

Richtlinien für ambulante Kodierung

Stand Juni 2023

Version 1.0

Inhalt

1	GRUNDLEGENDE RICHTLINIEN.....	1
1.1	Zeitpunkt der Kodierung.....	1
1.2	Diagnose.....	1
1.2.1	Symptome.....	2
1.2.2	Verdachtsdiagnosen.....	2
1.2.3	Akut versus Chronisch.....	3
1.2.4	Erkrankungen nach medizinischen Massnahmen.....	4
1.2.5	Syndrome, Neubildungen, zugrunde liegende Krankheiten.....	6
1.3	Prozeduren.....	7
1.3.1	Welche Prozeduren werden kodiert.....	7
1.3.2	Zeitpunkt.....	8
1.3.3	Lateralität.....	8
1.3.4	Kombinationseingriffe.....	9
1.3.5	Mehrfach durchgeführte Prozeduren.....	10
1.3.6	Endoskopien.....	10
2	SPEZIELLE KODIERRICHTLINIEN.....	12
2.1	Analogiekodierungen.....	12
2.2	CHOP-Kodes «...in Narkose».....	12
2.3	Geburtshilfe.....	12

1 Grundlegende Richtlinien

Dieses Papier definiert für die Anwendung des Patientenpauschaltarifs im kohärenten Tarifsystem für ambulante ärztliche Leistungen:

- ⇒ Richtlinien für ambulante Kodierung;
- ⇒ Instrumente zur Kodierung;
- ⇒ Anwendungsbeispiele.

Die Richtlinien für ambulante Kodierung des Patientenpauschaltarifs sind als eigenständiges Werk zu verstehen. Da sich das System derselben Instrumente zur Kodierung bedient (ICD-10-GM / CHOP) wie die Kodierung im stationären Bereich, fallen manche Richtlinien naturgemäss inhaltlich sehr ähnlich aus. Die Formulierung dieser Richtlinien hält sich möglichst nahe an den Formulierungen des stationären Kodierungshandbuchs¹.

Der Patientenpauschaltarif nutzt die gemäss BFS aktuell gültigen «Instrumente zur medizinischen Kodierung»². Für v1.0/2023 sind dies entsprechend ICD-10-GM 2022 sowie CHOP 2023.

Die Nutzung der Richtlinien für ambulante Kodierung im Patientenpauschaltarif setzt voraus, dass die einleitenden Erklärungen und Anwendungshinweise der ICD-10-GM und CHOP bekannt sind.

Die Diagnosestellung und die Dokumentation von Diagnosen und/oder Prozeduren während eines Patientenkontaktes liegen in der Verantwortung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes.

1.1 Zeitpunkt der Kodierung

Die Kodierung erfolgt während oder unmittelbar nach dem Patientenkontakt. Ausstehende Untersuchungsergebnisse (Pathologie, Labor etc.) zur Präzisierung der Diagnose müssen nicht abgewartet werden.

Zu jeder erfassten Diagnose ist das Datum des dazugehörigen Patientenkontaktes anzugeben.

1.2 Diagnose

Im Patientenpauschaltarif wird in v1.0 pro Patientenkontakt eine (1) Diagnose berücksichtigt und erfasst. Die Unterscheidung von Haupt-/Nebendiagnose fällt daher in der Verwendung weg. Ebenso entfällt die Verwendung von sekundären Codes (Ausrufezeichen- und Sternschlüsselnummern).

Erfasst wird derjenige Zustand, der während oder unmittelbar nach dem Patientenkontakt als Diagnose feststeht und Hauptanlass für die Behandlung und/oder Untersuchung der Patientin,

¹ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.html> [per 06/2023]

² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.html> [per 06/2023]

bzw. des Patienten war. Als Hauptanlass zeichnet sich die Behandlung aus, welche den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln (ärztliche & pflegerische Leistungen, Operationen, medizinische Produkte usw.) während des Patientenkontaktes hatte. Hierbei wird die Diagnose, die der erfolgten Behandlung in Organbezogenheit bzw. Körperregion am nächsten steht, bevorzugt angewendet.

