

2020



14

Gesundheit

Neuchâtel 2019

Medizinisches Kodierungshandbuch

Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz

Version 2020

Themenbereich «Gesundheit»

Aktuelle themenverwandte Publikationen

Fast alle vom BFS publizierten Dokumente werden auf dem Portal www.statistik.ch gratis in elektronischer Form zur Verfügung gestellt. Gedruckte Publikationen können bestellt werden unter der Telefonnummer 058 463 60 60 oder per Mail an order@bfs.admin.ch.

Gesundheit – Taschenstatistik 2018

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2019
BFS-Nummer: 1540-1800, 44 Seiten

Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) – Systematisches Verzeichnis - Version 2020

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2019
BFS-Nummer: 659-2000, 442 Seiten

Medizinische Statistik der Krankenhäuser – Standardtabellen 2017

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2018
BFS-Nummer: su-b-14.04.01.02-MKS-2017

Todesursachenstatistik

Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz 2016

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2019
BFS-Nummer: 1257-1600, 4 Seiten

Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 – Standardtabellen

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2019
Medienmitteilung, 3 Seiten

Entbindungen und Gesundheit der Mütter im Jahr 2017

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2019
BFS-Nummer: 1920-1700-05, 8 Seiten

Personen in Alters- und Pflegeheimen 2017

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2019
BFS-Nummer: 1904-1700-05, 8 Seiten

Statistik der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS)

Arztpraxen und ambulante Zentren 2015

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2018
BFS-Nummer: 1803-1500, 8 Seiten

Statistiken der Spitalbetriebe im Jahr 2017

Kostenwachstum im stationären Spitalbereich 2017 vorerst gebremst

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2018
Medienmitteilung, 3 Seiten

Themenbereich «Gesundheit» im Internet

www.statistik.ch → Statistiken finden → 14 – Gesundheit
oder www.health-stat.admin.ch

Medizinisches Kodierungshandbuch

Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien
in der Schweiz

Version 2020

Redaktion Bereich Medizinische Klassifikationen
Herausgeber Bundesamt für Statistik (BFS)

Neuchâtel 2019

Herausgeber: Bundesamt für Statistik (BFS)
Auskunft: Kodierungssekretariat BFS
codeinfo@bfs.admin.ch
Redaktion: Bereich Medizinische Klassifikationen
Reihe: Statistik der Schweiz
Themenbereich: 14 Gesundheit
Layout: Sektion DIAM, Prepress/Print
Online www.statistik.ch
Print: www.statistik.ch
Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 60
Druck in der Schweiz
Copyright: BFS, Neuchâtel 2019
Wiedergabe unter Angabe der Quelle
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet
BFS-Nummer: 543-2000
ISBN: 978-3-303-14314-8

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	7	Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten/Diagnosen D00 – D16	37
Einleitung Version 2020	9	D00g Abnorme Befunde	37
Abkürzungen des Kodierungshandbuches	10	D01g Symptome	38
Grundlagen G00 – G56	11	D02c Unilaterale und bilaterale Diagnosen Diagnosen multipler Lokalisationen	39
G00a Medizinische Statistik und medizinische Kodierung	11	D03i Kreuz †-Stern*-Kodes	40
G01a Geschichte	11	D04c Kodes mit Ausrufezeichen («!»)	42
G02a Organisation	12	D05g Status nach/Vorhandensein von/Fehlen von	44
G03g Gesetzliche Grundlagen	12	D06c Folgezustände	45
G04a Ziele der Medizinischen Statistik	13	D07g Geplante Folgeeingriffe	46
G05a Anonymisierung der Daten	13	D08a Sich anbahnende oder drohende Krankheit	48
G06a Der medizinische Datensatz, Definitionen und Variablen	14	D09g Verdachtsdiagnosen	49
G 10i Medizinische Statistik, die Patientenklassifikationssysteme SwissDRG und TARPSY	15	D10g Chronische Krankheiten mit akutem Schub	51
G 20a Die Klassifikationen (ICD-10-GM und CHOP)	16	D11i Kombinationskodes	52
G21a ICD-10-GM	16	D12i Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen)	53
G22i Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)	23	D13a Syndrome	60
G 30a Der Weg zur korrekten Kodierung	28	D14g Aufnahme zur Operation/Prozedur nicht durchgeführt	61
G 40g Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren	29	D15i Verlegungen	63
G 50g Definitionen	30	D16i Wahl der Hauptdiagnose bei Rehospitalisationen innerhalb von 18 Tagen wegen Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen	69
G51g Der Behandlungsfall	30		
G52h Die Hauptdiagnose	31		
G53g Der Zusatz zur Hauptdiagnose	33		
G54g Die Nebendiagnosen	34		
G55a Die Hauptbehandlung	36		
G56a Die Nebenbehandlungen	36		

Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren P00 – P11	71	S0217e Palliativbehandlung	107
<hr/>			
P00g Erfassung der Prozedur im medizinischen Datensatz	71	S0400 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	108
P01i Prozeduren, die kodiert werden müssen	72	S0401c Allgemeines	108
P02g Prozeduren, die nicht kodiert werden	73	S0402a Regeln zur Kodierung des Diabetes mellitus	109
P03c Endoskopie und endoskopische Eingriffe	74	S0403a Spezifische Komplikationen des Diabetes mellitus	112
P04c Kombinationseingriffe/Komplexe Operationen	75	S0404a Metabolisches Syndrom	115
P05a Unvollständig durchgeführte Eingriffe	76	S0405a Störungen der inneren Sekretion des Pankreas	115
P06i Mehrfach durchgeführte Prozeduren	77	S0406a Zystische Fibrose	115
P07a Bilaterale Operationen	79	S0407e Mangelernährung bei Erwachsenen	116
P08e Revisionen eines Operationsgebietes/Reoperationen	80	S0408e Mangelernährung bei Kindern	117
P09i Organentnahme und Transplantation	81	S0500 Psychische und Verhaltensstörungen	118
P10i Adhäsiolyse	84	S0501a Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen, Medikamente und Nikotin)	118
P11h Serosaverletzung mit Übernähung	84	S0600 Krankheiten des Nervensystems	119
<hr/>			
Spezielle Kodierrichtlinien S0100 – S2100	85	S0601a Akuter Schlaganfall	119
S0100 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	85	S0602c «Alter» Schlaganfall	119
S0101a Bakteriämie	85	S0603a Paraplegie und Tetraplegie, nicht traumatisch	120
S0102i Sepsis	86	S0604i Bewusstseinsstörungen	121
S0103i SIRS	93	S0605e Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators / (Test)Elektroden	122
S0104d HIV / AIDS	94	S0606e Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators / (Test)Elektroden	122
S0105a Echter Krupp – Pseudokrupp – Kruppsyndrom	97	S0607h Kodierung der Parkinsonstadien (G20.-)	122
S0200 Neubildungen	98	S0700 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	123
S0201a Tumoraktivität	99	S0701a Versagen oder Abstossung eines Kornea-Transplantates	123
S0202e Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen	100	S0800 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	124
S0203a Nachresektion im Tumorgebiet	101	S0801a Schwerhörigkeit und Taubheit	124
S0204a Tumornachweis nur in der Biopsie	101	S0802d Anpassung/Handhabung eines implantierten Hörgerätes	124
S0205e Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen	101	S0900 Krankheiten des Kreislaufsystems	125
S0206a Verdacht auf Tumor oder Metastasen	102	S0901a Hypertonie und Krankheiten bei Hypertonie	125
S0207a Nachuntersuchung	102	S0902e Ischämische Herzkrankheit	126
S0208a Rezidive	103	S0903a Thrombose resp. Verschluss von koronarem Stent resp. Bypass	128
S0209a Tumore mit endokriner Aktivität	103	S0904d Erkrankungen der Herzklappen	130
S0210e Multiple Lokalisationen	103	S0905a Schrittmacher/Defibrillator	131
S0211a Überlappende Lokalisation	104	S0906a Nachuntersuchung nach Herztransplantation	131
S0212a Remission bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie	105	S0907a Akutes Lungenödem	132
S0213a Lymphangiosis carcinomatosa	106	S0908i Herzstillstand	132
S0214g Lymphom	106	S0909c Revisionen oder Reoperationen an Herz und Perikard	132
S0215a Chemo- und Radiotherapie	107	S1000 Krankheiten des Atmungssystems	133
S0216b Prophylaktische Operationen wegen Risikofaktoren	107	S1001i Maschinelle Beatmung	133
		S1002d Respiratorische Insuffizienz	137

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 Vorabversion 2020 durch die Expertinnen und Experten der Arbeitsgruppe Medizinisches Kodierungshandbuch und den Bereich Medizinische Klassifikationen.

Einleitung Version 2020

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 akutsomatischen Betriebe, sowie psychiatrischen Kliniken, Rehabilitationskliniken, diversen Spezialkliniken. Die an der Erhebung Beteiligten (d.h. die Spitäler) sind folglich gesetzlich verpflichtet, die nach den Richtlinien des BFS gültigen vorgegebenen Klassifikationen und das Kodierungshandbuch zu verwenden. Abweichende Richtlinien anderer Kodierungshandbücher (z.B. Kodierungshandbuch aus Deutschland oder auch spitalintern erstellte Kodierungshandbücher) haben keine Gültigkeit.

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.

Gemäss Artikel 49 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung ist für die Abgeltung stationärer Leistungen ein nationales einheitliches Tarifsysteem mit Leistungsbezug anzuwenden. Die SwissDRG AG wurde beauftragt, für die Abgeltung stationärer Leistungen der Psychiatrie ein nationales einheitliches Tarifsysteem mit Leistungsbezug zu entwickeln (Projekt TARPSY). Die Tarifstruktur für die Erwachsenenpsychiatrie wurde am 1. Januar 2018 eingeführt. In diesem Rahmen wurden verschiedene Anpassungen der Kodierungsinstrumente (z.B. Klassifikationen und Kodierrichtlinien) vorgenommen. So wurden die HoNOS- und HoNOSCA-Einstufungen bereits in die Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) Version 2017 aufgenommen (Kodes 94.A- HoNOS und HoNOSCA). Konkrete Beispiele betreffend psychiatrischer Diagnosen und Behandlungen wurden ebenso hinzugefügt.

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, ist es 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»...usw. **Inhaltliche Änderungen jeweiliger Kodierrichtlinien für 2020 sind durch ein Kennzeichen «i» bezeichnet und der betroffene Paragraph grün markiert. Sonstige Änderungen sind auch grün markiert**, orthographische Korrekturen und Layoutkorrekturen sind nicht markiert.

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

Die 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 2020 ist ab dem 1.1.2020 gültig und ersetzt alle früheren Versionen.

Basis dieses Handbuches sind die Klassifikationen ICD-10-GM 2018 und CHOP 2019. Für die Kodierung aller stationären Fälle mit Austrittsdatum ab 1.1.2020 sind die ICD-10-GM-Kodes der Version 2018 und die CHOP-Kodes der Version 2020 zu verwenden.

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

Die Publikation durch FAQ gibt es ab 2017 nicht mehr, die bisherigen FAQ's wurden in PDF Format auf unserer Internetseite aufgeschaltet. Im Laufe des Jahres werden Informationen und Präzisierungen durch Rundschreiben veröffentlicht. **Dies sind offizielle Kodierungsmittel des BFS und müssen für Fälle mit Austritt ab 1. des folgenden Monats der Publikation berücksichtigt werden (1.1.2020, gegebenenfalls 1.7.2020).**

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 Statistik-erhebungsverordnung (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 Patientinnen und Patienten in den Schweizer Spitälern Auskunft gibt.

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

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.

G03g 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, BBI 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. 59a Abs. 1). Die Daten werden stellvertretend für das Bundesamt für Gesundheit (BAG) vom BFS erhoben und die Angaben sind von den Leistungserbringern kostenlos zur Verfügung zu stellen (Art. 59a Abs. 2 u. 3).

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. 59a Abs. 3 KVG). Die Daten werden vom BAG pro Kategorie oder pro Leistungserbringer (pro Spital) veröffentlicht. Resultate, die die Patientinnen und Patienten betreffen, werden nur anonym veröffentlicht, so dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können.

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 interkantonomaler 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 jede Patientin und 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 Psychiatriepatientinnen und -patienten 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:
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ms.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.

Neugeborendatensatz (MN)

Für Neugeborene ist ergänzend ein Neugeborendatensatz 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 Psychotherapie und der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und 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 enthält 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).

G10i Medizinische Statistik, die Patientenklassifikationssysteme SwissDRG und TARPSY

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.

Es ist nach den gültigen Kodierungsinstrumenten (Kodierungshandbuch, CHOP- und ICD-10-GM-Klassifikation, Rundschreiben) zu kodieren.

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 hinzuzufügen, um spezielle DRGs anzusteuern mit dem Ziel, einen höheren Erlös und/oder eine Eingruppierung in eine spezielle Spitalplanungsleistungsgruppe (SPLG) zu erreichen. Siehe auch Punkt 1.4 der «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG».

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).

Im Jahr 2018 wurde die TARPSY-Tarifstruktur zur Finanzierung des Leistungsbereiches Psychiatrie in den Spitälern auf eidgenössischer Ebene eingeführt. Mit Anwendung der TARPSY-Tarifstruktur wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie z.B. Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, HoNOS, HoNOSCA, Alter einer psychiatrischen Kostengruppe (PCG) zugeordnet und mit tagesbezogenen Kostengewichten vergütet. Deshalb erhalten die medizinisch-pflegerische Dokumentation und die Kodierung eine direkte Vergütungsrelevanz für die Spitäler. Darüber hinaus bildet sie die Grundlage für die Weiterentwicklungen der TARPSY-Tarifstruktur.

Unter TARPSY gibt es keine Forcierungen, der Fall muss vollständig kodiert werden. Es ist nicht zulässig, z.B. Diagnosen zur Beeinflussung der PCG-Zuordnung wegzulassen oder hinzuzufügen. Im Rahmen der Pflege und Weiterentwicklung der TARPSY-Tarifstruktur werden die Klassifikationen und Kodierrichtlinien regelmässig angepasst und präzisiert.

Die TARPSY-Tarifstruktur sowie die genauen Definitionen der einzelnen PCG werden im jeweils aktuell gültigen Definitionshandbuch beschrieben. Das Dokument «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY» beschreibt den Anwendungsbereich und die Abrechnungsbestimmungen der TARPSY-Tarifstruktur (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 01.01.2019 zur Kodierung der Diagnosen verwendet wird, ist die ICD-10-GM 2018 (German Modification).

Geschichte

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

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) 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	Krankheiten der Appendix (K35 – K38)
Vierstellige Subkategorie	K35.– Akute Appendizitis
Fünfstellige Codes	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
Dreistellige Kategorie	K36 Sonstige Appendizitis Inkl.: Appendizitis: • chronisch • rezidivierend
	K37 Nicht näher bezeichnete Appendizitis
Vierstellige Subkategorien	K38.– Sonstige Krankheiten der Appendix
	K38.0 Hyperplasie der Appendix
	K38.1 Appendixkonkremente Koprolith Appendix Kotstein
	K38.2 Appendixdivertikel
	K38.3 Appendixfistel
	K38.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Appendix Invagination der Appendix
	K38.9 Krankheit der Appendix, nicht näher bezeichnet

Alphabetisches Verzeichnis

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

Flattern – Herz I49.8 – Kammer I49.0 – Vorhof I48.9 – – atypisch I48.4 – – chronisch I48.9] Leitbegriff] Modifizierer
--	-------------------------------------

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

Typografische Vereinbarungen und Abkürzungen

Runde Klammern ():

Sie schliessen ergänzende Begriffe ein, die den Hauptbegriff präzisieren:

I10.–	Essentielle (primäre) Hypertonie
	<i>Inkl.:</i> Bluthochdruck Hypertonie (arteriell) (essentiell) (primär) (systemisch)

Sie werden zur Angabe der zutreffenden Schlüsselnummer bei Exklusiva benutzt:

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

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

Krankheiten der Appendix (K35 – K38)

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

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

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

Diese Präzisierungen beinhalten keine Modifikation des Kodes.

Eckige Klammern []:

Die eckigen Klammern werden in Band 1 verwendet um:

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

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

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

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

Doppelpunkt:

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

L08.0	Pyodermie
	Dermatitis: <ul style="list-style-type: none"> • 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 Kode:

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

Das «Exkl.» eines Kodes besagt, dass mit dem im Exklusivum genannten Kode eine Erkrankung anderer Genese, bzw. ein nicht regelhaft enthaltener Zustand abgegrenzt (klassifiziert) wird. Folglich können beide Codes nebeneinander verwendet werden, wenn die Erkrankungen/Zustände sowohl als auch bei der Patientin, bzw. dem Patienten vorliegen und diagnostisch voneinander abgrenzbar sind.

Z.B.: Patient mit portaler Hypertonie und alkoholischer Leberzirrhose, welche beide behandelt werden: hier liegt eine Konstellation wie oben beschrieben vor, beide Zustände können diagnostisch voneinander abgegrenzt werden, eine alkoholische Leberzirrhose ist nicht notwendigerweise mit einer portalen Hypertonie vergesellschaftet.

Inkl. (Inklusiva):

Diese Begriffe sind in dem ausgewählten Kode enthalten:

J15.-	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
	Inkl.: Bronchopneumonie durch andere Bakterien als <i>S. pneumoniae</i> und <i>H. influenzae</i>

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

I67.9 Zerebrovaskuläre Krankheit, nicht näher bezeichnet

Siehe, siehe auch:

Finden sich im alphabetischen Teil:

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

PAP – s. Papanicolaou

Abortus (s.a. Abort) O06.9

Und:

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

I74.– Arterielle Embolie und Thrombose

Diese Kategorie umfasst Embolien, Thrombosen und Thromboembolien.

G22i Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)

Allgemeines

Die Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) enthält die Liste der Codes für Operationen, Prozeduren, therapeutische und diagnostische Massnahmen. Sie basiert ursprünglich auf der amerikanischen ICD-9-CM, welche durch die CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) in Baltimore (USA) erstellt und bis 2007 unterhalten wurde. Die CHOP wird jährlich angepasst, **die Version 2020 umfasst die Erweiterungen und Änderungen aus dem Antragsverfahren 2018.**

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 dienen die in der Systematik vorhandenen originalen medizinischen Begriffe, ohne Addition weiterer medizinischer Begriffsammlungen oder Thesauri.

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

Systematisches Verzeichnis

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

Klassifikationsstruktur

Die einachsige schweizerische Operationsklassifikation beinhaltet 2- bis 6-stellige alphanumerische Codes. Die Verwendung von einer alphanumerischen Kodierung sowie drei Dezimalisierungsmethoden ermöglicht das Fassungsvermögen der CHOP zu steigern.

Dezimalisierung in einen unsegmentierten Hunderterblock (1 × 100), d.h. ohne Unterscheidung der dazwischen liegenden Segmente:

Znn.nn.0

Znn.nn.00 → n.n.bez.

Znn.nn.01 (Reserve)

Znn.nn.02 (Reserve)

...

Znn.nn.09 (Reserve)

Znn.nn.10 → Beginn der Serie

Znn.nn.11

Znn.nn.12

...

Znn.nn.88

Znn.nn.89 → Ende der Serie

Znn.nn.97 (Reserve)

Znn.nn.98 (Reserve)

Znn.nn.99 → sonstige

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

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

Znn.nn.0

Znn.nn.00 → n.n.bez.

Znn.nn.01 (Reserve)

Znn.nn.02 (Reserve)

...

Znn.nn.09 (Reserve)

Znn.nn.10 → Beginn des 1. Segmentes

Znn.nn.11

Znn.nn.12

...

Znn.nn.20 → Beginn des nachfolgenden Segmentes

Znn.nn.21

...

Znn.nn.40 → Bei Bedarf weiteres Segment

Znn.nn.41

...

Znn.nn.97 (Reserve)

Znn.nn.98 (Reserve)

Znn.nn.99 → sonstige

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

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

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

Znn.nn.0

Znn.nn.00 → n.n.bez.

Znn.nn.01 (Reserve)

Znn.nn.02 (Reserve)

...

Znn.nn.09 → sonstige

Znn.nn.1

Znn.nn.10 → n.n.bez.

Znn.nn.11

...

Znn.nn.19 → sonstige

Znn.nn.2

...

Znn.nn.9

Znn.nn.90 → n.n.bez.

Znn.nn.91

...

Znn.nn.99 → sonstige

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

Damit gibt es also potentiell 20 Restelemente in der Dezimalisierung 10 × 10. Der Code Znn.nn.09 ist die Restkategorie «sonstige» der Subkategorie. Sie ist gebildet durch den Titel der Subkategorie gefolgt von «sonstige».

Restklassen

Im Allgemeinen wurden in den Kategorien für die Restklassen «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 Restkategorien.

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

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

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

Prinzipiell besteht folgende Reihenfolge der Einteilung:

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

Beachte: Diese ursprüngliche Einteilung konnte mit der Einführung von neuen 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 Kode zu finden, besteht darin, den Leitbegriff für die Diagnose oder die Operation zuerst im alphabetischen Verzeichnis zu suchen und in einem zweiten Schritt seine Genauigkeit im systematischen Verzeichnis zu überprüfen. Schematisch dargestellt:

Schritt 1: Den Leitbegriff im alphabetischen Verzeichnis suchen.

Schritt 2: Den gefundenen Kode im systematischen Verzeichnis überprüfen.

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

CHOP: Die Anweisungen «Kodiere ebenso», «Kode weglassen», Exklusiva und Inklusiva, sowie Kodierrichtlinien sind unbedingt zu beachten.

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

G40g 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. Resultate von im Aufenthalt durchgeführten Untersuchungen/Eingriffen gehören zur Dokumentation, auch wenn sie erst nach dem Austritt der Patientin, bzw. des Patienten eintreffen. Diese Angaben bilden die Grundlage für die Kodierenden und Kodierer zur regelkonformen Abbildung des Falles.

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

Die Einstufung durch die fallführende Person in HoNOS/HoNOSCA muss anhand der Dokumentation nachvollziehbar und überprüfbar sein.

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

Da Differenzialdiagnosen nicht kodierbar sind, ist von der behandelnden Ärztin, bzw. dem behandelnden Arzt die Diagnose oder das Symptom zu bestimmen, welches am ehesten zutrifft.

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

Beispiele:

- Bei einer ärztlichen Diagnose **chronischer** Niereninsuffizienz (*N18.-*): in der Dokumentation ist eine glomeruläre Filtrationsrate (GFR) von 30 beschrieben, somit bildet sie die Kodiererin, bzw. der Kodierer mit *N18.3 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3* ab.
- 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.

G50g Definitionen

G51g Der Behandlungsfall

Es gelten die aktuellen «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG» und bzw. TARPSY.

Die Kenntnis dieser Dokumente ist zum konkreten Verständnis der Definition eines Behandlungsfalles (Alter der Patientin, bzw. des Patienten, Aufenthaltsdauer, Verlegungen, Wiedereintritte, Fallzusammenführungen) unentbehrlich.

Für die Kodierung ist zu berücksichtigen:

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

G52h Die Hauptdiagnose

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

«Derjenige Zustand, der am Ende des Spitalaufenthaltes als Diagnose feststeht und der der Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung der Patientin, bzw. des Patienten war».

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

Wahl der Hauptdiagnose bei zwei oder mehr Diagnosen, die die HD-Definition erfüllen

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

Beispiel 1

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

Der grösste Aufwand ist der Herzinfarkt und ist somit Hauptdiagnose.

Beispiel 2

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

Wegen der Herzoperation mit Implantat wird hier der Vorhofseptumdefekt als Hauptdiagnose kodiert.

Beispiel 3

Ein Patient wird zur Behandlung eines 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.

Beispiel 5 - Psychiatrie

Ein Patient stellt sich in der Notaufnahme mit seit mehreren Wochen bestehender gedrückter Stimmung vor. In der Untersuchungssituation berichtet er zudem über eine Verminderung von Antrieb und Aktivität, Konzentrationsstörungen, ausgeprägte Müdigkeit bei gleichzeitig bestehender Ein- und Durchschlafstörung sowie einen deutlichen Appetitverlust. Es bestehen ausgeprägte Gedanken über die Wertlosigkeit der eigenen Person. Eine Distanzierung von suizidalen Gedanken ist dem Patienten nicht möglich. Bei einer schweren depressiven Episode wird der Patient stationär aufgenommen. Im Behandlungsverlauf berichtet der Patient über einen schädlichen Gebrauch von Alkohol. Zudem wird ein Diabetes mellitus diagnostiziert, welcher innerhalb von wenigen Tagen oral problemlos eingestellt werden kann. Während des stationären Aufenthaltes werden bis zur Entlassung folgende Diagnosen gestellt:

Schwere depressive Episode

Schädlicher Gebrauch von Alkohol

Diabetes mellitus

Der grösste Aufwand ist die schwere depressive Episode und ist somit Hauptdiagnose.

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

Wahl der Hauptdiagnose bei Palliativbehandlungen

Hauptdiagnose ist die Krankheit, welche die Palliativbehandlung bedingt. *Z51.5 Palliativbehandlung* wird nie als Hauptdiagnose kodiert und als Nebendiagnose nur, wenn die Palliativbehandlung mit keinem CHOP-Kode abgebildet werden kann oder die Patientin, bzw. der Patient zur Palliativbehandlung verlegt wurde (siehe auch S0200 Neubildungen und D15 Verlegungen).

G53g Der Zusatz zur Hauptdiagnose

Das Feld «Zusatz zur Hauptdiagnose» (ZHD) ist nur für zwei Kategorien von Codes vorgesehen:

- Stern-Kodes (*), siehe 1.
 - Codes für äussere Ursachen (V-Y), siehe 2.
1. Die Hauptdiagnose ist ein Kreuzkode (†), dem im Feld «Zusatz zur Hauptdiagnose» der entsprechende Sternkode (*) beigelegt wird, wenn dem keine andere Kodierrichtlinie entgegen steht (siehe auch D03).

Beispiel 1

Ein 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

Beispiel 2 - Psychiatrie

61-jähriger Patient mit einer Demenz bei Alzheimer-Krankheit.

HD G30.0† Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn

ZHD F00.0* Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn

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 beigelegt 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 3

Ein 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 4

Patient mit akuter Gastritis durch nicht steroidales Antirheumatikum hervorgerufen.

HD K29.1 Sonstige akute Gastritis

ZHD Y57.9! Komplikation durch Arzneimittel oder Drogen

Beispiel 5 - Psychiatrie

Eine Patientin wird wegen einer absichtlichen Vergiftung durch Schlaftabletten hospitalisiert.

HD T42.7 Vergiftung durch Schlaftabletten

ZHD X84.9! Absichtliche Selbstbeschädigung

G54g Die Nebendiagnosen

Die Nebendiagnose ist definiert als:

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

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

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

Eine diagnostizierte Krankheit, die prophylaktische Massnahmen erforderlich macht, erfüllt die Kriterien zur Kodierung, auch wenn damit diese Krankheit selbst nicht ursächlich behandelt wird. Zum Beispiel die prophylaktische Verabreichung von Vitamin B1 bei Alkoholabusus oder die Antikoagulation bei Vorhofflimmern.

Krankheiten, die zum Beispiel durch die Anästhesistin bzw. den Anästhesisten während der präoperativen Beurteilung dokumentiert wurden, werden nur kodiert, wenn sie einem der drei oben genannten Kriterien entsprechen. Sofern eine Begleitkrankheit das Standardvorgehen für eine Anästhesie oder Operation beeinflusst, wird dies mit der Krankheit oder dem «Zustand nach» als Nebendiagnose kodiert. 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

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

Beachte auch Präzisierungen unter G40.

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

Beispiel 1

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

- Koronare Herzkrankheit
- Arterielle Hypertonie
- Herzinsuffizienz

Beispiel 2

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

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

HD Chronisch myeloische Leukämie (CML)

ND Koronare Herzkrankheit

ND Depressive Reaktion

ND Lumbalgien

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

Beispiel 3

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

HD Pneumonie

ND Diabetes mellitus

Beispiel 4

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

HD Variköse Ulzera am Bein

L rechts

ND Unterschenkelamputation in der Eigenanamnese

L links

Beispiel 5 - Psychiatrie

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

ND Alkoholabhängigkeit

ND Medikamentenabhängigkeit

Beispiel 6 - Psychiatrie

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

HD Depression

ND Hypertonie

Reihenfolge der Nebendiagnosen

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

G55a Die Hauptbehandlung

Nach der Definition des BFS wird **im Rahmen der Hauptdiagnose** der Behandlungsprozess (chirurgische, medizinische oder diagnostische Massnahme) **als Hauptbehandlung** kodiert, welcher für den Heilungsprozess oder für die Diagnosestellung am entscheidendsten war.

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

D00g 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 alleinige Überprüfung oder Verlaufskontrolle eines abnormen Wertes rechtfertigt keine Kodierung.

