

2026



# Medizinisches Kodierungshandbuch

Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz

Version 2026



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Statistik BFS

# Themenbereich «Gesundheit»

## Aktuelle themenverwandte Publikationen

Fast alle vom BFS publizierten Dokumente werden auf dem Portal [www.statistik.ch](http://www.statistik.ch) gratis in elektronischer Form zur Verfügung gestellt. Gedruckte Publikationen können unter der Telefonnummer +41 58 463 60 60 oder per E-Mail an [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch) bestellt werden.

**Gesundheit – Taschenstatistik 2025**, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2025, BFS-Nummer: 1540-2500, 36 Seiten

**Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)**  
**Systematisches Verzeichnis – Version 2026**, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2025, 506 Seiten, BFS-Nummer 659-2600

**Medizinische Statistik der Krankenhäuser:Standardtabellen 2022**, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2023, BFS-Nummer: su-b-14.04.01.02-MKS-2022

**Mehrfachnutzung der Daten stationärer Spitalaufenthalte (Projekt SpiGes): Umsetzungsstand und weiteres Vorgehen**  
Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2022  
BFS-Nummer be-d-14.04.01-SpiGes-01, 9 Seiten

**Todesursachenstatistik 2022: Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Sterblichkeit und Todesursachen in der Schweiz**, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2023, BFS-Nummer: 1257-2200, 10 Seiten

**Schweizerische Gesundheitsbefragung 2022 Standardtabellen**, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2023,  
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb/ergebnisse-publikationen.html>

**Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992–2017, Verhütung in der Schweiz**, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2021, BFS-Nummer: 213-1720, 8 Seiten

**Schweizerischer Krebsbericht 2021 - Stand und Entwicklungen**, Bundesamt für Statistik, Nationale Krebsregistrierungsstelle (NKRS), Kinderkrebsregister (KiKR), Neuchâtel 2021, BFS-Nummer: 1177-2100, 148 Seiten

**Arztpraxen und medizinische Grundversorgung in der Schweiz, 2018-2021**, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2023, BFS-Nummer: 1803-2100, 8 Seiten

## Medizinisch unterstützte Fortpflanzung im Jahr 2019

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2021, BFS-Nummer: 2134-1900, 8 Seiten

## Hospitalisierungen mit Intensivpflege, 2014 bis 2021

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2023, BFS-Nummer: 2231-2100, 8 Seiten

## Themenbereich «Gesundheit» im Internet

[www.statistik.ch](http://www.statistik.ch) → Statistiken → 14 – Gesundheit  
oder [www.health-stat.admin.ch](http://www.health-stat.admin.ch)

# Medizinisches Kodierungshandbuch

Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz

*Version 2026*

Redaktion      Bereich Medizinische Klassifikationen  
Herausgeber      Bundesamt für Statistik (BFS)

Neuchâtel 2025

Herausgeber: Bundesamt für Statistik (BFS)  
Auskunft: Kodierungssekretariat BFS  
codeinfo@bfs.admin.ch  
Redaktion: Bereich Medizinische Klassifikationen  
Reihe: Statistik der Schweiz  
Themenbereich: 14 Gesundheit  
Originaltext: Deutsch  
Layout: Bereich Medizinische Klassifikationen;  
Publishing und Diffusion PUB, BFS  
Online: [www.statistik.ch](http://www.statistik.ch)  
Print: [www.statistik.ch](http://www.statistik.ch)  
Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,  
order@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 60  
Druck in der Schweiz  
Copyright: BFS, Neuchâtel 2025  
Wiedergabe unter Angabe der Quelle  
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet  
BFS-Nummer: 543-2600  
ISBN:: 978-3-303-14388-9

# Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagung</b>	7	<b>Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten/Diagnosen</b>		
		<b>D00–D16</b>	31	
<b>Einleitung Version 2026</b>	9	<b>D00m</b>	<b>Abnorme Befunde</b>	31
<b>Abkürzungen des Kodierungshandbuchs</b>	10	<b>D01g</b>	<b>Symptome</b>	32
<b>Grundlagen G00 – G55</b>	11	<b>D02m</b>	<b>Unilaterale und bilaterale Diagnosen</b> <b>Diagnosen multipler Lokalisationen</b>	33
<b>G00</b> Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes) und medizinische Kodierung	11	<b>D03m</b>	<b>Kreuz †-Stern*-Kodes</b>	34
G01n      Geschichte	11	<b>D04c</b>	<b>Kodes mit Ausrufezeichen («!»)</b>	36
G02m      Organisation	12	<b>D05o</b>	<b>Status nach/Vorhandensein von/Fehlen von</b>	37
G03m      Gesetzliche Grundlagen	12	<b>D06c</b>	<b>Folgezustände</b>	39
G04m      Ziele der Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes)	13	<b>D07n</b>	<b>Geplante Folgeeingriffe</b>	40
G05m      Anonymisierung der Daten	13	<b>D08a</b>	<b>Sich anbahnende oder drohende Krankheit</b>	42
G06m      Der medizinische Datensatz, Definitionen und Variablen	14	<b>D09l</b>	<b>Verdachtsdiagnosen</b>	43
<b>G10n</b> Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes), die Patientenklassifikationssysteme SwissDRG, TARPSY und ST Reha	15	<b>D10g</b>	<b>Chronische Krankheiten mit akutem Schub</b>	44
<b>G20</b> Die Klassifikationen (ICD-10-GM und CHOP)	16	<b>D11n</b>	<b>Kombinationskodes</b>	45
G21n      ICD-10-GM	16	<b>D12n</b>	<b>Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen)</b>	46
G22o      Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)	22	<b>D13a</b>	<b>Syndrome</b>	54
<b>G30a</b> Der Weg zur korrekten Kodierung	23	<b>D14g</b>	<b>Aufnahme zur Operation/Prozedur nicht durchgeführt</b>	55
<b>G40o</b> Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren	24	<b>D15o</b>	<b>Verlegungen</b>	56
<b>G50</b> <b>Definitionen</b>	25	<b>D16i</b>	<b>Wahl der Hauptdiagnose bei Rehospitalisationen innerhalb von 18 Tagen wegen Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen</b>	60
G51o      Der Behandlungsfall	25			
G52h      Die Hauptdiagnose	26			
G53m      Der Zusatz zur Hauptdiagnose	28			
G54n      Die Nebendiagnosen	28			
G55m      Die Behandlung	30			

<b>Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren P00 – P11</b>		61	SD0213a	Lymphangiosis carcinomatosa	116
P00n	<b>Erfassung der Prozedur im medizinischen Datensatz</b>	61	SD0214n	Lymphom	116
P01m	<b>Prozeduren, die kodiert werden müssen</b>	62	SD0215a	Chemo- und Radiotherapie	117
P02o	<b>Prozeduren, die nicht kodiert werden</b>	63	SD0216n	Prophylaktische Operationen wegen Risikofaktoren	117
P03c	<b>Endoskopie und endoskopische Eingriffe</b>	64	SD0217o	Palliativbehandlung	118
P04n	<b>Kombinationseingriffe/Komplexe Operationen</b>	65	<b>SD0400</b>	<b>Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</b>	119
P05a	<b>Unvollständig durchgeführte Eingriffe</b>	66	SD0401n	Allgemeines	119
P06o	<b>Mehrfach durchgeführte Prozeduren</b>	67	SD0402n	Regeln zur Kodierung des Diabetes mellitus	120
P07o	<b>Bilaterale Operationen</b>	72	SD0403n	Spezifische Komplikationen des Diabetes mellitus	123
P08o	<b>Revisionen eines Operationsgebietes/Reoperationen</b>	73	SD0404a	Metabolisches Syndrom	126
P09o	<b>Organentnahme und Transplantation</b>	75	SD0405n	Störungen der inneren Sekretion des Pankreas	126
P10n	<b>Adhäsiolysen</b>	78	SD0406a	Zystische Fibrose	126
P11h	<b>Serosaverletzung mit Übernähung</b>	81	SD0407n	Mangelernährung bei Erwachsenen	127
<b>Spezielle Kodierrichtlinien für Diagnosen SD0100 – SD2200</b>		83	SD0408n	Mangelernährung bei Kindern	129
SD0100	<b>Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten</b>	83	<b>SD0500</b>	<b>Psychische und Verhaltensstörungen</b>	131
SD0101a	Bakteriämie	83	SD0501o	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen, Medikamente, Nikotin)	131
SD0102o	Sepsis	84			
SD0103l	SIRS	92			
SD0104n	HIV/AIDS	93			
SD0105a	Echter Krupp – Pseudokrupp – Kruppsyndrom	96			
SD0106n	COVID-19	98			
SD0200n	<b>Neubildungen</b>	100	<b>SD0600</b>	<b>Krankheiten des Nervensystems</b>	134
SD0202m	Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen	101	SD0601o	Akuter «Schlaganfall etc.», Subarachnoidalblutung und sonstige intrakranielle Blutungen traumatischer und nichttraumatischer Genese	134
SD0203n	Nachresektion im Tumorgebiet	109	SD0602n	Folgen eines/Status nach: «Schlaganfall etc.», einer nichttraumatischen Subarachnoidalblutung oder sonstigen nichttraumatischen	
SD0204k	Tumornachweis nur in der Biopsie	109		intrakraniellen Blutung	136
SD0205n	(Akute, chronische) Erkrankungen, Störungen nach und/oder Folgen von medizinischen Massnahmen im Kontext von Behandlungen maligner Neubildungen (solide, hämatologisch)	110	SD0603o	Paraplegie und Tetraplegie, nicht traumatisch	137
SD0206a	Verdacht auf Tumor oder Metastasen	113	SD0604m	Bewusstseinsstörungen	138
SD0207a	Nachuntersuchung	113	SD0605e	Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators/(Test) Elektroden	140
SD0208n	Rezidive	113	SD0606e	Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators /(Test) Elektroden	140
SD0209a	Tumore mit endokriner Aktivität	113	SD0607o	Kodierung der Parkinsonstadien (G 20.-)	140
SD0210n	Multiple Lokalisationen	114			
SD0211a	Überlappende Lokalisation	115	<b>SD0800</b>	<b>Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes</b>	141
SD0212a	Remission bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie	116	SD0801a	Schwerhörigkeit und Taubheit	141
			SD0802d	Anpassung/Handhabung eines implantierten Hörgerätes	141
			<b>SD0900</b>	<b>Krankheiten des Kreislaufsystems</b>	142
			SD0901a	Hypertonie und Krankheiten bei Hypertonie	142
			SD0902e	Ischämische Herzkrankheit	143
			SD0903n	Thrombose resp. Verschluss von koronarem Stent resp. Bypass	145
			SD0904d	Erkrankungen der Herzkappen	147
			SD0905a	Schrittmacher/Defibrillator	148
			SD0906a	Nachuntersuchung nach Herztransplantation	148
			SD0907a	Akutes Lungenödem	148
			SD0908k	Herzstillstand	149

SD0910o	Erfassung der Behandlungsdauer mit einem Herzunterstützungssystem oder einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System	150	SD1609j SD1610h SD1611o	Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) Asphyxie unter der Geburt Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen	185 186 187
<b>SD1000</b>	<b>Krankheiten des Atmungssystems</b>	151	<b>SD1800</b>	<b>Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind</b>	188
SD1001n	Maschinelle Beatmung	151		SD1801a	Inkontinenz
SD1002o	Respiratorische Insuffizienz	154		SD1802m	Dysphagie
<b>SD1100</b>	<b>Krankheiten des Verdauungssystems</b>	155		SD1803a	Fieberkrämpfe
SD1101j	Appendizitis als klinische Diagnose	155		SD1804o	Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren
SD1103a	Magenulkus mit Gastritis	155		SD1805e	Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators/
SD1104i	Gastrointestinale Blutung	155			(Test) Elektroden bei Schmerzbehandlung
SD1105a	Dehydratation bei Gastroenteritis	156			Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators/(Test) Elektroden
<b>SD1200</b>	<b>Krankheiten der Haut und der Unterhaut</b>	157			bei Schmerzbehandlung
SD1201g	Plastische Chirurgie	157	SD1806e		195
SD1202j	Spannungsblasen	157			
<b>SD1400</b>	<b>Krankheiten des Urogenitalsystems</b>	158	SD1807l	Schock	195
SD1401o	Dialyse	158			
SD1402m	Anogenitale Warzen/anogenitaler Herpes	158	<b>SD1900</b>	<b>Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen</b>	196
SD1404o	Niereninsuffizienz	159		SD1901a	Oberflächliche Verletzungen
SD1405l	Aufnahme zur Anlage eines Peritonealkatheters zur Dialyse	159		SD1902n	Fraktur und Luxation
SD1406d	Aufnahme zur Entfernung eines Peritonealkatheters zur Dialyse	159		SD1903c	Offene Wunden/Verletzungen
SD1407l	Aufnahme zur Anlage einer AV-Fistel oder eines AV-Shunts zur Dialyse	159		SD1905c	Verletzung des Rückenmarks
SD1408a	Aufnahme zum Verschluss einer AV-Fistel oder zum Entfernen eines AV-Shunts	160			(mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)
			SD1906n	Mehrfachverletzungen	199
			SD1907j	Verbrennungen und Verätzungen	201
			SD1908n	Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	201
<b>SD1500</b>	<b>Geburtshilfe</b>	161	SD1909o	Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäss Verordnung)	202
SD1501n	Definitionen	161			
SD1502n	Vorzeitige Beendigung einer Schwangerschaft	162	SD1910b	Unerwünschte Nebenwirkungen/Vergiftung von zwei oder mehr in Verbindung eingenommenen Substanzen (bei Einnahme entgegen einer Verordnung)	203
SD1503n	Krankheiten in der Schwangerschaft	163			
SD1504e	Komplikationen der Schwangerschaft, Mutter oder Kind betreffend	165			
SD1505o	Spezielle Kodierregeln für die Geburt	166			
SD1506o	Krankheiten im Wochenbett (Puerperium)	180	<b>SD2000</b>	<b>Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität</b>	205
<b>SD1600</b>	<b>Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben</b>	182	<b>SD2100</b>	<b>Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen</b>	206
SD1601n	Medizinischer Datensatz	182			
SD1602a	Definitionen	182			
SD1603i	Neugeborene	182			
SD1604g	Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	183	<b>SD2200o</b>	<b>Schlüsselnummern für besondere Zwecke</b>	207
SD1605a	Totgeborene	184			
SD1606j	Besondere Massnahmen für das (kranke) Neugeborene	184			
SD1607c	Atemnotsyndrom bei hyaliner Membranenkrankheit/Surfactantmangel	185			
SD1608c	Atemnotsyndrom bei massivem Aspirationssyndrom, Wet lung oder transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen	185			

**Spezielle Kodierrichtlinien für Prozeduren  
und Behandlungen SP0100 – SP0400**

**SP0200 Frührehabilitation, paraplegiologische  
Rehabilitation, Akutrehabilitation** 211

SP0201n	Frührehabilitation	212
SP0202o	Paraplegiologische Rehabilitation	214
SP0203o	Akutrehabilitation	218

**SP0300 Kodierrichtlinien zu CHOP Kapitel 9  
«Operationen am Verdauungstrakt»** 219

SP0301k	Hiatushernie – Fundoplicatio: Zusätzliche Erfassung CHOP-Kode 44.92 Intraoperative Manipulation am Magen	219
---------	--	-----

**SP0400 Kodierrichtlinien zu CHOP Kapitel 11  
«Operationen an den männlichen  
Geschlechtsorganen»** 220

SP0401m	Geschlechtsangleichung	220
---------	------------------------	-----

**Kodierrichtlinien Rehabilitation** 221

Allgemeine Informationen	221
Diagnosen - ICD-10-GM	222
Prozeduren	223
Beispiele und Erläuterungen	224
Beispiele	226

**Alphabetisches Verzeichnis** 233

**Index der veröffentlichten Versionen nach Jahreszahl:**

a	2012	h	2019	o	2026
b	2013	i	2020		
c	2014	j	2021		
d	2015	k	2022		
e	2016	l	2023		
f	2017	m	2024		
g	2018	n	2025		

# Danksagung

Dieses Handbuch ist das Ergebnis intensiver und sorgfältiger Arbeit von Expertinnen und Experten und der engen Zusammenarbeit zwischen Personen, die auf dem Gebiet der medizinischen Kodierung in der Schweiz aktiv sind. Ihnen allen dankt das Bundesamt für Statistik 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 Schweizerischen technischen Expertengruppe für medizinische Klassifikationen für die Unterstützung der Weiterentwicklung des Kodierungshandbuchs.

**Massgeblich unterstützt wurden die Aktualisierungen der Kodierrichtlinien, die Prüfung der Kompatibilität zum SwissDRG-Fallpauschalensystem und die Redaktion der Version 2026 durch die Expertinnen und Experten der Arbeitsgruppe Medizinisches Kodierungshandbuch und durch den Bereich Medizinische Klassifikationen des BFS.**



# Einleitung Version 2026

Das vorliegende Handbuch richtet sich an alle Personen, die sich im Rahmen der Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes) und der auf Pauschalen basierenden Tarifsysteme SwissDRG, TARPSY und ST Reha mit der Kodierung der Diagnosen und Behandlungen der stationären Behandlungsfälle in allen akutsomatischen Betriebe sowie psychiatrischen Spitäler, Rehabilitationskliniken und die diversen Spezialkliniken befassen.

Die an der Erhebung beteiligten Leistungserbringer (d.h. die Spitäler) sind folglich gesetzlich verpflichtet, die nach den Richtlinien des BFS gültigen vorgegebenen Klassifikationen, das Kodierungshandbuch, Rundschreiben und offiziellen Kommunikationen zu verwenden. Andere Kodierungshandbücher (z.B. DKR - Deutsche Kodierrichtlinien oder auch spitalintern erstellte Kodierungshandbücher) haben in der Schweiz keine Gültigkeit.

Die Daten der Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes) (ehemals Medizinische Statistik der Krankenhäuser) werden in der gesamten Schweiz einheitlich erfasst und seit 1. Januar 2012 im Rahmen des Fallpauschalensystems SwissDRG, seit 1. Januar 2018 für die Tarifstruktur TARPSY für Erwachsene, seit 1. Januar 2019 im Rahmen der Tarifstruktur TARPSY für Kinder- und Jugendliche und seit 1. Januar 2020 für forensische Psychiatrie verwendet.

Seit 1. Januar 2022 werden die Daten im Rahmen von ST Reha (stationäre Tarifstruktur für die Rehabilitation) für Behandlungen im Kontext der Rehabilitation schweizweit einheitlich erfasst und verwendet.

Aufgrund der angegebenen Verwendungszwecke werden die Kodierrichtlinien laufend aktualisiert. Die in der vorliegenden Publikation enthaltenen Vorgaben basieren auf den epidemiologischen Bedürfnissen der Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes) sowie den Erfordernissen der pauschalenbasierten Tarifsysteme.

Gemäss Artikel 49 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) sind für die Vergütung stationärer Behandlungen leistungsbezogene Pauschalen anzuwenden, die auf einer gesamtschweizerischen einheitlichen Struktur beruhen. Die SwissDRG AG ist für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen SwissDRG, TARPSY und ST Reha zuständig.

Das Handbuch enthält neben den Kodierrichtlinien auch Informationen bezüglich der wichtigsten Variablen der Datenerhebung unter Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes), die im Datensatz verwendet werden, sowie einen kurzen Abriss über die Geschichte der Klassifikation ICD-10.

Auch wenn die Kodierung heute meistens unter Anwendung von Informatikprogrammen durchgeführt wird, ist es wesentlich, ebenfalls 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 für Diagnosen: Kapitel SD
- Spezielle Kodierrichtlinien für Prozeduren und Behandlungen: Kapitel SP

In den speziellen Kodierrichtlinien für Diagnosen (SD) und für Prozeduren und Behandlungen (SP) werden besondere Fallkonstellationen beschrieben, die entweder der konkreten Festlegung dienen, oder bei denen aufgrund Logiken der Tarifsysteme von den allgemeinen Kodierrichtlinien abgewichen werden muss.

Das Kapitel der speziellen Kodierrichtlinien für Diagnosen folgt in der Nummerierung der Einteilung der ICD-10-GM. Das Kapitel der speziellen Kodierrichtlinien für Prozeduren und Behandlungen wurde im Kodierungshandbuch 2022 neu eingeführt.

**Die speziellen Kodierrichtlinien haben Vorrang vor den allgemeinen Kodierrichtlinien. Die Abrechnungsregeln stehen sowohl über den allgemeinen, als auch über den speziellen Kodierrichtlinien. Die Kodierrichtlinien haben Vorrang falls zwischen den Hinweisen zur Benutzung der ICD-10-GM bzw. der CHOP und den Kodierrichtlinien Widersprüche bestehen.**

Alle Kodierrichtlinien haben eine alphanumerische Kennzeichnung (z.B. D01, SD0103), 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 2026 sind durch das Kennzeichen «» bezeichnet und der betroffene Paragraph ist 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 publizierten Kodierrichtlinien in diesem Handbuch sind verbindlich für alle kodierten Daten der Spitäler, die für die Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes) an das Bundesamt für Statistik und im Rahmen des Fallpauschalensystems SwissDRG, Tarifsysteme TARPSY und ST Reha abgegeben werden.**

Das medizinische Kodierungshandbuch 2026 ist seit dem 1. Januar 2026 gültig und ersetzt alle früheren Versionen.

Basis dieses Handbuchs sind die Klassifikationen ICD-10-GM 2024 und CHOP 2026 sowie die Aktualisierungen aus den Rundschreiben 2025 Nr. 1 und 2.

Für die Kodierung aller stationären Fälle mit Austrittsdatum ab 1. Januar 2026 sind die ICD-10-GM-Kodes der Version 2024 und die CHOP-Kodes der Version 2026 zu verwenden.

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

Die Publikation durch FAQ gibt es seit 2017 nicht mehr. Die bis dahin veröffentlichten FAQ wurden in PDF-Format auf unserer Internetseite aufgeschaltet. Im Laufe eines Kalenderjahres werden Informationen und Präzisierungen durch Rundschreiben und offizielle Kommunikationen veröffentlicht. Dies sind offizielle Kodierungsmittel des BFS und müssen für Fälle mit Austritt ab 1. des folgenden Monats der Publikation oder gemäss publiziertem Gültigkeitsdatum berücksichtigt werden (1. Januar 2026, gegebenenfalls 1. Juli 2026 etc.).

## Abkürzungen des Kodierungshandbuchs

G	Grundlagen
D	Kodierrichtlinien der Diagnosen
P	Kodierrichtlinien der Prozeduren
SD	Spezielle Kodierrichtlinien für Diagnosen
SP	Spezielle Kodierrichtlinien für Prozeduren und Behandlungen
HD	Hauptdiagnose
ND	Nebendiagnose
B	Behandlungen
L	Lateralität/Seitigkeit

## Anfragen zu Kodierungsrichtlinien und Klassifikationen

Für Anfragen zu Kodierungsrichtlinien und Klassifikationen gibt das BFS Präzisierungen und Klarstellungen ab.

## Anfragen zur Einzelfallbeurteilung

Zu spezifischen Einzelfällen gibt das BFS Empfehlungen ab ohne Präjudiz für weitere ähnliche Fälle. Die gegebene Empfehlung ist rechtlich nicht bindend. Eine Haftung des BFS im Zusammenhang mit einer erteilten Empfehlung ist daher ausgeschlossen. Es werden nur Kodierungsanfragen behandelt, welche in der Beilage alle notwendigen klinischen Unterlagen zur Fallbeurteilung in anonymisierter Form (Austrittsbericht, Operationsbericht, Kodierung etc.) enthalten. Sie sind an [CodeInfo@bfs.admin.ch](mailto:CodeInfo@bfs.admin.ch) zu senden. Bei Anfragen ohne Dokumentation oder mit ungenügender Dokumentation wird keine Empfehlung abgegeben.

# Grundlagen G00 – G55

## G00 Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes) und medizinische Kodierung

### G01n Geschichte

Der Verband schweizerischer Krankenanstalten VESKA, als Vorgänger der H+ Die Spitäler der Schweiz, sammelte bereits seit 1969 Daten im Rahmen eines Projektes Spitalstatistik. Die Diagnosen und Behandlungen wurden mit den VESKA-Kodes kodiert, die auf der ICD-9 basierten. Daraus resultierte eine Statistik für die Spitäler. Die Daten waren auf nationaler Ebene nicht repräsentativ, da sich nur einige Kantone für die Erhebung der Daten gesetzlich verpflichteten.

1997/1998 wurde eine Reihe von Statistiken der stationären Betriebe des Gesundheitswesens auf nationaler Ebene ins Leben gerufen. Diese basieren auf das Bundesstatistikgesetz (BstatG, SR 431.01) vom 09. Oktober 1992 und der zugehörigen Statistikerhebungsverordnung (SR 431.012.1) vom 30. Juni 1993. Das Bundesamt für Statistik (BFS) erhebt und veröffentlicht seither Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS), die über Patientinnen und Patienten in den Schweizer Spitälern Auskunft geben.

Diese Erhebung wird durch eine administrative Statistik der Krankenhäuser / Krankenhausstatistik (KS) ergänzt. Gleichzeitig erhoben aber auch die Tariforganisation SwissDRG AG, Krankenversicherungen, der Spitalverband H+, die Kantone und das BAG Daten zu denselben Inhalten. Mit der Nationalen Datenbewirtschaftung (NaDB) beschloss der Bundesrat am 27. September 2019 eine Strategie zur Vereinheitlichung und Vereinfachung solcher Prozesse. Das Ziel der Strategie ist die einmalige Erhebung der Daten und deren Mehrfachnutzung. Mit dem Projekt «Spitalstationäre Gesundheitsversorgung» (SpiGes) wurde dieses Vorhaben für die stationären Spitaldaten als Pilotprojekt im Rahmen des NaDB-Programms umgesetzt.

Die Daten der MS, der Fallkostenstatistik (FKS) sowie Teile der KS werden ab 2025 einheitlich erhoben und allen Berechtigten gemäss ihren Nutzungsrechten durch das BFS zur Verfügung gestellt.

Die damit verbundene Datenerfassung erfolgt gemäss SpiGes ab dem 01. Januar 2024.

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.

Die Kodierung der Diagnosen und Behandlungen in den Spitäler ist ein essenzieller Baustein für die Beantwortung folgender Fragen:

- 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?

## **G02m Organisation**

Die Sektion Gesundheitsversorgung GESV des Bundesamtes für Statistik ist für die Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes) verantwortlich. Die statistischen Ämter der Kantone, die Statistikabteilungen der Gesundheitsdirektionen der Kantone koordinieren kantonsweit die Datenerhebung in den Spitälern. Diese Stellen informieren die Leistungserbringer über die Fristen zur Datenlieferung und überwachen deren Einhaltung. Sie sind verantwortlich für die Einhaltung der Lieferfristen sowie die Qualitätsprüfung, Plausibilisierung und Freigabe auf der SpiGes Plattform.

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 Bereitstellung der Daten verpflichtet. Das BFS informiert die kantonalen Erhebungsstellen über die zu liefernden Daten, das Format der Daten und wie diese übermittelt werden müssen. Die Kantone sind verpflichtet, diese Informationen den Spitälern weiterzuleiten. Die Vorgaben sind auch auf der Webseite des BFS veröffentlicht.

## **G03m Gesetzliche Grundlagen**

Die Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes) basiert auf dem BStatG sowie der Statistikerhebungsverordnung, die die Vorschriften über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes enthalten und sich auf das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) stützt.

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 Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes) 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 Klassifikation ICD 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). Ausserdem bestimmt das KVG, 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.

#### G04m Ziele der Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes)

- 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.
- Die Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems soll in einem jährlichen Rhythmus möglich sein.
- Die Wirtschaftlichkeit der Spitäler kann mit den SpiGes Daten gemäss den geltenden Methoden verglichen werden. Diese Vergleiche können für die Verhandlung, Festsetzung und Beurteilung der Tarife genutzt werden.
- Außerdem erlauben die erhobenen Daten eine allgemeine Analyse der von den Spitäler erbrachten Leistungen und ihrer Qualität. Als Beispiel ist die Häufigkeit bestimmter Operationen oder die Häufigkeit von Rehospitalisierungen bei bestimmten Diagnosen oder Behandlungen zu werten.
- Die Daten erlauben es auch, einen Überblick über die Versorgungslage im Bereich der Spitäler zu erhalten. Zum Beispiel können Einzugsgebiete einzelner Spitäler dargestellt werden. Damit dienen die Daten der Versorgungsplanung auf kantonaler und interkantonaler Ebene. Es werden Daten für die Erforschung spezieller Fragestellungen und für die interessierte Öffentlichkeit geliefert.

#### G05m Anonymisierung der Daten

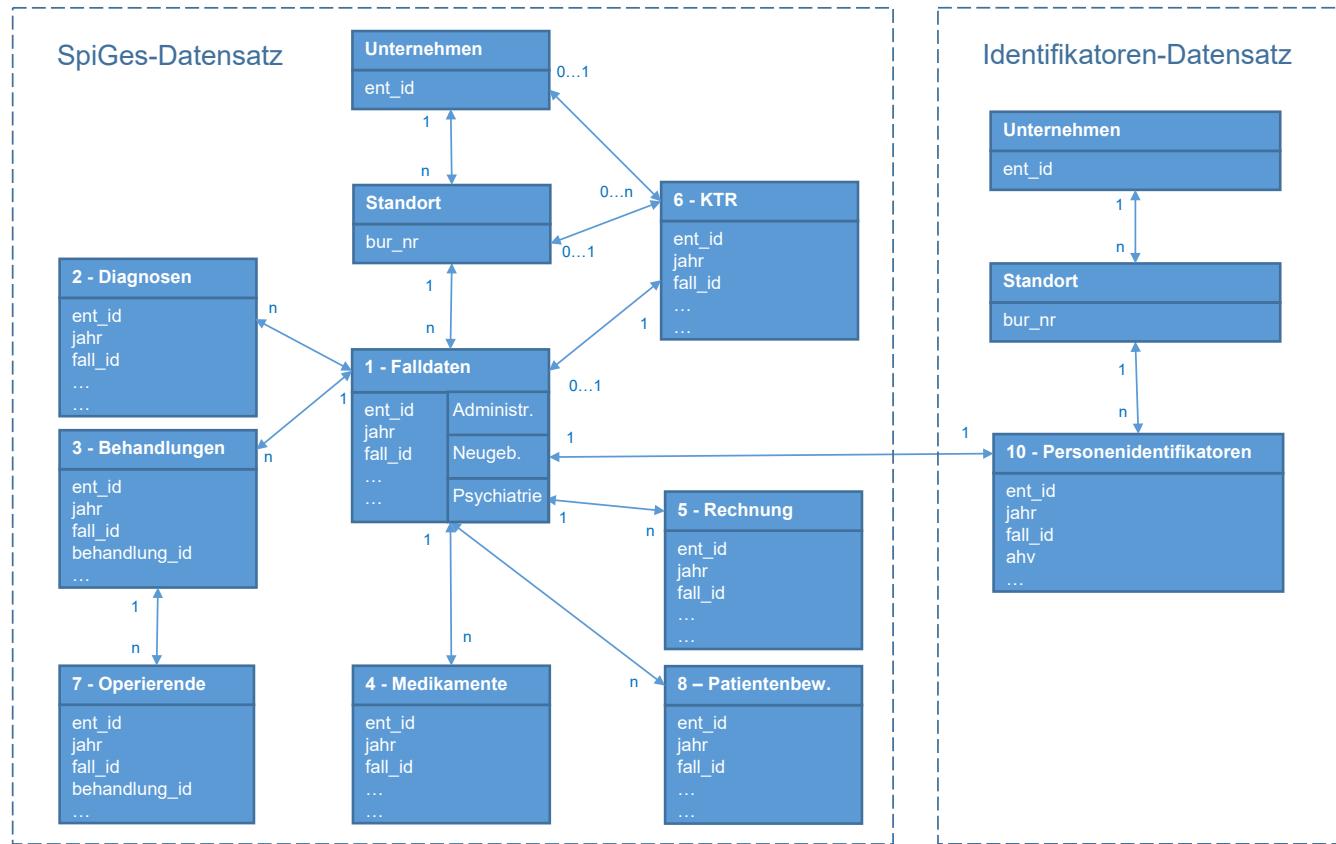
Das BFS darf gemäss Art. 153c AHVG die AHV-Nummer als Personenidentifikator verwenden. Dabei werden sämtliche Rahmenbedingungen zum Schutz der Personendaten eingehalten. Es werden umfangreiche technische und organisatorische Massnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes und der Anonymität der Personendaten getroffen. So werden z.B. die Personenidentifikatoren (AHV-Nummer) in einem separaten File übermittelt und auf der Plattform umgehend anonymisiert.

## G06m Der medizinische Datensatz, Definitionen und Variablen

Seit der Einführung von SpiGes werden die Variablen im KHB mit dem entsprechendem Variablennamen benannt.

Die Daten der Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes) enthalten verschiedene Datensätze (Tabellen) mit unterschiedlicher Granularität.

Im Zentrum steht die Tabelle «Falldaten», die Informationen umfasst, die einmal pro Fall vorliegt. Weitere Tabellen sind «Diagnosen», «Behandlungen», «Medikamente», «Rechnung», «KTR», «Operierende» und «Patientenbewegungen». Die Tabelle «Personenidentifikatoren» hat zwar den gleichen Detailierungsgrad wie die Falldaten, sie ist jedoch aus Datenschutzgründen in einem separaten File zu liefern. Die Zusammenhänge der Tabellen können der folgenden Abbildung entnommen werden:



Nicht alle Variablen müssen für alle Fälle (Zeilen) ausgefüllt werden. Für jede Variable ist in der Schnittstellenbeschreibung angegeben, wann sie ausgefüllt werden muss. So müssen z.B. die Angaben für Neugeborene oder Psychiatriepatienten nur für entsprechende Fälle ausgefüllt werden.

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 und der Schnittstelle findet sich auf der Webseite des Bundesamtes für Statistik:  
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/projekt-spiges.html>

## G10n Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes), die Patientenklassifikationssysteme SwissDRG, TARPSY und ST Reha

Seit 2012 wurde die Vergütung der Spitäler auf eidgenössischer Ebene schrittweise auf das Fallpauschalsystem, resp. Tagespauschalsystem umgestellt – zuerst für akutsomatische Leistungen (SwissDRG, 2012), dann für psychiatrische Leistungen (TARPSY, 2018) und zuletzt für die Leistungen der Rehabilitation (ST Reha, 2022). Beim Fallpauschalsystem wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie z.B. Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen, Alter und Geschlecht etc. einer Fallgruppe (DRG) zugeordnet und pauschal vergütet.

Im Falle von ST Reha und TARPSY wird ausserdem die stationäre Aufenthaltsdauer herangezogen. 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 der drei Tarifstrukturen.

Folglich muss nach den gültigen Kodierungsinstrumenten (Kodierungshandbuch, CHOP und ICD-10-GM, Rundschreiben und offiziellen Kommunikationen) kodiert werden.

Unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha muss jeder Fall vollständig kodiert werden. Es ist nicht zulässig, Diagnosen oder Prozeduren zur Beeinflussung der Gruppierung wegzulassen oder hinzuzufügen, um spezielle Pauschalen 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, TARPSY und ST Reha der SwissDRG AG.

Im Rahmen der Pflege und Weiterentwicklung der Tarifstrukturen 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, TARPSY und ST Reha beschreibt den Anwendungsbereich und die Abrechnungsbestimmungen von SwissDRG (genannt Abrechnungsregeln). Dasselbe gilt für die Tarifsysteme ST Reha und TARPSY.

## G20 Die Klassifikationen (ICD-10-GM und CHOP)

### G21n 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 Krankheitssentitäten identifizieren können, sie sollte andererseits aber auch die statistische Darstellung von Daten für grössere Krankheitsgruppen erlauben, um so nutzbringende und verständliche Informationen zugängig zu machen» (ICD-10-WHO, Band 2, Kapitel 2.3). Eine Klassifikation, die eine Methode der Verallgemeinerung ist, wie William Farr im 19. Jahrhundert feststellte, 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 realitätsgerecht abgebildet werden.

Die Klassifikation ICD-10 wurde entwickelt, um die Analyse und den Vergleich von Daten zur 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 seit 1. Januar 2025 zur Kodierung der Diagnosen verwendet wird, ist die ICD-10-GM 2024 (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.

Bei der 9. Revision der Klassifikation, ICD-9, wurde 1975 eine fünfte Stelle bei den Kodes und das Kreuz-Stern-System eingeführt. 1993 wurde die 10. Revision der Klassifikation validiert, mit der die alphanumerische Struktur der Kodes eingeführt wurde. Es existieren verschiedene Ländermodifikationen der ICD-10, die hauptsächlich zu Abrechnungszwecken erstellt wurden. In der Schweiz wird seit 01.01.2009, resp. 01.01.2010, die GM (German Modification) Version der ICD-10 für die Morbidität verwendet.

#### *Struktur*

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

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

### *Systematisches Verzeichnis*

Das systematische Verzeichnis der ICD-10-GM 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 Zusatzkodes zur genaueren Spezifizierung von anderenorts klassifizierten Krankheiten, Klassierungen von Funktionseinschränkungen usw.

### **Tabelle der Kapitel mit den entsprechenden Kategorien**

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

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

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

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

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

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

<b>Block/Gruppe</b>	<b>Krankheiten der Appendix (K35 – K38)</b>	
<b>Dreistellige Kategorie</b>	<b>K35.–</b>	<b>Akute Appendizitis</b>
<b>Vierstellige Subkategorie</b>	<b>K35.2</b>	<b>Akute Appendizitis mit generalisierter Peritonitis</b> Appendizitis (akut) mit generalisierter (diffuser) Peritonitis nach Perforation oder Ruptur
	<b>K35.3–</b>	<b>Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis</b>
<b>Fünfstellige Kodes</b>	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
	<b>K35.8</b>	<b>Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet</b> Akute Appendizitis ohne Angabe einer lokalisierten oder generalisierten Peritonitis
<b>Dreistellige Kategorie</b>	<b>K36</b>	<b>Sonstige Appendizitis</b>  <b>Inkl.:</b> Appendizitis: <ul style="list-style-type: none"><li>• chronisch</li><li>• rezidivierend</li></ul>
	<b>K37</b>	<b>Nicht näher bezeichnete Appendizitis</b>
<b>Vierstellige Subkategorien</b>	<b>K38.–</b>	<b>Sonstige Krankheiten der Appendix</b>
	<b>K38.0</b>	<b>Hyperplasie der Appendix</b>
	<b>K38.1</b>	<b>Appendixkonkremente</b> Koprolith             Appendix Kotstein
	<b>K38.2</b>	<b>Appendixdivertikel</b>
	<b>K38.3</b>	<b>Appendixfistel</b>
	<b>K38.8</b>	<b>Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Appendix</b> Invagination der Appendix
	<b>K38.9</b>	<b>Krankheit der Appendix, nicht näher bezeichnet</b>

*Alphabetisches Verzeichnis*

Das alphabetische Verzeichnis der ICD-10-GM unterstützt die Verschlüsselung nach dem systematischen Verzeichnis. **Massgeblich für die Kodierung ist stets das systematische Verzeichnis (siehe G30a).** 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	] Leitbegriff
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Herz I49.8</li> <li>– Kammer I49.0</li> <li>– Vorhof I48.9</li> <li>– – atypisch I48.4</li> <li>– – chronisch I48.9</li> </ul>	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:

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

Sie werden zur Angabe der zutreffenden Schlüsselnummer bei Exklusiva benutzt:

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

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

<b>Krankheiten der Appendix</b>
<b>(K35 – K38)</b>

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

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

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.-	<b>Lepra [Aussatz]</b>
-------	------------------------

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

C00.8	<b>Lippe, mehrere Teilbereiche überlappend</b> [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	<b>Pyodermie</b> Dermatitis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• gangraenosa</li> <li>• purulenta</li> <li>• septica</li> <li>• suppurativa</li> </ul>
-------	---

**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	<b>Intermittierender Strabismus concomitans</b>  Intermittierend: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strabismus convergens</li> <li>• Strabismus divergens</li> </ul>	(alternierend) (unilateral)
-------	--	-----------------------------

**Punkt Strich . – :**

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

J43.-	<b>Emphysem</b>
-------	-----------------

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

**Exkl. (Exklusiva):**

Diese Begriffe gehören nicht zu dem ausgewählten Kode:

K60.4	<b>Rektalfistel</b> Rektum-Haut-Fistel <b>Exkl.:</b> 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 Kodes 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, die 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 S. pneumoniae und H. influenzae

**o.n.A.:**

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

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

Krankheit des Uterus o.n.A.

**a.n.k./anderenorts nicht klassifiziert:**

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

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

**T45.2 Vitamine, anderenorts nicht klassifiziert****Sonstige:**

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

**E16.1 Sonstige Hypoglykämie****n.n.b./nicht näher bezeichnet:**

Die Resteklasse «Nicht näher 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) 006.9****Und:**

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

**I74.– Arterielle Embolie und Thrombose**

Diese Kategorie umfasst Embolien, Thrombosen und Thromboembolien.

## G22o Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)

### Allgemeines

Die schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) dient der Erfassung der Behandlungen im Rahmen der Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes). Informationen zur medizinischen Kodierung sind im medizinischen Kodierungshandbuch (dem offiziellen Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz) enthalten. Eine aktualisierte Version der CHOP wird jährlich publiziert.

Die CHOP basiert ursprünglich auf der amerikanischen ICD-9-CM, die durch das CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) in Baltimore (USA) erstellt wurde. Seit 2008 entwickelt sich die CHOP unabhängig von der ICD-9-CM weiter. Diverse Anpassungsbedürfnisse wurden und werden berücksichtigt, u.a. im Zusammenhang mit den Tarifstrukturen SwissDRG, TARPSY und ST Reha sowie medizinische Weiterentwicklungen und klassifikatorische Revisionsarbeiten. Mittels des jährlichen Antragsverfahrens wird die Weiterentwicklung der CHOP unterstützt.

Die Einleitung des systematischen Verzeichnisses der CHOP ist zu beachten, insbesondere die Abschnitte «technische Bemerkungen», die u.a. Informationen zur Klassifikationsstruktur und zu den Resteklassen enthalten und «Abkürzungen und Konventionen».

## 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 fünfstellige Kodes der ICD-10-GM und sechsstellige Kodes in der CHOP sein.

## G40o 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. Die durchgeführten Untersuchungen/Eingriffe und daraus abgeleiteten Resultate gehören zur Dokumentation, auch wenn diese erst nach dem Austritt der Patientin, bzw. des Patienten vorliegen. Diese Angaben der ärztlichen Dokumentation bilden die Grundlage für die Kodiererinnen und Kodierer zur regelkonformen Abbildung des Falles.

Die Bedeutung einer kohärenten und vollständigen Dokumentation im Patientendossier kann nicht genug betont werden. Das BFS weist darauf hin, dass es nicht in der Lage ist, anstelle einer Ärztin oder eines Arztes eine Diagnose zu stellen. Es obliegt dem medizinischen ärztlichen Personal zu definieren, welche Eingriffe vorgenommen wurden und die Kodiererinnen und Kodierer darüber zu informieren, wobei die Informationen zu den Diagnosen und erfolgten Prozeduren vollständig und schriftlich in den jeweiligen Berichten zur Verfügung gestellt werden müssen. 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. Sie/er 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, die/das am ehesten zutrifft.

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

### Beispiele:

- Bei ärztlich dokumentierter Diagnose einer chronischen Niereninsuffizienz (*N18.*) in der medizinischen 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.
- Bei einer ärztlich gestellten Diagnose «Diabetes mellitus» ist es der Kodierfachkraft gestattet, diese bei erfüllten Kriterien mit dem Wort «entgleist» zu präzisieren.
- Die ärztliche Diagnose «Linksherzinsuffizienz» ist bei dokumentierter Angabe von «mit Beschwerden in Ruhe» mit *I50.14 Linksherzinsuffizienz NYHA IV* zu kodieren, auch wenn NYHA Stadium 4 nicht ausdrücklich in der Diagnose angefügt ist.
- Bei der Diagnose «Agranulozytose» wird die kritische Phase mit exakter Dauer kodiert, wenn die betreffenden Angaben aus dem Patientendossier ersichtlich sind.

Für die abschliessende Kodierung des Behandlungsfalles ist das Spital verantwortlich.

## G50 Definitionen

### G51o Der Behandlungsfall

Es gelten die aktuellen «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha».

Die Kenntnis dieser Dokumente ist zum konkreten Verständnis der Definition eines Behandlungsfalles (Alter der Patientinnen und Patienten, Aufenthaltsdauer, Verlegungen, Wiedereintritte, Fallzusammenführungen etc.) unentbehrlich.

Für die Kodierung ist zu berücksichtigen:

- Der stationäre **Fall** beginnt mit dem Eintritt und endet mit dem Austritt, der Verlegung oder dem durch die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte festgelegten und dokumentierten Todeszeitpunkt der Patientinnen und Patienten.
- Wartepatientinnen, bzw. -patienten:** Bei Fortführung des Aufenthaltes, obwohl die Patientin bzw. der Patient nach medizinischer Indikation keiner stationären Behandlung und Pflege oder keiner medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf, 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 «tarif» = 7).
- Bei **Fallzusammenführungen** gemäss «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha» ist nur der zusammen geführte Fall (eine Kodierung) zu übermitteln (zur Kennzeichnung der Wiedereintritte ist die Variable «grund\_wieder-eintritt» zu erfassen).

## G 52h 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, die 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. Die Wahl der Hauptdiagnose muss anhand von medizinischen Leistungen und Produkten begründet und dokumentiert werden.

#### 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 dekompenzierter 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 des Herzeingriffs 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. 2 Erythrozytenkonzentrate wegen Blutungsanämie.*

Die Behandlung des Magenulkus mit Blutstillung ist der grösste Aufwand und ist 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, der 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.

Diagnosen, die gemäss Grouper nicht als Hauptdiagnose kodiert werden dürfen, sind im «Definitionshandbuch-SwissDRG, Band 5, Anhang D, Plausibilitäten, D5: Unzulässige Hauptdiagnose» oder im «Definitionshandbuch TARPSY, unzulässige Hauptdiagnosen», sowie «Definitionshandbuch ST Reha, unzulässige Hauptdiagnosen» zu finden.

## G 53m Der Zusatz zur Hauptdiagnose

Das Feld «Zusatz zur Hauptdiagnose» findet unter SpiGes keine Anwendung mehr.

Für die Kodierung von Stern-Kodes (\*), siehe D03

Für die Kodierung der äusseren Ursache (V-Y), siehe SD2000

## G 54n 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 einer 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. Ein Beispiel ist die prophylaktische Verabreichung von Vitamin B12 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 oben genannter 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 G 40.

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 für die Kodierung 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 Unterschenkelamputation links benötigt der Patient zusätzliche Unterstützung durch das Pflegepersonal.

HD      Varikose 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

Kodierung des ICD Kodes D62 akute Blutungsanämie:

Der Nachweis eines pathologischen Hämoglobinwertes allein rechtfertigt nicht die Kodierung einer Anämie. Auch die alleinigen Kontrollen des abnormalen Hämoglobinwertes, das Einkreuzen von Blutkonserven, das Verabreichen von Eisenprodukten (oral und i.v.) oder die Verwendung von Cell Saver, genügen nicht. Die Kodierung darf dann erfolgen, wenn mindestens eine der folgenden weiterführenden diagnostischen Abklärungen oder therapeutischen Konsequenzen ersichtlich ist:

- Suche nach einer Blutungsquelle (z.B. Gastroskopie)
- Spezialanalysen wie z. B. gezielte Bestimmung der Gerinnungsfaktoren oder Analyse der Thrombozytenfunktion mittels Plättchenaggregation und/oder Immunphänotypisierung
- Gabe von Erythropoetin
- Transfusion von Blutprodukten
- Stillung einer Blutung

**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.

## G55m Die Behandlung

Nach Definition des BFS ist an 1. Stelle die Prozedur zu kodieren, die für den Heilungsprozess oder für die Diagnosestellung am entscheidendsten war.

Grundsätzlich sollte jede Prozedur eine zugehörige Diagnose haben, aber nicht unbedingt jede Diagnose einen Behandlungskode.

Die Reihenfolge der weiteren Behandlungen ist aufgehoben. Ausnahme siehe Kodierregel P04.

# Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten/Diagnosen D00 – D16

## D00m Abnorme Befunde

Ein abnormer Befund ist ein zufällig festgestellter Sachverhalt (Labor-, Röntgen-, Pathologie- und andere diagnostische Befunde). Er wird nicht kodiert, es sei denn, er hat eine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik.

**Achtung:** Die alleinige Überprüfung oder Verlaufskontrolle eines abnormen Wertes, ohne Anpassung des Patientenmanagements, 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 alleinige Überprüfung der erhöhten Gamma-GT erfüllt das Kriterium der weiterführenden Diagnostik nicht und deshalb wird die Erhöhung der Gamma-GT nicht kodiert. Sie ist jedoch für die medizinische Dokumentation und die ärztliche Kommunikation von Bedeutung.

### Beispiel 2

*Ein Patient wird wegen einer Pneumonie stationär aufgenommen. Im Labortest wird eine leicht erhöhte Gamma-GT gefunden. Deshalb wird daraufhin die Dosierung des Antibiotikums angepasst. Ein zweiter Test zeigt Werte im Normbereich.*

HD      J18.9      Pneumonie, n.n.bez.

L

ND      R74.8      Sonstige abnorme Serumenzymwerte

Die Anpassung der Antibiotika-Dosierung aufgrund der erhöhten Gamma-GT erfüllt das Kriterium einer therapeutischen Konsequenz. Deshalb wird die Erhöhung der Gamma-GT kodiert.

Die Kodes für abnorme Befunde befinden sich sowohl im Kapitel XVIII «Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind» der ICD-10-GM als auch in den Organkapiteln. Die zu Beginn des Kapitels XVIII stehenden Anmerkungen helfen bei der Bestimmung, wann Schlüsselnummern aus den Kategorien *R00 – R99* angegeben werden.

### Beispiel 3

*Bei einer laborchemischen Blutuntersuchung tritt bei einem Patienten mit Trigeminusneuralgie eine pathologisch verminderte Anzahl von Thrombozyten zu Tage. Es erfolgt in den folgenden Tagen eine mehrmalige Verlaufskontrolle, die eine Normalisierung der Thrombozytenwerte ohne therapeutisches Prozedere zeigt.*

HD      G50.0      Trigeminusneuralgie

Die Thrombozytopenie ist ein abnormer Befund der laborchemischen Blutuntersuchung. Sie hatte weder eine therapeutische Konsequenz noch eine weiterführende Diagnostik im Sinne der Kodierregel D00 zur Folge. Deshalb wird sie nicht kodiert.

**Beispiel 4**

Bei einer laborchemischen Blutuntersuchung tritt bei einem Patienten mit Trigeminusneuralgie und KHK (unter ASS-Medikation) eine pathologisch verminderte Anzahl von Thrombozyten zu Tage. Aufgrund der Thrombozytopenie wird das ASS abgesetzt.

HD G50.0 Trigeminusneuralgie  
 ND I25.19 Atherosklerotische Herzkrankheit, n.n.bez.  
 ND D69.61 Thrombozytopenie, n.n.bez., nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet

**Beispiel 5**

Bei einer Patientin mit Linksherzinsuffizienz NYHA 3 wird eine transthorakale Echokardiographie durchgeführt. Es finden sich eine schwere Aortenstenose als Ursache der Linksherzinsuffizienz, sowie nebenbefindlich eine minimale Trikuspidalklappeninsuffizienz und eine leichte Mitralklappeninsuffizienz. Es werden bezüglich der Trikuspidal- und Mitralklappeninsuffizienz keine weiteren diagnostischen Schritte in die Wege geleitet und das therapeutische Regime nicht verändert.

HD I50.13 Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichterer Belastung  
 ND I35.0 Aortenklappenstenose, nichtrheumatisch

Die minimale Trikuspidal- und die leichte Mitralklappeninsuffizienz sind abnorme Befunde der echokardiographischen Untersuchung. Da sie keine therapeutische Konsequenz oder weiterführende Diagnostik nach sich ziehen, werden sie nicht kodiert.

**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*

Symptomkodes werden nur dann als Hauptdiagnose angegeben, wenn am Ende der Hospitalisation keine endgültige Diagnose gestellt wurde. In allen anderen Fällen ist die endgültig gestellte Diagnose die Hauptdiagnose. (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  
 B 54.91 Perkutane abdominale Drainage (Punktion)

*Symptome als Nebendiagnosen*

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

## D02m Unilaterale und bilaterale Diagnosen Diagnosen multipler Lokalisationen

Handelt es sich um eine Krankheit, die sich sowohl ein- als auch beidseitig manifestieren kann, wird dies im medizinischen Datensatz mit der Angabe der Seitigkeit (Lateralität) dokumentiert:

Variable «diagnose\_seitigkeit» für die Hauptdiagnose und die Nebendiagnose.

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 Kodes existieren, spezifisch kodiert werden. Die Kodes «mehrerer Lokalisationen» sind nach Möglichkeit nicht zu verwenden (mit Ausnahme von Systemerkrankungen, wie z.B. Polyarthritis 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  
L
- M23.24 Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung, Vorderhorn des Außenmeniskus  
L

### 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

## D03m 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, der 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 im unmittelbar folgenden Diagnosefeld 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.

An dieser Stelle machen wir darauf aufmerksam, dass die Variable «diagnose\_zusatz» der Variablenliste SpiGes zu beachten ist.

### Beispiel 1

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

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

### Beispiel 2

*Eine Patientin wird zur Behandlung einer renalen Anämie hospitalisiert.*

HD	N18.-†	Chronische Nierenkrankheit
ND	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
ND	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
ND	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 Therapie aufgenommen.

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

ND G55.1\* Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden (M50-M51t)

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

L

ND Rückenschmerzen (nur wenn G54 erfüllt ist)

B Mammareduktionsplastik

L

### 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)

B 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 allein 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 Ausrufezeichenkod ist im vorher stehenden Kode nicht inbegriffen**.

Jedes Kapitel der ICD-10-GM zeigt am Anfang eine, im Kapitel enthaltene, Auflistung der «!» -Kodes.

### Beispiel 1

*Harnwegsinfekt durch Escherichia coli.*

HD N39.0      *Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet*  
 ND B96.2!      *Escherichia coli [E.coli] und andere Enterobakterien 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  
 ND 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  
 ND V99!      *Transportmittelunfall*  
 ND S36.03      *Rissverletzung der Milz mit Beteiligung des Parenchyms*  
 ND S36.49      *Verletzung sonstiger und mehrerer Teile des Dünndarmes*  
 ND S31.83!      *Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intraabdominalen Verletzung*

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

Für die Kodes der äusseren Ursachen (V–Y) ist auch Kapitel SD2000 zu berücksichtigen.

## D05o Status nach/Vorhandensein von/Fehlen von

Diese Diagnosen werden **nur kodiert, wenn sie einen Einfluss auf die aktuelle Behandlung haben** (siehe Nebendiagnosedefinition, 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*<sup>1</sup>
- Vorhandensein (von), z.B. Z95.1 *Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses*

### Beispiel 1

Ein Patient, der wegen einer Klebsiellen-Pneumonie hospitalisiert wird, wobei die Behandlung durch eine frühere Lebertransplantation kompliziert wird.

HD	J15.0	Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae
L		
ND	U69.04!	Anderorts klassifizierte Pneumonie, die entweder bei Krankhausaufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Krankhausaufnahme auftritt
ND	Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation

### Beispiel 2 - Psychiatrie

Ein Patient ist wegen einer paranoiden Schizophrenie hospitalisiert; die Behandlung wird durch eine frühere Lebertransplantation kompliziert.

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 Erkrankung als Akuterkrankung kodiert, falls sie während der Hospitalisation (weiterhin) eine akute/subakute Ausprägung zeigt, die eine akute Therapie oder deren Fortführung erfordert. Steht der medizinische Aufwand jedoch in keinem direkten Zusammenhang mit der akuten/subakuten Ausprägung des Krankheitsbildes, ist die Erkrankung mit der zutreffenden «Status nach»-Diagnose zu verschlüsseln.

### Beispiel 3

Bei einem Patienten wird ein Status nach Lungenembolie behandelt.

HD	Z86.7	Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese
ND	Z92.1	Dauertherapie mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese

<sup>1</sup> 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 / Ileoblaste / Ileumconduit keine Organ- oder Gewebetransplantation, sondern ein Blasenersatz im Sinne einer Gewebetransposition.

**Beispiel 4**

Eine Patientin wird aufgrund akuter Dyspnoe hospitalisiert. Es findet sich als Ursache eine akute Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale. Es erfolgen eine notfallmäßig durchgeführte lokale Lysetherapie und eine Heparinisierung. Nach wenigen Tagen wird letztere umgestellt auf eine Antikoagulation in therapeutischer Dosierung. Bei gutem Verlauf wird die Patientin nach Hause entlassen. 1 Woche später wird sie erneut hospitalisiert, dieses Mal wegen einer Femurschaftfraktur nach Sturz. Noch gleichentags erfolgt deren operative Versorgung. Die Patientin steht immer noch unter Antikoagulation aufgrund der vor 2 Wochen aufgetretenen Lungenembolie.

**Kodierung des 2. Aufenthaltes:**

HD	S72.3	Fraktur des Femurschaftes
L		
ND	X59.9!	Sonstiger und n.n.bez. Unfall
ND	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale
L		
ND	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzien in der Eigenanamnese

Für die Erfassung einer akuten Lungenembolie gilt ein Zeitfenster von vier Wochen (28 Tage), danach handelt es sich kodiertechnisch nicht mehr um eine akute Lungenembolie. Es muss Z86.7 Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese kodiert werden.

**Beispiel 5**

Der Patient wird wegen einer oberen gastrointestinalen Blutung hospitalisiert. Er hatte sich acht Wochen zuvor bei einem Sturz eine periprothetische Femurfraktur zugezogen, die zwei Tage nach dem Ereignis nach offener Reposition mit Drahtcerclagen osteosynthetisiert worden war. Aufgrund dieser Vorgesichte muss er während der jetzigen Hospitalisierung weiterhin eine mobilisierende Physiotherapie erhalten.

ND	Z87.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten oder Zustände in der Eigenanamnese
----	-------	---

Hier werden während der erneuten Hospitalisation die Folgeerscheinungen der Femurfraktur behandelt, z.B. durch Physiotherapiesitzungen. Es findet keine therapeutische oder diagnostische Massnahme für die Femurfraktur per se statt. Deshalb wird hier Z87.8 kodiert.

**Beispiel 6**

Ein Patient tritt wegen einer Grippe mit akuter Infektion der oberen Atemwege ein. Es werden in der Kultur saisonale Influenzaviren nachgewiesen. Er hat während des Aufenthalts seit der operativen Versorgung einer Inguinalhernie vor 14 Tagen Schmerzen im Leistenbereich. Eine Nervenläsion oder ähnliches wird nicht festgestellt. Er bekommt Schmerzmittel.

