

AMBULANTE KODIERRICHTLINIEN

Kodierrichtlinien nach § 295 Absatz 3 Satz 2 SGB V
Richtlinien zur Kodierung ambulanter Behandlungsdiagnosen
mit Schlüsselnummern der ICD-10-GM

Version 2010

Bei der Erstellung der Ambulanten Kodierrichtlinien wurden einbezogen:

Deutsche Kodierrichtlinien (DKR)

Copyright © 2001 bis 2009 für die Deutschen Kodierrichtlinien: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH)

Copyright © 2010 für die Ambulanten Kodierrichtlinien: Kassenärztliche Bundesvereinigung K.d.ö.R. und GKV- Spitzenverband K.d.ö.R.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	7
Hinweise zur Anwendung der Ambulanten Kodierrichtlinien	10
Gliederung und Notation	10
Der Begriff „Arzt“	10
Erläuterungen zu den Plausibilitätskriterien der speziellen Kodierrichtlinien	11
Redaktionelle Hinweise	12
Bezüge zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), zur ICD-10-GM und zur WHO-Ausgabe der ICD-10.....	13
Abkürzungsverzeichnis	14
Teil A Allgemeine Kodierrichtlinien	15
A01 Grundregeln.....	16
Vorrang.....	16
Geltungsbereich	16
Verantwortung.....	16
A02 Behandlungsdiagnosen	17
Definition	17
Nicht zu kodierende Diagnosen	17
Dauerdiagnosen.....	17
Befreiung von der Verschlüsselungspflicht	17
Anzahl und Reihenfolge.....	18
A03 Zusatzkennzeichen für die Diagnosensicherheit	19
G gesicherte Diagnose.....	19
V Verdachtsdiagnose.....	19
A ausgeschlossene Diagnose	19
Z (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose	20
A04 Rest- und Folgezustände (Residuen).....	22
A05 Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung (optional).....	24
A06 Vollständige und spezifische Kodierung.....	26
Vollständigkeit.....	26
Spezifisch kodieren.....	26
Auswahl der präzisen ICD-Schlüsselnummer.....	26
Endständige Kodierung und maximale Kodiertiefe	26
Ausnahmen von der fünfstelligen Verschlüsselung.....	27
Restklassen der ICD-10-GM	27
A07 Behandlungsdiagnosen in besonderen Situationen.....	28
Abnorme Befunde	28
Nicht endgültig gesicherte Diagnosen mit Therapie	28
Prävention/Gesundheits-Check/Vorsorgeuntersuchung/Screening/ Früherkennung.....	28
Prophylaxe/Impfung.....	29
Rezidiv	29
Symptom und zugrunde liegende Krankheit.....	29
Übernahme von Diagnosen	29
Schweregrad einer Erkrankung.....	30
Verordnung ohne Arzt-Patienten-Kontakt.....	30

Inhalt

A08	Mehrfachkodierung	31
	Kreuz-Stern-System (Ätiologie- und Manifestations-Verschlüsselung)	32
	Ausrufezeichen-Kodes	35
A09	Kombinations-Schlüsselnummern: Eine ICD-Schlüsselnummer für zwei gemeinsam auftretende Krankheiten	37
A10	Im Systematischen Verzeichnis der ICD-10-GM verwendete formale Vereinbarungen	38
	Inklusiva (WHO)	38
	Exklusiva (WHO)	38
	Glossar	39
	„Mit“ in Titeln	39
	„Und“ in Titeln	39
	Runde Klammern „()“	39
	Eckige Klammern „[]“	41
	Doppelpunkt „:“	42
	Senkrechter Strich „ “	42
	Ohne nähere Angabe „o.n.A.“	42
	Anderenorts nicht klassifiziert „a.n.k.“	43
	Punkt Strich „.-“ und Strich „-“ am Ende von Schlüsselnummern	44
A11	Im Alphabetischen Verzeichnis der ICD-10-GM verwendete formale Vereinbarungen	45
Teil B	Spezielle Kodierrichtlinien	47
B01	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	48
B0100	Hepatitis	48
B0101	HIV / AIDS und assoziierte Erkrankungen	50
B02	Neubildungen	52
B0200	Bösartige Neubildungen (C00–C97)	52
B0201	In-situ-Neubildungen (D00–D09)	54
B0202	Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens (D37–D48)	55
B03	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	56
B0300	Anämien	56
B04	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	57
B0400	Hypo- und Hyperthyreose	57
B0401	Hypo- und Hyperparathyreoidismus	59
B0402	Diabetes mellitus	60
B0403	Das diabetische Fußsyndrom	64
B0404	Fett-Stoffwechselstörungen	66
B0405	Hyperurikämie und Gicht	67
B05	Psychische und Verhaltensstörungen	68
B0500	Demenz-Erkrankungen	68
B0501	Abgrenzung verschiedener psychischer Störungen	70
B0502	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	75
B06	Krankheiten des Nervensystems	79
B0600	Multiple Sklerose	79
B0601	Epilepsie	80
B0602	Migräne und sonstige Kopfschmerzsyndrome	81

B0603	Schlaganfall, TIA und andere zerebrovaskuläre Krankheiten	82
B0604	Karpaltunnel-Syndrom und andere Mononeuropathien der oberen Extremität ...	84
B0605	Polyneuropathien	85
B0606	Hemi-, Para-, Tetraparese und -plegie	86
B07	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde.....	88
B0700	Katarakt.....	88
B0701	Häufige Affektionen der Netzhaut.....	90
B08	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	91
B0800	Hörverlust	91
B09	Krankheiten des Kreislaufsystems	92
B0900	Hypertonie	92
B0901	Angina pectoris und Brustschmerzen.....	94
B0902	Myokardinfarkt und chronisch ischämische Herzkrankheit.....	95
B0903	Herzklappenkrankheiten	96
B0904	Abgrenzung der Kardiomyopathien	98
B0905	Kardiale Arrhythmien	99
B0906	Herzinsuffizienz.....	100
B0907	Atherosklerose und sonstige periphere Gefäßkrankheiten	101
B0908	Varizen der unteren Extremitäten und chronische venöse Insuffizienz	102
B10	Krankheiten des Atmungssystems	103
B1000	Grippaler Infekt	103
B1001	Akute und chronische Bronchitis	104
B1002	Chronische obstruktive Lungenkrankheit und Asthma bronchiale.....	105
B11	Krankheiten des Verdauungssystems	106
B1100	Gastroösophageale Refluxkrankheit, Gastritis und Duodenitis	106
B1101	Gastroenteritis und Kolitis.....	108
B1102	Intestinale Divertikulose und Divertikulitis.....	109
B1103	Abgrenzung verschiedener Lebererkrankungen	110
B12	Krankheiten der Haut und der Unterhaut.....	111
B1200	Dermatitis und Ekzem	111
B1201	Dekubitus	113
B1202	Chronische Ulzera der Haut.....	115
B13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes.....	117
B1300	Lokalisationsangabe bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes.....	117
B1301	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens.....	118
B1302	Gelenkerkrankungen	121
B1303	Osteoporose	123
B14	Krankheiten des Urogenitalsystems	126
B1400	Glomeruläre Nierenkrankheiten	126
B1401	Chronische Nierenkrankheit und Dialyse	127
B1402	Infektionen der Nieren und ableitenden Harnwege.....	128
B1403	Harninkontinenz.....	129
B15	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.....	130
B1500	Zustände und Krankheiten, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind oder Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren..	130

Inhalt

B18	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	132
B1800	Schwindel und Taumel	132
B1801	Akute und chronische Schmerzen	133
B19	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen...	135
B1900	Verletzungen	135
B1901	Unerwünschte Nebenwirkungen und allergische Reaktionen	142
B21	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	143
B2100	ICD-Kodes, die Prozeduren, Verfahren oder Maßnahmen beschreiben	143
B2101	Organ- und Gewebetransplantationen	145
Anhang	149
Anhang 1:	Kodes für Rest- und Folgezustände, die sowohl den aktuellen Krankheitszustand als auch die verursachende frühere Krankheit bzw. deren Behandlung verschlüsseln (siehe A04).....	150
Anhang 2:	Ausrufezeichen-Kodes	153
Anhang 3:	ICD-Schlüsselnummern für Diagnosen, die zum klinischen Bild des diabetischen Fußsyndroms gehören können	155
Glossar	157

Einleitung

Die Verschlüsselung von Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) erfolgt im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung schon seit dem Jahr 2000. Zu Zwecken der Vergütung wurde sie aber in der Vergangenheit wenig genutzt. Mit dem am 01. April 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) beschloss der Gesetzgeber bezüglich der Vergütungsstrukturen eine stärkere Orientierung an der Morbidität der in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten Bürger der Bundesrepublik Deutschland. Dazu wurde ein diagnostengestütztes System zur Morbiditätsmessung eingeführt, mit dessen Hilfe ab dem 01.01.2009 im vertragsärztlichen Bereich eine jährliche Anpassung der Vergütung an die Morbidität erfolgt. Zeitgleich wurde der Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen auf eine morbiditätsorientierte Basis umgestellt, bei der den kodierten Diagnosen ebenfalls eine Schlüsselrolle zukommt.

Grundlage einer validen Morbiditätsmessung ist eine korrekte und einheitliche Verschlüsselung der behandelten Krankheiten. Um diese zu gewährleisten, wurde im § 295 SGB V die Einführung eines verbindlichen Regelwerkes (Kodierrichtlinien) vorgeschrieben. Die Kodierung hat unter Anwendung des jeweils gültigen Schlüssels nach § 295 SGB V, derzeit die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme in ihrer deutschen Modifikation (ICD-10-GM Version 2010), zu erfolgen.

Die vorliegenden Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) regeln ausschließlich die Kodierung der Diagnosen zur Abrechnung. Die Diagnosendokumentation zu medizinischen Zwecken bleibt davon unberührt. Die Kodierung folgt der Behandlung. Keinesfalls dürfen die Kodierrichtlinien Einfluss auf diagnostische oder therapeutische Entscheidungen nehmen!

Bei der Erarbeitung der Ambulanten Kodierrichtlinien wurden sowohl die Regeln der ICD-10-GM als auch die stationären Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) einbezogen. Der spezielle Fokus auf die ambulante Versorgung in Deutschland erforderte eigenständige Regelungen, insbesondere für

- die Definition der Behandlungsdiagnose (statt Haupt- und Nebendiagnose im stationären Bereich),
- den Bezug der Behandlungsdiagnosen auf den Arzt- bzw. Behandlungsfall (statt auf einen stationären Aufenthalt),
- die verpflichtende Angabe der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (nicht vorgesehen bei einem stationären Aufenthalt).

Die Ambulanten Kodierrichtlinien sind in einen allgemeinen und einen speziellen Teil gegliedert. Im allgemeinen Teil finden sich die Richtlinien, welche die Kodierung von Diagnosen und Behandlungssituationen grundsätzlich regeln. Mit den speziellen Richtlinien werden für die Kodierung einzelner Krankheiten, Krankheitsgruppen und Behandlungssituationen Vorgaben gemacht. Grundlage für die Auswahl waren Prävalenz, Kosten und schwierige Kodierkonstellationen. Die speziellen Kodierrichtlinien sind vorrangig zu beachten, wenn sie von den allgemeinen Kodierrichtlinien abweichen.

Die Ambulanten Kodierrichtlinien werden regelmäßig überarbeitet. Dabei werden nicht nur die Änderungen der ICD-10-GM und des EBM berücksichtigt, sondern auch die Veränderungen der Medizin sowie die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches und des Klassifikationssystems nach § 87a SGB V (morbiditybedingte Gesamtvergütung).

Die Ambulanten Kodierrichtlinien bieten mehr Verbindlichkeit und damit auch mehr Sicherheit bei der Verschlüsselung der Behandlungsdiagnosen. Nachdem sich der Arzt mit ihnen vertraut gemacht hat, werden sie ihm die Arbeit erleichtern und helfen, richtig zu kodieren.

Entsprechend der Vereinbarung der Partner der Bundesmantelverträge werden die Ambulanten Kodierrichtlinien in der Version 2011 ab 1. Januar 2011 in sämtlichen KV-Bezirken Deutschlands flächendeckend und verbindlich in Kraft gesetzt.

Die hier vorliegende Version 2010 der Ambulanten Kodierrichtlinien dient der Schulung und Vorbereitung der Anwender. Im dritten Quartal 2010 wird die Version 2010 im Bezirk der KV Bayerns einem Praxistest unterzogen.

Die Ambulanten Kodierrichtlinien gelten für alle ärztlichen Leistungen sowie für alle Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die ambulant und belegärztlich zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Ausgenommen sind die nach § 115b SGB V im Krankenhaus durchgeführten ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffe.

Mit der Erstellung der Ambulanten Kodierrichtlinien wurde das Institut des Bewertungsausschusses durch die Partner der Bundesmantelverträge Ärzte beauftragt. Die Erarbeitung erfolgte in der Arbeitsgruppe Kodierrichtlinien gemeinsam mit den Partnern der Selbstverwaltung für den ambulanten Sektor:

- die Krankenkassen, vertreten durch den GKV-Spitzenverband und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (SEG 4)
- die Kassenärztliche Bundesvereinigung

Die Arbeitsgruppe dankt Herrn Dr. Albrecht Zaiß, Universität Freiburg und seinen Mitarbeitern für die Beratung bei der Erstellung des allgemeinen Teils der Ambulanten Kodierrichtlinien sowie den Mitarbeitern des Bundesversicherungsamtes für die fachliche Begleitung.

Hinweise zur Anwendung der Ambulanten Kodierrichtlinien

Gliederung und Notation

Die Ambulanten Kodierrichtlinien sind in die Teile A und B sowie einen Anhang gegliedert. Der Teil A enthält die allgemeinen und der Teil B die speziellen Kodierrichtlinien. Im Anhang befinden sich ergänzende Tabellen, auf die in einzelnen Kodierrichtlinien verwiesen wird.

Die vorliegende Version der Ambulanten Kodierrichtlinien enthält 11 allgemeine und 59 spezielle Kodierrichtlinien.

Die allgemeinen Kodierrichtlinien sind dreistellig. Sie beginnen immer mit dem Großbuchstaben „A“. Danach folgt eine fortlaufende Nummerierung von 01 bis 11.

Der Teil B mit den speziellen Kodierrichtlinien ist in 18 Kapitel untergliedert, die zur leichteren Orientierung in Nummerierung und Text mit den Kapiteln der ICD-10-GM identisch sind. Da es für die Diagnosen der ICD-Kapitel 16, 17, 20 und 22 keine speziellen Kodierrichtlinien in den AKR gibt, wurden diese Kapitel-Nummern ausgelassen.

Die speziellen Kodierrichtlinien sind fünfstellig. Sie beginnen immer mit dem Großbuchstaben „B“. Danach folgt an zweiter und dritter Stelle die Kapitel-Nummer von 01 bis 21. Die vierte und fünfte Stelle ist eine, in jedem Kapitel neu mit 00 (Doppel-Null) beginnende, fortlaufende Nummerierung. Zwischen der jeweiligen Kapitel-Nummer und der fortlaufenden Nummerierung wurde auf ein Trennzeichen verzichtet, um Verwechslungen mit der Notation der ICD-Kodes zu vermeiden.

Bei allen Kodierrichtlinien der AKR wurde nach Abwägung der Vor- und Nachteile bewusst auf eine Kennzeichnung der Jahresversion direkt an den Kodierrichtlinien verzichtet. In zukünftigen Versionen der Ambulanten Kodierrichtlinien werden alle Änderungen sowohl direkt an den einzelnen Kodierrichtlinien wie auch als Zusammenfassung deutlich erkennbar sein.

Der Begriff „Arzt“

In den vorliegenden Kodierrichtlinien werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nur der Begriff Arzt und daraus abgeleitete Worte wie „ärztlich“ verwendet. Sie gelten aber gleichermaßen auch für Ärztinnen, Vertragsärztinnen, Vertragsärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, angestellte Ärzte, angestellte Ärztinnen und Medizinische Versorgungszentren sowie für weitere

Leistungserbringer, die an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen.

Erläuterungen zu den Plausibilitätskriterien der speziellen Kodierrichtlinien

Einige spezielle Kodierrichtlinien enthalten Plausibilitätskriterien zur Validierung der Diagnosestellung nach § 295 SGB V, die jeweils unter der entsprechenden Kodierrichtlinie aufgeführt sind.

Die Plausibilitätskriterien beziehen sich ausschließlich auf gesicherte Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen „G“.

Die Plausibilitätskriterien benennen bestimmte Mindestanforderungen, die zur Kodierung einer Diagnose vorliegen müssen. Zur Erfüllung diese Mindestanforderungen können sowohl bestimmte diagnostische Verfahren als auch die (Mit-)Behandlung durch einen speziellen Facharzt gefordert sein (beides nachfolgend als „Maßnahmen“ bezeichnet).

Die Plausibilitätskriterien sind formal weitgehend einheitlich strukturiert. Dabei werden die Diagnosen nach ICD-10-GM und die geforderten Maßnahmen genannt. Die Bezeichnungen der Facharztgruppen wurden analog zum gültigen EBM 2010 gewählt.

Soweit Maßnahmen durchgeführt wurden oder aus medizinischen Gründen notwendig werden, die über die Mindestanforderungen hinausgehen, ist das Plausibilitätskriterium damit erfüllt (z.B. erfüllt bei einer TIA (Zerebrale transitorische ischämische Attacke) ein bereits vorliegendes MRT die Mindestanforderung eines CT). Es ist nicht erforderlich, dass jeder behandelnde Arzt diese Maßnahmen selbst durchführt oder durchgeführt hat. Es wird jedoch vorausgesetzt, dass bei der Diagnosenkodierung eine entsprechende Kenntnis über diese Maßnahmen, z.B. histologische Sicherung bei glomerulären Erkrankungen, vorhanden und nachgewiesen ist. Dabei sind die Befunde aller Versorgungsbereiche heranzuziehen. Die geforderten diagnostischen Verfahren bzw. Facharztkonsultationen sind nur durchzuführen, sofern sie nicht bereits in einer Vor- oder Mitbehandlung erfolgt sind oder erfolgen.

Die Erfüllung der Plausibilitätskriterien wird „mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose“ gefordert. Der Begriff Erstdiagnose bezieht sich im Zusammenhang mit den Plausibilitätskriterien auf die Diagnosestellung beim Patienten/Versicherten und nicht auf die Erstdiagnosestellung durch den jeweiligen Arzt.

Redaktionelle Hinweise

In den Kodierrichtlinien werden die Begriffe „verschlüsseln“ und „kodieren“ sowie „Schlüsselnummer“ und „Kode“ in gleicher Bedeutung verwendet.

Die Begriffe „ICD-Kode“ bzw. „ICD-Schlüsselnummer“ beziehen sich immer auf die deutsche Ausgabe der Internationalen Klassifikation der Krankheiten für die Diagnosenverschlüsselung in der ambulanten und stationären Versorgung (ICD-10-GM).

Im Text, in den Beispielen und in den Tabellen werden ICD-Kodes in unterschiedlichen Schreibweisen angegeben, die sich auf einzelne ICD-Kodes oder auch auf ganze, hierarchisch gegliederte Bereiche der ICD-10-GM beziehen können. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die verwendeten Schreibweisen und deren Bedeutung.

Schreibweise	Text	Bedeutung
E10 bis E14 oder E10–E14	Diabetes mellitus	diese Gruppe mit allen Subkategorien
E11.-	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	diese Kategorie (Dreisteller) mit allen darunter klassifizierten Codes
E11.5-	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit peripheren vasculären Komplikationen	diese Kategorie (Viersteller) mit allen darunter klassifizierten Codes
J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	genau dieser dreistellige Kode (endständiger Kode)
I20.0	Instabile Angina pectoris	genau dieser vierstellige Kode (endständiger Kode)
I50.13	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung	genau dieser fünfstellige Kode (endständiger Kode)
S(0-9)1.84!	Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation (nach Lokalisation)	alle gültigen Codes, die durch Einsetzen der Ziffern 0 bis 9 entstehen: S <u>0</u> 1.84! S <u>1</u> 1.84! S <u>2</u> 1.84! usw. bis S <u>9</u> 1.84!

Tabelle 1: Schreibweisen für ICD-Kodes

Die Fallbeispiele beginnen mit einer kurzen Darstellung der Behandlungssituation, dann folgen die zugehörigen ICD-Kodes zusammen mit den Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit und ggf. der Seitenlokalisierung, gefolgt vom Titel aus der Systematik der ICD-10-GM. Texte aus dem Alphabetischen Verzeichnis werden in den Beispielen nicht verwendet.

Die Darstellung bei Mehrfachkodierung (Kreuz-, Stern- und Ausrufezeichen-Kodes) entspricht den Regeln der Kodierrichtlinie A08. Dabei werden die Codes genauso verwendet, wie sie in der Systematik der ICD-10-GM angegeben sind.

Wenn in Texten die Kombination eines Kodes mit seinem Titel aus der ICD-10-GM abgebildet wird, sind Kode und Titel zur besseren Lesbarkeit leicht grau unterlegt, z.B. G21.3 Postenzephalitisches Parkinson-Syndrom.

Bezüge zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), zur ICD-10-GM und zur WHO-Ausgabe der ICD-10

Die Erstellung der Ambulante Kodierrichtlinien erfolgte unter Verwendung der maschinenlesbaren Fassungen der ICD-10-GM, Versionen 2009 und 2010 und der ICD-10 WHO-Ausgabe (Band II), Version 2006 des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Die Regeln für die Kodierung mit der ICD-10-GM (A08 bis A11) orientieren sich primär am Regelwerk (Band II) der WHO-Ausgabe der ICD-10 und wurden im Jahr 2001 für die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) im stationären Bereich angepasst. Referenzen auf die WHO-Ausgabe der ICD-10 sind im Text durch „(WHO)“ markiert.

Bei der Erarbeitung der Ambulanten Kodierrichtlinien wurden die stationären Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) einbezogen. Texte, die bis auf die notwendigen Anpassungen mit den Deutschen Kodierrichtlinien übereinstimmen, sind an ihrem Anfang mit Nennung der entsprechenden DKR auf der Randleiste gekennzeichnet.

Beispiel 1



Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bezeichnung
AKR	Ambulante Kodierrichtlinie(n)
a.n.k.	anderorts nicht klassifiziert
COLD	Chronic Obstructive Lung Disease (chronisch obstruktive Bronchitis)
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronisch obstruktive Bronchitis)
CT	Computer-Tomogramm
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKR	Deutsche Kodierrichtlinie(n)
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EEG	Elektroenzephalogramm
EKG	Elektrokardiogramm
Exkl. / exkl.	Exklusivum(a) / exklusive
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
Hinw.	Hinweis
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
ICD-10	Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
ICD-10-GM	Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
Inkl. / inkl.	Inklusivum(a) / inklusive
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KO	Körperoberfläche
MRT	Magnetfeld-Resonanz-Tomogramm
n.n.bez.	nicht näher bezeichnet
o.n.A.	ohne nähere Angabe
SGB V	Sozialgesetzbuch V
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

Teil A Allgemeine Kodierrichtlinien

A01 Grundregeln

Vorrang

Bei Widersprüchen zwischen den allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien und den Regeln der ICD-10-GM gilt folgende Vorrangregel:

Spezielle Ambulante Kodierrichtlinien

VOR

Allgemeine Ambulante Kodierrichtlinien

VOR

Regeln der ICD-10-GM

Geltungsbereich

Die ambulanten Kodierrichtlinien gelten für alle ärztlichen Leistungen sowie für alle Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die ambulant und belegärztlich zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Ausgenommen sind die nach § 115b SGB V im Krankenhaus durchgeführten ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffe.

Verantwortung

Jeder Arzt¹ ist für die Dokumentation der Diagnosen verantwortlich, die er in seinem Arztfall bzw. dem zugehörigen Behandlungsfall behandelt hat. Ebenso liegt deren Kodierung mit der ICD-10-GM in seiner Verantwortung, unabhängig davon, ob er selbst oder eine von ihm beauftragte Person die Kodierung vornimmt.

¹ Zum Begriff „Arzt“ in diesen Kodierrichtlinien siehe „Hinweise zur Anwendung der Ambulanten Kodierrichtlinien“ (Seite 10).

A02 Behandlungsdiagnosen

Definition

Behandlungsdiagnosen sind Diagnosen inkl. des zugehörigen Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit (siehe A03), für die im abzurechnenden Quartal Leistungen erbracht wurden.

Leistungen umfassen diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Leistungen in diesem Sinne sind nur die, die zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

Eine abschließende Beurteilung ist ggf. auch erst am Quartalsende möglich, so dass eine retrospektive Betrachtung erforderlich sein kann.

Soweit im jeweiligen Quartal beauftragte Befunde oder Untersuchungen erst nach Ablauf des Quartals eingehen, kann eine gestellte Diagnose bis zum 14. Kalendertag des neuen Quartals geändert werden. Falls durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung für die Übermittlung der Abrechnung eine kürzere Frist gesetzt ist, gilt diese entsprechend für die abschließende Diagnosestellung.

Nicht zu kodierende Diagnosen

- Anamnestische Diagnosen ohne Leistungsbezug im abzurechnenden Quartal (siehe A03)
- Abnorme Befunde ohne weiterführende Diagnostik bzw. Therapie (siehe A07)

Dauerdiagnosen

„Dauerdiagnosen“ wurden als EDV-technische Unterstützung seit 2005 in den Praxisverwaltungssystemen etabliert, um Diagnosen aus einem Vorquartal in ein Folgequartal zu übernehmen. Entsprechend den Vorgaben dieser Kodierrichtlinien ist unbedingt zu beachten, dass eine Übernahme von Diagnosen aus einem Quartal in ein nächstes nur erfolgen darf, wenn jede dieser Diagnosen erneut die Definition einer Behandlungsdiagnose erfüllt. Dabei sind ggf. die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (siehe A03) zu aktualisieren.

Befreiung von der Verschlüsselungspflicht

Bei Auftragsleistungen, für deren Durchführung nicht unbedingt und primär die Kenntnis oder Stellung von Behandlungsdiagnosen erforderlich ist, sind insbesondere Radiologen, Zytologen, Pathologen, Nuklearmediziner und Labormediziner nicht zur Verschlüsselung nach der ICD-10-GM verpflichtet.

Ersatzweise ist in diesen Fachgruppen der Kode UUU einzutragen. Bei Nutzung des Ersatzkodes UUU ist kein Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit anzugeben.

Soweit von diesen Ärzten anhand der durchgeführten Diagnostik eine spezifische Diagnose gestellt werden kann, ist diese zu kodieren.

Anzahl und Reihenfolge

Pro Behandlungsfall ist mindestens eine Behandlungsdiagnose nach ICD-10-GM zu verschlüsseln. Die Anzahl von Behandlungsdiagnosen ist nicht begrenzt.

Behandelt der Arzt in einem Quartal einen Patienten wegen derselben Krankheit mehrfach, so genügt die einmalige Angabe des zugehörigen ICD-Kodes inkl. des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit.

Die Reihenfolge der Behandlungsdiagnosen ist beliebig.

A03 Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit

Zur Angabe der Diagnosesicherheit ist eines der nachgenannten Zusatzkennzeichen anzugeben (obligatorische Anwendung)²:

G für eine gesicherte Diagnose

V für eine Verdachtsdiagnose

A für eine ausgeschlossene Diagnose

Z für einen (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose

Die Zusatzkennzeichen sind auf jeden ICD-Kode getrennt anzuwenden. Das gilt auch bei Mehrfachkodierung nach dem Kreuz-Stern-System und für die Ausrufezeichen-Kodes (siehe A08).

Besondere Kodier-Situationen sind in A07 beschrieben.

Ausnahme: Der Ersatzkode UUU ist ohne Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit anzugeben (siehe A02).

G gesicherte Diagnose

Eine Behandlungsdiagnose erhält das Zusatzkennzeichen „G“, wenn der Arzt sie nach den gültigen medizinisch-wissenschaftlichen Grundsätzen sichern konnte.

V Verdachtsdiagnose

Solange eine Behandlungsdiagnose weder gesichert noch ausgeschlossen werden konnte, erhält der ICD-Kode für diese Behandlungsdiagnose das Zusatzkennzeichen „V“.

A ausgeschlossene Diagnose

Konnte das Vorliegen einer bestimmten Diagnose, für die es primär einen Verdacht gab, ausgeschlossen werden, erhält der ICD-Kode für diese Behandlungsdiagnose das Zusatzkennzeichen „A“.

Wenn die durchgeführten diagnostischen Maßnahmen eine gesicherte Diagnose ergeben, ist die zusätzliche Verschlüsselung der differentialdiagnostisch ausgeschlossenen Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen „A“ nicht erforderlich.

² Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit gemäß den §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Anwendung des Diagnoseschlüssels vom 02. November 2009.

Beispiel 1

Bei einer Patientin erfolgt wegen wiederholter Unruhezustände und Nervosität eine Laboruntersuchung zum Ausschluss einer Hyperthyreose. Es werden keine pathologischen Parameter gefunden und auch eine andere Diagnose kann derzeit nicht gesichert werden.

