14

Gesundheit

543-1701-05

Auszug für die Psychiatrie aus dem Medizinischen Kodierungshandbuch

Version 2017

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS

Neuchâtel 2016

Die vom Bundesamt für Statistik (BFS)
herausgegebene Reihe «Statistik der Schweiz»
gliedert sich in folgende Fachbereiche:

0 Statistische Grundlagen und Übersichten

1 Bevölkerung

2 Raum und Umwelt

3 Arbeit und Erwerb

4 Volkswirtschaft

5 Preise

6 Industrie und Dienstleistungen

7 Land- und Forstwirtschaft

8 Energie

9 Bau- und Wohnungswesen

10 Tourismus

11 Mobilität und Verkehr

12 Geld, Banken, Versicherungen

13 Soziale Sicherheit

14 Gesundheit

15 Bildung und Wissenschaft

16 Kultur, Medien, Informationsgesellschaft, Sport

17 Politik

18 Öffentliche Verwaltung und Finanzen

19 Kriminalität und Strafrecht

20 Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung

21 Nachhaltige Entwicklung und Disparitäten auf regionaler und internationaler Ebene

Statistik der Schweiz

Auszug für die Psychiatrie aus dem Medizinischen Kodierungshandbuch

Version 2017

Bearbeitung Christiane Ricci, BFS
Chantal Violand, BFS
Sylvia Zihli, SwissDRG AG
Ursula Althaus
Annika List, Tarifsuisse AG

Herausgeber Bundesamt für Statistik (BFS)

Office fédéral de la statistique (OFS)
Neuchâtel 2016

Herausgeber:	Bundesamt für Statistik (BFS)
Auskunft:	Kodierungssekretariat BFS codeinfo@bfs.admin.ch
Autor:	Bundesamt für Statistik
Realisierung:	Christiane Ricci
Vertrieb:	Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel Tel. 058 463 60 60, Fax 058 463 60 61, order@bfs.admin.ch
BFS-Nummer:	543-1701-05
Reihe:	Statistik der Schweiz
Fachbereich:	14 Gesundheit
Originaltext:	Deutsch
Titelgrafik:	BFS; Konzept: Netthoevel & Gaberthüel, Biel; Foto: © Uwe Bumann – Fotolia.com
Grafik/Layout:	Sektion DIAM, Prepress/Print
Copyright:	BFS, Neuchâtel 2016 Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Angabe der Quelle gestattet
ISBN:	978-3-303-14274-5

Inhaltsverzeichnis

Danksagung 5

Einleitung für den «Auszug für die Psychiatrie aus dem Medizinischen Kodierungshandbuch» Version 2017 7

Abkürzungen dieses Auszugs für die Psychiatrie 8

Grundlagen PG00 – PG56 11

PG00a Medizinische Statistik und medizinische Kodierung 11
PG01a Geschichte 11
PG02a Organisation 12
PG03a Gesetzliche Grundlagen 12
PG04a Ziele der Medizinischen Statistik 13
PG05a Anonymisierung der Daten 13
PG06a Der medizinische Datensatz, Definitionen und Variablen 14

PG10a Medizinische Statistik und die TARPSY Tarifstruktur 15

PG20a Die Klassifikationen (ICD-10-GM und CHOP) 16
PG21a ICD-10-GM 16
PG22a Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) 23

PG30a Der Weg zur korrekten Kodierung 28

PG40a Dokumentation der Diagnosen und der Prozeduren 29

PG50a Definitionen 30
PG51a Der Behandlungsfall 30
PG52a Die Hauptdiagnose 31
PG53a Der Zusatz zur Hauptdiagnose 33
PG54a Die Nebendiagnosen 34
PG55a Die Hauptbehandlung 35
PG56a Die Nebenbehandlungen 35

Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten / Diagnosen PD00 – PD15 37

PD00a Abnorme Befunde 37
PD01a Symptome 38
PD03a Kreuz †-Stern*-Kodes 39
PD04a Kodes mit Ausrufezeichen («!») 40
PD05a Status nach / Vorhandensein von / Fehlen von 41
PD06a Folgezustände 42
PD09a Verdachtsdiagnosen 43
PD10a Chronische Krankheiten mit akutem Schub 45
PD11a Kombinationskodes 46
PD12a Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen) 47
PD13a Syndrome 54
PD14a Aufnahme zur Prozedur nicht durchgeführt 55
PD15a Verlegungen 56

Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren PP00 – PP06 57

PP00a Erfassung der Prozedur im medizinischen Datensatz 57
PP01a Prozeduren, die kodiert werden müssen 58
PP02a Prozeduren, die nicht kodiert werden 59
PP06a Mehrfach durchgeführte Prozeduren 60

Spezielle Kodierrichtlinien S0100–S2100 61

S0100 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten 61
S0200 Neubildungen 61
S0400 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten 61
S0500 Psychische und Verhaltensstörungen 61
S0600 Krankheiten des Nervensystems 61
S0700 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde 61
S0800 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes 61
S0900 Krankheiten des Kreislaufes 61
S1000 Krankheiten des Atmungssystems 61
S1100 Krankheiten des Verdauungssystems 61
S1200 Krankheiten der Haut und der Unterhaut 62
S1400 Krankheiten des Urogenitalsystems 62
S1500 Geburtshilfe 62
S1600 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben 62
S1800 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die a.n.k. sind 62
S1900 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen 62
S2000 Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität 62
S2100 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesen führen 62

Spezielle Kodierrichtlinien Psychiatrie PS0500–PS2000 63

PS0500 Psychische und Verhaltensstörungen 63
PS0501a Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Drogen, Medikamente, Alkohol und Nikotin) 63

PS1900 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen 65
PS1903a Offene Wunden/Verletzungen 65
PS1906a Mehrfachverletzungen 67
PS1907a Verbrennungen und Verätzungen 68
PS1908a Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen 69
PS1909a Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäss Verordnung) 70
PS1910a Unerwünschte Nebenwirkungen/Vergiftung von zwei oder mehr in Verbindung eingenommenen Substanzen (bei Einnahme entgegen einer Verordnung) 71

PS2000 Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität 72

Alphabetisches Verzeichnis 73

Danksagung

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

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

Massgeblich unterstützt wurden die Aktualisierung der Kodierrichtlinien, die Prüfung der Kompatibilität zum SwissDRG-Fallpauschalensystem und die Redaktion der Version 2017 durch folgende Arbeitsgruppe:

- Ursula Althaus, Ärztin, Kodierexpertin, Oberdorf
- Annika List, Tarifsuisse AG
- Christiane Ricci, eidg. dipl. med. Kodierexpertin, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel
- Chantal Violand, Ärztin, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel
- Sylvia Zihli, SwissDRG AG, Abteilung Medizin, Bern

Einleitung für den «Auszug für die Psychiatrie aus dem Medizinischen Kodierungshandbuch» Version 2017

Gemäss Artikel 49 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, ist für die Abgeltung stationärer Leistungen der Psychiatrie ein nationales einheitliches Tarifsystem mit Leistungsbezug anzuwenden. Die SwissDRG AG wurde beauftragt dieses Tarifsystem zu entwickeln (Projekt TARPSY). Die verbindliche Einführung der Tarifstruktur im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie ist für den 1. Januar 2018 geplant. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte eine Tarifstruktur erst zu einem späteren Zeitpunkt eingeführt werden.

Im Rahmen der Einführung des neuen Tarifsystems werden verschiedene Anpassungen der Kodierungsinstrumente (z.B. Klassifikationen und Kodierrichtlinien) vorgenommen. So wurden in diesem Kontext schon die HoNOS- und HoNOSCA-Einstufungen in der Schweizer Prozedurenklassifikation (CHOP) Version 2017 aufgenommen (Kodes 94.A- HoNOS und HoNOSCA).

Ein «Auszug für die Psychiatrie aus dem Medizinischen Kodierungshandbuch» wurde ebenso erstellt. Dieses Dokument besteht aus Auszügen von Regeln des aktuellen Medizinischen Kodierungshandbuchs Version 2017, die für die Kodierung der psychiatrischen Fälle besonders relevant sind. Konkrete Beispiele betreffend psychiatrische Diagnosen und Behandlungen wurden ebenso hinzugefügt. Die Regeln sind sonst dieselben, die in den offiziellen Kodierrichtlinien der Schweiz beschrieben sind.