HD	J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen
ND	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches
ND	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet

## D06c Folgezustände

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

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

### Spezielle Kodes für Folgezustände:

---

B90.–	<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>
094	<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 Kode für äussere Ursachen (V – Y) anzugeben.

---

Folgezustände-Diagnosen werden nicht mit einem Kode 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 «Folgeerscheinung» zu kodieren, da der Riss immer noch behandelt wird.

## D07n 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. Es besteht ein Status nach Sigmoidektomie.*

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 Femurschaftfraktur rechts 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 2017. 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 nutzt die Gelegenheit, ihm ein Jahr nach einer Unterarmfraktur rechts 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 SD2000).

**Beispiel 5**

*Geplanter Eintritt ins Akutspital nach Rehabilitation (Dauer 3 Monate) bei Status nach ischämischem Mediainfarkt rechts mit Hirnödem/Hirnschwellung. Ursache des (embolischen) Hirninfarktes war ein nicht erkanntes Vorhofflimmern.*

*In der Akutbehandlungsphase wurde u.a. eine Kraniektomie (mit offen belassenem Kranium) notwendig.*

*Weiterhin bestehende Defizite/Folgen sind eine Fazialisparese mit Kau- und Schluckstörung, eine sensomotorische residuale Hemiparese links mit Gangstörung (s.g. Wernicke-Mann-Gangstörung) und eine Aphasie.*

*Es erfolgt der sekundäre Verschluss der Kraniektomie mit autologem Knochendeckel. Die Folgen des Hirninfarktes gelten alle gemäss Kodierregel G54 als behandelt.*

HD	I63.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien
L	1	
ND	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflimmern, nicht näher bezeichnet
ND	G83.6	Zentrale faziale Parese
L	2	
ND	R13.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie
ND	G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet
L	2	
ND	R26.1	Paretischer Gang
ND	R47.0	Dysphasie und Aphasie
ND	I69.3	Folgen eines Hirninfarktes

B                   *Reinsertion autologer Knochendeckel gemäss medizinischer Dokumentation*

Es wird für die Kodierung im Kontext Schlaganfall etc. auch auf die Kodierregeln SD0601 und SD0602 verwiesen.

**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 6**

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

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

**Beispiel 7**

*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 SD1201 «Plastische Chirurgie» und Regel D06 «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-GM-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-GM-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, das 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-GM-Verzeichnissen nicht, und folglich ist dieser Fall anhand der zugrunde liegenden Krankheit zu kodieren, z.B. als Atherosklerose der Extremitätenarterien mit Ulzeration.*

HD      I70.24      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 Herzinfarkt» ist eingeschlossen in den Kode *I20.0 Instabile Angina pectoris*.

## D091 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 einen medizinischen Aufwand > 0 (im Sinne von Kodierregel G54) verursacht hat, wird kodiert, als wäre sie bestätigt worden. Für die Wahl der Hauptdiagnose wird gemäss Kodierregel G52 vorgegangen.

#### 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, 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 Therapie der Appendizitis wurde nicht durchgeführt.*

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

### 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 Medikamentenintoxikation stationär aufgenommen. Im Verlauf zeigte sich kein Anhalt für eine Tablettenintoxikation.*

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 das 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*

*K86.18 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 das alphabetische Verzeichnis bei der Kodierung von «akuter Schub bei chronischer mesenterialer Lymphadenitis» darauf hin, dass die **akute** Krankheit nicht getrennt kodiert werden muss, da sie in runden Klammern nach dem Hauptbe- griff aufgeführt ist (d.h. als nicht wesentlicher Modifizierer):

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

## D11n Kombinationskodes

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

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

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

### Beispiel:

*Arteriosklerose an den Extremitäten mit Gangrän.*

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

L

**Nicht korrekt** wäre die separate Kodierung:

I70.2– Atherosklerose der Extremitätenarterien

L

mit

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

L

## D12n Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen)

Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen) werden nur kodiert, wenn sie in der ärztlichen Dokumentation als solche beschrieben und dokumentiert sind. Es gilt die Kodierregel zur Nebendiagnosedefinition (G54).

**Folgende Aufzählung zeigt die für die Kodierung zur Verfügung stehenden Kodes für Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen:**

- a. In den meisten Kapiteln der ICD-10-GM finden sich Kodes für die spezifische Verschlüsselung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen, die diese Information bereits enthalten.

z.B. *L58.0 Akute Radiodermatitis, D61.1 Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, M81.4- Arzneimittelinduzierte Osteoporose, M87.1-Knochennekrose durch Arzneimittel, P03.2 Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Zangenentbindung, D90 Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Massnahmen, G25.1 Arzneimittelinduzierter Tremor, etc.*

**Hinweis:** Aufzählung nicht vollständig

- b. Am Ende einiger Organkapitel finden sich zusätzlich folgende Kategorien, z.B. :

*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 Augenanhangsgebilde nach med. Massnahmen, a.n.k  
 H95.- Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes nach med. Massnahmen, a.n.k  
 I97.- Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k  
 J95.- Krankheiten der Atemwege nach med. Massnahmen, a.n.k  
 K91.- Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k  
 M96.- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach med. Massnahmen, a.n.k  
 N99.- Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Massnahmen, a.n.k*

- c. Im Kapitel XIX existieren die Kategorien *T80 – T88 Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, andernorts nicht klassifiziert*, die eine genaue Bezeichnung des Organs/Organsystems und der Störung beinhalten können.

z.B.: *T80.5 Anaphylaktischer Schock durch Serum, T86.51 Nekrose eines Hauttransplantates, T82.1 Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät, T85.53 Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate in den Gallenwegen.*

**Hinweis:** Aufzählung nicht vollständig

- d. Kodes aus den Kapiteln der ICD-10-GM ohne spezifische Information/Bezeichnung, dass es sich um eine Erkrankung/Störung nach medizinischen Massnahmen (Komplikation) handelt (In Tabelle «Beispiele für Kodierung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen»: Organkode ohne Begriff «nach medizinischen Massnahmen», Spalte 4).

### Auswahl korrekter Kodes:

- Alle 4 Möglichkeiten aus den oben angegebenen Paragraphen sind zu beachten.
- Es soll ein Kode mit dem zutreffendsten Text gewählt werden.
- Unspezifische Kodes sind zu meiden.
- Die Erkrankung/Störung nach medizinischen Massnahmen muss möglichst organbezogen und so spezifisch wie möglich verschlüsselt werden, d.h. der gewählte Kode/die gewählte Kodekombination sollte die Pathologie, das betroffene Organ/Organsystem und die Komplikation beinhalten.

Existiert kein spezifischer Kode, der alle drei Parameter (z.B. Pathologie: «akute [...]itis» + organbezogen «Derma-» + Komplikation «nach Bestrahlung» wie z.B. L58.0 Radiodermatitis) beinhaltet, ist wie folgt vorzugehen:

- Zum Auffinden des korrekten Kodes im alphabetischen Verzeichnis unter dem Leitbegriff «Komplikation (bei) (durch) (nach) (wegen)» oder dem organspezifischen Krankheitskode suchen und anschliessend die Richtigkeit im systematischen Verzeichnis überprüfen.
- Die Kodes aus den Organkapiteln sind den Kodes T80 – T88 vorzuziehen, ausser letztere beschreiben die Erkrankung spezifischer und enthalten genaue Hinweise auf die Art der Komplikation.
- Die Kodes «andernorts nicht klassifiziert» (a.n.k.) oder «sonstige» sind nur dann zu verschlüsseln, wenn kein spezifischerer Kode für die Erkrankung/Störung existiert oder dieser durch ein Exklusivum der ICD-10-GM ausgeschlossen ist.
- 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 entgegensteht oder die Information nicht bereits im ICD-10-GM Kode selbst enthalten ist.
- In der Tabelle: «Beispiele für Kodierung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen» sind häufige Erkrankungen/Störungen nach medizinischen Massnahmen dokumentiert.

**Hinweis:** Tabelle nicht vollständig

#### **Beachte:**

Die ICD-10-GM enthält Anmerkungen unter den Kodes:

- T84.5 *Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese*  
 L  
 T84.6 *Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]*  
 L  
 T84.7 *Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate*  
 L  
 M86.- *Osteomyelitis*  
 L  
 M00.- *Eitrige Arthritis*

Es gelten folgende Kodervorgaben bezüglich der oben genannten Kodes:

#### **Beispiel 1**

- Implantatassoziierte Osteomyelitis durch Gelenkendoprothese*  
 HD M86.- Osteomyelitis  
 L  
 ND Y82.8! Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte  
 ND T84.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese  
 L

#### **Beispiel 2**

- Implantatassoziierte Osteomyelitis durch interne Osteosynthesevorrichtung*  
 HD M86.- Osteomyelitis  
 ND Y82.8! Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte  
 ND T84.6 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]  
 L

#### **Beispiel 3**

- Implantatassoziierte Osteomyelitis durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate*  
 HD M86.- Osteomyelitis  
 ND Y82.8! Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte  
 ND T84.7 Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate  
 L

**Hinweis:** Aufgrund der in der ICD-10-GM erwähnten Exklusiva unter M86.- müssen Osteomyelitiden an einem Wirbel mit M46.2- und Osteomyelitiden am Kiefer mit K10.2- anstelle des M86.- abgebildet werden.

#### Beispiel 4

*Implantatassoziierte eitrige Arthritis mit Erregernachweis*

HD M00.-/0-8 Eitrige Arthritis  
 ND Y82.8! Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte  
 ND T84.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese  
 L  
 ND Erreger gemäss Regel D04

#### Beispiel 5

*Implantatassoziierte eitrige Arthritis ohne Erregernachweis*

HD M00.9- Eitrige Arthritis, n.n.bez.  
 ND Y82.8! Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte  
 ND T84.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese  
 L

#### Beispiel 6

*Periprothetische entzündliche Reaktion oder Infektion (mit oder ohne Erregernachweis) ohne Vorliegen einer Osteomyelitis und/oder eitrigen Arthritis*

HD T84.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese  
 L  
 oder  
 HD T84.6 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]  
 L  
 oder  
 HD T84.7 Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate  
 L  
 ND Y82.8! Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte  
 ND Erreger, falls bekannt

#### Beispiel 7

*Implantatassoziierte Myositis nach Einsetzen eines Fixateurs externe*

HD M60.8- Sonstige Myositis  
 ND Y82.8 Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte  
 ND T84.6 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]  
 L  
 ND Erreger, falls bekannt

Als Myositis bezeichnet man eine entzündliche Erkrankung der Skelettmuskulatur. Diese kann sowohl durch Infektionserreger (Bakterien, Viren, Pilze), als auch nichterregerbedingt wie z.B. durch Autoimmunprozesse oder durch toxische Stoffe hervorgerufen werden. Eine infektiöse Myositis ohne Assoziation zu einem Implantat wird mit M60.0- «*Infektiöse Myositis*» verschlüsselt. Soll der Infektionserreger angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (B95 – B98) zu benutzen. Eine implantatassoziierte Myositis wird gemäss Kodierbeispiel 7 mit M60.8 «*Sonstige Myositis*» kodiert. Durch Abrieb und/oder «*Fremdkörperreaktion*» kann sich auch ohne Vorliegen von Erregern eine implantatassoziierte Myositis entwickeln.

Bei vorhandenen Erregern ist deren Herkunft vom Implantat aus zu verstehen und ebenfalls zusätzlich mit den Schlüsselnummern aus den Kode - Rubriken T84.- und B95 - B98 zu erfassen.

Verschiedene (weitere) Beispiele sind in der Tabelle «Beispiele für Kodierung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen» auf den folgenden Seiten aufgeführt.

*Wahl der Haupt- oder Nebendiagnose im Kontext «nach medizinischen Massnahmen»*

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 die sie zurückzuführen ist.

**Beispiel 8**

*Bei einem Patienten, der sich wegen eines Zökumkarzinoms einer Hemikolektomie unterzogen hat, tritt drei Tage nach dem Eingriff eine Dehiszenz der Hautnaht auf.*

HD      C18.0      *Bösartige Neubildung des 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.

## Beispiele für Kodierung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen

1. In den Kapiteln: Organkode mit Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	2. Am Ende mancher Kapitel K62.7 Strahlenproktitis	3. Kategorien T80 – T88	4. In den Kapiteln: Organkode ohne Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	Präzise Kodierung
<b>Proktitis nach Radiotherapie bei Blasenkarzinom</b>				
K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k.	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.	<b>K62.7</b>
Im Kode K62.7 ist die präzise Pathologie sowie die Ursache in einem Kode inbegriffen.				
<b>Hypotonie nach Schmerzmittelgabe</b>				
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	<b>I95.2</b>
Im Kode I95.2 ist die präzise Pathologie sowie die Ursache in einem Kode inbegriffen.				
<b>Postoperative Lungenembolie nach Knöchelosteosynthese</b>				
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	<b>I26 – + Y</b>
Im Inkl. des Kodess I26 – ist die postoperative Lungenembolie aufgeführt + Y beschreibt die Ursache.				
<b>Tiefe Beinvenenthrombose nach Knieprothesenimplantation</b>				
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 Thrombo-phlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	<b>I80.28 + Y</b>
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.				
<b>Wunddehiszenz nach Kaiserschnitt</b>				
Ø	Ø	T81.3 Aufreissen einer Operationswunde, a.n.k. Exkl: Kaiserschnittwunde (O90.0)	Ø	<b>O90.0</b>
Der Kode O90.0 beschreibt die Pathologie und die Ursache. T81.3 hat ein Exkl. auf O90.0.				
<b>Iatrogene Perforation des Kolon descendens</b>				
Ø	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 Darms (nicht traumatisch) oder S36.53 Verletzung des Colon descendens	<b>S36.53 + Y</b>
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.				

## Beispiele für Kodierung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen

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
<b>Hautabszess an der Operationswunde nach Appendektomie</b>				
		T81.4 Infektion nach einem Eingriff, a.n.k.	L02.2 Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	L02.2 + Y
<i>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.</i>				
<b>Anästhesie bedingtes Delir</b>				
F05.8 Sonstige Formen des Delirs Postoperatives Delir	G97.88 Sonstige Krankheiten des Nervensystems nach med. Massnahmen	T88.5 Sonstige Komplikationen infolge Anästhesie Postoperatives Delir	F05.8 Sonstige Formen des Delirs Postoperatives Delir	F05.8 + Y
<i>Unter dem Kode F05.8 ist das postoperative Delir aufgeführt + Y beschreibt die Ursache.</i>				
<b>Postoperativer Darmverschluss</b>				
	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
<i>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 Darmtrügheit wird nicht mit K91.3 Postoperativer Darmverschluss abgebildet, sondern mit K59.09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation</i>				
<b>Iatrogener Pneumothorax</b>				
	J95.80 Iatrogener Pneumothorax  ∅	T81.2 Verschentlichte Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, a.n.k.	J93.9 Pneumothorax, n.n.b. oder S270 Traumatischer Pneumothorax	J95.80
<i>J95.80 beschreibt präzise die Pathologie und die Ursache.</i>				
<b>Luxation einer Hüftgelenkendoprothese beim Aufstehen (z.B. vom Bett oder vom Stuhl)</b>				
		M96.88 Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach med. Massnahmen  ∅	T84.04 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese des Hüftgelenks (Fehllage, Leckage, Verlagerung, usw.)  M24.45 Habituelle Luxation eines Gelenkes, Hüfte oder S73.0 – Luxation der Hüfte	T84.04 + Y
<i>M96.88 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. T84.04 beschreibt eine mechanische Komplikation der Gelenkendoprothese. M24.45 beschreibt eine Pathologie eines Gelenkes, S73.0 – beschreibt eine Luxation durch Trauma, einen Unfall.</i>				

## Beispiele für Kodierung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen

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
<b>Aber: Luxation einer Hüftgelenkendoprothese durch Sturz z.B. von einer Leiter (= Unfall)</b>				
<i>S73.0 – beschreibt eine Luxation durch Trauma, durch einen Unfall. (+ X59.9! für den Sturz + Z96.64 für das Vorhandensein der Prothese)</i>				
<b>Tiefes Hämatom im Gelenk nach Knieprothesenimplantation</b>				
<i>M96.88 Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelettsystems nach med. Massnahmen</i>				
<i>T84.04 Mechanische Komplikation durch orthopädische Gelenkendoprothese des Hüftgelenks (Fehllage, Leckage, Verlagerung, usw.)</i>				
<i>S73.0 – Luxation der Hüfte</i>				
<i>T84.8 + Y</i>				
<b>Verlagerter Herzschrittmacher</b>				
<i>∅</i>				
<i>I97.8 Sonstige Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.</i>				
<i>T82.1 Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät</i>				
<i>I97.8 beschreibt eine mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät.</i>				
<i>T82.1 + Y</i>				
<b>Peritonitis durch Peritonealdialysekatheter</b>				
<i>∅</i>				
<i>K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k</i>				
<i>T85.71 Infektion und entzündliche Reaktion durch Katheter zur Peritonealdialyse</i>				
<i>K91.88 beschreibt «sonstige» Komplikationen des Verdauungssystems. T85.71 beschreibt die Pathologie (Infektion) und den Katheter als Ursache.</i>				
<i>K65.09 Sonstige und nicht näher bezeichnete akute Peritonitis beschreibt die Infektion, ein Y würde die Ursache beschreiben, aber nicht die präzise medizinische Massnahme (= den Katheter).</i>				
<i>T85.71 + Y</i>				
<b>Blutung nach Prostatektomie</b>				
<i>∅</i>				
<i>N99.8 Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Massnahmen</i>				
<i>T81.0 Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, a.n.k.</i>				
<i>N42.1 Kongestion und Blutung der Prostata</i>				
<i>N99.8 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Massnahmen. T81.0 beschreibt Blutung als Komplikation, a.n.k. ist aber der präzise Kode, da N42.1 eine Blutung der Prostata beschreibt, die nicht mehr als solche vorhanden ist.</i>				
<i>Diese Kodierung gilt auch bei Blutung nach partieller Resektion der Prostata.</i>				
<i>T81.0 + Y</i>				

## Beispiele für Kodierung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen

1. In den Kapiteln: Organcode mit Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	2. Am Ende mancher Kapitel Ø	3. Kategorien T80 – T88	4. In den Kapiteln: Organcode ohne Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	Präzise Kodierung
<b>Infizierte Lymphozelle n. radikaler Prostatektomie</b>		T81.4 Infektion nach einem Eingriff, a.n.k.	I89.8 Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten <u>K65.9</u> + Y84.9!	I89.8 + Infektion n. Angabe der Lokalisation (z.B. retroperitoneal akut) K65.9 + Y84.9!
				<i>Im Kode I89.8 ist die Krankheit der Lymphgefäße und Lymphknoten abgebildet. Mit der Kodierung der Lokalisation der Infektion, wird präzisiert, dass es sich um eine Komplikation n. medizinischen Massnahmen handelt. I80.80 beschreibt, dass es sich um eine infizierte Lymphozeite handelt. Y84.9! beschreibt, dass es sich um eine Komplikation n. medizinischen Massnahmen handelt.</i>
<b>Phlebitis am Vorderarm wegen Infusion durch Venenverweilkanüle</b>		I97.8 Sonstige Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.	T801 Gefäßkomplikationen nach Infusion, Transfusion, Injektion zu therapeutischen Zwecken (Phlebitis, Thromboembolie, Thrombophlebitis)	I80.80 Phlebitis oberflächlicher Gefäße der oberen Extremitäten T801 + Y
				<i>I97.8 beschreibt «sonstige» Kreislaufkomplikationen, a.n.k. T801 beschreibt in einem Kode präzise die Gefäßkomplikation und die präzise Ursache. I80.80 beschreibt nur die Pathologie.</i>
<b>Harnwegsinfekt unbestimmter Lokalisation bei Dauerkatheterträger</b>		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
				<i>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.</i>
<b>Intraoperativer Duraniss mit sofortigem Verschluss abhängig von der Verletzungshöhe</b>		G97.8 Sonstige Krankheiten des Nervensystems nach med. Massnahmen	T81.2 Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, a.n.k.	S19.80 + Y
				<i>G97.8 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Nervensystems. T81.2 beschreibt eine versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes a.n.k. Verletzung der Rückenmarklumbosakral S33.81, zerebral T81.2. G96.0 beschreibt ein klinisches Krankheitsbild, ein Hypoliquorrhoe-Syndrom ohne Zusammenhang mit einer Operation.</i>
<b>Knochen-/Knochenmarknekrose durch Arzneimittel</b>		M96.88 Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelettsystems nach medizinischen Massnahmen	T88.8 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, a.n.k.	M87.8- Sonstige Knochennekrose M87.1-
				<i>Im Kode M87.- ist die präzise Pathologie sowie die Ursache in einem Kode inbegriffen. Es ist das Exklusivum unter M87.- zu beachten</i>

## D13a Syndrome

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

### Beispiel 1

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

HD Q90.0 Trisomie 21, meiotische Non-disjunction

### Beispiel 2

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

HD Q21.0 Ventrikelseptumdefekt

ND Q90.0 Trisomie 21, meiotische Non-disjunction

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

Bei einem angeborenen Syndrom ist ein zusätzlicher Code aus der Kategorie *Q87.– Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungs-syndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme* als Nebendiagnose zu den bereits kodierten Manifestationen anzugeben. Dieser zusätzliche Code dient als Hinweis, dass dies ein angeborenes Syndrom ist, dem kein spezifischer Code zugewiesen ist.

### Beispiel 3

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

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

L 0

ND Q40.1 Angeborene Hiatushernie

ND Q02 Mikrozephalie

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

B 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 Nebendiagnosedefinition (Regel G54) kodiert.

### Syndrom als Nebendiagnose

Bei einer Hospitalisation für eine Syndrom-unabhängige Erkrankung (z.B. Appendizitis) wird das Syndrom als Nebendiagnose nur abgebildet, wenn die Nebendiagnosedefinition (Regel G54) erfüllt ist.

Bei Syndromen ohne spezifischen Code werden von den verschiedenen Manifestationen nur diejenigen abgebildet, die die Nebendiagnosedefinition (Regel G54) 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 Paukenröhren 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 Nebendiagnosedefinition 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.*

HD F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

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

ND K35.8 Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet

## D15o Verlegungen

### *Verlegung zur Weiterbehandlung*

Wird ein Patient zur **Weiterbehandlung** 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, die die Indikation zur **Weiterbehandlung** darstellt, der Hauptanlass zur Verlegung war. Bei Vorliegen mehrerer möglicher Diagnosen wird die Wahl der Hauptdiagnose unter entsprechender Anwendung der Hauptdiagnosedefinition (Regel G52) getroffen.

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

Für geplante Folgeeingriffe gilt die Regel D07

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

### *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, die die Indikation zur **Behandlung** darstellt. Bei Vorliegen mehrerer Diagnosen wird die Wahl der Hauptdiagnose unter entsprechender Anwendung der Hauptdiagnosedefinition (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) der Halswirbelfraktur ins Zentrumsspital verlegt.

#### **Spital A kodiert:**

HD	S82.-	Unterschenkelfraktur
L	0	
ND	X59.9	Äussere Ursache
ND	S12.-	Halswirbelfraktur

#### **Zentrumsspital kodiert:**

HD	S12.-	Halswirbelfraktur (= Behandlung)
ND	S82.-	Unterschenkelfraktur (= Weiterbehandlung)

#### **Beispiel 2**

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

#### **Spital A kodiert:**

HD	S82.-	Unterschenkelfraktur
L	0	
ND	X59.9	Äussere Ursache

#### **Zentrumsspital kodiert:**

HD	S82.-	Unterschenkelfraktur
----	-------	----------------------

**Beachte:** Kodes 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 G 52 zutreffend, zusätzliche Nebendiagnosen gemäss der Nebendiagnosendefinition G 54.

**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 Versorgung der Schnittwunde.

**Akutspital kodiert:**

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

**Psychiatrische Klinik kodiert:**

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

**Beispiel 5 - Rehabilitation**

Ein Patient wird nach multiplen, offenen Unterschenkelfrakturen bds auf der muskuloskeletalen Rehabilitation behandelt. Während einer Therapieeinheit klagt der Patient über Atemnot und Brustschmerzen. Es erfolgt eine Verlegung ins Akutspital bei Verdacht auf Lungenembolie. Im Akutspital bestätigt sich die Diagnose einer akuten Lungenembolie bds ohne cor pulmonale.

**Rehaklinik kodiert:**

HD S82.- Fraktur des Unterschenkels, einschliesslich des oberen Sprunggelenkes bds  
L 0  
ND I26.9 Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale  
L 0

Nebendiagnosen gemäss Kodierregel G 54

Behandlungen entsprechend Mindestmerkmalen unter BA und BA.5

**Akutspital kodiert:**

HD I26.9 Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale  
L 0

Zusätzliche Nebendiagnosen gemäss der Nebendiagnosendefinition G 54.

*Verlegung zur Behandlung ins Zentrumspital mit Rückverlegung ins Primärspital*

Beispiel für eine Verlegung zur Auftragsdiagnostik/-therapie:

Ein Patient mit akutem Myokardinfarkt wird nach der Aufnahme im Primärspital zur Koronarangiographie und Stentversorgung vorübergehend ins Zentrumspital verlegt. Je nachdem, ob die Behandlung im Zentrumspital **ambulant** (Beispiel 6 – externe ambulante Leistung - Kodierregel P00n) oder **stationär** (Beispiel 7 – stationäre Verlegung) erfolgt, ist unterschiedlich zu kodieren.

**Beispiel 6**

Der Myokardinfarktpatient erhält im Zentrumsplatz eine **ambulante** Abklärung und PTCA (1 Gefäß/1 Metallstent), er wird innert Stunden zurückverlegt.

**Primärspital kodiert:**

HD I21.- Akuter Myokardinfarkt  
 B 00.66-- (auswärts<sup>1</sup>) Perkutane transluminale Koronarangioplastik [PTCA] oder koronare Atherektomie  
 B 00.40 (auswärts<sup>1</sup>) Massnahme auf einem Gefäß  
 B 36.08.11 (auswärts<sup>1</sup>) Implantation perkutan-transluminal von Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie

**Zentrumsplatz: keine Kodierung<sup>2</sup>**

**Beispiel 7**

Der Myokardinfarktpatient bleibt 36 Stunden **stationär** im Zentrumsplatz zur Abklärung und PTCA (1 Gefäß/1 Metallstent), er wird dann zurückverlegt.

**Primärspital kodiert als HD für den ersten Aufenthalt:**

HD I21.- Akuter Myokardinfarkt

**Zentrumsplatz kodiert:**

HD I21.- Akuter Myokardinfarkt  
 B 00.66-- Perkutane transluminale Koronarangioplastik [PTCA] oder koronare Atherektomie  
 B 00.40 Massnahme auf einem Gefäß  
 B 36.08.11 Implantation perkutan-transluminal von Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie

**Primärspital kodiert als HD für den zweiten Aufenthalt:**

HD I21.- Akuter Myokardinfarkt  
 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, sind die Diagnosen und Prozeduren beider Aufenthalte zunächst separat zu kodieren.

Eine allfällige Fallzusammenführung erfolgt gemäss den Abrechnungsregeln von SwissDRG, TARPSY und ST Reha. Näheres siehe unter: «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha».

**Verlegung eines gesunden Neugeborenen**

Bei Verlegung von Mutter und Neugeborenem zur Behandlung oder Weiterbehandlung der **kranken Mutter** mit ihrem **gesunden Neugeborenen** wird im zweiten Spital für das Neugeborene ein Fall eröffnet.

Das **Gewicht bei Eintritt** ins zweite Spital wird unter Variable «aufnahmegewicht» eingetragen.

Als Hauptdiagnose wird für das Neugeborene Z51.88 Sonstige näher bezeichnete medizinische Behandlung kodiert.

**Beachte:** Es handelt sich in oben angegebener Situation um ein **gesundes Neugeborenes**.

In oben beschriebener Ausnahmesituation ist vom **ersten (verlegenden)** Spital/Geburtshaus in der Variable «austritt\_aufenthalt» die Ziffer «8 = andere» im Fall des Neugeborenen abzubilden.

Die Ziffer «6=anderes Spital» wird **nicht** für gesunde **Begleitpersonen** (im oberen Absatz: **gesundes**, nicht behandlungsbedürftiges Neugeborenes) verwendet.

<sup>1</sup> Die extern erbrachte Leistung wird in der Datenerhebung unter SpiGes in einem Zusatzfeld (Variable «behandlung\_auswaerts») erfasst.

<sup>2</sup> Siehe «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha»

Vom **aufnehmenden** Spital wird für den Eintritt des gesunden Neugeborenen

Variable «eintritt\_aufenthalt» Ziffer «6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus» angegeben, gefolgt von der entsprechenden Variablen «eintrittsart».

Bei Verlegung/Übertritt einer **gesunden Mutter mit gesundem Neugeborenen** aus dem Spital in das Geburtshaus zur Weiterbetreuung werden folgende Variablen gewählt:

**Verlegendes Spital:**

Mutter: Variable «austritt\_aufenthalt» «6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus»

Neugeborenes: Variable «austritt\_aufenthalt» «8 = andere»

**Aufnehmendes Spital/Geburtshaus:**

Mutter: Variable "eintritt\_aufenthalt" «6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus»

Neugeborenes: Variable "eintritt\_aufenthalt" «6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus»

Zu den möglichen DRG, siehe auch «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha».

## 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 Kodierungshandbuchs. 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 Hüftprothese rechts, 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 Femurfraktur rechts (HD im ersten Aufenthalt) und einer Daumenfraktur rechts 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

## P00n Erfassung der Prozedur im medizinischen Datensatz

- Zu jeder erfassten Prozedur sind anzugeben:

**Behandlung:** das Behandlungsdatum und der Behandlungsbeginn mit Angabe der Uhrzeit. Die Uhrzeit muss nicht für jede einzelne Prozedur exakt sein. Für alle Kodes einer Operation (inklusive eingesetztem Material und Zusatzkodes für die Materialeigenschaften) soll die gleiche Uhrzeit erfasst werden.

Die Uhrzeit ist nur anzugeben für Prozeduren die im Operationssaal oder Herzkatheterlabor durchgeführt werden. Für Prozeduren die ausserhalb dieser Strukturen durchgeführt werden, genügt die Angabe des Datums ohne Uhrzeit (Variable «behandlung\_beginn».)

Die **Seitigkeit/Lateralität** bei Eingriffen an paarigen Organen und Körperteilen ist im medizinischen Datensatz anzugeben

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 «behandlung\_seitigkeit», 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, werden diese beim stationären Fall kodiert und mit dem speziellen Item «ambulante Behandlung auswärts» («behandlung\_auswaerts», usw.) gekennzeichnet.

Ausnahme Geltungsbereich: TARPSY und ST Reha:

Von dieser Regel ausgenommen sind auswärts erbrachte ambulante Leistungen, die gemäss der «Vereinbarung zur separaten Verrechnung von Leistungen während eines stationären Aufenthaltes» separat verrechnet werden. Diese dürfen auf den stationären Fall nicht kodiert werden.

Weiterführende Informationen **zur Erfassung der Kodes und zu den Abrechnungsregeln** für separat verrechenbare Leistungen sowie zu den Vereinbarungen zwischen H+ und den Krankenversicherern, bezüglich der Vergütung externer ambulanter Leistungen, entnehmen Sie bitte den aktualisierten Dokumenten auf den Websites der SwissDRG AG, bzw. H+.

## P01m 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, CT etc.).

**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 als weitere Behandlung kodiert.*

### Hinweis:

Wird eine primäre oder sekundäre Sectio caesarea in **Allgemeinanästhesie (Vollnarkose)** durchgeführt, muss der entsprechende CHOP-Kode aus Kategorie 93.92.- *Anästhesie* obligatorisch zusätzlich zur entsprechenden Sectio-Prozedur erfasst werden, entgegen dem «Beachte» unter der Kodekategorie 93.92.-.

Dabei ist es unerheblich, ob im Geburtsverlauf bereits eine PDA, ein PDK gelegt oder eine Spinalanästhesie zur Schmerzbekämpfung sub partu verabreicht wurden.

Als Procedurendatum für den Kode der Allgemeinanästhesie muss das entsprechende Procedurendatum der Sectio caesarea gewählt werden.

Entsprechende Beispiele finden sich unter SD1505 «Spezielle Kodierregeln für die Geburt», Primäre und sekundäre Schnittentbindung.

## P02o 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 durchgeführten kodierten 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:
  - Medikamentösen Therapien bei Neugeborenen, sofern es einen spezifischen CHOP-Kode gibt
  - Zytostatikatherapien, Immuntherapien, Thrombolyse, Gerinnungsfaktoren, Blutprodukte
  - Für TARPSY und ST Reha: Antiinfektiöse Therapien, z.B. i.v. Verabreichung von Antibiotika (CHOP-Kode 99.22.1- Injektion einer antiinfektiösen Substanz, nach Anzahl Behandlungstage)
- Beachte: Die Erfassung des CHOP-Kodes 99.22.1- Injektion einer antiinfektiösen Substanz nach Anzahl Behandlungstage ist für die Akutsomatik fakultativ
- hochteuren Medikamenten, 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 Operationskode abgebildet.

**Beachte:** CHOP-Kodes des Kapitels 94 «Auf die Psyche bezogene Massnahmen» können unter TARPSY fakultativ erfasst werden, auch wenn sie bei der entsprechenden Diagnose routinemässig durchgeführt werden.

- **Prozeduren, die in direktem Zusammenhang** mit einer operativen Prozedur stehen.

Bei Gewebetransplantationen, die im gleichen Eingriff durchgeführt wurden, soll die Transplantatentnahme nicht zusätzlich kodiert werden. Ist kein spezifischer Verweis (Kodiere ebenso) auf die Entnahme vorhanden, dann ist die Entnahme inklusive.

**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 Kode enthalten und wird nicht gesondert kodiert.

**Ausnahmen:**

- **Anästhesie** bei Prozeduren, die normalerweise ohne erbracht werden, z.B. Narkose für eine MRI beim Kind.
- **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 Meniskektomie wird nicht zusätzlich verschlüsselt.
- Zur Kodierung von **Schmerztherapien im Kontext von Operationen, Interventionen, Diagnostik und Schmerzbehandlungsverfahren** wird auf die Kodierregel SD1804 verwiesen.
- **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 mehreren Stellen von Ösophagus, 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*

## P04n 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

oder

52.51.31 Pankreatikoduodenale Resektion mit Teilresektion des Magens

### 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 muss sich einer totalen Gastrektomie mit Resektion des grossen Netzes und der Lymphknoten der Magenregion unterziehen.

43.99.99 Sonstige totale Gastrektomie, sonstige

40.3X.- Exzision von regionalen Lymphknoten

54.4X.- Exzision oder Destruktion von Peritonealgewebe

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

Bei Gewebeentnahmen (z.B. Knochen, Muskel, Sehne) anderer Lokalisation als die der durchgeföhrten Operation, sind diese nur dann separat abzubilden, wenn sie nicht im Operationskode inbegriffen sind, oder ein spezifischer Verweis (Kodiere ebenso) auf die Entnahme vorhanden ist. Ist kein spezifischer Verweis (Kodiere ebenso) auf die Entnahme vorhanden, dann ist die Entnahme inklusive.

### 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 Gracilis-Sehne, arthroskopisch.
- Lappen-Entnahme im Kode inbegriffen: z.B. 85.K4.11 Mammaplastik 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 Probelaparotomie

### **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

## P06o 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
B	21.32	Exzision und lokale Destruktion einer anderen Läsion an der Nase (für Basaliom Nase)
B	18.31	Radikale Exzision einer Läsion am äusseren Ohr (für 2 Basaliome Ohr)
L	1	
B	86.32.1E	Lokale Exzision von Läsion oder Gewebe an Haut und Subkutangewebe, mit primärem Wundverschluss, an anderer Lokalisation (für 3 Basaliome Unterarm)
B	86.32.1E	Lokale Exzision von Läsion oder Gewebe an Haut und Subkutangewebe, mit primärem Wundverschluss, an anderer Lokalisation (für 3 Keratosis solaris-Läsionen am Rücken)
B	86.32.1E	Lokale Exzision von Läsion oder Gewebe an Haut und Subkutangewebe, mit primärem Wundverschluss, an anderer Lokalisation (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 (1x den Kode für die Gesamtanzahl aller intrakraniellen, extrakraniellen und spinalen Coils, 1x 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 Erythrozytenkonzentraten 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

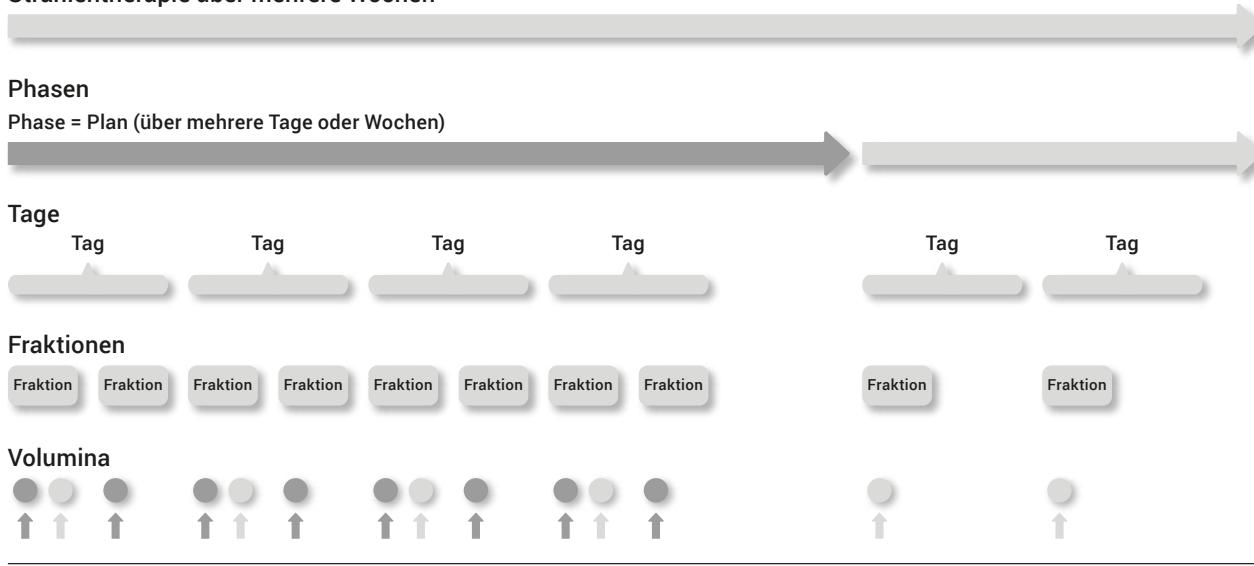
## Therapeutische Radiologie und Nuklearmedizin

Die Abbildung 1 stellt die verschiedenen Begriffe dar. Pro senkrechten Pfeil ist der entsprechende Kode zu erfassen.

Erläuterung von «pro Fraktion sowie Volumen» im «Beachte»  
der 3-stelligen Kategorie 92.5- «Radio-Onkologie und Strahlentherapie»

Abbildung 1

### Strahlentherapie über mehrere Wochen



© BFS 2024

Bei nuklearmedizinischer Therapie sind die Prozeduren so oft zu erfassen, wie sie durchgeführt wurden **und es ist ein Kode pro Lokalisation abzubilden**.

Für die Radio-Onkologie verweisen wir auf die Erläuterungen der Einleitung der CHOP 2025.

### Radiojodtherapie:

Hier wird bei mehrfacher Applikation während eines stationären Aufenthaltes die erzielte Gesamtaktivität mit einem Kode aus der Elementengruppe 92.28.4- *Radiojodtherapie* kodiert.

### Vakuumversiegelungstherapie/Behandlung mit Vakuumverband:

Für die Abbildung der **Dauer** einer kontinuierlichen Sogbehandlung bei einer s.g. Vakuumversiegelung/Behandlung mit Vakuumverband steht in der CHOP die Elementengruppe 93.57.1- *Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, nach Anzahl Behandlungstage* zur Verfügung.

Die Koderverantwortlichen sind häufig mit der Tatsache konfrontiert, dass in **einem** stationären Aufenthalt mehrere Vakuumverbandstherapien (Anlage, Wechsel, Entfernung) stattfinden (müssen) und diese Behandlungen sich auf eine oder mehrere Lokalisationen beziehen können.

Es wird **pro stationären Fall nur ein Kode** für die **Dauer** der Sogbehandlung erfasst.

Für die korrekte Erfassung des Kodes werden die Tage aller stattgefundenen Sogbehandlungen addiert. Dabei ist unerheblich, ob die Behandlung nur an einer oder an mehreren Lokalisationen (auch gleichzeitig) stattfand.

Die Tage der **Anlage**, des **Wechsels** und **Entfernens** eines oder mehrerer Vakuumverbände werden in die Zählung der Dauer einbezogen. Angebrochene Tage (z.B. auch bei Verlegung) werden dabei als ganze Tage gezählt.  
 Einzelne Tage dürfen bei der Bestimmung der Gesamtdauer jedoch nicht doppelt gezählt werden.  
 Als Tage zählen die Kalendertage.

**Einweggebrauch-VAC-Pumpensysteme werden mit dem Kode 93.57.21 *Applikation eines epikutanan (Vakuum-)Verbandes* kodiert.**

Die folgenden (stark vereinfachten) Beispiele sollen aufzeigen, wie die möglichen unterschiedlichen Szenarien durch die Kodierverantwortlichen erfasst werden müssen.

#### Beispiel 4

- |                 |   |
|-----------------|---|
| 01.01. – 05.01. | 5 Tage Vakuumbehandlung am offenen Abdomen                                |
| 01.01. – 05.01. | 5 Tage Vakuumbehandlung zusätzlich tiefreichend an Knochen der Extremität |
| 05.01. – 09.01. | 5 Tage Vakuumbehandlung subkutan Abdomen oder an anderer Lokalisation     |

Kodierung:

86.88.I3	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, am offenen Abdomen	01.01.
86.88.I1	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, tiefreichend, an Knochen und Gelenken der Extremitäten	01.01.
86.88.I5	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, an Haut und Subkutangewebe	05.01.
93.57.15	Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage	01.01.

Da vom 01.01. – 05.01. die Vakuumbehandlung des offenen Abdomens (86.88.I3) und an der Extremität (86.88.I1) gleichzeitig erfolgten, ist als Endsumme

93.57.15 Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage für eine 9 Tage dauernde Sogbehandlung zu wählen.

Das Prozedurndatum ist mit 01.01. anzugeben.

Der 05.01. darf als Einzeltag nicht doppelt gezählt werden, auch wenn ein Wechsel (Beenden der Behandlung am offenen Abdomen) der Vakuumbehandlung von offenem Abdomen auf subkutane Behandlung am Abdomen **oder an andere Lokalisation** (Neuanlage an anderer Lokalisation) erfolgte.

#### Beispiel 5

Eintritt 05.02.

- |        |   |
|--------|---|
| 06.02. | Anlage Vakuumverbände an Abdomen links subkutan und Unterschenkel rechts subkutan (Allgemeinanästhesie)         |
| 09.02. | Wechsel der Vakuumverbände an beiden Lokalisationen (Allgemeinanästhesie)                                       |
| 12.02. | Verlegung in anderes Akutspital zur Weiterbehandlung mit liegenden Vakuumverbänden an Unterschenkel und Abdomen |

Kodierung:

86.88.I5	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, an Haut und Subkutangewebe	06.02.
L	0	
86.88.I5	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, an Haut und Subkutangewebe	09.02.
L	0	
93.57.15	Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage	06.02.

Da die Tage der Anlage, des Wechsels und der angebrochene Tag der Verlegung in die Erfassung der Dauer der Sogbehandlung der liegenden Vakuumverbände einfließen, ergibt sich eine Gesamtdauer von 7 Tagen.

**Beispiel 6**

Stationärer Aufenthalt 01.03.-20.03.

- 01.03. Anlage Vakuumverband am offenen Abdomen
- 05.03. Wechsel Vakuumverband am offenen Abdomen
- 10.03. Entfernung Vakuumverband, Verschluss Abdomen

Später im Aufenthalt:

- 15.03. Anlage Vakuumverband subkutan Abdomen bei Nahtdehiszenz
- 18.03. Verschluss Haut und Subkutangewebe Abdomen nach Entfernung Vakuumverband

Kodierung:

86.88.I3	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, am offenen Abdomen	01.03.
86.88.I3	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, am offenen Abdomen	05.03.
93.57.16	Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung, mindestens 14 bis 20 Behandlungstage	01.03.
	Verschluss Abdomen gemäss medizinischer Dokumentation	10.03.
86.88.I5	Operative Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung in Regional- oder Allgemeinanästhesie, an Haut und Subkutangewebe	15.03.
	Verschluss Haut und Subkutangewebe gemäss medizinischer Dokumentation	18.03.

Auch in diesem Beispiel werden die Tage der Anlage (01.03. und 15.03.) sowie der Tag des Wechsels (05.03.) in die Erfassung der Gesamtdauer einbezogen.

Da am 11., 12., 13. und 14.03. keine Vakuumbehandlung erfolgte, dürfen diese Tage des stationären Aufenthaltes zur Gesamtdauer der Sogbehandlung nicht hinzugerechnet werden.

**Behandlung auf einer IPS und/oder IMC:**

Für die Berechnung der Aufwandpunkte, die der korrekten Erfassung der Kodes für die Behandlung auf einer Intensivstation (IS) (99.B7.- Intensivmedizinische Komplexbehandlung) oder Intermediate-Care Unit (99.B8.- Komplexbehandlung in einer Intermediate-Care Unit [IMCU]) dienen, werden alle Werte der pro (Pflege)-Schicht erhobenen NEMS und einmalig pro IS/IMCU-Aufenthalt SAPS II, CRIB II oder PIM III gemäss den Vorgaben des MDS<sup>1</sup>/MDSimc verwendet.

Zur Bestimmung des zutreffenden CHOP-Kodes aus den entsprechenden Subkategorien 99.B7.- (Intensivmedizinische Komplexbehandlung) und 99.B8.- (Komplexbehandlung in einer Intermediate-Care Unit [IMCU]) wird wie folgt vorgegangen:

Die Anzahl der Aufwandpunkte errechnet sich aus SAPS II (oder PIM III, CRIB II (Predicted Death Rate in %)) + Summe der NEMS aller Schichten.

Bei einer 8-Stunden Schichtdauer wird NEMS aufsummiert, bei einer 12-Stunden Schichtdauer wird die jeweils erhobene Punktzahl für NEMS mit 1.5 multipliziert.

Für die Berechnung der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung wird der gerundete Wert für die «predicted mortality» eingesetzt.

**Fallbeispiel:**

NEMS 386, PIM3 95.8%

Es muss zu den NEMS-Punkten die gemäss PIM3 erwartete Mortalität (predicted mortality) in % addiert werden:

NEMS 386 + 96 (PIM 3, Predicted Death Rate in %) = 482.

Wird eine Patientin/ein Patient während eines stationären Falles mehrfach auf einer Intensivstation und/oder Intermediate-Care Unit desselben Spitals, oder sequentiell in verschiedenen Intensivstationen/Intermediate Care Units desselben Spitals (auch mit mehreren Standorten) betreut, werden die Summen aller NEMS der Einzelaufenthalte und die SAPS II, CRIB II oder PIM der jeweiligen Einzelaufenthalte zusammengerechnet und der zur Gesamtsumme passende CHOP-Kode erfasst.

<sup>1</sup> SGI-SSMI. Kommission Datensatz (KDS). Minimaler Datensatz der SGI MDSi. Abschnitte 2.3.5 «Schweregrad der akuten Erkrankung» und 2.4.1 «IS spezifischer Aufwand-Score (NEMS)». (Download der aktuell gültigen Version via: <https://www.sgi-ssmi.ch/de/datensatz.html>)

Bei dem Transfer/Transport einer Patientin oder eines Patienten während **eines stationären Falles**

- von IS **Standort A** auf IS **Standort B** desselben Spitals oder
  - von IMCU **Standort A** auf IMCU **Standort B** desselben Spitals oder
  - von IS A auf IS B innerhalb **dieselben Spitalstandorte** oder
  - von IMCU A auf IMCU B innerhalb **dieselben Spitalstandorte** oder
  - von **IS Standort A** auf **IMCU Standort B** desselben Spitals oder vice versa oder
  - von **IS auf IMCU** innerhalb **dieselben Spitalstandorte** oder vice versa oder
  - externe Verlegung von IS/IMCU eines Spitals auf IS/IMCU eines anderen Spitals oder vice versa

werden **durch die transferierende/verlegende wie auch aufnehmende Einrichtung** für die jeweilige (Pflege)-Schicht, **auch wenn der Transfer/die Verlegung in der gleichen Schicht erfolgt**, die entsprechenden NEMS und gemäss Bestimmungen der SAPS II, PIM III oder CRIB II erhoben.

Als aufnehmende Einrichtung gelten IS/IMCU (gemäss Richtlinien SGI und/oder KAIMC, zertifizierte einzelne Organisationseinheiten) innerhalb des gleichen Spitalstandortes, IS/IMCU in verschiedenen Standorten desselben Spitals oder in gänzlich verschiedenen Spitätern.

Diese Bestimmungen gelten auch für kurze Aufenthalte < 24h auf der Intensivstation und/oder Intermediate-Care Unit.  
Es gelten die Vorgaben der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI), respektive der Kommission für Anerkennung der IMC (KAIMC).

## P07o Bilaterale Operationen

Bilaterale Operationen in einer Sitzung werden nur einmal kodiert und erhalten das Kennzeichen bilateral in der Seitigkeitsvariable (Variable «behandlung\_seitigkeit» usw.).

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

### Beispiel

*Implantation von Knie-Totalprothesen beidseits.*

B 81.54.- *Implantation einer Endoprothese des Kniegelenks*

L 0

## P08o Revisionen eines Operationsgebietes/Reoperationen

Bei der Wiedereröffnung eines Operationsgebietes zur

- Behandlung einer Komplikation,
- Durchführung einer Rezidivtherapie oder
- Durchführung einer Operation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch, laparoskopisch und arthroskopisch voroperierten Gebiet **oder**
- bereits perkutan interventionell vorbehandelten oder bestrahlten Gebiet.

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

*00.99.11 Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch, laparoskopisch und arthroskopisch voroperierten Gebiet*

**oder**

*00.99.12 Operation in einem bereits perkutan interventionell vorbehandelten oder bestrahlten Gebiet*

**oder**

*00.99.19 Reoperation in einem bereits über sonstige Zugänge voroperierten Gebiet*

**Beachte:** *00.99.11 «Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch, laparoskopisch und arthroskopisch voroperierten Gebiet» oder*

*00.99.12 «Operation in einem bereits perkutan interventionell vorbehandelten oder bestrahlten Gebiet» 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 etc.).*

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.

### Revisionseingriffe ohne Implantat-Wechsel

Werden bei Revisionseingriffen vorhandene Implantate explantiert (z.B. Aszitespumpe) und in gleicher Sitzung **dieselben** Implantate wieder implantiert, dürfen keine Kodes für eine Implantation oder Wechsel eines Implantats kodiert werden.

Z.B. Aszitespumpe

Der Kode *54.99.80 Einsetzen von Kathetern sowie automatischer, programmierbarer und wiederaufladbarer Pumpe zur kontinuierlichen Aszitesdrainage* ist **nicht** zu verwenden.

Zur Anwendung kommen die Kodes *54.99.81 Revision ohne Ersatz von Kathetern sowie automatischer, programmierbarer und wiederaufladbarer Pumpe zur kontinuierlichen Aszitesdrainage* und/oder *54.99.82 Behebung einer mechanischen Obstruktion von Kathetern einer automatischen, programmierbaren und wiederaufladbaren Pumpe zur kontinuierlichen Aszitesdrainage*.

Das Beispiel ist beliebig erweiterbar z.B. für Defibrillator, Pacemaker, Mammaprothese etc.

Sind bei einem Patienten bei einer stationären Behandlung mehrere Reoperationen notwendig, sind die Kodes *00.99.11 Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch, laparoskopisch und arthroskopisch voroperierten Gebiet oder 00.99.12 Operation in einem bereits perkutan interventionell vorbehandelten oder bestrahlten Gebiet sowie 00.99.19 Reoperation in einem bereits über sonstige Zugänge voroperierten Gebiet* nur einmal zur ersten Reoperation abzubilden.

### Beispiel 1

Patientin kommt zur Sectio bei Status nach Sectio.

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

B 00.99.11 *Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch, laparoskopisch und arthroskopisch voroperierten Gebiet*

**Gebrauch der Kodes 34.03 Wiedereröffnung einer Thorakotomie, 54.12.11 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, der sich auf Evakuierung eines Hämatoms **und/oder** Exploration **und/oder** Hämostase beschränkt.

Ansonsten ist bei intrathorakalen, intraabdominalen oder Herz-Operationen, die mit einem spezifischen Kode abgebildet werden, im Falle einer Reoperation der Kode 00.99.11 zusätzlich zu kodieren.

**Beispiel 2**

Eine Reoperation zur weiteren Teilresektion des Dünndarms wird mit:

45.62 Sonstige Teilresektion am Dünndarm +

00.99.11 Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch, laparoskopisch und arthroskopisch voroperierten Gebiet

und **nicht** mit:

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

## P09o 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 erfolgt die Organ- oder Gewebeentnahme nicht während desselben stationären Aufenthaltes, so ist wie folgt zu kodieren:

HD Z00.5 Untersuchung eines potenziellen Organ- oder Gewebespenders

B 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 im gleichen stationären Aufenthalt erfolgt, gilt folgende Kodierrichtlinie:

HD Z52.– Spender von Organen oder Geweben

B Prozedurenkode zur Entnahme des Transplantates (siehe auch untenstehende Tabelle)

#### Beispiel 1

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

HD Z52.4 Nierenspender

B 55.51.02 Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspende

L

#### Beispiel 2

Aufnahme zur Stammzellenspende (Eigenspende = autolog, oder Fremdspender = allogen). Behandlungsrelevante Nebendiagnosen bestehen nicht.

HD Z52.01 Stammzellenspender

B Prozedurenkode zur Entnahme des Transplantates (siehe auch nachfolgende Transplantationstabelle)

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

### 3. Postmortale Spende nach Gehirntod im Spital

Die Kodierung bei einem Patienten, der als Organspender in Frage kommt, unterscheidet sich nicht vom üblichen Vorgehen bei der Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren: als Hauptdiagnose ist diejenige Erkrankung oder Verletzung zu kodieren, die die Aufnahme veranlasst hat, hinzukommen vorliegende Nebendiagnosen und die durchgeführten Prozeduren.

Der entsprechende Kode für die Organentnahme ist **nicht** zu kodieren. Ebenso ist der Kode Z00.5 Untersuchung eines potentiellen Spenders eines Organs oder Gewebes **nicht** anzugeben.

Mit den Variablen «austrittsdatum»/«episode\_ende» der Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes) 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 aus Kategorie

*89.07.- Konsultation, als ausführlich bezeichnet  
abgebildet.*

### 5. Transplantation

Empfänger des transplantierten Organs werden wie folgt kodiert:

- HD      *Krankheit, die den Grund für die Transplantation darstellt*
- B      *Prozedurenkode für Transplantation (siehe Tabelle)*
- B      *Kode aus 00.90.- bis 00.93.- Art eines Implantates oder eines Gewebetransplantates und Art der Organkonservierung sowie Kennzeichnung der Todesart des Spenders («Donation after circulatory death [DCD]» und «Donation after brain death [DBD]»).  
Sowie, wenn bekannt, die Kriterien der AB0 Kompatibilität.*

**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 Stammzellentnahme und -transplantation wird kein Kode aus 00.90.- bis 00.93.- kodiert).

- B      *Zusätzlich 99.79.11 Vorbereitung auf AB0 - 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 und für die Entnahme.

### 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 dann als Hauptdiagnose erfasst, wenn der Zustand die Definition der Hauptdiagnose erfüllt. Die (z.B. maligne) Grunderkrankung wird anschliessend als Nebendiagnose erfasst, sofern sie die Kriterien der Kodierregel G54 Die Nebendiagnosen erfüllt. Diese Regelung hat Vorrang vor der Regelung SD0202 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-	Hämatopoetische Stammzellentnahme aus dem peripheren Blut	41.0B.2-	Hämatopoetische Stammzelltransplantation aus dem peripheren Blut
Knochenmark (KM)	Z52.3	41.0A.1-	Hämatopoetische Stammzellentnahme aus dem Knochenmark	41.0B.1-	Hämatopoetische Stammzelltransplantation aus dem Knochenmark
Haut	Z52.1	86.6.-.-	Freie Hauttransplantation und permanenter Hautersatz		Kode je nach Lokalisation und Umfang
Knochen	Z52.2	77.7-	Knochenentnahme zur Transplantation	76.91. - 78.0.-.-	Knochentransplantat an Gesichtsschädelknochen Knochentransplantation und Knochentransposition Knochentransplantation und Knochentransposition 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-	Pankreatransplantation
Kornea				11.6-	Korneatransplantation
Dünndarm				46.97.-	Darmtransplantation

## P10n Adhäsiolyse

Handelt es sich um Adhäsiolyseeingriffe am Peritoneum der Organe/Organsysteme des Abdominalraumes und Beckens (viszerale, urologische, gynäkologische, neonatologische Adhäsionen), stehen spezifische Kodes, die den Sachverhalt der Adhäsiolyse abbilden, in der CHOP zur Verfügung.

Entsprechende Kodes befinden sich in den Organkapiteln der CHOP, z.B.:

- 54.5- *Lösung von peritonealen Adhäsionen*
- 65.8- *Lösung von Adhäsionen an Ovar und Tuba uterina*
- 59.02 *Sonstige Lösung von perirenalen oder periureteralen Adhäsionen*
- 59.03- *Laparoskopische Lösung von perirenalen oder periureteralen Adhäsionen*
- 59.11 *Sonstige Lösung von perivesikalen Adhäsionen*
- 59.12 *Laparoskopische Lösung von perivesikalen Adhäsionen*

Sofern die Operationsdauer der Adhäsiolyse(n) (Zeitsumme der einzelnen Adhäsiolyseeingriffe während eines Eingriffes oder eine alleinige Adhäsiolyse z.B. nur am abdominalen Peritoneum oder nur an den Adnexen) die 60-Minutengrenze überschreitet, dürfen die entsprechenden CHOP-Kodes aus den Organkapiteln (auch mehrere gleichzeitig) kodiert werden.

Für die Summierung der Gesamt-Dauer wird nur die reine Zeit, die das Lösen betrifft, gezählt. Bei Unklarheiten erfolgt die Anfrage an den Operateur.