Behandlungsdiagnose:

E05.9 A Hyperthyreose, nicht näher bezeichnet

Beispiel 2

Bei einem Patienten erfolgt wegen akuter präkordialer Schmerzen eine komplexe kardiologische Abklärung zum Ausschluss eines Herzinfarktes. Dabei werden eine instabile Angina pectoris und eine koronare Zwei-Gefäßerkrankung gesichert.

Behandlungsdiagnosen:

I20.0 G Instabile Angina pectoris

I25.12 G Atherosklerotische Herzkrankheit, Zwei-Gefäßerkrankung

Der Ausschluss des akuten Herzinfarktes ist in diesem Fall nicht zu kodieren.

Z (symptomloser)³ Zustand nach der betreffenden Diagnose

Eine Behandlungsdiagnose erhält das Zusatzkennzeichen „Z“, wenn die betreffende Diagnose nicht mehr besteht und auch keine krankheitsspezifische Diagnostik und/oder Therapie mehr erfolgt. Der Zustand nach dieser Diagnose hat eine Leistungserbringung verursacht, die zu einer Kodierung als Behandlungsdiagnose berechtigt.

³ Die Klammersetzung bedeutet, dass das Zusatzkennzeichen „Z“ sowohl für einen symptomlosen als auch für einen symptomatischen „Zustand nach ...“ zu verwenden ist (siehe A10).

Beispiel 3

Ein zweijähriges Mädchen wird mit einem fieberhaften Infekt der oberen Luftwege beim Kinderarzt vorgestellt. Da im Rahmen eines vorhergehenden Infektes eine obstruktive Laryngitis aufgetreten war, erhalten die Eltern eine ausführliche Beratung über Frühsymptome und das Verhalten im Falle eines erneuten Auftretens.

Behandlungsdiagnosen:

J06.8 G Sonstige akute Infektionen an mehreren Lokalisationen der oberen Atemwege
J05.0 Z Akute obstruktive Laryngitis [Krupp]

Beispiel 4

Ein Patient mit folgenlos ausgeheiltem Schlaganfall vor zwei Jahren erhält nach einer ärztlichen Kontrolluntersuchung zur Rezidivprophylaxe ein Wiederholungsrezept über ein Präparat mit 100 mg Azetylsalizylsäure.

Behandlungsdiagnosen:

Z92.2 G Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Medikamenten in der Eigenanamnese
I63.0 Z Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien

Z92.2 ist der zutreffende ICD-Kode, da Azetylsalizylsäure bei diesem Kode als Einschlussbezeichnung (siehe A10) in der Systematik der ICD-10-GM genannt ist.

Enthält bereits der Titel einer ICD-Schlüsselnummer die Information „Zustand nach ...“ oder „Folgen ...“ bzw. „Folgezustände ...“ einer früheren Erkrankung, so ist diese Schlüsselnummer nicht mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ zu kodieren.

Eine ausschließlich anamnestische Angabe eines „Zustand nach ...“ ohne Leistung im entsprechenden Quartal ist nicht zu kodieren, auch wenn diese Information zur Dokumentation in der Patientenakte benötigt wird.

A04

A04 Rest- und Folgezustände (Residuen)

Aktuelle Krankheitszustände, die als Rest- oder Folgezustand einer früheren Krankheit bestehen, werden in der ICD-10-GM auf zwei Arten verschlüsselt:

1. Mit der Schlüsselnummer, die sowohl den aktuellen Krankheitszustand als auch die verursachende frühere Krankheit bzw. deren Behandlung kodiert, z.B. G21.3 Postenzephalitisches Parkinson-Syndrom.
Eine Auswahl solcher Schlüsselnummern befindet sich im Anhang 1.
2. Mit dem Kode für den aktuellen Krankheitszustand und ggf. zusätzlich mit einer besonderen Schlüsselnummer, die im Titel „Folgen“ oder „Folgezustände“ einer früheren Erkrankung enthält, ohne den aktuellen Krankheitszustand zu beschreiben (siehe Beispiel 1).
Letztere Schlüsselnummern (siehe nachfolgende Tabelle) sind nicht allein zu kodieren.

B90.-	Folgezustände der Tuberkulose
B91	Folgezustände der Poliomyelitis
B92	Folgezustände der Lepra
B94.-	Folgezustände sonstiger und nicht näher bezeichneter infektiöser und parasitärer Krankheiten
E64.-	Folgen von Mangelernährung oder sonstigen alimentären Mangelzuständen
E68	Folgen der Überernährung
G09	Folgen entzündlicher Krankheiten des Zentralnervensystems
I69.-	Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit
O94	Folgen von Komplikationen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
T90–T98	Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen

Tabelle 2: Schlüsselnummern, die im Titel „Folgen“ oder „Folgezustände“ einer früheren Erkrankung enthalten, ohne den aktuellen Krankheitszustand zu beschreiben

Beispiel 1

Ein Patient wird wegen einer rechtsseitigen spastischen Hemiplegie aufgrund eines früheren Schlaganfalls behandelt.

Behandlungsdiagnosen:

G81.1	G R	Spastische Hemiparese und Hemiplegie
I69.4	G	Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

Sofern es in der ICD-10-GM für die ursprünglich zugrunde liegende Erkrankung keinen Code gibt, der im Titel „Folgen“ oder „Folgezustände“ enthält, kann in diesen Fällen der ICD-Code für die ursprüngliche Krankheit mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ für die Diagnosesicherheit angegeben werden.

Eine Besonderheit liegt vor, wenn die Kodierung durch eine Kreuz-Stern-Kombination (Kreuz-Stern-System: siehe A08) vorzunehmen ist. Hier ist zu beachten, dass ggf. nur der Manifestations-Code das Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ erhält und der Ätiologie-Code mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ verschlüsselt werden muss.

Beispiel 2

Ein Patient wird wegen einer rechtsseitigen Gonarthrit nach ausgeheil-ter Meningokokken-Infektion behandelt.

Behandlungsdiagnosen:

M03.06* G R Arthritis nach Meningokokkeninfektion Unterschenkel
[Fibula, Tibia, Kniegelenk]

A39.8 Z Sonstige Meningokokkeninfektionen

A05 Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung (optional)

Zur Spezifizierung der Diagnosenangaben für die Seitenlokalisierung darf eines der nachgenannten Zusatzkennzeichen angegeben werden⁴:

R für rechts

L für links

B für beidseitig

Die Angabe von Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung ist optional, wird aber empfohlen.

Die Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung präzisieren die Aussagefähigkeit einer kodierten Diagnose in zweifacher Hinsicht:

1. Im Sinne der Ausprägung, als Unterscheidung zwischen einseitig und beidseitig, und
2. im Sinne der Lokalisation, als Unterscheidung zwischen rechts und links.

Die Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung beziehen sich auf die paarigen Organe und Körperteile. Sie beziehen sich nicht auf Lokalisationen innerhalb einzelner Organe. Damit ist ihre Verwendung zwar bei sehr vielen, aber nicht bei allen Schlüsselnummern der ICD-10-GM möglich.

Beispiel 1

Ein Patient zieht sich bei einem Sturz eine beidseitige Radius-Fraktur (Colles) zu, die ambulant behandelt wird. Es wird in einer Sitzung eine geschlossene Reposition der Radius-Frakturen mit Spickung beidseitig durchgeführt.

Richtig:

S52.51 G B Distale Fraktur des Radius, Extensionsfraktur, Colles-Fraktur

Falsch:

S52.51 G R Distale Fraktur des Radius, Extensionsfraktur, Colles-Fraktur

S52.51 G L Distale Fraktur des Radius, Extensionsfraktur, Colles-Fraktur

Wenn bei einer beidseitigen Behandlungsdiagnose die Schlüsselnummer der ICD-10-GM die Information „beidseitig“ bereits enthält, ist das Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung „B“ nicht anzugeben.

⁴ Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit gemäß den §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Anwendung des Diagnoseschlüssels vom 02. November 2009.

Beispiel 2

Ein Patient mit einer beidseitigen Leistenhernie stellt sich in einer Praxis zur Abklärung der OP-Indikation vor.

Richtig:

K40.20 G Doppelseitige Hernia inguinalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän, nicht als Rezidivhernie bezeichnet

Falsch:

K40.20 G B Doppelseitige Hernia inguinalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän, nicht als Rezidivhernie bezeichnet

Bei der Kodierung von Behandlungsdiagnosen, die sich an zwei oder mehreren Lokalisationen manifestieren, wird nur eine ICD-Schlüsselnummer pro kodierbarer Lokalisation angegeben und anschließend mit dem passenden Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung ergänzt.

Beispiel 3

Ein Patient wird wegen zwei malignen Melanomen an der rechten Schulter und einem malignen Melanom am rechten Augenlid behandelt. Die Fortsetzung der Chemotherapie erfolgt in einer onkologischen Praxis.

Richtig:

C43.6 G R Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter

C43.1 G R Bösartiges Melanom des Augenlides, einschließlich Kanthus

C97! G R Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen

Falsch:

C43.6 G R Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter

C43.6 G R Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter

C43.1 G R Bösartiges Melanom des Augenlides, einschließlich Kanthus

C97! G R Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen

A06 Vollständige und spezifische Kodierung

Vollständigkeit

Alle Diagnosen, die im jeweiligen Quartal die Definition der Behandlungsdiagnose (siehe A02) erfüllen, sind mit der ICD-10-GM zu kodieren. Umgekehrt sind Diagnosen, die die Definition der Behandlungsdiagnose nicht erfüllen, nicht zu kodieren.

Spezifisch kodieren

Der Begriff „spezifisch kodieren“ wird in den Kodierrichtlinien wie folgt verwendet:

1. Auswahl einer möglichst präzisen ICD-Schlüsselnummer zur Verschlüsselung der Behandlungsdiagnose anhand der vorliegenden medizinischen Krankheitsinformation.
2. Auswahl der endständigen ICD-Schlüsselnummer bis zur maximalen Kodiertiefe (je nach ICD-Schlüsselnummer drei-, vier- und fünfstellige Kodierung).

Auswahl der präzisen ICD-Schlüsselnummer

Je nachdem, wie detailliert die vorliegende Behandlungsdiagnose dem verantwortlichen Arzt bekannt ist, ist mit diesem Wissen diejenige ICD-Schlüsselnummer auszuwählen, die die Behandlungsdiagnose am treffendsten abbildet.

Ist z.B. „Atherosklerotische Herzkrankheit mit Ein-Gefäßerkrankung“ bekannt, so ist I25.11 Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäßerkrankung die treffendste ICD-Schlüsselnummer.

Ist dagegen nur die Diagnose „Koronare Herzkrankheit (KHK)“ bekannt, so ist I25.9 Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet die treffendste ICD-Schlüsselnummer.

Endständige Kodierung und maximale Kodiertiefe

Grundsätzlich gilt: Es ist immer endständig zu verschlüsseln. Das können dreistellige, vierstellige oder fünfstellige Codes der ICD-10-GM sein.

Nicht endständige dreistellige und vierstellige ICD-Kodes sind am Ende des Codes mit einem „-“ gekennzeichnet, um darauf hinzuweisen, dass dieser Code weiter unterteilt ist (siehe A10).

Die Auswahl einer endständigen ICD-Schlüsselnummer bedeutet aber nicht, dass diese auch die treffendste ICD-Schlüsselnummer ist. Liegt z.B. eine supraventrikuläre Tachykardie als Behandlungsdiagnose vor, so sind die beiden ICD-Kodes I51.9 Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet und

I47.1 Supraventrikuläre Tachykardie endständig, aber nur I47.1 Supraventrikuläre Tachykardie ist der treffendste ICD-Kode.

Ausnahmen von der fünfstelligen Verschlüsselung

In der vertragsärztlichen Versorgung ist bei der Diagnosendokumentation nach § 295 SGB V

- für die hausärztliche Versorgung,
- im organisierten Notfalldienst und
- in der fachärztlichen Versorgung für Diagnosen außerhalb des Fachgebietes

die Angabe der vierstelligen ICD-Schlüsselnummer ausreichend.⁵

Wenn die Diagnose aber in ihrer endständigen Differenziertheit bekannt ist, wird auch in diesen Bereichen empfohlen, bis zur fünften Ebene zu verschlüsseln.

Resteklassen der ICD-10-GM

Für häufige Diagnosen gibt es in der ICD-10-GM in der Regel auch passende spezifische ICD-Klassen mit den dazugehörigen Schlüsselnummern. Für seltene Krankheiten, die als solche genau beschrieben und spezifiziert sind, gibt es aber in der ICD-10-GM oft keine eigene Schlüsselnummer, sondern nur die sogenannte Resteklasse „Sonstige näher bezeichnete Krankheit ...“. Liegt eine solche Krankheit als Behandlungsdiagnose vor, ist der ICD-Kode für die Resteklasse „Sonstige ...“ die treffendste Verschlüsselung.

Neben der Resteklasse für „Sonstige ...“ gibt es noch die Resteklasse „Nicht näher bezeichnete ...“. Diese ist für Kodiersituationen vorgesehen, bei denen genaue Diagnosen-Informationen und/oder notwendige Angaben zur Auswahl der treffendsten ICD-Klasse fehlen.

Die Resteklassen haben klassifikatorisch den Sinn, alle Krankheiten in allen Verschlüsselungssituationen kodierbar zu machen. Die Resteklassen dürfen aber nicht verwendet werden, um Behandlungsdiagnosen „aufzufangen“, für die es zunächst keine spezifische ICD-Schlüsselnummer zu geben scheint. So ist z.B. die sehr allgemeine Resteklasse I99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems nicht auszuwählen, um die Behandlungsdiagnose Linksherzinsuffizienz, NYHA Stadium II abzubilden. Richtig ist hier: I50.12 Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung.

⁵ Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit gemäß den §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Anwendung des Diagnoseschlüssels vom 02. November 2009.

A07 Behandlungsdiagnosen in besonderen Situationen

Abnorme Befunde

Abnorme diagnostische Befunde sind nur dann als Behandlungsdiagnosen anzugeben, wenn sie Anlass für eine weiterführende Diagnostik oder eine Therapie sind.

Beispiel 1

Bei einer präoperativen Routineuntersuchung findet sich bei normalem Blutbild im Differentialblutbild ein grenzwertig niedriger Prozentwert für Lymphozyten. Keine weiteren diagnostischen Maßnahmen.

Richtig:

>> keine Angabe <<

Falsch:

D72.8 G Lymphozytopenie

Beispiel 2

Bei einer präoperativen Routineuntersuchung findet sich im Blutbild eine mikrozytäre Anämie. Die weitere Diagnostik ergibt eine Eisenmangelanämie.

Behandlungsdiagnose:

D50.9 G Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet

Nicht endgültig gesicherte Diagnosen mit Therapie

Kann eine Verdachtsdiagnose nicht endgültig oder nicht zeitgerecht gesichert werden, ist sie dann als gesicherte Behandlungsdiagnose anzugeben, wenn eine spezifische Behandlung so erfolgt, als wäre diese Diagnose gesichert.

Prävention/Gesundheits-Check/Vorsorgeuntersuchung/Screening/Früherkennung

Bei Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten hängt die Auswahl der Behandlungsdiagnose vom Ergebnis der Untersuchung ab. Bei positiven Ergebnissen sind die gesicherten Diagnosen als Behandlungsdiagnosen anzugeben. Bei negativem Ergebnis sind als Behandlungsdiagnosen ICD-Schlüsselnummern aus dem Kapitel XXI Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen zu kodieren.

Beispiel 3

Ein 60-jähriger Patient ohne spezifische Beschwerden stellt sich in einer Praxis zur Beratung für die Früherkennung von Darmkrebskrankheiten vor. Bei der anschließend durchgeführten Koloskopie findet sich kein pathologischer Befund.

Behandlungsdiagnose:

Z12.1 G Spezielle Verfahren zur Untersuchungen auf Neubildung des Darmtraktes

Siehe auch spezielle Kodierrichtlinie B2100.

Prophylaxe/Impfung

Eine Krankheit, die durch eine Prophylaxe verhindert wird, ist nicht als Behandlungsdiagnose zu kodieren. Spezifische Schlüsselnummern für Impfungen und prophylaktische Maßnahmen befinden sich in der ICD-10-GM im Kapitel XXI Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen.

Siehe auch spezielle Kodierrichtlinie B2100.

Rezidiv

Gibt es für das Rezidiv einer Krankheit in der ICD-10-GM eine spezielle Schlüsselnummer (z.B. Rezidivhernie, Re-Infarkt), so ist diese zu verwenden. In allen anderen Fällen wird ein Rezidiv wie die eigentliche Krankheit verschlüsselt.

Ein Rezidiv ist nicht als „Zustand nach ...“ zu kodieren.

Symptom und zugrunde liegende Krankheit

Ein Symptom ist in der Regel nicht zu kodieren, wenn die zugrunde liegende Krankheit bekannt ist.

Übernahme von Diagnosen

Bei der Übernahme von ICD-Schlüsselnummern von mitbehandelnden Ärzten und/oder aus dem stationären Bereich ist zu beachten, dass jede übernommene Diagnose die Definition der Behandlungsdiagnose (siehe A02) erfüllen muss. Gegebenenfalls sind die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit zu aktualisieren (siehe A03).

Schweregrad einer Erkrankung

Wird eine Erkrankung in unterschiedlichen Ausprägungen bzw. Schweregraden behandelt, so sind alle festgestellten Behandlungsdiagnosen mit dem jeweiligen Schweregrad zu kodieren.

Beispiel 4

Ein Patient mit bekannter Herzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung (NYHA-Stadium II) kommt zu Beginn des Quartals zur regelmäßigen Untersuchung und erhält eine Verordnung zur Fortführung seiner Dauermedikation. Drei Wochen später kommt es im Rahmen einer Streptokokken-Bronchitis zu einer dekompensierten Herzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung (NYHA-Stadium III). Nach Abklingen der Bronchitis unter antibiotischer Therapie kommt es zu einer Rekompensation der Herzinsuffizienz.

Behandlungsdiagnosen:

I50.12	G	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
J20.2	G	Akute Bronchitis durch Streptokokken
I50.13	G	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichterer Belastung

Verordnung ohne Arzt-Patienten-Kontakt

Die Verordnung einer diagnosespezifischen Therapie ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall rechtfertigt die Angabe der gesicherten Behandlungsdiagnose. In diesen Fällen ist neben der krankheits-spezifischen Behandlungsdiagnose zusätzlich die ICD-Schlüsselnummer Z76.0 Ausstellung wiederholter Verordnung zu kodieren.

Beispiel 5

Ein Patient mit Hämophilie A kommt im betreffenden Quartal nur in die Praxis, um sich ein Rezept für die Substitution des Gerinnungsfaktors VIII abzuholen. Das Rezept wird von der Arzthelferin erstellt, ohne dass es zu einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt kommt.

Behandlungsdiagnosen:

D66	G	Hereditärer Faktor-VIII-Mangel
Z76.0	G	Ausstellung wiederholter Verordnung

A08 Mehrfachkodierung

Die Kodierung einer Behandlungsdiagnose erfordert in den folgenden Fällen mehr als einen Kode aus der ICD-10-GM.

1. Kreuz-Stern-System (Ätiologie-Manifestations-Verschlüsselung)
2. Ausrufezeichen-Kodes

Zur Verschlüsselung sind in diesen Fällen mindestens zwei ICD-Schlüsselnummern erforderlich, die als Primär- und Sekundär-Schlüsselnummern bezeichnet werden.

Primär-Schlüsselnummern sind ICD-Kodes, die in der Systematik der ICD-10-GM am Ende der Schlüsselnummer entweder kein Kennzeichen oder ein Kreuz „†“ als Kennzeichen haben.

Sekundär-Schlüsselnummern sind ICD-Kodes, die in der Systematik der ICD-10-GM am Ende der Schlüsselnummer entweder durch einen Stern „*“ oder durch ein Ausrufezeichen „!“ gekennzeichnet sind.

Für die Primär- und Sekundär-Schlüsselnummern gelten folgende Regeln:

1. Primär-Schlüsselnummern dürfen allein und in beliebiger Reihenfolge angegeben werden.
2. Sekundär-Schlüsselnummern sind nur in Kombination mit einer Primär-Schlüsselnummer zu verwenden (siehe Beispiel 1).
3. Die Reihenfolge zwischen Primär- und Sekundär-Schlüsselnummer ist beliebig. (siehe Beispiel 2).
4. Sekundär-Schlüsselnummern sind als solche durch die ICD-10-GM vorgegeben.
5. Primär-Schlüsselnummern ohne Kennzeichen können bei Bedarf im Sinne einer Kreuz-Schlüsselnummer genutzt werden, um damit die Ätiologie einer Stern-Schlüsselnummer zu kodieren (siehe Beispiele 2, 5 und 6).
6. Die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit und für die Seitenlokalisation sind auf Primär- und Sekundär-Schlüsselnummer getrennt anzuwenden (siehe Beispiel 2 und A03 bis A05).

A08**DKR D012**
Abschnitt 1

Beispiele teilweise geändert bzw. ergänzt

Kreuz-Stern-System (Ätiologie- und Manifestations-Verschlüsselung)

ICD-Schlüsselnummern für die Ätiologie (zugrunde liegende Ursache) sind am Ende durch das Kreuz-Symbol (†) und ICD-Schlüsselnummern für die Manifestation(en) durch das Stern-Symbol (*) gekennzeichnet.

Beispiel 1

Ein 78 jähriger Patient wird wegen Demenz bei Alzheimer-Krankheit behandelt.

Behandlungsdiagnosen:

G30.1†	G	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn
F00.1*	G	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)

Beispiel 2

Eine Patientin wird wegen rechtsseitiger Gonarthrit nach ausgeheilte Meningokokken-Infektion behandelt.

Behandlungsdiagnosen:

M03.06*	G R	Arthritis nach Meningokokkeninfektion, Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
A39.8	Z	Sonstige Meningokokkeninfektionen

Der ICD-Kode A39.8 hat in der Systematik der ICD-10-GM kein Kreuz (†) als Kennzeichen. Hier wird er in Kombination mit dem Stern-Kode M03.06* im Rahmen des Kreuz-Stern-Systems als Kreuz-Kode für die Ätiologie verwendet. Das (†) ist nicht zusätzlich anzugeben (siehe auch Beispiel 5).

Die nachfolgenden Beispiele geben eine Übersicht, wie Hinweise und Hilfen zur korrekten Anwendung des Kreuz-Stern-Systems in das Systematische Verzeichnis der ICD-10-GM eingearbeitet sind. Der Begriff „Rubrik“ bezeichnet dabei eine zusammengehörige Textpassage zu einer ICD-Schlüsselnummer.

Rubriken, die Diagnosebezeichnungen mit einer Kreuz-Kennung enthalten, treten in unterschiedlichen Formen auf (WHO):

a) Das Symbol (†) und die zugehörige Stern-Schlüsselnummer erscheinen beide in der Rubriküberschrift. Sämtliche in dieser Rubrik zu klassifizierenden Bezeichnungen unterliegen der Doppelklassifizierung und haben alle dieselbe Stern-Schlüsselnummer.

Beispiel 3

A17.0† Tuberkulöse Meningitis (G01*)
 Tuberkulöse Leptomeningitis
 Tuberkulose der Meningen (zerebral) (spinal)

b) In der Rubriküberschrift erscheint das Symbol (†), aber nicht die zugehörige Stern-Schlüsselnummer. Sämtliche in dieser Rubrik zu klassifizierenden Bezeichnungen unterliegen der Doppelklassifizierung, haben jedoch unterschiedliche Stern-Schlüsselnummern (die bei jeder Bezeichnung aufgeführt sind).

Beispiel 4

A18.0† Tuberkulose der Knochen und Gelenke
 Tuberkulös:
 • Arthritis (M01.1-*)
 • Knochennekrose (M90.0-*)
 • Mastoiditis (H75.0*)
 • Osteomyelitis (M90.0-*)
 • Ostitis (M90.0-*)
 • Synovitis (M68.0-*)
 • Tenosynovitis (M68.0-*)
 Tuberkulose:
 • Hüfte (M01.15*)
 • Knie (M01.16*)
 • Wirbelsäule (M49.0-*)

c) In der Rubriküberschrift erscheinen weder das Symbol (†) noch die zugehörige Stern-Schlüsselnummer. Die Rubrik als Ganzes unterliegt nicht der Doppelklassifizierung, jedoch können einzelne darunter aufgeführte Bezeichnungen doppelt klassifiziert werden. In diesen Fällen sind die Bezeichnungen mit dem Symbol (†) und ihrer Stern-Schlüsselnummer gekennzeichnet.

Beispiel 5

A54.8 Sonstige Gonokokkeninfektionen
 Endokarditis† (I39.8*)
 Hautläsionen
 Hirnabszess† (G07*)
 Meningitis† (G01*)
 Myokarditis† (I41.0*)
 Perikarditis† (I32.0*)
 Peritonitis† (K67.1*)
 Pneumonie† (J17.0*)
 Sepsis
 durch Gonokokken
Exkl.: Gonokokkenpelviperitonitis (A54.2)

d) Wenn bei der Verschlüsselung der Diagnose die ICD-10-Verzeichnisse auf eine Stern-Schlüsselnummer (Manifestation) führen, dann muss anschließend die Ätiologie geklärt werden. Dazu sind in der Systematik und im Alphabetischen Verzeichnis für viele Schlüsselnummern Hinweise aufgenommen worden. Dabei können auch Schlüsselnummern zur Kodierung der Ätiologie benutzt werden, die in der ICD-Systematik keine Kreuz-Schlüsselnummern sind. Im Alphabetischen Verzeichnis sind sie in diesem Fall mit einem Kreuz (†) gekennzeichnet.

Beispiel 6

G63.3* Polyneuropathie bei sonstigen endokrinen und Stoffwechselerkrankungen (E00–E07†, E15–E16†, E20–E34†, E70–E89†)

Hier findet sich in der Systematik ein Hinweis auf mögliche Schlüsselnummern zur Kodierung der Ätiologie, und zwar mit einem „†“ gekennzeichnet, obwohl diese Schlüsselnummern, wie z.B. E05.0 Hyperthyreose mit diffuser Struma, in der Systematik nicht als Kreuz-Schlüsselnummer definiert sind.

e) An anderer Stelle fehlen Hinweise auf mögliche Kreuz-Schlüsselnummern zur Kodierung der Ätiologie. Hier ist dann vom behandelnden Arzt die zugrunde liegende Krankheit zu bestimmen.

Beispiel 7

J91* Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Hier findet sich kein Hinweis auf entsprechende Kreuz-Schlüsselnummern. Jede Schlüsselnummer, die die Ätiologie des Pleuraergusses kodiert, kann verwendet werden, wie z.B. I50.14 Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe.

Ausrufezeichen-Kodes

Die Ausrufezeichen-Schlüsselnummern haben die Funktion, einer Diagnose (Primär-Kode) weitere relevante Informationen hinzuzufügen. Die zusätzlichen Informationen, die durch die Angabe von Ausrufezeichen-Schlüsselnummern als Sekundär-Kodes verschlüsselt werden, komplettieren nicht nur die medizinische Aussage der Diagnosenkodierung, sondern kennzeichnen häufig auch den Schweregrad einer Erkrankung und können damit einen höheren Behandlungsaufwand abbilden.

Vier typische Beispiele für Ausrufezeichen-Kodes zeigt die nachfolgende Tabelle 3. Die komplette Liste aller Ausrufezeichen-Kodes der ICD-10-GM finden Sie im Anhang 2.

B96.2!	Escherichia coli [E. coli] und andere Enterobakteriazeen als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
G82.64!	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes Th7-Th10
T31.00!	Verbrennungen von weniger als 10 % der Körperoberfläche, weniger als 10 % oder nicht näher bezeichneter Anteil 3. Grades
U83!	Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol

Tabelle 3: Beispiele für Ausrufezeichen-Kodes

Nur wenn die Informationen eines Ausrufezeichenkodes als gesicherte Diagnose vorliegen, ist die Verwendung der Ausrufezeichen-Schlüsselnummer obligatorisch. Ausgenommen davon sind die Sekundär-Kodes des Kapitels XX Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01–Y84) der ICD-10-GM, die optional angegeben werden können.

Beispiel 8

Eine in der 10. Woche schwangere Patientin stellt sich bei ihrer Gynäkologin wegen übermäßigen Erbrechens vor.

Behandlungsdiagnosen:

O21.0	G	Leichte Hyperemesis gravidarum
O09.1!	G	Schwangerschaftsdauer: 5 bis 13 vollendete Wochen

Falls einem Primär-Kode mehr als ein Ausrufezeichen-Kode als Sekundär-Kode zugeordnet wird, wird der Primär-Kode nur einmal kodiert, gefolgt von allen zutreffenden Ausrufezeichen-Kodes.

Beispiel 9

Ein Patient wird ambulant chirurgisch wegen einer offenen Fraktur des linken Daumens mit erstgradigem Weichteilschaden behandelt. Ursache der Verletzung war ein Fahrradsturz.