Beispiel 1 zu Diagnose

Eintritt mit Diabetes mellitus Typ 2 und diabetischer Arthropathie des Kniegelenks zur Kniearthroskopie.

M12.86 Sonstige näher bezeichnete Arthropathien, anderenorts nicht klassifiziert; Kniegelenk

Beispiel 2 zu Diagnose

Eintritt zur Katarakt-Extraktion bei Katarakt aufgrund chronischer Mangelernährung.

H26.8 Sonstige näher bezeichnete Kataraktformen

Werden bei einem Patientenkontakt mehrere Behandlungen durchgeführt, wird die Diagnose, die den grössten Behandlungsaufwand generiert, kodiert.

Beispiel 3 zu Diagnose

Eintritt zur Osteosynthese bei distaler Radiusextensionsfraktur und Fingerfraktur.

S52.51 Distale Fraktur des Radius, Extensionsfraktur

1.2.1 Symptome

Es soll organspezifisch kodiert werden. Symptomcodes werden nur dann kodiert, wenn zum Zeitpunkt der Kodierung keine organbezogene Diagnose zur Verfügung steht (s. auch Abs. 1.2.2 Verdachtsdiagnosen).

1.2.2 Verdachtsdiagnosen

Die Verdachtsdiagnose bestätigt sich oder wird präzisiert: Kodierung erfolgt entsprechend aktuellstem Wissenstand zum Zeitpunkt der Kodierung.

Keine definitive Diagnosestellung bzw. die Verdachtsdiagnose wird ausgeschlossen: Kodierung erfolgt entsprechend der Diagnose, welche Anlass zur Behandlung gegeben hat.

Beispiel 1 zu Verdachtsdiagnosen

Eintritt mit Knieschmerzen bei Verdacht auf Kniegelenksarthrose. Durchführung von unauffälliger Knie-Arthroskopie unter Vollnarkose. Die Verdachtsdiagnose wird ausgeschlossen, keine anderweitige Diagnosestellung.

Diagnose

M25.56 Gelenkschmerz, Unterschenkel

Behandlung

80.26 Arthroskopie des Knies [L]

93.92.12 Balancierte Anästhesie

Beispiel 2 zu Verdachtsdiagnosen

Eintritt mit Bauchschmerzen bei Verdacht auf Appendizitis. Die durchgeführte laparoskopische Appendektomie unter Vollnarkose bestätigt die Verdachtsdiagnose.

Diagnose

K35.8 Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet

Behandlung

47.01 Appendektomie, laparoskopisch

93.92.12 Balancierte Anästhesie

Beispiel 3 zu Verdachtsdiagnosen

Eintritt mit axillärer Lymphknotenvergrößerung unklarer Genese zur perkutanen Lymphknotenbiopsie in Lokalanästhesie. Das Resultat der Biopsie ist ausstehend zum Zeitpunkt der Kodierung.

Diagnose

R59.0 Lymphknotenvergrößerung, umschrieben

Behandlung

40.11.20 Geschlossene [perkutane] [Nadel-] Biopsie von Lymphknoten

1.2.3 Akut versus Chronisch

Leidet ein Patient gleichzeitig an der chronischen und akuten Form derselben Krankheit, wie z.B. akute Exazerbation einer chronischen Krankheit, so wird die akute Form der Krankheit kodiert, sofern es für die akute und chronische Form dieser Krankheit unterschiedliche Schlüsselnummern gibt.

Wenn ein Kombinationscode beide Formen abbildet, so wird dieser kodiert.

Beispiel 1 zu Akut versus Chronisch

Eintritt mit einer chronischen Cholezystolithiasis sowie mit einer akuten Cholezystitis ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion. Aufnahme zur CT-Untersuchung und nachfolgender laparoskopischen Cholezystektomie unter Vollnarkose.

Diagnose

K80.00 Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion

Behandlung

51.23 Laparoskopische Cholezystektomie
93.92.12 Balancierte Anästhesie
88.01.20 Computertomographie Oberbauch

Beispiel 2 zu Akut versus Chronisch

Eintritt mit einer Magenblutung zur Gastroskopie. Während der Gastroskopie zeigt sich ein akutes Magenulkus mit Blutung sowie chronische Ulcera ohne Blutungszeichen. Die Blutung wird endoskopisch gestillt.

