



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

**ICD**

**RICHTIG KODIEREN**

**Ambulante Kodierrichtlinien**  
Informationen für die Praxis

## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

### Einführung

Oktober 2010

### Die Ambulanten Kodierrichtlinien kommen – Ein Überblick

Wie viele Patienten mit einem schweren Diabetes werden in Deutschland eigentlich ambulant behandelt? Nimmt die Zahl der ambulanten Krebstherapien zu? Solche Fragen sind zunehmend von Bedeutung, wenn es um die Sicherstellung und Finanzierung der ambulanten Medizin geht. Denn mit dem am 1. April 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber beschlossen, die Vergütung stärker an der Morbidität der Patienten auszurichten. Dafür sind valide Daten erforderlich. Gleichzeitig wurde der Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen auf eine morbiditätsorientierte Basis umgestellt („Morbi-RSA“), bei der den kodierten Diagnosen ebenfalls eine Schlüsselrolle zukommt.

#### Gesetzgeber fordert verbindliche Regel zum Kodieren

Grundlage für eine valide Messung der Krankheitshäufigkeit ist eine korrekte Verschlüsselung der Diagnosen. Um dies zu gewährleisten, hat der Gesetzgeber die Selbstverwaltung mit der Erstellung eines verbindlichen Regelwerkes (Ambulante Kodierrichtlinien) unter Federführung des Instituts des Bewertungsausschusses beauftragt. Klare, eindeutige Regeln sollen auch verhindern, dass die Kodiervorgaben je nach Interessenlage unterschiedlich ausgelegt werden können, um Geldströme zu steuern.

#### Buch mit sieben Siegeln – Seit zehn Jahren wird nach der ICD kodiert

Bereits seit zehn Jahren sind die Vertragsärzte und -psychotherapeuten gesetzlich verpflichtet, die Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen deutschen Fassung (ICD-10-GM) zu verschlüsseln. Die ICD-Klassifikation beinhaltet jedoch eine Vielzahl von Regeln, die teilweise schwer verständlich sind und Interpretationsspielraum lassen. Dies hat dazu geführt, dass die Kodierung nicht einheitlich und zum Teil ungenau und fehlerhaft erfolgt.

#### Kodierrichtlinien erläutern die ICD und sollen Verschlüsseln erleichtern

Die Ambulanten Kodierrichtlinien schaffen Klarheit. Sie erläutern die Regeln der ICD-10-GM. Sie engen die Interpretationsspielräume der ICD ein und sorgen für mehr Verbindlichkeit. Die Kodierrichtlinien helfen dem Arzt bzw. Psychotherapeuten dabei, Behandlungsdiagnosen so detailliert und spezifisch wie möglich zu verschlüsseln. Damit wird nicht nur die Morbidität der Patienten exakt abgebildet, sondern auch das Tätigkeitsspektrum der Praxis. Im stationären Bereich wurden entsprechende Regeln bereits vor einigen Jahren eingeführt.

Morbidität spielt bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen eine immer größere Rolle

Kodierte Diagnosen dienen der Messung von Morbidität

Kodierung bislang nicht verbindlich geregelt

Kodierrichtlinien erläutern die ICD-Regeln und engen Interpretationsspielräume ein



### Weitere Informationen zu den Ambulanten Kodierrichtlinien:

- Die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) treten ab 1. Januar 2011 bundesweit in Kraft. Zuvor wurden sie in rund 100 Praxen Bayerns getestet.
- Die AKR stellen das Kodieren nicht auf den Kopf. Die meisten Regeln bleiben erhalten, andere werden präzisiert. So wird weiterhin fünf- bzw. vierstellig kodiert, die Zusatzkennzeichen bleiben erhalten, auch die Mehrfachkodierung ist nicht neu. Die Codes der ICD-10-GM sind in der jeweils aktuellen Fassung nach wie vor gültig.
- Die Kodierrichtlinien erläutern die Regeln der ICD-10-GM. Sie engen die Interpretationsspielräume ein und sorgen für mehr Verbindlichkeit. Sie erleichtern den Ärzten und Psychotherapeuten damit das richtige Kodieren.
- Die AKR bestehen aus einem allgemeinen und einem speziellen Teil. Der allgemeine Teil enthält fachbereichsübergreifende Vorgaben zum Kodieren. Was ist eine Behandlungsdiagnose, welche Zusatzkennzeichen gibt es, wie wird bei einer Verordnung ohne Arzt-Patienten-Kontakt kodiert? Auf alle diese Fragen geben elf allgemeine Richtlinien (A01 bis A11) Antwort. Die speziellen Kodierrichtlinien enthalten ganz konkrete Regelungen für einige ausgewählte komplexe Krankheitsbilder. Insgesamt sind dort 61 Codebereiche dargestellt.
- Die AKR regeln ausschließlich die Kodierung im Zuge der Abrechnung. Die Dokumentation zu medizinischen Zwecken bleibt davon unberührt.
- Die AKR gelten für alle Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die ambulante und belegärztliche Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Sie sind im Kollektiv- und im Selektivvertrag verbindlich. Ausgenommen sind nur die nach § 115b SGB V im Krankenhaus durchgeführten ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffe.

### Auswirkung auf die Praxis: Kodierverhalten prüfen und ggf. anpassen

Zwar enthalten die Ambulanten Kodierrichtlinien keine grundsätzlichen Änderungen. Dafür aber geben sie genau vor, wie zu kodieren ist. Dies soll das Kodieren leichter machen. Doch gerade in der Einführungsphase wird die Umstellung für etliche Praxen einen zusätzlichen Aufwand bedeuten. Allein das Lesen der Richtlinien kostet Zeit. Die eigene Kodierpraxis muss überprüft und ggf. verändert werden.

### KBV und KVen unterstützen Ärzte beim richtigen Kodieren

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen die Ärzte und Psychotherapeuten bei der Einführung der Kodierrichtlinien mit Informations- und Beratungsangeboten. Auch die Praxissoftware wird entsprechend erweitert. So sind in jeder Software die Kodierrichtlinien hinterlegt und mit der ICD-10-GM verknüpft. Fehler werden künftig angezeigt.

Inkrafttreten  
01.01.2011

keine  
grundsätzlichen  
Änderungen

Richtlinien  
erläutern die  
Regeln der ICD

Richtlinien  
bestehen aus  
allgemeinem und  
speziellem Teil

nur für die  
Abrechnung,  
nicht für mediz.  
Dokumentation

Gelten für Ärzte  
und Psycho-  
therapeuten im  
Kollektiv- und  
Selektivvertrag

Sie finden die  
Ambulanten  
Kodierrichtlinien  
auf der KBV-  
Internetseite:  
[www.kbv.de](http://www.kbv.de)

## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

### Gute Gründe für richtiges Kodieren

Oktober 2010

#### Richtig kodieren – Morbidität sichtbar machen

Das Verschlüsseln von Diagnosen ist nicht ganz einfach. Die Ambulanten Kodierrichtlinien sollen jetzt das richtige Kodieren erleichtern und bundesweit vereinheitlichen. Warum der ganze Aufwand? Und was bringt das richtige Kodieren eigentlich? Wir haben für Sie einige Gründe zusammengestellt.

