KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

KODIERUNTERSTÜTZUNG

DIREKT UND DIGITAL
SO HILFT DIE PRAXISSOFTWARE
BEI DER DIAGNOSENVERSCHLÜSSELUNG

PraxisWissen

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

Bluthochdruck, Grippe oder Mittelohrentzündung – bei solchen Krankheiten ist die Wahl des richtigen Diagnosenkodes Routine. Wird das Krankheitsbild aber komplexer, kann sich die Suche nach einem passgenauen Diagnosenschlüssel mitunter schwierig gestalten. Die neue digitale Kodierunterstützung soll hierbei helfen.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz war die KBV beauftragt worden, verbindliche Vorgaben zum Kodieren zu erstellen und zum 1. Januar 2022 einzuführen. Denn immer wieder steht die Kodierqualität im ambulanten Bereich auf dem Prüfstand. Für die KBV stand von Anfang an fest: Den Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten darf durch die vom Gesetzgeber verlangten Vorgaben möglichst kein Aufwand entstehen. Im Gegenteil: Das Kodieren soll leichter werden.

Das Ergebnis ist ein digitaler Helfer: Dieser wird Ihnen in Ihrem Praxisverwaltungssystem zur Verfügung gestellt. Damit finden Sie künftig alle Informationen rund um das Kodieren an einem Ort. Und Sie können sie direkt beim Kodieren nutzen.

In dem Serviceheft stellen wir Ihnen die neuen und die bewährten Funktionen vor, die Ihnen die Kodierunterstützung bietet. Konkrete Beispiele zur Kodierung ausgewählter Krankheitsbilder runden das Angebot ab.

Ihre Kassenärztliche Bundesvereinigung

INHALT

Kodieren wird einfacher Seite 3

Direkt und digital – die neue Kodierunterstützung Seite 4

So kodieren Sie mit der Kodierunterstützung Seite 6

1. Passgenaue Kodes finden Seite 7

2. Kodes richtig kennzeichnen Seite 10

3. Kodes für die Abrechnung auswählen und übermitteln Seite 11

Beispiele für die Praxis Seite 12

Kodierbeispiele Herzinfarkt Seite 12

Kodierbeispiele Schlaganfall Seite 13

Kodierbeispiele Diabetes mellitus Seite 14

Kodierbeispiel Bluthochdruckfolgen Seite 15

KODIEREN WIRD EINFACHER

Praxen erhalten einen digitalen Helfer, der sie beim Verschlüsseln von Diagnosen unterstützen soll. Er wird in das Praxisverwaltungssystem (PVS) eingebunden und steht Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten direkt beim Kodieren zur Verfügung. Mit der Kodierunterstützung kommen keine neuen Regeln oder Vorgaben: Basis ist und bleibt die ICD-10-GM.

Die Kodierunterstützung wird in der Praxissoftware bereitgestellt und kombiniert bekannte und neue Funktionen rund um die Kodierung. Sie bietet Praxen eine Lösung aus einer Hand – von der Suche bis zur Auswahl eines Diagnosenkodes. Denn alle Informationen der ICD-10-GM zum Kodieren sind in der Software enthalten. Langes Suchen oder Nachschlagen in Büchern oder im Internet, was bei komplexen Diagnosen der Fall sein kann, entfällt.

KODIER-CHECK FÜR ERSTE HÄUFIGE DIAGNOSENBEREICHE

Ein neuer Baustein in der Kodierunterstützung ist der Kodier-Check, der für vier Diagnosenbereiche mit hohen Fallzahlen und einer komplexen Kodierung startet:

- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Diabetes mellitus
- Bluthochdruckfolgen

Beim Kodier-Check prüft die Software mithilfe eines Kodierregelwerkes, ob der ausgewählte Kode passt. Dazu scannt sie den gesamten Datensatz des Patienten. Werden dabei Unstimmigkeiten festgestellt, dass zum Beispiel der Kode zu einem bereits gespeicherten Kode nicht passen könnte, erhält der Arzt einen Hinweis. Basis für den Kodier-Check bildet ebenfalls die ICD-10-GM.

ALLES IN DER PRAXISSOFTWARE

Funktionen wie die Kodesuche, die Benutzungshinweise aus der ICD-10-GM (z. B. zu einer Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz) und die Kennzeichnung von Dauerdiagnosen wurden überarbeitet und stehen weiter für alle Diagnosenbereiche bereit. Zusätzlich wurde die Verschlüsselungsanleitung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in die Kodierunterstützung eingebunden.