Dieser Auszug für die Psychiatrie gliedert sich in folgende Teile:

- Grundlagen: Kapitel PG (P für Psychiatrie, G für Grundlagen)
- Allgemeine Kodierrichtlinien: PD für Psychiatrie Diagnosen und PP für Psychiatrie Prozeduren
- Spezielle Kodierrichtlinien: Kapitel PS (spezielle Psychiatrie-Kodierrichtlinien)

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

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

Alle Kodierrichtlinien haben eine alphanumerische Kennzeichnung (z.B. PD01, PS0501), gefolgt von einem kleinen Buchstaben zur Bezeichnung der jeweiligen Version. Die Kodierrichtlinien dieses Auszugs für die Psychiatrie aus dem Medizinischen Kodierungshandbuch Version 2017 haben das Kennzeichen «a», geänderte Kodierrichtlinien der Version 2018 werden mit dem Kennzeichen «b» markiert sein, usw.

Abkürzungen dieses Auszugs für die Psychiatrie

PD Kodierrichtlinien der Diagnosen Psychiatrie
PG Grundlagen Psychiatrie
HB Hauptbehandlung
HD Hauptdiagnose
L Lateralität/Seitigkeit
NB Nebenbehandlung
ND Nebendiagnose
PP Kodierrichtlinien der Prozeduren Psychiatrie
PS Spezielle Kodierrichtlinien Psychiatrie
ZHD Zusatz zur Hauptdiagnose

Für weitere Informationen betreffend die Erhebung der Daten für die Medizinische Statistik und deren Richtlinien ist die Einleitung «Medizinisches Kodierungshandbuch, der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz, Version 2017» auf der nächsten Seite vollständig übernommen.

Einleitung des «Medizinischen Kodierungshandbuches, der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz» Version 2017

Das vorliegende Handbuch richtet sich an alle Personen, die sich im Rahmen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und des Fallpauschalensystems SwissDRG mit der Kodierung der Diagnosen und Behandlungen der stationären Fälle befassen. Dies gilt für alle akutsomatische Betriebe, sowie psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken, diverse Spezialkliniken. Die an der Erhebung Beteiligten (d.h. die Spitäler) sind folglich gesetzlich verpflichtet, die nach den Richtlinien des BFS gültigen vorgegebenen Klassifikationen und das Kodierungshandbuch zu verwenden. Abweichende Richtlinien anderer Kodierungshandbücher (z.B. deutsches Kodierungshandbuch oder auch spitalintern erstellte Kodierungshandbücher) haben keine Gültigkeit.

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

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

Die Kodierrichtlinien gliedern sich in folgende Teile:

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

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

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

Alle Kodierrichtlinien haben eine alphanumerische Kennzeichnung (z.B. D01, S0103), gefolgt von einem kleinen Buchstaben zur Bezeichnung der jeweiligen Version. Die Kodierrichtlinien der Version 2012 haben das Kennzeichen «a», geänderte Kodierrichtlinien der Version 2013 das Kennzeichen «b», der Version 2014 das Kennzeichen «c»…usw. Inhaltliche Änderungen jeweiliger Kodierrichtlinien für 2017 sind durch ein Kennzeichen «f» und der betroffene Paragraph grün markiert. Sonstige Änderungen sind auch grün markiert, orthographische Korrekturen und Layoutkorrekturen sind nicht markiert.

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

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

Das medizinische Kodierungshandbuch 2017 ist ab dem 1.1.2017 gültig und ersetzt alle früheren Versionen.

Basis dieses Handbuches sind die Klassifikationen ICD-10-GM 2016 und CHOP 2016. Für die Kodierung aller stationären Fälle mit Austrittsdatum ab 1.1.2017 sind die ICD-10-GM-Kodes der Version 2016 und die CHOP-Kodes der Version 2017 zu verwenden.

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

Die Publikation durch FAQ gibt es ab 2017 nicht mehr, die bisherigen FAQ's werden in PDF Format auf unserer Internetseite aufgeschaltet. Im Laufe des Jahres werden Informationen und Präzisierungen durch Rundschreiben veröffentlicht. Dies sind offizielle Kodierungsmittel des BFS und müssen für Fälle mit Austritt ab 1. des folgenden Monats der Publikation berücksichtigt werden (1.1.2017, gegebenenfalls 1.7.2017).

Abkürzungen des Kodierungshandbuches

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

Grundlagen PG00 – PG56

PG00a Medizinische Statistik und medizinische Kodierung

PG01a Geschichte

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

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

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

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

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

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

PG02a Organisation

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

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

PG03a Gesetzliche Grundlagen

Die Medizinische Statistik basiert auf dem BStatG sowie der Statistikerhebungsverordnung, welche Vorschriften über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes enthalten, und auf dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10). Im Rahmen der KVG-Revision sind am 1. Januar 2009 neue Regelungen im Bereich der Spitalfinanzierung in Kraft getreten (AS 2008 2049, BBI 2004 5551), die auch Auswirkungen auf die Medizinische Statistik haben.

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

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

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

Das fallpauschalenbasierte Abrechnungssystem SwissDRG ist seit dem 1. Januar 2012 in Kraft. Die Tarifstruktur TARPSY wird ab dem 1. Januar 2018 in Kraft treten. Die Daten der Medizinischen Statistik werden dafür verwendet. Ausserdem bestimmt das revidierte KVG auch, dass das BFS die Angaben dem Bundesamt für Gesundheit, dem Eidgenössischen Preisüberwacher, dem Bundesamt für Justiz, den Kantonen und Versicherern sowie einigen anderen Organen je Leistungserbringer zur Verfügung stellt (Art. 22a Abs. 3 KVG). Die Daten werden vom BAG pro Kategorie oder pro Leistungserbringer (pro Spital) veröffentlicht. Resultate, die die Patientinnen und Patienten betreffen, werden nur anonym veröffentlicht, so dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können.

PG04a Ziele der Medizinischen Statistik

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

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

PG05a Anonymisierung der Daten

Das Datenschutzgesetz (DSG, SR 235.1) vom 19. Juni 1992 fordert, dass die Daten in anonymisierter Form ans BFS übermittelt werden. So gibt es für jede Patientin, bsw. jeden Patienten einen anonymen Verbindungskode, der auf der Basis von Name, Vorname, vollständigem Geburtsdatum und Geschlecht des Patienten generiert wird. Der Verbindungskode besteht aus einem verschlüsselten Kode (der durch Zerhacken und Kodieren der Daten erzeugt wird), der so erstellt ist, dass die Person nicht identifiziert werden kann.

PG06a Der medizinische Datensatz, Definitionen und Variablen

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

Daneben kann die kantonale Erhebungsstelle weitere Auflagen machen, unter anderem einen Kantonsdatensatz einfordern. Kantonale Vorgaben werden nicht durch das BFS beschrieben und hier auch nicht weiter ausgeführt.

Eine Beschreibung der Variablen aller Datensätze findet sich auf der Webseite des Bundesamtes für Statistik unter: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/02.html

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

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

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

Psychiatriedatensatz (MP)
In Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte wurde ein an die Bedürfnisse der Psychiatrie angepasster Zusatzfragekatalog entwickelt. Er enthält zusätzliche Angaben zu den soziodemografischen Merkmalen, den Behandlungen und der Begleitung nach Austritt. Die Angaben unterstehen nicht der Auskunftspflicht.

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

PG10a Medizinische Statistik und die TARPSY Tarifstruktur

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

Unter TARPSY gibt es keine Forcierungen, der Fall muss vollständig kodiert werden. Es ist nicht zulässig, z.B. Diagnosen zur Beeinflussung der PCG-Zuordnung wegzulassen oder hinzuzufügen. Im Rahmen der Pflege und Weiterentwicklung der TARPSY Tarifstruktur werden die Klassifikationen und Kodierungsrichtlinien regelmässig angepasst und präzisiert. Die TARPSY Tarifstruktur sowie die genauen Definitionen der einzelnen PCGs werden im jeweils aktuell gültigen Definitionshandbuch beschrieben.

PG20a Die Klassifikationen (ICD-10-GM und CHOP)

PG21a ICD-10-GM

Einführung

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

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

Die Klassifikation ICD-10 wurde entwickelt, um die Analyse und den Vergleich von Daten zu Mortalität und Morbidität zu ermöglichen. Für eine solche Interpretation ist ein Instrument zur Verschlüsselung von Diagnosen unerlässlich. Die ICD-10 Version, die in der Schweiz ab 01.01.2017 zur Kodierung der Diagnosen verwendet wird, ist die ICD-10-GM 2016 (German Modification).

Geschichte

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

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

Struktur

Die Kodes der Klassifikation ICD-10-GM weisen eine alphanumerische Struktur auf, die sich aus einem Buchstaben an der ersten Stelle gefolgt von zwei Ziffern, einem Punkt und einer bzw. zwei Dezimalstellen (z.B. *F60.8, F03*) zusammensetzt.