#### Gute Gründe für richtiges Kodieren

**Höhere Vergütung:** Es ist von immenser Bedeutung, dass die niedergelassenen Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten ihre Behandlungsdiagnosen richtig kodieren. Nur dann kann die Kassenärztliche Bundesvereinigung Veränderungen in der Morbidität gegenüber den Krankenkassen nachweisen, um die notwendigen finanziellen Mittel für die Versorgung der Versicherten einzufordern.

**Praxisprofil und Qualität wird transparenter:** Viele Leistungen sind heute pauschaliert, sodass über die Abrechnung nicht immer ersichtlich ist, was die einzelne Praxis alles leistet. Über die Kodierung der Behandlungsdiagnosen ist dies möglich. Je genauer der Arzt kodiert, desto besser wird die Morbidität der Patienten und damit der Leistungsumfang und die hohe Qualität der ärztlichen Tätigkeit abgebildet. Dies ist im Vergleich z. B. innerhalb der einzelnen Arztgruppen oder auch an den Schnittstellen zu den anderen Sektoren interessant.

**Mehr Zeit:** Weniger ist häufig mehr. Das gilt auch beim Kodieren. Durch richtiges Kodieren kann die Anzahl der Codes häufig reduziert werden. Also, wer einmal die Regeln beherrscht, spart Zeit und schafft Ordnung: Unnötige oder falsche Codes verstopfen nicht mehr das Praxisverwaltungssystem.

**Weniger Kassenanfragen:** Die Krankenkassen achten sehr genau darauf, welche Diagnosen die Ärzte kodieren. Wer unsauber kodiert, muss mit Kassenanfragen und Regressdrohungen, zum Beispiel zur Verordnung von Arzneimitteln, rechnen. Wer richtig kodiert, braucht davor weniger Angst zu haben.

**Hohe Qualität:** Richtiges Kodieren ist auch ein Zeichen für Qualität. Denn eine genaue Diagnoseverschlüsselung ist ebenso wichtig wie eine gut geführte Patientenakte. Dies erleichtert auch die Kommunikation mit Kollegen.

## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

### Hinweise zum Kodieren

Oktober 2010

### Hinweise zum Kodieren: Worauf Sie künftig besonders achten sollten

Die Ambulanten Kodierrichtlinien enthalten keine grundlegenden Änderungen. Das meiste ist bekannt und seit Jahren gängige Praxis. Doch es gibt einige neue Vorgaben, die ein Umdenken beim Kodieren erfordern. Wir stellen Ihnen nachfolgend die wichtigsten vor:

#### Definition Behandlungsdiagnose

Das nur Behandlungsdiagnosen verschlüsselt und mit der Abrechnung an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt werden, ist nicht neu. Jetzt aber ist genau festgelegt, was Behandlungsdiagnosen sind: Alle Diagnosen, für die der Arzt bzw. Psychotherapeut im abzurechnenden Quartal Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringt oder die im Zusammenhang mit erbrachten Leistungen stehen. Das kann eine Hypertonie sein, die regelmäßig behandelt wird. Das kann auch eine leichte Niereninsuffizienz sein, die bekannt und zurzeit nicht behandlungsbedürftig, nunmehr aber für die Verordnung eines ganz bestimmten Medikamentes von Bedeutung ist. Dann wird auch die Niereninsuffizienz mit ihrem ICD-Kode übermittelt.

Nicht zu übermitteln sind anamnestische Diagnosen ohne Leistungsbezug im abzurechnenden Quartal und abnorme Befunde (Zufallsbefunde) ohne weiterführende Diagnostik oder Therapie. Diagnosen, die im entsprechenden Quartal ausschließlich durch IGeLeistungen behandelt werden, sind keine Behandlungsdiagnosen und somit nicht zu übermitteln. Die Regelung dazu finden Sie in der Ambulanten Kodierrichtlinie A02.

#### Dauerdiagnosen

Dauerdiagnosen wurden als EDV-technische Unterstützung seit 2005 in den Praxisverwaltungssystemen etabliert, um Diagnosen aus einem Vorquartal in ein Folgequartal zu übernehmen. Nach den Kodierrichtlinien darf eine Übernahme von Diagnosen aber nur erfolgen, wenn diese erneut die Definition einer Behandlungsdiagnose erfüllen (s. Ambulante Kodierrichtlinie A02). Damit Sie weiterhin alle wichtigen Diagnosen in Ihrem Praxisverwaltungssystem speichern können, aber nicht bei jedem Kodieren alle sichten müssen, wurde die Praxissoftware entsprechend erweitert.

Was Sie tun müssen und wie die Anzeige und Übernahme von Dauerdiagnosen funktioniert, haben wir für Sie in der Praxisinformation zum Thema „Dauerdiagnosen“ zusammengestellt.

nur Behandlungsdiagnosen werden kodiert und übermittelt

Diagnosen ohne Leistungsbezug werden nicht kodiert und übermittelt

Dauerdiagnosen werden nur übermittelt, wenn Leistungen erbracht wurden

Info-Tipp: Praxisinformation zum Thema „Dauerdiagnosen“



### Vollständiges und spezifisches Kodieren

Alle Diagnosen, die im jeweiligen Quartal die Definition der Behandlungsdiagnose erfüllen, sind mit der ICD-10-GM zu kodieren. Um die Morbidität möglichst realistisch abzubilden, ist es wichtig, dass Sie eine präzise ICD-Schlüsselnummer auswählen. Je nachdem, wie detailliert Ihnen die vorliegende Behandlungsdiagnose bekannt ist, wählen sie den Code, der die Diagnose am besten beschreibt. (s. Ambulante Kodierrichtlinie A06)

Beispiel: 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.

### Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit

Zusatzkennzeichen zur Angabe der Diagnosesicherheit sind Pflicht. Prüfen Sie deshalb stets, ob Sie für *jeden* ICD-Code auch das zutreffende Kennzeichen ausgewählt haben: „V“ = Verdachtsdiagnose, „G“ = gesicherte Diagnose, „A“ = ausgeschlossene Diagnose und „Z“ = Zustand nach. Sollten Sie eine Dauerdiagnose aus dem Vorquartal in das Folgequartal übernehmen, prüfen Sie auch, ob das Zusatzkennzeichen noch zutreffend ist oder ggf. geändert werden muss.

### Achtung: Feste Vorgaben bei „Zustand nach...“

#### „Z“ oder „G“?

Ist eine Behandlungsdiagnose noch akut oder liegt bereits ein „Zustand nach“ vor? Nehme ich dann das Zusatzkennzeichen „Z“ oder gibt es in der ICD-10-GM einen spezifischen Code für die verbleibende Krankheitssituation? Diese Fragen spielen bei Infektionskrankheiten oder chronischen Erkrankungen wie Schlaganfall, Herzinfarkt und Tumor eine Rolle.