Beispiel 1

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

HD Pneumonie

Die erhöhte Gamma-GT erfüllt die Nebendiagnosendefinition (siehe Regel G 54) nicht und wird deshalb nicht kodiert. Sie ist jedoch für die medizinische Dokumentation und die ärztliche Kommunikation von Bedeutung.

D01g Symptome

Als Symptome gelten Krankheitszeichen; sie können in der ICD-10-GM im Kapitel XVIII (R00 – R99) und auch in Organkapiteln abgebildet sein.

Symptome als Hauptdiagnose

Symptomcodes werden nur dann als Hauptdiagnose angegeben, wenn am Ende der Hospitalisation keine endgültige Diagnose gestellt wurde. In allen anderen Fällen ist die endgültig gestellte Diagnose die Hauptdiagnose. (Beachte auch D09, Abschnitt 2).

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

Beispiel 1

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

HD	R18	Aszites
ND	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber
ND	I10.90	Essentielle Hypertonie, n.n.b., ohne Angabe einer hypertensiven Krise
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 G 54).

Beispiel 2 - Psychiatrie

Ein Patient wird mit Brustschmerz und Herzklopfen hospitalisiert. Man diagnostiziert eine Panikstörung, die nun behandelt wird.

HD	Panikstörung
ND	Keine (die Symptome Brustschmerz und Herzklopfen sind in der Diagnose Panikstörung inbegriffen)

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
3	=	Einseitig unbekannt
9	=	Unbekannt
leer	=	Frage stellt sich nicht

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

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

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

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

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

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

Beispiel 1

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

I61.1 Intrazerebrale Blutung in die Grosshirnhemisphäre, kortikal

I61.5 Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung

Beispiel 2

Patientin mit alter Meniskusverletzung: Vorderhorn des Innenmeniskus und Vorderhorn des Aussenmeniskus.

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

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

Beispiel 3

Hysterektomie wegen Leiomyom des Uterus. Das histologische Resultat zeigt zwei intramurale und ein subseröses Leiomyom.

D25.1 Intramurales Leiomyom des Uterus

D25.2 Subseröses Leiomyom des Uterus

D03i 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 nie ohne einen Kreuz†-Kode verschlüsselt werden. Kreuz †-Kodes dürfen alleine verschlüsselt werden.

- Wenn der Kreuz †-Kode in der Hauptdiagnose steht, muss der entsprechende Stern*-Kode 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 4).

Diese Reihenfolge für die Ätiologie-/Manifestationsverschlüsselung gilt nur für das Kreuz†-Stern*-System. Die Hauptdiagnosenregel G52 erfährt somit ausserhalb der Kreuz †-Stern*-Systematik in Bezug auf die Reihenfolge von Ätiologie-/Manifestationskodes keine Einschränkung.

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 - Psychiatrie

61-jähriger Patient mit einer Demenz bei Alzheimer-Krankheit.

HD G30.0† Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn

ZHD F00.0* Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn

Beispiel 4

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

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

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.

Beispiel 5

Ein Patient wird wegen einer lumbalen Diskushernie mit Radikulopathie zur stationären Schmerztherapie aufgenommen.

HD M51.1† Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie (G55.1*)

ZHD G55.1* Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden (M50-M51†)

Beispiele zur Wahl der Hauptdiagnose **ausserhalb** des Kreuz-Stern-Systems, d.h. nach G52:

Beispiel 6

Chronische Rückenbeschwerden durch Mammahypertrophie. Hospitalisation zur Mammareduktionsplastik. Hier handelt es sich nicht um das Kreuz-Stern System.

HD Mammahypertrophie

ND Rückenschmerzen (nur wenn G54 erfüllt ist)

HB Mammareduktionsplastik

Beispiel 7

Obstruktives Schlafapnoesyndrom bei Tonsillenhyperplasie. Hospitalisation zur Tonsillektomie. Hier handelt es sich nicht um das Kreuz-Stern System.

HD Tonsillenhyperplasie

ND Schlafapnoesyndrom (nur wenn G54 erfüllt ist)

HB Tonsillektomie

D04c Kodes mit Ausrufezeichen («!»)»

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

Jedes Kapitel der ICD-10-GM 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 anderen Kapiteln klassifiziert sind*

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

Beispiel 2

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

HD S91.3 Offene Wunde sonstiger Teile des Fusses

L 2

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

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

Beispiel 3

Arthritis durch Viridans-Streptokokken.

HD M00.2– Arthritis durch sonstige Streptokokken

Hier ist ein zusätzlicher Ausrufezeichen-Kode B95.48! nicht abzubilden, denn dieser Kode B95.48! «Sonstige» Streptokokken ergibt keine Präzision zum Textinhalt des Arthritis-Kodes M00.2– Arthritis und Polyarthritis durch «sonstige» Streptokokken.

Beispiel 4

Eine Patientin erleidet bei einem Verkehrsunfall eine offene Abdomenverletzung mit vollständiger Zerreißung des linken Nierenparenchyms, Milzriss und kleinen Risswunden am Dünndarm.

HD S37.03 Komplette Ruptur des Nierenparenchyms

L 2

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 intra-abdominalen Verletzung

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

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

D05g Status nach/Vorhandensein von/Fehlen von

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

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

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

Beispiel 1

Ein Patient, der wegen einer Klebsiellen-Pneumonie hospitalisiert wird, wobei die Behandlung dadurch kompliziert wird, dass er früher eine Lebertransplantation hatte.

HD J15.0 Pneumonie durch *Klebsiella pneumoniae*

ND Z94.4 Zustand nach Lebertransplantation

Beispiel 2 - Psychiatrie

Ein Patient ist wegen einer paranoiden Schizophrenie hospitalisiert; die Behandlung wird dadurch kompliziert, dass er früher eine Lebertransplantation hatte.

HD F20.0 Paranoide Schizophrenie

ND Z94.4 Zustand nach Lebertransplantation

«Status nach»-Diagnosen werden nicht mit einem Kode für die akute Krankheit abgebildet. Bei erneutem Akut-Spitalaufenthalt (Rückverlegung aus der Rehabilitation oder Wiedereintritt), unabhängig von der Zeitspanne zwischen den beiden Aufenthalten, wird die akute Krankheit des ersten Aufenthaltes nicht mehr als solche kodiert, sondern mit einem Kode «Status nach».

Beispiel 3

Bei einem Patienten wird ein Status nach Lungenembolie behandelt.

Z86.7 Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese

Z92.1 Dauertherapie mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese

¹ Z94.– Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation wird nur nach Transplantationen von soliden Organen (Z94.0 – Z94.4) oder hämatopoetischer Stammzellen (Z94.80, Z94.81) abgebildet.

Nicht erfasst werden:

Z94.5 Zustand nach Hauttransplantation, inklusive Muskeltransplantation

Z94.6 Zustand nach Knochentransplantation, inklusive Knorpeltransplantation

Z94.7 Zustand nach Keratoplastik

Z94.9 Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation, nicht näher bezeichnet

Z94.88 Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation wird **nur** bei Zustand nach Darm- oder Pankreastransplantation abgebildet.

Z.B. ist eine Neoblase / Ileoblase / Ileumconduit keine Organ- oder Gewebetransplantation, sondern ein Blasenersatz im Sinne einer Gewebetransposition.

D06c Folgezustände

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

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

Spezielle Codes für Folgezustände:

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

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

Beispiel 1

Behandlung einer Dysphasie nach zerebralem Infarkt.

R47.0 Dysphasie und Aphasie

I69.3 Folgen eines Hirninfarktes

Beispiel 2

Behandlung Narbenkeloid am Thorax nach Verbrennungen.

L91.0 Hypertrophie Narbe

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

Beispiel 3

Behandlung Sterilität, bedingt durch tuberkulöse Salpingitis vor zehn Jahren.

N97.1 Sterilität tubaren Ursprungs bei der Frau

B90.1 Folgezustände einer Tuberkulose des Urogenitalsystems

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

D07g Geplante Folgeeingriffe

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

Beispiel 1

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

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

Beispiel 2

Eine Patientin wird ein Jahr nach einer 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 Q37.0 Spalte des harten Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte
 L 0
 ND Z48.8 Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff

Beispiel 4

Ein Patient wird an einer Läsion der rechten Rotatorenmanschette operiert. Man 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

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).

Beachte:

1) Geplante Folgeeingriffe einer Krankheit/Verletzung sind zu unterscheiden von der Behandlung einer Folgeerscheinung/Komplikation der ursprünglichen Krankheit/Verletzung oder der ursprünglichen Operation.

Beispiel 5

Verschluss einer Lippen-Gaumenspalte vor 3 Wochen. Aktuell Hospitalisation zur Behandlung einer Wunddehiszenz.

HD T81.3 Aufreissen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert

Beispiel 6

Wegen Schmerzen wird nach 4 Monaten das Osteosynthesematerial am Unterarm entfernt.

HD T84.8 Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate

2) Eine Narbenrevision wird gemäss Regel S1201g «Plastische Chirurgie» und Regel D06c «Folgezustände» Beispiel 2 kodiert.

D08a Sich anbahnende oder drohende Krankheit

Wenn eine drohende oder sich anbahnende Krankheit in der Krankenakte dokumentiert aber während des Spitalaufenthalts nicht aufgetreten ist, muss in den ICD-10-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 170.24 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration

L 1

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

D09g Verdachtsdiagnosen

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

Es bestehen drei Möglichkeiten:

1. Verdachtsdiagnose wahrscheinlich

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

Beispiel 1 - Psychiatrie

Ein Vorschulkind wurde mit Verdacht auf ADHS aufgenommen. Die diagnostischen Kriterien konnten im Verlauf nicht ausreichend bestätigt werden. Eine psychotherapeutische und heilpädagogische Behandlung des ADHS wurde jedoch vorgenommen.

HD F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

2. Keine Diagnosestellung

Die vermutete Eintrittsdiagnose wird durch die Untersuchungen nicht bestätigt 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 2

Ein Kind wurde wegen rechtsseitiger Schmerzen im Unterbauch mit Verdacht auf Appendizitis aufgenommen. Die Untersuchungen während des stationären Aufenthaltes haben die Diagnose einer Appendizitis nicht bestätigt. Eine spezifische Behandlung der Appendizitis wurde nicht durchgeführt.

HD R10.3 Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches

3. Verdachtsdiagnose ausgeschlossen

Wurde die Verdachtsdiagnose, die bei Eintritt vermutet wurde, durch die Untersuchungen ausgeschlossen, **bestehen keine Symptome** und wurde keine andere Diagnose gestellt, ist ein Kode der Kategorie Z03.– *Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen* zu wählen.

Beispiel 3

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

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

Beispiel 4 - Psychiatrie

Ein Patient wird in einer Krisensituation nach einem Autounfall fremdanamnestisch als psychisch auffällig beschrieben. Er sei verwirrt und berichte zusammenhangslos. In der Akutsituation ist eine genaue Klärung der Umstände nicht möglich. Der Patient stimmt einer stationären Aufnahme zur Beobachtung und weiteren Abklärung zu. Im Verlauf zeigt sich kein Anhalt für eine akute Belastungsreaktion oder eine andere psychische Krankheit oder Verhaltensstörung.

HD Z03.2 Beobachtung bei Verdacht auf psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen
ND Keine

Kodierung einer Verdachtsdiagnose bei Verlegung in ein anderes Spital

Wenn ein Patient mit einer Verdachtsdiagnose verlegt wird, ist vom verlegenden Spital die Verdachtsdiagnose als «wahrscheinlich und als solche behandelt» (siehe unter 1.) zu kodieren. Vom verlegenden Spital dürfen zur Kodierung nur die zum Zeitpunkt der Verlegung erhältlichen Informationen verwendet werden. Spätere Informationen aus dem Spital, in welches der Patient verlegt wurde, dürfen die Kodierentscheidung nachträglich nicht beeinflussen.

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

D10g Chronische Krankheiten mit akutem Schub

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

Beispiel 1

Akuter Schub bei chronischer idiopathischer Pankreatitis ohne Organkomplikation.

K85.00 Idiopathische akute Pankreatitis, ohne Angabe einer Organkomplikation

K86.1 Sonstige chronische Pankreatitis

Beispiel 2 - Psychiatrie

Akute alkoholische Intoxikation bei chronischer Alkoholabhängigkeit.

F10.0 Akute Intoxikation (akuter Rausch)

F10.2 Alkohol-Abhängigkeitssyndrom

Ausnahmen:

Dieses Kriterium darf nicht verwendet werden, wenn:

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

D11i Kombinationskodes

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

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

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

Beispiel 1

Arteriosklerose an den Extremitäten mit Gangrän.

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

Nicht korrekt wäre die separate Kodierung:

I70.2- Atherosklerose der Extremitätenarterien

mit

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

D12i Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen)

Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen) werden nur kodiert, wenn sie vom Arzt als solche beschrieben und dokumentiert sind und die Nebendiagnosendefinition (G54) erfüllen.

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

1. Codes für die spezifische Verschlüsselung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen finden sich in den meisten Kapiteln der ICD-10-GM (z.B. *L58.0 Akute Radiodermatitis*).
(In der Tabelle der Beispiele (folgende Seiten) unter: Organkode **mit** Begriff «nach medizinischen Massnahmen»).
2. 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.– Affektionen 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*
3. Im Kapitel XIX gibt es die Kategorien *T80 – T88 Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, andersorts nicht klassifiziert*.
4. Übliche Codes aus den Kapiteln ohne spezifischen Bezug auf Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen.
(In der Tabelle der Beispiele (folgende Seiten) unter: Organkode **ohne** Begriff «nach medizinischen Massnahmen»).

Auswahl des richtigen Kodes

Alle 4 Möglichkeiten aus den obenstehenden Paragraphen beachten und den Kode mit dem zutreffendsten Text aussuchen. Unspezifische Kodes sind zu meiden. Die Kodes «andernorts nicht klassifiziert» (a.n.k.) oder «sonstige» sind nur dann zu verschlüsseln, wenn kein spezifischerer Kode für die Erkrankung existiert, oder dieser durch ein Exklusivum der ICD-10-GM ausgeschlossen ist. Die Komplikation muss möglichst organbezogen und so spezifisch wie möglich verschlüsselt werden, d.h. dass der Kode die Pathologie, das Organ und die Komplikation beinhaltet (aus Paragraph 1 bis 3). Paragraph 4 ist möglichst nur zu verwenden, wenn aus Paragraph 1 bis 3 keine genauere Abbildung möglich ist.

Dabei sind die Kodes aus den Organkapiteln (Paragraph 1 und 2) den Kodes *T80 – T88* (Paragraph 3) vorzuziehen, soweit letztere die Erkrankung nicht spezifischer beschreiben. Manche T-Kodes sind klar organbezogen und spezifisch beschrieben, z.B. *T82.1 Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät* weist auf «Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems».

Zum Auffinden des korrekten Kodes kann im alphabetischen Verzeichnis unter dem Leitbegriff «Komplikation (bei) (durch) (nach) (wegen)» oder dem organspezifischen Krankheitskode gesucht werden und anschliessend die Richtigkeit im systematischen Verzeichnis überprüft werden.

Um zu dokumentieren, dass es sich um eine Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen handelt, wird zusätzlich ein Kode aus Kapitel XX (*Y57! – Y84!*) angegeben, wenn dem keine andere Kodierrichtlinie entgegen steht oder die Information nicht bereits im ICD-10-Kode selbst enthalten ist.

Verschiedene Beispiele sind in der Tabelle auf den folgenden Seiten aufgeführt.

1. In den Kapiteln: Organkode mit Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	2. Am Ende mancher Kapitel	3. Kategorien T80 – T88	4. In den Kapiteln: Organkode ohne Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	Präzise Kodierung
Proktitis nach Radiotherapie bei Blasenkarzinom				
K62.7 Strahlenproktitis	K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k.	T88.8 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und med. Behandlung, a.n.k.	K62.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums Proktitis o.n.A.	K62.7
Im Kode K62.7 ist die präzise Pathologie sowie die Ursache in einem Kode inbegriffen.				
Hypotonie nach Schmerzmittelgabe				
I95.2 Hypotonie durch Arzneimittel	I97.8 Sonstige Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.	T88.8 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und med. Behandlung, a.n.k.	I95.8 Sonstige Hypotonie	I95.2
Im Kode I95.2 ist die präzise Pathologie sowie die Ursache in einem Kode inbegriffen.				
Postoperative Lungenembolie nach Knöchelosteosynthese				
I26 – Lungenembolie Inkl. Postoperative Lungenembolie	I97.8 Sonstige Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.	T84.8 Sonstige Komplikationen durch orthopädische Implantate (Blutung, Embolie, Fibrose, Schmerzen, usw.)	I26 – Lungenembolie Inkl. Postoperative Lungenembolie	I26 – + Y
Im Inkl. des Kodes I26 – ist die postoperative Lungenembolie aufgeführt + Y beschreibt die Ursache.				
Tiefe Beinvenenthrombose nach Knieprothesenimplantation				
Ø	I97.8 Sonstige Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.	T84.8 Sonstige Komplikationen durch orthopädische Implantate (Blutung, Embolie, Fibrose, Schmerzen, usw.)	I80.28 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefässe der unteren Extremitäten	I80.28 + Y
I97.8 beschreibt «sonstige» Kreislaufkomplikationen. T84.8 beschreibt verschiedene Komplikationen: Blutung, Embolie, Thrombose, usw. I80.28 beschreibt die präzise Pathologie mit Lokalisation + Y beschreibt die Ursache.				
Wunddehiszenz nach Kaiserschnitt				
O90.0 Dehiszenz einer Schnittverbindungs-wunde	Ø	T81.3 Aufreissen einer Operationswunde, a.n.k. Exkl: Kaiserschnittwunde (O90.0)	Ø	O90.0
Der Kode O90.0 beschreibt die Pathologie und die Ursache. T81.3 hat ein Exkl. auf O90.0.				

1. In den Kapiteln: Organcode mit Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	2. Am Ende mancher Kapitel	3. Kategorien T80 – T88	4. In den Kapiteln: Organcode ohne Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	Präzise Kodierung
Iatrogene Perforation des Kolon descendens				
∅	K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k.	T81.2 Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, a.n.k.	K63.1 Perforation des Darmes (nicht traumatisch) oder S36.53 Verletzung des Colon descendens	S36.53 + Y
K91.88 beschreibt «sonstige» Komplikationen des Verdauungssystems. T81.2 beschreibt versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, a.n.k. und ohne Lokalisation. K63.1 ist präzisiert als nicht traumatische Perforation. S36.53 beschreibt die präzise Verletzung und die Lokalisation + Y beschreibt die Ursache.				
Hautabszess an der Operationswunde nach Appendektomie				
∅	K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k.	T81.4 Infektion nach einem Eingriff, a.n.k.	L02.2 Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	L02.2 + Y
K91.88 beschreibt «sonstige» Komplikationen am Verdauungssystem. T81.4 beschreibt eine Infektion a.n.k. und ohne Organbezug. L02.2 beschreibt die genaue Pathologie, das Organ + Y beschreibt die Ursache.				
Anästhesie bedingtes Delir				
F05.8 Sonstige Formen des Delirs Postoperatives Delir	G97.88 Sonstige Krankheiten des Nervensystems nach med. Massnahmen	T88.5 Sonstige Komplikationen infolge Anästhesie	F05.8 Sonstige Formen des Delirs Postoperatives Delir	F05.8 + Y
Unter dem Kode F05.8 ist das postoperative Delir aufgeführt + Y beschreibt die Ursache.				
Postoperativer Darmverschluss				
∅	K91.3 Postoperativer Darmverschluss	T88.8 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen, a.n.k.	K56 – Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie Exkl.: Postoperativer Darmverschluss (K91.3)	K91.3
K91.3 beschreibt präzise die Komplikation und die Ursache. T88.8 beschreibt «sonstige Komplikationen» bei chirurgischen Eingriffen, a.n.k. K56 – hat ein Exkl. auf K91.3. Beachte: eine postoperative Darmträgheit wird nicht mit K91.3 Postoperativer Darmverschluss abgebildet, sondern mit K59.0 Sonstige funktionelle Darmstörung, Obstipation				
Iatrogener Pneumothorax				
∅	J95.80 Iatrogener Pneumothorax	T81.2 Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, a.n.k.	J93.9 Pneumothorax, n.n.b. oder S27.0 Traumatischer Pneumothorax	J95.80
J95.80 beschreibt präzise die Pathologie und die Ursache.				

1. In den Kapiteln: Organkode mit Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	2. Am Ende mancher Kapitel	3. Kategorien T80 – T88	4. In den Kapiteln: Organkode ohne Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	Präzise Kodierung
Luxation einer Hüftgelenkendoprothese beim Aufstehen (z. B. vom Bett oder vom Stuhl)				
Ø	M96.88 Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelettsystems nach med. Massnahmen	T84.04 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese des Hüftgelenks (Fehl- lage, Verlagerung, usw.)	M24.45 Habituelle Luxation eines Gelenkes, Hüfte oder S73.0- Luxation der Hüfte	T84.04 + Y
M96.88 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Muskel-Skelettsystems. T84.04 beschreibt eine mechanische Komplikation der Gelenkendoprothese. M24.45 beschreibt eine Pathologie eines Gelenkes, S73.0- beschreibt eine Luxation durch Trauma, einen Unfall.				
Aber: Luxation einer Hüftgelenkendoprothese durch Sturz z. B. von einer Leiter (= Unfall)				
Ø	Ø	T84.04 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese des Hüftgelenks (Fehl- lage, Verlagerung, usw.)	S73.0- Luxation der Hüfte	S73.0- + X
S73.0- beschreibt eine Luxation durch Trauma, durch einen Unfall, (+ X59.9; für den Sturz + Z96.64 für das Vorhandensein der Prothese)				
Tiefes Hämatom im Gelenk nach Knieprothesenimplantation				
Ø	M96.88 Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelettsystems nach med. Massnahmen	T81.0 Blutung als Komplikation eines Eingriffes, a.n.k. Exkl.: Blutung durch Prothesen, Implantate, Transplantate (T84.8)	M25.06 Hämarthros, Kniegelenk oder S80.0 Prellung des Knies	T84.8 + Y
M96.88 beschreibt eine «sonstige» Krankheit des Muskel-Skelettsystems. T81.0 beschreibt eine Blutung a.n.k. und hat ein Exkl. auf T84.8. M25.06 beschreibt eine Pathologie des Kniegelenkes, S80.0 beschreibt ein Trauma, einen Unfall.				
Verlagerter Herzschrittmacher				
Ø	I97.8 Sonstige Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.	T82.1 Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	Ø	T82.1 + Y
I97.8 beschreibt «sonstige» Kreislaufkomplikationen. T82.1 beschreibt eine mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät.				
Peritonitis durch Peritonealdialysekatheter				
Ø	K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k.	T85.71 Infektion und entzündliche Reaktion durch Katheter zur Peritonealdialyse	K65.0 Akute Peritonitis	T85.71 + Y
K91.88 beschreibt «sonstige» Komplikationen des Verdauungssystems. T85.71 beschreibt die Pathologie (Infektion) und den Katheter als Ursache. K65.0 beschreibt nur die Infektion, ein Y würde die Ursache beschreiben, aber nicht die präzise medizinische Massnahme (= den Katheter).				

1. In den Kapiteln: Organkode mit Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	2. Am Ende mancher Kapitel	3. Kategorien T80 – T88	4. In den Kapiteln: Organkode ohne Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	Präzise Kodierung
Blutung nach Prostatektomie				
Ø	N99.8 Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Massnahmen	T81.0 Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, a.n.k.	N42.1 Kongestion und Blutung der Prostata	T81.0 + Y
N99.8 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Massnahmen. T81.0 beschreibt Blutung als Komplikation, a.n.k., ist aber der präziseste Kode, da: N42.1 eine Blutung der Prostata beschreibt, die nicht mehr als solche vorhanden ist. Diese Kodierung gilt auch bei Blutung nach partieller Resektion der Prostata.				
Phlebitis am Vorderarm wegen Infusion durch Venenverweilkantüle				
Ø	I97.8 Sonstige Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.	T80.1 Gefässkomplikationen nach Infusion, Transfusion, Injektion zu therapeutischen Zwecken (Phlebitis , Thromboembolie, Thrombophlebitis)	I80.80 Phlebitis oberflächlicher Gefässe der oberen Extremitäten	T80.1 + Y
I97.8 beschreibt «sonstige» Kreislaufkomplikationen, a.n.k. T80.1 beschreibt in einem Kode präzise die Gefässkomplikation und die präzise Ursache. I80.80 beschreibt nur die Pathologie.				
Harnwegsinfekt unbestimmter Lokalisation bei Dauerkatheträger				
Ø	N99.8 Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Massnahmen	T83.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt	N39.0 Harnwegsinfektion, Lokalisation n.n.b.	T83.5 + Y
N99.8 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Urogenitalsystems. T83.5 beschreibt präzise die Infektion, die Lokalisation (Harntrakt) und die Ursache. N39.0 beschreibt nur die Pathologie.				
Intraoperativer Durariss mit sofortigem Verschluss abhängig von der Verletzungshöhe				
Ø	G97.88 Sonstige Krankheiten des Nervensystems nach med. Massnahmen	T81.2 Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, a.n.k.	S19.80 Verletzung zervikaler Rückenmarkshäute S29.80 Verletzung thorakaler Rückenmarkshäute S39.81 Verletzung lumbosakraler Rückenmarkshäute G96.0 Austritt von Liquor cerebrospinalis	S19.80 + Y S29.80 + Y S39.81 + Y T81.2 + Y
G97.88 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Nervensystems. T81.2 beschreibt eine versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes a.n.k. Verletzung der Rückenmarkshäute: zervikal S19.80, thorakal S29.80, lumbosakral S39.81, zerebral T81.2. G96.0 beschreibt ein klinisches Krankheitsbild, ein Hypoliquorrhoe-Syndrom ohne Zusammenhang mit einer Operation.				

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 1

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 Kode gibt, so ist dieser Kode zu verwenden. Grundsätzlich ist dabei die Definition der Hauptdiagnose zu beachten, so dass bei einer im Vordergrund stehenden spezifischen Manifestation des Syndroms die Kodierung des Behandlungsanlasses zur Hauptdiagnose wird.

Beispiel 1

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

HD Q90.0 Trisomie 21, meiotische Non-disjunction

Beispiel 2

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

HD Q21.0 Ventrikelseptumdefekt

ND Q90.0 Trisomie 21, meiotische Non-disjunction

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

Bei einem angeborenen Syndrom ist ein zusätzlicher Kode aus der Kategorie Q87– *Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme* als Nebendiagnose zu den bereits kodierten Manifestationen anzugeben. Dieser zusätzliche Kode dient als Hinweis, dass dies ein angeborenes Syndrom ist, dem kein spezifischer Kode 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 G 54) kodiert.

Syndrom als Nebendiagnose

Bei einer Hospitalisation für eine Syndrom-unabhängige Erkrankung (z.B. Appendizitis) wird das Syndrom als Nebendiagnose nur abgebildet, wenn die Nebendiagnosendefinition (Regel G 54) erfüllt ist.

Bei Syndromen ohne spezifischen Kode werden von den verschiedenen Manifestationen nur diejenigen abgebildet, welche die Nebendiagnosendefinition (Regel G 54) erfüllen.

D14g Aufnahme zur Operation/Prozedur nicht durchgeführt

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

- Wenn die Operation/Prozedur aus technischen Gründen nicht durchgeführt wird:

Beispiel 1

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

HD H65.3 Chronische muköse Otitis media

L 0

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

Beispiel 2 - Psychiatrie

Ein Patient wird zur Durchführung einer Elektrokrampftherapie aufgenommen. Die Intervention wird aus technischen Gründen verschoben.

HD F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen

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

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

Beispiel 3

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

HD J35.0 Chronische Tonsillitis

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

ND J01.1 Akute Sinusitis frontalis

L 0

Beispiel 4

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

HD K81.0 Akute Cholezystitis

ND –

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

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

Beispiel 5 - Psychiatrie

Eine Patientin wird aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, zur stationären Psychotherapie aufgenommen. Die geplante stationäre Psychotherapie kann aufgrund einer akuten Appendizitis nicht begonnen werden. Die Patientin wird in die Chirurgie verlegt.

<i>HD</i>	<i>F33.2</i>	<i>Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome</i>
<i>ND</i>	<i>Z53</i>	<i>Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Massnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden</i>
<i>ND</i>	<i>K35.8</i>	<i>Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet</i>

D15i 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 möglicher Diagnosen wird die Wahl der Hauptdiagnose unter entsprechender Anwendung der Hauptdiagnosendefinition (Regel G 52) getroffen.

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

Zur Kodierung aller übrigen Diagnosen sind die Kodierrichtlinien des Kodierungshandbuches anzuwenden.