Behandlungsdiagnosen:

S62.51 G L Fraktur des Daumens, proximale Phalanx
 S61.87! G L Weichteilschaden I. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Handgelenkes und der Hand
 V99! G Transportmittelunfall

Der Kode V99! ist aus dem ICD-Kapitel XX und somit nur optional anzugeben.

Falls ein Ausrufezeichen-Kode gleichzeitig für mehrere Primär-Kodes zutrifft, wird er trotzdem nur einmal als Behandlungsdiagnose kodiert.

Beispiel 10

Ein Patient befindet sich wegen zwei MRSA-besiedelten zweitgradigen Dekubitalgeschwüren am rechten Fuß (Knöchel und Ferse) in hausärztlicher Behandlung.

Behandlungsdiagnosen:

L89.18 G R Dekubitus 2. Grades, sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
 L89.17 G R Dekubitus 2. Grades, Ferse
 U80.0! G Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin, Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine und Oxazolidinone

Ein Ausrufezeichen-Kode ist nicht als Sekundär-Kode zu verwenden, wenn die zusätzliche Information dieses Ausrufezeichen-Kodes bereits im Titel des Primär-Kodes vorhanden ist.

Beispiel 11

Ein Patient wird wegen einer beidseitigen Pneumokokkenpneumonie behandelt.

Richtig:

J13 G B Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae

Falsch:

J13 G B Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae
 B95.3! G Streptococcus pneumoniae als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

**A09 Kombinations-Schlüsselnummern:
Eine ICD-Schlüsselnummer für zwei gemeinsam auftretende Krankheiten**

Eine einzelne ICD-Schlüsselnummer, die zur Klassifikation von zwei Diagnosen oder einer Diagnose mit einer Manifestation oder einer mit ihr zusammenhängenden Komplikation verwendet wird, wird als Kombinations-Schlüsselnummer bezeichnet. Kombinations-Schlüsselnummern werden durch Überprüfung der Einträge von eingerückten Begriffen im Alphabetischen Verzeichnis ermittelt und durch Nachlesen der Ein- und Ausschluss-hinweise im Systematischen Verzeichnis der ICD-10-GM endgültig bestimmt (siehe A10 und A11).

Die Kombinations-Schlüsselnummer ist nur dann zu verwenden, wenn diese Schlüsselnummer die betreffende diagnostische Information vollständig wiedergibt.

Mehrfachkodierungen (siehe A08) dürfen nicht verwendet werden, wenn die Klassifikation eine Kombinations-Schlüsselnummer bereitstellt, die eindeutig alle in der Diagnose dokumentierten Elemente umfasst.

Beispiel 1

Ein Patient mit bekannten Gallensteinen stellt sich mit Oberbauchbeschwerden in der Praxis vor. Der behandelnde Arzt stellt eine akute Cholezystitis fest.

Richtig:

K80.00 G Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis

Falsch:

K80.20 G Gallenblasenstein ohne Cholezystitis

K81.0 G Akute Cholezystitis

DKR D010
Geändertes Beispiel

A10**DKR D013**

Angepasst an die aktuelle
Version der ICD-10-GM und
ergänzt um „Mit in Titeln“

A10 Im Systematischen Verzeichnis der ICD-10-GM verwendete formale Vereinbarungen

Einige formale Vereinbarungen der ICD-10-GM sind für die Kodierung und für die Interpretation verschlüsselter Daten wichtig. Die hier dargestellten formalen Vereinbarungen orientieren sich an den entsprechenden Abschnitten des Regelwerks für die WHO-Ausgabe der ICD-10 (Band II).

Inklusiva (WHO)

Innerhalb der drei-, vier- und fünfstelligen Rubriken ist gewöhnlich eine Reihe anderer Diagnosenbezeichnungen aufgeführt. Sie heißen Inklusiva [Einschlussbezeichnungen, „Inkl.“] und sind ergänzend zum Titel als Beispiele für diagnostische Feststellungen angegeben, die in dieser Rubrik zu klassifizieren sind. Sie können Synonyme sein oder verschiedene Zustände auflisten, die unter dieser Schlüsselnummer zusammengefasst werden. Sie stellen keine Untergliederung der Rubrik dar (siehe Beispiel 1: **K31.0 Akute Magendilatation**).

Inklusiva sind vorrangig als Hinweis auf den Inhalt der Rubrik aufgeführt. Viele der Angaben beziehen sich auf wichtige oder geläufige Bezeichnungen, die der Rubrik angehören. Andere sind als Krankheitszustand oder als Lokalisation Grenzfälle, die die inhaltliche Grenze zwischen den einzelnen Subkategorien kennzeichnen sollen. Die Liste der Inklusiva ist keineswegs erschöpfend; alternative Diagnosenbezeichnungen sind im alphabetischen Teil aufgeführt. Bei der Verschlüsselung einer vorgegebenen Diagnose sollte als erstes dort nachgeschlagen werden.

Allgemeine diagnostische Beschreibungen, die für eine Reihe von Kategorien oder für sämtliche Subkategorien einer drei- oder vierstelligen Kategorie gelten, sind jeweils im Anschluss an eine Kapitel-, Gruppen- oder Kategorieüberschrift aufgeführt und durch „Inkl.“ gekennzeichnet (siehe Beispiel 1: **K31. – Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums**).

Exklusiva (WHO)

Bestimmte Rubriken enthalten Angaben über Krankheitszustände, die durch „Exkl.“ gekennzeichnet sind. Dabei handelt es sich um Bezeichnungen, die – selbst wenn der Titel der Rubrik vermuten lässt, dass sie an dieser Stelle zu klassifizieren wären – tatsächlich an anderer Stelle klassifiziert sind. Ein solches Beispiel ist die Kategorie **A46 Erysipel [Wundrose]**, in der das postpartale oder puerperale Erysipel ausgeschlossen ist. Bei den Exklusiva steht in Klammern die ICD-Schlüsselnummer derjenigen Kategorie oder Subkategorie, der die Ausschlussbezeichnung zuzuordnen ist (siehe Beispiel 1: **K31.1 Hypertrophische Pylorusstenose beim Erwachsenen**).

Allgemeine Ausschlüsse für eine Vielzahl von Kategorien oder für alle Subkategorien einer drei- oder vierstelligen Kategorie sind direkt nach dem Titel des Kapitels, der Gruppe oder der Kategorie aufgeführt und ebenfalls durch „Exkl.“ gekennzeichnet (siehe Beispiel 1: K31.- Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums).

Beispiel 1

K31.- Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums

Inkl.: Funktionelle Magenkrankheiten

Exkl.: Divertikel des Duodenums (K57.0–K57.1)
Gastrointestinale Blutung (K92.0–K92.2)

K31.0 Akute Magendilatation
Akute Distension des Magens

K31.1 Hypertrophische Pylorusstenose beim Erwachsenen
Pylorusstenose o.n.A.

Exkl.: Angeborene oder infantile Pylorusstenose (Q40.0)

Glossar

Das Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen enthält außer den Ein- und Ausschlussbezeichnungen ein Glossar mit inhaltlichen Hinweisen zu den Rubriken. Es wurde deshalb eingesetzt, weil die Terminologie der psychischen Störungen unterschiedlich ist, insbesondere in den verschiedenen Nationen. Zur Beschreibung gänzlich unterschiedlicher Krankheitszustände werden oft dieselben Bezeichnungen verwendet.

„Mit“ in Titeln

„Mit“ wird in den Titeln von Kombinations-Schlüsselnummern verwendet, wenn zwei Krankheiten oder eine Krankheit und eine Manifestation mit ein und demselben ICD-Kode verschlüsselt werden, z.B. K80.00 Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis.

„Und“ in Titeln

„Und“ steht für „und/oder“. Zum Beispiel sind in der Schlüsselnummer A18.0† Tuberkulose der Knochen und Gelenke die Fälle „Tuberkulose der Knochen“, „Tuberkulose der Gelenke“ und „Tuberkulose der Knochen und Gelenke“ zu klassifizieren.

Runde Klammern „()“

1) Runde Klammern umschließen zusätzliche Wörter, die bei einer Diagnosenangabe stehen können, ohne dass dadurch die Verschlüsselung beein-

flusst wird. Zum Beispiel besagt die Einschlussbezeichnung von I62.0 Subdurale Blutung (nichttraumatisch), dass I62.0 unabhängig davon zu verwenden ist, ob eine subdurale Blutung allein oder mit der Bezeichnung des in runden Klammern angegebenen Wortes vorliegt.

Beispiel 2

I12.- Hypertensive Nierenkrankheit

Hinw.: Benutze, sofern zutreffend, zunächst Schlüsselnummern aus N00-N07, N18.-, N19 oder N26, um die Art der Nierenkrankheit anzugeben.

Inkl.: Arteriosklerose der Niere
Arteriosklerotische Nephritis (chronisch) (interstitiell)
Hypertensive Nephropathie
Nephrosklerose [Nephro-Angiosklerose]

Exkl.: Sekundäre Hypertonie (I15.-)

I12.0- Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz
Hypertensives Nierenversagen

I12.9- Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz
Hypertensive Nierenkrankheit o.n.A.

In den Einschlussbegriffen bei I12.- Hypertensive Nierenkrankheit bedeutet die Zeile „Arteriosklerotische Nephritis (chronisch) (interstitiell)“, dass I12.- die Schlüsselnummer für die Bezeichnung „Arteriosklerotische Nephritis“ ist, sei es allein oder mit den Worten „chronisch“ oder „interstitiell“ (oder beiden) konkretisiert.

2) Runde Klammern werden zur Angabe der zutreffenden Schlüsselnummer bei Exklusiva benutzt.

Beispiel 3

I88.- Unspezifische Lymphadenitis

Exkl.: Akute Lymphadenitis, ausgenommen mesenterial (L04.-)
Generalisierte Lymphadenopathie infolge HIV-Krankheit (B23.8)
Lymphknotenvergrößerung o.n.A. (R59.-)

3) Runde Klammern bei den Gruppenbezeichnungen umschließen die dreistelligen Schlüsselnummern der Kategorien und vierstelligen Subkategorien, die in diese Gruppe fallen.

4) Schließlich werden runde Klammern für das Kreuz-Stern-System benutzt. Runde Klammern werden zur Angabe des Kreuz-Kodes bei Stern-Kategorien oder des Stern-Kodes bei Bezeichnungen mit Kreuz-Kode benutzt.

Beispiel 4

A32.– Listeriose*Inkl.:* Nahrungsmittelbedingte Infektion durch Listerien*Exkl.:* Neugeborenenlisteriose (disseminiert) (P37.2)**A32.0 Kutane Listeriose****A32.1† Meningitis und Meningoenzephalitis durch Listerien**Meningitis (G01*)
Meningoenzephalitis (G05.0*) | durch Listerien**A32.7 Listeriensepsis****A32.8 Sonstige Formen der Listeriose**Endokarditis durch Listerien† (I39.8*)
Okuloglanduläre Listeriose
Zerebrale Arteriitis durch Listerien† (I68.1*)**A32.9 Listeriose, nicht näher bezeichnet****G01* Meningitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten***Inkl.:* Meningitis (bei) (durch):

- Anthrax [Milzbrand] (A22.8†)
- Gonokokken (A54.8†)
- Leptospirose (A27.–†)
- Listerien (A32.1†)
- Lyme-Krankheit (A69.2†)
- Meningokokken (A39.0†)
- Neurosyphilis (A52.1†)
- Salmonelleninfektion (A02.2†)
- Syphilis:
 - konnatal (A50.4†)
 - sekundär (A51.4†)
 - tuberkulös (A17.0†)
- Typhus abdominalis (A01.0†)

Exkl.: Meningoenzephalitis und Meningomyelitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten (G05.0*)**Eckige Klammern „[]”**

Eckige Klammern werden benutzt zur Bezeichnung von Synonyma, alternativen Formulierungen oder erläuternden Ausdrücken.

Beispiel 5

A46 Erysipel [Wundrose]*Exkl.:* Postpartales oder puerperales Erysipel (O86.8)

Doppelpunkt „:“

Ein Doppelpunkt wird bei Aufzählungen von Inklusiva und Exklusiva verwendet, wenn das vorangestellte Wort für die Zuordnung zu der betreffenden Rubrik keine vollständige Bezeichnung darstellt. Ein oder mehrere der nach dem Doppelpunkt stehenden modifizierenden oder genauer beschreibenden Wörter werden benötigt, damit der Begriff der Rubrik zugeordnet werden kann.

Beispiel 6**K36 Sonstige Appendizitis**

Appendizitis:

- chronisch
- rezidivierend

Senkrechter Strich „|“⁶

Ein senkrechter Strich wird bei Aufzählungen von Inklusiva und Exklusiva benutzt, wenn weder das vorangegangene Wort noch das folgende Wort vollständige Bezeichnungen sind. Jede vor dem senkrechten Strich stehende Bezeichnung muss mit einer oder mehreren der dahinter stehenden Bezeichnungen kombiniert werden.

Beispiel 7**O71.6 Schädigung von Beckengelenken und -bändern unter der Geburt**

Abriss des inneren Symphysenknorpels	unter der Geburt
Schädigung des Steißbeins	
Traumatische Symphysensprengung	

Ohne nähere Angabe „o.n.A.“

„o.n.A.“ ist eine Abkürzung von „ohne nähere Angabe“. Sie ist praktisch gleichbedeutend mit „n.n.bez.“ für „nicht näher bezeichnet“.

Manchmal wird ein ungenau bezeichneter Begriff dennoch zusammen mit spezifischeren Begriffen unter derselben Schlüsselnummer klassifiziert. Das hängt damit zusammen, dass in der medizinischen Terminologie oft der allgemeine Begriff für die üblicherweise vorkommende Form einer Krankheit benutzt wird, während die weniger häufig vorkommenden Arten näher bezeichnet werden. Zum Beispiel wird gewöhnlich „Mitralklappenstenose“ als Bezeichnung für die „rheumatische Mitralklappenstenose“

⁶ Der senkrechte Strich wird in der ICD-10-GM verwendet und ersetzt die geschweifte Klammer „)“ (Akkolade) der WHO-Ausgabe.

benutzt und deshalb mit ihr zusammen klassifiziert; eine Pulmonalstenose wird jedoch nur dann als rheumatisch verschlüsselt, wenn sie auch so bezeichnet ist, da sie meist anderer Genese ist.

Beispiel 8

I05.–

Rheumatische Mitralklappenkrankheiten

Inkl.: Zustände, die unter I05.0 und I05.2–I05.9 klassifizierbar sind, unabhängig davon, ob als rheumatisch bezeichnet oder nicht

Exkl.: Als nichtrheumatisch bezeichnet (I34.–)

I05.0

Mitralklappenstenose

Mitralklappenobstruktion (rheumatisch)

I05.1

Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz

I05.2

Mitralklappenstenose mit Insuffizienz

Mitralstenose mit Insuffizienz oder Regurgitation

I05.8

Sonstige Mitralklappenkrankheiten

Mitralklappenfehler

Mitralvitium

I05.9

Mitralklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet

Mitralklappenkrankheit (chronisch) o.n.A.

Solche impliziten Annahmen müssen zur Vermeidung einer falschen Verschlüsselung berücksichtigt werden. Eine sorgfältige Durchsicht der Inklusiva wird deutlich zeigen, wo solche Ursachen vorausgesetzt wurden. Eine Bezeichnung sollte solange nicht unter „nicht näher bezeichnet“ verschlüsselt werden, bis genau feststeht, dass keine weiteren Angaben vorhanden sind, die eine spezifische Zuordnung an anderer Stelle zulassen.

Bei der Interpretation von Statistiken auf ICD-Basis ist darauf zu achten, dass es immer wieder einige „nicht näher bezeichnete“ Krankheiten gibt, die offensichtlich mit einer Schlüsselnummer für „näher bezeichnet“ kodiert wurden, die aber in den Unterlagen, nach denen verschlüsselt wurde, nicht eindeutig spezifiziert waren. Für Zeitreihen und die Interpretation von Statistiken ist es deshalb wichtig zu bedenken, dass sich solche Annahmen von einer ICD-Revision zur anderen ändern können. So wurde z.B. vor der 8. Revision der ICD angenommen, dass ein „nicht näher bezeichnetes“ Aortenaneurysma syphilitischen Ursprungs sei.

Anderenorts nicht klassifiziert „a.n.k.“

Werden in einer dreistelligen Kategorien- oder vierstelligen Subkategorien-Bezeichnung die Worte „anderenorts nicht klassifiziert“ oder die Abkürzung „a.n.k.“ benutzt, so dienen sie als eine Art Warnung: Bestimmte näher bezeichnete Varianten der aufgeführten Krankheitszustände sind möglicherweise anderen Teilen der Klassifikation zuzuordnen.

Beispiel 9

J16.- Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert

Benutze für Zwecke der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V eine zusätzliche Schlüsselnummer (U69.00!), um das Vorliegen einer im Krankenhaus erworbenen und vollstationär behandelten Pneumonie bei erwachsenen Patienten (18 Jahre und älter) anzugeben.

Exkl.: Ornithose (A70)
Plasmazelluläre interstitielle Pneumonie (B59)

- Pneumonie:
- angeboren (P23.-)
 - o.n.A. (J18.9)

J16.0 Pneumonie durch Chlamydien

J16.8 Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger

Auch andere Kategorien, wie in Kapitel I Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (z.B. B05.2 Masernpneumonie), Kapitel X Krankheiten des Atmungssystems (z.B. J10–J15) oder in Kapitel XVI Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (z.B. P23.- Angeborene Pneumonie) dienen der Verschlüsselung von Pneumonien durch näher bezeichnete Infektionserreger. Die Kategorie J18.- Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet, enthält Pneumonien, für die ein Infektionserreger nicht angegeben wurde.

Punkt Strich „.-“ und Strich „-“ am Ende von Schlüsselnummern

Alle dreistelligen Schlüsselnummern, die in vier- oder fünfstellige Schlüsselnummern unterteilt sind, sind am Ende durch „.-“ gekennzeichnet. Alle vierstelligen Schlüsselnummern, die in fünfstellige Schlüsselnummern unterteilt sind, sind an der fünften Stelle durch „-“ gekennzeichnet. Dadurch wird darauf hingewiesen, dass es für diese dreistelligen/vierstelligen Kategorien vierstellige/fünfstellige Subkategorien gibt, die beim Kodieren verwendet werden müssen. Diese Übereinkunft gilt für alle ICD-10-GM-Verzeichnisse.

Beispiel 10

G90.- Krankheiten des autonomen Nervensystems

Exkl.: Dysfunktion des autonomen Nervensystems durch Alkohol (G31.2)

G90.0- Idiopathische periphere autonome Neuropathie

- G90.00 Karotissinus-Syndrom (Synkope)
G90.08 Sonstige idiopathische periphere autonome Neuropathie
G90.09 Idiopathische periphere autonome Neuropathie, nicht näher bezeichnet

A11 Im Alphabetischen Verzeichnis der ICD-10-GM verwendete formale Vereinbarungen

Das Alphabetische Verzeichnis der ICD-10-GM unterstützt die Kodierung nach dem Systematischen Verzeichnis inkl. des Kreuz-Stern-Systems und der Zusatzcodes. Die im Alphabetischen Verzeichnis verwendeten formalen Vereinbarungen sind dort beschrieben.

Maßgeblich für die Kodierung ist stets das Systematische Verzeichnis.

Soweit das Alphabetische Verzeichnis zu einem unspezifischen Kode (z.B. „9“-Kode, „Nicht näher bezeichnet ...“) führt, ist deshalb im Systematischen Verzeichnis zu prüfen, ob eine spezifischere Kodierung möglich ist. Das Beispiel 1 zeigt dies anhand der Kodierung einer bakteriellen Pneumonie durch *Klebsiella pneumoniae*.

DKR D014
Zusätzlich ein Beispiel
angefügt

Beispiel 1

Alphabetisches Verzeichnis der ICD-10-GM

Bronchopneumonie J18.0

- allergisch J82
- bakteriell J15.9 
- bei
 - – Grippe [Influenza] J11.0
 - – – Influenzavirus nachgewiesen, ausgenommen Vogelgrippe-Virus J10.0
 - – – ohne Virusnachweis J11.0
 - – Soor B37.1† J17.2*
- chronisch J84.1

Für eine bakterielle Pneumonie mit bekanntem Erreger *Klebsiella pneumoniae* ist nicht der unspezifische Kode J15.9 Bakterielle Bronchopneumonie zu verwenden, sondern durch Rückgriff auf die Systematik der Kode J15.0 Pneumonie durch *Klebsiella pneumoniae* als der treffendste Kode auszuwählen (siehe nächste Seite).

Systematisches Verzeichnis der ICD-10-GM**J15.– Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert**

Inkl.: Bronchopneumonie durch andere Bakterien als Streptococcus pneumoniae und Haemophilus influenzae

Benutze für Zwecke der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V eine zusätzliche Schlüsselnummer (U69.00!), um das Vorliegen einer im Krankenhaus erworbenen und vollstationär behandelten Pneumonie bei erwachsenen Patienten (18 Jahre und älter) anzugeben.

Exkl.: Angeborene Pneumonie (P23.–)
Legionärskrankheit (A48.1)
Pneumonie durch Chlamydien (J16.0)

J15.0 Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae ← Richtig

J15.1 Pneumonie durch Pseudomonas

J15.2 Pneumonie durch Staphylokokken

J15.3 Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B

J15.4 Pneumonie durch sonstige Streptokokken

Exkl.: Pneumonie durch:

- Streptokokken der Gruppe B (J15.3)
- Streptococcus pneumoniae (J13)

J15.5 Pneumonie durch Escherichia coli

J15.6 Pneumonie durch andere aerobe gramnegative Bakterien
Pneumonie durch Serratia marcescens

J15.7 Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae

J15.8 Sonstige bakterielle Pneumonie

J15.9 Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet ← Falsch

Teil B Spezielle Kodierrichtlinien

B0100**B01 BESTIMMTE INFEKTIÖSE UND PARASITÄRE KRANKHEITEN****B0100 Hepatitis**

Die Kodierung einer Hepatitis erfordert auf Basis relevanter klinischer Parameter (z.B. Antigenstatus, Antikörperstatus, Verlaufsdauer, Viruslast, Leberbiopsie) Kenntnis über das Erkrankungsstadium (akut, chronisch) und über die Hepatitisart.

Virushepatitiden werden mit ICD-Kodes aus B15–B19 verschlüsselt.

Beispiel 1

Ein Patient stellt sich nach einem Aufenthalt in einem südeuropäischen Land mit Abgeschlagenheit, Durchfällen und Druckschmerz im rechten Oberbauch in der hausärztlichen Praxis vor. Das Anti-HAV-IgM ist erhöht, die Leber sonographisch vergrößert.

Behandlungsdiagnose:

B15.9 G Akute Virushepatitis A ohne Coma hepaticum

Bei Patienten, die keine Zeichen einer Hepatitis aufweisen, aber z.B. HBsAg-Träger sind, ist nur die Schlüsselnummer **Z22.5 Keimträger der Virushepatitis** zu kodieren.

Bei Vorliegen von Komplikationen einer Hepatitis sind diese durch zusätzliche Schlüsselnummer(n) zu kodieren.

Beispiel 2

Eine Leberzirrhose auf dem Boden einer chronisch aktiven Hepatitis C ist bioptisch gesichert. Wegen einer hepatischen Enzephalopathie zweiten Grades wird der Patient mit Lactulose behandelt.

Behandlungsdiagnosen:

B18.2 G Chronische Virushepatitis C

K74.6 G Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber

K72.72! G Hepatische Enzephalopathie Grad 2

Die Codes für andere Hepatitisformen finden sich bei den Schlüsselnummern für die Krankheiten der Leber unter K70–K77.

Beispiel 3

Ein Patient wird wegen einer alkoholischen Hepatitis behandelt.

Behandlungsdiagnose:

K70.1 G Alkoholische Hepatitis

Plausibilitätskriterium:

Die Kodierung akuter Virushepatitiden (ICD-Kodes aus B15–B17) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine spezifische Labordiagnostik (z.B. Antigenstatus, Antikörperstatus und Viruslast) mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

B0101**B0101 HIV / AIDS und assoziierte Erkrankungen**

Wenn ein HIV-positiver Patient zwar keine Symptome der Infektion zeigt, die Infektion aber trotzdem die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt, ist die Schlüsselnummer **Z21 Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]** zu kodieren, unabhängig davon, ob der Patient gegenwärtig antiretroviral behandelt wird (siehe Beispiele 1 und 3). In diesen Fällen ist kein weiterer Code für HIV-assoziierte Erkrankungen zu verschlüsseln.

Beispiel 1

Eine unter antiretroviraler Therapie symptomfreie Patientin stellt sich zur Routinekontrolle des Augenhintergrundes beim Augenarzt vor. Eine Retinopathie wird ausgeschlossen.

Behandlungsdiagnosen:

Z21	G	Asymptomatische HIV-Infektion
H35.0	A B	Retinopathien des Augenhintergrundes und Veränderungen der Netzhautgefäße

Für die Kodierung einer HIV-assoziierten Erkrankung (dies kann eine AIDS-definierende Erkrankung sein oder nicht) stehen folgende Schlüsselnummern zur Verfügung:

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

Tabelle 4: ICD-Kodes für HIV-assoziierte Erkrankungen

Liegt eine mit der HIV-Krankheit assoziierte Erkrankung vor und wird diese Manifestation gegenwärtig behandelt, so ist auch diese Manifestation durch die jeweilige spezifische Schlüsselnummer zu kodieren. Die assoziierte Erkrankung wird nur so lange kodiert, wie eine spezifische Behandlung erfolgt.

Beispiel 2

Ein Patient stellt sich mit einem Mundsoor aufgrund einer HIV-Infektion vor. Eine antimykotische Therapie wird eingeleitet.

Behandlungsdiagnosen:

B37.0	G	Candida-Stomatitis
B20	G	Infektiöse und parasitäre Krankheit infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]

Beispiel 3

Ein Patient stellt sich zur Verlaufskontrolle des seit mehreren Wochen behandelten Mundsoors aufgrund einer HIV-Infektion vor. Jetzt ist kein Mundsoor mehr nachweisbar. Es erfolgt keine weitere Therapie.

Behandlungsdiagnosen:

Z21	G	Asymptomatische HIV-Infektion
B37.0	Z	Candida-Stomatitis

Die Schlüsselnummer **B23.0 Akutes HIV-Infektions-Syndrom** ist nur bei entsprechender klinischer Symptomatik zu Beginn der Infektion zu kodieren.

Der Kode **R75 Laborhinweis auf Humanes Immundefizienz-Virus [HIV]** ist nur bei den Patienten zu verschlüsseln, deren HIV-Antikörper-Tests nicht sicher positiv sind. Dies ist gewöhnlich dann der Fall, wenn zwar ein Screening-Test für HIV positiv ist, aber durch einen Bestätigungstest die Diagnose noch nicht eindeutig gesichert oder ausgeschlossen ist.

B02 NEUBILDUNGEN**B0200 Bösartige Neubildungen (C00–C97)**

Die Schlüsselnummer(n) für den Primärtumor, den Rezidivtumor und/oder die Metastase(n) sind immer mit dem Zusatzkennzeichen „G“ zu kodieren, wenn diese Diagnose(n) durch histologischen Nachweis gesichert oder durch eindeutige Kombinationen von laborchemischen, klinischen, intraoperativen Befunden und/oder bildgebenden Verfahren hinreichend gesichert sind. Dabei sind die Befunde aller Versorgungsbereiche heranzuziehen.

Dies gilt für alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bis zum endgültigen Abschluss der Behandlung des Primärtumors/Rezidivtumors als auch der Behandlung von Metastasen (z.B. durch Chemo-/Strahlentherapie, Palliativtherapie, Hormontherapie, wait and see, active surveillance).

Beispiel 1

Eine Patientin erhielt vor drei Jahren eine brusterhaltende Operation und Radiatio wegen eines Mammakarzinoms im oberen, äußeren Quadranten rechts mit Befall der axillären Lymphknoten (T2,N1,M0). Die Patientin kommt zur Fortsetzung der adjuvanten Hormontherapie mit Tamoxifen.

Behandlungsdiagnosen:

- C50.4 G R Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma], oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
- C77.3 G R Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität

Der Malignomcode wird solange mit dem Zusatzkennzeichen „G“ kodiert, bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist. Die Behandlung ist endgültig abgeschlossen, wenn keine weiteren therapeutischen Maßnahmen mehr in Bezug auf das Malignom durchgeführt werden oder geplant sind.

Werden nach abgeschlossener Behandlung weitere Tumor-Nachuntersuchungen durchgeführt, ist das primäre Malignom mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ zu verschlüsseln.

Beispiel 2

Eine Patientin erhielt vor fünf Jahren eine brusterhaltende Operation und Radiatio wegen eines Mammakarzinoms im oberen, äußeren Quadranten rechts mit Befall der axillären Lymphknoten (T2,N1,M0). Die Patientin kommt zur Nachuntersuchung mit Staging. Kein Nachweis eines Rezidivs oder von Metastasen. Die adjuvante Hormontherapie mit Tamoxifen wurde im vergangenen Quartal beendet.

