



Epidemiologische Beobachtungsstelle

Leitlinien

zur Auswahl und Kodierung der Diagnosen, chirurgischen Eingriffe und diagnostisch-therapeutischen Massnahmen



Leitlinien zur Auswahl und Kodierung der Diagnosen, chirurgischen Eingriffe und diagnostisch-therapeutischen Massnahmen

Version 1 - August 2002

Version 2 - September 2003

Version 3 - Dezember 2004

Version 4 - Februar 2006

Version 5 – September 2009

© Herausgeber:

Autonome Provinz Bozen - Südtirol

Abteilung Gesundheitswesen

Epidemiologische Beobachtungsstelle

Ausarbeitung:

Mit methodologischer Unterstützung von EXPLORA – Ricerca & Analisi Statistica – Padua

Exemplare erhältlich bei:

Abteilung Gesundheitswesen - Epidemiologische Beobachtungsstelle

Kanonikus-Michael-Gamper-Str. 1 – 39100 BOZEN

Tel. 0471-418040

Fax 0471 – 418048

e-mail: epb@provinz.bz.it

Herunterladbar auf der Internetseite:

www.provinz.bz.it/eb



Einleitung	3
Allgemeine Kodierungsregeln für Diagnosen	5
Allgemeine Kodierungsregeln für chirurgische Eingriffe	17
Spezifische Kodierungsregeln nach Diagnosekategorien	25
1. Infektiöse und parasitäre Krankheiten	27
2. Tumoren	31
3. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen des Immunsystems	41
4. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	45
5. Psychische Störungen	47
6. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	53
7. Krankheiten des Kreislaufsystems	61
8. Krankheiten der Atemwege	69
9. Krankheiten des Verdauungssystems	75
10. Krankheiten des Urogenitalsystems	81
11. Komplikationen im Laufe von Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett	87
12. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	93
13. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	95
14. Angeborene Fehlbildungen	97
15. Einige krankhafte Zustände perinatalen Ursprungs	99
16. Nicht näher bezeichnete Symptome, Zeichen und Krankheitszustände	111
17. Traumata und Vergiftungen	115
18. Zusatzklassifikation der Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste führen (V-Codes)	123
Spezifische Kodierungsregeln nach chirurgischem Eingriffsbereich	131
1. Eingriffe am Nervensystem	133
2. Eingriffe am endokrinen System	137
3. Eingriffe am Auge	139
4. Eingriffe am Ohr	141
5. Eingriffe an Nase, Mund und Rachen	143
6. Eingriffe an den Atemwegen	145
7. Eingriffe am Herz-Kreislaufsystem	147
8. Eingriffe am Blut- und Lymphgefäßsystem	159
9. Eingriffe am Verdauungssystem	161
10. Eingriffe am Harnsystem	165
11. Eingriffe an den männlichen Geschlechtsorganen	169
12. Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	173
13. Geburtshilfliche Eingriffe	175
14. Eingriffe am Muskel-Skelett-System	177
15. Eingriffe an Haut und Hautanhangsgebilden	181
16. Verschiedene diagnostische und therapeutische Massnahmen	187
Regeln zur Kodierung von Rehabilitationsbehandlungen	189





Einleitung

Seit 1. Januar 2009 gilt in Südtirol, ausgehend von der italienischen Übersetzung der ICD-9-CM-Klassifikation Version 2007, die Neuauflage des Kodierungssystems, herausgegeben vom *Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato* unter dem Titel „*Classificazione delle malattie, dei traumi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche*“.

Die Entwicklungen im Bereich Klassifizierung und Kodierung der klinischen Informationen machten eine erneute Überarbeitung der „Leitlinien zur Auswahl und Kodierung der Diagnosen, chirurgischen Eingriffe und diagnostisch-therapeutischen Massnahmen“ erforderlich.

Die überarbeitete **fünfte Ausgabe** der Landesleitlinien wurde von folgender Landesarbeitsgruppe herausgegeben:

- Dr. Carla Melani (Epidemiologische Beobachtungsstelle der Autonomen Provinz Bozen);
- Dr. Roberto Picus (Epidemiologische Beobachtungsstelle der Autonomen Provinz Bozen);
- Dr. Othmar Bernhart (Krankenhaus Brixen);
- Dr. Pierpaolo Bertoli (Krankenhaus Meran);
- Dr. Josef Leitner (Krankenhaus Bruneck);
- Dr. Piergiorgio Tubaro (Krankenhaus Bozen);
- Dr. Paolo Vian (Explora).

Die fünfte Ausgabe der Leitlinien ist in fünf Hauptkapitel unterteilt, die sich auseinandersetzen mit:

1. allgemeinen Kodierungsregeln für Diagnosen;
2. allgemeinen Kodierungsregeln für chirurgische Eingriffe;
3. spezifischen Kodierungsregeln nach Diagnosekategorien;
4. Kodierungsregeln nach chirurgischem Eingriffsbereich;
5. Kodierungsregeln für Rehabilitationsbehandlungen.

Die vorliegenden Leitlinien enthalten genaue Anweisungen, um schwer interpretierbare oder definierbare Kodierungssituationen zu lösen, aber auch um jene Fälle zu kodieren, die bei KEB-Kontrollen häufig Fehler oder Uneinstimmigkeiten aufweisen. Es wird außerdem darauf hingewiesen, dass beim Entwurf der Kodierungsregeln die diagnostischen Formulierungen und Massnahmen, die derzeit in der klinischen Praxis der Südtiroler Krankenhäuser verwendet werden, berücksichtigt wurden.

Die Leitlinien umfassen und lösen nicht alle Probleme bei der Kodierung der klinischen Variablen im KEB und könnten deshalb in Zukunft noch abgeändert oder ergänzt werden. Das Assessorat für Gesundheitswesen möchte diesbezüglich regelmäßig neue Aktualisierungen der Kodierungsregeln zu spezifischen Diagnosekategorien, chirurgischen Eingriffen oder diagnostisch-therapeutischen Massnahmen bereitzustellen.





Allgemeine Kodierungsregeln für Diagnosen





A.K.D.1 Kodierungssystem der Diagnosen	Die Kodierung der Primär- und Sekundär Diagnosen erfolgt gemäß der „ <i>Classificazione delle Malattie, dei Traumatismi, degli Interventi Chirurgici e delle Procedure Diagnostiche e Terapeutiche</i> “ vom Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, der italienischen Ausgabe der <i>International Classification of Diseases-9th revision – Clinical Modification (ICD-9-CM)</i> - Version 2007.
A.K.D.2 Bestimmung der Diagnosen	Die korrekte Bestimmung der Entlassungsdiagnose aus der Abteilung (Primär- und Sekundär Diagnosen) obliegt dem behandelnden Arzt in der jeweiligen Abteilung. Die korrekte Bestimmung der Entlassungsdiagnose aus dem Krankenhaus (Primär- und Sekundär Diagnosen) obliegt jenem Arzt, der den Patienten aus dem Krankenhaus entlässt.
A.K.D.3 Zuständigkeit für die Kodierung	Die Kodierung der klinischen Informationen im KEB ist von eigens dafür ausgebildetem Sanitätspersonal durchzuführen und muss Reihenfolge und Inhalt der Formulierungen im KEB genau wiedergeben.
A.K.D.4 Konkreter Ablauf der Kodierung	Zur Auswahl des korrekten Codes sollte folgender Ablauf eingehalten werden: 1. alle Hauptbegriffe bestimmen, die in der Diagnose-Formulierung den Zustand des Patienten beschreiben; 2. das alphabetische Verzeichnis verwenden, um jeden verwendeten Hauptbegriff ausfindig zu machen; 3. die Modifikatoren des Hauptbegriffs bestimmen; 4. die unter dem Hauptbegriff angeführten Unterbegriffe genauestens untersuchen; 5. Anmerkungen und/oder Querverweise analysieren; 6. einen Code aus dem alphabetischen Verzeichnis auswählen; 7. im systematischen Verzeichnis die Genauigkeit dieses Codes überprüfen; jenen Code verwenden, der eine Diagnose mit dem höchstmöglichen Spezifitätsgrad beschreibt (nach Möglichkeit fünfstellige Codes); 8. alle zu einer Kategorie gehörenden Codes untersuchen, um sicherzustellen, dass der ausgewählte Code die beste Wahl darstellt; 9. alle Anmerkungen mit Sorgfalt durchlesen; 10. den aus dem systematischen Verzeichnis gewählten Code zuteilen.
A.K.D.5 Spezifität der Kodierung	Die Diagnosen und Prozeduren sind nach dem höchsten Spezifitätsgrad zu kodieren, insbesondere: • Zuteilung eines dreistelligen Code nur, wenn in derselben Kategorie keine vierstelligen Codes vorhanden sind; • Zuteilung eines vierstelligen Code nur, wenn in derselben Kategorie keine fünfstelligen Codes vorhanden sind; • Zuteilung eines fünfstelligen Code, wann immer es möglich ist. Drei- und vierstellige Codes sind in jedem Fall linksbündig einzutragen.



A.K.D.6 Ergänzende Verwendung von alphabetischem und systematischem Verzeichnis	Zur Bestimmung des richtigen Codes sind sowohl das alphabetische als auch das systematische Verzeichnis zu verwenden. Verwendet man ausschließlich das alphabetische Verzeichnis, kann es zu Kodierungsfehlern und folglich zu Fehlern bei der DRG-Zuteilung kommen.
A.K.D.7 Definition der Primärdiagnose	Primärdiagnose bei Entlassung aus der Abteilung: Die Primärdiagnose bei Entlassung aus der Abteilung entspricht dem wichtigsten in der jeweiligen Abteilung behandelten oder untersuchten Krankheitszustand, jenem also, der im Laufe des Aufenthaltes in der Abteilung den größten Behandlungsaufwand verursacht und somit die meisten therapeutischen und/oder diagnostischen Ressourcen beansprucht hat. Primärdiagnose bei Entlassung aus dem Krankenhaus: Die Primärdiagnose bei Entlassung aus dem Krankenhaus entspricht dem wichtigsten im Krankenhaus behandelten oder untersuchten Krankheitszustand, jenem also, der im Laufe des Krankenhausaufenthaltes den größten Behandlungsaufwand verursacht und somit die meisten therapeutischen und/oder diagnostischen Ressourcen beansprucht hat.
A.K.D.8 Definition der Sekundärdiagnose	Als Sekundärdiagnosen bezeichnet man Krankheiten, die bereits bei der Aufnahme bestehen oder sich im Laufe des Aufenthaltes entwickeln, oder aber während des Aufenthaltes aufgetretene Komplikationen oder Spezifikationen der Primärdiagnose. Sekundärdiagnosen sind immer dann anzugeben, wenn sie die Behandlung und/oder die Aufenthaltsdauer signifikant beeinflussen. Diagnosen im Zusammenhang mit früheren Aufenthalten, die keine Auswirkungen auf den derzeitigen Aufenthalt haben, sind nicht anzugeben. Besondere Aufmerksamkeit soll bei der Auswahl der Sekundärdiagnose den Codes folgender Krankheiten geschenkt werden: • 427.31 "<i>Fibrillazione atriale</i>"; • 491.20 "<i>Bronchite cronica ostruttiva, senza esacerbazione</i>"; • 571.0 "<i>Steatosi epatica alcolica</i>"; • 571.2 "<i>Cirrosi epatica alcolica</i>"; • 585._ "<i>Malattia renale cronica (CKD)</i>"; • 595._ "<i>Cistite</i>"; • 599.0 "<i>Infezione del sistema urinario, sito non specificato</i>". Diese Sekundärdiagnosen sind nur in jenen Fällen anzugeben, wenn sie die Behandlung während des Aufenthaltes signifikant beeinflussen und gleichzeitig zur Verlängerung der Aufenthaltsdauer führen.



A.K.D.9 Leistungen seitens anderer Krankenhäuser während des Aufenthaltes eines Patienten	Während des Krankenhausaufenthaltes kann der Patient seitens eines anderen Krankenhauses instrumentelle Leistungen erhalten. Die durchgeführten Eingriffe werden von jenem Krankenhaus kodiert, in dem der Patient aufgenommen ist; unter den Sekundär Diagnosen muss dabei jedoch der Code V63.8 „<i>Altri motivi specificati di indisponibilità di servizi medici</i>“ angeführt werden. Diese Kodierungsregel gilt für Eingriffe und Massnahmen sowohl der ambulanten (z.B. Leistungen der Nuklearmedizin, PET, MRT, CT, fachärztliche Visiten) als auch der stationären Versorgung (z.B. einige Leistungen der invasiven Kardiologie).
A.K.D.10. Übergangsaufnahmen auf der Intensivstation zur postoperativen Betreuung	Die Aufnahmen von Patienten, die unmittelbar nach einem chirurgischen Eingriff auf die Intensivstation verlegt werden, sind (auf dem Abteilungs-KEB der Intensivstation) durch folgende Codes zu beschreiben: A) Postoperatives Monitoring (ohne künstliche Beatmung) Wird ein operierter Patient zur postoperativen Beobachtung und Monitoring auf der Intensivstation aufgenommen, ist als Primär Diagnose der Code V58.49 „<i>Altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato</i>“ zu verwenden; unter den Sekundär Diagnosen werden hingegen die Codes der zugrunde liegenden Krankheitszustände eingetragen. Unter den Eingriffen werden die im Rahmen der postoperativen Überwachung durchgeführten Behandlungen und Massnahmen eingetragen. B) Postoperative Betreuung mit künstlicher Beatmung Wird ein operierter Patient zur postoperativen künstlichen Beatmung auf der Intensivstation aufgenommen, so ist als Primär Diagnose der Code 518.5 „<i>Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico</i>“ zu verwenden; unter den Sekundär Diagnosen werden hingegen die Codes der zugrunde liegenden Krankheitszustände eingetragen. Unter den Eingriffen sind die Beatmungsmassnahmen (96.7_ „<i>Altra ventilazione meccanica continua</i>“ oder 93.90 „<i>Respirazione a pressione positiva continua CPAP</i>“) sowie weitere, während der postoperativen Überwachung, eventuell durchgeführte Behandlungen festzuhalten.
A.K.D.11 Codes für andere und nicht näher bezeichnete Zustände	Die Codes mit den Abkürzungen NIA (<i>non indicato altrove</i>) und SAI (<i>senza altre indicazioni</i>) dürfen nur dann verwendet werden, wenn die diagnostische Formulierung und eventuell eine Überprüfung der klinischen Dokumentation für die Auswahl eines spezifischen Code unzureichende Informationen liefern.



A.K.D.12 Code-Kombination	Ein Code, der gleichzeitig zwei Diagnosen oder eine Diagnose zusammen mit einer Begleiterkrankung oder eine Diagnose mit einer entsprechenden Komplikation beschreibt, bezeichnet man als Code-Kombination. Code-Kombinationen werden im alphabetischen Verzeichnis als Untergruppen und im systematischen Verzeichnis als Einschlusskriterien angeführt. Eine Code-Kombination ist immer dann zu verwenden, wenn sie die angeführten Zustände vollständig beschreibt oder wenn dies vom alphabetischen Verzeichnis ausdrücklich verlangt wird. Beschreibt die Kombination alle Elemente der diagnostischen Formulierung, dürfen keine weiteren Codes verwendet werden. Beispiele: Akute Kieferhöhlenentzündung mit Abszess ➔ Code 461.0 verwenden; Grippe mit Lungenentzündung ➔ Code 487.0 verwenden.
A.K.D.13 Beobachtung und Bewertung wegen Verdacht auf krankhafte Zustände	Die Codes von V71.0 bis V71.9 können für Personen ohne frühere Krankheitsdiagnose verwendet werden, bei denen zwar der Verdacht auf eine Krankheit besteht, den die durchgeführten Untersuchungen allerdings nicht bestätigen.
A.K.D.14 Aufnahme zur Beobachtung und eventueller post-operativer Behandlung	Wird ein operierter Patient zur postoperativen Genesung in einem anderen Krankenhaus aufgenommen, ist der Code V58.7_ "Trattamento ulteriore non classificato altrove successivo a chirurgia di specifici apparati" als Primärdiagnose anzuführen.
A.K.D.15 Mehrfachkodierung	Kann eine Diagnose nicht durch einen einzigen Code beschrieben werden, muss mehrfach kodiert werden, d.h. es sind mehrere Codes zur Beschreibung aller Elemente zu verwenden. WICHTIG: Sollte eine Mehrfachkodierung notwendig sein, dann müssen die als Primär- oder Sekundärdiagnose zu kodierenden Erkrankungen mit Rücksicht auf die Regeln zur Auswahl von Primär- und Sekundärdiagnosen ausgesucht werden. Die Anmerkung des Handbuches ICD-9-CM „zuerst die Grunderkrankung kodieren“ soll in einem solchen Fall nicht beachtet werden. Beispiele: 1) Ösophagusvarizenblutung in einem Patienten mit Leberzirrhose ➔ Primärdiagnose: 456.20 „<i>Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove</i>“; Sekundärdiagnose: 571.2 „<i>Cirrosi epatica alcolica</i>“; 2) Meningitis bei Pertussis ➔ Primärdiagnose: 320.7 „<i>Meningite in altre malattie batteriche classificate altrove</i>“; Sekundärdiagnose: 033.0 „<i>Pertosse da Bordetella Pertussis</i>“.



A.K.D.16 Polytraumata	Für die Kodierung der Polytraumata gibt es keine spezifischen Codes; deshalb sind die einzelnen Traumata nach ihrem Behandlungsaufwand einzeln zu kodieren (Mehrfachtraumata). Man beachte dabei, dass oberflächliche Traumata (Abschürfungen oder Prellungen) nicht zu kodieren sind, wenn im gleichen Körperbereich schwerere Traumata vorliegen.
A.K.D.17 Akute und chronische Zustände	Wird derselbe Zustand sowohl als akut (oder subakut) als auch als chronisch beschrieben (und fehlt im systematischen Verzeichnis ein Code zur Beschreibung des erneut akutisierten Zustandes), sind beide Codes zu verwenden, wobei der akute (subakute) Zustand als Primärdiagnose anzuführen ist. Beispiel: Erneute Akutisierung einer chronischen Pankreatitis: Code 577.0 ➔ "<i>Pancreatite acuta</i>", als Primärdiagnose; Code 577.1 ➔ "<i>Pancreatite cronica</i>", als Sekundärdiagnose.
A.K.D.18 Chronische Erkrankungen, die mehrere Aufnahmen erfordern	Bei chronischen Erkrankungen, die mehrere Krankenhausaufenthalte erfordern können, sollte die Grunderkrankung nur in folgenden Fällen als Primärdiagnose kodiert werden: • diagnostischer Aufenthalt (Aufenthalt in dem die Diagnose zum ersten Male gestellt wird); • Aufenthalt mit Todesfolge aufgrund der Erkrankung; • Aufenthalt zum Staging oder Re-Staging der Erkrankung mit Durchführung invasiver Massnahmen, die aufgrund ihrer Komplexität nur im Rahmen eines ordentlichen Aufenthaltes durchgeführt werden können; • Aufenthalt mit chirurgischem Eingriff zur Behandlung der Grundkrankheit. In allen übrigen Fällen ist die Komplikation der bestehenden Grunderkrankung als Primärdiagnose anzuführen. Beispiele chronischer Krankheiten, die aufgrund ihres Wesens mehrere Aufenthalte erfordern können: 042 "<i>Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)</i>"; 140._ - 239._ "<i>Tumori</i>"; 340 "<i>Sclerosi multipla</i>"; 332._ "<i>Morbo di Parkinson</i>"; 571.2 "<i>Cirrosi epatica alcolica</i>"; 585 "<i>Malattia renale cronica (CKD)</i>"; 714.0 "<i>Artrite reumatoide</i>".
A.K.D.19 Abnorme Laborbefunde	Abnorme Laborbefunde oder Befunde anderer diagnostischer Massnahmen (Codes 790-796) sollten im KEB nicht verwendet werden und dürfen jedenfalls nie als Primärdiagnose kodiert werden.



A.K.D.20 Zusatzklassifikation der Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen (V-Codes)	Die V-Codes benutzt man zur Beschreibung jener Zustände, die keine Krankheiten oder Verletzungen betreffen, trotzdem aber die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten bewirken oder auf den gegenwärtigen Gesundheitszustand des Patienten einen Einfluss haben. Die V-Codes müssen in folgenden Fällen verwendet werden: • Organspenden, Impfungen oder soziale Gründe; • spezifische Behandlungen oder besondere Untersuchungen wie z.B. bDialyse, Chemotherapie, Radiotherapie, RehabilitationsBehandlungen, Palliativtherapie; • frühere Erkrankungen, die vom Arzt berücksichtigt werden müssen: Patient als Träger von Infektionskrankheiten, Patient mit Herzklappenersatz, Tumoranamnese; • Aufnahme für eine geplante, dann aber nicht durchgeführte Behandlung. Für weitere Erläuterungen bezüglich der Verwendung der V-Codes als Primär- und Sekundärdiagnose wird auf das Kapitel 18 „Zusatzklassifikation der Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste führen“ verwiesen.
A.K.D.21 Zusatzklassifikation der äußeren Ursachen von Traumata und Vergiftungen (E800-E999)	Die E Codes “Zusatzklassifikation der äußeren Ursachen von Traumata und Vergiftungen (E800-E999)” der Klassifikation ICD-9-CM Version 2007 sind für das eigens vorgesehene Feld“ Codice causa esterna” im KEB zu verwenden. Der Code ermöglicht die Beschreibung der äußeren Ursachen von Traumata, Vergiftungen und sonstiger Nebenwirkungen. Die E Codes dürfen im KEB nicht in die Felder der Diagnosen und Eingriffe/Massnahmen eingetragen werden.
A.K.D.22 Nicht näher bezeichnete Symptome, Zeichen und Krankheitszustände	Wird während des Aufenthaltes keine endgültige Diagnose gestellt, können zur Kodierung der Primärdiagnose die Codes für nicht näher bezeichnete Symptome, Zeichen und Krankheitszustände gemäß Kapitel 16 des Handbuches ICD-9-CM, Version 2007, verwendet werden. Bezweckte der Aufenthalt die ausschließliche Behandlung eines spezifischen Symptoms oder Zeichens bei Vorliegen einer bereits bekannten Erkrankung, ist dieses Zeichen oder Symptom als Primärdiagnose auszuwählen.



A.K.D.23 Spätfolgen	Als Spätfolgen bezeichnet man Auswirkungen einer Krankheit oder einer Verletzung, die nach Abklingen der akuten Phase derselben bestehen bleiben. Die Verwendung des Codes für Spätfolgen unterliegt keiner zeitlichen Begrenzung. Spätfolgen von zerebrovaskulären Ereignissen können relativ frühzeitig auftreten, Spätfolgen von Traumata auch erst nach Monaten oder Jahren. Für die Kodierung von Spätfolgen benötigt man zwei Codes: einen für den Restzustand oder die Art der Spätfolgen und einen für die Ursache derselben. Der Code der Art der Spätfolge wird zuerst und jener der Ursache als Sekundärdiagnose angegeben, außer wenn Art und Ursache mit einem einzigen Code beschrieben werden können. Beispiele: 1) Aphasie nach zerebrovaskulärem Ereignis ➔ Primärdiagnose: 438.11 „<i>Afasia</i>“; 2) Epileptischer Anfall als Zustand nach intrakraniellm Abszess ➔ Primärdiagnose: 345.50 „<i>Epilessia e sindromi epilettiche con crisi parziali semplici correlate alla sede (focali) (parziali), senza menzione di epilessia non trattabile</i>“; Sekundärdiagnose: 326 „<i>Postumi di ascesso intracranico o di infezione da piogeni</i>“.
A.K.D.24 Vorausgegangener Zustand	Klinisch abgeschlossene Zustände und Diagnosen, die sich auf vorausgegangene Aufenthalte beziehen, aber keinen Einfluss auf den aktuellen Aufenthalt haben, dürfen nicht angeführt und kodiert werden.
A.K.D.25 Im Laufe von Schwangerschaft, Geburt oder im Wochenbett aufgetretene Komplikationen	Bei der Kodierung der Komplikationen von Schwangerschaft, Geburt oder im Wochenbett (640-649 und 651-676) ist besonders auf die fünfte Ziffer der Klassifikation achtzugeben: 1 <i>parto, con o senza menzione della condizione antepartum</i>; 2 <i>parto, con menzione della complicazione postpartum</i>; 3 <i>condizione o complicazione antepartum, senza parto nell'attuale ricovero</i>; 4 <i>condizione o complicazione postpartum, senza parto nell'attuale ricovero</i>. Die fünfte Ziffer gleich „0“ sollte beim Ausfüllen des KEB nie benutzt werden, da sie es nicht ermöglicht, den KH-Aufenthalt hinsichtlich der „Entbindung“ zu kennzeichnen. Die Codes V30 bis V39 „<i>Nati vivi sani secondo il tipo di nascita</i>“ dürfen im KEB der Mutter nicht angeführt werden.



A.K.D.26
Komplikationen
medizinischer oder
chirurgischer
Behandlungen

Das Kapitel über die Komplikationen medizinischer oder chirurgischer Behandlungen (Kategorien 996-999) enthält ein langes Verzeichnis der häufigsten Komplikationen und Folgen von einzelnen spezifischen diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen, mit besonderer Rücksicht auf die Komplikationen der chirurgischen Eingriffe (998). Bezweckt der Aufenthalt die Behandlung von Komplikationen medizinischer und chirurgischer Massnahmen, einschließlich der Behandlung von Nebenwirkungen korrekt verabreichter Medikamente, und dient die Behandlung der Behebung dieser Komplikation, ist besagte Komplikation als Primärdiagnose anzuführen (sofern sie die Auswahlkriterien einer Primärdiagnose erfüllt); unter den Sekundär Diagnosen sind hingegen einer oder mehrere Codes anzuführen, um die Art der Komplikation genauer zu definieren. Zudem ist zu beachten, dass Komplikationen medizinischer und chirurgischer Behandlungen mit den spezifischen numerischen Kategorien und nicht mit den V-Codes zu kodieren sind.



A.K.D.27 Vergiftungen durch Medikamente

Die Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen sind unter den Kategorien 960-979 beschrieben.

Die Definition „Vergiftung“ umfasst die unerwünschten Nebenwirkungen sowohl einer Überdosierung der angeführten Substanzen, als auch einer irrtümlichen Verabreichung oder Einnahme falscher Substanzen.

In die Definition „Vergiftung“ entfallen dagegen nicht:

- unerwünschte Nebenwirkungen (Hypersensibilität, Nebenwirkungen) indikationsgerechter Arzneimittel bei ordnungsgemäßer Verabreichung. Solche Fälle sind nach Art der Nebenwirkungen zu kodieren;
- 304. _ *“Dipendenza da sostanza”*;
- 305. _ *“Abuso di droghe senza dipendenza”*;
- 292.2 *“Intossicazione patologica da farmaci”*;
- 760.7 _ *“Malattie del feto dovute a sostanze nocive passate attraverso la placenta o il latte materno”*;
- 763.5 *“Anestesia e analgesia della madre con ripercussioni sul feto o sul neonato”*;
- 779.4 *“Reazioni a farmaci e intossicazioni specifiche del neonato”*;
- 779.5 *“Sindrome da astinenza del neonato”*.

Bei der Kodierung der Aufenthalte aufgrund von Vergiftungen ist auf die Mehrfachkodierung zurückzugreifen, wobei mehrere Codes angeführt werden, um alle Elemente korrekt zu erfassen. Ein Code wird nämlich ausgewählt, um die Vergiftungsart zu bestimmen und andere Codes, um die Symptome zu beschreiben, die während des Aufenthaltes behandelt wurden.

Im Allgemeinen ist der Code der Vergiftung als Primärdiagnose anzuführen, während unter die Sekundärdiagnosen die Beschreibung der Symptome entfällt.

Sollte jedoch die Behandlung der unerwünschten Nebenwirkungen einer Vergiftung im Rahmen eines Aufenthaltes die meisten Ressourcen beanspruchen (insbesondere hinsichtlich von Op-Benützung, Aufenthalt auf der Intensivstation, Durchführung von invasiven und/oder teuren therapeutischen Maßnahmen und Verfahren), so ist der Code der unerwünschten Nebenwirkung zuerst und danach jener der Vergiftung anzuführen.

Dabei sei beachtet, dass bei der Wahl des Krankheitszustandes, der primär zu kodieren ist, die Auswahlkriterien der Primärdiagnose erfüllt werden. Daher ist jener Zustand als Primärdiagnose auszuwählen, der für den Aufenthalt verantwortlich ist bzw. den größten Behandlungsaufwand verursacht und die meisten Ressourcen gebunden hat.

Beispiel 1: Aufnahme eines Patienten mit Zahnfleischblutung infolge einer Antikoagulantienüberdosierung:

Primärdiagnose ➔ Code 964.2 *„Avvelenamento da anticoagulanti”* (Code der Vergiftung);

Sekundärdiagnose ➔ Code 523.8 *„Emorragia della gengiva”* (Code der klinischen Manifestation).

Beispiel 2: Aufnahme eines Patienten mit akuter Ateminsuffizienz durch Morphinüberdosierung (oder durch falsche Morphinverabreichung):

Primärdiagnose ➔ Code 518.81 *„Insufficienza respiratoria acuta”* (Code der klinischen Manifestation);

Sekundärdiagnose ➔ Code 965.09 *„Avvelenamento da morfina”* (Code der Vergiftung);

Primäreingriff/-verfahren ➔ Code 96.71 *„Ventilazione meccanica continua per meno di 96 ore consecutive”*.



A.K.D.28. Nicht durchgeführte programmierte Behandlung	A) Auftreten einer Komplikation: Wird eine Behandlung aufgrund einer Komplikation oder einer anderen Erkrankung nicht durchgeführt, muss Letztere als Primärdiagnose angeführt werden. In solchen Fällen ist unter den Sekundärdiagnosen einer der V64_ Codes „<i>Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti</i>“ einzutragen. Beispiel: Chronische Tonsillitis, Aufnahme zur Tonsillektomie, nicht durchgeführt wegen hohen Fiebers ➔ Primärdiagnose: Code 780.6 „<i>Iperpiressia</i>“; Sekundärdiagnose: Code 474.0 „<i>Tonsillite cronica</i>“; Sekundärdiagnose: Code V64.1 „<i>Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per controindicazione</i>“ B) Organisatorische Gründe oder Wille des Patienten: Wird die Behandlung aus organisatorischen Gründen oder wegen fehlender Zustimmung des Patienten nicht durchgeführt, ist als Primärdiagnose einer der V64_ Codes „<i>Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti</i>“ anzugeben und als Sekundärdiagnose jener Zustand, der die Behandlung erfordert hätte. Beispiel: Programmierte Aufnahme zur Hämorrhoidektomie, Eingriff wegen OP-Saal Problemen nicht durchgeführt ➔ Primärdiagnose: Code V64.3 „<i>Procedura non eseguita per altre ragioni</i>“; Sekundärdiagnose: Code 455.6 „<i>Emorroidi non specificate senza menzione di complicazioni</i>“. C) Nicht-durchgeführter Day-Surgery Eingriff: Im Falle eines nicht durchgeführten Day-Surgery Eingriffes, aufgrund des Aufkommens einer Komplikation oder aus Organisationsgründen, wird der KEB nicht „geschlossen“, sondern der Eingriff wird für einen weiteren Zugang zu einem anderen Zeitpunkt geplant.
---	---



Allgemeine Kodierungsregeln für chirurgische Eingriffe und diagnostische therapeutische Massnahmen





A.K.E.1 Zuständigkeit für die Kodierung	Die Kodierung der klinischen Informationen im KEB ist von eigens dafür ausgebildetem Sanitätspersonal durchzuführen und muss Reihenfolge und Inhalt der Formulierungen im KEB genau wiedergeben.
A.K.E.2 Kodierung der chirurgischen Eingriffe und diagnostisch-therapeutischen Massnahmen	Alle chirurgischen Eingriffe und diagnostisch-therapeutischen Massnahmen sind nach der italienischen Übersetzung „Classificazione delle Malattie, dei Traumatismi, degli Interventi Chirurgici e delle Procedure Diagnostiche e Terapeutiche“ des Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato der „International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification (ICD-9-CM)-Version 2007, zu kodieren. Das Kodierungssystem für die Klassifikation der Eingriffe und diagnostisch-therapeutischen Massnahmen ist vierstellig aufgebaut, wobei die ersten zwei Ziffern üblicherweise ein Organ und die dritte und vierte Ziffer Ort und Art des Eingriffes beschreiben. In einigen Fällen reichen dreistellige Codes aus (bei Eingriffen, die nicht näher definiert werden müssen). Die Codes für Eingriffe und diagnostisch-therapeutische Massnahmen sind nach dem höchsten Spezifitätsgrad der Klassifikation und wenn möglich vierstellig zu wählen. Werden weniger als vier Ziffern verwendet, sind die Codes linksbündig einzutragen.
A.K.E.3 Ergänzende Verwendung vom alphabetischen und systematischen Verzeichnis	Zur Bestimmung des richtigen Codes sind sowohl das alphabetische als auch das systematische Verzeichnis zu verwenden. Verwendet man ausschließlich das alphabetische Verzeichnis, kann es zu Kodierungsfehlern und folglich zu Fehlern bei der DRG-Zuteilung kommen.
A.K.E.4 Definition des Primäreingriffs	Primäreingriff bei Entlassung aus der Abteilung Der Primäreingriff entspricht jenem Eingriff, der sich am besten der Primärdiagnose bei Entlassung aus der Abteilung zuordnen lässt, und jedenfalls jenem, der während des Aufenthalts in einer bestimmten Abteilung den größten Behandlungsaufwand verursacht und die meisten Ressourcen gebunden hat (Op-Benützung, Anästhesist, Op-Team, usw.). Primäreingriff bei Entlassung aus dem Krankenhaus Der Primäreingriff entspricht jenem Eingriff, der sich am besten der Primärdiagnose bei Entlassung aus dem Krankenhaus zuordnen lässt, und jedenfalls jenem, der während des Krankenhausaufenthaltes den größten Behandlungsaufwand verursacht und die meisten Ressourcen gebunden hat (Op-Benützung, Anästhesist, Op-Team, usw.).
A.K.E.5 Andere chirurgische Eingriffe und diagnostisch-therapeutische Massnahmen	Andere chirurgische Eingriffe/Massnahmen der Abteilung Bei Entlassung aus der Abteilung sind zusätzlich zum Primäreingriff alle weiteren eventuellen chirurgischen Eingriffe und/oder diagnostisch-therapeutischen Massnahmen anzugeben, denen der Patient im Laufe seines Aufenthaltes auf der entsprechenden Abteilung unterzogen wurde. Andere Eingriffe/Massnahmen des Krankenhauses Bei Entlassung aus dem Krankenhaus sind zusätzlich zum Primäreingriff alle weiteren eventuellen chirurgischen Eingriffe und/oder diagnostisch-therapeutischen Massnahmen anzugeben, denen der Patient im Laufe seines Krankenhausaufenthaltes unterzogen wurde.



A.K.E. 6 Kriterien zur Auswahl der chirurgischen Eingriffe und diagnostisch- therapeutischen Massnahmen	Werden während eines Aufenthalts mehrere Eingriffe und/oder diagnostische oder therapeutische Massnahmen durchgeführt, sind zur Erstellung der richtige Reihenfolge folgende Kriterien zu beachten: 1. wurden mehrere Eingriffe durchgeführt, ist jener als Primäreingriff auszuwählen und zu kodieren, der sich am besten der Primärdiagnose zuordnen lässt und der jedenfalls den größten Betreuungsaufwand verursacht sowie die meisten Ressourcen gebunden hat (Op-Benützung, Anästhesist, Op-Team usw.); 2. werden sowohl Eingriffe als auch Massnahmen angeführt, sind die Eingriffe immer zuerst zu kodieren; 3. werden in der Krankengeschichte mehr als die sechs vom KEB vorgesehenen Eingriffe/Massnahmen erwähnt, entscheidet der Arzt, der den Entlassungsbogen ausfüllt, über die Priorität der einzelnen Anmerkungen, wobei jedenfalls folgende Anordnung (in absteigender Reihenfolge) zu berücksichtigen ist: • offene chirurgische Eingriffe • laparoskopische und/oder endoskopische Eingriffe • Massnahmen, die die Zuteilung zu spezifischen Diagnosengruppen (DRG) veranlassen • interventionistische diagnostische oder therapeutische Massnahmen (z.B. Polypenentfernung im Laufe einer diagnostischen Koloskopie) • Verfahren im engeren Sinne, mit oder ohne Biopsie, die im ersten Abschnitt (Codes von 01._ bis 86._) enthalten sind (z.B. Gastroskopie) • andere diagnostische oder therapeutische Massnahmen des zweiten Abschnitts (Codes von 87._ bis 99._), wobei jene, die invasiver und/oder aufwändiger sind, Vorrang haben (CT, MRT, Radiotherapie, usw.). Im Nachhinein werden einige Massnahmen des zweiten Abschnitts (Codes von 87._ bis 99._) aufgelistet, die die Zuteilung zu bestimmten Diagnosegruppen (DRG) veranlassen: 87.53 <i>colangiografia intraoperatoria</i> 88.52 <i>angiocardiografia del cuore destro</i> 88.53 <i>angiocardiografia del cuore sinistro</i> 88.54 <i>angiocardiografia combinata del cuore destro e sinistro</i> 88.55 <i>arteriografia coronarica con catetere singolo</i> 88.56 <i>arteriografia coronarica con catetere doppio</i> 88.57 <i>altra e non specificata arteriografia coronarica</i> 88.58 <i>roentgenografia cardiaca con contrasto negativo</i> 92.27 <i>impianto o inserzione di elementi radioattivi</i> 92.30 <i>radiochirurgia stereotassica SAI</i> 92.31 <i>radiochirurgia fotonica a sorgente singola</i> 92.32 <i>radiochirurgia fotonica multi-sorgente</i> 92.33 <i>radiochirurgia fotonica particolare</i> 92.39 <i>radiochirurgia stereotassica NIA</i> 94.61 <i>riabilitazione da alcool</i> 94.63 <i>disintossicazione e riabilitazione da alcool</i> 94.64 <i>riabilitazione da farmaci</i> 94.66 <i>disintossicazione e riabilitazione da farmaci</i> 94.67 <i>riabilitazione combinata da alcool e farmaci</i> 94.69 <i>riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci</i> 95.04 <i>esame dell'occhio in anestesia</i> 96.70 <i>ventilazione meccanica continua, durata non specificata</i> 96.71 <i>ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive</i> 96.72 <i>ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più</i> 98.51 <i>litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica.</i>
--	---



A.K.E. 7 Therapeutische diagnostische Massnahmen, die anzugeben sind (Codes von 87._ bis 99._)	Massnahmen mit Codes von 87.- bis 99.- bewirken die Zuteilung zu spezifischen Diagnosegruppen (DRG) und sind gegebenenfalls immer anzuführen. Im Allgemeinen sind innerhalb der verfügbaren Felder nur die wichtigsten der therapeutischen und diagnostischen Massnahmen (Transfusionen von Blut und Blut-Komponenten, MRT, usw.), die während des Aufenthalts am Patienten durchgeführt wurden, festzuhalten. Insbesondere sind im KEB jene Massnahmen zu vermerken, die mit Pathologien verbunden sind, die während des Aufenthalts behandelt wurden, und als Sekundärdiagnose erwähnt werden.
A.K.E. 8 Eingriffe, die der Primär-diagnose nicht zugeordnet sind	Wird ein Patient wegen einer wichtigen Erkrankung aufgenommen, die bei Entlassung als Primärdiagnose anzugeben ist, und wegen einer anderen Erkrankung einem chirurgischen Eingriff unterzogen, darf die Primärdiagnose bei Entlassung nicht verändert werden, nur um den Eingriff zu begründen; der Eingriff ist jedenfalls immer anzugeben.
A.K.E. 9 Leistungen seitens anderer Krankenhäuser während des Aufenthaltes eines Patienten	Während des Krankenhausaufenthaltes kann der Patient instrumentelle Leistungen eines anderen Krankenhauses in Anspruch nehmen. Die durchgeführten Eingriffe sind von dem Krankenhaus zu kodieren, in dem der Patient aufgenommen ist; unter den Sekundärdiagnosen muss dabei jedoch der Code V63.8 „<i>Altri motivi specificati di indisponibilità di servizi medici</i>“ angeführt werden. Diese Kodierungsregel gilt für Eingriffe und Massnahmen sowohl der ambulanten (z.B. Leistungen der Nuklearmedizin, PET, MRT, CT, fachärztliche Visiten) als auch der stationären Versorgung (z.B. einige Leistungen der invasiven Kardiologie).
A.K.E. 10 Zugang des Eingriffes	Es gibt eigene Codes, die den Zugang des Eingriffes beschreiben, wie etwa jene, die zwischen „offenen“, „endoskopischen“, „laparoskopischen“ oder „nicht invasiven“ Eingriff unterscheiden. Zum Beispiel: 51.22 „<i>Colecistectomia</i>“; 51.23 „<i>Colecistectomia laparoscopica</i>“; 51.88 „<i>Rimozione endoscopica di calcoli del tratto biliare</i>“; 98.52 „<i>Litotripsia extracorporea della colecisti e/o dotto biliare</i>“.
A.K.E. 11 Fehlen eines Codes zur Beschreibung des endoskopischen Eingriffs	Sollte es für einen endoskopischen oder laparoskopischen Eingriff keinen Code geben, dann sind sowohl der Eingriff als auch die endoskopische Untersuchung zu kodieren. Beispiel: arthroskopische Meniskusresektion am Knie: Primäreingriff: 80.6 „<i>Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio</i>“; Sekundäreingriff/-verfahren: 80.26 „<i>Artroscopia del ginocchio</i>“.
A.K.E. 12 Mehrere miteinander verbundene Eingriffe	Es gibt Codes, die den chirurgischen Verlauf durch einen einzigen Code ausreichend beschreiben. Der Code 85.41 wird beispielsweise für die einfache einseitige Mastektomie verwendet, während der Code 40.51 die radikale Ausräumung der axillären Lymphknoten beschreibt. Wird neben einer Mastektomie auch eine Lymphknotenausräumung durchgeführt, sind beide Eingriffe mit dem einzigen Code 85.43 „<i>Mastectomia semplice allargata monolaterale (con asportazione di linfonodi regionali)</i>“ anzugeben.



A.K.E.13 Kodierung bilateraler Eingriffe	Einige Codes erlauben eine Unterscheidung zwischen einseitigen und beidseitigen Eingriffen. Besteht diese Möglichkeit nicht, kann zweimal derselbe Code zur Beschreibung des bilateralen Eingriffs verwendet werden. Diese Regel gilt nur dann, wenn der Behandlungsprozess oder Ressourcenaufwand die vollständige Beschreibung rechtfertigen; nicht angemessen ist sie hingegen bei kleineren Eingriffen/Massnahmen (z.B. Exzision multipler Hautläsionen). Beispiel: Beidseitige Myringoplastik im Verlauf eines einzigen chirurgischen Eingriffes: Code 19.4 ➔ "<i>Miringoplastica (destra)</i>" Code 19.4 ➔ "<i>Miringoplastica (sinistra)</i>".
A.K.E.14 Kodierung laparo-thorako-arthroskopischer Eingriffe, die im Op-Verlauf zu offenen Eingriffen erweitert werden	Sollte ein anfänglich in thorako-laparo-arthroskopischer Technik begonnener chirurgischer Eingriff in der Folge auf die offene Technik erweitert werden, ist der Code für den offenen Eingriff zu verwenden. Unter den Sekundär Diagnosen muss der Code V64.4_ "<i>Intervento chirurgico chiuso convertito in intervento a cielo aperto</i>" aufscheinen.
A.K.E.15 Biopsien	Die Entnahme und Analyse von histologischem Material im Laufe eines chirurgischen Eingriffes erfordert keine zusätzliche Kodierung der Biopsie. Die Biopsie ist hingegen in jenen Fällen eigens zu kodieren, in denen während eines Eingriffes eine Biopsie entnommen und dessen Ergebnis abgewartet wird, um die Art und das Ausmaß des Eingriffes festzulegen. Ebenso sind während eines Eingriffes jene Biopsien zu kodieren, die anderen Organen entnommen werden, als auf die der Haupteingriff gerichtet ist. Geschlossene Biopsien In vielen Fällen ist es möglich, einen kombinierten Code zu verwenden, der sowohl die Biopsie als auch den angewendeten Zugang bestimmt. In einigen Situationen, in denen jedoch kein kombinierter Code zur Verfügung steht, sind folgende Regeln zu beachten: • handelt es sich um eine endoskopische Biopsie, sind sowohl der Code der Endoskopie, als auch jener der Biopsie anzugeben; • handelt es sich um eine Biopsie mittels "brush" oder Absaugung, ist der Code der entsprechenden geschlossenen Biopsie zu verwenden. Die Feinnadelbiopsien sind "geschlossene" Biopsien; wird im Rahmen eines offenen chirurgischen Eingriffes eine Feinnadelbiopsie durchgeführt, dann ist der Code der geschlossenen Biopsie zu verwenden.



A.K.E.16 Nicht durchgeführte, programmierte Behandlung	A) Auftreten einer Komplikation: Wird eine Behandlung aufgrund einer Komplikation oder einer anderen Erkrankung nicht durchgeführt, muss diese als Primärdiagnose angeführt werden. In solchen Fällen ist unter den Sekundär Diagnosen einer der V64_ Codes „<i>Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti</i>“ einzutragen. Beispiel: Chronische Tonsillitis, Aufnahme zur Tonsillektomie, nicht durchgeführt wegen hohen Fiebers ➔ Primärdiagnose: Code 780.6 „<i>Iperpiressia</i>“; Sekundärdiagnose: Code 474.0 „<i>Tonsillite cronica</i>“; Sekundärdiagnose: Code V64.1 „<i>Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per controindicazione</i>“ B) Organisatorische Gründe oder Wille des Patienten: Wird die Behandlung aus organisatorischen Gründen oder wegen fehlender Zustimmung des Patienten nicht durchgeführt, ist einer der V64_ Codes „<i>Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti</i>“ als Primärdiagnose anzuführen und der Zustand der die Behandlung erfordert hätte als Sekundärdiagnose. Beispiel: Geplante Aufnahme zur Exzision von Hämorrhoiden; der Eingriff wurde wegen OP-Saal Problemen nicht durchgeführt ➔ Primärdiagnose: Code V64.3 „<i>Procedura non eseguita per altre ragioni</i>“; Sekundärdiagnose: Code 455.6 „<i>Emorroidi non specificate senza menzione di complicazioni</i>“. C) Nicht-durchgeführter Day-Surgery Eingriff: Wird ein Day-Surgery Eingriff wegen einer Kontraindikation oder aus organisatorischen Gründen nicht durchgeführt, wird der KEB nicht „geschlossen“, sondern der Eingriff wird für einen weiteren Zugang zu einem anderen Zeitpunkt geplant.
A.K.E.17. Entfernung eines Fremdkörpers	Unter den Diagnosen sind die Codes der Kategorien 930 bis 939 „<i>Effetti da corpo estraneo penetrato attraverso un orifizio naturale</i>“ anzugeben. Für Entfernungsstellen, die in diesen Kategorien nicht vorgesehen sind, ist der Code im alphabetischen Verzeichnis der Krankheiten und Traumata unter dem Begriff „corpo estraneo“ zu suchen. Unter den Eingriffen bzw. Massnahmen sind folgende Codes anzuführen: Entfernung eines Fremdkörpers ohne Inzision: 98.0_ „<i>Rimozione di corpo estraneo intraluminale dell'apparato digerente senza incisione</i>“; 98.1_ „<i>Rimozione di corpo estraneo intraluminale da altre sedi senza incisione</i>“; 98.2_ „<i>Rimozione di altro corpo estraneo senza incisione</i>“. Entfernung eines Fremdkörpers mittels Inzision oder sonstiger Techniken: Der entsprechende Code ist im alphabetischen Verzeichnis der chirurgischen Eingriffe und Massnahmen unter dem Ausdruck „<i>rimozione di corpo estraneo</i>“ zu suchen.



A.K.E.18.

Ambulante Eingriffe/ Massnahmen die wegen der besonderen Verfassung des Patienten in einem KH-Aufenthalt durchgeführt werden (unter starker Sedierung oder Vollnarkose)

Der Fall wird folgendermaßen beschrieben: als Hauptdiagnose wird die Pathologie angegeben, die die Durchführung des Eingriffes/der Massnahme notwendig macht. Unter den Sekundärdiagnosen wird ein Code angeführt, der die Durchführung des Eingriffs/ der Massnahme **im Rahmen eines KH-Aufenthaltes** rechtfertigt (z.B. 758.0 "*Sindrome di Down*", 317-319 "*Ritardo mentale*", V14.4 "*Anamnesi personale di allergia a sostanza anestetica*", usw.).

Unter den Eingriffen/ Massnahmen wird außerdem der Code 99.26 bezüglich der Verabreichung des Beruhigungsmittels angeführt.



Spezifische Kodierungsregeln nach Diagnosekategorien





1. – INFETTIÖSE UND PARASITÄRE KRANKHEITEN (001 – 139)

S.K.D.1.1. Allgemeine Kodierungsregeln für Kapitel 1	Im Allgemeinen ist ein Code aus diesem Abschnitt immer dann zu wählen, wenn die Diagnose einer Infektion durch Angabe des entsprechenden Erregers gestellt werden kann. Die Codes dieses Kapitels können für die Bestimmung des infektiösen Erregers in anderswo kodierten Krankheiten verwendet werden; in diesen Fällen ist der Code des Mikroorganismus, der für die Infektion verantwortlich ist, als Sekundärdiagnose anzugeben. Weiters wird darauf hingewiesen, dass beim Ausfüllen der Diagnose-Felder, auch die „Nullen“ vor der entsprechenden Ziffer anzugeben sind; so hat z.B. Typhoides Fieber den Code 002._ Beispiel 1 – Aufenthalt aufgrund einer akuten Pyelonephritis durch Escherichia coli: Primärdiagnose: 590.10 <i>“Pielonefrite acuta, senza necrosi midollare”</i>; Sekundärdiagnose: 041.4 <i>“Infezione da Escherichia coli (E. coli) in manifestazioni morbose classificate altrove e di sede non specificata”</i>. Beispiel 2 – Aufenthalt aufgrund einer akuten Gastritis mit Helicobacter pylori-Infektion: Primärdiagnose: 535.00 <i>“Gastrite acuta, senza menzione di emorragia”</i>; Sekundärdiagnose: 041.86 <i>“Infezione da Helicobacter pylori (H. pylori)”</i>.
S.K.D.1.2. Zustand eines Keimträgers oder bei Verdacht auf einen Keimträger	Der Zustand eines Keimträgers oder der Verdacht, ein Keimträger einer bestimmten Infektionskrankheit zu sein, kann durch den entsprechenden Code der Kategorie V02._ _ <i>“Portatore o portatore sospetto di malattie infettive”</i> angegeben werden. Die Codes dieser Kategorie sind nur in jenen Fällen als Sekundärdiagnose anzugeben, in denen der Zustand des Keimträgers oder der Verdacht, ein Keimträger einer Infektionskrankheit zu sein, die Behandlung des Patienten signifikant beeinflusst hat.



S.K.D.1.3. HIV-Infektionen

In der ICD-9-CM-Klassifikation wird die HIV-Infektion durch den einzigen Code 042 beschrieben, der folgende Krankheitsbilder umfasst:

- erworbenes Immunschwächesyndrom;
- AIDS;
- AIDS-ähnliches Syndrom;
- AIDS-Komplex (ARC);
- symptomatische HIV-Infektion.

Die asymptomatische Seropositivität wird mit dem Code V08 „*Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV)*“ beschrieben.

Ein HIV-Kontakt oder -Exposition wird mit V01.79 „*Contatto con o esposizione ad altre malattie virali*“ kodiert, wobei dieser Code nicht als Primärdiagnose verwendet werden darf.

Für die Kodierung der HIV Typ 2 (HIV-2) Infektion wird der spezifische Code 079.53 „*Virus della immunodeficienza umana, tipo 2 [HIV-2]*“ benutzt.

Im Allgemeinen sollte eine HIV-Infektion nur in folgenden Fällen als Primärdiagnose kodiert werden:

- diagnostischer Aufenthalt (in dem die Diagnose zum ersten Male gestellt wird);
- Aufenthalt mit Todesfolge aufgrund der Erkrankung;
- Aufnahme mit chirurgischem Eingriff;
- Aufnahme zum Re-Staging der Erkrankung und zur Durchführung der dafür nötigen diagnostischen Massnahmen, die aufgrund ihrer Komplexität nur in einem ordentlichen stationären Aufenthalt durchgeführt werden können.

In den übrigen Fällen wird die jeweilige HIV-korrelierte Krankheit als Primärdiagnose kodiert, während die HIV-Infektion selbst unter den Sekundärdiagnosen anzuführen ist, auch wenn es die Kriterien des systematischen Verzeichnisses anders vorsehen.

Beispiel: AIDS-Patient mit Pneumocystis-carinii-Pneumonie.

Primärdiagnose ➡ *Pneumocistosi* (Code136.3);

Sekundärdiagnose ➡ *Infezione da virus della immunodeficienza umana* (Code 042).



S.K.D. 1.4. Sepsis und septischer Schock	A) Sepsis ohne akute Multiorgandysfunktion: Im Falle eines Aufenthaltes wegen Sepsis ohne akute Multiorgandysfunktion wird folgender Code als Primärdiagnose verwendet: 995.91 “Sepsi (Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo infettivo senza disfunzione d’organo acuta)”; als Sekundärdiagnose ein Code der Unterkategorie 038._ “Setticemia”, der den Infektionserreger bezeichnet. B) Schwere Sepsis mit akuter Multiorgandysfunktion: Im Falle eines Aufenthaltes wegen schwerer Sepsis mit akuter Multiorgandysfunktion wird folgender Code als Primärdiagnose verwendet: 995.92 “Sepsi severa (Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo infettivo con disfunzione d’organo acuta)”; als Sekundärdiagnose ein Code der Unterkategorie 038._ “Setticemia”, der den Infektionserreger bezeichnet; unter den Sekundärdiagnosen werden außerdem die Codes zur Beschreibung der akuten Organdysfunktionen (Enzephalopathie, akutes Nierenversagen, usw.) angeführt. C) Septischer Schock: Im Falle eines Aufenthaltes wegen eines septischen Schocks soll der Code 995.91 “Sepsi” oder 995.92 “Sepsi severa” als Primärdiagnose verwendet werden; als Sekundärdiagnose werden der Code 785.52 “Shock settico” und eventuelle Codes zur Beschreibung der akuten Organdysfunktionen (Enzephalopathie, akutes Nierenversagen, usw.) angegeben. Es ist darauf achtzugeben, dass für die Beschreibung des septischen Schocks nicht der Code 785.59 “Altro shock senza menzione di trauma” verwendet wird, da er nicht sachbezogen ist. D) Syndrom der systemischen Inflammation mit nichtinfektiöser Ursache: Zur Beschreibung dieser klinischen Situationen werden folgende Codes verwendet: 995.93 “Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo non infettivo senza disfunzione d’organo acuta” oder 995.94 “Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo non infettivo con disfunzione d’organo acuta”.
S.K.D.1.5. Tuberkulose	Bei den Kategorien 010-018 „Tubercolosi” ist auf die fünfte Ziffer zu achten, welche die verwendete Diagnostik beschreibt.
S.K.D.1.6. Infektiöse und parasitäre Krankheiten als Komplikation von Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett	Siehe Kapitel 11 “Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio (codd. 630 – 677)”.



S.K.D.1.7. Spezifische Infektionen der Perinatalperiode	Siehe Kapitel 15 "Alcune condizioni morbose di origine perinatale (Codes 760 – 779)".
S.K.D.1.8. Infektion durch therapieresistente Keime	Die Codes der Kategorie V09 „ <i>Infezione da microorganismi resistenti ai farmaci</i> “ können nur als Sekundärdiagnose verwendet werden, um die Pharmakoresistenz unter spezifischen Infektionsbedingungen zu beschreiben.
S.K.D.1.9. Post- operative Diszitis	Post-operative Diszitis: • Primärdiagnose: Code 998.59 "<i>Altra infezione post-operatoria</i>"; • Sekundärdiagnose: Code 722.9_ "<i>Altre e non specificate patologie del disco</i>".
S.K.D.1.10. Spätfolgen der infektiösen und parasitären Krankheiten	Die Spätfolgen der infektiösen und parasitären Krankheiten sind in den folgenden 3 Kategorien zusammengefasst: 137._ „<i>Postumi della tubercolosi</i>“, 138 „<i>Postumi della poliomielite acuta</i>“ und 139._ „<i>Postumi di altre malattie infettive e parassitarie</i>“. Es sei daran erinnert, dass für die Kodierung von Spätfolgen zwei Codes notwendig sind, einer zur Bezeichnung des Restzustandes oder der Art der Spätfolge, der andere zur Bezeichnung der Ursache derselben. Der Code für die Art der Spätfolge ist als erster anzugeben, wenn er die Auswahlkriterien für Primärdiagnosen erfüllt; der Code für die Ursache der Spätfolge ist hingegen als Sekundärdiagnose anzuführen, auch wenn es die Kriterien des systematischen Verzeichnisses anders vorsehen. Beispiele: Arthropathie als Spätfolge einer akuten Poliomyelitis: Primärdiagnose: 716.9_ „<i>Artropatia non specificata</i>“; Sekundärdiagnose: 138 „<i>Postumi della poliomielite acuta</i>“.
S.K.D.1.11 Neu eingeführte und abgeänderte Diagnose Codes	Neue Diagnose Codes (12) 040.82 Sindrome dello shock tossico 052.2 Mielite post-varicella 053.14 Mielite da Herpes Zoster 054.74 Mielite da Herpes Simplex 066.4 Febbre del Nilo Occidentale 066.40 Febbre del Nilo Occidentale non specificata 066.41 Febbre del Nilo Occidentale con encefalite 066.42 Febbre del Nilo Occidentale con altre complicazioni neurologiche 066.49 Febbre del Nilo Occidentale con altre complicazioni 070.70 Epatite virale C non specificata senza menzione di coma epatico 070.71 Epatite virale C non specificata con coma epatico 079.82 SARS-Coronavirus associato Abgeänderte Diagnose Codes (3) 041.82 Bacteroides fragilis 070.41 Epatite C acuta con coma epatico 070.51 Epatite C acuta senza menzione di coma epatico



2. - TUMOREN (140 – 239)

S.K.D.2.1. Allgemeine Kodierungsregeln für Kapitel 2	Dieses Kapitel unterteilt die Tumoren in: BÖSARTIGE TUMOREN: Codes 140.0 bis 208.9. Die Kategorien 196.-199. werden für die Kodierung sekundärer Neoplasien und Infiltration benachbarter Organe verwendet. GUTARTIGE TUMOREN: Codes 210 bis 229.9. CARCINOMATA IN SITU: Codes 230 bis 234.9. NEOPLASIEN UNSICHEREN VERHALTENS UND NICHT NÄHER BEZEICHNETE TUMOREN: Codes 235._ bis 239.9. Im Abschnitt der bösartigen Primärtumoren (140 - 195) definiert die vierte Ziffer die Lokalisation am betroffenen Organ (Beispiel: „<i>Tumore maligno dello stomaco</i>“, Code 151; mit Lokalisation am Kardias: 151.0). Im Abschnitt der bösartigen Tumoren des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes (200-208) definiert die fünfte Ziffer bei den Kategorien 200-202 die Lokalisation (Beispiel: „<i>Micosi fungiode, linfonodi intraaddominali</i>“, Code 202.13) bzw. bei den Kategorien 203-208 die Tatsache, ob sich die Krankheit in Remission befindet oder nicht.
S.K.D.2.2. Neoplasie als Primärdiagnose	Im Allgemeinen darf eine Neoplasie nur in folgenden Fällen als Primärdiagnose kodiert werden: • diagnostischer Krankenhausaufenthalt (bei Erstdiagnose der Neoplasie); • Aufenthalt mit Todesfolge aufgrund der Neoplasie; • Aufenthalt zum Staging oder Re-Staging der Erkrankung mit Durchführung invasiver diagnostischer Massnahmen, die aufgrund ihrer Komplexität nur im Rahmen eines ordentlichen Aufenthaltes durchführbar sind; • Aufenthalt zur Durchführung eines spezifischen chirurgischen Eingriffs zur Behandlung der Neoplasie (auch wenn während desselben Aufenthaltes Radio- oder Chemotherapie durchgeführt werden).
S.K.D.2.3. Klinische Beurteilung nach Entfernung der Neoplasie	Wird nach der chirurgischen Entfernung der Neoplasie bei den Nachuntersuchungen kein Rezidiv und/oder Metastase festgestellt und werden in diesem KH-Aufenthalt keine antineoplastischen Behandlungen durchgeführt, sondern nur diagnostische Kontrolluntersuchungen wie CT, Endoskopien, Szintigraphien usw., kann der Code V10._ als Primärdiagnose verwendet werden. Wird hingegen während eines solchen Aufenthaltes ein Rezidiv festgestellt, wird der Code des Primärtumors oder der Metastase als Primärdiagnose angegeben.