HINTERGRUND

Die KBV hat den gesetzlichen Auftrag, verbindliche Vorgaben zum Kodieren zu erstellen und zum 1. Januar 2022 einzuführen. Damit soll erreicht werden, dass Ärzte und Psychotherapeuten ihre Behandlungsdiagnosen so detailliert und spezifisch wie möglich verschlüsseln, um den Behandlungsaufwand genau bestimmen zu können. Denn die Kodierung wirkt sich auf die Geldströme im Gesundheitssystem aus. Das ist ein wesentlicher Grund, warum die Kodierqualität immer wieder auf dem Prüfstand steht, gerade wenn es um die Aufstockung der vertragsärztlichen Honorare geht. Durch die neue digitale Kodierunterstützung lassen sich solche Argumente nachhaltig entkräften.

Die exakte Verschlüsselung der Behandlungsdiagnosen ist wichtig, um die Morbiditätsstruktur in Deutschland möglichst genau bestimmen zu können. Sie ist ein entscheidendes Kriterium dafür, wie viel Geld die gesetzlichen Krankenkassen für die ambulante medizinische Versorgung zur Verfügung stellen müssen. Eine exakte Kodierung der Behandlungsdiagnosen kommt somit auch den Vertragsärzten und -psychotherapeuten zugute. Je genauer eine Praxis kodiert, desto genauer bildet sie auch ihr Behandlungsspektrum und das ihrer Fachgruppe ab.

Aber nicht nur für den Honorartopf der Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist die Kodierung wichtig, sondern auch für die Krankenkassen. Denn mithilfe der Kodes wird gemessen, wie krank die Versicherten sind und wieviel Geld letztlich für ihre medizinische Versorgung benötigt wird. Dies spielt eine Rolle beim Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen – wer mehr Schwerkranke versichert hat, erhält mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds.

DIREKT UND DIGITAL
DIE NEUE KODIERUNTERSTÜTZUNG

Durch ein Software-Update wird die neue Kodierunterstützung zur Verfügung stehen. Bekannte Funktionen zum Kodieren im Praxisverwaltungssystem wurden überarbeitet und neue aufgenommen. Auf diesen Seiten erhalten Praxen einen Überblick über die einzelnen Bausteine der Kodierunterstützung. Zudem wird erläutert, wie die Unterstützung beim Kodieren konkret aussieht, welche Hinweise angezeigt werden und welche Einstellungen möglich sind.

VORTEILE FÜR PRAXEN

- Ausschließlich digital
- Hilfe direkt beim Kodieren
- Unterstützung nach Maß
- Alles an einem Ort

AUF EINEN BLICK

BAUSTEINE DER KODIERUNTERSTÜTZUNG

- KODESUCHE
- BENUTZUNGSHINWEISE
- VERSCHLÜSSELUNGSANLEITUNG
- KODIER-CHECK
- DAUERDIAGNOSEN

KODESUCHE

Freitextsuche nach Kodes der ICD-10-GM

Suche kann fachgruppenspezifisch angepasst werden, sodass nur eine Auswahl von Kodes angezeigt wird

Freiwillige Nutzung

BENUTZUNGSHINWEISE

Hinweise aus der ICD-10-GM, zum Beispiel zur Meldepflicht einer kodierten Krankheit nach dem Infektionsschutzgesetz

Hinweise werden wie bisher beim Kodieren angezeigt

VERSCHLÜSSELUNGSANLEITUNG

Hinweise aus der Verschlüsselungsanleitung des BfArM NEU

Kodebezogene Hinweise oder Anzeige als Gesamtdokument möglich

Freiwillige Nutzung

KODIER-CHECK

Kodierregelwerk zur Plausibilisierung der gewählten Diagnosenkodes mit Hinweisen und Korrekturvorschlägen auf Basis der ICD-10-GM; zunächst für die Diagnosenbereiche: NEU

- **Herzinfarkt**
- **Schlaganfall**
- **Diabetes mellitus**
- **Bluthochdruckfolgen**

Kodier-Check kann direkt beim Kodieren oder bei der Abrechnung durchgeführt werden

Kodierregelwerk enthält obligate und fakultative Regeln für den Kodier-Check – fakultative Regeln können deaktiviert werden