Behandlungsdiagnosen:

- | | | |
|-------|-----|--|
| Z08.7 | G | Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung |
| C50.4 | Z R | Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma], oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse |
| C77.3 | Z R | Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität |

Für die Kodierung der Tumor-Nachuntersuchungen ist eine Schlüsselnummer aus **Z08.- Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung** zu kodieren.

Handelt es sich um die rein anamnestische Angabe einer Tumorerkrankung, die die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt, ist eine Schlüsselnummer aus **Z85.- Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese** zu kodieren.

Das lokale Rezidiv eines primären Malignoms ist als primäres Malignom, d.h. wie ein Primärtumor, zu verschlüsseln.

B0201**B0201 In-situ-Neubildungen (D00–D09)**

Die Codes aus der ICD-Gruppe D00–D09 sind nur für gesicherte Carcinomata in situ und für Dysplasien Grad III anzugeben. Die Schlüsselnummern für die Dysplasien Grad I und II finden sich in den jeweiligen organspezifischen Kapiteln.

Einzigste Ausnahme ist die intraepitheliale Neoplasie der Prostata (PIN), bei der sowohl Grad II als auch Grad III mit dem ICD-Code **D07.5 Carcinoma in situ der Prostata** zu kodieren sind. Die intraepitheliale Neoplasie der Prostata Grad I ist mit dem ICD-Code **N40 Prostatahyperplasie** zu verschlüsseln.

B0202 Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens (D37–D48)

Die Kodierung erfolgt nach dem Ursprungsort der Neubildung und ist nur vorzunehmen, wenn histologisch keine eindeutige Zuordnung zu „bösartig“ oder „gutartig“ möglich ist.

Beispiel 1

Bei einer Patientin erfolgte der histologische Nachweis eines Borderline-Tumors des rechten Eierstocks.

Behandlungsdiagnose:

D39.1 G R Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der weiblichen Genitalorgane, Ovar

Beispiel 2

Bei einem Patienten wurde ein 8 x 10 cm großer Tumor am Rücken festgestellt, klinisch, sonographisch und kernspintomographisch am ehesten ein Lipom, eine maligne Entartung ist nicht auszuschließen. Bisher erfolgte keine Exzision oder Biopsie zur histologischen Untersuchung.

Richtig

D17.1 V Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes

Falsch

D48.1 G Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen, Bindegewebe und andere Weichteilgewebe

B0300**B03 KRANKHEITEN DES BLUTES UND DER BLUTBILDENDEN
ORGANE SOWIE BESTIMMTE STÖRUNGEN MIT BETEILIGUNG
DES IMMUNSYSTEMS****B0300 Anämien**

Für die Kodierung einer Anämie ist die ihr jeweils zugrunde liegende Ursache mit zu berücksichtigen. Ist der spezifische Kode zuweisbar, so sind Symptome, die im Zusammenhang mit der Anämie stehen, nicht zusätzlich zu kodieren (siehe A07).

Beispiel 1

Bei einer Patientin erfolgte die ambulante Chemotherapie nach Operation eines Karzinoms des Colon ascendens. Unter der Chemotherapie entwickelte sich eine Anämie.

Behandlungsdiagnosen:

D61.10 G Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie

C18.2 G Bösartige Neubildung des Kolons, Colon ascendens

Beispiel 2

Ein Patient stellt sich mit Übelkeit, Erbrechen, Teerstuhl und Blässe der Haut und Schleimhäute und einem Hb-Wert von 9,2 g/dl (5,7 mmol/l) vor. In der Gastroskopie zeigt sich ein Ulcus duodeni mit Zeichen der stattgehabten Blutung.

Behandlungsdiagnosen:

D62 G Akute Blutungsanämie

K26.0 G Ulcus duodeni, akut, mit Blutung

B04 ENDOKRINE, ERNÄHRUNGS- UND STOFFWECHSELKRANKHEITEN

B0400 Hypo- und Hyperthyreose

Liegt eine pathologische Schilddrüsenhormon-Stoffwechsellaage bei Schilddrüsenkrankheiten vor, ist diese so spezifisch wie möglich mit einem Kode aus E00–E07 zu kodieren.

Beispiel 1

Ein Patient erhält eine Schilddrüsenhormon-Substitutionstherapie bei hypothyreoter Stoffwechsellaage infolge einer ausgebrannten Hashimoto-Thyreoiditis.

Behandlungsdiagnose:

E03.8 G Sonstige näher bezeichnete Hypothyreose

Liegt bei einer jodmangelbedingten Struma eine hypothyreote Stoffwechsellaage vor, so ist diese in der entsprechenden Schlüsselnummer aus E01. Jodmangelbedingte Schilddrüsenkrankheiten und verwandte Zustände enthalten.

Die Hypothyreose infolge eines operativen Eingriffes an der Schilddrüse oder einer anderen medizinischen Maßnahme ist mit E89.0 Hypothyreose nach medizinischen Maßnahmen zu kodieren. Die Schlüsselnummer für die ursächliche Erkrankung und die endokrine Funktionsstörung vor der Behandlung ist nur zusätzlich zu kodieren, sofern die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt sind (siehe Beispiel 2).

In den Fällen, in denen durch den operativen Eingriff die pathologische Schilddrüsenhormon-Stoffwechsellaage behoben wurde, ist die Schlüsselnummer für die Erkrankung und die endokrine Funktionsstörung vor der Behandlung nicht mehr zu kodieren.

Beispiel 2

Ein Patient wurde vor fünf Jahren wegen autonomer Schilddrüsen-Adenome mit Hyperthyreose subtotal thyreidektomiert. Gegenwärtig erfolgt die Weiterführung der Schilddrüsenhormon-Substitution.

Richtig:

E89.0 G Hypothyreose nach medizinischen Maßnahmen

Falsch:

E05.2 Z Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma

B0400Plausibilitätskriterium:

Die Kodierung der Schilddrüsen-Stoffwechselerkrankungen (ICD-Kodes aus E00–E07 und E89.0) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt die Durchführung spezifischer Labordiagnostik mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

B0401 Hypo- und Hyperparathyreoidismus

Die Kodierung des Parathyreoidismus erfolgt unter Berücksichtigung der aktuellen Hormonstoffwechsellage mit einem Kode aus E20.- Hypoparathyreoidismus oder E21.- Hyperparathyreoidismus und sonstige Krankheiten der Nebenschilddrüse.

Der Hypoparathyreoidismus infolge eines operativen Eingriffes ist mit E89.2 Hypoparathyreoidismus nach medizinischen Maßnahmen zu kodieren. Die Schlüsselnummer für die ursächliche Erkrankung und die endokrine Funktionsstörung vor der Behandlung ist nur zusätzlich zu kodieren, sofern die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt sind.

Beispiel 1

Aufgrund eines primären Hyperparathyreoidismus erfolgte bei einer Patientin vor fünf Jahren die operative Entfernung der Nebenschilddrüsen. Zurzeit erfolgt die Dauersubstitution eines klinisch relevanten Hypoparathyreoidismus mit Calcitriol.

Richtig:

E89.2 G Hypoparathyreoidismus nach medizinischen Maßnahmen

Falsch:

E21.0 Z Primärer Hyperparathyreoidismus

Plausibilitätskriterium:

Die Kodierung der Nebenschilddrüsen-Stoffwechselerkrankungen (ICD-Kodes aus E20–E21 und E89.2) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt die Durchführung spezifischer Labordiagnostik mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

B0402**B0402 Diabetes mellitus**

Für die Kodierung des Diabetes mellitus sind folgende drei Kriterien zu berücksichtigen:

1. der Typ des Diabetes mellitus
2. die gesicherten, in ursächlichem Zusammenhang stehenden Komplikationen
3. die gegenwärtige Stoffwechsellage im Sinne von entgleist/nicht entgleist

Typen des Diabetes mellitus

Die verschiedenen Typen des Diabetes mellitus werden nach der ICD-10-GM wie folgt klassifiziert:

E10.-	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]
E11.-	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]
E12.-	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]
E13.-	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus
E14.-	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus
O24.0– O24.3	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, vorher bestehend
O24.4	Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend
R73.0	Abnormer Glukosetoleranztest

Tabelle 5: ICD-Kodes für die verschiedenen Typen des Diabetes mellitus

In der Regel ist bekannt, ob es sich um einen Typ-1- oder Typ-2-Diabetes handelt.

Die Diagnose Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung (E12.-) ist in Deutschland eine Rarität.

Unter E13.- Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus werden u.a. der steroidinduzierte Diabetes mellitus und ein pankreopriver Diabetes mellitus kodiert.

Kann in Ausnahmefällen nicht endgültig geklärt werden, um welchen Diabetestyp es sich handelt, wird E14.- Diabetes, nicht näher bezeichnet verschlüsselt.

Komplikationen des Diabetes mellitus

Mögliche Komplikationen des Diabetes mellitus sind über die vierte Stelle der jeweiligen ICD-Schlüsselnummer aus E10–E14 zu kodieren.

.0	Mit Koma
.1	Mit Ketoazidose
.2	Mit Nierenkomplikationen
.3	Mit Augenkomplikationen
.4	Mit neurologischen Komplikationen
.5	Mit peripheren vaskulären Komplikationen
.6	Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
.7	Mit multiplen Komplikationen
.8	Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen

Tabelle 6: ICD-Kodierung für die Komplikationen des Diabetes mellitus

Nur wenn keine Komplikation(en) vorliegen, ist ein Diabetes mellitus zu kodieren mit der vierten Stelle **.9 ohne Komplikationen**.

Die Codes für die einzelnen Manifestationen der jeweiligen Komplikation sind zusätzlich anzugeben, sofern die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt sind (siehe Beispiele 1 bis 3).

Stoffwechsellage (entgleist/nicht entgleist) beim Diabetes mellitus

Die Stoffwechsellage eines Diabetikers ist über die fünften Stellen der jeweiligen ICD-Schlüsselnummern aus E10–E14 zu kodieren.

Für die vierten Stellen .2 bis .6, .8 und .9 gelten die fünften Stellen:

- 0 nicht als entgleist bezeichnet
- 1 als entgleist bezeichnet

Für die vierte Stelle .7 gelten die fünften Stellen:

- 2 mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
- 3 mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
- 4 mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
- 5 mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet

Tabelle 7: ICD-Kodierung für die Stoffwechsellage beim Diabetes mellitus

Ein Diabetes mellitus mit den Komplikationen Koma und Ketoazidose gilt grundsätzlich als entgleist und wird stets mit der fünften Stelle **1 als entgleist bezeichnet** kodiert.

Die Kodierung der entgleisten Stoffwechsellage erfolgt immer nur so lange, wie die Entgleisung vorliegt (siehe Beispiel 4).

Beispiele für die Kodierung des Diabetes mellitus mit der ICD-10-GM**Beispiel 1**

Ein Patient mit diabetischer Polyneuropathie wird neurologisch behandelt.

Behandlungsdiagnosen:

E10.40† G Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes], mit neurologischen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

G63.2* G Diabetische Polyneuropathie

Die Kodierung erfolgt nach dem Kreuz-Stern-System (siehe A08).

Beispiel 2

Ein Patient mit diabetischer Polyneuropathie kommt zur Kontrolle der Stoffwechsellparameter. Die Neuropathie wird nicht behandelt.

Behandlungsdiagnose:

E10.40† G Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes], mit neurologischen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

Beispiel 3

Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 mit multiplen Komplikationen in Form einer Atherosklerose der Extremitätenarterien, einer Retinopathie und einer Nephropathie wird aufgrund aller drei Komplikationen behandelt.

Behandlungsdiagnosen:

E10.72 G Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

I79.2* G Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

H36.0* G Retinopathia diabetica

N08.3* G Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus

Die Kodierung erfolgt nach dem Kreuz-Stern-System (siehe A08).

Beispiel 4

Eine Patientin mit Diabetes mellitus Typ 2 wurde komatös aufgefunden. Es erfolgte die Krankenseinweisung durch den organisierten Notfalldienst. Dort wurde ein hyperosmolares Koma nachgewiesen. Jetzt erfolgt die Vorstellung beim Hausarzt zur Weiterbehandlung nach erfolgreicher stationärer Behandlung.

Kodierung durch Notarzt:

E11.01 G Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit Koma, als entgleist bezeichnet

Der ICD-Kode E11.01 als gesicherte Diagnose ist nur zum Zeitpunkt vor der Aufnahme in das Krankenhaus zu verschlüsseln.

Kodierung durch den Hausarzt:

E11.90 G Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes], ohne Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

B0403**B0403 Das diabetische Fußsyndrom**

Das diabetische Fußsyndrom wird als besondere Untergruppe innerhalb des Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen abgegrenzt.

Hier wird beispielhaft die Kodierung für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 dargestellt. In der ICD-10-GM stehen dafür seit 2009 die folgenden Codes zur Verfügung.

E10.74	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1- Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E10.75	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1- Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
E11.74	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2- Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E11.75	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2- Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet

Tabelle 8: ICD-Kodes für das diabetische Fußsyndrom bei Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

Die Codes für alle vorliegenden Manifestationen sind zusätzlich zu verschlüsseln, sofern die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt sind. Eine Auswahlliste von Diagnosen, die zum klinischen Bild des diabetischen Fußsyndroms gehören können, befindet sich im Anhang (siehe Anhang 3).

Beispiel 1

Bei einem Patienten ist ein Diabetes mellitus Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom bekannt. Gegenwärtig besteht keine Behandlungsnotwendigkeit seitens des diabetischen Fußsyndroms.

Behandlungsdiagnose:

E10.74 G Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet

Beispiel 2

Bei einem Patienten besteht ein bekannter Diabetes mellitus Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom und fortgeschrittener peripherer Atherosklerose. Zurzeit erfolgt die lokale Behandlung einer Ulzeration der linken Kleinzeh.

Behandlungsdiagnosen:

- | | | |
|--------|-----|--|
| E10.74 | G | Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet |
| I79.2* | G | Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten |
| I70.23 | G L | Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration |

B0404**B0404 Fett-Stoffwechselstörungen**

Die Kodierung einer Fett-Stoffwechselstörung mit einer Schlüsselnummer aus E78.- Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien setzt eine differenzierte Diagnostik und daraus folgende spezifische ernährungstherapeutische Maßnahmen und/oder medikamentöse Therapie voraus.

Der alleinige Nachweis eines auffälligen Laborbefundes berechtigt nicht zur Kodierung (siehe auch A07).

B0405 Hyperurikämie und Gicht

Die Kodierung einer Hyperurikämie bzw. Gicht setzt eine differenzierte Diagnostik und daraus folgende, spezifische ernährungstherapeutische Maßnahmen und/oder medikamentöse Therapie voraus. Der alleinige Nachweis eines auffälligen Laborbefundes berechtigt nicht zur Kodierung (siehe auch A07).

Beispiel 1

Ein Patient mit bekannter Hyperurikämie stellt sich in der Praxis zur Kontrolle vor. Der Harnsäurewert im Blut ist erhöht. Der Patient erhält eine ausführliche Diätberatung und das Urikostatikum wird erneut verordnet.

Behandlungsdiagnose:

E79.0 G Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht

Bei der Kodierung ist die asymptotische Hyperurikämie (E79.0 Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht) abzugrenzen von einer symptomatischen Gichterkrankung (Schlüsselnummern aus M10.- Gicht).

Beispiel 2

Ein Patient mit bekannter Hyperurikämie unter Dauertherapie mit einem Urikostatikum stellt sich unter dem klassischen Bild der Podagra (rechts) in der Praxis vor.

Behandlungsdiagnose:

M10.07 G R Idiopathische Gicht, Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]

Der ICD-Kode für die asymptotische Hyperurikämie (E79.0) ist nicht zusätzlich zu verschlüsseln.

Nieren- oder Harnleitersteine, die auf dem Boden einer Gicht entstehen, werden unter Anwendung des Kreuz-Stern-Systems (siehe A08) zusätzlich mit der Sekundär-Schlüsselnummer N22.8* Harnstein bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten kodiert. Der ICD-Kode für die asymptotische Hyperurikämie (E79.0) ist auch in dieser Konstellation nicht zusätzlich zu verschlüsseln.

B05 PSYCHISCHE UND VERHALTENSSTÖRUNGEN

B0500 Demenz-Erkrankungen

Demenz-Erkrankungen sind mit einem ICD-Kode aus F00–F03 zu verschlüsseln. Für die gesicherte Diagnose einer Demenz müssen spezifische Symptome und Störungen mindestens sechs Monate bestanden haben.

Beispiel 1

Eine Tochter stellt ihren 72-jährigen Vater in der Praxis vor, der bisher allein lebt. Im letzten Jahr ist es zu mehrfachen „kleinen“ Schlaganfällen gekommen, wegen denen der Vater jeweils stationär behandelt wurde. Im Krankenhaus war neben den akuten Gefäßverschlüssen eine allgemeine zerebrale Atherosklerose gesichert worden. Im letzten halben Jahr ist es zu einer deutlichen Verschlechterung des Allgemeinzustandes gekommen. Der Patient ruft die Tochter mehrmals am Tag an, ohne sich an vorhergegangene Telefonate zu erinnern. Er hat deutlich abgenommen. Obwohl er sonst immer sehr auf sein Äußeres geachtet hat, wechselt er seit Wochen die Kleidung nicht, auch eine selbständige Körperpflege ist nicht mehr gewährleistet.

In der Praxis wird ein MMSE (Mini Mental State Examination) durchgeführt, der einen eindeutig pathologischen Befund ergibt.

Behandlungsdiagnosen:

F01.1	G	Multiinfarkt-Demenz
I69.3	G	Folgen eines Hirninfarktes

Die Demenz ist abzugrenzen von anderen kognitiven Störungen wie Intelligenzminderungen (F70–F79), affektiven Störungen (F30–F39) und iatrogenen Störungen infolge einer Medikation.

Erfolgt keine weitere diagnostische Abklärung zum Ausschluss einer hirnor- ganisch bedingten Erkrankung und keine spezifische Therapie, so ist die psychiatrische Diagnose zu verschlüsseln, die sich aufgrund der bisher erhobenen Befunde ergibt.

Beispiel 2

Bei einer 55-jährigen Patientin besteht eine ambulant behandelte mittelschwere Depression. Seit zwei Monaten berichtet sie selbst über progrediente Merkfähigkeitsstörungen, sie könne sich bei der Arbeit als Schreibkraft zeitweise nur schlecht konzentrieren. Eine fachgerechte diagnostische Abklärung ist bislang noch nicht erfolgt. Weitere klinische Hinweise auf das zusätzliche Vorliegen einer Demenz ergaben sich bislang nicht.

Behandlungsdiagnose:

F32.1 G Mittelgradige depressive Episode

Die kognitiven Einschränkungen sind in diesem Beispiel im Zusammenhang mit der depressiven Episode zu sehen. Demente Patienten bemerken neurokognitive Veränderungen selten selbst, depressive weisen dagegen häufig auf vermeintliche Defizite hin.

Die Diagnose F03 Nicht näher bezeichnete Demenz ist den Fällen vorbehalten, in denen sich keinerlei Hinweise auf die Ätiologie ergeben. Die Kodierung einer Schlüsselnummer für eine organisch bedingte psychische Störung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ setzt voraus, dass die Diagnose durch psychopathologische Befunde, valide Testverfahren und klinische Untersuchungen hinreichend gesichert ist.

Alzheimer-Krankheit

Bei der Alzheimer-Demenz ist immer ein ICD-Kode aus F00.* Demenz bei Alzheimer-Krankheit gemeinsam mit einem Code aus G30.-† Alzheimer-Krankheit zu verschlüsseln.

Grundsätzlich gilt, dass die Diagnose Morbus Alzheimer am Ende einer Ausschlussdiagnostik anderer, behandelbarer Demenzformen steht.

Plausibilitätskriterium:

Die Kodierung von Demenz-Erkrankungen (ICD-Kodes aus F00–F03) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt die Durchführung eines standardisierten Testverfahrens mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

B0501**B0501 Abgrenzung verschiedener psychischer Störungen**

Zur Verschlüsselung psychischer Erkrankungen mit Codes aus dem Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen bietet die ICD-10-GM umfangreiche fachliche Hinweise, die bei der Kodeauswahl zu beachten sind.

Persönlichkeits-, Verhaltens- und andere psychische Störungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (F06–F07)

Diese Diagnosen werden kodiert, wenn eine zerebrale Erkrankung, Verletzung oder Funktionsstörung oder eine systemische somatische Erkrankung als Ursache für die hier aufgeführten psychischen Störungen nachgewiesen ist. Ein zeitlicher Zusammenhang zwischen den psychischen Symptomen und der zugrunde liegenden Erkrankung muss bestehen, bei Besserung der zugrunde liegenden Erkrankung müssen sich auch die psychischen Symptome zurückbilden.

Beispiel 1

Ein Patient wird konsiliarisch beim Psychiater vorgestellt, weil er zunehmend unter nicht beherrschbaren Wutanfällen leidet. Darüber hinaus hat er zehn Kilogramm zugenommen. Seine Frau berichtet über gierige Essattacken. Bei dem Patienten ist ein frontales Meningeom bekannt, weshalb er bereits zweimal operiert werden musste und zurzeit bestrahlt wird.

Behandlungsdiagnosen:

F07.0 G Organische Persönlichkeitsstörung
D32.0 G Gutartige Neubildung: Hirnhäute

Die organisch bedingten Störungen sind von den nicht organisch bedingten Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen abzugrenzen, die mit ICD-Kodes aus F20–F29 zu verschlüsseln sind.

Affektive Störungen (F30–F39)

Affektive Erkrankungen sind differentialdiagnostisch von Diagnosen aus der ICD-Gruppe F40–F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen abzugrenzen.

Eine einmalig auftretende manische Episode ist mit einem ICD-Kode aus F30.- Manische Episode zu verschlüsseln. Treten im Verlauf weitere manische, hypomanische und depressive Episoden auf, dann ist eine Schlüsselnummer aus F31.- Bipolare affektive Störung zu kodieren.

Eine depressive Episode ist entsprechend ihrer Ausprägung (Schwere und Dauer) mit einem Kode aus F32.- Depressive Episode zu verschlüsseln. Typische Symptome sind insbesondere die gedrückte Stimmung, Antriebsminderung, schnelle Ermüdbarkeit, Interessenlosigkeit, Gefühl der Wertlosigkeit, Schlafstörungen und pessimistische Einstellungen bezüglich der Zukunft.

Je nach Anzahl der Symptome wird die depressive Episode (in der Regel Mindestdauer zwei Wochen) als leicht (F32.0 Leichte depressive Episode), mittelgradig (F32.1 Mittelgradige depressive Episode) oder schwer (F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome und F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen) eingeordnet.

Kurze rezidivierende depressive Episoden sind mit F38.1 Andere rezidivierende affektive Störungen zu kodieren. Davon abzugrenzen sind die ICD-Schlüsselnummern aus F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen.

Treten depressive Episoden wiederholt auf, so sind sie mit einem Kode aus F33.- Rezidivierende depressive Störung zu verschlüsseln. Auch hier sind die verschiedenen Schweregrade abhängig von der Anzahl der auftretenden Symptome zu kodieren. Rezidivierende depressive Störungen sind von bipolaren Störungen abzugrenzen.

Im Gegensatz zu den Störungen unter F30.- Manische Episode bis F33.- Rezidivierende depressive Störung werden fluktuierende Stimmungsstörungen mit einem ICD-Kode aus F34.- Anhaltende affektive Störung verschlüsselt. Dabei ist der Kode F34.1 Dysthymia den chronisch depressiven Verstimmungen vorbehalten, die sowohl nach Schweregrad als auch nach Dauer nicht die Definition einer depressiven Episode (F32.-) erfüllen.

Beispiel 2

Eine 35-jährige Patientin stellt sich mit anhaltender Traurigkeit und gedrückter Stimmung in der Praxis vor. Sie berichtet, dass diese Symptome seit ihrer Jugend nahezu durchgängig bestehen und auf keine Behandlung ansprechen. Eine somatische Erkrankung wird ausgeschlossen.

Behandlungsdiagnose:

F34.1 G Dysthymia

Beispiel 3

Ein 21-jähriger, bei den Eltern lebender Patient, wird nach einem schweren Familienkonflikt wegen Antriebslosigkeit, depressiver Stimmung und Schlafstörungen vom niedergelassenen Arzt behandelt. In der Eigenanamnese finden sich keine psychischen Vorerkrankungen.

Behandlungsdiagnose:

F43.2 G Anpassungsstörungen

Beispiel 4

Bei dem Patienten aus Beispiel 3 hält die Störung über sechs Monate an (ohne psychotische Züge). Der Patient berichtet, dass er wegen starker Konzentrationsstörungen, Schlaflosigkeit und mangelndem Antrieb seit mehreren Wochen arbeitsunfähig sei und die Wohnung kaum noch verlasse. Auf Nachfrage bestätigt der Patient, dass er konkrete Suizidgedanken und -pläne habe.

Behandlungsdiagnose:

F32.2 G Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Von den hier beschriebenen affektiven Störungen abzugrenzen sind Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, die in der ICD-10-GM mit Codes aus der Gruppe F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder, falls die entsprechenden Kriterien nicht erfüllt sind, mit Codes aus dem Kapitel XXI Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99), z.B. Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, zu verschlüsseln sind.

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48)

Die unter F43.- aufgeführten Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen entstehen immer als direkte Folge einer akuten schweren Belastung oder eines kontinuierlichen Traumas und erfüllen nicht die Kriterien zur Kodierung einer depressiven Störung mit einem ICD-Code aus F31.- bis F39 (siehe Beispiel 3).

Ein Code aus F45.- Somatoforme Störungen ist zu verschlüsseln, wenn vom Patienten wiederholt körperliche Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind, dargeboten werden. Die Möglichkeiten der organ-

bezogenen Kodierung bei F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung sind zu beachten.

Beispiel 5

Eine 55-jährige alleinstehende Patientin klagt seit über zwei Jahren über wiederkehrende diffuse Rückenschmerzen und anhaltendes Brennen im Unterleib. Flankiert wird die Symptomatik von Schlafstörungen, körperbezogenen Ängsten und einer unsicher-selbstbeobachtenden Haltung. Wegen Unruhe und Insomnie werden abwechselnd Phytotherapeutika und Benzodiazepine eingenommen. Wiederholte umfangreiche orthopädische, gynäkologische und internistische Untersuchungen (z.B. Bildgebung und Laboranalysen) blieben ohne erklärenden pathologischen Befund. Die Patientin wirkt im Direktkontakt gereizt und gleichzeitig niedergestimmt, dabei normal schwingungsfähig. Antidepressiva lehnt sie ab, da sie nach wie vor der Überzeugung ist, eine körperliche Erkrankung zu haben.

Behandlungsdiagnose:

F45.0 G Somatisierungsstörung

Beispiel 6

Ein 24-jähriger, allein lebender, zu Hause arbeitender Patient klagte wiederholt in medizinischen Notaufnahmen über Herzbeschwerden, thorakale Enge und Herzklopfen. Er ist schlank und Nichtraucher, wirkt ängstlich und angespannt. Internistische und kardiologische Abklärungen hatten keinen Befund ergeben. Auf Zuspruch und Zuwendung reagiert er bisweilen positiv und lässt sich ablenken, bei sozialem Rückzug kehren die Beschwerden aber regelmäßig wieder. Eine vom Hausarzt vorgeschlagene Psychotherapie lehnt er ab, er habe keine Zeit für solche Dinge.

Behandlungsdiagnose:

F45.30 G Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und Kreislaufsystem

Plausibilitätskriterien:

Die Kodierung der Schizophrenie sowie schizotyper und wahnhafter Störungen (ICD-Kodes aus F20–F29) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine (Mit-)Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde, für Neurologie und Psychiatrie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einen ärztlichen oder psychologischen Psychothe-

B0501

rapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

Die Kodierung manischer und bipolarer affektiver Störungen (ICD-Kodes aus F30–F31) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine (Mit-)Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde, für Neurologie und Psychiatrie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

Die Kodierung spezifischer Persönlichkeitsstörungen (ICD-Kodes aus F60.-) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine (Mit-)Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde, für Neurologie und Psychiatrie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

B0502 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Der Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen kann ein breites Spektrum psychischer Störungen hervorrufen und ist mit den ICD-Kodes aus F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zu verschlüsseln.

Die verursachende Substanz wird in der dritten Stelle verschlüsselt.

- F10.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
- F11.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
- F12.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
- F13.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
- F14.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
- F15.- Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
- F16.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
- F17.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
- F18.- Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel
- F19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Tabelle 9: Dritte Stellen der ICD-Kodes für Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen für die verschiedenen psychotropen Substanzen

Das klinische Erscheinungsbild wird in der vierten Stelle verschlüsselt. In der folgenden Tabelle sind diese vierten Stellen sowie einzelne Beispiele (in runden Klammern) aufgeführt.