S.K.D.2.4. Aufenthalt zur ausschließlichen Behandlung von Komplikationen einer Neoplasie	Dient der Aufenthalt der ausschließlichen Behandlung einer Komplikation entweder der Neoplasie selbst oder einer damit verbundenen medizinischen oder chirurgischen Massnahme, so wird diese Komplikation (Obstruktion, Kompression, Anämie, Neutropenie, Dehydrierung, Erguss, Komplikation eines chirurgischen Eingriffes, usw.) als Primärdiagnose kodiert, die Neoplasie oder Neoplasie-Anamnese (falls die Neoplasie entfernt wurde) hingegen als Sekundärdiagnose.
S.K.D.2.5. Aufenthalt zur Therapie mit Radio-Metaboliten und Brachytherapie	Bei Aufenthalten zur Therapie mit Radio-Metaboliten und Brachytherapie ist die behandelte Neoplasie als Primärdiagnose anzuführen, wobei unter den Massnahmen je nach Behandlung folgende Codes einzutragen sind: • 92.20 „<i>Infusione di radioisotopo per brachiterapia</i>“, • 92.27 „<i>Impianto di elementi radioattivi</i>“, • 92.28 „<i>Iniezione di radioisotopi</i>“. Im Abschnitt der Massnahmen ist außerdem der Code für die Lokalisation einer etwaigen Inzision einzutragen ➔ 83.09 „ <i>Altra incisione dei tessuti molli</i> “.
S.K.D.2.6. Behandlung von Lebertumoren	A) Im Falle eines Aufenthalts zur Chemoembolisierung eines bereits früher diagnostizierten Lebertumors ist der Code V58.11 „ <i>Chemioterapia antineoplastica</i> “ als Primärdiagnose und die Codes 155. „ <i>Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici</i> “ oder 197.7 „ <i>Tumori maligni secondari del fegato, specificati come metastatici</i> “ als Sekundärdiagnose zu verwenden; wird der Tumor, für den die Chemoembolisierung indiziert ist und durchgeführt wird, allerdings erst im Laufe des Aufenthaltes diagnostiziert, sind die Codes 155. „ <i>Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici</i> “ oder 197.7 „ <i>Tumori maligni secondari del fegato, specificati come metastatici</i> “ als Primärdiagnose und der Code V58.11 „ <i>Chemioterapia antineoplastica</i> “ als Sekundärdiagnose anzugeben. B) Im Falle eines Aufenthalts zur Alkoholisation oder perkutanen Radiofrequenz-Thermoablation eines Lebertumors ist der Tumor als Primärdiagnose anzugeben (Codes 155. „ <i>Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici</i> “ oder 197.7 „ <i>Tumori maligni secondari del fegato, specificati come metastatici</i> “) C) Folgende Codes sind jeweils unter den Massnahmen anzugeben: • bei Chemoembolisierung ➔ 50.94 „<i>Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato</i>“, 99.25 „<i>Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore</i>“, eventuell in Verbindung mit Code 38.91 „<i>Cateterismo arterioso</i>“ oder Code 88.47 „<i>Arteriografia di altre arterie intraaddominali</i>“; • bei Alkoholisation ➔ 50.94 „<i>Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato</i>“; • bei ultraschallgesteuerter perkutaner Radiofrequenz-Thermoablation ➔ 50.24 „<i>Ablazione percutanea di tessuto o lesione epatici</i>“ und 88.76 „<i>Diagnostica ecografica addominale e retroperitoneale</i>“.



S.K.D.2.7. Tumor als Zufallsbefund	Wird der Tumor im Laufe eines Krankenhausaufenthaltes rein zufällig diagnostiziert, ist dieser bei Entlassung als Primärdiagnose anzugeben, sofern er die Auswahlkriterien für Primärdiagnosen erfüllt (z.B. Lungenkarzinom bei einem Patienten, der wegen einer Nierenkolik aufgenommen wurde).
S.K.D.2.8. Chemotherapie und antineoplastische Immuntherapie	A) Chemotherapie Primärdiagnose: V58.11 „Chemioterapia antineoplastica“; Andere Diagnosen: Code des Tumors (falls er nicht entfernt wurde), oder gegebenenfalls Codes der Metastasen. Fehlt ein Primärtumor oder sind keine Metastasen nachweisbar, ist der Code V10._ „Anamnesi personale di tumore maligno“ zu verwenden. Im Abschnitt der Massnahmen ist der Code 99.25 „Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore“ einzutragen. B) Antineoplastische Immuntherapie: Im Falle eines Krankenhausaufenthaltes zur antineoplastischen Immuntherapie, wird der Code V58.12 „Immunoterapia antineoplastica“ als Primärdiagnose angegeben und der Code des Tumors (falls nicht entfernt) oder der Metastasen (falls vorhanden) als Sekundärdiagnose. Im Abschnitt der Massnahmen sind folgende Codes zu verwenden: • 99.28 „Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici - Terapia con interleuchina 2 (IL-2) a basse dosi“; • 00.15 „Infusione di interleuchina-2 ad alte dosi (IL-2)“.
S.K.D.2.9. Radiotherapie	Wird ein Patient zu Radiotherapiezyklen aufgenommen, so wird folgendermaßen kodiert: Primärdiagnose: V58.0 „Sessione di radioterapia“; Andere Diagnosen: Code des Tumors (falls er nicht entfernt wurde), oder gegebenenfalls Codes der Metastasen. Fehlt ein Primärtumor oder sind keine Metastasen nachweisbar, ist der Code V10._ „Anamnesi personale di tumore maligno“ zu verwenden. Wird zusätzlich zur Radiotherapie eine Chemotherapie oder antineoplastische Immunotherapie verabreicht, muss unter den Sekundärdiagnosen der Code V58.11 „Chemioterapia antineoplastica“ oder V58.12 „Immunoterapia antineoplastica“ aufscheinen. Im Abschnitt der Massnahmen sind die Codes der Kategorie 92.2_ „Radiologia terapeutica“ zu verwenden. Wird zusätzlich zur Radiotherapie eine Chemotherapie verabreicht, ist unter den Massnahmen auch der Code 99.25 „Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore“ einzutragen.



S.D.2.10. Neoplasien unsicheren Verhaltens und nicht näher bezeichnete Tumoren	Die Codes der Kategorien „ <i>Tumori a comportamento incerto e natura non specificata</i> “ (235._ - 239.9) sind nur dann zu verwenden, wenn keine histologisch gesicherte Diagnose vorliegt oder wenn der Tumor histologisch als Tumor mit unsicherem Verhalten eingestuft wird.
S.K.D.2.11. Ausdehnung in die Nachbarschaft oder Fernstreuung	Jedwede Ausbreitung durch Ausdehnung in die Nachbarschaft oder durch Fernstreuung ist als bösartiger Sekundärtumor der befallenen Lokalisation zu kodieren.
S.K.D.2.12. Metastasen eines bösartigen Primärtumors	Ist der Primärtumor während eines früheren Aufenthalts entfernt worden, sind die Metastasen als Primärdiagnose anzugeben; der frühere Primärtumor wird hingegen durch einen Code der Kategorie V10.__ definiert.
S.K.D.2.13. Metastasierender Primärtumor	Wird ein Patient wegen eines metastasierenden Primärtumors aufgenommen, wobei die Behandlung ausschließlich auf die Sekundärlokalisierung gerichtet wird, ist die Sekundärneoplasie als Primärdiagnose auszuwählen, auch wenn der Primärtumor noch vorhanden sein sollte. Dient der Aufenthalt hingegen lediglich der Radio-, Chemotherapie oder antineoplastischen Immunotherapie der Metastasen, sind die Codes V58.0 „ <i>Radioterapia</i> “, V58.11 „ <i>Chemioterapia antineoplastica</i> “ oder V58.12 „ <i>Immunoterapia antineoplastica</i> “ als Primärdiagnose zu verwenden.
S.K.D.2.14. Beobachtung wegen Verdacht auf bösartigen Tumor	Wird der Patient wegen eines Verdachts auf einen bösartigen Tumor aufgenommen, ohne dass die durchgeführten Untersuchungen diesen Verdacht bestätigen, ist der Code V71.1 „ <i>Osservazione per sospetto di tumore maligno</i> “ als Primärdiagnose anzuführen.
S.K.D.2.15. Komplikationen der Chemo- oder Radiotherapie	Wird ein Patient vorwiegend zur Radio-, Chemotherapie oder Immuntherapie aufgenommen und treten während dieses Aufenthaltes Komplikationen wie Brechreiz, unkontrollierbares Erbrechen oder Dehydrierung auf, sind als Primärdiagnose „ <i>Radioterapia</i> “ (V58.0), „ <i>Chemioterapia antineoplastica</i> “ (V58.11) oder „ <i>Immunoterapia antineoplastica</i> “ (V58.12) anzugeben.



S.K.D.2.16. Unterstützende Behandlung oder Palliativtherapie	Wird ein Patient einer unterstützenden Behandlung oder Palliativtherapie unterzogen, kann der Code V66.7 „<i>Cure palliative – Assistenza terminale</i>“ als Primärdiagnose verwendet werden, während der (eventuell vorhandene) Primärtumor oder die Metastase als Sekundärdiagnose anzugeben sind. Bei Aufnahmen zu invasiven Palliativmassnahmen (z.B. Thorakozentese, Parazentese) ist der Code der jeweils behandelten Pathologie als Primärdiagnose zu verwenden (z.B. Code 789.5 „<i>Ascite</i>“ oder 511.8 „<i>Altre forme specificate di versamento pleurico, eccetto il tubercolare</i>“), während der (eventuell vorhandene) Primärtumor oder die Metastase als Sekundärdiagnose anzugeben sind. Im Abschnitt der Massnahmen sind folgende Codes einzutragen: • 34.91 „<i>Toracocentesi</i>“; • 54.91 „<i>Drenaggio percutaneo addominale Paracentesi</i>“.
S.K.D.2.17. Aufnahme zum Anlegen von Gefäßzugängen zwecks nachfolgender Behandlung	Bezweckt die Aufnahme das Anlegen von Gefäßzugängen zur nachfolgenden Therapie, ist der Code V58.81 „<i>Collocazione e sistemazione di catetere vascolare</i>“ als Primärdiagnose zu verwenden. Wird ein solcher Zugang allerdings während eines Aufenthaltes zur Chemotherapie oder Immuntherapie gelegt, wird für die Primärdiagnose der Code V58.11 „<i>Chemioterapia antineoplastica</i>“ oder V58.12 „<i>Immunoterapia antineoplastica</i>“ verwendet. Beispiele: A) Aufenthalt zum Anlegen eines Gefäßzuganges bei Ösophagus-Karzinom und Chemotherapie oder antineoplastischer Immuntherapie: Primärdiagnose: V58.11 „<i>Chemioterapia antineoplastica</i>“ oder V58.12 „<i>Immunoterapia antineoplastica</i>“;; Sekundärdiagnose: 150._ „<i>Carcinoma dell’esofago</i>“; Sekundärdiagnose: V58.81 „<i>Collocazione e sistemazione di catetere vascolare</i>“; Eingriffe/Massnahmen: 86.07 „<i>Inserzione di dispositivo di accesso vascolare</i>“ .99.25 „<i>Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore</i>“. B) Ösophaguskarzinom und Anlegen eines Gefäßzugangs: Primärdiagnose: V58.81 „<i>Collocazione e sistemazione di catetere vascolare</i>“; Sekundärdiagnose: 150._ „<i>Carcinoma dell’esofago</i>“; Eingriffe/Massnahmen: 86.07 „<i>Inserzione di dispositivo di accesso vascolare</i>“;
S.K.D.2.18. Entfernung eines Gefäßzugangs	Bei den seltenen Fällen stationärer Aufnahme zur Entfernung eines Gefäßzugangs, der in einem früheren Aufenthalt gelegt wurde, ist der Code V58.81 „<i>Estrazione di catetere vascolare</i>“ als Primärdiagnose und der Code 97.89 „<i>Rimozione di altro dispositivo terapeutico</i>“ unter den Massnahmen einzutragen.



S.K.D.2.19. Intravenöse Verabreichung von Diphosphonaten oder ähnlichen Medikamenten	Bei Aufnahmen von Patienten zur Behandlung mit Diphosphonat-Infusionen oder ähnlichen Infusionen können für die Primärdiagnose folgende Codes verwendet werden: 733.13 "<i>Frattura patologica delle vertebre</i>", 733.90 "<i>Dolore osseo</i>", 338.3 "<i>Dolore correlato a neoplasia (acuto) (cronico)</i>", 731.8 "<i>Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove</i>". Unter den Sekundärdiagnosen ist die Grunderkrankung mit folgenden Codes 198.5 „<i>Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo</i>“ oder 733.0_ „<i>Osteoporosi</i>“ anzugeben. Im Abschnitt der Massnahmen ist schließlich der Code 99.29 „<i>Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche</i>“ einzutragen.
S.K.D.2.20. Zweifel über Primär- oder Sekundärtumor	Bei Fehlen einer Angabe, ob ein bösartiger Tumor als primär oder sekundär zu betrachten ist, wird davon ausgegangen, dass es sich um einen Primärtumor handelt (es werden daher die Codes für Primärtumoren verwendet). Bei Lebertumoren, die nicht als primär oder sekundär eingestuft wurden, ist der Code 155.2 (<i>Neoplasie maligne del fegato, non specificate come primarie o secondarie</i>) zu verwenden, allerdings nur dann, wenn die primäre oder sekundäre Natur des Tumors nicht festgestellt werden konnte.
S.K.D.2.21. Gleichzeitiges Vorliegen zweier oder mehrerer Primärtumoren	Liegen gleichzeitig zwei oder mehrere Primärtumoren vor, sind alle mit den entsprechenden Codes anzugeben, wobei derjenige als Primärdiagnose kodiert wird, der den größten Pflegeaufwand verursachte.
S.K.D.2.22. Tumoren mehrerer angrenzender Lokalisationen	Ist es bei bösartigen Tumoren mit angrenzenden Lokalisationen nicht möglich, deren Ursprung festzustellen, sind sie an der vierten Stelle mit einer „8“ zu kodieren. Beispiele: • <i>Carcinoma del tratto testa-corpo del pancreas</i> 157.8; • <i>Carcinoma dell'esofago cervico-toracico</i> 150.8.
S.K.D.2.23. Unsicherer Ursprungsort	Kann bei einem Patienten, der wegen Metastasierung aufgenommen wurde, der Primärtumor nicht nachgewiesen werden, ist die Metastase als Primärdiagnose und der Code 199.1 „<i>Altri tumori maligni senza indicazione della sede</i>“ als Sekundärdiagnose anzugeben. Bei diffusen Metastasen ungeklärten Ursprungs (mit Beteiligung von mindestens zwei nicht benachbarter Lokalisationen) und nicht auf eine einzige Lokalisation abzielende Therapie ist der Code 199.0 „<i>Tumori maligni disseminati senza indicazione della sede</i>“ als Primärdiagnose zu verwenden.



S.K.D.2.24. Ordentliche Aufnahme zum Follow-up des onkologischen Patienten	Bezweckt ein ordentlicher Aufenthalt das Follow-up eines onkologischen Patienten, können folgende Fälle eintreten: • Follow-up negativ im Bezug auf das Wiederauftreten der Erkrankung: in diesem Fall werden die Codes der Kategorie V10._ verwendet; • Follow-up positiv im Bezug auf Lokalrezidiv: in diesem Fall wird das Rezidiv als Primärdiagnose und der alte Tumor mit den Codes der Kategorie V10._ als Sekundärdiagnose angegeben; • Follow-up positiv im Bezug auf Metastasen ohne Lokalrezidiv: in diesem Fall wird die Metastase als Primärdiagnose und der alte Tumor mit den Codes der Kategorie V10._ als Sekundärdiagnose angeführt.
S.K.D.2.25. Lymphom	Zur Kodierung der Lymphome werden die Codes der ICD9-CM-Klassifikation verwendet, um eine Kodierung nach den derzeit gültigen histologischen Typen zu ermöglichen und im Rahmen des Möglichen dafür zu sorgen, dass die Ann-Arbor-Stadieneinteilung mit der Unterteilung nach Lokalisationen durch die fünfte Stelle übereinstimmt. Insbesondere ist für Hodgkin-Lymphome der Code 201.9_ und für Non-Hodgkin-Lymphome der Code 202.8_ zu verwenden. Bei der Diagnose eines Lymphoms mit genauer Lokalisation, wie z.B. Magenlymphom, ist dieses als Lymphom mit Angabe des Typs und nicht als Magentumor zu kodieren. Beispielsweise wird im Falle eines MALT-Lymphoms des Magens der Code 200.10 "<i>Linfosarcoma, sito non specificato, organi solidi o siti extranodali</i>" und nicht mit Codes der Kategorie 151 "<i>Tumori maligni dello stomaco</i>" verwendet.
S.K.D.2.26. Sekundäre autoimmune hämolytische Anämie bei chronisch- lymphatischer Leukämie oder lympho- proliferativer Pathologie	Es sei daran erinnert, dass auto-immune hämolytische Anämien, die in Patienten mit chronisch-lymphatischer Leukämie oder einer sonstigen lympho-proliferativen Pathologie eindeutig als sekundäres Krankheitsbild auftreten, bei Entlassung als Primärdiagnose anzugeben sind, wenn die Aufnahme wegen der hämolytischen Anämie und nicht aufgrund der Leukämie zustande kam.



S.K.D.2.27. HNO-Tumoren	Die Bestimmung der Primärlokalisierung vieler Neoplasien in dieser Region ist oft problematisch und rechtfertigt das Zusammenführen homogener Lokalisationen, auch unter dem Gesichtspunkt ihrer Ätiopathogenese (z.B. indem Mund und Nasenrachenraum einerseits sowie Hypopharynx und Kehlkopf andererseits zusammengeführt werden): • für einen Tumor mit Mehrfachlokalisierung, der den Codes 140-145 (Lippen, Zunge, Speicheldrüsen, Zahnfleisch, Mundboden und andere nicht näher bezeichnete Mundgegenden) zuzuordnen ist und dessen Ursprung nicht in die Kategorien 140-145 entfällt, ist der Code 145.8 „<i>Tumori maligni di sedi contigue, o sconfinanti, della bocca il cui punto di origine non può essere determinato</i>“ zu verwenden; • für einen Tumor mit Mehrfachlokalisierung, der den Codes 146-148 (Oropharynx, Rhinopharynx, Hypopharynx) zuzuordnen ist und dessen Ursprung nicht in die Kategorien 146-148 entfällt, ist der Code 148.8 „<i>Tumori maligni di sedi contigue, o sconfinanti, dell'ipofaringe il cui punto di origine non può essere determinato</i>“ zu verwenden; • für einen Tumor mit Mehrfachlokalisierung, der sich den Codes eines breiteren Intervalls (z.B. von 141 bis 146) zuordnen lässt, ist der Code 149.8 „<i>Tumori maligni delle labbra, della cavità orale e della faringe il cui punto di origine non può essere attribuito ad alcuna delle categorie da 140 a 148</i>“ zu verwenden; • für sehr fortgeschrittene Tumoren bekannten Ursprungs verwendet man den Code 149.9 „<i>Tumori maligni di sedi mal definite delle labbra, della cavità orale e della faringe</i>“.
S.K.D.2.28. Kodierung einiger schwerer oder hochgradiger Epithel-Dysplasien	Für einige relativ häufige klinische Befunde von schweren oder hochgradigen Epithel-Dysplasien mit histologischem Nachweis werden die Codes 230-234 „<i>Carcinomi in situ</i>“ verwendet. Beispiele dafür sind schwere/hochgradige Dysplasien auf adenomatösen Polypen des Verdauungsapparates oder des Urogenitaltraktes (Magenulkus, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Blasenpolypen). Im Falle einer Dysplasie der Portio sind folgende Codes zu verwenden: 622.10 „<i>Displasia della cervice non specificata</i>“; 622.11 „<i>Displasia cervicale lieve (CIN I)</i>“; 622.12 „<i>Displasia cervicale moderata (CIN II)</i>“; 233.1 „<i>Displasia severa (CIN III)</i>“.
S.K.D.2.29. Laryngektomie mit Einsatz einer Stimmprothese	Patienten mit vorausgegangener Laryngektomie und Aufnahme zum Einsetzen einer Stimmprothese sind wie folgt zu kodieren: Primärdiagnose: 784.40 „<i>Alterazioni non specificate della voce</i>“; Sekundärdiagnose: V10.21 „<i>Anamnesi personale di tumore maligno della laringe</i>“; Chirurgischer Eingriff: 31.95 „<i>Fistolizzazione tracheoesofagea</i>“.



S.K.D.2.30. Chirurgische Rekonstruktion der Brust einer mastektomierten Patientin	Bei Aufnahmen nur zur chirurgischen Brust-Rekonstruktion nach Mastektomie sind folgende Codes zu verwenden: a) bei Implantation einer Prothese: Primärdiagnose: V52.4 „<i>Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario</i>“; b) wenn der rekonstruktive Eingriff die Einbringung eines Gewebe-Expanders vorsieht: Primärdiagnose: V51 „<i>Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica</i>“. c) Rekonstruktion ohne Protheseimplantation (z.B. Rekonstruktion der Brustwarze): Primärdiagnose: V51 „<i>Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica</i>“. Es sei daran erinnert, unter den Sekundärdiagnosen den Code V10.3_ „<i>Anamnesi personale di tumore maligno della mammella</i>“ einzutragen. Im Abschnitt der Eingriffe sind die Codes der durchgeführten Eingriffe einzutragen.
S.K.D.2.31. Anämie bei chronischen Erkrankungen	Das Handbuch ICD-9-CM sieht die Unterkategorie 285.2_ „<i>Anemie in malattie croniche</i>“ vor, wobei die fünfte Ziffer die chronische Krankheit definiert: 285.21 „<i>Anemia in malattia cronica renale</i>“ 285.22 „<i>Anemia in malattia neoplastica</i>“ 285.29 „<i>Anemia da altre malattie croniche</i>“
S.K.D.2.32 Neoplastische Kachexie	Die neoplastische Kachexie wird mit dem Code 799.4 „<i>Cachessia maligna</i>“ beschrieben.
S.K.D.2.33 Neu eingeführte und abgeänderte Diagnose Codes	Neue Diagnosecodes (7) 238.71 Trombocitemia essenziale 238.72 Sindrome mielodisplastica con lesioni a basso grado 238.73 Sindrome mielodisplastica con lesioni ad alto grado 238.74 Sindrome mielodisplastica con delezione 5q 238.75 Sindrome mielodisplastica, non specificata 238.76 Mielofibrosi con metaplasia mieloide 238.79 Tumori di comportamento incerto di altri tessuti linfatici ed ematopoietici Abgeänderte Diagnosecodes (0)





3. – ENDOKRINE, ERNÄHRUNGS- UND STOFFWECHSELKRANKHEITEN SOWIE STÖRUNGEN DES IMMUNSYSTEMS (240 – 279)

S.K.D.3.1. Schwangerschaftsdiabetes	Beim Schwangerschaftsdiabetes ist ein Code der Kategorien 648.8_ zu verwenden, wobei die fünfte Stelle angibt, ob die Diagnose vor, während oder nach der Entbindung gestellt wurde.
S.K.D.3.2. Schwangerschaft einer Diabetikerin	Bei Schwangerschaft einer Diabetikerin ist ein Code der Kategorie 648.0_ zu verwenden, wobei auch hier die fünfte Stelle angibt, ob die Diagnose vor, während oder nach der Entbindung gestellt wurde.
S.K.D.3.3. Steroidinduzierter Diabetes	Der steroidinduzierte Diabetes ist wie folgt zu kodieren: Primärdiagnose ➔ Code 251.8 " <i>Altri disturbi della secrezione insulare</i> "; Sekundärdiagnose ➔ Code 909.5 " <i>Postumi di effetti sfavorevoli da farmaci, medicinali o altri prodotti biologici</i> ".
S.K.D.3.4. Diabetisches Koma durch einen Insulintherapie-fehler	Ein diabetisches Koma durch einen Insulintherapiefehler (Überdosis) kodiert man wie folgt: Primärdiagnose ➔ Code 962.3 " <i>Avvelenamento da insulina e farmaci antidiabetici</i> "; Sekundärdiagnose ➔ Code 250.3 " <i>Diabete con altri tipi di coma</i> ".
S.K.D.3.5. Immunschwäche	Der Code 279.3 " <i>Deficit immunitario non specificato</i> " dient zur Kodierung der iatrogenen Immuninsuffizienz, wie beispielsweise bei Patienten in Chemo- oder Radiotherapie; bei transplantierten Patienten, in Behandlung mit Immunsuppressiva, ist zudem der Code der Kategorie V42.__ " <i>Organo o tessuto sostituito da trapianto</i> " unter den Sekundärdiagnosen anzugeben, dessen vierte und fünfte Stelle das transplantierte Organ bezeichnen.



**S.K.D.3.6.
Spezifische
Vorgaben für die
Kodierung von
Diabetes**

Bei der Kodierung des Diabetes ist die Verwendung eines fünfstelligen Codes unerlässlich.

Die vierte Stelle bezeichnet eventuell aufgetretene Komplikationen:

Diabetes ohne Hinweis auf Komplikationen: 250.0

Akute metabolische Komplikationen:

250.1_ *Diabete con chetoacidosi*

250.2_ *Diabete con iperosmolarità*

250.3_ *Diabete con altri tipi di coma*

Chronische Komplikationen oder Langzeitkomplikationen:

250.4_ *Diabete con complicate renali*

250.5_ *Diabete con complicate oculari*

250.6_ *Diabete con complicate neurologiche*

250.7_ *Diabete con complicate circolatorie periferiche*

250.8_ *Diabete con altre complicate specificate*

Für Diabetes mit nicht näher bezeichneten Komplikationen wird der Code 250.9_ verwendet.

Die fünfte Stelle definiert den Diabetestyp (Typ I oder Typ II) und das Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer metabolischen Dekompensation.

Dazu sei angemerkt, dass ein Diabetes nur dann als dekompensiert definiert wird, wenn ein Arzt die entsprechende Diagnose gestellt hat.

Bei Diabetes mit Langzeit- oder chronischen Komplikationen wird die Komplikation durch die vierte Ziffer des Codes der Primärdiagnose angegeben (250.4 - 250.8), während unter den Sekundärdiagnosen eventuell einer oder mehrere Codes zusätzlich angeführt werden, um die erhobenen Komplikationen besser zu beschreiben.

Beispiel:

1) dekompensierter nicht-insulinabhängiger Diabetes, mit Komplikation einer diabetischen Polyneuropathie:

Primärdiagnose ➔ Code 250.62 "*Diabete tipo II o non specificato, scompensato, con complicate neurologiche*";

Sekundärdiagnose ➔ Code 357.2 "*Polineuropatia diabetica*".

2) Amputation von Gliedmaßen bei Kreislaufstörungen oder gemischter vaskulärer-neuropathischer Ätiologie:

Primärdiagnose: "*Diabete con complicate circolatorie periferiche*" (250.7_);

Sekundärdiagnose: "*Angiopatía periferica*" (443.81).

Bei Diabetes mit mehreren Komplikationen ist jede dieser Komplikationen im Sinne der Kodierungsregeln für Primär- und Sekundärdiagnosen angemessen zu kodieren.

Bei der Beschreibung von Diabeteserkrankungen mit Komplikationen sind die jeweiligen Codes mit besonderer Sorgfalt auszuwählen, wobei die unangemessene und verallgemeinernde Verwendung des Codes 250.00 (*Diabete mellito, tipo II o non specificato, non definito se scompensato, senza menzione di complicazioni*) zu vermeiden ist.

Man weist auf folgende neu eingeführte V-Codes hin:

V45.85 "*Presenza di pompa d'insulina*";

V53.91 "*Collocazione e sistemazione di pompa d'insulina*";

V58.67 "*Uso a lungo termine (in corso) di insulina*";

V65.46 "*Addestramento all'uso di pompa insulinica*".



S.K.D.3.7. Neu eingeführte und abgeänderte Diagnosecodes	Neue Diagnosecodes (29) 252.0_ Iperparatiroidismo primitivo 255.1_ Iperaldosteronismo 259.5 Sindrome da resistenza androgenica 273.4 Deficit di Alfa-1 Antitripsina 276.50 Deplezione di volume, non specificato 276.51 Disidratazione 276.52 Ipovolemia 277.0_ Fibrosi cistica 277.3_ Amiloidosi 277.8_ Altri disordini specificati del metabolismo 278.02 Sovrappeso Abgeänderte Diagnosecodes (40) 250._ Diabete mellito
--	---





4. – KRANKHEITEN DES BLUTES UND DER BLUTBILDENDEN ORGANE (280 – 289)

S.K.D.4.1. Allgemeine Kodierungsregel für die Kodierung der Anämie	Die (Mangel-, neoplastische und Blutungs-) Anämie ist im nosologischen Erhebungsbogen als Sekundärdiagnose nur in folgenden Fällen anzuführen: • wenn diese Krankheit die Behandlung beeinflusst und den Aufenthalt verlängert; • der Patient wird transfundiert; in diesem Fall sind im Abschnitt der Massnahmen die Codes der Rubrik 99.0_ “Trasfusione di sangue e componenti ematici ” anzugeben.
S.K.D.4.2. Aplastische Anämie	Man sollte darauf achten, den Code für die aplastische Anämie nicht allzu leichtsinnig zu verwenden; es sei daran erinnert, dass die Diagnose anhand eines histologischen Befunds mittels Knochenmarkbiopsie gestellt und außerdem einem Blutbild zugeordnet wird. Der Code für die aplastische Anämie kann daher nicht bei jedem Verdacht auf eine hyporegenerative Anämie verwendet werden.
S.K.D.4.3. Behandlung mit Medikamenten, die auf die Blutgerinnung einwirken	Für die Beschreibung einer Behandlung mit Medikamenten, die auf die Blutgerinnung einwirken, können unter den Sekundärdiagnosen folgende Codes verwendet werden: V58.61 “ <i>Uso a lungo termine (in corso) di anticoagulanti</i> ”; V58.63 “ <i>Uso a lungo termine (in corso) di antitrombotici/antipiastrinici</i> ”; V58.64 “ <i>Uso a lungo termine (in corso) di antinfiammatori non steroidei (NSAID)</i> ” V58.66 “ <i>Uso a lungo termine (in corso) di aspirina</i> ” .
S.K.D.4.4. Knochenmark- aplasien	Die iatrogenen/postinfektiösen oder toxischen Knochenmarkaplasien sind mit dem Code 284.8 “ <i>Altre anemie aplastiche specificate</i> ” zu kodieren. Die Knochenmarkaplasien anderer Natur (die nichtregenerative, die Knochenmarkhypoplasie) sind hingegen mit dem Code 284.9 “ <i>Anemia aplastica, non specificata</i> ” zu kodieren.
S.K.D.4.5. Akute Blutungsanämie	Für die akute Blutungsanämie ist der Code 285.1 zu verwenden.
S.K.D.4.6. Eisenmangel- anämie aufgrund chronischer Blutungen	Für die Eisenmangelanämie durch chronische Mikroblutungen ist der Code 280.0 zu verwenden. Einige Begleiterkrankungen können folgendermaßen kodiert werden : • 626.2 <i>Menorragia e polimenorrea</i>; • 626.6 <i>Metrorragia</i>; • 578.9 <i>Emorragia del tratto gastrointestinale, non specificata</i>;
S.K.D.4.7. Anämie bei chronischen Erkrankungen	Im Handbuch ICD-9-CM ist die Unterkategorie 285.2_ „ <i>Anemie in malattie croniche</i> “ vorgesehen, wobei die fünfte Ziffer die Art der chronischen Krankheit definiert: 285.21 „ <i>Anemia in malattia cronica renale</i> “ 285.22 “ <i>Anemia in malattia neoplastica</i> ” 285.29 “ <i>Anemia da altre malattie croniche</i> ”



S.K.D.4.8 Neu eingeführte und abgeänderte Diagnosecodes	Neue Diagnosecodes (37) 282.4_ Talassemia 282.64 Malattia a cellule falciformi/emoglobinopatia –C con crisi 282.68 Altre malattie a cellule falciformi senza crisi 284.0_ Anemia aplastica costituzionale 284.1 Pancitopenia 284.2 Mieloftisi 287.3_ Trombocitopenia primaria 288.0_ Neutropenia 288.4 Sindromi emofagocitiche 288.5_ Ridotta conta dei globuli bianchi 288.6_ Elevata conta dei globuli bianchi 289.52 Sequestro splenico 289.53 Splenomegalia neutropenica 289.8_ Altre malattie specificate del sangue e degli organi ematopoietici Abgeänderte Diagnosecodes (8) 282.6_ Malattia a cellule falciformi 285.21 Anemia in malattia cronica renale 285.29 Anemia da altre malattie croniche 286.5 Disturbo emorragico da anticoagulanti circolanti intrinseci
--	--



5. – PSYCHISCHE STÖRUNGEN (290 – 319)

S.K.D.5.1. Patient mit Suchtmittel- konsum	Für Patienten mit Suchtmittelkonsum sind die Codes 304.__ oder 305.__, jeweils bei Vorliegen oder nicht Vorliegen einer Abhängigkeit zu verwenden; die fünfte Stelle bezeichnet den Grad der Abhängigkeit.
S.K.D.5.2. Medikamenten- und Drogen- Abstinenz- syndrom	Das Medikamenten- und Drogen-Abstinenzsyndrom ist mit dem Code 292.0 „ <i>Astinenza di sostanza</i> “ anzugeben; zudem ist durch einen Code der Kategorie 304.__ „ <i>Dipendenza da sostanze</i> “ die jeweilige Abhängigkeit als Sekundärdiagnose anzuführen.
S.K.D.5.3. Alkoholkonsum	Bei Alkoholkonsum kommen folgende Codes zur Anwendung: • Akuter Rausch ohne Abhängigkeit: 305.0_ „<i>Abuso di alcool</i>“. • Alkoholabhängigkeit: 303.__ „<i>Sindrome di dipendenza da alcool</i>“; eventuell weitere Codes zur Definition von Begleiterscheinungen hinzufügen. • Akute Zufallsintoxikation, Vergiftung, z.B. bei einem Kind: 980.0 „<i>Effetti tossici dell'alcool etilico</i>“. • Alkohol-Psychosen: 291.__ „<i>Disturbi mentali indotti da alcool</i>“.
S.K.D.5.4. Stationärer Aufenthalt zur Alkohol- und/oder Medikamenten- Entwöhnung/ Rehabilitation	Im Falle eines stationären Aufenthaltes zur Alkohol- und/oder Medikamenten- Entwöhnung/Rehabilitation ist ein Code der Kategorien 303.__ „ <i>Sindrome di dipendenza da alcool</i> “ oder 304.__ „ <i>Dipendenza da sostanze</i> “ als Primärdiagnose anzugeben. Die folgenden Verfahrenscodes sind im Zusammenhang mit der Alkohol- und/oder Medikamenten -Rehabilitation anzugeben: • 94.61 „<i>Riabilitazione da alcool</i>“ • 94.63 „<i>Disintossicazione e riabilitazione da alcool</i>“ • 94.64 „<i>Riabilitazione da farmaci</i>“ • 94.66 „<i>Disintossicazione e riabilitazione da farmaci</i>“ • 94.67 „<i>Riabilitazione combinata da alcool e farmaci</i>“ • 94.69 „<i>Riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci</i>“ Sie sind nur im Falle einer Aufenthaltsdauer von mehr als 10 Tagen in der Krankenkartei einzutragen, und nur wenn im Laufe dieses Aufenthaltes mindestens 3 psychologische/rehabilitative Beratungsgespräche stattfanden.



S.K.D.5.5. Suizidversuche	Bei Aufenthalten nach Suizidversuchen sind folgende Codes zu verwenden: • Die Primärdiagnose ist jener Krankheitszustand, der den Krankenhausaufenthalt verursacht hat (z.B. Vergiftung, Trauma, usw.), sofern dieser Zustand den Auswahlkriterien für Primärdiagnosen entspricht; • unter den Sekundärdiagnosen ist die psychiatrische Diagnose anzuführen; • unter den Sekundärdiagnosen ist der Code 300.9 „<i>Tentativo di suicidio</i>“ einzutragen; • Auf dem Krankenhausentlassungsbogen ist, laut Ministerialdekret 380/2000 und Landesleitlinien über den KEB, neben den Informationen zur Diagnose auch die Variable „<i>Traumatismi o intossicazioni</i>“ auszufüllen, wobei der Code „5“ selbstschädigendes Verhalten oder einen Selbstmordversuch (unabhängig vom Ort des Geschehens) definiert. Es wird auf folgenden neu eingeführten V-Code hingewiesen: V62.84 „<i>Ideazione suicida</i>“.
--------------------------------------	---



S.K.D.5.6. Demenz

1) Morbus Alzheimer Demenz:

Die Morbus Alzheimer Demenz ist mit dem Code 331.0 „*Malattia di Alzheimer*“ zu kodieren.

2) Degenerative „Nicht-Alzheimer-Demenz“:

Alle Demenzformen, die nicht durch den Morbus Alzheimer bedingt sind, werden mit dem Code 331.2 „*Degenerazione senile dell'encefalo*“ kodiert. Im Allgemeinen wird die Alzheimer-Erkrankung oder die degenerative „Nicht-Alzheimer-Erkrankung“ nur in folgenden Fällen als Primärdiagnose kodiert:

- diagnostischer Aufenthalt (in dem die Diagnose zum ersten Male gestellt wird);
- Aufenthalt mit Todesfolge aufgrund der Erkrankung;

In allen übrigen Fällen wird die Komplikation, die mit der degenerativen Pathologie verbunden ist (z.B. 294.11 „*Demenza in condizioni patologiche classificate altrove, con disturbi comportamentali*“) oder eine andere Pathologie (z.B. Pneumonie), die den KH-Aufenthalt erforderte, als Primärdiagnose angegeben.

In diesen Fällen wird die Alzheimer-Demenz oder die degenerative „Nicht-Alzheimer-Demenz“ als Sekundärdiagnose angegeben, auch wenn es die Kriterien des systematischen Verzeichnisses anders vorsehen.

3) Zustand nach zerebraler Ischämie oder Blutung mit kognitivem Verfall und anderen etwaigen Spätfolgen:

- Code 290.4_ „*Demenza vascolare*“ (als Primärdiagnose);
- Code 438.0 „*Deficit cognitivo*“ (als Sekundärdiagnose).

eventuell weitere Codes der Kategorie 438.__ „*Postumi delle malattie cerebrovascolari*“

4) Demenz durch multiple Hirninfarkte:

- Die Demenz durch multiple Hirninfarkte wird mit Code 290.4_ „*Demenza vascolare*“ als Primärdiagnose und Code 437._ „*Altre e maldefinite vasculopatie cerebrali*“ als Sekundärdiagnose kodiert.

5) Spätfolgen eines Schädeltraumas mit kognitivem Verfall:

- Code 294.1 „*Demenza in condizioni morbose classificate altrove*“ (als Primärdiagnose), wobei die fünfte Ziffer das eventuelle Vorliegen von Verhaltensstörungen definiert;

und als Sekundärdiagnose:

- Code 905.0 „*Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia*“, falls eine Fraktur vorliegt;
- Code 907.0 „*Postumi di traumatismi intracranici senza menzione di frattura del cranio*“, falls keine Fraktur vorliegt.

6) Aufenthalt von Demenzpatienten aus familiären oder sozialen Gründen:

- von V60._ - V63._ (als Primärdiagnose)

und als Sekundärdiagnose:

- 331.0 „*Malattia di Alzheimer*“ oder 331.2 „*Degenerazione senile dell'encefalo*“.



S.K.D.5.7. Elektro- konvulsions- therapie	Die Elektrokonvulsionstherapie ist mit dem Code 94.27 „ <i>Terapia elettroconvulsiva (ECT) EST</i> “ zu beschreiben.
S.K.D.5.8. Psychische Störungen während Schwanger- schaft, Geburt und im Wochenbett	Psychische Störungen während einer Schwangerschaft, Geburt oder im Wochenbett, die einer stationären Behandlung bedürfen, werden durch die Codes der Kategorie 648.4_ „<i>Disturbi mentali complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio</i>“ (siehe Kapitel 11 „Komplikationen im Laufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“) beschrieben. Bei der Verwendung dieser Codes ist auf die fünfte Ziffer zu achten, die den Aufenthalt hinsichtlich dem Ereignis „Entbindung“ kennzeichnet: 1 <i>parto, con o senza menzione della condizione antepartum</i>; 2 <i>parto, con menzione della complicazione postpartum</i>; 3 <i>condizione o complicazione antepartum, senza parto nell'attuale ricovero</i>; 4 <i>condizione o complicazione postpartum, senza parto nell'attuale ricovero</i>. Die fünfte Stelle gleich „0 - episodio di cura non specificato“ soll beim Ausfüllen des KEBs nie benutzt werden, da ansonsten der Aufenthalt hinsichtlich des Ereignisses „Entbindung“ nicht gekennzeichnet werden kann.
S.K.D.5.9. Zu kodierende psychiatrische Maßnahmen	Im Allgemeinen sollten die folgenden, die Psyche betreffenden und unter „Verschiedenes“ genannten Maßnahmen, falls sie durchgeführt wurden, in den verfügbaren Feldern, wie folgt kodiert werden: 94.01 <i>Somministrazione di test di intelligenza</i> 94.02 <i>Somministrazione di test psicologici</i> 94.03 <i>Analisi del carattere</i> 94.08 <i>Altra valutazione e test psicologico</i> 94.09 <i>Determinazione dello stato mentale psicologico, SAI</i> 94.11 <i>Valutazione psichiatrica dello stato mentale</i> 94.13 <i>Valutazione di affidamento psichiatrico</i> 94.21 <i>Narcoanalisi</i> 94.24 <i>Terapia con shock chimico</i> 94.26 <i>Terapia con elettroshock subconvulsivo</i> 94.27 <i>Terapia elettroconvulsiva (ECT) EST</i> 94.31 <i>Psicanalisi</i> 94.32 <i>Ipnoterapia</i> 94.33 <i>Terapia comportamentale</i> 94.34 <i>Terapia individuale per disfunzione psicosessuale</i> 94.36 <i>Psicoterapia ludica</i> 94.37 <i>Psicoterapia verbale esplorativa</i> 94.38 <i>Psicoterapia verbale di supporto</i> 94.39 <i>Altra psicoterapia individuale</i> 94.41 <i>Terapia di gruppo per disfunzione psicosessuale</i> 94.42 <i>Terapia familiare</i> 94.43 <i>Psicodramma</i> 94.44 <i>Altra terapia di gruppo</i> 94.45 <i>Consulenza per tossicomania</i> 94.46 <i>Consulenza per alcoolismo</i> 94.61 <i>Riabilitazione da alcool</i> 94.62 <i>Disintossicazione da alcool</i> 94.63 <i>Disintossicazione e riabilitazione da alcool</i> 94.64 <i>Riabilitazione da farmaci</i> 94.65 <i>Disintossicazione da farmaci</i> 94.66 <i>Disintossicazione e riabilitazione da farmaci</i> 94.67 <i>Riabilitazione combinata da alcool e farmaci</i> 94.68 <i>Disintossicazione combinata da alcool e farmaci</i> 94.69 <i>Riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci</i>



S.K.D.5.10. Neu eingeführte und abgeänderte Diagnosecodes	Neue Diagnosecodes (2) 291.82 Disturbi del sonno indotti da alcool 292.85 Disturbi del sonno indotti da droghe Abgeänderte Diagnosecodes (145) 290.4_ Demenza vascolare 291.1 Disturbo amnesico persistente indotto da alcool 291.2 Altre demenze persistenti indotte da alcool 291.3 Disturbo psicotico con allucinazioni indotto da alcool 291.5 Disturbo psicotico con deliri indotto da alcool 291.89 Altri disturbi psichici specificati indotti da alcool 291.9 Disturbi psichici non specificati indotti dall'alcool 292.0 Astinenza da droghe 292.1_ Disturbi psicotici con deliri indotti da sostanze 292.82 Demenza persistente provocata da droghe 292.83 Disturbo amnesico persistente indotto da droghe 292.84 Disturbo dell'umore indotto da droghe 293.0 Delirium da manifestazioni classificate altrove 293.8_ Altri disturbi psichici transitori specificati da manifestazioni classificate altrove 293.9 Disturbi psichici transitori non specificati in manifestazioni classificate altrove 294.0 Disturbo amnesico in manifestazioni classificate altrove 294.8 Altri disturbi psichici persistenti da manifestazioni classificate altrove 294.9 Disturbi psichici persistenti non specificati da manifestazioni classificate altrove 295.4_ Disturbo schizofrenico 295.6_ Schizofrenia residuale 295.7_ Disturbo schizoaffettivo 296.0_ Disturbo bipolare di I tipo, episodio maniacale singolo 296.4_ Disturbo bipolare di I tipo, più recente (o corrente) episodio maniacale 296.5_ Disturbo bipolare di I tipo, più recente (o corrente) episodio depressivo 296.6_ Disturbo bipolare di I tipo, più recente (o corrente) episodio misto 296.7 Disturbo bipolare di I tipo, più recente (o corrente) episodio non specificato 296.8_ Altri e non specificati disturbi bipolari 296.9_ Altri disturbi episodici dell'umore specificati 297.1 Disturbo delirante 297.3 Disturbo psicotico condiviso 299.0_ Disturbo autistico 299.1_ Disturbo disintegrativo dell'infanzia 299.8_ Altri disturbi pervasivi dello sviluppo specificati 299.9_ Disturbi pervasivi dello sviluppo non specificati
---	---



S.K.D.5.10. Neu eingeführte und abgeänderte Diagnosecodes	Abgeänderte Diagnosecodes (145) 300.01 Disturbo di panico senza agorafobia 300.12 Amnesia dissociativa 300.13 Fuga dissociativa 300.14 Disturbo dissociativo dell'identità 300.16 Disturbo fittizio con predominanti segni e sintomi psicologici 300.21 Agorafobia con disturbo di panico 300.29 Altre fobie specifiche o isolate 300.4 Disturbo distimico 300.6 Disturbo di depersonalizzazione 300.89 Altri disturbi somatoformi 300.9 Disturbi psichici non psicotici non specificati 301.22 Disturbo di personalità schizotipica 301.4 Disturbo di personalità ossessivo-compulsivo 301.81 Disturbo di personalità narcisistica 301.82 Disturbo di personalità evitante 301.83 Disturbo di personalità borderline 302.0 Orientamento sessuale egodistonico 302.3 Feticismo di travestimento 302.6 Disturbo dell'identità sessuale nell'infanzia 302.7_Disfunzione psicosessuale 302.85 Disturbo dell'identità sessuale nell'adolescente o nell'adulto 304.1_Dipendenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici 305.4_Abuso di sedativi, ipnotici o ansiolitici 307.0 Tartagliamento 307.2_Tics 307.3 Disturbo da movimenti stereotipati 307.45 Disturbo del ritmo circadiano del sonno di origine non organica 307.46 Disturbo da risveglio nel sonno 307.51 Bulimia nervosa 307.53 Disturbo da ruminazione 307.89 Altri, disturbi da dolore correlato a fattori psicologici 309.0 Disturbo dell'adattamento con umore depresso 309.24 Disturbo dell'adattamento con ansia 309.28 Disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso 309.3 Disturbo dell'adattamento con disturbi della condotta 309.4 Disturbo dell'adattamento con disturbi misti dell'emotività e della condotta 309.81 Disturbo post-traumatico da stress 310.1 Cambiamento di personalità dovuto a manifestazioni classificate altrove 313.23 Mutismo selettivo 313.81 Disturbo oppositivo-provocatorio 313.9 Disturbi delle emozioni non specifici dell'infanzia o dell'adolescenza 315.1 Disturbo delle abilità matematiche 315.31 Disturbo del linguaggio espressivo 315.32 Disturbo misto del linguaggio espressivo e della comprensione 315.4 Disturbo di sviluppo della coordinazione
--	--



6. – KRANKHEITEN DES NERVENSYSTEMS UND DER SINNESORGANE (320–389)

S.K.D.6.1. Allgemeine Kodierungsregeln für Kapitel 6	In diesem Kapitel (320-389) werden die Krankheiten und Störungen des zentralen Nervensystems (320-349), des peripheren Nervensystems (350-359), des Auges und der Augenanhangsgebilde (360-379) sowie des Ohres und des Warzenfortsatzes (380-389) behandelt.
S.K.D.6.2. Demenz	1) Morbus Alzheimer Demenz: Die Morbus Alzheimer Demenz ist mit dem Code 331.0 „<i>Malattia di Alzheimer</i>“ zu kodieren. 2) Degenerative „Nicht-Alzheimer-Demenz“: Alle Demenzformen, die nicht dem Morbus Alzheimer zuzuordnen sind, werden mit dem Code 331.2 „<i>Degenerazione senile dell'encefalo</i>“ kodiert. Im Allgemeinen wird die Alzheimer-Erkrankung oder die degenerative „Nicht-Alzheimer-Erkrankung“ nur in folgenden Fällen als Primärdiagnose angegeben: • diagnostischer Aufenthalt (Aufenthalt in dem die Diagnose zum ersten Male gestellt wird); • Aufenthalt mit Todesfolge aufgrund der Erkrankung; In allen übrigen Fällen wird die Komplikation, die mit der degenerativen Pathologie verbunden ist (z.B. 294.11 „<i>Demenza in condizioni patologiche classificate altrove, con disturbi comportamentali</i>“) oder eine andere Pathologie (z.B. Pneumonie, usw.), die den KH-Aufenthalt erforderte, als Primärdiagnose angegeben. In diesen Fällen wird die Alzheimer-Demenz oder die degenerative „Nicht-Alzheimer-Demenz“ als Sekundärdiagnose angegeben, auch wenn es die Kriterien des systematischen Verzeichnisses anders vorsehen. 3) Zustand nach zerebraler Ischämie oder Blutung mit kognitivem Verfall und anderen etwaigen Spätfolgen: • Code 290.4_ „<i>Demenza vascolare</i>“ (als Primärdiagnose); • Code 438.0 „<i>Deficit cognitivo</i>“ (als Sekundärdiagnose). • eventuelle weitere Codes der Kategorie 438.__ „<i>Postumi delle malattie cerebrovascolari</i>“ 4) Demenz durch multiple Hirninfarkte: • Die Demenz durch multiple Hirninfarkte wird mit Code 290.4_ „<i>Demenza vascolare</i>“ als Primärdiagnose und Code 437._ „<i>Altre e maldefinite vasculopatie cerebrali</i>“ als Sekundärdiagnose kodiert. 5) Spätfolgen eines Schädeltraumas mit kognitivem Verfall: • Code 294.1 „<i>Demenza in condizioni morbose classificate altrove</i>“ (als Primärdiagnose), wobei die fünfte Ziffer das eventuelle Vorliegen von Verhaltensstörungen angibt; • als Sekundärdiagnose: Code 905.0 „<i>Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia</i>“, falls eine Fraktur vorliegt; Code 907.0 „<i>Postumi di traumatismi intracranici senza menzione di frattura del cranio</i>“, falls keine Fraktur vorliegt. 6) Aufenthalt von Demenzpatienten aus familiären oder sozialen Gründen: • von V60._ - V63._ (als Primärdiagnose) und als Sekundärdiagnose: • 331.0 „<i>Malattia di Alzheimer</i>“ oder 331.2 „<i>Degenerazione senile dell'encefalo</i>“.



S.K.D.6.3. Krampfanfälle und Epilepsie	Krampfanfälle, die als Anzeichen einer Krankheit (z.B. Fieber) auftreten, sind durch die Verwendung unterschiedlicher Codes von der Epilepsie genau zu unterscheiden: Epilepsie: ➔ Code 345._; Krampfanfälle: des Erwachsenen ➔ Code 780.3; des Säuglings ➔ Code 779.0.
S.K.D.6.4. Behandlung mit Botulinumtoxin	Im Falle eines Aufenthalts zur Behandlung mit Botulinumtoxin sind folgende Kodierungsanweisungen zu beachten: - als Primärdiagnose wird der Code der behandelten Symptomatik (Dysphagie, Spasmus, Facialisparesie) angegeben; - als Primäreingriff/-verfahren verwendet man den Code 83.98 „<i>Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale all'interno di altri tessuti molli</i>“.
S.K.D.6.5. Radikulärschaden bei intravertebraler Diskushernie	Im Falle eines Radikulärschadens bei intravertebraler Diskushernie werden folgende Codes verwendet: - Code 722.0, 722.10 oder 722.11, je nach Lokalisation und ohne Myelopathie; - Code 722.71, _ .72 oder _ .73, je nach Lokalisation und mit einer Myelopathie; Nicht zu verwenden ist der Code 353._ „ <i>Disturbi delle radici e dei plessi nervosi</i> “.
S.K.D.6.6. Migräne und Kopfschmerzen	1) Episodische oder chronische Kopfschmerzen, die der Kategorie „Migräne“ zugeordnet werden ➔ Code 346.___ 2) Atypische Gesichtsschmerzen ➔ Code 350.2. 3) Episodische oder chronische Kopfschmerzen, die der Unterkategorie „Spannungskopfschmerz“ zugeordnet werden ➔ Code 307.81. 4) Aufnahme eines Kopfschmerzpatienten aufgrund von Analgetikamissbrauchs oder falscher Einnahme von Analgetika (laut DSM-III-R): Code 305.9_ (als Primärdiagnose); Code 346.__ falls der Kopfschmerz als „Migräne“ oder Code 307.81, falls dieser als „Spannungskopfschmerz“ eingestuft wird (als Sekundärdiagnose). 5) Aufenthalt eines Kopfschmerzpatienten aufgrund seiner Abhängigkeit von Analgetika (nach DSMIII-R): Code 304.9_ (als Primärdiagnose); Code 346.__, falls der Kopfschmerz als „Migräne“ oder 307.81, falls dieser als „Spannungskopfschmerz“ eingestuft wird (als Sekundärdiagnose).
S.K.D.6.7. Hydrocephalus	Bei erworbenem posthämorrhagischem Hydrocephalus infolge einer <u>vorausgegangen</u> Aneurysmaruptur ist der Code 331.4 „ <i>Idrocefalo acquisito</i> “ als Primärdiagnose zu verwenden. Im Abschnitt der Massnahmen sind die Codes der Liquorableitung anzuführen: 02.34 „ <i>Anastomosi fra ventricolo, cavità addominale e suoi organi</i> “; 02.32 „ <i>Anastomosi fra ventricolo e sistema circolatorio</i> “.



S.K.D.6.8. Zerebrovaskuläre Erkrankungen	Akute zerebrovaskuläre Erkrankungen werden mit den Codes der Kategorien 430 – 437 angegeben; die Spätfolgen dieser Erkrankungen werden dagegen anhand der Kategorie 438 kodiert. Jede Komponente einer Diagnose hinsichtlich der zerebrovaskulären Erkrankungen ist gesondert zu kodieren (Mehrfachkodierung). Der Code 436 „<i>Vasculopatie cerebrale acute maldefinite</i>“ ist nur in jenen Fällen vorzusehen, in denen keine weiteren und spezifischeren Informationen vorliegen.
S.K.D.6.9. Hirnblutungen durch Medikamente, die auf die Blutgerinnung einwirken	Als Primärdiagnose ist der Code der Hirnblutung (430 – 432) und als Sekundärdiagnose sind, je nach Fall, folgende Codes zu verwenden: V58.61 „<i>Uso a lungo termine (in corso) di anticoagulanti</i>“ ; V58.63 „<i>Uso a lungo termine (in corso) di antitrombotici/antipiastrinici</i>“ ; V58.64 „<i>Uso a lungo termine (in corso) di antinfiammatori non steroidei (NSAID)</i>“ V58.66 „<i>Uso a lungo termine (in corso) di aspirina</i>“ .
S.D.6.10. Verschluß und Stenose der präzerebralen Arterien (433._ _)	Die Codes der Kategorie 433 „<i>Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali</i>“ sind nur in folgenden Fällen als Primärdiagnose anzugeben: • Aufenthalt wegen einer Synkope oder Taumel/Schwindel oder transitorischen ischämischen Attacke (T.I.A.), bei dem durch instrumentelle Untersuchungen eine stenotische Ursache nachgewiesen wird; • Aufenthalt ohne akutes zerebrovaskuläres Ereignis, um eine Stenose operativ durch eine Thrombendatherektomie (TEA) zu beheben.
S.K.D.6.11. Ischämischer Schlaganfall	Folgende Codes sind zu verwenden: 434.01 bei Hirnarterienthrombose, 434.11 bei Hirnembolie sowie 434.91 in allen Fällen, in denen keine Angaben zur thrombotischen oder embolischen Ursache des Hirnschlages vorliegen.
S.D.6.12. Transitorische ischämische Attacke (TIA)	Für die transitorische ischämische Attacke (T.I.A) ist der Code 435._ zu verwenden; wurde allerdings eine stenotische Ätiologie nachgewiesen, ist die Stenose durch die Kategorie 433._ 0 „<i>Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali</i>“ als Primärdiagnose und die T.I.A. (435._) als Sekundärdiagnose zu kodieren.
S.K.D.6.13. Drop-Attack	Zur Beschreibung dieses Zustandes wird der Code 435.3 verwendet.



S.K.D.6.14. Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	Bei stabilisierten Spätfolgen zerebrovaskulärer Ereignisse ist der fünfstellige Code 438.__ zu verwenden. Es wird darauf hingewiesen, dass zur Kodierung von Spätfolgen zwei Codes notwendig sind, einer für den Restzustand oder die Art der Spätfolge, der andere für die Ursache derselben. Der Code der Art der Spätfolge ist als erster, jener der Ursache als Sekundärdiagnose anzugeben, außer in jenen Fällen, in denen es laut Handbuch ICD-9-CM für die Beschreibung von Art und Ursache einen einzigen Code gibt. Die Kategorie 438.__ „<i>Postumi delle malattie cerebrovascolari</i>“ sieht eine vierte und fünfte Ziffer zur Beschreibung der Spätfolgen vor. Beispiele: 1) Aphasie nach zerebrovaskulärem Ereignis ➔ Primärdiagnose: 438.11 „<i>Afasia</i>“ 2) Schwindel als Zustand nach zerebrovaskulärem Ereignis ➔ Primärdiagnose: 438.85 „<i>Vertigini in postumi di malattie cerebrovascolari</i>“. Es ist darauf zu beachten, dass für neurologische Schäden, die nicht durch zerebrovaskuläre Ereignisse verursacht wurden, die Codes anderer Kategorien verwendet werden. Beispiele: 1) Aphasie nach intrakraniell Trauma ➔ Code 784.3 2) Hemiplegie der dominanten Hirnhälfte infolge eines Gehirntumors ➔ man verwendet einen Code der Kategorie 342.__
S.K.D.6.15. Hemiplegie und sonstige Lähmungen	Die Codes der Hemiplegie (342.__) und anderer Lähmungssyndrome (344.__) werden selten als Primärdiagnosen verwendet, außer bei lang andauernden Hemiplegien oder Lähmungssyndromen, die allerdings keinen näher bezeichneten Ursprung aufweisen.
S.K.D.6.16. Kleinhirntaxie	Für die Kodierung der Kleinhirntaxie wird ein Code der Kategorie 334.__ als Primärdiagnose verwendet: Beispiele: 1) Kleinhirntaxie wegen Toxizität von Medikamenten, Lösungsmitteln, Metallen, physischen Agenten: Primärdiagnose: Code 334.3 „<i>Altre atassie cerebellari</i>“. Sekundärdiagnose: Code 995.2 „<i>Effetti avversi non specificati da farmaci, medicamenti e prodotti biologici non classificati altrove</i>“. 2) Kleinhirntaxie bei anderweitig klassifizierten Krankheiten ➔ Infektionen mit akut-subakutem Beginn, Alkoholabhängigkeit, Gefäßerkrankungen, Mangelkrankheiten, usw.: Primärdiagnose: Code 334.4 „<i>Atassia cerebellare in malattie classificate altrove</i>“ Sekundärdiagnose: Code der Grunderkrankung
S.D.6.17. Motoneuron- Erkrankung	Zweites Motoneuron: • <i>Atrofia muscolare spinale tipo I</i> ➔ Code 335.0 • <i>Atrofia muscolare spinale tipo II</i> ➔ Code 335.11 • <i>Atrofia muscolare spinale tipo III</i> ➔ Code 335.19.