Die Dauer muss im Operationsbericht schriftlich und nachvollziehbar dokumentiert und ggf. durch Zeitangaben (z.B. Schnitt-Naht-Zeit) aus dem Operationsprotokoll belegbar sein.

Wird die erforderliche Zeitdauer von > 60 min nicht erreicht (entweder als Zeitsumme einzelner Adhäsionen oder als Adhäsiolyse an einem Organ/Organsystem), darf **kein** Adhäsiolyse-Kode aus den CHOP-Kapiteln verschlüsselt werden.

Die Kodierung eines/mehrerer Diagnosekodes bezogen auf die Adhäsionen (Nebendiagnose) hat bei Erfüllung der Kodierregel G 54 jedoch zu erfolgen.

### **Beispiel 1 (Adhäsiolysezeitsumme ≤ 60 min):**

*Eine Patientin wird mit persistierendem linksseitigem Ovarialbefund aufgenommen.*

*Intraoperativ werden massive postentzündliche und endometriale Verwachsungen konstatiert.*

*Es erfolgt eine aufwändige Adhäsiolyse (perivesikal, periuterale, periovariell, Peritoneum des Darms). Dokumentierte Zeitsumme der Adhäsionen: 55 min.*

*Erst nach Freilegung des Befundes kann eine laparoskopische Salpingoovarektomie bei grossem, linksseitigem ovariellem Endometriom erfolgen.*

*Gesamt-OP-Dauer 1h 50 min.*

HD	N80.1	<i>Endometriose des Ovars</i>
L	2	
ND	N73.6	<i>Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken</i>
ND	K66.0	<i>Peritoneale Adhäsionen</i>
B	65.41	<i>Salpingoovarektomie, laparoskopisch</i>
L	2	

**Beispiel 2 (Adhäsolysezeitsumme > 60 min):**

Ein Patient wird wegen akuter gedeckter perforierter Sigmadivertikulitis aufgenommen.

Bei Vorliegen massiver postoperativer Adhäsionen (Status nach Vierquadranten-Peritonitis bei perforierter Appendizitis und iatrogener Harnblasenverletzung) muss eine aufwändige Adhäsolyse erfolgen, die neben interenterischen, abdominalen Adhäsionen auch das gesamte männliche Becken betrifft.

Erst nach einer 100 min dauernden Adhäsolyse (Zeitsumme aus Lösung perivesikaler, interenterischer und periureteraler Adhäsionen) kann eine laparoskopische Sigmaresektion erfolgen.

HD	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation [...]
ND	N99.4	Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Massnahmen
ND	K66.0	Peritoneale Adhäsionen
ND	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.
<i>B</i>	45.76.21	Sigmoidektomie, laparoskopisch
<i>B</i>	59.12	Laparoskopische Lösung von perivesikalen Adhäsionen
<i>B</i>	54.51	Lösung von peritonealen Adhäsionen, laparoskopisch
<i>B</i>	59.03.99	Laparoskopische Lösung von perirenalen oder periureteralen Adhäsionen, sonstige
<i>B</i>	00.99.11	Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch, laparoskopisch und arthroskopisch voroperierten Gebiet

**Beispiel 3 (Adhäsolysezeitsumme ≤ 60 min):**

Ein Patient wird wegen Brindenileus nach vorangegangener Rektumresektion bei Rektumkarzinom aufgenommen.

Es erfolgt eine laparoskopische Bridenlösung (Lösung peritonealer Adhäsionen).

Des Weiteren werden rechtsseitige periureterale, ostiumnahe Adhäsionen gelöst, die ebenfalls auf die vorangegangene Rektumresektion zurückgeführt werden.

Eine Darmentlastung durch Incision oder Teilresektion aufgrund Ischämie ist nicht notwendig. Der Darm erholt sich sofort nach Lösung der Briden.

OP-Dauer 40 min.

HD	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion
ND	C20	Bösartige Neubildung des Rekturns
ND	N99.4	Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Massnahmen
L	1	
<i>B</i>	54.21.99	Laparoskopie, sonstige
<i>B</i>	00.99.11	Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch, laparoskopisch und arthroskopisch voroperierten Gebiet

Bei einer Dauer der Adhäsolyse(n) von **> 60 min** wird ein Behandlungskode aus dem entsprechenden Organkapitel gewählt.

Es können zusätzliche Behandlungen und Nebendiagnosen bezüglich Adhäsionen aus den entsprechenden Kapiteln der ICD-10-GM und der CHOP abgebildet werden.

Für die Kodierung gelten die Kodierregeln zur Nebendiagnose (G 54) und zu den Behandlungen (G 55).

**Beispiel 4 (Adhäsolysezeitsumme > 60 min):**

Eine Patientin mit massiver sekundärer Dysmenorrhoe, Dyspareunie und sekundärer Sterilität wird aufgenommen.

Es wird bei Status nach sekundärer Sectio caesarea und Appendektomie eine diagnostische Laparoskopie geplant.

Intraoperativ zeigen sich v.a. Adhäsionen zwischen den Adnexen und dem Beckenperitoneum (als Folge der Voreingriffe deklariert).

Dauer der Adhäsolyse insgesamt 75 min, mit Fokus auf den Adnexen beidseitig. Komplikationsloses Lösen mehrerer kleiner abdomineller, interenterischer Verwachsungen rechtsseitig, Chromopertubation beidseitig, keine weiteren Massnahmen.

HD N99.4 Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Massnahmen  
 ND K66.0 Peritoneale Adhäsionen  
 ND Y84.9! Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.

B 65.81.10 Laparoskopische Lösung von Adhäsionen an Ovar und Tuba uterina am Peritoneum des weiblichen Beckens  
 L 0  
 B 54.51 Lösung von peritonealen Adhäsionen, laparoskopisch  
 L 1  
 B 66.8 Insufflation einer Tuba uterina  
 L 0  
 B 00.99.11 Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch, laparoskopisch und arthroskopisch voroperierten Gebiet

**Beachte:** Als einzige Ausnahme für oben angegebene Kodierregel gilt die Operation nach Ladd.

Unabhängig von der Dauer der Lösung der störenden Ladd-Bänder wird der CHOP-Kode 46.99.8- gewählt.

**Beispiel 5**

Ein Kind wird (u.a.) mit Dünndarmileus aufgrund Malrotation aufgenommen.

(U.a.) Chirurgische Lösung von störenden Ladd-Bändern, Verwachsungen und Befestigung des Darms in der «Prozedur nach Ladd».

HD/ND Q43.3 Angeborene Fehlbildungen, die die Darmfixation betreffen  
 B 46.99.81 Durchtrennung der Laddschen Bänder, offen chirurgisch  
 oder  
 B 46.99.82 Durchtrennung der Laddschen Bänder, laparoskopisch

## P11h Serosaverletzung mit Übernähung

Wird im Rahmen einer Operation die Serosa verletzt, die übernäht werden muss, ist der spezifische S-Kode des verletzten Abschnittes zu kodieren. Die Übernähung selbst wird in diesem Fall nur mit einem spezifischen CHOP-Kode abgebildet, z.B. *54.67 Naht an Mesenterium, Omentum majus oder minus (nach Verletzung)*.

Für die Kodierung einer Komplikation müssen die Regeln G40 «Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren» und D12 «Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen)» beachtet werden.

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



# Spezielle Kodierrichtlinien für Diagnosen SD0100 – SD2200

## SD0100 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten

### SD0101a 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).

**SD01020 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*).

Zusätzlich ist der entsprechende Kode, ***U69.8-! Sekundäre Schlüsselnummern zur Spezifizierung des zeitlichen Bezugs einer Sepsis und eines septischen Schocks zur stationären Krankenhausaufnahme***, zu erfassen.

Die Schlüsselnummern sind nur für stationär im Krankenhaus behandelte, erwachsene Personen (18 Jahre und älter) anzugeben.

**Definition der Sepsis** gemäss 3. Internationale Konsensus-Konferenz (Singer M et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016;315(8):801-810)

**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 die Ärztin/den Arzt. Die Diagnosestellung muss in der Dokumentation nachvollziehbar sein.

Spezialfall Meningokokkenbakteriämie: hier wird eine Meningokokkensepsis verschlüsselt auch ohne Erfüllung der SOFA-Score-Bedingungen (die Regel SD0101 bleibt bestehen).

### **Sepsis bei Erwachsenen**

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

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

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

Die Erhebung des SOFA-Scores richtet sich nach den Vorgaben im Dokument «Minimaler Datensatz der SGI (MDSi)» (abrufbar unter folgendem Link: [www.sgi-ssmi.ch/de->Ressorts->Datensatz \(MDSi\)->MDSiV 32\\_2025\\_V3\\_DE\\_def](http://www.sgi-ssmi.ch/de->Ressorts->Datensatz (MDSi)->MDSiV 32_2025_V3_DE_def))

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

### **Beispiel für Nichterfassung einer Sepsis**

*Eintritt einer 56-jährigen Patientin mit Dyspnoe und Fieber.*

*Eine auf der Notfallstation durchgeführte aBGA zeigt eine leichtgradige hypoxische respiratorische Insuffizienz bei vorbekanntem allergischem Asthma bronchiale.*

*Bei Verdacht auf pulmonalen Infekt wird ein SOFA-Score erhoben, der eine Differenz von 2 Punkten (jeweils 1 Punkt Atmung und Gerinnung) aufweist. Die initiale Blutentnahme zeigt eine geringe Thrombozytopenie. Diese bleibt im Verlauf ohne weitere Konsequenzen.*

*Die Patientin wird mit Verdacht auf Sepsis stationär aufgenommen.*

*Nach weiteren Abklärungen/Diagnostik ergibt sich die Diagnose eines infektxazerbierten Asthma bronchiale mit beginnender Broncho-Pneumonie.*

*Bereits auf dem Notfall erhält die Patientin u.a. inhalative bronchodilatative Medikamente. Darunter sistiert die Dyspnoe zeitnah und die weiteren aBGA zeigen sich normwertig.*

Die Ätiologie der beim Eintritt vorliegenden Thrombozytopenie wird anamnestisch mit zuvor eingenommenen, hochdosierten Analgetika erklärt. Die betreuenden Mediziner dokumentieren im Austrittsbericht die vorliegenden Differenzen des SOFA-Scores nicht als sepsisbedingt. Hauptaufwand des 3-tägigen stationären Aufenthaltes ist die antibiotische Behandlung der beginnenden Broncho-Pneumonie.

HD	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
L		
ND	U69.04!	Anderenorts klassifizierte Pneumonie, die entweder bei Krankenhausaufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Krankenaufnahme auftritt"
ND	J45.09	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale
ND	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert, Typ I [hypoxisch]

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

Die vorbestehende Organdysfunktion definiert den Ausgangsscore. Für die Berechnung des SOFA-Scores wird nur der sepsisbedingte Anstieg zum Grundwert berücksichtigt. Bei fehlenden Informationen zu Vorerkrankungen eines Organsystems geht man von einer SOFA-Baseline von 0 aus.

Jede ärztlich dokumentierte **sepsisbedingte** Organdysfunktion oder **sepsisbedingte** Verschlechterung einer vorbestehenden Organdysfunktion wird erfasst, da im Rahmen der Behandlung der systemischen Erkrankung Sepsis alle vorhandenen Organdysfunktionen mitbehandelt werden.

## Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score

ORGANSYSTEM	Score				
	0	1	2	3	4
<b>Atmung<sup>d</sup></b>					
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> , mmHg (kPa)	≥ 400 (≥ 53.3)	< 400 (< 53.3)	< 300 (< 40)	< 200 (< 26.7) mit respiratorischer Unterstützung <sup>e</sup>	< 100 (< 13.3) mit respiratorischer Unterstützung <sup>e</sup> oder extrakorporalen Devices <sup>g</sup>
<b>Gerinnung</b>					
Thrombozyten, x10 <sup>3</sup> /µl	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
<b>Leber</b>					
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)
<b>Kardiovaskulär</b>					
Mittlerer arterieller Blutdruck	MAP ≥ 70mmHg	MAP < 70mmHg	Dopamin < 5 oder Dobutamin (jede Dosis) <sup>b</sup>	Dopamin 5.1 – 15 oder Adrenalin ≤ 0.1 oder Noradrenalin ≤ 0.1 <sup>b</sup>	Dopamin > 15 oder Adrenalin > 0.1 oder Noradrenalin > 0.1 <sup>b</sup> oder mechanische Kreislaufunterstützung <sup>f</sup>
<b>Zentrales Nervensystem</b>					
Glasgow Coma Scale <sup>c</sup>	15	13 – 14	10 – 12	6 – 9	< 6
<b>Renal</b>					
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 oder akutes Nierenersatzverfahren

a Adaptiert von Vincent et Al<sup>27</sup>

b verabreichte Katecholamin-Dosen in µg/kg/min für mindestens eine Stunde

c Bei sedierten oder intubierten Patienten wird der Score angegeben, den der Patient vermutlich ohne Sedation hätte («angenommener GCS» bzw. «letzter bekannter GCS»)

d Eine arterielle Blutgasanalyse ist für die Bestimmung des SOFA-Scores betreffend Funktion des Respirationstraktes zwingend.

Bei nicht beatmeten Patienten gilt folgende Annahme für FiO<sub>2</sub>: Bei O<sub>2</sub> nasal: 0.3, Maske: 0.4, Maske mit Reservoir: 0.6.

e Nicht invasive Beatmung und High-Flow-Therapie werden im SOFA-Kontext als «respiratorische Unterstützung» gewertet.

f jede Form akuter mechanischer Kreislaufunterstützung, insbes. IABP, Herzpumpen, vaECMO, vvaECMO

g extrakorporelle Geräte zur Unterstützung der Oxygenation und/oder CO<sub>2</sub> –Elimination

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.

## Sepsis bei Kindern

Bei Kindern von der vollendeten 37. Woche post conceptionem (ausser bei Hospitalisationen direkt nach der Geburt) bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gelten aktuell die Organdysfunktionskriterien «Phoenix Sepsis Kriterien» gemäss «International Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock» von Schlapbach et al. (JAMA. 2024;331(8):665-674).\*

Bei Kindern vor der vollendeten 37. Woche post conceptionem (p.c.) sowie bei Hospitalisationen direkt nach der Geburt gelten weiterhin die Organdysfunktionskriterien in Anlehnung an Goldstein et al. 2005 gemäss «International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics».

Bei Jugendlichen vom vollendeten 16. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist zudem weiterhin auch der SOFA-Score anwendbar.

Die betroffenen Fachgesellschaften haben sich für die Altersspannen, in welchen mehrere Scores anwendbar sind, auf die Anwendung abhängig vom Behandlungsort geeinigt:

- **Kinder <37. Woche p.c.:** Goldstein-Kriterien
- **Kinder ≥37. Woche p.c. bis vollendete 44. Woche p.c.:**
  - Neonatologieabteilungen: Goldstein-Kriterien
  - Ausserhalb Neonatologieabteilungen: Phoenix-Kriterien
- **Kinder ≥ 44. Woche bis <16 Jahre:** Phoenix-Kriterien
- **Jugendliche ≥ 16 Jahre bis <18 Jahre:**
  - Pädiatrische Stationen: Phoenix-Kriterien
  - Erwachsenen Stationen: SOFA-Score

## Organdysfunktionskriterien nach Goldstein

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

			ODER	
<b>Kardiovaskulär</b>	Trotz isotonischer Infusion von ≥ 40ml/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 > 5µg/kg/min)	Zwei der folgenden Punkte: – unerklärte metabolische Azidose (Basen-Defizit > 5 mmol/l, Base Excess (BE) < -5 mmol/l) – erhöhtes Lactat arteriell > 2-fach des oberen Grenzwertes – Oligurie: Urinmenge < 0.5ml/kg/h – verzögerte Rekapillarisierung > 5 Sek. – Temperaturdifferenz Kerntemperatur/peripher > 3°C
<b>Respiratorisch</b>		PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> < 300 mmHg (< 40 kPa) in Abwesenheit zyanotischer Herzvitien oder präexistierender Lungenkrankheiten	ODER PaCO <sub>2</sub> > 65 mmHg (> 8.7 kPa) oder ≥ 20 mmHg (≥ 2.7 kPa) über der Baseline-PaCO <sub>2</sub>	ODER Bewiesener FiO <sub>2</sub> -Bedarf > 0.5 für eine SaO <sub>2</sub> ≥ 92% (FiO <sub>2</sub> - Reduktionsversuch)
<b>Neurologisch</b>		Glasgow Coma Scale ≤ 11	ODER Akute Veränderung des Mentalstatus mit GCS-Abfall ≥ 3 Punkte bei abnormaler Baseline	ODER Bedarf nichtelektiver invasiver oder nichtinvasiver mechanischer Beatmung
<b>Hämatologisch</b>		TC < 80'000/mm <sup>3</sup> oder Abfall von 50% des höchsten gemessenen Wertes innerhalb der letzten drei Tage (für chronisch hämatologische oder onkologische Patienten)	ODER INR > 2	
<b>Renal</b>		Serumkreatinin ≥ 2-fach oberer, altersabhängiger Grenzwert oder ≥ 2-fache Erhöhung der Baseline		
<b>Hepatisch</b>		Bilirubin total ≥ 4mg/dl (≥ 68 µmol/l), nicht anwendbar bei Neugeborenen	ODER ALAT doppelt so hoch wie oberer, altersabhängiger Grenzwert	

### Phoenix Sepsis Score<sup>1</sup>

- Eine Sepsis wird diagnostiziert bei vermuteter Infektion und einem Phoenix Sepsis Score von  $\geq 2$  Punkten.
- Bei gleichzeitig  $\geq 1$  Punkt im Bereich Hämodynamik sind die Kriterien für einen septischen Schock erfüllt.

Wichtig in der Anwendung: Laut Empfehlung ist der Phoenix Score nicht für das "Screening" von Sepsis gedacht, sondern nur, falls diese bereits vermutet wird.

	0 Punkte	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte
(Be)Atmung (0-3 Punkte)	$\text{PaO}_2:\text{FiO}_2 \geq 400$ oder $\text{SpO}_2:\text{FiO}_2 \geq 292^2$	$\text{PaO}_2:\text{FiO}_2 < 400$ oder $\text{SpO}_2:\text{FiO}_2 < 292^2$	$\text{PaO}_2:\text{FiO}_2 100-200$ oder $\text{SpO}_2:\text{FiO}_2 148-220^2$	$\text{PaO}_2:\text{FiO}_2 < 100$ oder $\text{SpO}_2:\text{FiO}_2 < 148^2$
		unter jeglicher $\text{O}_2$ -Gabe oder Atemunterstützung (inkl. invasive Beatmung)	unter invasiver Beatmung	unter invasiver Beatmung
Hämodynamik (0-6 Punkte)	Keine vasoaktiven Medikamente <sup>3</sup>	1 vasoaktives Medikament <sup>3</sup>	$\geq 2$ vasoaktive Medikamente <sup>3</sup>	
	Laktat $< 5\text{ mmol/L}^4$	Laktat 5-10,9mmol/L <sup>4</sup>	Laktat $\geq 11\text{ mmol/L}^4$	
Blutdruck MAP <sup>5</sup> , mmHg	$<1$ Mo: $>30$ 1-11 Mo: $>38$ 1- <2J: $>43$ 2- <5J: $>44$ 5- <12J: $>48$ 12-17J: $>51$	$<1$ Mo: 17-30 1-11 Mo: 25-38 1- <2J: 31-43 2- <5J: 32-44 5- <12J: 36-48 12-17J: 38-51	$<1$ Mo: $<17$ 1-11 Mo: $<25$ 1- <2J: $<31$ 2- <5J: $<32$ 5- <12J: $<36$ 12-17J: $<38$	
Gerinnung (0-2 Punkte)	Thrombozyten $\geq 100.000/\mu\text{L}$	Thrombozyten $< 100.000/\mu\text{L}$		
	INR $\leq 1,3$	INR $> 1,3$		
	D-Dimer $\leq 2\text{ mg/L}$	D-Dimer $> 2\text{ mg/L}$		
	Fibrinogen $\geq 100\text{ mg/dl}$	Fibrinogen $< 100\text{ mg/dl}$		
		(jeweils 1 Punkt, max. 2)		
Neurologie (0-2 Punkte)	GCS $>10$ , Pupillen lichtreagibel	GCS $\leq 10$	Pupillen beidseits lichtstarr	

<sup>1</sup> Der Score kann auch bei Fehlen von Variablen berechnet werden (wenn z.B. kein Laktatwert gemessen wurde und keine vasoaktiven Medikamente verwendet werden, kann der Score bezüglich Hämodynamik anhand des Blutdrucks ermittelt werden). Nicht gemessene Variablen tragen keine Punkte zum Score bei.

<sup>2</sup> Nur berechnet, falls  $\text{SpO}_2 \leq 97\%$

<sup>3</sup> Vasoaktive Medikamente inkl. Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin, Dobutamin, Milrinon und Vasopressin

<sup>4</sup> Laktat aus arteriellem oder venösem Blut

<sup>5</sup> Vorzugsweise gemessener MAP (invasiv arteriell oder nicht invasiv oszillometrisch), alternativ kann der berechnete MAP verwendet werden ( $1/3 \times$  systolischer BD +  $2/3 \times$  diastolischer BD).

### Septischer Schock

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

Der Kode **R57.2 Septischer Schock** wird nicht als Hauptdiagnose erfasst, auch wenn eine Sepsis und ihre Folgen die Bedingungen der Kodierregel G52 «Die Hauptdiagnose» erfüllen, und wenn (in seltenen Fällen) die Behandlung des septischen Schocks (oder seiner Folgen) den Hauptaufwand des stationären Aufenthaltes darstellen.

**Definition septischer Schock bei Anwendung von SOFA-Score oder Goldstein-Kriterien:** Dieser liegt vor, wenn trotz adäquater Volumengabe ein mittlerer arterieller Druck von  $\geq 65\text{ mmHg}$  (respektive  $> 5$ . Perzentile altersabhängig bei Kindern und Jugendlichen) nur mit Vasopressoren erreicht werden kann und ein Laktatwert  $> 2\text{ mmol/l}$  vorliegt.

**Definition septischer Schock bei Anwendung der Phoenix-Kriterien:** Sepsis mit mindestens 1 Punkt bezüglich Hämodynamik im Phoenix Sepsis Score.

Benutze für vollstationär im Krankenhaus behandelte, erwachsene Personen (18 Jahre und älter) eine zusätzliche Schlüsselnummer (*U69.83! - U69.85!*), um den zeitlichen Bezug des septischen Schocks zur stationären Krankenhausaufnahme anzugeben.

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

- **Sepsiskode**
- Sekundäre Schlüsselnummern zur Spezifizierung des zeitlichen Bezugs einer Sepsis und eines septischen Schocks zur stationären Krankenhausaufnahme (bei Erwachsenen ab 18 Jahren)
- **Spezifische Erreger und zugehörige Resistzenzen *U80.-! bis U85!* werden gemäss Regel D04 kodiert**
- **Septischer Schock *R57.2*, wenn vorliegend**
- **Infektfokus:** z.B. Pneumonie  
Es soll jeder Erreger, der den Infektfokus spezifiziert, und die dazugehörigen Resistzenzen kodiert werden gemäss Regel D04.
- **Jede einzelne Organdysfunktion**  
Die Kodierung der Sepsis umfasst mindestens den Kode 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 Resistzenzen gilt Regel D04. Weitere ND sind alle Organdysfunktionen, die sich im Rahmen der Sepsis verschlechtern.
- 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 G 52 angewendet. Erforderte eine Sepsis während des stationären Aufenthaltes nicht den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln, wird sie als Nebendiagnose kodiert. Dies gilt insbesondere auch für den Infektfokus, der einen höheren Behandlungsaufwand erfordert und deshalb bei einer Sepsis möglicherweise zur HD werden kann, z.B. Sepsis bei nekrotisierender Fasziitis mit diversen Revisionseingriffen.
- Spezialfall Meningokokkenbakterämie: hier wird eine Meningokokkensepsis verschlüsselt auch ohne Erfüllung der SOFA-Score-Bedingungen (s. Regel SD0101).

### 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 (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>) 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), der 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  | <i>Sepsis durch E. coli</i>   |
| ND | U69.80! | <i>Nicht-nosokomiale Sepsis</i>   |
| ND | R57.2   | <i>Septischer Schock</i>  |
| ND | U69.83! | <i>Nicht-nosokomialer septischer Schock</i>   |
| ND | N10     | <i>Akute tubulointerstitielle Nephritis</i>   |
| ND | B96.2!  | <i>Escherichia coli [E.coli] und andere Enterobacteriales als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind</i> |
| ND | J96.09  | <i>Akute respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert, Typ nicht näher bezeichnet</i>                                 |
| ND | N17.93  | <i>Akutes Nierenversagen, n.n.bez. Stadium 3</i>  |
| ND | D69.58  | <i>Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet</i>   |

**Beispiel 2**

72-jährige Patientin mit Urosepsis durch *E. coli* bei akuter Pyelonephritis rechts Verlauf: Aggravierung (sepsisbedingte zusätzliche akute Einschränkung der Nierenfunktion - «acute on chronic», Verschlechterung innerhalb 48 h (Anstieg des Kreatininwertes um 0.79 mg/dl)) einer chronischen Niereninsuffizienz, mit Kreatininwert von 220 µmol/l und Abnahme der GFR auf 21 ml/min (Baseline-Kreatinin 150 µmol/l; GFR 33 ml/min). Laborchemisch zeigten sich am zweiten Hospitalisationstag ein Bilirubinanstieg auf 1.5 mg/dl (ohne Gelbsucht) sowie eine Thrombozytopenie von 90 G/l. Es erfolgte die intravenöse antibiotische Behandlung. In der Folge Normalisierung der Leberwerte und der Thrombozytopenie bei einmaliger Verlaufskontrolle. Besserung der Nierenfunktionseinschränkung 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 U69.80! Nicht-nosokomiale Sepsis  
 ND N10 Akute tubulointerstitielle Nephritis  
 ND B96.2! *Escherichia coli* [E.coli] und andere Enterobacteriales als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind  
 ND N17.91 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 1  
 ND N18.3 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3  
 ND D69.58 Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet  
 ND R17.9 Hyperbilirubinämie ohne Angabe von Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert

**Beispiel 3**

62-jähriger Patient mit Pneumonie links mit *Streptococcus pneumoniae* mit/bei Bakteriämie mit *Streptococcus pneumoniae*. Radiologischer Nachweis einer Pneumonie links. Reduzierter Allgemeinzustand bei Fieber 39.1 °C und begleitender Hypotonie mit mittlerem arteriellem Blutdruck von 82 mmHg. Bei initialen 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 G54.

- HD J13 Pneumonie durch *Streptococcus pneumoniae*  
 L 2  
 ND U69.04! Anderenorts klassifizierte Pneumonie, die entweder bei Krankenhausaufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Krankhausaufnahme auftritt  
 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 O<sub>2</sub> Sättigung um 92%. GCS 11 (0 Pkt.), 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 FiO<sub>2</sub> von 100% bei weiterhin stark tachydyspnoeischem Atemmuster Umstellung auf CPAP. Hierunter keine Stabilisation und deshalb bei respiratorischer Dekompensation Intubation (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 138 mmHg (2 Pkt.), akute hypoxische respiratorische Insuffizienz, ARDS). Bei septischem Schock mit Katecholaminbedarf (**Noradrenalin (1 Pkt.)** und einem Laktatwert von 9 mmol/L (1 Pkt.) bei einem MAP von 52 mmHg (0 Pkt.)). Beginn einer Steroidstossstherapie und einer empirischen antibiotischen Therapie. Im Verlauf V.a. Toxic Shock Syndrom mit oraler Schleimhautblutung und Nachweis eines gekammerten Aszites, deshalb **Ausbau der Antibiotikatherapie**. Eine meningeale 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.*

Gesamtscore Phoenix	Atmung	Hämodynamik	Gerinnung	Neurologie
4	2	2	0	0

- 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.bez. Infektionskrankheiten  
ND J80.05 Moderates akutes Atemnotsyndrom des Kindes und Jugendlichen [ARDS]  
ND J96.00 Akute respiratorische Insuffizienz Typ I [hypoxisch]  
ND R40.0 Somnolenz

**Beispiel 5**

*Eutropes 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 exspiratorischem Stöhnen. Intubation in der 45. Lebensminute. Verlegung auf die neonatologische Intensivstation. FiO<sub>2</sub> 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 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.*

Gesamtanzahl Organysteme mit erfüllten Organdy-funktionskriterien nach Goldstein	Kardiovaskulär	Respiratorisch	Neurologisch	Hämatologisch	Renal	Hepatisch
1		erfüllt				

- 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

## Virale Sepsis

Bsp: 64 jährige Patientin mit Sepsis durch Influenzaviren. Seit 7 Tagen typische Gripesymptome, Husten, Halsschmerzen und starke Abgeschlagenheit, Am Eintrittstag Fieber bis 39.3 Grad, Schüttelfrost, Übelkeit, Bewusstseinstrübung. Im PCR Test konnten saisonale Influenzaviren nachgewiesen werden.

Verlauf: Im Rahmen der Sepsis kam es zu einer Bewusstseinsstörung, GCS 12, einer Thrombozytopenie 110 G/l., einer respiratorischen Insuffizienz, (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>) 355 mmHg) und einer Verschlechterung der Nierenfunktion. Kreatinin 125 (μmol/l). Es erfolgte eine Überwachung auf der IMC. Unter Gabe von antiviralen und fiebersenkenden Medikamenten verbesserte sich der Zustand der Patientin.

Gesamtscore SOFA	Atmung	Gerinnung	Leber	Kardiovaskulär, MAP	ZNS	Renal
5	1	1	0	0	2	1

- HD B34.80 Sepsis durch Viren, anderenorts nicht klassifiziert
- ND U69.80! Nicht-nosokomiale Sepsis
- ND J10.1 Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen
- ND D69.58 Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
- ND R40.0 Somnolenz, Benommenheit
- ND N17.91 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet Stadium 1

## SD0103I SIRS

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

Es wird unterschieden zwischen SIRS infektiöser und SIRS nichtinfektiöser Genese.

Bei Vorliegen eines SIRS infektiöser Ursache ist der Infekt anzugeben, gefolgt von dem entsprechenden Kode aus *R65.-!*

Bei Vorliegen eines SIRS nichtinfektiöser Genese ist die auslösende Grundkrankheit anzugeben, gefolgt von dem entsprechenden Kode aus *R65.-!*.

**Beachte:** Im Kontext der Sepsiskodierung entfällt die Diagnose *R65.-!*

Wenn während derselben Hospitalisation sowohl eine Sepsis als auch ein SIRS nichtinfektiöser Genese oder ein SIRS aufgrund einer anderen Infektion als derjenigen, die die Sepsis verursacht hat, auftraten und dokumentiert sind, darf das SIRS im Zusammenhang/Kontext der Sepsis-unabhängigen Krankheiten trotzdem kodiert werden.

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

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

**SD0104n HIV/AIDS**

HIV-Kodes sind:

R75	<i>Laborhinweis auf Humanes Immundefizienz-Virus [HIV]</i> <i>(d.h. unsicherer Nachweis nach nicht eindeutigem serologischem Test)</i>
B23.0	<i>Akutes HIV-Infektionssyndrom</i>
Z21	<i>Asymptomatische HIV-Infektion [Humanes Immundefizienz-Virusinfektion]</i>
B20 – B24	<i>HIV-Krankheit [Humanes Immundefizienz-Viruskrankheit]</i>
098.7	<i>HIV-Krankheit [Humanes Immundefizienz-Viruskrankheit], die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert</i>
U60.–!	<i>Klinische Kategorien der HIV-Krankheit</i>
U61.–!	<i>Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit</i>

**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	<i>Lymphknotenvergrösserung, generalisiert</i>
ND	B23.0	<i>Akutes HIV-Infektionssyndrom</i>
ND	U60.1!	<i>Klinische Kategorie A</i>
ND	U61.–!	<i>Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit, gemäss Laborresultat</i>

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 (098.7)*» 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 Kodes zur Verfügung:

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

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

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

Wie unter Regel SD1503 erklärt, steht der Kode 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 Kodes 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			
<b>Kategorie A</b>	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!
<b>Kategorie B</b>	Infektiöse, parasitäre, bösartige Krankheiten infolge HIV-Krankheit	B20.– bis B22.– und B24 + Krankheit (Reihenfolge siehe unten)	U60.2!
<b>Kategorie C</b>	Infektiöse, parasitäre, bösartige Krankheiten infolge HIV-Krankheit	B20.– bis B22.– und B24 + Krankheit (Reihenfolge siehe unten)	U60.3!

## HIV/AIDS: CDC-Klassifikation (1993)

### Die Laborkategorien 1 bis 3

- 1: ab 500/ $\mu$ l CD4-Lymphozyten
- 2: 200 – 499/ $\mu$ l CD4-Lymphozyten
- 3: < 200/ $\mu$ 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 Histoplasmose
- Tuberkulose
- Infektionen mit Mykobakterium avium complex oder M. kansassii, dissemiert oder extrapulmonal
- Kaposi-Sarkom
- Maligne Lymphome (Burkitt's, immunoblastisches oder primär zerebrales Lymphom)
- Invasives Zervix-Karzinom
- HIV-Enzephalopathie
- Progressiv multifokale Leukenzephalopathie
- Wasting-Syndrom

**U61.-! Laborkategorie im aktuellen Aufenthalt**

U61.1! Kategorie 1

500 und mehr CD4<sup>+</sup>-T-Helferzellen pro Mikroliter Blut

U61.2! Kategorie 2

200 bis 499 CD4<sup>+</sup>-T-Helferzellen pro Mikroliter Blut

U61.3! Kategorie 3

Weniger als 200 CD4<sup>+</sup>-T-Helferzellen pro Mikroliter BlutU61.9! Anzahl der CD4<sup>+</sup>-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 Kodes**

Ist die **HIV-Krankheit Hauptanlass für den Spitalaufenthalt** des Patienten, ist der entsprechende Kode aus B20 – B24 (ausser B23.0) oder O98.7 als **Hauptdiagnose** zu verwenden. Zusätzlich sind entgegen der Nebendiagnosedefinition **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 antiretroviralnen 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 <sup>+</sup> -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 Kode aus B20 – B24 (ausser B23.0) oder O98.7 ist als Nebendiagnose (entgegen der Definition der Nebendiagnose) anzugeben.

**Beispiel 3**

Ein Patient wird zur Behandlung 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 <sup>+</sup> -T-Helferzellen, gemäss den aktuellen Laborwerten

**SD0105a Echter Krupp – Pseudokrupp – Kruppsyndrom**

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

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

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

Fallbeispiele	Primär-ICD	Sekundär- ICD	Klinisches Bild vorhanden	Labor-diagnostischer Nachweis
<b>Sepsis (viral) aufgrund SARS-CoV-2 (COVID-19)</b> ggf. + zusätzliche bakterielle Infektion, ggf. + J96- <i>Respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert und/oder ggf. J80.0- Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS] usw.</i>	B34.80 und + weitere	U07.1!	spezifisch	ja
<b>Pneumonie aufgrund SARS-CoV-2 (COVID-19)</b> ggf. + R65.0! <i>SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikation,</i> ggf. + J96- <i>Respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert und/oder ggf. J80.0- Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS] usw.</i>	J12.8 + weitere	U07.1!	spezifisch	ja
<b>Akute Laryngitis aufgrund SARS-CoV-2 (COVID-19) mit Erregernachweis</b>	J04.0	U07.1!	spezifisch	ja
<b>Fieber und/oder Husten (und weitere spezifische Symptome) im Kontext SARS-CoV-2 (COVID-19) mit Erregernachweis</b>	R50.88 und/oder R05 (usw.)	U07.1!	spezifisch	ja
<b>Asymptomatische nachgewiesene Infektion mit SARS-CoV-2</b>	Z22.8	U07.1!	nicht vorhanden	ja
<b>Klinischer Verdachtsfall im Kontext SARS-CoV-2, mit Symptomen/Manifestationen, am Ende Aufenthalt Erreger sicher ausgeschlossen</b>	Symptom/Manifestation	U99.0!	spezifisch und unspezifisch	Virus sicher ausgeschlossen
<b>Klinisch-epidemiologischer Verdachtsfall im Kontext SARS-CoV-2, mit Symptomen/Manifestationen, am Ende Aufenthalt Erreger nicht sicher ausgeschlossen, da kein Labortest</b>	Symptom/Manifestation und Z20.8	U07.2!	spezifisch und unspezifisch	Kein Labortest
<b>Klinisch-epidemiologischer Verdachtsfall im Kontext SARS-CoV-2, mit Symptomen/Manifestationen, am Ende Aufenthalt Erreger nicht sicher ausgeschlossen, da Labor-Testergebnisse unspezifisch</b>	Symptom/Manifestation und Z20.8	U07.2! und U99.0!	spezifisch und unspezifisch	Testergebnis unspezifisch
<b>Klinisch-epidemiologischer Verdachtsfall im Kontext SARS-CoV-2, mit Symptomen/Manifestationen, am Ende Aufenthalt Erreger sicher ausgeschlossen</b>	Symptom/Manifestation und Z20.8	U99.0!	spezifisch und unspezifisch	Virus sicher ausgeschlossen
<b>Epidemiologischer Verdachtsfall (Kontaktperson) ohne COVID-19 Symptome (wenn stationäre Behandlung) am Ende Aufenthalt Erreger nicht sicher ausgeschlossen, da kein Labortest</b>	Z20.8		nicht vorhanden	Kein Labortest
<b>Epidemiologischer Verdachtsfall (Kontaktperson) ohne COVID-19 Symptome (wenn stationäre Behandlung) am Ende Aufenthalt Erreger nicht sicher ausgeschlossen, da Labor-Testergebnisse unspezifisch oder sicher ausgeschlossen</b>	Z20.8	U99.0!	nicht vorhanden	Testergebnis unspezifisch oder negativ
<b>Person ohne klinisch-epidemiologischen Verdacht auf Infektion mit SARS-CoV-2, Test ausgeführt, Erreger sicher ausgeschlossen</b>	Z11	U99.0!	nicht vorhanden	Virus sicher ausgeschlossen

**SD0106n COVID-19**

Im Kontext der COVID-19-Pandemie (Infektion mit SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 [SARS 2])), wurden für die Erfassung spezifische ICD-10-GM-Kodes bereitgestellt:

- *U07.1! COVID-19, Virus nachgewiesen*
- *U07.2! COVID-19, Virus nicht nachgewiesen*
- *U08.9 COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet*
- *U09.9! Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet*
- *U10.9 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet*
- *U11.9 Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19, nicht näher bezeichnet*
- *U12.9! Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet*
- *U99.0! Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2*

Der Kode *U04.9 Schweres akutes respiratorisches Syndrom [SARS], nicht näher bezeichnet* wird nicht im Kontext der COVID-19-Pandemie kodiert. Er ist dem Erreger der Coronavirus-Pandemie 2002/2003 vorbehalten.

**Fallbeispiele, um die Verwendung der Kodes *U07.1!* *U07.2!* und *U99.0!* zu erklären**

Beachte:

- Die unten aufgeführten Fallbeispiele und die vorgeschlagenen Kodes sind nicht als abschliessend zu betrachten. Die geltenden Kodierungsrichtlinien und Abrechnungsregeln sind zu berücksichtigen, insbesondere G52 «Die Hauptdiagnose», G54 «Die Nebendiagnosen», D09 «Verdachtsdiagnosen», D15 «Verlegungen», SD0102 «Sepsis», SD0103 «SIRS» und SD1002 «Respiratorische Insuffizienz».
- Der in der untenstehenden Tabelle verwendete Terminus «Primär-ICD» ist nicht gleichbedeutend mit «Hauptdiagnose».
- Für den seltenen Fall einer Fallzusammenführung (aufgrund Rückverlegung) im Kontext SARS-CoV-2 wird im zusammengeföhrten Fall der *U07.1!* oder *U07.2!* Kode gewählt, der am Ende des Aufenthaltes tatsächlich feststeht.
- Bei stationären Aufenthalt mit prophylaktischer Isolierung ohne Test, im Kontext SARS-CoV-2-Pandemie, ohne Verdachtskriterien darf kein *U07.2!* verschlüsselt werden.
- Erläuterungen zum *U99.0!* Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2:
  - Der Kode *U99.0!* darf in einem Fall nicht mehrfach kodiert werden, z.B. bei mehrfach durchgeföhrtem Test.
  - Mit «speziellen Verfahren» sind labordiagnostische Verfahren zum Nachweis einer Infektion mit SARS-CoV-2 gemeint.
  - Der *U99.0!* kann bei einem Verdachtsfall und durchgeföhrtem Test mit unspezifischem Testergebnis zusammen mit dem *U07.2!* kodiert werden (s. Bedingungen zur Erfassung des *U07.2!* unten).
  - Der *U99.0!* darf nicht zusammen mit dem *U07.1!* erfasst werden. *U07.1!* impliziert den Virusnachweis.
  - Für die Durchführung der labordiagnostischen Tests wird kein Prozeduren-Kode erfasst.
- Erläuterungen zum *U07.2!* COVID-19, Virus nicht nachgewiesen:
  - Wurde eine Infektion mit SARS-CoV-2 sicher ausgeschlossen, darf der *U07.2!* nicht erfasst werden. Bei eindeutigen Testergebnissen mit Ausschluss des COVID-19-Erregers ist der Sekundär-Kode *U99.0!* zu erfassen.
  - Für die Erfassung des Kodes *U07.2!* müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein: Es muss eine (spezifische oder unspezifische) COVID-19-Symptomatik vorliegen und ein epidemiologischer Verdacht bestehen, und es darf kein eindeutiger Virusnachweis im Testergebnis (negatives oder unspezifisches Testergebnis oder nicht durchgeföhrter Test) vorliegen. Ist keine (spezifische oder unspezifische) COVID-19-Symptomatik vorhanden, obwohl ein epidemiologischer Verdacht besteht (z.B. direkte Kontakterson), darf der Kode *U07.2!* nicht erfasst werden.
- Zur viralen Sepsis aufgrund SARS-CoV-2 bitte spezifischen Abschnitt nach der Tabelle berücksichtigen.

### **Virale Sepsis aufgrund SARS-CoV-2**

Bsp.

- HD B34.80      *Sepsis durch Viren, anderenorts nicht klassifiziert*  
ND U07.1!      *COVID-19, Virus nachgewiesen*  
ND                *zusätzliche Schlüsselnummer U69.80!-U69.82!, um den zeitlichen Bezug der Sepsis zur stationären Krankenhausaufnahme anzugeben.*  
ND                *wenn vorhanden, U10.9 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet*  
ND                *Infektfokus usw.*

weitere Kodes gemäss Reihenfolge in Kodierregel SD0102 «Sepsis»

Erfüllt die Sepsis aufgrund SARS-CoV-2 nicht die Bedingungen der Hauptdiagnose, gilt folgende Reihenfolge der Kodeerfassung:

- HD J12.8      *Pneumonie durch sonstige Viren o.a.*  
L  
ND U69.0-!      *Sekundäre Schlüsselnummern zur Spezifizierung des zeitlichen Bezugs einer anderenorts klassifizierten Pneumonie zur stationären Krankenaufnahme*  
ND B34.80      *Sepsis durch Viren, anderenorts nicht klassifiziert*  
ND                *zusätzliche Schlüsselnummer U69.80!-U69.82!, um den zeitlichen Bezug der Sepsis zur stationären Krankenaufnahme anzugeben.*  
ND U07.1!      *COVID-19, Virus nachgewiesen*  
ND                *wenn vorhanden, U10.9 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet*  
ND                *Infektfokus usw.*

weitere Kodes gemäss Reihenfolge in Kodierregel SD0102 «Sepsis»

### **Stationäre Behandlung aufgrund von Fieber nach Impfung gegen COVID -19**

Tritt nach Anwendung eines COVID-19-Impfstoffs Fieber auf und erfolgt dahingehend eine stationäre Behandlung, wird folgende Kodierung empfohlen:

- HD R50.88      *Sonstiges näher bezeichnetes Fieber*  
ND U12.9!      *Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet*

Der Kode für arzneimittelinduziertes Fieber R50.2 *Medikamenten-induziertes Fieber [Drug fever]* ist nicht zu verwenden.

## SD0200n Neubildungen

### Allgemeiner Hinweis:

Das Kapitel SD0200 «Neubildungen» muss zur Behandlung aller Neubildungen angewendet werden. Dies gilt sowohl für die malignen wie benignen Neubildungen als auch für die Neubildungen unsicheren und unbekannten Verhaltens.

**Maligne Neubildungen:** z.B. Karzinom (Prostatakarzinom, Endometriumkarzinom), Sarkom, selten Thymome oder Meningome mit WHO-Grad III (die histopathologisch eindeutig als maligne klassifiziert werden), Lymphome, Leukämien oder andere bösartige immunproliferative Erkrankungen etc.

**Benigne Neubildungen:** z.B. Adenome (Prostata etc.), Myome (Uterus etc.), Lipome (z.B. des Unterhautfettgewebes oder des viszeralen Fettgewebes), Meningome mit WHO-Grad I (die histopathologisch eindeutig als benigne klassifiziert werden) etc.

**Neubildungen unsicheren und unbekannten Verhaltens:** z.B. Borderlinetumor des Ovars, Meningeum WHO Grad II, Thymome und andere Tumore, deren Dignität histopathologisch nicht eindeutig in benigne oder maligne klassifiziert werden kann.

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 Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes) wird nur die Kodierung nach der Lokalisation und organbezogen verwendet. Die entsprechenden Kodes stammen aus dem Kapitel II (C00 – D48) des systematischen Verzeichnisses.**

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

Am Ende des alphabetischen Verzeichnisses unter dem Begriff «Neubildungen» befindet sich eine Tabelle, in der die Kodes nach der Lokalisation der meisten Tumoren klassifiziert sind. Jeder Lokalisation entsprechen im Allgemeinen fünf (manchmal vier) mögliche Kodes, entsprechend der Malignität und der Art des Tumors. Es ist selbstverständlich auch möglich, den Kode im alphabetischen Verzeichnis unter seinem histologischen oder morphologischen Namen zu suchen, dort wird jedoch nur in seltenen Fällen direkt auf einen präzisen Kode 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	C44.59	C79.2	D04.5	D23.5	D48.5
– Akromion	C40.0	C79.5		D16.0	D48.0



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

### Beispiel 1

*Chondrosarkom des Akromion.*

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

*C40.0 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten; Skapula und lange Knochen der oberen Extremität.  
Der Begriff Chondrosarkom erscheint im alphabetischen Verzeichnis, dort wird aber auf die Tabelle «Neubildungen» verwiesen.*

### Beispiel 2

*Muzinöses Zystadenom des Ovars ohne Malignitätsnachweis*

*D27*

*Gutartige Neubildung des Ovars*

*Muzinöses Zystadenom des Ovars, maligne*

*C56*

*Bösartige Neubildung des Ovars*

*Muzinöses Zystadenom des Ovars, Borderlinetyp*

*D39.1*

*Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Ovars*

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

Wenn durch die Suche im alphabetischen Index ein histopathologischer Tumor nicht mit einem lokalisationspezifischen 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 etc.) 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 3**

*C91.0– Akute lymphatische Leukämie*

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

*C91.01 In kompletter Remission*

#### *Bösartige Neubildungen des Bindegewebes und anderer Weichteile*

Für die Lokalisation «Gehirn» ist zu beachten, dass diese nicht mit einem Kode aus C49\*, sondern mit der exakteren anatomischen Lokalisation angegeben werden (*C71\* «Bösartige Neubildung des Gehirns»*).

### **SD0202m Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen**

Die unter SD0202 aufgeführten Regeln betreffend die Wahl der Hauptdiagnose im Kontext von Tumorerkrankungen gelten nur, wenn **keine andere eigenständige, tumorunabhängige Erkrankung** (z.B. Herzinfarkt) die Definition der Hauptdiagnose erfüllt.

Bei Vorliegen einer tumorunabhängigen Erkrankung / Zustand / Manifestation wird die Kodierregel G52 «Die Hauptdiagnose» angewendet.

#### **Beispiel 1**

*Eintritt zur beidseitigen Operation von Inguinalhernien (inkarzeriert, kein Rezidiv).*

*Bei gleichzeitigem Vorliegen eines lymphogen (Becken) metastasierten Prostatakarzinoms erfolgt im stationären Setting am vorletzten Hospitalisierungstag die Verabreichung einer Chemotherapie im Zyklus.*

*Die Behandlung der beidseitigen Inguinalhernien wird in der medizinischen Dokumentation als Hauptaufwand des Aufenthaltes deklariert.*

HD	K40.00	<i>Doppelseitige Hernia inguinalis mit Einklemmung, ohne Gangrän, nicht als Rezidivhernie bezeichnet</i>
L	0	
ND	C61	<i>Bösartige Neubildung der Prostata</i>
ND	C77.5	<i>Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, intrapelvine Lymphknoten</i>
<i>B</i>		<i>Operation Hernia inguinalis gemäss medizinischer Dokumentation</i>
<i>L</i>	<i>0</i>	
<i>B</i>		<i>Chemotherapie gemäss medizinischer Dokumentation</i>

**Beispiel 2**

Notfalleintritt aufgrund Herzinfarkt (Vorderwand) bei koronarer 3-Gefässerkrankung. Notfallkoronarintervention und folgende Bypassoperation.

Aufgrund eines zusätzlich vorliegenden Rektumkarzinoms erhält der Patient Chemo- und Immuntherapie im Zyklus zur besseren Überwachung im letzten Drittel des stationären Aufenthaltes. Es treten Komplikationen der Tumortherapie (Mukositis Verdauungstrakt n.n.bez. und Neutropenie) auf, die die Hospitalisierungszeit weiter verlängern.

In der Gesamtschau aller Befunde übersteigen die Aufwände hinsichtlich der Herzerkrankung dennoch die Aufwände der Tumorbehandlung und ihrer Folgen.

HD	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand
ND	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit, Drei-Gefäß-Erkrankung
ND	C20	Bösartige Neubildung des Rektums
ND	K92.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Verdauungssystems
ND	Y579!	Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen
ND	D70.19	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, nicht näher bezeichnet

- B                   Bypassoperation gemäss medizinischer Dokumentation
- B                   Koronarintervention gemäss medizinischer Dokumentation
- B                   Chemotherapie und Immuntherapie gemäss medizinischer Dokumentation

**Beachte:**

Obwohl in den Beispielen 1 und 2 eine systemische Tumortherapie verabreicht wurde, gelangt dennoch die Kodierregel G 52 «Die Hauptdiagnose» zur Anwendung, da zwei voneinander unabhängige Erkrankungen gleichzeitig bestehen.

Siehe dazu auch unter Absatz «Systemische Therapie».

**Hinweis:**

Auch wenn die Behandlung einer malignen Neubildung in einem Fall nur die Bedingungen der Kodierregel G 54 «Die Nebendiagnosen» erfüllt, sind zusätzlich vorhandene (beschriebene) Metastasen und vorhandenes Carcinoma in situ ebenfalls als Nebendiagnose anzugeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose G 54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert).

Das gleiche gilt für die Behandlung von Metastasen, die die Nebendiagnosenregel bei Vorliegen eines anderen Zustandes als Hauptdiagnose erfüllt. Dann wird der entsprechende Primarius gemäss Vorgaben und entgegen der KR G 54 ebenfalls erfasst. Das «Beachte» zu «vorhanden» (beschrieben) ist zu berücksichtigen.

**Beispiel 3**

Aufnahme einer Patientin zur Entfernung eines Uterus myomatosus (vorwiegend intramurale, auch submuköse Myome) bei anhaltenden Blutungsstörungen (ätiologisch den Myomen zugeordnet). Während des Aufenthaltes erleidet die Patientin erstmals einen epileptischen Anfall. Eine chronische Eisenmangelanämie (aufgrund Hypermenorrhoe) wird diagnostiziert und Eisen i.v. substituiert.

Die Diagnostik mittels MRI zeigt den hochgradigen Verdacht auf ein Meningeom. Nach Etablierung antiepileptischer Medikamente Entlassung nach Hause und Planung der weiteren Meningeom-bezogenen Behandlungen.

Die operative Sanierung des Uterus myomatosus wird als Hauptaufwand des Falles deklariert.

HD	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus
ND	D25.0	Submuköses Leiomyom des Uterus
ND	D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)
ND	D32.0	Gutartige Neubildung der Meningen, Hirnhäute
B		Hysterektomie gemäss medizinischer Dokumentation
B		MRI Neurokranium

### *Maligne Neubildungen/Carcinoma in situ*

Der Kode für die maligne Neubildung und/oder das Carcinoma in situ ist als Hauptdiagnose für **jeden** Spitalaufenthalt zur Behandlung der malignen Neubildung und/oder des Carcinoma in situ oder zu notwendigen Folgebehandlungen (z.B. Operationen, Chemo-/Strahlentherapie, sonstige Therapien) 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/eines Carcinoma in situ folgen. Denn obwohl das Malignom/Carcinoma in situ operativ entfernt worden ist, wird der Patient nach wie vor wegen notwendigen Folgebehandlungen und/oder Folgediagnostik des Malignoms und/oder Carcinoma in situ hospitalisiert.

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

Der Terminus «Folgen» in dieser Kodierregel ist auch gemäss Kodierregel D07 «Geplante Folgeeingriffe» zu betrachten.

Für stationäre Aufenthalte aufgrund Störungen nach medizinischen Massnahmen, therapiebedingten Folgen/Erkrankungen im Kontext von Tumorerkrankungen wird auf die Kodierregel SD0205 verwiesen.

#### **Beispiel 4**

*Patientin mit Mastektomie und Axilladissektion bei Mammakarzinom und lobulärem CIS vor 2 Jahren und postoperativer adjuvanter Chemotherapie. Sie wird aktuell 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)
L		
ND	D05.0	Lobuläres Carcinoma in situ der Brustdrüse
L	0	

**Beachte:** Bei gleichzeitigem Vorliegen von einem Karzinom (z.B. auf Boden eines ausgedehnten CIS) und Carcinoma in situ ist der bösartige Tumor **vor** dem Carcinoma in situ zu erfassen.

#### **Beispiel 5**

*Eintritt zur bilateralen Mastektomie bei beidseitigem Carcinoma in situ (stanzbiotisch gesichert).*

*Im postoperativen histopathologischen Bericht wird ein ausgedehntes, beidseitiges duktales Carcinoma in situ und ein kleiner Anteil eines invasiven Karzinoms (Grösse 0.4 x 0.3 mm, rechts 9-Uhr-Achse) dokumentiert.*

HD	C50.8	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma], mehrere Teilbereiche überlappend
L	1	
ND	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge
L	0	

#### **Beispiel 6**

*Eintritt zur geplanten Re-TUR-B bei Harnblasenkarzinom (beide Seitenwände) und Instillation von zytotoxischen Medikamenten.*

HD	C67.2	Bösartige Neubildung der Harnblase, laterale Harnblasenwand
L	0	
B		TUR-B
B		Reoperation
B		Instillation zytotoxischer Medikamente

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

Bei gleichzeitiger Behandlung/Diagnostik von malignen Tumoren/Neubildungen UND Metastasen UND systemischer Therapie gelangt die Kodierregel G52 «Die Hauptdiagnose» zur Anwendung.

- **Diagnostik/Behandlung des primären Tumors:** Der Primarius, (lokale) Rezidivprimarius ist als Hauptdiagnose zu kodieren. Zusätzlich vorhandene (beschriebene) Metastasen und vorhandenes Carcinoma in situ werden als Nebendiagnose angegeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose G54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert). Primärtumoren mit unbekannter Lokalisation (CUP) werden mit C80.– *Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation* kodiert.

#### **Beispiel 7**

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

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

- **Diagnostik/Behandlung von Metastase(n):** Die Metastase(n) wird/werden als Hauptdiagnose und der Primarius oder (lokale) Rezidivprimarius als Nebendiagnose (entgegen der Definition der Nebendiagnose) angegeben. Zusätzlich andere vorhandene (beschriebene) Metastase(n) und vorhandenes Carcinoma in situ werden als Nebendiagnose angegeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose G54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert).

#### **Beispiel 8**

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 oder sonstige systemische Tumortherapien wie z.B. Hormontherapien; siehe Beispiel 10) **des Primärtumors und/oder der Metastasen:** Der Primarius/(lokale) Rezidivprimarius wird als Hauptdiagnose angegeben. Zusätzlich andere vorhandene (beschriebene) Metastase(n) und vorhandenes Carcinoma in situ werden als Nebendiagnose angegeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose G54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert). Primärtumoren mit unbekannter Lokalisation (CUP) werden mit C80.– *Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation* kodiert.

#### **Beispiel 9**

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

Bei gleichzeitiger Behandlung einer malignen Erkrankung, die systemisch behandelt wird, und einer von der malignen Neubildung unabhängigen Erkrankung / Zustand / Manifestation im gleichen stationären Aufenthalt gelangt die Kodierregel G52 «Die Hauptdiagnose» zur Anwendung und die hier befindliche Kodierregel wird ausser Kraft gesetzt. Siehe dazu Beispiele 1 und 2.

#### **Beispiel 10**

Eintritt einer 84-jährigen Patientin mit dekompensierter Herzinsuffizienz NYHA 3-4 zur Rekompensation und Medikamenteneinstellung auf die Abteilung «Innere Medizin». Sie leidet zusätzlich an einem bereits vor 1.5 Jahren operierten, in die axillären Lymphknoten metastasierten Mammakarzinom rechts oberer äusserer Quadrant.

Momentan keine Chemotherapie geplant, stable disease.

Aufgrund eines Östrogen-Rezeptor-positiven Karzinoms erhält sie während des Aufenthaltes eine weitere fällige Injektion eines Östrogen-blockers.

HD I50.14 Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe  
ND C50.4 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma], oberer äusserer Quadrant der Brustdrüse  
L 1  
ND C77.3 Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität  
L 1

- **Diagnostik/Behandlung sowohl des Primärtumors als auch der Metastase(n):** Diejenige Diagnose, die den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln erfordert (gemäss Regel G52), ist als Hauptdiagnose zu wählen. Gemäss dokumentiertem medizinischem Aufwand können sowohl Primarius, (lokaler) Rezidivprimarius oder Metastase(n) als Hauptdiagnose in Frage kommen. Zusätzlich vorhandene (beschriebene) Metastase(n) und/oder der Tumor und vorhandenes Carcinoma in situ werden als Nebendiagnose angegeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose G54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert).