#### „Zustand nach“ oder geht es anders?

- Z. n. Hepatitis (B16.0 Z) oder aber Keimträger der Virushepatitis (Z22.5 G)?
- Z. n. Hirnblutung (I61.9 Z) oder aber Folgen einer intrazerebralen Blutung (I69.1 G)?
- Z. n. Vorderwandinfarkt vor 8 Monaten (I21.0 Z) oder aber Alter Myokardinfarkt (I25.21 G)?
- Z. n. Mammakarzinom oben außen (C50.4 Z) oder aber Bösartige Neubildung der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Z85.3 G)?

Auswahl des Codes anhand der vorliegenden Krankheitsinformationen

Für jeden Code ein Zusatzkennzeichen

Bei Übernahme von Dauerdiagnosen Zusatzkennzeichen prüfen

Bei „Zustand nach“ einer Erkrankung ICD auf spezifische Codes prüfen



Dabei ist Folgendes zu beachten:

- Gibt es einen spezifischen Kode für die verbleibende Krankheitssituation, z. B. „Rest- oder Folgezustände“ einer früheren Erkrankung, dann nehmen Sie diesen. Der Kode erhält das Zusatzkennzeichen „G“ (nicht „Z“).

Beispiel: Ein Patient wird wegen einer rechtsseitigen spastischen Hemiplegie aufgrund eines früheren Schlaganfalls behandelt. Behandlungsdiagnosen: Spastische Hemiparese und Hemiplegie (G81.1 G) und Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet (I69.4 G).

- Gibt es in der ICD-10-GM keinen Kode, der die verbleibende Krankheitssituation sachgerecht beschreibt, dann wählen Sie weiterhin den ICD-Kode für die akute Erkrankung aus. Der Kode erhält das Zusatzkennzeichen „Z“.

Beispiel: Bei zurückliegender akuter obstruktiver Laryngitis (Krupp) werden die Eltern bei einem erneuten fieberhaften Infekt der oberen Luftwege über die Frühsymptome eines Krupps beraten. Behandlungsdiagnosen: Sonstige akute Infektionen an mehreren Lokalisationen der oberen Atemwege (J06.8 G) und Akute obstruktive Laryngitis [Krupp] (J05.0 Z).

Spezifische Codes für verbleibende Krankheitszustand erhalten Zusatzkennzeichen „G“

### Anamnestische Angaben eines „Zustand nach...“ werden nicht kodiert

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.

## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

### Dauerdiagnosen

Oktober 2010

### Dauerdiagnosen werden nicht mehr automatisch in das Folgequartal übertragen – Was müssen Sie tun?

Die Penicillin-Allergie, der Herzinfarkt vor zehn Jahren, der Bluthochdruck, der regelmäßig kontrolliert und behandelt wird, die akute Gastritis – alle über 40 Diagnosen von Herrn Fröhlich hat Dr. Mustermann in seinem Praxisverwaltungssystem gespeichert. Jedes Quartal wandern sie automatisch in die Abrechnung des Folgequartals. Das ist ab 1. Januar 2011 nicht mehr möglich. Denn die Ambulanten Kodierrichtlinien legen eindeutig fest, dass im Rahmen der Abrechnung nur Diagnosen zu übermitteln sind, für die auch Leistungen erbracht wurden (Behandlungsdiagnosen).

Nur Behandlungsdiagnosen werden kodiert und übermittelt

### Leistung macht eine Dauerdiagnose zur Behandlungsdiagnose

Behandlungsdiagnosen sind Diagnosen, für die der Arzt bzw. Psychotherapeut im abzurechnenden Quartal Leistungen erbracht hat oder die im Zusammenhang mit erbrachten Leistungen stehen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden. Dies können Akut- und Dauerdiagnosen sein, die einen Bezug zu den erbrachten Leistungen (Untersuchung, Verordnung etc.) haben. So wird Dr. Mustermann bei einer akuten Gastritis auch den Bluthochdruck kodieren. Die Penicillin-Allergie für dieses Quartal hingegen nicht.

Definition Behandlungsdiagnose

### Keine automatische Übertragung der Diagnosen bei Quartalswechsel

Eine Übertragung von Dauerdiagnosen in das Folgequartal ist nach wie vor möglich. Allerdings erfolgt die Übernahme nicht mehr automatisch durch das Praxisverwaltungssystem (PVS). Stattdessen unterstützt Sie Ihre Software bei der gezielten Auswahl und Übernahme als Behandlungsdiagnosen.

Übertragung weiterhin möglich, aber nicht mehr automatisch

### Ihre Aufgabe: Diagnosen einmal sortieren

Sollten Sie bislang die Dauerdiagnosen Ihrer Patienten stets von Quartal zu Quartal automatisch übertragen haben, dann müssen Sie jetzt „aufräumen“ und einmal alle Diagnosen sichten und ggf. sortieren in:

Zwei Töpfe für Ihre Diagnosen

- Dauerdiagnosen, die regelhaft behandlungsrelevant sind, und
- Dauerdiagnosen, die nicht regelhaft behandlungsrelevant sind (anamnestische Diagnosen).

### Warum ist es erforderlich, dass Sie Ihre Diagnosen sortieren?

Ihr Praxisverwaltungssystem bietet Ihnen künftig zwei unterschiedliche Grade der Automatisierung bei der Übertragung der Diagnosen an:



## Thema: Dauerdiagnosen

- Alle Diagnosen, die Sie im Topf „Dauerdiagnosen, die regelhaft behandlungsrelevant sind“ speichern, können Sie jedes Quartal ohne großen Aufwand in die aktuelle Abrechnung übernehmen. Dazu brauchen Sie nur das Feld „Übernahme“ anklicken. Wollen Sie eine oder mehrere Dauerdiagnose(n) mal nicht übernehmen, können Sie diese einzeln abwählen. Sie gehen nicht verloren, sie bleiben weiterhin gespeichert.
- Eine Übernahme anamnestischer Diagnosen in die Abrechnung ist nur einzeln möglich. War z. B. die Penicillin-Allergie in dem jeweiligen Quartal behandlungsrelevant, dann kennzeichnen Sie diese. Die Diagnose wird dann mit dem jeweiligen Kode in die Abrechnung übernommen.

Dauerdiagnosen, die behandlungsrelevant sind, können komplett übernommen werden

Anamnestische Diagnosen werden einzeln ausgewählt

### Was müssen Sie tun?

Mit Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien werden alle bisherigen Dauerdiagnosen initial als anamnestische Diagnosen gespeichert. Ihre Aufgabe ist es, einmal alle anamnestischen Diagnosen zu sichten und festzulegen, welche der Diagnosen in den Topf „Dauerdiagnosen, die regelhaft behandlungsrelevant sind“ übernommen werden sollen. Die restlichen anamnestischen Diagnosen werden ebenfalls gespeichert. Sie gehen nicht verloren.