S.K.D.6.18. Schwindel	1) Menière Krankheit ➡ Code 386.0_ als Primärdiagnose, falls die Auswahlkriterien für Primärdiagnosen erfüllt werden. 2) Peripherer Schwindel ➡ Code 386.1_. 3) Zentraler Schwindel ➡ Code 386.2 als Primärdiagnose, falls die Auswahlkriterien für Primärdiagnosen erfüllt werden. 4) Funktioneller, akuter posttraumatischer Schwindel ➡ Code 310.2 „<i>Sindrome post-commotiva</i>“ (als Primärdiagnose); Code 386._ „<i>Vertigini</i>“ (als Sekundärdiagnose). 5) Akuter posttraumatischer Schwindel, infolge einer Läsion des VIII Hirnnerven ohne Fraktur: Code 951.5 „<i>Traumatismo del nervo acustico</i>“ (als Primärdiagnose, falls die Auswahlkriterien für Primärdiagnosen erfüllt werden); Code 386.19 „<i>Altre vertigini periferiche</i>“ (als Sekundärdiagnose). 6) Chronischer posttraumatischer Schwindel, infolge einer Schädelbasisfraktur und Läsion des VIII Hirnnerven: Code 386.19 „<i>Altre vertigini periferiche</i>“ (als Primärdiagnose); Code 905.0 „<i>Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia</i>“ (als Sekundärdiagnose); Code 907.1 „<i>Postumi di traumatismi dei nervi cranici</i>“ (als Sekundärdiagnose). 7) Chronischer posttraumatischer Schwindel, infolge einer Läsion des VIII Hirnnerven ohne Schädelbasisfraktur: Code 386.19 „<i>Altre vertigini periferiche</i>“ (als Primärdiagnose) Code 907.1 „<i>Postumi di traumatismi dei nervi cranici</i>“ (als Sekundärdiagnose). 8) Schwindel infolge eines Schlaganfalls: Code 438.85 „<i>Vertigini in postumi di malattie cerebrovascolari</i>“. 9) Toxischer Labyrinthschwindel: Code 386.34 „<i>Labirintite tossica</i>“ (als Primärdiagnose) 10) Wurde der Ursprung des Schwindels nicht bestimmt, ist der Code 780.4 „<i>Vertigini SAI</i>“ zu verwenden.
S.K.D.6.19. Thoracic-outlet-Syndrom	Für das Thoracic-outlet-Syndrom sind folgende Codes zu verwenden: Primärdiagnose: 353.0 „<i>Sindrome della costola cervicale</i>“; Chirurgischer Eingriff: 77.91 „<i>Ostectomy totale della scapola, della clavicola, del torace (coste e sterno)</i>“.



**S.K.D.6.20.
Einsetzen und
Austausch eines
spinalen
Neurostimulators**

Aufenthalt zur Durchführung eines PNE-Tests:

Als Primärdiagnose wird, je nach Fall, einer der folgenden Codes eingetragen: 788.39 "Altra incontinenza urinaria" (für Mann und Frau), oder 788.9 "Dolore vescicale" oder 355.71 "Causalgia dell'arto inferiore"; unter den Sekundärdiagnosen werden eventuelle Codes zur Beschreibung der Grundkrankheit angegeben.

Im Abschnitt der Eingriffe wird der Code 04.19 "*Altre procedure diagnostiche sui nervi cranici o periferici o sui gangli*" eingetragen.

Aufenthalt zum Einsetzen eines permanenten spinalen Neurostimulators:

Als Primärdiagnose wird, je nach Fall, einer der folgenden Codes eingetragen: 788.39 "Altra incontinenza urinaria" (für Mann und Frau), oder 788.9 "Dolore vescicale" oder 355.71 "Causalgia dell'arto inferiore"; unter den Sekundärdiagnosen werden eventuelle Codes zur Beschreibung der Grunderkrankung angegeben.

Im Abschnitt der Eingriffe wird neben dem Code 03.93 "*Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale*", auch der Code des Einsetzens des Impulsgeber des Neurostimulators wiedergegeben:

- 86.94 "*Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo, non specificato se ricaricabile*";
- 86.95 "*Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale doppio, non specificato se ricaricabile*";
- 86.96 "*Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore*";
- 86.97 "*Inserzione o sostituzione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo ricaricabile*";
- 86.98 "*Inserzione o sostituzione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale doppio ricaricabile*".



S.K.D.6.21. Entfernung eines spinalen Neurostimulators	Aufenthalt zur Entfernung des spinalen Neurostimulators (wegen Wirkungslosigkeit): Primärdiagnose: V53.02 „<i>Rimozione di neuro stimolatore (cervello)(sistema nervoso periferico)(midollo spinale)</i>“; Chirurgische Eingriffe: 03.94 „<i>Rimozione di elettrodo/i del neuro-stimolatore spinale</i>“ + 86.05 „<i>Rimozione di generatore di impulsi di neuro stimolatore (a canale singolo o doppio)</i>“. Aufenthalt zur Entfernung der Elektrode bei Verbleib in situ des Neurostimulators (bei Infektionen und/oder Dehiszenzen am Implantationssitus der Elektrode) Primärdiagnose: 996.63 „<i>Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso</i>“; Sekundärdiagnose: V45.89 „<i>Presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico</i>“ (zur Beschreibung der Elektrode oder des Neurostimulators); Chirurgischer Eingriff: 03.94 „<i>Rimozione di elettrodo/i del neurostimolatore spinale</i>“. Aufenthalt zur Entfernung des spinalen Neurostimulators und Verbleib der Elektrode in situ (bei Infektionen und/oder Dehiszenzen, Dekubitus der Implantationstasche): Primärdiagnose: 996.63 „<i>Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso</i>“; Sekundärdiagnose: V45.89 „<i>Presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico</i>“ (das Vorhandensein der Elektrode oder des Neurostimulators ist anzugeben); Chirurgischer Eingriff: 86.05 „<i>Rimozione di generatore di impulsi di neurostimolatore (a canale singolo o doppio)</i>“.
S.K.D.6.22. Baclofen-Pumpe	Im Falle eines Aufenthaltes zur Anlage, Aufladung, Tarierung und Entfernung der Baclofen Pumpe werden folgende Codes verwendet: Primärdiagnose: V53.09 „<i>Collocazione e sistemazione di altri dispositivi relativi al sistema nervoso e agli organi di senso</i>“; Je nach Fall werden folgende Codes verwendet: A) Anlage der Pumpe: 03.90 „<i>Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative</i>“; 03.92 „<i>Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale</i>“; 86.06 „<i>Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile</i>“. B) Aufladung und Tarierung der Pumpe: 03.92 „<i>Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale</i>“. C) Entfernung der Pumpe: 97.89 „<i>Rimozione di altro dispositivo terapeutico</i>“.



S.K.D.6.23 Neu eingeführte und abgeänderte Diagnosecodes	Neue Diagnosecodes (104) 323.0_ Encefalite, mielite ed encefalomielite in malattie virali classificate altrove 323.4_ Altre encefaliti, mieliti ed encefalomieliti da infezioni classificate altrove 323.5_ Encefaliti, mieliti ed encefalomieliti successive a procedure di immunizzazione 323.6_ Encefalite, mielite ed encefalomielite post-infettiva 323.7_ Encefalite, mielite ed encefalomielite tossiche 323.8_ Altre cause di encefalite, mielite ed encefalomielite 327._ Disturbi organici del sonno 331.1_ Demenza frontotemporale 331.82 Demenza con corpi di Lewy 331.83 Alterazione cognitiva lieve, specificata come tale 333.7_ Distonia di torsione acquisita 333.85 Discinesia subacuta dovuta a farmaci 333.94 Sindrome da gambe senza riposo (RLS) 338.0 Sindrome da dolore centrale 338.1_ Dolore acuto 338.2_ Dolore cronico 338.3 Dolore correlato a neoplasia (acuto) (cronico) 338.4 Sindrome da dolore cronico 341.2_ Mielite acuta 347._ Cataplessia e narcolessia 348.3_ Encefalopatia non classificata altrove 357.8_ Altre neuropatie tossiche e infiammatorie 358.0_ Miastenia grave 359.8_ Altre miopatie 362.03 Retinopatia diabetica non proliferativa SAI 362.04 Retinopatia diabetica non proliferativa lieve 362.05 Retinopatia diabetica non proliferativa moderata 362.06 Retinopatia diabetica non proliferativa severa 362.07 Edema maculare diabetico 365.83 Misdirezione dell'acqueo 377.43 Ipoplasmia del nervo ottico 379.6_ Infiammazione (infezione) di vescicole post-procedurali 380.03 Condrite del padiglione auricolare 389.15 Sordità neurosensoriale unilaterale 389.16 Sordità neurosensoriale asimmetrica Abgeänderte Diagnosecodes (14) 323.1 Encefalite, mielite ed encefalomielite in malattie da Rickettsie classificate altrove 323.2 Encefalite, mielite ed encefalomielite in malattie da protozoi classificate altrove 323.9 Cause non specificate di encefalite, mielite ed encefalomielite 333.6 Distonia di torsione genetica 345.4_ Epilessia e sindromi epilettiche con crisi parziali complesse correlate alla sede (focali) (parziali) 345.5_ Epilessia e sindromi epilettiche con crisi parziali semplici correlate alla sede (focali) (parziali) 345.8_ Altre forme di epilessia e crisi ricorrenti 389.1_ Sordità neurosensoriale
---	---



7. – KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (390 – 459)

S.K.D. 7.1. Akutes Lungenödem	Das akute Lungenödem kardialer Genese wird mit dem Code 428.1 „ <i>Insufficienza del cuore sinistro</i> “ kodiert; somit ist für diese Erkrankung nicht der Code 518.4 zu verwenden, der den seltenen Fällen pulmonaler Genese vorbehalten wird.
S.K.D. 7.2. Hypertonie	• Die essentielle arterielle Hypertonie wird durch den Code 401.1 „<i>Ipertensione essenziale benigna</i>“ angegeben. • Die Codes der Kategorien 402 - 404 beschreiben alle nicht-essentielle Hypertonieformen (hypertensive Kardiopathie, hypertensive Nephropathie, usw.). • Für die sekundäre Hypertonie werden die Codes der Kategorie 405. verwendet. • Im Falle eines dringenden Aufenthaltes wegen einer hypertensiven Krise mit Anzeichen einer Enzephalopathie wird der Code 437.2 „<i>Encefalopatia ipertensiva</i>“ verwendet. • Die Hypertonie als Komplikation von Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett ist mit einem Code der Kategorie 642. „<i>Ipertensione complicante la gravidanza, il parto ed il puerperio</i>“ anzuführen.
S.K.D. 7.3. Akuter Myokardinfarkt	Im systematischen Verzeichnis befindet sich unter der Kategorie 410 eine Anmerkung bezüglich der Ziffer, die an fünfter Stelle anzuführen ist, um anzugeben, ob es sich um eine Erstbehandlung (1), eine Folgebehandlung für denselben Infarkt (2) oder eine nicht näher bezeichnete Behandlung (0) handelt. In die Definition von Erstbehandlung (fünfte Stelle 1) entfallen auch die Aufenthalte von Patienten, die in andere oder von anderen Akutkrankenhäusern überwiesen werden; nicht inbegriffen sind hingegen Patienten, bei denen die Betreuung für Akute unterbrochen wurde (z.B. wegen ordentlicher Entlassung an den Wohnsitz oder Überweisung an eine Einrichtung für nicht Akute); in diesen Fällen wird die 2 an fünfter Stelle verwendet. Beginnt der darauffolgende Aufenthalt mehr als acht Wochen nach dem Infarkt, wird der Code 414.8 „<i>Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica</i>“ verwendet. Treten während des Aufenthaltes Komplikationen wie Arrhythmien, Flimmern oder Schock auf, sind diese mit zusätzlichen Codes als Sekundär Diagnosen anzuführen. Kommt es im Laufe des Aufenthaltes zu einem zweiten Infarkt an einer anderen Stelle, sind beide Diagnosen, jeweils ihrer Lokalisation entsprechend, mit 1 an fünfter Stelle zu kodieren.
S.K.D. 7.4. Früherer asymptomatischer Myokardinfarkt	Ein früherer asymptomatischer Infarkt wird mit dem Code 412 kodiert; dieser Code darf in einer aktuellen Ischämieerkrankung nie verwendet werden (in diesem Fall ist Code 414.8 zu verwenden). Der Code 412 darf ausschließlich in jenen Fällen als Sekundär diagnose angegeben werden, in denen keine Symptome vorliegen und der frühere Infarkt irgendwie für den gegenwärtigen Aufenthalt von Bedeutung ist.



S.K.D. 7.5. Ischämische Kardiopathie nach akutem Myokardinfarkt	Die chronische ischämische Herzkrankheit oder alle unter 410 klassifizierbaren Gesundheitszustände, die mehr als acht Wochen nach dem Infarkt auftraten, sind mit 414.8 zu kodieren.
S.K.D. 7.6. Nicht näher bezeichnete chronische ischämische Herzkrankheit	Es wird davon abgeraten, den Code 414.9 „ <i>Ischemia cardiaca cronica non specificata</i> “ als Primärdiagnose zu verwenden, wenn ein Patient mit chronischer ischämischer Herzkrankheit wegen einer neuen akuten ischämischen Episode aufgenommen wird; in solchen Fällen empfiehlt sich, je nach klinischem Erscheinungsbild, einen Code der Kategorie 411 „ <i>Altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca</i> “ oder eines Codes der Kategorie 413 „ <i>Angina pectoris</i> “ als Primärdiagnose zu verwenden, während die chronische ischämische Herzkrankheit als Sekundärdiagnose kodiert wird.
S.K.D. 7.7. Angina pectoris	Bei stabiler Angina pectoris ➔ Code 413.9 Bei instabiler Angina pectoris ➔ Code 411.1.
S.K.D. 7.8. Herzstillstand	Code 427.5 „ <i>Arresto cardiaco</i> “ ➔ Diese Diagnose ist nur bei Asystolie oder elektromechanischer Dissoziation oder fehlender Dokumentation eines arrhythmischen Substrates oder bei Herzstillstand als Folge eines Kammerflimmerns zu verwenden. Verstirbt der Patient, sollte dieser Code vermieden werden.
S.D. 7.9. Herzinsuffizienz (Herzdekompensation)	Im Falle einer Herzinsuffizienz (Herzdekompensation) können folgende Codes verwendet werden: • 428.0 „<i>Insufficienza cardiaca congestizia non specificata (scompenso cardiaco congestizio non specificato)</i>“; • 428.1 „<i>Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)</i>“; • 428.2_ „<i>Insufficienza cardiaca sistolica</i>“; • 428.3_ „<i>Insufficienza cardiaca diastolica</i>“; • 428.4_ „<i>Insufficienza cardiaca sistolica e diastolica combinata</i>“. Die fünfte Ziffer der Unterkategorien 428.2_, 428.3_ und 428.4_ ermöglicht zwischen akuter, chronischer und akuter bei chronischer Herzinsuffizienz zu unterscheiden. Die Codes der Herzinsuffizienz (Herzdekompensation) werden unabhängig von der Ätiologie der Dekompensation verwendet.
S.K.D. 7.10. Erkrankungen des Perikards	A) Der Code 420.90 „ <i>Pericardite acuta non specificata</i> “ sollte nicht verwendet werden, da er zu unspezifisch ist; er ist allerdings für einige seltene Fälle vorzusehen, in denen keine diagnostische Definition möglich war. B) Hämatooperikard (auch post-chirurgisch) ➔ 423.0. C) Nicht näher bezeichnete Perikardkrankheit (nicht näher bezeichneter Perikarderguss, auch postchirurgisch mit Herztamponade) ➔ 423.9.



S.K.D. 7.11. Karotis-Sinus-Syndrom	Das Karotis-Sinus-Syndrom wird mit Code 337.0 „ <i>Neuropatia periferica idiopatica del sistema nervoso autonomo</i> “ kodiert. Wird gleichzeitig ein Schrittmacher implantiert, verwendet man für die Primärdiagnose den Code 427.8_ „ <i>Altre aritmie cardiache specificate</i> “ und nicht den Code 337.0.
S.K.D. 7.12. Arteriovenöse Thrombose bei Dialysepatienten	Im Falle einer Thrombose der arterio-venösen Fistel (durch Nierenprothese, -implantat oder -transplantat) in einem Dialysepatienten wird der Code 996.73 „ <i>Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale</i> “ als Primärdiagnose und der Code V56.0 als Sekundärdiagnose verwendet, wenn sich der Patient einer Dialyse unterzieht.
S.K.D. 7.13. Zerebrovaskuläre Erkrankungen	Akute zerebrovaskuläre Erkrankungen werden durch die Kategorien 430 – 437 angegeben; die Spätfolgen dieser Erkrankungen werden dagegen anhand der Kategorie 438 kodiert. Jede Komponente der Diagnose einer zerebrovaskulären Erkrankung ist gesondert zu kodieren (Mehrfachkodierung). Der Code 436 „ <i>Vasculopatie cerebrali acute maldefinite</i> “ ist nur für jene Fälle vorzusehen, in denen keine weiteren und spezifischeren Informationen vorliegen.
S.K.D. 7.14. Hirnblutungen durch Medikamente, die auf die Blutgerinnung einwirken	Als Primärdiagnose ist der Code der Hirnblutung (430 – 432) und als Sekundärdiagnose sind, je nach Fall, folgende Codes zu verwenden: V58.61 „Uso a lungo termine (in corso) di anticoagulanti“; V58.63 „Uso a lungo termine (in corso) di antitrombotici/antiplateletici“; V58.64 „Uso a lungo termine (in corso) di antinfiammatori non steroidei (NSAID)“ V58.66 „Uso a lungo termine (in corso) di aspirina“
S.K.D. 7.15. Verschluss und Stenose der präzerebralen Arterien (433._ _)	Die Codes der Kategorie 433 „ <i>Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali</i> “ sind nur in folgenden Fällen als Primärdiagnose anzugeben: • Aufenthalt wegen einer Synkope oder Taumel/Schwindel oder transitorischen ischämischen Attacke (T.I.A.), bei dem durch instrumentelle Untersuchungen eine stenotische Ursache nachgewiesen wird; • Aufenthalt ohne akutes zerebrovaskuläres Ereignis, um eine Stenose operativ durch eine Thrombendarterektomie (TEA) zu beheben.
S.K.D. 7.16. Ischämischer Schlaganfall	Folgende Codes sind zu verwenden: 434.01 bei Hirnarterienthrombose, 434.11 bei Hirnembolie sowie 434.91 in allen Fällen, wo keine Angaben über eine thrombotische oder embolische Ursache des Hirnschlages vorliegen.
S.K.D. 7.17. Transitorische ischämische Attacke - TIA	Für die transitorische ischämische Attacke (T.I.A) ist der Code 435._ zu verwenden; wurde allerdings eine stenotische Ätiologie nachgewiesen, ist die Stenose durch die Kategorie 433._ „ <i>Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali</i> “ als Primärdiagnose und die T.I.A als Sekundärdiagnose (435._) anzugeben.
S.K.D. 7.18. Drop-Attack	Zur Beschreibung dieses Zustandes wird der Code 435.3 verwendet.



S.K.D. 7.19. Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	Bei stabilisierten Spätfolgen zerebrovaskulärer Ereignisse ist der fünfstellige Code 438.__ zu benutzen. Es wird darauf hingewiesen, dass zur Kodierung von Spätfolgen zwei Codes notwendig sind, einer für den Restzustand oder die Art der Spätfolge, der andere für die Ursache der Spätfolge. Der Code der Art der Spätfolge ist als erster anzugeben; jener der Ursache der Spätfolge wird als Sekundärdiagnose angeführt, außer in jenen Fällen, in denen es laut Handbuch ICD-9-CM zur Beschreibung von Art und Ursache einen einzigen Code gibt. Die Kategorie 438.__ „<i>Postumi delle malattie cerebrovascolari</i>“ sieht eine vierte und fünfte Ziffer zur Definition der Spätfolgen vor. Beispiele: 1) Aphasie nach zerebrovaskulärem Ereignis ➔ Primärdiagnose: 438.11 „<i>Afasia</i>“ 2) Schwindel als Zustand nach zerebrovaskulärem Ereignis ➔ Primärdiagnose: 438.85 „<i>Vertigini in postumi di malattie cerebrovascolari</i>“. Es ist darauf zu achten, dass neurologische Schäden, die nicht durch zerebrovaskuläre Ereignisse verursacht wurden, durch die Codes anderer Kategorien angegeben werden. Beispiele: 1) Aphasie nach intrakraniellm Trauma ➔ Code 784.3 2) Hemiplegie der dominanten Hirnhälfte, infolge eines Gehirntumors ➔ man verwendet einen Code der Kategorie 342.__
S.K.D. 7.20. Frühere kardiale oder vaskuläre Eingriffe	Frühere kardiale oder vaskuläre Eingriffe dürfen auf dem KEB nur als Sekundärdiagnosen angegeben werden, und nur wenn sie sich während des Aufenthaltes auf den Behandlungsaufwand auswirkten. Wichtig: Die V-Codes dürfen nicht zur Beschreibung von Komplikationen eines früheren Eingriffes verwendet werden; Letztere sind gegebenenfalls durch die spezifischen numerischen Kategorien zu definieren. Auf folgende Codes wird hingewiesen: • Vorhandensein einer Herztransplantation ➔ V42.1; • Vorhandensein eines biologischen Klappenersatzes, Autograft, Homograft und Zustand nach rekonstruktiver Chirurgie ➔ V42.2; • Vorhandensein eines künstlichen Herzens ➔ V43.2; • Vorhandensein einer künstlichen Herzklappe ➔ V43.3; • Vorhandensein eines Nicht-koronaren Gefäß-Bypasses ➔ V43.4; • Vorhandensein eines Herzschrittmachers ➔ V45.01; • Vorhandensein eines implantierbaren Defibrillators (AICD) ➔ V45.02; • Vorhandensein eines Aorto-koronaren Bypasses ➔ V45.81; • Vorhandensein einer perkutanen transluminalen Koronarangioplastie (PTCA) ➔ 45.82; • Sonstige Hinweise auf Gesundheitsrisiken in der Eigenanamnese: frühere Eingriffe an Herz und großen Gefäßen ➔ V15.1.



S.K.D.7.21. Postoperative Infektionen und Komplikationen

A – Eine Mediastinitis und der entsprechende Eingriff zur Entfernung oder Abtragung einer mediastinalen Läsion oder von mediastinalem Gewebe werden folgendermaßen dargestellt:
 Primärdiagnose: 998.59 „*Altra infezione postoperatoria*“;
 Sekundärdiagnose: 519.2 „*Mediastinite*“;
 Chirurgischer Primäreingriff: 34.3 „*Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del mediastino*“.

B - Infektionen einer Operationswunden und die darauf folgende Wundtoilette werden folgendermaßen kodiert:
 Primärdiagnose: 998.59 „*Altra Infezione postoperatoria*“;
 Chirurgischer Primäreingriff: 86.22 „*Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*“ oder 86.28 „*Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione*“.

Es sei darauf geachtet, dass der Code 86.22 „*Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*“ jenen Fällen vorbehalten ist, in denen eine ausgedehnte Wundausschneidung im Operationssaal notwendig war.

C – Im Falle einer Wiederaufnahme wegen Dehiszenz der sternalen Operationswunde und darauf folgender Wundnaht sind folgende Codes zu verwenden:
 Primärdiagnose: 998.3_ „*Rottura di ferita chirurgica, non classificata altrove*“;
 Chirurgischer Primäreingriff: 78.51 „*Fissazione interna di scapola, clavicola e torace (costola e sterno) senza riduzione di frattura*“.

D – Im Falle eines Eingriffes zur postoperativen Blutstillung sind, je nach betroffenem Organ oder Region, folgende Verfahrenscodes zu verwenden:
 21.0_ „*Controllo di epistassi*“;
 28.7 „*Controllo di emorragia dopo tonsillectomia e adenoidectomia*“;
 39.41 „*Controllo di emorragia a seguito di chirurgia vascolare*“;
 39.98 „*Controllo di emorragia, NAS*“;
 42.33 „*Controllo di sanguinamento esofageo*“;
 44.43 „*Controllo endoscopico di sanguinamento gastrico o duodenale*“;
 44.49 „*Altro controllo di emorragia dello stomaco o del duodeno*“;
 45.43 „*Controllo endoscopico di sanguinamento colico*“;
 49.95 „*Controllo (postoperatorio) di emorragia dell'ano*“;
 57.93 „*Rimozione di tampone ed emostasi vescicale postchirurgica*“;
 60.94 „*Controllo di emorragia prostatica postchirurgica*“.

Neben den oben genannten Codes, sind, je nach Fall, auch folgende Codes anzugeben:
 38.80-38.89 chirurgischer Verschluss von Gefäßen durch Ligatur;
 39.30-39.32 Gefäßnaht.

E - Postoperative Sepsis ➡
 Primärdiagnose: 998.59 „*Setticemia postoperatoria*“;
 Sekundärdiagnose: 038.___ „*Setticemia*“ (die letzten zwei Stellen ändern sich mit Art der Sepsis).

In Gegenwart von klinischen Anzeichen einer Entzündungsreaktion wird auch die Sepsis als Sekundärdiagnose mit folgenden Codes angegeben:
 995.91 „*Sepsi (che include la Sindrome da risposta infiammatoria sistemica, dovuta a processo infettivo senza disfunzione d'organo acuta)*“
 oder 995.92 „*Sepsi severa (che include la sindrome da risposta infiammatoria sistemica data da un processo infettivo con disfunzione d'organo acuta)*“.

Im Falle eines septischen Schocks wird auch der Code 785.52 als Sekundärdiagnose angegeben.



S.K.D. 7.21. Postoperative Infektionen und Komplikationen (Fortsetzung)	F - Persistierende postoperative Mediastinalfistel ➔ Primärdiagnose: 998.6 „<i>Fistola postoperatoria persistente, non classificata altrove</i>“; falls durchgeführt, wird auch der Eingriffscode 34.73 „<i>Chiusura di altra fistola del torace</i>“ wiedergegeben. G - Mechanische Komplikationen durch Vorrichtungen, Implantate und Transplantate am Herzen: • Schrittmacher ➔ 996.01; • Herzklappenprothese ➔ 996.02; • andere mechanische Bypass-Komplikationen ➔ 996.03 • implantierbarer automatischer Herzdefibrillator ➔ 996.04 H - Bypass-Störungen ➔ • „<i>Aterosclerosi di bypass venoso autologo</i>“ 414.02; • „<i>Aterosclerosi di bypass biologico non autologo</i>“ 414.03; • „<i>Aterosclerosi di bypass arterioso</i>“ 414.04; • „<i>Aterosclerosi coronaria di bypass (arteria) (vena) in cuore trapiantato</i>“ 414.07; • „<i>Altre complicazioni meccaniche di bypass</i>“ 996.03. I - Infektion und Entzündungsreaktion auf Prothesen, Implantate und Transplantate am Herzen (z.B. Endokarditis durch Klappenprothese) ➔ Primärdiagnose: 996.61 „<i>Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti ed innesti cardiaci</i>“; Sekundärdiagnose: 996.02 „<i>Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca</i>“, bei gleichzeitiger Prothesenlockerung. L - Sonstige nicht mechanische Komplikationen (nicht näher bezeichnete Okklusion, Embolie, Thrombus, Stenose) durch Prothesen, Implantate und Transplantate: • durch Herzklappenprothese ➔ 996.71; • durch Koronarbypass ➔ 996.72. M - Funktionelle Langzeitwirkungen: Herzinsuffizienz, Herzdekompensation infolge von Eingriff oder Prothese ➔ 429.4 „<i>Disturbi funzionali conseguenti a chirurgia cardiaca – Sindrome post-cardiotomica</i>“. Wichtig: Die V-Codes dürfen nicht zur Beschreibung von Komplikationen eines Eingriffes verwendet werden; Letztere sind gegebenenfalls durch die spezifischen numerischen Kategorien zu definieren.
S.K.D. 7.22. Perioperative Komplikationen am Herzen	Perioperative Komplikationen am Herzen stellen ein eigenes klinisches Problem dar. Für ihre Beschreibung ist der spezifische Code der gegebenen Komplikation und zusätzlich der Code 997.1 „<i>Complicazioni cardiache, non classificate altrove</i>“ zu verwenden.



S.K.D. 7.23. Aortenaneurysma	Im Falle eines Aufenthaltes wegen eines nicht Arteriosklerose bedingten Aortenaneurysmas sind folgende Codes als Primärdiagnose anzugeben: syphilitisches Aortenaneurysma: Code 093.0 „<i>Aneurisma dell’aorta, specificato come sifilitico</i>“; mykotisches Aneurysma: Code 421.0 „<i>Aneurisma infettivo</i>“, in diesem Fall ist ein zusätzlicher Code zur Beschreibung des Infektionserregers anzugeben; traumatisches Aortenaneurysma: Code 901.0 „<i>Traumatismo dell’aorta toracica</i>“ oder Code 902.0 „<i>Traumatismo dell’aorta addominale</i>“.
S.K.D. 7.24. Multiorganversagen (MOF)	Für das Multiorganversagen gibt es keinen spezifischen Code; deshalb sind die einzelnen Pathologien gesondert nach Behandlungsaufwand zu kodieren. Es wird darauf hingewiesen, dass Aufenthalte von Patienten mit Sepsis und Multiorgandysfunktion (MOD) mit Code 995.92 „Sepsi severa“ kodiert werden; in diese Fällen werden unter den Sekundärdiagnosen zusätzliche Codes zur Beschreibung der einzelnen akuten Organdysfunktionen angegeben.
S.K.D. 7.25. Ösophagusvarizenblutung	Bei stationärer Aufnahme wegen Ösophagusvarizenblutung und entsprechender endoskopischer Blutungskontrolle ist als Primäreingriff immer der Code 42.33 „<i>Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto esofageo</i>“ anzugeben. Für die Diagnose gelten folgende Kodierungskriterien: a) Treten Ösophagusvarizen bei Leberzirrhose oder Pfortaderhochdruck auf, so sind die Ösophagusvarizen als erste zu kodieren, z.B.: Primärdiagnose: 456.20 „<i>Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove</i>“, vorausgesetzt, diese Diagnose erfüllt die Auswahlkriterien für Primärdiagnosen; Andere Diagnosen: 571.2 „<i>cirrosi epatica alcolica</i>“; b) treten die Ösophagusvarizen außerhalb der unter Punkt a) beschriebenen Rahmenbedingungen auf, ist als Primärdiagnose der Code 456.0 „<i>Varici esofagee con sanguinamento</i>“ anzugeben, vorausgesetzt, dass diese Diagnose in die Auswahlkriterien einer Primärdiagnose entfällt.
S.K.D. 7.26. Thoraxschmerz	Im Falle einer Aufnahme wegen Thoraxschmerzen mit Verdacht auf kardialer Genese sind folgende Codes als Primärdiagnose zu verwenden: 786.50 „<i>Dolore toracico non specificato</i>“ oder 786.51 „<i>Dolore precordiale</i>“ oder 786.59 „<i>Altro dolore toracico</i>“. Dadurch erfolgt die korrekte Zuteilung zur DRG 143 „Thoraxschmerz“. Für die Beschreibung dieses Zustands wird also nicht der Code 786.52 „<i>Respirazione dolorosa</i>“ verwendet. Dieser führt nämlich zur DRG 100 „Merkmale und Symptome der Atemwege, ohne Komplikationen“.
S.K.D. 7.27. Vorhofflimmern	Im Falle eines Vorhofflimmers wird Code 427.31 verwendet. Es sei darauf geachtet, dass das Vorhofflimmern nur dann in der Krankenkartei als Sekundärdiagnose eingetragen wird, wenn es die Behandlung wirklich beeinflusste und/oder tatsächlich eine Verlängerung der Aufenthaltsdauer bewirkte.



S.K.D. 7.28. Neu eingeführte und abgeänderte Diagnosecodes	Neue Diagnosecodes (48) 414.06 Aterosclerosi della coronaria nativa in cuore trapiantato 414.07 Aterosclerosi coronaria di bypass (arteria) (vena) in cuore trapiantato 414.12 Dissezione dell'arteria coronarica 426.82 Sindrome del QT lungo 428.2_ Insufficienza cardiaca sistolica 428.3_ Insufficienza cardiaca diastolica 428.4_ Insufficienza cardiaca sistolica e diastolica combinata 429.83 Sindrome di Takotsubo 438.6 Alterazione della sensibilità 438.7 Disturbi della vista 438.83 Debolezza dei muscoli facciali 438.84 Atassia 438.85 Vertigini 443.2_ Altre dissezioni di arterie 443.82 Eritromelalgia 445.__ Ateroembolismo 453.4_ Embolia venosa e trombosi di vasi profondi degli arti inferiori 454.8 Varici degli arti inferiori, con altre complicazioni 458.2_ Ipotensione iatrogena 459.1_ Sindrome postflebitica 459.3_ Ipertensione venosa cronica (idiopatica) Abgeänderte Diagnosecodes (57) 402.__ Cardiopatia ipertensiva 403.__ Nefropatia ipertensiva cronica 404.__ Cardionefropatia ipertensiva 414.06 Aterosclerosi della coronaria nativa in cuore trapiantato 414.1_ Aneurisma e dissezione cardiaca 428.0 Insufficienza cardiaca congestizia non specificata (scompenso cardiaco congestizio non specificato) 454.9 Varici degli arti inferiori asintomatiche
---	---



8. – KRANKHEITEN DER ATEMWEGE (460 – 519)

S.K.D.8.1. Chronische Bronchitis	Die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) wird mit dem Code 491.20 „<i>Bronchite cronica ostruttiva, senza esacerbazione</i>“ kodiert. Im Falle einer erneuten Akutisierung der COPD ist der Code 491.21 „<i>Bronchite cronica ostruttiva, con esacerbazione (acuta)</i>“ zu verwenden. Im Falle eines Aufenthaltes wegen akuter Bronchitis eines Patienten mit COPD wird dieser Zustand mit Code 491.22 „<i>Bronchite cronica ostruttiva con bronchite acuta</i>“ kodiert. Im Falle eines Aufenthaltes wegen Pneumonie eines Patienten mit COPD, wird der Code der Pneumonie (485, 486) als Primärdiagnose und der Code der COPD mit erneuter Akutisierung (491.21) als Sekundärdiagnose angeführt. Eine einfache chronische Bronchitis wird mit 491.0 kodiert. Eine einfache chronische erneut akutisierte Bronchitis wird mit Code 466.0 „<i>Bronchite acuta</i>“ als Primärdiagnose und Code 491.0 „<i>Bronchite cronica semplice</i>“ als Sekundärdiagnose angeführt.
S.K.D.8.2. Pneumonien durch Feststoffe und Flüssigkeiten	Pneumonien durch Feststoffe und Flüssigkeiten werden durch die Kategorie 507 beschrieben; Ausnahmen bilden: die Pneumonie des Neugeborenen durch Aspiration (770.1), die post-operative Pneumonie (Mendelson-Syndrom) (997.3) und das Mendelson-Syndrom im Laufe von Geburtswehen und Entbindung (668.0_).
S.K.D.8.3. Atemweg- erkrankungen durch äußere Wirkstoffe	Im Falle eines Aufenthaltes wegen einer Vergiftung mit respiratorischen Symptomen ist die Mehrfachkodierung notwendig, um alle Elemente vollständig zu erfassen. Ein Code wird nämlich für die Vergiftung mit Angabe der Substanz, welche die Atembeschwerden ausgelöst hat, ausgewählt (980-989 „<i>Effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa</i>“); hinzu kommen weitere Codes, um die Atembeschwerden der Vergiftung zu bestimmen. Im Allgemeinen wird der Code der Vergiftung als Primärdiagnose verwendet, während die Atembeschwerden unter die Sekundärdiagnosen entfallen. Falls aber die Behandlung der Atembeschwerden infolge der Vergiftung während des Aufenthaltes die meisten Ressourcen gebunden hat (vor allem im Hinblick auf OP-Benützung, Verbleib auf der Intensivstation, Durchführung invasiver und/oder kostspieliger Maßnahmen und Verfahren), ist der Code dieser Begleiterscheinung zuerst vor jenem der Vergiftung anzugeben.



S.K.D.8.3. Atemwegserkrankungen durch äußere Wirkstoffe (Fortsetzung)	Zudem ist zu beachten, dass als Primärdiagnose jene Erkrankung ausgewählt wird, die den Auswahlkriterien für Primärdiagnosen entspricht. Demzufolge ist jene Symptomatik als Primärdiagnose anzugeben, welche den Aufenthalt verursacht bzw. den größten Betreuungsaufwand mit sich gebracht und somit die meisten Ressourcen verbraucht hat, vor allem mit Bezug auf OP-Benützung, Verbleib auf der Intensivstation und Durchführung invasiver und/oder kostspieliger Maßnahmen und Verfahren. Beispiel 1 Aufnahme eines Patienten mit Atemstörungen nach Einatmen von gasförmigem Chlor: Primärdiagnose ➔ Code 987.6 „<i>Effetti tossici di cloro gassoso</i>“ (Vergiftungscode); Sekundärdiagnose ➔ Code 506.2 „<i>Inflammatione delle vie respiratorie superiori da fumi e vapori</i>“ (Code der Atemwegssymptomatik). Beispiel 2 Aufnahme eines Patienten mit akutem Lungenödem nach Einatmen von gasförmigem Chlor: Primärdiagnose ➔ Code 506.1 „<i>Edema polmonare acuto da fumi e vapori</i>“ (Code der Atemwegssymptomatik); Sekundärdiagnose ➔ Code 987.6 „<i>Effetti tossici di cloro gassoso</i>“ (Vergiftungscode); Primäreingriff ➔ Code 96.71 „<i>Ventilazione meccanica continua per meno di 96 ore consecutive</i>“.
S.K.D.8.4. Akutes Lungenödem	Das akute Lungenödem kardialer Genese wird mit dem Code 428.1 „<i>Insufficienza del cuore sinistro</i>“ kodiert; somit ist für diese Erkrankung nicht der Code 518.4 zu verwenden, der den seltenen Fällen pulmonaler Genese vorbehalten wird.
S.K.D.8.5. Dyspnoe und Atemprobleme	Nicht näher bezeichnete Dyspnoen und Atemprobleme werden mit 786.0_ kodiert.
S.K.D.8.6. Respiratorische und pulmonale Insuffizienz	Das Handbuch ICD-9-CM sieht verschiedene Codes für die respiratorische und pulmonale Insuffizienz vor: Akute respiratorische Insuffizienz ➔ Code 518.81 Chronische respiratorische Insuffizienz ➔ Code 518.83 Akute und chronische (akute-bei-chronischer) respiratorische Insuffizienz ➔ Code 518.84. Die Codes für die akute respiratorische Insuffizienz (518.81 und 518.84) können nur in Gegenwart bestimmter arterieller Blutgasgrenzwerten (arterielle Hypoxiämie, arterielle Hyperkapnie, respiratorische Azidose, Bikarbonate), welche das Ausmaß der respiratorischen Insuffizienz wiedergeben, als Primärdiagnose verwendet werden. Der Code 518.82 ist hingegen besonderen Formen von pulmonaler Insuffizienz, wie z.B. dem respiratorischen Distress-Syndrom des Erwachsenen, vorzubehalten, sofern sie nicht auf anderswo klassifizierte Ursachen zurückzuführen sind. Entsteht die pulmonale Insuffizienz infolge von Schock, Traumata oder chirurgischen Eingriffen, verwendet man den Code 518.5.



S.K.D.8.7. Patienten mit Schlafapnoe- syndrom	Patienten mit Schlafapnoesyndrom, welche dem chirurgischen Eingriff Uvulo-Pharyngoplastik unterzogen werden sind wie folgt zu kodieren: Primärdiagnose: 528.9 „<i>Altre e non specificate malattie dei tessuti molli orali</i>“; Sekundärdiagnose: ein Code der Unterkategorie 327.2_ „<i>Apnea nel sonno di tipo organico</i>“. Eingriff: 27.99 „<i>Altri interventi sulla cavità orale – ugulofaringoplastica</i>“. Werden gleichzeitig auch eine Hyoid- und Zungensuspension durchgeführt (diese Eingriffe sind oft miteinander verbunden), so werden diese durch einen einzigen zusätzlichen Code beschrieben: 29.4 „<i>Intervento di plastica sul faringe</i>“. Patienten mit Schlafapnoesyndrom, die keinem chirurgischen Eingriff unterzogen werden, werden durch den Diagnosecode 327.2_ „<i>Apnea nel sonno di tipo organico</i>“ definiert.
S.K.D.8.8. Patient mit Verdacht auf Schlafstörungen, bei dem die Polysomnographie nur eine Rhonchopathie feststellt	In einem solchen Fall verwendet man für die Primärdiagnose den Code 786.09 „<i>Altre dispnee e anomalie respiratorie</i>“; unter den Massnahmen ist der Code 89.17 „<i>Polisonnogramma</i>“ einzutragen.
S.K.D.8.9. Überwachung und Versorgung von künstlichen Öffnungen	Im Falle eines stationären Aufenthalts zur Kontrolle von künstlichen Öffnungen (Schließung, Entfernung oder Ersatz eines Katheters, Einführung von Sonden oder Kathetern, Revision, Reparatur oder Ersatz von Kathetern, Toilette oder Reinigung) werden die Codes V55.0-V55.9 „<i>Aperture artificiali che richiedono sorveglianza o trattamento</i>“ verwendet. Zu vermeiden ist die Verwendung der Codes V44.0-V44.9 „<i>Presenza di aperture artificiali</i>“, welche das Vorhandensein künstlicher Öffnungen ohne Versorgungsbedürfnis beschreiben.
S.K.D.8.10. Mit einem Tracheostoma verbundene Komplikationen	Zur Beschreibung eventueller Tracheostomakomplikationen, wie Blutungen, Stenose, Infektionen und tracheo-ösophageale Fistel, verwendet man einen Code der Unterkategorie 519.0 „<i>Complicazioni della tracheostomia</i>“, wobei die fünfte Ziffer die Art der Komplikation angibt.
S.K.D.8.11. Kompressions- stenose der Luftröhre	Im Falle einer Kompressionsstenose der Luftröhre, deren Ursache z.B. ein Kropf mit Einsatz einer Prothese ist, ist als Primärdiagnose der Code 519.19 „<i>Stenosi della trachea</i>“ und als Sekundärdiagnose der Umstand anzugeben, der zur Kompression geführt hat, zum Beispiel 240._ „<i>Gozzo semplice e non specificato</i>“. Unter den Eingriffen wird der Code 31.99 „<i>Dilatazione tracheale</i>“ verwendet.
S.K.D.8.12. Thoracic-outlet- Syndrom	Für das Thoracic-outlet-Syndrom sind folgende Codes zu verwenden: Primärdiagnose: 353.0 „<i>Sindrome della Costola cervicale</i>“; Eingriff: 77.91 „<i>Ostectomia totale della scapola, della clavicola, del torace (coste e sterno)</i>“.



S.K.D.8.13. Pleuraerguss	Der Pleuraerguss wird folgendermaßen kodiert: 511.1 „<i>Pleurite con versamento e menzione di una causa batterica, esclusa la tubercolosi</i>“ oder 511.8 „<i>Altre forme specificate di versamento pleurico, eccetto il tubercolare</i>“. Handelt es sich um einen posttraumatischen Pleuraerguss, verwendet man den Code 860.2 „<i>Emotorace senza menzione di ferita aperta nel torace</i>“. Der Pleuraerguss wird nur erwähnt, wenn eine spezifische Behandlung erforderlich ist: • 34.91 „<i>Toracocentesi</i>“ • 34.04 „<i>Inserzione di drenaggio intercostale</i>“.
S.K.D.8.14. Multiorganversagen (MOF)	Für das Multiorganversagen gibt es keinen spezifischen Code; deshalb sind die einzelnen Pathologien gesondert nach Behandlungsaufwand zu kodieren. Es wird darauf hingewiesen, dass Aufenthalte von Patienten mit Sepsis und Multiorgandysfunktion (MOD) mit Code 995.92 „<i>Sepsi severa</i>“ kodiert werden; in diese Fällen werden unter den Sekundärdiagnosen zusätzliche Codes zur Beschreibung der einzelnen akuten Organdysfunktionen angegeben.
S.K.D.8.15. Abhängigkeit von einem Beatmungsgerät (Ventilator)	Die Abhängigkeit von einem Beatmungsgerät wird mit einem Code der Unterkategorie V46.1 „<i>Dipendenza da respiratore</i>“ beschrieben: V46.11 Stato di dipendenza da respiratore V46.12 Insufficiente funzionamento di respiratore V46.13 Distacco di respiratore[ventilatore] V46.14 Problemi meccanici del respiratore [ventilatore]
S.K.D.8.16. Übergangsaufnahmen auf der Intensivstation zur postoperativen Betreuung	Die Aufnahmen von Patienten, die unmittelbar nach einem chirurgischen Eingriff auf die Intensivstation verlegt werden, sind (auf dem Abteilungs-KEB der Intensivstation) durch folgende Codes zu beschreiben: A) Postoperatives Monitoring (ohne künstliche Beatmung) Wird ein operierter Patient zur postoperativen Beobachtung und Monitoring auf der Intensivstation aufgenommen, ist als Primärdiagnose der Code V58.49 „<i>Altro trattamento ulteriore postoperatorio specificato</i>“ zu verwenden; unter den Sekundärdiagnosen werden hingegen die Codes der zugrunde liegenden Krankheitszustände eingetragen. Unter den Eingriffen werden die im Rahmen der postoperativen Überwachung durchgeführten Maßnahmen und Verfahren eingetragen. B) Postoperative Betreuung mit künstlicher Beatmung Wird ein operierter Patient zur postoperativen künstlichen Beatmung auf der Intensivstation aufgenommen, so ist als Primärdiagnose der Code 518.5 „<i>Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico</i>“ zu verwenden; unter den Sekundärdiagnosen werden hingegen die Codes der zugrunde liegenden Krankheitszustände eingetragen Unter den Eingriffen sind die Beatmungsmassnahmen (96.7_ „<i>Altra ventilazione meccanica continua</i>“ oder 93.90 „<i>Respirazione a pressione positiva continua CPAP</i>“) sowie weitere, während der postoperativen Überwachung eventuell durchgeführte Behandlungen festzuhalten.



S.K.D.8.17. Korrektur der Nasenscheidewand	Im Falle eine Aufnahme zur operativen Korrektur einer angeborenen/ erworbenen Nasenscheidewanddeviation wird als Primärdiagnose der Code 470 „<i>Deviazione del setto nasale</i>“ angeführt. Als Primäreingriff verwendet man den Code 21.5 „<i>Resezione sottomucosa del setto nasale</i>“. Bei Einhaltung dieser Kodierungsregeln bildet sich die korrekte DRG 55 „<i>Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola</i>“. Für die Beschreibung einer solchen Aufnahme darf der Code 754.0 „<i>Deviazione del setto nasale, congenita</i>“ niemals als Primärdiagnose verwendet werden, da er zur Bildung einer abnormen DRG führt. Es sei außerdem darauf hingewiesen, dass eine Septumplastik mit submuköser Septumresektion laut Ausschlusskriterien des Handbuchs ICD-9-CM nur mit 21.5 „<i>Resezione sottomucosa del setto nasale</i>“ zu kodieren ist; der Code 21.88 „<i>Altra plastica del setto</i>“ darf also nicht angegeben werden.
S.K.D.8.18 Neu eingeführte und abgeänderte Diagnosecodes	Neu eingeführte Diagnosecodes (11) 477.2 Rinite allergica da peli o forfora animale (gatto) (cane) 478.11 Mucosite nasale (ulcerativa) 478.19 Altre malattie delle cavità nasali e dei seni paranasali 480.3 Polmonite da SARS-Coronavirus associato 491.22 Bronchite cronica ostruttiva con bronchite acuta 493.81 Broncospasmo indotto da esercizio fisico 493.82 Asma variante con tosse 517.3 Sindrome polmonare acuta 518.7 Danno acuto polmonare causato da trasfusione 519.11 Broncospasmo acuto 519.19 Altre patologie della trachea e dei bronchi Abgeänderte Diagnosecodes (10) 491.20 Bronchite cronica ostruttiva, senza esacerbazione 491.21 Bronchite cronica ostruttiva, con esacerbazione (acuta) 493.00 Asma estrinseca, tipo non specificato 493.02 Asma estrinseca con riacutizzazione 493.10 Asma intrinseca, tipo non specificato 493.12 Asma intrinseca con esacerbazione (acuta) 493.20 Asma cronica ostruttiva, tipo non specificato 493.22 Asma cronico ostruttiva con esacerbazione (acuta) 493.90 Asma, tipo non specificato 493.92 Asma, tipo non specificato con esacerbazione (acuta)





9. – KRANKHEITEN DES VERDAUUNGSSYSTEMS (520 – 579)

S.K.D.9.1. Darmverschluss	Im Falle eines Darmverschlusses ist die entsprechende Ursache (Volvulus, Darminfarkt, usw.) durch die Codes der Kategorie 560 als Primärdiagnose anzugeben. Im Falle einer Subokklusion oder eines Fäkaloms, das sich ohne chirurgischen Eingriff löst, verwendet man den Code 560.39 (Verstopfung durch Kotmassen).
S.K.D.9.2. Kongenitaler Megakolon	Der Code 751.3 „ <i>Megacolon congenito</i> “ ist immer dann zu verwenden, wenn die Fehlbildung noch vorhanden und noch nicht operativ korrigiert wurde; nicht zu verwenden ist er hingegen für die Folgebehandlungen.
S.K.D.9.3. Leberinsuffizienz	Eine Leberinsuffizienz wird mit 573.8 „ <i>Altri disturbi epatici specificati</i> “ kodiert. Eine akute Leberinsuffizienz (fulminante akute Hepatitis, Lebernekrose) kodiert man mit 570 „ <i>Necrosi acuta e subacuta del fegato</i> “.
S.K.D.9.4. Gastrointestinal- blutung	Bei Blutungen des Verdauungstraktes ist die Ursache der Blutung (z.B. <i>ulcera duodenale sanguinante senza ostruzione</i> 532.00) als Primärdiagnose zu kodieren. Ist die Ursache unbekannt, kodiert man die klinische Symptomatik, wie Hämatemesis (578.0), Melaena (578.1) oder nicht näher bezeichnete Hämorrhagie des Gastrointestinaltraktes (578.9). Wenn der Patient transfundiert wird, ist die akute posthämorrhagische Anämie (285.1) als Sekundärdiagnose anzugeben, und unter den Massnahmen sind die Codes der Rubrik 99.0_ „ <i>Trasfusione di sangue e componenti ematici</i> “ anzugeben.
S.K.D.9.5. Ösophagusvari- zenblutung	Bei stationärer Aufnahme wegen Ösophagusvarizenblutung und entsprechender endoskopischer Blutungskontrolle ist als Primäreingriff immer der Code 42.33 „ <i>Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto esofageo</i> “ anzugeben. Für die Diagnose gelten folgende Kodierungskriterien: a) Treten Ösophagusvarizen bei Leberzirrhose oder Pfortaderhochdruck auf, so sind die Ösophagusvarizen als erste zu kodieren, z.B.: Primärdiagnose: 456.20 „ <i>Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove</i> “, vorausgesetzt, diese Diagnose erfüllt die Auswahlkriterien für Primärdiagnosen; Andere Diagnosen: 571.2 „ <i>cirrosi epatica alcolica</i> “; b) treten die Ösophagusvarizen außerhalb der unter Punkt a) beschriebenen Rahmenbedingungen auf, ist als Primärdiagnose der Code 456.0 „ <i>Varici esofagee con sanguinamento</i> “ anzugeben, vorausgesetzt, dass diese Diagnose in die Auswahlkriterien der Primärdiagnose entfällt.
S.K.D.9.6. Nicht alkoholische Lebersteatose	Eine nicht alkoholische Lebersteatose ist mit 571.8 „ <i>Altre malattie croniche del fegato non alcoliche</i> “ zu kodieren.



S.K.D.9.7. Chronische Hepatitis, Zirrhose und Komplikationen	Man beachte, dass die ICD-9-CM-Klassifikation eine Unterscheidung zwischen chronischer viraler Hepatitis (Codes der Kategorie 070.) und anderen Formen chronischer Hepatitis (Codes der Kategorie 571) ermöglicht. Die Kategorie 571 umfasst zudem die verschiedenen Formen von Zirrhose, u.a. Zirrhose nach Hepatitis (571.5).
S.K.D.9.8. Leberkolik und Abdominalkolik	Im Falle einer Leberkolik mit Gallensteinen soll ein Code der Kategorie 574 „<i>Colelitiassi</i>“ verwendet werden. Im Falle einer Leber-/Abdominalkolik ohne Gallensteine wird ein Code der Kategorie 789.0_ „<i>Dolore addominale</i>“ verwendet, wobei die fünfte Ziffer die Lokalisation der Schmerzen angibt. Dieser Code darf allerdings nur verwendet werden, wenn die Formulierung einer genaueren Diagnose unmöglich ist.
S.K.D.9.9. Resektions- stumpfulkus bei Gastrektomie	Einen Code der Kategorie 534.__ „<i>Ulcera gastrodigiunale</i>“ verwenden.
S.K.D.9.10. Störungen des Ösophagus	Hinsichtlich der Ösophagusstörung wird auf folgende Codes hingewiesen: A) Man beachte die Unterkategorie 530.8_ „Altri disturbi specificati dell'esofago“, die mit der fünften Ziffer die Art der Störung definiert (Reflux, Hämorrhagie, Infektion und mechanische Komplikationen der Ösophagostomie). B) Im Falle einer Reflux-Ösophagitis verwendet man den Code 530.11. C) Bei der Kodierung von Ösophagusverbrennungen nach Einnahme von chemischen Stoffen, verwendet man als Primärdiagnose den Code 947.2 „<i>Ustione dell'esofago</i>“ und unter den Sekundärdiagnosen den Code 530.19 „<i>Altra esofagite - Chimica</i>“. D) Angeborene Ösophagusatresie und Ösophagusstenose: falls die Fehlbildung noch vorhanden ist und noch nicht operativ korrigiert wurde, ist der Code 750.3 zu verwenden; dieser Code darf allerdings nicht für Folgebehandlungen verwendet werden. E) Im Falle einer erworbenen Stenose oder Verengung, wird der Code 530.3 „<i>Restringimento e stenosi dell'esofago</i>“ verwendet.
S.K.D.9.11. Alkoholkonsum	Bei Alkoholkonsum kommen folgende Codes zur Anwendung: • Akuter Rausch ohne Abhängigkeit: 305.0_ „<i>Abuso di alcool</i>“. • Alkoholabhängigkeit: 303._ „<i>Sindrome di dipendenza da alcool</i>“; eventuell weitere Codes zur Definition von Begleiterscheinungen hinzufügen. • Akute Zufallsintoxikation, Vergiftung, z.B. bei einem Kind: 980.0 „<i>Effetti tossici dell'alcool etilico</i>“. • Alkohol-Psychosen: 291._ „<i>Disturbi mentali indotti da alcool</i>“.



S.K.D.9.12. Überwachung und Versorgung von künstlichen Öffnungen	Im Falle eines stationären Aufenthalts zur Kontrolle von künstlichen Öffnungen (Schließung, Entfernung oder Ersatz eines Katheters, Einführung von Sonden oder Kathetern, Revision, Reparatur oder Ersatz von Kathetern, Toilette oder Reinigung) werden die Codes V55.0-V55.9 „<i>Aperture artificiali che richiedono sorveglianza o trattamento</i>“ verwendet. Zu vermeiden ist die Verwendung der Codes V44.0-V44.9 „<i>Presenza di aperture artificiali</i>“, welche das Vorhandensein künstlicher Öffnungen ohne Versorgungsbedürfnis beschreiben.
S.K.D.9.13. Komplikationen von Ösophagostomie, Gastrostomie, Colostomie und Enterostomie	Die Komplikationen von Ösophagostomie, Gastrostomie, Colostomie und Enterostomie werden jeweils durch die Codes 530.86 „<i>Infezione dell'esofagostomia</i>“ oder 530.87 „<i>Complicazione meccanica dell'esofagostomia</i>“, oder einen Code der Unterkategorien 536.4_ „<i>Complicazioni di gastrostomia</i>“ und 569.6_ „<i>Complicazioni da colostomia ed enterostomia</i>“ beschrieben.
S.K.D.9.14. Kodierung einiger Formen von schwerer oder hochgradiger Epitheldysplasie	Im Falle von relativ häufig histologisch nachgewiesenen, schweren oder hochgradigen Epitheldysplasien, kommen die Codes 230-234 „<i>Carcinomi in situ</i>“ zur Anwendung. Beispiele hierfür sind schwere/hochgradige Dysplasien auf adenomatösen Polypen des Verdauungsapparates oder Urogenitaltraktes (Magenulkus, Rektokolitis ulcerosa, Morbus Crohn, Blasenpolypen). Im Falle einer Portio-Dysplasie sind folgende Codes zu verwenden: 622.10 „<i>Displasia della cervice non specificata</i>“; 622.11 „<i>Displasia cervicale lieve (CIN I)</i>“; 622.12 „<i>Displasia cervicale moderata (CIN II)</i>“; 233.1 „<i>Displasia severa (CIN III)</i>“.



S.K.D.9.15. Behandlung von Lebertumoren	A) Im Falle eines stationären Aufenthalts zur Chemoembolisierung eines bereits vorher diagnostizierten Lebertumors ist der Code V58.11 „<i>Chemioterapia antineoplastica</i>“ als Primärdiagnose und die Codes 155._ „<i>Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici</i>“ oder 197.7 „<i>Tumori maligni secondari del fegato, specificati come metastatici</i>“ als Sekundärdiagnose zu verwenden; wird allerdings im Laufe des Aufenthalts der Tumor diagnostiziert, für den die Chemoembolisierung indiziert ist und durchgeführt wird, sind die Codes 155._ „<i>Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici</i>“ oder 197.7 „<i>Tumori maligni secondari del fegato, specificati come metastatici</i>“ für die Primärdiagnose und der Code V58.11 „<i>Chemioterapia antineoplastica</i>“ als Sekundärdiagnose anzugeben. B) Bei einem Aufenthalt zur Alkoholisation oder perkutanen Radiofrequenz-Thermoablation eines Lebertumors ist der Tumor als Primärdiagnose anzugeben (Codes 155._ „<i>Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici</i>“ oder 197.7 „<i>Tumori maligni secondari del fegato, specificati come metastatici</i>“) C) Folgende Codes werden jeweils zur Beschreibung der Massnahmen eingesetzt: • bei Chemoembolisierung ➔ 50.94 „<i>Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato</i>“, 99.25 „<i>Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore</i>“ sowie eventuell Code 38.91 „<i>Cateterismo arterioso</i>“ oder Code 88.47 „<i>Arteriografia di altre arterie intraaddominali</i>“; • bei Alkoholisation ➔ 50.94 „<i>Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato</i>“; • bei ultraschallgesteuerter perkutaner Radiofrequenz-Thermoablation ➔ 50.24 „<i>Ablazione percutanea di tessuto o lesione epatici</i>“ und 88.76 „<i>Diagnostica ecografia addominale e retroperitoneale</i>“.
S.K.D.9.16. Aufnahme zur Zahnreparatur oder –extraktion unter Vollnarkose	Zur Beschreibung dieses Falles wird die Krankheit oder Störung der Zähne, die den Eingriff erfordert, (mit den Codes der Kategorien 520-525) als Primärdiagnose kodiert. Unter den Begleitdiagnosen ist ein Code anzugeben, der die stationäre Durchführung des Eingriffs begründet (zum Beispiel 758.0 „<i>Sindrome di Down</i>“, 317-319 „<i>Ritardo mentale</i>“, V14.4 „<i>Anamnesi personale di allergia a sostanza anestetica</i>“, usw.) Unter den Massnahmen sind die Codes zur Beschreibung der Zahnextraktion oder -reparatur (Kategorien 23-24) und der Code bezüglich der Sedierung (99.26) anzugeben.



S.K.D.9.17. Aufnahme aufgrund infektiöser Komplikationen nach Netzimplantation bei Laparozee	Aufnahme nur zur Entfernung des infizierten Netzes: Die Aufnahme wird durch folgende Codes definiert: Primärdiagnose: 998.59 „<i>Altra infezione postoperatoria</i>“; Sekundärdiagnose: V45.89 „<i>Altro stato postchirurgico</i>“; Primäreingriff: 86.05 „<i>Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo</i>“; Sekundäreingriff: 83.09 „<i>Altra incisione dei tessuti molli</i>“. Aufnahme zur Entfernung des infizierten Netzes und Durchführung einer neuen Hernioplastik: Die Aufnahme wird durch folgende Codes definiert: Primärdiagnose: 998.59 „<i>Altra infezione postoperatoria</i>“; Sekundärdiagnose: 553.21 „<i>Laparozee postchirurgico, senza menzione di ostruzione o gangrena</i>“; Primäreingriff: 53.59 „<i>Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore</i>“; Sekundäreingriff: 86.05 „<i>Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo</i>“.
S.K.D.9.18. Verwendung der Codes für alkoholische Lebersteatose/- zirrhose	Ein besonderes Augenmerk sei auf die Benützung der Codes der alkoholischen Lebersteatose (Code 571.0) und alkoholischen Leberzirrhose (Code 571.2) als Primär- und Sekundärdiagnose gerichtet. Und zwar: A) Als Primärdiagnose ➔ Im Allgemeinen ist eine alkoholische Lebersteatose und -zirrhose nur in folgenden Fällen als Primärdiagnose zu kodieren: • Aufnahme zu diagnostischen Zwecken (in welcher zum ersten Male die Diagnose gestellt wird) • Aufnahme mit Todesfolge aufgrund der Krankheit • Aufnahme zum Re-Staging der Krankheit mit Durchführung diagnostischer Massnahmen, die aufgrund ihrer Komplexität nur im Rahmen eines stationären Aufenthaltes möglich sind; • Aufnahme mit spezifischem chirurgischem Eingriff zur Behandlung dieser Krankheit B) Als Sekundärdiagnose ➔ Sollten die alkoholische Lebersteatose und – zirrhose die Betreuung stark beeinflussen und den Aufenthalt tatsächlich verlängern, dann müssen sie in der Krankenkartei unter den Sekundärdiagnosen aufscheinen.