Mehr dazu auf Seite 8

DAUERDIAGNOSEN

Funktion zur Kennzeichnung von Dauerdiagnosen sowie zur Verwaltung und Unterstützung bei der Übertragung in die Abrechnung bleibt erhalten

Freiwillige Nutzung

Ergänzend: Funktion zur Kennzeichnung von anamnestischen Diagnosen und deren Verwaltung und Unterstützung bei der Übertragung in die Abrechnung

Freiwillige Nutzung

Diagnosenbereiche Herzinfarkt und Schlaganfall:

Prüfung bei Kennzeichnung eines Kodes als Dauerdiagnose, inwieweit dieser dafür geeignet ist NEU

Hinweise werden beim Kodieren angezeigt

Quartalsübergreifender Dauerdiagnosen-Check – Kodierregelwerk zur Validierung der Patientendaten; prüft das dauerhafte Vorhandensein von Akutdiagnosen ebenfalls mit entsprechenden Hinweisen auf alternative Kodiermöglichkeiten NEU

Freiwillige Nutzung

Mehr dazu auf den Seiten 10 und 11

Weitere Informationen finden Sie im Themenbereich Kodieren unter:
www.kbv.de/html/kodieren.php

Film-Tipp: Erklärvideo zur Kodierunterstützung:
www.kbv.de/html/53541.php

SO KODIEREN SIE MIT DER KODIERUNTERSTÜTZUNG

Von der Kodesuche bis zur Abrechnung – so unterstützt die Praxissoftware künftig bei der Verschlüsselung von Behandlungsdiagnosen.

UMSETZUNG IM PVS

Die Kodierunterstützung wurde von der KBV entwickelt. Sie hat die Inhalte und Funktionen genau festgelegt. Die konkrete Implementierung in das jeweilige Praxisverwaltungssystem obliegt den Herstellern. Sie kann in Funktionalität und Darstellung variieren. Eine individuelle Ausgestaltung ist erforderlich und sinnvoll, damit sich die Inhalte optimal in den Work-Flow der jeweiligen Software integrieren können.

AUF EINEN BLICK

ICD-10-GM

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sind seit dem Jahr 2000 gesetzlich verpflichtet, jede Behandlungsdiagnose so genau wie möglich zu verschlüsseln. Die Kodierung erfolgt nach der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten, German Modifikation – kurz ICD-10-GM. Deren Systematisches Verzeichnis besteht aus 22 Kapiteln zu bestimmten Krankheiten oder Zuständen mit den jeweiligen Schlüsselnummern, dem offiziellen Diagnosentext und Benutzungshinweisen. Ergänzt wird es durch das Alphabetische Verzeichnis mit Begriffen der ICD-10-Systematik und Synonymen.

Damit jede Krankheit mit all ihren Ausprägungen möglichst genau verschlüsselt werden kann, stehen rund 16.000 Kodes bereit. Bei der Kodierung sind einige wesentliche Vorgaben und Regelungen zu beachten. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stellt eine Verschlüsselungsanleitung bereit, die künftig ebenfalls in der Software hinterlegt ist.

↗ Aktuelle Version der ICD-10-GM sowie weiterführende Informationen des BfArM:
www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html

1 PASSGENAUE KODES FINDEN

↗ KODESUCHE

Über die Kodesuche in der Praxissoftware können Praxen wie bisher Stichworte oder Kodes eingeben und bekommen Vorschläge angezeigt. Für eine schnellere und übersichtlichere Suche kann eine Fachgruppe voreingestellt werden, sodass nur eine spezifische Auswahl von Kodes angezeigt wird.

AKTION › Die Praxis kann den gefundenen Kode auswählen und übernehmen oder weitersuchen.

↗ BENUTZUNGSHINWEISE UND VERSCHLÜSSELUNGSANLEITUNG

Wurde ein Kode ausgewählt oder direkt eingegeben, zeigt die Software die in der ICD-10-GM hinterlegten Benutzungshinweise an (sofern vorhanden).

Künftig ist auch die Verschlüsselungsanleitung des BfArM hinterlegt, und die Praxis kann sich auf Wunsch einzelne Hinweise direkt bei der Kodeeingabe oder das Gesamtdokument anzeigen lassen. NEU

AKTION › Die Praxis kann den Kode anpassen und/oder beibehalten und übernehmen.