Dauerdiagnosen auswählen

Übernehmen Sie nur die Diagnosen in den Dauerdiagnosen-Topf, für die Sie auch regelmäßig Leistungen erbringen. Ansonsten müssen Sie beim Kodieren zu viele Diagnosen einzeln abwählen.

### Wann sollten Sie Ihre Diagnosen sortieren?

Nach Aktivierung der Ambulanten Kodierrichtlinien in Ihrer Software können Sie starten. Den Zeitpunkt legen Sie fest: Sie können die Diagnosen ordnen, bevor Ihre Patienten das erste Mal nach Einführung der Kodierrichtlinien in die Praxis kommen oder während bzw. nach ihrem ersten Besuch. Möglich ist die Selektion der Diagnosen auch noch kurz vor Abgabe der Quartalsabrechnung. Allerdings können Sie das „Aufräumen“ dann nicht mehr verschieben.

Wann Dauerdiagnosen sortieren?

Beachten Sie, dass in der Praxissoftware die Funktion zum Sortieren der Diagnosen in der Regel erst mit Start der Kodierrichtlinien am 1. Januar 2011 (für die Testärzte ab 1. Juli 2010) zur Verfügung steht. Sie sollten deshalb vor diesem Termin nur prüfen, ob die ICD-Kodes stimmen, die Zusatzkennzeichen korrekt sind oder einige Diagnosen gelöscht werden können.

### Fazit

- Sie können auch künftig Dauerdiagnosen in das Folgequartal übernehmen, allerdings nicht mehr automatisch.
- Sie müssen einmal Ihre gespeicherten Diagnosen sortieren.
- Sie können die Diagnosen nach und nach sortieren.
- Die Diagnosen-Töpfe sind dynamisch; d.h.: Sie können jederzeit eine Diagnose aus dem Topf „Dauerdiagnosen“ in den Topf „anamnestische Diagnosen“ schieben und umgekehrt.
- Es gehen keine Diagnosen verloren.

## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

### Praxis-EDV

Oktober 2010

### Leichter kodieren – So unterstützt Sie Ihre Software

Ihre Praxissoftware unterstützt Sie beim Kodieren: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat mit den Herstellern der Praxisverwaltungssysteme (PVS) vereinbart, dass die Praxissoftware um diverse Serviceleistungen zum Kodieren erweitert wird. Damit lassen sich die Ambulanten Kodierrichtlinien einfacher in den Praxisalltag integrieren. Die Anbieter sind verpflichtet, bestimmte Funktionalitäten in ihre Produkte zu implementieren und diese Ihnen über ein Software-Update zur Verfügung zu stellen. Ist die Integration in Ihr PVS nicht möglich, steht der „Kodierassistent“ der KBV als separate Software zur Anbindung an Ihr System bereit.

#### Ihre Software bietet u. a. folgende Serviceleistungen:

- Sie erhalten mit der Software die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) als elektronische Version zur Verfügung gestellt.
- Sie können sich beim Kodieren zum gewählten ICD-Kode den betreffenden Abschnitt in den Kodierrichtlinien anzeigen lassen. Dies erspart langes Suchen nach der passenden Textpassage.
- Während des laufenden Kodiervorgangs können Sie sich eine Rückmeldung zum gewählten Code geben lassen mit speziellen Informationen:
  - zur AKR-Konformität der gewählten Kodierung
  - zu spezifischeren ICD-Kodes
  - zur Verknüpfung von Code und Diagnosezusatzkennzeichen
  - zur Plausibilität von Diagnosecode und Gebührenordnungsposition (GOP)
- Die Rückmeldungen informieren Sie über „Was ist oder könnte falsch sein?“ und geben eine Handlungsanweisung „Was ist zu tun?“.
- Bei den Rückmeldungen wird zwischen Hinweisen, bei denen die Kodierung je nach Sachverhalt ggf. anzupassen ist, und Fehlern unterschieden. Achtung: Angezeigte Fehler müssen Sie beheben, da diese Auswirkungen auf Ihre Abrechnung haben.

#### Weitere Unterstützung: ICD-10-Browser auf der KBV-Homepage

Bei der Auswahl des passenden ICD-Kodes kann auch der ICD-10-Browser auf der KBV-Homepage ([www.kbv.de](http://www.kbv.de)) helfen. Er enthält eine Freitextsuche in medizinischem Sprachgebrauch inklusive aller Hinweise und Querverweise der ICD-10-GM sowie - jetzt neu - der Ambulanten Kodierrichtlinien.

Software wird um Serviceleistungen zum Kodieren erweitert

Kodierrichtlinien enthalten

Verknüpfung ICD mit AKR

Anzeige von Hinweisen zum Kodieren

Anzeige von Fehlern mit Handlungsanweisung

ICD-10-Browser hilft bei Codesuche

## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

### Checkliste Vorbereitung

Oktober 2010

#### Checkliste: Wie Sie sich vorbereiten können

Auch wenn die Ambulanten Kodierrichtlinien das Kodieren erleichtern, es bedeutet erst einmal zusätzliche Arbeit. Doch keine Panik: Es ist nicht so schlimm, wie es auf dem ersten Blick erscheint. Die meisten Regeln dürften Ihnen bekannt und längst vertraut sein. Um den Aufwand möglichst gering zu halten, haben wir für Sie einige Punkte zusammengetragen, die Ihnen bei der Vorbereitung helfen sollen.

#### Was Sie vor der Einführung der Kodierrichtlinien tun können

1. Besorgen Sie sich die aktuell gültigen Ambulanten Kodierrichtlinien (im Internet unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de)).
2. Lesen Sie die Kodierrichtlinien.
3. Viele Kassenärztliche Vereinigungen bieten Einführungsveranstaltungen an. Besuchen Sie eventuell eine solche Schulung oder besorgen Sie sich weitere Informationsmaterialien (auch unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de)).
4. Die Softwarehersteller sind verpflichtet, bestimmte Funktionalitäten in die Programme einzubauen, die Ihnen das Kodieren erleichtern sollen. Auch die Kodierrichtlinien bekommen Sie mit der Software kostenfrei zur Verfügung gestellt. Erkundigen Sie sich, wann die neue Software installiert sein wird.
5. Fragen Sie ggf. beim Softwarehersteller auch nach, ob er eventuell zusätzliche Unterstützungsangebote, zum Beispiel zum Sortieren der Dauerdiagnosen, bereithält.
6. Sie können bereits vor Einführung der Kodierrichtlinien damit beginnen, Ihre Dauerdiagnosen zu überprüfen: Stimmen die Codes, sind die Zusatzkennzeichen richtig oder können einige Diagnosen gelöscht werden? Dies erleichtert Ihnen später das Sortieren der Dauerdiagnosen auf Ihrem Praxis-Computer.