S.D.K. 9.19. Neu eingeführte und abgeänderte Diagnosecodes	Neu eingeführte Diagnosecodes (134) 521.06 Buco e fessura da carie dentaria 521.07 Carie dentaria della superficie liscia 521.08 Carie dentaria della superficie della radice 521.1_ Attrito dentale eccessivo (usura prossimale) (usura occlusale) 521.2_ Abrasione 521.3_ Erosione 521.4_ Riassorbimento patologico del dente 521.8_ Altre malattie specificate dei tessuti duri dei denti 523._ _ Malattie gengivali e periodontali 524.07 Eccessiva tuberosità della mascella (inferiore o superiore) 524.2_ Anomalie nei rapporti dell'arco dentale 524.3_ Anomalie di posizione del dente di denti totalmente erotti 524.5_ Anomalie della funzionalità odontofacciale 524.64 Rumori dell'articolazione temporomandibolare nell'apertura e/o chiusura della mandibola 524.75 Spostamento verticale dell'alveolo e dei denti 524.76 Deviazione del piano occlusale 524.8_ Altre anomalie odontofacciali specificate 525.2_ Atrofia della cresta alveolare edentula 525.4_ Edentulismo completo 525.5_ Edentulismo parziale 525.6_ Ricostruzione insoddisfacente di un dente 526.6_ Patologia periradicolare associata precedente trattamento endodontico 528.0_ Stomatite e mucosite (ulcerativa) 528.7_ Altri disturbi dell'epitelio orale, inclusa la lingua 530.2_ Ulcera dell'esofago 530.85 Esofago di Barrett 530.86 Infezione dell'esofagostomia 530.87 Complicazione meccanica dell'esofagostomia 537.84 Lesione di Dieulafoy (emorragica) dello stomaco e del duodeno 538 24 Mucosite gastrointestinale (ulcerativa) 567.2_ Altra peritonite suppurativa 567.3_ Infezioni retroperitoneali 567.8_ Altra peritonite specificata 569.86 Lesione di Dieulafoy (emorragica) dell'intestino Abgeänderte Diagnosecodes (5) 521.7 Cambiamenti intrinseci del colore dei denti dopo l'eruzione 524.21 Malocclusione, classe di Angle I 524.22 Malocclusione, classe di Angle II 524.23 Malocclusione, classe di Angle III 524.35 Rotazione del dente/dei denti.
---	---



10. – KRANKHEITEN DES UROGENITALSYSTEMS (580 – 629)

S.K.D.10.1. Allgemeine Kodierungsregeln für Kapitel 10	Die Erkrankungen des weiblichen Urogenitalsystems, die im Rahmen einer Schwangerschaft auftreten, werden in Kapitel 11 (630 – 677) behandelt, während die Neoplasien des Urogenitalsystems in Kapitel 2 behandelt werden.
S.K.D.10.2. Chronische Nierenkrankheit	A) Im Falle einer chronischen Nierenkrankheit ist es notwendig, den Schweregrad der Krankheit durch die Codes der Kategorie 585. „<i>Malattia renale cronica (CKD)</i>“ anzugeben. Besonderes Augenmerk muss auf folgende Codes gerichtet sein: • 585.5 „<i>Malattia renale cronica, stadio V (escluso malattia renale cronica di stadio V che necessita di dialisi cronica, in tal caso va utilizzato il codice 585.6)</i>“; • 585.6 „<i>Malattia renale cronica, stadio finale (malattia renale cronica che necessita di dialisi cronica)</i>“; B) Im Allgemeinen ist die chronische Nierenkrankheit nur in folgenden Fällen als Primärdiagnose zu kodieren: • Aufenthalt zu diagnostischen Zwecken (in welchem die Diagnose zum ersten Male gestellt wurde); • Aufenthalt mit Todesfolge aufgrund der Erkrankung; • Aufenthalt zum Re-Staging der Krankheit mit Durchführung diagnostischer Maßnahmen, die mit der Krankheit eng verbunden sind und aufgrund ihrer Komplexität nur im Rahmen eines stationären Aufenthaltes erbracht werden können; • Aufnahme mit chirurgischem Eingriff zur Behandlung der Krankheit (Legen eines Dialysekatheters, Bildung einer arteriovenösen Fistel (AVF), Bildung eines arteriovenösen Shunts). In allen anderen Fällen ist die Komplikation, die im Rahmen der chronischen Nierenkrankheit auftritt, als Primärdiagnose zu kodieren, während die Niereninsuffizienz unter den Sekundärdiagnosen anzugeben ist, auch falls dies die Anmerkungen im systematischen Verzeichnisses anders vorsehen würden. C) Die Verwendung der Codes 585.9 „<i>Malattia renale cronica, non specificata</i>“ und 586 „<i>Insufficienza renale, non specificata</i>“ ist zu vermeiden, da sie unspezifisch sind.
S.K.D.10.3. Postoperative und posttraumatische akute Niereninsuffizienz	Die postoperative akute Niereninsuffizienz wird mit 997.5 „<i>Insufficienza renale acuta specificata come dovuta ad interventi</i>“ kodiert. Die posttraumatische akute Niereninsuffizienz wird mit 958.5 „<i>Insufficienza renale post-traumatica</i>“ kodiert.
S.K.D.10.4. Nierenkolik und Nierensteine	Wird das Vorhandensein von Nierensteinen nachgewiesen, ist der geeignete Code innerhalb der Kategorie 592 (592.0 <i>Calcolosi renale</i> und 592.1 <i>Calcolosi ureterale</i>) zu suchen, während die Nierenkolik unter die Sekundärdiagnosen entfällt. Werden hingegen keine Nierensteine nachgewiesen, wird der Code 788.0 „ <i>Colica renale</i> “ verwendet.



S.K.D.10.5. Hämaturie	Im Falle einer Makrohämaturie unbekannter Ursache verwendet man den Code 599.7 „ <i>Ematuria</i> “. Die Hämaturie darf nicht als postoperative Komplikation betrachtet werden und darf nicht als Sekundärdiagnose angegeben werden, außer in jenen Fällen, in denen die Blutung besonders stark ist und lang anhält, so dass ein spezifischer therapeutischer Eingriff notwendig ist.
S.K.D.10.6. Harninkontinenz	Die Belastungsinkontinenz wird bei Frauen mit 625.6 und bei Männern mit 788.32 kodiert.
S.K.D.10.7. Einsatz und Austausch eines spinalen Neurostimulators	Aufnahme zur Durchführung eines PNE Test: Als Primärdiagnose wird, je nach Fall, einer der folgenden Codes angeführt: 788.39 „ <i>Altra incontinenza urinaria</i> “ (Mann und Frau), oder 788.9 „ <i>Dolore vescicale</i> “, oder 355.71 „ <i>Causalgia dell’arto inferiore</i> “; als Sekundärdiagnosen werden eventuelle Codes angegeben, welche die Grundkrankheit beschreiben. In den Feldern für die Eingriffe wird der Code 04.19 „ <i>Altre procedure diagnostiche sui nervi cranici o periferici o sui gangli</i> “ angegeben. Aufnahme zum Einsatz eines permanenten spinalen Neurostimulators: Als Primärdiagnose wird, je nach Fall, einer der folgenden Codes angeführt: 788.39 „ <i>Altra incontinenza urinaria</i> “ (bei Mann und Frau), oder 788.9 „ <i>Dolore vescicale</i> “, oder 355.71 „ <i>Causalgia dell’arto inferiore</i> “; als Sekundärdiagnosen werden eventuelle Codes angegeben, welche die Grundkrankheit beschreiben. In den Feldern für die Eingriffe wird nicht nur der Code 03.93 „ <i>Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale</i> “ angegeben, sondern auch das Einsetzen des Impulsgenerators des Neurostimulators kodiert: • 86.94 „<i>Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neuro stimolatore a canale singolo, non specificato se ricaricabile</i>“; • 86.95 „<i>Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neuro stimolatore a canale doppio, non specificato se ricaricabile</i>“; • 86.96 „<i>Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neuro stimolatore</i>“; • 86.97 „<i>Inserzione o sostituzione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo ricaricabile</i>“; • 86.98 „<i>Inserzione o sostituzione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale doppio ricaricabile</i>“.
S.K.D.10.8. Entfernung eines spinalen Neurostimulators	Aufenthalt zur Entfernung des spinalen Neurostimulators (wegen Wirkungslosigkeit): Primärdiagnose: V53.02 „ <i>Rimozione di neurostimolatore (cervello)(sistema nervoso periferico)(midollo spinale)</i> “; Chirurgische Eingriffe: 03.94 „ <i>Rimozione di elettrodo/i del neurostimolatore spinale</i> “ + 86.05 „ <i>Rimozione di generatore di impulsi di neurostimolatore (a canale singolo o doppio)</i> “. Aufenthalt zur Entfernung der Elektrode bei Verbleib in situ des Neurostimulators (bei Infektionen und/oder Dehiszenzen am Implantationssitus der Elektrode) Primärdiagnose: 996.63 „ <i>Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso</i> “; Sekundärdiagnose: V45.89 „ <i>Presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico</i> “ (zur Beschreibung der Elektrode oder des Neurostimulators); Chirurgischer Eingriff: 03.94 „ <i>Rimozione di neurostimolatore spinale</i> “. Aufenthalt zur Entfernung des spinalen Neurostimulators und Verbleib der Elektrode in situ (bei Infektionen und/oder Dehiszenzen, Dekubitus der Implantationstasche): Primärdiagnose: 996.63 „ <i>Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso</i> “; Sekundärdiagnose: V45.89 „ <i>Presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico</i> “ (zur Beschreibung der Elektrode oder des Neurostimulators); Chirurgischer Eingriff: 86.05 „ <i>Rimozione di generatore di impulsi di neurostimolatore (a canale singolo o doppio)</i> “.



S.K.D.10.9. Dialyse

A) Bei Aufnahme eines Patienten, der einer Dialysebehandlung bedarf, sind je nach Fall folgende Codes zu verwenden:

- V56.0 „*Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea*“;
- V56.8 „*Trattamento ulteriore che richiede dialisi peritoneale*“.

Unter den Massnahmen können folgende Codes angeführt werden:

- 39.95 „*Emodialisi*“
- 54.98 „*Dialisi peritoneale*“.

B) Bei Aufnahme eines Patienten zum **Legen** eines Dialysekatheters, zur Bildung eines arteriovenösen Shunts oder einer arteriovenösen Fistel (AVF) verwendet man als Primärdiagnose die Codes 585.5 „*Malattia renale cronica, stadio V*“ oder 585.6 „*Malattia renale cronica, stadio finale*“.

Unter den Massnahmen sind je nach Fall folgende Codes anzuführen:

- Legen eines Katheters zur Nierendialyse: 38.95 „*Cateterismo venoso per dialisi renale*“;
- Bildung eines arteriovenösen Shunts mit intravasaler Kanüle: 39.93 „*Inserzione di cannula intervasale*“;
- Bildung einer peripheren arteriovenösen Fistel (AVF): 39.27 „*Arteriovenostomia per dialisi renale*“;
- Bildung einer arteriovenösen Fistel (AVF) mit Einsatz eines Stents: 39.27 „*Arteriovenostomia per dialisi renale*“ + 39.90 „*Inserzione di stent su arteria non coronaria*“;
- Einsatz eines Stents in einer bereits bestehenden arteriovenösen Fistel (AVF): 39.50 „*Angioplastica o atrectomia di altro/i vaso/i non coronarico/i*“ + 39.90 „*Inserzione di stent non medicato in vaso periferico*“;
- Legen eines Dauerkatheters zur Peritonealdialyse: 54.93 „*Creazione di fistola cutaneo-peritoneale*“;

C) Wird im Laufe des Aufenthaltes der Dialysekatheter **entfernt** (nicht aufgrund von Komplikationen), verwendet man je nach Fall folgende Codes:

- V56.1 „*Estrazione di catetere extracorporeo per dialisi*“
- V56.2 „*Estrazione di catetere peritoneale per dialisi*“.

Unter den Massnahmen sind folgende Codes anzuführen:

- 39.43 „*Rimozione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale*“
- 97.82 „*Rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale*“.

D) Kommt es im Laufe des Aufenthaltes aufgrund von **Komplikationen** zur Revision von Eingriffen, die mit der Hämodialyse oder Peritonealdialyse im Zusammenhang stehen, verwendet man folgende Codes:

Hämodialyse:

- 996.1 „*Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti, e innesti vascolari per dialisi*“
- 996.62 „*Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti vascolari per dialisi*“
- 996.73 „*Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti vascolari per dialisi renale*“.

Peritonealdialyse:

- 996.56 „*Complicazioni meccaniche da catetere per dialisi peritoneale*“
- 996.68 „*Infezione e reazione infiammatoria da catetere per dialisi peritoneale*“.

Unter den Massnahmen sind je nach Fall folgende Codes zu verwenden:

- Revision oder Austausch eines Katheters: 39.94 „*Sostituzione di cannula intervasale*“
- Revision eines arteriovenösen Shunts: 39.42 „*Revisione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale*“
- Entfernung eines arteriovenösen Shunts: 39.43 „*Rimozione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale*“.



S.K.D.10.10. Transplantierte Niere	A) Das Vorhandensein einer transplantierten Niere kann unter den Sekundärdiagnosen durch den Code V42.0 erwähnt werden. B) Im Falle eines Aufenthalts aufgrund von Komplikationen einer Nierentransplantation werden Code 996.81 "<i>Complicazioni di trapianto di rene</i>" als Primärdiagnose und ein Zusatzcode, der die Art der Komplikation beschreibt, als Sekundärdiagnose angegeben; in diesem Fall darf der Code V42.0 "<i>Rene sostituito da trapianto</i>" <u>nicht</u> angegeben werden.
S.K.D.10.11. Nierenkrankheit durch Diabetes mellitus	Im Falle eines Diabetes mit langfristigen oder chronischen Komplikationen werden die langfristigen oder chronischen Komplikationen des Diabetes durch die vierte Ziffer des Codes der Primärdiagnose bezeichnet (250.4 – 250.8), während unter den Sekundärdiagnosen zusätzlich einer oder mehrere Codes zur genaueren Beschreibung der Komplikationen angeführt werden können. Beispiel: Dekompensierter Diabetes Typ II mit Komplikation einer diabetischen Nephropathie: Primärdiagnose: Code 250.42 „<i>Diabete tipo II o non specificato, scompensato, con complicazioni renali</i>“; Sekundärdiagnose: Code 583.81 „<i>Nefropatia diabetica SAI</i>“. Beim Diabetes mit Mehrfachkomplikationen ist jede einzelne Komplikation genau nach den Auswahlkriterien für Primärdiagnosen zu kodieren.
S.K.D.10.12. Penisbegradigung nach NESBIT	Die Aufnahme eines Patienten zur Penisbegradigung nach NESBIT wird folgendermaßen kodiert: • im Falle einer angeborenen Deviation wird der Code 752.63 „<i>Curvatura anormale, congenita del pene</i>“ als Primärdiagnose angegeben; • bei einer erworbenen Deviation wird die Primärdiagnose mit 607.81 „<i>Induratio penis plastica</i>“ oder 607.85 „<i>Malattia di Peyronie (Peyronie's disease o Induratio penis plastica)</i>“ kodiert; • unter den chirurgischen Eingriffen wird der Code 64.92 „<i>Incisione del pene</i>“ angeführt.
S.K.D.10.13. Einsetzen einer Hodenprothese	Fall A: Wird die Hodenprothese unmittelbar nach einer operativen Hodenentfernung eingesetzt, wird die Erkrankung, welche den Eingriff veranlasst hat (186._ „<i>Tumore maligno del testicolo</i>“ oder 608.2 „<i>Torsione del testicolo</i>“), als Primärdiagnose kodiert, während Code V52.8 „<i>Collocazione e sistemazione di altra protesi specificata</i>“ als Sekundärdiagnose angeführt wird; der Code der Orchiectomie (62.3 „<i>Orchiectomia monolaterale</i>“ oder 62.4_ „<i>Orchiectomia bilaterale</i>“) wird als Primäreingriff erwähnt (mit der Angabe einer eventuell gleichzeitig durchgeführten Lymphknotenentfernung), während Code 62.7 „<i>Inserzione di protesi testicolare</i>“ unter die Sekundäreingriffe kommt. Fall B: Wird ein Patient zum Einsetzen einer Hodenprothese aufgenommen, nachdem in einem früheren Aufenthalt die Orchiectomie durchgeführt wurde, wird die Primärdiagnose mit V52.8 „<i>Collocazione e sistemazione di altra protesi specificata</i>“ kodiert und eine eventuell vorausgegangene Neoplasie als Sekundärdiagnose (V10.47 „<i>Anamnesi personale di tumore maligno del testicolo</i>“) angeführt. Unter die Sekundärdiagnosen entfällt gegebenenfalls auch ein postchirurgischer Zustand (V45.89 „<i>Altro stato postchirurgico</i>“). Der Primäreingriff wird mit 62.7 „<i>Inserzione di protesi testicolare</i>“ kodiert.



S.K.D.10.14. Kodierung einiger Formen von schwerer oder hochgradiger Epitheldysplasie	Im Falle von relativ häufig histologisch nachgewiesenen, schweren oder hochgradigen Epitheldysplasien, kommen die Codes 230-234 „<i>Carcinomi in situ</i>“ zur Anwendung. Beispiele hierfür sind schwere/hochgradige Dysplasien auf adenomatösen Polypen des Verdauungsapparates oder Urogenitaltraktes (Magenulkus, Rektokolitis ulcerosa, Morbus Crohn, Blasenpolypen). Im Falle einer Portio-Dysplasie sind folgende Codes zu verwenden: 622.10 „<i>Displasia della cervice non specificata</i>“; 622.11 „<i>Displasia cervicale lieve (CIN I)</i>“; 622.12 „<i>Displasia cervicale moderata (CIN II)</i>“; 233.1 „<i>Displasia severa (CIN III)</i>“.
S.K.D.10.15. Anämie bei chronischen Erkrankungen	Das Handbuch ICD-9-CM sieht die Unterkategorie 285.2_ „<i>Anemie in malattie croniche</i>“ vor, wobei die fünfte Ziffer die chronische Krankheit definiert: 285.21 „<i>Anemia in malattia cronica renale</i>“ 285.22 „<i>Anemia in malattia neoplastica</i>“ 285.29 „<i>Anemia da altre malattie croniche</i>“
S.K.D.10.16. Anlage, Austausch und Entfernung eines uretralen „Doppel J“	A) Anlage eines uretralen „Doppel J“: Primärdiagnose: 591 „<i>Idronefrosi</i>“; Eingriff: 59.8 „<i>Cateterizzazione ureterale</i>“. B) Austausch/Entfernung eines uretralen „Doppel J“: Primärdiagnose: V53.6 „<i>Collocazione e sistemazione di dispositivi urinari</i>“; Eingriff: 97.62 „<i>Rimozione di tubo da ureterostomia e catetere ureterale</i>“.
S.K.D.10.17. Neu eingeführte und abgeänderte Diagnosecodes	Neue Diagnosecodes (53) 585._ Malattia renale cronica (CKD) 588.8_ Altre patologie specificate, causate da ridotta funzione renale 599.6_ Ostruzione urinaria 600._ Iperplasia della prostata 607.85 Malattia di Peyronie (Peyronie's disease o Induratio penis plastica) 608.2_ Torsione del testicolo 616.8_ Altre malattie infiammatorie specificate della cervice, della vagina e della vulva 618.0_ Prolasso delle pareti vaginali senza menzione di prollasso uterino 618.8_ Altro prollasso genitale specificato 621.3_ Iperplasia endometriale 622.1_ Displasia della cervice uterina 629.2_ Mutilazione genitale femminile 629.8_ Altre patologie specificate degli organi genitali femminili Abgeänderte Diagnosecodes (8) 600._ Iperplasia della prostata 627.2 Manifestazioni sintomatiche menopausali o del climaterio femminile 627.4 Manifestazioni sintomatiche associate alla menopausa indotta





11. – KOMPLIKATIONEN IM LAUFE VON SCHWANGERSCHAFT, GEBURT UND WOCHENBETT (630 – 677)

S.K.D.11.1. Komplikationen im Laufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (640-649) - (651-676)	Bei der Kodierung der Komplikationen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (640-649 und 651-676) ist vor allem auf die Angabe der fünften Ziffer zu achten: 1 <i>parto, con o senza menzione della condizione antepartum</i>; 2 <i>parto, con menzione della complicazione postpartum</i>; 3 <i>condizione o complicazione antepartum, senza parto nell'attuale ricovero</i>; 4 <i>condizione o complicazione postpartum, senza parto nell'attuale ricovero</i>. Die fünfte Ziffer gleich "0 - episodio di cura non specificato" ermöglicht es nicht, den Aufenthalt mit dem Ereignis „Entbindung“ in Verbindung zu bringen; deshalb soll sie beim Ausfüllen des KEBs nie benutzt werden. Die Codes von V30 bis V39 "<i>Nati vivi sani secondo il tipo di nascita</i>" dürfen im KEB der Mutter nie aufscheinen.
S.K.D.11.2. Aufnahmen mit Entbindung	Es sei daran erinnert, dass jede Aufnahme mit Entbindung unter den Sekundär Diagnosen den Code V27._ zur Beschreibung des Ergebnisses der Geburt enthalten muss. Zudem empfiehlt es sich, jedes mal wenn ein Aufenthalt zu einer Geburt führt, immer alle durchgeführten diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen, Manöver und Eingriffe anzugeben.
S.K.D.11.3. Zufallsbefund einer Schwangerschaft	Wird in einer Patientin, die aus anderen Gründen aufgenommen wurde, zufällig eine Schwangerschaft festgestellt, kann als Sekundär diagnose der Code V22.2 "<i>Reperto accidentale di gravidanza</i>" angegeben werden.
S.K.D.11.4. Pränatale diagnostische Untersuchungen	Pränatale diagnostische Untersuchungen werden mit 648.93 "<i>Altre condizioni altrimenti classificabili, condizione o complicazione antepartum</i>" als Primär diagnose und mit einem Code der Kategorie V28._ "<i>Ricerche prenatali</i>" als Sekundär diagnose kodiert.
S.K.D.11.5 Fehlgeburt	Die Codes bezüglich einer Fehlgeburt (Kategorie 634) kommen bis zur vollendeten 21. Schwangerschaftswoche (Schwangerschaftswoche 22+ 0 Tage) zur Anwendung.
S.K.D.11.6. Komplikationen nach Fehlgeburt oder ektopischer Schwangerschaft	Tritt nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine Komplikation auf, und veranlasst sie eine Wiederaufnahme, kommt die Kategorie 639._ "<i>Complicazioni successive all'aborto e a gravidanza ectopica e molare</i>" zur Anwendung.
S.K.D.11.7. Risiko einer Fehl- oder Frühgeburt	Besteht die Gefahr einer Fehlgeburt, verwendet man vor der Schwangerschaftswoche 22+ 0 Tage den Code 640.03; bei Gefahr einer Frühgeburt verwendet man zwischen Schwangerschaftswoche 22+ 1 Tag und Schwangerschaftswoche 36+ 6 Tage den Code 644.03 sowie den Code 644.13 ab der Schwangerschaftswoche 37+ 0 Tage.



S.K.D.11.8. Normalgeburt	Eine Normalgeburt wird mit 650 kodiert, wobei für die Klassifikation auch eine eingeleitete Geburt mit/ohne Dammschnitt, ohne Fetusmanipulation und mit Geburt eines einzelnen, lebenden Neugeborenen als Normalgeburt gilt. Besagter Code darf nur einzeln und nie zusammen mit anderen Codes der Kategorie 630-676 verwendet werden. Unter die Sekundär Diagnosen kommt zur Beschreibung des Ergebnisses der Geburt trotzdem ein Code der Kategorie V27._. Bei jedem Aufenthalt, der zu einer Geburt führt, empfiehlt es sich, alle durchgeführten Maßnahmen (manuelle geburtshilfliche Maßnahmen, Episiotomie, Episiorrhaphie, usw.) zu vermerken.
S.K.D.11.9. Manuelle Wendung des kindlichen Kopfes	Wird während der Geburt eine manuelle Wendung des kindlichen Kopfes (Eingriffscode 73.51) durchgeführt, wird als Primär diagnose ein Code der Kategorie 652.__ „<i>Posizione e presentazione anomale del feto</i>“ angeführt. Der Code 650 „<i>Parto normale</i>“ darf also nicht verwendet werden.
S.K.D.11.10. Normalgeburt bei einer Hochrisiko- schwangerschaft	Im Falle einer Normalgeburt bei einer Hochrisikoschwangerschaft gelten folgende Kodierungsregeln: • als Primär diagnose ist jene Krankheit anzugeben, weswegen die Patientin überwacht wurde (zum Beispiel 642.71 „<i>Pre-eclampsia o eclampsia sovrapposta a ipertensione preesistente, parto, con o senza menzione della condizione antepartum</i>“, 655.31 „<i>Sospetta lesione del feto da malattia virale della madre, parto con o senza menzione della condizione antepartum</i>“); • als Sekundär diagnose ist der Code V27._, der das Ergebnis der Geburt beschreibt, einzutragen; • unter den Eingriffen werden die erbrachten Behandlungen und Maßnahmen festgehalten.
S.K.D.11.11. Kaiserschnitt	Im Falle eines Kaiserschnitts ist besonders auf die Kodierung zu achten: es muss unterschieden werden, ob die Indikation zum Kaiserschnitt bereits vor Einsetzen der Wehen (652-659) bestand oder erst im Laufe der Wehen (660–669) aufgetreten ist. Der Code 669.7_ „<i>Parto cesareo senza menzione dell’indicazione</i>“ sollte möglichst vermieden werden. Die akute Blutungsanämie nach einem Kaiserschnitt wird mit 648.22 „<i>Anemia, parto, con menzione della complicazione postpartum</i>“ kodiert; in diesem Fall darf der Code 285.1 „<i>Anemia postemorragica acuta</i>“ nicht verwendet werden.
S.K.D.11.12. Entnahme von Stammzellen aus der Nabelschnur	Die Entnahme von Stammzellen aus der Nabelschnur wird nicht im Krankenhausentlassungsbogen kodiert.



S.K.D.11.13. Geburten mit Komplikationen	Außer den Fällen, in denen die Kodierung mit 650 angebracht ist, sollte als Primärdiagnose die wichtigste Geburtskomplikation ausgewählt werden. Die Codes von 651-669.9 sind für Geburten mit Komplikationen bestimmt.
S.K.D.11.14. Schwangerschafts- diabetes	Im Falle eines Schwangerschaftsdiabetes verwendet man den Code 648.0_, wobei auch hier die fünfte Ziffer angibt, ob die Diagnose vor, während oder nach der Geburt gestellt wurde.
S.K.D.11.15. Schwangerschaft in Diabetikerin	Im Falle einer Schwangerschaft in Diabetikerin ist ein Code der Kategorie 648.0_ zu verwenden, wobei auch hier die fünfte Stelle angibt, ob die Diagnose vor, während oder nach der Entbindung gestellt wurde.
S.K.D.11.16. Anämie als Komplikation von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	Anämie als Komplikation von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ➡ Den fünfstelligen Code 648.2_ verwenden.
S.K.D.11.17 Aufenthalte im Wochenbett	Unter Wochenbett versteht man die ersten 6 Wochen nach der Geburt.
S.K.D.11.18. Spätfolgen einer Schwanger- schafts-, Geburts- und Wochenbett- komplikation	Der Code der Kategorie 677 „ <i>Effetto tardivo della complicazione della gravidanza, del parto, del puerperio</i> “ ist immer unter den Sekundärdiagnosen zu vermerken; er beschreibt die Spätfolgen von Schwangerschafts-, Geburts- oder Wochenbettkomplikationen, die jederzeit nach dem Wochenbett auftreten können.



S.K.D.11.19. Infektiöse und parasitäre Krankheiten als Komplikation von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	Bei infektiösen und parasitären Krankheiten, die zu Schwangerschafts-, Geburts- oder Wochenbettkomplikationen führen, ist die Kategorie 647 zu verwenden, sofern die Erkrankung den Fetus nicht angegriffen hat. In letzterem Falle gelten die Codes der Kategorie 655.3-655.4. Nachfolgend einige Beispiele: a) Im Falle eines Krankenhausaufenthalts wegen Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett einer Patientin mit HIV-Infektion wird die Primärdiagnose mit 647.6_ „<i>Altre malattie virali</i>“ kodiert. Als Sekundärdiagnose werden jeweils folgende Codes verwendet: • ist die Patientin seropositiv und asymptomatisch: V08 „<i>Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV)</i>“; • Patientin mit AIDS-Vollbild: 042 „<i>Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)</i>“. b) Im Falle eines Krankenhausaufenthalts wegen Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett einer Patientin mit Rötelninfektion ist die Primärdiagnose mit 647.5_ „<i>Rosolia</i>“ zu kodieren, während unter die Sekundärdiagnosen die Codes eventuell weiterer Komplikationen entfallen. c) Im Falle eines Krankenhausaufenthalts wegen Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett einer Patientin mit Virushepatitis wird die Primärdiagnose mit 647.6_ „<i>Altre malattie virali</i>“ kodiert, während unter die Sekundärdiagnosen die Codes eventuell weiterer Komplikationen entfallen. d) Im Falle eines Krankenhausaufenthalts wegen Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett einer Patientin mit Sepsis können folgende Codes verwendet werden: • Sepsis während der Wehen ➔ Primärdiagnose: 659.3_ „<i>Infezione generalizzata durante il travaglio</i>“; • Sepsis infolge eines Abortus und ektopischer oder Molen-schwangerschaft ➔ Primärdiagnose: 639.0 „<i>Infezione del tratto genitale e della pelvi, Settlicemia SAI.</i>“; • Postpartale Sepsis, Wochenbettfieber ➔ Primärdiagnose: 670.04 „<i>Infezioni puerperali maggiori, condizione o complicazione postpartum</i>“; • Sepsis während der Schwangerschaft ➔ Primärdiagnose: 647.83 „<i>Altre malattie infettive e parassitari, condizione o complicazione antepartum</i>“.
S.K.D.11.20. Außerhalb des Krankenhauses gebärende Patientin mit stationärer Aufnahme zur Durchführung von Behandlungen nach der Geburt	Entbindet eine Patientin außerhalb des Krankenhauses, und wird sie daraufhin zu weiteren Behandlungen im Krankenhaus aufgenommen, ohne dass Komplikationen vorliegen, wird die Primärdiagnose mit V24.0 „<i>Cure ed esami postpartum subito dopo il parto</i>“ kodiert; bei Komplikationen wird auf die Codes von Kapitel 11 „Komplikationen im Laufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ verwiesen. In diesen Fällen ist der Code V27._, der das Ergebnis der Geburt beschreibt, nicht anzugeben.



S.K.D.11.21. Sterilisation nach Vaginalgeburt	Wird auf Wunsch der Patientin nach einer komplikationslosen Vaginalgeburt sofort eine Sterilisation mittels endoskopischer Eileiterligatur durchgeführt, kommen folgende Codes zur Anwendung: Primärdiagnose: 650 „<i>Parto normale</i>“; Sekundärdiagnose: V27. „<i>Esito del parto</i>“; Sekundärdiagnose: V25.2 „<i>Sterilizzazione</i>“; Unter den Eingriffen sind folgende Codes anzugeben: Primäreingriff: 66.22 „<i>Legatura e sezione endoscopica bilaterale delle tube</i>“; Sekundäreingriff: 73.59 „<i>Altra assistenza manuale al parto</i>“.
S.K.D.11.22. Geburt mit Peridural-Anästhesie	Für die Klassifikation gilt auch eine Geburt mit Peridural-Anästhesie als Normalgeburt. Deshalb wird die Primärdiagnose mit 650 „<i>Parto normale</i>“ kodiert. Unter den Eingriffen werden die Manöver und die verschiedenen, angewandten Maßnahmen (manuelle geburtshilfliche Maßnahmen, Episiotomie, Episiorrhaphie, usw) angeführt. Die Peridural-Anästhesie kann unter den Eingriffen/ Massnahmen mit 03.91 „<i>Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia</i>“ und 03.90 „<i>Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative</i>“ angegeben werden.
S.K.D.11.23. Geistige Störungen im Laufe von Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett	Geistige Störungen, die im Laufe von Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett eine stationäre Behandlung notwendig machen, werden mit 648.4_ „<i>Disturbi mentali complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio</i>“ kodiert.
S.K.D.11.24 Neu eingeführte und abgeänderte Diagnosecodes	Neue Diagnosecodes (51) 633.___ Gravidanza ectopica 649.___ Altre manifestazioni morbose in atto della madre complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio 651.7_ Gravidanza multipla con (elettiva) riduzione fetale 674.5_ Cardiomiopatia peripartum Abgeänderte Diagnosecodes (0)





12. – KRANKHEITEN DER HAUT UND DER UNTERHAUT (680 – 709)

S.K.D.12.1. Allgemeine Kodierungsregeln für Kapitel 12	Kapitel 12 (Kategorien 680-709) behandelt die Krankheiten der Haut und der Unterhaut sowie Krankheiten der Nägel und der Schweiß- und Talgdrüsen; es umfasst weder kongenitale Formen (Kapitel 14 „Angeborene Fehlbildungen“) noch Neoplasien (Kapitel 2 „Tumoren“). Die Hautinfektionen im engeren Sinne entfallen in dieses Kapitel, während systemische Infektionen der Haut in Kapitel 1 „Infektiöse und parasitäre Krankheiten“ behandelt werden. Die Hauterscheinungen als Folge von Vergiftungen durch äußere Substanzen oder Arzneimittel werden in Kapitel 17 „Traumata und Vergiftungen“ behandelt.
S.K.D.12.2. Hauterscheinungen nach Einnahme von Arzneimitteln oder Heilbehelfsmitteln	Im Falle eines Aufenthalts wegen unerwünschter Nebenwirkungen bei Überdosierung von Arzneimitteln, Medikamenten oder Heilbehelfsmitteln sowie irrtümliche Verabreichung oder Einnahme falscher Substanzen ist die Substanz, die die Vergiftung verursacht hat, als Primärdiagnose zu kodieren (Kategorien 960-979), sofern sie die Auswahlkriterien für Primärdiagnosen erfüllt; die Hauterscheinung wird hingegen als Sekundärdiagnose angeführt (z.B. 693.8 „<i>Dermatite da farmaci e medicamenti o presidi assunti per via sistemica</i>“). Treten die unerwünschten Nebenwirkungen nach ordnungsgemäßer Verabreichung indikationsgerechter Arzneimittel auf, wird die Art der unerwünschten Nebenwirkung als Primärdiagnose kodiert (693._ „<i>Dermatite da sostanze assunte per via sistemica</i>“ oder 692.3 „<i>Dermatite da contatto con farmaci e medicamenti o presidi per uso topico</i>“).
S.K.D.12.3. Verbrennungen	Die Codes 940._ bis 949._ betreffen Verbrennungen, wobei die Unterkategorie je nach Schweregrad definiert wird (Grad I, II, III). Die fünfte Ziffer beschreibt die Stelle der Verbrennung. Liegen gleichzeitig Verbrennungen verschiedenen Grades in einer bestimmten Körperregion vor, ist die schwerste davon zu kodieren (Kategorie 948). Reibungsverbrennungen werden mit den Kategorien 910._ - 919._ kodiert, wobei die dritte Ziffer die Lokalisation und die vierte (0, 1) das eventuelle Vorliegen einer Infektion beschreibt. Für Sonnenbrände verwendet man den Code der Unterkategorie 692.7_ „<i>Dermatiti da radiazioni solari</i>“, und zwar: 692.71 „<i>Ustione solare di primo grado</i>“ 692.76 „<i>Ustione solare di secondo grado</i>“ 692.77 „<i>Ustione solare di terzo grado</i>“.
S.K.D.12.4. Dekubitusge- schwüre	Bei stationären Aufenthalten zur Behandlung von Dekubitusgeschwüren eines bettlägerigen Patienten (z.B. in Folge eines zerebrovaskulären Ereignisses) ist das Dekubitusgeschwür (Code 707.0, die fünfte Ziffer bezieht sich auf die Lokalisation) und nicht die Hemiplegie oder Gefäßerkrankung als Primärdiagnose anzugeben.



S.K.D.12.5. Diagnostische Untersuchungen zum Nachweis von Allergien	Werden im Laufe eines Aufenthaltes Haut- und Sensibilisierungstests für den Nachweis von Allergien durchgeführt, ist unter den Sekundär Diagnosen der spezifische Code V72.7 <i>“Prove diagnostiche cutanee e di sensibilizzazione – Patch Test e Prick Test e prove intradermiche”</i> sowie unter den Eingriffen/Massnahmen der Code 86.19 <i>“Altre procedure diagnostiche su cute e tessuto sottocutaneo”</i> einzutragen.
S.K.D.12.6. Medikamenten- oder Allergenexposi- tionstest	Bei stationären Aufnahmen zur Überprüfung eventueller Nebenwirkungen von Medikamenten und Allergenen ist als Primär diagnose ein Code der Kategorie V14._ <i>“Anamnesi personale di allergia a sostanze medicinali”</i> oder der Unterkategorie V15.0_ <i>“Anamnesi personale di allergia distinta da quella provocata da sostanze medicinali, con rischio di malattia”</i> einzutragen. Als Sekundär diagnose muss der spezifische Code V72.7 <i>„Prove diagnostiche cutanee e di sensibilizzazione”</i> angegeben werden, während die Eingriffe/Massnahmen mit 99.29 <i>„Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche”</i> zu kodieren sind. Dieser Code umfasst auch oral oder durch Inhalation verabreichte Verträglichkeitstests.
S.K.D.12.7. Desensibilisierung eines Patienten mit allergischer Reaktion auf tierisches Gift	Bei stationärer Aufnahme zur Desensibilisierung eines Allergikers verwendet man für die Primär diagnose den Code V07.1 <i>„Necessità di desensibilizzazione ad allergeni”</i> . Das eigentliche Desensibilisierungsverfahren wird unter den Eingriffen/Massnahmen mit 99.12 <i>„Immunizzazione per allergia”</i> kodiert.
S.K.D.12.8. Stiche tierischer Herkunft	Bei Tierstichen ohne toxische Allgemeinreaktion verwendet man die Codes von 910._ - 919._ <i>„Traumatismi superficiali”</i> , wobei die vierte Ziffer auf die Abwesenheit und die fünfte Ziffer auf das Vorliegen einer Infektion verweist. Stiche tierischer Herkunft mit toxischer Allgemeinreaktion werden mit 989.5 <i>„Effetti tossici di veleno di origine animale”</i> kodiert. Liegt ein anaphylaktischer Schock vor, verwendet man für die Primär diagnose den Code 995.0 <i>„Altro shock anafilattico non classificato altrove”</i> und trägt unter den Sekundär diagnosen den Code 989.5 <i>„Effetti tossici di veleno di origine animale”</i> ein.
S.K.D.12.9. Neu eingeführte und abgeänderte Diagnosecodes	Neue Diagnosecodes (12) 692.84 Dermatite da contatto con forfora animale (cane e gatto) 705.2_ Iperidrosi focale 707.0_ Ulcerazione da decubito Abgeänderte Diagnosecodes (0)



13. – KRANKHEITEN DES MUSKEL-SKELETT-SYSTEMS UND DES BINDEGEWEBES (710 – 739)

S.K.D.13.1. Allgemeine Kodierungsregeln für Kapitel 13	Kapitel 13 befasst sich mit den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes mit Ausnahme der neoplastischen Erkrankungen, der Infektionen und der Traumata, die in den jeweiligen Kapiteln behandelt werden.
S.K.D.13.2. Infektiöse Arthropathien	Die Kategorie 711._ definiert infektiöse Arthropathien. Die meisten Codes in Kategorie 711._ erfordern einen zusätzlichen Code zur Identifikation des Infektionserregers.
S.K.D.13.3. Postoperative Diszitis	Postoperative Diszitis: • Primärdiagnose: Code 998.59 „<i>Altra infezione post-operatoria</i>“; • Sekundärdiagnose: Code 722.9_ „<i>Altre e non specificate patologie del disco</i>“.
S.K.D.13.4. Pathologische Frakturen	Im Sinne der allgemeinen Auswahlkriterien für Primärdiagnosen darf der Code der pathologischen Fraktur (733.1_) nur dann als Primärdiagnose verwendet werden, wenn der Patient zur Behandlung der pathologischen Fraktur aufgenommen wird. Angesichts der geringen Spezifität des Codes ist unter den Sekundärdiagnosen auch die Grunderkrankung anzugeben.
S.K.D.13.5. Intravenöse Verabreichung von Diphosphonaten oder ähnlichen Arzneimitteln	Die Aufnahme von Patienten zur Behandlung mit Diphosphonat-Infusionen oder Ähnlichem wird je nach Fall mit folgenden Primärdiagnosen beschrieben: 733.13 „ <i>Frattura patologica delle vertebre</i> “, 733.90 „ <i>Dolore osseo</i> “, 338.3 „ <i>Dolore correlato a neoplasia (acuto) (cronico)</i> “, 731.8 „ <i>Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove</i> “. Unter den Sekundärdiagnosen wird die Grunderkrankung angegeben: Codes 198.5 „ <i>Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo</i> “ oder 733.0_ „ <i>Osteoporosi</i> “. Unter den Massnahmen ist der Code 99.29 „ <i>Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche</i> “ einzutragen.
S.K.D.13.6. Defekte und nicht erfolgte Frakturheilung	Die defekte oder nicht erfolgte Frakturheilung ist jeweils mit den Codes 733.81 und 733.82 zu definieren.



S.K.D.13.7. Eingriffe an der Schulter	Aufnahmen zu Schulteroperationen werden folgendermaßen kodiert: Primärdiagnose: spezifischer Code der behandelten Krankheit ➡ z.B. 718.31 "<i>Lussazione recidivante della spalla</i>", 840.0 "<i>Distorsione e distrazione acromioclavicolare (articolazione)(legamento)</i>", 840.4 "<i>Rottura traumatica della cuffia dei rotatori (capsula)</i>", 840.5 "<i>Distorsione e distrazione sottoscapolare (muscolo)</i>", 840.6 "<i>Distorsione e distrazione soprascapolare (muscolo)(tendine)</i>", 727.61 "<i>Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori</i>"; Primäreingriff: spezifischer Code des Eingriffes ➡ 83.63 "<i>Riparazione della cuffia dei rotatori</i>", 81.82 "<i>Riparazione di lussazione ricorrente della spalla</i>", 80.71 "<i>Sinoviectomia della spalla</i>"; Sekundäreingriffe: • bei arthroskopischen Eingriffen wird Code 80.21 „<i>Artroscopia della spalla</i>“ verwendet; • eine Akromioplastik wird mit Code 81.83 „<i>Altra riparazione della spalla</i>“ beschrieben. Im Falle eines Aufenthalts zur Implantation einer Endoprothese des Schultergelenks wird die Erkrankung, welche den Eingriff erforderte, als Primärdiagnose kodiert, während unter den Massnahmen der Code 81.80 „<i>Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)</i>“ bzw. 81.81 „<i>Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)</i>“ einzutragen ist. Für eine korrekte Zuteilung der DRG empfiehlt es sich, von der Verwendung der Codes 80.81 „<i>Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della spalla</i>“, 83.13 „<i>Altra tenotomia</i>“ und 83.88 „<i>Altri interventi di plastica sui tendini</i>“ abzusehen.
S.K.D.13.8. Radikulärschaden bei intravertebraler Diskushernie	Im Falle eines Radikulärschadens bei intravertebraler Diskushernie werden folgende Codes verwendet: • Code 722.0, 722.10 oder 722.11 je nach Lokalisation und ohne Myelopathie; • Code 722.71, _ .72 oder _ .73 je nach Lokalisation und mit Myelopathie; Nicht zu verwenden ist daher der Code 353._ „<i>Disturbi delle radici e die plessi nervosi</i>“.
S.K.D.13.9. Neu eingeführte und abgeänderte Diagnosecodes	Neue Diagnosecodes (8) 719.7 Zoppia 728.87 Debolezza muscolare (generalizzata) 728.88 Rabdomiolisi 729.7_ Sindrome compartimentale non traumatica 731.3 Difetti ossei maggiori Abgeänderte Diagnosecodes (1) 728.87 Debolezza muscolare (generalizzata)



14. – ANGEBORENE FEHLBILDUNGEN (740 – 759)

S.K.D.14.1. Allgemeine Kodierungsregeln für Kapitel 14	Als „angeboren“ bezeichnet man einen bereits bei der Geburt vorliegenden abnormen Zustand, auch wenn die klinische Manifestation erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt. Zahlreiche angeborene Zustände, die nicht korrigiert werden können, dauern ein Leben lang an, weshalb das Alter des Patienten kein entscheidender Faktor für die Zuteilung dieser Codes sein kann. Angeborene Fehlbildungen werden nach dem betroffenen System/Apparat und nach der Lokalisation des Organs klassifiziert. In allen Fällen, in denen eine Krankheit nicht mit einem einzigen Code beschrieben werden kann, können zusätzliche, in anderen Abschnitten der Klassifikation enthaltene Codes verwendet werden. Eine bei der Geburt nachgewiesene Fehlbildung wird im KEB des Neugeborenen nur dann als Primärdiagnose verzeichnet, wenn sie nach einem spezifischen Protokoll behandelt wird und den Auswahlkriterien einer Primärdiagnose entspricht. Eine bei der Geburt nachgewiesene Fehlbildung wird im KEB des Neugeborenen als Sekundärdiagnose verzeichnet, wenn sie bestimmten Eingriffen/ Maßnahmen unterzogen wird und eine Verlängerung der Aufenthaltsdauer bewirkt. Beispiel: Neugeborenes mit Klumpfuß bei der Geburt, ohne Behandlung ➔ man verwendet die Kodierung für gesundes Neugeborenes und gibt als Primärdiagnose einen Code der Kategorien V30, V32, V32, V34, V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ an.
S.K.D.14.2. Ösophagusatresie und –stenose	Angeborene Ösophagusatresie und Ösophagusstenose: falls die Fehlbildung noch vorhanden ist und noch nicht operativ korrigiert wurde, ist Code 750.3 zu verwenden; dieser Code darf allerdings nicht bei Folgebehandlungen verwendet werden. Im Falle einer erworbenen Stenose und Verengung wird Code 530.3 „<i>Restringimento e stenosi dell’esofago</i>“ verwendet.
S.K.D.14.3. Eingriffe wegen Kryptorchismus	Im Falle eines Eingriffes wegen Kryptorchismus wird die Primärdiagnose mit 752.51 „<i>Testicolo non disceso</i>“ oder 752.52 „<i>Testicolo retrattile</i>“ kodiert und der Eingriff mit dem Code 625 „<i>Orchiopessi</i>“. Hat der Bruch auch klinische Auswirkungen, dann werden der Leistenbruch als Sekundärdiagnose sowie eine eventuelle Herniotomie als Maßnahme angeführt.
S.K.D.14.4. Kongenitaler Megakolon	751.3 Kongenitaler Megakolon ➔ Dieser Code ist immer dann zu verwenden, wenn die Fehlbildung noch vorliegt und noch nicht operativ korrigiert wurde; nicht zu verwenden ist er bei Folgebehandlungen.



S.K.D.14.5. Neugeborenes mit Herzgeräusch ohne Fehlbildung	Ein Neugeborenes mit einem Herzgeräusch ohne Fehlbildung wird als gesunder Säugling kodiert ➡ als Primärdiagnose verwendet man einen Code der Kategorien V30, V31, V32, V34, V36 „ <i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i> “.
S.K.D.14.6. Fehlbildungen des Muskel-Skelett- Systems durch mütterliche Schwanger- schaftsfaktoren	Einige Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems durch mütterliche Schwangerschaftsfaktoren (z.B. Lageanomalie im Uterus) werden unter der Kategorie 754 klassifiziert; für Fehlbildungen durch Geburtstraumata verwendet man die Codes der Kategorie 767 (Geburtstraumata) von Kapitel 15, welches sich mit den Zuständen der Perinatalperiode befasst.
S.K.D.14.7. Thoracic-outlet- Syndrom	Dieses Syndrom wird folgendermaßen kodiert: Primärdiagnose: 353.0 „ <i>Sindrome della Costola cervicale</i> “; Eingriff: 77.91 „ <i>Ostectomy totale della scapola, della clavicola, del torace (coste e sterno)</i> “.
S.K.D.14.8. Penisbegradigung nach NESBIT	Die Aufnahme eines Patienten zur Penisbegradigung nach NESBIT wird folgendermaßen kodiert: • im Falle einer angeborenen Deviation wird der Code 752.63 „<i>Curvatura anormale, congenita del pene</i>“ als Primärdiagnose angegeben; • bei einer erworbenen Deviation wird die Primärdiagnose mit 607.81 „<i>Induratio penis plastica</i>“ oder 607.85 „<i>Malattia di Peyronie (Peyronie's disease o Induratio penis plastica)</i>“ kodiert; • unter den chirurgischen Eingriffen wird der Code 64.92 „<i>Incisione del pene</i>“ angeführt.
S.K.D.14.9. Neu eingeführte und abgeänderte Diagnosecodes	Neue Diagnosecodes (7) 747.83 Circolazione fetale persistente 752.81 Trasposizione dello scroto 752.89 Altre anomalie specificate degli organi genitali 758.31 Sindrome del Cri-du-chat 758.32 Sindrome Velo-cardio-faciale 758.33 Altre microdelezioni 758.39 Altre delezioni autosomiche Abgeänderte Diagnosecodes (0)



15. – EINIGE KRANKHAFTE ZUSTÄNDE PERINATALEN URSPRUNGS (760 – 779)

S.K.D.15.1. Allgemeine Kodierungsregeln für Kapitel 15	Die in Kapitel 15 klassifizierten Krankheiten haben ihren Ursprung in der Perinatalperiode (intrauterin und innerhalb 28 Tagen nach der Geburt), können aber auch erst später sichtbar werden. Die Codes der Kategorie V27 "<i>Esito del parto</i>" dürfen im KEB des Neugeborenen nicht aufscheinen.
S.K.D.15.2. Nicht zu verwendende Codes	Die Codes 768.0 „<i>Morte fetale da asfissia o anossia prima dell’inizio del travaglio o in un momento non specificato</i>“, 768.1 „<i>Morte fetale da asfissia o anossia durante il travaglio</i>“ und 779.6 „<i>Interruzione della gravidanza – riferita al feto</i>“ und V35 „<i>Altro parto multiplo (tre o più) tutti nati morti</i>“ dürfen nicht verwendet werden.
S.K.D.15.3. Kodierung des gesunden Neugeborenen	Die Codes von V30 bis V39, als Primärdiagnose, beziehen sich auf alle Geburten gesunder Neugeborener, die im Krankenhaus oder unmittelbar vor der Aufnahme erfolgt sind; bei Wiederaufnahmen des Neugeborenen (auch zwecks Überweisung an eine andere Einrichtung für spezifische Behandlungen) dürfen sie nicht angeführt werden, auch nicht auf dem KEB der Mutter. Abgeraten wird von der Verwendung der Codes V33, V37 und V39, da sie unspezifisch sind. Im Sinne der allgemeinen Kodierungsregeln ist der Verweis auf klinische Zustände auf dem KEB des Neugeborenen nur dann zulässig, wenn diese klinisch signifikant sind; nicht zu kodieren sind unrelevante Zustände, Symptome oder Erkrankungen, die ohne spezifische Behandlung heilen. Die Durchführung von Impfungen oder Screening am gesunden Neugeborenen (z.B. Screening der Schilddrüse oder Phenylketonurie-Screening) erfordert außer den Codes der Kategorien V30, V31, V32, V34, V36 keine weiteren, und zwar weder als Primärdiagnose noch als Sekundärdiagnose, da diese Behandlungen Bestandteil einer normalen Neugeborenenpflege sind. Unter den Sekundärdiagnosen sind nur jene klinischen Zustände des Neugeborenen anzuführen, die diagnostisch-therapeutische Maßnahmen mit signifikantem Betreuungsaufwand mit sich bringen und eine effektive Verlängerung der Aufenthaltsdauer bewirken.
S.K.D.15.4. Aufnahme (nach der Geburt) eines Neugeborenen wegen Krankheit der Mutter	Der Code V20.1 „<i>Cure ad altro neonato o bambino sano</i>“ wird als Primärdiagnose für Wiederaufnahmen (nach der Geburt) auf der Neugeborenenstation zur gesundheitlichen Überwachung eines gesunden Neugeborenen bei schlechten sozio-ökonomischen, familiären Verhältnissen oder physischer oder psychischer Krankheit der Mutter verwendet.



S.K.D.15.5 Aufenthalt (nach der Geburt) der gesunden Mutter zur Begleitung des kranken Neugeborenen	Der Code V65.0 " <i>Persona sana che accompagna una persona malata</i> " ist als Primärdiagnose zu verwenden, um nach der Geburt die Aufenthalte der gesunden Mutter, die das kranke, aufgenommene Neugeborene begleitet, zu beschreiben.
S.K.D.15.6. Beobachtung und Abklärung von Neugeborenen bei Verdacht auf Krankheiten	Die Codes der Kategorie V29 „ <i>Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose non riscontrate</i> “ sind für Wiederaufnahmen von Neugeborenen (unmittelbar nach der Geburt) zu verwenden, die in scheinbar gutem Gesundheitszustand innerhalb ihres 28. Lebensstages wegen eines Krankheitsverdachts untersucht werden, der sich nach entsprechenden Untersuchungen aber nicht bestätigt.
S.K.D.15.7. Kontrolle der Gesundheit eines ausgesetzten Neugeborenen oder Kindes	Der Code V20.0 kann im Falle eines Aufenthalts von gesunden Kindern oder Neugeborenen verwendet werden, die in Erwartung einer Pflegschaft oder Adoption nicht entlassen werden können.
S.K.D.15.8. Wachstumsretardierung des Fetus und Frühgeborenen	Wachstumsretardierung des Fetus und fetale Mangelernährung (Kategorie 764.__): Liegt keine fetale Mangelernährung vor, so verwendet man den Code 764.0_ „<i>Neonato di basso peso per l'età gestazionale senza menzione di malnutrizione fetale</i>“. Geht das niedrige Gewicht mit fetaler Mangelernährung einher, ist der Code 764.1_ „<i>Neonato di basso peso per l'età gestazionale, con segni di malnutrizione fetale</i>“ zu verwenden. Bei fetaler Mangelernährung ohne niedriges Gewicht (bezogen auf das Gestationsalter) verwendet man den Code 764.2_ „<i>Malnutrizione fetale senza menzione di peso basso per l'età gestazionale</i>“. Probleme bezüglich niedriges Gestationsalter und niedriges Geburtsgewicht (Kategorie 765.__): Vor Vollendung der 28. Woche und bei einem Geburtsgewicht unter 1000 Gramm verwendet man den Code 765.0_ „<i>Immaturità estrema del neonato</i>“ (ausgeschlossen ist der Code 765.09 „<i>Disturbi relativi ad immaturità del neonato, di peso superiore a 2499 grammi</i>“, der eine abnorme DRG bildet und demzufolge nicht verwendet werden darf). Nach der 28. und bis zur Vollendung der 37. Woche ist der Code 765.1_ „<i>Disturbi relativi ad altri neonati pretermine</i>“ zu verwenden. Im Falle eines Frühgeborenen sind unter den Sekundärdiagnose immer die Schwangerschaftswochen anhand eines Codes der Kategorie 765.2_ „<i>Settimana di gestazione</i>“ zu vermerken.



S.K.D.15.9. Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems durch mütterliche Schwangerschaftsfaktoren	Einige Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems durch mütterliche Schwangerschaftsfaktoren (z.B. Lageanomalie im Uterus) werden unter der Kategorie 754 klassifiziert; für Fehlbildungen durch Geburtstraumata verwendet man die Codes der Kategorie 767 (Geburtstraumata) von Kapitel 15, welches sich mit den Zuständen der Perinatalperiode befasst.
S.K.D.15.10. Aufnahmen zur Beobachtung nach neonatologischer Intensivmedizin	Eine Aufnahme zur Beobachtung eines Neugeborenen nach dessen Entlassung aus der Neugeborenen-Intensivstation wird mit V66.5 „ <i>Convalescenza successiva ad altro trattamento</i> “ als Primärdiagnose kodiert.
S.D.15.11. Probleme bezüglich Spätgeburt oder Makrosomie	Probleme bezüglich Spätgeburt oder Makrosomie (Kategorie 766) werden im KEB nur angegeben, wenn sie Ursache für Krankheit oder für zusätzliche Behandlungen des Neugeborenen sind.
S.K.D.15.12. Neugeborenen-ikterus	- Ikterus bei Reifgeborenen ohne Notwendigkeit einer Behandlung ➔ Primärdiagnose: ein Code der Kategorien V30, V31, V32, V34, V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“; Sekundärdiagnose Code 774.6 „<i>Ittero fetale e neonatale non specificato</i>“. - Ikterus mit 24 h-Phototherapie, weiteren Nachuntersuchungen und Verlängerung des Aufenthaltes ➔ Primärdiagnose: einen Code der Unterkategorie 774.3_ „<i>Ittero neonatale da ritardo della coniugazione</i>“ verwenden. - Ikterus in Frühgeborenem ➔ 774.2 „<i>Ittero neonatale associato a parto pretermine</i>“.
S.K.D.15.13. Neugeborenes mit Herzgeräusch ohne Fehlbildung	Ein Säugling mit Herzgeräusch ohne Fehlbildung wird als gesunder Säugling kodiert ➔ als Primärdiagnose verwendet man einen Code der Kategorien V30, V31, V32, V34, V36 „ <i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i> “.
S.K.D.15.14. Fetaler Distress und Asphyxie unter der Geburt	Für die Diagnosen fetaler Distress und Asphyxie, mit entsprechender Zuteilung der jeweiligen Codes, reicht es nicht, auf einen niederen Apgar-Index, die Mekoniumretention oder Mekonium im Fruchtwasser zu verweisen. Es bedarf viel mehr einer Beurteilung durch den entlassenden Arzt, wobei der fetale Distress nicht kodiert werden darf, wenn es dafür keine nachweisbaren und in der Krankenkartei dokumentierten Indikationen gibt. Die Codes der Kategorie 768 beziehen sich auf Asphyxie unter der Geburt; es empfiehlt sich, die Codes 768.5 „<i>Asfissia grave alla nascita con complicazione neurologica</i>“ und 768.6 „<i>Asfissia lieve o moderata alla nascita senza menzione di complicazione neurologica</i>“ für Asphyxie mittleren bzw. schweren Grades zu verwenden; die vierten Ziffern .2, .3, .4 beziehen sich auf Probleme bezüglich Wehentätigkeit und Austreibungsphase. Im Falle eines stationären Aufenthaltes werden letztere Codes allerdings immer mit anderen Krankheiten verbunden.



S.K.D.15.15. Atemnotsyndrom	Der Code 769 „ <i>Sindrome da distress respiratorio neonatale</i> “ beschreibt eine schwere Atemwegserkrankung des Neugeborenen mit hohem Betreuungsaufwand (künstliche Beatmung ➔ Codes 96.7_ „ <i>Ventilazione meccanica continua</i> “ oder 93.90 „ <i>Respirazione a pressione positiva continua CPAP</i> “).
S.K.D.15.16. Apnoe, Zyanose und leichte oder mäßige Atemnot	Bei Anzeichen einer leichten oder mäßigen Atemnot empfiehlt sich die Verwendung folgender Codes: 770.81 „ <i>Apnea primaria del neonato</i> “ (crisi di apnea SAI, apnea essenziale del neonato, apnea nel sonno del neonato); 770.82 „ <i>Altra tipologia di apnea del neonato</i> “ (apnea ostruttiva del neonato); 770.83 „ <i>Crisi di cianosi del neonato</i> “; 770.84 „ <i>Insufficienza respiratoria del neonato</i> “; 770.6 „ <i>Tachipnea transitoria del neonato</i> “ (sindrome del polmone umido, tachipnea idiopatica del neonato).
S.K.D.15.17. Hämolytisches Syndrom beim Neugeborenen	Hämolytisches Syndrom beim Neugeborenen mit anti-Rh-Antikörpern: Im Falle eines Aufenthaltes zur klinischen Beobachtung mit wiederholten Blutbildern und Bilirubinbestimmungen ➔ als Primärdiagnose wird ein Code der Kategorien V30, V31, V32, V34 oder V36 „ <i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i> “ und als Sekundärdiagnose der Code 760.8 „ <i>Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)</i> “ verwendet; Im Falle eines hämolytischen Syndroms beim Neugeborenen mit anti-Rh-Antikörpern und positivem direktem Coombs-Test ➔ als Primärdiagnose wird Code 773.0 „ <i>Malattia emolitica del feto o del neonato dovuta a isoimmunizzazione Rh</i> “ verwendet. Hämolytisches Syndrom beim Neugeborenen mit Anti-AB0-Antikörpern: Im Falle eines Aufenthaltes zur klinischen Beobachtung mit wiederholten Blutbildern und Bilirubinbestimmungen ohne Ikterus und/oder Hämolyse ➔ als Primärdiagnose wird ein Code der Kategorien V30, V31, V32, V34 oder V36 „ <i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i> “ und als Sekundärdiagnose der Code 760.8 „ <i>Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)</i> “ verwendet; Im Falle eines hämolytischen Syndroms beim Neugeborenen mit Anti-AB0-Antikörpern und positivem direktem Coombs-Test ➔ als Primärdiagnose wird Code 773.1 „ <i>Malattia emolitica del feto o del neonato dovuta a isoimmunizzazione ABO</i> “ für die Primärdiagnose verwendet.