- .0 Akute Intoxikation [akuter Rausch]
- .1 Schädlicher Gebrauch
(z.B. Missbrauch, medizinische Folgeschäden)
- .2 Abhängigkeitssyndrom
- .3 Entzugssyndrom
- .4 Entzugssyndrom mit Delir
(z.B. Delirium tremens)
- .5 Psychotische Störung
(z.B. alkoholische Paranoia, Alkoholhalluzinose, alkoholischer Eifersuchtswahn)
- .6 Amnestisches Syndrom
(z.B. Korsakow-Syndrom)
- .7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung

- .8 Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
- .9 Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

Tabelle 10: Vierte Stellen der ICD-Kodes für Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen für die verschiedenen klinischen Erscheinungsbilder

Der schädliche Gebrauch kann nur kodiert werden, wenn es im Zusammenhang mit der Substanz zu einer gesundheitlichen Schädigung gekommen ist. Diese kann psychischer oder auch physischer Natur sein.

Beispiel 1

Ein Patient wird wegen Nikotinabusus und chronischer obstruktiver Bronchitis behandelt.

Behandlungsdiagnose:

- | | | |
|--------|---|--|
| F17.1 | G | Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak:
Schädlicher Gebrauch |
| J44.83 | G | Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung: FEV ₁ ≥ 70 % des Sollwertes |

Ein Abhängigkeitssyndrom ist nur zu kodieren, wenn drei oder mehr der folgenden Symptome gleichzeitig aufgetreten sind.

- starker Wunsch oder Zwang, die Substanz aufzunehmen
- verminderte Kontrolle bei Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
- körperliches Entzugssyndrom bei Absetzen oder Reduktion der Substanz
- Nachweis einer Toleranz
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Aktivitäten zu Gunsten des Konsums
- Persistierender Konsum trotz manifester Gesundheitsschäden

Beispiel 2

Ein alkoholkranker Patient (über viele Jahre persistierender Konsum trotz manifester Gesundheitsschäden, körperliches Entzugssyndrom und Kontrollverlust) wird nach mehrfachen Entzugsbehandlungen jetzt vom niedergelassenen Arzt mit Antabus und stützenden Gesprächen weiterbehandelt, worunter er zunächst abstinent bleibt. Die Gefährdung durch die Erkrankung besteht fort.

Behandlungsdiagnose:

- | | | |
|-------|---|--|
| F10.2 | G | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom |
|-------|---|--|

Ein ICD-Kode aus F19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen kommt nur dann zur Anwendung, wenn bei Konsum von zwei oder mehr psychotropen Substanzen nicht mehr entschieden werden kann, auf welche Substanz die Störung zurückzuführen ist. Ansonsten sollte die Substanzklasse verschlüsselt werden, die für den derzeitigen Krankheitszustand am wichtigsten ist.

Beispiel 3

Ein langjährig alkoholkranker, derzeit abstinenter, aber labil wirkender Patient kommt zur ärztlichen Untersuchung wegen Oberbauchbeschwerden. Dabei finden sich ein Sklerenikterus und Einstichstellen am Unterarm. Dazu befragt, bagatellisiert er die Frage und gibt an, sich eben oft kratzen zu müssen. Ein Drogenscreening und weiterführende Untersuchungen möchte er nicht durchführen lassen. Seine Partnerin ist opiatabhängig.

Behandlungsdiagnosen:

- | | | |
|-------|---|--|
| F10.2 | G | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom |
| F19.2 | V | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom |

Zahlreiche Suchterkrankungen erscheinen zunächst psychopathologisch ähnlich wie andere psychische Störungen. Bei der Feststellung einer manifesten (nicht sekundären) Suchterkrankung sind vorher gestellte Diagnosen psychischer Störungen gegebenenfalls komplett zu revidieren, da hier die Behandlung und die therapeutischen Maßnahmen anders verlaufen.

Beispiel 4

Ein 45-jähriger scheinbar depressiver Patient wurde antidepressiv behandelt. Die Diagnose einer Suchterkrankung wurde bisher nicht gestellt, obwohl ein anhaltender Alkoholabusus besteht. Erst auf Drängen der Familie erfolgt die Offenlegung dieser schambesetzten Situation. Nach erfolgreicher Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung wird er jetzt mit einem schlaffördernden Sedativum weiterbehandelt und besucht eine Selbsthilfegruppe. Der Patient arbeitet und lebt in seiner Familie, depressive Symptome bestehen nicht mehr.

Richtig:

F10.2 G Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom

Falsch:

F32.1 G Mittelgradige depressive Episode

B06 KRANKHEITEN DES NERVENSYSTEMS

B0600 Multiple Sklerose

Die Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata) ist mit einem ICD-Kode aus G35.- zu verschlüsseln.

Aktuell vorhandene Manifestationen, wie z.B. Lähmungen, sind zusätzlich zu kodieren, sofern die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt sind.

Beispiel 1

Ein Patient mit einer bekannten Multiplen Sklerose hat eine augenärztlich diagnostizierte beidseitige Sehminderung bei Entzündung des Sehnervs und stellt sich mit einer seit einigen Tagen vorhandenen spastischen Lähmung der Beine in der neurologischen Praxis vor. Ein Infekt wird ausgeschlossen. Die medikamentöse Behandlung wird modifiziert, Krankengymnastik wird verordnet.

Behandlungsdiagnosen:

- G35.11 G Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
- H48.1* G B Retrobulbäre Neuritis bei andernorts klassifizierten Krankheiten
- G82.11 G Spastische Paraparese und Paraplegie, akute inkomplette Querschnittslähmung nichttraumatischer Genese
- G82.64! G Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: TH7-Th10

Die Kodierung enthält alle Aspekte der Mehrfachkodierung (siehe A08).

B0601**B0601 Epilepsie**

Epilepsien werden mit ICD-Kodes aus G40.- Epilepsie und G41.- Status epilepticus verschlüsselt. Die Kodierung setzt eine spezifische Diagnostik zur Sicherung der Diagnose voraus.

Ein einzelner Krampfanfall ohne Hinweis auf eine Epilepsie wird mit R56.8 Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe kodiert.

Fieberkrämpfe beim Kind werden mit R56.0 Fieberkrämpfe verschlüsselt.

Dissoziative Krampfanfälle sind von epileptischen Anfällen abzugrenzen und mit F44.5 Dissoziative Krampfanfälle zu kodieren.

Beispiel 1

Ein Patient mit der Vorgeschichte eines Hirninfarktes ohne klinische Residuen hat fokale Krampfanfälle, die medikamentös behandelt werden.

Behandlungsdiagnosen:

G40.1	G	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen
I69.3	G	Folgen eines Hirninfarktes

Beispiel 2

Ein Patient erleidet einen Krampfanfall und wird notfallmäßig in eine neurologische Praxis gebracht. Anamnese und EEG bleiben ohne Anhalt für eine Epilepsie. Es erfolgt die Überweisung zur bildgebenden Diagnostik, deren Ergebnisse in diesem Quartal nicht mehr vorliegen werden.

Behandlungsdiagnose:

R56.8	G	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe
-------	---	--

B0602 Migräne und sonstige Kopfschmerzsyndrome

Sind andere Erkrankungen ausgeschlossen und die Kopfschmerzen können nach spezieller Diagnostik oder Behandlung entweder der Migräne oder sonstigen Kopfschmerzsyndromen zugeordnet werden, ist ein Kode aus **G43.- Migräne** oder **G44.- Sonstige Kopfschmerzsyndrome** zu verschlüsseln.

Nur wenn die Kopfschmerzen diagnostisch nicht zuzuordnen sind, ist der Kode **R51 Kopfschmerz** anzugeben.

vor, sind die neurologischen Ausfälle (z.B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect) gemeinsam mit einer Schlüsselnummer aus I69.- Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit zu kodieren (siehe auch A04).

Beispiel 3

Ein Patient wird wegen einer Pneumonie behandelt. Der Patient hatte vor drei Jahren einen Schlaganfall und erhält seitdem Thrombozytenaggregationshemmer zur Rezidivprophylaxe. Es besteht eine residuale spastische Hemiparese, weswegen Krankengymnastik verordnet wird.

Behandlungsdiagnosen:

J13	G	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae
G81.1	G R	Spastische Hemiparese und Hemiplegie
I69.4	G	Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

Plausibilitätskriterium:

Die Kodierung einer zerebralen transitorischen Ischämie und verwandter Syndrome (ICD-Kodes aus G45.-) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt die Durchführung eines Computertomogramms zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

B0604**B0604 Karpaltunnel-Syndrom und andere Mononeuropathien der oberen Extremität**

Die Mononeuropathien der oberen Extremität werden grundsätzlich mit einem Kode aus G56.- Mononeuropathien der oberen Extremität verschlüsselt. Das im Rahmen einer Schwangerschaft auftretende Karpaltunnel-Syndrom ist mit O26.82 Karpaltunnel-Syndrom während der Schwangerschaft zu kodieren.

Beispiel 1

Ein Patient hat rechtsseitig Missempfindungen an Daumen, Zeige- und Mittelfinger und nächtliche Schmerzen in der Hand. Die Messung der Nervenleitgeschwindigkeit ergibt den typischen Befund für ein Karpaltunnelsyndrom.

Behandlungsdiagnose:

G56.0 G R Karpaltunnel-Syndrom

B0605 Polyneuropathien

Polyneuropathien sind entsprechend ihrer Ursache mit einem Kode aus G60–G64 Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems zu verschlüsseln.

Beispiel 1

Ein Patient wird wegen einer Polyneuropathie bei anamnestischer Alkoholabhängigkeit behandelt.

Behandlungsdiagnose:

G62.1 G Alkohol-Polyneuropathie

Bei Kodierung einer Schlüsselnummer aus G63.-* Polyneuropathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten sind die Regeln des Kreuz-Stern-Systems zu beachten (siehe A08).

Beispiel 2

Ein Patient wird wegen einer Polyneuropathie bei Borrelieninfektion behandelt.

Behandlungsdiagnosen:

A69.2 G Lyme-Krankheit

G63.0* G Polyneuropathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten

B0606**B0606 Hemi-, Para-, Tetraparese und -plegie**

Die akute Phase einer Lähmung umfasst die Behandlung eines nicht traumatisch bedingten Funktionsausfalls, wie zum Beispiel bei Myelitis transversa oder bei Rückenmarkinfarkt, sowie eines traumatisch bedingten Funktionsausfalls wie bei einer Verletzung des Rückenmarkes.

Für die funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes bei einer nichttraumatischen Genese ist eine zusätzliche Schlüsselnummer aus **G82.6!** Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes zu kodieren.

Bei einer traumatischen Genese ist die funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes mit ICD-Kodes aus **S14.7-/S24.7-/S34.7!** Funktionale Höhe einer Verletzung des zervikalen/thorakalen/lumbosakralen Rückenmarkes zu verschlüsseln.

Beispiel 1

Ein Patient hat eine bekannte Fehlbildung des Rückenmarkes (Syringomyelie) in Höhe Th4-Th6 und entwickelt eine zunehmende schlaffe Lähmung der Beine. Die bildgebende Diagnostik zeigt eine Zunahme des Befundes.

Behandlungsdiagnosen:

G95.0	G	Syringomyelie und Syringobulbie
G82.01	G	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.63!	G	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: Th1-Th6

Die chronische Phase umfasst die Behandlung einer Lähmung, wenn die Behandlung der akuten Erkrankung, die die Lähmung verursachte, abgeschlossen ist. Es ist nach den Regeln für Folgezustände zu verschlüsseln (siehe A04).

Die funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes ist in der chronischen Phase unabhängig von der Genese (traumatisch/nichttraumatisch) mit einer Schlüsselnummer aus **G82.6!** Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes zu kodieren.

Beispiel 2

Ein Patient mit traumatischer Querschnittslähmung in der Anamnese kommt in die Praxis wegen zunehmender spastischer Beschwerden in beiden Beinen.

Behandlungsdiagnosen:

G82.12	G	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.63!	G	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: Th1-Th6
T91.3	G	Folgen einer Verletzung des Rückenmarkes

Stellt sich ein Patient ausschließlich zur Behandlung einer anderen Erkrankung wie z.B. Neurodermitis vor, so ist die zu behandelnde Krankheit zu kodieren. Die Paresen sind nur zu verschlüsseln, wenn für sie die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt sind.

B07 KRANKHEITEN DES AUGES UND DER AUGENANHANGSGEBILDE**B0700 Katarakt**

Die Katarakt wird nach ihrer Ätiologie unter H25–H28 Affektionen der Linse verschlüsselt.

Unter H25.- werden die Erscheinungsformen der senilen Katarakt kodiert. Unter H26.- werden sonstige Kataraktformen verschlüsselt wie z.B. die infantile und juvenile Katarakt (H26.0), die traumatische Katarakt (H26.1) und die arzneimittelinduzierte Katarakt (H26.3).

Bei der Cataracta complicata (H26.2) muss eine zusätzliche Augenerkrankung vorliegen bzw. handelt es sich um die Folge anderer Augenerkrankungen. Zu diesen zählen z.B. Glaukom, chronische Iridozyklitis, Uveitis anterior oder auch die pathologische Myopie.

H28.* Katarakt und sonstige Affektionen der Linse bei anderenorts klassifizierten Krankheiten beinhaltet Sekundär-Kodes (Manifestationen), die nach dem Kreuz-Stern-System (siehe A08) zu verschlüsseln sind. Dazu gehören beispielsweise:

- H28.0* Diabetische Katarakt, die immer gemeinsam mit einem Kode aus E10–E14 Diabetes mellitus (siehe spezielle Kodierrichtlinie B0402) verschlüsselt wird,
- H28.1* Katarakt bei sonstigen endokrinen, Ernährungs- oder Stoffwechselkrankheiten, die immer gemeinsam mit einer Schlüsselnummer für die entsprechende Ätiologie, z.B. für Katarakt bei Hypoparathyreoidismus mit einem passenden Kode aus E20.- Hypoparathyreoidismus kodiert wird.

Sofern die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt sind, ist nach Kataraktoperation entweder die implantierte Linse mit Z96.1 Vorhandensein eines intraokularen Linsenimplantates oder die Aphakie mit dem Kode H27.0 zu verschlüsseln.

Beispiel 1

Ein Patient hat beidseits eine Katarakt infolge eines Diabetes mellitus Typ I, nicht entgleist.

Behandlungsdiagnosen:

E10.30†	G	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
H28.0*	G B	Diabetische Katarakt

Plausibilitätskriterium:

Die Kodierung einer Katarakt und anderer Affektionen der Linse (ICD-Kodes aus H25–H28) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine (Mit-)Behandlung durch einen Facharzt für Augenheilkunde mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

B0701**B0701 Häufige Affektionen der Netzhaut**

Bei den ICD-Schlüsselnummern aus H33.- Netzhautablösung und Netzhautriss muss insbesondere unterschieden werden, ob eine Kombination aus beidem vorliegt oder nicht:

- H33.0 Netzhautablösung mit Netzhautriss
- H33.3 Netzhautriss ohne Netzhautablösung

Verschlüsse der Netzhautgefäße sind mit Codes aus H34.- zu verschlüsseln. Sonstige Gefäßerkrankungen der Netzhaut sind mit dem Code H35.0 und alle Formen einer Makuladegeneration mit H35.3 zu kodieren.

H36.-* Affektionen der Netzhaut bei anderenorts klassifizierten Krankheiten beinhaltet Sekundär-Kodes (Manifestationen), die nach dem Kreuz-Stern-System (siehe A08) zu verschlüsseln sind.

Beispiel 1

Bei einer Patientin besteht beidseits eine diabetische Retinopathie bei Diabetes mellitus Typ I, nicht entgleist.

Behandlungsdiagnosen:

E10.30† G Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

H36.0* G B Retinopathia diabetica

Plausibilitätskriterium:

Die Kodierung von Affektionen der Netzhaut (ICD-Kodes aus H30–H36) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine (Mit-)Behandlung durch einen Facharzt für Augenheilkunde mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

B08 KRANKHEITEN DES OHRES UND DES WARZENFORTSATZES

B0800 Hörverlust

Der Hörverlust ist entsprechend seiner Ursache und mit Unterscheidung, ob ein- oder beidseitig, mit ICD-Kodes aus H90.- Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung und H91.- Sonstiger Hörverlust zu kodieren.

Eine Lärmschädigung des Innenohres wird mit H83.3 Lärmschädigungen des Innenohres kodiert.

Plausibilitätskriterium:

Die Kodierung eines Hörverlusts (ICD-Kodes aus H90–H91) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt audiometrische Tests mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

B09 KRANKHEITEN DES KREISLAUFSSYSTEMS

B0900 Hypertonie

Die primäre Hypertonie ist mit ICD-Kodes aus I10.- Essentielle (primäre) Hypertonie, die sekundäre Hypertonie mit Kodes aus I15.- Sekundäre Hypertonie zu verschlüsseln. Hypertensive Herz- und Nierenkrankheiten sind mit Schlüsselnummern aus I11–I13 zu kodieren.

Die Angabe einer hypertensiven Krise erfolgt auf der 5. Stelle der genannten Schlüsselnummern mit:

0 Ohne Angabe einer hypertensiven Krise

1 Mit Angabe einer hypertensiven Krise

Steht z.B. eine Herzkrankheit in kausalem Zusammenhang zur Hypertonie, so ist ein ICD-Kode für die Herzerkrankung (z.B. aus I50.- Herzinsuffizienz oder I51.- Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit) neben einer Schlüsselnummer aus I11.- Hypertensive Herzkrankheit anzugeben. Wenn für die Herzerkrankung kein anderer ICD-Kode außer I11.- Hypertensive Herzkrankheit zur Verfügung steht, wird dieser allein kodiert.

Liegen Herzerkrankungen und Hypertonie aber ohne kausale Beziehung vor, werden Hypertonie und Herzkrankheit einzeln kodiert.

Steht eine Nierenkrankheit in kausalem Zusammenhang zur Hypertonie, so ist ein ICD-Kode für die Nierenerkrankung (z.B. aus N18.- Chronische Nierenkrankheit) neben einer Schlüsselnummer aus I12.- Hypertensive Nierenkrankheit anzugeben. Wenn für die Nierenerkrankung kein anderer ICD-Kode außer I12.- Hypertensive Nierenkrankheit zur Verfügung steht, wird dieser allein kodiert.

Liegen Nierenerkrankungen und Hypertonie aber ohne kausale Beziehung vor, werden Hypertonie und Nierenkrankheit einzeln kodiert.

In Fällen, bei denen sowohl eine hypertensive Herzkrankheit als auch eine hypertensive Nierenkrankheit in kausalem Zusammenhang zur Hypertonie stehen, sind die ICD-Kodes für die Herzkrankheit (z.B. aus I50.- Herzinsuffizienz) und für die Nierenkrankheit (z.B. aus N18.- Chronische Nierenkrankheit) neben einer Schlüsselnummer aus I13.- Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit anzugeben. Wenn für die Herz- und Nierenerkrankung kein anderer ICD-Kode außer I13.- Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit zur Verfügung steht, wird dieser allein kodiert.

Beispiel 1

Ein Patient leidet infolge seiner langjährigen Hypertonie sowohl unter einer Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III als auch unter einer chronischen Niereninsuffizienz im Stadium II.

Behandlungsdiagnosen:

I50.13	G	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung
N18.2	G	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2
I13.20	G	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise

Plausibilitätskriterien:

Die Kodierung einer hypertensiven Herzkrankheit (ICD-Kodes aus I11.-) oder einer hypertensiven Herz- und Nierenkrankheit (ICD-Kodes aus I13.-) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine echokardiographische Untersuchung mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

Die Kodierung einer hypertensiven Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz (ICD-Kodes aus I12.0-) oder einer hypertensiven Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz (ICD-Kodes aus I13.1- und I13.2-) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine spezifische Labordiagnostik mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

B0901**B0901 Angina pectoris und Brustschmerzen**

Ein ICD-Kode aus I20.- Angina pectoris darf als gesicherte Diagnose nur angegeben werden, wenn eine myokardiale Ischämie als Ursache der Symptomatik nachgewiesen oder bei bekannter kardialer Grunderkrankung höchst wahrscheinlich ist. Wenn die Ursache der Beschwerden unklar bleibt, kann als gesicherte Diagnose ein Symptom kodiert werden, z.B. aus R07.- Hals- und Brustschmerzen.

Beispiel 1

Ein Patient kommt wegen präkordialer Schmerzen unter Belastung zur Untersuchung. Bei unauffälligem Ruhe-EKG zeigt ein durchgeführtes Belastungs-EKG ischämietypische Endstreckenveränderungen. Eine Koronarangiografie zeigt eine koronare Zwei-Gefäßerkrankung.

Behandlungsdiagnosen:

I20.8	G	Sonstige Formen der Angina pectoris
I25.12	G	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäßerkrankung

B0902 Myokardinfarkt und chronisch ischämische Herzkrankheit

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

Beispiel 1

Ein Patient kommt wegen heftiger pectanginöser Beschwerden in die Praxis. Im EKG zeigen sich monophasische ST-Hebungen anterolateral. Er wird sofort mit Notarztbegleitung in die Klinik eingewiesen.

Behandlungsdiagnose:

I21.0 G Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand

Mit einem Kode aus I22.- Rezidivierender Myokardinfarkt ist ein Infarkt zu verschlüsseln, der innerhalb von vier Wochen (28 Tagen) nach einem vorangegangenen Infarkt auftritt.

Bestehen nach einem Myokardinfarkt mehr als 4 Wochen (28 Tage) krankheitsspezifische behandlungsbedürftige Symptome, dann wird der stattgehabte Myokardinfarkt je nach Koronarbefund mit einer Schlüsselnummer aus I25.1- Atherosklerotische Herzkrankheit kodiert. Ist der Koronarbefund nicht bekannt, ist I25.8 Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit zu kodieren.

Ein gegenwärtig symptomloser Herzinfarkt in der Vorgeschichte, der die Kriterien einer Behandlungsdiagnose erfüllt, ist mit einem Kode aus I25.2- Alter Myokardinfarkt zu verschlüsseln.

Beispiel 2

Ein Patient hat vor sechs Wochen (im vergangenen Quartal) einen Myokardinfarkt erlitten und war deshalb in stationärer Behandlung. Es wurde in der Klinik eine koronare Ein-Gefäßerkrankung festgestellt und mit Stent versorgt. Er kommt jetzt zur Beratung und Medikamentenverordnung in die Praxis.

Behandlungsdiagnosen:

I25.11 G Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäßerkrankung

I25.20 G Alter Myokardinfarkt: 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend

Auch ohne Infarkt ist die gesicherte chronisch ischämische Herzkrankheit immer mit dem spezifischsten Schlüssel aus I25.- Chronische ischämische Herzkrankheit zu kodieren.

B0903

B0903 Herzklappenkrankheiten

Herzklappenkrankheiten werden entsprechend ihrer Ätiologie sowie der Manifestation verschlüsselt.

		Angeboren	Erworben		Ätiologie unbekannt
			Rheumatisch	Nicht-rheumatisch	
Mitralklappe	S	Q23.2	I05.0	I34.2	I05.0
	I	Q23.3	I05.1	I34.0	I34.0
	K	Q23.2 + Q23.3	I05.2	I34.80	I05.2
Aortenklappe	S	Q23.0	I06.0	I35.0	I06.0
	I	Q23.1	I06.1	I35.1	I35.1
	K	Q23.0 + Q23.1	I06.2	I35.2	I06.2
Trikuspidalklappe	S	Q22.4	I07.0	I36.0	I07.0
	I	Q22.8	I07.1	I36.1	I36.1
	K	Q22.4 + Q22.8	I07.2	I36.2	I07.2
Pulmonalklappe	S	Q22.1	I09.8	I37.0	I09.8
	I	Q22.2	I09.8	I37.1	I37.1
	K	Q22.1 + Q22.2	I09.8	I37.2	I09.8

S ... Stenose
 I... Insuffizienz
 K... Kombiniert: Stenose mit Insuffizienz

Tabelle 12: ICD-Schlüsselnummern für Herzklappenkrankheiten

Herzklappenkrankheiten, die mehrere Klappen gleichzeitig betreffen (kombinierte Vitien), werden bei rheumatischer Genese oder nicht näher bezeichneter Ursache mit einem ICD-Kode aus I08.- Krankheiten mehrerer Herzklappen verschlüsselt.

Bei nichtrheumatischen und angeborenen kombinierten Vitien ist jede Klappenkrankheit einzeln zu kodieren.

Für einige seltene Formen schreibt die Systematik der ICD-10-GM die Anwendung des Kreuz-Stern-Systems (siehe A08) mit einem Code für die Ätiologie (Kreuz-Kode) und einem Code aus I39.-* Endokarditis und Herzklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (Stern-Kode) vor.

Beispiel 1

Ein Patient kommt zur echokardiographischen Kontrolle bei bekannter mittelgradiger Mitralinsuffizienz infolge Dilatation des linken Ventrikels bei hypertensiver Herzkrankheit.

Behandlungsdiagnose:

I34.0 G Mitralklappeninsuffizienz

Beispiel 2

Ein Patient kommt zur echokardiographischen Kontrolle bei bekanntem kombinierten Mitral- und Aortenvitium infolge eines rheumatischen Fiebers in der Kindheit.

Behandlungsdiagnose:

I08.0 G Krankheiten der Mitral- und Aortenklappe, kombiniert

Beispiel 3

Ein Patient kommt zur echokardiographischen Kontrolle bei bekannter Mitralinsuffizienz bei seropositiver chronischer Polyarthritis mit Gelenkbeteiligung an mehreren Lokalisationen.

Behandlungsdiagnosen:

M05.30† G Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe oder Organsysteme: mehrere Lokalisationen

I39.0* G Mitralklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Plausibilitätskriterium:

Die Kodierung der Herzklappenkrankheiten (ICD-Kodes aus I05–I08 und I34–I39) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine echokardiographische Untersuchung mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

B0904**B0904 Abgrenzung der Kardiomyopathien**

Kardiomyopathien werden nach ihrer Ätiologie (z.B. ischämisch, hypertensiv) und dem führenden Charakteristikum der damit verbundenen kardialen Funktionsstörung (z.B. dilatativ, hypertroph) unterschieden.

Die meisten Formen von Kardiomyopathien sind mit einem Kode aus I42.- Kardiomyopathie zu verschlüsseln. Es ist allerdings zu beachten, dass die ischämische Kardiomyopathie der Kategorie I25.- Chronische ischämische Herzkrankheit zugeordnet ist (I25.5 Ischämische Kardiomyopathie).

Beispiel 1

Ein Patient leidet seit einer vor Jahren durchgemachten Virusmyokarditis unter einer dilatativen Kardiomyopathie.

Behandlungsdiagnose:

I42.0 G Dilatative Kardiomyopathie

Für einige seltene Formen schreibt die ICD-Systematik die Anwendung des Kreuz-Stern-Systems (siehe A08) mit einem Kode für die Ätiologie (Kreuz-Kode) und einem Kode aus I43.-* Kardiomyopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (Stern-Kode) vor.

Beispiel 2

Ein Patient, bei dem ein familiäres Mittelmeerfieber bekannt ist, leidet infolge der damit verbundenen Amyloidose unter einer Kardiomyopathie.

Behandlungsdiagnosen:

E85.0 G Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose

I43.1* G Kardiomyopathie bei Stoffwechselkrankheiten

Plausibilitätskriterium:

Die Kodierung der Kardiomyopathien (ICD-Kodes aus I42.- und I43.-*) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt entsprechende echokardiographische bzw. radiologisch/nuklearmedizinische Untersuchungen mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

B0905 Kardiale Arrhythmien

Die spezifische Kodierung kardialer Arrhythmien (ICD-Kodes aus I44.- Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock, I45.- Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen und I47.- Paroxysmale Tachykardie bis I49.- Sonstige kardiale Arrhythmien) erfordert einen entsprechenden elektrokardiographischen Befund. Stützt sich die Diagnose nur auf anamnestische Angaben und/oder den körperlichen Befund, ist eine Schlüsselnummer aus R00.- Störungen des Herzschlages zu kodieren.

Einigen Formen kardialer Arrhythmien, z.B. I49.3 Ventrikuläre Extrasystolie, kommt nicht notwendigerweise ein Krankheitswert zu. Treten sie als Zufallsbefund auf, sind sie nicht zu kodieren.

Beispiel 1

Ein Patient klagt über anfallartig auftretenden unregelmäßigen Herzschlag. Das Langzeit-EKG ergibt Episoden von paroxysmalem Vorhofflimmern.

Behandlungsdiagnose:

I48.10 G Vorhofflimmern: paroxysmal

Beispiel 2

Ein Patient klagt über Palpitationen. Die weiterführende Diagnostik ergibt keinen pathologischen Befund.

Behandlungsdiagnose:

R00.2 G Palpitationen

B0906**B0906 Herzinsuffizienz**

Klinisch liegt eine Herzinsuffizienz vor, wenn typische Symptome (z.B. Dyspnoe) und/oder Flüssigkeitsretention auf dem Boden einer kardialen Funktionsstörung bestehen. Entsprechend ist ein Kode aus I50.- Herzinsuffizienz mit dem Zusatzkennzeichen G nur zu verwenden, wenn die bestehende Symptomatik (Dyspnoe, peripheres Ödem usw.) im Zusammenhang mit einer vorliegenden kardialen Erkrankung (z.B. koronare Herzerkrankung) steht. Ist die Genese ungeklärt, ist für die bestehende Symptomatik ein ICD-Kode aus dem Kapitel XVIII Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00–R99) zu verwenden (z.B. R06.0 Dyspnoe).