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

Systematisches Verzeichnis

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

Tabelle der Kapitel mit den entsprechenden Kategorien

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

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

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

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

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

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

Block/Gruppe	**Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (F40 – F48)**	
Dreistellige Kategorie	F40.–	**Phobische Störungen**
	F40.0-	**Agarophobie**
Fünfstellige Kodes	F40.00	Ohne Angabe einer Panikstörung
	F40.01	Mit Panikstörung
Vierstellige Subkategorien	**F40.1**	**Soziale Phobien**
	F40.2	**Spezifische (isolierte) Phobien**

Alphabetisches Verzeichnis

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

Depression F32.9	] Leitbegriff
– ängstlich F41.2 – – agitiert F32.2 – – anhaltend F34.1	] 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:

F40.2	**Spezifische (isolierte) Phobien**

Sie werden zur Angabe der zutreffenden Schlüsselnummer bei Exklusiva benutzt:

F20.0	**Paranoide Schizophrenie** ***Exkl.:*** Paranoia (F22.0)

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

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60–F69)

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

F00.0*	**Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn (G30.0†)**

G30.0†	**Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn (F00.0*)**

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.:

F14.0	**Akute Intoxikation [Akuter Rausch]**

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

F16.–	**Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene** [Hinweise zu den vierstelligen Subkategorien siehe am Anfang dieser Krankheitsgruppe]

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

F32.3	**Schwere depressive Episoden** Einzelne Episoden: • majore Depression mit psychotischen Symptomen • psychogene depressive Psychose • psychotische Depression • reaktive depressive Psychose

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:

G82.–	**Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie**	
	Inkl.: Paraplegie Quadriplegie Tetraplegie	chronisch

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

F90.–	**Hyperkinetische Störungen**

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:

F63.0	**Pathologisches Spielen** Zwanghaftes Spielen ***Exkl.:*** Exzessives Spielen manischer Patienten (F30.–) Spielen bei dissozialer Persönlichkeitsstörung (F60.2) Spielen und Wetten o.n.A. (Z72.8)

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

Inkl. (Inklusiva):
Diese Begriffe sind in dem ausgewählten Kode enthalten:

F30.–	**Manische Episode**
	Inkl.: Bipolare Störung, einzelne manische Episode

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:

F81.9	**Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, nicht näher bezeichnet** Lernbehinderung o.n.A. Lernstörung o.n.A. Störung des Wissenerwerbs 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.

F53.1	**Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, 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.

F93.8	**Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters**

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

F63.9	**Abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle, 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.

Postpartal – s. Art der Krankheit

Abusus – s.a. Missbrauch

Und:
Im Titel der Kategorie bedeuted das Wort «und/oder».

F55.5	**Steroide und Hormone**

Diese Kategorie umfasst Steroide und Hormone.

PG22a Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP)

Allgemeines

Die schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) enthält die Liste der Kodes für Operationen, Prozeduren, therapeutische und diagnostische Massnahmen. Sie basiert ursprünglich auf der amerikanischen ICD-9-CM, welche durch das CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) in Baltimore (USA) erstellt und bis 2007 unterhalten wurde. Die CHOP wird jährlich angepasst, die Version 2017 umfasst die Erweiterungen und Änderungen aus den Antragsverfahren bis 2015.

Struktur

Die CHOP besteht aus zwei separaten Teilen: das alphabetische Verzeichnis und das systematische Verzeichnis. Die Struktur der Kodes ist grundsätzlich alphanumerisch, doch die meisten Kodes sind aus historischen Gründen Ziffernkodes. Sie setzen sich in der Regel aus 2 Ziffern, gefolgt von einem Punkt und anschliessend einer bis vier weiteren Ziffern zusammen (z.B. *06.4; 45.76; 93.38.10; 94.A1.12*).

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

Alphabetisches Verzeichnis

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

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

Systematisches Verzeichnis

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

Klassifikationsstruktur

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

Dezimalisierung in einen unsegmentierten Hunderterblock (1 × 100), d.h. ohne Unterscheidung der dazwischen liegenden Segmente:	Dezimalisierung in einen unterteilten Hunderterblock (1 × 100), d.h. mit dazwischen liegenden Segmenten:	Dezimalisierung in (Zehn)-10-er Blöcke (10 × 10):
Znn.nn.0	**Znn.nn.0**	**Znn.nn.0**
Znn.nn.00 → n.n.bez.	Znn.nn.00 → n.n.bez.	Znn.nn.00 → n.n.bez.
Znn.nn.01 (Reserve)	Znn.nn.01 (Reserve)	Znn.nn.01 (Reserve)
Znn.nn.02 (Reserve)	Znn.nn.02 (Reserve)	Znn.nn.02 (Reserve)
…	…	…
Znn.nn.09 (Reserve)	Znn.nn.09 (Reserve)	Znn.nn.09 → sonstige
Znn.nn.10 → Beginn der Serie	Znn.nn.10 → Beginn des 1. Segmentes	**Znn.nn.1**
Znn.nn.11	Znn.nn.11	Znn.nn.10 → n.n.bez.
Znn.nn.12	Znn.nn.12	Znn.nn.11
…	…	…
Znn.nn.88	Znn.nn.20 → Beginn des nachfolgenden Segment	Znn.nn.19 → sonstige
Znn.nn.89 → Ende der Serie	Znn.nn.21	**Znn.nn.2**
	…	…
Znn.nn.97 (Reserve)	Znn.nn.40 → Bei Bedarf weiteres Segment	**Znn.nn.9**
Znn.nn.98 (Reserve)	Znn.nn.41	Znn.nn.90 → n.n.bez.
Znn.nn.99 → sonstige	…	Znn.nn.91
	Znn.nn.97 (Reserve)	…
	Znn.nn.98 (Reserve)	Z.nn.nn.99 → sonstige
	Znn.nn.99 → sonstige	
In einem fortlaufenden Hunderterblock ist die Nummerierung fortlaufend von Znn.nn.10 bis Znn.nn.89.	In einem unterteilten Hunderterblock kann die Nummerierung 10er, 20er, usw.-Segmente beinhalten, z. B. für die unterschiedliche Art des operativen Eingriffes: Inzision, Exzision, Destruktion oder Rekonstruktion, usw. Der Unterschied dieser 10er-Segmente ist bestimmt z.B. durch operative Techniken, Zugangswege oder andere Varianten.	In einer Dezimalisierung mit 10 × 10 10er-Blöcken werden in jedem 10er-Block jeweils die Positionen Znn.nn.n0 und Znn.nn.n9 für die Restelemente «n.n.bez.» bzw. «sonstige» reserviert. Damit gibt es also potentiell 20 Restelemente in der Dezimalisierung 10 × 10. Der Kode Znn.nn.09 ist die Restkategorie «sonstige» der Subkategorie. Sie ist gebildet durch den Titel der Subkategorie gefolgt von «sonstige».

Resteklassen

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

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

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

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

Das systematische Verzeichnis der CHOP wird in 17 Kapitel eingeteilt. Die Kapitel 1 bis 15 sind nach der «Anatomie» strukturiert.

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

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

Prinzipiell besteht folgende Reihenfolge der Einteilung:

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

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

Typografische Vereinbarungen und Abkürzungen

n.a.klass.	Nicht anderenorts klassifizierbar: es existiert kein anderer Subkode für diesen spezifischen Eingriff.
n.n.bez.	Nicht näher bezeichnet: den Eingriff präzisierende Angaben fehlen.
( )	Runde Klammern enthalten ergänzende Bezeichnungen oder Erläuterungen zu einem Eingriff. Die Kodierung wird dadurch nicht beeinflusst.
[ ]	Eckige Klammern enthalten Synonyme und andere Schreibweisen zum vorangehenden oder folgenden Ausdruck.
EXKL.	Diese Eingriffe sind unter dem gegebenen Kode zu klassifizieren.
INKL.	Diese Eingriffe sind Bestandteil des Kodes.
Kodiere ebenso	Diese Eingriffe müssen, wenn durchgeführt, zusätzlich kodiert werden.
Kode weglassen	Diese Eingriffe sind bereits in einem anderen Kode beinhaltet.
und	Der Begriff «und» wird im Sinne von «und/oder» verwendet.
*****	Ein Sternchen bezeichnet eine Schweizer Ergänzung zum Original.
[L]	Lateralität (Seitigkeit muss erfasst werden).

PG30a Der Weg zur korrekten Kodierung

Der richtige Weg, einen Kode zu finden, besteht darin, den Leitbegriff für die Diagnose oder die Prozedur 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.