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

Beispiel 1

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

Spital B kodiert:

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

Beispiel 2

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

Spital B kodiert:

HD	I25.–	Chronische ischämische Herzkrankheit
ND	Z48.8	Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff
ND	Z95.1	Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses

Beispiel 3

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	Z96.64	Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese
L	1	

Beispiel 4

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

Reha-Klinik kodiert:

HD	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese des Hüftgelenks
L	1	
ND	Z50.–!	Rehabilitationsmassnahmen

Beispiel 5

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

Zentrumspital kodiert:

HD Mitralklappeninsuffizienz
 ND Hirninfarkt durch Embolie
 ND Hemisyndrom
 ND Äussere Ursache

Regionalspital kodiert:

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

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

Verlegung zur Behandlung

Wird ein Patient zur **Behandlung** in ein anderes Spital verlegt (z.B. weil sich im betreffenden Spital keine zutreffenden Spezialisten finden), so hat jedes Spital einen separaten Fall zu kodieren.

Als Hauptdiagnose kodiert das aufnehmende Spital die Grundkrankheit/Verletzung, 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, die diagnostizierte Halswirbelfraktur wird mit dem Halskragen stabilisiert (temporäre Massnahme, keine «definitive» Behandlung). Dann wird der Patient **zur Behandlung** (Operation) dieser 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

Der Z-Code wird zur **Weiterbehandlung** der Unterschenkelfraktur abgebildet und nicht zur **Behandlung** der Halswirbelfraktur.

Beispiel 2

Patient kommt mit Unterschenkelfraktur ins Spital A. Nach Gippschienen-Anlage wird er zur Behandlung (Operation) sofort ins Zentrumspital verlegt.

Spital A kodiert:

HD Unterschenkelfraktur

ZHD Äussere Ursache

Zentrumspital kodiert:

HD Unterschenkelfraktur

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

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

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

Beispiel 3 - Psychiatrie

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

Psychiatrische Klinik kodiert:

HD F20.– Schizophrenie

ND R10.0 Akutes Abdomen

Akutspital kodiert:

HD K81.0 Akute Cholezystitis

ND F20.– Schizophrenie

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

Beispiel 4 - Psychiatrie

Patientin wird wegen Suizidversuch mit Schnittverletzungen am Unterarm bei schwerer Depression mit psychotischen Symptomen im Akutspital behandelt. Verlegung in die Psychiatrie zur Behandlung der Depression nach Verheilung der Schnittwunde.

Akutspital kodiert:

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

Psychiatrische Klinik kodiert:

HD F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
 HB 94.A1.24 HoNOS 2: Absichtliche Selbstverletzung: HoNOS 2, Stufe 4

Verlegung zur Behandlung ins Zentrumspital mit Rückverlegung ins Primärspital

Als Beispiel für Verlegung zur Auftragsdiagnostik/-therapie:

Ein Patient mit akutem Myokardinfarkt wird nach der Aufnahme im Primärspital zur 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 Metallstent), er wird innert Stunden zurück verlegt.

Primärspital kodiert:

HD I21.– Akuter Myokardinfarkt

HB 00.66.-- (auswärts) Perkutane transluminale Koronarangioplastik (PTCA)

NB 00.40 (auswärts) Massnahme an 1 Gefäss

NB 36.08.11 (auswärts) Implantation perkutan-transluminal von Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie

NB 39.C1.11 (auswärts) 1 implantierter Stent

Zentrumspital: keine Kodierung²

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 36.08.11 Implantation perkutan-transluminal von Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie

NB 39.C1.11 1 implantierter Stent

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 Fallpauschalen (DRG) oder einer psychiatrischen Kostengruppe (PCG) abgerechnet werden, werden die Diagnosen und Prozeduren beider Aufenthalte zunächst separat kodiert.

Eine allfällige Fallzusammenführung erfolgt gemäss den Abrechnungsregeln von SwissDRG und TARPSY. Näheres siehe unter: «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG» oder unter TARPSY, und «Klarstellungen und Fallbeispiele zu den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG» oder unter TARPSY.

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».

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 eröffnet (Gewicht bei Eintritt ins zweite Spital wird unter Variable 4.5.V01 eingetragen).

Als Hauptdiagnose wird fürs Neugeborene

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

Beachte: Es handelt sich hier um ein gesundes Neugeborenes. In dieser Ausnahmesituation ist vom **ersten** Spital in der Austrittsvariablen 1.5.V03 die Ziffer «8 = andere» abzubilden (die Ziffer «6 = anderes Krankenhaus» wird nicht für gesunde Begleitpersonen verwendet).

Zu den möglichen DRG's, siehe auch «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG».

D16i Wahl der Hauptdiagnose bei Rehospitalisationen innerhalb von 18 Tagen wegen Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen

Diese besondere Kodierungsrichtlinie ist eine **Abrechnungsregel** gemäss SwissDRG und steht damit **über** den allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien des Kodierungshandbuches. Diese Regel hat zum Ziel, dass auch Wiederaufnahmen aufgrund einer Komplikation aus einer vorangehenden Spitalbehandlung zu einer Fallzusammenführung führen.

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

Beispiel 1

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

HD M16.1 Sonstige primäre Koxarthrose

L 1

ND T84.04 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese des Hüftgelenks

L 1

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

Beispiel 2

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

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

ND K91.4 Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie

Beispiel 3

Nach Osteosynthese einer 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

Beispiel 4*1. Hospitalisation:*

Cholelithiasis und Cholezystektomie, danach Komplikation mit postoperativem Ileus, Darm-Teilresektion und Anastomose.

HD K80.2– Gallenblasenstein ohne Cholezystitis

ND K91.3 Postoperativer Darmverschluss

2. Hospitalisation:

Intestinale Anastomoseninsuffizienz.

Die Rehospitalisation innert 18 Tagen erfolgte zur Behandlung einer Komplikation der Ileusoperation. Die Anastomoseninsuffizienz ist eine «Komplikation der Komplikation» des 1. Aufenthaltes; die als HD zu kodierende Grundkrankheit ist also die Komplikation (K91.3).

HD K91.3 Postoperativer Darmverschluss

ND K91.83 Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt

In dieser Situation findet keine Fallzusammenführung statt, da nicht die gleiche MDC erreicht wird.

Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren P00 – P11

P00g 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
- 3 = Einseitig unbekannt
- 9 = Unbekannt
- leer = Frage stellt sich nicht

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

- **Externe ambulante Behandlungen:** erhält ein stationärer Patient externe ambulante Leistungen (MRI, Dialyse, Chemotherapie), werden diese beim stationären Fall kodiert und mit dem speziellen Item «ambulante Behandlung auswärts» (Variablen 4.3.V016, 4.3.V026, 4.3.V036, usw.) gekennzeichnet.

P01i Prozeduren, die kodiert werden müssen

- Alle **signifikanten Prozeduren** während des Spitalaufenthaltes sind zu kodieren. Dies schliesst diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein.
Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder:
 - chirurgischer Natur ist
 - ein Eingriffsrisiko birgt
 - ein Anästhesierisiko birgt
 - Spezialeinrichtungen, Grossgeräte (z.B. MRI) oder spezielle Ausbildung erfordert.
- **Prozeduren, die nicht in direktem Zusammenhang** mit einer anderen Prozedur stehen, werden getrennt kodiert.

Beispiel 1

Es wird eine präoperative Koronarangiographie vor einer aortokoronaren Bypassoperation unter Herz-Lungenmaschine gemacht. Hier wird die koronare Arteriographie in den Nebenbehandlungen kodiert.

P02g 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.

Zum Beispiel:

- Röntgenaufnahme und Gipsverband bei Radius-Fraktur (Colles)
- Konventionelle Röntgenuntersuchungen, z.B. Routine-Thoraxröntgen
- EKG (Ruhe-, Langzeit-, Belastungs-EKG)
- Routinemassnahmen bei Neugeborenen (z.B. Hörtest, Schädelsonographie)
- Blutentnahme und Laboruntersuchungen
- Aufnahme-, Kontrolluntersuchungen
- Medikamentöse Therapien mit Ausnahme von:
 - Medikamentöse Therapien bei Neugeborenen, sofern es einen spezifischen CHOP-Kode gibt
 - Zytostatikatherapien, Immuntherapien, Thrombolyse, Gerinnungsfaktoren, Blutprodukte
 - hochteure Medikamente, sofern es einen spezifischen CHOP-Kode gibt
- Einzelne Komponenten einer Prozedur: Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie (inkl. Intubation) oder Analgesie, Wundverschluss, sind in der Regel in einem Operationscode abgebildet.
- **Prozeduren, die in direktem Zusammenhang** mit einer operativen Prozedur stehen.

Beispiel 1

Es wird im Rahmen einer PTCA eine Koronarangiographie gemacht.

Hier wird die koronare Arteriographie nicht kodiert.

Beispiel 2 – Psychiatrie

Eine Anästhesie bei einer Elektrokrampftherapie ist im Code enthalten und wird nicht gesondert 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 Code enthalten. Sie wird nur als solche kodiert, wenn sie eine alleinige Massnahme darstellt (Beispiel 3) oder zur Kategorie 93.A– *Schmerztherapie* gehört und die aufgelisteten Bedingungen unter diesen Codes erfüllt.

Beispiel 3

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

HB 99.25.5- Chemotherapie

NB 03.91.- Injektion von Anästhetikum und Analgetikum in den Spinalkanal

- **Eingriffsverwandte diagnostische Massnahmen**, die in derselben Sitzung durchgeführt werden und in der Regel Bestandteil der Operation sind, werden nicht gesondert kodiert (es sei denn, es ist in der CHOP anders geregelt).
Z.B.: Die diagnostische Arthroskopie vor arthroskopischer Menishektomie 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 (d.h. laparoskopisch, endoskopisch, arthroskopisch) sind mit dem spezifischen Kode für den endoskopischen Eingriff zu kodieren, falls ein solcher Kode existiert. Eine Erweiterung des Zuganges (Mini-Arthrotomie, Mini-Laparotomie, usw., z.B. zur Entfernung des Endobags, eines Dickdarm-Segmentes oder einer Gelenkmaus) wird nicht zusätzlich kodiert.

Beispiel 1

Laparoskopische Cholezystektomie.

51.23 Laparoskopische Cholezystektomie

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

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

Beispiel 2

Eine Ösophagogastroduodenoskopie mit Biopsien an einer oder mehrerer Stellen von Oesophagus, Magen oder Duodenum wird kodiert als

45.16 Ösophagogastroduodenoskopie [EGD] mit geschlossener Biopsie

Beispiel 3

Eine Pharyngo-Tracheo-Bronchoskopie wird kodiert als

33.22 Flexible Tracheobronchoskopie

Beispiel 4

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

33.22 Flexible Tracheobronchoskopie

42.23 Sonstige Ösophagoskopie

P04i Kombinationseingriffe/Komplexe Operationen

- Eingriffe sind möglichst mit einem Kode (monokausale Kodierung) abzubilden. Es gibt Kodes für kombinierte Eingriffe, bei denen mehrere einzeln durchführbare Eingriffe in einer Sitzung vorgenommen werden. Sie sind dann zu verwenden, wenn sie den kombinierten Eingriff vollständig beschreiben und die Kodierrichtlinien bzw. die Hinweise in der CHOP nichts anderes vorschreiben.

Beispiel 1

28.3.-- Tonsillektomie **mit** Adenoidektomie

Beispiel 2

52.51.10 Proximale Pankreatektomie, pyloruserhaltend (Operation nach **Whipple**)
oder

52.51.31 Pankreatikoduodenale Resektion mit Teilresektion des Magens, nicht pyloruserhaltend (Operation nach **Whipple**)

Beispiel 3

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

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

Beispiel 4

Ein Patient, 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 Operationskode inbegriffen ist.

Beispiele:

- Spongiosa-Entnahme **am Becken** bei Osteosynthese am **Oberarm**: zusätzlich kodieren.
- Sehnen-Entnahme im Kode inbegriffen: z.B. 81.45.12 Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes mit Semitendinosus- und/oder Gracilissehne, arthroskopisch.
- Lappen-Entnahme im Kode inbegriffen: z.B. 85.K4.11 Mammoplastik mit Deep inferior epigastric perforator flap (DIEP).
- Zum Teil beinhaltet die CHOP spezielle Hinweise («kodiere ebenso»), dass einzelne Komponenten zusätzlich kodiert werden müssen.

Beispiel 5

39.75.-- Perkutan-transluminale Gefässintervention, sonstige Gefässe

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

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

P05a Unvollständig durchgeführte Eingriffe

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

- Wenn bei einem laparoskopischen/endoskopischen/arthroskopischen Verfahren auf «offen chirurgisch» gewechselt wird oder gewechselt werden muss, wird nur die offene chirurgische Prozedur kodiert.

Beispiel 1

Laparoskopische Cholezystektomie mit Umsteigen auf die 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 Probepaparotomie

Beispiel 3

Muss die Ösophagektomie bei einem Ösophagus-Ca vor der Präparation des Ösophagus wegen Inoperabilität abgebrochen werden, wird nur die durchgeführte Thorakotomie kodiert.

34.02 Probethorakotomie

P06i Mehrfach durchgeführte Prozeduren

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

Ausnahmen:

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

Beispiel 1

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

HD	C44.3	Basalzellkarzinom, Nase
ND	C44.2	Basalzellkarzinom, Ohr
L	1	
ND	C44.6	Basalzellkarzinom, Unterarm
L	1	
ND	C97!	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
ND	L57.0	Keratosis solaris
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	86.32.1E	Lokale Exzision von Läsion oder Gewebe an Haut und Subkutangewebe, mit primärem Wundverschluss, an anderen Lokalisationen (für 3 Basaliome Unterarm)
NB	86.32.1E	Lokale Exzision von Läsion oder Gewebe an Haut und Subkutangewebe, mit primärem Wundverschluss, an anderen Lokalisationen (für 3 Keratosis solaris-Läsionen am Rücken)
NB	86.32.1E	Lokale Exzision von Läsion oder Gewebe an Haut und Subkutangewebe, mit primärem Wundverschluss, an anderen Lokalisationen (für 1 Keratosis solaris-Läsion am Unterschenkel)

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

- Der CHOP-Kode beinhaltet eine Angabe betr. Anzahl der Behandlungen, der Dauer, Mengen, usw.: hier wird der Kode nur einmal pro Aufenthalt/Fall abgebildet, mit der Gesamtmenge/Gesamtanzahl und Datum der ersten Prozedur (z.B. Transfusionen, Komplexbehandlungen, Coils (1× den Kode für die Gesamtanzahl aller intrakraniellen, extrakraniellen und spinalen Coils, 1× den Kode für die Gesamtanzahl aller peripheren Coils), Stents, NEMS/SAPS).

Das gleiche gilt für Medikamente der Liste der erfassbaren Medikamente/Substanzen (ATC-Liste) (nur die verabreichte Menge ist zu erfassen).

Bei den Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentraten sind ebenfalls nur die dem Patienten verabreichten Mengen zu erfassen. Bestellte, dann aber verworfene Mengen werden nicht gezählt. Es sind die Definitionen der Blutspende SRK Schweiz (siehe Beachte unter den CHOP-Kodes 99.04.-- *Transfusion von Erythrozytenkonzentrat* und 99.05.-- *Transfusion von Thrombozyten*) für die Transfusions-Einheiten für Erwachsene und Kinder zu beachten. Die Mindestvolumina sind bei Babys bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres nicht zu berücksichtigen (siehe Beachte unter den entsprechenden CHOP-Kodes). Ergibt die Summe der verabreichten Konzentrate, bei Kindern und Erwachsenen, keine ganze Zahl, wird abgerundet. Wurden z.B. 5.6 Erythrozytenkonzentrate verabreicht, so ist der Kode mit der Angabe von 1 TE bis 5 TE zu erfassen.

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

Beispiel 2

*Ein Patient erhält eine multimodale Schmerztherapie, dies vom 2. bis zum 8. und vom 12. bis zum 19. Hospitalisationstag.
93.A2.45 MMST, mindestens 14 bis 20 Behandlungstage*

Beispiel 3

*Ein Patient erhält mehrere Erythrozytenkonzentrate:
Tag 1: 3 EK, Tag 3: 4 EK, Tag 5: 4 EK, Tag 6: 3 EK = 14 EK.
Hier werden die Erythrozytenkonzentrate summiert und nur mit einem CHOP-Kode abgebildet.
99.04.12 Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 11 TE bis 15 TE*

Therapeutische Radiologie und Nuklearmedizin 92.2:

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

Radiojodtherapie:

Hier wird bei mehrfacher Applikation während eines stationären Aufenthaltes die erzielte Gesamtaktivität mit einem Kode aus der Elementegruppe 92.28.4 – «Radiojodtherapie» kodiert.

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

Bilaterale Adrenalektomie.

HB 07.3 *Beidseitige Adrenalektomie*

L 0

P08e 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*
39.41 *Stillung einer Blutung nach vaskulärem Eingriff*

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

00.99.10 *Reoperation*

Beachte:

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.

Sind bei einem Patienten bei einer stationären Behandlung mehrere Reoperationen notwendig, ist der Kode 00.99.10 nur einmal zur ersten Reoperation abzubilden.

Beispiel 1

Patientin kommt zur Sectio bei Status nach Sectio.

HB 74.--.-- *Sectio caesarea und Extraktion des Fetus*

NB 00.99.10 *Reoperation*

Gebrauch der Kodes 34.03 Wiedereröffnung einer Thorakotomie, 54.12.– Relaparotomie und 37.99.80 Reoperation an Herz und Perikard:

Die Kodes 34.03, 54.12.11 und 37.99.80 werden **ausschliesslich** zur Abbildung eines Wiedereingriffes verwendet, welcher sich auf Exploration, Hämostase oder Evakuierung eines Hämatoms beschränkt.

Ansonsten, bei intrathorakalen, intraabdominalen oder Herz-Operationen, welche mit einem spezifischen Kode abgebildet werden, ist im Falle einer Reoperation der Kode 00.99.10 zusätzlich zu kodieren.

Z.B.: Eine Reoperation zur weiteren Teilresektion des Dünndarms wird mit:

45.62 *Sonstige Teilresektion am Dünndarm + 00.99.10 Reoperation*

und nicht mit:

45.62 *Sonstige Teilresektion am Dünndarm + den Restklassekodes 54.12.00 oder 54.12.99 kodiert.*

P09i Organentnahme und Transplantation

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

1. Untersuchung eines potenziellen Organ- oder Gewebespenders

Wird eine potenzielle Spenderin oder ein potenzieller Spender zu Voruntersuchungen vor einer möglichen Lebendspende stationär aufgenommen und 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 41.0A.14 Hämatopoetische Stammzellenentnahme aus dem Knochenmark, allogene, nicht-verwandt, HLA Identisch

oder 41.0A.24 Hämatopoetische Stammzellenentnahme aus dem peripheren Blut, allogene, nicht-verwandt, HLA Identisch

Bei **autogener (= autologer) Spende und Transplantation** während eines stationären Aufenthaltes sind die Codes aus Z52.– Spender von Organen oder Geweben **nicht** anzugeben. Die CHOP-Kodes für die Entnahme des Transplantates und die Codes 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 Organs 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.– bis 00.93.– Art eines Gewebetransplantates, resp. Organtransplantates*

Beachte: Es handelt sich um Zusatzkodes. Diese werden kodiert, sofern die Information nicht bereits im Prozedurenkode der Transplantation enthalten ist (z.B. bei *41.0A.– bis 41.0C.– Hämatopoetische Stammzellentransplantation* wird kein Kode aus *00.90.– bis 00.93.–* kodiert).

- 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 Nachkontrolle, Versagen oder Abstossungsreaktion ist ein Kode Z94.– Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation zusätzlich zu kodieren (im Rahmen von D05).

Organ- / Gewebeentnahme und Transplantationstabelle

Diese Tabelle ist nicht als vollständige Auflistung anzusehen.

Organ / Gewebe	Lebendspende			Transplantation (Empfänger)	
	ICD-10-GM	CHOP	Text	CHOP	Text
Stammzellen (STZ)	Z52.01	41.0A.2–	Hämatopoet. Stammzellenentnahme, peripheres Blut	41.0B.2–	Hämatopoet. Stammzelltransplantation, peripheres Blut
Knochenmark (KM)	Z52.3	41.0A.1–	Hämatopoet. Stammzellenentnahme, Knochenmark	41.0B.1–	Hämatopoet. Stammzelltransplantation, Knochenmark
Haut	Z52.1	86.6–,–	Freies Hauttransplantat und permanenter Hautersatz		Kode je nach Lokalisation und Umfang
Knochen	Z52.2	77.7–	Knochenentnahme für Transplantation	76.91.– 78.0–,–	Knochen transplantation an Gesichtsschädelknochen Knochen transplantation und Knochen transposition
		7A.2A	Knochenentnahme an der Wirbelsäule zur Transplantation	7A.51	Knochen transplantation und Knochen transposition an der Wirbelsäule
Niere	Z52.4	55.51.02	Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspende	55.69.–,–	Sonstige Nierentransplantation
Leber	Z52.6	50.2C.–	Partielle Hepatektomie zur Transplantation	50.5–	Lebertransplantation
Herz				37.51.–	Herztransplantation
Lunge				33.5–	Lungentransplantation
Herz/Lunge				33.6X.–	Kombinierte Herz-Lungentransplantation
Pankreas				52.8–	Pankreastransplantation
Kornea				11.6–	Kornea transplantation
Dünndarm				46.97.–	Darmtransplantation

P10i Adhäsioolyse

Die Lösung von Adhäsionen an verschiedenen Organsystemen wird mit den Codes aus den entsprechenden Organkapiteln kodiert.

Handelt es sich um Adhäsioolyseeingriffe am Peritoneum des Abdominalraumes (viszerale, urogynäkologische Adhäsio lysen), werden diese mit spezifischen Codes, die den Sachverhalt der Adhäsio lyse beinhalten, abgebildet. Diese finden sich in den entsprechenden Organkapiteln der CHOP, z.B. *65.81.10 Laparoskopische Lösung von Adhäsionen an Ovar und Tuba uterina am Peritoneum des weiblichen Beckens*.

Sofern die Operationsdauer der einzelnen Adhäsio lysen (Zeitsumme der einzelnen Adhäsio lyseeingriffe) die 60 Minutengrenze überschreitet, soll zusätzlich der CHOP-Code *54.5-* kodiert werden. Zur Summe der Dauer wird nur die reine Zeit, die das Lösen betrifft, gezählt. Bei Unklarheiten erfolgt die Anfrage an den Operateur. Diese Zeit muss im Operationsbericht schriftlich und nachvollziehbar dokumentiert sein.

Werden peritoneale Adhäsionen im Bauchraum gelöst und stellen diese peritonealen Adhäsionen einen wesentlichen Grund (Indikation) für den operativen Eingriff dar, so soll der Code *K66.0 Peritoneale Adhäsionen* als Diagnosekode kodiert werden. Überschreitet die Eingriffsdauer dieser peritonealen Adhäsio lysen die 60 Minutengrenze, so wird der entsprechende CHOP-Code *54.5-* abgebildet. Dauert die Adhäsio lyse insgesamt weniger als 60 Minuten, dann erfolgt keine Abbildung des CHOP-Kodes *54.5-*.

P11h Serosaverletzung mit Übernähung

Wird im Rahmen einer Operation die Serosa verletzt, die übernährt werden muss, ist der spezifische S-Code des verletzten Abschnittes zu kodieren. Die Übernähung selbst wird in diesem Fall nur mit einem spezifischen CHOP-Code abgebildet, z.B. *54.64.10 Naht am Peritoneum, Naht von Mesenterium, Omentum majus oder minus (nach Verletzung)*.

Für die Kodierung einer Komplikation müssen die Regeln G40g *Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren* und D12c *Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen)* beachtet werden.

Hinweis: Die «Tunica muscularis» gehört zum Organ. Eine Verletzung der Tunica muscularis, die übernährt werden muss, wird mit dem Code des entsprechenden Organs (Harnblase, Uterus, Darm) und nicht mit einem Code zur Naht des Peritoneums abgebildet. Das gilt sowohl für die Diagnose, als auch für die Prozedur.

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).

S0102i Sepsis

Auswahl des Sepsis-Kodes

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

- In Kapitel I, in den Kategorien A40.– *Streptokokkensepsis* und A41.– *Sonstige Sepsis*, wobei die Exklusiva zu berücksichtigen sind.
- In Kapitel I, bei den einzelnen Infektionskrankheiten (z. B. B37.7 *Candidasepsis*).
- In Kapitel XVI für die Sepsis beim Neugeborenen (P36.– *Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen*).
- Eine Sepsis in Zusammenhang mit Abort, ektopischer Schwangerschaft, Molenschwangerschaft, Geburt oder Wochenbett wird mit einem Kode aus Kapitel XV (003 – 007, 008.0, 075.3, 085) zusammen mit einem Sepsis-Kode aus Kapitel I abgebildet (Reihenfolge siehe unten), um auf den Erreger und das Vorliegen einer Sepsis hinzuweisen.
- Obwohl der Begriff Sepsis unter manchen Kodes für Komplikationen nach medizinischen Massnahmen aufgelistet ist, muss zusätzlich ein Sepsis-Kode aus Kapitel I abgebildet werden, um auf den Erreger und das Vorliegen einer Sepsis hinzuweisen (z. B. J95.0 *Funktionsstörung eines Tracheostomas*, T88.0 *Infektion nach Impfung*).

Definition der Sepsis gemäss 3. International Konsensus Konferenz (Guidelines of the third international consensus definition for sepsis und septic shock)

Definition der Sepsis: Nachgewiesene oder vermutete Infektion und nachgewiesene Organdysfunktion, verursacht durch eine dysregulierte Reaktion des Körpers auf einen Infekt.

Die Diagnose der Sepsis, die Dokumentation der Sepsis und die Diagnose der Sepsis-assoziierten Organdysfunktionen gemäss SOFA-Score oder Goldsteinkriterien erfolgt durch die behandelnden Ärzte. Alle Organdysfunktionen/Organkomplikationen müssen gemäss dem ihnen zugrundeliegenden Regelwerk einzeln erfasst und kodiert werden. Die Diagnosestellung erfolgt durch den Arzt. Die Diagnosestellung muss in der Dokumentation nachvollziehbar sein.

Sepsis bei Erwachsenen

Die Organdysfunktion im Rahmen der Sepsis wird bei Erwachsenen neu über den SOFA-Score bestimmt (Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score).

Eine Sepsis mit Organdysfunktion zeigt sich über eine Zunahme des SOFA-Scores ≥ 2 innerhalb von maximal 72 Stunden.

Die Kumulation der Punkte bei Verschlechterung einzelner Organsysteme um je 1 Punkt ist zulässig.

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

Vorbestehende Organdysfunktionen werden nur als septische Organdysfunktion/Organkomplikation beurteilt, wenn eine sepsisbedingte akute Verschlechterung vorliegt.

Die vorbestehende Organdysfunktion definiert den Ausgangsscore. Bei fehlenden Informationen zu Vorerkrankungen eines Organsystems geht man von einer SOFA-Baseline von 0 aus.

Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score ^a					
	Score				
ORGANSYSTEM	0	1	2	3	4
Atmung					
PaO ₂ /FiO ₂ , mmHg (kPa)	≥ 400 (≥ 53.3)	< 400 (< 53.3)	< 300 (< 40)	< 200 (< 26.7) mit respiratorischer Unterstützung	< 100 (< 13.3) mit respiratorischer Unterstützung
Gerinnung					
Thrombozyten, x10 ⁹ /μl	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Leber					
Bilirubin, mg/dl (μmol/l)	< 1.2 (< 20)	1.2 – 1.9 (20 – 32)	2.0 – 5.9 (33 – 101)	6.0 – 11.9 (102 – 204)	> 12.0 (> 204)
Kardiovaskulär					
Mittlerer arterieller Blutdruck	MAP ≥ 70mmHg	MAP < 70mmHg	Dopamin < 5 oder Dobutamin (jede Dosis) ^b	Dopamin 5.1 – 15 oder Adrenalin ≤ 0.1 oder Noradrenalin ≤ 0.1 ^b	Dopamin > 15 oder Adrenalin > 0.1 oder Noradrenalin > 0.1 ^b
Zentrales Nervensystem					
Glasgow Coma Scale ^c	15	13 – 14	10 – 12	6 – 9	< 6
Renal					
Kreatinin, mg/dl (μmol/l)	< 1.2 (< 110)	1.2 – 1.9 (110 – 170)	2.0 – 3.4 (171 – 299)	3.5 – 4.9 (300 – 440)	> 5.0 (> 440)
Urinausscheidung, ml/d				< 500	< 200

a Adaptiert von Vincent et al.²⁷
 b verabreichte Katecholamin-Dosen in μg/kg/min für mindestens eine Stunde
 c Glasgow Coma Scale reicht von 3 – 15
 27 Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al: Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Med. 1996;22(7):707 – 710.