Beispiel 1

Ein Patient leidet unter Dyspnoe bei stärkerer Belastung bei bekannter koronarer Herzkrankheit mit eingeschränkter linksventrikulärer Funktion nach früherem Myokardinfarkt.

Behandlungsdiagnose:

I50.12 G Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung

B0907 Atherosklerose und sonstige periphere Gefäßkrankheiten

Kodes für die verschiedenen Formen der Atherosklerose finden sich je nach Organbezug an unterschiedlichen Stellen in der ICD-10-GM, die Exklusiva unter I70.- Atherosklerose sind entsprechend zu beachten. Die häufige Atherosklerose der Extremitätenarterien (pAVK) ist unter I70.2- Atherosklerose der Extremitätenarterien spezifisch zu verschlüsseln. Der unspezifische Kode I73.9 Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet ist nur zu verwenden, wenn keine ausreichenden Informationen über die Ausprägung der Gefäßkrankheit vorliegen, was die Ausnahme darstellen sollte.

Beispiel 1

Ein Patient leidet unter einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit vom Becken-Bein-Typ mit einer schmerzfreien Gehstrecke von weniger als 200 Metern. Ruheschmerzen werden nicht angegeben.

Behandlungsdiagnose:

I70.21 G Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz

Plausibilitätskriterium:

Die Kodierung der Atherosklerose (ICD-Kodes aus I70.-) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt dopplersonographische bzw. radiologische Untersuchungen mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

B0908**B0908 Varizen der unteren Extremitäten und chronische venöse Insuffizienz****Varizen der unteren Extremitäten**

Varizen der unteren Extremitäten sind mit einer Schlüsselnummer aus **I83.-** **Varizen der unteren Extremitäten** zu kodieren.

Beispiel 1

Ein Patient klagt über ein seit Jahren bestehendes Stauungsgefühl mit Schwellneigung des linken Beines. Im Unterschenkelbereich sind Phlebektasien erkennbar. Dopplersonographisch werden eine Crossen-Insuffizienz mit Insuffizienz der Vena saphena magna bis unterhalb des Kniegelenkes (Stadium III nach Hach), eine Seitenast-Insuffizienz und eine Perforans-Insuffizienz nachgewiesen. Hautveränderungen liegen nicht vor.

Behandlungsdiagnose:

I83.9 G L Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung

Varizen der unteren Extremitäten als Komplikation bei Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett sind mit Codes aus dem ICD-Kapitel XV **Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (000–099)** zu verschlüsseln.

Chronische venöse Insuffizienz

Eine chronische venöse Insuffizienz ist mit der ICD-Schlüsselnummer **I87.2** **Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)** zu kodieren.

Beispiel 2

Bei einem Patienten besteht eine seit Jahren bekannte chronische venöse Insuffizienz bei Adipositas mit Schwellneigung und rezidivierender Stauungsproblematik der unteren Extremität, keine Herzinsuffizienz, keine Insuffizienz des oberflächlichen Venensystems. Es erfolgt eine beidseitige Kompressionsbehandlung.

Behandlungsdiagnose:

I87.2 G B Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)

Die Kodierung der chronisch venösen Insuffizienz erfolgt unabhängig von der Kodierung von Varizen. Insbesondere ist bei Patienten mit Varizen nicht automatisch zusätzlich auch eine chronisch venöse Insuffizienz zu verschlüsseln.

B10 KRANKHEITEN DES ATMUNGSSYSTEMS

B1000 Grippaler Infekt

Ein unkomplizierter grippaler Infekt ist mit **J06.9 Akute Infektion der oberen Atemwege**, nicht näher bezeichnet zu verschlüsseln. Die unspezifische Reseklasse **B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten** ist nicht zu kodieren (siehe A06).

Die Kodierung einer Grippe (Influenza) erfolgt bei vorhandenem Virusnachweis mit einem zutreffenden Kode aus **J10.- Grippe durch sonstige nachgewiesene Influenzaviren** oder mit **J09 Grippe durch bestimmte nachgewiesene Influenzaviren**.

J09 ist aktuell unter Anwendung der Mehrfachkodierung (siehe A08) mit den Sekundär-Kodes **U69.20! Influenza A/H1N1 Pandemie 2009 [Schweinegrippe]** und **U69.21! Influenza A/H5N1 Epidemie [Vogelgrippe]** zu kombinieren. Bei Auftreten weiterer neuer Influenzaviren sind die aktuellen Kodiervorgaben des DIMDI zu beachten.

Konnte kein Virus nachgewiesen werden, ist eine Schlüsselnummer aus **J11.- Grippe, Viren nicht nachgewiesen** zu kodieren.

Eine Gripeschutzimpfung ist mit dem Kode **Z25.1 Notwendigkeit der Impfung gegen Grippe [Influenza]** zu verschlüsseln (siehe spezielle Kodierrichtlinie B2100).

Wenn im Rahmen von Grippeepidemien von dieser Kodierrichtlinie abweichende Vorschriften durch die zuständigen Institutionen, z.B. das Robert-Koch-Institut (RKI), erlassen werden, sind diese vorrangig zu beachten.

B1001**B1001 Akute und chronische Bronchitis**

Die akute Bronchitis ist bei vorhandenem Keimnachweis mit einer Schlüsselnummer aus J20.0 bis J20.8, bei fehlendem Keimnachweis mit **J20.9 Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet** zu kodieren.

In den ICD-Schlüsselnummern aus **J20.- Akute Bronchitis** ist eine eventuelle obstruktive Komponente der akuten Bronchitis mit enthalten.

Eine chronische Bronchitis ist anzunehmen, wenn bei einem Patienten in zwei aufeinander folgenden Jahren während mindestens drei aufeinander folgenden Monaten pro Jahr Husten und Auswurf (produktiver Husten) bestanden (WHO-Definition). Sie ist mit einem zutreffenden ICD-Kode aus **J41.- Einfache und schleimig-eitrige chronische Bronchitis** bzw. dem Code **J42 Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis** zu verschlüsseln.

Die Kodierung der chronischen obstruktiven Bronchitis ist in der speziellen Kodierrichtlinie B1002 geregelt.

Kann keine Aussage zur Chronizität getroffen werden, richtet sich die Kodierung gemäß ICD-10-GM nach dem Alter des Patienten.

- Bei einem Alter unter 15 Jahren ist mit einem Code aus **J20.- Akute Bronchitis** zu verschlüsseln.
- Für die anderen Altersgruppen ist die Schlüsselnummer **J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet** zu kodieren.

B1002 Chronische obstruktive Lungenkrankheit und Asthma bronchiale

Die chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist mit einem Kode aus J44.- Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit zu verschlüsseln. Die fünfte Stelle der Kodes unter J44.- berücksichtigt den aktuellen FEV₁-Wert.

Die nicht exazerbierte COPD ist mit J44.8- Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit zu verschlüsseln. Die akute Exazerbation einer COPD ohne Infekt ist mit J44.1- Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet zu kodieren.

Eine infektiöse Verschlechterung ist mit J44.0- Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege zu kodieren. Die jeweilige akute Infektion der Atemwege ist zusätzlich zu verschlüsseln.

Beispiel 1

Ein Patient mit COPD stellt sich wegen akuter Zunahme der Dyspnoe, Husten und Auswurf vor. Der FEV₁ ist auf 45 % des Sollwertes abgefallen. Es findet sich kein Hinweis auf eine akute Infektion.

Behandlungsdiagnose:

J44.11 G Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV₁ ≥ 35 % und < 50 % des Sollwertes

Die verschiedenen Formen des Asthma bronchiale sind mit den Kodes aus J45.- Asthma bronchiale zu verschlüsseln. Der Status asthmaticus ist mit J46 zu kodieren.

Plausibilitätskriterium:

Die Kodierung einer chronischen obstruktiven Lungenkrankheit und des Asthma bronchiale (ICD-Kodes aus J44–J45) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine spiographische Untersuchung mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

B11 KRANKHEITEN DES VERDAUUNGSSYSTEMS**B1100 Gastroösophageale Refluxkrankheit, Gastritis und Duodenitis**

Entscheidend für die Kodierung der gastroösophagealen Refluxkrankheit ist, ob eine Ösophagitis vorliegt oder nicht bzw. ob dies bekannt ist. Entsprechend ist nur bei endoskopisch nachgewiesener Ösophagitis der Kode **K21.0 Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis** zu verschlüsseln.

Die gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis ist mit **K21.9 Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis** zu kodieren.

Ösophagitiden ohne Reflux, zum Beispiel durch chemische Substanzen, sind mit **K20 Ösophagitis** zu verschlüsseln.

Das Magengeschwür ist mit einem ICD-Kode aus **K25.- Ulcus ventriculi** und das Ulcus des Zwölffingerdarms mit einem Kode aus **K26.- Ulcus duodeni** zu verschlüsseln. In der vierten Stelle ist differenziert anzugeben, ob eine Blutung, eine Perforation und/oder eine Chronifizierung vorliegen.

Schleimhautentzündungen in Magen oder Zwölffingerdarm sind mit einer Schlüsselnummer aus **K29.- Gastritis und Duodenitis** zu kodieren.

Das Symptom Sodbrennen ohne nachgewiesene Refluxkrankheit oder sonstige gesicherte zugrunde liegende Erkrankung ist mit dem Kode **R12 Sodbrennen** zu verschlüsseln.

Beispiel 1

Bei einem Patienten bestehen starke epigastrische Schmerzen mit Übelkeit und postprandialen Schmerzen. Endoskopisch erfolgt der Nachweis einer Helicobacter-pylori-positiven Gastritis. Eine Eradikationstherapie wird begonnen.

Behandlungsdiagnosen:

K29.1	G	Sonstige akute Gastritis
B98.0!	G	Helicobacter pylori [H. pylori] als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

Plausibilitätskriterien:

Die Kodierung der Ösophagitis und der gastroösophagealen Refluxkrankheit mit Ösophagitis (ICD-Kodes K20 und K21.0) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine endoskopische Untersuchung mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

Die Kodierung der Ulkuskrankheiten von Magen, Duodenum und Jejunum (ICD-Kodes aus K25–K28) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine endoskopische Untersuchung mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

B1101**B1101 Gastroenteritis und Kolitis**

Eine infektiöse Gastroenteritis oder Kolitis mit nachgewiesenem Erreger wird grundsätzlich mit einer ICD-Schlüsselnummer aus den Kategorien A00 bis A08 (Näher bezeichnete Darminfektionen) kodiert, z.B. A02.0 Salmonellenenteritis oder A08.0 Enteritis durch Rotaviren.

Eine infektiöse Gastroenteritis oder Kolitis ohne nachgewiesenen Erreger und jede vermutlich infektiöse Gastroenteritis oder Kolitis wird mit A09.0 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs kodiert.

Kann nicht entschieden werden, ob eine Gastroenteritis oder Kolitis infektiös, vermutlich infektiös oder nichtinfektiös ist, ist die Schlüsselnummer A09.9 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs zu kodieren. Diese Regel beruht auf einer von der WHO beschlossenen Änderung der Anwendung der ICD-10 ab 2010.

Eine nichtinfektiöse Gastroenteritis oder Kolitis wird grundsätzlich mit einer ICD-Schlüsselnummer aus den Kategorien K50–K52 Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis kodiert, z.B. K50.1 Crohn-Krankheit des Dickdarmes oder K52.2 Allergische und alimentäre Gastroenteritis und Kolitis.

Einzelne spezifische Kolitiden sind wie folgt zu kodieren:

- tuberkulöse Kolitis mit A18.3 + K93.0* Tuberkulose des Darmes, des Peritoneums und der Mesenteriallymphknoten
- Kolitis durch Bacillus anthracis mit A22.2 Darmmilzbrand
- Kolitis durch Zytomegalieviren mit B25.80† Infektion des Verdauungstraktes durch Zytomegalieviren + K93.8* Krankheiten sonstiger näher bezeichneter Verdauungsorgane bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
- Kolitis durch Candida mit B37.88 Kandidose an sonstigen Lokalisationen
- ischämische Kolitis mit K55.0 Akute Gefäßkrankheiten des Darmes oder K55.1 Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes
- zwei spezifische Kolitiden beim Neugeborenen mit P77 Enterocolitis necroticans beim Feten und Neugeborenen und P78.3 Nichtinfektiöse Diarrhoe beim Neugeborenen

B1102 Intestinale Divertikulose und Divertikulitis

Die Divertikulose des Darmes ist mit Codes aus K57.- Divertikulose des Darmes zu verschlüsseln. Die spezifische Kodierung der Divertikel-Erkrankungen erfordert die Verwendung der entsprechenden ICD-Schlüsselnummern bis zur fünften Stelle. Spezifiziert wird:

- die Lokalisation am Darm
- die Unterscheidung zwischen Divertikulose und Divertikulitis
- das Vorliegen von Perforation oder Abszess
- das Vorliegen einer Blutung

Beispiel 1

Bei einem 65-jährigen Patienten ist seit Jahren eine koloskopisch und radiologisch gesicherte Divertikulose des Kolon sigmoideum bekannt. Jetzt bestehen erneut Schmerzen im linken Unterbauch und perianaler Blutabgang. Endoskopisch wird eine Divertikelblutung gesichert.

Behandlungsdiagnose:

K57.31 G Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung

Plausibilitätskriterium:

Die Kodierung einer Divertikulose des Darmes (ICD-Kodes aus K57.-) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine endoskopische und/oder radiologische Untersuchung mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

B1103**B1103 Abgrenzung verschiedener Lebererkrankungen**

Die Kodierung der Hepatitiden ist in der speziellen Kodierrichtlinie B0100 geregelt.

Bei Leberkrankheiten, die durch Noxen verursacht sind, ist bei der Kodierung zwischen Alkohol als verursachendem Agens (Kode aus K70.- Alkoholische Leberkrankheit) und anderen Toxinen, z.B. Dioxin oder Methotrexat, (Kode aus K71.- Toxische Leberkrankheit) zu unterscheiden.

Fibrosen und Zirrhosen der Leber sind mit einem Kode aus K74.- Fibrose und Zirrhose der Leber zu verschlüsseln. Die Ausschluss Hinweise der ICD-10-GM sind zu beachten.

Beispiel 1

Bei einem Patienten besteht ein Zustand nach Banding von Ösophagusvarizen vor sechs Wochen bei bekannter äthyltoxischer Leberzirrhose. Der Patient ist gegenwärtig beschwerdefrei. Jetzt erfolgt die Überweisung zur Kontroll-Ösophago-Gastro-Duodenoskopie.

Behandlungsdiagnosen:

K70.3	G	Alkoholische Leberzirrhose
I98.2*	G	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung

Die Kodierung erfolgt nach dem Kreuz-Stern-System (siehe A08).

B12 KRANKHEITEN DER HAUT UND DER UNTERHAUT

B1200 Dermatitis und Ekzem

Bei der Kodierung von Schlüsselnummern aus der ICD-Gruppe L20–L30 Dermatitis und Ekzem ist die ätiologische Einordnung gegenüber der morphologisch beschreibenden vorrangig. Wenn Hauterscheinungen nach ihrer Ätiologie einem ICD-Kode zugeordnet werden können, ist neben diesem kein morphologisch oder die Lokalisation beschreibender Kode zu verschlüsseln.

Beispiel 1

Bei einem Schulkind wird ein atopisches Ekzem mit typischem Befall der großen Beugen diagnostiziert. Weiterhin bestehen Hauterscheinungen des atopischen Ekzems im Inguinalbereich.

Behandlungsdiagnose:

L20.8 G Sonstiges atopisches [endogenes] Ekzem

Der ICD-Kode L30.4 Intertriginöses Ekzem wird nicht verschlüsselt, da die morphologisch oder die Lokalisation beschreibende Kodierung neben der ätiologischen nicht erfolgt.

Die Windeldermatitis ist mit dem Code L22 Windeldermatitis zu verschlüsseln.

Eine Kandidose im Windelbereich ist bei typischer Morphologie und bei positivem Erregerbefund mit B37.2 Kandidose der Haut und der Nägel zu kodieren. In diesem Fall ist L22 nicht zu verwenden.

Beispiel 2

Bei einem Säugling zeigt sich bei der kinderärztlichen Untersuchung im Windelbereich eine Rötung. Diese ist unscharf begrenzt und blass rot.

Behandlungsdiagnose:

L22 G Windeldermatitis

Beispiel 3

Bei einem Säugling zeigt sich bei der hautärztlichen Untersuchung im Windelbereich eine Rötung. Die Oberfläche der scharf begrenzten Herde erscheint lackrot, im Randbereich bestehen Satellitenherde. Der Abstrich ergibt *Candida albicans*.

Behandlungsdiagnose:

B37.2 G Kandidose der Haut und der Nägel

Ein Kode aus L29.- Pruritus ist nur dann zu kodieren, wenn der Pruritus nicht Symptom einer nachgewiesenen Hautkrankheit oder einer anderen Erkrankung ist.

B1201 Dekubitus

Gradeinteilung bei der Dekubitus-Kodierung

Der jeweilige Schweregrad eines Dekubitus ist über die vierte Stelle der ICD-Schlüsselnummern aus L89.- Dekubitalgeschwür und Druckzone zu kodieren. In der folgenden Tabelle sind die Schweregrade und in Klammern die dazugehörigen Erläuterungen aus der ICD-10-GM dargestellt.

L89.0-	Dekubitus 1. Grades (Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut)
L89.1-	Dekubitus 2. Grades (Dekubitus [Druckgeschwür] mit Abschürfung, Blase, Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis, Hautverlust o.n.A.)
L89.2-	Dekubitus 3. Grades (Dekubitus [Druckgeschwür] mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann)
L89.3-	Dekubitus 4. Grades (Dekubitus [Druckgeschwür] mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z.B. Sehnen oder Gelenkkapseln))
L89.9-	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet (Dekubitus [Druckgeschwür] ohne Angabe eines Grades)

Kann der Schweregrad eines Dekubitalgeschwüres nicht sicher bestimmt werden, ist der niedrigere Grad zu kodieren.

Tabelle 13: ICD-Kodierung für den Schweregrad eines Dekubitus

Nur wenn in Ausnahmefällen keine ausreichenden Informationen zum Schweregrad eines Dekubitalgeschwüres vorliegen, ist eine Schlüsselnummer aus L89.9 Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet zu kodieren.

Lokalisationsangabe bei der Dekubitus-Kodierung

Die Lokalisation eines Dekubitus ist über die fünfte Stelle der jeweiligen ICD-Schlüsselnummer zu kodieren.

0	Kopf
1	Obere Extremität
2	Dornfortsätze
3	Beckenkamm, inkl.: Spina iliaca
4	Kreuzbein, inkl.: Steißbein
5	Sitzbein
6	Trochanter

7	Ferse
8	Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen

Tabelle 14: ICD-Kodierung für die Lokalisation eines Dekubitus

Dekubitus-Mehrfachkodierung

Sofern die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt sind, sind alle festgestellten Dekubitalgeschwüre entsprechend ihrem Schweregrad und ihrer Lokalisation einzeln zu kodieren.

Wenn mehrere Dekubitalgeschwüre mit unterschiedlichen Schweregraden an der gleichen Lokalisation (und gleichen Körperseite) vorliegen, ist für diese Lokalisation nur eine Schlüsselnummer für den höchsten zutreffenden Schweregrad zu kodieren.

B1202 Chronische Ulzera der Haut

Die Schlüsselnummern für chronische Hautulzera sind in Abhängigkeit ihrer Ursache und Lokalisation an verschiedenen Stellen der ICD-10-GM aufgeführt. Grundsätzlich sind sie entweder als Haut- oder als Blutgefäßkrankung zu kodieren.

Grundsätzliche Kodierung

Ein Hautulkus der unteren Extremität ist zu kodieren:

- bei einem ursächlichen Zusammenhang mit Varizen mit einer Schlüsselnummer aus
 - I83.0 Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration
 - I83.2 Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung
- bei einem ursächlichen Zusammenhang mit Atherosklerose mit der Schlüsselnummer
 - I70.23 Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
- bei sonstiger oder unbekannter Ätiologie mit der Schlüsselnummer
 - L97 Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert

Ein Hautulkus an sonstiger Lokalisation ist zu kodieren:

- bei einem ursächlichen Zusammenhang mit Varizen mit einer Schlüsselnummer aus
 - I86.- Varizen sonstiger Lokalisationen
- bei einem ursächlichen Zusammenhang mit Atherosklerose und an der oberen Extremität mit der Schlüsselnummer
 - I70.25 Atherosklerose der Extremitätenarterien: Schulter-Arm-Typ, alle Stadien
- bei allen anderen Konstellationen mit der Schlüsselnummer
 - L98.4 Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert

Chronische Ulzera der Haut mit einem ursächlichen Zusammenhang sowohl mit Varizen als auch mit Atherosklerose sind mit einer Schlüsselnummer entsprechend der ätiologischen Hauptkomponente zu kodieren.

Besonderheiten

Bestimmte Ulzera, die in einem ursächlichen Zusammenhang mit spezifischen Infektionskrankheiten stehen, sind mit Codes aus dem Kapitel I Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99) zu verschlüsseln, z.B. A57 Ulcus molle (venereum).

B1202

Einzelne andere Ulzera sind ebenfalls nicht als Haut- oder Blutgefäßkrankung, sondern mit Schlüsselnummern aus den jeweiligen Organkapiteln der ICD-10-GM zu kodieren, z.B. N48.5 Ulkus des Penis und N76.6 Ulzeration der Vulva.

B13 KRANKHEITEN DES MUSKEL-SKELETT-SYSTEMS UND DES BINDEGEWEBES

B1300 Lokalisationsangabe bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

Für die meisten Schlüsselnummern des ICD-Kapitels XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99) ist auf der fünften Stelle die Lokalisation einheitlich nach der in der folgenden Tabelle dargestellten Liste zu kodieren (siehe Tabelle 15).

Diese Lokalisationen sind entgegen der Regelung der allgemeinen Kodierrichtlinie A06 immer zu kodieren.

- | | |
|---|---|
| 0 | Mehrere Lokalisationen |
| 1 | Schulterregion
(Klavikula, Skapula, Akromioklavikulargelenk, Schultergelenk, Sternoklavikulargelenk) |
| 2 | Oberarm
(Humerus, Ellenbogengelenk) |
| 3 | Unterarm
(Radius, Ulna, Handgelenk) |
| 4 | Hand
(Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen) |
| 5 | Beckenregion und Oberschenkel
(Becken, Femur, Gesäß, Hüfte [Hüftgelenk], Iliosakralgelenk) |
| 6 | Unterschenkel
(Fibula, Tibia, Kniegelenk) |
| 7 | Knöchel und Fuß
(Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes) |
| 8 | Sonstige
(Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule) |
| 9 | Nicht näher bezeichnete Lokalisationen |

Tabelle 15: Lokalisationsangaben bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

Besonders zu beachten ist, dass bei Betroffenheit mehrerer Lokalisationen, nicht die fünfte Stelle 9 Nicht näher bezeichnete Lokalisationen, sondern die fünfte Stelle 0 Mehrere Lokalisationen zu kodieren ist.

Eine Ausnahme stellen die Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40–M54) dar, die eine eigene Systematik zur Kodierung der Lokalisation haben, die in der speziellen Kodierrichtlinie B1301 dargestellt ist.

B1301**B1301 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens**

Die Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens sind eine heterogene Gruppe verschiedenster Erkrankungen des Achsorgans. Sie sind mit ICD-Schlüsselnummern aus der Kode-Gruppe M40–M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens zu kodieren.

Die genaue Lokalisation ist auf der fünften Stelle dieser Schlüsselnummern (außer M50.- Zervikale Bandscheibenschäden und M51.- Sonstige Bandscheibenschäden) einheitlich nach der in der folgenden Tabelle dargestellten Liste zu verschlüsseln (siehe Tabelle 16).

Diese Lokalisationen sind entgegen der Regelung der allgemeinen Kodierrichtlinie A06 immer zu kodieren.

- | | |
|---|--|
| 0 | Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule |
| 1 | Okzipito-Atlanto-Axialbereich |
| 2 | Zervikalbereich |
| 3 | Zervikothorakalbereich |
| 4 | Thorakalbereich |
| 5 | Thorakolumbalbereich |
| 6 | Lumbalbereich |
| 7 | Lumbosakralbereich |
| 8 | Sakral- und Sakrokokzygealbereich |
| 9 | Nicht näher bezeichnete Lokalisation |

Tabelle 16: Lokalisationsangaben bei Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

Beispiel 1

Bei einem jugendlichen Patienten erfolgt die Verordnung von Physiotherapie bei Myogelosen und Rückenschmerzen auf dem Boden einer vor Jahren gesicherten, ausgeprägten idiopathischen Skoliose im Thorakalbereich.

Behandlungsdiagnose:

M41.14 G Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen: Thorakalbereich

Wenn eine Erkrankung der Wirbelsäule zur Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus oder zu einer Myelopathie führt, ist unter Anwendung des Kreuz-Stern-Systems (siehe A08) zusätzlich eine ICD-Schlüsselnummer aus G55.-* Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten oder G99.2* Myelopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten zu kodieren.

Beispiel 2

Eine Patientin stellt sich wegen Ischialgie mit Schmerzausstrahlung, Sensibilitätsstörungen sowie beginnend auch motorischen Defiziten im rechten Bein in der Praxis vor. Ein Bandscheibenschaden der LWS wird nachgewiesen.

Behandlungsdiagnosen:

M51.1† G Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie
 G55.1* G Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden

Die ICD-Kategorie M54.- Rückenschmerzen enthält mehrere Schlüsselnummern, die vordergründig nur das Symptom Rückenschmerz und keine spezifische Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens beschreiben. Ist als Erklärung für den Rückenschmerz die zugrunde liegende spezifische Erkrankung der Wirbelsäule und des Rückens bekannt, ist der Code für diese spezifische Erkrankung zu verschlüsseln.

Beispiel 3

Bei einem Patienten wird eine Rehabilitationsbehandlung bei chronischen Rückenschmerzen im LWS-Bereich veranlasst. Radiologisch nachgewiesen ist eine Spondylolisthesis L5/S1 (Typ Meyerding II).

Behandlungsdiagnose:

M43.17 G Spondylolisthesis: Lumbosakralbereich

Beispiel 4

Bei einer Patientin bestehen seit einer Woche persistierende Rückenschmerzen im LWS-Bereich ohne Schmerzausstrahlung. Durch weiterführende Diagnostik ist die Verdachtsdiagnose Bandscheibenvorfall (und auch ein sonstiges morphologisches Substrat) ausgeschlossen worden. Es werden Antiphlogistika und lokale Infiltrationsbehandlung verordnet.

Behandlungsdiagnosen:

M54.5 G Kreuzschmerz
 M51.2 A Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung

Die Schlüsselnummern der Kategorie M99.- Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert sollen, laut Hinweis in der ICD-10-GM, nicht zur Verschlüsselung benutzt werden, wenn der Krankheitszustand anderenorts klassifiziert werden kann. Es handelt sich hierbei um ei-

B1301

ne Restklasse der ICD (siehe A06), die nur die Funktionsstörung, nicht aber die verursachende Krankheit beschreibt. Die Codes aus M99.- sind in keinem Fall als Zusatzcodes zu verwenden, um für einen bereits spezifisch verschlüsselten Krankheitszustand zusätzlich die Funktionsstörung zu kodieren.

B1302 Gelenkerkrankungen

Akute traumatische Gelenkerkrankungen

Akute traumatische Gelenkerkrankungen/Gelenkverletzungen sind mit ICD-Schlüsselnummern aus dem Kapitel XIX Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98) zu kodieren (siehe spezielle Kodierrichtlinie B1900).

Das akute traumatische Hämarthros und andere akute traumatische Gelenkergüsse sind nicht mit Schlüsselnummern aus M25.0- Hämarthros bei sonstigen, anderenorts nicht klassifizierten Gelenkkrankheiten und M25.4- Gelenkerguss bei sonstigen, anderenorts nicht klassifizierten Gelenkkrankheiten zu kodieren, da diese Information im Kode für die akute Gelenkverletzung enthalten ist.

Posttraumatische Arthrosen

Arthrosen infolge von Traumata sind mit der ICD-10-GM spezifisch als posttraumatische Gelenkerkrankung zu verschlüsseln:

M16.4 / M16.5	Posttraumatische Koxarthrose
M17.2 / M17.3	Posttraumatische Gonarthrose
M18.2 / M18.3	Posttraumatische Rhizarthrose
M19.1-	Posttraumatische Arthrose sonstiger Gelenke (exkl. Wirbelsäule)

Posttraumatische Arthrosen der Wirbelsäule sind mit einer zutreffenden Schlüsselnummer aus M47.- Spondylose zu kodieren.

Binnenschädigungen des Kniegelenkes

Bei der Kodierung von Schlüsselnummern aus M23.- Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement] sind die Ausschluss Hinweise zu dieser Kategorie in der ICD-10-GM zu beachten. Insbesondere sind diese Schlüsselnummern nicht bei akuten, traumatischen Binnenschädigungen des Kniegelenkes zu kodieren (s.o.).