PG40a 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 Bedeutung einer kohärenten und vollständigen Dokumentation im Patientendossier kann nicht genug betont werden. Fehlt eine solche Dokumentation, ist es schwierig, ja unmöglich, die Kodierrichtlinien umzusetzen.

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

Resultate von im Aufenthalt durchgeführten Untersuchungen/Eingriffen gehören zur Dokumentation, auch wenn sie erst nach dem Austritt der Patientin, bzw. des Patienten eintreffen.

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

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

Beispiele:

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

- Die Diagnose «Linksherzinsuffizienz» ist mit der dokumentierten Angabe von «mit Beschwerden in Ruhe» mit *I50.14 Linksherzinsuffizienz NYHA IV* zu kodieren, auch wenn NYHA Stadium 4 nicht ausdrücklich bei der Diagnose steht.

Diese Angaben bilden die Grundlage für die Kodiererinnen und Kodierer zur regelkonformen Abbildung des Falles.

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

Für die abschliessende Kodierung des Behandlungsfalles ist das Spital verantwortlich.

PG50a Definitionen

PG51a Der Behandlungsfall

Es gelten die Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY.

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

Der **Fall** beginnt mit dem Eintritt und endet mit dem Austritt, der Verlegung oder dem Tod der Patientin, bzw. des Patienten.

PG52a Die Hauptdiagnose

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

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

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

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

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

Beispiel 1

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 wurde der Patient stationär aufgenommen. Im Behandlungsverlauf berichtet der Patient über einen schädlichen Gebrauch von Alkohol. Zudem wurde ein Diabetes mellitus diagnostiziert.

Während des stationären Aufenthaltes wurden 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.

Beispiel 2

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

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

Beispiel 3

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

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

Beispiel 4

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

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

PG53a Der Zusatz zur Hauptdiagnose

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

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

1. Die Hauptdiagnose ist ein Kreuzkode (†), dem im Feld «Zusatz zur Hauptdiagnose» der entsprechende Sternkode (*) beigefügt wird, wenn dem keine andere Kodierrichtlinie entgegen steht (siehe auch PD03).

   Beispiel 1
   61-jähriger Patient mit einer Demenz bei Alzheimer-Krankheit.
   HD G30.0† Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn
   ZHD F00.0 Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn*

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

   Beispiel 2
   Patientin wird wegen einer absichtlichen Vergiftung durch Schlaftabletten hospitalisiert.
   HD T42.7 Vergiftung durch Schlaftabletten
   ZHD X84.9! Absichtliche Selbstbeschädigung

   Beispiel 3
   Patient mit akuter Gastritis durch nicht steroidales Antirheumatikum hervorgerufen.
   HD K29.1 Sonstige akute Gastritis
   ZHD Y57.9! Komplikation durch Arzneimittel oder Drogen

PG54a Die Nebendiagnosen

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

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

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

Anamnestische Diagnosen, die die Patientenbehandlung gemäss obiger Definition nicht beeinflusst haben, werden nicht kodiert (z.B. ausgeheilte Pneumonie vor sechs Monaten oder abgeheiltes Ulkus).

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

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

Beachte auch Präzisierungen unter PG40.

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

Beispiel 1
Ein Patient erhält wegen der Nebendiagnosen Akoholabhängigkeit und Medikamentenabhängigkeit eine Motivationsbehandlung. Kodiert werden beide Diagnosen:
ND Alkoholabhängigkeit
ND Medikamentenabhängigkeit

Beispiel 2
Eine Patientin ist wegen einer schweren Depression hospitalisiert. Sie hat zusätzlich eine behandelte Hypertonie.
HD Depression
ND Hypertonie

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

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.

PG55a Die Hauptbehandlung

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

PG56a Die Nebenbehandlungen

Die zusätzlichen Massnahmen werden als Nebenbehandlungen kodiert.

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

Reihenfolge der Nebenbehandlungen

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

Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten / Diagnosen PD00 – PD15

PD00a Abnorme Befunde

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

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

> ***Beispiel 1***
> *Ein Patient wird wegen einer rezidivierenden depressiven Störung stationär aufgenommen. Im Labortest wird eine leicht erhöhte Gamma-GT gefunden. Ein zweiter Test zeigt Werte im Normbereich.*
> *HD Rezidivierende depressive Störung*

Die erhöhte Gamma-GT erfüllt die Nebendiagnosendefinition (siehe Regel PG54) nicht und wird deshalb nicht kodiert. Sie ist jedoch für die medizinische Dokumentation und die ärztliche Kommunikation von Bedeutung.

PD01a 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 PD09, Abschnitt 2).

Symptome als Nebendiagnosen

Ein Symptom wird nicht kodiert, wenn es als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrunde liegenden Krankheit vergesellschaftet ist. Stellt jedoch ein Symptom (eine Manifestation) ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung dar, so wird es als Nebendiagnose kodiert, wenn es die Nebendiagnosendefinition erfüllt (siehe Regel PG54).

Beispiel 1

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)

PD03a Kreuz †-Stern*-Kodes

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

- Wenn der Kreuz †-Kode in der Hauptdiagnose steht, muss der entsprechende Stern*-Kode als Zusatz zur Hauptdiagnose (ZHD) angegeben werden, falls diese Manifestation die Nebendiagnosendefinition (Regel PG54) 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 PG54) erfüllt.
- Einige Kodes sind nicht von vornherein Kreuz †-Kodes, werden aber durch die Assoziation mit einem Stern*-Kode dazu (siehe Beispiel 2).
- Mehrere Stern*-Kodes können einem Kreuz †-Kode zugeordnet werden (siehe Beispiel 3).

Diese Reihenfolge für die Ätiologie-/Manifestationsverschlüsselung gilt nur für das Kreuz†-Stern* System. Die Hauptdiagnosenregel PG52 erfährt somit ausserhalb der Kreuz †-Stern*-Systematik in Bezug auf die Reihenfolge von Ätiologie-/Manifestationskodes keine Einschränkung.

Beispiel 1

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

HD	*G30.0†*	*Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn*
ZHD	*F00.0**	*Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn*

Beispiel 2

Eine Patientin wird zur Behandlung einer renalen Anämie hospitalisiert.

HD	*N18.– †*	*Chronische Nierenkrankheit*
ZHD	*D63.8**	*Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten*

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

Beispiel 3

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

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

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

PD04a Kodes mit Ausrufezeichen («!»)

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

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

Beispiel 1

Harnwegsinfekt durch Escherichia Coli.

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

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

Beispiel 2

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

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

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

Beispiel 3

Pneumonie durch diagnostizierte Klebsiella pneumoniae und durch diagnostizierte Escherichia Coli, nachgewiesen ESBL-resistent (ein Verdacht genügt nicht).

HD	*J15.0*	*Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae*
ZHD	–	
ND	*J15.5*	*Pneumonie durch Escherichia Coli*
ND	*U80.4!*	*ESBL-Resistenz*

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

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

Für die Kodes der äusseren Ursachen (*V–Y*) ist auch Kapitel PS2000 zu berücksichtigen.

PD05a Status nach/Vorhandensein von/Fehlen von

Diese Diagnosen werden **nur kodiert, wenn sie einen Einfluss auf die aktuelle Behandlung haben** (siehe Nebendiagnosendefinition, Regel PG54).

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

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

Beispiel 1

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

HD	*F20.0*	*Paranoide Schizophrenie*
ND	*Z94.4*	*Zustand nach Lebertransplantation*

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

Beispiel 2

Bei einem Patienten wird ein Status nach Lungenembolie behandelt.

Z86.7	*Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese*
Z92.1	*Dauertherapie mit Antikoagulanzien in der Eigenanamnese*

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

Nicht erfasst werden:
Z94.5 Zustand nach Hautransplantation, 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 Pankreas Transplantation abgebildet.
Z.B. ist eine Neoblase / Ileoblase / Ileumconduit keine Organ- oder Gewebetransplantation, sondern ein Blasenersatz im Sinne einer Gewebetransposition.