Diagnose

K25.0 Ulcus ventriculi Akut, mit Blutung

Behandlungen

44.43.99 Endoskopische Blutstillung in Magen oder Duodenum, sonstige
93.92.10 Intravenöse Anästhesie

1.2.4 Erkrankungen nach medizinischen Massnahmen

Erkrankungen und Komplikationen nach medizinischen Massnahmen werden dann kodiert, wenn sie vom behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin als solche beschrieben werden. Es soll der Kode erfasst werden, welcher den Anlass zur Behandlung in Organbezogenheit, Pathologie und Körperregion am spezifischsten beschreibt.

Beispiel 1 zu Erkrankungen nach medizinischen Massnahmen

Eintritt zur Kniegelenkspunktion bei Infektion einer Knie-Endoprothese in Lokalanästhesie

Diagnose

T84.7 Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate

Behandlung

81.91 Gelenkspunktion

Beispiel 2 zu Erkrankungen nach medizinischen Massnahmen

Eintritt zur Entfernung einer gebrochenen Osteosynthese-Platte am Handgelenk in (Plexus-)Regionalanästhesie.

Diagnose

T84.12 Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen; Unterarm und Handgelenk

Behandlung

78.63.01 Knochenimplantatentfernung an Radius und Ulna [L]

04.81.42 Injektion eines Anästhetikums an periphere Nerven zur Anästhesie bei Untersuchungen und Interventionen

Beispiel 3 zu Erkrankungen nach medizinischen Massnahmen

Eintritt zur Entfernung einer vorstehenden, schmerzhaften Schraube nach vorausgegangener Osteosynthese am Fussgelenk in Lokalanästhesie.

Diagnose

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

Behandlung

78.67.01 Knochenimplantatentfernung an Tibia und Fibula, (intramedullärer) Draht, Schraube, Zuggurtung/Cerclage, Fixateur externe, Ringfixateur, (Blount-)Klammern [L]

Beispiel 4 zu Erkrankungen nach medizinischen Massnahmen

Eintritt zum Débridement eines Hautabszesses in Lokalanästhesie nach Osteosynthese am Unterarm 2 Wochen zuvor.

Diagnose

L02.4 Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten

Behandlung

86.32.1E Lokale Exzision von Läsion oder Gewebe an Haut und Subkutangewebe, mit primärem Wundverschluss, an anderer Lokalisation

Beispiel 5 zu Erkrankungen nach medizinischen Massnahmen

Eintritt zur Harnröhrendilatation bei Rezidiv einer Harnröhrenstriktur.

Diagnose

N99.10 Harnröhrenstriktur-Rezidiv nach vorangegangener Operation einer Harnröhrenstriktur

Behandlungen

58.6 Dilatation der Urethra
58.22 Sonstige Urethroskopie
93.92.10 Intravenöse Anästhesie

1.2.5 Syndrome, Neubildungen, zugrunde liegende Krankheiten

Bei Erkrankungen im Rahmen zugrunde liegender Krankheiten wird der organspezifischen Manifestation der Krankheit Vorrang gegeben (sofern diese von der zugrunde liegenden Krankheit abweicht oder diese spezifiziert).

Beispiel 1 zu Syndrome, Neubildungen, zugrunde liegende Krankheiten

Eintritt zur Botulinustoxin-Injektion in den Harnblasensphinkter bei Dranginkontinenz aufgrund einer Multiplen Sklerose.

Diagnose

N39.42 Dranginkontinenz

Behandlung

57.32 Sonstige Zystoskopie
57.99.21 Injektionsbehandlung an der Harnblase, transurethral

Beispiel 2 zu Syndrome, Neubildungen, zugrunde liegende Krankheiten

Eintritt zur Exzision einer Hautmetastase bei bösartiger Neubildung der Brustdrüse unter Vollnarkose.

Diagnose

C79.2 Sekundäre bösartige Neubildung der Haut.