### Beispiel 11

*Eintritt zur Operation einer Knochenmetastase (Sternum) bei primärem Karzinom im vorderen Mediastinum.*

*Am Ende des Aufenthaltes erfolgt die Verabreichung einer systemischen Chemotherapie.*

*Ärztlich deklarerter Hauptaufwand des stationären Falles ist die Behandlung der sekundären Neubildung Sternum.*

HD	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
ND	C38.1	Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura, vorderes Mediastinum

### Beispiel 12

*Eintritt einer Patientin zur Lymphknotenbiopsie bei Verdacht auf inguinale Lymphknotenmetastasen (rechts) eines malignen Melanoms der rechten Labia majora.*

*Das Staging bestätigt den Verdacht.*

*Die Patientin erhält im gleichen Aufenthalt eine systemische Therapie mit Chemotherapeutika und Immuntherapie mit Antikörpern.*

*Die medizinische Dokumentation lässt erkennen, dass die systemische Behandlung einen höheren Aufwand an Mitteln und Aufwänden im Sinne der Kodierregel G52 benötigte als das Staging mittels Lymphknotenbiopsie.*

HD	C51.0	Bösartige Neubildung der Vulva, Labium majus
L	1	
ND	C77.4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität
L	1	

Bei gleichzeitiger systemischer Therapie und Behandlung Metastase (Beispiel 11) und Diagnostik einer Metastase (Beispiel 12) erfolgt die Bestimmung des Hauptaufwandes gemäss Kodierregel G52 «Die Hauptdiagnose».

- Bei **Palliativbehandlung des Tumorpatienten:** Der Tumor (Primarius, (lokaler) Rezidivprimarius) ist als Hauptdiagnose, vorhandene (beschriebene) Metastasen und/oder ein vorhandenes Carcinoma in situ sind als Nebendiagnosen abzubilden, unabhängig davon, ob dieser/diese direkt behandelt wird/werden oder nicht und entgegen der Definition der Nebendiagnose G54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer ND postuliert.

**Beachte:** In seltenen Fällen sind für die Notwendigkeit einer Palliativbehandlung einer Tumorerkrankung die Metastasen verantwortlich (z.B. zerebral metastasiertes Mammakarzinom, Aufnahme zur Palliativbehandlung aufgrund sämtlicher zerebraler Folgen).

In diesen Fällen ist der Tumor in die HD zu wählen, der für die Palliativbehandlung im Vordergrund stand. Falls eine Metastase Hauptdiagnose ist, wird der Primarius/(lokale) Rezidivprimarius als Nebendiagnose angegeben, sowie andere vorhandene (beschriebene) Metastase(n) entgegen der Definition der Nebendiagnose G54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert.

- **Symptombehandlung:** Wenn bei einer Patientin/einem Patienten ausschliesslich ein, resp. mehrere Symptome der Tumorerkrankung behandelt werden und am Tumor keine Massnahme durchgeführt wird, ist der Tumor (Primarius, (lokaler) Rezidivprimarius, Metastasen), dessen Symptombehandlung den meisten Aufwand (G52) erzeugt hat, als Hauptdiagnose abzubilden. Falls eine Metastase Hauptdiagnose ist, wird der Primarius/(lokale) Rezidivprimarius als Nebendiagnose angegeben, sowie andere vorhandene (beschriebene) Metastase(n) und/oder ein vorhandenes Carcinoma in situ (entgegen der Definition der Nebendiagnose G54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert).

**Beachte:** Sämtliche Aufzählungen und Beispiele sind nicht als vollständig für die Kodierung zu betrachten und dienen ausschliesslich als Anhaltspunkte/Hinweise.

**Als Symptome einer Tumorerkrankung zählen z.B.:**

- Progrediente, diffuse Schmerzen bei ossärer Metastasierung
- Dyspnoe bei Lungenkarzinom
- Schwindel, Erbrechen bei zerebraler Metastasierung
- Dysphagie bei Ösophaguskarzinom
- Tumorblutung
  
- Bei Auftreten und Behandlungsnotwendigkeit einer/mehrerer mit einem Tumor (Primarius, (lokaler) Rezidivprimarius oder Metastase(n)) **ätiologisch verbundener Erkrankung(en)** und ohne, dass am Tumor selbst Massnahmen durchgeführt wurden, gilt als Hauptdiagnose der Tumor, mit dem die Erkrankung **direkt zusammenhängend** ist und die den meisten Aufwand (G52) erzeugt hat. Falls eine Metastase Hauptdiagnose ist, wird der Primarius/(lokale) Rezidivprimarius als Nebendiagnose angegeben sowie andere vorhandene (beschriebene) Metastase(n) (entgegen der Definition der Nebendiagnose G54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert).  
Die Erkrankung selbst ist bei Erfüllung der Kodierregel G54 zusätzlich zu kodieren.

Ist der ärztlichen Dokumentation kein eindeutiger Hinweis zu entnehmen, ob eine Erkrankung mit dem Tumor **ätiologisch verbunden** ist oder unabhängig davon betrachtet werden muss, ist zwingend die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt zu konsultieren.

**Als mit einem Tumor ätiologisch verbundene Erkrankungen zählen z.B.:**

- Epilepsie bei zerebraler Metastasierung oder benignem Meningoem
- Poststenotische Pneumonie bei Bronchuskarzinom
- Wirbelkörperfraktur bei ossären Metastasen
- Anämie bei ossärer Metastasierung
- Leberversagen bei Obstruktion des Ductus choledochus durch ein Pankreaskopfkarzinom
- Mechanischer Ileus bei Kolonkarzinom

**Beispiel 13**

*Eintritt einer Patientin mit erstmals aufgetretenem tonisch-klonischem Anfall.*

*Die Diagnostik u.a. mit Schädel-CT ergibt eine strukturelle Epilepsie bei frontaler Raumforderung mit Verdacht auf beniges Falx-Meningoem.*

*Eine Medikation mit Antiepileptika wird etabliert und die Patientin in mittelfristiger Zukunft für die Behandlung des Meningoems aufgeboten.*

HD	D32.0	<i>Gutartige Neubildung der Meningen, Hirnhäute</i>
ND	G40.2	<i>Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen</i>

Zu den mit einer Tumorerkrankung ätiologisch verbundenen Symptomen/Erkrankungen werden für die Kodierung auch die **paraneoplastischen Symptome/Syndrome** gezählt.

Auch in diesen Fällen wird der zugrundeliegende, das paraneoplastische Symptom/Syndrom **direkt** auslösende Tumor (Primarius, (lokaler) Rezidivprimarius oder Metastase(n)) in die HD gewählt.

Das Symptom/Syndrom oder einzelne Manifestationen (wenn kein eigenständiger Syndrom-Kode in der ICD-10-GM vorhanden ist) sowie andere vorhandene (beschriebene) Metastase(n) werden in die Nebendiagnose gewählt (entgegen der Definition der Nebendiagnose G54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert).

Ist der ärztlichen Dokumentation kein eindeutiger Hinweis zu entnehmen, ob bei Vorliegen eines(-er) Symptoms / Syndroms / Manifestation von einer mit dem Tumor ätiologisch verbundenen Paraneoplasie ausgegangen werden kann oder als davon unabhängig betrachtet werden muss, ist zwingend die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt zu konsultieren.

## Beispiele für Paraneoplasien

- Paraneoplastische endokrine Manifestationen:
  - Bildung von ektopem ACTH oder ACTH-ähnlichen Molekülen  
(z.B. Bronchialkarzinom), mgl. Folge: *E24.3 Ektopisches ACTH-Syndrom*
  - Bildung von PTH  
(z.B. Bronchialkarzinom), mgl. Folge: *E21.2 Sonstiger Hyperparathyreodismus*
- Paraneoplastische Gerinnungsstörungen,  
z.B. paraneoplastische Thrombosen:
  - Thrombophlebitis migrans: *I82.1*
  - Tiefe Beinvenenthrombose: *I80.28*
  - Abakterielle thrombotische Endokarditis (mit konsekutiven Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall): *I33.9*
- Antikörpervermittelte Paraneoplasien:
  - Zollinger-Ellison-Syndrom, z.B. bei malignen Tumoren des Gastrointestinaltraktes: *E16.4*
  - Dermatomyositis/Polymyositis bei Neubildungen: *M36.0\**
- Neurologisch vermittelte Paraneoplasien:
  - Guillain-Barré Syndrom z.B. bei Hodgkin-Lymphom: *G61.0*
  - Lambert-Eaton-Syndrom z.B. bei kleinzelligem Bronchialkarzinom: *G73.1\**
  - Periphere Polyneuropathie (nicht aufgrund Chemotherapie): *G62.88*

**Beachte:** Ein(e) paraneoplastisches Symptom/Syndrom oder Manifestation und/oder eine mit dem Tumor ätiologisch verbundene Erkrankung können weitere Folgeerkrankungen auslösen.

Steht eine solche Folgeerkrankung in direkter Verbindung mit dem/der paraneoplastischen Symptom/Syndrom/Manifestation oder einer Erkrankung, die ätiologisch mit dem Tumor verbunden ist, gilt sie als **nicht mehr direkt mit dem Tumor vergesellschaftet** und wird als Hauptdiagnose kodiert (sofern sie Kodierregel G52 erfüllt).

Die Paraneoplasie und/oder die mit dem Tumor ätiologisch verbundene Erkrankung und der auslösende Tumor (Primarius, (lokaler) Rezidivprimarius und vorhandene (beschriebene) Metastase(n)) werden in die Nebendiagnose gewählt (entgegen der Definition der Nebendiagnose G54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert).

### Beispiel 14

Ein Patient tritt mit Herzinfarkt in Folge einer paraneoplastischen abakteriellen thrombotischen Endokarditis bei kleinzelligem Bronchuskarzinom ein.

HD	<i>I21.-</i>	Akuter Myokardinfarkt
ND	<i>I33.9</i>	Akute Endokarditis, nicht näher bezeichnet
ND	<i>C34.-</i>	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
L		

### Beispiel 15

Eine Patientin tritt ein mit Lungenembolie ohne Cor pulmonale aufgrund einer tiefen Beinvenenthrombose, bei einer paraneoplastischen Gerinnungsstörung bei Pankreaskopfkarzinom.

Aufgrund der Lungenembolie 2 Tage IPS-Aufenthalt. Dazu ist die Patientin während des Aufenthalts 3 Tage heparinisiert und erhält ein Staging-CT.

HD	<i>I26.9</i>	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale
L		
ND	<i>I80.28</i>	Thrombose [...] sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten
L		
ND	<i>C25.0</i>	Bösartige Neubildung des Pankreaskopfes

**Beispiel 16**

Ein Patient tritt mit plötzlich zunehmender Aphasie und schlaffer Hemiplegie stationär ein.

Nach endovaskulärer Thrombektomie intrazerebral, Betreuung auf Intensivstation und Stabilisierung auf der Stroke-Unit verhärtet sich der Verdacht auf eine Gerinnungsstörung unklarer Ätiologie bei ansonsten unauffälligem Gesundheitsstatus.

Nach weiteren diagnostischen Massnahmen, einschliesslich Staging -CT, wird die Diagnose eines Pankreaskopfkarzinoms gestellt.

Der betreuende Arzt dokumentiert den hochgradigen Verdacht auf eine paraneoplastische Gerinnungsstörung.

HD	I63.3	Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien
L		
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
L		
ND	R47.0	Dysphasie und Aphasie
ND	D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
ND	C25.0	Bösartige Neubildung des Pankreaskopfes

**Hinweis:**

Für alle Fallbeispiele gilt:

Die Zusatzkodes U69.11! Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung und U69.12! Temporäre Blutgerinnungsstörung werden, gemäss ärztlicher Dokumentation des Krankheitsverlaufes, der Kodierung hinzugefügt.

**Beachte:** Als «**vorhanden**» (**beschrieben**) (in Bezug auf Primarius, (lokalen) Rezidivprimarius und/oder Metastasen) versteht man das ärztlich dokumentierte, metastasierte Grundleiden, unabhängig davon, ob z.B. die Metastasen makro- oder mikroskopisch (histopathologisch) nachweisbar sind/wären.

Als valide ärztliche Dokumentation gilt das Vorhandensein einer TNM-Klassifikation in der fallbezogenen Dokumentation und/oder die exakte Beschreibung der Lokalisationen von Primarius, (lokalem) Rezidivprimarius und/oder Metastasen (oder Verdacht auf...) im Fliesstext und/oder der Diagnosenliste der ärztlichen Berichte.

Auch wenn z.B. Metastasen (lokal) entfernt wurden, kann bei metastasiertem Grundleiden nicht davon ausgegangen werden, dass die Betroffenen tumor- und/oder metastasenfrei sind.

**Beispiel 17**

Eine Patientin wird aufgenommen zur palliativen Chemotherapie im Zyklus bei Status nach Mastektomie mit Lymphadenektomie bei metastasiertem Mammakarzinom. Die TNM-Klassifikation gemäss ärztlichem Austrittsbericht ist pT2N2(7/15) M1(OSS, BRA). Die Lymphknotenmetastasen fanden sich axillär.

HD	C50.9	Bösartige Neubildung der Brustdrüse, n.n.bez.
L		
ND	C77.3	Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der axillären Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität
L		
ND	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
ND	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute

**Beispiel 18**

Ein Patient wird aufgenommen mit ärztlich dokumentierter, metastatisch bedingter Wirbelkörperkompression thorakal zur Vertebroplastie bei metastasiertem Nierenzellkarzinom.

HD	C79.5†	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
ND	M49.54*	Wirbelkörperkompression im Thorakalbereich bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
ND	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
L		

### **SD0203n Nachresektion im Tumorgebiet**

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

Wird der früher entfernte Tumor als metastasiert dokumentiert und/oder finden sich (aktuell) vorhandene (beschriebene) Metastase(n) und/oder ein vorhandenes Carcinoma *in situ*, werden diese Diagnosen ebenfalls erfasst (entgegen der Definition der Nebendiagnose G54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert).

Die Abbildung der Re-Operation im gleichen Gebiet erfolgt wie gewohnt entweder über spezielle Re-Eingriffskodes oder über die zusätzliche Erfassung der CHOP-Kodes *00.99.11 «Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch, laparoskopisch und arthroskopisch voroperierten Gebiet» oder 00.99.12 «Operation in einem bereits perkutan interventionell vorbehandelten oder bestrahlten Gebiet»*.

### **SD0204k Tumornachweis nur in der Biopsie**

Wenn das Ergebnis einer vorangegangenen Biopsie zur Diagnose einer malignen Neubildung, eines Carcinoma *in situ* oder einer sonstigen Diagnose führt, sich aber diese im aktuell intraoperativ entnommenen Gewebe nicht bestätigen lässt, ist die ursprüngliche Diagnose, die aufgrund der vorangegangenen Biopsie gestellt wurde, nur zu kodieren, wenn sich klinisch und/oder histopathologisch keine anderen Diagnosen und/oder Befunde ergeben.

## **SD0205n (Akute, chronische) Erkrankungen, Störungen nach und/oder Folgen von medizinischen Massnahmen im Kontext von Behandlungen maligner Neubildungen (solide, hämatologisch)**

Durch die / bei der Behandlung / Therapie maligner Erkrankung treten häufig therapiebedingte Erkrankungen / Störungen / Folgen / Syndrome / Symptome / andere Manifestationen auf.

In den verschiedenen Kapiteln der ICD-10-GM finden sich, wie bereits in der Kodierregel D12 aufgeführt, spezifische Diagnosekodes wie z.B. *D70.1- Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, D90 Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Massnahmen, K52.1 Toxische Gastroenteritis und Kolitis, G62.0 Arzneimittelinduzierte Polyneuropathie etc.*  
Ist kein spezifischer Diagnosekode gemäss Kodierregel D12 vorhanden, wird zur Suche nach einem geeigneten Diagnosekode wie in genannter Kodierregel vorgegangen.

Z.B. *B37.0 Candida-Stomatitis + Y84.9! Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet, R11 Übelkeit und Erbrechen + Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen etc.*

Wird/Werden während einer Hospitalisation **ausschliesslich** die Erkrankung(en) bzw. Störung(en) nach medizinischer Massnahme behandelt und bezüglich maligner Neubildung keine Massnahmen durchgeführt, wird diese Erkrankung bzw. Störung nach medizinischer Massnahme als Hauptdiagnose angegeben. Der Tumor (Primarius, (lokaler) Rezidivprimarius oder Metastase(n)), dessen Behandlung die Störung nach medizinischen Massnahmen ausgelöst hat und zusätzliche vorhandene (beschriebene) Metastasen werden als Nebendiagnose kodiert entgegen der Definition der Nebendiagnose G 54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert.

Werden mehrere Erkrankungen nach medizinischen Massnahmen behandelt, ist diejenige Störung als Hauptdiagnose abzubilden, die den grössten medizinischen Aufwand verursacht hat (Regel G 52).

**Hinweis:** Bei Wiedereintritt innerhalb von 18 Tagen steht die Kodierregel D16 (Abrechnungsregel) hierarchisch über der speziellen Kodierregel SD0205 und ist anzuwenden.

### **Beachte:**

Gilt eine maligne Neubildung als geheilt und ist die Behandlung abgeschlossen (d.h. es erfolgen keine aktuellen Therapien mehr, z.B. auch keine Hormonblockierungstherapien) und es sind auch zukünftig keine erneuten oder weiterführenden Therapien geplant, wird kein ICD-10-GM-Kode für die maligne Neubildung und/oder Carcinoma in situ angegeben.

Um abzubilden, dass es sich um eine Störung nach medizinischen Massnahmen handelt und eine maligne Neubildung vorlag, sind Kodes aus den Kapiteln XX und XXI zu benutzen (Beispiele 7,8).

Der Status «Heilung» im Kontext maligner Grunderkrankungen ist von der jeweiligen Erkrankung abhängig und wird mit unterschiedlichen und sich ändernden Fristen und Parametern definiert (siehe dazu auch Kodierregel SD0207).

Somit folgt, dass der ärztlichen Dokumentation deutlich zu entnehmen sein muss, ob eine vollständige Heilung, bezogen auf die maligne Grunderkrankung, vorliegt.

### **Beispiel 1**

*Behandlung eines Lymphödems infolge einer Mastektomie bei Mammakarzinom unter fortbestehender Hormontherapie.*

HD	I97.2	Lymphödem nach Mastektomie
L		
ND	C50.-	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] (4. Stelle entsprechend der Lokalisation)
L		

### **Beispiel 2**

*Eintritt mit Neutropenie und Anämie nach Verabreichung der 2. Chemotherapie im Zyklus bei in die pelvinen Lymphknoten metastasiertem Endometriumkarzinom. Der histopathologische Bericht zeigte zusätzlich am entnommenen Uterus ein endozervikales Carcinoma in situ. Hauptaufwand der Behandlung war die Neutropenie mit allen Folgen. Aufgrund Anämie Verabreichung von 2 Erythrozytenkonzentraten. Es erfolgte keine auf die maligne Neubildung ausgerichtete spezifische Behandlung und/oder Diagnostik.*

HD	D70.1-	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie
ND	D61.1	Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie
ND	C54.1	Bösartige Neubildung des Corpus uteri, Endometrium
ND	C77.5	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, intrapelvine Lymphknoten
ND	D06.0	Carcinoma in situ der Cervix uteri, Endozervix

**Beispiel 3**

*Eintritt mit Candidastomatitis 15 Tage nach letztmalig durchgeföhrter Chemo- und Immuntherapie bei Pankreaskopfkarzinom mit regionalen Lymphknotenmetastasen.*

*Der Patient zeigt eine Panzytopenie mit Fokus auf therapiebedingter Anämie.*

*Der gesamte Mundbereich zeigt enorale Apthen, andere Entzündungsstigmata und hartnäckige Soorbeläge.*

*Aufgrund der starken Schmerzen bei Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme liegen als Folgen Dehydrierung und Hyponatriämie (behandelt mit NaCl-haltigen Infusionen), beginnende Mangelernährung (hochkalorische Flüssignahrung) und damit ein herabgesetzter Allgemeinzustand vor.*

*Als Hauptaufwand wird bei Gabe von 2 EC, 1 TC, einem Medikament das als Granulozyten-Kolonie-stimulierender Faktor wirkt (einmalig) und 8 Tagen aufwändiger Soorbehandlung/Entzündungsbehandlung und Rekonditionierung die Candidastomatitis ärztlich deklariert.*

*Alle aktuellen Erkrankungen werden als Folgen/Störungen nach verabreichter Chemotherapie bezeichnet. Am Ende der Behandlung der o.a. Störungen erfolgt ein Staging-CT und die Verabreichung einer weiteren palliativ intendierten Chemotherapie unter stationärer Überwachung.*

HD	C25.0	Bösartige Neubildung des Pankreas, Pankreaskopf
ND	C77.2	Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der Lymphknoten, intraabdominale Lymphknoten
ND	B37.0	Candida-Stomatitis
ND	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie
ND	E86	Volumenmangel
ND	E46	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweissmangelernährung
ND	D61.10	Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie
ND	D70.1-	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie
ND	D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
ND	Y57.9!	Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen

Aufgrund des Wiedereintrittes 15 Tage nach erfolgter Chemotherapie und ihrer Folgen gelangt die Kodierregel/Abrechnungsregel D16 zur Anwendung.

Wäre der Wiedereintritt am 19. Tag nach Austritt erfolgt, würde die Kodierregel SD0205 zur Anwendung gelangen und der Kode C 25.0 wäre ebenfalls die Hauptdiagnose des Falles.

**Beispiel 4**

*Eintritt einer 34-jährigen Patientin mit starken Knochenschmerzen direkt im Anschluss nach geplanter Radiotherapie eines Unterkieferosteosarkoms links mit einer solitären zervikalen Lymphknotenmetastase links. Zustand nach Primäroperation und Start der postoperativen Chemotherapie.*

*Nach Gabe intravenöser Schmerzmittel (3-mal in 24 h) schnelle Besserung der Schmersituation.*

*Aufgrund vorliegender weiterer Verdachtsmomente erfolgen ein Staging-MRI des Neurokraniums und eine Darstellung der Halsweichteile mittels CT. Es kann kein Progress der Grunderkrankung erkannt werden.*

*Die Patientin ist jung und zeigt aufgrund ihrer malignen Grunderkrankung ein mittelstarkes, neu aufgetretenes depressives Zustandsbild, das ein einmaliges psychiatrisches Konsil und die Etablierung einer antidepressiven Medikation erforderte.*

*Nach Absprache erfolgt die nächste Chemotherapie, auch zur besseren Überwachung, im gleichen Aufenthalt.*

*Da die Radiotherapie im gleichen Spital am Eintrittstag erfolgte, fliesst sie ebenfalls in die stationäre Kodierung ein.*

HD	C41.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkkorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen, Unterkieferknochen
L	2	
ND	C77.0	Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
L	2	
ND	K10.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Kiefer
L	2	
ND	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet
ND	F32.1	Mittelgradige depressive Episode

**Beispiel 5**

Nach Abschluss der Behandlung eines Melanoms der Stirn rechts (Resektion, plastische Deckung, Chemo- und Antikörpertherapie) und einer nachgewiesenen Mikrometastase in den bei der Primär-Operation entnommenen zervikalen Lymphknoten rechts kommt es zur Ausbildung eines störenden Narbenkeloids. Die ärztliche Dokumentation enthält keinen Hinweis auf Heilung.

Eintritt zur Revision des Narbenkeloids

HD	L91.0	Hypertrophe Narbe
L	1	
ND	C43.3	Bösartiges Melanom der Haut sonstiger und n.n.bez. Teile des Gesichtes
L	1	
ND	C77.0	Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
L	1	

**Beispiel 6**

Eintritt zur Operation einer Urethrastruktur 6 Jahre nach transurethraler Operation eines Harnblasenkarzinoms.

Die Behandlung gilt als abgeschlossen, der Patient als geheilt.

HD	N99.1	Harnröhrenstruktur nach medizinischen Massnahmen
ND	Z85.5	Bösartige Neubildung der Harnorgane in der Eigenanamnese

**Beispiel 7**

Eintritt zur Abklärung zunehmender signifikanter kognitiver und motorischer Defizite, sowie affektiver Störung. Eine postaktinische Hirnschädigung vom Typ ALERT (Acute Late-onset Encephalopathy after Radiotherapy) wird diagnostiziert. Anamnestisch liegt die abgeschlossene Behandlung eines frontalen Astrozytoms (vor 17 Jahren) vor. Bezuglich des malignen Tumors gilt der Patient als geheilt.

HD	G93.88t	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Gehirns
ND	F02.8*	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern
ND	U63.1!	Affektive Symptome bei Demenz
ND	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.
ND	Z85.8	Bösartige Neubildungen sonstiger Organe oder Systeme in der Eigenanamnese

**Beispiel 8**

Eintritt zur ersten Chemo- und Immuntherapie bei neu diagnostiziertem Lungenkarzinom (Unterlappen rechts).

Zustand nach Bestrahlung eines Non Hodgkin-Lymphoms im rechten Mediastinum vor 20 Jahren.

Die ärztliche Dokumentation zeigt einen ätiologischen Zusammenhang des Zweittumors (pulmonal) mit der Radiotherapie der ersten, Jahre zuvor aufgetretenen und behandelten malignen Neubildung.

HD	C34.3	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge, Unterlappen (-Bronchus)
L	1	
ND	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.
ND	Z85.7	Andere bösartige Neubildungen des lymphatischen [...] Gewebes in der Eigenanamnese

**SD0206a 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.

**SD0207a 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**

*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.

**SD0208n 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]*  
 L  
 ND Z85.3      *Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Eigenanamnese*  
 L

**SD0209a 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 G 54) erfüllt ist.

**Beispiel 1**

*Bösartiges Phäochromozytom, das Katecholamin sezerniert.*

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

## SD0210n 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 G 52).

### 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)  
 L  
 ND/HD C43.7 Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschliesslich Hüfte  
 L  
 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 Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der Lymphknoten mehrerer Regionen* verschlüsselt, gefolgt von den zutreffenden Kodes aus *U69.5-! Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe mehrerer Regionen bei sekundärer und n.n.bez. bösartiger Neubildung der Lymphknoten*. S. dazu Beispiel 3.

**Ausnahme:** Erfüllt die Behandlung von einzelnen Lymphknotenmetastasen oder Lymphknotenarealen die Bedingungen der Hauptdiagnose, wird der entsprechende **spezifische** Kode aus *C77-* (und nicht *C77.8*) als HD kodiert. Alle anderen vorhandenen befallenen Lymphknotenareale und zusätzlich andere vorhandene (beschriebene) Metastase(n) und der Primarius/Rezidivprimarius werden als Nebendiagnose angegeben (entgegen der Definition der Nebendiagnose G 54, die einen Aufwand > 0 für die zulässige Kodierung einer Nebendiagnose postuliert). S. dazu Beispiel 4.

### Beispiel 3

Endometriumkarzinom mit Metastasen im Retroperitoneum, Pleura, Knochen und folgenden befallenen Lymphknotenstationen: retroperitoneal, mediastinal, inguinal, pelvin, supraclavikular und zervikal (Hals). Eintritt zur Antikörpertherapie.

HD C54.1 Bösartige Neubildung des Corpus uteri, Endometrium  
 ND C78.2 Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura  
 L  
 ND C78.6 Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums  
 ND C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes  
 ND C77.8 Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der Lymphknoten mehrerer Regionen  
 ND U69.50! Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses bei Angabe mehrerer Regionen  
 ND U69.51! Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der intrathorakalen Lymphknoten bei Angabe mehrerer Regionen  
 ND U69.52! Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der intraabdominalen Lymphknoten bei Angabe mehrerer Regionen  
 ND U69.54! Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der inguinalen Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität bei Angabe mehrerer Regionen  
 ND U69.55! Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der intrapelvinen Lymphknoten bei Angabe mehrerer Regionen

#### **Beispiel 4**

*Eintritt zur Diagnostik bei Verdacht (und folgend Bestätigung) auf mediastinale Lymphknotenmetastasen eines in die zervikalen (Hals) Lymphknoten metastasierten Mundbodenkarzinoms.*

HD	C77.1	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, Intrathorakale Lymphknoten
ND	C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
ND	C04.9	Bösartige Neubildung des Mundbodens, Mundboden, nicht näher bezeichnet

#### **Beispiel 5**

*Diagnostik eines folliculären (nodulären) Non-Hodgkin-Lymphoms mit Befall der axillären, zervikalen Lymphknotenstationen und grossem mediastinalem Lymphknoten - Bulk.*

HD	C82.9	Follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet
----	-------	--

### **SD0211a 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 SD0213).

#### **Beispiel 3**

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

C53.1	Bösartige Neubildung der Ektozervix
-------	-------------------------------------

**SD0212a Remission bei malignen immunoproliferativen Erkrankungen und Leukämie**

Bei den Kodes

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

stehen zur Verschlüsselung des Remissionsstatus an fünfter Stelle

- 0 *Ohne Angabe einer kompletten Remission*
- 1 *In kompletter 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 Krankheitsscheinungen 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.

**SD0213a 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.

**SD0214n Lymphom**

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

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

Bei Lymphomen sind die folgenden Kodes **nicht** zuzuordnen:

- C77.- *Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten*
- C78.- *Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane*
- C79.0 *Sekundäre bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens*
- C79.1 *Sekundäre bösartige Neubildung der Harnblase sowie sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane*
- C79.2 *Sekundäre bösartige Neubildung der Haut*
- C79.4 *Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Nervensystems*
- C79.6 *Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars*
- C79.7 *Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere*
- C79.8- *Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen*
- C79.9 *Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation*

Für die Verschlüsselung einer Knochenbeteiligung bei malignen Lymphomen ist

C79.5 *Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes*

*Knochen(mark)herde bei malignen Lymphomen (Zustände klassifizierbar unter C81 – C88)*

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.

Erfüllt die Behandlung des Befalls der Hirnhäute oder des Gehirns, oder der Befall der Knochen, die Bedingungen der Hauptdiagnose, wird der entsprechende spezifische Kode als HD kodiert.

### **SD0215a 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.

### **SD0216n Prophylaktische Operationen wegen Risikofaktoren**

Diese Operationen werden z.B. bei Diagnosen wie Brustkrebs oder Ovarialkrebs in der Familienanamnese, genetischer Veranlagung, 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**

*Brustumputation wegen Brustkrebs in der Familienanamnese.*

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

#### **Beispiel 2**

*Brustumputation wegen fibrozystischer Mastopathie.*

HD N60.1 *Diffuse zystische Mastopathie*

L

#### **Beispiel 3**

*Patientin mit nachgewiesenem Brustkrebs wird zur prophylaktischen Brustumputation beidseits aufgenommen.*

HD Z40.00 *Prophylaktische Operation an der Brustdrüse [Mamma]*

L 0

#### **Beispiel 4**

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

HD Z40.01 *Prophylaktische Operation am Ovar*

L 0

## SD0217o Palliativbehandlung

Die Palliativbehandlung bei (Tumor-)Patientinnen/Patienten wird über die passenden CHOP-Kodes abgebildet.

93.8A.2- *Palliativmedizinische Komplexbehandlung (ausserhalb einer eigenständigen spezialisierten Palliative Care Station), nach Anzahl Behandlungstage*

93.8B.- *Spezialisierte Palliative Care*

**Beachte:** «Wahl der Hauptdiagnose bei Palliativbehandlungen: Hauptdiagnose ist die Krankheit, die die Palliativbehandlung bedingt». Beachte Kodierregel SD0202: «Palliativbehandlung des Tumorpatienten»

### Hinweis:

- Symptome einer fortgeschrittenen (Tumor-)Erkrankung, wie z.B. starke Übelkeit, systemische Inflammation, Schwäche, Appetitlosigkeit, generalisierte Schmerzen, Luftnot, Panik etc. sind **nicht** als Grund für die Palliativbehandlung in die Hauptdiagnose zu kodieren, auch wenn sie in Komfortintention während der stationären Behandlung im Vordergrund standen.

Enthält die ärztliche und/oder medizinische Dokumentation Hinweise darauf, dass sich z.B. die Behandlungsintention von kurativ zu palliativ geändert hat, dass eine Operation in palliativer Absicht erfolgte, dass eine Chemotherapie palliativ intendiert ist etc., darf der Kode Z51.5 *Palliativbehandlung* nicht erfasst werden.

### Erfassung Funktionseinschränkungen im Rahmen von Palliativbehandlungen

Die Kodes der Rubriken U50.- bis U51.-, die sich auf den Barthel-Index beziehen, dürfen für Behandlungen der Palliativmedizin (analog zu den geriatrischen und frührehabilitativen Behandlungen) zu **Beginn der Palliativbehandlung** erhoben werden.

Das heisst, bezugnehmend auf die Hinweise unter den Koderubriken U50.- und U51.-, dass die Erhebung **nicht** zwingend in den ersten 5 **stationären** Behandlungstagen erfolgen muss.

## SD0400 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

### SD0401n Allgemeines

#### *Diabetes mellitus: Typen*

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

- E10.- *Diabetes mellitus, Typ 1*  
umfasst alle DM Typ I, u.a. juveniler Diabetes, IDDM (Insulin Dependent DM)
- E11.- *Diabetes mellitus, Typ 2*  
umfasst alle DM Typ II, u.a. Erwachsenendiabetes, NIDDM (Non Insulin Dependent DM)
- E12.- *Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung (Malnutrition)*  
Diese Form kommt überwiegend bei Patienten aus Entwicklungsländern vor. Ein Diabetes mellitus im Rahmen eines metabolischen Syndroms ist hierunter nicht zu verschlüsseln.
- E13.- *Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus*  
u.a. Diabetes nach medizinischen Massnahmen, z.B. Steroiddiabetes
- E14.- *Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus*
- 024.0 *Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, vorher bestehender Diabetes mellitus, Typ 1*
- 024.1 *Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, vorher bestehender Diabetes mellitus, Typ 2*
- 024.2 *Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, vorher bestehender Diabetes mellitus durch Fehl- oder Mangelernährung (Malnutrition)*
- 024.3 *Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, vorher bestehender Diabetes mellitus, nicht näher bezeichnet*
- 024.4 *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 *Abnormaler 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 Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet usw.).

#### Entgleister Diabetes mellitus

An **fünfter Stelle** werden angegeben:

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

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

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

- Rezidivierende Hypoglykämien unter 3 mmol/l mit Symptomen, mit dreimal tgl Blutzucker (BZ)-Kontrollen und Therapieanpassung oder
- stark schwankende BZ-Werte (Diff. mind. 5 mmol/l) mit dreimal tgl BZ-Kontrollen und Therapieanpassung oder
- deutlich überhöhtes HBA1c (> 9%) während der letzten 3 Mo und dreimal tgl BZ-Kontrollen und/oder
- mindestens dreimal Werte > 15 mmol/l mit mehrfacher Therapieanpassung
- bei Werten < 15 mmol/l aber aufwändigem Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl BZ und dokumentiertem Nachspritzen

## **SD0402n 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 definiert geregelt.

### *Hauptdiagnose Diabetes mellitus mit Komplikationen*

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

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

bei der Hospitalisation im Vordergrund standen.

Des Weiteren ist für die Kodierung von Bedeutung, wie viele Komplikationen des Diabetes mellitus vorliegen, und ob diese die Nebendiagnosendefinition erfüllen (Regel G54).

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

HD      E10 – E14, vierte Stelle «.6»

ND      ausserdem ist ein Kode für die Manifestation anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist

Diese Kodieranweisung stellt eine **Ausnahme zu den Regeln der ICD-10-GM** 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      E10.61t      Diabetes mellitus, Typ 1 mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet

ND      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

Soll der Schweregrad einer Hypoglykämie oder das Vorliegen einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (U69.70! - U69.74!) zu benutzen.

- **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»

ND ausserdem sind die Kodes für die einzelnen Manifestationen anzugeben, sofern die Nebendiagnosedefinition 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 E10.73t Diabetes mellitus, Typ 1 mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet

ND 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

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

HD E10 – E14, vierte Stelle entsprechend dieser Manifestation

ND gefolgt vom entsprechenden Kode für diese Manifestation

ND Die Kodes für die weiteren Manifestationen sind anzugeben, sofern die Nebendiagnosedefinition 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 E10.50t Diabetes mellitus, Typ 1 mit peripheren vaskulären Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

ND I79.2\* Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

ND I70.23 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen

L

ND E10.30t Diabetes mellitus, Typ 1 mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

ND H36.0\* Retinopathia diabetica

B 39.25-- Gefäß-Bypass von der Aorta oder der A. iliaca zu weiteren Arterien der unteren Extremität

L

**Hinweis:** Der Kode 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.

• **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*

*ND 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 Nebendiagnosedefinition 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 Nebendiagnosedefinition erfüllt,
- ob Komplikationen des Diabetes mellitus vorliegen und
- ob diese die Nebendiagnosedefinition erfüllen.

Wenn der Diabetes mellitus die Nebendiagnosedefinition 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 Nebendiagnosedefinition erfüllen.

Abweichend von den Regelungen zur Hauptdiagnose Diabetes mellitus ist jedoch:

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

**Beispiel 6**

*Eine Patientin wird wegen eines Sturzes mit geschlossener Humeruskopffraktur rechts ohne Weichteilschaden stationär aufgenommen.*

*Zudem besteht ein Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Nephropathie. Der Diabetes wird diätetisch und medikamentös behandelt sowie die Nierenwerte regelmässig kontrolliert.*

*HD S42.21 Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf*

*L 1*

*ND X59.9! Sonstiger und nicht näher bezeichneter Unfall*

*ND E11.20t Diabetes mellitus, Typ 2 mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet*

*ND N08.3\* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus*

**Beispiel 7**

*Eine Patientin wird wegen eines Sturzes mit geschlossener Humeruskopffraktur rechts 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*

*ND X59.9! Sonstiger und nicht näher bezeichneter Unfall*

*ND E11.20t Diabetes mellitus, Typ 2 mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet*

**Beachte:** Wie in D03 geregelt: Kreuz †-Kodes dürfen alleine verschlüsselt werden.

## SD0403n Spezifische Komplikationen des Diabetes mellitus

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

### Nierenkomplikationen (E10t – E14t, vierte Stelle «.2»)

Nierenerkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als Diabetes mellitus mit Nierenkomplikationen E10t – E14t, 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 E10.20t Diabetes mellitus, Typ 1 mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet  
ND 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 E10.20t Diabetes mellitus, Typ 1 mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet  
ND 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 (E10t – E14t, vierte Stelle «.3»)

Augenerkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen E10t – E14t, vierte Stelle «.3» zu verschlüsseln. Ausserdem ist ein Kode für die spezifische Manifestation anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

#### Diabetische Retinopathie:

E10t – E14t mit vierter Stelle «.3» Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen  
H36.0\* Retinopathia diabetica  
L

#### Diabetische Retinopathie mit Retina-(Makula-)Ödem

ist wie folgt zu kodieren:  
E10t – E14t mit vierter Stelle «.3» Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen  
H36.0\* Retinopathia diabetica  
L  
H35.8 Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Netzhaut  
L

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

H54.– Blindheit und Sehbeeinträchtigung  
L  
zugewiesen.

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

<i>E10t – E14t mit vierter Stelle «.3»</i>	<i>Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen</i>
<i>H28.0*</i>	<i>Diabetische Katarakt</i>
<i>L</i>	

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

der zutreffende Kode aus	<i>H25.– Cataracta senilis</i>
oder	<i>H26.– Sonstige Kataraktformen</i>
sowie die entsprechenden Kodes aus <i>E10 – E14 Diabetes mellitus</i> .	

#### *Neuropathie und Diabetes mellitus (E10t – E14t, vierte Stelle «.4»)*

Neurologische Erkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen *E10t – E14t*, vierte Stelle «.4» zu verschlüsseln. Außerdem ist ein Kode für die spezifische Manifestation anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

#### **Diabetische Mononeuropathie:**

<i>E10t – E14t mit vierter Stelle «.4»</i>	<i>Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen</i>
<i>G59.0*</i>	<i>Diabetische Mononeuropathie</i>

#### **Diabetische Amyotrophie:**

<i>E10t – E14t mit vierter Stelle «.4»</i>	<i>Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen</i>
<i>G73.0*</i>	<i>Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten</i>

#### **Diabetische Polyneuropathie:**

<i>E10t – E14t mit vierter Stelle «.4»</i>	<i>Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen</i>
<i>G63.2*</i>	<i>Diabetische Polyneuropathie</i>

#### *Periphere vaskuläre Erkrankung und Diabetes mellitus (E10t – E14t, vierte Stelle «.5»)*

Periphere vaskuläre Erkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit Diabetes mellitus stehen, sind als Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen *E10t – E14t*, vierte Stelle «.5» zu verschlüsseln. Außerdem ist ein Kode für die spezifische Manifestation anzugeben, sofern die Nebendiagnosendefinition erfüllt ist.

#### **Diabetes mellitus mit peripherer Angiopathie:**

<i>E10t – E14t mit vierter Stelle «.5»</i>	<i>Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen</i>
<i>I79.2*</i>	<i>Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</i>

#### *Diabetisches Fußsyndrom (E10 – E14, vierte Stelle «.7»)*

Die Diagnose «Diabetischer Fuss» wird kodiert mit:

<i>E10 – E14 mit an vierter und fünfter Stelle:</i>	
<i>.74</i>	<i>Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet</i>
oder	
<i>.75</i>	<i>Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet</i>

Die Kodes für beide Manifestationen/Komplikationen des Fußsyndroms

<i>G63.2*</i> <i>Diabetische Polyneuropathie</i>
<i>I79.2*</i> <i>Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</i>

sind **danach anzugeben**. Alle weiteren vorliegenden Manifestationen/Komplikationen sind als Nebendiagnose zu kodieren, wenn sie die Nebendiagnosendefinition erfüllen.

**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	E10.75t	Diabetes mellitus, Typ 1 mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
ND	G63.2*	Diabetische Polyneuropathie
ND	I79.2*	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
ND	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
L		
ND	A46	Erysipel [Wundrose]

**Hinweis:** Der Kode I70.24 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.

Auswahl von Diagnosen, die zum klinischen Bild des diabetischen Fußsyndroms gehören können:

**1. Infektion und/oder Ulkus**

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

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

Dekubitus, Stadium 1	L89.0-
Dekubitus, Stadium 2	L89.1-
Dekubitus, Stadium 3	L89.2-
Dekubitus, Stadium 4	L89.3-
Dekubitus, Stadium 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	G63.2*
Autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten	G99.0*

**4. Deformitäten**

Hallux valgus (erworben)	M20.1
Hallux rigidus	M20.2
Sonstige Deformität der Grosszehe (erworben)	M20.3
Sonstige Hammerzehe(n) (erworben)	M20.4
Sonstige Deformitäten der Zehen (erworben)	M20.5
Flexionsdeformität, Knöchel und Fuss	M21.27
Hängefuss (erworben), Knöchel und Fuss	M21.37
Plattfuss [Pes planus] (erworben)	M21.4
Erworbener Klauenfuss und Klumpfuss, Knöchel und Fuss	M21.57

<i>Sonstige erworbene Deformitäten des Knöchels und des Fusses</i>	<i>M21.67</i>
<i>Sonstige näher bezeichnete erworbene Deformitäten der Extremitäten, des Knöchels und des Fusses</i>	<i>M21.87</i>

**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 Knees, 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</i>	<i>(Z89.4)</i>

**SD0404a 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 Nebendiagnosedefinition erfüllen (Regel G 54).

**SD0405n Störungen der inneren Sekretion des Pankreas**

Die Kodes

- E16.0 Arzneimittelinduzierte Hypoglykämie ohne Koma*
- E16.1 Sonstige Hypoglykämie*
- E16.2 Hypoglykämie, nicht näher bezeichnet*
- E16.8 Sonstige näher bezeichnete Störungen der inneren Sekretion des Pankreas*
- E16.9 Störungen der inneren Sekretion des Pankreas, nicht näher bezeichnet*

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

Der Schweregrad einer Hypoglykämie soll mit einer zusätzlichen Schlüsselnummer (*U69.70!*, *U69.71!*, *U69.72!*), erfasst werden.

**SD0406a Zystische Fibrose**

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

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

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

**Beispiel 1**

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

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

*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 Kode aus *E84.- Zystische Fibrose* als Nebendiagnose verschlüsselt, wenn sie die Nebendiagnosedefinition erfüllt.

## **SD0407n Mangelernährung bei Erwachsenen**

### **Kodierung:**

- Die Diagnose muss vom behandelnden Arzt gestellt werden.
- Eine Mangelernährung gemäss ICD-10-GM *E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung* kann kodiert werden, wenn **eine** der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:
  - 89.0A.4-           *Multimodale Ernährungsberatung/therapie, nach Anzahl Behandlungstage*  
**oder**
  - 89.0A.32          *Ernährungsberatung/therapie*
- Eine Mangelernährung gemäss ICD-10-GM *E44.- Energie- und Eiweissmangelernährung mässigen und leichten Grades* kann kodiert werden, wenn **mindestens eine** der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:
  - 89.0A.32          *Ernährungsberatung/therapie*
  - 89.0A.4-          *Multimodale Ernährungsberatung/therapie, nach Anzahl Behandlungstage*
  - 96.6              *Enterale Infusion konzentrierter Nährstoffe*
  - 99.15             *Parenterale Infusion konzentrierter Nährlösungen*

**Anmerkung:** *E43* und *E44.-* dürfen nur bei entsprechend erfüllten Kriterien 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).

### **Ausnahme:**

Wenn in einem Komplexbehandlungskode eine Therapieform bereits enthalten ist, wird diese nicht separat (zusätzlich) kodiert.

Dennoch kann zur Präzisierung der entsprechende ICD-10-GM Kode erfasst werden.

Beispiel:

Der Kode *89.0A.32 Ernährungsberatung/therapie* wird nicht zusätzlich erfasst, wenn die Ernährungsberatung bereits in den Mindestmerkmalen der Komplexbehandlungskodes aufgeführt ist. Ausser ein spezifisches «Kodiere ebenso» verweist darauf.

## 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/m<sup>2</sup> 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/m<sup>2</sup> 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).

## SD0408n Mangelernährung bei Kindern

### Kodierung:

- Die Diagnose muss vom behandelnden Arzt gestellt werden.
- Eine Mangelernährung gemäss ICD-10-GM *E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung* kann kodiert werden, wenn **eine** der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:
  - 89.0A.4-           *Multimodale Ernährungsberatung/therapie, nach Anzahl Behandlungstage*
  - oder**
  - 89.0A.32          *Ernährungsberatung/therapie*
- Eine Mangelernährung gemäss ICD-10-GM *E44.- Energie- und Eiweissmangelernährung mässigen und leichten Grades* kann kodiert werden, wenn **mindestens eine** der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:
  - 89.0A.32          *Ernährungsberatung/therapie*
  - 89.0A.4-           *Multimodale Ernährungsberatung/therapie, 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 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).

### 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 eine der drei Bedingungen erfüllt ist.

- **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  $\geq -3$  SD (standard deviation) z-Score bzw.  $< P 0.5$  WHO Perzentilenkurven 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  $\geq -3$  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 ≥ 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-Gesamtscore (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 ≥ 5% bei reduziertem Allgemeinzustand  
**oder**  
in der vergangenen Woche ungewollt reduzierte Nahrungsaufnahme (51–75% des Bedarfs)

## SD0500 Psychische und Verhaltensstörungen

### SD0501o Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen, Medikamente, Nikotin)

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

#### Verwendung der Zusatzkodes *U69.3-! Sekundäre Schlüsselnummern für die Art des Konsums psychotroper Substanzen bei durch diese verursachten psychischen und Verhaltensstörungen*

Grundsätzlich sind die Hinweise bei den entsprechenden Schlüsselnummern *F10 – F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* in der ICD-10-GM zu beachten.

Ergänzend dazu wird der nichtintravenöse Konsum von Kokain mit dem Kode *U69.36! Nichtintravenöser Konsum sonstiger Stimulanzien, ausser Koffein* zusätzlich zum zutreffenden Kode aus *F14.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain* abgebildet.

#### Akute nicht akzentuelle 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	<i>F10.0</i>	<i>Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, akute Intoxikation</i>
ND	<i>F10.2</i>	<i>Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeits-Syndrom</i>

#### Beispiel 2

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

HD	<i>F10.0</i>	<i>Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, akute Intoxikation</i>
----	--------------	---

#### Akute akzentuelle Intoxikation

Siehe Kapitel SD1900.

#### Lithiumintoxikation

Lithium wird in Kombination mit Antidepressiva bei schweren Depressionen, die auf die üblichen Behandlungen nicht ansprechen, verwendet. Lithium wird aber auch bei der Behandlung akuter Phasen und der Langzeitprophylaxe manisch-depressiver Erkrankungen verwendet. Lithium gehört zur Kategorie der Stimmungsstabilisatoren. Bei einer Lithiumintoxikation in diesem Zusammenhang ist der Kode *T43.8 Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert, sonstige psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert* zu erfassen und nicht der Kode *T43.2 Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert, sonstige und nicht näher bezeichnete Antidepressiva*.

#### 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	<i>K20.8</i>	<i>Sonstige näher bezeichnete Ösophagitis</i>
ND	<i>F10.1</i>	<i>Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch</i>

#### Beachte:

- Alkoholabusus ist nicht gleichbedeutend mit Alkoholabhängigkeit.

Bei Vorliegen eines Alkoholabusus ist der Kode *F10.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Schädlicher Gebrauch* zu kodieren.

Bei Vorliegen einer **Alkoholabhängigkeit** oder eines **chronischen Alkoholabusus** ist der Kode *F10.2 Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom* zu erfassen.

- Für die Kodierung des Kodes *F10.3 Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, Entzugssyndrom* gelten folgende Bedingungen:  
Vorhandensein des klinischen Bildes von Entzugserscheinungen und die eindeutige Dokumentation des Entzugsbildes.  
Die Kodierregeln zu Haupt- und Nebendiagnose (G52 und G54) sind zu beachten.

**Hinweise:**

- Kodes aus den Rubriken F10.- bis F19.-, die mit der vierten Stelle «.1» den «schädlichen Gebrauch» einer psychotropen Substanz anzeigen (*F10.1 - F19.1*), werden **nicht** in Kombination mit den Kodes der Rubriken *F10.2 - 4* bis *F19.2 - 4* zusammen kodiert.  
Die Kodes der Rubriken F10.- bis F19.- mit den Endziffern -0,-5,-6,-7,-8 und -9 können gleichzeitig mit dem «schädlichen Gebrauch» auftreten und wären unter Berücksichtigung der Kodierregeln G52 und G54 zusammen kodierbar.
- Kodes aus verschiedenen F-Kategorien können bei gemeinsamem Vorliegen, unter der üblichen Anwendung aller Kodierregeln und unter Beachtung der unter den Kodes befindlichen Hinweise, dennoch zusammen kodiert werden.  
Das bedeutet, es könnten z.B. bei gleichzeitigem Vorliegen *F10.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Schädlicher Gebrauch* zusammen mit *F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Abhängigkeitssyndrom* erfasst werden.

**Gemeinsame Kodierung Abhängigkeits- und Entzugssyndrom**

Wird im Rahmen eines stationären Aufenthalts **ausschliesslich** ein (z.B. Alkohol-)Entzugssyndrom (mit oder ohne Delir) therapiert, wird dies nur mit den Kodes der Rubriken *F10.3 - F19.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch..., Entzugssyndrom oder F10.4 - F19.4 Psychische und Verhaltensstörungen durch Entzugssyndrom mit Delir* kodiert.

Bei alleiniger Therapie/Behandlung eines Entzuges ist die (ärztlich dokumentierte) Abhängigkeit nicht zusätzlich zu kodieren, ausser Aufwände bezüglich dieser Diagnose sind gemäss Kodierregel G54 nachweisbar.

In Fällen, bei denen (z.B. in einer Suchtfachklinik etc.) einer anfänglichen Entzugssyndrombehandlung (Entgiftung) während desselben stationären Aufenthaltes z.B. eine Motivations- und Folgebehandlung angeschlossen wird oder ein anderer Aufwand gemäss Kodierregel G54 nachweisbar ist, spricht nichts gegen eine gleichzeitige Kodierung beider Kodes (*F10.3 - F19.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch..., Entzugssyndrom oder F10.4 - F19.4 Psychische und Verhaltensstörungen durch..., Entzugssyndrom mit Delir und F10.2 - F19.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch..., Abhängigkeitssyndrom*) unter Berücksichtigung aller Kodierregeln.

Als Hauptdiagnose ist derjenige Diagnosekode anzugeben, der den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln im entsprechenden Aufenthalt erforderte.

Ein körperliches Entzugssyndrom (biologisches Korrelat) kann grundsätzlich auch ohne das Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms (psychologisches Konstrukt) auftreten. Diese Konstellation tritt in der klinischen Praxis aber eher selten auf.

Z.B. Entzugssymptomatik bei Neugeborenen, die keine aktive Abhängigkeit aufweisen, sondern der entsprechenden psychoaktiven Substanz intrauterin durch den Konsum der Mutter ausgesetzt waren.

D.h. eine Abhängigkeit ist in den meisten klinischen Fällen inhärent in einem Entzugssyndrom.

Voraussetzung für das Auftreten eines körperlichen Entzugssyndroms ist die vorangegangene Toleranzentwicklung.

Das Entzugssyndrom ist somit nur ein (**1**) Indikator für eine Abhängigkeit.

Je nach quantitativ konsumierter Menge und der individuellen intrinsischen Biologie der betroffenen Patientinnen/Patienten kann sich die Zeit eines Entzugssyndroms von unterschiedlicher Dauer zeigen.

Entzugszustände verlaufen häufig fluktuierend und die Patientinnen/Patienten müssen auch über das akute Entzugsgeschehen hinaus überwacht werden.

**Kodierung bei Vorliegen einer multiplen Substanzaufnahme (F19.- «Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzegebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen»)**

Liegt bei einer Patientin oder einem Patienten eine multiple Substanzaufnahme vor, bei der die verschiedenen Substanzen untrennbar vermischt sind und es aus diesem Grund nicht möglich ist zu bestimmen, welche der Substanzen und die daraus resultierenden Störungen die Bedingungen der Kodierregel G52 «Die Hauptdiagnose» erfüllen, ist die Kodierung folgendermassen vorzunehmen. Auch der entsprechende U69.3- Kode ist zu verwenden.

- HD F19.- *Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzegebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen*
- ND U69.3-! *Sekundäre Schlüsselnummern für die Art des Konsums psychotroper Substanzen bei durch diese verursachten psychischen und Verhaltensstörungen*
- ND F10.-F18.- *entsprechend der Kodierregel G54 «Die Nebendiagnose»*
- ND *andere Erkrankungen/Zustände/Manifestationen/Symptome, die die Bedingungen der Kodierregel G54 «Die Nebendiagnose» erfüllen*

Alle aufgenommenen Substanzen sind zusätzlich mit den entsprechenden Kodes F10.- bis F18.- in der entsprechenden Ausprägung, als Nebendiagnosen zu kodieren.

Bei klar trennbarer Symptomatik wird F19.- nicht kodiert. In diesen Fällen werden die zutreffenden Schlüsselnummern der Kategorien F10.- bis F18.- erfasst. Gemäss Regel G52 des Kodierungshandbuchs wird die Wahl der Hauptdiagnose getroffen.

## SD0600 Krankheiten des Nervensystems

### Beachte:

Die Kodierregeln SD0601 und SD0602 gelten für Zustände, die unter den Kategorien *I60.- bis I64.-, G45.- sowie S06.-* aufgeführt sind und der daraus resultierenden, möglichen neurologischen Defizite.

### **SD0601o Akuter «Schlaganfall etc.», Subarachnoidalblutung und sonstige intrakranielle Blutungen traumatischer und nichttraumatischer Genese**

**Hinweis:** Als «Schlaganfall, Stroke, Apoplex, Insult, Cerebrovascular accident (CVA), Cerebrovascular Insult (CVI) etc.» wird/werden ein oder mehrere **akut** einsetzend(e) neurologisch(e) Defizit(e) aufgrund zerebraler Durchblutungsstörung (ischämisch) oder/und intrazerebraler Blutung (hämorrhagisch) bezeichnet. Die Symptomatik variiert je nach betroffenem Hirnareal und zeigt unterschiedliche und unmittelbare Folgen.

Solange eine Patientin/ein Patient eine **fortgesetzte stationäre Spitalbehandlung** eines akuten «Schlaganfalls etc.», einer **traumatischen oder nichttraumatischen Subarachnoidalblutung** oder sonstigen **traumatischen oder nichttraumatischen intrakraniellen Blutung** und der unmittelbaren Folgen (Defizite) erhält, ist ein Kode aus den Kategorien **I60.-bis I64.- Subarachnoidal-, intrazerebrale, nicht-traumatische intrakranielle Blutung, Hirninfarkt, Schlaganfall, G45.- Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome sowie S06.- Intrakranielle Verletzung**, mit den jeweils passenden Kodes für die Defizite (z.B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect etc.) zuzuweisen.

Es werden im akuten Setting immer alle unmittelbaren Folgen (Defizite), die eindeutig auf das akute Geschehen zurückzuführen sind, erfasst. Mit der Diagnostik / Therapie / Pflege der ursächlichen Erkrankung/des ursächlichen Traumas gelten im akuten Geschehen die resultierenden (neurologischen) Defizite als ebenfalls behandelt.

Bei erneutem Akut-Spitalaufenthalt innerhalb von 18 Tagen, z.B. Rückverlegung aus der Rehabilitation oder Wiedereintritt, wird bei Erkrankungen/Störungen nach medizinischen Massnahmen, die sich auf Behandlungen beziehen, die im Voraufenthalt erbracht wurden, gemäss den Kodierungsrichtlinien D16 und SD0602 vorgegangen (siehe Beispiel 3).

Steht im erneuten Akut-Spitalaufenthalt (Rückverlegung aus der Rehabilitation oder Wiedereintritt) die Behandlung einer(s) unmittelbaren Folge/neurologischen Defizites des akuten «Schlaganfalls etc.» im Vordergrund oder erfolgt der Wiedereintritt aufgrund eines neu aufgetretenen medizinischen Problems (siehe Beispiel 2) oder erfolgt der Wiedereintritt ausserhalb von 18 Tagen aufgrund einer Erkrankung/Störung nach medizinischer Massnahme (siehe Beispiel 4), die im Voraufenthalt erbracht wurde, wird gemäss Kodierregeln G52, G54 und/oder SD0602 vorgegangen.

Für **geplante Folgebehandlungen** im Kontext der Behandlung eines akuten «Schlaganfalls etc.», einer **traumatischen oder nichttraumatischen Subarachnoidalblutung** oder sonstigen **traumatischen oder nichttraumatischen intrakraniellen Blutung** wird auf die Kodierregel D07 «Geplante Folgeeingriffe» verwiesen.

### 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	Dysphasie und Aphasie

**Beispiel 2**

Wiedereintritt nach 5 Tagen Rehabilitationsaufenthalt aufgrund neu aufgetretener instabiler Angina pectoris und Verdacht auf Herzinfarkt. Die bereits im vorherigen Fall (Beispiel 1) behandelten Folgen des Hirninfarktes erzeugen weiteren dokumentierten Aufwand. Eine koronare Eingefässerkrankung wird diagnostiziert und entsprechend versorgt.

Hauptaufwand des Wiedereintrittes ist gemäss ärztlicher Dokumentation die Behandlung der instabilen Angina pectoris.