PD06a Folgezustände

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

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

Spezielle Kodes für Folgezustände:

B90.–	*Folgezustände der Tuberkulose*
B91	*Folgezustände der Poliomyelitis*
B92	*Folgezustände der Lepra*
B94.–	*Folgezustände sonstiger und nicht näher bezeichneter infektiöser und parasitärer Krankheiten*
E64.–	*Folgen von Mangelernährung oder sonstigen alimentären Mangelzuständen*
E68	*Folgen der Überernährung*
G09	*Folgen entzündlicher Krankheiten des Zentralnervensystems*
I69.–	*Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit*
O94	*Folgen von Komplikationen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*
T90–T98	*Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äusserer Ursachen* Beachte: Hier ist kein Kode für äussere Ursachen *(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 einer spastischen Hemiplegie aufgrund einer früheren Hirnembolie.
G81.1 Spastische Hemiparese und Hemiplegie
I69.3 Folgen eines Hirninfarktes

PD09a Verdachtsdiagnosen

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

Es bestehen drei Möglichkeiten:

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

Beispiel 1
Ein Vorschulkind wurde mit Verdacht auf ADHS aufgenommen. Die diagnostischen Kriterien konnten im Verlauf nicht ausreichend bestätigt werden. Eine psychotherapeutische und heilpädagogische Behandlung des ADHS wurde jedoch vorgenommen.
HD F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

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

Beispiel 2
Ein Kind wurde wegen rechtseitigen Schmerzen im Unterbauch mit Verdacht auf Appendizitis aufgenommen. Die Untersuchungen während des stationären Aufenthaltes haben die Diagnose einer Appendizitis nicht bestätigt. Eine spezifische Behandlung der Appendizitis wurde nicht durchgeführt.
HD R10.3 Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches

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 Patient wird in einer Krisensituation nach einem Autounfall fremdanamnestisch als psychisch auffällig beschrieben. Er sei verwirrt und berichte zusammenhangslos. In der Akutsituation ist eine genaue Klärung der Umstände nicht möglich. Der Patient stimmt einer stationären Aufnahme zur Beobachtung und weiteren Abklärung zu. Im Verlauf zeigt sich kein Anhalt für eine akute Belastungsreaktion oder eine andere psychische Krankheit oder Verhaltensstörung.
HD Z03.2 Beobachtung bei Verdacht auf psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen
ND Keine

Kodierung einer Verdachtsdiagnose bei Verlegung in ein anderes Spital

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

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

PD10a 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
Akute alkoholische Intoxikation bei chronischer Alkoholabhängigkeit.
F10.0 Akute Intoxikation (akuter Rausch)
F10.2 Alkohol-Abhängigkeitssyndrom

Ausnahmen:
Dieses Kriterium darf nicht verwendet werden, wenn:

- die ICD-10-GM für die Kombination eine eigene Schlüsselnummer vorsieht, z.B.:
  *J44.1– **Chronische** obstruktive Lungenkrankheit mit **akuter** Exazerbation, nicht näher bezeichnet*
- die ICD-10-GM eine gegenteilige Anweisung gibt, z.B.:
  *C92.0– **Akute** myeloblastische Leukämie*
  *Exkl.: **Akute** Exazerbation einer **chronischen** myeloischen Leukämie (C92.1–)*
- die ICD-10-GM darauf hinweist, dass nur eine Schlüsselnummer erforderlich ist. Zum Beispiel weist bei der Kodierung von «akuter Schub bei chronischer mesenterialer Lymphadenitis» das alphabetische Verzeichnis darauf hin, dass die **akute** Krankheit nicht getrennt kodiert werden muss, da sie in runden Klammern nach dem Hauptbegriff aufgeführt ist (d.h. als nicht wesentlicher Modifizierer):
  *I88.0 Mesenteriale Lymphadenitis **(akut) (chronisch)***

PD11a Kombinationskodes

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

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

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

Beispiel 1
Arteriosklerose an den Extremitäten mit Gangrän.
I70.25 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän

Nicht korrekt wäre die separate Kodierung:
I70.2– Atherosklerose der Extremitätenarterien
mit
R02 Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert.

PD12a Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen)

Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen) werden nur kodiert, wenn sie vom Arzt als solche beschrieben und dokumentiert sind und die Nebendiagnosendefinition (PG54) erfüllen.

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

1. Kodes für die spezifische Verschlüsselung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen finden sich in den meisten Kapiteln der ICD-10-GM (z.B. *L58.0 Akute Radiodermatitis*).
   (In der Tabelle der Beispiele (folgende Seiten) unter: Organkode **mit** Begriff «nach medizinischen Massnahmen»).

2. Ebenso existieren am Ende mancher Organkapitel folgende Kategorien:
   E89.– Endokrine und Stoffwechselstörungen nach med. Massnahmen, a.n.k
   G97.– Krankheiten des Nervensystems nach med. Massnahmen, a.n.k
   H59.– Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgeb. nach med. Massnahmen, a.n.k
   H95.– Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes nach med. Massnahmen, a.n.k
   I97.– Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k
   J95.– Krankheiten der Atemwege nach med. Massnahmen, a.n.k
   K91.– Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k
   M96.– Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach med. Massnahmen, a.n.k
   N99.– Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Massnahmen, a.n.k

3. Im Kapitel XIX gibt es die Kategorien *T80 – T88 Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert.*

4. Übliche Kodes aus den Kapiteln ohne spezifischen Bezug auf Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen. (In der Tabelle der Beispiele (folgenden Seiten) unter: Organkode **ohne** Begriff «nach medizinischen Massnahmen»).

Auswahl des richtigen Kodes

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

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

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

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

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

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

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

1. In den Kapiteln: Organkode mit Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	2. Am Ende mancher Kapitel	3. Kategorien T80–T88	4. In den Kapiteln: Organkode ohne Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	Präzise Kodierung

Luxation einer Hüftgelenkendoprothese beim Aufstehen (z.B. vom Bett oder vom Stuhl)

Ø	*M96.88 Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach med. Massnahmen*	*T84.0 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese (Fehllage, Leckage, Verlagerung, usw.)*	*M24.45 Habituelle Luxation eines Gelenkes, Hüfte* oder *S73.0- Luxation der Hüfte*	***T84.0 + Y***

M96.88 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. *T84.0* beschreibt eine mechanische Komplikation der Gelenkendoprothese. *M24.45* beschreibt eine Pathologie eines Gelenkes, *S73.0–* beschreibt eine Luxation durch Trauma, einen Unfall.

Aber: Luxation einer Hüftgelenkendoprothese durch Sturz z.B. von einer Leiter (= Unfall)

Ø	Ø	*T84.0 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese (Fehllage, Leckage, Verlagerung, usw.)*	*S73.0– Luxation der Hüfte*	***S73.0– + X***

S73.0– beschreibt eine Luxation durch Trauma, durch einen Unfall. (+ *X59.9!* für den Sturz + *Z96.64* für das Vorhandsein der Prothese)

Tiefes Hämatom im Gelenk nach Knieprothesenimplantation

Ø	*M96.88 Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach med. Massnahmen*	*T81.0 Blutung als Komplikation eines Eingriffes, a.n.k.* *Exkl: Blutung durch Prothesen, Implantate, Transplantate (T84.8)*	*M25.06 Hämarthros, Kniegelenk* oder *S80.0 Prellung des Knies*	***T84.8 + Y***

M96.88 beschreibt eine «sonstige» Krankheit des Muskel-Skelett-Systems. *T81.0* beschreibt eine Blutung a.n.k. und hat ein Exkl. auf *T84.8*. *M25.06* beschreibt eine Pathologie des Kniegelenkes, *S80.0* beschreibt ein Trauma, einen Unfall.

Verlagerter Herzschrittmacher

Ø	*I97.8 Sonstige Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.*	*T82.1 Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät*	Ø	***T82.1 + Y***

I97.8 beschreibt «sonstige» Kreislaufkomplikationen. *T82.1* beschreibt eine mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät.

Peritonitis durch Peritonealdialysekatheter

Ø	*K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k*	*T85.71 Infektion und entzündliche Reaktion durch Katheter zur Peritonealdialyse*	*K65.0 Akute Peritonitis*	***T85.71 + Y***

K91.88 beschreibt «sonstige» Komplikationen des Verdauungssystems. *T85.71* beschreibt die Pathologie (Infektion) und den Katheter als Ursache. *K65.0* beschreibt nur die Infektion, ein *Y* würde die Ursache beschreiben, aber nicht die präzise medizinische Massnahme (= den Katheter).

---

1. In den Kapiteln: Organkode mit Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	2. Am Ende mancher Kapitel	3. Kategorien T80–T88	4. In den Kapiteln: Organkode ohne Begriff «nach medizinischen Massnahmen»	Präzise Kodierung

Blutung nach Prostatektomie

Ø	*N99.8 Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Massnahmen*	*T81.0 Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, a.n.k.*	*N42.1 Kongestion und Blutung der Prostata*	***T81.0 + Y***

N99.8 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Massnahmen. *T81.0* beschreibt Blutung als Komplikation, a.n.k., ist aber der präziseste Kode, da: *N42.1* eine Blutung der Prostata beschreibt, die nicht mehr als solche vorhanden ist.
Diese Kodierung gilt auch bei Blutung nach partieller Resektion der Prostata.