Aktuelle  
Kodierrichtlinien  
unter: [www.kbv.de](http://www.kbv.de)

Schulungs- und  
Informationsange-  
bote nutzen

Software-  
hersteller  
ansprechen

Dauerdiagnosen  
kontrollieren

#### Wo gibt es weitere Informationen?

Im Dezember bringt die KBV ein Informationsheft mit weiteren Hinweisen und Tipps zum Kodieren heraus, das Sie mit dem Deutschen Ärzteblatt bzw. der PP-Ausgabe für Psychotherapeuten als Beilage erhalten. Das Deutsche Ärzteblatt wird außerdem ab Januar 2011 regelmäßig Kodierbeispiele veröffentlichen. Die KBV wird ihre Informationen im Internet ([www.kbv.de](http://www.kbv.de)) laufend aktualisieren. Auch die Kassenärztlichen Vereinigungen halten Informationen bereit.

## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

### Checkliste: Kodierablauf

Oktober 2010

### Checkliste zum Kodieren: 5 Schritte zum richtigen Kode

Welche Diagnosen werden nach den Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) wie kodiert? Was ist zu beachten? Wir haben für Sie eine Checkliste erstellt mit allen wichtigen Punkten, die Sie beim Verschlüsseln von Diagnosen beachten sollten:

#### Schritt 1: Sichten der medizinischen Dokumentation

Sie haben den Patienten behandelt und Ihre medizinische Dokumentation in der Patientenakte beendet. Nun sichten Sie die anamnestischen Angaben, Befunde (inkl. vorliegender Fremdbefunde) und Diagnosen und prüfen, welche im aktuellen Quartal einen Behandlungsanlass ausgemacht haben.

#### Schritt 2: Auswahl der Behandlungsdiagnosen

Wählen Sie nun die Diagnosen aus, die die Definition der Behandlungsdiagnose erfüllen. Nur diese Diagnosen werden für die Abrechnung verschlüsselt (s. Ambulante Kodierrichtlinie A02).

Definition: Behandlungsdiagnosen sind Diagnosen, für die Sie im abzurechnenden Quartal Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht haben oder die im Zusammenhang mit erbrachten Leistungen stehen. Unter Leistungen sind alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung verankert sind (auch Überweisungen und Verordnungen) zu verstehen. Nicht zu übermitteln sind anamnestische Diagnosen ohne Leistungsbezug sowie abnorme Befunde ohne weiterführende Diagnostik bzw. Therapie.

#### Schritt 3: Sichten von Kodiervorgaben

Bevor Sie einen ICD-Kode auswählen, prüfen Sie, ob es für die Behandlungsdiagnose eventuell besondere Kodiervorgaben in den Kodierrichtlinien oder in der ICD gibt. Wenn ja, müssen Sie diese berücksichtigen. Beachten Sie dabei die Vorrangregel: Die speziellen Kodierrichtlinien gelten vor den allgemeinen Kodierrichtlinien, die allgemeinen vor den Regeln der ICD-10-GM. Deshalb gehen Sie am besten wie folgt vor:

##### a) Gibt es eine spezielle Kodierrichtlinie?

Zuerst prüfen Sie, ob es für die Behandlungsdiagnose eine spezielle Kodierrichtlinie gibt. Wenn ja, müssen Sie diese bei der Kodeauswahl beachten.

##### b) Gibt es Regeln für besondere Behandlungssituationen?

Gibt es keine spezielle Kodierrichtlinie, prüfen Sie, ob es sich um eine „Be-

Diagnosen prüfen

Definition  
Behandlungsdiagnose erfüllt?

Gibt es  
besondere  
Kodiervorgaben?

Vorrangregel  
beachten:  
erst spezielle,  
dann allgemeine  
Kodierrichtlinien,  
dann ICD-10-GM

handlungsdiagnose in besonderen Situationen“ handelt. Dazu nutzen Sie die allgemeinen Kodierrichtlinien (Richtlinie A07). Handelt es sich um eine besondere Behandlungsdiagnose, dann sind die entsprechenden Kodierempfehlungen zu beachten.

„Behandlungsdiagnosen in besonderen Situationen“ und ihre Regelungen:

- Abnorme Befunde sind nur dann anzugeben, wenn sie Anlass für weitere Maßnahmen sind.
- Prävention/Gesundheitscheck/Screening/Früherkennung/Vorsorgeuntersuchung: 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 einem spezifischen Rezidivkode oder wie die eigentliche Erkrankung verschlüsseln, nicht als „Zustand nach...“ kodieren.
- 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 die Definition der Behandlungsdiagnose erfüllt ist.
- Schweregrade einer Erkrankung sind zu kodieren.
- Verordnung ohne Arzt-Patienten-Kontakt rechtfertigt 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.

### c) Gibt es spezielle ICD-Regeln?

Geben die Kodierrichtlinien keine speziellen Regeln vor, dann prüfen Sie, ob die ICD-10-GM eventuell Anweisungen zur Verschlüsselung enthält, z. B. zur Mehrfachkodierung (s. auch Richtlinie A08). Wenn ja, berücksichtigen Sie diese beim Kodieren. Mit solchen Mehrfachcodes wird ein höherer Behandlungsaufwand abgebildet.

Regelung zur Mehrfachkodierung:

- Kreuz-Stern-System: Kreuz-Kode (Primärkode) verschlüsselt die Ätiologie, Stern-Kode (Sekundärkode) verschlüsselt die Manifestation.
- Ausrufezeichenkode: Dieser Sekundärkode fügt einer Diagnose (Primärkode) weitere relevante Informationen u. a. zum Schweregrad einer Erkrankung hinzu. Aber: Sind diese Zusatzinformationen bereits

Regelungen für  
“besondere  
Situationen” wie  
Früherkennung,  
Symptome und  
Rezidive

Liste der !-Kodes  
im Anhang der  
Kodierrichtlinien



## Thema: Checkliste Kodierablauf

im Titel eines Primärkodes enthalten, dann entfällt der Sekundärkode.

### Schritt 4: Auswahl des ICD-Kodes

Unter Berücksichtigung der im Schritt 3 gefundenen Kodiervorgaben, wählen Sie für jede Behandlungsdiagnose (mindestens) einen spezifischen Kode aus, der die Behandlung am besten abbildet. Bitte denken Sie daran: Auch ohne spezielle Kodiervorgaben ist jede Behandlungsdiagnose mit einer möglichst präzisen ICD-Schlüsselnummer zu versehen.

### Schritt 5: Vergabe von Zusatzkennzeichen

Sie haben für jede Behandlungsdiagnose mindestens einen Kode ausgewählt. Jetzt geben Sie *jedem* Kode ein Zusatzkennzeichen, um die Diagnosesicherheit zu kennzeichnen. Folgende Zusatzkennzeichen gibt es:

- „V“ = Verdachtsdiagnose (Diagnose kann weder gesichert noch ausgeschlossen werden)
- „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).

- „A“ = ausgeschlossene Diagnose (primäre Verdachtsdiagnose kann ausgeschlossen werden)
- „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 aber eine Leistung verursacht hat, die zu kodieren ist).

Achtung: Enthält bereits der Titel der ICD-Schlüsselnummer die Information „Zustand nach...“ oder „Folgen...“ bzw. „Folgezustände...“ einer früheren Erkrankung, so ist das „Z“ nicht zu verwenden.