HD	I20.0	Instabile Angina pectoris
ND	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäss-Erkrankung
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
L	1	
ND	R47.0	Dysphasie und Aphasie
ND	I69.3	Folgen eines Hirninfarktes

**Beispiel 3**

Wiedereintritt nach 4 Tagen Rehabilitationsaufenthalt aufgrund Infektion an der Einstichstelle des zentralvenösen Katheters gelegt im vorherigen Fall/Aufenthalt (Beispiel 1).

Die bereits im vorherigen Fall behandelten Folgen des Hirninfarktes erzeugen weiteren dokumentierten Aufwand.

Hauptaufwand des Wiedereintrittes ist gemäss ärztlicher Dokumentation die Behandlung der medizinischen Komplikation auf die Hauptdiagnose des Voraufenthaltes (Beispiel 1) bezogen.

HD	I63.5	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien
L	2	
ND	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefässen
ND	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
L	1	
ND	R47.0	Dysphasie und Aphasie
ND	I69.3	Folgen eines Hirninfarktes

In einer möglichen/nötigen Fallzusammenführung (z.B. Beispiele 1+3 bei Rückverlegung gemäss Abrechnungsregeln SwissDRG AG) nach Anwendung der Kodierregel D16 wird ein Kode aus Kategorie I69.- gelöscht.

**Beispiel 4**

(Wieder-)Eintritt nach 23 Tagen Rehabilitationsaufenthalt (Status nach akuter Subarachnoidalblutung rechts, ausgehend von A. basilaris, Hemiplegie schlaff links, fortwährend bestehende Urininkontinenz, Aphasie und Dysphagie) aufgrund persistierender Infektion an der Einstichstelle des zentralvenösen Katheters (gelegt im Kontext der Behandlung der akuten Subarachnoidalblutung). Die Entzündungsparameter steigen im Rehabilitationsaufenthalt, der Patient hat Fieber, trübt zunehmend ein und ist tachypnoeisch.

Die bereits im 1. (akuten) Fall behandelten Defizite/Folgen der Subarachnoidalblutung erzeugen weiteren dokumentierten Aufwand.

Eine «Kathetersepsis» (Staphylokokkus aureus, akute Niereninsuffizienz, zunehmende Thrombozytopenie, hypoxische respiratorische Insuffizienz) wird diagnostiziert und über 3 Wochen behandelt.

Alle Folgen der Subarachnoidalblutung werden (auch bei zusätzlicher Verschlechterung aufgrund der Sepsis) weiter behandelt.

HD	A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus
ND		alle ND bezogen auf Sepsis gemäss Kodierregeln G54 und SD0102
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
L	2	
ND	R47.0	Dysphasie und Aphasie
ND	R13.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie
ND	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz
ND	I69.0	Folgen einer Subarachnoidalblutung

## **SD0602n Folgen eines/Status nach: «Schlaganfall etc.», einer nichttraumatischen Subarachnoidalblutung oder sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung**

Wenn eine Patientin/ein Patient die Anamnese eines «Schlaganfalles etc.», einer nichttraumatischen Subarachnoidalblutung oder sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung aufweist und aktuell noch/weiterhin neurologische Ausfälle (z.B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect etc.) bestehen, werden diese Erkrankungen/Zustände/Manifestationen entsprechend der Kodierregel G54 «Die Nebendiagnosen» gefolgt von einem Kode aus Kategorie **I69.– Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit** erfasst. Erfüllt kein(e) andere(r) Erkrankung/Zustand/Manifestation die Bedingungen für die Kodierregel G52 «Die Hauptdiagnose», ist der behandelte (neurologische) Folgezustand (z.B. Hemiplegie, Aphasie, Inkontinenz etc.), dessen Behandlung die Bedingungen der Kodierregel G52 erfüllt, als Hauptdiagnose zu erfassen.

### **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
L		
ND	U69.04!	Anderenorts klassifizierte Pneumonie, die entweder bei Krankenhausaufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Krankenaufnahme auftritt
ND	G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie
L	2	
ND	I69.4	Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

### **Beispiel 2**

*Ein Patient wird aufgrund eines Dekubitus sakral II. Grades und Zeichen pflegerischer Vernachlässigung (z.B. Mundsoor, Mangelernährung etc.) hospitalisiert. Ätiologisch wird sein Zustand in Zusammenhang mit Bettlägerigkeit und einer häuslichen desolaten Pflegesituation bei einer ausgeprägten spastischen Hemiparese rechts (Status nach schwerer nichttraumatischer intrakranieller Blutung 2 Jahre zuvor) gebracht.*

*Er zeigt in den klinischen Untersuchungen u.a. starke (Gelenk-)Kontrakturen an der rechten Hand und dem rechten Fuß. Hauptaufwand des Aufenthaltes ist die akut notwendige Rekonditionierung, insbesondere Lagerungs- und Mobilisationstherapie bezogen auf Verbesserung der spastischen Hemiparese.*

*Alle anderen vorliegenden Störungen/Erkrankungen/Zustände erfordern einen Aufwand gemäß Kodierregel G54.*

HD	G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie
L	1	
ND	I69.2	Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung
ND	L89.14	Dekubitus, Stadium 2, Kreuzbein
ND	B37.0	Candida-Stomatitis
ND	E46	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweissmangelernährung
ND	M24.5-	Gelenkkontraktur (5. Stelle gemäß Lokalisation)
L	1	

### **Funktionsstörungen**

Die Kodierung einer Urin- und/oder Stuhlinkontinenz im Rahmen eines akuten «Schlaganfalles etc.», einer nichttraumatischen Subarachnoidalblutung oder sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung oder bei Behandlung der Folgen (Status nach) erfolgt gemäß Kodierregeln G52 «Die Hauptdiagnose» und/oder G54 «Die Nebendiagnosen» und/oder SD0602 «Folgen eines/Status nach: «Schlaganfall etc.», einer nichttraumatischen Subarachnoidalblutung oder sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung».

### **SD0603o Paraplegie und Tetraplegie, nicht traumatisch**

Zur Kodierung einer traumatischen Paraplegie/Tetraplegie wird auf SD1905 «Verletzung des Rückenmarks» verwiesen.

#### *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, Rückenmarkinfarkt oder bei Guillain-Barré-Syndrom. 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.

Bei der Behandlung von akuten, nicht traumatischen Paraplegien/-paresen resp. Tetraplegien/-paresen 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 Femurs 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.

#### **Beispiel 1**

Ein Patient wird mit Atemnot und Lähmungserscheinungen der unteren Extremitäten aufgenommen. In den Untersuchungen ergab sich ein Guillain-Barré-Syndrom mit akuter schlaffer Paraparese. Das Rückenmark ist nicht geschädigt.

HD G61.0 Guillain-Barré-Syndrom

ND G82.01 Schlaffe Paraplegie, akute inkomplette Querschnittslähmung nichttraumatischer Genese

L

## SD0604m Bewusstseinsstörungen

### Bewusstlosigkeit

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

- R40.0 Somnolenz
- R40.1 Sopor
- R40.2 Koma, nicht näher bezeichnet

Tritt ein Verlust des Bewusstseins im Zusammenhang mit einer Verletzung auf, 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	<i>S06.5</i>	Traumatische subdurale Blutung
ND	<i>X59.9!</i>	Sonstiger und nicht näher bezeichneter Unfall
ND	<i>S02.1</i>	Schädelbasisfraktur
ND	<i>S06.71!</i>	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: 30 Minuten bis 24 Stunden

**Hinweis:** Schädel-Hirn-Trauma (SHT)

Wenn ein Schädel-Hirn-Trauma (alphabetischer Index *S06.9 Intrakranielle Verletzung, nicht näher bezeichnet*) ohne nachgewiesene intrakranielle Verletzung vorliegt, wird nicht der Kode *S06.9* abgebildet, sondern *S06.0 Gehirnerschütterung* kodiert.

**Beachte:** Bei einem Schädel-Hirn-Trauma mit anschliessendem künstlichem Koma, Dauer > 24 Stunden, werden folgende Kodes abgebildet:

*S06.72! Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, mehr als 24 Stunden, mit Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad oder S06.73! Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, mehr als 24 Stunden, ohne Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad*

### 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 schmerzhafte 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)
<b>Auditiv</b>	≤ 2 und	≤ 2 und	3 – 4	
<b>Visuell</b>	≤ 1 und	2 – 5 oder	4 – 5	
<b>Motorisch</b>	≤ 2 und	3-5 oder	3 – 5	= 6 und
<b>Sprachlich</b>	≤ 2 und	≤ 2 oder	3	
<b>Kommunikation</b>	= 0 und	= 0 und	1 – 2	= 2
<b>Erwachen</b>	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 schmerhaften 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 JKF 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.

## SD0605e 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 SD1805: Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators bei Schmerzbehandlung)

## SD0606e 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 Nebendiagnosedefinition (G54) erfüllt.

(Gleiche Regel unter SD1806: Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators bei Schmerzbehandlung)

## SD0607o 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) *nach Hoehn & Yahr durch den Arzt bestimmt und dokumentiert* werden.

## **SD0800 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes**

### **SD0801a 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 werden
- plötzlicher Hörverlust bei Erwachsenen

### **SD0802d Anpassung/Handhabung eines implantierten Hörgerätes**

Hier ist nur

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

## SD0900 Krankheiten des Kreislaufsystems

### SD0901a Hypertonie und Krankheiten bei Hypertonie

#### *Hypertensive Herzkrankheit (I11.-)*

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

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

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

#### *Hypertensive Nierenkrankheit (I12.-)*

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

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

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

#### *Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit (I13.-)*

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

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

Die Hauptdiagnose ist entsprechend der Definition der Hauptdiagnose (Regel G 52) festzulegen.

## SD0902e Ischämische Herzkrankheit

### *Angina pectoris (I20.-)*

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

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

### *Koronarsyndrom (Acute Coronary Syndrom ACS)*

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

Diagnose	ICD-10-GM	Labor/EKG
Instabile Angina pectoris	<i>I20.0 instabile Angina pectoris</i>	Troponin neg; EKG: keine ST-Hebung
<b>NSTEMI (Non-ST-Elevation Myocardial Infarction)</b> oder <b>Troponinpositives Acute Coronary Syndrom (ACS)</b>	<i>I21.4 akuter subendokardialer Myokardinfarkt</i>	Troponin pos; EKG: keine ST-Hebung
<b>STEMI (ST-Elevation Myocardial Infarction)</b>	<i>I21.0 – 3 akuter transmuraler Myokardinfarkt (nach Lokalisation)</i>	Troponin pos; EKG pos. (ST-Hebung)
<b>ACS n.n.b. (Acute Coronary Syndrom)</b>	<i>I24.9 akute ischämische Herzkrankheit n.n.b.</i>	Keine Angabe

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

### *Akuter Myokardinfarkt*

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

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

### *Reinfarkt – Rezidivierender Myokardinfarkt*

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

**Alter Myokardinfarkt**

I25.2- Alter Myokardinfarkt kodiert eine **anamnestische Diagnose**, 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 das

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).

## SD0903n 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.
  - Bei alleiniger erneuter PTCA mit oder ohne Stenteinlage oder erneuter Bypassoperation ist *T82.8* nicht zu kodieren, sondern *Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses* oder *Z95.5 Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik*.
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 *00.66.38 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an den Koronarien, selektive Thrombolyse*.
  - Bei alleiniger erneuter PTCA mit oder ohne Stenteinlage oder erneuter Bypassoperation ist *T82.8* nicht zu kodieren, sondern *Z95.1 Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses* oder *Z95.5 Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik*.
  - 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 (bare metal stent) eingelegt.

HD I21.- Akuter Myokardinfarkt  
ND Z95.5 Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik

B 00.66.2- Koronarangioplastik [PTCA], nach Art der verwendeten Ballons  
B 00.40 Massnahme auf einem Gefäß  
B 36.08.11 Implantation perkutan-transluminale von Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie

### Beispiel 2

Patient mit akutem Myokardinfarkt bei thrombotischem Verschluss eines vor 2 Monaten implantierten Stents. Zur Behandlung wird ein neuer BMS (bare metal 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

B 00.66.2- Koronarangioplastik [PTCA], nach Art der verwendeten Ballons  
B 00.40 Massnahme auf einem Gefäß  
B 36.08.11 Implantation perkutan-transluminale von Stents ohne Medikamenten-Freisetzung, in einer Koronararterie  
B 00.66.38 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an den Koronarien, selektive Thrombolyse

**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

B 88.55, 88.56 oder 88.57 (je nach Verfahren) [...] koronare Arteriographie

B 37.21, 37.22 oder 37.23 (je nach Verfahren) [...] 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

oder

ND Y84.9! Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.bez.

B 00.66.- Perkutane transluminale Koronarangioplastik [PTCA] oder koronare Atherektomie

B 00.40 Massnahme auf einem Gefäß

B 00.66.38 Perkutan-transluminale Gefässintervention an den Koronarien, selektive Thrombolyse

## SD0904d Erkrankungen der Herzkappen

Bei den Erkrankungen der Herzkappen unterscheiden wir zwischen:

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

Die ICD-10-GM berücksichtigt bei der Klassifikation von Herzkappenaffektionen 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 Herzkappenaffektionen 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>I37.1</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.1</i>
	Stenose	<i>I37.0</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.0</i>
	Stenose mit Insuffizienz	<i>I37.2</i>	<i>I09.8</i>	<i>I37.2</i>

### Affektion mehrerer Herzkappen

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

## SD0905a 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 Frequenzkontrolle 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**

## SD0906a 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.**

## SD0907a Akutes Lungenödem

Ein akutes Lungenödem wird nach der zugrundeliegenden 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.

## SD0908k 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.

Ein Kode aus der Rubrik *I46.- Herzstillstand* ist nur als Hauptdiagnose anzugeben, wenn die zugrundeliegende/auslösende Ursache nicht bekannt ist und/oder nicht eruiert werden kann und gemäss Kodierregel G 52 kein anderer Diagnosenkode als Hauptdiagnose in Frage kommt.

Wenn die zugrundeliegende Erkrankung für den Herzstillstand oder Herz- und Atemstillstand bekannt und damit als Hauptdiagnose erfasst wird, ist ein Kode für den Herzstillstand oder Herz- und Atemstillstand aus Kategorie *I46.- Herzstillstand* als Nebendiagnose zu erfassen.

Die Definition des unmittelbaren zeitlichen Zusammenhangs richtet sich nach den Bestimmungen unter den Kodes *I46.0 Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung*, *I46.9 Herzstillstand, nicht näher bezeichnet* und *U69.13! Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus* innerhalb von 24 Stunden vor stationärer Behandlung ausserhalb des Spitals aufgetreten und umfasst damit einen Zeitraum von ≤ 24 h.

Tritt ein Herzstillstand oder ein Herz-Atemstillstand als Folge oder Komplikation einer stationären Behandlung oder plötzlich während eines stationären Aufenthaltes auf und bleiben die Wiederbelebungsmassnahmen im stationären Setting erfolglos, dann dürfen etwaige mögliche Diagnosen eines später vorliegenden Autopsieberichtes nicht in die Kodierung einfließen, da der Fall mit dem Tod endet. Der passende Kode aus *I46.-* soll zusammen mit der ärztlich dokumentierten (Verdachts)-Diagnose, die den Herz- oder Herz-Atemstillstand erklärt, erfasst werden.

### Beispiel 1

*Aufnahme einer Patientin nach Auffinden in reanimationsbedürftiger Situation ca. 2 h vor stationärer Aufnahme.*

*Gemäss Recherche kann der genaue Zeitpunkt des Herz-Kreislaufstillstandes nicht bestimmt werden, liegt aber mit hoher Wahrscheinlichkeit innerhalb der letzten 24 h vor stationärer Aufnahme.*

*Durch ambulante CPR konnte wieder eine Herz-Kreislauf-Zirkulation erreicht werden.*

*Die Patientin wird beatmet und unter Herz-Kreislauf-regulierender Medikation auf die Intensivstation aufgenommen.*

*Nach Diagnostik und Feststellung des Hirntodes Entschluss zur Beendigung der intensivmedizinischen Massnahmen und darauf folgend Versterben der Patientin.*

*Es werden mehrere mögliche Ursachen des Herz-Kreislauf-Versagens ärztlich diskutiert, aber es kann keine konkrete Ursache oder Verdachtsdiagnose zum Zeitpunkt der Kodierung benannt werden.*

*HD I46.0 Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung*

*ND U69.13! Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus*

Der Zusatzkode:

***U69.13! Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus*** innerhalb von 24 Stunden vor stationärer Behandlung ausserhalb des Spitals aufgetreten

soll ergänzend zu *I46.-* Herzstillstand oder Herz-Atem-Stillstand kodiert werden.

Für die Kodierung des Kodes *U69.13!* muss der medizinischen Dokumentation der Hinweis zu entnehmen sein, dass ein Herz-Kreislauf-Stillstand aufgrund einer(s) Erkrankung/Zustands/Manifestation vorliegt, der innerhalb der letzten 24 h vor dem aktuellen Spitalaufenthalt, unabhängig von seiner Ursache, auftrat. Die Erfassung von *U69.13!* erfolgt unabhängig vom Ergebnis der Reanimationsmassnahmen.

**Beispiel 2**

30 min vor Spitäleintritt erfolgreiche CPR durch Ambulanz und anschliessender Transport ins Spital, wo als Ursache für den Herzstillstand ein akuter Vorderwandinfarkt diagnostiziert wird.

Nach Stabilisierung und Notfalldiagnostik erfolgt eine dringende Bypassoperation.

Nach initial erfolgreicher Operation Zustandsverschlechterung aufgrund schwerer Linksherzinsuffizienz (Orthopnoe, EF 20% und sinkend) bei (vorbestehender) ischämischer Kardiomyopathie und danach folgend Tod des Patienten.

HD	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand
ND	I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung
ND	U69.13!	Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus
ND	I50.14	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe
ND	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie

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

**Beachte:**

Die Feststellung des Todeszeitpunktes, der vor oder nach dem Spitäleintritt liegen kann, obliegt nur den behandelnden Ärztinnen und Ärzten.

Je nach ärztlich festgelegtem und dokumentiertem Todeszeitpunkt erfolgt die Eröffnung eines stationären Falles oder nicht.

Wird der Todeszeitpunkt als im Spital stattgefunden ärztlich festgelegt und dokumentiert, kann in jedem Fall von einem Aufwand > 0 gemäss Kodierregeln G 52 und G 54 ausgegangen werden.

**Beispiel 3**

Eintritt unter CPR (keine eigene Herzaktion, keine Spontanatmung) auf Notfallstation (Alarmierung der Sanität 1h zuvor aufgrund akuter Bewusstlosigkeit und Atemstillstand, Beginn Laienreanimation). Weiterführen der Massnahmen. 35 min nach Spitäleintritt wird durch den betreuenden Notfallmediziner der Tod festgestellt (Eintritt 10.00 Uhr, ärztlich festgestellter Todeszeitpunkt 10.35 Uhr).

In der durchgeführten Autopsie wird als wahrscheinliche Todesursache eine schwere Lungenembolie konstatiert.

Eröffnung eines stationären Falles gemäss Falldefinitionen SwissDRG AG.

HD	I46.9	Herzstillstand, nicht näher bezeichnet
ND	U69.13!	Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus

B                   Reanimation - entsprechend den durchgeführten Massnahmen

**SD0910o Erfassung der Behandlungsdauer mit einem Herzunterstützungssystem oder einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System**

Die Dauer der Behandlung mit einem Herzunterstützungssystem oder einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System ist mit dem entsprechenden spezifischen Kode des Systems unter 37.69.- Dauer der Behandlung mit einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System zu erfassen.

**Beachte:**

- Bei einer Pause / Unterbrechung der Behandlung sind die Behandlungsdauern **des gleichen Verfahrens** über den gesamten Aufenthalt zu addieren. Unterbrechungen zählen nicht mit zur Behandlungsdauer. **Jedes Verfahren ist separat abzubilden.**
- Bei Anwendung **verschiedener** Herzunterstützungssysteme oder herzkreislauf- und lungenunterstützenden Systeme während eines Aufenthaltes **ist jedes Verfahren mit dem entsprechenden Kode der Dauer einzeln zu erfassen.**
- Die Implantation, das Entfernen des herzkreislauf- und lungenunterstützenden Systems, der Wechsel der Kanüle und/oder der Ersatz von Teilkomponenten sind dabei fallspezifisch zusätzlich zu kodieren.

**Dauer der Behandlung bei einem vorhandenen herzkreislaufunterstützenden System**

Bei Verwendung des ICD-10-GM-Kodes Z95.80 Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems ist zusätzlich die Dauer der Behandlung mit einem der CHOP-Kodes der Elementengruppe 37.69.- Dauer der Behandlung mit einem herzkreislauf- und lungenunterstützenden System zu kodieren:

## SD1000 Krankheiten des Atmungssystems

### SD1001n 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 der Patientinnen und Patienten.

#### **Maschinelle Beatmung durch eine zertifizierte Intensivstation**

Die Erfassung der «Maschinellen Beatmung» durch die SGI zertifizierten IS erfolgt gemäss den Regeln des jeweils gültigen MDSi-Reglements <https://www.sgi-ssmi.ch/de/datensatz.html>. Voraussetzung für die Erfassung ist eine nachvollziehbare Dokumentation der intensivmedizinischen Behandlung durch ein Team einer SGI zertifizierten IS. Die Dauer der «Maschinellen Beatmung» fliest einerseits als Anzahl geleisteter Beatmungsschichten in die Summe der NEMS-Punkte resp. Aufwandpunkte einer „intensivmedizinischen Komplexbehandlung“ ein. Andererseits wird die Beatmungszeit in Stunden (Berechnung s.u.) in der medizinischen Statistik erfasst. Die Beatmungsstunden werden im Feld Variable «beatmung» «Dauer der künstlichen Beatmung» erfasst.

Eine Pflegeschicht der zertifizierten IS gilt als Beatmungsschicht, wenn die (kumulative) Beatmungszeit in einer 8h-Schicht  $\geq 2\text{h}$ , in einer 12h-Schicht  $\geq 3\text{h}$  beträgt. Entsprechend den Regeln des MDSi werden die sich daraus ergebenden NEMS-Punkte bei einem 12h-Schichtsystem mit 1.5 multipliziert.

Invasive (über einen Trachealtubus oder über ein Tracheostoma) und nicht-invasive Beatmungsformen gelten als Beatmung (Ausnahmen siehe unten).

CPAP und High-Flow Therapie über Nasenkanülen oder über das Tracheostoma gelten nicht als Beatmung (Ausnahme siehe unten). Weaning wird nicht spezifisch kodiert, weil der Beginn des Weanings gemäss aktueller internationaler Literatur weder prospektiv noch retrospektiv bestimmt werden kann.

#### **Explizite Regeln für Beatmungsschichten im obigen Sinne auf zertifizierten IS:**

##### **Als Beatmung gilt:**

- Invasive Beatmung über einen Trachealtubus oder ein Tracheostoma
- Beatmung permanent tracheotomierter Patienten, falls diese eine intensivmedizinische Behandlung ausserhalb der vorbestehenden Beatmung benötigen, d.h. bei einer akuten respiratorischen, kardiovaskulären oder neurologischen Verschlechterung (z.B. Aspiration) welche eine Intensivbehandlung erfordert
- Nicht-invasive Beatmung (kontinuierlich oder intermittierend) mit Intensiv- oder Heimbeatmungsgeräten (Maskensysteme, Helm), inkl. während des Weanings. Dies gilt auch falls das patienteneigene Heimbeatmungsgerät für die nicht-invasive Beatmung während der Behandlung in der zertifizierten IS verwendet wird, sofern der Patient eine intensivmedizinisch begründbare Ursache für eine nicht-invasive Beatmung aufweist (akute respiratorische, kardiovaskuläre oder neurologische Verschlechterung)
- CPAP (PEEP ohne inspiratorische Druckunterstützung) in der Neonatologie und bei Säuglingen bis zum abgeschlossenen ersten Lebensjahr
- Invasive und nicht-invasive Beatmung ausserhalb der zertifizierten IS, falls diese durch ein Team der zertifizierten IS durchgeführt wird und die intensivmedizinische Behandlung während dieser Beatmungsperiode dokumentiert wird. Dies gilt auch falls die initiale Übernahme der Beatmung ausserhalb der zertifizierten IS erfolgt
- Die Beatmung während einer Tracheotomie, wenn die Tracheotomie in der zertifizierten IS erfolgt

##### **Nicht als Beatmung gilt:**

- Beatmung chronisch tracheotomierter Patienten, falls keine intensivmedizinisch begründbare Ursache vorliegt
- Nicht-invasive Beatmung mit dem Heimbeatmungsgerät des Patienten, falls keine intensivmedizinisch begründbare Ursache vorliegt (z.B. postoperativ bei OSAS)
- CPAP bei Erwachsenen und Kindern über dem abgeschlossenen ersten Lebensjahr
- Invasive oder nicht-invasive Beatmung eines Patienten der zertifizierten IS durch ein anderes Team (z.B. Anästhesie im Operationssaal, Herzkatheterlabor, Notfallstation oder während Transporten etc.)
- High-flow Therapie über die Nase (HFNC) oder über ein Tracheostoma in jedem Alter

## Die Beatmung endet

- wenn ein beatmeter Patient in der zertifizierten IS nicht mehr beatmet wird
- wenn ein beatmeter Patient die zertifizierte IS verlässt und durch ein anderes Team weiter beatmet wird

## Maschinelle Beatmung auf einer anerkannten Intermediate Care Station (IMCU)

Die künstliche Beatmung auf der IMC\*\* erfolgt meist über Maskensysteme. Gelegentlich ist jedoch eine invasive Beatmung über einen Trachealtubus oder ein Tracheostoma möglich.

CPAP ist eine Massnahme zur Atemunterstützung und gilt nicht als maschinelle Beatmung (ausser bei Neugeborenen und Säuglingen bis und mit zum ersten Lebensjahr).

\*\* Die Versorgung auf einer IMC muss nachvollziehbar dokumentiert sein (Überwachung, Beatmungsprotokolle etc.) und setzt eine entsprechende räumliche und personelle Ausstattung voraus. Dabei handelt es sich um anerkannte IMC (IS und Aufwachräume zählen nicht dazu). Patientinnen und Patienten, die keiner Versorgung auf einer IMC bedürfen (z.B. bereits vorbestehende Heimbeatmung, jetzt Aufnahme zur geplanten Chemotherapie etc.), zählen nicht hierzu. Für die Erfassung der NEMS IMC wird die maschinelle Beatmung auf der IMC berücksichtigt. Die Erfassung der Beatmungsstunden in einem dafür vorgesehenen Datenfeld des BFS (analog Variable «beatmung») erfolgt nicht (ausser bei Neugeborenen und Säuglingen bis und mit zum 1. Lebensjahr).

## Kodierung

Wenn eine maschinelle Beatmung die obige Definition erfüllt, ist:

- Bei Beatmung auf einer zertifizierten IS sowie bei Beatmung von Neugeborenen und Säuglingen bis und mit 1. Lebensjahr auf einer zertifizierten IMCU zunächst die Dauer in Stunden der künstlichen Beatmung zu erfassen. Hierfür steht ein separates Datenfeld im Datensatz der Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes), die Variable «beatmung», zur Verfügung. Die Beatmungszeit wird berechnet aus Anzahl Pflegeschichten mit Beatmung multipliziert mit der Schichtdauer in Stunden (somit sind die Beatmungsstunden immer Multiple von 8 oder 12).
- Je nach Situation, die zu einer Beatmung auf der Intensivstation oder IMCU führt, sind evtl. zusätzlich folgende Kodes anzugeben:
  - *93.9B Massnahme zur Sicherung der grossen Atemwege zur Beatmung*  
Einsetzen eines endotrachealen Tubus und/oder der zutreffende Kode aus:
  - *31.1 Temporäre Tracheostomie*  
oder
  - *31.29 Permanente Tracheostomie, sonstige, wenn zur Durchführung der künstlichen Beatmung ein Tracheostoma angelegt wurde.*
- Bei Neugeborenen und Säuglingen ist zusätzlich der Kode *93.9F.11 Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung mit kontinuierlichem positivem Druck [CPAP] bei Neugeborenen und Säuglingen* anzugeben. Zu diesem Kode 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 IS, wie auf der neonatologischen IMCU.

**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.

## Verlegte Patienten

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

Das verlegende Spital erfasst die Dauer der dort durch die IS (nicht IMCU) durchgeföhrten Beatmung und gibt falls in diesem Spital durchgeführt folgende zutreffende Kodes 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*)

Das aufnehmende Spital erfasst die Dauer der dort durch die IS (nicht IMCU) durchgeföhrten Beatmung. Bei Neugeborenen wird zusätzlich der Kode *93.9F.11 Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung mit kontinuierlichem positivem Druck [CPAP] bei Neugeborenen und Säuglingen* zugewiesen. Ein Kode für Intubation oder Tracheostomie wird nur angegeben, wenn diese Massnahme im aufnehmenden Spital durchgeföhrten wurden. Eine Intubation und selten eine Tracheotomie kann auch mehrfach durchgeföhrten werden.

### **Intubation ohne maschinelle Beatmung**

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

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

### **Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)**

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

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 wird mit den Kodes *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.

### **«Bebeutelung» Neugeborener und Erwachsener**

Die s.g. «Bebeutelung» (Behandlung mit Beatmungsbeutel) bei Neugeborenen mit Adaptationsstörungen wird nicht kodiert.

Es wird kein Kode aus *93.9F.1- Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung Neugeborener und Säugling* abgebildet.

Gleiches gilt auch für Erwachsene (z.B. während der Elektrokonversion).

### **Z99.1 Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator**

Der ICD-10-GM-Kode *Z99.1 Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator* darf nur unter Berücksichtigung der Vorgaben und Hinweise am Beginn des Kapitels XXI der ICD-10-GM erfasst werden.

Dies bedeutet, dass der Kode Z99.1 nur gewählt werden soll, wenn ein(e) Erkrankung / Zustand / Manifestation / Symptom vorliegt, die eine Langzeitabhängigkeit vom Respirator erfordert, aber für den Grund der Beatmung kein anderer ICD-10-GM-Kode passend vorhanden ist.

### **Maschinelle Beatmung in der Rehabilitation**

Diese Kodierregel gilt für alle Fälle, die über die Tarifstruktur ST Reha abgerechnet werden.

Wenn aufgrund einer Beatmung in der Rehabilitation ein Aufwand > 0 für die Klinik entsteht, d.h. die Beatmung z.B. nicht selbstständig von der Patientin/vom Patienten durchgeführt werden kann, ist die Beatmung bei erfüllten Mindestmerkmalen mit den Kodes aus den Kategorien *93.9E.-, 93.9F.- oder 93.9G.-* zu verschlüsseln.

Mit dem Kode *93.9G.09* werden auch Maskenüberdrucktherapien gemäss *93.9G.1-, 93.9G.2-, 93.9G.3- oder 93.9G.4-* abgebildet, wenn das Mindestmerkmal Punkt 2, die Therapiedichte von mindestens 4 Stunden pro Tag, nicht erfüllt wird, jedoch für die Rehabilitationskliniken ein Aufwand > 0 vorliegt.

Eine reine Sauerstoffgabe ist nicht mit *93.9G.09* zu kodieren.

## SD1002o Respiratorische Insuffizienz

Die ärztlich gestellte und dokumentierte Diagnose einer respiratorischen Partial- oder Globalinsuffizienz wird nur kodiert, wenn pathologische Blutgasveränderungen im Sinne einer respiratorischen Partial- oder Globalinsuffizienz in der Dokumentation nachweisbar sind.

*J96.- Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert* kann bei Aufwand (z.B. Sauerstoffgabe) zusammen mit der Grundkrankheit verschlüsselt werden. Eine Dyspnoe ohne BGA-Veränderung gilt für die Kodierung nicht als respiratorische Insuffizienz.

Bei bekannter chronischer respiratorischer Insuffizienz mit Dauersauerstofftherapie und mit früher dokumentierten BGA (Arztbericht oder alte Krankengeschichte) kann *J96.1-* auch ohne neue BGA abgebildet werden.

Tritt ein(e) Patient(in) mit einer chronischen respiratorischen Partial- oder Globalinsuffizienz aufgrund einer akuten Verschlechterung der respiratorischen Situation ein oder kommt es während des stationären Aufenthaltes dazu (z.B. bei exazerbierter COPD), kann zum Kode *J96.1 -* zusätzlich ein Kode aus *J96.0 -* kodiert werden.

**Beachte:** Bis zum vollendeten 18. Lebensjahr kann eine respiratorische Insuffizienz kodiert werden bei Sauerstoffgabe und Erfüllen der folgenden zwei Kriterien:

1. Es bestehen Anzeichen gestörter Atemarbeit (Tachypnoe, Nasenflügeln, Einsatz der Atemhilfsmuskulatur, Einziehungen, Bradypnoe, Apnoe, pathologische Atemmuster)  
**sowie**
2. Es bestehen diagnostische Hinweise auf eine respiratorische Insuffizienz (Zyanose oder verminderte periphere Sauerstoffsättigung)

## SD1100 Krankheiten des Verdauungssystems

### SD1101j Appendizitis als klinische Diagnose

Anhand der folgenden Beispiele soll aufgezeigt werden, wie bei einem klinischen Verdacht auf Appendizitis, der sich histologisch und/ oder klinisch nicht bestätigt, kodiert werden soll.

Es sind auch die Kodierregeln zur Verdachtsdiagnose (D09) und zu Symptomen (D01) zu beachten.

#### Beispiel 1

Ein Patient wird wegen akutem Abdomen und dringendem (klinischem) Verdacht auf akute Appendizitis hospitalisiert und erhält eine laparoskopische Notfall-Appendektomie.

Im histopathologischen Befund wird eine Appendizitis klar ausgeschlossen.

Es wird jedoch eine rupturierte, nicht maligne Peritonealzyste diagnostiziert und als Ursache der starken Beschwerden postuliert.

Des Weiteren liegen Appendixkonkremente vor, die ebenfalls als zum Beschwerdebild passend deklariert werden.

HD K66.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Peritoneums

ND K38.1 Appendixkonkremente

B 47.01 Appendektomie, laparoskopisch

#### Beispiel 2

Ein Patient tritt mit Schmerzen im rechten Unterbauch ein. Klinisch wird der Verdacht auf akute Appendizitis gestellt.

Bei laparoskopischer Appendektomie ist der intraoperative Befund bland ohne (visuelle) Hinweise auf andere Erkrankungen oder Zustände, die die Schmerzen erklären können.

Der histopathologische Bericht der Appendix ist ebenfalls bland.

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

B 47.01 Appendektomie, laparoskopisch

## SD1103a 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.

## SD1104i 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 K22.81 Ösophagusblutung

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

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

*K92.– Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems*  
angegeben.

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

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

Der Kode

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

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

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

## **SD1105a Dehydratation bei Gastroenteritis**

Bei stationärer Aufnahme zur Behandlung einer Gastroenteritis mit Dehydratation wird die Gastroenteritis als Hauptdiagnose und die Dehydratation (*E86 Volumenmangel*) als Nebendiagnose (siehe Regel G54) angegeben.

## SD1200 Krankheiten der Haut und der Unterhaut

### SD1201g 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*) zu kodieren.

#### Revision einer Narbe

Wird eine Narbe revidiert, ist

L90.5 *Narben und Fibrosen der Haut*

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

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

Z42.- *Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie*  
zu kodieren.

#### Entfernung von Brustimplantaten

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

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

T85.4 *Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat*

T85.73 *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.

### SD1202j Spannungsblasen

Spannungsblasen sind ein Begriff aus dem Volksmund und keine dermatologische kodierbare Diagnose.

Diese Hautmanifestation muss ärztlich dokumentiert einer spezifischen Hauterkrankung zugeordnet werden, damit sie kodiert werden kann.

#### Beispiele:

- Treten Spannungsblasen im Rahmen einer postoperativen Phase auf, sind sie am häufigsten einem S-Kode zuzuordnen.
- Treten Spannungsblasen im Rahmen eines Dekubitalleidens auf, stellen sie eine kurzzeitige Manifestation im Übergang zu einer Erosion oder einem Dekubitus dar. Für die Kodierung eines Kodes aus L89.- *Dekubitalgeschwür und Druckzone* muss bei Vorliegen von Spannungsblasen die Pathogenese ärztlich bestätigt werden.

## SD1400 Krankheiten des Urogenitalsystems

### SD1401o Dialyse

Bei den Kodes 39.95.– – Hämodialyse 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.
- 2b) 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 **einzigem** Dialysekode präzise abzubilden.
  - Unterbrechung > 24 Stunden: jede Anwendung wird mit 1 Kode verschlüsselt (keine Addition der Behandlungszeiten).

Bei Filter-, Beutel-, oder Systemwechsel ist keine neue Verschlüsselung der Prozedur erforderlich.

Ein Kode der Subkategorie 54.98.- Peritonealdialyse darf auch dann kodiert werden, wenn der Patient/- die Patientin diese selbstständig durchführt. Die dazu benötigten Materialien, wie zum Beispiel Spülflüssigkeit usw., müssen dabei von der stationären Abteilung zur Verfügung gestellt werden.

### SD1402m Anogenitale Warzen/anogenitaler Herpes

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.

Aufnahmen zur Behandlung von Infektion der Perianalhaut und des Rektums durch Herpesviren, werden mit der Hauptdiagnose K62.8 «Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums» kodiert.

Der Kode A60.1 «Infektion der Perianalhaut und des Rektums durch Herpesviren», ist als Nebendiagnose anzugeben.

## SD1404o Niereninsuffizienz

### Akute Niereninsuffizienz

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

Für die Berechnung des Stadiums des akuten Nierenversagens wird nur die akute Verschlechterung berücksichtigt.

Das heisst, Ausgangswert für die Berechnung des Stadiums der akuten Niereninsuffizienz ist bei vorbestehender chronischer Niereninsuffizienz die Baseline des Serumkreatinins.

### 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, muss der dem Stadium entsprechende Kode *N18.-* kodiert werden.

Bei vorbestehender chronischer Niereninsuffizienz mit akuter Verschlechterung wird das Stadium der chronischen Niereninsuffizienz anhand der Baseline des Serumkreatinins festgelegt.

### Niereninsuffizienz nach medizinischen Massnahmen

Eine Niereninsuffizienz nach medizinischen Massnahmen wird mit *N99.0 Nierenversagen nach medizinischen Massnahmen* abgebildet. Ist die Art der Niereninsuffizienz (akut oder chronisch) bekannt, ist der Kode *N99.0* entgegen dem Exklusivum der ICD-10-GM unter *N17 - N19* wie ein Ausrufezeichen-Kode anzuwenden. Er folgt also dem zutreffenden Kode aus *N17.-* oder *N18.-*.

## SD1405l 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. Dabei gilt es, die Kodierregel SD0403 bei einer Niereninsuffizienz bei diabetischer Nephropathie zu berücksichtigen.

Der Kode

*Z49.0 Vorbereitung auf die Dialyse*

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

## SD1406d 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 kutaneoperitonealen Fistel (Katheterverweilsystem)*

## SD1407l 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. Dabei gilt es, die Kodierregel SD0403 bei einer Niereninsuffizienz bei diabetischer Nephropathie zu berücksichtigen.

Der Kode

*Z49.0 Vorbereitung auf die Dialyse*

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

### **SD1408a 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*

## SD1500 Geburtshilfe

### SD1501n 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.

Bei dokumentierten Gestationsalter 1 (Gestationsalter berechnet ab Beginn der letzten Menstruation in Anzahl Wochen und Tage (erfüllte Wochen und erfüllte Tage, Tag 1 der letzten Menstruation ist Tag 1 Gestationsalter)) und Gestationsalter 2 (Gestationsalter aufgrund einer Ultraschalluntersuchung in der 1. Schwangerschaftshälfte (erfüllte Wochen und erfüllte Tage)), soll auf Basis von Gestationsalter 2 kodiert werden.

Wird vom behandelnden Arzt / Ärztin ein korrigiertes Gestationsalter dokumentiert, ist dieses unter Gestationsalter 2 zu erfassen, auch wenn es sich nicht um das ultraschallbestimmte Gestationsalter handelt.

Bei Abweichung des errechneten und des sonographischen Gestationsalters liegt es in der Verantwortung des behandelnden Arztes/ der behandelnden Ärztin das korrigierte Gestationsalter festzulegen und zu dokumentieren.

#### *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.

#### *Nachgeburtspause*

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].

## SD1502n Vorzeitige Beendigung einer Schwangerschaft

### Abort (002.- bis 006.-)

Die Kodes 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]  |
| ND | U69.12! | Temporäre Blutgerinnungsstörung   |

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 Tuberruptur bei Eileiterschwangerschaft in der 6. SSW mit Schock aufgenommen.*

- |    |        |  |
|----|--------|--|
| HD | 000.1  | Tubagravidität   |
| 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, inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung |
|----|-------|---|

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

Ein Kode aus 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)

**SD1503n Krankheiten in der Schwangerschaft**

Bei Vorliegen einer Schwangerschaft hat das Kapitel XV «Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett» Vorrang vor den Organkapiteln. Zu beachten ist, dass bei Kodes 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 Kodes 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 Kodes aus *023.- Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft* und *098.3 «Sonstige Infektionen, hauptsächlich durch Geschlechtsverkehr übertragen, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren»* 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-GM zur Bezeichnung der jeweils vorliegenden Infektion angegeben.

Um einen Diabetes mellitus in der Schwangerschaft zu kodieren, stehen die Kodes *024.- Diabetes mellitus in der Schwangerschaft* zur Verfügung. Falls eine Präzisierung möglich ist, werden diese (mit Ausnahme von *024.4*) gefolgt von Kodes aus *E10 - E14* zur Bezeichnung des jeweils vorliegenden Diabetes mellitus sowie zur Abbildung vorliegender Komplikationen angegeben. Liegen Komplikationen (Manifestationen) vor, ist bei einem Kode aus *E10 - E14* die vierte Stelle entsprechend der Manifestation(en) und die spezifischen Manifestationen gemäss SD0400 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-GM zur Bezeichnung der jeweils vorliegenden Leberkrankheit angegeben.

**Beachte:** Bei der intrahepatischen Schwangerschaftscholestase *026.60* handelt es sich um ein schwangerschaftsspezifisches, akutes Krankheitsbild unbekannter Ätiologie.

Bei Vorliegen dieser Entität soll **kein** Präzisierungskode aus *K70 - K77* zusätzlich kodiert werden.

### Beispiel 2

*Eine Patientin wird in der 25. SSW mit schmerhaften Blasen und Urtikaria am Abdomen aufgenommen. Sie leidet unter kaum beherrschbarem Pruritus. Der pemphigoide Hauthausschlag weitet sich aus.*

*Der betreuende Arzt diagnostiziert einen Herpes gestationis.*

HD      026.4      *Herpes gestationis*

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

### Beispiel 3

*Eine Patientin mit bekannten, rezidivierenden Herpes genitalis-Infektionen mit Herpes-simplex-Virus Typ 2 tritt mit Verdacht auf erneutes Rezidiv (starke Schmerzen) in der 35. SSW ein.*

*Eine akute Vulvitis mit Herpes genitalis wird diagnostiziert und dokumentiert. Es liegen keine Ulzerationen der Vulva vor.*

HD      098.3      *Sonstige Infektionen, hauptsächlich durch Geschlechtsverkehr übertragen, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren*

ND      A60.0t      *Infektion der Genitalorgane und des Urogenitaltraktes durch Herpesviren*

ND      N77.1\*      *Vaginitis, Vulvitis oder Vulvovaginitis bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten*

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

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 hauptsächlicher 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).

**Ausnahme:** Unter Anwendung von TARPSY wird *099.3 Psychische Krankheiten sowie Krankheiten des Nervensystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren* **nicht** als Hauptdiagnose kodiert. Für die Wahl der Hauptdiagnose ist nach Kodierregel G52 vorzugehen.

Es ist gemäss unten stehendem Kodierbeispiel 7 vorzugehen, selbst wenn die psychiatrische Erkrankung die Schwangerschaft kompliziert oder durch die Schwangerschaft kompliziert wird.

### Beispiel 4

*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 5**

*Spontane Frühgeburt in der 35. Schwangerschaftswoche, die Patientin wird zusätzlich wegen eines allergischen Asthmas bronchiale behandelt. Die moderaten Asthmasymptome konnten durch die Behandlung gut kontrolliert werden*

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	J45.00	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale, als gut kontrolliert und nicht schwer bezeichnet

- 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 6**

*Eine Patientin in der 30. Schwangerschaftswoche wird mit Mittelhandfraktur rechts nach Sturz vom Fahrrad aufgenommen.*

HD	S62.32	Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens, Schaft
L	1	
ND	V99!	Transportmittelunfall
ND	Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft
ND	009.4!	Schwangerschaftsdauer 26. bis 33 vollendete Wochen

**Beispiel 7 – Psychiatrie**

*Eine Patientin mit bekannter rezidivierender Depression wurde in der 27. Schwangerschaftswoche in einer psychiatrischen Klinik wegen eines erneuten schweren depressiven Zustands ohne psychotische Symptome stationär behandelt. Sowohl die berufliche Überlastung als auch die negative Haltung ihrer Kollegen trugen zur Verschlechterung ihres Zustands bei. Ihre Schwangerschaft verläuft weiterhin ohne Komplikationen.*

HD	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
ND	Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft
ND	009.4!	Schwangerschaftsdauer 26. Woche bis 33 vollendete Wochen

**SD1504e 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 abnormalen 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 abnormalen 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 abnormalen 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 deswegen 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 zugrundeliegende Ursache nicht bekannt ist. Wenn eine zugrundeliegende Ursache bekannt ist, ist diese Ursache zu kodieren (036.8 ist in diesem Fall nicht anzugeben).

### *Uterusnarbe*

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

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

### *Gerinnungsstörungen in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*

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

### *Anti-D-Prophylaxe*

Eine während des stationären Aufenthalts der Rhesus-negativen Mutter durchgeführte Anti-D-Prophylaxe wird im Fall der Mutter mit *Z29.1 Immunprophylaxe* verschlüsselt.

Der ICD-10-GM-Kode *O36.0 Betreuung der Mutter wegen Rhesus-Isoimmunisierung* gelangt nur zur Anwendung, wenn es z.B. aufgrund nachgewiesener Anti-D-Antikörper und/oder einer ärztlich diagnostizierten und dokumentierten hämolytischen Krankheit des Fetus und/oder Neugeborenen bei Rhesus-Inkompatibilität zu einem medizinischen Aufwand > 0 bei der Mutter kommt.

## **SD1505o Spezielle Kodierregeln für die Geburt**

Die untenstehenden Regeln gelten gleichermaßen für Spitäler und Geburtshäuser (sofern die betreffende Leistung gemäss den 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 «spontan» bezieht sich auf die Geburt, nicht auf den Wehenbeginn/die Wehentätigkeit, die spontan oder induziert sein kann. Es wird für alle vaginalen Geburten ohne instrumentale Extraktion der Prozedurenkode *73.59 Manuell unterstützte Geburt, sonstige* erfasst.

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

- 03.91.31 *Injektion von Anästhetikum und Analgetikum in den Spinalkanal bei der Geburt*
- 73.0- *Künstliche Blasensprengung*
- 73.59 *Manuell unterstützte Geburt, sonstige*
- 73.6 *Episiotomie*
- 93.92.15 *Patientenkontrollierte intravenöse Analgesie [PCA]*

**Beachte:**

Einer (notwendigen) Episiotomie können eine oder mehrere Indikationen zugrunde liegen. Ist der Grund für den Dammschnitt in der ärztlichen Dokumentation aufgeführt, wird dieser zusammen mit dem Prozedurenkode für die Episiotomie erfasst.

Dammrisse, die trotz Episiotomie auftreten, werden zusätzlich erfasst.

Die Naht eines Dammschnittes ist im Prozedurenkode 73.6 *Episiotomie* enthalten.

Die Versorgung (zusätzlich auftretender) (von) Dammrisse(n) werden mit einem Kode aus der Kategorie 75.6- *Naht eines anderen frischen geburtsbedingten Risses* abgebildet.

**Beachte:**

Eine Geburtseinleitung (Weheneinleitung) hat das Ziel, fetale oder maternale Morbidität und Mortalität zu minimieren und bedarf einer ärztlichen Indikation.

Für (den Versuch) eine(r) medikamentöse(n) und andere(n) (z.B. instrumentellen) Weheneinleitung liegt normalerweise eine ärztlich dokumentierte Indikation/Begründung vor, z.B. frustrane, schmerzhafte Wehen bei Multipara, Oligo- oder Polyhydramnion, (V.a.) Plazentainsuffizienz und/oder intrauterine Größenretardierung, Übertragung, vorzeitiger Blasensprung, (massive) Erschöpfung/Ermüdung der Schwangeren etc.

Sind der ärztlichen und/oder medizinischen Dokumentation ein bzw. mehrere Indikationen für eine Geburtseinleitung (Weheneinleitung) zu entnehmen, ist (sind) diese Diagnose(n) zu kodieren.

Auch wenn eine Beendigung des Geburtsvorganges oder einer Schwangerschaft vaginal-operativ (Vakuumextraktion, Forzepsextraktion) oder per Sectio caesarea (primär, sekundär) erfolgt, muss die Kodierung der Einleitungsindikation(en) erfolgen.

Die Wahl der Hauptdiagnose erfolgt gemäss Kodierregel G 52.

Geburtshilfliche Einleitungen können mehrere Stunden bis Tage (auch iterativ) verlaufen.

Nicht selten erfüllt somit auch die Indikation für die Einleitung die Bedingungen der Kodierregel G 52 «Die Hauptdiagnose».

**Beispiel 1**

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

HD 080 Spontangeburt eines Einlings

ND 009.6! Schwangerschaftsdauer 37. Woche bis 41 vollendete Wochen

ND Z37.0! Lebendgeborener Einling

B 73.59 Manuell unterstützte Geburt, sonstige

**Beispiel 2**

*Spontane vaginale Geburt mit Episiotomie in der 39. Schwangerschaftswoche.*

HD 080 Spontangeburt eines Einlings

ND 009.6! Schwangerschaftsdauer 37. Woche bis 41 vollendete Wochen

ND Z37.0! Lebendgeborener Einling

B 73.59 Manuell unterstützte Geburt, sonstige

B 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

B 73.59 Manuell unterstützte Geburt, sonstige

**Beispiel 4**

*Spontane vaginale Geburt in 36.2 SSW, nach Einleitung (2 Tage, medikamentös) bei Verdacht auf intrauterine Größenretardierung, Plazentainsuffizienz und etlichen plazentaren Kalkeinlagerungen und Zeichen weisser Infarkte. Dammriss II. Grades, Naht. Die CTG-Aufzeichnung war streckenweise pathologisch, das Fruchtwasser zeigte eine grüne Farbe, so dass eine ununterbrochene Überwachung der Schwangeren notwendig wurde.*

HD	036.5	Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung
ND	043.8	Sonstige pathologische Zustände der Plazenta
ND	060.3	Vorzeitige Entbindung ohne spontane Wehen
ND	068.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser
ND	070.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt
ND	009.6!	Schwangerschaftsdauer 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
B	73.4	Medikamentöse Weheneinleitung
B	73.59	Manuell unterstützte Geburt, sonstige
B	75.69	Naht eines anderen frischen geburtsbedingten Risses

*Entbindung eines Einlings durch Zangen-, Vakuumextraktion oder Schnittentbindung (081 – 082)*

Der Beendigung des Geburtsvorganges mittels Vakuum- und/oder Forzepsextraktion oder per Sectio caesara (primär oder sekundär) liegen immer eine oder mehrere Indikationen zugrunde, z.B. pathologische Herzfrequenz (kombiniert mit Veränderungen der Fruchtwasserfarbe), primäre oder sekundäre Wehenschwäche, maternale Erschöpfung, Einstellungs- Haltungs- oder Lageanomalien des Fetus, prä- oder intrapartale (plazentare) Blutungen, rigide Gewebesituationen etc.

Die Erfassung der Kodes

081	Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumextraktion
und	
082	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]

entfällt bei Kodierung der entsprechenden Indikation.

**Beispiel 5**

*Forzepsextraktion (vorangehender Teil Höhenstand Beckenboden) bei Erstgebärender (medikamentöse Einleitung wegen Übertragung 41.3 SSW, Wehenbeginn 3 h nach erster Prostaglandingabe) aufgrund Dezelerationen und Bradykardie (pathologisches Kardiogramm). Die Austreibungswehen zeigen sich zu kurz und zu wenig stark. Eine sekundäre Wehenschwäche in der 95 Min. dauernden Austreibungsphase wird ebenfalls ärztlich dokumentiert.*

*Die vaginal-operative Entbindung erfolgt ohne elektive Episiotomie, ein Dammriss 1. Grades wird versorgt.*

HD	068.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz
ND	062.1	Sekundäre Wehenschwäche
ND	070.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt
ND	048	Übertragene Schwangerschaft
ND	009.7!	Schwangerschaftsdauer, Mehr als 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling
B	72.19	Tiefe Zange, sonstige
B	75.69	Naht eines anderen frischen geburtsbedingten Risses
B	73.4	Medikamentöse Weheneinleitung

*Primäre und sekundäre Sectio caesarea in der medizinischen Kodierung*

Die **medizinische** Definition einer Sectio caesarea lautet wie folgt:

Eine **primäre** Sectio caesarea ist die Durchführung einer **Schnittentbindung vor Geburtsbeginn** (Wehenbeginn und/oder Blasensprung). Sie wird auch als elektive, geplante oder Sectio 1. Grades bezeichnet.

Eine **sekundäre** Sectio caesarea ist die Durchführung einer **Schnittentbindung nach Geburtsbeginn** (Wehenbeginn und/oder Blasensprung). Sie wird auch als ungeplante oder Sectio 2. Grades bezeichnet.

Die Notwendigkeit/Entscheidung zur Durchführung einer Sectio caesarea stellt in den meisten Fällen ein **multifaktorielles** Geschehen dar.

Das bedeutet, nicht nur **eine** Indikation, sondern **eine Kombination** aus (mütterlichen und/oder kindlichen) **Faktoren** kann zur Entscheidung der Schnittentbindung führen.

#### **Beachte:**

**Alle** in der medizinischen Dokumentation aufgeführten (absoluten und/oder relativen) **Indikationen**, die zur Entbindung per Sectio caesarea führen, sind mit dem jeweiligen ICD-10-GM-Kode zu erfassen.

Der gemäss Kodierregeln G 52 «Die Hauptdiagnose» und G 54 «Die Nebendiagnosen» nachzuweisende Aufwand hinsichtlich der Diagnosen ist mit der durchgeführten Schnittentbindung (jeder Art) erbracht.

Die für den Entscheid für eine Sectio caesarea bedeutendste Diagnose wird bei Erfüllung der Kodierregel G 52 als Hauptdiagnose erfasst, wenn nicht eine andere Diagnose die Kriterien der Hauptdiagnoseregel erfüllt.

Es werden in der klinischen Geburtshilfe **absolute** und **relative** Indikationen für eine Sectio caesarea unterschieden.

#### **Hinweis:**

Die unten aufgeführten Beispiele für Indikationen sind nicht als vollständig zu betrachten und können in medizinischen Publikationen und im klinischen Alltag variieren.

Die hier erfolgte Aufzählung richtet sich u.a. nach den Guidelines<sup>1</sup> der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

**Absolute** Indikationen: Bei Vorliegen dieser Indikationen muss zur Rettung von Leben und/oder Gesundheit des Kindes und/oder der Mutter zwingend zur Sectio caesarea geraten werden. Auf solche Indikationen weisen auch die Termini «Notfall-Sectio» oder «dringliche Sectio» hin.

z.B. Querlage, (drohende) Uterusruptur, fetale Azidose (pH-Wert von < 7.20 als Ergebnis einer Fetalblutanalyse), absolutes Missverhältnis, Beckendeformitäten, schwere therapieresistente fetale Bradykardie, Nabelschnurvorfall, Placenta praevia (mit oder ohne Blutung), vorzeitige Plazentalösung, Geburtsstillstand, Amnioninfektionssyndrom, Eklampsie, HELLP-Syndrom, etc.

**Relative** Indikationen: Bei Vorliegen dieser Indikationen ist die Durchführung einer Sectio caesarea nicht zwingend. Das Leben und/oder die Gesundheit des Kindes und/oder der Mutter sind nicht unmittelbar in Gefahr. Die vorliegenden Indikationen, die zu einer Schnittentbindung führen können, müssen den Geburtsmodus betreffend hinsichtlich aller Vor- und Nachteile und geburtsmedizinischen Risiken mit der werdenden Mutter individuell besprochen und abgewogen werden.

z.B. Beckenendlage (reine Steisslage, reine Fusslage, Steiss-Fusslage), intrauterine Wachstumsretardierung/Wachstumsrestriktion, Mehrlingschwangerschaft, cephalo-pelvines Missverhältnis, absolute fetale Makrosomie (> 4500g), HIV-Infektion, primäre genitale Herpes Simplex Virus (HSV)-Infektion im dritten Trimenon, pathologisches CTG, protrahierte Geburt, Präeklampsie, Status nach vorangegangener Sectio, Frühgeburtlichkeit, mütterliche Erschöpfung, psychisch motivierte Sectio caesarea (Angstgefühle hinsichtlich kindlicher Sicherheit, Geburtsschmerzen und organischer Spätschäden), mütterliche Herzinsuffizienz, weitere ähnlich schwere Erkrankungen der Mutter (z.B. entgleister Diabetes mellitus etc.)

Es existieren noch etliche weitere Faktoren für eine primäre oder sekundäre Sectio caesarea, z.B.

- Hepatitis B-Infektion
- Hepatitis C-Infektion
- HPV-Infektion
- Wunschsectio ohne jegliche medizinische Indikation

Auch diese Zustände und weitere Faktoren müssen ebenfalls, wenn in der medizinischen Dokumentation angegeben, in der Kodierung als (ein) Grund für eine Sectio caesarea erfasst werden.

In der CHOP stehen seit 2014 sechsstellige Kodes für die Erfassung verschiedener Arten einer Sectio caesarea zur Verfügung.

Für die korrekte Wahl des entsprechenden Prozedurenkodes ist die folgende, für eine schweizweit einheitliche Kodierung notwendige, Regelung zu beachten:

- Für die Wahl des entsprechenden CHOP-Kodes **74.0X.10, 74.1X.10, 74.2X.10, 74.4X.10** wird die Art der Sectio caesarea erfasst, die als **antepartal geplante Prozedur**, vor oder nach dem Geburtsbeginn (Einsetzen der Wehen und/oder Blasensprung) durchgeführt wird. Die Entscheidung für eine Entbindung per Sectio caesarea wird dabei **vor dem Geburtsbeginn, d.h. vor Einsetzen von Wehen und/oder stattgefundenem Blasensprung** getroffen. Es handelt sich dabei auch um die s.g. elektive Sectio caesarea.