Phlebitis am Vorderarm wegen Infusion durch Venenverweilkanüle

Ø	*I97.8 Sonstige Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k.*	*T80.1 Gefässkomplikationen nach Infusion, Transfusion, Injektion zu therapeutischen Zwecken (Phlebitis, Thromboembolie, Thrombophlebitis)*	*I80.80 Phlebitis oberflächlicher Gefässe der oberen Extremitäten*	***T80.1 + Y***

I97.8 beschreibt «sonstige» Kreislaufkomplikationen, a.n.k. *T80.1* beschreibt in einem Kode präzise die Gefässkomplikation und die präzise Ursache. *I80.80* beschreibt nur die Pathologie.

Harnwegsinfekt unbestimmter Lokalisation bei Dauerkatheterträger

Ø	*N99.8 Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Massnahmen*	*T83.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt*	*N39.0 Harnwegsinfektion, Lokalisation n.n.b.*	***T83.5 + Y***

N99.8 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Urogenitalsystems. *T83.5* beschreibt präzise die Infektion, die Lokalisation (Harntrakt) und die Ursache. *N39.0* beschreibt nur die Pathologie.

Intraoperativer Durariss mit sofortigem Verschluss

Ø	*G97.88 Sonstige Krankheiten des Nervensystems nach med. Massnahmen*	*T81.2 Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, a.n.k.*	*S-Kode: Ø* *G96.0 Austritt von Liquor cerebrospinalis*	***T81.2 + Y***

G97.88 beschreibt «sonstige» Krankheiten des Nervensystems. *T81.2* beschreibt eine versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes a.n.k. *S-Kode:* gibt es keinen. *G96.0* beschreibt ein klinisches Krankheitsbild, ein Hypoliquorrhoe Syndrom ohne Zusammenhang mit einer Operation.

Wahl der Haupt- oder Nebendiagnose

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

Beispiel 11

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

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

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

PD13a Syndrome

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

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

Syndrom als Nebendiagnose

Bei einer Hospitalisation für eine Syndrom-unabhängige Erkrankung (z.B. Appendizitis), wird das Syndrom als Nebendiagnose nur abgebildet, wenn die Nebendiagnosendefinition (Regel PG54) erfüllt ist.

Bei Syndromen ohne spezifischen Kode, werden von den verschiedenen Manifestationen nur diejenige abgebildet, welche die Nebendiagnosendefinition (Regel PG54) erfüllen.

PD14a Aufnahme zur Prozedur nicht durchgeführt

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

- Wenn die Prozedur/Therapie aus technischen Gründen nicht durchgeführt wurde:

  Beispiel 1
  Ein Patient wird zur Durchführung einer Elektrokrampftherapie aufgenommen. Die Intervention wurde 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 Prozedur/Therapie aufgrund einer anderen Krankheit oder einer Komplikation nicht durchgeführt wurde:

  Beispiel 2
  Eine Patientin wurde aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, zur stationären Psychotherapie aufgenommen. Die geplante stationäre Psychotherapie konnte aufgrund einer akuten Appendizitis nicht begonnen werden. Die Patientin wurde 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*

PD15a Verlegungen

Bei Verlegungen zwischen dem Akutspital und der Psychiatrie ist Folgendes zu beachten:

- Wird ein Patient verlegt, so hat jedes Spital einen separaten Fall zu kodieren.
- 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 1

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, zusätzliche Nebendiagnosen gemäss der Nebendiagnosendefinition PG54.

Beispiel 2

Patientin wurde wegen Suizidversuch mit Schnittverletzungen am Unterarm bei schwerer Depression mit psychotischen Symptomen im Akutspital behandelt. Verlegung in die Psychiatrie zur Behandlung der Depression nach Verheilung der Schnittwunde.
Akutspital kodiert:
HD S55.7 Verletzung mehrerer Blutgefässe in Höhe des Unterarms
ZHD X84.9! Absichtliche Selbstbeschädigung
ND F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
HB Die Wundversorgung
Psychiatrische Klinik kodiert:
HD F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren PP00 – PP06

PP00a Erfassung der Prozedur im medizinischen Datensatz

Zu jeder erfassten Prozedur sind anzugeben:

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

  Folgende Ziffern werden erfasst:
  0 = Beidseitig
  1 = Einseitig rechts
  2 = Einseitig links
  9 = Unbekannt
  leer = Frage stellt sich nicht

  Entsprechende CHOP-Kodes sind **in der CHOP mit [L]** gekennzeichnet. Diese Information ist eine Kodierhilfe, da die Kennzeichnung nicht vollständig ist. Weiter sind einige Prozeduren mit einem (L) gekennzeichnet, obwohl sie nicht immer eine Seitenangabe erfordern. In diesen Fällen sind die Variablen V4.3.V011, 4.3.V021, usw. leer zu lassen. Diese Situation ist der Tatsache verdankt, dass gewisse Kodes Verfahren an Lokalisationen **mit oder ohne** erforderlicher Seitigkeitsangabe einschliessen.
- **Externe ambulante Behandlungen:** erhält ein stationärer Patient externe ambulante Leistungen (MRI, DIalyse, Chemotherapie), werden diese beim stationären Fall kodiert und mit dem speziellen Item «ambulante Behandlung auswärts» (Variablen 4.3.V016, 4.3.V026, 4.3.V036, usw.) gekennzeichnet.

PP01a Prozeduren, die kodiert werden müssen

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

  Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder:
  - chirurgischer Natur ist
  - ein Eingriffsrisiko birgt
  - ein Anästhesierisiko birgt
  - Spezialeinrichtungen, Grossgeräte (z.B. MRI) oder spezielle Ausbildung erfordert.

PP02a Prozeduren, die nicht kodiert werden

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

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

- **Prozeduren, die im direkten Zusammenhang** mit einer Prozedur stehen.

  Beispiel 1
  Eine Anästhesie bei einer Elektrokrampftherapie ist im Kode enthalten und wird nicht gesondert kodiert.

PP06a Mehrfach durchgeführte Prozeduren

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

Ausnahmen:

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

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

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

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

  Beispiel 1
  Ein Patient erhält eine multimodale Schmerztherapie, dies vom 2. bis zum 8. und vom 12. bis zum 19. Hospitalisationstag.
  93.A2.42 Multimodale Schmerztherapie, 15 bis 21 Tage
  (Total 7 + 8 = 15 Tage)

  Beispiel 2
  Ein Patient erhält mehrere Erythrozytenkonzentrate:
  Tag 1: 3 EK, Tag 3: 4 EK, Tag 5: 4 EK, Tag 6: 3 EK = 14 EK.
  Hier werden die Erythrozytenkonzentrate summiert und nur mit einem CHOP-Kode abgebildet.
  99.04.12 Transfusion von Erythrozytenkonzentrate, 11 TE bis 15 TE

Spezielle Kodierrichtlinien S0100–S2100

Zur Kodierung von sonstigen Krankheiten/Pathologien müssen die speziellen Kodierrichtlinien aus dem ursprünglichen Kodierungshandbuch herangezogen werden.

Sie beinhalten folgende Kapitel (beachte insbesondere Kapitel S0500, S1900 und S2000):

S0100 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten

S0200 Neubildungen

S0400 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

S0500 Psychische und Verhaltensstörungen

Betrifft spezielle Kodierrichtlinien Psychiatrie, siehe PS0500 auf folgenden Seiten.

S0600 Krankheiten des Nervensystems

S0700 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde

S0800 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes

S0900 Krankheiten des Kreislaufes

S1000 Krankheiten des Atmungssystems

S1100 Krankheiten des Verdauungssystems

S1200 Krankheiten der Haut und der Unterhaut

S1400 Krankheiten des Urogenitalsystems

S1500 Geburtshilfe

S1600 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben

S1800 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die a.n.k. sind

S1900 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen

Bei Verletzungen/Vergiftungen bei Suizidversuch zum Beispiel ist dieses Kapitel heranzuziehen, siehe unter PS1900 auf folgenden Seiten.

S2000 Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität

Zur Klassifizierung von Umständen als Ursache von Verletzungen, Vergiftungen, Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen und anderen schädlichen Wirkungen, siehe PS2000 auf folgenden Seiten.

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

Im Anhang befinden sich Präzisionen für:

Entgleister Diabetes mellitus

Akutes Nierenversagen

Sepsis, Diagnosekriterien

HIV/AIDS, CDC-Klassifikation

Mangelernährung

Spezielle Kodierrichtlinien Psychiatrie PS0500 – PS2000

PS0500 Psychische und Verhaltensstörungen

PS0501a Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Drogen, Medikamente, Alkohol und Nikotin)

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

Akute nicht akzidentelle Intoxikation (Rausch)

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

Beispiel 1

Bekannter Alkoholiker, der in fortgeschrittenen alkoholisierten Zustand – im Sinne eines Rausches – hospitalisiert wird.