Eine arterielle Blutgasanalyse ist für die Bestimmung des SOFA-Scores betreffend Funktion des Respirationstraktes zwingend. Bei nicht beatmeten Patienten gilt folgende Annahme für FiO₂: Bei O₂ nasal: 0.3, Maske: 0.4, Maske mit Reservoir: 0.6.

Sepsis bei Kindern

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

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

Organdysfunktionskriterien nach Goldstein			
Kardiovaskulär Trotz isotonomischer Infusion von $\geq 40\text{ml/kg}$ in einer Stunde	BD-Abfall (Hypotonie) $< 5.$ Perzentile altersabhängig oder systolischer BD < 2 Standardabweichungen unter dem altersabhängigen Normalwert	ODER Notwendigkeit vasoaktiver Medikation zur Aufrechterhaltung des BD im Normbereich (Adrenalin, Noradrenalin oder Dobutamin in jeder Dosierung; Dopamin $> 5\mu\text{g/kg/min}$)	ODER Zwei der folgenden Punkte: – unerklärte metabolische Azidose (Basen-Defizit $> 5\text{ mmol/l}$, Base Excess (BE) $< -5\text{ mmol/l}$) – erhöhtes Lactat arteriell > 2 -fach des oberen Grenzwertes – Oligurie: Urinmenge $< 0.5\text{ml/kg/h}$ – verzögerte Rekapillarisation $> 5\text{ Sek.}$ – Temperaturdifferenz Kerntemperatur/peripher $> 3^\circ\text{C}$
Respiratorisch	$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300\text{ mmHg}$ ($< 40\text{ kPa}$) in Abwesenheit zyanotischer Herzvitien oder präexistierender Lungenkrankheiten	ODER $\text{PaCO}_2 > 65\text{ mmHg}$ ($> 8.7\text{ kPa}$) oder $\geq 20\text{ mmHg}$ ($\geq 2.7\text{ kPa}$) über der Baseline- PaCO_2	ODER Bewiesener FiO_2 -Bedarf > 0.5 für eine $\text{SaO}_2 \geq 92\%$ (FiO_2 -Reduktionsversuch) ODER Bedarf nichtelektiver invasiver oder nichtinvasiver mechanischer Beatmung
Neurologisch	Glasgow Coma Scale ≤ 11	ODER Akute Veränderung des Mentalstatus mit GCS-Abfall ≥ 3 Punkte bei abnormaler Baseline	
Hämatologisch	$\text{TC} < 80'000/\text{mm}^3$ oder Abfall von 50% des höchsten gemessenen Wertes innerhalb der letzten drei Tage (für chronisch hämatologische oder onkologische Patienten)	ODER $\text{INR} > 2$	
Renal	Serumkreatinin ≥ 2 -fach oberer, altersabhängiger Grenzwert oder ≥ 2 -fache Erhöhung der Baseline		
Hepatisch	Bilirubin total $\geq 4\text{mg/dl}$ ($\geq 68\mu\text{mol/l}$), nicht anwendbar bei Neugeborenen	ODER ALAT doppelt so hoch wie oberer, altersabhängiger Grenzwert	

Septischer Schock

Ein septischer Schock wird mit **R57.2** abgebildet.

Definition septischer Schock: Dieser liegt vor, wenn trotz adäquater Volumengabe ein mittlerer arterieller Druck von $\geq 65\text{ mmHg}$ nur mit Vasopressoren erreicht werden kann und ein Laktatwert $> 2\text{ mmol/l}$ vorliegt.

Reihenfolge der Codes

Eine Sepsis wird mit folgenden Codes in dieser Reihenfolge abgebildet:

- **Sepsiskode**
- **Spezifische Erreger und zugehörige Resistenzen U80.-! bis U85! werden gemäss Regel D04c kodiert**
- **Septischer Schock R57.2, wenn vorliegend**
- **Infektfokus:** z.B. Pneumonie
Es soll jeder Erreger, der den Infektfokus spezifiziert, und die dazugehörigen Resistenzen kodiert werden gemäss Regel D04c.
- **Jede einzelne Organdysfunktion**
Die Kodierung der Sepsis umfasst mindestens den Code der Sepsis und die Angabe des Fokus, von dem der Infekt ausgeht. Ist der Infektfokus unbekannt, so wird zur Sepsis ergänzend *B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten* kodiert. Für die Spezifizierung von Erregern oder die Angabe von Resistenzen gilt Regel D04c. Weitere ND sind alle Organdysfunktionen, die sich im Rahmen der Sepsis verschlechtern.

Die Verschlüsselung eines *R65.1!* und *R65.0!* entfällt im Kontext der Sepsis. Alle *R65.-!* SIRS-Kodes haben weiterhin Gültigkeit und dürfen kodiert werden, sofern sie die Anforderungen an die Kodierung einer Nebendiagnose erfüllen. Der Code *R65.-!* darf aber nicht mehr an die Diagnose Sepsis angehängt werden.

Beispiele zur Kodierung

Beispiel 1

E. coli-Sepsis mit septischem Schock bei akuter Pyelonephritis links mit E. coli mit Multiorganversagen
Verlauf: Bei Eintritt auf der Intensivstation intubiert, beatmet bei Oxygenierungsindex (PaO₂/FIO₂) 155 mmHg im Rahmen einer akuten respiratorischen Insuffizienz. MAP (mittlerer arterieller Blutdruck) 60-80 mmHg unter Noradrenalin-Perfusor (0.1µg/kg/min). In der Folge akutes anurisches Nierenversagen Stadium 3, Start einer CVVHDF (continuous veno-venous hemodiafiltration) mit insgesamter Dauer von 96 Stunden. Bei einer Thrombozytopenie von 18 G/l Durchführung eines HIT-Testes (Heparin-induzierte Thrombozytopenie), welcher negativ ausfiel. Die Thrombozytopenie war im Verlauf regredient und kann am ehesten auf die Sepsis zurückgeführt werden. In den Urin- und Blutkulturen liess sich ein pansensibler E.coli nachweisen. Es erfolgte eine intravenöse Antibiose mit Rocephin.

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

- HD A41.51 Sepsis durch E. coli
- ND R57.2 Septischer Schock
- ND N10 Akute tubulointerstitielle Nephritis
- ND B96.2 ! Escherichia coli und andere Enterobakteriazeen als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
- ND J96.09 Akute respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert, Typ nicht näher bezeichnet
- ND N1793 Akutes Nierenversagen, n.n.b. Stadium 3
- ND D69.58 Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet

Beispiel 2

72-jährige Patientin mit Urosepsis durch *E. coli* bei akuter Pyelonephritis rechts

Verlauf: Aggravierung der chronischen Niereninsuffizienz mit Kreatininwert von 140 µmol/l und Abnahme der GFR auf 25 ml/min (Baseline-Kreatinin 110 µmol/l; GFR 40 ml/min). Laborchemisch zeigte sich am zweiten Hospitalisationstag ein Bilirubinanstieg auf 1.5 mg/dl sowie eine Thrombozytopenie von 90 G/l. Es erfolgte die intravenöse antibiotische Behandlung und Rehydrierung. In der Folge Normalisierung der Leberwerte und der Thrombozytopenie bei einmaliger Verlaufskontrolle. Besserung der chronischen Niereninsuffizienz auf Niveau der Baseline-GFR im Verlauf. Entlassung nach Hause in gutem Allgemeinzustand.

Gesamtscore SOFA	Atmung	Gerinnung	Leber	Kardiovaskulär, MAP	ZNS	Renal
4	0	2	1	0	0	1

HD A41.51 Sepsis durch *Escherichia coli*

ND N10 Akute tubulointerstitielle Nephritis

ND B96.2 ! *Escherichia coli* und andere Enterobakteriaceen als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

ND N18.4 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4

Beachte: Das SOFA-Kriterium der akuten Verschlechterung der Niereninsuffizienz ist erfüllt und gilt für die Berechnung des Scores. Die AKI-Kriterien jedoch werden nicht erfüllt (Bedingung für Stadium 1: Anstieg des Serum-Kreatinins um mindestens 50 bis unter 100% gegenüber dem Ausgangswert innerhalb von 7 Tagen. Hier liegt ein Anstieg um 40% vor). Die Progredienz der Niereninsuffizienz erfolgt akut im Rahmen der Sepsis, bewegt sich aber im Range der chronischen Niereninsuffizienz Stadium 4 (GFR 15 bis unter 30 ml/min). Die Kodierung der Organdysfunktion erfolgt mit dem Code für die chronische Niereninsuffizienz mit Stadiumangabe.

Beispiel 3

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

Radiologisch Nachweis einer Pneumonie links. Reduzierter Allgemeinzustand bei Fieber 39.1 °C und begleitender Hypotonie mit mittlerem arteriellem Blutdruck von 82 mmHg. Bei initialem Verdacht auf Sepsis stationäre Aufnahme zur intravenösen antibiotischen Therapie und Kreislaufunterstützung mittels Rehydrierung. Am Folgetag laborchemisch Anstieg des Bilirubins auf 1.3 mg/dl. Mikrobiologisch erfolgt der Nachweis von *Streptococcus pneumoniae* im Sputum und in den Blutkulturen. Unter gezielter antibiotischer Therapie rasche Besserung des Allgemeinzustandes und Austritt nach Hause.

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

Der SOFA-Score insgesamt ist kleiner als 2. Es wird keine Sepsis kodiert. Hauptdiagnose ist der Infekt. Die Kodierung der Nebendiagnosen erfolgt gemäss Kodierregel G 54g.

HD J13 Pneumonie durch *Streptococcus pneumoniae*

ND I95.8 Sonstige Hypotonie

ND A49.1 Streptokokken- und Enterokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation

ND B95.3! *Streptococcus pneumoniae* als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

Beispiel 4

Septischer Schock und moderates ARDS bei Sepsis durch Streptokokken der Gruppe A
 4-jähriges Mädchen. Zuweisung mit der Ambulanz bei Somnolenz. Seit 4 Tagen Fieber bis 39,2° C, seit zwei Tagen Erbrechen und Diarrhoe. Aktuell Verschlechterung des Allgemeinzustandes, deutlich schlapp, konnte kaum sitzen, somnolent. Beim Transport: tachypnoeisch, kühle Peripherie, initial ohne zusätzlichen Sauerstoff Spontansättigung 60%, unter 12 l/min O₂ Sättigung um 92%. GCS 11, febril 39,6 °C. Verlegung auf die Abteilung Intensivmedizin zum weiteren Management bei respiratorischer Dekompensation und Somnolenz. Nach initialer Atemunterstützung am High-Flow mit 15 l/Min und FiO₂ von 100% bei weiterhin stark tachydyspnoeischem Atemmuster Umstellung auf CPAP. Hierunter keine Stabilisation und deshalb bei respiratorischer Dekompensation im Rahmen einer kardiorespiratorischen Insuffizienz Intubation (PaO₂/FiO₂ 138 mmHg, akute hypoxische respiratorische Insuffizienz, ARDS). Bei septischem Schock mit Katecholaminbedarf Beginn einer Steroidstosstherapie und einer empirischen antibiotischen Therapie mit Cefepime. Im Verlauf v.a. Toxic Shock Syndrom mit enoraler Schleimhautblutung und Nachweis eines gekammerten Aszites, deshalb zusätzliche Therapie mit Clindamycin. Eine meningale Beteiligung konnte bei unauffälligem Liquor ausgeschlossen werden. Nach gutem Ansprechen der Therapie erfolgte am 4. Hospitalisationstag die Extubation. Nach erfreulichem Verlauf konnten die Steroide ausgeschlichen und das Kind in ordentlichem AZ auf die Normalstation verlegt werden.

Organdysfunktionskriterien nach Goldstein			
Kardiovaskulär	Trotz isotonomischer Infusion von $\geq 40\text{ml/kg}$ in einer Stunde	BD-Abfall (Hypotonie) < 5 . Perzentile altersabhängig oder systolischer BD < 2 Standardabweichungen unter dem altersabhängigen Normalwert	ODER Notwendigkeit vasoaktiver Medikation zur Aufrechterhaltung des BD im Normbereich (Adrenalin, Noradrenalin oder Dobutamin in jeder Dosierung; Dopamin $> 5\mu\text{g/kg/min}$)
			ODER Zwei der folgenden Punkte: – unerklärte metabolische Azidose (Basen-Defizit $> 5\text{ mmol/l}$, Base Excess (BE) $< -5\text{ mmol/l}$) – erhöhtes Lactat arteriell > 2 -fach des oberen Grenzwertes – Oligurie: Urinmenge $< 0.5\text{ml/kg/h}$ – verzögerte Rekapillarisation $> 5\text{ Sek.}$ – Temperaturdifferenz Kerntemperatur/peripher $> 3^\circ\text{C}$
Respiratorisch		PaO ₂ /FiO ₂ $< 300\text{ mmHg}$ ($< 40\text{ kPa}$) in Abwesenheit zyanotischer Herzvitien oder präexistierender Lungenkrankheiten	ODER PaCO ₂ $> 65\text{ mmHg}$ ($> 8.7\text{ kPa}$) oder $\geq 20\text{ mmHg}$ ($\geq 2.7\text{ kPa}$) über der Baseline-PaCO ₂
			ODER Bewiesener FiO ₂ -Bedarf > 0.5 für eine SaO ₂ $\geq 92\%$ (FiO ₂ -Reduktionsversuch)
			ODER Bedarf nichtelektiver invasiver oder nichtinvasiver mechanischer Beatmung
Neurologisch		Glasgow Coma Scale ≤ 11	ODER Akute Veränderung des Mentalstatus mit GCS-Abfall ≥ 3 Punkte bei abnormaler Baseline
Hämatologisch		TC $< 80'000/\text{mm}^3$ oder Abfall von 50% des höchsten gemessenen Wertes innerhalb der letzten drei Tage (für chronisch hämatologische oder onkologische Patienten)	ODER INR > 2
Renal		Serumkreatinin ≥ 2 -fach oberer, altersabhängiger Grenzwert oder ≥ 2 -fache Erhöhung der Baseline	
Hepatisch		Bilirubin total $\geq 4\text{mg/dl}$ ($\geq 68\mu\text{mol/l}$), nicht anwendbar bei Neugeborenen	ODER ALAT doppelt so hoch wie oberer, altersabhängiger Grenzwert

- HD A40.0 Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A
- ND R57.2 Septischer Schock
- ND A48.3 Syndrom des toxischen Schocks
- ND B99 Sonstige und n.n.b. Infektionskrankheiten
- ND J80.02 Moderates Atemnotsyndrom [ARDS]
- ND J96.00 Akute respiratorische Insuffizienz Typ I [hypoxisch]
- ND R40.0 Somnolenz

Beispiel 5

Eutrophes frühgeborenes Mädchen der 25 4/7 SSW, Geburtsgewicht 710g (Perzentile 30)

Atemnotsyndrom bei Surfactantmangel, milde bronchopulmonale Dysplasie, Apnoe-Bradykardie-Syndrom des Frühgeborenen. V.a. neonatalen Infekt, V.a. late onset-Sepsis am 6. Lebenstag.

Erstversorgung: Zyanotisches Kind mit insuffizienter Spontanatmung, Herzfrequenz 80/min. Orales Absaugen und Beginn mit Maskenbeatmung. Rasch normokard, Entwicklung einer Spontanatmung mit Einziehungen und expiratorischem Stöhnen. Intubation in der 45. Lebensminute. Verlegung auf die neonatologische Intensivstation. FiO₂ maximal 0.25. Bei Frühgeburtlichkeit Gabe von Surfactant endotracheal. Durch Therapie Verbesserung der Atmungssituation mit Reduktion der Beatmungsparameter. Die Extubation erfolgte nach 17 Stunden mit anschließender CPAP-Atemunterstützung. Am 6. Lebenstag musste das Kind bei schwerer Apnoe im Rahmen der late onset Sepsis erneut intubiert werden. Eine antibiotische Therapie mit Co-Amoxicillin und Amikacin wurde begonnen. Nach 6 Tagen erfolgreiche Extubation. Die Blutkultur blieb ohne Wachstum. Die antibiotische Therapie wurde für insgesamt 7 Tage gegeben. Zusätzlicher Sauerstoffbedarf bestand bis zum 39. Hospitalisationstag bei einer milden bronchopulmonalen Dysplasie.

Organdysfunktionskriterien nach Goldstein

Kardiovaskulär	Trotz isotonischer Infusion von $\geq 40\text{ml/kg}$ in einer Stunde	BD-Abfall (Hypotonie) < 5 . Perzentile altersabhängig oder systolischer BD < 2 Standardabweichungen unter dem altersabhängigen Normalwert	ODER Notwendigkeit vasoaktiver Medikation zur Aufrechterhaltung des BD im Normbereich (Adrenalin, Noradrenalin oder Dobutamin in jeder Dosierung; Dopamin $> 5\mu\text{g/kg/min}$)	ODER Zwei der folgenden Punkte: – unerklärte metabolische Azidose (Basen-Defizit $> 5\text{ mmol/l}$, Base Excess (BE) $< -5\text{ mmol/l}$) – erhöhtes Lactat arteriell > 2 -fach des oberen Grenzwertes – Oligurie: Urinmenge $< 0.5\text{ml/kg/h}$ – verzögerte Rekapillarisation $> 5\text{ Sek.}$ – Temperaturdifferenz Kerntemperatur/peripher $> 3^\circ\text{C}$	
Respiratorisch		PaO ₂ /FiO ₂ $< 300\text{ mmHg}$ ($< 40\text{ kPa}$) in Abwesenheit zyanotischer Herzvitien oder präexistierender Lungenkrankheiten	ODER PaCO ₂ $> 65\text{ mmHg}$ ($> 8.7\text{ kPa}$) oder $\geq 20\text{ mmHg}$ ($\geq 2.7\text{ kPa}$) über der Baseline-PaCO ₂	ODER Bewiesener FiO ₂ -Bedarf > 0.5 für eine SaO ₂ $\geq 92\%$ (FiO ₂ -Reduktionsversuch)	ODER Bedarf nichtelektiver invasiver oder nichtinvasiver mechanischer Beatmung
Neurologisch		Glasgow Coma Scale ≤ 11	ODER Akute Veränderung des Mentalstatus mit GCS-Abfall ≥ 3 Punkte bei abnormaler Baseline		
Hämatologisch		TC $< 80'000/\text{mm}^3$ oder Abfall von 50% des höchsten gemessenen Wertes innerhalb der letzten drei Tage (für chronisch hämatologische oder onkologische Patienten)	ODER INR > 2		
Renal		Serumkreatinin ≥ 2 -fach oberer, altersabhängiger Grenzwert oder ≥ 2 -fache Erhöhung der Baseline			
Hepatisch		Bilirubin total $\geq 4\text{mg/dl}$ ($\geq 68\mu\text{mol/l}$), nicht anwendbar bei Neugeborenen	ODER ALAT doppelt so hoch wie oberer, altersabhängiger Grenzwert		

- HD P22.0 Atemnotsyndrom des Neugeborenen
- ND P36.9 Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen, n. n. b.
- ND P39.8 Sonstige näher bez. Infektionen, für Perinatalperiode spezifisch
- ND P28.5 Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen
- ND P27.1 Bronchopulmonale Dysplasie mit Ursprung in der Perinatalperiode
- ND P07.01 Neugeborenes, Geburtsgewicht 500 bis unter 750 Gramm
- ND P07.2 Neugeborenes mit extremer Unreife
- ND Z38.0 Einling, Geburt im Krankenhaus

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

- Manifestiert sich eine Sepsis als Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen (Komplikation) im Rahmen eines stationären Aufenthaltes, sind die Regeln D12/D16 zu berücksichtigen.
- Bei Vorhandensein von zwei oder mehr Zuständen (z.B. Sepsis und Herzinfarkt) wird die Regel G52 angewendet. Erforderte eine Sepsis während des stationären Aufenthaltes nicht den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln, wird sie als eine Nebendiagnose kodiert. Dies gilt insbesondere auch für den Infektfokus, der einen höheren Behandlungsaufwand erfordern und deshalb bei einer Sepsis möglicherweise zur HD werden kann, z.B. Sepsis bei nekrotisierender Faszitis mit diversen Revisionseingriffen.
- Spezialfall Meningokokkenbakteriämie: hier wird eine Meningokokkensepsis verschlüsselt auch ohne Erfüllung der SOFA-Score-Bedingungen (s. Regel S0101a).

S0103i SIRS

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

Beachte: Die grau markierten ergänzenden Texte unter *R65.0!* und *R65.1!* betreffend Sepsis widersprechen dem neuen wissenschaftlichen Konsens und sind im schweizerischen Kontext nicht zu beachten. Im Kontext der Sepsis entfällt die Diagnose *R65.1!*

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*
Schwere Sepsis
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 SIRS nichtinfektiöser Genese.

Es ist zuerst ein Kode für einen Infekt bei infektiöser Ursache des SIRS oder die ein SIRS nichtinfektiöser Genese auslösende Grundkrankheit anzugeben, gefolgt von dem entsprechenden Kode aus *R65.-!*.

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

Spezialfall Meningokokkenbakteriämie: hier wird eine Meningokokkensepsis verschlüsselt auch ohne Erfüllung der SOFA-Score-Bedingungen (die Regel S0101a bleibt bestehen).

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
U60.–!	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit
U61.–!	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit

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	U60.1!	Klinische Kategorie A
ND	U61.–!	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit, gemäss Laborresultat

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

Z21 Asymptomatischer HIV-Status:

Dieser Kode ist **nicht routinemässig, sondern nur dann als Nebendiagnose** zuzuweisen, wenn ein HIV-positiver Patient zwar keine Symptome der Infektion zeigt, die Infektion aber trotzdem den Behandlungsaufwand erhöht. Da sich Z21 auf Patienten bezieht, die asymptomatisch sind und zur Behandlung einer nicht in Beziehung zur HIV-Infektion stehenden Erkrankung aufgenommen werden, wird der Kode Z21 nicht als Hauptdiagnose zugewiesen. Das Exklusivum «HIV-Krankheit als Komplikation bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O98.7)» unter Z21 ist zu streichen.

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

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

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

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

098.7 HIV-Krankheit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert:

Wie unter Regel S1503 erklärt, steht der Code 098.7 zur Verfügung, um eine HIV-Krankheit, die die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett kompliziert, abzubilden.

In der ICD-10-GM ist unter 098.7: «Krankheitszustände unter B20 – B24» noch Z21 hinzuzufügen und das Exklusivum betreffend Z21 unter 098.– ist zu streichen.

U60.–! Klinische Kategorien der HIV-Krankheit**U61.–! Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit:**

Die Kodierung der HIV-Krankheit wird mit zusätzlichen Codes aus den Kategorien U60.–! und U61.–! abgebildet. Sie werden unabhängig voneinander so präzise wie möglich kodiert (entgegen dem Hinweis der ICD-10-GM).

In der Dokumentation des Aufenthaltes und der Diagnosenliste erwähnt der Arzt sehr häufig das im Krankheitsverlauf festgestellte schwerwiegendste Stadium, da dies der prognostisch wichtigste Faktor ist. Für die Kodierung des aktuellen Aufenthaltes ist jedoch die **aktuelle** klinische Kategorie mit U60.–! und die Anzahl T-Helferzellen mit U61.–! abzubilden.

U60.–! Klinische Kategorie beim aktuellen Aufenthalt:

		Kodierung	
Kategorie A	Asymptomatische Infektion	Z21 Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]	U60.1!
	Persistierende generalisierte Lymphadenopathie (LAS)	B23.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit (Persistierende) generalisierte Lymphadenopathie	U60.1!
	Akute HIV-Infektion	B23.0 Akutes HIV-Infektionssyndrom	U60.1!
Kategorie B (Krankheiten siehe Anhang)	Infektiöse, parasitäre, bösartige Krankheiten infolge HIV-Krankheit	B20.– bis B22.– und B24 + Krankheit (Reihenfolge siehe unten)	U60.2!
Kategorie C (Krankheiten siehe Anhang)	Infektiöse, parasitäre, bösartige Krankheiten infolge HIV-Krankheit	B20.– bis B22.– und B24 + Krankheit (Reihenfolge siehe unten)	U60.3!

U61.–! Laborkategorie beim aktuellen Aufenthalt:

- U61.1! Kategorie 1
500 und mehr CD4⁺-T-Helferzellen pro Mikroliter Blut
- U61.2! Kategorie 2
200 bis 499 CD4⁺-T-Helferzellen pro Mikroliter Blut
- U61.3! Kategorie 3
Weniger als 200 CD4⁺-T-Helferzellen pro Mikroliter Blut
- U61.9! Anzahl der CD4⁺-T-Helferzellen nicht näher bezeichnet

Beispiel: Bei einem asymptomatischen Patient wird ein Z21 und U60.1! abgebildet. Der U61.–! wird gemäss den aktuell gemessenen T-Helferzellen kodiert (falls nicht dokumentiert, wird U61.9! kodiert).

Reihenfolge und Auswahl der Codes

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

Beispiel 2

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

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

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

Beispiel 3

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

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

S0105a Echter Krupp – Pseudokrupp – Kruppsyndrom

Beim hierzulande eher seltenen echten Krupp handelt es sich um eine diphtheriebedingte Rachen- und Kehlkopfezündung, 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)	<i>A36.2 Kehlkopfdiphtherie</i>
Viraler Krupp	<i>J05.0 Akute obstruktive Laryngitis [Krupp]</i>
Pseudokrupp oder falscher (spastischer) Krupp	<i>J38.5 Laryngospasmus (Pseudokrupp)</i>
Bakterieller Krupp	<i>J04.2 Akute Laryngotracheitis</i>

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-spezifischen 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 Kodes 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

S0201a Tumoraktivität

Regel seit 2014 gelöscht.

S0202e Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen

Diese Regeln betreffend der Wahl der Hauptdiagnose gelten nur, wenn keine andere eigenständige, Tumor-unabhängige Erkrankung (z.B. Herzinfarkt) die Definition der Hauptdiagnose erfüllen kann; in solchen Fällen wird die Regel G52 (Wahl der Hauptdiagnose nach medizinischem Aufwand) angewendet.

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 notwendigen Folgebehandlungen des Malignoms hospitalisiert.**

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.

Beispiel 1

Patientin mit Mastektomie und Axilladisektion bei Mammakarzinom vor 2 Jahren und postoperativer adjuvanter Chemotherapie. Sie wird nun für einen Mamma-Aufbau mittels Expander und Musculus latissimus dorsi-Lappen aufgenommen. Andere therapeutische oder diagnostische Massnahmen bezüglich der malignen Grunderkrankung erfolgen nicht.

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

Die Reihenfolge der anzugebenden Codes hängt von der Behandlung während des betreffenden Spitalaufenthaltes ab:

- **Diagnostik/Behandlung des primären Tumors:** hier 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 2

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

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

- **Diagnostik/Behandlung von Metastase(n):** hier 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 3

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

HD C78.7 Sekundäre bösartige Neubildung der Leber

ND C19 Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang

- **Systemische Therapie** (Ganzkörperbestrahlung, iv-Radiotherapie, systemische Chemotherapie) **des Primärtumors und/oder der Metastasen**: hier wird der Primärtumor als Hauptdiagnose angegeben. Allfällige **vorhandene** Metastasen werden als Nebendiagnose angegeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose). Ist ausnahmsweise der Primärtumor nicht bekannt, wird ein Kode aus C80.– *Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation* als Hauptdiagnose angegeben.

Beispiel 4

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

- **Diagnostik/Behandlung des Primärtumors als auch der Metastase(n)**: hier 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).
- **Palliativbehandlung des Tumorpatienten**: der Tumor ist als Hauptdiagnose, allfällige **vorhandene** Metastasen als Nebendiagnosen abzubilden, unabhängig davon, ob dieser/diese direkt behandelt wird/werden oder nicht.
- **Symptombehandlung**: wenn bei einem Patienten ausschliesslich ein, resp. mehrere Symptome der Tumorerkrankung behandelt werden und am Tumor keine Massnahme durchgeführt wird, ist der Tumor (Primärtumor oder Metastasen), dessen Symptombehandlung den meisten Aufwand (G52) erzeugt hat, als Hauptdiagnose abzubilden. Falls eine Metastase Hauptdiagnose ist, wird der Primärtumor als Nebendiagnose angegeben, sowie andere **vorhandene** Metastase(n) (entgegen der Definition der Nebendiagnose).

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.

S0205e Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen

Wird während einer Hospitalisation **ausschliesslich** die Erkrankung bzw. Störung nach medizinischer Massnahme behandelt und an der Tumorerkrankung 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.

Werden mehrere Erkrankungen nach medizinischen Massnahmen behandelt, ist diejenige Störung als Hauptdiagnose abzubilden, die den grössten medizinischen Aufwand verursacht hat (Regel G52).

