

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