<sup>1</sup> Guideline\_Sectio\_Caesarea\_2015.pdf (sggg.ch)

Voraussetzung für die Wahl eines Kodes mit den Endziffern -10 ist, dass keine zusätzlich auftretende mütterliche und/oder kindliche (absolute und/oder relative) Sectio-Indikation die Kodierung eines CHOP-Kodes der Rubrik 74.- mit der Endziffer -20 erfordert (z.B. in Notfallsituation etc.).

- Für die Wahl des entsprechenden CHOP-Kodes **74.0X.20, 74.1X.20, 74.2X.20, 74.4X.20** wird die Art Sectio caesarea erfasst, die entweder (unabhängig davon, ob initial geplant\* oder ungeplant) aufgrund einer **akuten dringlichen Indikation** oder **Notfallsituation** (siehe absolute Sectioindikationen) **zwingend vor dem Geburtsbeginn stattfinden musste** oder die Entscheidung für die Sectio caesarea (**ungeplant**) **nach dem Geburtsbeginn (während des Geburtsverlaufes)** aufgrund einer **Notfallsituation, dringlicher oder anderer absoluter und/oder relativer Indikationen** erforderlich wurde.

\*Auch, wenn es sich z.B. initial um eine antepartal geplante Prozedur handelte und die Geburt noch nicht begonnen hat, kann das Auftreten neuer/zusätzlicher Indikationen und/oder Gründe die Kodierung eines CHOP-Kodes mit der Endziffer -20 erfordern.

#### **Hinweis:**

Die häufigste Methode der Sectio caesarea ist die s.g. tiefe isthmische, horizontale Schnittentbindung. Diese wird mit den Kodes **74.1x.10 Tiefe zervikale Sectio caesarea, primär** und **74.1X.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, sekundär** abgebildet.

Methodenbeschreibungen wie z.B. nach «Pfannenstiel», nach «Joel-Cohen» oder «Modified Misgav-Ladach-Technik» subsummieren ebenfalls unter Kategorie **74.1X. - Tiefe zervikale Sectio caesarea**, auch wenn sie eigentlich die Eröffnung der Bauchwand beschreiben. Für die Erfassung einer extraperitonealen Sectio caesarea muss diese spezielle Technik explizit in der ärztlichen Dokumentation aufgeführt sein.

Für die Kodierung einer korporalen Sectio caesarea werden die Kodes aus Rubrik **74.0X.- Klassische Sectio caesarea** genutzt.

Es erfolgt dabei eine **vertikale und/oder horizontale Uterusinzision** im Korpusbereich des Uterus und wird (selten) bei Entbindungen z.B. in sehr frühen Schwangerschaftswochen angewendet.

Sehr selten werden Schnittentbindungen per Längslaparatomie oder andere Sectio caesarea vollzogen. Diese werden mit der Resteklasse **74.4X Sectio caesarea eines anderen näher bezeichneten Typs** abgebildet.

#### **Frühgeburtlichkeit und Sectio caesarea:**

Jede geplante oder ungeplante Sectio caesarea, die bis zu einer SS-Dauer von **weniger als 37 vollendeten SSW** (SD1501n Definitionen Frühgeburt S. 161) durchgeführt werden muss, wird mit einem CHOP-Kode der Kategorie 74.- mit den Endziffern - .20 abgebildet.

#### **Beachte:**

Aufgrund bestehender Differenzen zwischen der medizinischen Definition einer «primären» und «sekundären» Sectio caesarea einerseits und den Vorgaben zur Erfassung der CHOP-Kodes aus Rubrik **74.- Sectio caesarea und Extraktion des Fetus** andererseits, können die Kodierverantwortlichen nicht davon ausgehen, dass die ärztlich-medizinische Dokumentation von «primär» oder «sekundär» immer eins zu eins in die Kodierung übernommen werden kann.

Es gelten unter anderem die Vorgaben dieser Kodierregeln und der folgenden Beispiele.

Folgende Beispiele sollen die Kodierung veranschaulichen und sind aus diesem Grund quantitativ ausführlicher gestaltet.

Sie sind fokussiert auf die Wahl der ICD-10-GM-Kodes bezüglich **Indikationen** und des korrekten CHOP-Kodes für die Schnittentbindung. Sie sind nicht als vollständig zu betrachten hinsichtlich Erfassung der Prozedurenkodes.

## Beispiele zur Erfassung der CHOP-Kodes «primäre» Sectio caesarea

### Beispiel 6

*Elektive Sectio caesarea in intravenöser Allgemeinanästhesie (Angst vor Spinalanästhesie) bei persistierender reiner Beckenendlage in der 39.3 SSW, vorgezogen bei vorzeitigem Blasensprung mit beginnenden spontanen Wehen (6 h nach Blasensprung).*

HD 064.1 Geburtshindernis durch Beckenendlage  
 ND 042.0 Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden  
 ND 009.6! Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen  
 ND Z37.0! Lebendgeborener Einling

B 74.1X.10 Tiefe zervikale Sectio caesarea, primär

B 93.92.10 Intravenöse Anästhesie

Datum und Uhrzeit von B 74.1X.10

Die Sectio caesarea bei BEL (relative Sectioindikation) war eine geplante Prozedur vor Geburtsbeginn. Bei Vorliegen eines vorzeitigen Blasensprunges (Blasensprung vor Einsetzen der Wehen) und danach beginnenden Wehen handelt es sich gemäss medizinischer Definition um eine sekundäre Sectio caesarea (Sectio caesarea nach Geburtsbeginn).

Aufgrund der von der medizinischen Definition abweichenden Kodierregel zur Erfassung der CHOP-Kodes für die Sectio caesarea gelangt hier der CHOP-Kode **74.1X.10 Tiefe zervikale Sectio caesarea, primär** zur Anwendung.

### Beispiel 7

*Eintritt zur elektiven Sectio caesarea 20 Tage vor errechnetem Geburtstermin bei absoluter Querlage und Vorliegen eines mütterlichen Trichterbeckens (kongenital).*

*Durchführen der geplanten Sectio vor Blasensprung und Wehenbeginn.*

HD 032.2 Betreuung der Mutter bei Quer- und Schräglage  
 ND 033.3 Betreuung der Mutter bei Missverhältnis durch Beckenausgangsverengung  
 ND 099.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren  
 ND Q74.2 Sonstige angeborene Fehlbildungen der unteren Extremität(en) und des Beckengürtels  
 ND 009.6! Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen  
 ND Z37.0! Lebendgeborener Einling

B 74.1X.10 Tiefe zervikale Sectio caesarea, primär

Bei Vorliegen einer Querlage (absolute Sectioindikation) und eines Trichterbeckens (absolute Sectioindikation) wird planmäßig eine Sectio caesarea vor Geburtsbeginn durchgeführt. Gemäss medizinischer Definition und in Anlehnung an oben beschriebene Kodierregel handelt es sich um eine primäre Sectio caesarea und der CHOP-Kode **74.1X.10 Tiefe zervikale Sectio caesarea, primär** wird erfasst.

**Beispiel 8**

Eintritt einer 0.Para, 1.Gravida (42 Jahre) in der 37.2 SSW zur geplanten Sectio caesarea bei vorliegendem Gestationsdiabetes, grosser Angst vor einer vaginalen Entbindung und Verdacht auf beginnende Plazentainsuffizienz (noch keine intrauterine Größenretardierung).

Die Patientin wünscht eine Sectio caesarea zum aktuellen Zeitpunkt, auch aufgrund zunehmender Müdigkeit und Erschöpfung. Es liegen zusätzlich eine ernährungsbedingte Adipositas permagna (BMI 42) agraviert durch eine überdurchschnittliche Gewichtszunahme in der Schwangerschaft vor.

Nach Aufklärung der Vor- und Nachteile und geburtshilflichen Risiken bleibt die Patientin bei ihrem Wunsch und die elektive Sectio wird am folgenden Tag durchgeführt.

HD 024.4 Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend  
 ND 026.88 Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind  
 ND 043.8 Sonstige pathologische Zustände der Plazenta  
 ND Z35.5 Überwachung einer älteren Erstschwangeren  
 ND 026.0 Übermässige Gewichtszunahme in der Schwangerschaft  
 ND 099.2 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren  
 ND E66.02 Adipositas durch übermässige Kalorienzufuhr, Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter  
 ND 009.6! Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen  
 ND Z37.0! Lebendgeborener Einling

B 74.1X.10 Tiefe zervikale Sectio caesarea, primär

Der Entscheid für die geplante Sectio caesarea wurde aufgrund des Vorliegens mehrerer relativer Sectioindikationen getroffen (Gestationsdiabetes, Angst vor vaginaler Entbindung, beginnende plazentare Insuffizienz, Müdigkeit und Erschöpfung) und des Vorliegens einer Risikoschwangerschaft aufgrund des Alters der Erstschwangeren.

Keine der angegebenen Indikationen und Gründe erfordert eine dringliche Schnittentbindung. Die Geburt hat nicht begonnen, die Sectio caesarea erfolgt geplant.

Die Adipositas permagna und die zusätzliche übermässige Gewichtszunahme in der Schwangerschaft gelten ebenfalls als Risikofaktoren für eine vaginale Geburt und somit auch als Gründe für die indizierte Sectio caesarea.

Dem dringlichen Wunsch einer werdenden Mutter nach einer Entbindung per Sectio aufgrund psychischer Beweggründe ist von ärztlicher Seite, auch bezüglich rechtlich-forensischer Belange, Folge zu leisten (nach entsprechender Aufklärung) und gilt als relative Sectioindikation.

Es handelt sich bei o.a. Beispiel medizinisch wie auch kodiertechnisch um eine 74.1X.10 Tiefe zervikale Sectio caesarea, **primär**.

**Beispiel 9**

Eintritt einer 7.Gravida, 6.Para zur elektiven Re-Sectio in der 37.3 SSW. Es handelt sich um die 5. Sectio caesarea in Folge.

Bereits nach der 4. Sectio wurde aufgrund «ausgedünnter» Bauchdecken, einer gedeckten Perforation im Isthmusbereich und schwerer Adhäsionen für den Fall einer erneuten Schwangerschaft eine korporale Sectio anstelle der tiefen isthmischen Schnittführung geplant.

HD 034.2 Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff  
 ND 099.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren  
 ND N99.4 Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Massnahmen  
 ND Z35.2 Überwachung einer Schwangerschaft bei sonstiger ungünstiger geburtshilflicher oder Reproduktionsanamnese  
 ND 009.6! Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen  
 ND Z37.0! Lebendgeborener Einling

B 74.0X.10 Klassische Sectio caesarea, primär

B 00.99.11 Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch, laparoskopisch und arthroskopisch voroperierten Gebiet

Bei Status nach mehreren Schnittentbindungen (relative Sectioindikation), Status nach gedeckter Perforation (drohende absolute Sectioindikation) und Verdacht auf Vorliegen schwerer postoperativer Adhäsionen im Becken (keine absolute oder relative Sectioindikation, aber ein Entscheidungsgrund für die Änderung des Modus operandi) wird eine **primäre** klassische Sectio caesarea (vertikale Inzision des Uterus im Korpusbereich) durchgeführt.

Auch gemäss der geltenden Kodierregeln wird der Kode für primäre Schnittentbindung gewählt, da es sich um eine geplante Sectio vor Geburtsbeginn handelt.

Sollte die werdende Mutter allerdings mit Wehen und/oder Blasensprung eintreten, kann bei o.a. Status, der einer Risikoschwangerschaft entspricht, sehr schnell eine dringende (Notfall)-Sectio notwendig werden, insbesondere bei CTG-Verschlechterungen, die auf eine erneute Uterusperforation hinweisen können. Wenn dies in der medizinischen Dokumentation festgehalten ist, dürfte anstelle der primären eine sekundäre Sectio kodiert werden.

### Beispiel 10

*Eintritt einer 30-jährigen 1.Gravida in der 39.2 SSW zur geplanten Wunschsectio wegen Angst vor vaginaler Entbindung.*

*Alle Risiken und Alternativen wurden mit der werdenden Mutter im Vorfeld besprochen und dokumentiert.*

HD 026.88 Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind

ND 009.6! Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen

ND Z37.0! Lebendgeborener Einling

B 74.1X.10 Tiefe zervikale Sectio caesarea, primär

Es handelt sich um das Vorliegen einer relativen Sectioindikation.

Im medizinischen Sinn als auch in Anlehnung an oben angegebene Kodierregel wird der Kode für die primäre Sectio 74.1X.10 Tiefe zervikale Sectio caesarea, **primär** erfasst.

#### Beachte:

Für die Abbildung der relativen Sectioindikation «Angst vor vaginaler Entbindung» ist auf den Kode 026.88 zurückzugreifen.

Es ist **kein** Kode aus der Kategorie F41.- im Speziellen oder aus dem Kapitel V der ICD-10-GM im Allgemeinen zu benutzen, ausser es liegt eine dokumentierte eindeutige, auch vorher bestehende, psychiatrische (Angst-)Diagnose vor.

Aufgrund des Vorliegens einer relativen Sectioindikation ist der Kode 082 Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea] nicht zu erfassen.

### Beispiel 11

*Eintritt in der 38.5 SSW zur terminierten Sectio an Wunschdatum (1.Gravida).*

*Die Schnittentbindung wird ohne Vorliegen anderer relativer oder absoluter Sectioindikationen auf Wunsch der Eltern an speziellem Datum durchgeführt.*

HD 082 Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]

ND 009.6! Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen

ND Z37.0! Lebendgeborener Einling

B 74.1X.10 Tiefe zervikale Sectio caesarea, primär

#### Beachte:

Ein als solcher bezeichneter «Wunschkaiserschnitt» ohne jegliche weitere relative Sectioindikationen (z.B. Status nach vorangegangener Sectio, Verdacht auf makrosomen Fetus etc.) wird mit dem ICD-Kode 082 Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea] verschlüsselt.

Der ICD-Kode 082 Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea] kann nicht mit den CHOP-Kodes 74.1X.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, sekundär (oder 74.0X.20 Klassische Sectio caesarea, sekundär; 74.2X.- Extraperitoneale Sectio caesarea) verschlüsselt werden.

## Beispiele zur Erfassung der CHOP-Kodes «sekundäre» Sectio caesarea

### Beispiel 12

*Notfallmässige Sectio caesarea in Allgemeinanästhesie (kombiniertes Verfahren aus inhalativer und intravenöser Anästhesie) bei schwerer fetaler Bradykardie mit silenter Oszillation in früher Eröffnungsperiode mit regelmässigen Kontraktionen (kein Vena-Cava-Kompressions-syndrom). 36.1 SSW, liegende PDA bei früher maternaler Wehenintoleranz.*

- HD 068.0 Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz
  - ND 060.1 Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung
  - ND 075.8 Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung
  - ND 009.6! Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
  - ND Z37.0! Lebendgeborener Einling
  
  - B 74.1X.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, sekundär
  - B 03.91.31 Injektion von Anästhetikum und Analgetikum in den Spinalkanal bei der Geburt
  - B 93.92.12 Balancierte Anästhesie
- Datum und Uhrzeit von B 74.1X.20

Die Entscheidung zur Notfallsectio aufgrund schwerer fetaler Bradykardie (absolute Sectioindikation) und bei Frühgeburt (relative Sectioindikation) wurde nach Geburtsbeginn aufgrund des Geburtsverlaufes getroffen.

Der CHOP-Kode 74.1X.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, **sekundär** gelangt zur Anwendung.

### Beispiel 13

*Stationäre Aufnahme zur Überwachung und ggf. geplanten medikamentösen Geburtseinleitung im Anschluss an Schwangerschaftsuntersuchung in der 39. SSW.*

*Bei der ambulant durchgeführten Doppleruntersuchung ergaben sich eine pathologische Nabelschnurdurchblutung (Hinweis auf relative Sectioindikation) bei tief sitzender Plazenta (relative Sectioindikation) und eine intrauterine Größenretardierung (relative Sectioindikation).*

*Bei CTG-Kontrolle am darauffolgenden Tag zeigt sich am wehenlosen Uterus ein pathologisches CTG (relative Sectioindikation) ohne adäquate Erholung der fetalen Herzrhythmen.*

*Eine dringliche Sectio caesarea wird indiziert und durchgeführt.*

*Der pH-Wert der Nabelschnurarterie und der BE sind normal.*

- HD 036.3 Betreuung der Mutter wegen Anzeichen für fetale Hypoxie
- ND 044.00 Tiefer Sitz der Plazenta ohne (aktuelle) Blutung
- ND 036.5 Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung
- ND 009.6! Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
- ND Z37.0! Lebendgeborener Einling
  
- B 74.1X.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, sekundär

Bei Vorliegen mehrerer (relativer) Indikationen für eine Sectio caesarea wird aufgrund der Verschlechterung der Gesamtsituation durch zusätzliches Auftreten einer weiteren, prognostisch ungünstigen relativen Sectioindikation (pathologisches CTG vor Wehenbeginn) die Entscheidung zur **dringlichen, ungeplanten Schnittentbindung** getroffen. Obwohl die Prozedur vor dem eigentlichen Geburtsbeginn durchgeführt wurde und damit gemäss medizinischer Definition ein «primärer» Kaiserschnitt vorlag, gelangt auf Grund der Dringlichkeit der CHOP-Kode 74.1X.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, **sekundär** zur Anwendung.

**Beispiel 14**

Nächtlicher Eintritt mit vorzeitigem Blasensprung (ohne Wehen) 20 Tage vor errechnetem Geburtstermin bei absoluter Querlage. Eine elektive Sectio war im Vorfeld für den übernächsten Tag geplant gewesen.

Bei der geburtshilflichen Eintrittsuntersuchung laufen immer wieder grosse Mengen Fruchtwasser ab.

Das CTG ist (noch) nicht pathologisch, zeigt teilweise leichte Kompressionszeichen des Fetus (Fisher-Score 8 Punkte).

Dringliches Vorziehen der geplanten Sectio bei unmöglich der Geburtslage und vorzeitigem Blasensprung, auch um eine Entbindung vor Wehenbeginn durchzuführen.

HD 064.4 Geburtshindernis durch Querlage  
 ND 042.9 Vorzeitiger Blasensprung, nicht näher bezeichnet  
 ND 009.6! Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen  
 ND Z37.0! Lebendgeborener Einling

B 74.IX.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, sekundär

Bei Vorliegen einer Querlage (absolute Sectioindikation) wurde eine elektive Sectio caesarea geplant. Bei Geburtsbeginn (vorzeitiger Blasensprung) wurde aufgrund des Vorliegens einer für vaginale Entbindung geburtsumöglichen Lage eine dringliche Sectio caesarea indiziert.

Der Geburtsbeginn bei Querlage des Fetus entspricht einer angespannten geburtshilflichen Situation, die jederzeit in einen Notfall konvertieren kann, besonders auch dann, wenn bei der werdenden Mutter Wehen einsetzen würden.

Es handelt sich im medizinischen Sinn und auch gemäss o.a. Kodierrichtlinien um eine **sekundäre** Sectio caesarea.

Das Beispiel gilt mit der gleichen Begründung für den Geburtsbeginn mit Wehen ohne Blasensprung oder Blasensprung und Wehen bei vorliegender und verifizierter Querlage.

**Beispiel 15**

Eintritt mit Blasensprung bei BEL in 37.5 SSW mit regelmässigen Wehen. Im Vorfeld war die Sectio caesarea für 6 Tage später geplant gewesen.

Bei der Eintrittsuntersuchung zeigt sich ein suspektes CTG (Fisher-Score 7 Punkte) und reichlich «erbsbreiartiges» (mekoniumhaltiges) Fruchtwasser. Aus der Zervix ragt ein tastbarer Fuss des Kindes.

Eine beschleunigte Sectio caesarea wird durchgeführt.

HD 068.2 Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser  
 ND 042.0 Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden  
 ND 064.1 Geburtshindernis durch Beckenendlage  
 ND 009.6! Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen  
 ND Z37.0! Lebendgeborener Einling

B 74.IX.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, sekundär

Das Auftreten von mekoniumhaltigem Fruchtwasser (die erbsbreiartige Konsistenz kann auf einen länger bestehenden Zustand hindeuten) gilt als Indikator, dass der Fetus nicht mehr optimal versorgt ist und einer hypoxischen Situation ausgesetzt war und/oder ist. Auch das bereits pathologische CTG stützt diese Vermutung.

Beide relative Sectioindikationen führen zum Entscheid «dringliche» Sectio, ohne das aktuell ein akuter Notfall vorliegt.

Da die Wehen begonnen haben, wird der Kode 068.2 Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser aus dem Kapitel «Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung» erfasst. Der vorzeitige Blasensprung ist nicht der Hauptgrund/das «gravierendste» Problem. Die Sectio caesarea erfolgt aufgrund der vermuteten hypoxischen Situation des Fetus, die sich klinisch in der Veränderung von Fruchtwasser und CTG zeigt.

Der Kode 74.IX.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, **sekundär** wird erfasst, da es sich im medizinischen Sinne als auch bezüglich der Kodierregel um eine sekundäre Sectio handelt, auch wenn sie im Vorfeld geplant gewesen war.

**Beispiel 16**

Stationärer Aufenthalt einer I.Gravida seit 4 Wochen wegen intrauteriner Wachstumsretardierung (relative Sectioindikation) und Zervixinsuffizienz (Verkürzung auf 2 cm ohne spürbare Wehen, weiche Konsistenz, keine Trichterbildung). Nach kurzzeitiger Tokolyse wehenloser Uterus. Durchführung täglicher CTG-Kontrollen und ärztliche Überwachung der Versorgung des Fetus und der Zervixlänge. 26.1 SSW bei Eintritt. Bei zunehmender Verschlechterung der Nabelschnurdopplerwerte (Hinweis auf relative Sectioindikation) wird nach Verabreichung von Medikamenten zur Beschleunigung der Lungenreifeentwicklung eine Sectio caesarea in der 30.2 SSW geplant und durchgeführt.

HD 036.5 Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung  
 ND 034.38 Betreuung der Mutter bei sonstiger Zervixinsuffizienz  
 ND 036.3 Betreuung der Mutter wegen Anzeichen für fetale Hypoxie  
 ND 060.3 Vorzeitige Entbindung ohne spontane Wehen  
 ND 009.4! Schwangerschaftsdauer, 26. Woche bis 33 vollendete Wochen  
 ND Z37.0! Lebendgeborener Einling

B 73.7X.14 Stationäre Behandlung vor Entbindung im gleichen Aufenthalt, mindestens 28 bis 55 Behandlungstage  
 B 74.1X.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, sekundär  
 B weitere Prozeduren gemäss med. Dokumentation

Die Patientin wurde aufgrund intrauteriner Wachstumsretardierung (relative Sectioindikation) und Zervixinsuffizienz über mehrere Wochen stationär überwacht.

Aufgrund sich zunehmend verschlechternder Parameter bezüglich fetaler Versorgung musste eine Sectio caesarea lange vor Erreichen der 37.0 SSW und vor Geburtsbeginn indiziert werden.

Im medizinischen Sinn handelt es sich um eine primäre, dringlich geplante und durchgeführte Schnittentbindung.

Aufgrund der vorliegenden Indikationen und der Frühgeburtlichkeit wird aber kodiertechnisch eine 74.1X.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, **sekundär** erfasst.

Das vorherrschende Problem des stationären Aufenthaltes war die mehrwöchige Betreuung aufgrund der intrauterinen Wachstumsretardierung und der zunehmenden Verschlechterung der Versorgungssituation des Fetus. Gemäss KR G55 wird die Sectio nicht als 1. Behandlung erfasst.

**Beispiel 17**

Eintritt in 37.1 SSW nach häuslichem Abgang von leichten Blutungen bei Vorliegen einer vollständigen Plazenta praevia und Status nach tiefer isthmischer Sectio caesarea.

Das CTG zeigt keine Auffälligkeiten und keine Wehentätigkeit. Bei Erstuntersuchung der Kleidung und Einlagen imponiert Altblut. Die Sonographie am gravidem Uterus ergibt eine stehende Fruchtblase und Status idem bezüglich Plazenta praevia.

Während der folgenden mehrstündigen Überwachung erneuter Abgang von Frischblut.

Entscheid zur vorgezogenen primären Sectio caesarea aufgrund blutender Plazenta praevia. Aufgrund der Lage der Plazenta muss eine sogenannte klassische (korporale) Sectio caesarea anstatt einer tiefen isthmischen Schnittentbindung durchgeführt werden.

HD 044.11 Placenta praevia mit aktueller Blutung  
 ND 034.2 Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff  
 ND 009.6! Schwangerschaftsdauer, 37. Woche bis 41 vollendete Wochen  
 ND Z37.0! Lebendgeborener Einling

B 74.0X.20 Klassische Sectio caesarea, sekundär  
 B 00.99.11 Reoperation in einem bereits offen chirurgisch, thorakoskopisch, laparoskopisch und arthroskopisch voroperierten Gebiet

Auch wenn die Sectio caesarea geplant ist und die Geburt nicht begonnen hat, ist aufgrund des Vorliegens der absoluten Sectioindikation «Plazenta praevia mit akuter Blutung» und mit dem Vorliegen einer beginnenden Gefahrensituation für Mutter und Kind der Kode 74.0X.20 Tiefe zervikale Sectio caesarea, **sekundär** zu erfassen.

Eine weitere relative Sectioindikation (Status nach vorangegangener Sectio caesarea) trägt mit zum Entscheid bei und wird deswegen ebenfalls erfasst.

### 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), der obligatorisch ist und nie Hauptdiagnose sein kann. 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 lebenden Zwillingen führt, werden die Kodes

030.0 Zwillingsschwangerschaft

Z37.2! Zwillinge, beide lebendgeboren

zugewiesen.

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

#### Beispiel 18

Vorzeitige Zwillingssgeburt 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

B 74.1X.-- Tiefe zervikale Sectio caesarea

B 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 Kode aus Kategorie Z39.- Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter zugeordnet.

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

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

Wenn eine Patientin zur Nachbetreuung nach Kaiserschnitt von einem Spital in ein anderes verlegt wird, ohne dass ein Zustand die Definition einer Haupt- oder Nebendiagnose erfüllt, dann ist dort der passende Z39.- Kode als Hauptdiagnose zu kodieren.

Ein Kode 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 portiowirksamen Wehen (**ohne** Wirkung auf die Zervix) zu verschlüsseln.

Ein Kode aus

060.- *Vorzeitige Wehen und Entbindung*

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

Wenn der Grund für die Frühgeburt oder für vorzeitige Wehen oder frustrane Kontraktionen bekannt ist, ist dieser Grund als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, gefolgt von einem Kode aus 047.- oder aus 060.- als Nebendiagnose. Ist der Grund nicht bekannt, 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 19**

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 20**

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**

063.0 Protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode (bei der Geburt) kann kodiert werden, wenn der Geburtsfortschritt ab einer Muttermundöffnung von 6cm bis zur vollständigen Muttermundöffnung > 8 Stunden dauert.

063.1 Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode (bei der Geburt) kann kodiert werden, wenn die Austreibungsperiode bei einer Primipara > 3 Stunden und bei einer Multipara > 2 Stunden dauert. Die Austreibungsperiode beginnt ab der vollständigen Muttermundöffnung und endet mit der Geburt des Kindes.

Es gelten die geburtshilflichen Definitionen zur Eröffnungs- und Austreibungsperiode.

Die Kodierverantwortlichen sollen gemäss Bestimmungen unter Kodierregel G 40 die ärztlich dokumentierten Angaben aus der gesamten Geburtendokumentation (z.B. Partogramm) spezifizieren.

**Intervall zwischen geöffneter Fruchtblase und Geburtszeitpunkt ≥ 24 h**

Protrahierte Geburt nach Blasensprung (vorzeitig und/oder spontan) oder künstlicher Eröffnung der Fruchtblase (Amniotomie, Blasensprengung) zur Geburtsinduktion, Wehenverstärkung oder im Geburtsverlauf:

Kodes: 075.5 Protrahierte Geburt nach **Blasensprengung** oder 075.6 Protrahierte Geburt nach **spontanem oder nicht näher bezeichnetem Blasensprung**

**Beachte:**

- Sind die oben erwähnten Bedingungen für die Kodes 063.0, 063.1, 075.5 und 075.6 erfüllt, können alle betreffenden ICD-Kodes, auch gleichzeitig, bei Erfüllung der Nebendiagnosenregel (G54) in die Kodierung einbezogen werden.
- Das Exklusivum unter dem Kode 075.6 *Protrahierte Geburt nach spontanem oder nicht näher bezeichnetem Blasensprung* verweist die Kodierverantwortlichen bei Vorliegen eines vorzeitigen Blasensprungs (d.h. der Blasensprung findet vor Einsetzen muttermundswirksamer Wehen statt) darauf, einen Kode aus Rubrik 042.- *Vorzeitiger Blasensprung* zu nutzen.
- Es handelt sich bei den Kodes 042.- und 075.6 um unterschiedliche Zustände/Entitäten.
- Kode 075.6 enthält nicht die Information, dass es sich um einen vorzeitigen (vor Beginn muttermundswirksamer Wehen stattgefundenen), spontanen Blasensprung handelt.

**Beispiel 21**

Eine Patientin (Primipara) tritt mit vorzeitigem Blasensprung in der 39+4 SSW ein. Vorrangig exspektatives Vorgehen, Antibiotika-Prophylaxe, Überwachung im Gebärsaal.

Nach 30 h selbständiges Einsetzen der Geburtswehen. Protrahierte Eröffnungsperiode von 12 h 45 min Dauer (ab Muttermundöffnung 6cm bis zur vollständigen Muttermundöffnung) mit Wehenunterstützung und PDA.

Bei protrahierter Austreibungsperiode von 190 min und pathologischem CTG, Geburtsbeendigung durch Vakuumextraktion ohne Episiotomie mit Dammriss 2. Grades.

Aus der ärztlichen Dokumentation wird ersichtlich, dass die **protrahierte EP** den meisten Aufwand gemäss Kodierregel G52 verursachte.

HD 063.0	Protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode (bei der Geburt)
ND 042.11	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn nach Ablauf von 1 bis 7 Tagen
ND 063.1	Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode (bei der Geburt)
ND 075.6	Protrahierte Geburt nach spontanem oder n.n.bez. Blasensprung
ND 070.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt
ND 068.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz
ND 009.6!	Schwangerschaftsdauer 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND Z37.0!	Lebendgeborener Einling

**Uterusatonie und Hämorrhagien**

## Eine Uterusatonie

- während des Geburtsvorgangs wird mit den Kodes der Kategorie 062.- *Abnorme Wehentätigkeit*,
- nach der Geburt mit den Kodes der Kategorie 072.- *Postpartale Blutung* angegeben.

Postpartale Blutung (072.-) ist nur dann zu kodieren, wenn die Nebendiagnosedefinition erfüllt ist (Regel G54).

**Stammzellentnahme für Kryokonservierung**

Die Entnahme von Stammzellen aus Nabelschnurblut zur Kryokonservierung (meistens Nabelschnurvene, je nach Herstellerangaben und zur Verfügung stehenden Blutvolumen in der Nabelschnur) wird mit dem Kode

47.0A.31 *Hämatopoetische Stammzellentnahme aus Nabelschnurblut, autolog*

im Neugeborenenfall kodiert.

Es ist dabei unerheblich, ob die Entnahme direkt nach einer primären/sekundären Sectio caesarea oder einer vaginalen Geburt erfolgt.

Es ist zu beachten, dass der Kode **nicht im Fall der Mutter** kodiert werden darf, sondern ausschliesslich im Fall des Neugeborenen.

Es handelt sich um eine Entnahme von Nabelschnurblut, das eine hohe Konzentration an hämatopoetischen Stammzellen aufweist.

Mit Hilfe dieser Stammzellen, die kryokonserviert und über Jahre aufbewahrt werden, sollen später im Leben des Neugeborenen (oder seiner Geschwister) eventuell auftretende Erkrankungen wie z.B. Leukämie, Anämie oder Erkrankungen des Immunsystems therapiert werden können.

**SD1506o Krankheiten im Wochenbett (Puerperium)****Puerperalsepsis (veraltet «Kindbettfieber»)**

Die Puerperalsepsis ist eine eigene Entität. Ihr eigenständiger Charakter bezogen auf den Zeitpunkt des Auftretens und ihrer Ätiologie (Kontext Geburt) ist vergleichbar mit dem des Gestationsdiabetes, des Herpes gestationis oder der Schwangerschaftscholestatose.

Die Unterscheidung «Puerperalsepsis» versus «Sepsis im Puerperium» ist essentiell für die Erfassung der korrekten Kodierung.

Die Puerperalsepsis wird ausgelöst durch eine bakterielle Infektion des Endometriums (Eintrittspforte: z.B. dort befindliche postpartale Wunden, Plazentareste etc.). Die möglichen Folgen dieser Infektion reichen von einer Endomyometritis bis zu einer fulminanten Sepsis im Wochenbett.

Die Puerperalsepsis ist abzugrenzen von postpartalen Septitiden aufgrund von Harnwegsinfekten, Mastitiden und/oder infizierten geburtshilflichen Wunden, wie z.B. nach Episiotomie etc.

In den folgenden Beispielen wird auf die Erfassung der Behandlungen aufgrund Fokus «Diagnosekodierung» bewusst verzichtet.

**Beispiel 1**

*7 h nach komplikationsloser Geburt (II Gravida/II Para, 39.SSW) Eintritt am Vortag, persistierende Schmerzen (s.g. Uteruskantenschmerz).*

*Die Wöchnerin ist blass, klagt über starke Schmerzen/Nachwehen im Unterbauch, ist noch kreislaufstabil bei einer Temperatur von 35,7 °C.*

*Primär Verdacht auf Kreislaufdysregulation.*

*Das aktuelle angeforderte Blutbild zeigt eine Anämie (5,1 mmol/l, 82,2 g/L) sowie Thrombozytopenie ( $76 \times 10^3/\mu\text{l}$ ) bei normalen Leukozytenwerten.*

*Im Verlauf des nächsten Hospitalisierungstages persistieren zunehmende therapieresistente Unterbauchschmerzen.*

*Die Patientin zeigt sich klinisch zunehmend unruhig, kalt-schweißig und mit Lippenzyanose. Der Blutdruck ist hypoton (80/40 mmHg) bei tachykardem Puls von 122/min. Das Abdomen ist weich und ohne Abwehrspannung.*

*Aufgrund der Diagnose **Endomyometritis mit Sepsis** erfolgt die Aufnahme auf die Intensivstation mit Beginn einer antibiotischen Therapie.*

*Der Zustand der Patientin verschlechtert sich schnell weiter mit Multiorganversagen (Nierenversagen, ARDS, septischer Schock), so dass eine Notfall-Hysterektomie unter Reanimationsbedingungen erfolgt.*

*Austrittsdiagnose: Foudroyante Puerperalsepsis durch Streptokokken der Gruppe A.*

HD	A40.0	Sepsis durch Streptokokken A
ND	U69.80!	Nicht-nosokomiale Sepsis
ND	085	Puerperalfieber
ND	B95.0!	Streptokokken, Gruppe A, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
ND	099.4	Krankheiten des Kreislaufsystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	R57.2	Septischer Schock
ND	U69.83!	Nicht-nosokomialer septischer Schock
ND	099.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	N17.99	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium nicht näher bezeichnet
ND	099.5	Krankheiten des Atmungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	J80.09	Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS], Schweregrad nicht näher bezeichnet
ND	099.1	Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
ND	D64.9	Anämie, nicht näher bezeichnet
ND	099.0	Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
ND	009.6!	37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling

Der Kode R57.2 Septischer Schock beinhaltet die herz-kreislaufbezogenen Parameter des Beispiels 1 und wird zusammen mit 099.4 *Krankheiten des Kreislaufsystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren* erfasst.

Aufgrund des Kapitels SD1503 «Krankheiten in der Schwangerschaft» werden alle Organdysfunktionen mit den dazugehörigen Kodes aus dem Kapitel XV der ICD-10-GM zusammen kodiert.

**Beispiel 2**

19 Tage nach Entlassung vom stationären Aufenthalt wegen elektiver Sectio bei BEL erneute Aufnahme mit ärztlich dokumentierter Urosepsis aufgrund Pyelonephritis (Ätiologie nicht zu eruieren z.B. obstruktiv durch graviden Uterus, iatrogen aufgrund Harnwegskatheter etc.).

Dokumentation einer sepsisbedingten akuten Verschlechterung um 4 SOFA-Punkte innerhalb 72 h.

Vorliegen eines akuten Nierenversagens Stadium AKIN 3, bei Ausgangsbaseline 0.

In der Urinkultur und in den Blutkulturen wird *Escherichia coli* nachgewiesen.

HD	A41.51	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger, <i>Escherichia coli</i> [ <i>E. coli</i> ]
ND	U69.80!	Nicht-nosokomiale Sepsis
ND	086.2	Infektion des Harntraktes nach Entbindung
ND	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis
ND	B96.2!	<i>Escherichia coli</i> [ <i>E. coli</i> ] und andere Enterobacterales als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
ND	099.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 3

Auch wenn sich die Patientin per definitionem im Wochenbett (Puerperium) befindet, wird bei erfüllten Kriterien gemäss Kodierregel SD0102 für die Kodierung der vorliegenden Sepsis **nicht** der Kode 085 Puerperalfieber gewählt.

Es handelt sich nicht um eine Puerperalsepsis im Sinne ihrer Definition.

Die Kodierung des akuten Nierenversagens erfolgt nicht mit der Kodekombination 090.4 Postpartales akutes Nierenversagen gefolgt von N17.93 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 3, da es sich **nicht um ein postpartales**, sondern sepsisbedingtes Nierenversagen handelt.

Die Kodierung der Schwangerschaftsdauer bei Verwendung von Kodes aus dem Kapitel XV «Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett» der ICD-10-GM entfällt im Kontext Wochenbett.

**Beispiel 3**

Bei einer werdenden Mutter (39.4 SSW) manifestiert sich bereits sub partu bei Verdacht auf Chorioamnionitis (*Streptococcus anginosus*) eine Sepsis, die sich postpartum zum septischen Schock entwickelt. Aufgrund Kopf-Becken-Missverhältnisses bei Verdacht auf Mosaikosomie des Fetus, der steigenden Infektionsparameter und klinischen Zeichen einer Sepsis erfolgt eine sekundäre Notfallsectio und anschliessende Behandlung auf der IPS. Alle Parameter gemäss Kodierregel SD0102 sind erfüllt.

HD	A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken
ND	U69.80!	Nicht-nosokomiale Sepsis
ND	075.3	Sonstige Infektion unter der Geburt
ND	099.4	Krankheiten des Kreislaufsystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
ND	R57.2	Septischer Schock
ND	U69.83!	Nicht-nosokomialer septischer Schock
ND	041.1	Infektion der Fruchtblase und der Eihäute
ND	065.4	Geburthindernis durch Missverhältnis zwischen Fetus und Becken, nicht näher bezeichnet
ND	066.2	Geburthindernis durch ungewöhnlich grossen Fetus
ND	009.6!	37. Woche bis 41 vollendete Wochen
ND	Z37.0!	Lebendgeborener Einling

Die Sepsis gelangt in o.a. Beispielen in die Hauptdiagnose, weil die Kodierregel SD0102 Vorrang gegenüber den Hinweisen der Benutzung der ICD-10-GM hat.

Die Reihenfolge der Erfassung der Kodes richtet sich nach den Angaben unter Kodierregel SD0102.

## SD1600 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben

### SD1601n Medizinischer Datensatz

Für jedes Neugeborene sind bei Geburt im selben Spital im Datensatz zwingend das Geburtsgewicht und das Gestationsalter zu erfassen.

Bei stationärer Aufnahme eines Neugeborenen oder Säuglings nach der Geburt (bis Vollendung des ersten Lebensjahres) sind zwingend das Aufnahmegericht (Variable «aufnahmegericht») und das Gestationsalter (Variable «gestationsalter») zu erfassen.

### SD1602a 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.

### SD1603i 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 (Variable «eintrittsart») die Ziffer 3 (Geburt) angegeben.
- ausserhalb des Spitals/Geburtshauses geboren und unmittelbar nach der Geburt aufgenommen wurden.  
**Beachte:** im medizinischen Datensatz wird bezüglich Eintrittsart (Variable «eintrittsart») die Ziffer 1 (Notfall) oder 2 (angemeldet, geplant) angegeben. Es wird kein Neugeborenendatensatz ausgefüllt.

**Beachte:** Bei einer komplikationslosen 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 (Variable «eintrittsart») die Ziffer 1 (Notfall) oder 2 (angemeldet, geplant) angegeben.

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

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

#### Beispiel 1

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

HD Z38.1      *Einling, Geburt ausserhalb des Krankenhauses*

#### Beispiel 2

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

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

#### Beispiel 3

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

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

#### **SD1604g 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 Atelektase beim Neugeborenen
ND	P01.1	Schädigung des Fetus 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 Streptokokken-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 Streptokokken-B-Trägerin:

- Streptokokken-B ohne Aufwand > 0: nichts kodieren
- Streptokokken-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).

## **SD1605a 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.

## **SD1606j 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 Neugeborenengelbsucht wird der Kode für die Lichttherapie

99.83 Sonstige Phototherapie

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

### *PRIMÄRE REANIMATION*

**Hinweis:** Für die Abbildung des CHOP-Kodes 99.65 Akute Behandlung einer Adaptationsstörung beim Neugeborenen (sog. Primäre Reanimation) müssen alle unter dem «Beachte» aufgeführten Bedingungen erfüllt sein.

Sind die Bedingungen nicht vollständig erfüllt, darf der Kode nicht erfasst werden.

Für die Beurteilung des Kriteriums «[...] - Unterstützende Massnahmen der Atmung (CPAP, Beatmung) [...]» wird ebenfalls auf die Kodierregel SD1001i «Maschinelle Beatmung; Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)» verwiesen.

### **SD1607c Atemnotsyndrom bei hyaliner Membranenkrankheit/Surfactantmangel**

Der Kode für das Atemnotsyndrom bei Frühgeborenen/Neugeborenen

*P22.0 Atemnotsyndrom [Respiratory distress syndrom] des Neugeborenen*  
ist der Kodierung folgender Zustände vorbehalten:

- Hyaline Membranenkrankheit
- Surfactant-Mangel

Die Applikation von Surfactant bei Neugeborenen wird nur durch die Liste der hochteuren Medikamente mit dem ATC-Kode eingetragen, der 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!

### **SD1608c 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 für folgende 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

### **SD1609j Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)**

Die hypoxisch-ischämische Enzephalopathie wird klinisch, nach Sarnat-Stadien<sup>1</sup> und/oder nach Thompson Score<sup>2</sup>, wie folgt eingestuft:

1. Stadium nach Sarnat<sup>1</sup>: Übererregbarkeit, Hyperreflexie, erweiterte Pupillen, Tachykardie, aber keine Krampfanfälle  
(entspricht Thompson Score<sup>2</sup> 1-6 Punkte)
2. Stadium nach Sarnat<sup>1</sup>: Lethargie, Miosis, Bradykardie, verminderte Reflexe (z.B. Moro-Reflex), Hypotonie und Krampfanfälle  
(entspricht Thompson Score<sup>2</sup> 7-12 Punkte)
3. Stadium nach Sarnat<sup>1</sup>: Stupor, Schlaffheit, Krampfanfälle, fehlende Moro- und bulbäre Reflexe  
(entspricht Thompson Score<sup>2</sup> > 12 Punkte).

Die ICD-10-GM sieht für die Kodierung einer hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie den Kode *P91.6 Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie beim Neugeborenen [HIE]* vor.

<sup>1</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/987769>; Neonatal encephalopathy following fetal distress. Sarnat HB, Sarnat MS A clinical and electroencephalographic study. Arch Neurol. 1976 Oct;33(10):696-705

<sup>2</sup> <https://doi.org/10.1159/000490721>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27343024>

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.

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

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

### **SD1610h 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  $\leq$  5 im Alter von 5 Minuten
- Schwere Azidose in der ersten Lebensstunde: pH  $\leq$  7.00 (in Nabelarterie, Nabelvene oder mittels arterieller oder kapillärer Blutentnahme)
- Basendefizit  $\leq -16$  mmol/l im Nabelschnurblut oder während der ersten Lebensstunde
- Laktat  $\geq 12$  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  $\leq$  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  $\leq$  7 im Alter von 5 Minuten
- Tiefster pH-Wert in der ersten Lebensstunde  $\geq 7.15$  (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 40 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.

#### **SD1611o Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen**

Ein respiratorisches Versagen des Neugeborenen entspricht einer partiellen resp. globalen respiratorischen Insuffizienz und 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 einer invasive, einer nichtinvasive Beatmung oder einer Atemunterstützung mit CPAP oder High-Flow stattfindet.

Die Diagnose einer partiellen resp. globalen respiratorischen Insuffizienz muss in der ärztlichen Dokumentation vorhanden sein (siehe Kodierregel SD1002).

Bei Vorliegen weiterer Zustände, die das Atmungssystem betreffen (z.B. *P20.-, P21.-, P22.-, P23.-, P24.-, P25.- etc.*) werden diese unter Berücksichtigung der bestehenden Kodierregeln zusätzlich kodiert.

## **SD1800 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind**

### **SD1801a Inkontinenz**

Der Befund Inkontinenz ist von klinischer Bedeutung, wenn

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

Die Kodes für Urin- oder Stuhlinkontinenz:

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

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

### **SD1802m Dysphagie**

Die Kodierung einer Dysphagie erfolgt gemäss G 52 «Die Hauptdiagnose» oder Kodierregeln G 54 «Die Nebendiagnosen»

### **SD1803a Fieberkrämpfe**

- R56.0 *Fieberkrämpfe*

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

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

**SD1804o Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren****Akuter Schmerz**

Akuter Schmerz geht meistens mit einer Schädigung/Beeinflussung der Gewebestrukturen einher und wird als «Symptom» und/oder als s.g. «Warnfunktion» des Organismus betrachtet.

Wird eine Patientin oder ein Patient wegen akuter postoperativer und/oder im Rahmen eines Traumas auftretender **akuter** Schmerzen und/oder wegen **akuter** Schmerzen, die in ätiologischem Zusammenhang mit einer Erkrankung/Zustand/Manifestation stehen, behandelt (z.B. Appendizitis, Peritonitis, **akute** Ischämien, Ileus, **akute** Schmerzen aufgrund Tumorinfiltrationen (Primarius und/oder Metastasen), Medikamentennebenwirkungen, postoperative Komplikationen und/oder Störungen etc.), ist der ICD-10-GM-Kode **R52.0**

**Akuter Schmerz nicht** zu erfassen.

Erfasst werden:

- Erkrankungen/Traumata (auch intraoperativ und/oder iatrogen ausgelöst)
  - andere Zustände
  - andere Manifestationen
- die den **akuten** Schmerz auslösen.

Der ICD-10-GM-Kode **R52.0 Akuter Schmerz** wird nur dann erfassbar, wenn die Ursache des Schmerzes nicht bekannt, nicht zu eruieren und nicht zu definieren ist.

Kodes aus anderen Rubriken, die unter dem Exkl. der Kategorie R52.- erfasst sind, z.B. *R07.1 Brustschmerzen bei der Atmung, R10.2 Schmerzen im Becken und am Damm, M25.5- Gelenkschmerz* etc. sind ebenfalls nur dann zu erfassen, wenn ihre Ursache nicht erkannt und dokumentiert werden kann.

**Beispiel 1**

*Ein 69-jähriger Patient tritt mit heftigen, plötzlich einsetzenden abdominalen Schmerzen über die Notfallstation ein.*

*Er ist kaltschweissig und hypoton. Das gesamte Abdomen ist druckdolent.*

*Die Diagnostik zeigt einen akuten (wahrscheinlich thrombotischen) Mesenterialarterienverschluss auf Basis einer generalisierten Arteriosklerose und Ischämiezeichen des Darms. Es erfolgt eine Notfall-Operation, die die Diagnosen bestätigt.*

HD K55.0 Akute Gefäßkrankheiten des Darms

ND I70.9 Generalisierte und nicht näher bezeichnete Atherosklerose

**Beispiel 2**

*Eine Patientin tritt mit akuten Thoraxschmerzen, mit kurzfristigem Punctum maximum über dem Herzen ein.*

*Es sind keine kardialen oder vaskulären Vorerkrankungen bekannt.*

*Eine notfallmäßig durchgeführte Linksherzuntersuchung (Koronarangiographie und Ventrikulographie) zeigt keine strukturellen Auffälligkeiten am Herzen und an den Koronargefäßen und schliesst eine ischämische Herzkrankung aus.*

*Eine weiterführende Diagnostik der anderen möglichen beeinträchtigten Organsysteme (z.B. Lunge, Ösophagus, Magen, musculoskelettales System) bleibt ergebnislos.*

*Nach 2 Tagen erfolgt die Entlassung.*

HD R07.2 Präkordiale Schmerzen

**Beispiel 3**

*Ein Patient tritt mit retrosternalem Schmerz, Engegefühl und Belastungsdyspnoe ein. Er erhält eine elektive Linksherzuntersuchung (Koronarangiographie und Ventrikulographie), die keine strukturellen Auffälligkeiten am Herzen und an den Koronargefäßen zeigt, die für die seit einigen Wochen bestehende stabile Angina pectoris ursächlich sein könnten.*

*Die bei Eintritt routinemässig erhobenen Laborparameter zeigen jedoch eine schwere Anämie unbekannter Ätiologie, die für die kardiale Ischämie verantwortlich gemacht wird.*

*Der Patient erhält 2 Erythrozytenkonzentrate im gleichen Aufenthalt und wird für eine erweiterte Diagnostik zu einem späteren Zeitpunkt aufgeboten.*

HD I20.8 Sonstige Formen der Angina pectoris

ND D64.9 Anämie, nicht näher bezeichnet

Schmerzbehandlungsverfahren können in operative und nichtoperative Verfahren differenziert werden.

Beispiele für **operative** Schmerzbehandlungsverfahren sind (Aufzählung nicht abschliessend):

- Implantation von Neurostimulatoren und/oder (Test) Elektroden
- Implantation von (u.a. subkutanen) Schmerzpumpen
- Durchtrennung von Nerven
- Dekompression von Nerven
- andere Operationen, die Ursachen für akute Schmerzen beheben (z.B. Operation eines Diskusprolapses)

**Beachte:** **Operative Schmerzbehandlungsverfahren** sind unter Beachtung der Kodierregeln G 52, G 54 und G 55 **zwingend** zu kodieren.

Beispiele für **nichtoperative** Schmerzbehandlungsverfahren sind (Aufzählung nicht abschliessend):

- Periduralanästhesie (PDA)
- Spinalanästhesie
- Periduralkatheter (PDK)
- Patient-controlled analgesia (PCA), parenteral und/oder peridural
- Analgosedierung
- orale oder intravenöse medikamentöse Analgesien
- physikalische Schmerztherapien
- periphere Regionalanästhesie, z.B. Plexus- und Pudendusanästhesien
- Schmerztherapieschemata

#### **Beachte:**

Verfahren zur (nichtoperativen) Schmerzausschaltung bei Durchführung einer Operation/Intervention/Diagnostik werden nicht kodiert. Eine Ausnahme dazu bilden die geburtshilflichen, nichtoperativen Schmerzbehandlungsverfahren.

#### **Hinweis:**

Im Rahmen des geburtshilflichen Settings sind **nichtoperative** Schmerzbehandlungsverfahren, ausser zur postoperativen Schmerzbehandlung, zu kodieren.

Hierzu zählen z.B. die Patient-controlled analgesia (PCA) intravenös und/oder peridural, der Periduralkatheter, die (seltene) Spinalanästhesie zur Schmerzausschaltung bei nicht möglicher Anlage eines Periduralkatheters oder transvaginale Pudendusanästhesien zur Erleichterung der Austreibungsperiode bei spontanen oder vaginal-operativen Entbindungen (z.B. Vakuumextraktion, Forcepsextraktion). Die KR SD1505 ist zu beachten.

Wird zur Erleichterung der Austreibungsperiode eine transvaginale Pudendusanästhesie verabreicht, ist nach Entbindungsart wie folgt zu kodieren:

Spontanpartus: 04.81.11 *Injektion von Anästhetikum und Analgetikum an periphere Nerven, zur Schmerztherapie, ohne bildgebende Verfahren [BV]*

Vaginal-operativ: 04.81.42 *Injektion eines Anästhetikums an periphere Nerven zur Anästhesie bei Untersuchungen und Interventionen*

**Nichtoperative** Schmerzbehandlungsverfahren im Kontext des **akuten** Schmerzes werden unter Anwendung anderer in diesem Buch publizierter Kodierregeln nur erfasst, wenn sie als **alleinige** Massnahme im stationären Fall durchgeführt werden.

Nichtoperative Schmerzbehandlungsverfahren, die für die üblichen postoperativen Schmerztherapien (z.B. Periduralkatheter nach grosser viszeralchirurgischer Operation) direkt oder verzögert angewendet werden, sind unabhängig vom Zeitpunkt an dem diese erbracht wurden, **nicht** zu kodieren.

Aufwände hinsichtlich **nichtoperativer Schmerzbehandlungsverfahren**, die im Kontext perioperativer **akuter** Schmerzen erbracht werden, sind durch die Kodes der ICD-10-GM, die den Anlass für den operativen Eingriff und seiner Folgen (z.B. Grund für verstärkte postoperative Schmerzen) bilden, abgegolten.

**Hinweis:**

Der CHOP-Kode 93.A3.3- *Komplexe Akutschmerzbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage* kann bei schweren akuten postoperativen Schmerzzuständen, bei Traumata und/oder exazerbierten (**akuten**) Tumorschmerzen etc. bei dokumentierter Erfüllung der Mindestmerkmale entgegen der o.a. Weisungen jedoch erfasst werden.

Das «Kod. eb.» unter dem CHOP-Kode ist zwingend zu beachten.

**Beispiel 4**

*Ein Patient muss sich einer subtotalen Kolektomie bei schwerer ulzeröser Kolitis unterziehen.*

*Er erhält einen Periduralkatheter für das postoperative Schmerzmanagement.*

Keine Kodierung des Periduralkatheters.

**Beispiel 5**

*Ein Patient muss sich einer offenen subtotalen Kolektomie bei schwerer ulzeröser Kolitis unterziehen.*

*Er erhält einen Periduralkatheter für das postoperative Schmerzmanagement.*

*Trotz aller Vorsorge sind die postoperativen Schmerzen so anhaltend stark, dass die erbrachten und dokumentierten Aufwände die Kodierung einer Akutschmerzbehandlung CHOP-Kode 93.A3.3- erlauben.*

*Der stationäre Aufenthalt verlängert sich durch das komplizierte Schmerzmanagement um 20 Tage.*

HD K51.9 Colitis ulcerosa, nicht näher bezeichnet

B 45.81.11 Kolektomie, offen chirurgisch

B 93.A3.3- Komplexe Akutschmerzbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage

B 03.91.11 Injektion von Anästhetikum und Analgetikum in den Spinalkanal zur Schmerztherapie

**Beispiel 6**

*5 Tage nach ausgedehnter Operation einer inkarzierten abdominalen Narbenhernie verursacht ein ausgedehntes postoperatives Hämatom starke Druckschmerzen bei einer Patientin.*

*Sie erhält am 5. postoperativen Tag eine parenterale PCA und ab dem Zeitpunkt physikalische Schmerztherapien.*

*Durch diese Massnahmen kann eine operative Hämatomausräumung vermieden werden.*

HD K43.0 Narbenhernie, inkarziert mit Einklemmung, ohne Gangrän

ND T81.0 Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, andernorts nicht klassifiziert

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

Keine Kodierung der PCA und der physikalischen Schmerztherapien.

**Chronischer/therapieresistenter Schmerz**

Im Rahmen von chronischen Schmerzen kann es zum Verlust der «Warnfunktion» (siehe unter «akuter Schmerz») kommen. Für die Betrachtung und Behandlung des chronischen Schmerzes sind auch psychologische Faktoren und ihre Behandlung relevant.

Chronischer Schmerz hat einen eigenen Krankheitswert. Eine mögliche vorliegende Entkoppelung von Schmerz und nachweisbarer Gewebeschädigung dient u.a. der Differenzierung des chronischen vom akuten Schmerz.

Die den chronischen Schmerz betreffende(n) Diagnose(n) muss/müssen ärztlich dokumentiert sein, damit die folgende Kodierregel angewendet werden kann.

**1)** Wird eine Patientin/ein Patient zur **Schmerzbehandlung** aufgenommen und stellt diese den Hauptaufwand des Aufenthaltes dar, ist der Kode für die **Lokalisation des Schmerzes als Hauptdiagnose** anzugeben. Die dem chronischen Schmerz zugrundeliegende Erkrankung ist entgegen der Kodierregel zur Nebendiagnose (G54) zusätzlich zu kodieren.

**Beispiel 7**

Eine Patientin tritt stationär für 7 Tage wegen chronischer atmungsabhängiger Schmerzen thorakal rechts (Thorakal-Syndrom) ein. Die Schmerzen werden von den behandelnden Medizinern als chronisch dokumentiert und u.a. einer vorliegenden postmenopausalen Osteoporose und Fehlbelastung, besonders im zervikalen-thorakalen Bereich der Wirbelsäule, zugeschrieben. Es liegen keine osteoporotischen Frakturen oder Impressionen vor.

Die Patientin ist durch die Schmerzen stark im Alltag limitiert und leidet an psychischen Begleiterscheinungen, insbesondere an einer akuten, reaktiven Depression mittlerer Ausprägung.

Sie erhält eine parenterale PCA für 5 Tage, regelmäßige Physiotherapie, ein an die Situation angepasstes Medikamentenschema und Schmerzvisiten.

Zusätzlich erfolgt während des Aufenthalts ein psychiatrisches Konsil mit Etablierung einer antidepressiven Medikation.

HD M54.6 Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule

ND M81.08 Postmenopausale Osteoporose ohne pathologische Fraktur, sonstige Lokalisationen

ND F32.1 Mittelgradige depressive Episode

B PCA

B Schmerzvisiten

**Beachte:**

Ausnahmen zum Absatz «Chronischer/therapieresistenter Schmerz» stellen die folgenden Diagnosen dar:

F45.4- Anhaltende Schmerzstörung

G43.- Migräne

G44.- Sonstige Kopfschmerzsyndrome

G54.6 Phantomschmerz

G90.5- Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ I

G90.6- Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ II

G90.7- Komplexes regionales Schmerzsyndrom, sonstiger und nicht näher bezeichneter Typ

**und chronische** Tumorschmerzen (siehe Kodierregel SD0202).

Sind o.a. Diagnosen dokumentiert, ist nicht die Lokalisation des Schmerzes, sondern die genannte/dokumentierte Diagnose als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, wenn die Definition der Kodierregel G52 zutrifft.