S.K.D.15.18. Neugeborenes von Schwangerschaft mit vorzeitiger Plazentaablösung	A) Neugeborenes nach Schwangerschaft mit vorzeitiger Plazentaablösung, Aufnahme ohne Untersuchungen ➔ einen Code der Kategorien V30, V31, V32, V34, V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ verwenden. B) Aufnahme mit wiederholten klinischen Beobachtungen bei normalem Säure-Basen-Gleichgewicht und Blutbild ➔ als Primärdiagnose einen Code der Kategorien V30, V31, V32, V34, V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ verwenden und als Sekundärdiagnose den Code 760.8 „<i>Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)</i>“. C) Aufnahme zur klinischen Beobachtung bei pathologischem Säure-Basen-Gleichgewicht und Blutbild ➔ man verwendet einen krankheitsspezifischen Diagnosecode.
S.K.D.15.19. Neugeborenes einer Mutter mit Placenta praevia	A) Neugeborenes einer Mutter mit Placenta praevia, Aufenthalt ohne Abklärungen ➔ als Primärdiagnose einen Code der Kategorien V30, V31, V32, V34 oder V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ verwenden. B) Aufenthalt mit wiederholten klinischen Beobachtungen, negativen Blutbildern und Retikulozyten ➔ als Primärdiagnose einen Code der Kategorien V30, V31, V32, V34 oder V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ und als Sekundärdiagnose den Code 760.8 „<i>Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)</i>“ verwenden. C) Aufenthalt mit pathologischem Blutbild und Retikulozyten (Anämie des Neugeborenen) ➔ als Primärdiagnose den Code 776.8 „<i>Altri disturbi ematologici specificati e transitori del feto e del neonato</i>“ verwenden.
S.K.D.15.20. Neugeborenes einer Mutter mit Oligohydramnion	A) Aufnahme bei negativem Ultraschallbefund der Niere und zur klinischen Beobachtung ➔ als Primärdiagnose einen Code der Kategorien V30, V31, V32, V34, V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ und als Sekundärdiagnose den Code 760.8 „<i>Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)</i>“ verwenden. B) Aufnahme bei pathologischem Ultraschallbefund der Nieren und zur klinischen Beobachtung ➔ man verwendet einen krankheitsspezifischen Diagnosecode.
S.K.D.15.21. Neugeborenes einer Mutter mit Polyhydramnion	A) Aufnahme ohne Untersuchungen ➔ als Primärdiagnose einen Code der Kategorien V30, V31, V32, V34, V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ verwenden; B) Aufnahme zur Beobachtung bei negativem Ultraschall und negativer Radiographie des Abdomens ➔ als Primärdiagnose einen Code der Kategorien V30, V31, V32, V34, V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ und als Sekundärdiagnose den Code 760.8 „<i>Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)</i>“ verwenden. C) Aufnahme bei Krankheit ➔ man verwendet einen krankheitsspezifischen Diagnosecode.



S.K.D.15.22. Neugeborenes nach Schwangerschaft mit gefärbtem Fruchtwasser	A) Neugeborenes nach Schwangerschaft mit gefärbtem Fruchtwasser ohne Notwendigkeit von Behandlungen ➔ als Primärdiagnose einen Code der Kategorien V30, V31, V32, V34, V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ verwenden. B) Aufenthalt mit wiederholt negativen CRPs oder Kulturen ➔ als Primärdiagnose einen Code der Kategorien V30, V31, V32, V34, V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ und als Sekundärdiagnose den Code 760.8 „<i>Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)</i>“ verwenden. C) Aufnahme mit trachealer Aspiration, Blutbild, CRP, Säure-Basen-Gleichgewicht, Kulturen, Ultraschall des Gehirns ➔ als Primärdiagnose den Code 768.4 „<i>Sofferenza fetale in nato vivo, non definita rispetto al momento di insorgenza</i>“ und als Sekundärdiagnose die Codes der anderen, festgestellten Krankheiten verwenden. Es sei darauf hingewiesen, dass die Codes der Kategorie 768 nur dann verwendet werden dürfen, wenn die beschriebene Krankheit (uterine Hypoxie und Asphyxie unter der Geburt) mit anderen Krankheiten des Neugeborenen verbunden sind.
S.K.D.15.23. Neugeborenes einer Mutter, die potentiell schädliche Substanzen (einschließlich Suchtmittel) einnimmt	A) Aufnahme ohne Untersuchungen ➔ als Primärdiagnose einen Code der Kategorien V30, V31, V32, V34, V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ verwenden. B) Aufnahme eines asymptomatischen Neugeborenen: Beobachtung, Monitoring der Herz- und Atemfrequenz, spezifische chemisch-physische Untersuchungen ➔ als Primärdiagnose einen Code der Kategorien V30, V31, V32, V34, V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ verwenden und als Sekundärdiagnose den Code 760.8 „<i>Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)</i>“ verwenden. C) Aufnahme eines symptomatischen Neugeborenen: Beobachtung, Monitoring der Herz- und Atemfrequenz, spezifische chemisch-physische Untersuchungen und eventuelle spezifische Therapie ➔ als Primärdiagnose einen spezifischen Code der Krankheit oder Störung (z.B. Dyspnoe, Veränderung des Herzschlages, neurologische Zeichen) und als Sekundärdiagnose einen Code der Kategorie 760.7 „<i>Malattie del feto o del neonato dovute a sostanze nocive passate attraverso la placenta o il latte materno</i>“ verwenden.
S.K.D.15.24. Neugeborenes einer Mutter mit Infektionskrank- heiten	A) Aufenthalt ohne Abklärung ➔ als Primärdiagnose einen Code der Kategorien V30, V31, V32, V34 oder V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ verwenden. B) Aufenthalt mit negativen serologischen Untersuchungen, Beobachtung und Isolierung ➔ als Primärdiagnose einen Code der Kategorien V30, V31, V32, V34 oder V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ und als Sekundärdiagnose den Code 760.8 „<i>Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)</i>“ verwenden. C) Aufenthalt mit klinischen Zeichen oder Laborbefunden, die auf eine Infektion hinweisen ➔ als Primärdiagnose einen Code der Kategorie 771. „<i>Infezioni specifiche del periodo perinatale</i>“ verwenden; bestätigt sich während des Aufenthaltes die Infektionsdiagnose durch den Nachweis des Keimes, muss unter den Sekundärdiagnosen auch der infektionsspezifische Code aufscheinen (gemäß Kapitel 1 der ICD-9-CM-Klassifikation „<i>Malattie infettive e parassitarie</i>“).



S.K.D.15.25. Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind	Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind (vor und unter der Geburt erworbene Infektionen), werden unter der Kategorie 771. „<i>Infezioni specifiche del periodo perinatale</i>“ klassifiziert. Bei der Kodierung dieser Patienten sind die Ein- und Ausschlusskriterien besonders genau zu beachten.
S.K.D.15.26. Intrauterine Sepsis beim Neugeborenen	A) Krankenhausaufenthalt mit wiederholt negativen CRPs/ Blutkulturen ➡ als Primärdiagnose ist ein Code der Kategorien V30, V31, V32, V34 oder V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ und als Sekundärdiagnose der Code 760.8 „<i>Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)</i>“ zu verwenden; B) Krankenhausaufenthalt mit positiven CRPs/ Blutkulturen - Antibiotikatherapie ➡ 771.8 „<i>Altro tipo di infezioni specifiche del periodo perinatale</i>“.
S.K.D.15.27. Neugeborenes einer Mutter mit Hepatitis	A) Neugeborenes einer HbsAg-positiven Mutter ➡ • Ist das Neugeborene HbsAg-negativ, ist als Primärdiagnose ein Code der Kategorien V30, V31, V32, V34 oder V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ zu verwenden; • Ist das Neugeborene HbsAg-positiv, ist als Primärdiagnose der Code 760.2 „<i>Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato</i>“ und als Sekundärdiagnose der Code V02.61 „<i>Portatore o portatore sospetto di epatite B</i>“ zu verwenden. B) Neugeborenes einer Hepatitis C seropositiven Mutter ➡ • Aufenthalt zur Beobachtung bei negativer Serologie: als Primärdiagnose ist ein Code der Kategorien V30, V31, V32, V34 oder V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ zu verwenden; • Aufenthalt zur Beobachtung bei HCV-RNS-positivem Befund: als Primärdiagnose den Code 760.2 „<i>Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato</i>“ verwenden und unter den Sekundärdiagnosen zusätzlich den Code V02.62 „<i>Portatore o portatore sospetto di epatite C</i>“ anführen.
S.K.D.15.28. Neugeborenes einer HIV-positiven Mutter oder einer Mutter mit AIDS-Vollbild	Oft sind Neugeborene von HIV-positiven Müttern selbst beim ELISA-Test positiv, wobei dieser Befund bis zu 18 Monate nach der Geburt positiv bleiben kann, ohne dass das Neugeborene selbst infiziert wurde: in diesen Fällen ist als Primärdiagnose ein Code der Kategorien V30, V31, V32, V34 oder V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ zu verwenden und als Sekundärdiagnose der Code V01.79 „<i>Contatto con o esposizione ad altre malattie virali</i>“, solange der Arzt die wirkliche Infektion nicht dokumentiert hat. Ist das Neugeborene infiziert, ist als Primärdiagnose der Code 760.2 „<i>Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato</i>“ (nur für die ersten 28 Lebensstage) zu verwenden und als Sekundärdiagnose der Code V08 „<i>Stato infettivo asintomatico da virus dell'immunodeficienza umana (HIV)</i>“.



S.K.D.15.29. Neugeborenes einer Mutter mit Fieber	A) Krankenhausaufenthalt mit negativem CRP und negativem mikrobiologischen Befund ➔ als Primärdiagnose ist ein Code der Kategorien V30, V31, V32, V34 oder V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ und als Sekundärdiagnose der Code 760.8 „<i>Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)</i>“ zu verwenden. B) Krankenhausaufenthalt mit positivem CRP und positivem mikrobiologischen Befund sowie eventueller spezifischer Therapie ➔ 771.8 „<i>Altri tipi di infezioni specifiche del periodo perinatale</i>“.
S.K.D.15.30. Neugeborenes einer Mutter mit vorzeitigem Blasensprung (PROM) > 18h	A) Krankenhausaufenthalt zur klinischen Beobachtung mit negativem CRP und Abstrich ➔ als Primärdiagnose ist ein Code der Kategorien V30, V31, V32, V34 oder V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ und als Sekundärdiagnose der Code 760.8 „<i>Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)</i>“ zu verwenden. B) Krankenhausaufenthalt mit positiven Abstrichen und negativem CRP, zum infektiologischen Monitoring und eventueller Behandlung ➔ als Primärdiagnose ist ein Code der Kategorien V30, V31, V32, V34 oder V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ und als Sekundärdiagnose der Code 760.8 „<i>Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)</i>“ zu verwenden. C) Krankenhausaufenthalt mit positivem CRP und Behandlung ➔ 771.8 „<i>Altri tipi di infezioni specifiche del periodo perinatale</i>“.
S.K.D.15.31. Neugeborenes einer Mutter mit CMV in der Schwangerschaft	A) Krankenhausaufenthalt mit negativem virologischem Befund zur klinischen Beobachtung ➔ als Primärdiagnose ist ein Code der Kategorien V30, V31, V32, V34 oder V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ und als Sekundärdiagnose der Code 760.8 „<i>Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)</i>“ zu verwenden. B) Krankenhausaufenthalt mit positivem virologischem Befund ➔ 771.1 „<i>Infezione congenita da virus citomegalico</i>“.
S.K.D.15.32. Neugeborenes einer Mutter mit Toxoplasmose in der Schwangerschaft	A) Krankenhausaufenthalt mit negativer Serologie zur klinischen Beobachtung ➔ als Primärdiagnose ist ein Code der Kategorien V30, V31, V32, V34 oder V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ und als Sekundärdiagnose der Code 760.8 „<i>Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)</i>“ zu verwenden. B) Krankenhausaufenthalt mit positiver Serologie zur klinischen Beobachtung und Behandlung ➔ 771.2 „<i>Altre infezioni congenite, specifiche del periodo perinatale</i>“.



S.K.D.15.33. Neugeborenes einer Mutter mit Windpocken in der Schwangerschaft (Auftreten in der Mutter innerhalb 5 Tagen vor oder 2 Tagen nach der Geburt)	Aufnahme zur Isolierung und Beobachtung, zum infektiologischen Monitoring und zur Prophylaxe und/oder Behandlung ➡ 771.2 „ <i>Altre infezioni congenite, specifiche del periodo perinatale</i> “.
S.K.D.15.34. Neugeborenes einer Mutter mit positivem Abstrich auf Streptokokken der Gruppe B (Agalactiae)	A) Krankenhausaufenthalt zur klinischen Beobachtung, mit negativen Abstrichen und CRP ➡ als Primärdiagnose einen Code der Kategorien V30, V31, V32, V34 oder V36 „ <i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i> “ verwenden. B) Krankenhausaufenthalt mit positiven Abstrichen, infektiologischem Monitoring und eventueller Behandlung ➡ als Primärdiagnose den Code 760.2 „ <i>Malattie infettive o parassitarie della madre che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato</i> “ und als Sekundärdiagnose den Code V02.51 „ <i>Portatore o portatore sospetto di streptococco Gruppo B</i> “ verwenden. C) Krankenhausaufenthalt mit klinischen Anzeichen und/oder Laborbefunden einer Infektion sowie Behandlung ➡ 771.8 „ <i>Altri tipi di infezioni specifiche del periodo perinatale</i> “.
S.K.D.15.35. Neugeborenes einer diabetischen Mutter	A) Aufnahme zur Beobachtung mit wiederholt normalen Blutzuckertests ➡ als Primärdiagnose einen Code der Kategorien V30, V31, V32, V34 oder V36 „ <i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i> “ und als Sekundärdiagnose den Code 760.8 „ <i>Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)</i> “ verwenden. B) Aufenthalt mit pathologischen Blutzuckerprofilen, weiteren Untersuchungen und Behandlung ➡ 775.0 „ <i>Sindrome del neonato di madre diabetica</i> “.
S.K.D.15.36. Neugeborenes einer Mutter mit Hypertonie oder Eklampsie	A) Aufnahme des asymptomatischen Neugeborenen ohne Untersuchungen ➡ als Primärdiagnose den Code V30.0_ „ <i>Nato singolo, nato in ospedale</i> “ verwenden. B) Aufnahme des asymptomatischen Neugeborenen zur klinischen Beobachtung, mit Blutbild und Blutgerinnung ➡ als Primärdiagnose den Code V30.0_ „ <i>Nato singolo, nato in ospedale</i> “ verwenden und als Sekundärdiagnose den Code 760.8 „ <i>Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)</i> “. C) Aufnahme des symptomatischen Neugeborenen ➡ man verwendet einen krankheitsspezifischen Diagnosecode.
S.K.D.15.37. Neugeborenes einer Mutter mit Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion	A) Aufnahme zur klinischen Beobachtung mit normalen Untersuchungen ➡ als Primärdiagnose einen Code der Kategorien V30, V31, V32, V34 oder V36 „ <i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i> “ und als Sekundärdiagnose den Code 760.8 „ <i>Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)</i> “ verwenden. B) Aufnahme mit pathologischen Befunden zur Behandlung ➡ einen krankheitsspezifischen Code verwenden.



S.K.D.15.38. Neugeborenes einer Mutter mit Thrombozytopenie	A) Aufenthalt zur Beobachtung mit normalem Blutbild und Gerinnungsstatus ➔ als Primärdiagnose einen Code der Kategorien V30, V31, V32, V34 oder V36 „<i>Nati vivi secondo il tipo di nascita</i>“ und als Sekundärdiagnose den Code 760.8 „<i>Altre condizioni materne specificate che hanno ripercussioni sul feto o sul neonato (senza manifestazioni della malattia sul feto o sul neonato)</i>“ verwenden. B) Aufenthalt mit pathologischem Blutbild und Gerinnungsstatus, weiteren Untersuchungen wegen transitorischer Thrombozytopenie ➔ Code 776.1 „<i>Trombocitopenia neonatale transitoria</i>“.
S.K.D.15.39. Neu eingeführte und abgeänderte Diagnosecodes	Neue Diagnosecodes (48) 760.77 <i>Agenti anticonvulsivanti</i> 760.78 <i>Agenti antimetabolici</i> 763.84 <i>Passaggio di meconio durante il parto</i> 765.20 <i>Settimane di gestazione non specificate</i> 765.21 <i>Meno di 24 settimane complete di gestazione</i> 765.22 <i>24 settimane complete di gestazione</i> 765.23 <i>25-26 settimane complete di gestazione</i> 765.24 <i>27-28 settimane complete di gestazione</i> 765.25 <i>29-30 settimane complete di gestazione</i> 765.26 <i>31-32 settimane complete di gestazione</i> 765.27 <i>33-34 settimane complete di gestazione</i> 765.28 <i>35-36 settimane complete di gestazione</i> 765.29 <i>37 o più settimane complete di gestazione</i> 766.21 <i>Neonato post termine</i> 766.22 <i>Neonato da gravidanza protratta</i> 767.11 <i>Emorragia epicranica subaponeurotica (massiva)</i> 767.19 <i>Altre lesioni del cuoio capelluto dovute a trauma ostetrico</i> 768.7 <i>Encefalopatia ipossico-ischemica</i> 770.10 <i>Aspirazione fetale e neonatale, non specificata</i> 770.11 <i>Aspirazione di meconio senza sintomi respiratori</i> 770.12 <i>Aspirazione di meconio con sintomi respiratori</i> 770.13 <i>Aspirazione di liquido amniotico limpido senza sintomi respiratori</i> 770.14 <i>Aspirazione di liquido amniotico limpido con sintomi respiratori</i> 770.15 <i>Aspirazione di sangue senza sintomi respiratori</i> 770.16 <i>Aspirazione di sangue con sintomi respiratori</i> 770.17 <i>Altra tipologia di aspirazione fetale e neonatale senza sintomi respiratori</i> 770.18 <i>Altro tipo di aspirazione fetale e neonatale con sintomi respiratori</i> 770.81 <i>Apnea primaria del neonato</i> 770.82 <i>Altra tipologia di apnea del neonato</i> 770.83 <i>Crisi di cianosi del neonato</i> 770.84 <i>Insufficienza respiratoria del neonato</i> 770.85 <i>Aspirazione del contenuto gastrico in fase post-natale senza sintomi respiratori</i> 770.86 <i>Aspirazione del contenuto gastrico in fase post-natale con sintomi respiratori</i> 770.87 <i>Arresto respiratorio del neonato</i> 770.88 <i>Ipossiemia del neonato</i> 770.89 <i>Altri problemi respiratori dopo la nascita</i> 771.81 <i>Setticemia (sepsi) del neonato</i> 771.82 <i>Infezioni delle vie urinarie del neonato</i> 771.83 <i>Batteriemia neonatale</i> 771.89 <i>Altre infezioni specifiche del periodo perinatale</i> 775.81 <i>Altra tipologia di acidosi del neonato</i> 775.89 <i>Disordini del metabolismo aminoacidico descritti come transitori</i> 779.81 <i>Bradycardia neonatale</i> 779.82 <i>Tachycardia neonatale</i> 779.83 <i>Recisione del cordone ombelicale effettuata in ritardo</i> 779.84 <i>Liquido tinto di meconio</i> 779.85 <i>Arresto cardiaco del neonato</i> 779.89 <i>Altre manifestazioni specificate che hanno origine nel periodo perinatale</i>



S.K.D.15.39. Neu eingeführte und abgeänderte Diagnosecodes (Fortsetzung)	Abgeänderte Diagnosecodes (9) 760.70 Substanzen schädlich nicht spezifiziert, die den Fetus oder das Neugeborene über die Plazenta oder die Muttermilch 760.71 Schäden durch Alkohol auf den Fetus oder das Neugeborene über die Plazenta oder die Muttermilch 760.72 Schäden durch Drogen auf den Fetus oder das Neugeborene über die Plazenta oder die Muttermilch 760.73 Schäden durch halluzinogene Substanzen auf den Fetus oder das Neugeborene über die Plazenta oder die Muttermilch 760.74 Schäden durch antiinfektive Mittel auf den Fetus oder das Neugeborene über die Plazenta oder die Muttermilch 760.75 Schäden durch Kokain auf den Fetus oder das Neugeborene über die Plazenta oder die Muttermilch 760.76 Schädliche Exposition des Fetus oder des Neugeborenen gegenüber Diethylstilbestrol über die Plazenta oder die Muttermilch 760.79 Andere Substanzen, die den Fetus oder das Neugeborene über die Plazenta oder die Muttermilch 768.3 Fetusleiden bei lebend geborenen Kindern, diagnostiziert während der Geburt und der Geburt
--	---





16. – NICHT NÄHER BEZEICHNETE SYMPTOME, ZEICHEN UND KRANKHEITZUSTÄNDE (780 – 799)

S.K.D.16.1. Allgemeine Kodierungsregeln für Kapitel 16	Diese Zustände können ausschließlich dann als Primärdiagnose bei Entlassung angegeben werden, wenn keine andere, genauere Diagnose vorliegt oder wenn ein Patient mit einem bereits bekannten und behandelten Tumor aufgrund einer mit seiner Krankheit korrelierten und nicht anders kodierbaren Komplikation stationär aufgenommen wird.
S.K.D.16.2. Abnorme Laborbefunde	Abnorme Laborbefunde und Ergebnisse anderer diagnostischer Untersuchungen (Codes 790-796) sollten im KEB nicht verwendet und jedenfalls nicht als Primärdiagnose kodiert werden.
S.K.D.16.3. Abdominalkolik und Leberkolik	Im Falle einer Leberkolik mit Gallensteinen wird ein Code der Kategorie 574 „ <i>Colelitiassi</i> “ verwendet. Im Falle einer Leber-/Abdominalkolik ohne Gallensteine wird ein Code der Kategorie 789.0_ „ <i>Dolore addominale</i> “ verwendet, wobei die fünfte Ziffer die Lokalisation der Schmerzen angibt. Nur wenn keine genauere Diagnose formuliert werden kann, darf dieser Code verwendet werden,.
S.K.D.16.4. Nierenkolik und Nierensteine	Bei Vorliegen von Nierensteinen verwendet man den Code der Kategorie 592 (592.0 <i>Calcolosi renale</i> und 592.1 <i>Calcolosi ureterale</i>) und die Nierenkolik selbst wird als Sekundärdiagnose angegeben. Eine Nierenkolik ohne Nierensteine wird mit 788.0 „ <i>Colica renale</i> “ kodiert.
S.K.D.16.5. Dyspnoe und Atemprobleme	Eine nicht näher bezeichnete Dyspnoe und Atemprobleme werden mit 786.0 kodiert.
S.K.D.16.6. Patienten mit Schlafapnoe- syndrom	Patienten mit Schlafapnoesyndrom, die einem chirurgischen Eingriff unterzogen werden (Uvulo-Pharyngoplastik) sind wie folgt zu kodieren: Primärdiagnose: 528.9 „ <i>Altre e non specificate malattie dei tessuti molli orali</i> “; Sekundärdiagnose: ein Code der Unterkategorie 327.2_ „ <i>Apnea nel sonno di tipo organico</i> “. Chirurgischer Eingriff: 27.99 „ <i>Altri interventi sulla cavità orale – ugulofaringoplastica</i> “. Werden gleichzeitig auch eine Hyoid- und Zungensuspension durchgeführt (diese Eingriffe sind oft miteinander verbunden), so werden diese durch einen einzigen zusätzlichen Code beschrieben: 29.4 „ <i>Intervento di plastica sul faringe</i> “. Patienten mit Schlafapnoesyndrom, die keinem chirurgischen Eingriff unterzogen werden , werden durch den Diagnosecode 327.2_ „ <i>Apnea nel sonno di tipo organico</i> “ definiert.
S.K.D.16.7. Hämaturie	Bei Makrohämaturie unbekannter Ursache verwendet man den Code 599.7 „ <i>Ematuria</i> “. Die Hämaturie ist keine postoperative Komplikation und darf nicht als Sekundärdiagnose angegeben werden, außer die Blutung ist so stark und andauernd, dass ein spezifischer therapeutischer Eingriff notwendig ist.



S.K.D.16.8. Harninkontinenz	Die Belastungsinkontinenz bei Frauen wird mit 625.6, bei Männern mit 788.32 kodiert.
S.K.D.16.9. Schwindel	1) Morbus Menière ➔ Primärdiagnose Code 386.0_ , sofern die Auswahlkriterien für Primärdiagnosen erfüllt sind. 2) Peripherer Schwindel ➔ Code 386.1_. 3) Zentraler Schwindel ➔ Primärdiagnose Code 386.2 , sofern die Auswahlkriterien für Primärdiagnosen erfüllt sind. 4) Akuter funktioneller, posttraumatischer Schwindel ➔ Primärdiagnose: Code 310.2 „<i>Sindrome post-commotiva</i>“ ; Sekundärdiagnose: Code 386._ „<i>Vertigini</i>“ . 5) Akuter posttraumatischer Schwindel infolge einer Läsion des VIII Hirnnerven ohne Fraktur: Primärdiagnose: Code 951.5 „<i>Traumatismo del nervo acustico</i>“, wenn die Kriterien zur Auswahl der Primärdiagnosen erfüllt sind; Sekundärdiagnose: Code 386.19 „<i>Altre vertigini periferiche</i>“ 6) Chronischer posttraumatischer Schwindel infolge einer Schädelbasisfraktur und Läsion des VIII Hirnnerven: Primärdiagnose: Code 386.19 „<i>Altre vertigini periferiche</i>“ ; Sekundärdiagnose 1: Code 905.0 „<i>Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia</i>“ ; Sekundärdiagnose 2: Code 907.1 „<i>Postumi di traumatismi dei nervi cranici</i>“ . 7) Chronischer posttraumatischer Schwindel infolge einer Läsion des VIII Hirnnerven ohne Schädelbasisfraktur: Primärdiagnose: Code 386.19 „<i>Altre vertigini periferiche</i>“ ; Sekundärdiagnose: Code 907.1 „<i>Postumi di traumatismi dei nervi cranici</i>“ . 8) Schwindelsyndrom infolge eines zerebrovaskulären Ereignisses: Code 438.85 „<i>Vertigini in postumi di malattie cerebrovascolari</i>“ . 9) Toxischer Labyrinthschwindel: Primärdiagnose: Code 386.34 „<i>Labirintite tossica</i>“ . 10) Bei nicht definiertem Ursprung des Schwindels ist der Code 780.4 „<i>Vertigini SAI</i>“ zu verwenden.
S.K.D.16.10. Synkope und Kollaps	Für Synkope und Kollaps verwendet man den spezifischen Code 780.2; der Code 780.02 „ <i>Alterazione (o perdita) temporanea della coscienza</i> “ darf also nicht verwendet werden.
S.K.D.16.11. Thoraxschmerzen	Bei Aufnahme eines Patienten mit Thoraxschmerzen und Verdacht auf kardialer Genese sind folgende Codes als Primärdiagnose zu verwenden: 786.50 „<i>Dolore toracico non specificato</i>“ oder 786.51 „<i>Dolore precordiale</i>“ oder 786.59 „<i>Altro dolore toracico</i>“ . Dadurch erfolgt die korrekte Zuteilung zur DRG 143 „Thoraxschmerz“ . Zur Beschreibung dieses Zustands darf also nicht der Code 786.52 „<i>Respirazione dolorosa</i>“ verwendet werden. Dieser Code führt nämlich zur Bildung der DRG 100 „<i>Segni e sintomi respiratori senza CC</i>“ .



S.K.D.16.12. Aufnahme eines Patienten mit Schlafstörungen zur Polysomnographie mit Befund Ronchopathie	Der Fall wird beschrieben, indem die Primärdiagnose mit 786.09 „ <i>Altres dispnee e anomalie respiratorie</i> “ kodiert wird, während unter den Massnahmen der Code 89.17 „ <i>Polissonnogramma</i> “ einzutragen ist.
S.K.D.16.13. Neu eingeführte und abgeänderte Diagnosecodes	Neue Diagnosecodes (44) 780.32 Convulsioni febbrili complesse 780.58 Disturbi del movimento correlati al sonno, non specificati 780.9_ Altri sintomi generali 781.93 Torcicollo oculare 781.94 Debolezza facciale 784.9_ Altri sintomi relativi alla testa e al collo 785.52 Shock settico 788.38 Incontinenza da sovrariempimento vescicole 788.63 Urgenza urinaria 788.64 Esitazione urinaria 788.65 Sforzo minzionale 790.2_ Alterazioni glicemiche 790.95 Proteina C reattiva elevate (PCR) 793.9_ Reperti anormali non specifici in esami radiologici e in altri esami di altre sedi 795.0_ Test di Papanicolau anormale, striscio del collo dell'utero e HPV cervicale 795.3_ Reperti colturali positivi non specificati 795.8_ Markers tumorali anomali 796.6 Reperto anomalo in screening neonatale 799.0_ Asfissia e ipossiemia 799.8_ Altri stati morbosi mal definiti Abgeänderte Diagnosecodes (15) 780.31 Convulsioni febbrili (semplici), non specificate 780.5_ Disturbi del sonno 780.8 Iperidrosi generalizzata 780.95 Pianto eccessivo di bambino, adolescente o adulto 790.93 Valori elevati degli antigeni prostatici specifici (PSA) 795.00 Test di Papanicolau con anomalie ghiandolari, striscio della cervice uterina 795.01 Test di Papanicolau dello striscio della cervice uterina con cellule squamose atipiche di incerto significato (ASC-US) 795.02 Test di Papanicolau dello striscio della cervice uterina con cellule squamose atipiche non può escludere una lesione intraepiteliale di grado elevato (ASC-H) 795.09 Test di Papanicolau dello striscio della cervice uterina con altre anomalie e HPV cervicale





17. – TRAUMATA UND VERGIFTUNGEN (800 – 999)

S.K.D.17.1 Anmerkung über die Kodierung der äußeren Ursachen von Traumata	Falls der Aufenthalt durch ein Trauma, einen Unfall oder eine Vergiftung verursacht wird, muss neben der Diagnose, gemäß MD 380/2000 und KEB-Landesrichtlinien, auch das Feld “Traumatismi o Intossicazioni”, welche die Ursache des Traumas bezeichnen, ausgefüllt werden. Folgende einstellige Codes sind dabei zu verwenden: 1. im Arbeitsumfeld; 2. im Haushaltsumfeld; 3. Verkehrsunfall; 4. andere Gewalttätigkeiten; 5. Selbstverletzung oder Selbstmordversuch; 6. Sportunfall; 9. andere Art von Unfall oder Vergiftung. Außerdem ist das Feld: “Codice causa esterna” auszufüllen; in diesem Feld muss der Code E “Classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo e avvelenamento (E800-E999)” der Klassifikation ICD- 9-CM (2007), angegeben werden. Der Code ermöglicht die Beschreibung der äußeren Ursachen von Verletzungen, Vergiftungen und anderer unerwünschter Nebenwirkungen. Die E Codes dürfen im KEB nicht in die Felder der Diagnosen oder Eingriffe/Massnahmen eingetragen werden.
S.K.D.17.2. Frakturen	In diesem Kapitel werden ausschließlich verletzungsbedingte Frakturen kodiert. Sie unterscheiden sich sowohl nach ihrer Lokalisation als auch nach Art der Fraktur (offen oder geschlossen) und nach den Komplikationen. Jede Lokalisation ist möglichst getrennt zu kodieren. Für pathologische Frakturen gelten die Bestimmungen von Kapitel 13. Eine mangelhafte oder nicht erfolgte Konsolidierung einer Fraktur wird mit 733.81 bzw. 733.82 kodiert. Bei Vorliegen einer Fraktur: bei Erstaufnahmen kodiert man die Lokalisation der Fraktur und eventuelle chirurgische Eingriffe; bei Wiederaufnahmen: • im Falle einer Gipskontrolle (Röntgen usw.) wird Code V54.9 „<i>Trattamento ortopedico ulteriore non specificato</i>“ verwendet, wobei auch der spezifische Code des Eingriffs/der Massnahme anzugeben ist. • Bezweckt die Aufnahme den Ersatz oder die Entfernung des Gipses, des Kirschnerdrahtes oder des externen Fixateurs (mit Ausnahme des Distraktors), verwendet man den Code V54.1 „<i>Trattamento ulteriore per la cura di frattura traumatica</i>“, wobei auch der spezifische Code des Eingriffs/ der Massnahme anzugeben ist. • Bei Aufnahme zur Entfernung von Osteosynthesemitteln verwendet man den Code V54.0 „<i>Trattamento ulteriore per dispositivo di fissazione interna</i>“, wobei auch der spezifische Code des Eingriffs/ der Massnahme anzugeben ist. • Bei Aufnahme zur Entfernung von Osteosynthesemitteln aufgrund mechanischer Komplikationen, verwendet man den Code 996.4 „<i>Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni</i>“; erfolgt die Entfernung aufgrund infektiöser Komplikationen, ist der Code 996.67 „<i>Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti ortopedici interni</i>“ einzutragen; sind andere (nicht mechanische und nicht infektiöse) Komplikationen der Grund für die Entfernung, kodiert man mit 996.78 „<i>Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni ortopedici</i>“. Zudem ist der spezifische Code des Eingriffs/ der Massnahme anzugeben. • Ein stabilisierter Zustand nach Fraktur ist mit 905 „<i>Postumi di traumatismo del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo</i>“ zu kodieren.



S.K.D.17.3. Polytraumata	Es gibt keine spezifischen Codes für die Kodierung der Polytraumata, deshalb sind die einzelnen Traumata nach ihrem Behandlungsaufwand einzeln zu kodieren (Mehrfachtraumata). Man beachte besonders, dass oberflächliche Verletzungen (Abschürfungen oder Prellungen) nicht zu kodieren sind, wenn im gleichen Körperbereich schwerere Traumata vorliegen.
S.K.D.17.4. Frühe Komplikationen von Verletzungen	Frühe Komplikationen von Verletzungen sind unter der Kategorie 958._ " <i>Alcune complicazioni precoci di traumatismi</i> " angeführt.
S.K.D.17.5. Spätfolgen von Verletzungen	Als Spätfolgen von Verletzungen (Kategorien 905-908) gelten durch ein früheres Trauma bedingte, klinische Manifestationen, die erst nach Abschluss der Behandlung dieses Traumas auftreten. Die entsprechenden Codes kommen demzufolge erst in den Wiederaufnahmen, nach abgeschlossener Behandlung der Verletzung, zur Anwendung. Für die Kodierung von Spätfolgen sind zwei Codes notwendig, einer für den Restzustand oder die Art der Spätfolge und einer für die Ursache derselben. Der Code für die Art der Spätfolge ist zuerst vor dem Code der Ursache einzutragen.
S.K.D.17.6. Schädeltrauma	Diese Frakturen werden je nach Lokalisation unter den Kategorien 800-804 klassifiziert. Die vierte Ziffer des Codes zeigt an, ob es sich um eine offene oder geschlossene Fraktur handelt, ob ein intrakranielles Trauma vorliegt und die Art des intrakraniellen Traumas. Eine Ausnahme bildet die Kategorie 802, bei der die vierte und fünfte Ziffer die Lokalisation der Fraktur definieren. Intrakranielle Traumata ohne Fraktur werden unter den Kategorien 850-854 klassifiziert, wobei die vierte Ziffer die Art des Traumas und die eventuelle Verbindung zu einer offenen Wunde angibt. Bei den Kategorien 800-804 und 851-854 verweist die fünfte Ziffer auf eine eventuelle Bewusstlosigkeit, auf die Dauer derselben und darauf, ob der frühere Bewusstseinszustand wiedererlangt wurde: 0 – <i>stato di coscienza non specificato</i> 1 – <i>senza perdita di coscienza</i> 2 – <i>con perdita di coscienza di durata < 1h</i> 3 – <i>con perdita di coscienza di durata compresa tra 1 e 24h</i> 4 – <i>con perdita di coscienza di durata sup. alle 24h e recupero dello stato di coscienza preesistente</i> 5 – <i>con perdita di coscienza di durata sup. alle 24h senza recupero dello stato di coscienza preesistente</i> 6 – <i>con perdita di coscienza di durata non specificata</i> 9 – <i>con stato commotivo non specificato</i> . Ist bei Patienten aufgrund der Einnahme von Medikamenten der Bewusstseinszustand nicht einschätzbar, ist an fünfter Stelle eine „6“ einzutragen. Bei der Kategorie 850 wird die Information über den Bewusstseinszustand nach anderen Modalitäten durch die vierte oder fünfte Ziffer wiedergegeben. Aufenthalte zur klinischen Beobachtung und Durchführung diagnostischer Untersuchungen nach einem Schädeltrauma werden folgendermaßen kodiert: A) Kurzaufenthalt nur zur klinischen Beobachtung: als Primärdiagnose wird ein Code der Kategorie 850._ " <i>Concussione</i> " verwendet. B) Kurzaufenthalt zur klinischen Beobachtung und Durchführung von diagnostischen Untersuchungen eines Schädeltraumas (zum Beispiel, CT des Kopfes): als Primärdiagnose wird der Code 854.0_ " <i>Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura, senza menzione di ferita intracranica esposta</i> " verwendet; unter den Eingriffen/Massnahmen werden die erbrachten diagnostischen Untersuchungen kodiert (zum Beispiel, 87.03 " <i>Tomografia assiale computerizzata (TAC) del capo</i> ").



S.K.D.17.7. Pneumonien durch feste und flüssige Substanzen	Pneumonien durch feste und flüssige Substanzen werden unter der Kategorie 507 definiert, mit Ausnahme der Aspirationspneumonie beim Neugeborenen (770.1), der postoperativen Pneumonie (Mendelson-Syndrom) (997.3) sowie des Mendelson-Syndroms während der Wehentätigkeit und Entbindung (668.0_).
S.K.D.17.8. Atemwegs-erkrankungen durch äußere Substanzen	Im Falle eines Aufenthaltes infolge einer Vergiftung mit respiratorischen Symptomen ist die Mehrfachkodierung notwendig, um alle Elemente vollständig zu erfassen. Ein Code wird nämlich für die Vergiftung mit Angabe der Substanz, welche die Atembeschwerden ausgelöst hat, ausgewählt (980-989 „<i>Effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa</i>“); hinzu kommen weitere Codes, um die Atembeschwerden der Vergiftung zu bestimmen. Im Allgemeinen wird der Code der Vergiftung als Primärdiagnose verwendet, während die Atembeschwerden unter die Sekundärdiagnosen entfallen. Falls aber die Behandlung der Atembeschwerden der Vergiftung während des Aufenthaltes die meisten Ressourcen gebunden hat (vor allem im Hinblick auf OP-Benützung, Verbleib auf der Intensivstation, Durchführung invasiver und/oder kostspieliger Maßnahmen und Verfahren), ist der Code dieser Begleiterscheinung zuerst, <u>vor</u> jenem der Vergiftung, anzugeben. Zudem ist zu beachten, dass als Primärdiagnose jene Erkrankung ausgewählt wird, die den Auswahlkriterien für Primärdiagnosen entspricht. Demzufolge ist jene Symptomatik als Primärdiagnose anzugeben, welche den Aufenthalt verursacht bzw. den größten Betreuungsaufwand mit sich gebracht und somit die meisten Ressourcen verbraucht hat, vor allem in Hinblick auf OP-Benützung, Verbleib auf der Intensivstation und Durchführung invasiver und/oder kostspieliger Maßnahmen und Verfahren. Beispiel 1: Aufnahme eines Patienten mit Atemproblemen durch Einatmen von gasförmigem Chlor: Primärdiagnose ➔ Code 987.6 „<i>Effetti tossici di cloro gassoso</i>“ (Vergiftungscode); Sekundärdiagnose ➔ Code 506.2 „<i>Infiammazione delle vie respiratorie superiori da fumi e vapori</i>“ (Code der Atemwegssymptomatik). Beispiel 2: Aufnahme eines Patienten mit akutem Lungenödem durch Einatmen von gasförmigem Chlor: Primärdiagnose ➔ Code 506.1 „<i>Edema polmonare acuto da fumi e vapori</i>“ (Code der Atemwegssymptomatik); Sekundärdiagnose ➔ Code 987.6 „<i>Effetti tossici di cloro gassoso</i>“ (Vergiftungscode); Primäreingriff ➔ Code 96.71 „<i>Ventilazione meccanica continua per meno di 96 ore consecutive</i>“ ..
S.K.D.17.9. Verbrennungen	Die Codes 940._ bis 949._ betreffen Verbrennungen, wobei die Unterkategorie je nach Schweregrad definiert wird (Grad I, II, III). Die fünfte Ziffer beschreibt die Lokalisation der Verbrennung. Liegen gleichzeitig Verbrennungen verschiedenen Grades in einer bestimmten Körperregion vor, ist die schwerste davon zu kodieren (Kategorie 948). Reibungsverbrennungen werden unter den Kategorien 910._ - 919._ klassifiziert, wobei die dritte Ziffer die Lokalisation und die vierte (0, 1) das eventuelle Vorliegen einer Infektion beschreibt. Für Sonnenbrände verwendet man den Code der Unterkategorie 692.7_ „<i>Dermatiti da radiazioni solari</i>“, und zwar: 692.71 „<i>Ustione solare di primo grado</i>“ 692.76 „<i>Ustione solare di secondo grado</i>“ 692.77 „<i>Ustione solare di terzo grado</i>“ .



S.K.D.17.10. Ösophagus- verbrennungen	Bei Ösophagusverbrennungen durch Einnahme von chemischen Substanzen wird die Primärdiagnose mit 947.2 „ <i>Ustione dell'esofago</i> “ und unter den Sekundärdiagnosen mit 530.19 „ <i>Altra esofagite - Chimica</i> “ kodiert.
S.K.D.17.11. Vergiftungen durch Medikamente	Die Vergiftungen durch Medikamente, Arzneimittel und biologisch aktiven Substanzen werden unter den Kategorien 960-979 beschrieben. Die Definition der Vergiftung umfasst sowohl die unerwünschten Nebenwirkungen einer Überdosierung der angeführten Substanzen, als auch die irrtümliche Verabreichung oder Einnahme falscher Substanzen. In die Definition von Vergiftung entfallen hingegen nicht: • unerwünschte Nebenwirkungen (Hypersensibilität, Nebenwirkungen) indikationsgerechter Arzneimittel bei ordnungsgemäßer Verabreichung. Besagte Fälle sind nach Art der unerwünschten Nebenwirkungen zu klassifizieren; • 304. _ „<i>Dipendenza di sostanze</i>“; • 305. _ „<i>Abuso di droghe senza dipendenza</i>“; • 292.2 „<i>Intossicazione patologica da farmaci</i>“; • 760.7 _ „<i>Malattie del feto dovute a sostanze nocive passate attraverso la placenta o il latte materno</i>“; • 763.5 „<i>Anestesia e analgesia della madre con ripercussioni sul feto o sul neonato</i>“; • 779.4 „<i>Reazioni a farmaci e intossicazioni specifiche del neonato</i>“; • 779.5 „<i>Sindrome da astinenza del neonato</i>“. Bei Aufenthalten wegen Vergiftungen ist auf die Mehrfachkodierung zurückzugreifen, wobei mehrere Codes angeführt werden, um alle Elemente vollständig zu erfassen. Ein Code bezeichnet dabei die Art der Vergiftung, während andere Codes die während des Aufenthaltes behandelten klinischen Manifestationen beschreiben. Im Allgemeinen wird der Code der Vergiftung als Primärdiagnose angeführt, während die Codes zur Beschreibung der Manifestationen unter die Sekundärdiagnosen entfallen. Sollte jedoch die Behandlung der unerwünschten Nebenwirkungen einer Vergiftung im Rahmen eines Aufenthaltes die meisten Ressourcen beanspruchen (insbesondere Op-Benützung, Aufenthalt auf der Intensivstation, teure und invasive diagnostisch-therapeutische Massnahmen), so ist der Code der Manifestation als Primärdiagnose und jener der Vergiftung als Sekundärdiagnose anzuführen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei der Auswahl des Krankheitszustandes, der zuerst unter den Diagnosen angeführt wird, die Auswahlkriterien für Primärdiagnosen beachtet werden und demzufolge jener auszuwählen ist, der den Aufenthalt bzw. den größten Behandlungsaufwand verursacht und die meisten Ressourcen gebunden hat. Beispiel 1: Aufnahme eines Patienten mit Zahnfleischblutung infolge einer Antikoagulantienüberdosierung: Primärdiagnose ➔ Code 964.2 „<i>Avvelenamento da anticoagulanti</i>“ (Code der Vergiftung); Sekundärdiagnose ➔ Code 523.8 „<i>Emorragia della gengiva</i>“ (Code der klinischen Manifestation). Beispiel 2: Aufnahme eines Patienten mit akuter Ateminsuffizienz durch Morphinüberdosierung (oder durch falsche Morphinverabreichung): Primärdiagnose ➔ Code 518.81 „<i>Insufficienza respiratoria acuta</i>“ (Code der klinischen Manifestation); Sekundärdiagnose ➔ Code 965.09 „<i>Avvelenamento da morfina</i>“ (Code der Vergiftung); Primäreingriff/-verfahren ➔ Code 96.71 „<i>Ventilazione meccanica continua per meno di 96 ore consecutive</i>“.



S.K.D.17.12. Diabetisches Koma durch einen Fehler bei der Insulintherapie	Ein diabetisches Koma durch einen Fehler bei der Insulintherapie (Überdosierung) wird folgendermaßen kodiert: Primärdiagnose ➔ Code 962.3 „ <i>Avvelenamento da insulina e farmaci antidiabetici</i> “; Sekundärdiagnose ➔ Code 250.3 „ <i>Diabete con altri tipi di coma</i> “.
S.K.D.17.13. Arteriovenöse Thrombose bei Dialysepatienten	Bei einer Thrombose der arteriovenösen Fistel (aufgrund von Prothesen, Implantaten oder Transplantaten zur Nierendialyse) in einem Dialysepatienten verwendet man als Primärdiagnose den Code 996.73 „ <i>Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale</i> “ und als Sekundärdiagnose den Code V56.0, wenn sich der Patient einer Dialyse unterzieht.
S.K.D.17.14. Komplikationen medizinischer und chirurgischer Behandlungen	Unter die Komplikationen medizinischer und chirurgischer Behandlungen (Kategorien 996-999) entfallen zahlreiche, relativ häufige Komplikationen oder Folgen bestimmter diagnostischer oder therapeutischer Massnahmen, unter besonderer Berücksichtigung der Komplikationen chirurgischer Eingriffe (998). Dient eine stationäre Aufnahme der Behandlung von Komplikationen medizinischer Maßnahmen oder chirurgischer Eingriffe, einschließlich der Nebenwirkungen korrekt eingenommener Medikamente, und dienen die erbrachten Maßnahmen der Heilung dieser Komplikationen, ist die Komplikation als Primärdiagnose (wenn sie die Auswahlkriterien für Primärdiagnosen erfüllt) und unter den Sekundärdiagnosen ist einer oder mehrere zusätzliche Codes zur genaueren Beschreibung der Komplikation anzugeben. Zudem ist zu beachten, dass die Komplikationen medizinischer oder chirurgischer Behandlungen gegebenenfalls durch die spezifischen numerischen Kategorien und nicht durch die V-Codes zu kodieren sind.
S.K.D.17.15. Postoperative und posttraumatische akute Niereninsuffizienz	Die postoperative akute Niereninsuffizienz wird mit 997.5 „ <i>Insufficienza renale acuta specificata come dovuta ad interventi</i> “ kodiert. Die posttraumatische akute Niereninsuffizienz wird mit 958.5 „ <i>Insufficienza renale post-traumatica</i> “ kodiert.
S.K.D.17.16. Postoperative Diszitis	Postoperative Diszitis: • Primärdiagnose Code 998.59 „<i>Altra infezione post-operatoria</i>“; • Sekundärdiagnose Code 722.9_ „<i>Altre e non specificate patologie del disco</i>“.
S.K.D.17.17. Multiorganversagen (MOF)	Für das Multiorganversagen gibt es keinen spezifischen Code; deshalb sind die einzelnen Pathologien gesondert nach Behandlungsaufwand zu kodieren. Es wird darauf hingewiesen, dass Aufenthalte von Patienten mit Sepsis und Multiorgandysfunktion (MOD) mit 995.92 „ <i>Sepsi severa</i> “ kodiert werden; in diese Fällen werden unter den Sekundärdiagnosen zusätzliche Codes zur Beschreibung der einzelnen, akuten Organdysfunktionen angegeben.
S.K.D.17.18. Komplikationen bei Ösophagostomie, Gastrostomie, Colostomie und Enterostomie	Komplikationen bei Ösophagostomie, Gastrostomie, Colostomie und Enterostomie sind mit den Codes 530.86 „ <i>Infezione dell'esofagostomia</i> “ oder 530.87 „ <i>Complicazione meccanica dell'esofagostomia</i> “ oder einem Code der Unterkategorien 536.4_ „ <i>Complicazioni di gastrostomia</i> “ und 569.6_ „ <i>Complicazioni da colostomia ed enterostomia</i> “ zu beschreiben.



S.K.D.17.19. Posttraumatischer Schwindel	1) Akuter funktioneller posttraumatischer Schwindel ➡ Primärdiagnose: Code 310.2 „<i>Sindrome post-commotiva</i>“ Sekundärdiagnose: Code 386._ „<i>Vertigini</i>“. 2) Akuter posttraumatischer Schwindel infolge einer Läsion des VIII Hirnnerven ohne Fraktur: Primärdiagnose: Code 951.5 „<i>Traumatismo del nervo acustico</i>“, wenn die Auswahlkriterien für Primärdiagnosen erfüllt sind; Sekundärdiagnose: Code 386.19 „<i>Altre vertigini periferiche</i>“. 3) Chronischer posttraumatischer Schwindel infolge einer Schädelbasisfraktur und Läsion des VIII Hirnnerven: Primärdiagnose: Code 386.19 „<i>Altre vertigini periferiche</i>“; Sekundärdiagnose 1: Code 905.0 „<i>Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia</i>“; Sekundärdiagnose 2: Code 907.1 „<i>Postumi di traumatismi dei nervi cranici</i>“. 4) Chronischer posttraumatischer Schwindel infolge einer Läsion des VIII Hirnnerven ohne Schädelbasisfraktur: Primärdiagnose: Code 386.19 „<i>Altre vertigini periferiche</i>“. Sekundärdiagnose: Code 907.1 „<i>Postumi di traumatismi dei nervi cranici</i>“.
S.K.D.17.20. Hautausschläge nach Einnahme von Medikamenten, Arzneimitteln oder Heilbehelfsmitteln	Im Falle eines Aufenthaltes aufgrund unerwünschter Nebenwirkungen nach Überdosierung von Arzneimitteln, Medikamenten oder Heilbehelfsmitteln oder irrtümlicher Verabreichung oder Einnahme falscher Substanzen, ist als Primärdiagnose der Code jener Substanz anzuführen, die die Vergiftung verursacht hat (Kategorien 960-979) (sofern sie die Auswahlkriterien für Primärdiagnosen erfüllt); als Sekundärdiagnose wird hingegen die Hautveränderung kodiert (z.B. 693.8 „<i>Dermatite da farmaci e medicinali o presidi assunti per via sistemica</i>“). Handelt es sich hingegen um die unerwünschte Nebenwirkung eines indikationsgerechten Arzneimittels bei ordnungsgemäßer Verabreichung, ist die Hautveränderung als Primärdiagnose zu kodieren (693._ „<i>Dermatite da sostanze assunte per via sistemica</i>“ oder 692.3 „<i>Dermatite da contatto con farmaci e medicinali o presidi per uso topico</i>“).
S.K.D.17.21. Stiche tierischer Herkunft	Bei Tierstichen ohne toxische Allgemeinreaktion verwendet man die Codes von 910._ bis 919._ „<i>Traumatismi superficiali</i>“, wobei die vierte Ziffer auf das Fehlen und die fünfte Ziffer auf das Vorliegen einer Infektion verweist. Stiche tierischer Herkunft mit einer toxischen Allgemeinreaktion werden mit 989.5 „<i>Effetti tossici di veleno di origine animale</i>“ kodiert. Liegt ein anaphylaktischer Schock vor, verwendet man als Primärdiagnose den Code 995.0 „<i>Altro shock anafilattico non classificato altrove</i>“ und unter den Sekundärdiagnosen wird der Code 989.5 „<i>Effetti tossici di veleno di origine animale</i>“ angeführt.
S.K.D.17.22. Alkoholkonsum	Bei Alkoholkonsum kommen folgende Codes zur Anwendung: • Akuter Rausch ohne Abhängigkeit: 305.0_ „<i>Abuso di alcool</i>“. • Alkoholabhängigkeit: 303._ „<i>Sindrome di dipendenza da alcool</i>“; eventuell weitere Codes zur Definition von Begleiterscheinungen hinzufügen. • Akute Zufallsintoxikation, Vergiftung, z.B. bei einem Kind: 980.0 „<i>Effetti tossici dell'alcool etilico</i>“. • Alkohol-Psychosen: 291._ „<i>Disturbi mentali indotti da alcool</i>“.



S.K.D.17.23. Aufnahme aufgrund Infektions- komplika-tionen nach Netzimplantation bei Laparozee	Aufnahme zur Entfernung des infizierten Netzes: Die Aufnahme wird mit folgenden Codes beschrieben: Primärdiagnose: 998.59 „<i>Altra infezione postoperatoria</i>“; Sekundärdiagnose: V45.89 „<i>Altro stato postchirurgico</i>“; Primäreingriff: 86.05 „<i>Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo</i>“; Sekundäreingriff: 83.09 „<i>Altra incisione dei tessuti molli</i>“. Aufnahme zur Entfernung des infizierten Netzes und Durchführung einer neuen Hernioplastik: Die Aufnahme wird mit folgenden Codes beschrieben: Primärdiagnose: 998.59 „<i>Altra infezione postoperatoria</i>“; Sekundärdiagnose: 553.21 „<i>Laparozee postchirurgico, senza menzione di ostruzione o gangrena</i>“; Primäreingriff: 53.59 „<i>Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore</i>“; Sekundäreingriff: 86.05 „<i>Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo</i>“.
S.K.D.17.24 Neu eingeführte und abgeänderte Diagnosecodes	Neue Diagnosecodes (39) 813.45 Fraktur del torus radiale 823.40 Fraktur del torus, soltanto tibia 823.4_ Fraktur del torus 850.11 Concussione con breve perdita di coscienza con perdita di coscienza di durata inferiore o uguale a 30 minuti 850.12 Concussione con breve perdita di coscienza con perdita di coscienza di durata compresa tra 31 e 59 minuti 958.9_ Sindrome compartimentale traumatica 959.1_ Altri e non specificati traumi del tronco 995.2_ Altri effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici 995.90 Sindrome da risposta infiammatoria sistemica, non specificata 995.91 Seps 995.92 Seps severa 995.93 Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo non infettivo senza disfunzione d'organo acuta 995.94 Sindrome da risposta infiammatoria sistemica dovuta a processo non infettivo con disfunzione d'organo acuta 996.4_ Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni 996.57 Complicazioni meccaniche dovute alla pompa insulinica 998.31 Rottura di ferita chirurgica interna 998.32 Rottura di ferita chirurgica esterna Abgeänderte Diagnosecodes (3) 070.51 Epatite C acuta senza menzione di coma epatico 873.63 Altre ferite del dente (rotto) (fratturato) (dovuto ad evento traumatico) 873.73 Altre ferite del dente (rotto), con complicazioni





ZUSATZKLASSIFIKATION DER FAKTOREN, DIE DEN GESUNDHEITZUSTAND BEEINFLUSSEN UND ZUR INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSDIENSTE FÜHREN (CODES V01 – V86)

S.K.D. V-Codes 1. Allgemeine Kodierungsregeln für dieses Kapitel	Die V-Codes verwendet man für die Beschreibung von Faktoren (nicht Krankheiten oder Verletzungen), die zur Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste führen oder den aktuellen Gesundheitszustand des Patienten beeinflussen. Als Primärdiagnose können die V-Codes in folgenden Fällen verwendet werden: • Betreuung von chronischen Patienten oder Patienten während der Rekonvaleszenz, die bereits wegen einer Krankheit oder Verletzung behandelt wurden und eine nachsorgende Betreuung erhalten, z.B. Chemotherapie, Radiotherapie, Dialyse oder Entfernung einer orthopädischen Vorrichtung; als Sekundärdiagnose ist die vorausgegangene Krankheit oder Verletzung anzugeben; • bei Patienten, die als Spender aufgenommen werden; • bei Gesunden, die sich aus bestimmten Gründen, z.B. zur Prophylaxe oder Beratung, an die Gesundheitsdienste wenden; • zur Angabe des Zustandes oder der Beobachtung eines Neugeborenen; • zur Angabe der Beobachtung und Bewertung eines Krankheitsverdachts. Als Sekundärdiagnose können V-Codes in folgenden Fällen verwendet werden: • zum Hinweis auf Situationen (Anamnese, Gesundheitszustand, Probleme des Patienten), die eine Behandlung beeinflussen können, ohne aber eine Krankheit oder ein Trauma darzustellen; • zur Angabe des Geburtsergebnisses auf dem KEB der Mutter. Wichtig ist, dass die V-Codes nicht für die Beschreibung von Komplikationen früherer medizinischer oder chirurgischer Behandlungen verwendet werden; Letztere sind gegebenenfalls mit den spezifischen numerischen Kategorien zu kodieren. Die V-Codes findet man im alphabetischen Verzeichnis der Diagnosen, wobei nach folgenden Hauptbegriffen zu suchen ist: <i>ammissione, esame, storia, osservazione, problema, screening, anamnesi, assistenza, controllo, sorveglianza, verifica, chemioterapia</i>, usw..
---	---



S.K.D. V-Codes 2. Personen mit potentiellem Gesundheitsrisiko hinsichtlich übertragbarer Krankheiten (V01-V06)	HIV-Kontakt oder HIV-Exposition: Ein HIV-Kontakt oder eine HIV-Exposition wird mit V01.79 „ <i>Contatto con o esposizione ad altre malattie virali</i> “ kodiert, wobei dieser Code allerdings nicht als Primärdiagnose zu verwenden ist. Keimträger von Infektionskrankheiten, inklusive Verdachtsfälle: Der Zustand eines Keimträgers von Infektionskrankheiten - Verdachtsfälle mit inbegriffen - kann durch den Code V02.___ „ <i>Portatore o portatore sospetto di malattie infettive</i> “ definiert werden. Die Codes dieser Kategorie sind nur in jenen Fällen als Sekundärdiagnose anzugeben, wenn der Zustand eines Keimträgers von Infektionskrankheiten (inkl. Verdachtsfälle) die Behandlung des Patienten deutlich beeinflusste.
S.K.D. V-Codes 3. Patienten mit Notwendigkeit der Isolierung, mit anderen potentiellen Krankheitsrisiken und prophylaktischer Maßnahmen (V07-V09)	Asymptomatische HIV-Seropositivität: eine asymptomatische HIV-Seropositivität wird durch den Code V08 „ <i>Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV)</i> “ beschrieben. Infektion durch medikamentenresistente Mikroorganismen: die Codes der Kategorie V09 „ <i>Infezione da microrganismi resistenti ai farmaci</i> “ dürfen nur als Sekundärdiagnose zur Beschreibung einer Pharmakoresistenz bei bestimmten Infektionen verwendet werden.
S.K.D. V-Codes 4. Eigenanamnese mit Krankheitsrisiko (V10-V15)	Die Kategorien V10 - V15 dienen der Beschreibung eines früheren und nicht mehr aktuellen Krankheitszustandes, wobei die entsprechenden Codes nur dann unter den Sekundärdiagnosen anzuführen sind, wenn besagter Zustand die aktuelle Behandlung beeinflusste. Metastasen eines malignen Primärtumors: Wurde der Primärtumor während eines früheren Aufenthalt entfernt, sind die Metastasen als Primärdiagnose anzugeben; der Tumor wird durch einen Code der Kategorie V10.___ beschrieben. Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen eines Tumors: Bei Aufnahmen zur Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen eines Tumors, ohne Hinweis auf Rezidive und/oder Metastasen und ohne Durchführung antineoplastischer Behandlungen, sondern nur diagnostischer Kontrolluntersuchungen wie CT, Endoskopie, Szintigraphie usw., kann der Code V10.___ als Primärdiagnose angegeben werden. Expositionstest gegenüber Medikamenten oder anderen Allergenen: Im Falle einer Aufnahme zur Abklärung eventueller unerwünschter Nebenwirkungen von Medikamenten oder anderer Allergenen wird die Primärdiagnose mit einem Code der Kategorie V14._ „ <i>Anamnesi personale di allergia a sostanze medicinali</i> “ oder der Unterkategorie V15.0_ „ <i>Anamnesi personale di allergia distinta da quella provocata da sostanze medicinali, con rischio di malattia</i> “ kodiert.