Beispiel 1: Degenerativer Meniskusschaden

Ein Fußballspieler stellt sich mit zunehmenden rechtsseitigen Kniegelenkbeschwerden mit Schnappgefühl bei Belastung in der Praxis vor. Ein aktuelles Trauma wird verneint. Geringer Kniegelenkerguss, Meniskuszeichen medial positiv, fragliches vorderes Schubladenphänomen, Seitenbänder fest. In der bildgebenden Diagnostik Ausschluss einer vorderen Kreuzbandruptur und Nachweis eines degenerativen Innenmeniskus-Hinterhorn-Schadens.

Behandlungsdiagnose:

M23.32 G R Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus

Beispiel 2: Akute Meniskusverletzung

Eine Skifahrerin stellt sich nach einem Sturz mit rechtsseitigen Kniegelenkbeschwerden in der Praxis vor. Geringer Kniegelenkerguss, Meniskuszeichen medial positiv, fragliches vorderes Schubladenphänomen, Seitenbänder fest. In der bildgebenden Diagnostik Ausschluss einer vorderen Kreuzbandruptur und Nachweis eines Innenmeniskus-Korbhenkel-Risses.

Behandlungsdiagnose:

S83.2 G R Meniskusriss, akut

Das Vorliegen einer isolierten Binnenschädigung des Kniegelenkes rechtfertigt nicht die Kodierung einer Gonarthrose.

Sonstige Gelenkkrankheiten

Die ICD-Kategorie M25.- Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert enthält mehrere Schlüsselnummern, die keine spezifischen Krankheiten beschreiben, z.B. M25.4- Gelenkerguss und M25.5- Gelenkschmerz. Diese Schlüsselnummern sind nur dann zu kodieren, wenn keine ausreichenden Informationen über die zugrunde liegende spezifische Gelenkerkrankung vorliegen.

Plausibilitätskriterium:

Die Kodierung der Arthrosen (ICD-Kodes aus M16–M19) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine bildgebende Diagnostik mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

B1303 Osteoporose

Die Kodierung der Osteoporose erfordert neben der Lokalisationsangabe (siehe spezielle Kodierrichtlinie B1300) eine Differenzierung nach der Ätiologie und danach, ob eine pathologische Fraktur vorliegt oder nicht. Die entsprechend dieser Systematik zu kodierenden Schlüsselnummern zeigt das folgende Schema.

Ätiologie	Pathologische Fraktur(en)	
	Ohne	Mit
Postmenopausale Osteoporose	M81.0-	M80.0-
Osteoporose nach Ovariectomie	M81.1-	M80.1-
Inaktivitätsosteoporose	M81.2-	M80.2-
Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff	M81.3-	M80.3-
Arzneimittelinduzierte Osteoporose	M81.4-	M80.4-
Idiopathische Osteoporose	M81.5-	M80.5-
Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]	M81.6-	
Sonstige Osteoporose [Senile Osteoporose]	M81.8-	M80.8-
Osteoporose, nicht näher bezeichnet	M81.9-	M80.9-
Osteoporose bei Plasmozytom	M82.0-* ▲	M82.0-* mit M84.4- ▲▼
Osteoporose bei endokrinen Störungen	M82.1-* ▲	M82.1-* mit M84.4- ▲▼
Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	M82.8-* ▲	M82.8-* mit M84.4- ▲▼

▲ Die Schlüsselnummern aus M82.-* Osteoporose bei anderenorts klassifizierten Krankheiten sind entsprechend des Kreuz-Stern-Systems zu kodieren (siehe A08). Auf die Darstellung beispielhafter Kreuz-Kodes wurde zu Gunsten der Übersichtlichkeit verzichtet.

▼ Die Schlüsselnummer M84.4- Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert ist hier nicht als Primär-Kode (Kreuz-Kode) im Sinne des Kreuz-Stern-Systems zu verstehen. Die die Osteoporose verursachende Krankheit ist als Primär-Kode zusätzlich zu kodieren.

Bei allen Schlüsselnummern ist auf der fünften Stelle die jeweilige Lokalisation zu kodieren (siehe spezielle Kodierrichtlinie B1300).

Tabelle 17: ICD-Kodierung bei Osteoporose

Beispiel 1

Eine Patientin mit bekannter postmenopausaler Osteoporose gibt nach Anheben eines kleinen Blumentopfes plötzlich aufgetretene heftige Schmerzen im Bereich der unteren BWS an. Diagnostisch wird eine Fraktur des 12. Brustwirbelkörpers festgestellt.

Behandlungsdiagnose:

M80.08 G Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige Lokalisationen [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]

Beispiel 2

Bei einer Patientin mit bekanntem Plasmozytom werden ohne adäquates Trauma Frakturen von zwei Mittelhandknochen der rechten Hand festgestellt.

Behandlungsdiagnosen:

C90.00 G Plasmozytom [Multiples Myelom] ohne Angabe einer Remission

M82.00* G Osteoporose bei Plasmozytom: Mehrere Lokalisationen

M84.44 G R Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]

Die Kodierung erfolgt nach dem Kreuz-Stern-System (siehe A08). In diesem Beispiel ist die ICD-Schlüsselnummer C90.00 der Primär-Kode zu M82.00*.

Eine traumatische Fraktur bei gleichzeitig bestehender Osteoporose ist mit einem Fraktur-Kode aus dem Kapitel XIX Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98) und sofern die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt sind, zusätzlich mit einem Kode für die Osteoporose (ohne pathologische Fraktur) zu verschlüsseln.

Beispiel 3

Ein 88-jähriger Patient mit medikamentös behandelter seniler Osteoporose erleidet nach adäquatem Trauma (Treppensturz) eine linksseitige Schenkelhals-Fraktur.

Behandlungsdiagnosen:

S72.01 G L Intrakapsuläre Schenkelhalsfraktur

S71.84! G L Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur
oder Luxation der Hüfte und des Oberschenkels

M81.80 G Sonstige Osteoporose: Mehrere Lokalisationen

Plausibilitätskriterium:

Die Kodierung der Osteoporose mit pathologischer Fraktur (ICD-Kodes aus M80.-) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt einen radiologischen Nachweis mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

B14 KRANKHEITEN DES UROGENITALSYSTEMS**B1400 Glomeruläre Nierenkrankheiten**

Glomeruläre Erkrankungen sind unter N00.- Akutes nephritisches Syndrom bis N07.- Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert nach ihrem klinischen Erscheinungsbild zu verschlüsseln. Die vierte Stelle beschreibt die Art der glomerulären Veränderung.

Unter N08.-*Glomeruläre Krankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten finden sich die glomerulären Krankheiten, die auf andere Grunderkrankungen zurückzuführen und die über das Kreuz-Stern-System (siehe A08) abzubilden sind.

Beispiel 1

Bei einem Patienten ist ein Morbus Wegener bekannt. Die Nierenbeteiligung wurde bioptisch gesichert.

Behandlungsdiagnosen:

M31.3	G	Wegener-Granulomatose
N08.5*	G	Glomeruläre Krankheiten bei Systemkrankheiten des Bindegewebes

Plausibilitätskriterien:

Die Kodierung glomerulärer Krankheiten (ICD-Kodes aus N00–N07) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt zur spezifischen Verschlüsselung der vierten Stellen 0 bis 8 die histologische Sicherung mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

Das nephrotische Syndrom im Kindes- und Jugendalter ist bei der klinischen Annahme einer Minimal-change-Läsion (N04.0 Nephrotisches Syndrom: Minimale glomeruläre Läsion) von der Vorgabe einer initialen histologischen Sicherung ausgenommen.

Die Kodierung glomerulärer Krankheiten (ICD-Kodes aus N00–N07) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine (Mit-)Behandlung durch einen Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie, für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie oder für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

B1401 Chronische Nierenkrankheit und Dialyse

Die chronische Niereninsuffizienz ist mit einem Kode aus N18.- Chronische Nierenkrankheit zu kodieren. Die endständige Kodierung erfolgt in Abhängigkeit des aktuellen Insuffizienz-Stadiums.

Die Behandlungsdiagnosen von Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz und Abhängigkeit von der Langzeit-Dialyse werden je nach Leistung unterschiedlich kodiert.

Nur durch den die Dialyse erbringenden Arzt ist neben dem Kode für die chronische Niereninsuffizienz

- bei Hämodialyse Z49.1 Extrakorporale Dialyse,
 - bei Peritonealdialyse Z49.2 Sonstige Dialyse
- zu kodieren.

Durch einen mitbehandelnden Arzt kann Z99.2 Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz verschlüsselt werden, sofern die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt sind.

Bei Patienten, die auf die Dialyse vorbereitet werden, zum Beispiel durch die Anlage eines Shunts, aber noch nicht dialysiert werden, ist Z49.0 Vorbereitung auf die Dialyse zu kodieren.

Beispiel 1 Kodierung durch den dialysierenden Arzt

Eine Patientin mit terminaler Niereninsuffizienz auf dem Boden eines Diabetes mellitus Typ 1 wird aktuell dialysiert. Der Diabetes mellitus wird mitbehandelt.

Behandlungsdiagnosen:

N18.5	G	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
Z49.1	G	Extrakorporale Dialyse
E10.20	G	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
N08.3*	G	Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus

Die Kodierung erfolgt nach dem Kreuz-Stern-System (siehe A08).

Plausibilitätskriterium:

Die Kodierung einer chronischen Niereninsuffizienz (ICD-Kodes aus N18.-) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt spezifische Labordiagnostik mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

B1402**B1402 Infektionen der Nieren und ableitenden Harnwege**

Zystitiden sind mit einem ICD-Kode aus N30.- Zystitis zu verschlüsseln, die akute infektiöse Zystitis mit N30.0 Akute Zystitis. Liegt gleichzeitig eine Prostataentzündung vor, wird eine Prostatazystitis mit N41.3 Prostatazystitis kodiert.

Betrifft die Infektion die Niere, ist die akute tubulointerstitielle Nephritis (Pyelonephritis) mit N10 Akute tubulointerstitielle Nephritis zu verschlüsseln. Liegt eine obstruktive Uropathie mit akuter Infektion vor, ist die Pyonephrose mit N13.6 Pyonephrose zu kodieren.

Die chronische Pyelonephritis ist mit einem Kode aus N11.- Chronische tubulointerstitielle Nephritis zu verschlüsseln.

Lässt sich die Infektion keiner speziellen Lokalisation der ableitenden Harnwege zuordnen, ist N39.0 Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet zu kodieren.

Wurde ein Infektionserreger nachgewiesen, ist dieser unter Anwendung der Mehrfachkodierung (siehe A08) mit einer zusätzlichen Schlüsselnummer aus der ICD-Gruppe B95–B98 Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind zu kodieren.

Beispiel 1

Eine Patientin klagt über retropubischen Druckschmerz, häufigen Harn-drang und Dysurie. Eine Urinkultur ergab einen signifikanten Nachweis von Escherichia coli. Es erfolgt eine antibiotische Therapie.

Behandlungsdiagnosen:

N30.0	G	Akute Zystitis
B96.2!	G	Escherichia coli [E. coli] und andere Enterobakteriazeen als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

B1403 Harninkontinenz

Eine Harninkontinenz ist entsprechend ihrer Ätiologie mit ICD-Schlüsselnummern aus N39.3 Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz] und N39.4- Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz zu kodieren.

Mit R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz ist zu verschlüsseln, wenn die Ätiologie unbekannt ist.

Beispiel 1

Bei einer Patientin mit Inkontinenz wird im Rahmen einer gynäkologischen Untersuchung beim Frauenarzt wegen Gebärmuttersenkung eine urodynamische Messung durchgeführt und eine Stressinkontinenz festgestellt.

Behandlungsdiagnosen:

N81.2	G	Partialprolaps des Uterus und der Vagina
N39.3	G	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]

B15 SCHWANGERSCHAFT, GEBURT UND WOCHENBETT**B1500 Zustände und Krankheiten, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind oder Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren**

Zustände und Krankheiten, die vorwiegend im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft auftreten, sind mit spezifischen Codes aus der ICD-Gruppe 020–029 Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind zu verschlüsseln.

Bei der Behandlung einer Schwangeren ist unter Anwendung der Mehrfachkodierung (siehe A08) immer eine Sekundär-Schlüsselnummer aus 009.-! Schwangerschaftsdauer zusätzlich zu kodieren.

Beispiel 1

Eine Patientin in der 30. Schwangerschaftswoche wird wegen eines rechtsseitigen Karpaltunnel-Syndroms, das sich in der Schwangerschaft verschlimmerte, behandelt.

Behandlungsdiagnosen:

026.82 G R Karpaltunnel-Syndrom während der Schwangerschaft
009.4! G Schwangerschaftsdauer: 26. Woche bis 33 vollendete Wochen

Andere Komplikationen in der Schwangerschaft oder Zustände, die sich in der Schwangerschaft verschlimmern, oder Zustände, die hauptsächlich Anlass für die geburtshilfliche Betreuung sind, sind mit zwei ICD-Kodes zu verschlüsseln.

Ein Kode aus den beiden Kategorien

098.- Infektiöse und parasitäre Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren und

099.- Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren

ist immer gemeinsam mit einer weiteren ICD-Schlüsselnummer zur spezifischen Bezeichnung der jeweiligen Krankheit zu kodieren.

Beispiel 2

Eine Patientin in der 22. Schwangerschaftswoche erhält wegen einer Eisenmangelanämie Eisentabletten.

Behandlungsdiagnosen:

099.0	G	Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
009.3!	G	Schwangerschaftsdauer: 20. Woche bis 25 vollendete Wochen
D50.8	G	Sonstige Eisenmangelanämien

Die Codes der ICD-10-GM aus dem Kapitel XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (000–099) sind vorrangig vor Codes aus den anderen Kapiteln zu benutzen. In der Regel liegt bei allen Erkrankungen während der Schwangerschaft eine Beeinträchtigung der Schwangerschaft als Grund für die Behandlung vor.

Beispiel 3

Eine Patientin in der 12. Schwangerschaftswoche stellt sich notfallmäßig mit Unterbauchschmerzen in der Frauenarztpraxis vor und wird wegen Verdachts auf Appendizitis stationär eingewiesen.

Behandlungsdiagnosen:

099.6	V	Krankheiten des Verdauungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
009.1!	G	Schwangerschaftsdauer: 5 bis 13 vollendete Wochen
K35.8	V	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet

Nur wenn eine schwangere Patientin wegen einer Erkrankung behandelt wird, die weder die Schwangerschaft kompliziert noch durch die Schwangerschaft kompliziert wird, wird diese Erkrankung allein mit einem Code außerhalb des Kapitels XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (000–099) verschlüsselt.

Beispiel 4

Eine Patientin in der 30. Schwangerschaftswoche wird in der chirurgischen Praxis wegen einer operierten linksseitigen Mittelhandfraktur nachbehandelt.

Behandlungsdiagnose:

S62.32	G L	Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Schaft
009.4!	G	Schwangerschaftsdauer: 26. Woche bis 33 vollendete Wochen

**B18 SYMPTOME UND ABNORME KLINISCHE UND LABORBEFUNDE,
DIE ANDERENORTS NICHT KLASSIFIZIERT SIND****B1800 Schwindel und Taumel**

R42 Schwindel und Taumel ist nur zu kodieren, wenn die zugrunde liegende Erkrankung nicht bekannt ist oder die weiterführende Diagnostik nicht zur Feststellung der zugrunde liegenden Erkrankung führt.

Spezifische Schwindelsyndrome sind mit Codes aus H81.- Störungen der Vestibularfunktion und H82* Schwindelsyndrome bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (Kreuz-Stern-System, siehe A08) zu kodieren.

Beispiel 1

Bei einem Patienten besteht eine Schwindelsymptomatik mit Unsicherheit beim Gehen, Stehen und Sitzen. In der CT-Diagnostik erfolgt der Nachweis eines bisher nicht bekannten Akustikusneurinoms.

Behandlungsdiagnosen:

D33.3	G	Gutartige Neubildung: Hirnnerven
H82*	G	Schwindelsyndrome bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Beispiel 2

Ein Patient klagt über rezidivierende anfallartige Schwindelsymptomatik. Die kardiologische und neurologische Diagnostik ergibt keinen richtungsweisenden Befund. Ein durchblutungsförderndes Medikament wird verordnet.

Behandlungsdiagnose:

R42	G	Schwindel und Taumel
-----	---	----------------------

B1801 Akute und chronische Schmerzen

Bei akuten Schmerzen ist die Erkrankung zu verschlüsseln, die den Schmerz verursacht. **R52.0 Akuter Schmerz** ist nur dann zu kodieren, wenn Lokalisation und Ursache des akuten Schmerzes nicht bekannt sind.

Chronische Schmerzen sind mit der spezifischen Schlüsselnummer für die Lokalisation des Schmerzes und/oder der Schlüsselnummer für die zugrunde liegende Erkrankung zu kodieren.

Ist in Ausnahmefällen weder die zugrunde liegende Erkrankung bekannt noch die Lokalisation der Schmerzen, so ist ein Kode aus **R52.- Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert** zu verschlüsseln. Diese Codes beinhalten auch den Schmerz, der keinem bestimmten Organ oder keiner bestimmten Körperregion zugeordnet werden kann.

Beispiel 1

Ein Patient wird wegen chronischer Schmerzen in der Kreuzgegend aufgrund eines Knochentumors behandelt.

Behandlungsdiagnosen:

M54.5 G Kreuzschmerz

C41.4 G Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Beckenknochen

Beispiel 2

Ein Patient wird wegen chronischer Cluster-Kopfschmerzen behandelt.

Behandlungsdiagnose:

G44.0 G Cluster-Kopfschmerz

Beispiel 3

Eine Patientin wird mit chronischen, therapieresistenten Schmerzen vorgestellt. Weder die Ergründung der Ursachen noch eine nähere Zuordnung des Schmerzes ist möglich.

Behandlungsdiagnose:

R52.1 G Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz

Eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ist mit der Schlüsselnummer **F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren** zu kodieren.

Gemäß ICD-10-GM müssen für die Kodierung dieser Schlüsselnummer folgende Kriterien erfüllt sein:

Im Vordergrund des klinischen Bildes stehen seit mindestens sechs Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben. Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Der Schmerz wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (wie bei der vorgetäuschten Störung oder Simulation). Schmerzstörungen insbesondere im Zusammenhang mit einer affektiven, Angst-, Somatisierungs- oder psychotischen Störung sollen hier nicht berücksichtigt werden.

Beispiel 4

Ein Patient wird wegen einer chronischen Trigeminusneuralgie behandelt, die seit vielen Jahren besteht und zu weitgehender Beeinträchtigung bei Stimmung, Beruf und Mobilität geführt hat.

Behandlungsdiagnosen:

G50.0	G	Trigeminusneuralgie
F45.41	G	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Eine somatoforme Schmerzstörung, bei der ein primärer psychischer Faktor vorliegt, der als Auslöser für die Schmerzsymptomatik identifiziert werden kann, ist mit der ICD-Schlüsselnummer **F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung** zu kodieren. Ein physiologischer Prozess oder eine körperliche Störung können den Schmerz nicht hinreichend erklären.

Die Schlüsselnummer **F62.80 Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom** ist zu kodieren, wenn nachgewiesen ist, dass durch das chronische Schmerzsyndrom eine grundsätzliche Veränderung von Persönlichkeitszügen auftrat. Diese Diagnose sollte nur dann gestellt werden, wenn Hinweise auf eine eindeutige und andauernde Veränderung in der Wahrnehmung sowie im Verhalten und Denken bezüglich der Umwelt und der eigenen Person vorliegen.

B19 VERLETZUNGEN, VERGIFTUNGEN UND BESTIMMTE ANDERE FOLGEN ÄUßERER URSACHEN

B1900 Verletzungen

Bei der Kodierung von Verletzungen ist immer nach dem gleichen Schema zu verfahren. Der Aufbau dieses Schemas wird anhand des folgenden Beispiels exemplarisch Schritt für Schritt dargestellt.

Beispiel 1: Fallbeschreibung

Ein elfjähriger Junge wird nach einem Fahrradsturz in einer chirurgischen Praxis behandelt. Er hat eine rechtsseitige Colles-Fraktur (geschlossene Fraktur, Weichteilschaden I. Grades), eine Prellung des rechten Knies, eine Schürfwunde seitlich am rechten Unterschenkel, eine rechtsseitige Distorsion des oberen Sprunggelenkes (betroffen ist vor allem das Ligamentum calcaneofibulare) und eine Schürfwunde am rechten Knöchel.

Auswahl des verletzten Körperteils bzw. der verletzten Körperregion

Die Klassifikation der Verletzungen in der ICD-10-GM beginnt immer mit der Auswahl des verletzten Körperteils bzw. der verletzten Körperregion. Die hierfür zur Verfügung stehenden Code-Gruppen sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

S00–S09	Verletzungen des Kopfes
S10–S19	Verletzungen des Halses
S20–S29	Verletzungen des Thorax
S30–S39	Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S40–S49	Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
S50–S59	Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
S60–S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
S70–S79	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
S80–S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
S90–S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
T00–T07	Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
T08–T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen

Tabelle 18: Code-Gruppen der ICD-10-GM für Verletzungen

Für die im Beispiel 1 beschriebenen Verletzungen sind somit im ersten Schritt die folgenden Code-Gruppen auszuwählen.

Beispiel 1: Erster Auswahlschritt

S50–S59 Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes

S80–S89 Verletzungen des Knies und des Unterschenkels

S90–S99 Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes

Eine Schlüsselnummer aus der Kode-Gruppe T00–T07 Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen ist nur dann zu kodieren, wenn die einzelnen spezifischen Verletzungen nicht bekannt sind, was im vorliegenden Beispiel nicht zutrifft.

Schlüsselnummern aus der Kode-Gruppe T08–T14 Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen sind in Ausnahmefällen nur dann zu kodieren, wenn das verletzte Körperteil bzw. die verletzte Körperregion nicht bekannt sind, aber trotzdem die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt sind.

Kodierung der Verletzungsart

Nach der Auswahl einer Kode-Gruppe für das verletzte Körperteil bzw. die verletzte Körperregion wird im nächsten Schritt die Verletzungsart verschlüsselt. Mit einzelnen Ausnahmen werden in der ICD-10-GM die Verletzungsarten nach folgenden Kategorien kodiert.

- Oberflächliche Verletzung
- Offene Wunde
- Fraktur
- Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern
- Verletzung von Nerven
- Verletzung von Blutgefäßen
- Verletzung von Muskeln und Sehnen
- Intrakranielle/-thorakale/-abdominale Verletzung
- Zerquetschung
- Traumatische Amputation
- Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen

Oberflächliche Verletzungen werden nicht verschlüsselt, wenn an der gleichen Lokalisation bereits eine schwerwiegendere Verletzung kodiert ist.

Innerhalb der festgestellten Kode-Gruppen sind für die im Beispiel 1 beschriebenen Verletzungen nun im zweiten Schritt die folgenden dreistelligen ICD-Kategorien für die jeweilige Verletzungsart auszuwählen.

Beispiel 1: Zweiter Auswahlschritt

- S52.- Fraktur des Unterarmes
- S80.- Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels
- S93.- Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes

Die Schürfwunde über dem rechten Knöchel wird nicht kodiert, weil an der gleichen Lokalisation bereits die Verstauchung des oberen Sprunggelenkes kodiert wird.

Spezifizierung der Verletzungen auf Viersteller-Ebene der ICD-10-GM

Auf der Viersteller-Ebene sieht die ICD-10-GM für die Kodierung der Verletzungen verschiedene Untergliederungen vor, die je nach Körperteil bzw. Körperregion differieren. Die beiden häufigsten Untergliederungen der Viersteller-Ebene sind

- spezifische Lokalisationen am Körperteil oder innerhalb des Körperteils bzw. innerhalb der Körperregion und
- weitere Spezifizierungen der Verletzungsart.

Für die im zweiten Auswahlschritt von Beispiel 1 angegebenen dreistelligen Codes sind in der folgenden Darstellung alle in der ICD-10-GM zur Verfügung stehenden Spezifizierungen auf Viersteller-Ebene abgebildet. Die daraus für die beschriebenen Verletzungen auszuwählenden Schlüsselnummern wurden hervorgehoben.

Beispiel 1: Dritter Auswahlschritt

Alle vierstelligen ICD-Kodes unter S52.- Fraktur des Unterarmes sind:

- S52.0- Fraktur des proximalen Endes der Ulna
- S52.1- Fraktur des proximalen Endes des Radius
- S52.2- Fraktur des Ulnaschaftes
- S52.3- Fraktur des Radiusschaftes
- S52.4 Fraktur des Ulna- und Radiusschaftes, kombiniert
- S52.5- Distale Fraktur des Radius**
- S52.6 Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert
- S52.7 Multiple Frakturen des Unterarmes
- S52.8 Fraktur sonstiger Teile des Unterarmes
- S52.9 Fraktur des Unterarmes, Teil nicht näher bezeichnet

Alle vierstelligen ICD-Kodes unter **S80.- Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels** sind:

S80.0 Prellung des Knies

S80.1 Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels

S80.7 Multiple oberflächliche Verletzungen des Unterschenkels

S80.8- Sonstige oberflächliche Verletzungen des Unterschenkels

S80.9 Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels, nicht näher bezeichnet

Alle vierstelligen ICD-Kodes unter **S93.- Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes** sind:

S93.0 Luxation des oberen Sprunggelenkes

S93.1- Luxation einer oder mehrerer Zehen

S93.2 Traumatische Ruptur von Bändern in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes

S93.3- Luxation sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Fußes

S93.4- Verstauchung und Zerrung des oberen Sprunggelenkes

S93.5 Verstauchung und Zerrung einer oder mehrerer Zehen

S93.6 Verstauchung und Zerrung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Fußes

Eine Besonderheit der Schlüsselnummern für Verletzungen in der ICD-10-GM stellen die Codes mit der vierten Stelle „.7“ dar. Die meisten dieser Codes verschlüsseln „Multiple ...“ Verletzungen. Diese Schlüsselnummern sind im Rahmen des ambulanten und belegärztlichen Operierens nicht zu kodieren. Werden die einzelnen Verletzungen spezifisch behandelt, sind sie als gesicherte Diagnose auch einzeln zu verschlüsseln.

Spezifizierung der Verletzungen auf Fünfsteller-Ebene der ICD-10-GM

Einige ICD-Schlüsselnummern für Verletzungen sind bereits als Viersteller endständig (terminal). Bei den meisten vierstelligen Verletzungs-Kodes erfolgen auf der Fünfsteller-Ebene weitere Spezifizierungen.

Für die im dritten Auswahlschritt von Beispiel 1 angegebenen vierstelligen Codes sind in der folgenden Darstellung alle in der ICD-10-GM zur Verfügung stehenden Spezifizierungen auf Fünfsteller-Ebene abgebildet. Die daraus für die beschriebenen Verletzungen auszuwählenden Schlüsselnummern wurden hervorgehoben.

Beispiel 1: Vierter Auswahlschritt

Die fünfstelligen ICD-Kodes unter **S52.5- Distale Fraktur des Radius** sind:

S52.50 Distale Fraktur des Radius: Nicht näher bezeichnet

S52.51 Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur

S52.52 Distale Fraktur des Radius: Flexionsfraktur

S52.59 Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile

Der vierstellige ICD-Code **S80.0 Prellung des Knies** ist bereits endständig, hat also keine weitere Spezifizierung auf Fünfsteller-Ebene.

S80.0 Prellung des Knies

Die fünfstelligen ICD-Kodes unter **S80.8- Sonstige oberflächliche Verletzungen des Unterschenkels** sind:

S80.81 Sonstige oberflächliche Verletzungen des Unterschenkels: Schürfwunde

S80.82 Sonstige oberflächliche Verletzungen des Unterschenkels: Blasenbildung (nichtthermisch)

S80.83 Sonstige oberflächliche Verletzungen des Unterschenkels: Insektenbiss oder -stich (ungiftig)

S80.84 Sonstige oberflächliche Verletzungen des Unterschenkels: Oberflächlicher Fremdkörper (Splitter)

S80.88 Sonstige oberflächliche Verletzungen des Unterschenkels: Sonstige

Die fünfstelligen ICD-Kodes unter **S93.4- Verstauchung und Zerrung des oberen Sprunggelenkes** sind:

S93.40 Verstauchung und Zerrung des oberen Sprunggelenkes: Teil nicht näher bezeichnet

S93.41 Verstauchung und Zerrung des oberen Sprunggelenkes: Lig. deltoideum

S93.42 Verstauchung und Zerrung des oberen Sprunggelenkes: Lig. calcaneofibulare

S93.43 Verstauchung und Zerrung des oberen Sprunggelenkes: Lig. tibiofibulare (anterius) (posterius), distal

S93.48 Verstauchung und Zerrung des oberen Sprunggelenkes: Sonstige Teile

Für die im Beispiel 1 beschriebenen Verletzungen stellt sich die Kodierung der Behandlungsdiagnosen einschließlich der Angabe der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit und für die Seitenlokalisation jetzt wie folgt dar:

Beispiel 1: Fünfter Auswahlschritt**Behandlungsdiagnosen:**

S52.51	G R	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur
S80.0	G R	Prellung des Knies
S80.81	G R	Sonstige oberflächliche Verletzungen des Unterschenkels: Schürfwunde
S93.42	G R	Verstauchung und Zerrung des oberen Sprunggelenkes: Lig. calcaneofibulare

Weitere Regeln für die Kodierung von Verletzungen

Bei der Verschlüsselung von Frakturen und Luxationen ist zusätzlich zu kodieren (Ausrufezeichen-Kode, siehe A08 und Anhang 2), ob es sich um eine offene oder eine geschlossene Fraktur oder Luxation handelt und welchen Grades der Weichteilschaden ist. Für eine Fraktur oder Luxation mit einem Weichteilschaden nullten Grades sieht die ICD-10-GM keinen Zusatzcode vor.