Beispiel 1

Behandlung eines Lymphödems infolge einer Mastektomie wegen Mammakarzinom.

HD 197.2 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 Bronchuskarzinom hospitalisiert. Die Untersuchungen weisen keinen Tumor mehr nach.

HD Z08.7 Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung

ND Z85.1 Bösartige Neubildung der Trachea, der Bronchien oder der Lunge in der Eigenanamnese

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

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

S0208a Rezidive

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

Beispiel 1

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

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

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

S0209a Tumore mit endokriner Aktivität

Alle Tumore sind im Kapitel II klassifiziert, unabhängig von ihrer möglichen endokrinen Aktivität. Um eine solche Aktivität zu beschreiben, wird ein zusätzlicher Kode aus Kapitel IV verwendet, sofern die Nebendiagnosendefinition (Regel G54) erfüllt ist.

Beispiel 1

Bösartiges Phäochromozytom, das Katecholamin sezerniert.

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

ND E27.5 *Nebennierenmarküberfunktion*

S0210e Multiple Lokalisationen

- **Primärtumore an mehreren Lokalisationen:** Der Kode C97! *Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen* wird als Nebendiagnose abgebildet, wenn mehr als ein maligner Primärtumor diagnostiziert/behandelt wird (Wahl der Hauptdiagnose nach Regel G52).

Beispiel 1

Eine Patientin hat eine Mastektomie wegen Mammakarzinom und eine Exzision eines malignen Melanoms am Bein.

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

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

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

Beispiel 2

Ein Patient wird wegen Harnblasenkarzinom mehrerer Lokalisationen behandelt.

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

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

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

- **Lymphknotenmetastasen an mehreren Lokalisationen:** Multiple Lymphknotenmetastasen werden mit C77.8 *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 Kode, wird dieser angegeben.

Beispiel 2

Adenokarzinom, das sich vom Sigmoid bis zum Rektum erstreckt.

C19 Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang

Sofern sich die Ausbreitung/Infiltration eines Tumors/Metastase von einer bekannten Primärlokalisation auf ein Nachbarorgan oder Nachbargebiet fortsetzt, ist nur die Primärlokalisation zu verschlüsseln (dies gilt auch für lokale Lymphangiosis carcinomatosa des Primärtumors, siehe auch S0213).

Beispiel 3

Zervixkarzinom (Ektozervix), mit Infiltration der Vagina.

C53.1 Bösartige Neubildung der 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, wenn sie eine sekundäre Neubildung darstellt, nicht nach der Histologie (Lymphbahnen), sondern nach der Lokalisation, analog einer Metastasierung, kodiert. Lymphangiosis carcinomatosa innerhalb des Primärtumors wird nicht kodiert.

Z.B.: Bei einem Patient mit Prostatakarzinom und Lymphangiosis carcinomatosa der Pleura wird diese mit *C78.2 Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura* kodiert.

S0214g 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)

zusätzlich anzugeben.

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

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

zu verwenden.

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 an der Brustdrüse [Mamma]

Beispiel 4

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

HD Z40.01 Prophylaktische Operation am Ovar

S0217e Palliativbehandlung

Die Palliativbehandlung bei Tumorpatienten wird über die passenden CHOP-Kodes abgebildet.

Der ICD-10-GM Code *Z51.5 Palliativbehandlung* wird als Nebendiagnose nur kodiert, wenn:

- bei nicht verlegten Patienten kein Komplexbehandlungs-Kode abgebildet werden kann
- der Patient zur Palliativbehandlung verlegt worden ist (siehe auch D15).

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

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

Kategorien E10 – E14

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

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 G 54).

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 I70.23 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.-- Aorto-iliaco-femorale Bypass

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

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

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

- HD E10 – E14, vierte Stelle entsprechend der Manifestation mit dem grössten Aufwand
 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)/Manifestation(en) zu verschlüsseln. Ausserdem sind die Manifestationen anzugeben, sofern diese die Nebendiagnosendefinition erfüllen.

Abweichend von den Regelungen zur Hauptdiagnose Diabetes mellitus ist jedoch:

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

Beispiel 6

Eine Patientin wird wegen 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 Endes 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 Endes 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: Kreuz †-Kodes dürfen alleine verschlüsselt werden.

S0403a Spezifische Komplikationen des Diabetes mellitus

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

Nierenkomplikationen (E10† – E14†, vierte Stelle «.2»)

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

Beispiel 1

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

HD E10.20† 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 Kode N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 dient in diesem Beispiel zur näheren Spezifizierung der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose. Er ist nicht als Hauptdiagnose anzugeben.

Diabetische Augenerkrankungen (E10† – E14†, vierte Stelle «.3»)

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

Diabetische Retinopathie:

E10† – E14† mit vierter Stelle «.3» Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen

H36.0* Retinopathia diabetica

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

E10† – E14† mit vierter Stelle «.3» Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen

H36.0* Retinopathia diabetica

H35.8 Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Netzhaut

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

H54.– Blindheit und Sehbeeinträchtigung

zugewiesen.

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

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

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

der zutreffende Kode aus *H25.– Cataracta senilis*
 oder *H26.– Sonstige Kataraktformen*
 sowie die entsprechenden Codes aus *E10 – E14 Diabetes mellitus*.

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

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

Diabetische Mononeuropathie:

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

Diabetische Amyotrophie:

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

Diabetische Polyneuropathie:

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

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

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

Diabetes mellitus mit peripherer Angiopathie:

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

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

Die Diagnose «Diabetischer Fuss» wird kodiert mit:

E10 – E14 mit an vierter und fünfter Stelle:

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

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

Die Codes für beide Manifestationen/Komplikationen des Fusssyndroms

G 63.2 Diabetische Polyneuropathie*

I 79.2 Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*

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

Beispiel 3

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

HD E10.75† Diabetes mellitus, Typ 1 mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fusssyndrom, als entgleist bezeichnet

ZHD G 63.2 Diabetische Polyneuropathie*

ND I 79.2 Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*

ND I 70.24 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration

L 1

ND A46 Erysipel [Wundrose]

Hinweis: Der Code *I 70.24 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration* dient in diesem Beispiel zur näheren Spezifizierung der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose. Er ist nicht als Hauptdiagnose anzugeben.

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 G 54).

S0405a Störungen der inneren Sekretion des Pankreas

Die Codes

- 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 Code aus E84.8– Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen zu verwenden ist:

- E84.80 Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation
- E84.87 Zystische Fibrose mit sonstigen multiplen Manifestationen
- E84.88 Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen

Beispiel 1

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

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

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

- E84.1 Zystische Fibrose mit Darmmanifestationen

als Hauptdiagnose zuzuweisen und als Nebendiagnose zusätzlich

- E84.0 Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen

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

Bei Spitalaufenthalten, die **nicht die zystische Fibrose betreffen**, wird die Erkrankung (z.B. Fraktur) als Hauptdiagnose und ein Code aus E84.– Zystische Fibrose als Nebendiagnose verschlüsselt, wenn sie die Nebendiagnosendefinition erfüllt.

S0407e Mangelernährung bei Erwachsenen

Definition der Stadien im Anhang.

Kodierung:

- Die Diagnose muss vom behandelnden Arzt gestellt werden.
- 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, nach Anzahl Behandlungstage*
 - oder**
 - *89.0A.32 Ernährungsberatung und -therapie*
- 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, nach Anzahl Behandlungstage*
 - *96.6 Enterale Infusion konzentrierter Nährstoffe (mindestens 5 Behandlungstage)*
 - *99.15 Parenterale Infusion konzentrierter Nährlösungen (mindestens 5 Behandlungstage)*

Anmerkung: *E43* und *E44.–* dürfen nur bei entsprechend erfüllten Kriterien gemäss Anhang kodiert werden. Bei nicht erfüllten Kriterien (Definition Mangelernährung und/oder Prozedur) wird *E46 Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweissmangelernährung* kodiert.

Sofern eine Energie- und Eiweissmangelernährung (*E43, E44.0, E44.1, E46*) und eine Kachexie (*R64*) dokumentiert sind, wird nur der *E4–* Mangelernährungskode abgebildet (keine Doppelkodierung).

S0408e Mangelernährung bei Kindern

Definition der Stadien im Anhang.

Kodierung:

- Die Diagnose muss vom behandelnden Arzt gestellt werden.
- 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, nach Anzahl Behandlungstage*
- oder**
- *89.0A.32 Ernährungsberatung und -therapie*
- 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, nach Anzahl Behandlungstage*
 - *96.6 Enterale Infusion konzentrierter Nährstoffe (mindestens 5 Behandlungstage)*
 - *99.15 Parenterale Infusion konzentrierter Nährlösungen (mindestens 5 Behandlungstage)*

Anmerkung: *E43 und E44.-* dürfen nur bei entsprechend erfüllten Kriterien gemäss Anhang kodiert werden. Bei nicht erfüllten Kriterien (Definition Mangelernährung und/oder Prozedur) wird *E46 Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweissmangelernährung* kodiert.

Sofern eine Energie- und Eiweissmangelernährung (*E43, E44.0, E44.1, E46*) und eine Kachexie (*R64*) dokumentiert sind, wird nur der *E4-* Mangelernährungskode abgebildet (keine Doppelkodierung).

S0500 Psychische und Verhaltensstörungen

S0501a Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen, Medikamente 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 fortgeschrittenem alkoholisiertem Zustand – im Sinne eines Rausches – hospitalisiert wird.

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

ND *F10.2* *Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeits-Syndrom*

Beispiel 2

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

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

Akute akzidentelle Intoxikation

Siehe Kapitel 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 stationäre Spitalbehandlung** 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. Bei erneutem Akut-Spitalaufenthalt (Rückverlegung aus der Rehabilitation oder Wiedereintritt), unabhängig von der Zeitspanne zwischen den beiden Aufenthalten, wird der akute Schlaganfall nicht mehr kodiert.

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 auftretenden Funktionsstörungen als Nebendiagnosen kodiert. Dies gilt auch für alle im Spital noch vorhandenen Funktionsstörungen bei zerebraler transitorischer Ischämie.

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 Streptococcus pneumoniae

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 Kode aus

G82.– Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie, fünfte Stelle «0» oder «1».

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

G82.6–! Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks

anzugeben.

Späte (chronische) Phase einer nicht traumatischen Paraplegie/Tetraplegie

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

G82.– Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie, fünfte Stelle «2» oder «3»

als Hauptdiagnose anzugeben.

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

G82.– Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie, fünfte Stelle «2» oder «3»

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

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

G82.6–! Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks

anzugeben.

S0604i Bewusstseinsstörungen*Bewusstlosigkeit*

Sofern die Bewusstlosigkeit eines Patienten **nicht** mit einer Verletzung im Zusammenhang steht, sind folgende Codes zu verwenden:

R40.0 Somnolenz

R40.1 Sopor

R40.2 Koma, nicht näher bezeichnet

*Schwere Bewusstseinsstörung**Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS), frühere Bezeichnung Vegetative State (VS) und Minimally Conscious State (MCS)*

Das «Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS)» ist definiert als ein Zustand der Unmöglichkeit mit der Umwelt zu interagieren, d.h. ohne kohärente Antworten und ohne bewusstes Reagieren auf optische, akustische, taktile und schmerzhaft Reize und ohne Bewusstsein über sich selbst oder über die Umwelt.

Der Minimally Conscious State (MCS) ist definiert als Zustand mit schwer veränderter Bewusstseinslage, bei dem minimale, aber deutliche Verhaltensmerkmale reproduzierbar nachweisbar sind, die ein Bewusstsein für sich selbst oder die Umgebung erkennen lassen.

Die exakte Klassifikation und Zuordnung erfolgt durch die CRS-R (Coma Recovery Scale-Revised) als Ergebnis der Bewertungen in den sechs Subskalen der CRS-R: CRS-auditiv – CRS-visuell – CRS-motorisch – CRS-sprachlich – CRS-Kommunikation – CRS-Erwachen. Dieses Assessment ist nicht zuverlässig anwendbar für Patienten vor dem 12. Lebensjahr. Bis zum Erreichen dieses Alters gilt die vom Arzt gestellte Diagnose ohne Referenz auf das CRS-R.

Stadieneinteilung der schweren Bewusstseinsstörung

Subskala CRS-R	Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS)	Minimally Conscious State minus (MCS-)	Minimally Conscious State plus (MCS+)	Emerge from Minimally Conscious State (EMCS)
Auditiv	≤ 2 und	≤ 2 und	3 – 4	
Visuell	≤ 1 und	2 – 5 oder	4 – 5	
Motorisch	≤ 2 und	3-5 oder	3 – 5	= 6 und
Sprachlich	≤ 2 und	≤ 2 oder	3	
Kommunikation	= 0 und	= 0 und	1 – 2	= 2
Erwachen	1 – 2	1 – 2	1 – 3	

d.h.:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

S0605e Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators / (Test)Elektroden

Bei Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators/(Test)Elektroden wird die **Krankheit als Hauptdiagnose** angegeben, zusammen mit den passenden Prozedurenkodes.

Der Kode

Z45.80 *Anpassung und Handhabung eines Neurostimulators*
wird **nicht** abgebildet.

(Gleiche Regel unter S1805: Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators bei Schmerzbehandlung).

S0606e Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators / (Test)Elektroden

Bei Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators/(Test)Elektroden ist als Hauptdiagnosekode

Z45.80 *Anpassung und Handhabung eines Neurostimulators*
zuzuweisen, zusammen mit den passenden Prozedurenkodes. Die Grundkrankheit wird nur als Nebendiagnose kodiert, wenn sie die Nebendiagnosendefinition (G54) erfüllt.

(Gleiche Regel unter S1806: Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators bei Schmerzbehandlung)

S0607h Kodierung der Parkinsonstadien (G20.-)

Um eine einheitliche Kodierung der Stadien der Parkinsonerkrankung zu erreichen, ohne negative Konsequenzen für die betroffenen Patienten, soll das aktuelle Stadium des Parkinson unter Therapie (ON) bestimmt und kodiert werden.

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 Vorhandensein eines intraokularen Linsenimplantates*

Gemäss Regel D05 wird kein *Z94.7 Zustand nach Keratoplastik* abgebildet.

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 Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörung

und

H91.– Sonstiger Hörverlust

In folgenden Situationen werden sie als Hauptdiagnose kodiert:

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

S0802d Anpassung/Handhabung eines implantierten Hörgerätes

Hier ist nur

Z45.3 Anpassung und Handhabung eines implantierten Hörgerätes

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.

S0902e Ischämische Herzkrankheit

Angina pectoris (I20.–)

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

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

Koronarsyndrom (Acute Coronary Syndrom ACS)

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

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

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

Akuter Myokardinfarkt

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

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

Reinfarkt – Rezidivierender Myokardinfarkt

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

Alter Myokardinfarkt

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

Ischämische Herzkrankheit, die früher chirurgisch/interventionell behandelt wurde

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

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

I25.11 Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäss-Erkrankung

I25.12 Atherosklerotische Herzkrankheit, Zwei-Gefäss-Erkrankung

I25.13 Atherosklerotische Herzkrankheit, Drei-Gefäss-Erkrankung

oder

I25.14 Atherosklerotische Herzkrankheit, Stenose des linken Hauptstammes

und entweder

Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses

oder

Z95.5 Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefässplastik

zu kodieren.

Die Kodes

I25.15 Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Bypass-Gefässen

I25.16 Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Stents

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

In diesem Fall ist

Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses

Z95.5 Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefässplastik

als Nebendiagnose **nicht** anzugeben.

Beispiel 1

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

HD I25.15 Atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierten Bypass-Gefässen

Voraussetzung für die Zuweisung der Kodes

Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses

oder

Z95.5 Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefässplastik

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

S0903i Thrombose resp. Verschluss von koronarem Stent resp. Bypass

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

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

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

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

T82.8 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen wird nur dann zusätzlich kodiert, wenn bei Vorliegen einer Thrombose diese lokalspezifisch behandelt wird, z.B. mit *36.04 Thrombolytische 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 Thrombolytische 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 Vorhandensein 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 36.08.11 Implantation perkutan-transluminal von Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie

NB 39.C1.11 1 implantierter Stent

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	36.08.11	Implantation perkutan-transluminal von Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie
NB	39.C1.11	1 implantierter Stent
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-	Angiokardiographie mit Kontrastmittel
NB	37.21-37.23	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	Insuffizienz	<i>I37.0</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.0</i>
	Stenose	<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 Codes 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.

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

Es ist nur

Z45.0– Anpassung und Handhabung eines kardialen (elektronischen) Gerätes
zuzuweisen, zusammen mit den passenden Prozedurenkodes.

Komplikationen des Schrittmachersystems/Defibrillators

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

T82.1 Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät

Dieser Kode beinhaltet die Funktionsstörung des Schrittmachers und der Elektroden.

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

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

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.

S0908i Herzstillstand

Herzstillstand oder Herz- und Atemstillstand (*I46.- Herzstillstand*) sind nur zu kodieren, wenn Wiederbelebungsmaßnahmen in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Aufnahme oder während des stationären Aufenthaltes ergriffen werden, unabhängig vom Ergebnis für den Patienten. Der Herzstillstand ist nicht als Hauptdiagnose anzugeben, wenn die zugrunde liegende Ursache bekannt ist.

U69.13! *HerzKreislaufstillstand vor Aufnahme ins Spital*, innerhalb von 24 Stunden vor stationärer Behandlung ausserhalb des Spitals aufgetreten, soll ergänzend zu *I46.-* kodiert werden.

Bei Reanimation im Rahmen eines Herzstillstandes ist ausserdem der CHOP-Kode für die Reanimation zu kodieren.

Beachte: Herzkreislaufstillstand unklarer Ursache mit Reanimation zu Hause wird nicht kodiert, wenn kein weiterer Aufwand im Spital generiert wurde.

S0909c Revisionen oder Reoperationen an Herz und Perikard

Regel wurde gelöscht, siehe Kodierung Revisionen/Reoperationen unter P08.

S1000 Krankheiten des Atmungssystems

S1001i 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
*93.9B Massnahme zur Sicherung der grossen Atemwege zur Beatmung
 Einsetzen eines endotrachealen Tubus*
 und/oder der zutreffende Code aus
31.1 Temporäre Tracheostomie
 oder
31.29 Permanente Tracheostomie, sonstige
 anzugeben, wenn zur Durchführung der künstlichen Beatmung ein Tracheostoma angelegt wurde.
- Bei **Neugeborenen und Säuglingen** ist zusätzlich der Code
93.9F.11 Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung mit kontinuierlichem positivem Druck (CPAP) bei Neugeborenen und Säuglingen
 anzugeben. Zu diesem Code ist die Beatmungszeit zu erfassen. Als Beatmungszeit wird bei Neugeborenen und Säuglingen sowohl die Zeit der invasiven oder nicht invasiven Beatmung gezählt, wie auch die Dauer der Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP). Dies gilt sowohl auf der neonatologischen IPS, wie auf der neonatologischen IMC.

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

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

Berechnung der Dauer der Beatmung

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

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

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

Beginn der Dauer der Beatmung

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

- **Endotracheale Intubation**

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

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

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

- **Maskenbeatmung**

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

- **Tracheotomie**

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

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

- **Aufnahme eines beatmeten Patienten**

Für jene Patienten, die maschinell beatmet aufgenommen werden, beginnt die Berechnung der Dauer mit dem Zeitpunkt der Aufnahme in die Intensivstation (s.a. «Verlegte Patienten», 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/Tubus (nach einer Periode der Entwöhnung) gilt: Bei beatmeten Patienten wird die Trachealkanüle/Tubus für einige Tage (oder länger, z.B. bei neuromuskulären Erkrankungen/Koma) an ihrem Platz belassen, nachdem die künstliche Beatmung beendet wurde. Die Berechnung der Beatmungsdauer ist in diesem Fall zu dem Zeitpunkt beendet, an dem die maschinelle Beatmung eingestellt wird.

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

Entwöhnung auf Intensivstationen

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

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

Das **Ende der Entwöhnung** kann nur retrospektiv nach Eintreten einer stabilen respiratorischen Situation festgestellt werden. Eine stabile respiratorische Situation liegt vor, wenn ein Patient über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmet.

Dieser Zeitraum wird wie folgt definiert:

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

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

Zur Entwöhnung vom Respirator zählt auch die maschinelle Unterstützung der Atmung durch intermittierende Phasen assistierter nicht invasiver Beatmung bzw. Atemunterstützung wie z.B. durch Masken-CPAP/ASB oder durch Masken-CPAP jeweils im Wechsel mit Spontanatmung ohne maschinelle Unterstützung. Sauerstoffinsufflation bzw. -inhalation über Maskensysteme oder O₂-Sonden gehören jedoch nicht dazu.

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

Die Berechnung der Beatmungsdauer endet in diesem Fall nach der letzten Masken-CPAP-Phase, während der 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 (93.9B *Massnahmen zur Sicherung der grossen Atemwege zur Beatmung (Einsetzen eines endotrachealen Tubus)*)
- für die Tracheostomie (31.1 *Temporäre Tracheostomie* oder 31.29 *Permanente Tracheostomie, sonstige*)
- für maschinelle Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen (93.9F.11 *Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung mit kontinuierlichem positivem Druck (CPAP) bei Neugeborenen und Säuglingen*)

wenn diese Massnahmen von der verlegenden Einrichtung durchgeführt worden sind.

Das aufnehmende Spital erfasst die Dauer der dort durchgeführten Beatmung, bei Neugeborenen wird zusätzlich der Code 93.9F.11 *Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung mit kontinuierlichem positivem Druck (CPAP) bei Neugeborenen und Säuglingen* zugewiesen. Ein Code für Intubation oder Tracheostomie wird nicht angegeben, da diese Massnahme vom verlegenden Spital durchgeführt und kodiert wurde.

Wenn ein **nicht beatmeter** intubierter oder tracheotomierter Patient verlegt wird, kodiert das verlegende Spital die Intubation (93.9B *Massnahmen zur Sicherung der grossen Atemwege zur Beatmung (Einsetzen eines endotrachealen Tubus)*) oder die Tracheostomie (31.1 *Temporäre Tracheostomie* oder 31.29 *Permanente Tracheostomie, sonstige*). Das aufnehmende Spital kodiert diese bereits geleisteten Prozeduren nicht noch einmal.

Intubation ohne maschinelle Beatmung

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

Eine Intubation ist in diesen Fällen mit dem Code 93.9B *Massnahmen zur Sicherung der grossen Atemwege zur Beatmung (Einsetzen eines endotrachealen Tubus)* zu verschlüsseln.

Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)

Der Code 93.9F.11 *Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung mit kontinuierlichem positivem Druck (CPAP) bei Neugeborenen und Säuglingen* darf nur bei **Neugeborenen und Säuglingen** kodiert werden, unabhängig von der Behandlungsdauer (also auch unter 24 Stunden). Bei einer Atemunterstützung unmittelbar nach der Geburt ist dieser Code nur dann anzugeben, wenn die Atemunterstützung mindestens 30 Minuten lang durchgeführt wurde.

Wenn bei **Erwachsenen, Kindern oder Jugendlichen** eine Störung wie z.B. Schlafapnoe, Pneumonie, Lungenödem, usw. mit CPAP behandelt wird, werden keine Beatmungsstunden erfasst, unabhängig davon, ob diese Massnahme auf einer Intensivstation durchgeführt wird oder nicht.

Nur die Ersteinstellung (bedeutet nicht das Einschalten eines Gerätes) einer CPAP/BiPAP-Therapie bzw. die Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten CPAP/BiPAP-Therapie bei schlafbezogenen Atemstörungen werden mit den Codes 93.9G.1- *Maskenüberdrucktherapie, CPAP, Ersteinstellung, nach Dauer* oder 93.9G.3- *Maskenüberdrucktherapie, BiPAP, Ersteinstellung, nach Dauer* und 93.9G.2- *Maskenüberdrucktherapie, CPAP, Kontrolle und Optimierung einer bestehenden Einstellung, nach Dauer* oder 93.9G.4- *Maskenüberdrucktherapie, BiPAP, Kontrolle und Optimierung einer bestehenden Einstellung, nach Dauer* verschlüsselt.

S1002d Respiratorische Insuffizienz

Die vom Arzt gestellte Diagnose einer respiratorischen Global- oder Partialinsuffizienz wird nur kodiert, wenn pathologische Blutgasveränderungen im Sinne einer respiratorischen Global- oder Partialinsuffizienz 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 respiratorischer Insuffizienz mit Dauersauerstofftherapie und mit früher dokumentierten BGA (Arztbericht oder alte Krankengeschichte) kann *J96.7-* auch ohne neue BGA abgebildet werden.

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

Regel wurde gelöscht, siehe Kodierung Adhäsionolyse unter P10.

S1103a Magenulkus mit Gastritis

Bei Patienten mit Magenulkus ist ein Kode aus

K25.– Ulcus ventriculi

anzugeben, gefolgt von einem Kode aus

K29.– Gastritis und Duodenitis

wenn beide Erkrankungen vorliegen.

S1104i Gastrointestinale Blutung

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

Beispiel 1

Akute Magenulkusblutung.

HD K25.0 *Ulcus ventriculi, akut, mit Blutung*

Beispiel 2

Refluxösophagitis mit Blutung.

HD K21.0 *Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis*

ND K22.88 *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 Code mit der Modifikation «mit einer Blutung» zur Verfügung. In solchen Fällen wird für die Blutung ein zusätzlicher Code 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 Code

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 Codes mit der Modifikation «mit einer Blutung» aus, auch nicht die Zuweisung eines Codes 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 G 54) angegeben.

S1200 Krankheiten der Haut und der Unterhaut

S1201g Plastische Chirurgie

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

- Bei Operationen aus **medizinischen** Gründen ist der Krankheitszustand bzw. Risikofaktor, der der Grund für den Eingriff war, als Hauptdiagnose zu kodieren.
- Ist der Grund für den Eingriff **rein kosmetisch**, dann ist ein «Z-Kode» die Hauptdiagnose (*Z41.1 Plastische Chirurgie aus kosmetischen Gründen* oder *Z42.– Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie*).

Revision einer Narbe

Wird eine Narbe revidiert, ist

L90.5 Narben und Fibrosen der Haut

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

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

Z42.– Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie

zu kodieren.

Entfernung von Brustimplantaten

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

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

T85.4 Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat

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

T85.82 Kapselfibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat

T85.83 Sonstige Komplikationen durch Mammaprothese oder -implantat

zugewiesen.

Bei **kosmetischen** Gründen ist die Implantatentfernung wie folgt zu kodieren:

Z41.1 Plastische Chirurgie aus kosmetischen Gründen

wenn die Erstimplantation schon rein aus kosmetischen Gründen war
oder

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

wenn die Erstimplantation aus medizinischen Gründen war.

Operation nach Gewichtsabnahme (spontan oder durch bariatrische Chirurgie)

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

L98.7 Überschüssige und erschlaffte Haut und Unterhaut

Schlaffe oder hängende Haut:

- *nach Gewichtsverlust (bariatrische Chirurgie) (Diät)*
- *o. n. A.*

als Hauptdiagnose zu kodieren.

S1400 Krankheiten des Urogenitalsystems

S1401d Dialyse

Bei den Codes 39.95.– – *Hämodialyse/Hämo(dia)filtration* oder 54.98.– – *Peritonealdialyse* werden die **intermittierende** und die **kontinuierliche** Dialyse unterschieden.

- 1) Bei **intermittierender** Dialyse wird jede Dialyse einzeln erfasst.
- 2a) Die **kontinuierliche Hämodialyse/Hämo(dia)filtration** ist mit präziser Dauer zu erfassen. Diese Dauer ist vom Beginn bis zum Ende einer Behandlung zu ermitteln. Bei mehreren Anwendungen eines kontinuierlichen Verfahrens während eines stationären Aufenthaltes wird je nach Unterbrechung wie folgt kodiert:
- Unterbrechung < 4 Stunden: Unterbrechung wird nicht berücksichtigt, von der gesamten Dauer nicht abgezogen: 1 Kode mit der gesamten Dauer.
 - Unterbrechung > 4 bis < 24 Stunden: Unterbrechung wird berücksichtigt, von der gesamten Dauer abgezogen: 1 Kode mit dieser Dauer.

Bei Anwendung **verschiedener kontinuierlicher Hämodialyse-/Hämo(dia)filtrations-Verfahren**, ist nur ein Kode abzubilden und zwar der **des längsten Verfahrens**. Die Dialysezeiten der jeweiligen Verfahren sind zu addieren und diese Gesamtdauer mit dem gewählten **einzigen** Dialysekode präzise abzubilden.

- Unterbrechung > 24 Stunden: jede Anwendung wird mit 1 Kode verschlüsselt (keine Addition der Behandlungszeiten).