S.K.D. V-Codes 5. Personen, die die Gesundheitsdienste im Zusammenhang mit Reproduktionsproblemen und Entwicklungsstörungen in Anspruch nehmen (V20-V29)	Kontrolle der Gesundheit eines ausgesetzten Kindes oder Neugeborenen: Der Code V20.0 wird verwendet, um die stationäre Aufnahme von Kindern oder Neugeborenen zu rechtfertigen, die in Erwartung der Pflegschaft oder Adoption nicht entlassen werden können. Behandlung eines anderen Neugeborenen oder gesunden Kindes: Der Code V20.1 „Cure ad altro neonato o bambino sano“ wird als Primärdiagnose für Aufenthalte auf der Neugeborenenstation <u>nach</u> dem Aufenthalt der Entbindung angeführt, wenn diese aufgrund prekärer sozio-ökonomischer, familiärer Verhältnisse oder physischer / psychiatrischer Krankheit der Mutter die gesundheitliche Überwachung des Neugeborenen bezwecken. Zufälliger Nachweis einer Schwangerschaft: Wird bei einer aus anderen Gründen aufgenommenen Frau zufällig eine Schwangerschaft nachgewiesen, kann unter den Sekundärdiagnosen der Code V22.2 „<i>Reperto accidentale di gravidanza</i>“ eingetragen werden. Patientin, die außerhalb des Krankenhauses entbindet und zur postpartalen Betreuung stationär aufgenommen wird: Entbindet eine Patientin außerhalb des Krankenhauses und wird sie anschließend zur postpartalen Betreuung und Beobachtung bei einem komplikationslosen Verlauf aufgenommen, wird der Code V24.0 „<i>Cure ed esami postpartum subito dopo il parto</i>“ als Primärdiagnose verwendet; bei Komplikationen kommen die Codes von Kapitel 11 „Komplikationen der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes“ zur Anwendung. In diesen Fällen darf der Code V27 ._, der das Ergebnis der Geburt beschreibt, nicht angegeben werden. Sterilisationseingriff nach einer Vaginalgeburt: Wird auf Wunsch der Patientin sofort nach einer komplikationslosen Vaginalgeburt ein Sterilisationseingriff mittels endoskopischer Eileiterligatur durchgeführt, werden folgende Codes angewandt: Primärdiagnose: 650 „<i>Parto normale</i>“; Sekundärdiagnosen: V27._ „<i>Esito del parto</i>“ und V25.2 „<i>Sterilizzazione</i>“; unter den Eingriffen werden folgende Codes angegeben: Primäreingriff: 66.22 „<i>Legatura e sezione endoscopica bilaterale delle tube</i>“; Sekundäreingriff: 73.59 „<i>Altra assistenza manuale al parto</i>“. Aufnahmen mit Entbindung: Jede Aufnahme mit Entbindung muss unter den Sekundärdiagnosen den Code V27._ zur Beschreibung des Ergebnisses der Entbindung aufweisen. Pränatales Screening: pränatale Screeninguntersuchungen werden mit einem Code der Kategorie V28._ als Sekundärdiagnose angegeben. Beobachtung und Bewertung von Neugeborenen mit Krankheitsverdacht: Die Codes der Kategorie V29 „<i>Osservazione e valutazione di neonati per sospetto di condizioni morbose non riscontrate</i>“ sind für stationäre Aufenthalte <u>nach</u> dem Aufenthalt der Entbindung zu verwenden, wenn ein Neugeborenes in scheinbar gutem Gesundheitszustand innerhalb von 28 Tagen ab der Geburt mit Verdacht auf eine Krankheit untersucht wird, der sich nach genauen Untersuchungen aber nicht bestätigt.
--	--



S.K.D. V-Codes 6. Gesunde Lebendgeborene nach Art der Entbindung (V30-V39)	Die Codes V30 bis V39 als Primärdiagnose beziehen sich auf Entbindungen im Krankenhaus oder unmittelbar vor der Aufnahme. Sie dürfen weder bei Wiederaufnahmen des Neugeborenen (einschließlich der Überweisung an andere Einrichtungen zu spezifischen Behandlungen) noch auf dem KEB der Mutter angeführt werden. Die Verwendung der Codes V33, V37 und V39 ist zu vermeiden, da sie unspezifisch sind. Der Code V35 „<i>Altro parto multiplo (tre o più) tutti nati morti</i>“ darf nicht verwendet werden.
S.K.D. V-Codes 7. Personen, die spezielle gesundheitsrelevante Bedingungen aufweisen (V40-V49)	Transplantiertes oder anderweitig ersetztes Organ oder Gewebe: Die Codes der Kategorien V42 und V43 dürfen nur bei stationären Aufnahmen zur Rekonvaleszenz nach einer Transplantation oder zum Follow-up eines Patienten als Primärdiagnose verwendet werden; nur in solchen Fällen ist die Verwendung dieser Codes als Primärdiagnose zulässig. Es empfiehlt sich, unter den Sekundärdiagnosen immer darauf hinzuweisen, ob es sich um einen Träger von transplantierten oder anderweitig ersetzten Organen oder Gewebe handelt, und zwar durch die Codes der Kategorie V42.__ und V43.__. Andere Zustände nach chirurgischen Eingriffen: Ein Zustand nach einem chirurgischen Eingriff darf auf dem KEB ausschließlich als Sekundärdiagnose und nur in jenen Fällen, in denen dieser Zustand tatsächlich die erbrachte Behandlung beeinflusste, angegeben werden. Zudem ist zu beachten, dass die V-Codes nicht zur Beschreibung von Komplikationen einer früheren Behandlung verwendet werden; Letztere sind gegebenenfalls mittels der spezifischen numerischen Kategorien zu kodieren. Abhängigkeit von einem Beatmungsgerät: Die Abhängigkeit von einem Beatmungsgerät wird mit einem Code der Unterkategorie V46.1_ „<i>Dipendenza da respiratore</i>“ kodiert: V46.11 „<i>Stato di dipendenza da respiratore</i>“ V46.12 „<i>Insufficiente funzionamento di respiratore</i>“ V46.13 „<i>Distacco di respiratore [ventilatore]</i>“ V46.14 „<i>Problemi meccanici del respiratore [ventilatore]</i>“



S.K.D. V-Codes 8. Personen, die sich zu spezifischen Behandlungen oder Maßnahmen im Zusammenhang mit früheren Behandlungen an die Gesundheitsdienste wenden (V50-V59)	Zirkumzision aus rituellen /religiösen Gründen: Bei einer Aufnahme zur Beschneidung aus rituellen /religiösen Gründen wird die Primärdiagnose mit V50.2 und der Primäreingriff mit Code 64.0 „<i>Circoncisione</i>“ kodiert. Nachbehandlung unter Anwendung der plastischen Chirurgie: Im Falle einer Aufnahme zur Nachbehandlung unter Anwendung der plastischen und rekonstruktiven Chirurgie bei Vernarbungsläsionen oder Operationsnarben (Narbengewebeplastik) verwendet man als Primärdiagnose den Code V51. Versorgen mit und Anpassen von Prothesen und Hilfsmitteln: Die Codes der Kategorien V52._ und V53._ dürfen für die Beschreibung von Aufnahmen zu Versorgung, Austausch, Wartung oder Entfernung von Hilfsmitteln und Prothesen als Primärdiagnose verwendet werden; es handelt sich dabei um geplante Maßnahmen, die von Funktionsstörungen zu unterscheiden sind (Letztere werden mit den Kategorien 996 und 997 kodiert). Andere orthopädische Nachbehandlung: Die Codes der Kategorie V54._ „<i>Altro trattamento ortopedico ulteriore</i>“ sind als Primärdiagnose für die Beschreibung bestimmter Aufnahmen zulässig, z.B. zur Gipskontrolle ➔ Code V54.9 „<i>Trattamento ortopedico ulteriore non specificato</i>“; zum Austausch oder zur Entfernung des Gipses, eines Kirschnerdrahtes oder eines externen Fixateurs (mit Ausnahme des Distraktors) ➔ Code V54.1_ „<i>Trattamento ulteriore per la cura di frattura traumatica</i>“ oder für die Entfernung von Osteosynthesemitteln ➔ Code V54.0 „<i>Trattamento ulteriore per dispositivo di fissazione interna</i>“. In solchen Fällen ist die Grunderkrankung nicht anzugeben. Überwachung oder Versorgung künstlicher Körperöffnungen: Im Falle eines Aufenthalts zur Kontrolle künstlicher Körperöffnungen (Schließung, Entfernung oder Austausch eines Katheters, Einführung von Sonden oder Kathetern, Revision, Setzen von Kathetern, Toilette oder Reinigung) sind die Codes V55.0-V55.9 „<i>Aperture artificiali che richiedono sorveglianza o trattamento</i>“ zu verwenden. Aufenthalt zur postoperativen Konvaleszenz: Bei einem Aufenthalt zur postoperativen Konvaleszenz eines Patienten, der in einer anderen Einrichtung operiert wurde, ist als Primärdiagnose der Code V58.7_ „<i>Trattamento ulteriore non classificato altrove successivo a chirurgia di specifici apparati</i>“ anzugeben .
S.K.D. V-Codes 9. Leistungen anderer Krankenhäuser während des Aufenthaltes eines Patienten (V63.8)	Zugunsten des Patienten können im Laufe seines stationären Aufenthaltes von einem anderen Krankenhaus instrumentelle Leistungen erbracht werden. Die entsprechenden Maßnahmen werden von dem Krankenhaus kodiert, wo der Patient aufgenommen ist, wobei unter den Sekundärdiagnosen allerdings der Code V63.8 „<i>Altri motivi specificati di indisponibilità di servizi medici</i>“ aufscheinen muss. Diese Bestimmung gilt sowohl für ambulante (z.B. Nuklearmedizin, PET, MRT, CT, fachärztliche Visiten) als auch für stationäre Leistungen (z.B. bestimmte Maßnahmen der invasiven Kardiologie).



S.K.D. V-Codes 10. Personen, die die Gesundheitsdienste wegen spezifischer, nicht durchgeführter Maßnahmen aufsuchen (V64.1, V64.2, V64.3)	Die Codes der Kategorie V64._ „<i>Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti</i>“ werden folgendermaßen verwendet: A) Auftreten einer Komplikation: Wird eine Behandlung aufgrund einer Komplikation oder anderen Erkrankung nicht durchgeführt, muss Letztere als Primärdiagnose angeführt werden. In solchen Fällen muss unter den Sekundärdiagnosen ein V64_ Code „<i>Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti</i>“ eingetragen werden. B) Organisatorische Gründe oder Wille des Patienten: Wird die Behandlung aus organisatorischen Gründen oder wegen fehlender Zustimmung des Patienten nicht durchgeführt, wird als Primärdiagnose ein V64_ Code „<i>Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti</i>“ angeführt und unter den Sekundärdiagnosen der Zustand, welcher die Behandlung erfordert hätte. C) Nicht-durchgeführter Day-Surgery Eingriff: Im Falle eines nicht durchgeführten Day-Surgery Eingriffes, aufgrund des Aufkommens einer Komplikation oder aus Organisationsgründen, wird der KEB nicht „geschlossen“ und der Eingriff wird für einen weiteren Zugang an einem anderen Datum geplant.
S.K.D. V-Codes 11. Gesunde Person die einen Patienten begleitet (V65.0)	Der Code V65.0 kann bei Aufnahme einer gesunden Person, die einen Patienten begleitet, verwendet werden (z.B. Aufnahme der Mutter die das kranke Neugeborene begleitet).
S.K.D. V-Codes 12. Personen, die Gesundheitsdienste aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen (V65.8)	Entfernung einer Mammaprothese: Wenn eine Patientin aus Angst vor Komplikationen die Mammaprothese entfernen möchte, wird als Primärdiagnose der Code V65.8 „<i>Altre ragioni per entrare in contatto con i servizi sanitari</i>“ angegeben und als Sekundärdiagnose der Code V45.83 „<i>Presenza di impianto rimovibile di mammella</i>“ hinzugefügt.
S.K.D. V-Codes 13. Stationäre Aufnahme zur Palliativbehandlung (V66.7)	Wird ein Patient unterstützenden oder palliativmedizinischen Maßnahmen unterzogen, kann als Primärdiagnose der Code V66.7 „<i>Cure palliative – Assistenza terminale</i>“ angegeben werden, während der Code des Primärtumors (falls noch vorhanden) oder der Metastasen unter den Sekundärdiagnosen anzuführen ist. Bei stationärer Aufnahme für invasive palliativmedizinische Massnahmen (z.B. Thorakozentese oder Parazentese) verwendet man als Primärdiagnose den Code der behandelten Krankheit (z.B. 789.5 „<i>Ascite</i>“ oder 511.8 „<i>Altre forme specificate di versamento pleurico, eccetto il tubercolare</i>“), während der Code des Primärtumors (falls noch vorhanden) oder der Metastasen unter den Sekundärdiagnosen anzuführen ist. Unter den Eingriffen sind folgende Codes anzugeben: • 34.91 „<i>Toracentesi</i>“; • 54.91 „<i>Drenaggio percutaneo addominale Paracentesi</i>“.



S.K.D. V-Codes 14. Beobachtung und Bewertung von Verdachtsfällen	Die Codes V71.0 - V71.9 können für Personen verwendet werden, bei denen keine frühere Krankheitsdiagnose vorliegt, wo der Verdacht auf eine Krankheit besteht, der sich allerdings nach genaueren Untersuchungen nicht bestätigen.
S.K.D. V-Codes 15. Neu eingeführte oder abgeänderte Diagnosecodes	Neue Diagnosecodes (160) V01.7_ Contatto con o esposizione ad altre malattie virali V01.8_ Contatto con o esposizione ad altre malattie trasmissibili V04.8_ Necessita' di vaccinazione e inoculazioni profilattiche contro altre patologie virali V12.42 Anamnesi personale di infezioni del sistema nervoso centrale V12.6_ Anamnesi personale di malattie dell'apparato respiratorio V13.02 Anamnesi personale di infezione urinaria (del tratto) V13.03 Anamnesi personale di sindrome nefrosica V13.2_ Anamnesi personale di altri disturbi ostetrici e dell'apparato genitale V15.87 Anamnesi personale di Ossigenazione Extracorporea a Membrana (ECMO) V15.88 Anamnesi personale di caduta V17.8_ Anamnesi familiare di altre malattie osteomuscolari V18.5_ Anamnesi familiare di disturbi digestivi V18.9 Anamnesi familiare di portatore di malattia genetica V23.4_ Controllo di gravidanza ad alto rischio con altra anamnesi ostetrica patologica V25.03 Consigli e prescrizione di contraccettivi in emergenza V26.3_ Consigli e test di genetica V43.2_ Cuore sostituito con altri mezzi V45.85 Presenza di pompa d'insulina V45.86 Condizione successiva a chirurgia bariatrica V46.1_ Dipendenza da respiratore [Ventilatore] V46.2 Ossigeno supplementare V49.83 Attesa di trapianto di organo V49.84 Condizione di allettamento V53.9_ Collocazione e sistemazione di altro e non specificato dispositivo V54.0_ Trattamento ulteriore per dispositivo di fissazione interna V54.1_ Trattamento ulteriore per la cura di frattura traumatica V54.2_ Trattamento ulteriore per la cura di frattura patologica V54.8_ Altro trattamento ortopedico ulteriore V58.1_ Chemioterapia e immunoterapia antineoplastiche V58.3_ Controllo di fasciature e suture V58.4_ Altro trattamento ulteriore postoperatorio V58.6_ Uso a lungo termine (in corso) di farmaci V58.7_ Trattamento ulteriore non classificato altrove successivo a chirurgia di specifici apparati V59.7_ Donatori di ovociti V64.0_ Vaccinazione non eseguita V64.4_ Intervento chirurgico chiuso convertito in intervento a cielo aperto V65.1_ Persona che entra in contatto con i servizi sanitari per conto di un'altra persona V69.4 Mancanza di sonno V69.5 Insonnia comportamentale dell'infanzia



S.K.D. V-Codes 15. Neu eingeführte und abgeänderte Diagnosecodes (Fortsetzung)	Neue Diagnosecodes (Fortsetzung) V71.8_ Osservazione e valutazione per sospetto di altre manifestazioni morbose specificate V72.1_ Esame dell'orecchio e dell'udito V72.3_ Visita ginecologica V72.4_ Visita o prova per la diagnosi di gravidanza V72.86 Esame per la determinazione del gruppo sanguigno V82.7_ Screening genetico V83.8_ Portatore di altra malattia genetica V84.0_ Suscettibilità genetica ai tumori maligni V84.8 Suscettibilità genetica ad altre malattie V85._ _ Indice di massa corporea [BMI] V86._ _ Stato dei recettori degli estrogeni Abgeänderte Diagnosecodes (6) V06.1 Necessità di vaccinazione profilattica con vaccino misto difterite-tetano-pertosse (DTP) (DTaP) V06.5 Necessità di vaccinazione e inoculazioni profilattiche contro tetano e difterite (Td) (DT) V07.4 Terapia ormonale sostitutiva (postmenopausa) V26.31 Test nella donna per la verifica della condizione di portatore di malattia genetica V26.32 Altri test genetici nella donna V49.81 Stato postmenopausale asintomatico (correlato all'età) (naturale)
--	---



Spezifische Kodierungsregeln nach chirurgischem Eingriffsbereich





1. – EINGRIFFE AM NERVENSYSTEM (01 – 05)

S.E.1.1. Chirurgische Behandlung angeborener arteriovenöser Fehlbildungen im Zerebrospinal- bereich	Die chirurgische Behandlung angeborener arteriovenöser Fehlbildungen wird wie folgt beschrieben: Bei zerebraler Lokalisation: Primärdiagnose: Code 747.81 „<i>Anomalia del sistema cerebrovascolare</i>“; Chirurgischer Eingriff: Code 38.81 „<i>Altra occlusione chirurgica di vasi intracranici</i>“ oder Code 38.61 „<i>Altra asportazione di vasi intracranici</i>“. Im Falle eines endovaskulären Eingriffes ist der Code 39.72 „<i>Riparazione endovascolare o occlusione dei vasi di testa e collo</i>“ zu verwenden. Bei spinaler Lokalisation: Primärdiagnose: Code 747.82 „<i>Anomalia dei vasi spinali</i>“; Sekundärdiagnose: Code 336.1 „<i>Mielopatie vascolari</i>“; chirurgischer Eingriff: 39.59 „<i>Altra riparazione di vasi</i>“. Im Falle eines endovaskulären Eingriffes ist der Code 39.79 „<i>Altra riparazione endovascolare (di aneurisma) di altri vasi</i>“ zu verwenden.
S.E.1.2. Chirurgische Behandlung erworbener arteriovenöser Fisteln im Zerebrospinal- bereich	Die chirurgische Behandlung arteriovenöser Fisteln wird folgendermaßen beschrieben: • bei zerebrovaskulären, intrakraniellen oder Carotis-Cavernosus-Fisteln: Primärdiagnose: Code 437.3 „<i>Aneurisma cerebrale senza rottura</i>“; Eingriff: Code 39.53 „<i>Riparazione di fistola arteriovenosa</i>“; im Falle eines endovaskulären Eingriffes ist der Code 39.72 „<i>Riparazione endovascolare o occlusione dei vasi di testa e collo</i>“ zu verwenden. • bei zerebrovaskulären, extrakraniellen Fisteln: Primärdiagnose: Code 442.81 „<i>Aneurisma dell'arteria del collo</i>“; Eingriff: Code 39.53 „<i>Riparazione di fistola arteriovenosa</i>“; im Falle eines endovaskulären Eingriffes ist der Code 39.72 „<i>Riparazione endovascolare o occlusione dei vasi di testa e collo</i>“ zu verwenden. • bei erworbenen, spinalen Fisteln: Primärdiagnose: Code 447.0 „<i>Fistola arteriovenosa acquisita</i>“; Sekundärdiagnose: Code 336.1 „<i>Mielopatie vascolari</i>“. Eingriff: Code 39.53 „<i>Riparazione di fistola arteriovenosa</i>“. Im Falle eines endovaskulären Eingriffes ist der Code 39.79 „<i>Altra riparazione endovascolare (di aneurisma) di altri vasi</i>“ zu verwenden
S.E.1.3. Chirurgische Behandlung von Aneurysmen intrakranieller Arterien	Die chirurgische Behandlung von Aneurysmen intrakranieller Arterien wird wie folgt kodiert: Primärdiagnose: Code 430 „<i>Rottura di aneurisma cerebrale congenito SAI</i>“ (mit Blutung) oder Code 437.3 „<i>Aneurisma cerebrale senza rottura</i>“ (ohne Blutung); Eingriff: Code 39.51 „<i>Clipping di aneurismi</i>“ oder Code 38.81 „<i>Altra occlusione chirurgica di vasi intracranici</i>“ + eventuelle weitere Massnahmen. Im Falle eines endovaskulären Eingriffs wird folgender Code benutzt: 39.72 „<i>Riparazione endovascolare o occlusione dei vasi di testa e collo</i>“.
S.E.1.4. Hydrozephalus	Bei posthämorrhagischem Hydrozephalus als Zustand nach <u>vorausgegangenem</u> Aneurysmaruptur ist der Code 331.4 „<i>Idrocefalo acquisito</i>“ als Primärdiagnose anzugeben. Unter den Massnahmen sind die Codes für die Liquorableitung zu verwenden: 02.34 „<i>Anastomosi fra ventricolo, cavità addominale e suoi organi</i>“; 02.32 „<i>Anastomosi fra ventricolo e sistema circolatorio</i>“.



S.E.1.5. Behandlung mit Botulinumtoxin	Bei Aufnahme zur Behandlung mit Botulinumtoxin sind folgende Kodierungshinweise anzuwenden: • als Primärdiagnose wird die behandelte Symptomatik (Dysphagie, Spasmus, Facialislähmung) angeführt; • als Primäreingriff/-verfahren ist der Code 83.98 „<i>Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale all'interno di altri tessuti molli</i>“ anzugeben.
S.E.1.6. Einsetzen und Austausch eines Neurostimulators (SCS)	Aufenthalt zur Durchführung des PNE-Tests: Als Primärdiagnose werden, je nach Fall, folgende Codes angegeben: 788.39 „<i>Altra incontinenza urinaria</i>“ (Frau und Mann), oder 788.9 „<i>Dolore vescicale</i>“ oder 355.71 „<i>Causalgia dell'arto inferiore</i>“; unter den Sekundärdiagnosen werden eventuell Codes zur Beschreibung der Grundkrankheit angeführt. Im Abschnitt der Eingriffe ist der Code 04.19 „<i>Altre procedure diagnostiche sui nervi cranici o periferici o sui gangli</i>“ einzutragen. Aufenthalt zum Einsetzen eines permanenten Neurostimulators (SCS): Als Primärdiagnose werden, je nach Fall, folgende Codes angeführt: 788.39 „<i>Altra incontinenza urinaria</i>“ (Mann und Frau) oder 788.9 „<i>Dolore vescicale</i>“ oder 355.71 „<i>Causalgia dell'arto inferiore</i>“; unter den Sekundärdiagnosen werden eventuell Codes zur Beschreibung der Grunderkrankung angegeben. Im Abschnitt der Eingriffe wird neben dem Code 03.93 „<i>Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale</i>“, auch der Code des Einsetzens des Impulsgenerators des Neurostimulators wiedergegeben: • 86.94 „<i>Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo, non specificato se ricaricabile</i>“; • 86.95 „<i>Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale doppio, non specificato se ricaricabile</i>“; • 86.96 „<i>Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore</i>“; • 86.97 „<i>Inserzione o sostituzione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo ricaricabile</i>“; • 86.98 „<i>Inserzione o sostituzione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale doppio ricaricabile</i>“.



S.E.1.7. Entfernung eines Neurostimulators (SCS)	Aufenthalt zur Entfernung des spinalen Neurostimulators (wegen Wirkungslosigkeit): Primärdiagnose: V53.02 „<i>Rimozione di neurostimolatore (cervello)(sistema nervoso periferico)(midollo spinale)</i>“; Primäreingriff: 03.94 „<i>Rimozione di neurostimolatore spinale</i>“ + 86.05 „<i>Rimozione di generatore di impulsi di neurostimolatore (a canale singolo o doppio)</i>“. Aufenthalt zur Entfernung der Elektrode bei Verbleib in situ des Neurostimulators (bei Infektionen und/oder Dehiszenzen am Implantationssitus der Elektrode) Primärdiagnose: 996.63 „<i>Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso</i>“; Sekundärdiagnose: V45.89 „<i>Presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico</i>“ (zur Beschreibung der Elektrode oder des Neurostimulators); Eingriff: 03.94 „<i>Rimozione di neurostimolatore spinale</i>“. Aufenthalt zur Entfernung des spinalen Neurostimulators und Verbleib der Elektrode in situ (bei Infektionen und/oder Dehiszenzen, Dekubitus der Implantationstasche): Primärdiagnose: 996.63 „<i>Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso</i>“; Sekundärdiagnose: V45.89 „<i>Presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico</i>“ (zur Beschreibung der Elektrode oder des Neurostimulators); Eingriff: 86.05 „<i>Rimozione di generatore di impulsi di neurostimolatore (a canale singolo o doppio)</i>“.
S.E.1.8. Baclofen-Pumpe	Bei einem Aufenthalt für die Einsetzung, Aufladung und Tarierung, Entfernung einer Baclofen-Pumpe werden folgende Codes verwendet: Primärdiagnose: V53.09 „<i>Collocazione e sistemazione di altri dispositivi relativi al sistema nervoso e agli organi di senso</i>“; Je nach Fall werden folgende Codes verwendet: A) Einsetzung der Pumpe: 03.90 „<i>Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative</i>“; 03.92 „<i>Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale</i>“; 86.06 „<i>Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile</i>“. B) Aufladung und Tarierung der Pumpe: 03.92 „<i>Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale</i>“. C) Entfernung der Pumpe: 97.89 „<i>Rimozione di altro dispositivo terapeutico</i>“.
S.E.1.9. Nicht anderswo klassifizierte Eingriff- und Verfahrenscodes (Kapitel 00)	00.01 Therapie ad ultrasuoni dei vasi di testa e collo 00.10 Impianto di agenti chemioterapici (Cialda chemioterapica cerebrale) 00.12 Somministrazione per via inalatoria di ossido nitrico 00.21 Imaging intravascolare dei vasi cerebrali extracranici



S.E.1.10. Neu eingeführte und abgeänderte Eingriff- und Verfahrenscodes	Neue Eingriff-/Verfahrenscodes (3) 01.26 Inserzione di catetere/i nella cavità o tessuto del cranio 01.27 Rimozione di catetere/i dalla cavità o tessuto del cranio 01.28 Posizionamento di catetere/i intracerebrale attraverso foro circolare Abgeänderte Eingriff-/Verfahrenscodes (9) 01.22 Rimozione di elettrodo/i di neurostimolatore intracranico 01.26 Inserzione di catetere/i nella cavità o tessuto del cranio 01.27 Rimozione di catetere/i dalla cavità o tessuto del cranio 02.41 Irrigazione ed esplorazione di anastomosi ventricolare 02.93 Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore intracranico 03.93 Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale 03.94 Rimozione di elettrodo/i del neurostimolatore spinale 04.92 Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore dei nervi periferici 04.93 Rimozione di elettrodo/i del neurostimolatore dei nervi periferici
--	--



2. – EINGRIFFE AM ENDOKRINEN SYSTEM (06 – 07)

Keine spezifische Kodierungsregeln.





3. – EINGRIFFE AM AUGE (08 – 16)

S.E.3.1. Katarakt- operationen	Bei Kataraktoperationen ist als Primärdiagnose immer die Augenerkrankung anzugeben, die den Eingriff erfordert. Bei der einfachen Kataraktextraktion ist der richtige Code zwischen 13.11 und 13.69 zu suchen, während bei Kataraktextraktionen mit gleichzeitiger Implantation eines Linsenersatzes beide Schritte zu kodieren sind, z.B.: 13.3 <i>“Estrazione extracapsulare del cristallino intraoculare con tecnica di aspirazione semplice”</i>; 13.71 <i>“Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta, eseguiti in contemporanea”</i>.
S.E.3.2. Austausch einer künstlichen Linse	Bei Aufnahme zu Entfernung und Austausch bereits implantierter künstlicher Linsen sind folgende Codes anzugeben: a) Ist die Entfernung durch mechanische Komplikationen bedingt (z.B. Dislokation) ➔ Primärdiagnose: 996.53 <i>“Complicazioni meccaniche di lenti oculari protesiche”</i>; b) Ist die Entfernung durch nicht-mechanische Komplikationen bedingt (z.B. Trübung oder falsche Berechnung der implantierten künstlichen Linse) ➔ Primärdiagnose: 996.79 <i>“Altre complicazioni da lenti oculari NIA”</i>. c) Ist die Entfernung auf infektiöse Komplikationen zurückzuführen ➔ Primärdiagnose: 996.69 <i>“Infezione e reazione infiammatoria da lente oculare protesica - impianto protesico oculare”</i>. In allen drei oben beschriebenen diagnostischen Situationen ist als Sekundärdiagnose der Code V43.1 <i>“Cristallino sostituito con altri mezzi”</i> anzugeben. Unter den Eingriffen sind folgende Codes anzugeben: Primäreingriff: 13.70 <i>“Inserzione di cristallino artificiale”</i>; Sekundäreingriff: 13.8 <i>“Rimozione di cristallino impiantato”</i>.
S.E.3.3. Augenuntersu- chung unter Anästhesie	Im Abschnitt „Verschiedenes“ ist auf die Kodierung der Augenuntersuchung unter Anästhesie (95.04) zu achten, da sie die Zuordnung zu bestimmten Diagnosegruppen (DRG) beeinflusst.
S.E.3.4. Subkonjunktivale Injektion	Der Code 10.91 <i>“Iniezione sottocongiuntivale”</i> kann weder zur Kodierung der präoperativen Lokalanästhesie noch zur Beschreibung der intraoperativen antibiotischen oder entzündungshemmenden Prophylaxe verwendet werden. Zur Kodierung der prophylaktischen Behandlungen sind die Codes der Kategorie 99.2_ <i>“Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche”</i> zu verwenden.
S.E.3.5. Diagnostische Abklärung und Behandlungen im augenärztlichen Bereich	Diagnostische Abklärungen und Behandlungen im augenärztlichen Bereich können gegebenenfalls im Abschnitt der Eingriffe/ Massnahmen mit den Codes der Kategorien 95.0_, 95.1_, 95.2_ und 95.3_ vermerkt werden.



S.E.3.6. Intravitreale Kortisoninjektio- nen	Mangels eines spezifischen Codes ist die intravitreale Injektion von Kortisonpräparaten mit 14.75 „ <i>Iniezione di sostituti vitreali</i> “ zu kodieren.
S.E.3.7. Eingriffe an der Haut im Bereich von Augenlid und Augenbrauen	Es sei darauf hingewiesen, dass die meisten Eingriffe an Haut und Unterhaut mit den Codes der Kategorie 86 (86.01-86.99) kodiert werden. Ausnahmen bilden Eingriffe an folgenden Hautbereichen: Augenlid ➔ Codes 08.01-08.99; Augenbraue ➔ Codes 08.01-08.99.
S.E.3.8. Neu eingeführte und abgeänderte Eingriffcodes	Neue Eingriff-/Verfahrenscodes (2) 13.90 Interventi sul cristallino, non classificati altrove 13.91 Impianto di lenti telescopiche intraoculari Geänderte Eingriff-/Verfahrenscodes (0)



4. – EINGRIFFE AM OHR (18 – 20)

S.E.4.1. Diagnostische Abklärung und Behandlung im ohrenärztlichen Bereich	Ohrenärztliche diagnostische Abklärungen und Behandlungen werden gegebenenfalls im Abschnitt der Eingriffe/ Massnahmen mit den Codes der Kategorie 95.4_ vermerkt.
S.E.4.2. Entfernung eines Akustikusneuri- noms	Für die chirurgische Entfernung eines Akustikusneurinoms ist der Code 04.01 „<i>Asportazione di neurinoma acustico</i>“ zu verwenden; in diesem Fall ist kein Code für die Kraniotomie anzugeben.
S.E.4.3. Eingriffe an der Haut im Bereich Außenohr	Es sei darauf hingewiesen, dass die meisten Eingriffe an Haut und Unterhaut mit den Codes der Kategorie 86 (86.01-86.99) kodiert werden. Ausnahmen bilden Eingriffe an besonderen Hautbereichen: Außenohr ➔ Codes 18.01-18.9;
S.E.4.4. Neu eingeführte und abgeänderte Eingriffcodes	Neue Eingriff-/Verfahrenscodes (0) Geänderte Eingriff-/Verfahrenscodes (0)





5. – EINGRIFFE AN NASE, MUND UND RACHEN (21 – 29)

S.E.5.1. Patienten mit Schlafapnoe- syndrom	Patienten mit Schlafapnoesyndrom, die einem chirurgischen Eingriff unterzogen werden (Uvulo-Pharyngoplastik) sind wie folgt zu kodieren: Primärdiagnose: 528.9 „<i>Altre e non specificate malattie dei tessuti molli orali</i>“; Sekundärdiagnose: einen Code der Unterkategorie 327.2_ „<i>Apnea nel sonno di tipo organico</i>“ verwenden. Eingriff: 27.99 „<i>Altri interventi sulla cavità orale – ugulofaringoplastica</i>“. Werden gleichzeitig auch eine Hyoid- und Zungensuspension durchgeführt (diese Eingriffe sind oft miteinander verbunden), so werden diese durch einen einzigen zusätzlichen Code beschrieben: 29.4 „<i>Intervento di plastica sul faringe</i>“. Patienten mit Schlafapnoesyndrom, die keinem chirurgischen Eingriff unterzogen werden, werden durch den Diagnosecode 327.2_ „<i>Apnea nel sonno di tipo organico</i>“ definiert.
S.E.5.2. Laryngektomie	Die Codes für die vollständige Laryngektomie (30.3 „<i>Laringectomia completa</i>“, 30.4 „<i>Laringectomia radicale</i>“) umfassen bereits das Tracheostoma, weshalb Letzteres nicht eigens zu kodieren ist. Partielle Laryngektomien umfassen hingegen kein Tracheostoma zur künstlichen Beatmung, weshalb diese Massnahme – falls durchgeführt - gesondert kodiert wird (Code 31.1 „<i>Tracheostomia temporanea, tracheostomia per assistenza ventilatoria</i>“).
S.E.5.3. Laryngektomie mit Einlegen einer Stimmprothese	Patienten, die bereits einer Laryngektomie unterzogen wurden und nun zum Einlegen einer Stimmprothese stationär aufgenommen werden, sind wie folgt zu kodieren:: Primärdiagnose: 784.40 „<i>Alterazioni non specificate della voce</i>“; Sekundärdiagnose: V10.21 „<i>Anamnesi personale di tumore maligno della laringe</i>“; Eingriff: 31.95 „<i>Fistolizzazione tracheoesofagea</i>“.
S.E.5.4. Stationäre Aufnahme zur Zahnreparatur oder -extraktion unter Vollnarkose	Zur Beschreibung dieses Falles wird die Krankheit oder Störung der Zähne, die den Eingriff erfordert (mit den Codes der Kategorien 520-525) als Primärdiagnose kodiert. Unter den Begleitdiagnosen ist ein Code anzugeben, der die stationäre Durchführung des Eingriffs begründet (zum Beispiel 758.0 „<i>Sindrome di Down</i>“, 317-319 „<i>Ritardo mentale</i>“, V14.4 „<i>Anamnesi personale di allergia a sostanza anestetica</i>“, usw.) Unter den Massnahmen sind die Codes zur Beschreibung der Zahnextraktion oder -reparatur (Kategorien 23-24) und der Code der Sedierung (99.26) anzugeben.
S.E.5.5. Eingriffe an der Haut im Bereich Nase, Lippen	Es sei darauf hingewiesen, dass die meisten Eingriffe an Haut und Unterhaut mit den Codes der Kategorie 86 (86.01-86.99) kodiert werden. Ausnahmen bilden Eingriffe an besonderen Hautbereichen: Nase ➔ Codes 21.00-21.99; Lippe ➔ Codes 27.0-27.99;



S.E.5.6. Korrektur der Nasenscheidewand	Im Falle eine Aufnahme zur operativen Korrektur einer angeborenen/ erworbenen Nasenscheidewanddeviation wird als Primärdiagnose der Code 470 „<i>Deviazione del setto nasale</i>“ angeführt. Als Primäreingriff verwendet man den Code 21.5 „<i>Resezione sottomucosa del setto nasale</i>“. Bei Einhaltung dieser Kodierungsregeln bildet sich die korrekte DRG 55 „<i>Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola</i>“. Für die Beschreibung einer solchen Aufnahme darf der Code 754.0 „<i>Deviazione del setto nasale, congenita</i>“ niemals als Primärdiagnose verwendet werden, da er zur Bildung einer abnormen DRG führt. Es sei außerdem darauf hingewiesen, dass eine Septumplastik mit submuköser Septumresektion laut Ausschlusskriterien des Handbuchs ICD-9-CM nur mit 21.5 „<i>Resezione sottomucosa del setto nasale</i>“ zu kodieren ist; der Code 21.88 „<i>Altra plastica del setto</i>“ darf also nicht angegeben werden.
S.E.5.7. Neu eingeführte und abgeänderte Eingriffcodes	Neue Eingriff-/Verfahrenscodes (1) 27.64 Inserzione di impianto palatale Abgeänderte Eingriff-/Verfahrenscodes (0)



6. – EINGRIFFE AN DEN ATEMWEGEN (30 – 34)

S.E.6.1. Komplikationen im Zusammenhang mit einem Tracheostoma	Zur Angabe von Tracheostomakomplikationen, wie z.B. Blutungen, Stenose, Infektionen und tracheo-ösophageale Fistel, verwendet man einen Code der Unterkategorie 519.0 „ <i>Complicazioni della tracheostomia</i> “, wobei die fünfte Ziffer die Art der Komplikation beschreibt.
S.E.6.2. Verschluss eines Tracheostomas	Dient der Krankenhausaufenthalt dem Verschluss eines Tracheostomas, verwendet man als Primärdiagnose den Code V55.0 „ <i>Controllo di tracheostomia</i> “, während im Abschnitt der Eingriffe der Code 31.72 „ <i>Chiusura di fistola esterna della trachea</i> “ einzutragen ist.
S.E.6.3. Laryngektomie mit Einlegen einer Stimmprothese	Patienten, die bereits einer Laryngektomie unterzogen wurden und nun zum Einlegen einer Stimmprothese stationär aufgenommen werden, sind wie folgt zu kodieren: Primärdiagnose: 784.40 „ <i>Alterazioni non specificate della voce</i> “; Sekundärdiagnose: V10.21 „ <i>Anamnesi personale di tumore maligno della laringe</i> “; Eingriff: 31.95 „ <i>Fistolizzazione tracheoesofagea</i> “.
S.E.6.4. Abhängigkeit vom Beatmungsgerät (Ventilator)	Die Abhängigkeit vom Beatmungsgerät wird durch den Code der Unterkategorie V46.1 „ <i>Dipendenza da respiratore</i> “ beschrieben. V46.11 Stato di dipendenza da respiratore V46.12 Insufficiente funzionamento di respiratore V46.13 Distacco di respiratore [ventilatore] V46.14 Problemi meccanici del respiratore [ventilatore]
S.E.6.5. Kompressionsstenose der Luftröhre	Bei einer Kompressionsstenose der Luftröhre, z.B. infolge von Kropf und Einlegen einer Prothese, ist davon auszugehen, dass die richtige Kodierung wie folgt lautet: Primärdiagnose 519.19 „ <i>Stenosi dei bronchi</i> “, und als Sekundärdiagnose ist die Ursache der Stenose anzugeben. Im Abschnitt der Eingriffe ist folgender Code anzugeben: 33.91 „ <i>Dilatazione bronchiale</i> “.
S.E.6.6. Einlegen einer Prothese in das Bronchialsystem	Im Falle einer bronchialen Stenose wird als Primärdiagnose der Code 519.19 „ <i>Stenosi dei bronchi</i> “, angegeben, und als Sekundärdiagnose die Ursache der Stenose. Unter den Eingriffen wird der Code 33.91 „ <i>Dilatazione bronchiale</i> “ angeführt.
S.E.6.7. Bronchoskopie mit Bronchialtoilette	Eine Bronchoskopie mit Bronchialtoilette wird mit folgenden Verfahrenscodes beschrieben: 33.23 „ <i>Altra broncoscopia</i> “; 96.56 „ <i>Altro lavaggio di bronchi e trachea</i> “.
S.E.6.8. Pleuraerguss	Der Pleuraerguss wird folgendermaßen kodiert: 511.1 „ <i>Pleurite con versamento e menzione di una causa batterica, esclusa la tubercolosi</i> “ oder 511.8 „ <i>Altre forme specificate di versamento pleurico, eccetto il tubercolare</i> “. Handelt es sich um einen posttraumatischen Pleuraerguss, verwendet man den Code 860.2 „ <i>Emotorace senza menzione di ferita aperta nel torace</i> “. Der Pleuraerguss wird nur erwähnt, wenn eine spezifische Behandlung erforderlich ist: • 34.91 „ <i>Toracocentesi</i> “ • 34.04 „ <i>Inserzione di drenaggio intercostale</i> “.



S.E.6.9. Palliativ- medizinische Behandlung oder Betreuung	Wird ein Patient einer palliativmedizinischen Behandlung oder Betreuung unterzogen, kann als Primärdiagnose der Code V66.7 „<i>Cure palliative – Assistenza terminale</i>“ verwendet werden, während als Sekundärdiagnose der (eventuell vorhandene) Primärtumor oder die Metastase anzugeben sind. Bei Aufnahme zur Durchführung invasiver Palliativmassnahmen (z.B. Thorakozentese, Parazentese) ist als Primärdiagnose der Code der jeweils behandelten Pathologie zu verwenden (z.B. ➔ Code 789.5 „<i>Ascite</i>“ oder 511.8 „<i>Altre forme specificate di versamento pleurico, eccetto il tubercolare</i>“), während als Sekundärdiagnose der (eventuell vorhandene) Primärtumor oder die Metastase anzugeben sind. Im Abschnitt der Eingriffe sind folgende Codes einzutragen: • 34.91 „<i>Toracocentesi</i>“; • 54.91 „<i>Drenaggio percutaneo addominale Paracentesi</i>“.
S.E.6.10. Exzision oder Destruktion von erkranktem Gewebe oder Lungenparenchym	Die Eingriffe zur Exzision oder Destruktion von erkranktem Gewebe oder Lungenparenchym sind je nach chirurgischem Zugang mit folgenden Codes anzugeben: 32.23 „<i>Ablazione a cielo aperto di lesione o tessuto polmonare</i>“; 32.24 „<i>Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare</i>“; 32.25 „<i>Ablazione per via toracoscopica di lesione o tessuto polmonare</i>“; 32.28 „<i>Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto del polmone</i>“.
S.E.6.11. Maschinelle Beatmung	Achtgeben muss man auf den Kodierungsunterschied zwischen künstlicher maschineller Beatmung ➔ Code 96.7_ „<i>Altra ventilazione meccanica continua</i>“, und der nicht invasiven maschinellen Beatmung ➔ Code 93.90 „<i>Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)</i>“ oder Code 93.91 „<i>Respirazione a pressione positiva intermittente</i>“. Es wird außerdem darauf hingewiesen, dass der Code 96.7_, die maschinelle Langzeitbeatmung betreffend, anhand der vierten Ziffer die Möglichkeit gibt, die Dauer der Beatmung genauer zu definieren, insbesondere: 96.71 „<i>Ventilazione meccanica continua per meno di 96 ore consecutive</i>“; 96.72 „<i>Ventilazione meccanica continua per 96 ore consecutive o più</i>“. Die Benutzung dieser beiden Codes muss mit höchster Aufmerksamkeit geschehen, da sie zu zwei unterschiedlichen DRGs führen. Der Code 96.70 „<i>Ventilazione meccanica continua di durata non specificata</i>“ sollte nie benutzt werden, da er unspezifisch ist.
S.E.6.12. Neu eingeführte und abgeänderte Eingriffcodes	Neue Eingriff-/Verfahrenscodes (7) 32.23 Ablazione a cielo aperto di lesione o tessuto polmonare 32.24 Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare 32.25 Ablazione per via toracoscopica di lesione o tessuto polmonare 32.26 Altra e non specificata ablazione di lesione o tessuto polmonare 33.71 Inserzione endoscopica o sostituzione di valvola/e bronchiale 33.78 Rimozione endoscopica di dispositivo o sostanze bronchiali 33.79 Inserzione endoscopica di altro dispositivo o sostanze bronchiali Abgeänderte Eingriff-/Verfahrenscodes (0)



7. – EINGRIFFE AM HERZ-KREISLAUFSYSTEM (35 – 39)

S.E.7.1. Herzschrittmacher	Im Falle einer Herzschrittmacherimplantation ist jene Erkrankung, die zur Implantation geführt hat, als Primärdiagnose anzugeben. Bei der Kodierung der Massnahmen sei auf folgende Codes hingewiesen: A) Anlage eines temporären Schrittmachers ➔ 37.78 (immer und ausschließlich). B) Implantation eines permanenten Herzschrittmachers ➔ man kodiert sowohl die Implantation des Elektrokatheters als auch jene des Generators, unter Verwendung einer Kombination von Codes der Kategorien 37.7_ und 37.8_. Bei der Positionierung eines Herzschrittmachers führen die folgenden, am häufigsten verwendeten Codes-Kombinationen zu einer korrekten DRG-Zuteilung: • 37.71 "Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nel ventricolo" ist ausschließlich mit den Codes 37.81 "Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, non specificato come frequenza di risposta" oder 37.82 "Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta" zu verwenden; • 37.73 "Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nell'atrio" ist ausschließlich mit den Codes 37.81 "Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, non specificato come frequenza di risposta" oder 37.82 "Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta" zu verwenden; • 37.72 "Inserzione iniziale di elettrodi transvenosi nell'atrio e nel ventricolo" ist ausschließlich mit dem Code 37.83 "Inserzione iniziale di apparecchio a camera doppia, apparecchio sequenziale atrioventricolo" zu verwenden. • der Code 37.70 "Inserzione iniziale di elettrodo non altrimenti specificato" darf nicht verwendet werden, da er unspezifisch ist. C) Anlage eines Herzschrittmachers für die kardiale Resynchronisation ohne Hinweis auf Defibrillationfunktion, komplettes System (CRT-P) ➔ 00.50; dieser Code beinhaltet die Positionierung des biventrikulären Schrittmachers, eines BiV Pacemaker, biventrikuläres Pacing, ohne eines inneren kardialen Defibrillators, Implantation eines Impulsgenerators für die kardiale (biventrikuläre) Resynchronisation, Bildung der Tasche, Positionierung einer transvenösen Elektrode im koronaren Venensystem des linken Ventrikels und ein intraoperatives Verfahren zur Beurteilung der Signalleitung. D) Austausch nur des Generators ➔ 37.85 - 37.87. E) Anlage oder Austausch des Schrittmachers für die kardiale Resynchronisation (CRT-P) ➔ 00.53; dieser Code umfasst die Anlage eines CRT-P mit Entfernung eines jeglichen CRT-P oder anderen bestehenden Herzschrittmachers. F) Austausch einer einzigen Elektrode oder der alleinigen Elektroden ➔ ausschließlich 37.76 ➔ dieser Code ist auch dann zu verwenden, wenn eine alte Elektrode in situ belassen wird. G) Anlage oder Austausch von transvenösen Elektroden in das venöse Koronarsystem des linken Ventrikels ➔ 00.52. H) Revision oder Verlagerung der Tasche (Bildung einer neuen Tasche) für den Schrittmacher oder CRT-P ➔ 37.79. I) Revision, Reparatur, Verlagerung der alleinigen Elektrode, ohne Ersatz derselben ➔ 37.75. L) Revision, Reparatur oder Entfernung des Schrittmachers ➔ 37.89 (für die Entfernung eines zeitweiligen transvenösen Schrittmachers keinen Code angeben). M) Aufenthalt zur Kontrolle, Austausch, Einstellung, wegen Entladung der Batterie des Schrittmachers (ohne klinische Symptome) ➔ als Primärdiagnose den Code V53.31 verwenden. N) Patient, Träger eines Schrittmacher ➔ Code V45.01 verwenden. O) Falls der Aufenthalt aufgrund eines schlecht funktionierenden Schrittmachers erfolgt, ist als Primärdiagnose der Code 996.01 "<i>Complicazioni meccaniche da pace-maker cardiaco (elettrodo)</i>" anzugeben. P) Falls der Aufenthalt aufgrund einer Infektion und entzündlichen Reaktion auf den Schrittmacher (Elektrode, Impulsgenerator, subkutane Tasche) erfolgt, ist als Primärdiagnose der Code 996.61 "<i>Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci</i>" anzugeben.
---	---



S.E.7.2. Diagnostische Massnahmen an den Blutgefäßen	Der Code 38.29 „<i>Altre procedure diagnostiche sui vasi sanguigni</i>“ ist mit Vorsicht und nur dann zu verwenden, wenn keine spezifischeren Codes unter „Verschiedenes“ verfügbar sind. Einige Beispiele: • Thermographie der Gefäße ➔ Code 88.86; • Kreislauf-Monitoring ➔ Codes 89.61-89.69; • Angiokardiographie ➔ Codes 88.50-88.58; • Arteriographie ➔ Codes 88.40-88.49; • Phlebographie ➔ Codes 88.60-88.67; • Impedanz-Phlebographie ➔ Code 88.68; • Peripherer Gefäßultraschall ➔ Code 88.77; • Plethysmographie ➔ Code 89.58. Besonderes Augenmerk sei auf die neu eingeführten Codes 00.2_ „<i>Imaging intravascolare dei vasi sanguigni</i>“ gerichtet.
S.E.7.3. Chirurgische Behandlung angeborener arteriovenöser Fehlbildungen im zerebrospinalen Bereich	Die chirurgische Behandlung einer angeborenen arteriovenösen Fehlbildung wird wie folgt beschrieben: Bei zerebraler Lokalisation: Primärdiagnose: Code 747.81 „<i>Anomalia del sistema cerebrovascolare</i>“; Chirurgischer Eingriff: Code 38.81 „<i>Altra occlusione chirurgica di vasi intracranici</i>“ oder Code 38.61 „<i>Altra asportazione di vasi intracranici</i>“. Falls der Eingriff endovaskulär erfolgt, ist der Code 39.72 „<i>Riparazione endovascolare o occlusione dei vasi di testa e collo</i>“ zu verwenden. Bei spinaler Lokalisation: Primärdiagnose: Code 747.82 „<i>Anomalia dei vasi spinali</i>“; Sekundärdiagnose: Code 336.1 „<i>Mielopatie vascolari</i>“; Chirurgischer Eingriff: Code 39.59 „<i>Altra riparazione di vasi</i>“. Falls der Eingriff endovaskulär erfolgt, ist der Code 39.79 „<i>Altra riparazione endovascolare (di aneurisma) di altri vasi</i>“ zu verwenden.
S.E.7.4. Chirurgische Behandlung erworbener arteriovenöser Fisteln im Zerebrospinalbe- reich	Die chirurgische Behandlung arteriovenöser Fisteln wird folgendermaßen beschrieben: Bei zerebrovaskulären intrakraniellen oder Carotis-Cavernosus-Fisteln: Primärdiagnose: Code 437.3 „<i>Aneurisma cerebrale senza rottura</i>“; Eingriff: Code 39.53 „<i>Riparazione di fistola arteriovenosa</i>“; falls der Eingriff endovaskulär erfolgt, ist der Code 39.72 „<i>Riparazione endovascolare o occlusione dei vasi di testa e collo</i>“ zu verwenden. Bei zerebrovaskulären extrakraniellen Fisteln: Primärdiagnose: Code 442.81 „<i>Aneurisma dell'arteria del collo</i>“; Eingriff: Code 39.53 „<i>Riparazione di fistola arteriovenosa</i>“; Falls der Eingriff endovaskulär erfolgt, ist der Code 39.72 „<i>Riparazione endovascolare o occlusione dei vasi di testa e collo</i>“ zu verwenden. Bei erworbenen spinalen Fisteln: Primärdiagnose: Code 447.0 „<i>Fistola arterovenosa acquisita</i>“; Sekundärdiagnose: Code 336.1 „<i>Mielopatie vascolari</i>“. Eingriff: Code 39.53 „<i>Riparazione di fistola arteriovenosa</i>“. Falls der Eingriff endovaskulär erfolgt, ist der Code 39.79 „<i>Altra riparazione endovascolare (di aneurisma) di altri vasi</i>“ zu verwenden.
S.E.7.5. Chirurgische Behandlung von Aneurysmen intrakranieller Arterien	Die chirurgische Behandlung von Aneurysmen intrakranieller Arterien wird wie folgt kodiert: Primärdiagnose: Code 430 „<i>Rottura di aneurisma cerebrale congenito SAI</i>“ (mit Blutung) oder Code 437.3 „<i>Aneurisma cerebrale senza rottura</i>“ (ohne Blutung); Eingriff: Code 39.51 „<i>Clipping di aneurismi</i>“ oder Code 38.81 „<i>Altra occlusione chirurgica di vasi intracranici</i>“ + gegebenenfalls weitere Massnahmen. Im Falle eines endovaskulären Eingriffs wird folgender Code benutzt: 39.72 „<i>Riparazione endovascolare o occlusione dei vasi di testa e collo</i>“.



S.E.7.6. Perkutane Eingriffe an den Blutgefäßen	Koronare Angioplastie A) Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) oder koronare Endarteriektomie ➔ Code 00.66. B) Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) mit Einbringen von Koronarstent(s) ohne Medikamenten-Freisetzung: in diesem Fall sind sowohl die koronare Angioplastie (PTCA) ➔ Code 00.66, als auch das Einbringen von Koronarstent(s) ohne Medikamenten-Freisetzung in eine Koronararterie, ➔ Code 36.06, zu kodieren. Diese Code-Kombination ist zur richtigen DRG-Zuteilung erforderlich. Das bloße Einbringen von Stents wird vom Grouper nicht berücksichtigt und führt zur Bildung einer medizinischen DRG. C) Perkutane transluminale Angioplastie (PTCA) mit Einbringen von Koronarstent(s) mit Medikamenten-Freisetzung: in diesem Fall ist sowohl die Koronarangioplastie (PTCA) ➔ Code 00.66, als auch das Einbringen von Koronarstent(s) mit Medikamenten-Freisetzung in eine Koronararterie, ➔ Code 36.07, zu kodieren. Diese Code-Kombination ist zur richtigen DRG-Zuteilung erforderlich. Das bloße Einsetzen von Stents wird vom Grouper nicht berücksichtigt und führt zur Bildung einer medizinischen DRG. Angioplastie der präzerebralen extrakraniellen Gefäße D) Angioplastie an präzerebralen extrakraniellen Gefäßen (A. basilaris, A. carotis, A. vertebralis): Perkutane Angioplastie oder Endarteriektomie an präzerebralen extrakraniellen Gefäßen ➔ Code 00.61. E) Angioplastie mit Einbringen eines Carotis-Stent: kodiert werden sowohl die perkutane Angioplastie oder Endarteriektomie präzerebraler extrakranieller Gefäße ➔ Code 00.61, als auch das perkutane Einbringen von Stents in der A. carotis ➔ Code 00.63. Diese Code-Kombination ist zur richtigen DRG-Zuteilung 577 "Inserzione di stent carotideo" erforderlich. Das bloße Einsetzen von Stents wird vom Grouper nicht berücksichtigt und führt zur Bildung einer medizinischen DRG. F) Angioplastie an präzerebralen extrakraniellen Gefäßen (A. basilaris, A. vertebralis) mit Einsatz von Stents in anderen präzerebralen Arterien (außer A. carotis): es sind sowohl die perkutane Angioplastie oder Endarteriektomie präzerebraler extrakranieller Gefäße ➔ Code 00.61, als auch der perkutane Einsatz von Stents in anderen extrakraniellen präzerebralen Arterien (außer A. carotis), ➔ Code 00.64, zu kodieren. Diese Code-Kombination ist zur richtigen DRG-Zuteilung erforderlich. Das bloße Einsetzen von Stents wird vom Grouper nicht berücksichtigt und führt zur Bildung einer medizinischen DRG. Angioplastie an intrakraniellen Gefäßen G) Perkutane Angioplastie oder Endarteriektomie an intrakraniellen Gefäßen ➔ Code 00.62. H) Angioplastie an intrakraniellen Gefäßen mit perkutanem Einsatz von intrakraniellen Gefäßstents: es werden sowohl die perkutane Angioplastie oder Endarteriektomie an den intrakraniellen Gefäßen kodiert ➔ Code 00.62, als auch der perkutane Einsatz von intrakraniellen Gefäßstents ➔ Code 00.65. Diese Code-Kombination ist zur richtigen DRG-Zuteilung erforderlich. Das bloße Einsetzen von Stents wird vom Grouper nicht berücksichtigt und führt zur Bildung einer medizinischen DRG. I) Angioplastie an sonstigem(n) nicht-Herzkranzgefäß(en) (PTA) Angioplastie an sonstigem(n) nicht-Herzkranzgefäß(en) (PTA) ➔ Code 39.50.
--	--



S.E.7.6. Perkutane Eingriffe an den Blutgefäßen Fortsetzung	L) Angioplastie an sonstigem(n) nicht–Herzkranzgefäß(en) (PTA) mit Einsatz von Stents mit Medikamenten-Freisetzung in peripheren Gefäßen: sowohl die Angioplastie an sonstigem(n) nicht–Herzkranzgefäß(en) (PTA) ➔ Code 39.50, als auch der Einsatz von Stents mit Medikamenten-Freisetzung in peripheren Gefäßen, ➔ Code 00.55, werden kodiert. Diese Code-Kombination ist zur richtigen DRG-Zuteilung erforderlich. Das bloße Einsetzen von Stents wird vom Grouper nicht berücksichtigt und führt zur Bildung einer medizinischen DRG. M) Angioplastie an sonstigem(n) nicht–Herzkranzgefäß(en) (PTA) mit Einsatz von Stents ohne Medikamenten-Freisetzung in peripheren Gefäßen: sowohl die Angioplastie an sonstigem(n) nicht–Herzkranzgefäß(en) (PTA) ➔ Code 39.50, als auch der Einsatz von Stents ohne Medikamenten-Freisetzung in peripheren Gefäßen ➔ Code 39.90 werden kodiert. Diese Code-Kombination ist zur richtigen DRG-Zuteilung erforderlich. Das bloße Einsetzen von Stents wird vom Grouper nicht berücksichtigt und führt zur Bildung einer medizinischen DRG. Andere Aspekte, die zu berücksichtigen sind: N) Intrakoronare Infusion von Thrombolytika: im Falle einer Infusion durch Injektion oder direkte Koronarkatheterinfusion in die Koronararterie wird der Code 36.04 verwendet. O) Systemische Thrombolyse: folgende Code-Kombination wird dafür verwendet: 39.97 “Altra perfusione” + 99.10 “Iniezione o infusione di agente trombolitico”. P) Es sei daran erinnert, dass bei perkutanen Gefäßeingriffen auch folgendes kodiert werden muss: • die Anzahl der behandelten Gefäße (00.40 - 00.43); • die Anzahl der eventuell eingesetzten Stents (00.45 – 00.48); • ob das Verfahren auf einer Gabelung der Gefäße durchgeführt wurde (00.44). Q) Bei Pseudoaneurysmen, die sich an der Punktionstelle nach vaskulären Interventionen bilden, wird als Diagnose der Code 998.2 “Puntura o lacerazione accidentale durante un intervento, non classificate altrove” verwendet.
S.E.7.7. Eingriffe bei Varizen der unteren Extremitäten	1) <u>Einfache Crossektomie</u> ➔ Primärdiagnose: Code 454. _ „Varici degli arti inferiori”; Eingriff: Code 38.69 “Altra asportazione di vene dell’arto inferiore”. 2) <u>Crossektomie und Stripping</u> ➔ Primärdiagnose: Code 454. _ „Varici degli arti inferiori”; Primäreingriff: Code 38.69 “Altra asportazione di vene dell’arto inferiore”; Sekundäreingriff: Code 38.59 “Legatura e stripping di vene varicose dell’arto inferiore”. 3) <u>Perforantenligatur (ohne Crossektomie und ohne Stripping)</u> ➔ Primäreingriff: Code 38.89 “Altra occlusione chirurgica di vene arto inferiore”. 4) <u>Crossektomie + Stripping + Perforantenligatur</u> ➔ Primäreingriff: Code 38.69 “Altra asportazione di vene dell’arto inferiore”; Sekundäreingriff: Code 38.59 “Legatura e stripping di vene varicose dell’arto inferiore”; Sekundäreingriff: Code 38.89 “Altra occlusione chirurgica di vene arto inferiore”. 5) <u>Subfasziale endoskopische Perforanschirurgie (SEPS)</u> ➔ Primäreingriff: Code 38.59 “Legatura e stripping di vene varicose dell’arto inferiore”; Sekundäreingriff: Code 83.09 “Altra incisione dei tessuti molli”. 6) <u>Lokalisierte Varizektomie</u> (z.B. variköse Geschwulst) ➔ Eingriff: Code 38.69 “Altra asportazione di vene dell’arto inferiore”.
S.E.7.8. Eingriffe mit extrakorporaler Zirkulation (EKZ)	Bei Eingriffen, die unter Anwendung der EKZ durchgeführt werden, ist der Code 39.61 “Circolazione extracorporea ausiliaria per chirurgia a cuore aperto” hinzuzufügen.



S.E.7.9. Postoperative Infektionen und Komplikationen

A - Mediastinitis und der entsprechende Eingriff zur Entfernung oder Abtragung einer mediastinalen Läsion oder von mediastinalem Gewebe werden folgendermaßen dargestellt:

Primärdiagnose: 998.59 „*Altra Infezione postoperatoria*“;

Sekundärdiagnose: 519.2 „*Mediastinite*“;

Primäreingriff: 34.3 „*Asportazione o demolizione di lesione o tessuto del mediastino*“.