Es gibt außerdem Zusatzkennzeichen zur Seitenlokalisierung:

- „R“ = rechts
- „L“ = links
- „B“ = beidseitig

Die Kennzeichen beziehen sich auf paarige Organe und Körperteile, nicht auf die Lokalisation innerhalb einzelner Organe. Die Angabe ist optional, aber empfehlenswert.

Hinweis: Wenn Sie mit dem Kodieren fertig sind, kontrollieren Sie kurz noch einmal, ob die ausgewählten Codes die Diagnostik- und Therapiemaßnahmen richtig abbilden, die Sie bei Ihrem Patienten durchgeführt haben.

Für jede  
Behandlungsdiag-  
nose spezifischen  
Kode auswählen

Kennzeichnung  
der Diagnose-  
sicherheit ist  
Pflicht

Kennzeichnung  
der Seiten-  
lokalisierung  
ist Kür

## 5 SCHRITTE

## BEISPIEL

Sichten der  
medizinischen  
Dokumentation

Medizinische Dokumentation ist erfolgt; vorhandene Diagnosen, Befunde, anamnestische Daten hinsichtlich der Kodierung sichten

Patient kommt zur präventiven Koloskopie in die Praxis. Der Befund ist unauffällig. Bei bekanntem Diabetes mellitus und Exophthalmus bei Basedow wird eine Laborbestimmung durchgeführt. Als einzige Voroperation liegt eine Tonsillektomie in der Kindheit vor.

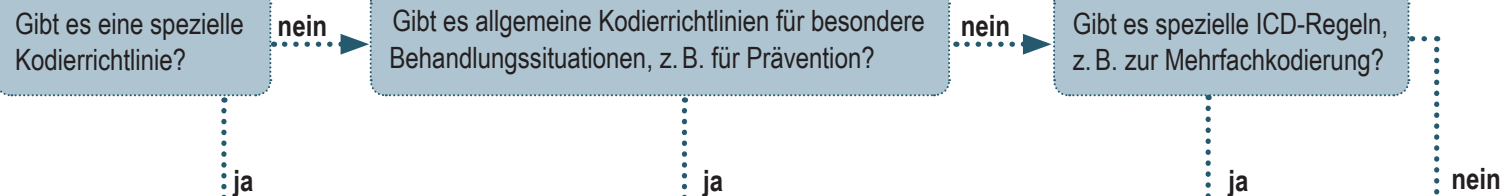
Auswahl der  
Behandlungs-  
diagnosen

Ist die Definition der Behandlungsdiagnose erfüllt? nein → keine Kodierung

Behandlungsdiagnosen:  
Diabetes mellitus  
präventive Koloskopie  
Exophthalmus bei Morbus Basedow

Keine Behandlungsdiagnose:  
Chronische Tonsillitis

Sichten von  
Kodiervorgaben



Diabetes mellitus:  
Spezielle Kodierrichtlinie B0402

Präventive Koloskopie:  
Allgemeine Kodierrichtlinie A07 Behandlungsdiagnosen in besonderen Situationen; hier Prävention

Exophthalmus bei Basedow:  
ICD-Regel zur Mehrfachkodierung nach Kreuz-Stern-Systematik

Auswahl der  
ICD-Kodes

Für jede Behandlungsdiagnose mindestens einen spezifischen ICD-Code (nach jeweiliger Vorgabe) auswählen

Das sind die ICD-10-GM-Kodes:  
E11.90 Diabetes mellitus ohne Komplikationen  
Z12.1 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung im Darmtrakt  
E05.0 Hyperthyreose mit diffuser Struma  
H06.2\* Exophthalmus bei Funktionsstörung der Schilddrüse

Vergabe von  
Zusatzkenn-  
zeichen

Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit vergeben: V=Verdacht A=Ausgeschlossen G=Gesichert Z=Zustand nach

*optional:*  
Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung vergeben: R=Rechts, L=Links, B=Beidseits

Das sind die ICD-Kodes mit Zusatzkennzeichen:  
E11.90 G  
Z12.1 G  
E05.0 G  
H06.2\* G B

## ALLE REGELN AUF EINEN BLICK – WEGWEISER AMBULANTE KODIERRICHTLINIEN

## Teil A: Allgemeine Kodierrichtlinien A 01 bis A 11

Richtlinie	Was steht drin?	
<b>A01</b>	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.
<b>A02</b>	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"> <li>■ Anamnestische Diagnosen ohne Leistungsbezug im abzurechnenden Quartal</li> <li>■ Abnorme Befunde ohne weiterführende Diagnostik bzw. Therapie</li> </ul>
	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"> <li>■ Anzahl von Behandlungsdiagnosen sind nicht begrenzt, pro Behandlungsfall mindestens eine</li> <li>■ für die mehrfache Behandlung eines Patienten wegen derselben Krankheit in einem Quartal genügt die einmalige Angabe des zugehörigen ICD-Kodes</li> <li>■ Reihenfolge der Codes ist beliebig</li> </ul>
<b>A03</b>	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. „Folgezustände...“ einer früheren Erkrankung, so ist „Z“ nicht zu verwenden.)</p>
<b>A04</b>	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"> <li>■ Ein Kode: Kode, der sowohl den aktuellen Krankheitszustand als auch die verursachende frühere Krankheit bzw. deren Behandlung enthält.</li> <li>■ Zwei Codes: ein Kode für den aktuellen Krankheitszustand und ein Kode, der nur die „Folgen“ oder „Folgezustände“ einer früheren Erkrankung enthält. Achtung: Codes, die die Folgen beschreiben, sind nicht alleine zu verwenden.</li> </ul>
<b>A05</b>	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?
<b>A06</b>	<p>Vollständige und spezifische Kodierung</p> <p>Restklassen für seltene Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle Diagnosen, für die GKV-Leistungen erbracht werden, sind zu kodieren</li> <li>▪ Auswahl einer möglichst präzisen ICD-Schlüsselnummer</li> <li>▪ 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</li> </ul> <p>nur im Ausnahmefall anzugeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Codes für „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten“</li> <li>▪ Codes für „Nicht näher bezeichnete Krankheiten“</li> </ul>
<b>A07</b>	<p>Behandlungsdiagnosen in besonderen Situationen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ abnorme Befunde sind nur dann anzugeben, wenn sie Anlass für weitere Maßnahmen sind</li> <li>▪ 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).</li> <li>▪ Prophylaxe/Impfung: Als Behandlungsdiagnosen sind Codes aus dem Kapitel XXI anzugeben (z. B. Z25.1 Notwendigkeit der Impfung gegen Grippe).</li> <li>▪ Rezidive: Mit spezifischem Rezidivkode oder wie die eigentliche Erkrankung verschlüsseln, nicht als „Zustand nach...“</li> <li>▪ Symptome sind in der Regel nicht zu kodieren, wenn die zugrunde liegende Krankheit bekannt ist (z. B. Schwellung bei einer Fraktur).</li> <li>▪ Übernahme von Diagnosen von mitbehandelnden Ärzten und/oder aus dem stationären Bereich nur, wenn Definition der Behandlungsdiagnose erfüllt ist.</li> <li>▪ Schweregrade einer Erkrankung sind zu kodieren</li> <li>▪ Verordnung ohne Arzt-Patienten-Kontakt rechtfertigt immer die Angabe der gesicherten Behandlungsdiagnose; zusätzliche Angabe der ICD Z76.0</li> <li>▪ 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.</li> </ul>
<b>A08</b>	<p>Mehrfachkodierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kreuz-Stern-System <ul style="list-style-type: none"> <li>· Kreuz-Kode verschlüsselt die Ätiologie (Primärkode)</li> <li>· Stern-Kode * verschlüsselt die Manifestation (Sekundärkode)</li> </ul> </li> <li>▪ Ausrufezeichenkodes (Sekundärkodes) verschlüsseln Zusatzinformationen zum Primärkode; sie dürfen nicht allein stehen</li> </ul>
<b>A09</b>	<p>Kombinations-Schlüsselnummern</p> <p>Eine ICD-Schlüsselnummer für zwei gemeinsam auftretende Krankheiten, z.B. K80.00 Gallenblasenstein mit akuter Zystitis</p>
<b>A10</b>	<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>
<b>A11</b>	<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.

## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

### Fragen und Antworten

Oktober 2010

### Fragen und Antworten zum richtigen Kodieren

Richtig kodieren wird immer wichtiger. Nur wenn die Ärzte und Psychotherapeuten ihre Diagnosen korrekt verschlüsseln, lassen sich Veränderungen in der Morbidität gegenüber den Kassen nachweisen, um die notwendigen finanziellen Mittel für die Versorgung der Versicherten zu erhalten. Wer die Kodierregeln einmal beherrscht, wird merken, es ist gar nicht so schwer. Wir haben für Sie häufige Fragen und Antworten zusammengestellt.

#### Warum werden die Ambulanten Kodierrichtlinien überhaupt eingeführt?

Die Einführung von Kodierrichtlinien zur Angabe der Diagnosen nach ICD-10-GM ist gesetzlich vorgeschrieben. Ein Grund dafür ist, dass die Diagnosenkodierungen einen zunehmenden Einfluss auf die Geldströme im Gesundheitswesen haben. Teile der Finanzausweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds hängen von der Morbidität ihrer Versicherten ab (Stichwort: morbiditätsbedingter Risikostrukturausgleich). Künftig soll auch die Gesamtvergütung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten stärker an die Morbidität der Versicherten geknüpft werden. Dazu ist es erforderlich, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Behandlungsbedarf gegenüber den Krankenkassen nachweisen kann, um die notwendigen finanziellen Mittel zu erhalten.

#### Wer hat die Ambulanten Kodierrichtlinien erarbeitet?

Der Gesetzgeber hat die Selbstverwaltung – den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung – mit der Erstellung der Kodierrichtlinien beauftragt. Die Federführung lag beim Institut des Bewertungsausschusses.

#### Richtlinien oder ICD-10-GM – Was gilt?

Die Kodierrichtlinien sorgen für mehr Klarheit. Sie fassen alle Regeln zum richtigen Kodieren zusammen und geben vor, wann welcher Code zu nehmen ist. Sie ersetzen nicht die Regeln der ICD. Aber: Bei Widersprüchen zwischen den allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien und den Regeln der ICD-10-GM gilt folgende Vorrangregelung:

Spezielle Ambulante Kodierrichtlinien

VOR

Allgemeine Ambulante Kodierrichtlinien

VOR

Regeln der ICD-10-GM

Deshalb: Beim Kodieren sollten Sie immer erst prüfen, ob es für die jeweilige Behandlungsdiagnose eine spezielle Kodierrichtlinie gibt.



### Was wird überhaupt kodiert?

Sie kodieren nur Diagnosen, für die Sie im abzurechnenden Quartal Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht haben. Diese zu verschlüsselnden Diagnosen bezeichnet man deshalb auch als Behandlungsdiagnosen. Unter dem Begriff „Leistungen“ sind alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gefasst, die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind. Dazu gehören nicht nur sämtliche EBM-Leistungen von der Untersuchung bis zum telefonischen Beratungsgespräch, sondern auch Verordnungen z. B. von Medikamenten und Heilmitteln.

### Welche Diagnosen übermittle ich mit der Abrechnung an die KV?

Sie übermitteln mit Ihrer Abrechnung nur Behandlungsdiagnosen an die KV, also Diagnosen, für die Sie im aktuellen Quartal auch ärztliche Leistungen erbracht haben. Nicht übermittelt werden anamnestische Diagnosen ohne Leistungsbezug im abzurechnenden Quartal sowie abnorme Befunde ohne weiterführende Diagnostik oder Therapie. Beispiel: Wenn bei einer Sonografie wegen Gallenkoliken als Nebenbefund eine solitäre Nierenzyste auffällt, die nicht weiter abgeklärt oder behandelt wird, dann ist die Nierenzyste keine Behandlungsdiagnose. Auch Diagnosen im Zusammenhang mit Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) werden nicht kodiert.

### Was passiert mit den Dauerdiagnosen?

Dauerdiagnosen kodieren und übernehmen Sie in Ihre Abrechnungsunterlagen nur dann, wenn sie in dem entsprechenden Quartal behandlungsrelevant waren. Das bedeutet: Eine Übernahme von Diagnosen aus einem Quartal in ein nächstes Quartal darf nur erfolgen, wenn Sie Leistungen erbracht haben, die in direktem oder indirektem Zusammenhang mit der Diagnose stehen. Bei der Übernahme einer Dauerdiagnose als Behandlungsdiagnose in die aktuellen Abrechnungsunterlagen müssen Sie ggf. die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit aktualisieren.

Achtung: Diese Regelung betrifft nicht die medizinische Dokumentation. In der Patientenakte können Sie selbstverständlich alle anamnestischen Diagnosen eintragen.

### Wie viele Diagnosen darf ich kodieren?

Die Anzahl ist nicht begrenzt. Pro Behandlungsfall müssen Sie aber mindestens eine Diagnose kodieren, wenn Sie diagnostische oder therapeutische Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) erbracht haben. Behandeln Sie einen Patienten in einem Quartal wegen derselben Krankheit mehrfach, so genügt die einmalige Angabe des zugehörigen ICD-Kodes inkl. des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit.

### Müssen für alle GKV-Leistungen Behandlungsdiagnosen kodiert werden?

Alle Diagnosen, die im jeweiligen Quartal die Definition der Behandlungsdiagnose erfüllen, sind mit der ICD-10-GM zu kodieren. Eine Ausnahme bilden Auftragsleistungen. Insbesondere Radiologen, Zytologen, Pathologen, Nuklearmediziner und Labormediziner sind dabei nicht zur Verschlüsselung nach ICD-10-GM verpflichtet. Aber: Soweit von diesen Ärzten anhand der durchgeführten Diagnostik eine spezifische Diagnose gestellt werden kann, ist diese zu kodieren.



