

AMBULANTE KODIERRICHTLINIEN

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

Version 2010

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 diagnosengestütztes 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!

Einleitung

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 (morbiditätsbedingte 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 Ärztin-

nen 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 dieser 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 vaskulären Komplikationen	diese Kategorie (Viersteller) mit allen darunter klassifizierten Codes
J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	genau dieser dreistellige Code (endständiger Code)
I20.0	Instabile Angina pectoris	genau dieser vierstellige Code (endständiger Code)
I50.13	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung	genau dieser fünfstellige Code (endständiger Code)
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 Codes mit seinem Titel aus der ICD-10-GM abgebildet wird, sind Code 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.



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

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 stationersetzenden 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 9).

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.

A02

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.

A03**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 Code 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 ausgeheilter Meningokokken-Infektion behandelt.

Behandlungsdiagnosen:

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

A05

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

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.

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.

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**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.

Restklassen 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 Restklasse „Sonstige näher bezeichnete Krankheit ...“. Liegt eine solche Krankheit als Behandlungsdiagnose vor, ist der ICD-Kode für die Restklasse „Sonstige ...“ die treffendste Verschlüsselung.

Neben der Restklasse für „Sonstige ...“ gibt es noch die Restklasse „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 Restklassen haben klassifikatorisch den Sinn, alle Krankheiten in allen Verschlüsselungssituationen kodierbar zu machen. Die Restklassen 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 Restklasse I99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems nicht auszuwählen, um die Behandlungsdiagnose

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.

Linksherzinsuffizienz, NYHA Stadium II abzubilden. Richtig ist hier:
I50.12 Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung.

A07

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).

A07

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:

150.12	G	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
J20.2	G	Akute Bronchitis durch Streptokokken
150.13	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 krankheitsspezifischen 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

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

DKR D012
Abschnitt 1
Beispiele teilweise ge-
ändert bzw. ergänzt

Schlüsselnummern für die Ätiologie (zugrunde liegende Ursache) Ende durch das Kreuz-Symbol (†) und ICD-Schlüsselnummern 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 ausgeheil-ter 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.

A08**Beispiel 5****A54.8 Sonstige Gonokokkeninfektionen**

Endokarditis† (I39.8*)	durch Gonokokken
Hautläsionen	
Hirnabszess† (G07*)	
Meningitis† (G01*)	
Myokarditis† (I41.0*)	
Perikarditis† (I32.0*)	
Peritonitis† (K67.1*)	
Pneumonie† (J17.0*)	

Sepsis

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 Stoffwechselkrankheiten (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

DKR D010

Geändertes Beispiel

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 eingrückten 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

A10

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

DKR D013

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

Formale Vereinbarungen der ICD-10-GM sind für die Kodierung 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

A10

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 beeinflusst 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.

A10**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 Schädigung des Steißbeins Traumatische Symphysensprengung	unter der Geburt
--	------------------

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“.

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

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“ 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

A10

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 Code (z.B. „9“-Code, „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*.

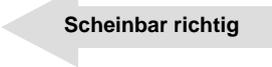
DKR D014

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
 - – – Influzavirus 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 Code J15.9 Bakterielle Bronchopneumonie zu verwenden, sondern durch Rückgriff auf die Systematik der Code J15.0 Pneumonie durch *Klebsiella pneumoniae* als der treffendste Code 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