B - Infektionen von Operationswunden und Wundtoilette werden wie folgt kodiert:

Primärdiagnose: 998.59 „*Altra Infezione postoperatoria*“;

Primäreingriff: 86.22 „*Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*“ oder 86.28 „*Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione*“.

Es sei daran erinnert, dass der Code 86.22 „*Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione*“ jenen Fällen vorzubehalten ist, in denen eine ausgedehnte Wundausschneidung im Operationssaal durchgeführt wird.

C - Bei erneuter Krankenhausaufnahme wegen Dehiszenz einer sternalen Operationswunde und darauf folgender Wundversorgung sind folgende Codes zu verwenden:

Primärdiagnose: 998.3_ „*Rottura di ferita chirurgica, non classificata altrove*“;

Primäreingriff: 78.51 „*Fissazione interna di scapola, clavicola e torace (costo e sterno) senza riduzione di frattura*“.

D - Die Verfahrenscodes für Eingriffe zur Stillung einer postoperativen Blutung sind je nach betroffenem Organ oder Region folgende:

21.0_ „*Controllo di epistassi*“;

28.7 „*Controllo di emorragia dopo tonsillectomia e adenoidectomia*“;

39.41 „*Controllo di emorragia a seguito di chirurgia vascolare*“;

39.98 „*Controllo di emorragia, NAS*“;

42.33 „*Controllo di sanguinamento esofageo*“;

44.43 „*Controllo endoscopico di sanguinamento gastrico o duodenale*“;

44.49 „*Altro controllo di emorragia dello stomaco o del duodeno*“;

45.43 „*Controllo endoscopico di sanguinamento colico*“;

49.95 „*Controllo (postoperatorio) di emorragia dell'ano*“;

57.93 „*Rimozione di tampone ed emostasi vescicale postchirurgica*“;

60.94 „*Controllo di emorragia prostatica postchirurgica*“.

Neben den oben angeführten Codes sind auch folgende Codes zu verwenden:

38.80-38.89 chirurgischer Verschluss von Gefäßen durch Ligatur;

39.30-39.32 Gefäßnaht.

E - Postoperative Sepsis ➡

Primärdiagnose: 998.59 „*Setticemia postoperatoria*“;

Sekundärdiagnose: 038.__ „*Setticemia*“ (die letzten beiden Ziffern richten sich nach der Art der Sepsis).

Bei Vorhandensein klinischer Entzündungszeichen wird die Sepsis unter den Sekundärdiagnosen auch mit folgenden Codes beschrieben:

995.91 „*Sepsi (che include la Sindrome da risposta infiammatoria sistemica, dovuta a processo infettivo senza disfunzione d'organo acuta)*“ oder 995.92

„*Sepsi severa (che include la sindrome da risposta infiammatoria sistemica data da un processo infettivo con disfunzione d'organo acuta)*“. Im Falle eines septischen Schocks wird unter den Sekundärdiagnosen auch der Code 785.52 wiedergegeben.

F - Persistierende postoperative Mediastinalfistel ➡ Primärdiagnose: 998.6 „*Fistola postoperatoria persistente, non classificata altrove*“;

Eingriff/Verfahren: 34.73 „*Chiusura di altra fistola del torace*“.

G - Mechanische Komplikationen durch Prothesen, Implantate und Transplantate am Herzen:

- durch einen Schrittmacher ➡ 996.01;

- durch eine Herzklappenprothese ➡ 996.02;

- andere mechanische Bypass-Komplikationen ➡ 996.03.

- durch einen automatischen implantierbaren Herzdefibrillator ➡ 996.04;



S.E.7.9. Postoperative Infektionen und Komplikationen (Fortsetzung)	H – Bypass-Störungen ➔ • “Aterosclerosi di bypass venoso autologo” ➔ 414.02; • “Aterosclerosi di bypass biologico non autologo” ➔ 414.03; • “Aterosclerosi di bypass arterioso” ➔ 414.04; • “Aterosclerosi coronaria di bypass (arteria) (vena) in cuore trapiantato” ➔ 414.07; • “Altre complicazioni meccaniche di bypass” ➔ 996.03. I - Infektion und entzündliche Reaktion auf Prothesen, Implantate und Transplantate am Herzen (z.B. Endokarditis durch Klappenprothese) ➔ Primärdiagnose: 996.61 „Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti ed innesti cardiaci“; Sekundärdiagnose: 996.02 „Complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca“, bei gleichzeitiger Prothesenlockerung. L - Sonstige nicht mechanische Komplikationen (nicht näher bezeichnete Okklusion, Embolie, Thrombus, Stenose) durch Prothesen, Implantate und Transplantate: • durch eine Herzklappenprothese ➔ 996.71; • durch einen Koronarbypass ➔ 996.72. M - Funktionelle Langzeitwirkungen: Herzinsuffizienz, Herzdekompensation als Folge eines Eingriffes oder einer Prothese ➔ 429.4 „Disturbi funzionali conseguenti a chirurgia cardiaca – Sindrome post-cardiotomica“. Wichtig: Die V-Codes dürfen zur Beschreibung von Komplikationen nicht verwendet werden; Letztere sind gegebenenfalls durch die spezifischen numerischen Kategorien zu definieren.
S.E.7.10. Diagnostische Massnahmen am Herzen	A) Koronarangiographie: • einfache Katheteruntersuchung 88.55; • kombinierte Katheteruntersuchung 88.56. B) Angiokardiographie: • der rechten Herzhälfte 88.52; • der linken Herzhälfte 88.53; • der rechten und linken Herzhälfte 88.54. Bei kombiniertem Massnahmen (etwa Koronarangiographie und Ventrikulographie) sind beide Codes 88.56 und 88.53 anzugeben. C) Rechtsherz-Katheteruntersuchung (Aufzeichnung hämodynamischer und oxymetrischer Werte in den rechten Herzhöhlen und in der Lungenarterie) ➔ 37.21; Bei der Herz-Katheteruntersuchung mit Hilfe des Swan-Ganz-Katheters (invasives Massnahmen zur Kontrolle der rechten Herzhöhlen, welches oft nach einer Herzoperation durchgeführt wird) ist der Code 89.64 anzugeben, der in der ICD-9-CM-Klassifikation spezifisch für solche Massnahmen vorgesehen ist. D) Linksherz-Katheteruntersuchung (Aufzeichnung hämodynamischer und oxymetrischer Werte im Linksherz und in der Aorta) ➔ 37.22. E) Kombinierte Links- und Rechtsherz-Katheteruntersuchung ➔ 37.23. F) Herzbiopsie ➔ 37.25. G) Elektrophysiologische Herzstimulation und Aufzeichnungsstudien: 37.20 “Stimolazione elettrica non invasiva programmata [NIPS]”; 37.26 “Test invasivo elettrofisiologico con cateterismo - Studi elettrofisiologici [EPS]”. Gegenenfalls sind auch gleichzeitig durchgeführte Massnahmen zu kodieren, mit Ausnahme der Aufzeichnung des His-Bündels, Code 37.29. H) Kardiales Mapping ➔ 37.27 “Mappatura del cuore“ I) Andere Verfahren an Herz und Perikard: • Aufzeichnung des His-Bündels ➔ 37.29 (dieser Code ist nur dann allein zu verwenden, wenn die Aufzeichnung isoliert erfolgt); finden gleichzeitig andere elektrophysiologische Untersuchungen statt, so sind die Codes 37.20 und 37.26 hinzuzufügen; • Katheterablation von Läsionen oder Gewebsteilen des Herzens (inkl. perkutane Radiofrequenz- oder Laserablation) ➔ 37.34.



S.E.7.11. Dialyse

A) Bei Aufnahme eines Patienten, der einer **Dialysebehandlung** bedarf, sind je nach Fall folgende Codes zu verwenden:

- V56.0 „*Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea*“;
- V56.8 „*Trattamento ulteriore che richiede dialisi peritoneale*“.

Unter den Massnahmen können folgende Codes angeführt werden:

- 39.95 „*Emodialisi*“
- 54.98 „*Dialisi peritoneale*“.

B) Bei Aufnahme eines Patienten zum **Legen** eines Dialysekatheters, zur Bildung eines arteriovenösen Shunts oder einer arteriovenösen Fistel (AVF) verwendet man für die Primärdiagnose die Codes 585.5 „*Malattia renale cronica, stadio V*“ oder 585.6 „*Malattia renale cronica, stadio finale*“.

Unter den Massnahmen sind je nach Fall folgende Codes anzuführen:

- Legen eines Katheters zur Nierendialyse: 38.95 „*Cateterismo venoso per dialisi renale*“;
- Bildung eines arteriovenösen Shunts mit intravasaler Kanüle: 39.93 „*Inserzione di cannula intervasale*“;
- Bildung einer peripheren arteriovenösen Fistel (AVF): 39.27 „*Arteriovenostomia per dialisi renale*“;
- Bildung einer arteriovenösen Fistel (AVF) mit Einsatz eines Stents: 39.27 „*Arteriovenostomia per dialisi renale*“ + 39.90 „*Inserzione di stent su arteria non coronaria*“;
- Einsatz eines Stents in einer bereits bestehenden arteriovenösen Fistel (AVF): 39.50 „*Angioplastica o atrectomia di altro/i vaso/i non coronarico/i*“ + 39.90 „*Inserzione di stent non medicato in vaso periferico*“;
- Legen eines Dauerkatheters zur Peritonealdialyse: 54.93 „*Creazione di fistola cutaneo-peritoneale*“;

C) Wird im Laufe des Aufenthaltes der Dialysekatheter **entfernt** (nicht aufgrund von Komplikationen), verwendet man je nach Fall folgende Codes:

- V56.1 „*Estrazione di catetere extracorporeo per dialisi*“
- V56.2 „*Estrazione di catetere peritoneale per dialisi*“.

Unter den Massnahmen sind folgende Codes anzuführen:

- 39.43 „*Rimozione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale*“
- 97.82 „*Rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale*“.

D) Kommt es im Laufe des Aufenthaltes aufgrund von **Komplikationen** zur Revision der Eingriffe, die mit der Hämodialyse oder Peritonealdialyse im Zusammenhang stehen, verwendet man folgende Codes:

Hämodialyse:

- 996.1 „*Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti, e innesti vascolari per dialisi*“
- 996.62 „*Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti vascolari per dialisi*“
- 996.73 „*Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti vascolari per dialisi renale*“.

Peritonealdialyse:

- 996.56 „*Complicazioni meccaniche da catetere per dialisi peritoneale*“
- 996.68 „*Infezione e reazione infiammatoria da catetere per dialisi peritoneale*“.

Unter den Massnahmen sind je nach Fall folgende Codes zu verwenden:

- Revision oder Wechsel eines Katheters: 39.94 „*Sostituzione di cannula intervasale*“
- Revision eines arteriovenösen Shunts: 39.42 „*Revisione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale*“
- Entfernung eines arteriovenösen Shunts: 39.43 „*Rimozione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale*“.



S.E.7.12. Implantation/ Entfernung eines Loop-Recorders	A) Implantation eines Loop-Recorders ➔ die Erkrankung, die die Implantation des Loop-Recorders erforderte, wird als Primärdiagnose kodiert. Als Eingriff ist der Code 37.79 "<i>Inserzione di loop recorder</i>" anzugeben. B) Entfernung eines Loop-Recorders ➔ als Primärdiagnose ist der Code V53.39 „<i>Collocazione e sistemazione di altro dispositivo cardiaco</i>“ anzugeben, während der Eingriff mit 86.05 "<i>rimozione di loop recorder</i>" kodiert wird.
S.E.7.13. Kodierung der verschiedenen Gefäßkatheter	Kodierung der verschiedenen Gefäßkatheter: Vollständig oder teilweise implantierbare vaskuläre Vorrichtungen: • PORT-A-CATH oder INFUSE-A-PORT oder GROSHONG-Katheter ➔ den Verfahrenscod 86.07 verwenden; • Vollständig implantierbare Pumpe (auch in der Depot-Version) ➔ den Verfahrenscod 86.06 verwenden; Getunnelte Kathetersysteme (ZVK): Zentraler Venenkatheter nach HICKMAN, BROVIAC, QUINTON ➔ den Verfahrenscod 38.93 verwenden.
S.E.7.14. Verschiedene diagnostische und therapeutische Massnahmen im kardiologischen Bereich	A) Echokardiographie ➔ 88.72 (Bezüglich Herzultraschall kommt dieser Code bei allen transthorakalen und transösophagealen Massnahmen zur Anwendung. Im Falle einer ergometrischen und pharmakologischen Stress-Echokardiographie ist der Code 89.43 hinzuzufügen). B) Magnetresonanztomographie des Thorax und Herzens ➔ 88.92. C) Herz-Belastungstests ➔ Codes von 89.41 bis 89.44. D) Herzschrittmacher-Kontrolle ➔ Codes von 89.45 bis 89.48. E) Kontrolle des Cardioverters/ Defibrillators ➔ Code 89.49. F) Sonstige herzdiagnostische Funktionstests: • Telemetrietest mit Aufzeichnung der Spätpotentiale ➔ 89.54; • Tilting-Test ➔ 89.59 (mangels spezifischer Codes). G) Alle Massnahmen der Nuklear-Kardiologie ➔ 92.05 (mangels spezifischer Codes). H) Besondere hämodynamische Massnahmen: • Intrakardiale Echokardiographie ➔ 37.28; • Intrakoronare Druckmessung (pressure wire) ➔ 89.69 (mangels spezifischer Codes); • Intrakoronare Flussmessung (flow wire) und Koronarangiographie ➔ 89.69 (mangels spezifischer Codes) und 88.55 oder 88.56 oder 88.57; • Alkoholinjektion in die septalen Koronaräste (bei hypertropher obstruktiver Herzmuskelerkrankung) ➔ 37.34 (mangels spezifischer Codes). I) Implantation oder Wechsel eines Drucksensors zur Überwachung der hämodynamischen Parameter ➔ 00.56 J) Implantation oder Wechsel einer subkutanen Vorrichtung zur hämodynamischen intrakardiale Überwachung ➔ 00.57.

**S.E.7.15.****Automatischer Defibrillator**

Für die Anlage eines automatischen Defibrillators ist als Primärdiagnose die Krankheit anzugeben, die den Einsatz dieses Geräts erforderte. Für die chirurgischen Eingriffe können folgende Codes verwendet werden:

A) Anlage eines automatischen Defibrillators, komplettes System [AICD] ➔ 37.94; dieser Code umfasst die Positionierung des Defibrillators mit Elektroden (Epikard-Patches), die Bildung einer Tasche (Fascia abdominalis, subkutan), eventuell eine transvenöse Elektrode, intraoperative Massnahmen zur Beurteilung von Elektrodensignalen und zum Erhalt von Schwellenwertmessungen des Defibrillators

B) Defibrillator für die Resynchronisation des Herzens, komplettes System (CRT-D) ➔ 00.51; dieser Code umfasst die Positionierung des ICD BiV Defibrillators, BiV Herzschrittmacher mit Defibrillator, BiV Pacing mit Defibrillator, biventrikuläres Pacing mit internem Cardiovertem Defibrillator, Defibrillator-System mit Elektroden (AICD), Bildung einer Tasche, Positionierung einer transvenösen Elektrode in das koronare Venensystem des linken Ventrikels und intraoperative Massnahmen zur Beurteilung der Elektrodensignale und zum Erhalt von Schwellenwertmessungen des Defibrillators.

C) Austausch des automatischen Defibrillators, komplettes System [AICD] ➔ 37.94.

D) Implantation oder Wechsel des Defibrillators zur Resynchronisation des Herzens (CRT-D) ➔ 00.54; dieser Code umfasst die Implantation des CRT-D mit Entfernung eines jeglichen CRT-D, CRT-P, Schrittmachers oder anderen bestehenden Defibrillators.

E) Isolierte Elektrodenimplantation des automatischen Defibrillators ➔ 37.95.

F) Anlage oder Austausch von transvenösen Elektroden des linken Ventrikels ➔ 00.52.

G) Implantation des Impulsgenerators des automatischen Defibrillators ➔ 37.96.

H) Austausch der Elektrode des automatischen Defibrillators ➔ 37.97.

I) Austausch des Impulsgenerators des automatischen Defibrillators ➔ 37.98.

L) Entfernung des Impulsgenerators des Defibrillators ohne Austausch ➔ 37.99.

M) Verlagerung der Elektrode [Sensoren] (Einstellung der Frequenz) ➔ 37.99.

N) Verlagerung des Impulsgenerators des Defibrillators ➔ 37.79.

O) Revision der Tasche des (automatischen) Defibrillators ➔ 37.79.

P) Kontrolle des implantierbaren automatischen Defibrillators (AICD) ➔ 89.49.

Q) Aufenthalt zur Kontrolle, Austausch, Einstellung des automatischen Defibrillators (ohne klinische Symptome) als Primärdiagnose den Code V53.32 verwenden.

R) bei Patient, der Träger eines implantierbaren automatischen Defibrillators ist, den Code V45.02 verwenden.

S) bei Aufnahmen aufgrund eines schlecht funktionierenden automatischen Defibrillators ist als Primärdiagnose der Code 996.04 "Complicazioni meccaniche del defibrillatore cardiaco automatico impiantabile" zu verwenden.

T) bei Aufnahmen aufgrund einer Infektion und entzündlichen Reaktion auf den automatischen Defibrillator (Elektrode, Impulsgenerator, subkutane Tasche), ist als Primärdiagnose der Code 996.61 "Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci" zu verwenden.



S.E.7.16. Eingriffe am Glomus caroticum	Als Pimärddiagnose ist der Code 337.0 "Sindrome del glomo o seno carotideo" anzugeben. Unter den Eingriffen muss der Code 39.8 "Interventi sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari" angegeben werden.
S.E.7.17. Nicht anderswo klassifizierte Eingriff- und Verfahrenscodes (Kapitel 00)	00.01 terapia ad ultrasuoni dei vasi di testa e collo 00.02 terapia ad ultrasuoni del cuore 00.03 terapia ad ultrasuoni dei vasi vascolari periferici 00.13 iniezione o infusione di nesiritide 00.16 trattamento pressurizzato di bypass venoso eseguito con farmaci 00.17 infusione di agenti vasopressori 00.18 infusione di terapia anticorpale immunosoppressiva durante la fase di induzione di trapianto di organo solido 00.21 imaging intravascolare dei vasi cerebrali extracranici 00.22 imaging intravascolare dei vasi intratoracici 00.23 imaging intravascolare dei vasi periferici 00.24 imaging intravascolare dei vasi coronarici 00.25 imaging intravascolare dei vasi renali 00.28 imaging intravascolare di altri vasi specificati 00.29 imaging intravascolare di altri vasi non specificati 00.40 procedure su un singolo vaso 00.41 procedure su due vasi 00.42 procedure su tre vasi 00.43 procedure su quattro o più vasi 00.44 procedure sulla biforcazione dei vasi 00.45 inserzione di uno stent vascolare 00.46 inserzione di due stent vascolari 00.47 inserzione di tre stent vascolari 00.48 inserzione di quattro o più stent vascolari 00.50 impianto di pacemaker per la risincronizzazione cardiaca senza menzione di defibrillazione, sistema totale (crt-p) 00.51 impianto di defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca, sistema totale (crt-d) 00.52 impianto o sostituzione di elettrodi transvenosi nel sistema venoso coronarico del ventricolo sinistro 00.53 impianto o sostituzione del solo pacemaker per la risincronizzazione cardiaca (crt-p) 00.54 impianto o sostituzione del solo defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca (crt-d) 00.55 inserzione di stent medicati in vasi periferici 00.56 inserzione o sostituzione di elettrodi a pressione impiantabili per il monitoraggio emodinamico intracardiaco 00.57 impianto o sostituzione di dispositivo sottocutaneo per il monitoraggio emodinamico intracardiaco 00.61 angioplastica percutanea o aterectomia di vasi precerebrali extracranici 00.62 angioplastica percutanea o aterectomia dei vasi intracranici 00.63 inserzione percutanea di stent nell'arteria carotidea 00.64 inserzione percutanea di stent in altre arterie precerebrali (extracraniche) 00.65 inserzione percutanea di stent vascolari intracranici 00.66 angioplastica percutanea coronarica transluminale (ptca) o aterectomia coronarica

**S.E.7.18.****Neu eingeführte und
abgeänderte
Eingriffcodes****Neue Eingriff-/Verfahrenscodes (16)**

- 35.55 Riparazione di difetto del setto ventricolare con protesi, tecnica chiusa
- 36.07 Inserzione di stent medicato in arteria coronaria
- 36.33 Rivascolarizzazione transmiocardica endoscopica
- 36.34 Rivascolarizzazione transmiocardica per cutanea
- 37.20 Stimolazione elettrica non invasiva programmata [NIPS]
- 37.41 Impianto di dispositivo protesico di supporto cardiaco attorno al cuore
- 37.49 Altra riparazione di cuore e pericardio
- 37.51 Trapianto di cuore
- 37.52 Impianto di sistema di sostituzione cardiaca totale
- 37.53 Riparazione o sostituzione di un'unità toracica di sistema di sostituzione cardiaca totale
- 37.54 Riparazione o sostituzione di altro componente impiantabile di sistema di sostituzione cardiaca totale
- 37.68 Inserzione di dispositivo di assistenza cardiaca esterno per cutaneo
- 37.90 Inserzione di dispositivo nell'appendice atriale sinistra
- 39.72 Riparazione endovascolare o occlusione dei vasi di testa e collo
- 39.73 Impianto di graft endovascolare nell'aorta toracica
- 39.74 Rimozione endovascolare di ostruzione da vaso/i di testa e collo

Abgeänderte Eingriff-/Verfahrenscodes (19)

- 35.53 Riparazione con protesi di difetto del setto interventricolare
- 36.06 Inserzione di stent non medicato nell'arteria coronaria
- 36.11 Bypass (aorto)coronarico di una arteria coronaria
- 36.12 Bypass (aorto)coronarico di due arterie coronariche
- 36.13 Bypass (aorto)coronarico di tre arterie coronariche
- 36.14 Bypass (aorto)coronarico di quattro o più arterie coronariche
- 37.26 Test invasivo elettrofisiologico con cateterismo
- 37.33 Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore, approccio aperto
- 37.34 Asportazione o distruzione di altri tessuti o lesioni del cuore, altro approccio
- 37.62 Inserzione di sistemi di assistenza cardiaca non impiantabili
- 37.63 Riparazione di sistema di assistenza cardiaca
- 37.65 Impianto di sistema di assistenza cardiaca esterno
- 37.66 Inserzione di sistema di assistenza cardiaca impiantabile
- 37.79 Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco
- 39.50 Angioplastica o aterectomia di altro/i vaso/i non coronarico/i
- 39.79 Altra riparazione endovascolare (di aneurisma) di altri vasi
- 39.90 Inserzione di stent non medicato in vaso periferico





8. – EINGRIFFE AM BLUT- UND LYMPHGEFÄSSSYSTEM (40 – 41)

S.E.8.1. Knochenmark- entnahme	Im Falle eines Aufenthalts zur Knochenmarkentnahme eines Spenders zwecks Transplantation ist als Primärdiagnose der Code V59.3 "Donatori di midollo osseo" und unter den Eingriffen/Massnahmen der Code 41.91 "Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto" (sowohl bei einer Eigen- als auch allogenen Spende) anzugeben.
S.E.8.2. Knochenmark- transplantation	Bei einer Knochenmarktransplantation sind folgende Codes anzugeben: für die autogene Transplantation 41.01, 41.09; für die allogene Transplantation 41.02, 41.03. Der Code 41.00 „ <i>trapianto di midollo osseo SAI</i> “ wird nie verwendet, da er unspezifisch ist.
S.E.8.3. Transplantation von Stammzellen	Stammzellentransplantationen werden mit folgenden Codes kodiert: die autologe Transplantation mit 41.04, 41.07; die allogene Transplantation mit 41.05, 41.06, 41.08. Zur Beschreibung der Stammzellenentnahme ist Code 99.79 sowohl bei einer Eigen- als auch allogenen Spende (wie auch bei anderen Verwendungen) anzugeben.
S.E.8.4. Stimulation der Stammzellen im peripheren Blut	Erfolgt die Stimulation der Stammzellen im peripheren Blut mittels Chemotherapie, so kann sie mit 99.25 kodiert werden. Die Verwendung von Wachstumsfaktoren ist nicht kodierbar.
S.E.8.5. Szintigraphische Phase in der Biopsie des Sentinel- Lymphknotens	Code 92.16 „ <i>Scintigrafia del sistema linfatico</i> “ ➔ es empfiehlt sich, mit diesem Code die szintigraphische Phase der Sentinel-Lymphknotenbiopsie anzugeben.
S.E.8.6. Axilläre Lymphknoten- dissektion	40.23 „ <i>Asportazione di linfonodi ascellari</i> “ ➔ Dieser Code eignet sich zur Beschreibung aller Formen von partieller axillärer Dissektion, und zwar für die Dissektion Level I und II, das axilläre Sampling und die Sentinel-Lymphknotenbiopsie. 40.51 „ <i>Asportazione radicale dei linfonodi ascellari</i> “ ➔ Dieser Code ist bei einer axillären radikalen Lymphadenektomie (Dissektion Level I, II und III) anzugeben.
S.E.8.7. Knochenmark- biopsie	Eine perkutane Nadel-Biopsie am Knochenmark wird mit 41.31 " <i>Biopsia del midollo osseo</i> " kodiert; falls sie „offen“ erfolgt, werden die Codes der Kategorie 77.4_ " <i>Biopsia dell'osso</i> " angegeben, wobei mit der vierten Ziffer die Knochenentnahmestelle anzugeben ist. Der Code 77.40 " <i>Biopsia dell'osso, sede non specificata</i> " darf nicht verwendet werden, da er unspezifisch ist.



S.E.8.8. Eingriff bei Hämangiom und Lymphangiom	A) Die Injektion sklerosierender Substanzen zur Behandlung von Hämangiomen (Diagnosecode 228.0_) wird mit 39.92 „<i>Iniezione intravenosa di sostanze sclerosanti</i>“ kodiert. B) Bei operativer Entfernung eines Lymphangioms (Diagnosecode 228.1) ist der spezifische Code 40.29 „<i>Asportazione di linfagioma</i>“ anzugeben.
S.E.8.9. Neu eingeführte und abgeänderte Eingriffcodes	Neue Eingriff-/Verfahrens codes (0) Abgeänderte Eingriff-/Verfahrens codes (0)



9. – EINGRIFFE AM VERDAUUNGSSYSTEM (42 – 54)

S.E.9.1. Cholangiographie	Die endoskopische Cholangiographie wird mit 51.10 oder 51.11 kodiert. Die perkutane Cholangiographie wird mit 87.51 kodiert. Achtung: Die Kodierung der intraoperativen Cholangiographie, Code 87.53, darf nicht weggelassen werden, weil sie die DRG-Zuteilung beeinflusst.
S.E.9.2. Druckmessung von Hohlorganen	Ösophagus-Manometrie: 89.32; Anorektale -Manometrie: 49.29.
S.E.9.3. Gastroösophageale PH-Metrie	Gastroösophageale PH-Metrie: 42.29.
S.E.9.4. Ösophagusvarizen- blutung	Bei stationärer Aufnahme wegen Ösophagusvarizenblutung und entsprechender endoskopischer Blutungskontrolle ist als Primäreingriff immer der Code 42.33 „ <i>Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto esofageo</i> “ anzugeben. Für die Diagnose gelten folgende Kodierungskriterien: a) treten Ösophagusvarizen bei Leberzirrhose oder Pfortaderhochdruck auf, so sind die Ösophagusvarizen als erste zu kodieren, z.B.: Primärdiagnose: 456.20 „ <i>Varici esofagee con sanguinamento in malattie classificate altrove</i> “, vorausgesetzt, dass diese Diagnose die Auswahlkriterien für Primärdiagnosen erfüllt; Andere Diagnosen: 571.2 „ <i>cirrosi epatica alcolica</i> “; b) treten die Ösophagusvarizen außerhalb der unter Punkt a) beschriebenen Rahmenbedingungen auf, ist als Primärdiagnose der Code 456.0 „ <i>Varici esofagee con sanguinamento</i> “ anzugeben, vorausgesetzt, dass diese Diagnose in die Auswahlkriterien der Primärdiagnosen entfällt.
S.K.E.9.5. Behandlung von Lebertumoren	A) Bei Aufenthalt zur Chemoembolisierung eines bereits vorab diagnostizierten Lebertumors ist der Code V58.11 „ <i>Chemioterapia antineoplastica</i> “ als Primärdiagnose und die Codes 155. „ <i>Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici</i> “ oder 197.7 „ <i>Tumori maligni secondari del fegato, specificati come metastatici</i> “ als Sekundärdiagnose zu verwenden; wird der Tumor, für den die Chemoembolisierung indiziert ist und durchgeführt wird, hingegen erst im Laufe des Aufenthaltes diagnostiziert, sind die Codes 155. „ <i>Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici</i> “ oder 197.7 „ <i>Tumori maligni secondari del fegato, specificati come metastatici</i> “ als Primärdiagnose und der Code V58.11 „ <i>Chemioterapia antineoplastica</i> “ als Sekundärdiagnose anzugeben. B) Bei Aufenthalt zur Alkoholisation oder hochfrequenten perkutanen Thermoablation eines Lebertumors ist der Tumor als Primärdiagnose (Codes 155. „ <i>Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici</i> “ oder 197.7 „ <i>Tumori maligni secondari del fegato, specificati come metastatici</i> “) anzugeben. C) Folgende Codes sind hingegen je nach Fall unter den Massnahmen anzuführen: • Chemoembolisierung ➔ 50.94 „<i>Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato</i>“, 99.25 „<i>Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore</i>“, eventuell in Verbindung mit Code 38.91 „<i>Cateterismo arterioso</i>“ oder Code 88.47 „<i>Arteriografia di altre arterie intraaddominali</i>“; • Alkoholisation ➔ 50.94 „<i>Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato</i>“; • ultraschallgesteuerte hochfrequente perkutane Thermoablation ➔ 50.24 „<i>Ablazione percutanea di tessuto o lesione epatici</i>“ und 88.76 „<i>Diagnostica ecografia addominale e retroperitoneale</i>“.



S.E.9.6. Bariatrisch-chirurgische Eingriffe	A) Bei einem Aufenthalt zur Durchführung eines bariatrisch-chirurgischen Eingriffes ist als Primärdiagnose der Code 278.01 "<i>Obesità grave</i>" anzugeben; unter den Eingriffen ist, je nach Fall, einer der folgenden Codes zu verwenden: • 44.68 "Gastroplastica laparoscopica (Bendaggio, Gastroplastica bendaggio verticale (VBG), Bendaggio verticale con silastic)"; • 44.93 "Inserzione di bolla gastrica (palloncino)"; • 44.95 "Procedura laparoscopica di restrizione gastrica"; • 44.99 "Altri interventi sullo stomaco"; • 45.91 "Anastomosi intestinale tenue-tenue". B) Bei einem Aufenthalt zur Revision von bariatrisch-chirurgischen Eingriffen ist als Primärdiagnose der Code 278.01 "<i>Obesità grave</i>" anzugeben und unter den Sekundärdiagnosen der Code V45.86 "Condizione successiva a chirurgia bariatrica" ; unter den Eingriffen ist, je nach Fall, einer der folgenden Codes anzugeben: • 44.96 "Revisione laparoscopica della procedura gastrica restrittiva"; • 44.98 "Regolazione di misura (laparoscopica) del dispositivo di restrizione gastrica regolabile". C) Bei Aufnahmen zum Entfernen einer Vorrichtung zur Magenrestriktion ist als Primärdiagnose der Code V53.99 "Collocazione ed estrazione di altro dispositivo" anzugeben und unter den Sekundärdiagnosen der Code V45.86 "Condizione successiva a chirurgia bariatrica" ; unter den Eingriffen ist, je nach Fall, einer der folgenden Codes anzugeben: • 44.94 "Rimozione di bolla gastrica (palloncino)"; • 44.97 "Rimozione laparoscopica di dispositivo/i di restrizione gastrica".
S.E.9.7. Unterstützende Behandlung oder palliative Therapie	Wird ein Patient einer unterstützenden Behandlung oder Palliativtherapie unterzogen, kann als Primärdiagnose der Code V66.7 „<i>Cure palliative – Assistenza terminale</i>“ verwendet werden, während als Sekundärdiagnose der (eventuell vorhandene) Primärtumor oder die Metastase anzugeben sind. Bei Aufnahme zur Durchführung invasiver Palliativmassnahmen (z.B. Thorakozentese, Parazentese) ist als Primärdiagnose der Code der behandelten Pathologie zu verwenden (z.B. Code 789.5 „<i>Ascite</i>“ oder 511.8 „<i>Altre forme specificate di versamento pleurico, eccetto il tubercolare</i>“), während als Sekundärdiagnose der (eventuell vorhandene) Primärtumor oder die Metastase anzugeben sind. Unter den Massnahmen sind folgende Codes anzuführen: • 34.91 „<i>Toracocentesi</i>“; • 54.91 „<i>Drenaggio percutaneo addominale Paracentesi</i>“.
S.E.9.8. Endoskopische Darmdilatation mit Stentimplantation	Bei Aufenthalten zur endoskopischen Darmdilatation mit Stentimplantation ist die Primärdiagnose mit 560.9 "Stenosi intestinale" und der Eingriff/das Verfahren mit 46.85 "Dilatazione dell'intestino (endoscopica)" zu kodieren.



S.E.9.9. Aufnahme aufgrund von Komplikationen nach Netz-implantation bei Laparozee	Aufnahme nur zur Entfernung des infizierten Netzes: Folgende Codes sind anzugeben: Primärdiagnose: 998.59 „ <i>Altra infezione postoperatoria</i> “; Sekundärdiagnose: V45.89 „ <i>Altro stato postchirurgico</i> “; Primäreingriff: 86.05 „ <i>Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo</i> “; Sekundäreingriff: 83.09 „ <i>Altra incisione dei tessuti molli</i> “. Aufnahme zur Entfernung des infizierten Netzes <u>und</u> Durchführung einer neuen Hernioplastik: Folgende Codes sind anzugeben: Primärdiagnose: 998.59 „ <i>Altra infezione postoperatoria</i> “; Sekundärdiagnose: 553.21 „ <i>Laparozee postchirurgico, senza menzione di ostruzione o gangrena</i> “; Primäreingriff: 53.59 „ <i>Riparazione di altra ernia della parete addominale anteriore</i> “; Sekundäreingriff: 86.05 „ <i>Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo</i> “.
S.E.9.10. Eingriffe an der Haut im analen Bereich	Es sei darauf hingewiesen, dass die meisten Eingriffe an Haut und Unterhaut mit den Codes der Kategorie 86 (86.01-86.99) kodiert werden. Ausnahmen bilden Eingriffe an folgenden Hautbereichen: Anus ➔ Codes 49.01-49.99
S.E.9.11. Proktopexie-Eingriff nach Longo	Der Aufenthalt wird mit folgenden Codes beschrieben: Primärdiagnose: 569.1 „ <i>Prolasso rettale</i> “; Chirurgischer Eingriff: 48.76 „ <i>Altra proctopessi</i> “.
S.E.9.12. Diagnostische Untersuchung mittels Videokapsel	Das Verfahren wird mit dem Code 45.19 „ <i>Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue</i> “ beschrieben.
S.E.9.13. Stent- oder Protheseimplantation im Ösophagus	Das Verfahren wird mit folgendem Code beschrieben: 42.81 „ <i>Intubazione permanente dell'esofago</i> “.



S.E.9.14. Neu eingeführte und abgeänderte Eingriffcodes	Neue Eingriff-/Verfahrenscodes (13) 44.38 Gastroenterostomia laparoscopica 44.67 Procedure laparoscopiche per la creazione dello sfintere esofagogastrico 44.68 Gastroplastica laparoscopica 44.95 Procedura laparoscopica di restrizione gastrica 44.96 Revisione laparoscopica della procedura gastrica restrittiva 44.97 Rimozione laparoscopica di dispositivo/i di restrizione gastrica 44.98 Regolazione di misura (laparoscopica) del dispositivo di restrizione gastrica regolabile 49.75 Impianto o revisione di sfintere anale artificiale 49.76 Rimozione di sfintere anale artificiale 50.23 Ablazione aperta di tessuto o lesione epatici 50.24 Ablazione percutanea di tessuto o lesione epatici 50.25 Ablazione laparoscopica di tessuto o lesione epatici 50.26 Altre e non specificate ablazioni di tessuto o lesione epatici Abgeänderte Eingriff-/Verfahrenscodes (0)
--	--



10. – EINGRIFFE AM HARNSYSTEM (55 – 59)

S.E.10.1. Entfernung von Kondylomen	Bei Aufenthalt zur Entfernung von Kondylomen wird als Primärdiagnose der Code 078.11 „Condiloma acuminato“ angegeben. Je nach Lokalisation werden folgende Codes verwendet: • vulväre Kondylome: 71.3 <i>“Altra asportazione o demolizione locale della vulva e del perineo”</i>; • intra- und periurethrale Kondylome: 58.39 <i>“Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell’uretra”</i>; • anale Kondylome: 49.39 <i>“Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell’ano”</i>; • Kondylome des Penis: 64.2 <i>“Asportazione o demolizione di lesione del pene”</i>. In jenen Fällen, in denen eine zweifache Erkrankung vorliegt, wie z.B. eine Verengung des Meatus urethrae und intra- oder periurethrale Kondylome, sind folgende Kodifizierungsmodalitäten anzuwenden: Primärdiagnose: Code der Meatusverengung oder urethralen Stenose (Kategorie 598 <i>“Stenosi uretrale”</i>); Sekundärdiagnose: 078.11 <i>“Condiloma acuminato”</i>; Chirurgische Eingriffe: 58.1 <i>“Meatotomia uretrale”</i> oder 58.5 <i>“Uretrotomia endoscopica”</i>, in Verbindung mit einem Code der Kondylomenentfernung 58.31 <i>“Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dell’uretra”</i> oder 58.39 <i>“Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell’uretra”</i>.
S.E.10.2. Korrektur der Harninkontinenz	Die chirurgische Korrektur der Harninkontinenz wird wie folgt kodiert: Primärdiagnose: Code 625.6 für die weibliche und Code 788.32 für die männliche Inkontinenz; Primäreingriff: 59.3 <i>“Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria”</i>, oder 59.4 <i>“Sospensione uretrale sovrapubica con sling”</i>, oder 59.5 <i>“Sospensione uretrale retropubica (Marshall)”</i>, oder 59.6 <i>“Colposospensione parauretrale”</i> <u>bei offenem Eingriff</u>, oder Primäreingriff: 59.72 <i>“Impianto per iniezione nell’uretra e/o nel collo vescicale”</i>, <u>falls eine endoskopische Kollageninjektion durchgeführt wird</u>.
S.E.10.3. Korrektur des vesikoureteralen Refluxes	Die chirurgische Korrektur des vesikoureteralen Refluxes wird wie folgt kodiert: Primärdiagnose: 593.7_ <i>“Reflusso vescico-ureterale”</i>; Primäreingriff: 56.74 <i>“Uretero-neocistostomia diretta, con plastica antireflusso o con flap vescicale”</i> <u>beim offenen Eingriff</u>, oder Primäreingriff: 56.99 <i>“Altri interventi sull’urettere”</i>, <u>falls eine endoskopische Kollageninjektion durchgeführt wird</u>.
S.E.10.4. Urethrastenose mit Einlegen eines Stents	Bei Urethrastenose mit Einlegen eines Stents sind folgende Codes anzugeben: Primärdiagnose: 598._ <i>“Stenosi uretrale”</i>; Sekundärdiagnosen: die Harninkontinenz (625.6, 788.32) oder der Harnverhalt (788.2_) sind zusätzlich zu kodieren. Chirurgischer Eingriff: 58.6 <i>“Dilatazione uretrale”</i>.



S.E.10.5. Dialyse

A) Bei Aufnahme eines Patienten, der einer Dialysebehandlung bedarf, sind je nach Fall folgende Codes zu verwenden:

- V56.0 „*Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea*“;
- V56.8 „*Trattamento ulteriore che richiede dialisi peritoneale*“.

Unter den Massnahmen können folgende Codes angeführt werden:

- 39.95 „*Emodialisi*“
- 54.98 „*Dialisi peritoneale*“.

B) Bei Aufnahme eines Patienten zum **Legen** eines Dialysekatheters, zur Bildung eines arteriovenösen Shunts oder einer arteriovenösen Fistel (AVF) verwendet man als Primärdiagnose die Codes 585.5 „*Malattia renale cronica, stadio V*“ oder 585.6 „*Malattia renale cronica, stadio finale*“.

Unter den Massnahmen sind, je nach Fall, folgende Codes anzuführen:

- Legen eines Katheters zur Nierendialyse: 38.95 „*Cateterismo venoso per dialisi renale*“;
- Bildung eines arteriovenösen Shunts mit Kanüleneinlage: 39.93 „*Inserzione di cannula intervasale*“;
- Bildung einer peripheren, arteriovenösen Fistel (AVF): 39.27 „*Arteriovenostomia per dialisi renale*“;
- Bildung einer arteriovenösen Fistel (AVF) mit Einlegen eines Stents: 39.27 „*Arteriovenostomia per dialisi renale*“ + 39.90 „*Inserzione di stent su arteria non coronaria*“;
- Einlegen eines Stents in einer bereits bestehenden arteriovenösen Fistel (AVF): 39.50 „*Angioplastica o atrectomia di altro/i vaso/i non coronarico/i*“ + 39.90 „*Inserzione di stent non medicato in vaso periferico*“;
- Legen eines Dauerkatheters zur Peritonealdialyse: 54.93 „*Creazione di fistola cutaneooperitoneale*“;

C) Wird im Laufe des Aufenthaltes der Dialysekatheter **entfernt** (nicht aufgrund von Komplikationen), verwendet man je nach Fall folgende Codes:

- V56.1 „*Estrazione di catetere extracorporeo per dialisi*“
- V56.2 „*Estrazione di catetere peritoneale per dialisi*“.

Unter den Massnahmen sind folgende Codes anzuführen:

- 39.43 „*Rimozione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale*“
- 97.82 „*Rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale*“.

D) Kommt es im Laufe des Aufenthaltes aufgrund von **Komplikationen** zur Revision der Eingriffe, die mit der Häm- oder Peritonealdialyse im Zusammenhang stehen, sind folgende Codes zu verwenden:

Hämodialyse:

- 996.1 „*Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti, e innesti vascolari per dialisi*“
- 996.62 „*Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti vascolari per dialisi*“
- 996.73 „*Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti vascolari per dialisi renale*“.

Peritonealdialyse:

- 996.56 „*Complicazioni meccaniche da catetere per dialisi peritoneale*“
- 996.68 „*Infezione e reazione infiammatoria da catetere per dialisi peritoneale*“.

Unter den Massnahmen sind je nach Fall folgende Codes zu verwenden:

- Revision oder Wechsel eines Katheters: 39.94 „*Sostituzione di cannula intervasale*“
- Revision eines arteriovenösen Shunts: 39.42 „*Revisione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale*“.
- Entfernung eines arteriovenösen Shunts: 39.43 „*Rimozione di anastomosi artero-venosa per dialisi renale*“.



S.E.10.6. Nephrektomie in Lebendspender	Bei stationärer Aufnahme zur Nephrektomie in einem Lebendspender sind folgende Codes anzugeben: Primärdiagnose: V59.4 „ <i>Donatori di rene</i> “; Primäreingriff: 55.51 „ <i>Nefrectomia radicale</i> “.
S.E.10.7. Implantation und Wechsel des Neurostimulators	Stationäre Aufnahme zur Durchführung des PNE-Tests: Primärdiagnose: 788.39 „ <i>Altra incontinenza urinaria</i> “ (sowohl für Mann und Frau), oder 788.9 „ <i>Dolore vescicale</i> “, oder 355.71 „ <i>Causalgia dell'arto inferiore</i> “; als Sekundärdiagnose werden eventuell Codes zur Beschreibung der Grunderkrankung angeführt; Unter den Eingriffen wird der Code 04.19 „ <i>Altre procedure diagnostiche sui nervi cranici o periferici o sui gangli</i> “ angegeben. Stationäre Aufnahme zur Implantation eines permanenten Neurostimulators (SCS): Primärdiagnose: Code 788.39 „ <i>Altra incontinenza urinaria</i> “ (sowohl für Mann als auch Frau) oder 788.9 „ <i>Dolore vescicale</i> “ oder 355.71 „ <i>Causalgia dell'arto inferiore</i> “; als Sekundärdiagnose werden eventuell Codes zur Beschreibung der Grunderkrankung angeführt. Unter den Eingriffen wird neben dem Code 03.93 „ <i>Impianto o sostituzione di elettrodo/i di neurostimolatore spinale</i> “, auch das Einsetzen des Impulsgenerators des Neurostimulators kodiert: • 86.94 „<i>Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo, non specificato se ricaricabile</i>“; • 86.95 „<i>Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale doppio, non specificato se ricaricabile</i>“; • 86.96 „<i>Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore</i>“; • 86.97 „<i>Inserzione o sostituzione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo ricaricabile</i>“; • 86.98 „<i>Inserzione o sostituzione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale doppio ricaricabile</i>“.
S.E.10.8. Entfernung des Neurostimulators	Aufenthalt zur Entfernung des Neurostimulators (wegen Ineffizienz): Primärdiagnose: V53.02 „ <i>Rimozione di neurostimolatore (cervello)(sistema nervoso periferico)(midollo spinale)</i> “ + Primäreingriff: 03.94 „ <i>Rimozione di neurostimolatore spinale</i> “ + 86.05 „ <i>Rimozione di generatore di impulsi di neurostimolatore (a canale singolo o doppio)</i> “. Aufenthalt zur Entfernung der Elektrode und Verbleib des Neurostimulators in situ (bei Infektionen und/oder Dehiszenzen am Implantationssitus der Elektrode): Primärdiagnose: 996.63 „ <i>Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso</i> “; Sekundärdiagnose: V45.89 „ <i>Presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico</i> “ (zur Beschreibung der Elektrode oder des Neurostimulators); Eingriff: 03.94 „ <i>Rimozione di neurostimolatore spinale</i> “. Aufenthalt zur Entfernung des Neurostimulators und Verbleib der Elektrode in situ (bei Infektionen und/oder Dehiszenzen, Dekubitus der Implantationstasche): Primärdiagnose: 996.63 „ <i>Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti del sistema nervoso</i> “; Sekundärdiagnose: V45.89 „ <i>Presenza di neuroregolatore o altro mezzo elettronico</i> “ (zum Hinweis auf das Vorhandensein der Elektrode oder des Neurostimulators); Eingriff: 86.05 „ <i>Rimozione di generatore di impulsi di neurostimolatore (a canale singolo o doppio)</i> “.



S.E.10.9. Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife (Doppel J-Katheters)	A) Einlegen eines „Doppel J-Katheters“ Primärdiagnose: 591 „Idronefrosi“; Eingriff: 59.8 „Cateterizzazione ureterale“. B) Wechsel/Entfernung eines „Doppel J-Katheters“: Primärdiagnose: V53.6 „Collocazione e sistemazione di dispositivi urinari“; Eingriff: 97.62 „Rimozione di tubo da ureterostomia e catetere ureterale“.
S.E.10.10. Neu eingeführte und abgeänderte Eingriffcodes	Neue Eingriff-/Verfahrenscodes (4) 55.32 Ablazione aperta di tessuto o lesione renali 55.33 Ablazione percutanea di tessuto o lesione renali 55.34 Ablazione laparoscopica di tessuto o lesione renali 55.35 Altre e non specificate ablazioni di tessuto o lesione renali Geänderte Eingriff-/Verfahrenscodes (0)



11. – EINGRIFFE AN DEN MÄNNLICHEN GESCHLECHTSORGANEN (60 – 64)

S.E.11.1. Eingriffe am Skrotum zur Entfernung von Lipomen, Zysten usw.	Bei Eingriffen am Skrotum zur Entfernung von Lipomen, Zysten usw. ist als Primäreingriff der Code 61.3 „ <i>Asportazione o demolizione di parte del tessuto scrotale</i> “ anzugeben.
S.E.11.2. Zirkumzision aus rituellen/religiösen Gründen	Bei einer Aufnahme zwecks Beschneidung aufgrund ritueller/religiöser Gründe, ohne klinische Begründung, ist als Primärdiagnose der spezifische Code V50.2 und für den Primäreingriff der Code 64.0 „ <i>Circoncisione</i> “ zu verwenden.
S.E.11.3. Operative Korrektur einer Phimose	Die Korrektur einer Phimose wird mit Code 605 „ <i>Prepuzio esuberante e fimosi</i> “ als Primärdiagnose und mit 64.0 „ <i>Circoncisione</i> “ als Primäreingriff kodiert, wobei eine unangemessene Verwendung des Codes 64.91 „ <i>Plastiche di slittamento del prepuzio</i> “ zu vermeiden ist, der sich auf eine andere chirurgische Massnahme bezieht.
S.E.11.4. Operative Korrektur einer Varikozele	Die operative Korrektur einer Varikozele ist wie folgt zu kodieren: A) Traditionelle Varikozelenkorrektur mit Ligatur der Vena spermatica ➔ Primärdiagnose: 456.4 „ <i>Varicocele</i> “; Primäreingriff: 63.1 „ <i>Asportazione di varicocele</i> “; Sekundäreingriff: 54.21 „ <i>Laparoscopia</i> “, falls der Eingriff laparoskopisch durchgeführt wird. B) Eingriff mittels anterograder oder retrograder Sklerosierung ➔ Primärdiagnose: 456.4 „ <i>Varicocele</i> “; Primäreingriff: 63.1 „ <i>Asportazione di varicocele</i> “; Sekundäreingriff: 39.92 „ <i>Iniezione intravenosa di sostanze sclerosanti</i> “.
S.E.11.5. Eingriff aufgrund einer Hydrozele	Als Primärdiagnose ist ein Code der Kategorie 603. „ <i>Idrocele</i> “ anzugeben. Für den Verschluss eines offenen Processus vaginalis peritonei mit oder ohne Hydrozelenwandresektion ist als Eingriff der Code 61.2 „ <i>Asportazione di idrocele (della tunica vaginale)</i> “ zu verwenden. Bei einem Aufenthalt zur Durchführung dieses Eingriffes wird als Primärdiagnose niemals der Code 778.6 „ <i>Idrocele congenito</i> “ verwendet, da er zu einer mit dem chirurgischen Verfahren nicht übereinstimmende DRG führt.
S.E.11.6. Eingriff aufgrund von Kryptorchismus	Im Falle eines Eingriffes aufgrund von Kryptorchismus sind als Primärdiagnose die Codes 752.51 „ <i>Testicolo non disceso</i> “ oder 752.52 „ <i>Testicolo retrattile</i> “ anzuführen; unter den Eingriffen ist der Code 625 „ <i>Orchiopessi</i> “ anzuführen. Unter den Sekundärdiagnosen wird auch der Leistenbruch kodiert. Eine eventuelle Herniotomie ist nur bei einem klinisch manifesten Leistenbruch zu vermerken.



S.E.11.7. Transurethraler Eingriff an der Prostata	Bei der Kodierung dieses Eingriffs ist besondere Vorsicht geboten, da je nach Art der Diagnose unterschiedliche Codes zur Anwendung kommen: • bei Prostatahypertrophie (Code der Primärdiagnose 600._) wird der Eingriffcode 60.29 „<i>Resezione transuretrale della prostata (TURP)</i>“ verwendet; • bei bösartiger Prostataneoplasie (Code der Kategorie 185) wird der Eingriffcode 60.61 „<i>Asportazione di lesione prostatica con qualsiasi approccio</i>“ verwendet. Diese Unterscheidung ist für eine korrekte DRG-Zuteilung notwendig. Im Falle einer Radiofrequenz-Thermoablation von einer Prostataneoplasie ist der Verfahrenscod 60.61 „<i>Asportazione di lesione prostatica con qualsiasi approccio</i>“ zu verwenden.
S.E.11.8. Penisbegradigung nach NESBIT	Die stationäre Aufnahme zwecks Penisbegradigung nach NESBIT ist wie folgt zu kodieren: • bei kongenitaler Penisdeviation wird als Primärdiagnose der Code 752.63: „<i>Curvatura anormale, congenita del pene</i>“ verwendet; • bei erworbener Penisdeviation wird als Primärdiagnose der Code 607.81 „<i>Induratio penis plastica</i>“ oder 607.85 „<i>Malattia di Peyronie (Peyronie's disease o Induratio penis plastica)</i>“ angeführt; • der Primäreingriff wird mit 64.92 „<i>Incisione del pene</i>“ kodiert.
S.E.11.9. Implantation einer Hodenprothese	Fall A: Wird die Prothesenimplantation unmittelbar nach einer Hodenentfernung durchgeführt, so wird folgendermaßen kodiert: als Primärdiagnose wird der Code der Erkrankung, die den Eingriff erforderte, (186. „<i>Tumore maligno del testicolo</i>“ oder 608.2 „<i>Torsione del testicolo</i>“) angegeben und als Sekundärdiagnose der Code V52.8 „<i>Collocazione e sistemazione di altra protesi specificata</i>“. Als Primäreingriff ist der Code der Orchiectomie anzuführen (62.3 „<i>Orchiectomia monolaterale</i>“ oder 62.4_ „<i>Orchiectomia bilaterale</i>“), wobei ggf. auch die gleichzeitige Lymphknotenentfernung kodiert werden muss. Unter den Sekundäreingriffen ist schließlich der Code 62.7 „<i>Inserzione di protesi testicolare</i>“ anzuführen. Fall B: Erfolgt die Aufnahme zwecks Implantation einer Hodenprothese, nachdem die Orchiectomie in einem früheren Aufenthalt vorgenommen wurde, so ist die Primärdiagnose mit V52.8 „<i>Collocazione e sistemazione di altra protesi specificata</i>“ anzugeben und eine eventuell vorausgegangene Neoplasie als Sekundärdiagnose zu kodieren (V10.47 „<i>Anamnesi personale di tumore maligno del testicolo</i>“). Als Sekundärdiagnose ist ferner ggf. der postoperative Zustand mit dem Code V45.89 „<i>Altro stato postchirurgico</i>“ anzugeben. Der Primäreingriff wird mit 62.7 „<i>Inserzione di protesi testicolare</i>“ kodiert.
S.E.11.10. Eingriffe an der Haut im Bereich Penis und Skrotum	Es sei darauf hingewiesen, dass die meisten Eingriffe an Haut und Unterhaut mit den Codes der Kategorie 86 (86.01-86.99) kodiert werden. Ausnahmen bilden Eingriffe an folgenden Hautbereichen: Penis ➔ Codes 64.0-64.99; Skrotum ➔ Codes 61.0-61.99;



S.E.11.11. Eingriff zur Entfernung von Kondylomen	Im Falle eines Aufenthalts zur Entfernung von Kondylomen ist als Primärdiagnose der spezifische Code 078.11 "Condiloma acuminato" anzugeben. Je nach Lokalisation sind folgende Verfahrenscodes anzuwenden: • vulväre Kondylome: 71.3 "Altra asportazione o demolizione locale della vulva e del perineo"; • intra- oder periurethrales Kondylom: 58.39 "Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'uretra"; • anale Kondylome: 49.39 "Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'ano"; • Kondylome des Penis: 64.2 "Asportazione o demolizione di lesione del pene".
S.E.11.12. Neu eingeführte und abgeänderte Eingriffcodes	Neue Eingriff-/Verfahrenscodes (0) Abgeänderte Eingriff-/Verfahrenscodes (0)





12. – EINGRIFFE AN DEN WEIBLICHEN GESCHLECHTSORGANEN (65 – 71)

S.E.12.1. Allgemeine Kodierungsregeln für dieses Kapitel	Das ICD-9-CM-Handbuch hat für diesen chirurgischen Bereich zahlreiche vierstellige Codes eingeführt, mit welchen der jeweilige operative Zugang (Laparoskopie/Laparotomie) kodiert werden kann. Besonders sorgfältig sind dabei die unter den einzelnen Absätzen und Eingriffsbeschreibungen angeführten Einschluss- und Ausschlusskriterien zu beachten. Besondere Aufmerksamkeit gilt außerdem den Hinweisen „zusätzlich kodieren ...“, womit der Gebrauch mehrerer Codes zur vollständigen Beschreibung aller Operationsschritte (Mehrfachkodierung) nahe gelegt wird.
S.E.12.2. Coelioskopie, Pelviskopie	Coelioskopie und Pelviskopie gelten als Synonyme für Laparoskopie (Code 54.21). Diesbezüglich ist darauf zu achten, dass bei nicht vorliegendem Code zur Beschreibung eines bestimmten endoskopischen oder laparoskopischen Eingriffs auf die Mehrfachkodierung zurückgegriffen wird, indem sowohl der Eingriffscode (als Primäreingriff) als auch jener des jeweiligen endoskopischen oder laparoskopischen Verfahrens (als Sekundäreingriff) angegeben werden.
S.E.12.3. Dilatation und Kürettage des Uterus	Schwangerschaftsabbruch: bei einer Kürettage zwecks Schwangerschaftsabbruchs ist als Primärdiagnose ein Code der Gruppe 635.__ zu verwenden. Die vierte Ziffer definiert eventuelle Komplikationen, während mit der fünften Ziffer angegeben wird, ob der rechtmäßig induzierte Schwangerschaftsabbruch vollständig oder unvollständig ist. Unter den Eingriffen ist der Code 69.01 „<i>Dilatazione o raschiamento per interruzione di gravidanza</i>“ anzuführen. Fehlgeburt: Wird die Kürettage nach einer Fehlgeburt durchgeführt, so ist als Primärdiagnose ein Code der Kategorie 634.__ zu verwenden. Die vierte Ziffer zeigt eventuelle Komplikationen an, während mit der fünften Ziffer angegeben wird, ob die Fehlgeburt vollständig oder unvollständig ist. Unter den Eingriffen ist der Code 69.02 „<i>Dilatazione o raschiamento a seguito di parto o aborto</i>“ anzuführen. Verhaltener Abort: Bei einer Kürettage nach verhaltenem Abort ist als Primärdiagnose der vierstellige Code 632 zu verwenden; unter den Eingriffen ist der Code 69.02 „<i>Dilatazione o raschiamento a seguito di parto o aborto</i>“ anzugeben. Schwangerschaftsunabhängige Erkrankungen: Erfolgt die Kürettage aufgrund von schwangerschaftsunabhängigen Erkrankungen, so muss als Primärdiagnose jene Krankheit kodiert werden, die den Eingriff erforderte (z.B. 626.6 Metrorrhagie), während unter den Eingriffen der Code 69.09 „<i>Altra dilatazione o raschiamento dell'utero</i>“ anzugeben ist.



