

ALLE REGELN AUF EINEN BLICK – WEGWEISER AMBULANTE KODIERRICHTLINIEN

Teil A: Allgemeine Kodierrichtlinien A 01 bis A 11

| Richtlinie | Was steht drin? | |
|------------|---|--|
| A01 | Vorrangregel | Spezielle Kodierrichtlinien VOR Allgemeine Kodierrichtlinien VOR Regeln der ICD-10-GM |
| | Geltungsbereich | Kodierrichtlinien gelten für alle Leistungen, die ambulant und belegärztlich zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden. |
| | Verantwortlichkeit | Für die sachgerechte Kodierung ist der Arzt/Psychotherapeut verantwortlich, der den Patienten behandelt hat, unabhängig davon, ob er oder eine beauftragte Person die Kodierung vornimmt. |
| A02 | Befreiung von der Kodierpflicht | Radiologen, Zytologen, Pathologen, Nuklearmediziner und Labormediziner im Rahmen von Auftragsleistungen |
| | Behandlungsdiagnosen | Sind Diagnosen, für die im abzurechnenden Quartal GKV-Leistungen erbracht wurden oder die im Zusammenhang mit erbrachten Leistungen stehen. Dazu zählen auch Beratungen, Überweisungen und Verordnungen. |
| | Nicht zu kodierende Diagnosen | <ul style="list-style-type: none"> ■ Anamnestische Diagnosen ohne Leistungsbezug im abzurechnenden Quartal ■ Abnorme Befunde ohne weiterführende Diagnostik bzw. Therapie |
| | Dauerdiagnosen | Eine Übernahme von Diagnosen aus einem Quartal in ein nächstes darf nur erfolgen, wenn diese erneut die Definition einer Behandlungsdiagnose erfüllen. Dabei sind ggf. die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit zu aktualisieren. |
| | Anzahl und Reihenfolge der Kodierung | <ul style="list-style-type: none"> ■ Anzahl von Behandlungsdiagnosen sind nicht begrenzt, pro Behandlungsfall mindestens eine ■ für die mehrfache Behandlung eines Patienten wegen derselben Krankheit in einem Quartal genügt die einmalige Angabe des zugehörigen ICD-Kodes ■ Reihenfolge der Codes ist beliebig |
| A03 | Zusatzkennzeichen Diagnosesicherheit: „V, G, A, Z“ | <p>Zusatzkennzeichen zur Angabe der Diagnosesicherheit sind für jeden Code getrennt anzuwenden. Dies gilt auch für eine Mehrfachkodierung nach dem Kreuz-Stern-System und für die Ausrufezeichen-Kodes (Ausnahme: Ersatzkode UUU). Folgende Zusatzkennzeichen gibt es:</p> <p>„V“ = Verdachtsdiagnose (Diagnose kann weder gesichert noch ausgeschlossen werden)</p> <p>„G“ = gesicherte Diagnose (Diagnose kann nach den gültigen medizinisch-wissenschaftlichen Grundsätzen gesichert werden). Nicht endgültig gesicherte Diagnosen mit Therapie sind ebenfalls als gesicherte Behandlungsdiagnose anzugeben, wenn die Behandlung so spezifisch erfolgt, als wäre die Diagnose gesichert (z. B. Schweinegrippe ohne Test).</p> <p>„A“ = ausgeschlossene Diagnose (primäre Verdachtsdiagnose kann ausgeschlossen werden)</p> <p>„Z“ = Zustand nach der Diagnose, auch symptomlos (wenn die Diagnose nicht mehr besteht und auch keine krankheitsspezifische Diagnostik und/oder Therapie mehr erfolgt. Der Zustand nach dieser Diagnose hat aber eine Leistung verursacht, deshalb wird kodiert. Achtung: Enthält bereits der Titel der ICD-Schlüsselnummer die Information „Zustand nach...“ oder „Folgen...“ bzw. „Folgestände...“ einer früheren Erkrankung, so ist „Z“ nicht zu verwenden.)</p> |
| A04 | Rest- und Folgezustände (Residuen) | <p>Aktuelle Krankheiten, die als Rest- oder Folgezustände einer früheren Krankheit bestehen, werden auf zwei Arten verschlüsselt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ein Kode: Kode, der sowohl den aktuellen Krankheitszustand als auch die verursachende frühere Krankheit bzw. deren Behandlung enthält. ■ Zwei Kodes: ein Kode für den aktuellen Krankheitszustand und ein Kode, der nur die „Folgen“ oder „Folgestände“ einer früheren Erkrankung enthält. Achtung: Kodes, die die Folgen beschreiben, sind nicht alleine zu verwenden. |
| A05 | Zusatzkennzeichen Seitenlokalisierung: „R,L,B“ | <p>Die Angabe ist optional, aber empfehlenswert. Die Kennzeichen beziehen sich auf paarige Organe und Körperteile, nicht auf die Lokalisation innerhalb einzelner Organe.</p> <p>„R“ = rechts „L“ = links „B“ = beidseitig (kein „B“, wenn Schlüsselnummer bereits beidseitig enthält)</p> |