Eine Kodierung von Verletzungen im Zusammenhang mit ihrer Entstehung, z.B. Stichwunde, Risswunde oder Pfählungsverletzung, ist mit Schlüsselnummern der ICD-10-GM aus dem Kapitel XIX Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen nicht möglich. Das Alphabetische Verzeichnis enthält zwar solche Begriffe, ordnet diese aber überwiegend den sehr unspezifischen Schlüsselnummern aus der Kode-Gruppe T08–T14 Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen zu, die nur in Ausnahmefällen zu kodieren sind.

Die Ursache oder Entstehung einer Verletzung kann allerdings zusätzlich mit einer optionalen Schlüsselnummer der ICD-10-GM aus dem Kapitel XX Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität kodiert werden. Alle Schlüsselnummern des Kapitels XX sind Ausrufezeichen-Kodes (Sekundär-Kodes, siehe A08 und Anhang 2).

Für die im Beispiel 1 beschriebenen Verletzungen stellt sich die vollständige und abgeschlossene Kodierung der Behandlungsdiagnosen nun wie folgt dar.

Beispiel 1: Vollständige und abgeschlossene Kodierung

Ein elfjähriger Junge wird nach einem Fahrradsturz in einer chirurgischen Praxis behandelt. Er hat eine rechtsseitige Colles-Fraktur (geschlossene Fraktur, Weichteilschaden I. Grades), eine Prellung des rechten Knies, eine Schürfwunde seitlich am rechten Unterschenkel, eine rechtsseitige Distorsion des oberen Sprunggelenkes (betroffen ist vor allem das Ligamentum calcaneofibulare) und eine Schürfwunde am rechten Knöchel.

Behandlungsdiagnosen:

- | | | |
|---------|-----|---|
| S52.51 | G R | Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur |
| S51.84! | G R | Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation des Unterarmes |
| S80.0 | G R | Prellung des Knies |
| S80.81 | G R | Sonstige oberflächliche Verletzungen des Unterschenkels: Schürfwunde |
| S93.42 | G R | Verstauchung und Zerrung des oberen Sprunggelenkes: Lig. calcaneofibulare |
| V99! | G | Transportmittelunfall |

B1901**B1901 Unerwünschte Nebenwirkungen und allergische Reaktionen**

Unerwünschte Nebenwirkungen und allergische Reaktionen werden entsprechend ihrer Manifestation mit einem spezifischen Kode aus den Organkapiteln der ICD-10-GM verschlüsselt. Nur bei unbekanntem, nicht feststellbarem oder ungenau bezeichneten Ursachen für Schäden, die keinem spezifischen Kode zuzuordnen sind, ist eine Schlüsselnummer aus **T78.- Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert** zu kodieren.

Beispiel 1

Ein Patient stellt sich nach dem Verzehr einer ihm bisher unbekanntem Obstsorte mit einer akuten Hautreaktion in der Praxis vor und wird mit Antihistaminika und Salben behandelt.

Behandlungsdiagnose:

L27.2 G Dermatitis durch aufgenommene Nahrungsmittel

Beispiel 2

Ein Patient stellt sich mit allergischen Hautreaktionen in der Praxis vor, ohne Angaben über eine mögliche Ursache machen zu können. Er wird mit Antihistaminika und Salben behandelt.

Behandlungsdiagnose:

T78.4 G Allergie, nicht näher bezeichnet

Zur Verschlüsselung einer nicht endgültig gesicherten Diagnose mit Therapie siehe A07.

B21 FAKTOREN, DIE DEN GESUNDHEITZUSTAND BEEINFLUSSEN UND ZUR INANSPRUCHNAHME DES GESUNDHEITSWESENS FÜHREN

B2100 ICD-Kodes, die Prozeduren, Verfahren oder Maßnahmen beschreiben

Bei Verwendung von Schlüsselnummern der ICD-10-GM aus dem Kapitel XXI Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, sind die Hinweise am Anfang dieses Kapitels zu beachten.

Zahlreiche Schlüsselnummern des Kapitels XXI kodieren keine Krankheiten oder gesundheitsbeeinträchtigenden Zustände, sondern beschreiben Prozeduren, Verfahren oder Maßnahmen, die in der folgenden Tabelle zusammengefasst aufgeführt sind (siehe auch A07).

Z00–Z01	Allgemeine und spezielle Untersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose
Z02–Z04	Untersuchung, Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen sowie aus administrativen und sonstigen Gründen
Z08–Z09	Nachuntersuchung nach Behandlung
Z10	Allgemeine Reihenuntersuchung bestimmter Bevölkerungsgruppen
Z11–Z13	Spezielle Untersuchungsverfahren
Z23–Z29	Impfungen und andere prophylaktische Maßnahmen
Z30–Z31	Kontrazeptive und fertilisationsfördernde Maßnahmen
Z32–Z36	Feststellung und Überwachung einer Schwangerschaft sowie pränatales Screening
Z39.-	Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter
Z40–Z41	Prophylaktische Operation und andere Maßnahmen aus anderen Gründen als der Wiederherstellung des Gesundheitszustandes
Z42.-	Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie
Z43.-	Versorgung künstlicher Körperöffnungen
Z44–Z46	Versorgen mit, Anpassen und Handhabung einer Ektoprothese, eines implantierten medizinischen Gerätes und anderer medizinischer Geräte oder Hilfsmittel
Z47–Z48	Andere orthopädische Nachbehandlung und andere Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff
Z49.-	Dialysebehandlung

Z51.-	Sonstige medizinische Behandlung
Z76.0	Ausstellung wiederholter Verordnung

Tabelle 19: ICD-Schlüsselnummern des Kapitels XXI, die Prozeduren, Verfahren oder Maßnahmen beschreiben

Erfolgt der Arzt-Patienten-Kontakt ausschließlich z.B. zur Früherkennungsuntersuchung, Impfung oder Vorsorgeuntersuchung, sind die Schlüsselnummern für Krankheiten, Verletzungen oder äußere Ursachen aus den Kapiteln I bis XX der ICD-10-GM nicht zu kodieren.

Beispiel 1

Ein Patient kommt vor einer geplanten Reise in ein Endemiegebiet für Frühsommer-Meningoenzephalitis zur Schutzimpfung in die hausärztliche Praxis.

Richtig:

Z24.1 G Notwendigkeit der Impfung gegen Virusenzephalitis, durch Arthropoden übertragen

Falsch:

A84.1 V Mitteleuropäische Enzephalitis, durch Zecken übertragen

Beispiel 2

Eine gesunde Patientin kommt routinemäßig zur gynäkologischen Früherkennungsuntersuchung. Es findet sich kein pathologischer Befund.

Richtig:

Z01.4 G Gynäkologische Untersuchung (allgemein) (routinemäßig)

Falsch:

C53.9 A Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet

Der Kode Z01.4 enthält laut ICD-10-GM die gynäkologische Untersuchung (jährlich) (periodisch) und den Papanicolaou-Zellabstrich aus der Cervix uteri.

Die Kodierung der Schlüsselnummern aus Z49.-Dialyse wird in der speziellen Kodierrichtlinie B1401 ausführlich beschrieben.

B2101 Organ- und Gewebetransplantationen**Registrierung zur Organtransplantation**

Bei Patienten mit erfolgter Registrierung zur Organtransplantation ist eine zutreffende Schlüsselnummer aus U55.- Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation (bei Herz- und/oder Lungen-Transplantation) bzw. aus Z75.6 Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency) oder Z75.7 Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency) (bei allen anderen Organen) zu kodieren.

Beispiel 1

Eine 26-jährige Patientin ist wegen eines nephrotischen Syndroms bei histologisch gesicherter Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung in nephrologischer Behandlung. Sie erhält wegen einer glomerulären Filtrationsrate von 25ml/min/1,73m² KO in Vorbereitung auf eine extrakorporale Dialyse einen arteriovenösen Shunt am linken Unterarm und wird zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe angemeldet.

Behandlungsdiagnosen:

N04.7	G	Nephrotisches Syndrom, Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung
N18.4	G	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4
Z49.0	G	Vorbereitung auf die Dialyse
Z75.60	G	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency), Niere

Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation

Bei Patienten mit einem Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation ist ein Kode aus Z94.- Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation zu verschlüsseln, sofern die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt sind. Für die einzelnen Organe und Gewebe sind die spezifischen ICD-Schlüsselnummern in der folgenden Tabelle zusammengestellt.

Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation
Z94.1	Zustand nach Herztransplantation
Z94.2	Zustand nach Lungentransplantation
Z94.3	Zustand nach Herz-Lungen-Transplantation
Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation
Z94.5	Zustand nach Hauttransplantation
Z94.6	Zustand nach Knochentransplantation

Z94.7	Zustand nach Keratoplastik
Z94.80	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression
Z94.81	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression
Z94.88	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation
Z94.9	Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation, nicht näher bezeichnet

Tabelle 20: ICD-Schlüsselnummern für die einzelnen Organe oder Gewebe bei Zustand nach Transplantation

Beispiel 2

Eine 42-jährige Patientin mit Nierentransplantation vor vier Jahren wegen Poststreptokokken-Glomerulonephritis stellt sich zur Routinekontrolle bei guter Transplantat-Funktion vor und erhält eine Verordnung für ihre immunsuppressive Therapie.

Behandlungsdiagnose:

Z94.0 G Zustand nach Nierentransplantation

Beispiel 3

Bei einer 42-jährigen Patientin mit Nierentransplantation vor vier Jahren besteht seit der Transplantation eine eingeschränkte Nierenfunktion mit einer weitgehend stabilen glomerulären Filtrationsrate von 80 ml/min/1,73m² KO. Sie stellt sich zur Routinekontrolle vor und erhält eine Verordnung für ihre immunsuppressive Therapie.

Behandlungsdiagnosen:

Z94.0 G Zustand nach Nierentransplantation
 N18.2 G Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2

Tritt nach einer Organ- oder Gewebetransplantation eine mit der Transplantation assoziierte Komplikation auf, die spezifisch kodiert werden kann, ist diese zu verschlüsseln. Ein Kode aus Z94.- Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation ist dann nicht zu kodieren. Die Funktionsstörung der abgestoßenen Organe und Gewebe (zum Beispiel der Grad der erneut eingetretenen Niereninsuffizienz nach Nierentransplantation) ist entgegen den Angaben in der ICD-10-GM zusätzlich zu verschlüsseln.

Beispiel 4

Bei einem nierentransplantierten Patienten ist eine kontinuierliche Verschlechterung der Nierenfunktion auf eine glomeruläre Filtrationsrate von derzeit 35ml/min/1,73m² KO eingetreten.

Behandlungsdiagnosen:

T86.11 G Chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates

N18.3 G Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3

Tritt nach einer Organ- oder Gewebetransplantation ein irreversibler Funktionsausfall des Transplantates auf, ist weder ein Kode aus Z94.- Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation noch ein Kode aus T86.- Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben zu verschlüsseln.

Beispiel 5

Ein nierentransplantierte Patient ist nach einer kontinuierlichen Verschlechterung der Nierenfunktion erneut dialysepflichtig geworden.

Behandlungsdiagnosen:

N18.5 G Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5

Z49.1 G Extrakorporale Dialyse

Anhang

Anhang 1

Anhang 1: Codes für Rest- und Folgezustände, die sowohl den aktuellen Krankheitszustand als auch die verursachende frühere Krankheit bzw. deren Behandlung verschlüsseln (siehe A04)⁷

D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)
D90	Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Maßnahmen
E03.3	Postinfektiöse Hypothyreose
E89.0	Hypothyreose nach medizinischen Maßnahmen
E89.1	Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen
E89.2	Hypoparathyreoidismus nach medizinischen Maßnahmen
E89.3	Hypopituitarismus nach medizinischen Maßnahmen
E89.4	Ovarialinsuffizienz nach medizinischen Maßnahmen
E89.5	Testikuläre Unterfunktion nach medizinischen Maßnahmen
E89.6	Nebennierenrinden- (Nebennierenmark-) Unterfunktion nach medizinischen Maßnahmen
F07.1	Postenzephalitisches Syndrom
F07.2	Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma
F20.4	Postschizophrene Depression
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung
F62.0,	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung und nach psychischer Krankheit
F62.1	
G14	Postpolio-Syndrom
G21.3	Postenzephalitisches Parkinson-Syndrom
G44.3	Chronischer posttraumatischer Kopfschmerz
G53.0*	Neuralgie nach Zoster
G97.2	Intrakranielle Druckminderung nach ventrikulärem Shunt
G97.80	Postoperative Liquorfistel
G97.81	Postoperativer (zerebellärer) Mutismus
H05.5	Verbliebener (alter) Fremdkörper nach perforierender Verletzung der Orbita
H40.3,	Glaukom (sekundär) nach Verletzung und nach Entzündung des Auges
H40.4	
H40.6	Glaukom (sekundär) nach Arzneimittelverabreichung
H59.0	Keratopathie (bullös-aphak) nach Kataraktextraktion
H95.0	Rezidivierendes Cholesteatom in der Mastoidhöhle nach Mastoidektomie
I24.1	Postmyokardinfarkt-Syndrom
I84.6	Marisken als Folgezustand von Hämorrhoiden
I87.0	Postthrombotisches Syndrom
I97.0	Postkardiotomie-Syndrom

⁷ Es handelt sich hier um eine Auswahl solcher Codes der ICD-10-GM 2010, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

I97.2	Lymphödem nach Mastektomie
J95.3	Chronische pulmonale Insuffizienz nach Operation
J95.5	Subglottische Stenose nach medizinischen Maßnahmen
J95.81	Stenose der Trachea nach medizinischen Maßnahmen
K91.1	Syndrome des operierten Magens
K91.2	Malabsorption nach chirurgischem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert
K91.3	Postoperativer Darmverschluss
K91.4	Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie
K91.5	Postcholezystektomie-Syndrom
L81.0	Postinflammatorische Hyperpigmentierung
M02.0-	Arthritis nach intestinalem Bypass
M02.1-	Postenteritische Arthritis
M02.2-	Arthritis nach Impfung
M02.3-	Reiter-Krankheit
M03.0-*	Arthritis nach Meningokokkeninfektion
M03.1-*	Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis
M10.1-	Bleigicht
M12.0-	Chronische postrheumatische Arthritis [Jaccoud-Arthritis]
M16.2, M16.3	Koxarthrose als Folge einer Dysplasie
M16.4, M16.5	Posttraumatische Koxarthrose
M17.2, M17.3	Posttraumatische Gonarthrose
M18.2, M18.3	Posttraumatische Rhizarthrose
M19.1-	Posttraumatische Arthrose sonstiger Gelenke
M80.1-, M81.1-	Osteoporose nach Ovariectomie
M80.3-, M81.3-	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff
M89.6-	Osteopathie nach Poliomyelitis
M96.0	Pseudarthrose nach Fusion oder Arthrodesis
M96.1	Postlaminektomie-Syndrom, anderenorts nicht klassifiziert
M96.2, M96.3	Kyphose nach Bestrahlung und nach Laminektomie
M96.4	Postoperative Lordose
M96.5	Skoliose nach Bestrahlung
M96.6	Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte
M96.81	Instabiler Thorax nach thoraxchirurgischem Eingriff
N35.0	Posttraumatische Harnröhrenstriktur

Anhang 1

N35.1	Postinfektiöse Harnröhrenstriktur, anderenorts nicht klassifiziert
N99.2	Postoperative Adhäsionen der Vagina
N99.3	Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie
N99.4	Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Maßnahmen
T81.5	Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist
Z89.-	Extremitätenverlust
Z90.-	Verlust von Organen, anderenorts nicht klassifiziert
Z93.-	Vorhandensein einer künstlichen Körperöffnung
Z94.-	Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation
Z95.-	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten
Z96.-	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten
Z97.-	Vorhandensein anderer medizinischer Geräte oder Hilfsmittel

Tabelle 21: Kodes für Rest- und Folgezustände, die sowohl den aktuellen Krankheitszustand als auch die verursachende frühere Krankheit verschlüsseln

Anhang 2: Ausrufezeichen-Kodes

B95.-! bis B98.-!	Infektiöse Erreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
C95.8! C97!	Leukämie, refraktär auf Standard-Induktionstherapie Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
G82.6-! I67.80!	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes Vasospasmen bei Subarachnoidalblutung
K72.7-! N39.47!	Hepatische Enzephalopathie und Coma hepaticum Rezidivinkontinenz
O09.-! R65.-!	Schwangerschaftsdauer Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]
S01.83! S21.83! S31.83!	Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer intrakraniellen Verletzung Offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intraabdominalen Verletzung
S(0-9)1.84! S(0-9)1.85! S(0-9)1.86! S(0-9)1.87! S(0-9)1.88! S(0-9)1.89!	Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation (nach Lokalisation) Weichteilschaden II. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation (nach Lokalisation) Weichteilschaden III. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation (nach Lokalisation) Weichteilschaden I. Grades bei offener Fraktur oder Luxation (nach Lokalisation) Weichteilschaden II. Grades bei offener Fraktur oder Luxation (nach Lokalisation) Weichteilschaden III. Grades bei offener Fraktur oder Luxation (nach Lokalisation)
S06.7-! S14.7-! S24.7-! S34.7-!	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma Funktionale Höhe einer Verletzung des zervikalen Rückenmarkes Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarkes Funktionale Höhe einer Verletzung des lumbosakralen Rückenmarkes
T31.-! und T32.-! U60.-! und U61.-!	Verbrennungen und Verätzungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche Klinische Kategorien und Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit

Anhang 2

U69.00!	Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren und älter
U69.10!	Anderenorts klassifizierte Krankheit, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist
U69.20!	Influenza A/H1N1 Pandemie 2009 [Schweinegrippe]
U69.21!	Influenza A/H5N1 Epidemie [Vogelgrippe]
U80.-!	Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern
U81!	Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika
U82.-!	Mykobakterien mit Resistenz gegen Antituberkulotika (Erststrangmedikamente)
U83!	Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol
U84!	Herpesviren mit Resistenz gegen Virustatika
U85!	Humanes Immundefizienz-Virus mit Resistenz gegen Virustatika oder Proteinaseinhibitoren
V99! bis Y84.9! ⁸	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
Z33!	Schwangerschaftsfeststellung als Nebenbefund
Z37.-!	Resultat der Entbindung
Z50.-!	Rehabilitationsmaßnahmen
Z54.-!	Rekonvaleszenz

Tabelle 22: Ausrufezeichen-Kodes

⁸ Die Verwendung dieser Schlüsselnummern ist optional.

Anhang 3: ICD-Schlüsselnummern für Diagnosen, die zum klinischen Bild des diabetischen Fußsyndroms gehören können⁹

DKR 0401

Abschnitt Diabetisches Fußsyndrom

1. Infektion und/oder Ulcus

- L02.4 Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten
 - L03.02 Phlegmone an Zehen
 - L03.11 Phlegmone an der unteren Extremität
 - L89.0- Dekubitus 1. Grades▲
 - L89.1- Dekubitus 2. Grades▲
 - L89.2- Dekubitus 3. Grades▲
 - L89.3- Dekubitus 4. Grades▲
 - L89.9- Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet▲
 - L97 Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert
- ▲ Über die fünfte Stelle des Kodes wird die Lokalisation des Dekubitus verschlüsselt (siehe ICD-10-GM).

2. Periphere vaskuläre Erkrankung

- I70.20 Atherosklerose der Extremitätenarterien, sonstige und nicht näher bezeichnet
- I70.21 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz
- I70.22 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen
- I70.23 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
- I70.24 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän
- I79.2* Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

3. Neuropathie

- G63.2* Diabetische Polyneuropathie
- G99.0* Autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselerkrankheiten

4. Deformitäten

- M20.1 Hallux valgus (erworben)
- M20.2 Hallux rigidus
- M20.3 Sonstige Deformität der Großzehe (erworben)
- M20.4 Sonstige Hammerzehe(n) (erworben)
- M20.5 Sonstige Deformitäten der Zehen (erworben)
- M21.27 Flexionsdeformität, Knöchel und Fuß
- M21.37 Hängefuß (erworben), Knöchel und Fuß

⁹ Es handelt sich hier um eine Auswahl solcher Codes der ICD-10-GM 2010, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

M21.4	Plattfuß [Pes planus] (erworben)
M21.57	Erworbener Klauenfuß und Klumpfuß, Knöchel und Fuß
M21.67	Sonstige erworbene Deformitäten des Knöchels und des Fußes
M21.87	Sonstige näher bezeichnete erworbene Deformitäten des Knöchels und des Fußes

5. Frühere Amputation(en)

Z89.4	Verlust des Fußes und des Knöchels, einseitig Verlust der Zehen, einseitig und beidseitig
Z89.5	Verlust der unteren Extremität unterhalb oder bis zum Knie, einseitig
Z89.6	Verlust der unteren Extremität oberhalb des Knies, einseitig
Z89.7	(Teilweiser) Verlust der unteren Extremität, beidseitig

Tabelle 23: ICD-Schlüsselnummern für Diagnosen, die zum klinischen Bild des diabetischen Fußsyndroms gehören können

Glossar

Begriff	Erläuterung
Achsorgan	Wirbelsäule
Agens	Medizin: auf den Menschen (krank machend, medizinisch) wirkender Stoff
Alphabetisches Verzeichnis der ICD-10-GM	Das Alphabetische Verzeichnis der ICD-10-GM enthält eine umfangreiche Sammlung verschlüsselter Diagnosen aus dem Sprachgebrauch in der ambulanten und stationären Versorgung. Es wurde bis zur Version 2004 der ICD-10-GM als Diagnosesynthesaurus bezeichnet.
Antigenstatus	Laboruntersuchung zum Vorhandensein eines Erregers (insbesondere Viren und Bakterien)
Antikörperstatus	Laboruntersuchung zum Nachweis von Antikörpern gegen bestimmte Antigene
Arztfall	Alle Leistungen bei einem Versicherten, welche durch denselben Arzt unabhängig vom vertragsärztlichen Status in der vertragsärztlichen Versorgung in demselben Kalendervierteljahr und unabhängig von der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte zu Lasten derselben Krankenkasse erbracht werden. (BMV-Ä/EKV)
Banding (von Ösophagus-Varizen)	Abschnüren von Varizen (innere Krampfadern) mit Gummiringen
Behandlungsfall	Die gesamte von derselben Arztpraxis innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung gilt jeweils als Behandlungsfall; Behandlungsfälle beziehen sich auf die Rechtsbeziehungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen im Abrechnungswesen. (BMV-Ä/EKV)

Glossar

Begriff	Erläuterung
Dysplasie	<p>Es handelt sich bei der Dysplasie um Gewebeveränderungen, die Vorstufen in der Entwicklung zu Karzinomen sein können. Die Gradeinteilung am Beispiel des Plattenepithels der Cervix uteri erfolgt in:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. leichte Dysplasie (CIN I) 2. mittelschwere Dysplasie (CIN II) 3. schwere Dysplasie (CIN III). <p>Die schwere Dysplasie geht meist ohne scharfe Grenze in das Carcinoma in situ über, das auch in der Definition als CIN III bezeichnet wird.</p>
Eradikationstherapie	<p>Unter einer Eradikationstherapie versteht man die Behandlung einer Krankheit durch vollständige Beseitigung ihrer auslösenden Ursache, im engeren Sinn durch die Beseitigung auslösender Krankheitserreger.</p>
FEV ₁ -Wert	<p>FEV ist das „forcierte expiratorische Volumen“. Der FEV₁-Wert bezeichnet die Menge Luft, die in der ersten Sekunde der FEV-Messung maximal ausgeatmet werden kann.</p>
Fluktuierende Stimmungsstörungen	<p>Schnell wechselnde Stimmungsstörungen</p>
Genese	<p>Entwicklung, Entstehung</p>
Glomeruläre Filtrationsrate	<p>(GFR) gibt das Gesamtvolumen des Primärharns an, das von allen Glomeruli beider Nieren zusammen, in einer definierten Zeiteinheit, gefiltert wird.</p>
Iatrogen	<p>Vom Arzt ausgehend</p>
Implizit	<p>Mit enthalten, mit gemeint</p>
MMSE (Mini Mental State Examination)	<p>MMSE ist ein Test zur Feststellung kognitiver Defizite und ein Hilfsmittel zur Erstbeurteilung eines Patienten wie auch zur Verlaufskontrolle.</p>
Noxe	<p>Krankheitserregende Ursache, schädigender Stoff</p>

Begriff	Erläuterung
NYHA-Stadium	<p>Die NYHA-Klassifikation ist ein ursprünglich von der New York Heart Association veröffentlichtes Schema zur Einteilung von Herzkrankheiten. Am häufigsten wird sie zur Einteilung der Herzinsuffizienz in verschiedene Stadien entsprechend der Leistungsfähigkeit des Patienten verwendet, daneben gibt es Anpassungen an andere Erkrankungen wie z.B. die Pulmonale Hypertonie.</p> <p>NYHA I Herzerkrankung ohne körperliche Limitation</p> <p>NYHA II Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit</p> <p>NYHA III Herzerkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit</p> <p>NYHA IV Herzerkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe, Bettlägerigkeit.</p>
Obligatorisch	Verpflichtend, bindend
Optional	Wahlweise, nicht unbedingt verbindlich
Papanicolaou-Zellabstrich	(=PAP-Test) Er ist eine Zelluntersuchung zur Vorsorge und Früherkennung von Gebärmutterhalskarzinomen.
Persistierend	Fortbestehend, andauernd
Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus.
Primärtumor	Als Primärtumor bezeichnet man bei einem bösartigen, metastasierten Tumor die ursprüngliche Geschwulst, von der die Metastasen ausgegangen sind.

Glossar

Begriff	Erläuterung
Rezidiv	Ein Rezidiv ist das Wiederauftreten („Rückfall“) einer Krankheit, einer psychischen Störung oder deren Symptome nach einer Behandlung, die zeitweilig erfolgreich war, oder nach spontaner Remission.
Rezidiv-Tumor	Ein Rezidiv-Tumor (Tumorrückfall) ist das Wiederauftreten eines Tumors nach erfolgreicher Behandlung (OP, Strahlen- und/oder Chemotherapie) unterschieden nach dem Ort des Auftretens: Lokalrezidiv, Lymphknotenrezidiv, systemisches Rezidiv (Fernmetastasen).
Shunt	(engl. Nebenschluss, Weiche) ist eine Kurzschlussverbindung zwischen arteriellen und venösen Blutgefäßen bzw. -systemen.
Stadien nach Hach	Mit dem Modell der Rezirkulationskreise (Hach 1993) lassen sich alle Krankheitserscheinungen der primären Varikose erklären. Zum Beispiel sind die Stadien einer Stammvarikose der V. saphena parva nach Hach: Stadium I mit Insuffizienz des Saphena-Trichters und variköser Degeneration der V. femoropoplitea Stadium II mit distalem Insuffizienzpunkt an der Wade Stadium III mit distalem Insuffizienzpunkt am Fuß (Außenknöchel).
Staging	Die Stadienbestimmung (engl. staging) bezeichnet in der Onkologie den Teil der Diagnostik, der der Feststellung des Ausbreitungsgrades eines bösartigen Tumors dient.
Systematisches Verzeichnis der ICD-10-GM	Fünfstellige ausführliche Systematik zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung (auf Basis der deutschsprachigen ICD-10-WHO-Ausgabe), die nach ätiologischen, topographischen, morphologischen und altersbezogenen Klassifikationsprinzipien aufgebaut ist.

Begriff	Erläuterung
Validierung	Die Gültigkeit eines wissenschaftlichen Ergebnisses überprüfen.
Vertragsärztliche Versorgung	Unter diesem Begriff versteht man die ärztliche Versorgung der in den gesetzlichen Krankenkassen sowie bei den sonstigen Kostenträgern Versicherten durch die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Vertragsärzte (§ 73 SGB V).
Viruslast	Die Viruslast ist eine Messgröße, die die Stärke des Virusbefalls kennzeichnet und im Blut bestimmt wird.
Zeitreihe	In der Statistik ist eine Zeitreihe eine zeitabhängige Folge von Datenpunkten. Die Zeitreihenanalyse beschäftigt sich mit der mathematisch-statistischen Analyse von Zeitreihen und der Vorhersage (Trends) ihrer künftigen Entwicklung. Sie ist eine Spezialform der Regressionsanalyse.