Bei Vorliegen eines anderen Haupthospitalisationsgrundes gelangt die Kodierregel zur Nebendiagnose G54 zur Anwendung.

Siehe dazu unter Punkt 3.

Das komplexe regionale Schmerzsyndrom (Complex Regional Pain Syndrome - CRPS) und andere Zustände unter G43.-, G44.- und G54.6 können sowohl akut als auch chronisch auftreten.

Gemäß ärztlicher Dokumentation zur Dauer des Bestehens der Symptome gelangt entweder die Kodierregel zum akuten oder zum chronischen Schmerz zur Anwendung.

In den betroffenen Fällen werden das CRPS, die Migräne etc. direkt erfasst und nicht die typischen Symptome, wie z.B. anhaltender Schmerz in einer Extremität, Überwärmung, livide oder andere Verfärbungen, Kälteempfindlichkeit, Schwellungen, Funktionseinschränkungen, Myoklonien und/oder Atrophie (CRPS) oder Übelkeit, Halbseitenkopfschmerz, Farbflimmerskotome und/oder Aura-Sensationen (Migräne) etc.

Bei (chronisch) vorliegenden Grunderkrankungen, die akut exazerbieren (können), wird die Kodierung nach Art der Behandlung ausgerichtet.

Handelt es sich bei der Behandlung z.B. um die Linderung der akuten Schmerzen (z.B. bei G44.0 Clusterkopfschmerz oder akut exazerbierten chronischen Tumorschmerzen) kommt die Kodierregel zum akuten Schmerz zur Anwendung.

Handelt es sich um die Behandlung der chronischen Grunderkrankung (z.B. Entzugs- und/oder Schmerzbehandlung bei medikamentös bedingten chronischen Kopfschmerzen) kommt die Kodierregel zum chronischen Schmerz zur Anwendung.

### Beispiel 8

*Eintritt zur multimodalen Schmerztherapie einer 76-jährigen Patientin 13 Monate nach operativer Behandlung einer distalen Radiusfraktur links nach Sturz.*

*Sie leidet an einer Funktionseinschränkung, anhaltenden brennenden Ruheschmerzen mit stark ausgeprägter zusätzlicher Berührungs-komponente. Die linke Hand zeigt auch einen Tremor.*

*Die Anamnese ergab eine vorher gescheiterte Schmerzbehandlung und zunehmenden Schmerzmittelkonsum in Eigenregie mit fehlender Compliance gegenüber ärztlichen Vorgaben.*

*Nebenbefundlich besteht eine pAVK Stadium 2b nach Fontaine des rechten Beines und eine chronische Linksherzinsuffizienz NYHA-Stadium 2, bei Status nach Herzinfarkt 2 Jahre zuvor.*

*In der ärztlichen Dokumentation findet sich die Diagnose «chronisches CRPS Typ 1 der linken Hand», die Mindestmerkmale für die Kodierung der multimodalen Schmerzbehandlung (11 Tage) sind gemäss medizinischer Dokumentation erfüllt. Bezüglich bestehender Nebendiagnosen ist ein Aufwand > 0 erbracht.*

*Während der Behandlung demaskiert sich eine zusätzliche psychische Komponente als rezidivierende Depression mittelgradiger Episode.*

HD G90.50 Komplexes regionales Schmerzsyndrom der oberen Extremität, Typ 1

L 2

ND I70.22 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m

L 1

ND I50.12 Linksherzinsuffizienz, mit Beschwerden bei stärkerer Belastung

ND I25.22 Alter Myokardinfarkt, 1 Jahr und länger zurückliegend

ND F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

B 93.A2.44 MMST, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage

**Nichtoperative** Schmerzbehandlungsverfahren im Kontext des **chronischen** Schmerzes werden unter Anwendung anderer in diesem Buch publizierter Kodierregeln nur erfasst, wenn sie als **alleinige** Massnahme im stationären Fall durchgeführt werden.

Bei erfüllten Mindestmerkmalen der CHOP-Kodes 93.A2- *Multimodale Schmerztherapie [MMST]* oder 93.A1 *Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung* können diese erfasst werden.

Die Kodes 93.A2- *Multimodale Schmerztherapie [MMST]* und 93.A1 *Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung* können bei Vorliegen anderer Erkrankungen / Zustände / Manifestationen, die den Hauptaufwand des stationären Aufenthaltes darstellen, gemäss Kodierregeln G54 und G55 erfasst werden.

Es ist zu beachten, dass die Erfassung der CHOP-Kodes für die komplexen Schmerztherapien nicht explizit nur den in dieser Kodierregel (SD1804) genannten Indikationen vorbehalten ist.

**2)** In den (seltenen) Fällen von stationärer Aufnahme aufgrund chronischer Schmerzen **ohne mögliche Lokalisationszuordnung** (z.B. diffuse Schmerzen) und/oder ohne mögliche Zuordnung zu einer Ursache können die Kodes

R52.1 Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz **oder**

R52.2 Sonstiger chronischer Schmerz

kodiert werden, wenn die Definition der Hauptdiagnose (G52) erfüllt ist.

**Beispiel 9**

Ein Patient wird stationär für 3 Tage zur Untersuchung eines chronischen, diffusen und therapieresistenten Schmerzes ins Spital aufgenommen. Der Schmerz besteht seit ca. 8 Monaten und beeinträchtigt zunehmend die Lebensqualität.

Die Ursache des Schmerzes (physisch, psychisch) und eine nähere Zuordnung zu einer bestimmten Lokalisation kann während des Spitalaufenthaltes nicht erfolgen.

Nach Erstellung eines Medikamentenplanes, MRI-Untersuchungen der gesamten Wirbelsäule und einem CT-Thorax-Abdomen erfolgt eine psychiatrische Untersuchung. Alle diagnostischen Massnahmen sind bland.

HD R52.1 Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz

- B 88.97.14 MRI-Übersicht und Teilstücke der Wirbelsäule
- B 87.41.09 Computertomographie des Thorax, sonstige
- B 88.01.10 Computertomographie gesamtes Abdomen
- B 94.19 Psychiatrische Diagnostik, sonstige

**3)** In allen anderen Fällen aufgrund stationärer Aufnahme wegen chronischem Schmerz muss die Erkrankung, die den Schmerz verursacht, analog zu den Kodieranweisungen unter «Akuter Schmerz», als Hauptdiagnose angegeben werden.

Bei nicht erfüllten Bedingungen der Kodierregel G52 gelangt die Kodierregel G54 zur Anwendung.

Betreffend Behandlungen mit operativen und nichtoperativen Schmerzbehandlungsverfahren bei Patientinnen bzw. Patienten mit chronischem Schmerz gelten die gleichen Bedingungen wie unter Abschnitt «Akuter Schmerz».

**Beispiel 10**

Ein Patient wird zur Behandlung chronischer Schmerzen steigender Intensität (vorhanden seit ca. 9 Monaten) bei diffusen Knochenmetastasen in der gesamten Wirbelsäule und den Beckenknochen aufgenommen. Gesamtaufenthaltsdauer 15 Tage.

Primärtumor ist ein lymphogen (Becken, Abdomen) metastasiertes Prostatakarzinom.

Implantation einer epiduralen Schmerzpumpe nach initial subkutaner Verabreichung von morphinhaltigen Analgetika.

Während des Aufenthalts wird am Tag vor Austritt noch eine palliative niedrigkomplexe Chemotherapie im Zyklus verabreicht.

HD C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes

L 0

ND C61 Bösartige Neubildung der Prostata

ND C77.8 Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der Lymphknoten mehrerer Regionen

ND U69.52! Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der intraabdominalen Lymphknoten bei Angabe mehrerer Regionen

ND U69.55! Sekundäre und n.n.bez. bösartige Neubildung der intrapelvinen Lymphknoten bei Angabe mehrerer Regionen

B 03.9B.1- Implantation oder Wechsel einer vollständig implantierbaren Infusionspumpe zur intrathekalen und epiduralen Infusion

B 03.90.11 Einsetzen oder Ersetzen eines Katheters zur intrathekalen und epiduralen Infusion, Permanenter Katheter zur Dauerinfusion

B 99.25.51 Nicht komplexe Chemotherapie

**Beispiel 11**

Ein Patient tritt mit akutem transmuralem Hinterwandinfarkt zur notfallmässigen Bypassoperation ein. In der postoperativen Phase, nach komplikationsloser kardialer Operation, aggraviert ein chronisch bestehender beidseitiger Extremitäten(ruhe)schmerz auf Basis einer diabetischen Polyneuropathie (Typ 2, nicht entgleist) und limitiert den Patienten stark (Schlaflosigkeit, erschwerte postoperative Physiotherapie etc.).

Neben neurologischen Untersuchungen bedside, Anpassung der auf die Grunderkrankung ausgerichteten Medikation erhält er ein Medikamentenschmerzschema, physikalische Schmerzbehandlungsverfahren etc.

Der gesamten medizinischen Dokumentation ist zu entnehmen, dass die Bedingungen/Mindestmerkmale für die Erfassung einer 93.A1 multimodalen schmerztherapeutischen Kurzzeitbehandlung für 3 Tage erfüllt sind.

HD I21.1 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand

ND E11.40† Diabetes mellitus, Typ2, Mit neurologischen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

ND G63.2\* Diabetische Polyneuropathie

B Bypassoperation gemäss geltenden Kodierrichtlinien

B 93.A1 Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung

### **SD1805e 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 SD0605: Aufnahme zur Implantation eines Neurostimulators)

### **SD1806e 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 SD0606: Aufnahme zur Entfernung eines Neurostimulators)

### **SD1807I Schock**

Beim Schock handelt es sich um ein potentiell lebensbedrohliches Zustandsbild, dem unterschiedliche Ursachen zugrunde liegen und das in Diagnostik und Therapie mitunter weit über das Ausmass eines Symptoms einer anderen Erkrankung hinausgeht. Aus diesem Grund sind die unter der Koderubrik *R57.- Schock, anderenorts nicht klassifiziert* beschriebenen Zustände als **eigenständige** Diagnosen zu betrachten.

Für die Wahl als Haupt- oder Nebendiagnose ist die Kodierregel G 52 zu berücksichtigen.

Bei einem septischen Schock, gilt die Regel SD0102 Sepsis.

#### **Beispiel 1**

*Eine Patientin wird aufgrund einer gastrointestinalen Blutung hospitalisiert. Als Ursache findet sich eine Blutung aus einem akut aufgetretenen Ulcus in der Bulbushinterwand des Duodenums. Im weiteren Verlauf kommt es zu einer akuten Blutungsanämie und einem hämorrhagischen Schock, weshalb die Patientin IPS-pflichtig wird und Vasoaktiva erhält. Die behandelnden Ärzte dokumentieren, dass der grösste Aufwand an medizinischen Mitteln durch den hämorrhagischen Schock bedingt war.*

HD R57.1 Hypovolämischer Schock  
ND K26.0 Ulcus duodeni, akut, mit Blutung  
ND D62 Akute Blutungsanämie

## SD1900 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen

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

### SD1901a 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 suprakondylären Humerusfraktur links und Prellung des Ellbogens sowie einer Fraktur des Skapulakorpus links.*

HD	S42.41	Fraktur des distalen Endes des Humerus, suprakondylär
L	2	
ND	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.

### SD1902n Fraktur und Luxation

Zur Kodierung von Wirbelfrakturen/Luxationen siehe SD1905.

#### Fraktur und Luxation mit Weichteilschaden

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

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

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

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 Kode nicht.

#### Beispiel 1

*Patient mit einer offenen Oberschenkelschaftfraktur rechts II. Grades nach Sturz.*

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

### *Luxationsfraktur*

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

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

S52.31 *Fraktur des distalen Radiusschaftes mit Luxation des Ulnakopfes*

### *Fraktur und Luxation an gleicher oder unterschiedlicher Lokalisation*

Bei Vorliegen einer kombinierten Verletzung an gleicher Lokalisation ist die Angabe eines Zusatzkodes für den Schweregrad des Weichteilschadens (Grad I-III) ausreichend.

#### **Beispiel 2**

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

HD	S42.21	<i>Fraktur des proximalen Endes des Humerus, Kopf</i>
L	1	
ND	X59.9!	<i>Sonstiger näher bezeichneter Unfall</i>
ND	S43.01	<i>Luxation des Humerus nach vorne</i>
L	1	
ND	S41.87!	<i>Weichteilschaden I. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Oberarmes</i>
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.

## **SD1903c 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 Gefäßschäden vor, hängt die Reihenfolge der Kodes davon ab, ob der Verlust der betroffenen Gliedmasse droht. Ist dies der Fall, so ist bei einer Verletzung mit Schädigung von Arterie und Nerv:

- zuerst die arterielle Verletzung,
- 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 Arterienschädigung der Verlust von Gliedmassen unwahrscheinlich ist, ist die Reihenfolge der Kodierung je nach der Schwere der jeweiligen Schäden festzulegen.

### *Offene intrakranielle / intrathorakale / intraabdominelle Verletzung*

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

#### **Beispiel 1**

*Patient mit Messerstichverletzung am Thorax mit Hämatothorax.*

HD	S27.1	<i>Traumatischer Hämatothorax</i>
ND	Y09.9!	<i>Tätilicher Angriff</i>
ND	S21.83!	<i>Offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung</i>

### *Offene Fraktur mit intrakranieller / intrathorakaler / intraabdomineller Verletzung*

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

- ein Kode für die intrakranielle/intrakavitative Verletzung anzugeben,
- einer der folgenden Kodes

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

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

oder

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

- die Kodes für die Fraktur

**und**

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

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

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

oder

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

### *Komplikationen einer offenen Wunde*

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

**Beachte:** Bei einer Sepsis als Komplikation einer offenen Wunde ist auch Regel SD0102 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.

## SD1905c 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 Kodes zu erfassen:

- 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 inkomplettter Paraplegie auf der funktionalen Höhe L2 vor.

HD      S24.12      Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes  
 ND      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 Nebendiagnose.

### Beispiel 2

Ein Patient wird nach einem Sturz mit einer schweren Rückenmarksverletzung in Spital A aufgenommen. Eine CT bestätigt eine Luxation des T7/T8 Wirbels mit Verletzung des Rückenmarks auf derselben Höhe. Neurologisch zeigt sich ein inkomplettter 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  
 ND      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 Femurs 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 SD1902 «Fraktur und Luxation».

Bei Mehrfachfrakturen oder -luxationen wird jede Höhe einzeln angegeben.

### Beispiel 4

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

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

## SD1906n Mehrfachverletzungen

### Diagnosen

Die einzelnen Verletzungen werden, wann immer möglich, entsprechend ihrer Lokalisation und ihrer Art so genau wie möglich kodiert. Kombinationskategorien für Mehrfachverletzungen *T00 – T07 Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen* und Kodes aus *S00 – S99*, die mit einer «.7» an vierter Stelle multiple Verletzungen kodieren, sind nicht zu verwenden.

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

### Reihenfolge der Kodes bei multiplen Verletzungen

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
ND	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 Rakhens
ND	S40.0	Prellung der Schulter und des Oberarms
L	1	

In diesem Fall werden *S09.7 Multiple Verletzungen des Kopfes* und *T07.8 Offene Wunden an sonstigen Kombinationen von Körperregionen* **nicht** angegeben, da individuelle Kodes anzugeben sind, wann immer dies möglich ist.

## SD1907j Verbrennungen und Verätzungen

### Reihenfolge der Kodes

Das Gebiet mit der schwersten Verbrennung/Verätzung ist zuerst anzugeben. Eine Verbrennung/Verätzung dritten Grades ist demnach vor einer Verbrennung/Verätzung zweiten Grades anzugeben, auch wenn letztere einen grösseren Teil der Körperoberfläche betrifft. Verbrennungen/Verätzungen desselben Gebietes, aber unterschiedlichen Grades, sind als Verbrennungen/Verätzungen des höchsten vorkommenden Grades anzugeben.

#### Beispiel 1

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

HD	T25.3	Verbrennung 3. Grades der Knöchelregion und des Fusses
L	1	
ND	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

ND 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

Bei Verbrennungen/Verätzungen dritten Grades sind immer die differenzierten Kodes zu verwenden.

*Körperoberfläche (KOF)*

Jeder Verbrennungs-/Verätzungsfall ist **zusätzlich** mit einem Kode aus

T31.-! Verbrennungen, klassifiziert nach dem Ausmass der betroffenen Körperoberfläche

bzw.

T32.-! Verätzungen, klassifiziert nach dem Ausmass der betroffenen Körperoberfläche

zu versehen, um den Prozentsatz der betroffenen Körperoberfläche anzuzeigen.

Die vierte Stelle beschreibt die Summe aller einzelnen Verbrennungen/Verätzungen, angegeben in Prozent der Körperoberfläche. Ein Kode aus T31.-! und T32.-! ist nur einmal nach dem letzten Kode für die betroffenen Gebiete anzugeben.

**Beachte:** Eine Narbenrevision in Folge von Verbrennungen/Verätzungen wird gemäss Kodierregeln SD1201 «Plastische Chirurgie» und D06 «Folgezustände» Beispiel 2 kodiert.

Die Hauptdiagnose Verbrennung/Verätzung (T20 - T32) ist nur dann anzugeben, wenn es um die **akute Behandlungsphase** einer Verbrennung/Verätzung geht.

**SD1908n 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

ND X49.9! Akzidentelle Vergiftung

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

**Beispiel 2**

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

HD K92.0 Hämatemesis  
 ND 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, Antikoagulanzien

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  
 ND 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.

Soll der Schweregrad einer Hypoglykämie oder das Vorliegen einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (U69.70!-U69.74!) zu benutzen.

**SD1909o Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäss Verordnung)**

Unerwünschte Nebenwirkungen indikationsgerechter Arzneimittel bei Einnahme **gemäss Verordnung** werden wie folgt kodiert:

- Ein oder mehrere Kodes für den krankhaften Zustand, in dem sich die Nebenwirkungen manifestieren, ergänzt durch Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen, wenn dies nicht im Diagnosenkode beinhaltet ist.

**Beispiel 1**

Eine Patientin wird mit einer akuten, hämorrhagischen Gastritis aufgrund von ordnungsgemäss eingenommener Acetylsalicylsäure aufgenommen. Eine andere Ursache der Gastritis wird nicht gefunden.

HD K29.0 Akute hämorrhagische Gastritis  
 ND 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]

- Unter Antikoagulation stehende Patientinnen und Patienten mit Blutung bei ordnungsgemäss eingenommenen Antikoagulanzien werden mit den Kodes:

D68.33 Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten),  
 D68.34 Hämorrhagische Diathese durch Heparine,  
 D68.35 Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzien

**+ die Blutung** abgebildet, ergänzt durch Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen, wenn dies nicht im Diagnosekode beinhaltet ist.

Die Reihenfolge der Kodes richtet sich nach Kodierregel G 52.

Wird bei einem Patienten, einer Patientin eine Abhängigkeit von verordneten Medikamenten diagnostiziert, soll zusätzlich Y57.9! Un erwünschte Nebenwirkungen bei therapeutischer Anwendung von Arzneimitteln und Drogen, erfasst werden, wenn die Nebendiagnosen definition (siehe Regel G 54) erfüllt wird.

### **Beispiel 3**

Ein Patient/eine Patientin mit einer dekompensierten Herzinsuffizienz, zeigt während des Aufenthaltes Entzugssymptome nach langjähriger Opiateinnahme wegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Es erfolgt eine Medikamentenanpassung und ein psychiatrisches Konsil.

HD	I50.-	Herzinsuffizienz
ND	F11.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide, Entzugssyndrom
ND	Y57.9!	Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen
ND	F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

### **Beispiel 4**

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
ND	Y57.9!	Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen
ND	D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)
ND	U69.12!	Temporäre Blutgerinnungsstörung

### **Beispiel 5**

Ein Patient unter indikationsgerecht eingestellter Antikoagulation bei ordnungsgemäss eingenommenem Cumarinpräparat wird mit Schlaganfallsymptomatik stationär aufgenommen. Ein Trauma ist nicht bekannt. Im Schädel-CT zeigt sich ein grosses, komprimierendes Subduralhämatom.

Die Antikoagulation wird pausiert, ein Vitamin-K-Präparat verabreicht.

Die zerebrale Symptomatik verschlechtert sich trotz beschriebener Massnahmen.

Es erfolgt die intravenöse Gabe von Gerinnungsfaktoren, Ausräumung des Hämatoms durch Bohrlochrepanation und Anlage einer subduralen Drainage.

HD	I62.00	Nichttraumatische subdurale Blutung, akut
L		
ND	Y57.9!	Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen
ND	D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)
ND	U69.12!	Temporäre Blutgerinnungsstörung

### **Beispiel 6**

Ein Patient mit Status nach künstlichem Aortenklappenersatz und mit Vorhofflimmern, unter indikationsgerecht eingestellter Antikoagulation, wird nach Kontrolluntersuchung beim Hausarzt wegen starker Überschreitung der therapeutischen INR-Zielwerte bei hoher Blutungsgefahr stationär eingewiesen. Aufnahme zur Stabilisierung der Gerinnungssituation, u.a. erfolgt die sofortige Verabreichung von Gerinnungsfaktoren.

HD	D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)
ND	U69.12!	Temporäre Blutgerinnungsstörung
ND	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflimmern, n.n.bez.
ND	Z95.2	Vorhandensein einer künstlichen Herzklappe

### **Beispiel 7**

Eine Patientin mit Vorhofflimmern unter indikationsgerechter und ordnungsgemäss eingestellter Antikoagulation wird zur geplanten endovaskulären Gefässintervention bei pAVK Fontaine-Stadium 2b aufgenommen.

Die Antikoagulation wurde präoperativ umgestellt.

Am Eintrittstag erhält sie ein Vitamin-K-Präparat zur Prophylaxe. Der INR im präoperativen Labor liegt bei 2.4.

HD	I70.22	Atherosklerose vom Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m
ND	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflimmern, n.n.bez.
ND	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese

**Beispiel 8**

Ein Patient steht dauerhaft unter einer prophylaktischen Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern bei arterieller Hypertension und Aortenklappeninsuffizienz.

Er tritt nach Hämatemesis über den Notfall ein.

Es folgt eine Endoskopie mit der Diagnose eines kleinen Ulcus ventriculi mit Blutungsstigmata (bedingt durch Einnahme oben angegebener Medikamente), das geklippt wird.

Der orale Thrombozytenaggregationshemmer wird pausiert und durch ein Heparin-Präparat für die Dauer des stationären Aufenthaltes ersetzt.

HD	K25.4	<i>Ulcus ventriculi, chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung</i>
ND	Y57.9!	<i>Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen</i>
ND	D69.80	<i>Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer</i>
ND	U69.12!	<i>Temporäre Blutgerinnungsstörung</i>

**Beachte:** Unter der Kodierregel SD1909 wird ausschliesslich die Gerinnungsstörung «Hämorrhagische Diathese (mit oder ohne Blutung) durch indikationsgerecht angewendete Medikamente» geregelt.

**Hinweise:**

- Hämorrhagische Diathesen sind allgemein definiert als angeborene (hereditäre) oder erworbene Gerinnungsstörungen mit erhöhter Blutungsneigung. Hämorrhagische Diathese bedeutet eine (pathologisch) erhöhte Blutungsneigung **und/oder** Blutung.
- Die mit einer hämorrhagischen Diathese verbundenen Blutungen können sich als zu lang, zu stark **und/oder** aus inadäquatem Anlass (z.B. Bagatelltrauma) entstanden zeigen.
- Die einmalige Gabe eines Vitamin-K-Antagonisten oder eines Vitamin-K-Präparates erlaubt nicht die Kodierung des Kodes *D68.4 Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren*.
- Die prophylaktische Gabe eines Vitamin-K-Präparates erlaubt nicht die Kodierung der Kodes *D68.33 Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)* oder *D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien*, auch wenn die Intensität der oralen Antikoagulation die gemessenen Grenzwerte (z.B. INR) der jeweiligen erkrankungsbezogenen Thromboembolieprophylaxe übersteigt.
- Die übliche postpartale prophylaktische Gabe eines Vitamin-K-Präparates bei einem termingeborenen Neugeborenen erlaubt nicht die Kodierung des Kodes *P53 Hämorrhagische Krankheit bei Fetus und Neugeborenen*.
- Antikoagulierter Patient **ohne Blutung**:

Bei Aufwand > 0 (z.B. prophylaktische Verabreichung von Vitamin K und/oder Heparin)

Die Anpassung oder das Absetzen von Antikoagulanzien wird mit ND Z92.1 Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzien in der Eigenanamnese erfasst.

- Antikoagulierter Patient (**mit oder ohne Blutung**) mit der Notwendigkeit der Verabreichung von Gerinnungsfaktoren und/oder anderen Blutersatzprodukten (z.B. Thrombozytenkonzentrate, Fresh Frozen Plasma etc.) und/oder notwendiger stationärer Stabilisierung der Gerinnungssituation:  
*D68.- Sonstige Koagulopathien, D69.- Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen (HD oder ND gemäss Kodierregel G52)*

**Hinweis:** Alle aufgeführten Beispiele dienen der Orientierung und sind nicht als vollständig zu betrachten.

**SD1910b 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 SD1908.

## SD2000 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 Kodes der äusseren Ursachen (V – Y) zwingend den Kodes der Verletzungen, Vergiftungen, Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen und anderen schädlichen Wirkungen.

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

Falls der Kode für Verletzungen, Vergiftungen, Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen und anderen schädlichen Wirkungen in der **Hauptdiagnose** steht, ist der Kode der äusseren Ursache (V – Y) im unmittelbar folgenden Diagnosefeld anzugeben. Wenn die Verletzungen, Vergiftungen, Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen und anderen schädlichen Wirkungen in den **Nebendiagnosen** aufgeführt sind, folgt der Kode der äusseren Ursache (V – Y) diesem Kode direkt. Wenn der Kode 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
L		
ND	V99!	Transportmittelunfall

### Beispiel 2

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

HD	S06.31	Umschriebene Hirnkontusion
ND	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
L		

### Beispiel 3

*Tiefe postoperative Beinvenenthrombose nach Behandlung einer Tibiafraktur.*

HD	I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten
L		
ND	Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet

**Ausnahme:** Wenn im Diagnosekode die äussere Ursache präzise inbegriffen ist:

### Beispiel 4

*Arzneimittelinduzierte Anämie.*

HD	D59.2	Arzneimittelinduzierte nicht-autoimmunhämolytische Anämie
----	-------	---

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

## SD2100 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

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

- Die Kodierrichtlinien, die die Abbildung eines Z-Kodes beinhalten.
- Das «Definitionshandbuch SwissDRG, Band 5, Anhang D, Plausibilitäten, D5: Z-Kodes als unzulässige Hauptdiagnose» das «Definitionshandbuch TARPSY, unzulässige Hauptdiagnosen» oder das «Definitionshandbuch ST Reha, 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.

## SD2200o Schlüsselnummern für besondere Zwecke

Unter der Kategorie *U51.- Kognitive Funktionseinschränkung* sind unter den Kodes U51.0- bis U51.2- folgende Bewertungs-, Assessment- und Testverfahren aufgeführt:

- Barthel-Index
- Kognitiver FIM (Functional Independence Measure™)
- MMSE (Mini Mental Status Examination).

Für die Erfassung der Ausprägung einer kognitiven Funktionseinschränkung kommt zunehmend das Montreal Cognitive Assessment (MoCA®) als Screening-Instrument zum Einsatz.

Die Kodes aus der Kategorie *U51.- Kognitive Funktionseinschränkung* können auch für ein vorliegendes MoCA® genutzt werden.

Für die einheitliche Überleitung MoCA® zu MMSE ist die Umrechnungstabelle<sup>1</sup> des Spitals «FELIX PLATTER Spital, Universitäre Altersmedizin Basel, Memory Clinic» oder untenstehende Tabelle zu verwenden.

MoCA® Wert	MMSE-Range	Grad der Funktionseinschränkung	ICD-Kode
18-30	24-30 Punkte	keine oder leichte	U51.02
12-17	17-23 Punkte	mittlere	U51.12
0-11	0-16 Punkte	schwere	U51.22

Unter den Kategorien U50.- Motorische Funktionseinschränkung und U51.- Kognitive Funktionseinschränkung sind folgende Bewertungs-, Assessment- und Testverfahren aufgeführt:

- Barthel-Index
- Kognitiver FIM (Functional Independence Measure™)
- MMSE (Mini Mental Status Examination).

Für die Erfassung der Ausprägung einer motorischen,- sowie einer kognitiven Funktionseinschränkung kommt zunehmend das epaSYSTEM<sup>2</sup> mit unter anderem seinem Basisassessment epaAC (AcuteCare) zum Einsatz.

Die Summenscores epaSPI und epaKOGNI haben sich als äquivalent zu den Summenscores des Barthel-Index resp. des erweiterten Barthel-Index erwiesen.

Der Summenscore epaSPI des epaAC kann den Stufen der U50.- des Barthel- Index äquivalent zugeordnet werden. Der Summenscore epaKOGNI kann den Stufen der U51.- des erweiterten Barthel äquivalent zugeordnet werden.

Wenn der Barthel-Index **ausserhalb der geriatrischen Akutrehabilitation, der fachübergreifenden Frührehabilitation, der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation, der palliativmedizinischen Komplexbehandlung, der Rehabilitation oder der Psychiatrie**, abgebildet wird, muss die Erfassung des Barthel-Index **frühestens am 3. bis spätestens am 5.** Tag wiederholt werden. Es ist der höchste Punktwert zu verschlüsseln<sup>3</sup>.

**Bei Aufenthalten unter 3 Tagen** werden die Kodes U50.-/U51.- ausserhalb der geriatrischen Akutrehabilitation, der fachübergreifenden Frührehabilitation, der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation, der palliativmedizinischen Komplexbehandlung, der Rehabilitation oder der Psychiatrie, **nicht kodiert**.

Die nachstehende Tabelle zeigt die Äquivalenz von Barthel-Index resp. erweiterten Barthel-Index zu epaSPI und epaKOGNI.

<sup>1</sup> <https://www.mocatest.ch/de/standardwerte/normwerttabellen-herunterladen>

<sup>2</sup> <https://www.epa-cc.de>

<sup>3</sup> <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/hamburger-manual.pdf>

Äquivalenz von U50.n /U51.n (ICD-10-GM-2024) zu epaSPI/ epaKOGNI

	<b>BI</b>	<b>epaSPI</b>	<b>eBI</b>	<b>epaKOGNI</b>
	<b>Von bis</b>	<b>Von bis</b>	<b>Von bis</b>	<b>Von bis</b>
U50.00	100	39-40		
U50.10	80-95	33-38		
U50.20	60-75	31-32		
U50.30	40-55	29-30		
U50.40	20-35	21-28		
U50.50	0-15	10-20		
U51.00			70-90	21-24
U51.10			20-65	10-20
U51.20			0-15	6-9



# Spezielle Kodierrichtlinien für Prozeduren und Behandlungen SP0100 – SP0400

In Anlehnung an das Kapitel «Spezielle Kodierrichtlinien für Diagnosen (SD) SD0100-SD2200» wird das folgende Kapitel speziell für Prozeduren und Behandlungen eröffnet.

Die Aufgliederung richtet sich vorerst nicht nach der CHOP-Struktur. In den zukünftigen Versionen des Kodierungshandbuchs wird sich dieses neue Kapitel weiterentwickeln.

Die zwei ersten Unterkapitel werden den Komplexbehandlungen und der Früh- sowie Akutrehabilitation und paraplegiologischen Rehabilitation gewidmet und es werden dort erste kurze Kodierrichtlinien und Fallbeispiele aufgenommen.

## SP0200 Frührehabilitation, paraplegiologische Rehabilitation, Akutrehabilitation

### SP0201n Frührehabilitation

Die Frührehabilitation bezeichnet die besonders intensive Phase der Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Schädigungen nach der Akutversorgung oder bei Patientinnen und Patienten mit akuter Exazerbation bei vorbestehenden chronischen Krankheiten.

93.86.- Fachübergreifende Frührehabilitation, nach Anzahl der Behandlungstage

93.8C.1- Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage

#### Beispiel 1

*Notfallaufnahme einer 49-jährigen Patientin mit akuter Subarachnoidalblutung ausgehend von einem rupturierten Aneurysma der A. communicans posterior (nicht als angeboren klassifiziert) und Verlegung auf die neurologisch-neurochirurgische Intensivstation.*

*Nach endovaskulärer Aneurysmaausschaltung mittels Coiling und Stabilisierung auf der Intensivstation im Verlauf des stationären Aufenthaltes Übernahme auf die neurochirurgisch-neurologische Intermediate Care Unit.*

*Die Erhebung des Fröhreha-Barthel-Index nach Schönle (FRB) (innerhalb der ersten 5 stationären Behandlungstage) ergibt eine Punktzahl von - 145.*

*Bei der zuvor nur unter Bluthochdruck leidenden Patientin zeigen sich bei schweren zerebralen Vasospasmen neurologische Defizite, u.a. eine schlaffe Halbseitenlähmung,*

*Während des Aufenthaltes auf der Intensivstation bestanden ein komatöser Zustand und Atemstörungen (u.a. hypoxisch respiratorische Insuffizienz), die eine initiale Beatmung und das Anlegen eines Tracheostomas erforderten.*

*Bei Übernahme auf die IMCU ist die Patientin wach, ansprechbar, atmet spontan, ist aber desorientiert. Das Tracheostoma wurde vorerst belassen und es wird intermittierend mit CPAP die Spontanatmung unterstützt. Stabilität von Herz-Kreislauf-System und Atmungssystem sind in horizontaler Position vorhanden.*

*Die Patientin ist vollständig von pflegerischer Hilfe abhängig, hat eine Ernährungssonde und leidet unter Harn- und Stuhlinkontinenz. Nach Wiedererlangen des Bewusstseins zeigt sich eine Orientierungsstörung hinsichtlich Zeit und Ort.*

*Immer wieder versucht die Patientin, sich mit der nicht betroffenen Seite Infusionsleitungen und überwachungsnotwendige Ableitungen zu entfernen.*

*Für die Vorbeugung weiterer Schädigungen und Verringern des Ausmasses der neurologischen Defizite des zentralen Nervensystems ist eine frührehabilitative Behandlung geplant, die auf der IMCU begonnen wird.*

*Es erfolgt eine Abklärung und entsprechende Assessments. Die Erhebung des Fröhreha-Barthel-Index nach Schönle (FRB) ergibt weiterhin, zusätzlich zu den Indices, die in den ersten 5 stationären Behandlungstagen erhoben wurden, eine Punktzahl von - 145.*

*Alle anderen Mindestmerkmale des CHOP-Kodes 93.8C.1 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation nach Anzahl Behandlungstage sind ebenfalls erfüllt.*

*Während der Zeit bis zum Übertritt in eine spezialisierte Rehabilitationseinrichtung werden wöchentlich weitere Fröhreha-Barthel-Indices erhoben, die nie über den Wert von 30 hinausgehen.*

*Nach mehrwöchigem Aufenthalt Verlegung in eine entsprechende neurologische Rehabilitationseinrichtung.*

HD	I60.3	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans posterior ausgehend
L		
ND	I67.80!	Vasospasmen bei Subarachnoidalblutung
ND	I67.10	Zerebrales Aneurysma (erworben)
ND	U52.2	Frührehabilitations-Barthel-Index: -200 bis -76 Punkte
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
L		
ND	R06.88	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen der Atmung
ND	R41.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen
ND	R40.2	Koma, nicht näher bezeichnet
ND	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert, Typ I [hypoxisch]
ND	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz
ND	R15	Stuhlinkontinenz
ND	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet, ohne Angabe einer hypertensiven Krise
ND	Z43.0	Versorgung eines Tracheostomas
B		alle Behandlungen bezüglich Aneurysma gemäß aktuellen Kodievorgaben
B	99.B71-	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) des Erwachsenen, nach Aufwandspunkten
B	99.B8.1-	Komplexbehandlung des Erwachsenen in einer Intermediate-Care Unit [IMCU], nach Aufwandspunkten
B	93.8C.1-	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage

**Beispiel 2**

Eintritt eines 60-jährigen Patienten in ein Akutsportal zur Operation eines grossen intrakraniellen benignen Meningeoms.

Nach dem Eingriff zeigen sich wahrscheinlich ischämiebedingte neurologische Defizite, und zwar eine inkomplette schlaffe Hemiparese und eine beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung.

Im Kontext der Dysphagie Entwicklung einer Pneumonie aufgrund Nahrungsmittelaspiration am 4. Hospitalisationstag, die jedoch mit entsprechenden Massnahmen gut beherrscht werden kann. Die Folgen der Operation führen zu einem (verlängerten) Aufenthalt auf der Intensivstation.

Nach Abklärung/Assessment ergibt sich am 14. Hospitalisationstag ein Frühreha-Barthel-Index (FRB) von initial 0 Punkten.

Bei Erfüllung der Mindestmerkmale für 93.8C.1 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage Beginn der frührehabilitativen Behandlung auf peripherer Station.

Im Verlauf der ersten frührehabilitativen Behandlungswoche (Tag 5) wird ein Frühreha-Barthel-Index (FRB) von mehr als 30 Punkten gemessen, der bei Kontrolle 7 Kalendertage später (Tag 12) nicht verifiziert werden kann.

Im Verlauf der 3. frührehabilitativen Behandlungswoche wird eine Punktzahl von mehr als 30 Punkten erreicht (Tag 19), die 7 Kalendertage später (Tag 26) mit einem weiteren Anstieg der Punkte bestätigt wird.

Somit sind die Bedingungen für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation ab Tag 26 nicht mehr erfüllt.

Der Patient wird (bei Bedarf) zur weiteren neurologischen Rehabilitation in eine entsprechende Einrichtung verlegt.

HD	D32.0	Gutartige Neubildung der Meningen, Hirnhäute
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
L		
ND	U52.1	Frührehabilitations-Barthel-Index: -75 bis 30 Punkte
ND	R13.0	Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht während der Nahrungsaufnahme
ND	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes
L		
ND	U69.01!	Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt
B		alle Behandlungen bezüglich Meningoem gemäß aktuell geltenden Kodievorgaben
B	99.B71-	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) des Erwachsenen, nach Aufwandspunkten
B	93.8C.14	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, mindestens 21 bis 27 Behandlungstage

**Beachte:**

Handelt es sich um Einrichtungen, die sowohl auf frührehabilitative Behandlungen als auch auf Rehabilitationen spezialisiert sind, muss zu dem Zeitpunkt, wenn die Bedingungen der CHOP-Kodes für Frührehabilitation nicht mehr erfüllt sind, der auf die Frührehabilitation bezogene Fall abgeschlossen und ein neuer Fall eröffnet werden.

Der neue Fall wird dann gemäß Kodierrichtlinien «Rehabilitation» erfasst.

## SP0202o Paraplegiologische Rehabilitation

### Funktionseinschränkung

Im Falle der paraplegiologischen Rehabilitation ist die Erfassung der Kodes U50.- und U51.-, für das Ausmass der Funktionseinschränkung bei Eintritt, fakultativ.

Diese Kodierung erfolgt zusätzlich zur Erhebung des Assessments, das mittels CHOP-Kapitel AA.- kodiert wird. (Siehe unter Abschnitt «Prozeduren»)

Der CHOP-Kode für die Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung (93.87-) gilt sowohl für akutsomatische Fälle als auch für die Rehabilitation.

Aus diesem Grund werden für die Paraplegiologische Rehabilitation keine Kodes aus dem CHOP-Kapitel 18 (BA-BB) erfasst. Der Pflegeaufwand wird über einen CHOP-Kode aus der Kategorie 99.C- Pflege-Komplexbehandlung abgebildet.

Der CHOP-Kode 93.87- *Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung* wird nicht zusammen mit den CHOP-Kodes der Kategorien BB.3- für die Zusatzkodes in der Rehabilitation abgebildet.

Erfasst werden:

- 93.87- *Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung*
- AA.33- *Spinal Cord Independence Measure [SCIM]*
- weitere Leistungen, die kodiert werden müssen:
  - 99.C- *Pflege-Komplexbehandlung*
  - 93.9F- *Mechanische Beatmung und Atmungsunterstützung*
  - und weitere

Der SCIM ist gemäss den Vorgaben in der CHOP zu erfassen. Das bedeutet u.a., dass die Kodes bei Eintritt innerhalb von 3 Tagen, sowie bei Austritt (d.h. frühestens 3 Tage vor Austritt) zu kodieren sind.

Jedes Kriterium ist unterteilt in 3 bis 9 Schweregrade, wobei 0 «höchste Abhängigkeit» bedeutet. Die Stufen sind genau nach den Definitionen des SCIM III abzubilden.

Die in der Akutphase einer Rückenmarkverletzung stattfindende paraplegiologische Rehabilitation wird gemäss Kodierregel SD1905 Absätze «Die akute Phase - unmittelbar posttraumatisch» und «Die akute Phase - Verlegung des Patienten» abgebildet

Die in der Akutphase einer Rückenmarkverletzung stattfindende paraplegiologische Rehabilitation wird gemäss Kodierregel SD1905 Absätze «Die akute Phase - unmittelbar posttraumatisch» und «Die akute Phase - Verlegung des Patienten» abgebildet.

Die in der chronischen Phase einer Rückenmarksverletzung stattfindende(n) paraplegiologische(n) Rehabilitation(en) werden u.a. mit Kodierregel SD1905 «Rückenmarksverletzung - chronische Phase» abgebildet

### Paraplegiologische Rehabilitation - Akute Phase

#### Beispiel 1

*Ein 30-jähriger, ansonsten gesunder Patient ist mit dem Snowboard gestürzt. Direkt nach dem Sturz Verlust der Sensibilität und Motorik unterhalb des Halses.*

*Der Patient berichtete über keinen Bewusstseinsverlust und sein Erinnerungsvermögen ist nicht beeinträchtigt. Es wird eine instabile Wirbel-Fraktur auf Höhe des Wirbels C6 mit nachträglicher Verschiebung und Kompression des Rückenmarks diagnostiziert. Im Akutspital erfolgte eine dorsale Stabilisierung C5 bis C7 mit gleichzeitiger Diskektomie C5-6 und C6-7. Der Patient wird am 5. postoperativen Tag zur spezialisierten Erstrehabilitation in ein Paraplegiezentrum verlegt.*

*Bei Eintritt in das Paraplegiezentrum wurde eine schlaffe Querschnittslähmung C5 AIS B mit spinalem Schock, sowie neurogener Störung der Harnblasen-, Darm- und Sexualfunktionen diagnostiziert. Neurogene Harnblasenlähmung bei Schädigung des oberen Motoneurons (Typ UMNL). Die Atmung erfolgt spontan. Der Patient leidet bei vegetativer Dysregulation unter labilem Blutdruck (Blutdruckinstabilität). Er ist bei allen alltäglichen Tätigkeiten auf Hilfe angewiesen. Während des Rehabilitationsaufenthaltes entwickelte er sublässionale, neurogene Schmerzen sowie eine behindernde Spastik. Zusätzlich wurde die Behandlung durch eine akute psychotische Episode nach aktuellem Cannabiskonsum erschwert. Unter anderem wurden psychiatrische Interventionen dahingehend notwendig.*

*Er erhielt eine intensive Behandlung mit dem Ziel einer schnellen Rückkehr in das, durch zusätzliche Hilfe/Unterstützung ergänzte, häusliche Umfeld. Zusätzlich erfolgte während des Rehabilitationsaufenthalts ein diagnostischer und therapeutischer Hausbesuch von 5 Stunden, zur Klärung der häuslichen Situation und zur Beurteilung weiterer Rehabilitationsziele/weiterer notwendiger Massnahmen.*

In der rehabilitativen Grundpflege benötigte der Patient im Durchschnitt maximal 180 Minuten Pflege pro Tag. Zusätzlich erlernte er im Rahmen von therapeutischen Massnahmen (30 Minuten täglich) wieder neu die Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. selbständiges Umdrehen, Lagern, An- und Auskleiden, Körperpflege, eigenständige Positionierung, Prävention von Komplikationen etc.). Während seines 294-tägigen Aufenthalts erhielt der Patient insgesamt 30 Sitzungen Physio- und Ergotherapie pro Woche und wöchentliche psychologische Betreuung. Die funktionellen Einschränkungen werden als schwer eingestuft, kognitiv liegen keine Störungen vor. Das Gehen ist nicht möglich, der SCIM-Score steigt von 10 von 100 Punkten auf 27 von 100 Punkten.

Folgende Diagnosen liegen gemäss ärztlicher Austrittsdokumentation vor:

- Inkomplette spastische Tetraplegie der Sensibilität und Motorik auf neurologischer Ebene C6 AIS C in Folge einer C6-Wirbelfraktur (initial C5 AIS B), stabilisiert.
- Neurogen bedingte Störung der Harnfunktionen und notwendige Anlage/Einsatz eines suprapubischen Katheters.
- Neurogen bedingte Störungen der Darmfunktionen mit rezidivierendem Subileus und Stuhlentleerung über Einläufe und abführende Medikamente.
- Neurogen bedingte Störungen der Sexualfunktionen mit erektiler Dysfunktion, Anorgasmie und Anejakulation.
- Mittlere Dysautonomie mit anhaltend labilem Blutdruck und Neigung zu Hypotonie, die medikamentös eingestellt wurde.
- Sublisionale neurogene Schmerzen, hauptsächlich auf der Höhe der rechten unteren Extremität bei behindernder Spastik.

Die medizinische Dokumentation erlaubt zusätzlich die Kodierung einer komplexen Akutschmerzbehandlung für mehr als 21 Behandlungstage.

An 210 Aufenthaltstagen sind die Bedingungen für die Erfassung der Pflegekomplexbehandlung gemäss Dokumentation ebenfalls erfüllt.

HD	S14.13T	Sonstige inkomplette Querschnittsverletzungen des zervikalen Rückenmarkes
ND	N51.8*	Sonstige Krankheiten der männlichen Genitalorgane bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
ND	S14.75!	Funktionale Höhe einer Verletzung des zervikalen Rückenmarkes, C5
ND	G95.80	Harnblasenlähmung bei Schädigung des oberen motorischen Neurons [UMNL]
ND	G95.82	Harnblasenfunktionsstörung durch spinalen Schock
ND	G90.88	Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems
ND	I98.8*	Sonstige näher bezeichnete Störungen des Kreislaufsystems bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
ND	I95.8	Sonstige Hypotonie
ND	F12.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, Psychotische Störung
ND	K59.2	Neurogene Darmstörung, anderenorts nicht klassifiziert
ND	R25.2	Krämpfe und Spasmen der Muskulatur
B	93.87.D4	Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 280 bis zu 307 Behandlungstage, mit durchschnittlich 30 Therapieeinheiten pro Woche
B	AA.33.-	Spinal Cord Independence Measure [SCIM] - bei Eintritt entsprechend der Score-Erhebung
B	AA.33.-	Spinal Cord Independence Measure [SCIM] - bei Austritt entsprechend der Score-Erhebung
B	99.C2.1Y	Pflege-Komplexbehandlung bei Erwachsenen, 601 bis 700 Aufwandspunkte
B	93.89.D2	Diagnostischer und therapeutischer Hausbesuch als Teil einer akutrehabilitativen oder rehabilitativen Abklärung, Dauer von mehr als 4 Stunden bis 6 Stunden
B	93.A3.34	Komplexe Akutschmerzbehandlung, von 21 und mehr Behandlungstage
B		Psychiatrische und andere Interventionen gemäss med. Dokumentation
B	57.17	Perkutane suprapubische Zystostomie

Der SCIM ist gemäss den Vorgaben in der CHOP zu erfassen. Das bedeutet u.a., dass die Kodes bei Eintritt innerhalb von 3 Tagen, sowie bei Austritt (d.h. frühestens 3 Tage vor Austritt) zu kodieren sind.

Jedes Kriterium ist unterteilt in 3 bis 9 Schweregrade, wobei 0 «höchste Abhängigkeit» bedeutet.

Die Stufen sind genau nach den Definitionen des SCIM III abzubilden.

Die in der Akutphase einer Rückenmarkverletzung stattfindende paraplegiologische Rehabilitation wird gemäss Kodierregel SD1905 Absätze «Die akute Phase - unmittelbar posttraumatisch» und «Die akute Phase - Verlegung des Patienten» abgebildet.

## Paraplegiologische Rehabilitation - Chronische Phase

### **Beispiel 2**

*Eintritt einer 64-jährigen Patientin in Rehabilitationseinrichtung mit Spezialisierung auf paraplegiologische Rehabilitation mit bekannter spastischer Paraplegie auf Läsionshöhe Th7, AIS A, infolge einer Rückenmarksischämie im Rahmen einer Aortendissektion 17 Jahre zuvor mit erfolgter operativer Versorgung.*

*Es persistieren seit Jahren neurogene Störungen der Blasen-, Darm- und Sexualfunktionen sowie neurogene Schmerzen auf Läsionshöhe. Nach einer Hospitalisierung infolge einer Fraktur der rechten distalen Tibia ohne offensichtliches Trauma, die mit einer Kniestchiene behandelt wurde, tritt nach längerer Bettruhe zu Hause ein Dekubitus des Steissbeins Grad II-III auf. Die Patientin hat eine bekannte chronische MRSA-Besiedelung des Urogenitaltraktes, der Leistengegend und der dort und submammär bestehenden Intertrigines.*

*Spitaleintritt auf Anordnung des behandelnden Arztes aufgrund der ungünstigen Entwicklung zu Hause.*

*Die Patientin wird über den gesamten Aufenthalt isoliert (die Mindestmerkmale der Komplexbehandlung bei Vorliegen multiresistenter Erreger ist gemäss Dokumentation erfüllt), es erfolgen ein Débridement (ca. 18 cm<sup>2</sup>) des Dekubitus in Allgemeinanästhesie und die Einlage eines Dauerkatheters.*

*Ansonsten weitere konservative Behandlung.*

*In der Anfangsphase der aktuellen Hospitalisierung unterliegt die Patientin strikter Bettruhe mit Wendemanövern alle zwei Stunden tagsüber und alle vier Stunden in der Nacht.*

*Eine tägliche Gesamtpflegezeit von 160 Minuten wird dokumentiert.*

*Sie erhält zusätzlich vorbeugende Atemphysiotherapie, tägliche passive Mobilisation bei bestehenden Kontrakturen des rechten Fusses und zusätzlich zur allgemeinen Kontrakturen-Prophylaxe physikalische Therapien mit insgesamt zehn Sitzungen pro Woche während 40 Tagen. Aufgrund der agravierten Schlafstörungen und der verschlechterten Gesamtsituation erhält die Patientin über den gesamten Aufenthalt psychologische Unterstützung und Schulungen in Entspannungstechniken.*

*Während der Nacht Verabreichung von CPAP bei vorliegendem obstruktivem Schlafapnoesyndrom.*

*Der SCIM-Score beträgt 15 von 100 Punkten.*

*Bei Vorliegen einer Fraktur Durchführung einer Osteodensitometrie mit der Diagnose einer Inaktivitätsosteoporose.*

*Befüllung der vorhandenen intrathekalen Muskelrelaxans-Medikamentenpumpe und mehrfache Anpassung der Dosierung vor Entlassung.*

*Nach Konsolidierung der Fraktur und guter Heilung des Dekubitus autonome sukzessive Wiederaufnahme der ADL während 2 Wochen.*

*In dieser Zeitspanne 15 Therapiesitzungen pro Woche und eine tägliche Gesamtpflegezeit von 60 Minuten. Es erfolgen die Anpassung der Hilfsmittel und Wechsel des Dekubituskissens aufgrund von Verschleiss.*

*Zunehmende Re-Mobilisierung und Rückkehr zur vorherigen Autonomie.*

*In der letzten Hospitalisierungswöche liegt der SCIM-Score bei 72 von 100 Punkten, es erfolgen 20 therapeutische Sitzungen und es wird eine tägliche Pflegezeit von 30 Minuten dokumentiert.*

*Es erfolgt die begleitete Entlassung mit Rückkehr nach Hause ohne zusätzliche Hilfe nach 40 Tagen Aufenthalt.*

*Folgende Diagnosen liegen gemäss ärztlicher Austrittsdokumentation vor:*

- Komplette spastische Paraplegie mit sensiblem und motorischem Niveau Th7 AIS A, nach Aortendissektion 17 Jahre zuvor, operiert (Gore-Tex-Prothese), mit:
- Neurogene Harnblasenlähmung bei Schädigung des oberen Motoneurons (Typ UMNL), Behandlung mit Botoxinjektionen alle neun Monate, intermittierende Selbstkatherisierung mit wiederkehrenden Infektionen (aktuell keine Infektion ersichtlich)
- Neurogen bedingte Störung der Darmfunktion mit verlangsamtem Transit, unter Abführmitteln, Entleerung über manuelle Ausräumung und Einläufe
- Neurogen bedingte Störungen der Sexualfunktionen mit Anorgasmie und Dyspareunie
- Neurogene Schmerzen auf Läsionshöhe mit Brennen im Brustbereich
- Invalidisierende Spastik mit intrathekaler Medikamenten-Pumpe bei 180mcg/24h (Muskelrelaxanzien)
- Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, CPAP
- Chronische MRSA-Besiedelung seit 2018 (Urogenitaltrakt, Intertrigines Leistengegend und submammär)

*Aktuell:*

- pathologische Fraktur der rechtsseitigen distalen Tibia durch Osteoporose
- Dekubitus Steissbein Grad II-III

*Zusätzliche Diagnosen:*

- Arterielle Hypertonie (weiter behandelt)
- Schlafstörungen
- mittelgradige Episode einer rezidivierenden Depression

An 16 Aufenthaltstagen sind die Bedingungen für die Erfassung der Pflegekomplexbehandlung gemäss Dokumentation ebenfalls erfüllt.

HD	G82.12	<i>Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische komplettete Querschnittslähmung</i>
ND	G82.64!	<i>Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: T7-T10</i>
ND	Z86.7	<i>Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese</i>
ND	Z95.88	<i>Vorhandensein von sonstigen kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten</i>
ND	G95.80	<i>Harnblasenlähmung bei Schädigung des oberen motorischen Neurons [UMNL]</i>
ND	K59.2	<i>Neurogene Darmstörung</i>
ND	G47.31	<i>Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom</i>
ND	R07.3	<i>Sonstige Brustschmerzen</i>
ND	L30.4	<i>Intertriginöses Ekzem</i>
ND	B95.6!	<i>Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind</i>
ND	U80.00!	<i>Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA]</i>
ND	Z22.3	<i>Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten</i>
ND	M80.26	<i>Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]</i>
L	1	
ND	L89.24	<i>Dekubitus, Stadium 3: Kreuzbein</i>
ND	Z45.82	<i>Überprüfung der Funktionsparameter einer Medikamentenpumpe</i>
ND	M62.47	<i>Muskelkontraktur: Knöchel und Fuss</i>
L	1	
ND	I10.90	<i>Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet, ohne Angabe einer hypertensiven Krise</i>
ND	F33.1	<i>Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode</i>
ND	G47.9	<i>Schlafstörung, nicht näher bezeichnet</i>
B	93.87.3-	<i>Paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 28 bis zu 55 Behandlungstage</i>
B	AA.33.-	<i>Spinal Cord Independence Measure [SCIM] - bei Eintritt entsprechend der Score-Erhebung</i>
B	AA.33.-	<i>Spinal Cord Independence Measure [SCIM] - bei Austritt entsprechend der Score-Erhebung</i>
B	99.C2.1J	<i>Pflege-Komplexbehandlung bei Erwachsenen, 91 bis 100 Aufwandpunkte</i>
B	57.94	<i>Einsetzen eines transurethralen Dauerkatheters</i>
B	93.59.53	<i>Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, 21 und mehr Behandlungstage</i>
B	86.2A.2E	<i>Chirurgisches Débridement, mittlerer Ausdehnung, an anderer Lokalisation</i>
B	00.98.11	<i>Wiederbefüllung und Programmierung einer vollständig implantierten, programmierbaren Infusionspumpe mit konstanter Flussrate zur intrathekalen und intraventrikulären Applikation von Medikamenten</i>
B	88.98.10	<i>Knochendensitometrie mit Doppelenergie-Röntgen-Absorptiometrie [DXA]</i>

**SP0203o Akutrehabilitation**

Spezielle rehabilitative Leistungen, die bei akutstationären Patienten erbracht werden.

93.89.9.- *Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage*

93.89.2.- *Physikalisch-medizinische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage*

93.9A.1.- *Pneumologische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage*

**Beispiel 1**

*Eintritt eines 59-jährigen Patienten (ohne Vorerkrankungen) in das Akutspital mit COVID-19-Pneumonie aufgrund SARS-CoV-2.*

*Bei schneller respiratorischer Erschöpfung (schweres ARDS) wird er umgehend auf die Intensivstation verlegt und 17 Tage beatmet.*

*Nach Beendigung der Intensivbehandlung, die durch eine Lungenembolie mit akutem Cor pulmonale erschwert wurde, besteht ein Gewichtsverlust von ca. 15 kg, starke Dekonditionierung und Rechtsherzinsuffizienz (NYHA 2) aufgrund der erhöhten Druckbelastung des rechten Ventrikels wegen einer beidseitigen Lungenembolie.*

*Da eine Entlassung nach Hause aufgrund persistierender Lungenfunktionseinschränkung und dem herabgesetzten Allgemeinzustand nicht möglich ist, wird nach entsprechenden standardisierten Assessments und Score-Erhebungen eine pneumologische Akutrehabilitation begonnen.*

*Die Mindestmerkmale des CHOP-Kodes 93.9A.1 sind für 12 Tage gemäss medizinischer Dokumentation erfüllt.*

*Die Mindestmerkmale für die Erfassung der Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, nach Anzahl Behandlungstage sind ebenfalls für 26 Tage erfüllt.*

*Eine Anschlussbehandlung wird initiiert und es erfolgt die direkte Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung zur pulmonalen weiteren Rehabilitation.*

HD	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren
L		
ND	U69.04!	Anderenorts klassifizierte Pneumonie, die entweder bei Krankenhausaufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme auftritt
ND	J80.03	Schweres akutes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]
ND	U07.1!	COVID-19, Virus nachgewiesen
ND	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale
L	0	
ND	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz
ND	I50.03!	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
ND	R63.4	Abnorme Gewichtsabnahme
ND	R53	Unwohlsein und Ermüdung
B	99.B71-	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) des Erwachsenen, nach Aufwandpunkten
B	93.9A.12	Pneumologische Akutrehabilitation, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage
B	93.59.53	Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, 21 und mehr Behandlungstage

**Beachte:**

Alle rehabilitativen Behandlungsfälle, die **nicht** frührehabilitativen, paraplegiologischen oder akutrehabilitativen Charakter aufweisen und/oder die Bedingungen/Mindestmerkmale gemäss anzuwendender CHOP für Frührehabilitation, paraplegiologische Rehabilitation und Akutrehabilitation **nicht** erfüllen, werden nach Vorgaben der «Kodierrichtlinien Rehabilitation» kodiert.