- 2b) Die **kontinuierliche Peritonealdialyse** ist mit präziser Dauer zu erfassen. Diese Dauer ist vom Beginn bis zum Ende einer Behandlung zu ermitteln. Bei mehreren Anwendungen eines kontinuierlichen Verfahrens während eines stationären Aufenthaltes wird nur bei einer Unterbrechung von > 24 Stunden eine neue Verschlüsselung vorgenommen.

Bei Anwendung **verschiedener kontinuierlicher Peritonealdialyse-Verfahren**, ist auch nur ein Kode abzubilden und zwar der **des längsten Verfahrens**. Die Dialysezeiten der jeweiligen Verfahren sind zu addieren und diese Gesamtdauer mit dem gewählten **einzigen** Dialysekode präzise abzubilden.

S1402a Anogenitale Warzen

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

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

Der Kode

A63.0 *Anogenitale (venerische) Warzen*

ist als Nebendiagnose anzugeben.

S1403f 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 2016 unter *Z91.7– Weibliche Genitalverstümmelung in der Eigenanamnese* spezifische Diagnosekodes für die weibliche Genitalverstümmelung eingeführt wurden.

S1404g Niereninsuffizienz*Akute Niereninsuffizienz*

Streichung der Kodierungsrichtlinie. Mit der ICD-10-GM 2016 können die Stadien der akuten Niereninsuffizienz abgebildet werden. Die Kriterien der Stadieneinteilung müssen beachtet werden.

Chronische Niereninsuffizienz

Die Kontrolle oder Präzision des Stadiums einer bereits bekannten chronischen Niereninsuffizienz (GFR) ist wichtig für die korrekte Patientenversorgung.

Wenn das Stadium aktuell im Spitalaufenthalt bestimmt wird, wird der dem Stadium entsprechende Kode *N18.*- kodiert.

Niereninsuffizienz nach medizinischen Massnahmen

Eine Niereninsuffizienz nach medizinischen Massnahmen wird mit *N99.0 Nierenversagen nach medizinischen Massnahmen* abgebildet; liegt auch eine akute Niereninsuffizienz vor, ist *N17.–* zusätzlich abzubilden, entgegen dem Exklusivum der ICD-10 unter *N17-N19.*

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 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 Verschluss eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse

S1500 Geburtshilfe

S1501b Definitionen

Schwangerschaftsdauer

Die Schwangerschaftsdauer wird immer mit dem Kode *009.–!* *Schwangerschaftsdauer* dokumentiert, wobei die Dauer der Schwangerschaft bei Aufnahme der Patientin ins Spital zu erfassen ist.

Termingeburt (zum Termin Geborenes)

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

Übertragung (nach dem Termin Geborenes)

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

Frühgeburt (vor dem Termin Geborenes)

Schwangerschaftsdauer von weniger als 37 vollendeten Wochen (weniger als 259 Tage).

Lebendgeburt

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

Totgeburt

Als Totgeburt wird ein Kind bezeichnet, das ohne Lebenszeichen geboren wird und ein Geburtsgewicht von mindestens 500 Gramm oder ein Schwangerschaftsalter von mindestens 22 vollendeten Wochen aufweist (Zivilstandsverordnung).

Abort/Fehlgeburt

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

Nachgeburtsperiode

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

Postplazentarperiode

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

Wochenbett (Puerperium)

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

S1502a Vorzeitige Beendigung einer Schwangerschaft

Abort (002.– bis 006.–)

Die Codes der Kategorien 002.– bis 006.– sind dann zu verwenden, wenn eine Schwangerschaft mit einem spontanen oder therapeutisch eingeleiteten Abort endet (vor der vollendeten 22. Schwangerschaftswoche als auch mit einem Geburtsgewicht von weniger als 500 Gramm). Als Hauptdiagnose gilt der Abort und als Nebendiagnose dessen Ursache.

Beispiel 1

Schwangerschaftsbeendigung wegen Patau-Syndrom (Trisomie 13) nach 12 Schwangerschaftswochen.

HD	004.9	Ärztlich eingeleiteter Abort, komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation
ND	035.1	Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Chromosomenanomalie beim Feten
ND	009.1!	Schwangerschaftsdauer 5 bis 13 vollendete Wochen

Beispiel 2

Schwangerschaftsabbruch im Rahmen einer unerwünschten Schwangerschaft.

HD	004.9	Ärztlich eingeleiteter Abort, komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation
ND	Z64.0	Kontaktanlässe mit Bezug auf eine unerwünschte Schwangerschaft
ND	009.1!	Schwangerschaftsdauer 5 bis 13 vollendete Wochen

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

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

Beispiel 3

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

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

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

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

Beispiel 4

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

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

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

Beispiel 5

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

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

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

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

Beispiel 6

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

HD 003.3 Spontanabort, inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen

ND 008.3 Schock nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft

ND 009.1! Schwangerschaftsdauer, 5 bis 13 vollendete Wochen

Totgeburt/Lebendgeburt bei vorzeitiger Beendigung einer Schwangerschaft

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

Beispiel 7

Aufnahme wegen intrauterinem Fruchttod in der 35. Schwangerschaftswoche.

HD 036.4 *Betreuung der Mutter wegen intrauterinen Fruchttodes*

ND 060.1 *Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung*

oder

060.3 *Vorzeitige Entbindung ohne spontane Wehen*

ND 009.5! *Schwangerschaftsdauer 34. bis 36 vollendete Wochen*

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

Wenn die Schwangerschaft wegen einer Fehlbildung oder Verdacht auf eine Fehlbildung vorzeitig beendet wird (eingeleitet), ist als Hauptdiagnose der Grund für die Schwangerschaftsbeendigung anzugeben. In der Klinik kann dann eine solche Massnahme mit einer Lebendgeburt oder Totgeburt enden; dies ist in der Kodierung abzubilden.

Beispiel 8

Hospitalisation wegen Einleitung bei Fehlbildung des Zentralnervensystems beim Feten in der 24. Schwangerschaftswoche.

HD 035.0 *Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Fehlbildung des Zentralnervensystems beim Feten*

ND 060.3 *Vorzeitige Entbindung ohne spontane Wehen*

ND 009.3! *Schwangerschaftsdauer 20. bis 25 vollendete Wochen*

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

oder

Z37.0! *Lebendgeborener Einling (bzw. der analoge Kode bei Mehrlingen)*

S1503e 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 Codes 098 – 099 ein zusätzlicher Kode aus anderen Kapiteln zur Bezeichnung der vorliegenden Erkrankung anzugeben ist.

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

020 – 029 *Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind*
 085 – 092 *Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten*
 (Gemäss Hinweis unter dieser Kategorie: nur die Schlüsselnummern 088.–, 091.–, 092.–)

und

094 – 099 *Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die anderenorts nicht klassifiziert sind.*

- Zustände, die vorwiegend in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft auftreten, werden mit spezifischen Codes aus 020 – 029 verschlüsselt.

Beispiel 1

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

HD 026.82 *Karpaltunnelsyndrom während der Schwangerschaft*
 ND 009.4! *Schwangerschaftsdauer 26. bis 33 vollendete Wochen*

Um Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft zu kodieren, stehen die Codes aus 023.– *Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft* 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 Codes 024.– *Diabetes mellitus in der Schwangerschaft* zur Verfügung. Falls eine Präzisierung möglich ist, werden diese (mit Ausnahme von 024.4) gefolgt von Codes aus E10 – E14 zur Bezeichnung des jeweils vorliegenden Diabetes mellitus sowie zur Abbildung vorliegender Komplikationen angegeben. Liegen Komplikationen (Manifestationen) vor, ist bei einem Kode aus E10 – E14 die vierte Stelle entsprechend der Manifestation(en) und die spezifischen Manifestationen gemäss S0400 zu verschlüsseln.

Um Erkrankungen der Leber in der Schwangerschaft zu kodieren, steht der Kode 026.6 *Leberkrankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes* zur Verfügung. Dieser wird zusammen mit dem jeweils spezifischen Kode aus K70 – K77 *Krankheiten der Leber* der ICD-10 zur Bezeichnung der jeweils vorliegenden Leberkrankheit angegeben.

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

- Um andere Komplikationen in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (oder Zustände, die sich in der Schwangerschaft verschlimmern oder die hauptsächlich Anlass für geburtshilfliche Massnahmen sind) zu kodieren, stehen die Kategorien 098 – 099 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 098 und 099 in der ICD-10-GM).

Beispiel 2

Eine Patientin wird wegen einer schweren schwangerschaftsbedingten Eisenmangelanämie eingewiesen.

HD 099.0 Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert

ND D50.8 Sonstige Eisenmangelanämien

ND 009.–! Schwangerschaftsdauer ... Wochen

Beispiel 3

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

HD 060.1 Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung

ND 009.5! Schwangerschaftsdauer 34. bis 36 vollendete Wochen

ND Z37.0! Lebendgeborener Einling

ND 099.5 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 009.–! 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 7

ZHD V99! Transportmittelunfall

ND Z34 Überwachung einer normalen Schwangerschaft

ND 009.4! Schwangerschaftsdauer 26. bis 33 vollendete Wochen

S1504e 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 *032.– Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- oder Einstellungsanomalie des Fetus* ist abzubilden.
- **Bei geplanter primärer Sectio** bei abnormen Kindslagen wird der Kode *032.– Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- oder Einstellungsanomalie des Fetus* abgebildet, unabhängig davon, ob die Patientin schlussendlich ein Geburtshindernis gehabt hätte oder nicht.
- Bei Geburt durch eine **sekundäre Sectio, Vakuum oder Forzeps** bei abnormen Kindslagen liegt ein Geburtshindernis vor und der Kode *064.– Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus* ist abzubilden.

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

Verminderte Kindsbewegungen

Bei Diagnose «verminderte fetale Bewegungen» ist *036.8 Betreuung der Mutter wegen sonstiger näher bezeichneter Komplikationen beim Fetus* zu kodieren, wenn die zugrunde liegende Ursache nicht bekannt ist. Wenn eine zugrunde liegende Ursache bekannt ist, ist diese Ursache zu kodieren (*036.8* ist in diesem Fall nicht anzugeben).

Uterusnarbe

Der Kode *034.2 Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff* wird verwendet, wenn

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

Gerinnungsstörungen in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Wenn sie die Definition der Nebendiagnose (G54) erfüllen, sind die Codes *D65-D69* zusätzlich und entgegen allfälliger Exklusiva in der ICD-10-GM zu den Codes *000-007, 008.1* und *045.0, 046.0, 067.0, 072.3* abzubilden.

S1505g Spezielle Kodierregeln für die Geburt

Die unten stehenden Regeln gelten gleichermaßen für Spitäler und Geburtshuser (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 *Manuell unterstützte Geburt, sonstige* abzubilden.

Das Wort «spontane» bezieht sich auf die Geburt, nicht auf den Wehenbeginn/die Wehentätigkeit, welche spontan oder induziert sein kann. Also werden alle vaginalen Geburten ohne instrumentale Extraktion mit 73.59 *Manuell unterstützte Geburt, sonstige* abgebildet.

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

- 03.91.21 *Injektion eines Anästhetikums in den Spinalkanal zur Anesthesie bei Untersuchungen und Interventionen*
- 73.0– *Künstliche Blasensprengung [Amniotomie]*
- 73.59 *Manuell unterstützte Geburt, sonstige*
- 73.6 *Episiotomie*
- 73.4 *Medikamentöse Weheneinleitung*

Beispiel 1

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

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

Beispiel 2

Spontane vaginale Geburt mit Episiotomie in der 39. Schwangerschaftswoche.

HD	O80	Spontangeburt eines Einlings
ND	O09.6!	Schwangerschaftsdauer 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
HB	73.59	Manuell unterstützte Geburt, sonstige
NB	73.6	Episiotomie

Beispiel 3

Spontane vaginale Geburt in der 42. Schwangerschaftswoche.

HD	048	Übertragene Schwangerschaft
ND	009.7!	Schwangerschaftsdauer mehr als 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
HB	73.59	Manuell unterstützte Geburt, sonstige

Entbindung eines Einlings durch Zangen-,Vakuumentextraktion oder Schnittentbindung (O81 – O82)

O81	Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumentextraktion
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

009.–! Schwangerschaftsdauer

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

Bei Aufnahme zur Behandlung von Komplikationen nach zuvor behandeltem Abort oder Geburt wird die Schwangerschaftsdauer nicht kodiert.

Resultat der Entbindung

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

Z37.–! Resultat der Entbindung

bei der Mutter zu kodieren.

Dies ist ein Ausrufezeichen-Kode (siehe D04), 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 Zwillingengeburt in der 35. Woche, der erste Zwilling wird durch Extraktion aus Beckenendlage, der zweite durch Schnittentbindung bei Geburtshindernis durch Querlage entbunden.

HD 064.4 Geburtshindernis durch Querlage

ND 032.1 Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage

ND 030.0 Zwillingsschwangerschaft

ND 060.1 Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung

ND 009.5! Schwangerschaftsdauer, 34. bis 36 vollendete Wochen

ND Z37.2! Zwillinge, beide lebendgeboren

HB 74.1 Tiefe zervikale Sectio caesarea

NB 73.59 Manuell unterstützte Geburt, sonstige

Entbindung vor der Aufnahme

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

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

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

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

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

Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrane Kontraktionen

Ein Kode aus

047.– Frustrane Kontraktionen [unnütze Wehen]

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

Ein Kode aus

060.– Vorzeitige Wehen und Entbindung

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

Wenn der Grund für die Frühgeburt oder für vorzeitige Wehen oder frustrane Kontraktionen bekannt ist, ist dieser Grund als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, gefolgt von einem Kode aus *047.–* oder aus *060.–* als Nebendiagnose. Wenn der Grund nicht bekannt ist, ist ein Kode aus *047.–* oder aus *060.–* der Hauptdiagnosekode. Ausserdem ist als Nebendiagnose ein Kode aus *009.–!* *Schwangerschaftsdauer* zuzuordnen.

Verlängerte Schwangerschaftsdauer und Übertragung

048 Übertragene Schwangerschaft

ist zu kodieren, wenn die Entbindung nach vollendeter 41. Schwangerschaftswoche (ab 287 Tagen) erfolgt oder das Kind deutliche Übertragungszeichen zeigt.

Beispiel 5

Eine Patientin entbindet ein Kind in der 42. Schwangerschaftswoche.

HD 048 Übertragene Schwangerschaft

ND 009.7! Schwangerschaftsdauer mehr als 41 vollendete Wochen

ND Z37.0! Lebendgeborener Einling

Beispiel 6

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

HD 048 Übertragene Schwangerschaft

ND 009.6! Schwangerschaftsdauer 37. Woche bis 41 vollendete Wochen

ND Z37.0! Lebendgeborener Einling

Protrahierte Geburt

Eine Geburt wird als protrahiert betrachtet, wenn:

- Die Eröffnungsperiode mehr als 12 Stunden dauert, dann gilt Kode *063.0 Protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode (bei der Geburt)*.
- Die Austreibungsperiode mehr als 1 Stunde dauert, dann gilt Kode *063.1 Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode (bei der Geburt)*.

Wenn es sich um eine protrahierte Geburt nach Blasensprengung/Blasensprung handelt, soll der Kode *075.5 Protrahierte Geburt nach Blasensprengung* oder der Kode *075.6 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 *062. – Abnorme Wehentätigkeit*,
- nach der Geburt mit den Codes der Kategorie *072. – Postpartale Blutung* angegeben.

Postpartale Blutung (*072.-*) ist nur dann zu kodieren, wenn die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist (Regel 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.

S1603i 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. **Es wird kein Neugeborenenendatensatz ausgefüllt.**

Beachte: Bei einer normalen Geburt zu Hause oder auf dem Weg ins Spital/Geburtshaus ist bei der Mutter als HD Z39.- *Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter* zu kodieren, auch wenn die komplikationslose Nachgeburt erst im Spital stattfindet.

Beachte: im medizinischen Datensatz wird bezüglich Eintrittsart (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 Codes für die krankhaften Zustände **vor** einem Kode aus Z38.– *Lebendgeborene nach dem Geburtsort* kodiert.

Beispiel 1

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

HD Z38.1 Einling, Geburt ausserhalb des Krankenhauses

Beispiel 2

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

HD P90 Krämpfe beim Neugeborenen

ND Z38.0 Einling, Geburt im Krankenhaus

Beispiel 3

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

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

ND P07.2 Neugeborenes mit extremer Unreife

ND Z38.0 Einling, Geburt im Krankenhaus

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

Beispiel 4

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

Spital A:

HD P22.0 Atemnotsyndrom [Respiratory distress] des Neugeborenen

ND P25.1 Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode

ND Z38.0 Einling, Geburt im Krankenhaus

Spital B:

HD P22.0 Atemnotsyndrom [Respiratory distress] des Neugeborenen

ND P25.1 Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode

S1604g Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben

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

Beispiel 1

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

HD P28.0 Primäre Atektase 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 Neugeborenes nach der Geburt eine medikamentöse Prophylaxe erhält, wird gemäss Indikation der entsprechende Z20.- *Kontakt mit und Exposition gegenüber übertragbaren Krankheiten* abgebildet.

D.h. medizinischer Aufwand > 0 wird kodiert. Bei einem Neugeborenen ohne Prophylaxe wird nichts abgebildet.

Beispiele:

Kodierung des Neugeborenen bei Strepto-B-Positivität der Mutter:

1. ohne Aufwand > 0 : nichts kodieren

Eine mehr oder weniger engmaschige Überwachung ist hier in der Routine des Z38.- Lebendgeborene nach dem Geburtsort inbegriffen.

2. mit Aufwand > 0 :

- *Postexpositions-Prophylaxe (Antibiotika) : Z20.8 + B95.1!*
- *Kind mit infektiöser Pathologie: die Pathologie + der Kode P00.8 Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch sonstige Zustände der Mutter, der besagt, dass die zuvor kodierte Pathologie durch einen Zustand der Mutter hervorgerufen wurde.*

Zur Erinnerung, Kodierung der Mutter als Strepto-B-Trägerin:

- *Strepto-B ohne Aufwand > 0: nichts kodieren*
- *Strepto-B mit Aufwand > 0 (Antibiotika): Z22.3 + B95.1!*

Gesundes Neugeborenes einer Diabetikerin

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

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

S1609g Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)

Die hypoxisch-ischämische Enzephalopathie wird klinisch, nach Sarnat-Stadien¹, wie folgt eingestuft:

- | | |
|------------|---|
| 1. Stadium | Übererregbarkeit, Hyperreflexie, erweiterte Pupillen, Tachykardie, aber keine Krampfanfälle |
| 2. Stadium | Lethargie, Miosis, Bradykardie, verminderte Reflexe (z.B. Moro-Reflex), Hypotonie und Krampfanfälle |
| 3. Stadium | Stupor, Schläffheit, 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 (*P90 Krämpfe beim Neugeborenen*) – nicht separat zu kodieren.

Kodierung HIE 1. Stadium	<i>P91.3</i>	<i>Zerebrale Übererregbarkeit des Neugeborenen</i>
Kodierung HIE 2. Stadium	<i>P91.4</i>	<i>Zerebraler Depressionszustand des Neugeborenen</i>
Kodierung HIE 3. Stadium	<i>P91.5</i>	<i>Koma beim Neugeborenen</i>

Zusätzlich vorhandene Störungen/Diagnosen (z.B. *P21.0 Schwere Asphyxie unter der Geburt*) werden separat kodiert.

¹ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/987769>; Neonatal encephalopathy following fetal distress. A clinical and electroencephalographic study. Sarnat HB, Sarnat MS, 1976

S1610h Asphyxie unter der Geburt

Wenn eine Diagnose aus dem Problembereich intrauterine Asphyxie oder Asphyxie unter der Geburt gestellt wird, kommen folgende Punkte zur Anwendung:

P21.0 Schwere Asphyxie unter der Geburt

Bedingungen: Mindestens drei der untenstehenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- APGAR ≤ 5 im Alter von 5 Minuten
- Schwere Azidose in der ersten Lebensstunde: pH ≤ 7.00 (in Nabelarterie, Nabelvene oder mittels arterieller oder kapillärer Blutentnahme)
- Basendefizit ≤ -16 mmol/l im Nabelschnurblut oder während der ersten Lebensstunde
- Laktat ≥ 12 mmol/l im Nabelschnurblut oder während der ersten Lebensstunde
- Mittelschwere oder schwere Enzephalopathie (Sarnat Stadium II oder III)

Kinder, die ohne Werte ins Spital kommen, werden mit *P20.9* kodiert.

P21.1 Mässige Asphyxie unter der Geburt (statt P21.1 Leichte oder mässige Asphyxie unter der Geburt)

Bedingungen: Mindestens **zwei** der untenstehenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- APGAR ≤ 7 im Alter von 5 Minuten
- Mittelschwere Azidose in der ersten Lebensstunde: pH < 7.15 (in Nabelarterie, Nabelvene oder mittels arterieller oder kapillärer Blutentnahme)
- Leichte oder mittelschwere Enzephalopathie (Sarnat Stadium I oder II)

Kinder, die ohne Werte ins Spital kommen, werden mit *P20.9* kodiert.

P21.9 Leichte Asphyxie unter der Geburt ohne metabolische Korrelation (statt P21.9 Asphyxie unter der Geburt, nicht näher bezeichnet)

Bedingungen: Beide Kriterien müssen zutreffen.

- APGAR ≤ 7 im Alter von 5 Minuten
- Tiefster pH-Wert in der ersten Lebensstunde ≥ 7.15 (in Nabelarterie, Nabelvene oder mittels arterieller oder kapillärer Blutentnahme)

P20.- Intrauterine Hypoxie

Eine metabolische Azidose ohne klinische Korrelation (Asphyxie) beim Neugeborenen wird unter der Kategorie *P20.- Intrauterine Hypoxie* kodiert.

Die metabolische Azidose wird folgendermassen definiert:

Beide Kriterien müssen zutreffen.

- APGAR > 7 im Alter von 5 Minuten
- Mittelschwere Azidose in der ersten Lebensstunde: pH < 7.15 (in Nabelarterie, Nabelvene oder mittels arterieller oder kapillärer Blutentnahme)

Definition der Norm gemäss folgenden Werten:

- APGAR > 7 im Alter von 5 Minuten
- pH ≥ 7.15 (in Nabelarterie, Nabelvene oder mittels arterieller oder kapillärer Blutentnahme)

Die unter *P20.-* aufgeführten Befunde wie z.B. „Distress“, „Gefahrenzustand“, „Mekonium im Fruchtwasser“ oder „Mekoniumabgang“ sind als Beobachtungen ohne Krankheitswert zu verstehen und werden nicht kodiert.

Die Adaptationsstörungen werden unter *P22.8* kodiert.

Gemäss Regel G 40a ist der **behandelnde Arzt** für die **Diagnosestellung** und die Dokumentation aller Diagnosen während des gesamten Spitalaufenthaltes zuständig. Eine direkte Kodierung durch Kodierer/Innen mit diesen Kriterien ist nicht erlaubt.

S1611d Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen

Ein respiratorisches Versagen aufgrund einer globalen resp. partiellen respiratorischen Insuffizienz wird mit *P28.5 Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen* kodiert, wenn ein Neugeborenes/Frühgeborenes zur weiteren Betreuung auf eine von der SGN/SGI anerkannten neonatologischen IMC/IPS verlegt wird, sowie in Folge eine invasive, eine nichtinvasive Beatmung oder eine Atemunterstützung mit CPAP stattfindet.

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 Codes für Urin- oder Stuhlinkontinenz

N39.3 Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]

N39.4– Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz

R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz

R15 Stuhlinkontinenz

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

S1802a Dysphagie

R13.– Dysphagie

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

S1803a Fieberkrämpfe

R56.0 Fieberkrämpfe

wird nur dann als Hauptdiagnosecode 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.

S1804f 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 3).

Chronischer/therapieresistenter Schmerz

Wird ein Patient speziell zur Schmerzbehandlung aufgenommen und wird ausschliesslich der Schmerz behandelt, ist der Code für die Lokalisation des Schmerzes als Hauptdiagnose anzugeben. Die zugrunde liegende Erkrankung ist als Nebendiagnose zu kodieren.

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 Ausschlussinweise bei Kategorie *R52.-*) **und** die Definition der Hauptdiagnose (Regel G 52) 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.

S1805e Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators / (Test)Elektroden bei Schmerzbehandlung

Bei Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators/(Test)Elektroden wird die **Krankheit als Hauptdiagnose** angegeben, zusammen mit den passenden Prozedurenkodes.

Der Kode

Z45.80 Anpassung und Handhabung eines Neurostimulators
wird **nicht** abgebildet.

(Gleiche Regel unter S0605: Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators).

S1806e Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators / (Test)Elektroden bei Schmerzbehandlung

Bei Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators/(Test)Elektroden ist als Hauptdiagnosekode

Z45.80 Anpassung und Handhabung eines Neurostimulators
zuzuweisen, zusammen mit den passenden Prozedurenkodes. Die Grundkrankheit wird nur als Nebendiagnose kodiert, wenn sie die Nebendiagnosendefinition erfüllt.

(Gleiche Regel unter S0606: Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators).

S1900 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen

Sofern es in den Kodierrichtlinien nicht anders geregelt ist, folgen die Codes der äusseren Ursachen (V01 – Y84) zwingend den Codes S und T.

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.

Bei Verlegungen zur Weiterbehandlung oder Wiederaufnahmen wird der Weichteilschaden nur noch abgebildet, wenn er die Definition der Nebendiagnose (G54) erfüllt.

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

Beispiel 1

Patient mit einer offenen rechten Oberschenkelschaftfraktur II. Grades nach Sturz.

HD	S72.3	Fraktur des Femurschaftes
L	1	
ZHD	X59.9!	Sonstiger näher bezeichneter Unfall
ND	S71.88!	Weichteilschaden II. Grades bei offener Fraktur oder Luxation der Hüfte und des Oberschenkels
L	1	

Luxationsfraktur

In diesen Fällen ist sowohl für die Fraktur als auch für die Luxation ein Kode zuzuweisen; der erste Kode für die Fraktur.

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

S52.31 Fraktur des distalen 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 Nervs
- 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 S271 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 Codes

S01.83! Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer intrakraniellen Verletzung

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

oder

S31.83! Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intraabdominalen Verletzung

- die Kodes für die Fraktur

und

- ein Kode für den Schweregrad des Weichteilschadens der offenen Fraktur aus

S01.87! – S01.89! Weichteilschaden I – III. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Kopfes

S21.87! – S21.89! Weichteilschaden I – III. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Thorax

oder

S31.87! – S31.89! Weichteilschaden I – III. Grades bei offener Fraktur oder Luxation der Lendenwirbelsäule und des Beckens

Komplikationen einer offenen Wunde

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

S1904i Bewusstlosigkeit

Bewusstlosigkeit

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

Schwere Bewusstseinsstörung

Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS), frühere Bezeichnung Vegetative State (VS) und Minimally Conscious State (MCS)

Das «Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS)» ist definiert als ein Zustand der Unmöglichkeit mit der Umwelt zu interagieren, d.h. ohne kohärente Antworten und ohne bewusstes Reagieren auf optische, akustische, taktile und schmerzhaft Reize und ohne Bewusstsein über sich selbst oder über die Umwelt.

Der Minimally Conscious State (MCS) ist definiert als Zustand mit schwer veränderter Bewusstseinslage, bei dem minimale, aber deutliche Verhaltensmerkmale reproduzierbar nachweisbar sind, die ein Bewusstsein für sich selbst oder die Umgebung erkennen lassen.

Die exakte Klassifikation und Zuordnung erfolgt durch die CRS-R (Coma Recovery Scale-Revised) als Ergebnis der Bewertungen in den sechs Subskalen der CRS-R: CRS-auditiv – CRS-visuell – CRS-motorisch – CRS-sprachlich – CRS-Kommunikation – CRS-Erwachen. Dieses Assessment ist nicht zuverlässig anwendbar für Patienten vor dem 12. Lebensjahr. Bis zum Erreichen dieses Alters gilt die vom Arzt gestellte Diagnose ohne Referenz auf das CRS-R.

Stadieneinteilung der schweren Bewusstseinsstörung

Subskala CRS-R	Unresponsive Wakefulness Syndrom (UWS)	Minimally Conscious State minus (MCS-)	Minimally Conscious State plus (MCS+)	Emerge from Minimally Conscious State (EMCS)
Auditiv	≤ 2 und	≤ 2 und	3 – 4	
Visuell	≤ 1 und	2 – 5 oder	4 – 5	
Motorisch	≤ 2 und	3 – 5 oder	3 – 5	= 6 und
Sprachlich	≤ 2 und	≤ 2 oder	3	
Kommunikation	= 0	=0 und	1 – 2	= 2
Erwachen	1 – 2	1 – 2	1 – 3	

d.h.:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beispiel 1

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

HD S24.12 Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes

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.*

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

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

Die Wahl der Hauptdiagnose erfolgt nach Regel G52.