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

Beispiel 2

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

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

Akute akzidentelle Intoxikation

Siehe Kapitel PS1900.

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 Ösohagitis diagnostiziert.

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

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

PS1900 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen

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

PS1903a Offene Wunden/Verletzungen

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

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

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

Offene Verletzungen mit Gefäss-, Nerven- und Sehnenbeteiligung

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

- zuerst die arterielle Verletzung
- 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.

Komplikationen einer offenen Wunde

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

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

Beispiel 1

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.

PS1906a Mehrfachverletzungen

Diagnosen

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

Kombinationskategorien für Mehrfachverletzungen *T00 – T07 Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen* und Kodes aus *S00 – S99*, die mit einer *«.7»* an vierter Stelle multiple Verletzungen kodieren, sind nur dann zu verwenden, wenn die Anzahl der zu kodierenden Verletzungen die maximale Zahl der übermittelbaren Diagnosen überschreitet.

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

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

Reihenfolge der Kodes bei multiplen Verletzungen

Die Wahl der Hauptdiagnose erfolgt nach Regel PG52.

Beispiel 1

Eine Patientin wird nach einem Autounfall mit fokaler Hirnkontusion, traumatischer Amputation eines rechten Ohres, 20-minütiger Bewusstlosigkeit, Prellung von Kehlkopf und rechter Schulter sowie mit Schnittwunden in rechter Wange und rechtem Oberschenkel aufgenommen.

HD	*S06.31*	*Umschriebene Hirnkontusion*
ZHD	*V99!*	*Transportmittelunfall*
ND	*S06.70!*	*Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, weniger als 30 Minuten*
ND	*S08.1*	*Traumatische Amputation des Ohres*
L	*1*	
ND	*S01.41*	*Offene Wunde der Wange*
L	*1*	
ND	*S71.1*	*Offene Wunde des Oberschenkels*
L	*1*	
ND	*S10.0*	*Prellung des Rachens*
ND	*S40.0*	*Prellung der Schulter und des Oberarms*
L	*1*	

In diesem Fall werden *S09.7 Multiple Verletzungen des Kopfes* und *T01.8 Offene Wunden an sonstigen Kombinationen von Körperregionen* **nicht** angegeben, da individuelle Kodes anzugeben sind, wann immer dies möglich ist.

PS1907a Verbrennungen und Verätzungen

Reihenfolge der Kodes

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

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

Beispiel 1

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

HD	*T25.3*	*Verbrennung 3. Grades der Knöchelregion und des Fusses*
L	*1*	
ZHD	*X19.9!*	*Verbrennung oder Verbrühung durch Hitze oder heisse Substanzen*
ND	*T31.00!*	*Verbrennungen von weniger als 10% der Körperoberfläche*

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

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

Beispiel 2

Verbrennung Grad 2a der Bauchwand (15%) und des Perineums (10%) durch heisses Wasser.

HD	*T21.23*	*Verbrennung Grad 2a des Rumpfes, Bauchdecke*
ZHD	*X19.9!*	*Verbrennung oder Verbrühung durch Hitze oder heisse Substanzen*
ND	*T21.25*	*Verbrennung Grad 2a des Rumpfes, äussere Genitale*
ND	*T31.20*	*Verbrennungen von 20 bis 29% der Körperoberfläche*

Wenn die Zahl der Diagnosen die Anzahl der maximal übermittelbaren Diagnosen übersteigt, ist der Kode *T29.– Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer Körperregionen* zu verwenden.

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

Körperoberfläche (KOF)

Jeder Verbrennungs-/Verätzungsfall ist **zusätzlich** mit einem Kode aus

T31.–! *Verbrennungen, klassifiziert nach dem Ausmass der betroffenen Körperoberfläche*

bzw.

T32.–! *Verätzungen, klassifiziert nach dem Ausmass der betroffenen Körperoberfläche*

zu versehen, um den Prozentsatz der betroffenen Körperoberfläche anzuzeigen.

Die vierte Stelle beschreibt die Summe aller einzelnen Verbrennungen/Verätzungen, angegeben in Prozent der Körperoberfläche. Ein Kode aus *T31.–!* und *T32.–!* ist nur einmal nach dem letzten Kode für die betroffenen Gebiete anzugeben.

PS1908a Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen

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

Vergiftungen sind in den Kategorien

T36 – T50 Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen
und
T51 – T65 Toxische Wirkung von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen
klassifiziert.

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

Beispiel 1
Ein Patient wird im Koma aufgrund einer Kodeinüberdosis aufgenommen.

HD	*R40.2*	*Koma, nicht näher bezeichnet*
ZHD	*X49.9!*	*Akzidentelle Vergiftung*
ND	*T40.2*	*Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika [Halluzinogene], sonstige Opioide*

Beispiel 2
Ein Patient wird mit Hämatemesis aufgrund der Einnahme von Cumarin (verordnet) versehentlich in Verbindung mit Acetylsalicylsäure (nicht verordnet) aufgenommen.

HD	*K92.0*	*Hämatemesis*
ZDH	*X49.9!*	*Akzidentelle Vergiftung*
ND	*T39.0*	*Vergiftung durch Salizylate*
ND	*T45.5*	*Vergiftung durch primär systemisch und auf das Blut wirkende Mittel, anderenorts nicht klassifiziert, 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*
ZHD	*X84.9!*	*Absichtliche Selbstbeschädigung*

PS1909a Unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln (bei Einnahme gemäss Verordnung)

Unerwünschte Nebenwirkungen indikationsgerechter Arzneimittel bei Einnahme **gemäss Verordnung** werden wie folgt kodiert:

- ein oder mehrere Kodes für den krankhaften Zustand, in dem sich die Nebenwirkungen manifestieren, ergänzt durch *Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen* wenn dies nicht im Diagnosenkode beinhaltet ist.

  Beispiel 1

  Eine Patientin wird mit einer akuten, hämorrhagischen Gastritis aufgrund von ordnungsgemäss eingenommener Acetylsalicylsäure aufgenommen. Eine andere Ursache der Gastritis wird nicht gefunden.

HD	*K29.0*	*Akute hämorrhagische Gastritis*
ZHD	*Y57.9!*	*Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen*

  Beispiel 2

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

HD	*D59.2*	*Arzneimittelinduzierte nicht-autoimmunhämolytische Anämie*
ND	*Z21*	*Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]*

- Ein antikoagulierter Patient mit Blutung bei ordnungsgemäss eingenommenen Antikoagulanzien wird mit *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 Diagnosenkode beinhaltet ist (Reihenfolge der Kodes nach Regel PG52).

  Beispiel 3

  Eine Patientin mit unstillbarem Nasenbluten unter Antikoagulation bei ordnungsgemäss eingenommenem Cumarinpräparat erhält eine Nasentamponade, die Antikoagulation wird vorübergehend pausiert, ein Vitamin-K-Präparat wird verabreicht.

R04.0	*Epistaxis*
Y57.9!	*Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen*
D68.33	*Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)*

  Beispiel 4

  Ein Patient unter Antikoagulation bei ordnungsgemäss eingenommenem Cumarinpräparat wird mit Schlaganfallsymptomatik stationär aufgenommen. Im Schädel-CT zeigt sich eine intrazerebrale Blutung. Die Antikoagulation wird vorübergehend pausiert, Konakion wurde verabreicht.

I61.0	*Intrazerebrale Blutung in die Grosshirnhemisphäre, subkortikal*
Y57.9!	*Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen*
D68.33	*Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)*

PS1910a 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 PS1908.

PS2000 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*) als **Zusatz zur Hauptdiagnose** (ZHD) anzugeben. Wenn die Verletzungen, Vergiftungen, Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen und anderen schädlichen Wirkungen in den **Nebendiagnosen** aufgeführt sind, folgt der 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*	*Offenen Wunde des Oberschenkels*
ZHD	*V99!*	*Transportmittelunfall*

Beispiel 2
Patient mit fokaler Hirnkontusion, 20-minütiger Bewusstlosigkeit und Schnittwunden am Oberschenkel.

HD	*S06.31*	*Umschriebene Hirnkontusion*
ZHD	*X59.9!*	*Sonstiger oder nicht näher bezeichneter Unfall*
ND	*S06.70!*	*Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, weniger als 30 Minuten*
ND	*S71.1*	*Offene Wunde des Oberschenkels*

Beispiel 3
Tiefe postoperative Beinvenenthrombose nach Behandlung einer Tibiafraktur.