Behandlungen

85.27 Lokale Exzision von Läsion oder Gewebe an Haut der Mamma [L]
93.92.12 Balancierte Anästhesie

Beispiel 3 zu Syndrome, Neubildungen, zugrunde liegende Krankheiten

Eintritt zur Hernienplastik unter Vollnarkose bei einseitigem Leistenbruch aufgrund eines Marfansyndroms.

Diagnose

K40.90 Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän, nicht als Rezidivhernie bezeichnet

Behandlungen

53.07.21 Operation einer Inguinalhernie, laparoskopisch, mit Implantation von Membranen und Netzen [L]

93.92.12 Balancierte Anästhesie

1.3 Prozeduren

1.3.1 Welche Prozeduren werden kodiert

Alle signifikanten Prozeduren während des Patientenkontaktes sind zu kodieren. Dies schliesst diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein. Standardmässig durchgeführte Prozeduren können, müssen aber nicht explizit erfasst werden. Die Reihenfolge der erfassten Prozeduren hat keine Bedeutung.

Grundsätzlich benötigt es für eine Einteilung in eine Fallgruppe (nebst der Diagnose) eine (1) Prozedur. Falls zur Differenzierung notwendig, kann die Kodierung zudem weitere Prozeduren umfassen.

Signifikante Prozeduren (Liste nicht abschliessend)

- Operative Leistungen;
- Interventionelle Leistungen;
- Endoskopien;
- Geburten;
- Grossgeräte: Bestrahlung, Nuklearmedizin, CT, MRI, interventionelle Radiologie, Mammographie, DEXA;
- Anästhesieleistungen, Schmerztherapie;
- Sonographien.

Nicht signifikante Prozeduren

- Blutentnahmen und Laboruntersuchungen;
- Aufnahmeuntersuchungen;
- Einzelne Komponenten einer Prozedur: Vorbereitung, Lagerung und Wundverschluss sind in der Regel in einem Operationskode abgebildet;
- Medikamentöse Therapien mit Ausnahme von:
 - Medikamentöse Therapien, sofern ein spezifischer CHOP-Kode dafür vorhanden ist;
 - Zytostatika-/Immuntherapien, Thrombolysen, Infusion von Gerinnungsfaktoren & Blutprodukten;

- Abnorme Befunde (Labor-, Röntgen-, Pathologie- und andere diagnostische Befunde), sofern diese keine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder von weiterführender Diagnostik haben.

Es werden ausschliesslich effektiv durchgeführte Prozeduren kodiert:

- Wird eine geplante Prozedur aus technischen Gründen nicht durchgeführt, wird diese nicht kodiert.
- Wird eine geplante Prozedur aufgrund einer anderen Krankheit nicht durchgeführt, wird diese Prozedur nicht kodiert (es kann jedoch, wenn die andere Krankheit eine signifikante Prozedur zur Folge hatte, diese andere Krankheit und Prozedur kodiert werden).
- Bei abgebrochenen Eingriffen wird nur der ausgeführte Teil des Eingriffs kodiert.

In v1.0 sind CHOP-Kodes gemäss des Auszugs CHOP-Kodes für den Patientenpauschaltarif v1.0 mit einer Funktion im Patientenpauschaltarif hinterlegt. CHOP-Kodes, welche nicht im Auszug aufgeführt werden, haben aktuell noch keine Funktion im Patientenpauschaltarif. Eine vollständige Berücksichtigung aller Prozeduren des CHOP-Katalogs ist im Patientenpauschaltarif für die Folgeversion vorgesehen. Der Auszug CHOP-Kodes für den Patientenpauschaltarif ist auf der Website der solutions tarifaires suisses AG³ respektive der Organisation ambulante Arzttarife AG hinterlegt.

1.3.2 Zeitpunkt

Zu jeder erfassten Prozedur ist das Datum der Durchführung anzugeben.

1.3.3 Lateralität

Zu jeder erfassten Prozedur ist, wo möglich, die (Beid-)Seitigkeit/Lateralität anzugeben. Entsprechende CHOP-Kodes sind in der CHOP mit [L] gekennzeichnet.