## SP0300 Kodierrichtlinien zu CHOP Kapitel 9 «Operationen am Verdauungstrakt»

### SP0301k Hiatushernie – Fundoplicatio:

#### Zusätzliche Erfassung CHOP-Kode 44.92 Intraoperative Manipulation am Magen

Bei einer Hiatushernie kommt es zu einer Verlagerung von Magen(-anteilen) durch den Hiatus oesophageus des Zwerchfells aus der Bauch- in die Brusthöhle. Diese können in die paraösophagealen und in die axialen Hiatushernien eingeteilt werden.

Bei Ersteren verlagern sich neben dem Ösophagus hindurch Magenanteile ins Mediastinum. Vom Ausmass her kann dies von einer leichtgradigen paraösophagealen Hernierung bis zu einer vollständigen Verdrehung des Magens (Volvulus) mit Einklemmung und einem Upside-Down-Magen reichen.

70-90% der Hiatushernien sind hingegen den axialen Hiatushernien (oder auch Gleithernien genannt) zuzurechnen. Dabei gleitet die Magenkardia durch den Hiatus oesophageus ins Mediastinum.

Bei einer leichten axialen Hiatushernie oder einer leichten Ausprägung einer paraösophagealen Hernierung ist das Ausmass der Magenmanipulation zu gering, um die zusätzliche Kodierung des CHOP-Kodes 44.92 *Intraoperative Manipulation am Magen* zu rechtfertigen. Es ist bei einer Fundoplicatio unabdingbar, dass die ins Mediastinum hernierten Magenanteile zuvor wieder unter das Zwerchfell platziert werden müssen. Somit ist dieser OP-Schritt z.B. dem Prozedurenkode 44.67.20 inhärent.

Bei einem Magenvolvulus im Mediastinum oder einem vollständig im Mediastinum liegenden upside-down-stomach ist die zusätzliche Kodierung von 44.92 *Intraoperative Manipulation am Magen* zulässig.

Bei Vorliegen dieser Ausprägung handelt es sich um einen zusätzlichen operativen Aufwand, der allein mit der Kodierung eines Kodes aus den Rubriken 44.66.- Sonstige Massnahmen zur Rekonstruktion der ösophagogastrischen Sphinkterfunktion oder 44.67.- Laparoskopische Massnahmen zur Rekonstruktion der ösophagogastrischen Sphinkterfunktion nicht abgebildet wird.

**SP0400 Kodierrichtlinien zu CHOP Kapitel 11  
«Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen»****SP0401m Geschlechtsangleichung**

Die genannten «Kodiere ebenso» unter der 3-stelligen Kategorie 64.5- *Operationen zur Geschlechtsangleichung* sind nicht abschliessend. Bei jedem Eingriff in Zusammenhang mit einer Geschlechtsangleichung, auch wenn diese Angleichungsoperation die sekundären Geschlechtsmerkmale betreffen (z.B. subkutane Mastektomie), sind die Kodes unter 64.5- (CHOP-Kapitel 11 «Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen») zu kodieren.

# Kodierrichtlinien Rehabilitation

## Allgemeine Informationen

### Geltungsbereich:

Die folgenden Vorgaben zur Kodierung stationärer Rehabilitationsfälle sind anzuwenden für alle Behandlungen in Rehabilitations-Kliniken oder Rehabilitations-Abteilungen von Akutkliniken, die unter den Anwendungsbereich des Tarifs ST Reha fallen.

### Abzugrenzen von der stationären Rehabilitation sind:

#### Frührehabilitation:

Siehe SP0201 Frührehabilitation

#### Paraplegiologische Rehabilitation:

Siehe SP0202 Paraplegiologische Rehabilitation

#### Akutrehabilitation:

Siehe SP0203 Akutrehabilitation

Die Früh-, Akut- und paraplegiologische Rehabilitation werden im Rahmen der Tarifstruktur SwissDRG erfasst wie in der Akutsomatik.

Wir verweisen für Beispiele zur Kodierung von Fällen der paraplegiologische, Früh-, und Akutrehabilitation auf das Kapitel «Spezielle Kodierrichtlinien für Prozeduren und Behandlungen SP0100 bis SP0400».

Für die Definitionen Behandlungsfall, siehe Kodierregel G51 «Der Behandlungsfall».

Sowohl der Aufnahme- als auch der Entlassungs-/Verlegungstag wird bei der Erfassung der Therapieeinheiten/Aufwandspunkte berücksichtigt.

## Diagnosen - ICD-10-GM

### Hauptdiagnose:

Als Hauptdiagnose wird die Grundkrankheit kodiert, die der Hauptanlass für die Rehabilitation bzw. die Ursache für die Funktionseinschränkung ist. Diese Hauptdiagnose muss nicht identisch mit der Hauptdiagnose des akutstationären Falles sein.

**Bemerkung:** Bei statistischen Auswertungen ist eine eindeutige Zuordnung des Falls zum Anwendungsbereich der Tarifstrukturen über die Variable «tarif» der Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes) möglich, d.h. die epidemiologische Auswertung der Akutdiagnosen ist gewährleistet.

### Nebendiagnose:

Siehe dazu Kodierregel G 54 «Die Nebendiagnosen».

### Funktionseinschränkung:

Die Funktionseinschränkung wird als Nebendiagnose kodiert.

Das Ausmass der Funktionseinschränkung, die bei Eintritt vorliegt, muss als Nebendiagnose über die Kodes U50.- Motorische Funktionseinschränkung und U51.- Kognitive Funktionseinschränkung abgebildet werden.

### Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren

Siehe Kodierregel G 40 «Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren».

### Kodierrichtlinien

Status nach/Vorhandensein von/Fehlen von: Für Rehabilitation im Anschluss an einen operativen Eingriff mit Einsetzen von Implantaten und/oder nach einer Organtransplantation siehe D05 «Status nach/Vorhandensein von/Fehlen von».

### Verlegung

Siehe D15 «Verlegungen».

### Berechnung der Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation zur Erfassung der BA.- Kode

Eine Patientin/ein Patient tritt z.B. am 3. März in die muskuloskelettale Rehabilitation ein und verlässt diese am 25. März. Die Aufenthaltsdauer beträgt somit 23 Tage, da es sich um einen Fall ohne Verlegung handelt, gilt die Rechnung ( $25 - 3 + 1 = 23$ ). Die erbrachten Therapien und Schulungen am Eintritts- und Austrittstag werden berücksichtigt und zählen zu den Therapie- und Schulungsminuten. Insgesamt erhält der Patient 1495 Therapie- und Schulungsminuten. Zur Berechnung des Durchschnitts werden die geleisteten Therapieminuten durch die Aufenthaltsdauer dividiert, im genannten Beispiel 23 Tage, und mit 7 multipliziert.  $1495/23 \cdot 7 = 455$  Therapieminuten/Woche. D.h. der Kode BA.5 «Muskuloskelettale Rehabilitation» kann erfasst werden.

An dieser Stelle verweisen wir auf den Punkt 1.5. «Aufenthaltsdauer» der SwissDRG AG «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha».

### Erfassung der Behandlung bei Rehospitalisationen innerhalb von 18 Tagen wegen Erkrankungen bzw.

#### Störungen nach medizinischen Massnahmen (Fallzusammenführung)

Siehe auch Regel D16.

Für die Rehabilitation bedeutet die Eingabe eines Kodes BA.1- bis BA.9 zwingend die erstmalige Eingabe der Kodes AA.- (für die ADL-Scores).

Bei einem Aufenthalt von weniger als 72 Stunden ohne Eingabe von ADL-Score-Kodes, wird ein BA.x0-Kode erfasst.

Kommt es in diesen Fällen innerhalb von 18 Tagen zu einem Wiedereintritt in die Rehabilitation, muss die Erfassung der ADL-Scores innerhalb von 72 Stunden (3 Tagen) nach Beginn des zweiten stationären Aufenthalts durchgeführt werden.

Die ADL-Scores des zweiten Aufenthaltes sind in diesen Fällen bei Fallzusammenführungen für die Erfassung massgebend.

## Prozeduren

Für jeden Rehabilitationsfall müssen mindestens einmal die Kodes der CHOP-Subkategorie AA.13.- und ein CHOP BA-Kode erfasst werden. Wenn zutreffend werden BB.3- und BB.4-Kodes erfasst.

Weitere zu erfassende Assessments hängen von der Art der Rehabilitation ab. (Siehe CHOP - AA Messinstrumente und Messungen).

### Assessments – CHOP AA

Die Eintrittsmessung<sup>1</sup> 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 Sonntage und gesetzliche Feiertage als Feiertage gelten. Samstage gelten als Arbeitstage.

Die ADL-Items werden mit den CHOP-Kodes aus der Subkategorie AA.13.- erfasst.

### Rehabilitation, CHOP BA- unterteilt nach 8 Rehabilitations-Arten

Kodierung 1x pro Aufenthalt, ausser bei Wechsel der Rehabilitationsart aus medizinischen Gründen.

Der BA.-Kode wird auch kodiert bei einer Rehabilitation von weniger als 7 Behandlungstagen, bei interner Verlegung, Tod des Patienten oder bei Entlassung gegen ärztlichen Rat.

Die Information ist in der Variable «austrittsentscheid» zu erfassen.

Für einen Rehabilitations-Fall, der für eine Rehabilitations-Art stationär aufgenommen wird, ist die Basisleistung dieser Rehabilitations-Art einmal für diesen Rehabilitations-Aufenthalt zu kodieren. Erfolgt aus medizinischen Gründen während des Rehabilitations-Aufenthaltes ein Wechsel zu einer anderen Rehabilitations-Art, so ist ab dem Zeitpunkt des Wechsels die Basisleistung der neuen Rehabilitations-Art ebenfalls einmal zu kodieren.

<sup>1</sup> [https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2024/11/ANQ\\_Reha\\_CHOP\\_Codes\\_2021\\_Ueberleitungstabelle-ADL-Score\\_2021.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2024/11/ANQ_Reha_CHOP_Codes_2021_Ueberleitungstabelle-ADL-Score_2021.pdf)

## Beispiele und Erläuterungen

Hauptdiagnose HD	Behandlung (B) Rehabilitation (BA) = 8 Rehabilitationsarten und eine Resteklasse für sonstige Rehabilitationsarten
Hauptdiagnose = Diagnose, die eine Rehabilitation erfordert	<p><i>BA.1 Neurologische Rehabilitation</i>  <i>BA.2 Psychosomatische Rehabilitation</i>  <i>BA.3 Pulmonale Rehabilitation</i>  <i>BA.4 Kardiale Rehabilitation</i>  <i>BA.5 Muskuloskelettale Rehabilitation</i>  <i>BA.6 Internistische und onkologische Rehabilitation</i>  <i>BA.7 Pädiatrische Rehabilitation</i>  <i>BA.8 Geriatrische Rehabilitation</i>  <i>BA.9 Rehabilitation, sonstige</i></p>

### Kodierregeln zur Erfassung der BA.-Kodes

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.

Therapien, die in den Mindestmerkmalen erwähnt/beschrieben sind, dürfen nicht zusätzlich kodiert werden.

### Erläuterungen zum Verständnis der Mindestmerkmale

Eintrittsabklärung

Die Erklärung zur Eintrittsabklärung finden Sie unter Assessments CHOP-AA

### Aufenthaltsdauer und Therapiedauer

Eine Woche (Behandlungswoche) umfasst 7 Kalendertage. Zeitliche Vorgaben für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen sind als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen.

Die Anzahl Tage des gesamten Reha-Aufenthalts berechnen sich nach derselben Regel, wie die Berechnung der Aufenthaltsdauer in den für das Anwendungsjahr geltenden «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha». Die in der Kategorie BA.- beschriebenen «Therapiedauern pro Woche» schliessen Leistungen an der Patientin/am Patienten ein. Leistungen ohne Anwesenheit der Patientin / des Patienten zählen nicht zur Therapiedauer. Die Therapie und Edukation (Schulung) für angebrochene Reha-Wochen werden pro Rata berechnet. Selbsttraining unter Aufsicht des entsprechenden Therapeuten entspricht einer Therapie.

### Rehabilitationskoordination oder Rehabilitationsteambesprechung

Wöchentlich stattfindende und dokumentierte, interdisziplinäre Rehabilitationskoordination bzw. die Reha-Teambesprechung erfolgt unter Einbezug des an der Rehabilitation ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Personals. Falls aus organisatorischen Gründen ein beteiligter Fachbereich an einer Teambesprechung nicht teilnehmen kann, die Information trotzdem schriftlich übermittelt wurde, gilt die Teambesprechung als erfolgt und ein gesamter Reha-Aufenthalt kann aus diesem einzigen Grund nicht in Frage gestellt werden.

Bei einer angebrochenen Behandlungswoche, muss die Teambesprechung nicht zwingend stattfinden.

**Resteklasse:****BA.9**

Muss alle Mindestanforderungen unter BA erfüllen - aber nicht unbedingt unter den spezifischen Merkmalen (BA.1- bis BA.8-)  
Der Kode BA.9 Rehabilitation, sonstige wird erfasst, wenn:

- eine Rehabilitationsart geleistet wird, die nicht unter den 3-stelligen Kategorien BA.1- bis BA.8- fällt, respektive dort nicht aufgeführt ist.
- eine Rehabilitationsart geleistet wird, die unter einem der Kodes BA.1- bis BA.8- aufgeführt ist, die alle Mindestmerkmale unter BA.- erfüllt, aber mindestens ein Mindestmerkmal für BA.1- bis BA.8- nicht erfüllt.

**Mindestmerkmale, die für einen Zeitraum von 7 Tagen definiert sind:**

Dabei handelt es sich um Mindestmerkmale, die den strukturellen oder funktionalen Ablauf im Spital betreffen und die für einen Zeitraum von 7 Tagen definiert sind (z. B. eine (1) Facharztvisite / 7 Tage - siehe CHOP BA Rehabilitation - Mindestmerkmal Punkt 4, Visite oder eine (1) Teambesprechung / 7 Tage).

Diese Mindestmerkmale werden nicht für einen Zeitraum von weniger als 7 Tagen verlangt, da es nicht möglich ist, einen Bruchteil (pro rata) einer Facharztvisite oder Teambesprechung zu erfüllen.

**Beispiel:**

*Wenn ein Patient/eine Patientin an einem Donnerstag eintritt und am darauffolgenden Dienstag entlassen wird, die Teambesprechung jedoch immer am Mittwoch stattfindet, wird vom Spital nicht erwartet, dass es die Teambesprechung vorverlegt. Dieses Mindestmerkmal wird in diesem Fall nicht verlangt zur Erfassung des Kodes.*

**Logik Aufgliederung BA.x0-BA.x8**

- Die Kodes BA.1- bis BA.8- sind nach Art der Rehabilitation in durchschnittliche Therapieminuten pro Woche aufgegliedert.
- BA.x0 stellt die niedrigste Stufe mit einem Aufenthalt von weniger als 7 Tagen dar.
- BA.x1 stellt die nächsthöhere Stufe für Fälle mit reduzierter Belastbarkeit dar, ausser in der geriatrischen Rehabilitation.
- BA.x2 - BA.x8 (resp. BA.81-BA.85 für die geriatrische Rehabilitation) stellen Rehabilitationsfälle mit der Anzahl der Therapieminuten dar, die den Schwellenwert für jede Rehabilitationsart erreichen.

**Kategorie BB.3- Zusatzkodes für die Rehabilitation**

Unter Kategorie BB.3- sind spezifische aufwändige pflegerische Leistungen in der Rehabilitation beschrieben. Wenn zutreffend, sind die Pflegeleistungen (BB.3-Kodes --> Wundmanagement, 1:1 Betreuung) zu erfassen. Diese Kodes werden nur bei Fällen, die ST Reha zugeordnet sind, erfasst. Die beiden Kodes (1:1 Betreuung in der Rehabilitation (BB.31.-) und Wundmanagement in der Rehabilitation (BB.32)) müssen an jedem Tag eingegeben werden, an dem die Pflege durchgeführt wird.

In der Situation der 1:1-Betreuung ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Betreuung an einem (und nicht an mehreren) Patienten /einer Patientin vorgenommen wird

Der Kode BB.32 Wundmanagement in der Rehabilitation, mindestens 60 Min. pro Tag, wird für die Abbildung des erhöhten Aufwandes (alle Arten der Rehabilitation), der zur Wundpflege anfällt, angewendet. Dies gilt zur Wundpflege nach Entfernung der Trachealkanüle, aber auch für Stomawunden, Fixateur Extern- Wunden, Ein- oder Ausgängen von Drainagen, usw. Die Aufzählung ist nicht abschliessend.

Die Pflege-Komplexbehandlung 99.C- wird nicht zusätzlich erfasst. Sie ist grundsätzlich nicht zusammen mit den Kodes der Kategorie BA.- «Rehabilitation» zu erfassen.

**Überwachung in der Rehabilitation BB.4.-**

Es gibt 2 Kodes für die Überwachung in der Rehabilitation:

**BB.41.- Überwachungsrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage:** Kode für Patientinnen / Patienten, die aus dem Setting der Akutsomatik entlassen werden, die mit der Rehabilitation beginnen können, aber aufgrund klinischer Instabilität noch eine Überwachung benötigen.

**BB.42.- Intensive Überwachung bei vorübergehend vital bedrohlicher Situation:** Kode für Patientinnen / Patienten, die während der Rehabilitation eine vorübergehend vitalbedrohliche Situation aufweisen und aufgrund dieser eine Überwachung benötigen.

Beide Kodes können ohne die Erfüllung von BA.-Kriterien (Rehabilitationskriterien bezogen auf den ganzen Fall) nicht erfasst werden. Die beiden Kodes können nicht gleichzeitig erfasst werden, aber sie können zu verschiedenen Zeitpunkten desselben Rehabilitationsfalls getrennt eingegeben werden.

#### **Prozeduren, die kodiert werden müssen (nicht abschliessend)**

Siehe Kodierregel P01 «Prozeduren, die kodiert werden müssen».

Für die maschinelle Beatmung in der Rehabilitation siehe Kodierregel SD1001 «Maschinelle Beatmung».

#### **Externe ambulante Behandlungen**

Siehe Kodierregel P00n «Externe ambulante Leistungen».

#### **Prozeduren, die nicht kodiert werden**

Siehe Kodierregel P02 «Prozeduren, die nicht kodiert werden».

Es ist zu beachten, dass die unter Kodierregel P02 dokumentierten, nicht zu kodierenden Prozeduren im akutstationären Setting als Routine und/oder immanent angesehen werden, jedoch in Rehabilitationsaufenthalten unter Umständen nicht als solche definiert werden können und somit kodiert werden müssen.

### **Beispiele**

#### **Beispiele zur Kodierung der Hauptdiagnose**

##### **Beispiel 1 Kardiovaskuläre Rehabilitation**

*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

##### **Beispiel 2 Muskuloskelettale Rehabilitation**

*Ein Patient tritt nach Implantation einer Hüftendoprothese bei primärer Coxarthrose zur Rehabilitation ein. Problemloser Verlauf.*

HD M16.1      Sonstige primäre Coxarthrose  
L

## Beispiele zur Kodierung der Nebendiagnosen

### Beispiel 1 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 Z94.1 Zustand nach Herztransplantation
- ND U50.20 Mittlere motorische Funktionseinschränkung Barthel-Index: 60-75 Punkte
- ND U51.02 Keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung MMSE: 24-30 Punkte

### Beispiel 2 Neurologisch

Ein Patient tritt nach akutstationär behandeltem embolischem Stroke des Mediastromgebietes mit neurologischen Defiziten (schlaffe 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
- L
- ND R47.0 Dysphasie und Aphasie
- ND G81.0 Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
- L
- ND U50.40 Schwere motorische Funktionseinschränkung. Barthel-Index: 20-35 Punkte
- ND U51.02 Keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung MMSE: 24-30 Punkte

### Beispiel 3 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 Leichte motorische Funktionseinschränkung Barthel-Index: 80-95 Punkte
- ND U51.02 Keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung MMSE: 24-30 Punkte

## Beispiele je Rehabilitationsart

### Beispiel 1 Neurologische Rehabilitation

Ein Patient wird zur stationären Rehabilitation verlegt mit Status nach Hirninfarkt im Mediastromgebiet und 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. Zusätzlich erhält er über 4 Wochen durchschnittlich 700 Minuten pro Woche Logopädie und Ergotherapie. Außerdem erfolgt während der Rehabilitation ein Hausbesuch zur Abklärung der häuslichen Situation sowie der weiteren Rehabilitationsziele und Massnahmen.

#### Kodierung:

- HD I63.4 Hirninfarkt nach Embolie zerebraler Arterien
- L
- ND G81.0 Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
- L
- ND I25.12 Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung
- ND U50.- Motorische Funktionseinschränkung
- ND U51.- Kognitive Funktionseinschränkung
  
- B BA.1 Neurologische Rehabilitation
- B AA.1- Messung der Activity of Daily Living [ADL]

**Beispiel 2 Psychosomatische Rehabilitation**

Ein Patient tritt wegen im ambulanten Setting nicht kontrollierbarer, persistierender Rückenschmerzen ohne eindeutige Ursache in die stationäre Rehabilitation ein. Ein übermässiger Gebrauch von Schmerz- und Schlafmedikamenten sowie eine im Verlauf der Rehabilitation diagnostizierte depressive Episode werden gemäss ärztlicher Dokumentation behandelt.

**Kodierung:**

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	Y57.9!	Unerwünschte Nebenwirkungen bei therapeutischer Anwendung von Arzneimitteln und Drogen
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
B	BA.2	Psychosomatische Rehabilitation
B	AA.1-	Messung der Activity of Daily Living [ADL]

**Beispiel 3 Pulmonale Rehabilitation**

Übertritt eines Patienten in die Rehabilitation mit chronisch obstruktiver Lungenkrankheit Gold-Stadium III, als Folge von jahrelangem, persistierendem Nikotinabusus und aktuell akut entzündlicher unterer Atemwegserkrankung. Weitere Nebendiagnosen gemäss medizinischer Dokumentation, z.B. arterielle Hypertonie, die medikamentös behandelt und überwacht wird.

Bei protrahiertem Verlauf unter antibiotischer Therapie und gelegentlichem Erstickungsempfinden wird eine Bronchoskopie mit bronchoalveolärer Lavage durchgeführt. Zur Atemunterstützung wird bei durch Blutgasanalyse bestätigter, akuter hypoxischer respiratorischer Insuffizienz eine unterstützende CPAP-Beatmung für 3 Tage durchgeführt. Durch dafür ausgebildetes (medizinisches) Personal erhält der Patient Rauchstopp- und Atemtherapieschulungen und tägliche intensive Atemtherapie durch Physiotherapeuten.

Die Gesamtsumme dieser dokumentierten Therapien beträgt durchschnittlich 820 min pro Woche.

**Kodierung:**

HD	J44.01	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege FEV1 >=35% und <50% des Sollwertes
ND	F17.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch
ND	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert, Typ I [hypoxisch]
ND	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: ohne Angabe einer hypertensiven Krise
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
B	BA.3	Pulmonale Rehabilitation
B	AA.1-	Messung der Activity of Daily Living [ADL]
T	AA.31.-	6-Minuten-Gehtest (bei Eintritt)
T	AA.31.-	6-Minuten-Gehtest (bei Austritt)
B	33.24.11	Tracheobronchoskopie (flexible) (starr) mit bronchoalveolärer Lavage
B	93.9G.11	Maskenüberdrucktherapie, CPAP, Ersteinstellung, innerhalb von 3 Tagen
B	99.22.1-	Infektion einer antiinfektiösen Substanz, nach Anzahl Behandlungstage.

**Beispiel 4 Kardiale Rehabilitation**

Verlegung eines Patienten aus der Akutklinik nach subendokardialem Herzinfarkt bei koronarer 2-Gefäss-Krankheit. Er leidet an behandlungsrelevanter, ernährungsbedingter morbider Adipositas mit einem BMI von 43.5.

**Kodierung:**

HD	I21.40	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt
ND	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäss-Erkrankung
ND	E66.02	Adipositas durch übermässige Kalorienzufuhr, Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
B	BA.4	Kardiale Rehabilitation
B	AA.1-	Messung der Activity of Daily Living [ADL]

### **Beispiel 5 Muskuloskelettale Rehabilitation**

Ein Patient wird vom Hausarzt zur stationären Rehabilitation zugewiesen. Er leidet an posttraumatischer Kniearthrose und in Folge an entlastungsbedingten Kreuzschmerzen. In die stationäre Behandlung fließt die Abklärung und Behandlung eines Diabetes mellitus ein. Im Zentrum der rehabilitativen Massnahmen stehen die analgetische Behandlung und muskuläre Rekonditionierung/Kräftigung durch Physiotherapie.

#### **Kodierung:**

HD	M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose
L		
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
B	BA.5	Muskuloskelettale Rehabilitation
B	AA.1-	Messung der Activity of Daily Living [ADL]

### **Beispiel 6 Internistische und onkologische Rehabilitation**

Eine Patientin mit metastasiertem (Lymphknoten mehrerer Regionen) Bronchus-Karzinom des linken Oberlappens tritt zur stationären Rehabilitation im Anschluss an die akutstationäre Hospitalisation ein. Die im Akutspital begonnene Verabreichung einer niedrigkomplexen Chemotherapie und die notwendige Gabe von nicht modifizierten Antikörpern im Rahmen einer Immuntherapie werden während der Rehabilitation einmal ambulant (im Akutspital) weitergeführt.

Ziel der rehabilitativen Behandlung ist eine Verbesserung des Allgemeinbefindens im Sinne einer Rekonditionierung.

Die Kodierung erfolgt in diesem Fall unter Berücksichtigung der Kodierregel

P00n externe ambulante Leistungen

Daher sind die nicht komplexe Chemotherapie und die Immuntherapie nicht im stationären Fall zu kodieren.

#### **Kodierung:**

HD	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)
L	2	
ND	C77.8	Sekundäre bösartige Neubildung von Lymphknoten mehrerer Regionen
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
B	BA.6	Internistische und onkologische Rehabilitation
B	AA.1-	Messung der Activity of Daily Living [ADL]

### **Beispiel 7 Pädiatrische Rehabilitation**

Übertritt eines Kindes aus Akutspital zur Rehabilitation mit Status nach Enzephalomyelitis und persistierenden krankheitsbedingten hirnorganischen Dysfunktionen, Funktionsdefiziten und rezidivierenden epileptischen Anfällen.

Alle Kriterien für eine pädiatrische Rehabilitation sind erfüllt.

Zur Rehabilitationssteuerung werden periodisch diagnostische Massnahmen erbracht.

#### **Kodierung:**

HD	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet
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
B	BA.7	Pädiatrische Rehabilitation
B	AA.1-	Messung der Activity of Daily Living [ADL]

### **Beispiel 8 Geriatrische Rehabilitation**

Ein multimorbider Patient tritt im Anschluss an die Behandlung im Akutspital zur Rehabilitation ein. Er leidet an Rückenschmerzen aufgrund Spinalkanalstenose begleitet von radikulären schmerhaften Ausstrahlungen und Lähmungserscheinungen.

Alle im Beispiel aufgeführten akutsomatischen Diagnosen liegen gemäss ärztlicher Dokumentation weiterhin vor und benötigen für die Kodierung einen Aufwand > 0 gemäss Kodierregel G 54. Andere Kodierregeln und Hinweise im Medizinischen Kodierungshandbuch sind zu beachten.

Während der Rehabilitation erfolgt ein **diagnostischer und therapeutischer Hausbesuch** zur Abklärung der häuslichen Situation und zum Festlegen von weiteren Rehabilitationszielen und notwendigen Massnahmen.

#### **Kodierung:**

HD M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalebereich
ND G55.3*	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M45 - M46t, M48.-t, M53 - M54t)
ND E03.9	Hypothyreose, nicht näher bezeichnet
ND I50.13	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichterer 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
B BA.8	Geriatrische Rehabilitation
B AA.1-	Messung der Activity of Daily Living [ADL]

### **Beispiele für BA.9 Kodes**

#### **Beispiel 1**

Eine 70-jährige Patientin wird nach Implantation einer Totalendoprothese links aus dem akutsomatischen Setting zur muskuloskelettaLEN Rehabilitation in die Rehabilitationsklinik verlegt. Bei der Patientin ist eine langjährige chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) bekannt. Postoperativ und in den ersten Tagen der Rehabilitation kam es zu einer Exazerbation von Dyspnoe-Episoden (FEV1 60%), die mit einem Bronchodilatator erfolgreich behandelt werden konnte.

Der stationäre Rehabilitationsaufenthalt betrug 8 Tage. Die Anzahl der durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche lag bei 280. Alle anderen Kriterien für die muskuloskelettale Rehabilitation waren erfüllt.

#### **Kodierung :**

HD M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose, einseitig
L 2	
ND J44.12	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet, FEV1 >=50 % und <70 % des Sollwertes
ND U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
B BA.9	Rehabilitation, sonstige
B AA.13-	Messung der Activity of Daily Living [ADL]

**Beispiel 2**

Ein Patient, mit Status nach Hirninfarkt im Mediastromgebiet und schlaffer Halbseitenlähmung, wird zur stationären neurologischen Rehabilitation verlegt. Nebendiagnostisch besteht eine koronare 2- Gefässerkrankung, die medikamentös behandelt wird.

Die Anzahl der durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche lag bei 560. Während des vierwöchigen stationären Rehabilitationsaufenthalts erfolgten sechs Besuche des Facharztes .

**Kodierung:**

HD	I63.4	Hirninfarkt nach Embolie zerebraler Arterien
L		
ND	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
L		
ND	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäss-Erkrankung
ND	U50.-	Motorische Funktionseinschränkung
ND	U51.-	Kognitive Funktionseinschränkung
B	BA.9	Rehabilitation, sonstige
B	AA.13-	Messung der Activity of Daily Living [ADL]

**Beispiele für BB.3-Kodes****Beispiel 1**

Eine Patientin mit bekannter Anorexia nervosa vom aktiven Typ, erhält eine psychosomatische Rehabilitation, weil sie unter Angstzuständen leidet und trotz ihres Wunsches, wieder zu arbeiten, Schwierigkeiten hat, die vorgeschlagenen Anpassungen ihrer Tagesabläufe und ihrer Ernährung zu akzeptieren. Um die schrittweise Wiedereingliederung an ihrem Arbeitsplatz zu fördern, muss der Verlust an Muskelmasse berücksichtigt werden. Sie erhielt während des psychosomatischen Rehabilitationsaufenthalts, aufgrund von Selbstgefährdung, an zwei Tagen, je drei stundenlang eine 1:1-Betreuung.

**Kodierung:**

HD	F50.01	Anorexia nervosa, mit Massnahmen zur Gewichtsreduktion
B	BA.2	Psychosomatische Rehabilitation
B	BB.31.11	1:1 Betreuung in der Rehabilitation, mindestens 2 Stunden bis 8 Stunden pro Tag
B	BB.31.11	1:1 Betreuung in der Rehabilitation, mindestens 2 Stunden bis 8 Stunden pro Tag

**Beispiel 2**

Ein Patient tritt nach akutem Myokardinfarkt zur Rehabilitation ein. Ein postinterventioneller Wundinfekt wird therapiert.

Die Wundpflege an zwei Tagen des Rehabilitationsaufenthalts erfordert eine Gesamtminutenzahl von mehr als 60 Minuten für jeden der beiden Tage. Alle Kriterien für eine kardiale Rehabilitation sind erfüllt.

**Kodierung:**

HD	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand.
ND	L08.8	Sonstige näher bezeichnete lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut
B	BA.4	Kardiale Rehabilitation
B	BB.32	Wundmanagement in der Rehabilitation, mindestens 60 Min. pro Tag
B	BB.32	Wundmanagement in der Rehabilitation, mindestens 60 Min. pro Tag

## Beispiele für BB.4-Kodes

### Beispiel 1

Ein Patient wird zur muskuloskeletalen Rehabilitation in eine Rehabilitationsabteilung verlegt, nachdem er zwei Wochen lang auf einer akutsomatischen Station betreut worden war, weil er eine Fraktur des rechten Oberschenkelhalses mit Verletzung der Oberschenkelarterie erlitten hatte.

Der Patient weist weiterhin Schwankungen der Vitalparameter (Atemfrequenz, Blutdruck) und Schwankungen des Bewusstseinszustands auf. In diesem Fall sind alle drei der möglichen Funktionsstörungen gegeben.

Die Eintrittsabklärung ergab einen Barthel-Index von 50 Punkten. Die Bewertung des erweiterten Barthel-Index (EBI) ergibt eine Punktzahl von 30 Punkten.

Während des Aufenthalts zur muskuloskeletalen Rehabilitation benötigte der Patient in der ersten Woche (7 Tage) eine Überwachung mit Arztvisiten an 5 Tagen.

Alle Kriterien der muskuloskelettale Rehabilitation sind bezogen auf den ganzen Fall erfüllt. Die durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche betragen 560 Minuten. Dies entspricht dem Kode BA.52.

In Verbindung mit den funktionellen Einschränkungen, die zu einem Stimmungstief führten, erhielt der Patient eine 1:1-Betreuung, die einmal für zwei Stunden durchgeführt wurde.

#### Kodierung:

HD	S72.00	Fraktur des Femurs, Teil nicht näher bezeichnet
L	1	
ND	U50.30	Mittelschwere motorische Funktionseinschränkung, Barthel-Index: 40 - 55 Punkte
ND	U51.10	Mittlere kognitive Funktionseinschränkung, Erweiterter Barthel-Index: 20 - 65 Punkte
B	BA.52	Muskuloskelettale Rehabilitation, mit durchschnittlich 450 bis weniger als 565 Therapieminuten pro Woche
B	BB.41.12	Überwachungsrehabilitation, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage
B	BB.31.11	1:1-Betreuung in der Rehabilitation, mindestens 2 Stunden bis 8 Stunden pro Tag

### Beispiel 2

Während eines neurologischen Rehabilitationsaufenthalts nach einem Hirninfarkt zeigt der Patient in der zweiten Woche des Krankenhausaufenthalts eine lebensbedrohliche Fluktuation der Vitalparameter (Blutdruck, Herzfrequenz, Temperatur und Sauerstoffsättigung) aufgrund einer Aspirationspneumonie beidseitig.

Die Überwachung erfolgte kontinuierlich über drei Tage, abgesehen von einer 60-minütigen Unterbrechung am ersten Tag, um eine Röntgenaufnahme des Thorax durchzuführen. Am ersten Tag fanden vier Arztbesuche statt, am zweiten Tag drei und am dritten Tag zwei.

Der Rest des stationären Aufenthalts zur neurologischen Rehabilitation verlief bei stabilen Vitalparametern. Die durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche bezogen auf den ganzen Fall betragen 680 Minuten. Dies entspricht dem Kode BA.13.

#### Kodierung:

HD	I63.5	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien
L		
ND	J69.0	Aspirationsbronchopneumonie
L	0	
ND	U69.01!	Anderenorts klassifizierte Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme auftritt
B	BA.13	Neurologische Rehabilitation, mit durchschnittlich 675 bis weniger als 845 Therapieminuten pro Woche
B	BB.42.14	Intensive Überwachung in der Rehabilitation, von mehr als 48 Stunden bis 72 Stunden

# Alphabetisches Verzeichnis

<b>A</b>		
Abkürzungen	Behandlungsdatum	61
Abnorme	Behandlungsdauer herzkreislauf- und	
– Befunde	lungenunterstützendes System	150
– Kindslagen und -einstellungen	Behandlungsfall	
Abort	165 – Definitionen	25
– Komplikationen nach Abort	162 Bilaterale	
Abort/Fehlgeburt	162 – Diagnosen	31
– Definitionen	161 – Operationen	65
Abstossungsreaktion einer Transplantation	161 – Prozeduren	65
ACS (Acute Coronary Syndrom)	76 Blutung	
Adhäsionen	143 – Gastrointestinale	155
Aggregatwechsel	78 – Postpartale	177
AIDS	148 Blutungsanämie	
Akutrehabilitation	93 –	29
Allgemeine Kodierrichtlinien	218 Brustimplantat	
– für Krankheiten/Diagnosen D00-D16	– Entfernung	159
– für Prozeduren P00-P11	31	
Angina pectoris	61 <b>C</b>	
Anonymisierung	143 CDC-Klassifikation	95
Anpassung	13 Chemotherapie	117
– Hörgerät (implantiert)	CHOP	
Appendizitis	141 – Allgemeines	22
Arthroskopie	155 Chronische Krankheiten mit akutem Schub	44
Asphyxie unter der Geburt	63 COVID-19	98
Aspirationssyndrom	186	
Atemnotsyndrom	185 <b>D</b>	
– bei hyaliner Membranenkrankheit	Dauer der Schwangerschaft	161
– bei massivem Aspirationssyndrom	185 Defibrillator	148
– bei Surfactantmangel	185 – Aggregatwechsel	148
– bei transitorische Tachypnoe	91 – Komplikationen	148
– bei Wet lung	185 Definitionen	
Atmungssystem	185 – Abort/Fehlgeburt	161
Ausrufezeichenkodes	151 – Behandlung	30
Äussere Ursachen	36 – Behandlungsfall	25
AV-Fistel	206 – Exklusivum	20
– Anlage	– Frühgeburt	161
– Verschluss	159 – Geburtshilfe	161
AV-Shunt	159 – Hauptdiagnose	26
– Anlage	– Lebendgeburt	161
– Entfernen	159 – Nachgeburtsperiode	161
<b>B</b>	160 – Nebendiagnosen	28
Bakterämie	– neonatale Periode	182
Bariatrische Chirurgie	83 – perinatale Periode	182
– Hautoperationen	– Postplazentarperiode	161
Basisassessment epaAC	– Schwangerschaftsdauer	161
Behandlungsbeginn (Uhrzeit)	157 – Termingeschäft	161
	208 – Totgeburt	161
	61 – Übertragung	161

– Wochenbett	161	Fehlen von	37
– Zusatz zur Hauptdiagnose	28	Fieberkrämpfe	188
Dehydrierung		Folgen von	39
– bei Gastroenteritis	156	Folgezustände	39
Diabetes mellitus		Fraktur	
– als Hauptdiagnose	122	– an gleicher/unterschiedlicher Lokalisation	197
– als Nebendiagnose	124	– mit Weichteilschaden	196
– Entgleister	119	– offen, mit abdomineller Verletzung	198
– in der Schwangerschaft	163	– offen, mit intrakranieller Verletzung	198
– Kategorien	119	– offen, mit thorakaler Verletzung	198
– mit Augenerkrankungen	123	– Wirbelfrakturen	200
– mit diabetischem Fusssyndrom	124	Frühgeburt	161
– mit Komplikationen	120	– Definition	161
– mit Neuropathie	124	Frührehabilitation	212
– mit Nierenkomplikationen	122	frustrane Kontraktionen	178
– mit peripherer Angiopathie	124		
– Typen	119	<b>G</b>	
Diagnosen		Gastritis	155
– bilaterale	33	– mit Magenulkus	155
– Differenzialdiagnosen	24	Gastrointestinale Blutung	155
– Dokumentation	24	Geburt	
– multiple Lokalisationen	33	– abnorme Kindslagen und -einstellungen	165
– unilaterale	33	– Definitionen	161
– Verdachtsdiagnosen	43	– Einling durch Schnittentbindung	168
Dialyse		– Einling durch Vakuumextraktion	179
– AV-Fistel	159	– Einling durch Zangen	168
– AV-Shunt	159	– Einling, Spontane vaginale Entbindung	166
– Entfernung Peritonealkatheter	159	– Entbindung vor der Aufnahme	177
– Peritonealkatheter	159	– Episiotomie	167
Dokumentation		– Frühgeburt	178
– der Diagnosen	24	– frustrane Kontraktionen	178
– der Prozeduren	24	– Komplikationen	165
drohende Krankheit	42	– Mehrlingsgeburt	177
		– Resultat der Entbindung	177
		– spezielle Kodierregeln	166
		– Stammzellentnahme	179
<b>E</b>		– Verminderte Kindsbewegungen	165
Eingriff		– vorzeitige Wehen	178
– abgebrochenen	66	– Weheneinleitung	167
– arthroskopisch	64	– Zuordnung der Hauptdiagnose	166
– endoskopisch	64	Geburtshilfe	161
– komplex	65	Geplante Folgeeingriffe	40
– laparoskopisch	64	Geschichte	16
– panendoskopisch	66	Geschlechtsangleichung	220
– unvollständig durchgeführt	66	Gewebeentnahme	
Endoskopie		– Tabelle	75
– Wechsel auf offen	66	– zur Transplantation	75
Entfernen		Gewebespende	
– AV-Shunt	159	– postmortal	76
– Brustimplantat	157	– Tabelle	77
Erkrankungen		Grundlagen G00-G55	11
– der Herzkappen	147		
– der Leber in der Schwangerschaft	164	<b>H</b>	
– mehrerer Herzkappen	147	Hämodialyse	158
Extrauteringravität		Hämorrhagien und Uterusatonie	179
– Komplikationen nach	162	Handhabung	
<b>F</b>		– Hörgerät (implantiert)	141
Fallzusammenführung		Hauptdiagnose	26
– auf Grund einer Komplikation	33		

– Definition	26	– Coronarsyndrom	143
Haut und der Unterhaut	157	– Reinfarkt	143
Herzklappenerkrankungen	147	– rezidivierender Myokardinfarkt	143
Herzkrankheit			
– hypertensive	142	<b>K</b>	
– Ischämische	143	Klassifikationen	
Herzschriftmacher		– CHOP	22
– Aggregatwechsel	148	– ICD-10-GM	16
– Komplikationen	148	Knochenkontusion	197
– Permanent	148	Kodes	
Herzstillstand	149	– Ausrufezeichen	36
Herztransplantation	149	– für äussere Ursachen	198
– Nachuntersuchung	148	– Kreuz †-Stern*	34
Hiatushernie	219	– Z-Kodes	207
HIV		Kodierung	
– akutes Infektionssyndrom	93	– Weg zur korrekten Kodierung	23
– asymptomatisch	93	Komplexe Operationen	65
– HIV-Krankheiten	94	Komplikationen	
– Kategorien	94	– abnorme Kindslagen und -einstellungen	165
– Laborhinweis	93	– der Schwangerschaft	166
– Reihenfolge und Auswahl der Kodes	96	– einer offenen Wunde	198
– Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	93	– Erkrankungen nach medizinischen Massnahmen	46
Hörgerät		– Verminderte Kindsbewegungen	165
– Anpassung/Handhabung	141	Kontusion	
Hörverlust	141	– Knochen	197
Hyaline Membranenkrankheit	185	Koronarsyndrom	143
Hypertonie		Krankheit	
– und Hypertensive Herzkrankheit	142	– Chronisch mit akutem Schub	44
– und Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit	142	– der Haut und der Unterhaut	157
– und Hypertensive Nierenkrankheit	142	– des Atmungssystems	151
Hypoglykämie	120	– des Kreislaufsystems	142
Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)	185	– des Nervensystems	134
<b>I</b>		– des Ohres und des Warzenfortsatzes	141
ICD-10-GM		– des Urogenitalsystems	158
– Abkürzungen	19	– des Verdauungssystems	155
– alphabetisches Verzeichnis	19	– drohende	42
– Einführung	19	– Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel	119
– Geschichte	16	– in der Schwangerschaft	163
– Struktur	16	– infektiöse und parasitäre	83
– systematisches Verzeichnis	16	– mit Ursprung in der Perinatalperiode	183
– typografische Vereinbarungen	17	Kreislaufsystem	142
Infektionen Urogenitaltrakt	19	Krupp	
– in der Schwangerschaft	164	– Echter Krupp	96
Inkontinenz	188	– Kruppsyndrom	96
Insuffizienz		– Pseudokrupp	96
– respiratorische	154	<b>L</b>	
Insulinüberdosierung	203	Laparoskopie	
Intoxikation		– Wechsel auf offen	66
– akute akzidentelle	131	Lateralität	
– akute nicht akzidentelle	131	– bei Diagnosen	33
– Rausch	131	– bei Prozeduren	58
Ischämische Herzkrankheit		Lebendgeburt	
– akuter Myokardinfarkt	143	– Definition	166
– Alter Myokardinfarkt	144	Lichttherapie	184
– Angina pectoris	143	Lithiumintoxikation	131
– chirurgisch behandelt (Stent/Bypass)	144	Lungenödem	
		– akut	148

Luxation		– mit endokriner Aktivität	113	
– gleiche/unterschiedlicher Lokalisation	197	– Palliativbehandlung	118	
– mit Weichteilschaden	197	– Remission bei Leukämie	116	
– Wirbel-	199	– Suche im alphabetischen Verzeichnis	101	
Lymphangiosis carcinomatosa	115	– Überlappende Lokalisation	115	
Lymphom	116	Neugeborene	182	
		– Asphyxie unter der Geburt	186	
		– Definitionen	182	
		– Gesund, Diabetes bei der Mutter	184	
<b>M</b>	155	– hyaline Membranenkrankheit	185	
Magenulkus		– hypoxisch-ischämische Enzephalopathie	185	
– mit Gastritis	127	– Lichttherapie	184	
Mangelernährung	129	– massives Aspirationssyndrom	185	
– bei Erwachsenen	141	– Medizinischer Datensatz	182	
– bei Kindern	141	– Parenterale Therapie	184	
– Stadien der Mangelernährung bei Erwachsenen	151	– Perinatale und neonatale Periode	182	
– Stadien der Mangelernährung bei Kindern		– Postexpositionsprophylaxe	183	
Maschinelle Beatmung		– Primäre Reanimation	184	
– Definition	14	– Respiratorisches Versagen	187	
Medizinischer Datensatz	67	– Surfactantmangel	185	
– Definitionen und Variablen	70	– Totgeborene	184	
Mehrfach durchgeführte Prozeduren	201	– transitorische Tachypnoe	185	
– Behandlung auf einer IPS und/oder IMC	177	– Wahl der Hauptdiagnose	201	
Mehrfachverletzungen	208	– Wet lung	185	
Mehrlingsgeburt		– Zustände mit Ursprung Perinatalperiode	182	
MoCA	143	Neurostimulator		
Myokardinfarkt	144	– Entfernung	140, 195	
– akut	143	– Implantation	140, 195	
– alt	143	Niereninsuffizienz		
– Reinfarkt		– Akute	159	
– Rezidivierend	143	– Chronische	159	
		– nach medizinischen Massnahmen	159	
<b>N</b>	161	Nierenkrankheit		
Nachgeburtsperiode		– hypertensive	142	
– Definitionen	148	<b>O</b>		
Nachuntersuchung		28	Ohres und Warzenfortsatzes	141
– Herztransplantation		29	Operation	
Nebendiagnose		205	– abgebrochenen	66
– Diagnose		203	– arthroskopisch	64
– Reihenfolge		182	– bilateral	72
Nebenwirkungen von Arzneimitteln		134	– endoskopisch	64
– bei Einnahme entgegen einer Verordnung		100	– Komplexe	65
– bei Einnahme gemäss Verordnung	205	– laparoskopisch	64	
Neonatalperiode	203	100	– nach Gewichtsabnahme	157
– Definition	101		– nicht durchgeführt	55
Nervensystem	104		– panendoskopisch	64
Neubildungen	105		– prophylaktisch, wegen Risikofaktoren	117
– Akute chronische Erkrankungen, Störungen, Folgen	104	101	– unvollständig durchgeführte	66
von medizinischen Massnahmen im Kontext	105	104	Organentnahme	75
Tumorbehandlungen	105	105	– Tabelle	77
– Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen	107	117	– zur Transplantation	75
– Behandlung des primären Tumors	107	101	Organspende	
– Behandlung des Primärtumors und der Metastasen	107	104	– Postmortale	76
– Chemo- und Radiotherapie	107	115	– Tabelle	77
– des hämatopoetischen/lymphatischen Systems	107	114		
– Diagnostik des primären Tumors	107	116	<b>P</b>	
– Lymphangiosis carcinomatosa	107		Palliativbehandlung	118
– Lymphknotenmetastasen	107			
– Lymphom	107			

Panendoskopie	64	Reoperation	
Pankreas		– an Herz und Perikard	74
– Störungen der inneren Sekretion			
Paraplegie, nicht traumatisch	126	Respiratorisches Versagen	
– Späte (chronische) Phase	137	– beim Neugeborenen	187
Paraplegie, traumatisch	137	Resultat der Entbindung	177
– akute Phase – unmittelbar posttraumatisch		Rethorakotomie	74
– akute Phase – Verlegung des Patienten	199	Revision	
– chronische Phase	199	– an Herz und Perikard	74
Paraplegiologische Rehabilitation	214	– einer Narbe	157
Penterale Therapie	184	– eines Operationsgebietes	73
Parkinson	184	Rückenmarkverletzung	137, 199
Perinatalperiode	140		
– Definition	182	<b>S</b>	
– Zustände mit Ursprung Perinatalperiode	182	Schlaganfall, nichttraumatische intrakranielle Blutung	134
Peritonealkatheters	183	– akut	134
– Anlage	159	– Funktionsstörungen	136
– Entfernung	159	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	208
Plastische Chirurgie	157	Schmerzbehandlungsverfahren	189
Postexpositionsprophylaxe Neugeborene	183	Schmerzdiagnosen	
Postplazentarperiode	161	– Akuter Schmerz	189
– Definition	117	– Chronischer Schmerz	191
Prophylaktische Operationen	178	Schock	195
– wegen Risikofaktoren		Schrittmacher	148
Protrahierte Geburt		– Aggregatwechsel	148
Prozeduren		– Komplikationen	148
– abgebrochen		– Permanent	148
– Behandlungsbeginn (Uhrzeit)	66	Schwangerschaft	
– bilaterale	61	– Abnorme Kindslagen und -einstellungen	165
– die kodiert werden müssen	72	– Abort	161
– die nicht kodiert werden	62	– Dauer	161
– Dokumentation	63	– Definitionen	161
– Lateralität	24	– Diabetes mellitus	164
– mehrfach durchgeföhrte	61	– Erkrankungen der Leber	164
– nicht durchgeföhrt	67	– Extrauterin gravidität	162
– postmortale	55	– Gerinnungsstörungen	166
– routinemässig	75	– Infektion Urogenitaltrakt	164
– Seitigkeit	63	– Komplikationen	165
– signifikante	61	– Krankheiten	164
– Unvollständig durchgeföhrte	62	– Lebendgeburt	163
Psychische und Verhaltensstörungen	66	– Mehrlingsgeburt	177
– Akute akzidentelle Intoxikation	66	– Molenschwangerschaft	162
– Akute nicht akzidentelle Intoxikation	131	– Totgeburt	163
– durch Drogen, Medikamente, Alkohol und Nikotin	131	– Übertragung	161
– durch psychotrope Substanzen	131	– Verlängerte Dauer	178
– Rausch	131	– Verminderte Kindsbewegungen	165
– schädlicher Gebrauch (Alkohol, Drogen)	131	– Vorzeitige Beendigung	161, 162
Puerperium	180	Schwangerschaftsdauer	
		– Definition	161
		Schwerhörigkeit	141
<b>R</b>		Sectio caesarea	
Radiotherapie	117	– primäre	171
Rehabilitation	56, 221	– sekundäre	174
Rehospitalisationen		– Wunschkaiserschnitt	173
– für Komplikationen innerhalb von 18 Tagen	60	Seitigkeit	
Rekonvaleszenz	56	– bei Diagnosen	33
Remission		– bei Prozeduren	61
– bei Leukämie	116	Sepsis	84

– Auswahl des Sepsis-Kodes	84	– Tabelle	77
– in Zusammenhang mit Kapitel XV (O)	84	– Versagen	76
– mit Organkomplikationen	84	Tumor	
Serosaverletzung	81	– Auswahl und Reihenfolge der Diagnosen	101
SIRS	92	– Behandlung des primären Tumors	104
Spannungsblase	157	– Behandlung des Primärtumor und Metastasen	105
Spende		– Chemo- und Radiotherapie	117
– Gehirntod	76	– des hämatopoetischen/lymphatischen Systems	101
– postmortale	76	– Lymphangiosis carcinomatosa	115
Spezielle Kodierrichtlinien für Diagnosen SD0100 – SD2200	83	– Lymphom	116
Spezielle Kodierrichtlinien für Prozeduren		– mit endokriner Aktivität	113
und Behandlungen SP0100 – SP0200	211	– Palliativbehandlung	118
– Akutrehabilitation	218	– Remission bei Leukämie	116
– Frührehabilitation	212	– Suche im alphabetischen Verzeichnis	100
– Paraplegiologische Rehabilitation	214	– Überlappende Lokalisation	115
Status nach	37		
Störungen		<b>U</b>	
– der inneren Sekretion des Pankreas	126	Übertragung (Schwangerschaft)	178
– nach medizinischen Massnahmen	46	– Definition	161
Surfactantmangel	185	Unilaterale	
Symptome	32	– Diagnosen	33
– abnorme klinische, Laborbefunde	188	– Prozeduren	61
– als Hauptdiagnose	32	Urogenitalsystem	158
– als Nebendiagnosen	32		
– Dysphagie	188	<b>V</b>	
– Fieberkrämpfe	188	Vakuumversiegelungstherapie	68
– Inkontinenz	188	Verätzungen	201
Syndrom		– Körperoberfläche	202
– als Nebendiagnose	54	Verbrennungen	201
– angeboren	54	– Körperoberfläche	202
– Diabetischer Fuss	124	Verdacht	
Syndrome	54	– auf Tumor oder Metastasen	113
		Verdachtsdiagnosen	43
<b>T</b>		– ausgeschlossene	43
Tabelle Transplantation	77	– bei Verlegung in ein anderes Spital	43
Taubheit	141	– wahrscheinlich	43
Termingeburt		Verdauungssystem	155
– Definition	161	Vergiftung	
Tetraplegie, nicht traumatisch		– durch Arzneimittel, Drogen und biologisch	
– Späte (chronische) Phase	137	aktive Substanzen	202
Tetraplegie, traumatisch		– durch Arzneimittel in Kombination mit Alkohol	205
– akute Phase – unmittelbar posttraumatisch	199	– durch verordnete Medikamente zusammen mit nicht	
– akute Phase – Verlegung des Patienten	199	verordneten Medikamenten	205
– chronische Phase	199	– Insulinüberdosierung	203
Thrombose		Verlängerte Schwangerschaftsdauer	178
– von koronarem Stent resp. Bypass	145	Verlegung	
Totgeburt		– gesundes Neugeborenes	58
– Definition	161	– mit Rückverlegung ins Primärspital	57
– Kodierung	163	– zur Behandlung	56
Transitorische Tachypnoe	185	– zur Behandlung ins Zentrumspital	57
Transplantation	76	– zur Rehabilitation	56
– Abstossungsreaktion	76	– zur Rekonvaleszenz	56
– Empfänger	76	– zur Weiterbehandlung	56
– Evaluation	76	Verletzungen	196
– Herz, Nachuntersuchung	148	– abdominelle	198
– Nachkontrolle	76	– mehrfache	201
– Postmortale Spende	76	– Oberflächliche	196

– offene	197
– offene intrakranielle	197
– offene mit Gefäss-, Nerven- und Sehnenbeteiligung	197
– Rückenmark	199
– thorakale	198
Verminderte Kindsbewegungen	165
Versagen	
– nach Transplantation	76
Verschluss	
– AV-Fistel	160
– von koronarem Stent resp. Bypass	145
Virale Sepsis	92
Vorhandensein von	37
vorzeitige Wehen	178

## **W**

Wahl der Hauptdiagnose	26
– bei Komplikationen innerhalb von 18 Tagen	60
Wartepatienten	25
Wechsel	
– auf offen	66
Weichteilschaden	196
Weiterbehandlung	
– Rehabilitation	56
– Rekonvaleszenz	56
Wet lung	185
Wirbelfrakturen	196
Wirbelluxationen	196
Wochenbett	
– Definition	161
Wunde	
– offen	197
– offene mit Komplikationen	198

## **Z**

Z-Kodes	207
Zusatz zur Hauptdiagnose	28
Zustand nach	37
Zystische Fibrose	126



# 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

## Ausgewählte Publikationen

### 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.

### Statistik: 175 Jahre im Dienste des modernen Bundesstaates



Diese Publikation wurde anlässlich der 10 000. Publikation des Bundesamtes für Statistik (BFS) herausgegeben. Sie illustriert anhand von zehn Publikationen und Ereignissen die Entwicklung des BFS, seiner Veröffentlichungen und der Statistik in der Schweiz. Die Broschüre umfasst 52 Seiten und ist auf Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch verfügbar.

## www.statistik.ch – wichtige Informationsquellen

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.

### Gesamtkatalog



Fast alle seit 1860 vom BFS publizierten Dokumente werden auf dem Web-Portal gratis in elektronischer Form zur Verfügung gestellt. Gedruckte Publikationen können bestellt werden unter der Telefonnummer +41 58 463 60 60 oder per Mail an [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch).

[www.statistik.ch](http://www.statistik.ch) → Statistiken → Katalog

### NewsMail – Immer auf dem neusten Stand



Thematisch differenzierte E-Mail-Aboptionen mit Hinweisen und Informationen zu aktuellen Ergebnissen und Aktivitäten.

[www.news-stat.admin.ch](http://www.news-stat.admin.ch)

### Übersicht über alle veröffentlichten Daten



Die vom BFS laufend veröffentlichten Datensätze werden für einen besseren Überblick in diesem Katalog zusammengefasst. Er enthält auch eine Gesamtschau der bereits auf der Plattform [opendata.swiss](http://opendata.swiss) verfügbaren Daten der Bundesstatistik sowie der Daten der «National Summary Data Page» (NSDP).

[www.data.bfs.admin.ch](http://www.data.bfs.admin.ch)

### Abstimmungashboard Schweiz



Das Dashboard des BFS nutzt Open-Government-Daten, um Abstimmungsergebnisse schnell, visuell und benutzerorientiert darzustellen. Alle Daten sind frei zugänglich und in fünf Sprachen dauerhaft verfügbar.

[abstimmungen.admin.ch](http://abstimmungen.admin.ch)

## Individuelle Auskünfte

### Zentrale Statistik Information

+41 58 463 60 11, [info@bfs.admin.ch](mailto:info@bfs.admin.ch)



[www.statistik.ch](http://www.statistik.ch)



Facebook



X

Im Rahmen der Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes) 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](http://www.statistik.ch)

#### **Print**

[www.statistik.ch](http://www.statistik.ch)  
Bundesamt für Statistik  
CH-2010 Neuchâtel  
[order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch)  
Tel. +41 58 463 60 60

#### **BFS-Nummer**

543-2600

#### **ISBN**

978-3-303-14388-9

**Statistik  
zählt für Sie.**

---

[www.statistik-zaeht.ch](http://www.statistik-zaeht.ch)