Beispiel 1

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

HD	S06.31	Umschriebene Hirnkontusion
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, (äusseres) Genitale

ND T31.20 Verbrennungen von 20 bis 29% der Körperoberfläche

Wenn die Zahl der Diagnosen die Anzahl der maximal übermittelbaren Diagnosen übersteigt, ist der 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 Kode für die Manifestation als Hauptdiagnose anzugeben. Die Kodes 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 Opiode

Beispiel 2

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

HD K92.0 Hämatemesis

ZHD X49.9! Akzidentelle Vergiftung

ND T39.0 Vergiftung durch Salizylate

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

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

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

und

T51– T65 Toxische Wirkung von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen

anzugeben.

Beispiel 3

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

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

ZHD X84.9! Absichtliche Selbstbeschädigung

Insulinüberdosierung beim Diabetiker

Die **Ausnahme** dieser Regel ist die Insulinüberdosierung bei einem Diabetiker, bei der ein Kode aus
E10 – E14 vierte Stelle «.6» *Diabetes mellitus mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen*

vor dem Kode für die Vergiftung

T38.3 *Vergiftung durch Insulin und orale blutzuckersenkende Arzneimittel [Antidiabetika]*

anzugeben ist.

S1909f Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäss Verordnung)

Unerwünschte Nebenwirkungen indikationsgerechter Arzneimittel bei Einnahme **gemäss Verordnung** werden wie folgt kodiert:

- ein oder mehrere Codes 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]

- Ein antikoagulierter Patient mit Blutung bei ordnungsgemäss eingenommenen Antikoagulanzen wird mit *D68.33 Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)*, *D68.34 Hämorrhagische Diathese durch Heparine*, *D68.35 Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzen* + die Blutung abgebildet, ergänzt durch *Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen*, wenn dies nicht im Diagnosenkode beinhaltet ist (Reihenfolge der Codes nach Regel G 52).

Beispiel 3

Eine Patientin mit unstillbarem Nasenbluten unter Antikoagulation bei ordnungsgemäss eingenommenem Cumarinpräparat erhält eine Nasentamponade, die Antikoagulation wird vorübergehend pausiert, ein Vitamin-K-Präparat wird verabreicht.

HD R04.0 Epistaxis
ZHD Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen
ND D68.33 Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)

Beispiel 4

Ein Patient unter Antikoagulation bei ordnungsgemäss eingenommenem Cumarinpräparat wird mit Schlaganfallsymptomatik stationär aufgenommen. Im Schädel-CT zeigt sich eine intrazerebrale Blutung. Die Antikoagulation wird vorübergehend pausiert, ein orales Vitamin-K-Präparat wurde verabreicht.

HD I61.0 Intrazerebrale Blutung in die Grosshirnhemisphäre, subkortikal
ZHD Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen
ND D68.33 Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)

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 Offene 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 Code 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 Kodierrichtlinien, welche die Abbildung eines Z-Kodes beinhalten.
- Das «Definitionshandbuch SwissDRG, Band 5, Anhang D, Plausibilitäten, D5: Z-Kodes als unzulässige Hauptdiagnose» oder das «Definitionshandbuch TARPSY, unzulässige Hauptdiagnosen».
- Die Hinweise am Anfang des Kapitels XXI der ICD-10-GM.

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

Kodierrichtlinien Rehabilitation

Es betrifft Rehabilitationsfälle mit Austrittsdatum ab 1. Januar 2020.

Es handelt sich im Folgenden um Kodierrichtlinien, die für Rehabilitation gelten und enthält konkrete Beispiele betreffend rehabilitativer Diagnosen und Behandlungen.

Geltungsbereich:

Diese Vorgaben zur Kodierung stationärer Rehabilitationsfälle sind anzuwenden für alle Behandlungen in Rehabilitations-Kliniken oder Rehabilitations-Abteilungen der Akutkliniken, die derzeit nach einem Rehabilitations-Tarif vergütet und die zukünftig unter den Anwendungsbereich des Tarifs ST Reha fallen werden.

Gültige Instrumente zur medizinischen Kodierung:

Für die Kodierung aller stationären Fälle mit Austrittsdatum ab 1.1.2020 sind gültig:

- Medizinisches Kodierungshandbuch: Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz. Version 2020
- Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2020 / Nr. 1 und Nr. 2
- Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP): Systematisches Verzeichnis – Version 2020
- ICD-10-GM 2018 Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: 10. Revision – German Modification
- ICD-10-GM 2018 Systematisches Verzeichnis, deutsche Version: Zusatzinformationen für den schweizerischen Kontext

Falls Widersprüche zwischen dem Kodierungshandbuch (inkl. dieser Kodierrichtlinien) und den Klassifikationen CHOP und ICD-10-GM 2018 bestehen, hat das Kodierungshandbuch (inkl. diesen Kodierrichtlinien) Vorrang für die Kodierung.

Abzugrenzen von der stationären Rehabilitation sind:

Frührehabilitation:

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

93.86 Fachübergreifende Frührehabilitation, nach Anzahl der Behandlungstage

93.89.1.- Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage

Akutrehabilitation:

Spezielle rehabilitative Leistungen, die bei akutstationären Patienten erbracht werden.

93.89.9.- Geriatrische Akutrehabilitation

93.89.2.- Physikalisch-medizinische Akutrehabilitation

93.9A.1.- Pneumologische Akutrehabilitation

Die Kodierung in der Frührehabilitation und der Akutrehabilitation erfolgt wie in der Akutsomatik.

Kodierrichtlinien

Diagnosen - ICD-10-GM

Hauptdiagnose:

Als Hauptdiagnose wird die Grundkrankheit kodiert, welche der Hauptanlass für die Rehabilitation bzw. die Ursache für die Funktionseinschränkung ist. Diese Hauptdiagnose muss nicht identisch mit der Hauptdiagnose des akutstationären Falls sein.

Bemerkung: Bei statistischen Auswertungen ist eine eindeutige Zuordnung des Falls zum Anwendungsbereich der Tarifstrukturen über die Variable 4.8.V01 der Medizinischen Statistik möglich, d.h. die epidemiologische Auswertung der Akutdiagnosen ist gewährleistet.

Beispiele zur Kodierung der Hauptdiagnose:

Kardiovaskulär

Ein Patient tritt nach akutem Myokardinfarkt zur Rehabilitation ein. Ein postinterventioneller Wundinfekt wird mittels VAC-Behandlung therapiert.

HD I21.0 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand

Muskuloskelettal

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

HD M16.1 Sonstige primäre Koxarthrose

Nebendiagnose:

Die Nebendiagnose ist definiert als:

«Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Spital-/Rehabilitationsaufenthaltes 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

Medizinischer Aufwand > 0 wird kodiert.

Spezielle Gültigkeit für die Rehabilitation:

Handelt es sich beim Rehabilitationsfall um eine Verlegung, ist gemäss Regel D15g ein Kode aus Z50.-! *Rehabilitationsmassnahmen* als Nebendiagnose zu kodieren. Im Fall einer kardialen Rehabilitation ist Z50.0! *Rehabilitationsmassnahmen bei Herzkrankheit* zutreffend, bei den übrigen Rehabilitationsarten wird Z50.8! *Sonstige Rehabilitationsmassnahmen* kodiert.

Das Ausmass der Funktionseinschränkung bei Eintritt muss als Nebendiagnose über die Codes U50.- *Motorische Funktionseinschränkung* und U51.- *Kognitive Funktionseinschränkung* abgebildet werden. Dies erfolgt zusätzlich zur Assessmenterhebung, welche mittels CHOP-Kapitel AA.– kodiert wird. (Siehe unter Abschnitt «Prozeduren»)

Erfolgt die Rehabilitation im Anschluss an einen operativen Eingriff mit Einsetzen von Implantaten oder nach einer Organtransplantation, wird der Kode Z94.- *Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation* oder Z95.- ff. als Nebendiagnose kodiert.

Beispiele zur Kodierung der Nebendiagnosen

Kardiovaskulär

Ein Patient tritt nach Herztransplantation wegen dilatativer Kardiomyopathie zur Rehabilitation ein. Der Barthel-Index beträgt bei Eintritt 68 Punkte, der MMSE 29 Punkte.

HD I42.0 Dilatative Kardiomyopathie

ND Z50.0! Rehabilitationsmassnahme bei Herzkrankheit

ND Z94.1 Zustand nach Herztransplantation

ND U50.20 Barthel-Index: 60-75 Punkte

ND U51.02 MMSE: 24-30 Punkte

Neurologisch

Ein Patient tritt nach akutstationär behandeltem embolischem Stroke des Medialstromgebietes mit neurologischen Defiziten (schlafte Hemiplegie mit Sprach- und Schluckstörung) zur Rehabilitation ein. Bei Eintritt wird ein Barthel-Index von 27 Punkten erhoben. Es werden nur leichte kognitive Defizite festgestellt, MMSE 28 Punkte.

HD I63.4 Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien

ND Z50.8! Sonstige Rehabilitationsmassnahmen

ND R47.0 Dysphasie und Aphasie

ND G81.0 Schlafte Hemiparese und Hemiplegie

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

ND U51.02 MMSE: 24-30 Punkte

Pneumologisch

Ein Patient mit zystischer Fibrose wird vom Hausarzt wegen Verschlechterung bei bekannter und dokumentierter chronischer respiratorischer Insuffizienz in die pneumologische Rehabilitation eingewiesen. Es wird eine Heimbeatmung eingeleitet. Bei Eintritt dokumentierter Barthel-Index von 80 Punkten, MMSE unauffällig.

HD E84.0 Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen

ND J96.1- Chronisch respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert

ND U50.10 Barthel-Index: 80-95 Punkte

ND U51.02 MMSE: 24-30 Punkte

Prozeduren

Bei jedem Rehabilitationsfall müssen die untenstehenden 3 Informationen erfasst werden:

1) Basisleistung CHOP BA– unterteilt nach 8 Rehabilitations-Arten

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

Die Basisleistung wird auch kodiert bei einer Rehabilitation von weniger als 7 Behandlungstagen, bei interner Verlegung oder Tod des Patienten oder bei Entlassung gegen ärztlichen Rat. Der Grund ist in Variable «Entscheid für Austritt (1.5.V02)» zu erfassen.

2) Assessments – CHOP AA

Alltagsfunktions- und Multimorbiditätsmessungen müssen bei Eintritt und bei Austritt erhoben und dokumentiert werden.

Für FIM® wird EBI mit Kode AA.11 erfasst; die Überleitungstabelle FIM®-EBI findet sich unter folgenden Links:

- Deutsch: https://www.swissdrg.org/application/files/7915/4090/1364/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019.pdf
- Auf Französisch: https://www.swissdrg.org/application/files/7515/4090/1379/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019_f.pdf
- Auf Italienisch: https://www.swissdrg.org/application/files/9115/4090/1379/Ueberleitungstabelle_FIM_EBI_CHOP_Code_2019_i.pdf

Dies betrifft die Kodes:

- AA.11.- - Erweiterter Barthel-Index (EBI)
- AA.21.- - Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
- AA.31.- - 6-Minuten-Gehtest
- AA.32.- - Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

Die Eintrittsmessung hat grundsätzlich innerhalb von drei Arbeitstagen* nach Klinikeintritt zu erfolgen (Eintrittstag eingerechnet). Die Austrittsmessung erfolgt analog frühestens drei Arbeitstage vor Klinikaustritt (Austrittstag eingerechnet).

Definition «innerhalb von 3 Arbeitstagen»: um die drei Arbeitstage berechnen zu können gilt es zu beachten, dass nur der Sonntag als Feiertag gilt. Samstage gelten als Arbeitstage.

3) Die Zuordnung zu den Leistungsbereichen (LB) ST Reha erfolgt 2020 weiterhin über die folgenden Analogie-Kodes:

I Nervensystem-Funktionseinschränkung	93.19 Übung, n.a.klass.
II Herz-Funktionseinschränkung	93.36.00 Kardiale Rehabilitation n.n.bez.
III Lungen-Funktionseinschränkung	93.9A.00 Pneumologische Rehabilitation, n.n.bez.
IV Andere Funktionseinschränkungen	93.89.09 Rehabilitation, n.a.klass.

Weitere Leistungen und Allgemeines**– Zusatzleistungen, falls erbracht****CHOP BB.1 - Zusatzaufwand Pflege, Ärzte und Therapeuten in der Reha**

Mit diesen Kodes werden besonders pflege- und therapieintensive Fälle in der Rehabilitation abgebildet. Dieser Kode umfasst klar definierte Leistungen, die zusätzlich zur Basisleistung erbracht werden. Dabei können 8 Indikationsbereiche abgebildet werden.

Für jede Leistung ist ein Mindestaufwand und eine Anzahl Aufwandspunkte pro Tag definiert. Die Aufwandspunkte pro Tag werden addiert, ein Maximum von 10 Punkten pro Tag ist festgelegt.

Abgebildet wird die Gesamtsumme pro Aufenthalt mit dem CHOP-Kode BB.1-. Die Pflegekomplexbehandlung 99.C1.- wird nicht zusätzlich erfasst.

– Prozeduren, die kodiert werden müssen (nicht abschliessend):

Alle signifikanten Prozeduren, welche zusätzlich zur rehabilitativen Therapie durchgeführt werden während des Rehabilitationsaufenthaltes, sind zu kodieren. Dies schliesst diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein. Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder:

- chirurgischer Natur ist,
- ein Eingriffsrisiko birgt,
- ein Anästhesierisiko birgt,
- Spezialeinrichtungen, Grossgeräte (z.B. MRI) oder spezielle Ausbildung erfordert.

Externe ambulante Behandlungen: Erhält ein stationärer Patient externe ambulante Leistungen (z.B. MRI, Dialysen, Chemotherapie, usw.), werden diese beim stationären Fall kodiert und mit dem speziellen Item «ambulante Behandlung auswärts» (Variablen 4.3.V016, 4.3.V026, 4.3.V036 usw.) gekennzeichnet.

Mindestmerkmale

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

– Prozeduren, die nicht kodiert werden

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

Zum Beispiel (nicht abschliessend):

- Konventionelle Röntgenuntersuchungen
- EKG (Ruhe-, Langzeit-, Belastungs-EKG)
- Blutentnahme und Laboruntersuchungen
- medikamentöse Therapien **mit Ausnahme** von
 - Zytostatikatherapien, Immuntherapien, Thrombolysen, Gerinnungsfaktoren, Blutprodukte
 - Hochteuren Medikamenten (ATC-Kode)

Sonderfall Paraplegiologische Rehabilitation:

Die Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung (93.87) gilt sowohl für die Akutsomatik als auch für die Rehabilitation. Aus diesem Grund wird für die Paraplegiologische Rehabilitation *keine Basisleistung* aus dem CHOP-Kapitel 18 erfasst. Der Pflegeaufwand wird über den Pflegekomplexbehandlungskode 99.C1-- erfasst und nicht über den Kode BB.1- *Zusatzaufwand in der Rehabilitation*.

Erfasst werden:

- 93.87 Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung
- Alltagsfunktions- und Multimorbiditätsmessungen – CHOP AA
- die Zuordnung zu den Leistungsbereichen ST Reha als Nervensystem-Funktionseinschränkung 93.19 Übung n.a. klass. (nur für 2019 und 2020)
- weitere Leistungen, die kodiert werden müssen:
 - o 99.C1 Pflegekomplexbehandlung
 - o 93.9F Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung
 - o und weitere

Beispiele und Erläuterungen:

HD	HB Basisleistungen (BA) = 8 REHA-Arten oder Paraplegiologische Rehabilitation (93.87)
Hauptdiagnose = Diagnose, die eine Rehabilitation erfordert	BA.1 Neurologische Rehabilitation BA.2 Psychosomatische Rehabilitation BA.3 Pulmonale Rehabilitation BA.4 Kardiale Rehabilitation BA.5 Muskuloskelettale Rehabilitation BA.6 Internistische oder onkologische Rehabilitation BA.7 Pädiatrische Rehabilitation BA.8 Geriatrische Rehabilitation 93.87.- Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung

Bei den nachfolgenden Beispielen ist jeweils U50.- und /oder U51.- gemäss medizinischer Dokumentation als Nebendiagnose zu kodieren.

Beispiel 1: Neurologische Rehabilitation

Ein Patient wird verlegt zur stationären Rehabilitation nach Hirninfarkt im Mediastromgebiet mit schlaffer Halbseitenlähmung. Nebendiagnostisch besteht eine koronare Herzkrankheit zweier Gefässe, die medikamentös behandelt wird. Pflegerisch benötigt der Patient einen über die Basisleistung hinausgehenden dokumentierten Zusatzaufwand von 73 Aufwandspunkten. Ausserdem erfolgt während der Rehabilitation

HD	I63.4	Hirninfarkt nach Embolie zerebraler Arterien
ND	Z50.8!	Sonstige Rehabilitationsmassnahmen
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
ND	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
HB	BA.1	Neurologische Rehabilitation
NB	AA.1-	Messinstrumente zur Activity of daily living (ADL)
NB	AA.21.--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
NB	BB.18	Zusatzaufwand in der Rehabilitation, mindestens 71 bis 80 Aufwandspunkte
NB	93.89.D2	Diagnostischer Hausbesuch als Teil einer akutrehabilitativen oder rehabilitativen Abklärung, Dauer von mehr als 4 bis 6 Stunden
LB	93.19	Übung, n. a. klass.

ein Hausbesuch zur Abklärung der häuslichen Situation sowie der weiteren Rehabilitationsziele und Massnahmen.

Beispiel 2: Psychosomatische Rehabilitation

Ein Patient tritt in die stationäre Rehabilitation ein wegen im ambulanten Setting nicht kontrollierbarer, persistierender Rückenschmerzen ohne eindeutige Ursache. Ein übermässiger Gebrauch von Schmerz- und Schlafmedikamenten sowie eine im Verlauf der Rehabilitation diagnostizierte depressive Episode wird gemäss Dokumentation behandelt.

HD	F45.0	Somatisierungsstörung
ND	M54.5	Kreuzschmerz
ND	F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet
ND	F13.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika schädlicher Gebrauch
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
HB	BA.2	Psychosomatische Rehabilitation
NB	AA.1-	Messinstrumente zur Activity of daily living (ADL)
NB	AA.21.--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
LB	93.89.09	Rehabilitation, n. a. klass.

Beispiel 3: Pulmonale Rehabilitation

Übertritt eines Patienten mit chronischer obstruktiver Lungenkrankheit Gold III, als Folge von jahrelangem und persistierendem Nikotinabusus und akut entzündlicher unterer Atemwegserkrankung. Weitere Nebendiagnosen gemäss medizinischer Dokumentation.

Bei protrahiertem Verlauf unter antibiotischer Therapie und gelegentlichem Erstickungsempfinden wird eine Bronchoskopie mit bronchoalveolärer Lavage durchgeführt. Zur Atemunterstützung wird bei respiratorischer Insuffizienz eine unterstützende CPAP-Beatmung für 3 Tage durchgeführt. Von pflegerischer und therapeutischer Seite findet eine Rauchstopp-Schulung und eine Atemtherapie-Schulung statt. Die tägliche intensive Atemtherapie ergibt einen dokumentierten Zusatzaufwand von 35 Aufwandspunkten.

HD	J44.01	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege FEV1 \geq 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes
ND	Z50.8!	Sonstige Rehabilitationsmaßnahmen
ND	F17.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch
ND	J96.99	Respiratorische Insuffizienz, Typ nicht näher bezeichnet
ND	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
HB	BA.3	Pulmonale Rehabilitation
NB	AA.1-	Messinstrumente zur Activity of daily living (ADL)
NB	AA.21.--	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
NB	AA.31	6-Minuten-Gehtest
NB	BB.14	Zusatzaufwand in der Rehabilitation, mindestens 31 bis 40 Aufwandspunkte
NB	33.24.11	Tracheobronchoskopie (flexibel) (starr) mit bronchoalveolärer Lavage
NB	93.9G.11	Maskenüberdrucktherapie, CPAP, Ersteinstellung, innerhalb von 3 Tagen
LB	93.9A.00	Pneumologische Rehabilitation, n. n. bez

Beispiel 4: Kardiale Rehabilitation

Verlegung eines Patienten aus der Akutklinik nach subendokardialen Herzinfarkt bei koronarer 2-Gefäss-Krankheit. Er leidet an behandlungsrelevanter morbider Adipositas.

HD	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
ND	Z50.0!	Rehabilitationsmaßnahmen bei Herzkrankheit
ND	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäss-Erkrankung
ND	E66.89	Sonstige Adipositas: Grad nicht näher bezeichnet
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
HB	BA.4	Kardiale Rehabilitation
NB	AA.1-	Messinstrumente zur Activity of daily living (ADL)
NB	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
LB	93.36.00	Kardiale Rehabilitation, n. n. bez.

Beispiel 5: Muskuloskelettale Rehabilitation

Ein Patient wird vom Hausarzt zur stationären Rehabilitation zugewiesen mit posttraumatischer Kniearthrose, begleitet von entlastungsbedingten Kreuzschmerzen. In die stationäre Behandlung fließen die Abklärung und Behandlung der Begleiterkrankungen ein. Im Zentrum steht die analgetische Behandlung begleitet von muskulärer Rekonditionierung.

HD	M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose
ND	M54.5	Kreuzschmerz
ND	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
HB	BA.5	Muskuloskelettale Rehabilitation
NB	AA.1-	Messinstrumente zur Activity of daily living (ADL)
NB	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
LB	93.89.09	Rehabilitation, n. a. klass.

Beispiel 6: Internistische oder onkologische Rehabilitation

Ein Patient mit Bronchus-Karzinom des Oberlappens und Lymphknotenbefall verschiedener Regionen tritt eine stationäre Rehabilitation an im Anschluss an die Hospitalisation im Akutspital. Die im Akutspital begonnene Chemotherapie wird weitergeführt. Ziel der Behandlung ist eine Verbesserung der Körperfunktion im Sinne der Rekonditionierung. Während des Aufenthaltes findet im Akutspital eine interdisziplinäre Tumorfallbesprechung in Anwesenheit des Patienten statt.

HD	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)
ND	Z50.8!	Sonstige Rehabilitationsmaßnahmen
ND	C77.8	Lymphknoten mehrerer Regionen
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
HB	BA.6	Internistische oder onkologische Rehabilitation
NB	AA.1-	Messinstrumente zur Activity of daily living (ADL)
NB	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
NB	89.93 Extern ambulant	Interdisziplinäre (Tumor-) Fallbesprechung (Tumorboard)
LB	93.89.09	Rehabilitation, n. a. klass.

Beispiel 7: Pädiatrische Rehabilitation

Übertritt eines Kindes nach Enzephalomyelitis zur Rehabilitation bei verbleibenden krankheitsbedingten hirnorganischen Dysfunktionen mit Funktionsdefiziten und rezidivierenden epileptischen Anfällen. Die Dysfunktionen erfordern einen erheblichen pflegerischen und therapeutischen Mehraufwand, der gemäss Dokumentation 139 Aufwandspunkte beträgt. Zur Rehabilitationssteuerung werden periodisch diagnostische Massnahmen erbracht.

HD	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet
ND	Z50.8!	Sonstige Rehabilitationsmassnahmen
ND	G40.8	Sonstige Epilepsien
ND	F06.8	Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
HB	BA.7	Pädiatrische Rehabilitation
NB	AA.1-	Messinstrumente zur Activity of daily living (ADL)
NB	AA.21	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
NB	BB.1C	Zusatzaufwand in der Rehabilitation, mindestens 101 bis 150 Aufwandspunkte
LB	93.89.09	Rehabilitation, n. a. klass.

Beispiel 8: Geriatrische Rehabilitation

Ein multimorbider Patient tritt im Anschluss an die Behandlung im Akutspital zur Rehabilitation ein mit Rückenschmerzen, begleitet von radikulären schmerzhaften Ausstrahlungen und Lähmungserscheinungen. Kodierung der Nebendiagnosen gemäss medizinischer Dokumentation.

Während der Rehabilitation erfolgt ein Hausbesuch zur Abklärung der häuslichen Situation und zum Festlegen der weiteren Rehabilitationsziele und Massnahmen.

HD ZHD (Zusatz zur Hauptdiagnose)	M48.06 G55.3*	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M45-M46†, M48.-†, M53-M54†)
ND	Z50.8!	Sonstige Rehabilitationsmassnahmen
ND	E03.9	Hypothyreose, nicht näher bezeichnet
ND	I50.13	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung
ND	E11.72†	Diabetes mellitus Typ 2, mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
ND	G63.2*	Diabetische Polyneuropathie
ND	N08.3*	Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus
ND	N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3
ND	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
ND	E44.1	Leichte Energie- und Eiweissmangelernährung
ND	E55.9	Vitamin-D-Mangel, nicht näher bezeichnet
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
HB	BA.8	Geriatrische Rehabilitation
NB	AA.1-	Messinstrumente zur Activity of daily living (ADL)
NB	AA.21.-	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)
NB	93.89.D2	Diagnostischer Hausbesuch als Teil einer akutrehabilitativen oder rehabilitativen Abklärung, Dauer von mehr als 4 bis 6 Stunden
LB	93.89.09	Rehabilitation, n. a. klass.

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 3 × tgl Blutzucker (BZ)-Kontrollen und Therapieanpassung oder
- stark schwankende BZ-Werte (Diff. mind. 5 mmol/l) mit 3 × tgl BZ-Kontrollen und Therapieanpassung oder
- deutlich überhöhtes HbA1C (> 9%) während der letzten 3 Mo und 3 × tgl 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 3 × tgl BZ und dokumentiertem Nachspritzen

Auswahl von Diagnosen, die zum klinischen Bild des diabetischen Fussyndroms gehören können:

1. Infektion und/oder Ulkus

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

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

Dekubitus 1. Grades	L89.0–
Dekubitus 2. Grades	L89.1–
Dekubitus 3. Grades	L89.2–
Dekubitus 4. Grades	L89.3–
Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet	L89.9–
Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	L97
Malum perforans pedis	L98.4
Osteomyelitis	M86.–

2. Periphere vaskuläre Erkrankung

Atherosklerose der Extremitätenarterien, ohne Beschwerden	I70.20
Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr	I70.21
Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	I70.22
Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen	I70.23
Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	I70.24
Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	I70.25

3. Periphere Neuropathie

Diabetische Polyneuropathie	G 63.2*
Autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten	G 99.0*

4. Deformitäten

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

5. Frühere Amputation(en)

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

HIV / AIDS: CDC-Klassifikation (1993)

Die Laborkategorien 1 bis 3:

- 1: ab 500/ μ l CD4-Lymphozyten
- 2: 200 – 499/ μ l CD4-Lymphozyten
- 3: < 200/ μ l CD4-Lymphozyten

Die klinischen Kategorien A bis C:

Kategorie A

- Asymptomatische HIV-Infektion
- Persistierende generalisierte Lymphadenopathie (LAS)
- Akute, symptomatische (primäre) HIV-Infektion (auch in der Anamnese)

Kategorie B

Krankheitssymptome oder Erkrankungen, die nicht in die AIDS-definierende Kategorie C fallen, dennoch aber der HIV-Infektion ursächlich zuzuordnen sind oder auf eine Störung der zellulären Immunabwehr hinweisen:

- Bazilläre Angiomatose
- Oropharyngeale Candida-Infektion
- Vulvovaginale Candida-Infektionen, die entweder chronisch (länger als ein Monat) oder nur schlecht therapierbar sind
- Zervikale Dysplasien oder Carcinoma in situ
- Konstitutionelle Symptome wie Fieber über 38,5 Grad Celsius oder länger als vier Wochen bestehende Diarrhöe
- Orale Haarleukoplakie
- Herpes Zoster bei Befall mehrerer Dermatome oder nach Rezidiven in einem Dermatom
- Idiopathische thrombozytopenische Purpura
- Listeriose
- Entzündungen des kleinen Beckens, besonders bei Komplikationen eines Tuben- oder Ovarialabszesses
- Periphere Neuropathie

Kategorie C (AIDS-definierende Erkrankungen)

- Pneumocystis jirovecii-Pneumonie
- Toxoplasma-Enzephalitis
- Ösophageale Candida-Infektion oder Befall von Bronchien, Trachea oder Lunge
- Chronische Herpes simplex, -Ulcera oder Herpes-Bronchitis, -Pneumonie oder -Ösophagitis
- CMV-Retinitis
- Generalisierte CMV-Infektion (nicht von Leber oder Milz)
- Rezidivierende Salmonellen-Septikämien
- Rezidivierende Pneumonien innerhalb eines Jahres
- Extrapulmonale Kryptokokken-Infektionen
- Chronische intestinale Kryptosporidien-Infektion
- Chronische intestinale Infektion mit Isospora belli
- Disseminierte oder extrapulmonale Histoplasiose
- Tuberkulose
- Infektionen mit Mykobakterium avium complex oder M. kansasii, disseminiert oder extrapulmonal
- Kaposi-Sarkom
- Maligne Lymphome (Burkitt's, immunoblastisches oder primär zerebrales Lymphom)
- Invasives Zervix-Karzinom
- HIV-Enzephalopathie
- Progressiv multifokale Leukenzephalopathie
- Wasting-Syndrom

Mangelernährung

Definition der Stadien der Mangelernährung bei Erwachsenen

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

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

- NRS-Gesamtscore (Nutritional Risk Screening*) von mindestens 5

und

- BMI < 18.5 kg/m² bei reduziertem Allgemeinzustand

oder

- ungewolltem Gewichtsverlust > 5% in 1 Monat und reduzierter Allgemeinzustand

oder

- in der vergangenen Woche ungewollt praktisch keine Nahrung zugeführt** (0 – 25% des Bedarfs) (entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 3).