Folgende Angaben werden erfasst:

B = beidseitig

leer = einseitig / keine Angabe

Beispiel 1 zu Lateralität

Eintritt zur Operation einer beidseitigen Leistenhernie

53.06.11 Operation einer Inguinalhernie, offen chirurgisch, ohne Implantation von Membranen oder Netzen [L]

93.92.10 Intravenöse Anästhesie

Entsprechend wäre in Beispiel 1 zu Lateralität der Kode 53.06.11 mit B = *beidseitig* zu erfassen.

³ www.solutions-tarifaires.ch

1.3.4 Kombinationseingriffe

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

Beispiel 1 zu Kombinationseingriffe

Eintritt zur Tonsillektomie und Adenoidektomie in Vollnarkose.

Diagnose

J35.0 Chronische Tonsillitis

Behandlungen

28.3.- Tonsillektomie **mit** Adenoidektomie [L]

93.92.10 Intravenöse Anästhesie

Beispiel 2 zu Kombinationseingriffe

Eintritt zur Hallux valgus-Operation mit gleichzeitiger Arthrodese in Spinalanästhesie.

Diagnose

M20.1 Hallux valgus (erworben)

Behandlung

77.52 Plastische Rekonstruktion bei Hallux valgus und rigidus mit Exostosenresektion, Weichteilkorrektur und Arthrodese [L]

03.91.21 Injektion eines Anästhetikums in den Spinalkanal zur Anästhesie bei Untersuchungen und Interventionen

1.3.5 Mehrfach durchgeführte Prozeduren

Prozeduren sind so oft zu kodieren, wie sie während dem Patientenkontakt durchgeführt wurden.

Beispiel 1 zu Mehrfach durchgeführte Prozeduren

Eintritt zur Angioplastie bei Atherosklerose der Oberschenkelarterien. Es werden 3 Ballondilatationen durchgeführt.

Diagnose

170.22 Atherosklerose der Extremitätenarterien; Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m

Behandlungen

39.50.11	Angioplastik oder Atherektomie an sonstigem(n) Nicht-Herzkranzgefäss(en) mit einfachem Ballon
39.50.11	Angioplastik oder Atherektomie an sonstigem(n) Nicht-Herzkranzgefäss(en) mit einfachem Ballon
39.50.11	Angioplastik oder Atherektomie an sonstigem(n) Nicht-Herzkranzgefäss(en) mit einfachem Ballon
00.40	Massnahme auf einem Gefäss
00.4B.18	PTKI an Oberschenkel- Arterien und A. poplitea [L]

1.3.6 Endoskopien

Für endoskopische Eingriffe gibt es spezifische Codes:

Beispiel 1 zu Endoskopien

29.32.10 Endoskopische Divertikulostomie eines Zenker-Divertikels

Findet ein Eingriff statt, für welchen kein die Endoskopie inkludierender Code existiert, so wird der konventionelle (offene) Eingriff zuerst kodiert, gefolgt von dem entsprechenden Code für die Endoskopie.

Endoskopien mehrerer Lokalisationen sind nach der pro endoskopierte Gebiet am weitesten eingesehenen Lokalisation zu kodieren.

Folgende endoskopierte Gebiete werden diesbezüglich unterschieden:

- (Epi-)Pharyngo- & Laryngoskopie (exkl. Spiegel & Stirnlampe)
- Ösophago-, Gastro- & Duodenoskopie
- Tracheo- & Bronchoskopie
- Ano-, Rekto-, Sigmoido- & Koloskopie

Beispiel 2 zu Endoskopien

Eintritt zur Ösophagogastroduodenoskopie mit Biopsien an einer oder mehreren Stellen von Oesophagus, Magen und Duodenum:

Behandlungen

45.16	Ösophagogastroduodenoskopie [EGD] mit geschlossener Biopsie
93.92.10	Intravenöse Anästhesie

Beispiel 3 zu Endoskopien

Eintritt zur Laryngopharyngo-Tracheo-Bronchoskopie:

Behandlungen

33.22	Flexible Tracheobronchoskopie
31.42.10	Laryngoskopie
93.92.10	Intravenöse Anästhesie

Beispiel 4 zu Endoskopien

Eintritt zur Abklärung eines Hypopharynxkarzinoms mittels Broncho- & Ösophagoskopie:

Behandlungen

33.22	Flexible Tracheobronchoskopie
42.23	Sonstige Ösophagoskopie
93.92.10	Intravenöse Anästhesie

2 Spezielle Kodierrichtlinien

2.1 Analogiekodierungen

Wird ein bestehender CHOP-Kode im Patientenpauschaltarif anders verwendet als in der CHOP bezeichnet, so handelt es sich um «Analogiekodierungen». Analogiekodierungen dienen zur Identifikation von Prozeduren, welche im aktuellen CHOP-Katalog noch nicht abgebildet sind. Zur Ablösung der Analogiekodierungen werden entsprechende CHOP-Kodes über das Antragsverfahren beantragt.

Eine Übersicht über die aktuell gültigen Analogiekodierungen im Patientenpauschaltarif ist auf der Website der Organisation ambulante Arzttarife AG einsehbar und gilt als verbindlich bei der Kodierung im Patientenpauschaltarif.

2.2 CHOP-Kodes «...in Narkose»

Bei CHOP-Kodes endend auf «...in Narkose» soll das Kriterium «in Narkose» für die Kodierung nicht berücksichtigt werden. Der Kode wird verwendet, wie wenn keine Narkose vorlag. Erfolgte der Eingriff in Anästhesie, so muss die Art der Anästhesie zusätzlich kodiert werden.

Beispiel 1 zu CHOP Kodes «...in Narkose»

64.98.10	Reposition einer Paraphimose in Narkose
----------	---

2.3 Geburtshilfe

Zur Kodierung von Geburten orientiert man sich an der Art der Geburt: Geburten werden mit den Kodes O80 – O82 kodiert.

Beispiel 1 zu Geburtshilfe

Eintritt zur geplanten Geburt. Problemlose Entbindung eines gesunden Neugeborenen unter PDA.

Diagnose

O80	Spontangeburt eines Einlings
-----	------------------------------

Behandlungen

73.59	Manuell unterstützte Geburt, sonstige
-------	---------------------------------------

03.91.31	Injektion von Anästhetikum und Analgetikum in den Spinalkanal bei der Geburt
----------	--

Beispiel 2 zu Geburtshilfe

Eintritt zur geplanten Geburt. Entbindung eines gesunden Neugeborenen mit Vakuumextraktion und Episiotomie unter PDA. Eine Plazentaretention wird manuell gelöst und die Episiotomie versorgt.

Diagnose

O81 Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumextraktion

Behandlungen

72.71 Vakuumextraktion mit Episiotomie

03.91.31 Injektion von Anästhetikum und Analgetikum in den Spinalkanal bei der Geburt

75.4 Manuelle Lösung einer retinierten Plazenta

Beispiel 3 zu Geburtshilfe

Eintritt zur geplanten Sectio unter PDA.

Diagnose

O82 Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]

Behandlungen

74.1X.10 Tiefe zervikale Sectio caesarea, primär

03.91.31 Injektion von Anästhetikum und Analgetikum in den Spinalkanal bei der Geburt

Bei geburtshilflichen Patientenkontakten ohne Geburt erfolgt die Kodierung entsprechend der behandelten Diagnose.

Beispiel 4 zu Geburtshilfe

Eintritt nach Hausgeburt wegen postpartaler Nachblutung bei Plazentaretention. Es wird eine Curettage unter Vollnarkose durchgeführt.

Diagnose

O72.0 Blutung in der Nachgeburtsperiode

Behandlungen

69.52 Aspirationscurettage im Anschluss an Geburt oder Abort

93.92.12 Balancierte Anästhesie

Beispiel 5 zu Geburtshilfe

Eintritt zum elektiven Schwangerschaftsabbruch in Vollnarkose.

Diagnose

O04.9 Ärztlich eingeleiteter Abort, Komplet oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation

Behandlungen

69.01 Dilatation und Curettage zur Beendigung einer Schwangerschaft

93.92.12 Balancierte Anästhesie