ALLE REGELN AUF EINEN BLICK – WEGWEISER AMBULANTE KODIERRICHTLINIEN

| Richtlinie | Was steht drin? |
|------------|--|
| A06 | <p>Vollständige und spezifische Kodierung</p> <p>Restklassen für seltene Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle Diagnosen, für die GKV-Leistungen erbracht werden, sind zu kodieren ▪ Auswahl einer möglichst präzisen ICD-Schlüsselnummer ▪ Auswahl einer endständigen Nummer bis zur maximale Kodiertiefe (fünfstellig); vierstellige Codes ausreichend in der hausärztlichen Versorgung, im organisierten Notfalldienst und in der fachärztlichen Versorgung für Diagnosen außerhalb des Fachgebietes <p>nur im Ausnahmefall anzugeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Codes für „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten“ ▪ Codes für „Nicht näher bezeichnete Krankheiten“ |
| A07 | <p>Behandlungsdiagnosen in besonderen Situationen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ abnorme Befunde sind nur dann anzugeben, wenn sie Anlass für weitere Maßnahmen sind ▪ Prävention/Gesundheitscheck/Vorsorgeuntersuchung/Screening/Früherkennung: Bei negativem Ergebnis sind Codes aus dem Kapitel XXI anzugeben (z. B. Z12.1 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung des Darmtraktes). ▪ Prophylaxe/Impfung: Als Behandlungsdiagnosen sind Codes aus dem Kapitel XXI anzugeben (z. B. Z25.1 Notwendigkeit der Impfung gegen Grippe). ▪ Rezidive: Mit spezifischem Rezidivkode oder wie die eigentliche Erkrankung verschlüsseln, nicht als „Zustand nach...“ ▪ Symptome sind in der Regel nicht zu kodieren, wenn die zugrunde liegende Krankheit bekannt ist (z. B. Schwellung bei einer Fraktur). ▪ Übernahme von Diagnosen von mitbehandelnden Ärzten und/oder aus dem stationären Bereich nur, wenn Definition der Behandlungsdiagnose erfüllt ist. ▪ Schweregrade einer Erkrankung sind zu kodieren ▪ Verordnung ohne Arzt-Patienten-Kontakt rechtfertigt immer die Angabe der gesicherten Behandlungsdiagnose; zusätzliche Angabe der ICD Z76.0 ▪ Behandlungsdiagnosen bei psychotherapeutischen Behandlungen sind in aller Regel mit ICD-Kodes aus dem Kapitel V (F00-F99) für die Abrechnung zu verschlüsseln, falls erforderlich können auch Codes für somatische Erkrankungen gemeldet werden. |
| A08 | <p>Mehrfachkodierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kreuz-Stern-System <ul style="list-style-type: none"> · Kreuz-Kode verschlüsselt die Ätiologie (Primärkode) · Stern-Kode * verschlüsselt die Manifestation (Sekundärkode) ▪ Ausrufezeichenkodes (Sekundärkodes) verschlüsseln Zusatzinformationen zum Primärkode; sie dürfen nicht allein stehen |
| A09 | <p>Kombinations-Schlüsselnummern</p> <p>Eine ICD-Schlüsselnummer für zwei gemeinsam auftretende Krankheiten, z.B. K80.00 Gallenblasenstein mit akuter Zystitis</p> |
| A10 | <p>Formale Vereinbarungen im systematischen ICD-10-GM</p> <p>Diese Richtlinie enthält Erläuterungen zu Begrifflichkeiten und Zeichen der ICD-10, z.B. Inklusiva (WHO), Exklusiva (WHO), „Mit“ in Titeln, runde Klammern „()“, senkrechter Strich „ “, ohne nähere Angabe „o. n. A.“.</p> |
| A11 | <p>Formale Vereinbarungen im alphabetischen ICD-10-GM</p> <p>Das alphabetische Verzeichnis der ICD-10-GM unterstützt die Kodierung nach dem systematischen Verzeichnis inkl. des Kreuz-Stern-Systems und der Zusatzkodes. Maßgeblich für die Kodierung ist stets das systematische Verzeichnis.</p> |

Teil B: Spezielle Kodierrichtlinien B0100 bis B2101

Der Teil B enthält 61 spezielle Kodierrichtlinien zu ausgewählten, besonders komplexen Krankheitsbildern. Die Gliederung ist identisch mit der ICD-10-GM. Die speziellen Richtlinien haben stets Vorrang, d. h.: Bei jeder Codesuche ist zu prüfen, ob eine spezielle Kodierrichtlinie vorliegt. Einige der Richtlinien enthalten bestimmte Mindestanforderungen, die zur Kodierung einer gesicherten Diagnose vorliegen müssen (Plausibilitätskriterien).

Anhang 1 bis 3

Der Anhang enthält Listen mit Codes für Rest- und Folgezustände, Ausrufezeichenkodes und Codes für Diagnosen, die zum klinischen Bild des diabetischen Fußsyndroms gehören.