HD	*I80.28*	*Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefässe der unteren Extremitäten*
ZHD	*Y84.9!*	*Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, nicht näher bezeichnet*

Ausnahme: Wenn im Diagnosekode die äussere Ursache präzise inbegriffen ist:

Beispiel 4
Arzneimittelinduzierte Anämie.

D59.2	*Arzneimittelinduzierte nicht autoimmunhämolytische Anämie*

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

Alphabetisches Verzeichnis

A
Abkürzungen 8, 10
Abnorme
– Befunde 37
Allgemeine Kodierrichtlinien
– für Krankheiten/Diagnosen PD00–PD16 37
Ausrufezeichenkodes 40
Äussere Ursachen 72

B
Behandlungsbeginn (Uhrzeit) 57
Behandlungsdatum 57
Behandlungsfall
– Definitionen 30
Bilaterale
– Prozeduren 57

C
CHOP
– Abkürzungen 27
– Allgemeines 23
– alphabetisches Verzeichnis 23
– Klassifikationsstruktur 24
– Resteklassen 25
– Struktur 23
– systematisches Verzeichnis 24
– typografische Vereinbarungen 27
Chronische Krankheiten mit akutem Schub 45

D
Datensätze 14
Definitionen
– Behandlungsfall 30
– Exklusivum 21
– Hauptbehandlung 35
– Hauptdiagnose 31
– Nebenbehandlungen 35
– Nebendiagnosen 34
– Zusatz zur Hauptdiagnose 33
Diagnosen
– Differenzialdiagnosen 29
– Dokumentation 29
– Verdachtsdiagnosen 43
Dokumentation
– der Diagnosen 29
– der Prozeduren 29

E
Einleitung 7
Einleitung Version 2017 9
Erkrankungen
– nach medizinischen Massnahmen 47

F
Fehlen von 41
Folgen von 42
Folgezustände 42

G
Grundlagen PG00–PG56 11

H
Hauptbehandlung
– Definition 35
Hauptdiagnose
– Definition 31

I
ICD-10-GM
– Abkürzungen 20
– alphabetisches Verzeichnis 19
– Einführung 16
– Geschichte 16
– Struktur 16
– systematisches Verzeichnis 17
– typografische Vereinbarungen 20
Intoxikation 63
– akute akzidentelle 63
– akute nicht akzidentelle 63
– Rausch 63

K
Klassifikationen
– CHOP ... 23
– ICD-10-GM ... 16
Kodes
– Ausrufezeichen ... 40
– für äussere Ursachen ... 72
– Kreuz†-Stern* ... 39
Kodierung
– Weg zur korrekten Kodierung ... 28
Kombinationskodes ... 46
Komplikationen
– einer offenen Wunde ... 66
– Erkrankungen nach medizinischen Massnahmen ... 47
Krankheit
– chronisch mit akutem Schub ... 45
Kreuz†-Stern*- Kodes ... 39

L
Lateralität
– bei Prozeduren ... 57

M
Medizinischer Datensatz
– Definitionen und Variablen ... 14
– Minimaldatensatz ... 14
– Neugeborenendatensatz ... 14
– Patientengruppendatensatz ... 14
– Psychiatriedatensatz ... 14
– Zusatzdatensätze ... 14
Medizinische Statistik und medizinische Kodierung
– Anonymisierung der Daten ... 13
– Geschichte ... 11
– gesetzliche Grundlagen ... 12
– Organisation ... 12
– Ziele ... 13
Mehrfach durchgeführte Prozeduren ... 60
Mehrfachverletzungen ... 67

N
Nebenbehandlung
– Definition ... 35
– Reihenfolge ... 35
Nebendiagnose
– Diagnose ... 34
Nebenwirkungen von Arzneimitteln
– bei Einnahme entgegen Verordnung ... 71
– bei Einnahme gemäss Verordnung ... 70

O
Operation
– nicht durchgeführt ... 55

P
Prozeduren
– Behandlungsbeginn (Uhrzeit) ... 57
– Behandlungsdatum ... 57
– die kodiert werden müssen ... 58
– die nicht kodiert werden ... 59
– Dokumentation ... 29
– Lateralität ... 57
– mehrfach durchgeführte ... 60
– nicht durchgeführt ... 55
– routinemässig ... 59
– Seitigkeit ... 57
– signifikante ... 58
Psychische und Verhaltensstörungen
– akute akzidentelle Intoxikation ... 63
– akute nicht akzidentelle Intoxikation ... 63
– durch Drogen, Medikamente, Alkohol und Nikotin ... 63
– durch psychotrope Substanzen ... 63
– Rausch ... 63
– schädlicher Gebrauch (Alkohol, Drogen) ... 64

S
Schädlicher Gebrauch ... 64
Seitigkeit
– bei Prozeduren ... 57
Spezielle Kodierrichtlinien Psychiatrie ... 63
Spezielle Kodierrichtlinien S0100–S2100 ... 61
Status nach ... 41
Störungen
– nach medizinischen Massnahmen ... 47
SwissDRG Patientenklassifikationssystem ... 15
Symptome
– als Hauptdiagnose ... 38
– als Nebendiagnosen ... 38
Syndrom
– als Nebendiagnose ... 54

U
Unilaterale
– Prozeduren ... 57

V

Verätzungen 68
– Körperoberfläche 68
Verbrennungen 68
– Körperoberfläche 68
Verdachtsdiagnose
– ausgeschlossene 43
– bei Verlegung in ein anderes Spital 44
– keine Diagnosestellung 43
– wahrscheinlich 43
Vergiftung
– durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen 69
– durch Arzneimittel in Kombination mit Alkohol 71
– durch verordnete Medikamente zusammen mit nicht verordneten Medikamenten 71
Verhaltensstörungen 63
Verletzungen 65
– mehrfache 67
– offene 65
– offene mit Gefäss-, Nerven- und Sehnenbeteiligung 65
Vorhandensein von 41

W

Wahl der Hauptdiagnose 31
Wunde
– offen 65
– offen mit Komplikationen 66

Z

Zusatz zur Hauptdiagnose 33
Zustand nach 41

Publikationsprogramm BFS

Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat – als zentrale Statistikstelle des Bundes – die Aufgabe, statistische Informationen breiten Benutzerkreisen zur Verfügung zu stellen.

Die Verbreitung der statistischen Information geschieht gegliedert nach Fachbereichen (vgl. Umschlagseite 2) und mit verschiedenen Mitteln:

Diffusionsmittel	*Kontakt*
Individuelle Auskünfte	058 463 60 11 info@bfs.admin.ch
Das BFS im Internet	www.statistik.admin.ch
Medienmitteilungen zur raschen Information der Öffentlichkeit über die neusten Ergebnisse	www.news-stat.admin.ch
Publikationen zur vertieften Information	058 463 60 60 order@bfs.admin.ch
Online-Datenrecherche (Datenbanken)	www.stattab.bfs.admin.ch

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

Gesundheit

Gesundheitsstatistik 2014 Neuchâtel 2014,
BFS-Nummer: 1290-1400, 96 Seiten, Preis Fr. 22.– exkl. MWST

Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2014 – Standardtabellen
Definitive Resultate, Neuchâtel 2016, BFS-Nummer: 532-1604-05, 60 Seiten, Preis Fr. 12.– exkl. MWST

Krankenhausstatistik 2014 – Standardtabellen
Definitive Resultate, Neuchâtel 2016, BFS-Nummer: 532-1603-05, 40 Seiten, Preis Fr. 8.– exkl. MWST

Im Rahmen der Medizinischen Statistik werden sämtliche stationären Spitalaufenthalte erfasst.

Die Erhebung, die in allen Krankenhäusern und Kliniken durchgeführt wird, umfasst neben administrativen Daten und soziodemografischen Merkmalen der Patientinnen und Patienten auch die Diagnosen und Behandlungen. Um diese Informationen zu erfassen, werden zwei medizinische Klassifikationen verwendet. Es handelt sich dabei um die ICD-10 GM für die Diagnosen und die CHOP für die Behandlungen. Die Angabe dieser Kodes unterliegt präzisen Regeln. Das Kodierungssekretariat des Bundesamtes für Statistik (BFS) redigiert, überprüft und passt allenfalls diese Regeln an, pflegt die oben genannten Klassifikationen und unterstützt alle, die sich mit der Kodierung befassen.

Das Kodierungshandbuch beinhaltet alle Kodierrichtlinien, die bis zu seiner Genehmigung veröffentlicht wurden. Das Kodierungshandbuch ist die Grundlage für die Kodierung.

BFS-Nummer
543-1701-05

ISBN 978-3-303-14274-5