### **Kann ich die Kodierung delegieren?**

Sie können die Kodierung von Diagnosen delegieren, aber Sie bleiben als Arzt bzw. Psychotherapeut für die Dokumentation Ihrer Diagnosen verantwortlich.

### **Wann sollte ich kodieren?**

Sie müssen nicht zwingend am Tag der Leistungserbringung kodieren, dies kann auch später im Quartal erfolgen. Es ist allerdings empfehlenswert, möglichst zeitnah zu verschlüsseln.

### **Wie präzise muss ich kodieren?**

Es muss so spezifisch und präzise wie möglich kodiert werden. „Spezifisch kodieren“ bedeutet, dass Sie anhand der vorliegenden Krankheitsinformationen eine ICD-Schlüsselnummer auswählen, die die Diagnose am besten beschreibt. Ist z. B. eine „Atherosklerotische Herzkrankheit mit Ein-Gefäßerkrankung“ bekannt, so ist die I25.11 „Atherosklerotische Herzkrankheit, Ein-Gefäßerkrankung“ die treffendste ICD-Schlüsselnummer. Ist dagegen nur die Diagnose „Koronare Herzkrankheit (KHK)“ bekannt, so ist die I25.9 „Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet“ die treffendste ICD-Schlüsselnummer.

### **Muss immer endständig verschlüsselt werden?**

Grundsätzlich gilt: Es ist immer endständig zu verschlüsseln. Ausgenommen davon sind die hausärztliche Versorgung, der organisierte Notfalldienst und die fachärztliche Versorgung bei Diagnosen außerhalb des Fachgebietes: Hier darf laut § 295 SGB V statt fünf- auch vierstellig kodiert werden. Wenn die Diagnose aber in ihrer endständigen Differenziertheit bekannt ist, sollte auch in diesen Bereichen bis zur fünften Ebene verschlüsselt werden. Denn je tiefer verschlüsselt wird, desto genauer werden eine Erkrankung und damit auch der Behandlungsbedarf abgebildet.

### **Welche Zusatzkennzeichen muss ich angeben?**

Es gibt zwei Arten von Zusatzkennzeichen: Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit und Zusatzkennzeichen zur Seitenlokalisierung. Die Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit (V = Verdachtsdiagnose, G = gesicherte Diagnose, A = ausgeschlossene Diagnose und Z = Zustand nach der Diagnose) sind für die Messung der Morbidität wichtig und deshalb stets anzugeben. Die Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung (R für rechts, L für links, B für beidseitig) dienen der Spezifizierung der Diagnoseangaben. Die Angabe ist optional, wird aber empfohlen.

### **Wann gilt eine Behandlungsdiagnose als „gesichert“?**

Eine Behandlungsdiagnose erhält das Zusatzkennzeichen „G“, wenn Sie die nach den medizinisch-wissenschaftlichen Grundsätzen medizinisch sinnvolle und für den jeweiligen Patienten relevante Diagnostik vorgenommen haben, um auf deren Basis therapieren zu können. Auch hier gilt: Machen Sie keine Diagnostik, um Kodieren zu können.



### **Eine Diagnose ist noch nicht endgültig gesichert, der Patient wird aber bereits behandelt. Welches Zusatzkennzeichen darf ich verwenden?**

Solange eine Behandlungsdiagnose weder gesichert noch ausgeschlossen werden konnte, erhält der ICD-Code das Zusatzkennzeichen „V“. Erfolgt aber bereits eine spezifische Therapie, kann „V“ gegen „G“ ausgetauscht werden, auch wenn die Diagnose nicht endgültig gesichert werden konnte.

### **Wann verwende ich das Zusatzkennzeichen „A“?**

Konnte das Vorliegen einer bestimmten Diagnose, z. B. der Verdacht auf einen Herzinfarkt, ausgeschlossen werden, erhält der ICD-Code für diese Behandlungsdiagnose das Zusatzkennzeichen „A“. Ergeben die durchgeführten Maßnahmen aber eine gesicherte Diagnose, z. B. instabile Angina pectoris, ist der Ausschluss des Herzinfarktes nicht zu kodieren.

### **Die Diagnosestellung ist am Quartalsende nicht abgeschlossen, weil z. B. noch Befunde fehlen. Was ist zu tun?**

Soweit im jeweiligen Quartal beauftragte Befunde oder Untersuchungen erst nach Ablauf des Quartals eingehen, können Sie die Diagnosestellung noch bis zum 14. Kalendertag des neuen Quartals ändern. Falls durch Ihre Kassenärztliche Vereinigung für die Übermittlung der Abrechnung eine kürzere Frist gesetzt ist, gilt diese entsprechend für die abschließende Diagnosestellung.

### **Ein Diagnoseverdacht bestätigt sich nicht. Muss ich diesen Kode am Ende des Quartals wieder löschen?**

Nein. Sie können den Kode stehen lassen. Sollte sich der Verdacht allerdings bestätigen, ersetzen Sie das „V“ (Verdachtsdiagnose) durch ein „G“ (gesicherte Diagnose) oder fügen den ICD-Kode mit Kennzeichen „G“ hinzu.

### **Was muss ich beim Einsatz von optionalen Schlüsselnummern beachten?**

ICD-Kodes mit einem Ausrufezeichen dürfen nur zusätzlich zu einem nicht mit einem Ausrufezeichen markierten Kode angegeben werden. Sie enthalten zusätzliche Informationen zur Grunderkrankung und müssen deshalb immer zusammen mit einem „führenden Kode“ gemeldet werden. Dies gilt ebenfalls für \*-Kodes, die nur in Verbindung mit einem †-Kode gültig sind. Die Praxissoftware unterstützt diese Funktion in jedem Fall und gibt meist konkrete Vorschläge für die zusätzlichen Kodes.

### **Wie werden Früherkennungsuntersuchungen kodiert?**

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.

### **Wie werden prophylaktische Maßnahmen und Impfungen kodiert?**

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“ (Beispiel: Z25.1 Notwendigkeit der Impfung gegen Grippe)

### **Ein Patient ruft in der Praxis an und bittet um das Ausstellen eines Folge Rezepts. Was wird kodiert?**

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.

### **Darf ich Codes von mitbehandelnden Ärzten übernehmen?**

Ja. 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 erfüllen muss. Gegebenenfalls sind die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit zu aktualisieren.

### **Werden auch Symptome verschlüsselt?**

Ein Symptom ist in der Regel nicht zu kodieren, wenn die zugrunde liegende Krankheit bekannt ist. Beispiel: Eine Patientin stellt sich mit neu aufgetretenen starken Dauerkopfschmerzen in der Praxis vor. Im Verlauf der Diagnostik findet sich ein Hirntumor. In dem Quartal, in dem die Hirntumordiagnose gesichert werden kann, ist das Symptom Kopfschmerz nicht mehr zu kodieren.