S.E.12.4. Laparoskopische Salpingektomie bei Eileiterschwangerschaft	Die stationäre Aufnahme einer Patientin mit Eileiterschwangerschaft, während der eine laparoskopische Salpingektomie mit Fruchtentfernung und Erhaltung der Tuba in situ durchgeführt wird, wird als Primärdiagnose mit dem Code 633.1 „ <i>Gravidanza tubarica</i> “ beschrieben. Für die Eingriffe sind folgende Codes zu verwenden: Primäreingriff: 66.01 „ <i>Salpingotomia</i> “; Sekundäreingriff: 54.21 „ <i>Laparoscopia</i> “. Eine eventuelle Salpingoplastik wird mit 66.79 „ <i>Salpingoplastica</i> “ kodiert.
S.E.12.5. Sterilisation nach Vaginalgeburt	Falls auf Wunsch der Patientin unmittelbar nach einer komplikationslosen Vaginalgeburt eine Sterilisation mittels endoskopischer oder laparoskopischer Eileiterligatur durchgeführt wird, sind folgende Codes zu verwenden: Primärdiagnose: 650 „ <i>Parto normale</i> “; Sekundärdiagnose: V27._ „ <i>Esito del parto</i> “; Sekundärdiagnose: V25.2 „ <i>Sterilizzazione</i> “; Unter den Eingriffen sind folgende Codes anzugeben: Primäreingriff: 66.22 „ <i>Legatura e sezione endoscopica bilaterale delle tube</i> “; Sekundäreingriff: 73.59 „ <i>Altra assistenza manuale al parto</i> “.
S.E.12.6. Eingriffe an der Haut im Bereich von weiblichem Perineum und Vulva	Es sei darauf hingewiesen, dass die meisten Eingriffe an Haut und Unterhaut mit den Codes der Kategorie 86 (86.01-86.99) kodiert werden. Ausnahmen bilden Eingriffe an folgenden Hautbereichen: weibliches Perineum ➔ Codes 71.01-71.9; Vulva ➔ Codes 71.01-71.9;
S.E.12.7. Eingriff zur Entfernung von Kondylomen	Im Falle eines Aufenthalts zur Entfernung von Kondylomen ist als Primärdiagnose der spezifische Code 078.11 „ <i>Condiloma acuminato</i> “ anzugeben. Je nach Lokalisation sind folgende Verfahrenscodes anzuwenden: • vulväre Kondylome: 71.3 „<i>Altra asportazione o demolizione locale della vulva e del perineo</i>“; • intra- oder periurethrale Kondylome: 58.39 „<i>Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'uretra</i>“; • anale Kondylome: 49.39 „<i>Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'ano</i>“; • Kondylome am Penis: 64.2 „<i>Asportazione o demolizione di lesione del pene</i>“.
S.E.12.8. Neu eingeführte und abgeänderte Eingriffcodes	Neue Eingriff-/Verfahrenscodes (8) 68.31 Isterectomia cervicale laparoscopica 68.39 Altra e non specificata isterectomia sopracervicale addominale subtotale 68.41 Isterectomia addominale totale laparoscopica 68.49 Altra e non specificata isterectomia addominale totale 68.61 Isterectomia addominale radicale laparoscopica 68.69 Altra e non specificata isterectomia addominale radicale 68.71 Isterectomia vaginale radicale laparoscopica 68.79 Altra e non specificata isterectomia vaginale radicale Abgeänderte Eingriff-/Verfahrenscodes (1) 68.59 Altra e non specificata isterectomia vaginale



13. – GEBURTSHILFLICHE EINGRIFFE (72 – 75)

S.E.13.1. Stationäre Aufnahmen mit Entbindung	Bei jeder stationären Aufnahme, die zu einer Geburt führt, ist unter den Sekundär Diagnosen der Code V27._ anzugeben. Es ist darauf zu achten, dass bei jeder Aufnahme mit Entbindung auch sämtliche durchgeführte diagnostisch-therapeutische Massnahmen, Manöver und chirurgische Eingriffe kodiert werden.
S.E.13.2. Periduralanästhe- sie	Zur Kodierung der Periduralanästhesie können die beiden Codes 03.91 „<i>Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia</i>“ und 03.90 „<i>Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative</i>“ verwendet werden.
S.E.13.3. Entnahme von Stammzellen aus der Nabelschnur	Die Entnahme von Stammzellen aus der Nabelschnur wird nicht im Krankenhausentlassungsbogen kodiert.
S.E.13.4. Dilatation und Kürettage des Uterus	Schwangerschaftsabbruch: bei einer Kürettage zwecks Schwangerschaftsabbruchs ist als Primär diagnose ein Code der Gruppe 635.__ zu verwenden. Die vierte Ziffer definiert eventuelle Komplikationen, während mit der fünften Ziffer angegeben wird, ob der rechtmäßig induzierte Schwangerschaftsabbruch vollständig oder unvollständig ist. Unter den Eingriffen ist der Code 69.01 „<i>Dilatazione o raschiamento per interruzione di gravidanza</i>“ anzuführen. Fehlgeburt: Wird die Kürettage nach einer Fehlgeburt durchgeführt, so ist als Primär diagnose ein Code der Kategorie 634.__ zu verwenden. Die vierte Ziffer zeigt eventuelle Komplikationen an, während mit der fünften Ziffer angegeben wird, ob die Fehlgeburt vollständig oder unvollständig ist. Unter den Eingriffen ist der Code 69.02 „<i>Dilatazione o raschiamento a seguito di parto o aborto</i>“ anzuführen. Verhaltener Abort: Bei einer Kürettage nach verhaltenem Abort ist als Primär diagnose der vierstellige Code 632 zu verwenden; unter den Eingriffen ist der Code 69.02 „<i>Dilatazione o raschiamento a seguito di parto o aborto</i>“ anzugeben. Schwangerschaftsunabhängige Erkrankungen: Erfolgt die Kürettage aufgrund von schwangerschaftsunabhängigen Erkrankungen, so muss als Primär diagnose jene Krankheit kodiert werden, die den Eingriff erfordert hat (z.B. 626.6 Metrorrhagie), während unter den Eingriffen der Code 69.09 „<i>Altra dilatazione o raschiamento dell'utero</i>“ anzugeben ist.



S.E.13.5. Laparoskopische Salpingektomie bei Eileiter-schwangerschaft	Die stationäre Aufnahme einer Patientin mit Eileiterschwangerschaft, während welcher eine laparoskopische Salpingektomie mit Fruchtentfernung und Erhaltung der Tuba in situ durchgeführt wird, wird als Primärdiagnose mit dem Code 633.1 „ <i>Gravidanza tubarica</i> “ beschrieben. Für die Eingriffe sind folgende Codes zu verwenden: Primäreingriff: 66.01 „ <i>Salpingotomia</i> “; Sekundäreingriff: 54.21 „ <i>Laparoscopia</i> “. Eine eventuelle Salpingoplastik wird mit 66.79 „ <i>Salpingoplastica</i> “ kodiert.
S.E.13.6. Sterilisation nach Vaginalgeburt	Falls auf Wunsch der Patientin unmittelbar nach einer komplikationslosen Vaginalgeburt eine Sterilisation mittels endoskopischer oder laparoskopischer Eileiterligatur durchgeführt wird, sind folgende Codes zu verwenden: Primärdiagnose: 650 „ <i>Parto normale</i> “; Sekundärdiagnose: V27._ „ <i>Esito del parto</i> “; Sekundärdiagnose: V25.2 „ <i>Sterilizzazione</i> “; Im Abschnitt der Eingriffe sind folgende Codes anzugeben: Primäreingriff: 66.22 „ <i>Legatura e sezione endoscopica bilaterale delle tube</i> “; Sekundäreingriff: 73.59 „ <i>Altra assistenza manuale al parto</i> “.
S.E.13.7. Manuelle Drehung des Fetus	Wird während der Geburt eine manuelle Drehung des Fetus durchgeführt (Eingriffscodes: 73.51), ist die Primärdiagnose mit einem Code der Kategorie 652.__ „ <i>Posizione e presentazione anomale del feto</i> “ zu kodieren. In solchen Fällen ist der Code 650 „ <i>Parto normale</i> “ nicht zu verwenden.
S.E.13.8. Neu eingeführte und abgeänderte Eingriffscodes	Neue Eingriff-/Verfahrenscodes (0) Abgeänderte Eingriff-/Verfahrenscodes (0)



14. – EINGRIFFE AM MUSKEL-SKELETT-SYSTEM (76 – 84)

S.E.14.1. Knochentransplantation	Eine Knochen transplantation (eine autogene oder allogene; in Letzterer wird das Knochenimplantat einer Knochenbank entnommen) ist wie folgt zu kodieren: - als Primärdiagnose ist der Code für die Erkrankung anzugeben, die den Eingriff erfordert; - unter den Eingriffen ist ein Code der Kategorie 78.0_ „<i>Innesto osseo</i>“ anzuführen. Bei einer autogenen Transplantation ist auch die Lokalisation der Knochenentnahme zu kodieren (77.70 - 77.79). Die eventuelle Verabreichung von Wachstumsfaktoren wird nicht kodiert.
S.E.14.2. Embolisation einer aneurysmatischen Knochenzyste	Die Embolisation einer aneurysmatischen Knochenzyste wird als Primärdiagnose mit 733.22 „<i>Cisti aneurismatica dell'osso</i>“ kodiert. Unter den Eingriffen/Massnahmen ist ein Code der Kategorie 77.6_ „<i>Asportazione locale di lesione o di tessuto osseo</i>“ anzugeben, wobei die vierte Ziffer die jeweils betroffene Stelle definiert.
S.E.14.3. Chirurgischer Eingriff eines totalen oder partiellen Hüftgelenkersatzes und Revision der Hüftprothese	A) Bei einem totalen Hüftgelenkersatz sind folgende Codes zu verwenden: 81.51 „<i>Sostituzione totale dell'anca</i>“, dieser Code beinhaltet den Austausch von Femurkopf und Acetabulum durch eine Prothese; es ist auch die Art der Auflageoberfläche zu kodieren (00.74-00.77); 00.85 „<i>Rivestimento totale dell'anca, acetabolo e testa del femore</i>“, dieser Code beinhaltet die Oberflächen-Prothese des Hüftgelenkes. B) Bei einem partiellen Hüftgelenkersatz sind folgende Codes zu verwenden: 81.52 „<i>Sostituzione parziale dell'anca</i>“, dieser Code beinhaltet den Eingriff der bipolaren Endoprothese; auch die Art der Auflageoberfläche ist zu kodieren (00.74-00.77); 00.86 „<i>Rivestimento dell'anca, parziale, testa del femore</i>“, dieser Code beinhaltet die Oberflächen-Prothese des Hüftgelenkes, partiell, Femurkopf; oder 00.87 „<i>Rivestimento dell'anca, parziale, acetabolo</i>“, dieser Code beinhaltet die Oberflächen-Prothese des Hüftgelenkes, partiell, Acetabulum. C) Bei Revision der Hüftprothese sind folgende Codes je nach Eingriffsart der Revision zu verwenden: 00.70 „<i>Revisione di protesi d'anca, sia acetabolare che dei componenti femorali</i>“; 00.71 „<i>Revisione della protesi d'anca, componente acetabolare</i>“; 00.72 „<i>Revisione della protesi d'anca, componente femorale</i>“; 00.73 „<i>Revisione della protesi d'anca, inserto acetabolare e/o della sola testa del femore</i>“; 81.53 „<i>Revisione di sostituzione dell'anca non altrimenti specificata</i>“, dieser Code wird bei einer Revision angegeben, in der die ausgetauschten Teile (Acetabulum, Schaft oder beides) nicht näher bestimmt werden. Zusammen mit den oben genannten Codes der Revision, wird auch folgendes kodiert: - die Art der Auflageoberfläche (00.74-00.77); - eventuelle Entfernung des (artikulären) (Zement-) Spacers (84.57).



S.E.14.4. Chirurgischer Eingriff eines totalen Kniegelenkersatzes und Revision der Kniegelenksprothese	A) Bei einem totalen Kniegelenkersatz sind folgende Codes zu verwenden: • 81.54 "Sostituzione totale del ginocchio": dieser Code umfasst den bikompartimentalen, trikompartimentalen und unikompartimentalen (hemiartikulären) Gelenkersatz. B) Bei der Revision der Kniegelenksprothese sind folgende Codes je nach Eingriffsart zu verwenden: • 00.80 "Revisione della protesi di ginocchio, totale (tutti i componenti)"; • 00.81 "Revisione della protesi di ginocchio, componente tibiale"; • 00.82 "Revisione della protesi di ginocchio, componente femorale"; • 00.83 "Revisione della protesi di ginocchio, componente patellare"; • 00.84 "Revisione della protesi di ginocchio, inserto tibiale"; • 81.55 "Revisione di sostituzione del ginocchio, non altrimenti specificata": dieser Code wird bei einer Revision verwendet, bei der die ausgetauschten (tibialen, femoralen oder patellaren) Komponente nicht näher bestimmt werden. Zusammen mit den oben genannten Codes der Revision, wird ggf. auch die Entfernung des (artikulären) (Zement-)Spacers (84.57) kodiert.
S.E.14.5. Thoracic-outlet-Syndrom	Beim Thoracic-outlet-Syndrom sind folgende Codes anzuwenden: Primärdiagnose: 353.0 "<i>Sindrome della Costola cervicale</i>"; Eingriff: 77.91 "<i>Ostectomia totale della scapola, della clavicola, del torace (coste e sterno)</i>".
S.E.14.6. Autologe Knorpeltransplantation im Knie	Bei stationärer Aufnahme zwecks Entnahme von Knorpel aus dem Knie des Patienten sind folgende Verfahrenscodes anzugeben: 80.96 "<i>Altra asportazione dell'articolazione del ginocchio</i>"; 80.26 "<i>Artroscopia del ginocchio</i>". Bei der Wiederaufnahme zwecks autologer Transplantation sind folgende Verfahrenscodes anzugeben: 81.47 "<i>Altra riparazione del ginocchio mediante innesto cartilagineo</i>"; 80.16 "<i>Altra artrotomia del ginocchio</i>".
S.E.14.7. Behandlung mit Botulinumtoxin	Bei Aufnahme zwecks Behandlung mit Botulinumtoxin sind folgende Kodierungshinweise zu beachten: • als Primärdiagnose wird die Pathologie angeführt, aufgrund der die Behandlung erfolgt (Dysphagie, Spasmus, Facialislähmung); • als Primäreingriff / -verfahren wird der Code 83.98 "<i>Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale all'interno di altri tessuti molli</i>" angegeben.



S.E.14.8. Eingriffe an der Schulter	Schulteroperationen werden folgendermaßen kodiert: Primärdiagnose: spezifischer Code der behandelten Krankheit ➔ z.B. 718.31 "<i>Lussazione recidivante della spalla</i>", 840.0 "<i>Distorsione e distrazione acromioclavicolare (articolazione)(legamento)</i>", 840.4 "<i>Rottura traumatica della cuffia dei rotatori (capsula)</i>", 840.5 "<i>Distorsione e distrazione sottoscapolare (muscolo)</i>", 840.6 "<i>Distorsione e distrazione soprascapolare (muscolo)(tendine)</i>", 727.61 "<i>Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori</i>"; Primäreingriff: spezifischer Code des durchgeführten Eingriffs ➔ 83.63 "<i>Riparazione della cuffia dei rotatori</i>", 81.82 "<i>Riparazione di lussazione ricorrente della spalla</i>", 80.71 "<i>Sinoviectomia della spalla</i>"; Sekundäreingriffe: • bei arthroskopischen Eingriffen verwendet man den Code 80.21 "<i>Artroscopia della spalla</i>"; • für die Beschreibung einer Akromioplastik verwendet man den Code 81.83 "<i>Altra riparazione della spalla</i>". Im Falle eines stationären Aufenthalts zum Schultergelenkseratz mittels Prothese, wird als Primärdiagnose jene Erkrankung angeführt, die den Eingriff notwendig machte, während unter den Massnahmen/Eingriffen der Code 81.80 "<i>Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)</i>" oder 81.81 "<i>Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)</i>" eingetragen wird Von der Verwendung der Codes 80.81 "<i>Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della spalla</i>", 83.13 "<i>Altra tenotomia</i>" und 83.88 "<i>Altri interventi di palstica sui tendini</i>" ist abzusehen, um eine korrekte DRG-Zuteilung zu ermöglichen.
S.E.14.9. Knochenmark-biopsien	Die Knochenmarkbiopsien, die mit einer perkutanen Feinnadelpunktion durchgeführt werden, werden mit dem Code 41.31 "Biopsia del midollo osseo" beschrieben; werden sie offen durchgeführt, sind die Codes der Kategorie 77.4_ "<i>Biopsia dell'osso</i>" zu verwenden, wobei mit der vierten Ziffer die Knochenentnahmestelle anzugeben ist. Der Code 77.40 "<i>Biopsia dell'osso, sede non specificata</i>" darf nie verwendet werden, da er zu unspezifisch ist.
S.E.14.10. Arthrodese, Fusionsoperationen der Wirbelsäule und Vertebroplastie	Bei Eingriffen von Arthrodese oder Fusionsoperationen der Wirbelsäule werden folgende Codes der Kategorien 81.0_ "<i>Artrodesi vertebrale</i>" und 81.3_ "<i>Rifusione della colonna vertebrale</i>" angewendet. Zusammen mit den oben angeführten Codes für Arthrodese oder Fusionsoperationen wird ggf. auch folgendes kodiert: • 84.51 "Inserzione di un dispositivo di fusione tra i corpi spinali"; • 84.52 "Inserzione di proteine morfogenetiche dell'osso ricombinanti". Es ist außerdem die Anzahl der verschmolzenen Wirbelkörper anzugeben (Codes von 81.62 bis 81.64). Für die Eingriffe von Vertebroplastie und Kyphoplastie werden folgende Codes verwendet: • 81.65 "Vertebroplastica", im Falle einer Füllmittelinjektion (Zement) (Polymethylmethacrylat, PMMA) bei pathologischen Wirbelkörperfrakturen oder gebrochenen Wirbelkörpern; • 81.66 "Cifoplastica", wenn ein aufblasbarer Ballon eingebracht wird, bei Knochentamponaden oder beim Einfügen anderer Vorrichtungen zur Hohlraumbildung um die Höhe des pathologischen oder frakturierten Wirbelkörpers teilweise wieder herzustellen, vor der Injektion (von Zement) (Polymethylmethacrylat, PMMA); • 78.49 "Altri interventi di riparazione o plastica su altre ossa (vertebre)", für andere Wirbelrekonstruktionseingriffe.



S.E.14.11. Neu eingeführte und abgeänderte Eingriffcodes	Neue Eingriff-/Verfahrenscodes (29) 81.18 Artrodesi dell' articolazione sottoastraglica 81.61 Fusione spinale a 360 gradi, approccio con incisione singola 81.62 Fusione o rifusione di 2-3 vertebre 81.63 Fusione o rifusione di 4-8 vertebre 81.64 Fusione o rifusione di 9 o più vertebre 81.65 Vertebroplastica 81.66 Cifoplastica 84.51 Inserzione di dispositivo di fusione tra i corpi vertebrali 84.52 Inserzione di proteine dell'osso morfogenetiche ricombinanti 84.53 Impianto di dispositivo interno di allungamento dell'arto con distrazione cinetica 84.54 Impianto di altro dispositivo interno di allungamento dell'arto 84.55 Inserzione di sostanza riempitiva dell'osso 84.56 Inserzione spaziatore di cemento 84.57 Rimozione spaziatore di cemento 84.58 Impianto di dispositivo di decompressione del processo interspinoso 84.59 Inserzione di altri dispositivi spinali 84.60 Inserzione di protesi del disco vertebrale, non altrimenti specificata 84.61 Inserzione di protesi parziale del disco vertebrale, cervicale 84.62 Inserzione di protesi totale del disco vertebrale, cervicale 84.63 Inserzione di protesi del disco vertebrale, toracico 84.64 Inserzione di protesi parziale del disco vertebrale, lombosacrale 84.65 Inserzione di protesi totale del disco vertebrale, lombosacrale 84.66 Revisione o sostituzione di protesi artificiale di disco vertebrale, cervicale 84.67 Revisione o sostituzione di protesi artificiale del disco vertebrale, toracico 84.68 Revisione o sostituzione di protesi artificiale del disco vertebrale, lombosacrale 84.69 Revisione o sostituzione di protesi artificiale del disco vertebrale SAI 84.71 Applicazione di fissatore esterno, sistema monoplanare 84.72 Applicazione di fissatore esterno, sistema ad anello 84.73 Applicazione di fissatore esterno ibrido Abgeänderte Eingriff-/Verfahrenscodes (12) 78.1_ Applicazione di fissatore esterno 81.53 Revisione di sostituzione dell'anca non altrimenti specificata 81.55 Revisione di sostituzione del ginocchio non altrimenti specificata
---	--



15. - EINGRIFFE AN HAUT UND HAUTANHANGSGBILDEN (85 – 86)

S.E.15.1. Hauteingriffe im Bereich von Augenlid und Augenbrauen, Außenohr, Nase, Lippen, Brust, weiblichem Perineum, Vulva, Penis, Skrotum und Anus	Es sei darauf hingewiesen, dass die meisten Eingriffe an Haut und am Unterhaut mit den Codes der Kategorie 86 (86.01-86.99) kodiert werden. Ausnahmen bilden Eingriffe an folgenden Hautbereichen:: Augenlid ➔ Codes 08.01-08.99; Augenbraue ➔ Codes 08.01-08.99; Außenohr ➔ Codes 18.01-18.9; Nase ➔ Codes 21.00-21.99; Lippe ➔ Codes 27.0-27.99; Brust ➔ Codes 85.0-85.99; weibliches Perineum ➔ Codes 71.01-71.9; Vulva ➔ Codes 71.01-71.9; Penis ➔ Codes 64.0-64.99; Skrotum ➔ Codes 61.0-61.99; Anus ➔ Codes 49.01-49.99
S.E.15.2. Entfernung eines Hauttumors mit Technik nach Mohs	Die Entfernung eines Hauttumors mit chirurgischer Technik nach Mohs wird wie folgt kodiert: Primärdiagnose: Code der jeweiligen Hauterkrankung; Primäreingriff: 86.4 „<i>Asportazione radicale di lesione della cute</i>“; Sekundäreingriff: 86.24 „<i>Chirurgia controllata microscopicamente secondo Mohs</i>“.
S.E.15.3. Diagnostische Untersuchungen zur Feststellung von Allergien	Werden während einer stationären Aufnahme diagnostische Hauttests zur Feststellung von Allergien durchgeführt, so ist unter den Sekundärdiagnosen der Code V72.7 „<i>Prove diagnostiche cutanee e di sensibilizzazione – Patch Test e Prick Test e prove intradermiche</i>“ und unter den Eingriffen/Massnahmen der Code 86.19 „<i>Altre procedure diagnostiche su cute e tessuto sottocutaneo</i>“ anzugeben.
S.E.15.4. Chirurgische Brustrekonstruktion nach Mammarresektion	Bei Aufnahme nur zur chirurgischen Rekonstruktion der Brust nach Mastektomie sind folgende Codes zu verwenden: a) bei Implantation einer Prothese: Primärdiagnose: V52.4 „<i>Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario</i>“; b) Rekonstruktion ohne Prothesenimplantation (z.B. Rekonstruktion der Brustwarze): Primärdiagnose: V51 „<i>Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica</i>“. Sowohl im Fall a) als auch im Fall b) muss unter den Sekundärdiagnosen der Code V10.3_ „<i>Anamnesi personale di tumore maligno della mammella</i>“ aufscheinen. Unter den Eingriffen ist der Code des entsprechenden Eingriffes wiederzugeben.



S.E.15.5. Komplikationen durch Mammaprothesen	A) Bei einer Aufnahme einer Patientin mit Schmerzen aufgrund einer Kapselkontraktur verwendet man als Primärdiagnose den Code 996.79 „<i>Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni</i>“. B) Bei einem Aufenthalt wegen einer Prothesenverschiebung, muss als Primärdiagnose der Code 996.54 „<i>Complicazioni meccaniche di protesi mammarie</i>“ angegeben werden. C) Verlangt eine Patientin die Entfernung der Mammaprothese aus Angst vor möglichen Komplikationen, kann man als Primärdiagnose den Code V65.8 „<i>Altre ragioni per entrare in contatto con i servizi sanitari</i>“ verwenden und als Sekundärdiagnose den Code V45.83 „<i>Presenza di impianto rimovibile di mammella</i>“ hinzufügen. D) Eine eventuelle Prothesenrevision mit Entfernung und Wiedereinsetzen derselben wird mit 85.93 kodiert.
S.E.15.6. Axilläre Lymphknotendisektion	40.23 „<i>Asportazione di linfonodi ascellari</i>“ ➡ Dieser Code eignet sich zur Beschreibung aller Formen von partieller axillärer Dissektion, und zwar für die Dissektion Level 1 und 2, das axilläre Sampling und die Sentinel-Lymphknotenbiopsie. 40.51 „<i>Asportazione radicale dei linfonodi ascellari</i>“ ➡ Dieser Code ist bei einer axillären radikalen Lymphadenektomie (Dissektion Level I, II und III) anzugeben.
S.E.15.7. Diagnostische Massnahmen an der Brust	85.11 „<i>Biopsia [percutanea] [agobiopsia] della mammella</i>“ ➡ Dieser Code umfasst die Feinnadelbiopsie (FNA) sowie die Nadelaspiration solider Lymphknoten. 85.12 „<i>Biopsia a cielo aperto della mammella</i>“ ➡ Dieser Code umfasst die Inzisions- sowie die Core-Biopsie. 92.16 „<i>Scintigrafia del sistema linfatico</i>“ ➡ Dieser Code wird zur Beschreibung der szintigraphischen Phase des Verfahren des Sentinel-Lymphknotens empfohlen. 87.37 „<i>Altra mammografia</i>“ ➡ Dieser Code gibt die mammographisch gesteuerte, stereotaktische Lokalisation bei nicht palpablen Mammaläsionen und eine Röntgenkontrolle des OP-Resekats an. 88.73 „<i>Diagnostica ecografica di altre sedi del torace. Ultrasonografia di: arco aortico, mammella, polmone</i>“ ➡ Dieser Code kann zur Beschreibung der Ultraschalluntersuchung zum Nachweis nicht palpabler Mammaläsionen verwendet werden.



S.E.15.8. Entfernung oder operative Demolition von Brustgewebe	85.21 „<i>Asportazione locale di lesione della mammella</i>“ ➔ Dieser Code bezeichnet die Exzisionsbiopsie/ Tumorexzision. Mit diesem Code können auch die meisten der derzeit durchgeführten Eingriffe bei gut- und bösartigen Brusterkrankungen beschrieben werden, darunter Fibroadenosen, sklerosierende Adenosen, gutartige Läsionen im Allgemeinen und Karzinomata in situ, sowie Eingriffe, die als erste Massnahme bei Tumorerkrankungen durchgeführt werden. Dieser Code ist ferner bei Resektion nicht palpalier Läsionen anzugeben. 85.22 „<i>Quadrantectomia della mammella</i>“ ➔ Dieser Code wird auch zur Beschreibung zahlreicher konservativer Eingriffe bei Brustkrebs empfohlen, darunter Quadrantektomien, ausgedehnte Mammarresektionen, Re-Exzisionen bei positivem Randbefund im Resektat früherer Eingriffe sowie Erweiterung der Resektion bei nicht palpablen Läsionen mit positivem histologischem Befund auf Neoplasie. Nicht enthalten ist in diesem Code die axilläre Lymphknoten-dissektion, die also mit einem Zusatzcode anzugeben ist. 85.23 „<i>Mastectomia subtotale</i>“ ➔ Dieser Code ist nicht zu verwenden. Der entsprechende Eingriff ist mit 85.21 und 85.22 zu kodieren.
S.E.15.9. Mastektomie	85.41 „<i>Mastectomia semplice monolaterale</i>“, 85.42 „<i>Mastectomia semplice bilaterale</i>“ ➔ Diese beiden Codes müssen vorwiegend zur Kodierung der sogenannten „Rettungsmastektomie“ verwendet werden, die hauptsächlich in folgenden Fällen durchgeführt wird: a) bei einem Tumorerzidiv nach Quadrantektomie, assoziiert mit Entleerung der axillären Lymphknoten; b) bei älteren Patientinnen, bei denen eine Vollnarkose kontraindiziert und die axilläre Lymphadenektomie erforderlich ist. 85.43 „<i>Mastectomia semplice allargata monolaterale</i>“, 85.44 „<i>Mastectomia semplice allargata bilaterale</i>“ ➔ Beide Codes werden für die Beschreibung der Mastektomie nach Madden und nach Patey, die die derzeit häufigsten ablativen Verfahren darstellen, empfohlen, sowie zur Beschreibung der modifiziert radikalen Mastektomien. Die Codes 85.43 und 85.44 umfassen auch Eingriffe an den axillären Lymphknoten 85.45 „<i>Mastectomia radicale monolaterale</i>“, 85.46 „<i>Mastectomia radicale bilaterale</i>“ ➔ Diese beiden Codes werden zur Beschreibung der klassischen radikalen Mastektomie nach Halsted empfohlen. Auch diese Codes umfassen die Lymphknoten-dissektion. 85.47 „<i>Mastectomia radicale monolaterale allargata</i>“, 85.48 „<i>Mastectomia radicale bilaterale allargata</i>“ ➔ Diese beiden Codes sind nicht zu verwenden. Die entsprechenden Eingriffe werden mit 85.45 und 85.46 kodiert.



S.E.15.10. Weitere Eingriffe an der Brust	85.83 „Innesto a tutto spessore nella mammella“ ➔ dieser Code ist bei lipofilling im Rahmen der Mammachirurgie anzuwenden. 85.87 „Altra riparazione o ricostruzione del capezzolo“ 85.91 „Aspirazione della mammella“ ➔ Umfasst die Nadelaspiration von Mammazysten. 85.95 „Inserzione di espansore tessutale nella mammella“ ➔ Umfasst das Einsetzen eines Skin-Expanders. 85.99 „Altri interventi sulla mammella“ ➔ Umfasst die Serom-Aspiration nach einer Mastektomie. Mit diesem Code lässt sich zudem die radikale Kapsulotomie kodieren, die oft während des Expander-Wechsels durch eine permanente Prothese (Code 85.53 oder 85.54) durchgeführt wird.
S.E.15.11. Eingriff bei Hämangiom und Lymphangiom	A) Die Injektion sklerosierender Substanzen zur Behandlung von Hämangiomen (Diagnosecode 228.0) wird mit 39.92 „Iniezione intravenosa di sostanze sclerosanti“ kodiert. B) Bei operativer Entfernung eines Lymphangioms (Diagnosecode 228.1) ist der spezifische Code 40.29 „Asportazione di linfagioma“ anzugeben.
S.E.15.12. Kodierung der verschiedenen Gefäßkatheter	Kodierung der verschiedenen Gefäßkatheter: Vollständig oder teilweise implantierbare vaskuläre Vorrichtungen: • PORT-A-CATH oder INFUSE-A-PORT oder GROSHONG-Katheter ➔ Verfahrenscod 86.07; • Vollständig implantierbare Infusionspumpe (auch in der Depot-Version) ➔ Verfahrenscod 86.06; Getunnelte Kathetersysteme (ZVK): Zentraler Venenkatheter nach HICKMAN, BROVIAC, QUINTON ➔ Verfahrenscod 38.93.
S.E.15.13. Aufnahme zum Anlegen von Venenzugängen für eine nachfolgende Behandlung	Bezweckt die Aufnahme das Anlegen von Gefäßzugängen für eine nachfolgende Behandlung, ist der Code V58.81 „Collocazione e sistemazione di catetere vascolare“ als Primärdiagnose zu verwenden. Wird ein solcher Zugang allerdings während eines Aufenthaltes zur Chemotherapie oder antineoplastischen Immuntherapie gelegt, verwendet man den Code V58.1 „Chemioterapia antineoplastica“ oder V58.12 „Immunoterapia antineoplastica“ als Primärdiagnose. Beispiele: A) Aufenthalt zum Anlegen eines Gefäßzuganges bei Ösophagus-Karzinom: Primärdiagnose: V58.81 „Collocazione e sistemazione di catetere vascolare“; Sekundärdiagnose: 150. __ „Carcinoma dell’esofago“; Eingriffe/Massnahmen: 86.07 „Inserzione di dispositivo di accesso vascolare“. B) Chemotherapie bei Ösophaguskarzinom und Anlegen eines Gefäßzugangs: Primärdiagnose: V58.1 „Chemioterapia“; Sekundärdiagnose: 150. __ „Carcinoma dell’esofago“; Sekundärdiagnose: V58.81 „Collocazione e sistemazione di catetere vascolare“; Eingriffe/Massnahmen: 86.07 „Inserzione di dispositivo di accesso vascolare“; 99.25 „Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore“.



S.E.15.14. Entfernung einer vaskulären Vorrichtung	Im Falle seltener stationärer Aufnahmen zur Entfernung eines Gefäßzuganges, der im Rahmen einer früheren Aufnahme angebracht wurde, ist als Primärdiagnose der Code V58.81 „ <i>Estrazione di catetere vascolare</i> “ und als Eingriff der Code 97.89 „ <i>Rimozione di altro dispositivo terapeutico</i> “ zu verwenden.
S.E.15.15. Neu eingeführte und abgeänderte Eingriffcodes	Neue Eingriff-/Verfahrenscodes (5) 86.94 Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo, non specificato se ricaricabile 86.95 Inserzione o riposizionamento di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale doppio, non specificato se ricaricabile 86.96 Inserzione o sostituzione di altro generatore di impulsi di neurostimolatore 86.97 Inserzione o sostituzione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale singolo ricaricabile 86.98 Inserzione o sostituzione di generatore di impulsi di neurostimolatore a canale doppio ricaricabile Abgeänderte Eingriff-/Verfahrenscodes (1) 86.05 Incisione con rimozione di corpo estraneo o dispositivo da cute e tessuto sottocutaneo





16. – VERSCHIEDENE DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN (87–99)

S.E.16.1. Meldepflichtige therapeutische und diagnostische Massnahmen (Codes 87.- 99.)	Massnahmen, denen ein Code von 87.- bis 99.- zugeordnet ist und die eine Zuteilung zu spezifischen Diagnosegruppen (DRG) bewirken, sind ggf. immer anzuführen. Im Allgemeinen sind innerhalb der verfügbaren Felder die wichtigsten, am Patienten während seines Aufenthaltes durchgeführten, therapeutischen und diagnostischen Massnahmen anzuführen (Bluttransfusionen und Transfusionen von Blut-Komponenten, MRT, usw.). Insbesondere müssen im KEB jene Massnahmen aufscheinen, die mit Pathologien verbunden sind, die im Laufe des Aufenthalts behandelt wurden und unter den Sekundärdiagnosen erwähnt werden.
S.E.16.2. Kodierungspflichtige psychiatrische Massnahmen	Im Allgemeinen sollten die im Abschnitt „Verschiedenes“ genannten und eventuell durchgeführten psychiatrischen Massnahmen im Rahmen der verfügbaren Felder wie folgt kodiert werden: 94.01 <i>Somministrazione di test di intelligenza</i> 94.02 <i>Somministrazione di test psicologici</i> 94.03 <i>Analisi del carattere</i> 94.08 <i>Altra valutazione e test psicologico</i> 94.09 <i>Determinazione dello stato mentale psicologico, SAI</i> 94.11 <i>Valutazione psichiatrica dello stato mentale</i> 94.13 <i>Valutazione di affidamento psichiatrico</i> 94.21 <i>Narcoanalisi</i> 94.24 <i>Terapia con shock chimico</i> 94.26 <i>Terapia con elettroshock subconvulsivo</i> 94.27 <i>Terapia elettroconvulsiva (ECT) EST</i> 94.31 <i>Psicanalisi</i> 94.32 <i>Ipnoterapia</i> 94.33 <i>Terapia comportamentale</i> 94.34 <i>Terapia individuale per disfunzione psicosessuale</i> 94.36 <i>Psicoterapia ludica</i> 94.37 <i>Psicoterapia verbale esplorativa</i> 94.38 <i>Psicoterapia verbale di supporto</i> 94.39 <i>Altra psicoterapia individuale</i> 94.41 <i>Terapia di gruppo per disfunzione psicosessuale</i> 94.42 <i>Terapia familiare</i> 94.43 <i>Psicodramma</i> 94.44 <i>Altra terapia di gruppo</i> 94.45 <i>Consulenza per tossicomania</i> 94.46 <i>Consulenza per alcoolismo</i> 94.61 <i>Riabilitazione da alcool</i> 94.62 <i>Disintossicazione da alcool</i> 94.63 <i>Disintossicazione e riabilitazione da alcool</i> 94.64 <i>Riabilitazione da farmaci</i> 94.65 <i>Disintossicazione da farmaci</i> 94.66 <i>Disintossicazione e riabilitazione da farmaci</i> 94.67 <i>Riabilitazione combinata da alcool e farmaci</i> 94.68 <i>Disintossicazione combinata da alcool e farmaci</i> 94.69 <i>Riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci</i>



S.E.16.3. Aufnahme zur Entwöhnung/ Rehabilitation vom Alkohol- und/oder Medikamentenmissbrauch	Im Falle eines stationären Aufenthaltes zur Entwöhnung/ Rehabilitation vom Alkohol- und/oder Medikamentenmissbrauch ist ein Code der Kategorien 303. __ „<i>Sindrome di dipendenza da alcool</i>“ oder 304. __ „<i>Dipendenza da sostanze</i>“ als Primärdiagnose anzugeben. Die folgenden Verfahrenscodes im Zusammenhang mit der Rehabilitation nach Alkohol- und/oder Medikamentenmissbrauch • 94.61 „<i>Riabilitazione da alcool</i>“ • 94.63 „<i>Disintossicazione e riabilitazione da alcool</i>“ • 94.64 „<i>Riabilitazione da farmaci</i>“ • 94.66 „<i>Disintossicazione e riabilitazione da farmaci</i>“ • 94.67 „<i>Riabilitazione combinata da alcool e farmaci</i>“ • 94.69 „<i>Riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci</i>“ sind nur im Falle einer Aufenthaltsdauer von mehr als 10 Tagen in der Krankenkartei einzutragen und nur dann, wenn im Laufe dieses Aufenthaltes mindestens 3 psychologische/rehabilitative Beratungsgespräche geführt wurden.
S.E.16.4. PET (Positronen-Emissions-Tomographie)	Da es keinen spezifischen Code für dieses Verfahren gibt, ist der Code 92.18 „<i>Scintigrafia total body</i>“ zu verwenden.
S.E.16.5. Maschinelle Beatmung	Achtgeben muss man auf den Kodierungsunterschied zwischen künstlicher maschineller Beatmung ➔ Code 96.7_ „<i>Altra ventilazione meccanica continua</i>“ und der nicht invasiven maschinellen Beatmung ➔ Code 93.90 „<i>Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)</i>“ oder Code 93.91 „<i>Respirazione a pressione positiva intermittente</i>“. Es wird außerdem darauf hingewiesen, dass der Code 96.7_ der maschinelle Langzeitbeatmung anhand der vierten Ziffer die Möglichkeit anbietet, die Dauer der Beatmung genauer zu definieren, insbesondere: • 96.71 „<i>Ventilazione meccanica continua per meno di 96 ore consecutive</i>“; • 96.72 „<i>Ventilazione meccanica continua per 96 ore consecutive o più</i>“. Die Benutzung dieser beiden Codes muss mit höchster Aufmerksamkeit geschehen, da sie zu zwei unterschiedlichen DRGs führen. Der Code 96.70 „<i>Ventilazione meccanica continua di durata non specificata</i>“ sollte nie benutzt werden, da er unspezifisch ist.
S.E.16.6. Neu eingeführte und abgeänderte Eingriffcodes	Neue Eingriff-/Verfahrenscodes (7) 88.96 Altre immagini intraoperatorie ottenute con risonanza magnetica iMRI 89.49 Controllo di cardiovertore/defibrillatore impiantabile automatico(AICD) 89.60 Emogasanalisi continua intra-arteriosa 92.20 Infusione di radioisotopo per brachiterapia 99.76 Immunoassorbimento extracorporeo 99.77 Applicazione o somministrazione di sostanza che ostacola le aderenze 99.78 Acquaferesi Abgeänderte Eingriff-/Verfahrenscodes (0)



Regeln zur Kodierung von Rehabilitationsbehandlungen





R.1. Rehabilitative Aufenthalte	Bei der Kodierung der Aufenthalte: • zur postakuten Rehabilitation • zur Beibehaltung der Rehabilitation • zur Beurteilung der Rehabilitation ist in der Regel der Code der Spätfolgen als Primärdiagnose anzugeben. Liegt kein solcher Code vor, wird als Primärdiagnose der entsprechende Krankheitscode angeführt.
R.2. Kodierung der durchgeführten Rehabilitations- behandlungen	In der Folge werden die Codes zur Kodierung der durchgeführten Rehabilitationsbehandlungen angeführt: 93.11 „ <i>Esercizi assistiti (fisioterapia o massoterapia)</i> “; 93.24 „ <i>Addestramento all'uso della protesi o apparecchi ortesici</i> “; 93.31 „ <i>Esercizi assistiti in piscina</i> “; 93.39 „ <i>Terapia fisica strumentale</i> “; 93.75 „ <i>Training del linguaggio e terapia</i> “; 93.83 „ <i>Terapia occupazionale</i> “; 94.08 „ <i>Valutazione e test psicologici</i> “. Unter den Eingriffen/ Massnahmen können ggf. auch die Codes der wichtigsten durchgeführten diagnostischen Verfahren (PET, CT, MRT usw.) vermerkt werden.
R.3. Spätfolgen von Erkrankungen	Als Spätfolgen von Erkrankungen bezeichnet man die Auswirkungen einer Krankheit oder eines Traumas, die nach Überwindung der Akutphase weiter bestehen. Die Anwendung dieser Code-Kategorie unterliegt keiner zeitlichen Befristung. Der „Zustand nach Erkrankung“ kann relativ frühzeitig auftreten, wie etwa bei zerebrovaskulären Ereignissen, oder auch erst nach Monaten oder Jahren wie z.B. nach einem Trauma.
R.4. Spätfolgen von Entzündungen des zentralen Nervensystems	Der Code 326 „ <i>Postumi di ascesso o di infezione da piogeni</i> “ wird als Primärdiagnose verwendet, um eine stationäre Rehabilitation von Patienten mit Spätfolgen nach Entzündungen des zentralen Nervensystems, aus der Kategorie 320-325, zu beschreiben. Als Sekundärdiagnose werden die Codes zur Beschreibung der jeweiligen Spätfolge (z.B. Hydrozephalus, Lähmung usw.) verwendet.
R.5. Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Aufnahmen von Patienten mit infektiösen und parasitären Krankheiten werden als Primärdiagnose wie folgt kodiert: 137._ „ <i>Postumi della Tuberculosis</i> “; 138 „ <i>Postumi della Poliomyelitis acuta</i> “; 139._ „ <i>Postumi di altre malattie infettive e parassitarie</i> “. Als Sekundärdiagnose sind die Codes zur Beschreibung der jeweiligen Spätfolge anzuführen, z.B.: 711.2_ „ <i>Artropatia nella sindrome di Behcet</i> “; 730.7_ „ <i>Osteopatie conseguenti a poliomyelitis</i> “; 730.8_ „ <i>Altre infezioni ossee in malattie classificate altrove</i> “. Konkrete Beispiele: Morbus Behcet: Primärdiagnose ➔ 139.8 „ <i>Postumi di altre e non specificate malattie infettive e parassitarie</i> “; Sekundärdiagnose ➔ 711.2_ „ <i>Artropatia nella sindrome di Behcet</i> “; Poliomyelitis: Primärdiagnose ➔ 138 „ <i>Postumi della Poliomyelitis acuta</i> “; Sekundärdiagnose ➔ 730.7_ „ <i>Osteopatie conseguenti a poliomyelitis</i> “; Tuberkulose: Primärdiagnose ➔ 137.3 „ <i>Postumi della Tuberculosis</i> “; Sekundärdiagnose ➔ 730.8_ „ <i>Altre infezioni ossee in malattie classificate altrove</i> “.



R. 6. Erkrankungen der Atemwege	Im Falle einer stationären Rehabilitation bei chronischen Lungenerkrankungen werden die entsprechenden Krankheitscodes als Primärdiagnose angegeben. Im Falle einer stationären, post-operativen pneumologischen Rehabilitation wird die Primärdiagnose mit 518.5 „<i>Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico</i>“ kodiert.
R. 7. Traumata	Bei rehabilitativ behandelten Traumata sind als Primärdiagnose die Codes der Kategorien 905-909 „<i>Postumi di traumatismi</i>“ anzugeben. Zur Kodierung der Sekundärdiagnosen sind jene Codes zu verwenden, welche die Art des Traumas beschreiben (z.B. Bruch, Luxation, Zerrung, Schädeltrauma, Läsionen der Wirbelsäule, usw.). Bei rehabilitativ behandelten, operierten Traumata ist unter den Sekundärdiagnosen auch der Code V45.89 anzugeben, womit das Vorhandensein eines postoperativen Zustands vermerkt wird. Treten Komplikationen nach operierten Traumata auf, so ist einer der Codes 996.4 „<i>Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni</i>“, 996.67 „<i>Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti ortopedici interni</i>“ oder 996.78 „<i>Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti ortopedici interni</i>“ als Sekundärdiagnose anzugeben.
R. 8. Rehabilitation nach Implantation einer Gelenksprothese	Die stationäre Rehabilitation nach Implantation einer Gelenksprothese (Schulter-, Hüft- oder Kniegelenk) wird als Primärdiagnose mit V43.6_ „<i>Articolazione sostituita con altri mezzi</i>“ und als Sekundärdiagnose mit dem Code der Krankheit kodiert, die den Eingriff erforderte. Treten nach dem Eingriff Komplikationen auf, so ist einer der Codes 996.4 „<i>Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni</i>“, 996.66 „<i>Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne</i>“ oder 996.77 „<i>Altre complicazioni da protesi articolari interne</i>“ als Sekundärdiagnose anzugeben. Bei Implantation von zweiseitigen Prothesen wird der Rehabilitationsaufenthalt folgendermaßen beschrieben: derselbe Code aus der Kategorie V43.6_ „<i>Articolazione sostituita con altri mezzi</i>“, wird zweimal, als Primärdiagnose und als Sekundärdiagnose, angeführt. Im Falle eines Austausches der Hüftprothese nach einem Trauma (Schenkelhalsbruch) ist auf die Kodierungsregel R.7 „Traumata“ Bezug zu nehmen.
R. 9. Rehabilitations- behandlung nach Arthrodesen	Bei einer rehabilitativen Behandlung von Patienten mit Arthrodesen wird die Primärdiagnose mit V45.4 „<i>Presenza postchirurgica di artrodesi</i>“ kodiert. Als Sekundärdiagnose ist der Code jener Krankheit anzugeben, die den Eingriff erforderte. Treten nach dem Eingriff Komplikationen auf, so ist einer der Codes 996.4 „<i>Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni</i>“, 996.67 „<i>Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti ortopedici interni</i>“ oder 996.78 „<i>Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti ortopedici interni</i>“ als Sekundärdiagnose anzugeben.



R.10. Komplikationen nach prothetischer Versorgung, orthopädischer Implantation oder Transplantation	Stationäre Aufnahmen zur Rehabilitation, die hauptsächlich aufgrund von Komplikationen von Prothesen bzw. orthopädischen Implantationen oder Transplantationen erforderlich sind, werden als Primärdiagnose mit den Codes der Kategorie 996 kodiert, genauer gesagt mit: 996.4 „<i>Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni</i>“, 996.66 „<i>Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolari interne</i>“, 996.67 „<i>Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti ortopedici interni</i>“, 996.77 „<i>Altre complicazioni da protesi articolari interne</i>“, oder 996.78 „<i>Altre complicazioni da protesi, impianti e innesti ortopedici interni</i>“. Unter den Sekundärdiagnose wird der klinische Zustand des Patienten mittels verfügbarer Codes für Spätfolgen oder entsprechender Krankheitscodes angegeben.
R.11. Osteomyelitis	Bei der Beschreibung der Osteomyelitis ist die Unterscheidung zwischen akuter oder chronischer Osteomyelitis uninteressant. Es werden deshalb die fünfstelligen Codes der Kategorie 730.2_ „<i>Osteomielite non specificata</i>“ verwendet.
R.12. Arthrose	Zur Beschreibung der lokalisierten Arthrose muss nicht angegeben werden, ob es sich um eine Primär- oder Sekundärarthrose handelt. Deshalb sind die fünfstelligen Codes der Kategorie 715.3_ „<i>Artrosi localizzata, non specificata se primaria o secondaria</i>“ zu verwenden. Lokalisierte, nicht operierte Schulter-, Hüft- und Kniearthrosen sind wie folgt zu kodieren: 715.31 „<i>Artrosi localizzata non specificata se primaria o secondaria, spalla</i>“; 715.35 „<i>Artrosi localizzata non specificato se primaria o secondaria, anca</i>“; 715.36 „<i>Artrosi localizzata non specificato se primaria o secondaria, ginocchio</i>“.
R.13. Zerebrovaskuläre Erkrankungen	Im Falle einer stationären Rehabilitation von Patienten mit zerebrovaskulären Erkrankungen wird die Primärdiagnose mit 438.9 „<i>Postumi non specificati delle malattie cerebrovascolari</i>“ kodiert. Als Sekundärdiagnose sind die Codes für die Art der zerebrovaskulären Beeinträchtigung anzuführen (Kategorien 430, 431, 432, 434, 436 und 437 für zerebrale Schlaganfälle und Vaskulopathien sowie Kategorie 433 für Schlaganfälle im Stamm- und Kleinhirn). Als Sekundärdiagnose ist außerdem ggf. der Code V45.89 zur Angabe eines postoperativen Zustands zu vermerken. Unter den Sekundärdiagnose sind ferner die Codes weiterer neurologischer Behinderungen anzuführen, die während des Aufenthalts behandelt wurden, wie etwa 438.2_ „<i>Emiplegia/ emiparesi</i>“, 438.3_ „<i>Monoplegia degli arti superiori</i>“, 438.4_ „<i>Monoplegia degli arti inferiori</i>“, 344.0_ „<i>Quadriplegia e tetraparesi</i>“, 344.1 „<i>Paraplegia</i>“, 344.2 „<i>Diplegia degli arti superiori</i>“, 344.6_ „<i>Cauda equina</i>“, 438.5_ „<i>Altre sindromi paralitiche</i>“, 368.2 „<i>Diplopia</i>“, 781.0 „<i>Movimenti involontari anomali</i>“, 781.2 „<i>Disturbi dell'andatura</i>“, 438.84 „<i>atassia</i>“, 748.5 „<i>Disartria</i>“, 438.11 „<i>Afasia</i>“, 438.82 „<i>Disfagia</i>“, usw. Es sei darauf geachtet, dass bei neurologischen, nicht zerebrovaskulär bedingten Behinderungen, Codes aus anderen Kategorien zu wählen sind, z.B.: 1) Aphasie nach intrakraniellm Trauma ➔ Code 784.3; 2) Hemiplegie der dominanten Hirnhälfte nach Hirntumor ➔ ein Code der Kategorie 342._ _.



R.14. Rehabilitation von amputierten Patienten <u>ohne</u> Prothesentraining	Traumatische Amputationen: Die stationäre Rehabilitation von Patienten nach traumatischer Amputation <u>ohne</u> Prothesentraining wird als Primärdiagnose mit 905.9 „<i>Postumi di amputazione traumatica</i>“ kodiert. Als Sekundärdiagnose sind folgende vierstellige Codes anzugeben.: • 885._ „<i>Amputazione traumatica del pollice (completa) (parziale)</i>“; • 886._ „<i>Amputazione traumatica delle altre dita della mano (completa) (parziale)</i>“; • 887._ „<i>Amputazione traumatica del braccio e della mano (completa) (parziale)</i>“; • 895._ „<i>Amputazione traumatica delle dita del piede (completa) (parziale)</i>“; • 896._ „<i>Amputazione traumatica del piede (completa) (parziale)</i>“; • 897._ „<i>Amputazione traumatica della gamba (completa) (parziale)</i>“. Nicht traumatische Amputationen: Die stationäre Rehabilitation von Patienten nach nicht-traumatischer Amputation <u>ohne</u> Prothesentraining wird als Primärdiagnose mit dem Code der Krankheit kodiert, welche die Amputation erforderte. Unter den Sekundärdiagnosen wird bei Amputation einer oberen Extremität der fünfstellige Code V49.6_ und bei Amputation einer unteren Extremität der fünfstellige Code V49.7_ verwendet.
R.15. Rehabilitation von amputierten Patienten <u>mit</u> Prothesentraining	Traumatische Amputationen: Die stationäre Rehabilitation von Patienten nach traumatischer Amputation <u>mit</u> Prothesentraining wird als Primärdiagnose mit V43.7 „<i>Arto sostituito con altri mezzi</i>“ kodiert. Als Sekundärdiagnose ist der Code 905.9 „<i>Postumi di amputazione traumatica</i>“ sowie folgende vierstellige Codes anzugeben: • 885._ „<i>Amputazione traumatica del pollice (completa) (parziale)</i>“; • 886._ „<i>Amputazione traumatica delle altre dita della mano (completa) (parziale)</i>“; • 887._ „<i>Amputazione traumatica del braccio e della mano (completa) (parziale)</i>“; • 895._ „<i>Amputazione traumatica delle dita del piede (completa) (parziale)</i>“; • 896._ „<i>Amputazione traumatica del piede (completa) (parziale)</i>“; • 897._ „<i>Amputazione traumatica della gamba (completa) (parziale)</i>“. Unter den Massnahmen ist der Code 93.24 „<i>Addestramento all'uso della protesi o apparecchi ortesici</i>“ einzutragen. Nicht traumatische Amputationen: Die stationäre Rehabilitation von Patienten nach einer nicht- traumatischen Amputation <u>mit</u> Prothesentraining wird als Primärdiagnose mit V43.7 „<i>Arto sostituito con altri mezzi</i>“ kodiert. Als Sekundärdiagnose ist der Code der Krankheit anzugeben, welche die Amputation erforderte, sowie der fünfstellige Code V49.6_ bei Amputation einer oberen und V49.7_ bei Amputation einer unteren Extremität. Unter den Massnahmen ist der Code 93.24 „<i>Addestramento all'uso della protesi o apparecchi ortesici</i>“ anzugeben.



R.16. Bandscheibenvorfall	Bei einem Bandscheibenvorfall ohne Myelopathie wird die Primärdiagnose mit folgenden Codes kodiert: 722.0 zervikal, 722.10 lumbal, 722.11 thorakal, 722.2 nicht näher definierte Lokalisation. Bei einem Bandscheibenvorfall mit Myelopathie wird die Primärdiagnose mit folgenden Codes kodiert: 722.71 zervikal, 722.72 thorakal, 722.73 lumbal, 722.70 nicht näher definierte Lokalisation.
R.17. Diabetes mit neurologischen Komplikationen	Im Falle eines Diabetes mit neurologischen Komplikationen wird die Primärdiagnose mit den Codes für Störungen des Nervensystems kodiert, und zwar mit: 337.1 „<i>Neuropatia periferica del sistema nervoso autonomo in diabete</i>“ 354.0-355.9 „<i>Mononeuropatia diabetica</i>“ 357.2 „<i>Polineuropatia in diabete</i>“ 358.1 „<i>Amiotrofia diabetica</i>“. Als Sekundärdiagnose ist ein fünfstelliger Code der Kategorie 250.6_ „<i>Diabete con complicate neurologiche</i>“ anzuführen.
R.18. Stationäre Rehabilitation neuro-onkologischer Patienten	Im Falle einer stationären Rehabilitation von Patienten mit neurologischen Behinderungen nach (primärer oder sekundärer) Neoplasie des zentralen oder peripheren Nervensystems bzw. nach chirurgischem Eingriff wegen Neoplasie wird die Primärdiagnose mit dem Code jener neurologischen <u>Störung</u> kodiert, die den Großteil der Pflege- und Rehabilitationsressourcen während des Aufenthalts in Anspruch nahm, z.B. 342.__ „<i>Emiplegia ed emiparesi</i>“, 344.__ „<i>Quadriplegia, paraplegia, diplegia, monoplegia, cauda equina ed altre sindromi paralitiche</i>“, 334.3 „<i>Atassia cerebellare</i>“, 784.3 „<i>Afasia</i>“, usw. Als Sekundärdiagnose wird der Code der <u>Neoplasie</u> angeführt, wie etwa 191.__ „<i>Tumori maligni dell'encefalo</i>“, 192.__ „<i>Tumori maligni di altre e non specificate parti del sistema nervoso</i>“, 198.3 „<i>Tumori maligni secondari di encefalo e midollo spinale</i>“, 198.4 „<i>Tumori maligni secondari di altre parti del sistema nervoso</i>“, 225.__ „<i>Tumori benigni dell'encefalo e di altre parti del sistema nervoso</i>“, 237.5-237.9 „<i>Tumori di comportamento incerto del sistema nervoso</i>“, usw. Als Sekundärdiagnose wird außerdem ggf. der Code V45.89 zur Beschreibung des postoperativen Zustands vermerkt. Unter den Sekundärdiagnosen sind auch die Codes der neurologischen Behinderungen anzuführen, die während des Aufenthalts behandelt wurden, z.B. 334.3 „<i>Atassia cerebellare</i>“, 342.__ „<i>Emiplegia ed emiparesi</i>“, 344.__ „<i>Quadriplegia, paraplegia, diplegia, monoplegia, cauda equina ed altre sindromi paralitiche</i>“, 368.2 „<i>Diplopia</i>“, 781.0 „<i>Movimenti involontari anormali</i>“, 781.2 „<i>Disturbi dell'andatura</i>“, 781.3 „<i>Turbe della coordinazione, atassia</i>“, 784.3 „<i>Afasia</i>“, 784.5 „<i>Disartria</i>“, 787.2 „<i>Disfagia</i>“, usw.



R.19. Funktionelle Chirurgie bei Spätfolgen von ZNS-Läsionen	Rehabilitationsbehandlungen nach chirurgischen Eingriffen bei Spätfolgen von Läsionen des zentralen Nervensystems werden unter den Sekundär Diagnosen mit dem Code V45.89 beschrieben, um das Vorliegen eines postoperativen Zustands hervorzuheben.
R.20. Traumatische Verletzungen des Plexus brachialis oder lumbosacralis bzw. Wurzelläsionen	Traumatische Verletzungen des Plexus brachialis oder lumbosacralis bzw. Wurzelläsionen, die nicht durch Bandscheibenstörungen, Spondylosen oder spondylogenetische Störungen bedingt sind, werden als Primär Diagnose mit einem vierstelligen Code der Kategorie 907. _ „ <i>Postumi di traumatismi del sistema nervoso</i> “ definiert. Als Sekundär Diagnose ist ein vierstelliger Code der Kategorie 353 „ <i>Disturbi delle radici e dei plessi nervosi</i> “ anzugeben.
R.21. Läsionen nach HWS- Schleudertrauma	Läsionen nach HWS-Schleudertrauma werden als Primär Diagnose mit dem Code 905.7 „ <i>Postumi di distorsioni e distrazioni</i> “ definiert. Als Sekundär Diagnose ist der Code 847.0 „ <i>Lesione da colpo di frusta</i> “ anzugeben.
R.22. Vegetativer Zustand	Im Falle eines vegetativen Zustands von Patienten mit minimaler Reaktionsfähigkeit wird unter den Sekundär Diagnosen der Code 780.03 „ <i>Stato vegetativo persistente</i> “ eingetragen.
R.23. Psychomotorische Verwirrung in Patienten mit Rehabilitations- behandlung	Bei psychomotorischer Verwirrung in Patienten in Rehabilitationsbehandlung wird unter den Sekundär Diagnosen der Code 293.1 „ <i>Stato confusionale subacuto</i> “ angeführt.
R.24. Behandlung mit Botulinumtoxin	Die Verabreichung von Botulinumtoxin in Patienten in Rehabilitationsbehandlung wird unter den Massnahmen mit 83.98 „ <i>Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale all'interno di altri tessuti molli</i> “ kodiert.
R.25. Isolierung von Patienten	Wird die Isolierung eines Patienten in Rehabilitationsbehandlung erforderlich, so ist unter den Sekundär Diagnosen der Code V07.0 „ <i>Necessità di isolamento</i> “ zu vermerken.
R.26. Infektion durch medikamenten- resistente Mikroorganismen	Die Codes der Kategorie V09. _ _ „ <i>Infezione da microrganismi resistenti ai farmaci</i> “ können zur Beschreibung von Pharmakoresistenzen in bestimmten Infektionen verwendet werden.



R.27. Rehabilitations- behandlungen bei chronischen neurologischen Erkrankungen	Bei Aufnahmen zur rehabilitativen Behandlung von Patienten mit chronischen neurologischen Erkrankungen (Multiple Sklerose, Muskeldystrophie, Parkinson) wird als Primärdiagnose der Code jener neurologischen Störung angegeben, die den Großteil der Pflege- und Rehabilitationsressourcen während des Aufenthalts in Anspruch nahm; zum Beispiel: 781.0 "Movimenti involontari anormali", 781.2 "Disturbi dell'andatura", 781.3 "Turbe della coordinazione, atassia", 784.3 "Afasia", 784.5 "Disartria", usw. Unter den Sekundär Diagnosen ist der Code der chronischen neurologischen Erkrankung anzugeben, zum Beispiel: 340 "Sclerosi multipla", 332.0 "Paralisi agitante", 359.1 "Distrofia muscolare progressiva ereditaria", usw. Unter den Sekundär Diagnosen werden außerdem die Codes anderer neurologischer Störungen angegeben, die ggf. während des Aufenthaltes behandelt wurden; zum Beispiel: 781.0 "Movimenti involontari anormali", 781.2 "Disturbi dell'andatura", 781.3 "Turbe della coordinazione, atassia", 784.3 "Afasia", 784.5 "Disartria", usw.
R.28. Rehabilitations- behandlungen bei intrakraniellen Traumata	Für die Beschreibung der Rehabilitationsbehandlungen bei intrakraniellen Traumata wird als Primärdiagnose entweder der Code 905.0 "Postumi di fratture del cranio e delle ossa della faccia" oder 907.0 "Postumi di traumasmi intracranici senza menzione di frattura del cranio" verwendet. Unter den Sekundär Diagnosen werden die Codes zur Beschreibung der Art des Traumas (Schädelfraktur mit Hirntrauma, Gehirnerschütterung, traumatische intrakranielle Blutung, usw.) wiedergegeben. Unter den Sekundär Diagnosen wird außerdem der Code V45.89 vermerkt, wenn ein post-chirurgischer Zustand (Kraniotomie) vorliegt. Unter den Sekundär Diagnosen werden auch die Codes der neurologischen Störungen angegeben, die während des Aufenthaltes behandelt wurden, zum Beispiel: 781.0 "Movimenti involontari anormali", 781.2 "Disturbi dell'andatura", 781.3 "Turbe della coordinazione, atassia", 784.3 "Afasia", 784.5 "Disartria", usw.
R.29. Baclofen-Pumpe	Im Falle eines Aufenthaltes durch Anlegung, Aufladung oder Tarierung einer Baclofen-Pumpe werden folgende Codes verwendet: Primärdiagnose: V53.09 "Collocazione e sistemazione di altri dispositivi relativi al sistema nervoso e agli organi di senso"; Je nach Fall werden folgende Codes verwendet: A) Anlegung der Pumpe: 03.90 "Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative"; 03.92 "Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale"; 86.06 "Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile". B) Aufladung und Tarierung der Pumpe: 03.92 "Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale". C) Entfernung der Pumpe: 97.89 "Rimozione di altro dispositivo terapeutico".
R.30 Postakute Langzeit- aufenthalte	Für die Kodierung der postakuten Langzeitaufenthalte wird in der Regel der Code der Spätfolge als Primärdiagnose verwendet; sollte es keinen Code für die Spätfolge geben, wird als Primärdiagnose der Code der Erkrankung verwendet.