- **E44.0 Mässige Energie- und Eiweissmangelernährung**

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

- NRS-Gesamtscore von mindestens 4

und

- BMI 18.5 – 20,5 kg/m² bei reduziertem Allgemeinzustand

oder

- ungewolltem Gewichtsverlust > 5% in 2 Monaten und reduzierter Allgemeinzustand

oder

- in der vergangenen Woche ungewollt weniger als die Hälfte des Bedarfs zugeführt ** (zwischen 25 – 50% des Bedarfs) (entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 2).

- **E44.1 Leichte Energie- und Eiweissmangelernährung**

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

- NRS-Gesamtscore von mindestens 3

und

- ungewolltem Gewichtsverlust > 5% in 3 Monaten

oder

- in der vergangenen Woche ungewollt weniger als 50 – 75% des Bedarfs zugeführt** (entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 1).

Tabelle zur Erläuterung der Zuordnung der ICD-Mangelernährungsdiagnose:

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

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

** Nahrungszufuhr entspricht jeglicher Ernährungsform (parenteral, enteral, per os).

Definition der Stadien der Mangelernährung bei Kindern

Die Definitionen sind für Kinder und Jugendliche im Alter von 1 – 16 Jahre gültig. Im Säuglingsalter (0 – 12 Monate) ist der PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score*) nicht anwendbar und es reicht für die Diagnosestellung, wenn eines der drei Argumente erfüllt wird.

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

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

- **1. Bedingung:** PYMS-Gesamtscore (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) von mindestens 4 und **2. Bedingung:** zusätzlich eines der folgenden 3 Kriterien:
 - a) Bis 120 cm: Gewicht für Länge ≥ -3 SD (standard deviation) z-Score bzw. $< P 0.5$ WHO Perzentilen Kurven bei reduziertem Allgemeinzustand
 - b) Ab 120 – 175 cm Knaben und 120 – 163 cm Mädchen: Längen-Sollgewicht (Wellcome Klassifikation) $< 70\%$ bei reduziertem Allgemeinzustand
 - c) Ab 175 cm Knaben bzw. 163 cm Mädchen: BMI ≥ -3 SD z-Score unter dem entsprechenden Wert für Alter und Geschlecht bzw. $< P 0.5$ WHO Perzentilen Kurven bei reduziertem Allgemeinzustand

oder
ungewollter Gewichtsverlust $\geq 10\%$ bei reduziertem Allgemeinzustand

oder
in der vergangenen Woche ungewollt reduzierte Nahrungsaufnahme (0 – 25% des Bedarfs)

- **E44.0 Mässige Energie- und Eiweissmangelernährung**

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

- **1. Bedingung:** PYMS-Gesamtscore (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) von mindestens 3 und **2. Bedingung:** zusätzlich eines der folgenden 3 Kriterien:
 - a) Bis 120 cm: Gewicht für Länge ≥ -2 bis $-2,9$ SD (standard deviation) z-Score bzw. $< P 3$ WHO Perzentilen Kurven bei reduziertem Allgemeinzustand
 - b) Ab 120 – 175 cm Knaben und 120 – 163 cm Mädchen: Längen-Sollgewicht (Wellcome Klassifikation) 70 – 79% bei reduziertem Allgemeinzustand
 - c) Ab 175 cm Knaben bzw. 163 cm Mädchen: BMI -2 bis $-2,9$ SD z-Score unter dem entsprechenden Wert für Alter und Geschlecht (BMI Perzentilen) bei reduziertem Allgemeinzustand

oder
ungewollter Gewichtsverlust $\geq 7,5\%$ bei reduziertem Allgemeinzustand

oder
in der vergangenen Woche ungewollt reduzierte Nahrungsaufnahme (26 – 50% des Bedarfs)

- **E44.1 Leichte Energie-und Eiweissmangelernährung**

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

- **1 Bedingung:** PYMS-Gesamcore (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) von mindestens 2 und
- **2. Bedingung:** zusätzlich eines der folgenden 3 Kriterien:
 - a) Bis 120 cm: Gewicht für Länge -1 bis $-1,9$ SD (standard deviation) z-Score bzw. $< P 16$ WHO Perzentilen Kurven bei reduziertem Allgemeinzustand
 - b) Ab 120 – 175 cm Knaben und 120 – 163 cm Mädchen: Längen-Sollgewicht (Wellcome Klassifikation) 80 – 89% bei reduziertem Allgemeinzustand
 - c) Ab 175 cm Knaben bzw. 163 cm Mädchen: BMI -1 bis $-1,9$ SD z-Score des entsprechenden Wertes für Alter und Geschlecht bei reduziertem Allgemeinzustand

oder
ungewollter Gewichtsverlust $\geq 5\%$ bei reduziertem Allgemeinzustand

oder
in der vergangenen Woche ungewollt reduzierte Nahrungsaufnahme (51 – 75% des Bedarfs)

Alphabetisches Verzeichnis

A			
Abkürzungen	10	AV-Shunt	
Abnorme		– Anlage	143
– Befunde	37	– Entfernen	143
– Kindslagen und -einstellungen	150	B	
Abort	145	Bakteriämie	85
– Komplikationen nach Abort	145	Bariatrische Chirurgie	
Abort/Fehlgeburt		– Hautoperationen	140
– Definitionen	144	Behandlungsbeginn (Uhrzeit)	71
Abstossung eines Kornea-Transplantates	123	Behandlungsdatum	71
Abstossungsreaktion einer Transplantation	82	Behandlungsfall	
ACS (Acute Coronary Syndrom)	126	– Definitionen	30
Adhäsionen	84	Bewusstlosigkeit	
Aggregatwechsel	131	– im Zusammenhang mit einer Verletzung	171
AIDS	94	– ohne Zusammenhang mit Verletzung	121
Allgemeine Kodierrichtlinien		Bilaterale	
– für Krankheiten/Diagnosen D00-D16	37	– Diagnosen	39
– für Prozeduren P00-P11	71	– Operationen	79
Angina pectoris	126	– Prozeduren	79
Anhang	195	Blutung	
– CDC-Klassifikation	198	– Gastrointestinale	139
– Entgleister Diabetes mellitus	195	– Postpartale	155
– HIV / AIDS Kategorien	198	Brustimplantat	
– Stadien der Mangelernährung bei Erwachsenen	200	– Entfernung	140
– Stadien der Mangelernährung bei Kindern	201	C	
Anonymisierung	13	Chemotherapie	107
Anpassung		CHOP	
– Hörgerät (implantiert)	124	– Abkürzungen	27
Appendizitis	138	– Allgemeines	23
Arthroskopie	74	– alphabetisches Verzeichnis	23
Asphyxie unter der Geburt	162	– Klassifikationsstruktur	24
Aspirationssyndrom	161	– Restklassen	25
Atemnotsyndrom		– Struktur	23
– bei hyaliner Membranenkrankheit	160	– systematisches Verzeichnis	24
– bei massivem Aspirationssyndrom	161	– typografische Vereinbarungen	27
– bei Surfactantmangel	160	Chronische Krankheiten mit akutem Schub	51
– bei transitorischer Tachypnoe	161	CPAP	
– bei Wet lung	161	– bei Erwachsenen, Kindern, Jugendlichen	136
Atmungssystem	133	– bei Neugeborenen und Säuglingen	136
Auge und Augenanhangsgebilde	123	– Ersteinstellung	136
Ausrufezeichenkodes	42	– Kontrolle oder Optimierung	136
Äussere Ursachen	183	D	
AV-Fistel		Datensätze	14
– Anlage	143	Dauer der Schwangerschaft	152
– Verschluss	143		

Defibrillator	131	E	
– Aggregatwechsel	131	Eingriff	
– Komplikationen	131	– abgebrochen	76
Definitionen		– arthroskopisch	74
– Abort/Fehlgeburt	144	– endoskopisch	74
– Behandlungsfall	30	– komplex	75
– Exklusivum	21	– laparoskopisch	74
– Frühgeburt	144	– panendoskopisch	74
– Geburtshilfe	144	– unvollständig durchgeführt	76
– Hauptbehandlung	36	Endoskopie	74
– Hauptdiagnose	31	– Wechsel auf offen	76
– Lebendgeburt	144	Entfernen	
– Nachgeburtsperiode	144	– AV-Shunt	143
– Nebenbehandlungen	36	– Brustimplantat	140
– Nebendiagnosen	34	Erkrankungen	
– neonatale Periode	156	– der Herzklappen	130
– perinatale Periode	156	– der Leber in der Schwangerschaft	148
– Postplazentarperiode	144	– mehrerer Herzklappen	130
– Schwangerschaftsdauer	144	– nach medizinischen Massnahmen	53
– Termingeburt	144	Extrauterin gravidität	
– Totgeburt	144	– Komplikationen nach	145
– Übertragung	144	F	
– Wochenbett	144	Fallzusammenführung	
– Zusatz zur Hauptdiagnose	33	– auf Grund einer Komplikation	69
Dehydratation		– zur Fallabrechnung SwissDRG	30
– bei Gastroenteritis	139	Fehlen von	44
Diabetes mellitus		Fieberkrämpfe	163
– als Hauptdiagnose	109	Folgen von	45
– als Nebendiagnose	111	Folgezustände	45
– in der Schwangerschaft	148	Forcierungen	15
– Kategorien	108	Fraktur	
– mit Augenerkrankungen	112	– an gleicher/unterschiedlicher Lokalisation	167
– mit diabetischem Fussyndrom	114	– mit Weichteilschaden	166
– mit Komplikationen	109	– offen, mit abdomineller Verletzung	169
– mit Neuropathie	113	– offen, mit intrakranieller Verletzung	169
– mit Nierenkomplikationen	112	– offen, mit thorakaler Verletzung	169
– mit peripherer Angiopathie	113	– Wirbelfrakturen	176
– Typen	108	Frühgeburt	154
Diagnosen		– Definition	144
– bilaterale	39	Frustrane Kontraktionen	154
– Differenzialdiagnosen	29	G	
– Dokumentation	29	Gastritis	
– multiple Lokalisationen	39	– mit Magenulkus	138
– unilaterale	39	Gastrointestinale Blutung	139
– Verdachtsdiagnosen	49	Geburt	
Dialyse		– abnorme Kindslagen und -einstellungen	150
– AV-Fistel	143	– Definitionen	144
– AV-Shunt	143	– Einling durch Schnittentbindung	152
– Entfernung Peritonealkatheter	143	– Einling durch Vakuumextraktion	152
– Peritonealkatheter	143	– Einling durch Zangen	152
Dokumentation		– Einling, spontane vaginale Entbindung	151
– der Diagnosen	29	– Entbindung vor der Aufnahme	153
– der Prozeduren	29	– Frühgeburt	154
Drohende Krankheit	48	– frustrane Kontraktionen	154
Dysphagie	163	– Komplikationen	150

– Mehrlingsgeburt	153	I	
– Resultat der Entbindung	152	ICD-10-GM	
– spezielle Kodierregeln	151	– Abkürzungen	20
– Uterusnarbe	150	– alphabetisches Verzeichnis	19
– verminderte Kindsbewegungen	150	– Einführung	16
– vorzeitige Wehen	154	– Geschichte	16
– Zuordnung der Hauptdiagnose	151	– Struktur	16
Geburtshilfe	144	– systematisches Verzeichnis	17
Geplante Folgeeingriffe	46	– typografische Vereinbarungen	20
Gerinnungsstörungen in der Schwangerschaft	150	Infektionen Urogenitaltrakt	
Geschichte	11	– in der Schwangerschaft	148
Gewebeentnahme		Inkontinenz	163
– Tabelle	83	Insuffizienz	
– zur Transplantation	81	– respiratorische	137
Gewebespende		Insulinüberdosierung	180
– postmortal	82	Intoxikation	
– Tabelle	83	– akute akzidentelle	118
		– akute nicht akzidentelle	118
		– Rausch	118
		Intubation ohne maschinelle Beatmung	136
H		Ischämische Herzkrankheit	
Hämodialyse	141	– akuter Myokardinfarkt	126
Hämorrhagien und Uterusatonie	155	– alter Myokardinfarkt	127
Handhabung		– Angina pectoris	126
– Hörgerät (implantiert)	124	– chirurgisch behandelt (Stent/Bypass)	127
Hauptbehandlung		– Koronarsyndrom	126
– Definition	36	– Reinfarkt	126
Hauptdiagnose		– rezidivierender Myokardinfarkt	126
– Definition	31		
Haut und Unterhaut	140	K	
Herzklappenerkrankungen	130	Klassifikationen	
Herzkrankheit		– CHOP	23
– hypertensive	125	– ICD-10-GM	16
– ischämische	127	Knochenkontusion	167
Herzschriltmacher	131	Kodes	
– Aggregatwechsel	131	– Ausrufezeichen	42
– Komplikationen	131	– für äussere Ursachen	183
– permanent	131	– Kreuz †-Stern*	40
Herzstillstand	132	– Z-Kodes	184
Herztransplantation		Kodierung	
– Nachuntersuchung	131	– Weg zur korrekten Kodierung	28
HIV		Komplexe Operationen	75
– akutes Infektionssyndrom	94	Komplikationen	
– asymptomatisch	94	– abnorme Kindslagen und -einstellungen	150
– HIV-Krankheiten	95	– der Schwangerschaft	150
– Kategorien	95, 198	– einer offenen Wunde	170
– Laborhinweis	94	– Erkrankungen nach medizinischen Massnahmen	53
– Reihenfolge und Auswahl der Kodes	96	– Uterusnarbe	150
– Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	95	– verminderte Kindsbewegungen	150
Hörgerät		Kontusion	
– Anpassung/Handhabung	124	– Knochen	167
Hörverlust	124	Koronarsyndrom	126
Hyaline Membranenkrankheit	160	Krankheit	
Hypertonie		– chronisch mit akutem Schub	51
– und hypertensive Herzkrankheit	125	– der Haut und der Unterhaut	140
– und hypertensive Herz- und Nierenkrankheit	125	– des Atmungssystems	133
– und hypertensive Nierenkrankheit	125	– des Auges und der Augenanhangsgebilde	123
Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)	161		

– parenterale Therapie	160	Perinatalperiode	
– perinatale und neonatale Periode	156	– Definition	156
– Postexpositionsprophylaxe	158	– Zustände mit Ursprung Perinatalperiode	158
– respiratorisches Versagen	162	Peritonealkatheter	
– Surfactantmangel	160	– Anlage	143
– Totgeborene	160	– Entfernung	143
– transitorische Tachypnoe	161	Plastische Chirurgie	140
– Wahl der Hauptdiagnose	156	Postexpositionsprophylaxe Neugeborene	158
– Wet lung	161	Postplazentarperiode	
– Zustände mit Ursprung Perinatalperiode	158	– Definition	144
Neurostimulator		Prophylaktische Operationen	
– Entfernung	122, 165	– wegen Risikofaktoren	107
– Implantation	122, 165	Protrahierte Geburt	155
Niereninsuffizienz		Prozeduren	
– Akute	142	– abgebrochen	76
– Chronische	142	– Behandlungsbeginn (Uhrzeit)	71
– nach medizinischen Massnahmen	142	– Behandlungsdatum	71
Nierenkrankheit		– bilaterale	79
– hypertensive	125	– die kodiert werden müssen	72
		– die nicht kodiert werden	73
		– Dokumentation	29
O		– Lateralität	71
Ohr und Warzenfortsatz	124	– mehrfach durchgeführte	77
Operation		– nicht durchgeführt	61
– abgebrochen	76	– postmortale	73
– arthroskopisch	74	– routinemässig	73
– bilateral	79	– Seitigkeit	71
– endoskopisch	74	– signifikante	72
– komplexe	75	– unvollständig durchgeführte	76
– laparoskopisch	74	Psychische und Verhaltensstörungen	
– nach Gewichtsabnahme	140	– akute akzidentelle Intoxikation	118
– nicht durchgeführt	61	– akute nicht akzidentelle Intoxikation	118
– panendoskopisch	74	– durch Drogen, Medikamente, Alkohol und Nikotin	118
– prophylaktisch, wegen Risikofaktoren	107	– durch psychotrope Substanzen	118
– unvollständig durchgeführte	76	– Rausch	118
Organentnahme		– schädlicher Gebrauch (Alkohol, Drogen)	118
– Tabelle	83		
– zur Transplantation	81		
Organkomplikationen		R	
Organspende		Radiotherapie	107
– postmortale	82	Rehabilitation	63, 185
– Tabelle	83	Rehospitalisation	
		– für Komplikationen innerhalb 18 Tagen	69
P		Rekonstruktionsoperation	
Palliativbehandlung	32	– bei weiblicher Genitalmutilation	142
– bei Tumorpatienten	107	Rekonvaleszenz	63
Panendoskopie	74	Relaparotomie	80
Pankreas		Remission	
– Störungen der inneren Sekretion	115	– bei Leukämie	105
Paraplegie, nicht traumatisch		Reoperation	80
– initiale (akute) Phase	120	– an Herz und Perikard	80
– späte (chronische) Phase	120	Respiratorisches Versagen	
Paraplegie, traumatisch		– beim Neugeborenen	162
– akute Phase – unmittelbar posttraumatisch	173	Resultat der Entbindung	152
– akute Phase – Verlegung des Patienten	174	Rethorakotomie	80
– chronische Phase	175	Revision	
Parenterale Therapie	160	– an Herz und Perikard	80
Patientenklassifikationssystem SwissDRG	15	– einer Narbe	140

– eines Operationsgebietes	80	Spende	
Rückenmarkverletzung	173	– nach Gehirntod	82
		– postmortale	82
S		Spezielle Kodierrichtlinien S0100 – S2100	85
Schlaganfall		Status nach	44
– akut	119	Störungen	
– alt	119	– der inneren Sekretion des Pankreas	115
– Funktionsstörungen	119	– nach medizinischen Massnahmen	53
Schmerzbehandlungsverfahren	164	Surfactantmangel	160
Schmerzdiagnosen		SwissDRG Patientenklassifikationssystem	15
– akuter Schmerz	164	Symptome	38
– chronischer Schmerz	164	– abnorme klinische, Laborbefunde	163
– therapieresistenter Schmerz	164	– als Hauptdiagnose	38
Schnitttenbindung		– als Nebendiagnosen	38
– primäre und sekundäre	152	– Dysphagie	163
Schrittmacher		– Fieberkrämpfe	163
– Aggregatwechsel	131	– Inkontinenz	163
– Komplikationen	131	Syndrom	
– permanent	131	– als Nebendiagnose	60
Schwangerschaft		– angeboren	60
– abnorme Kindslagen und -einstellungen	150	– diabetischer Fuss	114
– Abort	145	Syndrome	60
– Dauer	152		
– Definitionen	144	T	
– Diabetes mellitus	148	Tabelle Transplantation	83
– Erkrankungen der Leber	148	Taubheit	124
– Extrauterin gravidität	145	Termingeburt	
– Gerinnungsstörungen	150	– Definition	144
– Infektion Urogenitaltrakt	148	Tetraplegie, nicht traumatisch	
– Komplikationen	150	– initiale (akute) Phase	120
– Krankheiten	148	– späte (chronische) Phase	120
– Lebendgeburt	147	Tetraplegie, traumatisch	
– Mehrlingsgeburt	153	– akute Phase – unmittelbar posttraumatisch	173
– Molenschwangerschaft	145	– akute Phase – Verlegung des Patienten	174
– Totgeburt	147	– chronische Phase	175
– Übertragung	154	Thrombose	
– Uterusnarbe	150	– von koronarem Stent resp. Bypass	128
– verlängerte Dauer	154	Totgeburt	
– verminderte Kindsbewegungen	150	– Definition	144
– vorzeitige Beendigung	145, 147	– Kodierung	160
Schwangerschaftsdauer		Transitorische Tachypnoe	161
– Definition	144	Transplantation	
Schwerhörigkeit	124	– Abstossungsreaktion	82
Sectio		– Empfänger	81
– primäre oder sekundäre	150	– Evaluation	82
Seitigkeit		– Herz, Nachuntersuchung	131
– bei Diagnosen	39	– Nachkontrolle	82
– bei Prozeduren	71	– postmortale Spende	82
Sepsis		– Tabelle	83
– bei Erwachsenen	86	– Versagen	82
– bei Kindern	88	Tumor	
– in Zusammenhang mit Kapitel XV (O)	86	– Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen	100
– Reihenfolge der Codes	89	– Behandlung des primären Tumors	100
– Septischer Schock	88	– Behandlung Primärtumor und Metastasen	101
Serosaverletzung	84	– Behandlung von Metastasen	100
SIRS	93	– Chemo- und Radiotherapie	107
		– des hämatopoetischen/lymphatischen Systems	99

– Diagnostik des primären Tumors	100	Verminderte Kindsbewegungen	150
– Lymphangiosis carcinomatosa	106	Versagen	
– Lymphom	106	– eines Kornea-Transplantates	123
– mit endokriner Aktivität	103	– nach Transplantation	82
– Palliativbehandlung	101, 107	Verschluss	
– Remission bei Leukämie	105	– AV-Fistel	143
– Suche im alphabetischen Verzeichnis	98	– von koronarem Stent resp. Bypass	128
– Symptombehandlung	101	Vorhandensein von	44
– überlappende Lokalisation	104	Vorzeitige Wehen	154
U		W	
Übertragung (Schwangerschaft)	154	Wahl der Hauptdiagnose	31
– Definition	144	– bei Komplikationen innerhalb von 18 Tagen	69
Unilaterale		Wartepatienten	30
– Diagnosen	39	Wechsel	
– Prozeduren	71	– auf offen	76
Urogenitalsystem	141	Weichteilschaden	166
Uterusnarbe	150	Weiterbehandlung	
		– Rehabilitation	63
		– Rekonvaleszenz	63
V		Wet lung	161
Verätzungen	178	Wirbelfrakturen	176
– Körperoberfläche	178	Wirbelluxationen	176
Verbrennungen	178	Wochenbett	
– Körperoberfläche	178	– Definition	144
Verdacht		Wunde	
– auf Tumor oder Metastasen	102	– offen	168
Verdachtsdiagnose		– offen mit Komplikationen	170
– ausgeschlossene	49	Z	
– bei Verlegung in ein anderes Spital	50	Z-Kodes	184
– wahrscheinlich	49	Zusatz zur Hauptdiagnose	33
Verdauungssystem	138	Zustand nach	44
Vergiftung		Zystische Fibrose	115
– durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	179		
– durch Arzneimittel in Kombination mit Alkohol	182		
– durch verordnete Medikamente zusammen mit nicht verordneten Medikamenten	182		
– Insulinüberdosierung	180		
Verlängerte Schwangerschaftsdauer	154		
Verlegung			
– gesundes Neugeborenes	68		
– mit Rückverlegung ins Primärspital	67		
– Mutter mit gesundem Neugeborenen	68		
– zur Behandlung	65		
– zur Behandlung ins Zentrumspital	67		
– zur Rehabilitation	63		
– zur Rekonvaleszenz	63		
– zur Weiterbehandlung	63		
Verletzungen			
– abdominelle	168		
– mehrfache	177		
– oberflächliche	166		
– offene	168		
– offene intrakranielle	168		
– offene mit Gefäß-, Nerven- und Sehnenbeteiligung	168		
– Rückenmark	173		
– thorakale	168		

Publikationsprogramm BFS

Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat als zentrale Statistikstelle des Bundes die Aufgabe, statistische Informationen zur Schweiz breiten Benutzerkreisen zur Verfügung zu stellen. Die Verbreitung geschieht gegliedert nach Themenbereichen und mit verschiedenen Informationsmitteln über mehrere Kanäle.

Die statistischen Themenbereiche

- 00 Statistische Grundlagen und Übersichten
- 01 Bevölkerung
- 02 Raum und Umwelt
- 03 Arbeit und Erwerb
- 04 Volkswirtschaft
- 05 Preise
- 06 Industrie und Dienstleistungen
- 07 Land- und Forstwirtschaft
- 08 Energie
- 09 Bau- und Wohnungswesen
- 10 Tourismus
- 11 Mobilität und Verkehr
- 12 Geld, Banken, Versicherungen
- 13 Soziale Sicherheit
- 14 Gesundheit
- 15 Bildung und Wissenschaft
- 16 Kultur, Medien, Informationsgesellschaft, Sport
- 17 Politik
- 18 Öffentliche Verwaltung und Finanzen
- 19 Kriminalität und Strafrecht
- 20 Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung
- 21 Nachhaltige Entwicklung, regionale und internationale Disparitäten

Die zentralen Übersichtspublikationen

Statistisches Jahrbuch der Schweiz



Das vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebene Statistische Jahrbuch ist seit 1891 das Standardwerk der Schweizer Statistik. Es fasst die wichtigsten statistischen Ergebnisse zu Bevölkerung, Gesellschaft, Staat, Wirtschaft und Umwelt des Landes zusammen.

Taschenstatistik der Schweiz



Die Taschenstatistik ist eine attraktive, kurzweilige Zusammenfassung der wichtigsten Zahlen eines Jahres. Die Publikation mit 52 Seiten im praktischen A6/5-Format ist gratis und in fünf Sprachen (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rätoromanisch und Englisch) erhältlich.

Das BFS im Internet – www.statistik.ch

Das Portal «Statistik Schweiz» bietet Ihnen einen modernen, attraktiven und stets aktuellen Zugang zu allen statistischen Informationen. Gerne weisen wir Sie auf folgende, besonders häufig genutzte Angebote hin.

Publikationsdatenbank – Publikationen zur vertieften Information

Fast alle vom BFS publizierten Dokumente werden auf dem Portal gratis in elektronischer Form zur Verfügung gestellt. Gedruckte Publikationen können bestellt werden unter der Telefonnummer 058 463 60 60 oder per Mail an order@bfs.admin.ch.
www.statistik.ch → Statistiken finden → Kataloge und Datenbanken → Publikationen

NewsMail – Immer auf dem neusten Stand



Thematisch differenzierte E-Mail-Abonnemente mit Hinweisen und Informationen zu aktuellen Ergebnissen und Aktivitäten.
www.news-stat.admin.ch

STAT-TAB – Die interaktive Statistikdatenbank



Die interaktive Statistikdatenbank bietet einen einfachen und zugleich individuell anpassbaren Zugang zu den statistischen Ergebnissen mit Downloadmöglichkeit in verschiedenen Formaten.
www.stattab.bfs.admin.ch

Statatlas Schweiz – Regionaldatenbank und interaktive Karten



Mit über 4500 interaktiven thematischen Karten bietet Ihnen der Statistische Atlas der Schweiz einen modernen und permanent verfügbaren Überblick zu spannenden regionalen Fragestellungen aus allen Themenbereichen der Statistik.
www.statatlas-schweiz.admin.ch

Individuelle Auskünfte

Zentrale Statistik Information

058 463 60 11, info@bfs.admin.ch

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 Patientinnen und Patienten auch die Diagnosen und Behandlungen. Um diese Informationen zu erfassen, werden zwei medizinische Klassifikationen verwendet. Es handelt sich dabei um die ICD-10-GM für die Diagnosen und die Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) für die Behandlungen. Die Kodierung der Diagnosen und Behandlungen unterliegt präzisen Richtlinien. Der Bereich Medizinische Klassifikationen des Bundesamtes für Statistik (BFS) redigiert, überprüft und passt diese Regeln allenfalls an, pflegt die obengenannten Klassifikationen und unterstützt alle, die sich mit der Kodierung befassen.

Das Kodierungshandbuch beinhaltet alle Kodierrichtlinien, die bis zu seiner Genehmigung veröffentlicht wurden. Das Kodierungshandbuch ist die Grundlage für die Kodierung.

Online

www.statistik.ch

Print

www.statistik.ch
Bundesamt für Statistik
CH-2010 Neuchâtel
order@bfs.admin.ch
Tel. 058 463 60 60

BFS-Nummer

543-2000

ISBN

978-3-303-14314-8

**Statistik
zählt für Sie.**

www.statistik-zaehlt.ch