BEISPIEL

BENUTZUNGSHINWEIS

↗ A37.0 Keuchhusten durch Bordetella pertussis: *„Diagnosen dieses Kodes sind gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) in der Regel meldepflichtig.“*

BEISPIEL

VERSCHLÜSSELUNGSANLEITUNG

↗ Wird der Kode R55 G Synkope und Kollaps eingegeben, erscheint auf Wunsch der passende Hinweis zum Kapitel XVIII der ICD-10-GM Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind, und es wird erläutert, dass diese Schlüsselnummern in der Regel nur verwendet werden sollen, wenn auch nach entsprechender Diagnostik oder in Verbindung mit einem Zusatzkennzeichen keine spezifischere Diagnose gestellt werden kann.

GRUNDREGELN FÜR DIE BENUTZUNG DER ICD-10-GM

Grundsätzlich sollte immer spezifisch und „endständig“ verschlüsselt werden, das heißt bis zur maximalen Kodiertiefe (fünfte Stelle). Ausnahme: In der hausärztlichen Versorgung, im organisierten Notfalldienst und in der fachärztlichen Versorgung für Diagnosen außerhalb des Fachgebietes reichen vierstellige ICD-10-GM-Kodes aus.

↗ DIAGNOSENSICHERHEIT

Ist ein passender Kode gefunden, muss er noch um ein Zusatzkennzeichen für die Diagnosensicherheit ergänzt werden:

- **V** = Verdachtsdiagnose bzw. auszuschließende Diagnose
- **Z** = (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose
- **A** = ausgeschlossene Diagnose
- **G** = gesicherte Diagnose (auch anzugeben, wenn A, V oder Z nicht zutreffen)

↗ SEITENLOKALISATION

Hierfür können folgende Buchstaben zugesetzt werden (sie beziehen sich auf paarige Organe und Körperteile, nicht auf die Lokalisation innerhalb einzelner Organe):

- **R** = rechts
- **L** = links
- **B** = beidseitig

↗ PRIMÄR- UND SEKUNDÄRKODES

Darüber hinaus wird zwischen Primär- und Sekundärkodes im Zusammenhang mit einer Mehrfachkodierung unterschieden.

Die Sekundärkodes sind in der ICD-10-GM mit einem Ausrufezeichen oder einem Stern gekennzeichnet und dürfen nicht alleine stehen. Es muss immer zusätzlich ein Primärkode (Kode ohne Ausrufezeichen oder Stern) angegeben werden.

Die Mehrfachkodierung umfasst zum einen das Kreuz-Stern-System und zum anderen können mit Ausrufezeichen-Kodes Zusatzinformationen zu Primärkodes verschlüsselt werden:

- **†** = Kreuz-Kode – Primärkode, Verschlüsselung Ätiologie
- ***** = Stern-Kode – Sekundärkode, Verschlüsselung Manifestation
- **!** = Ausrufezeichen-Kode – Verschlüsselung von Zusatzinformationen

Diese Sonderzeichen gehören zur Bezeichnung des Kodes. Sie werden bei der Kodierung nicht angegeben.

↗ Wesentliche Regeln der ICD-10-GM: *www.kbv.de/html/1518.php*

↗ KODIER-CHECK NEU

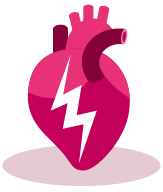
Werden Diagnosen aus den Bereichen Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus und Folgen eines Bluthochdrucks verschlüsselt, erfolgt nach der Eingabe des Kodes ein Kodier-Check. Dabei wird geprüft, ob die Kodierung plausibel ist. Passt der ausgewählte Kode nicht, zum Beispiel in Bezug auf die bereits für den Patienten dokumentierten Diagnosenkodes, erhält der Arzt oder die Ärztin einen Hinweis und einen Alternativvorschlag zur Kodierung.

Bei den Hinweisen handelt es sich immer nur um standardisierte Hinweise, die nicht alle Konstellationen der vertragsärztlichen Praxis sowie der patientenindividuellen Fälle berücksichtigen können. Die ärztliche Entscheidung behält daher weiterhin oberste Priorität.

Die Funktion des Kodier-Checks ist neu und steht vorerst ausschließlich für die vier Diagnosenbereiche bereit, um bei komplexen Kodierungen zu unterstützen.

Der Kodier-Check erfolgt mithilfe eines Kodierregelwerkes. Es ist in der Praxissoftware hinterlegt und enthält Regeln der ICD-10-GM, die obligat oder fakultativ geprüft werden. Wann das Kodierregelwerk aktiv wird, legt die Praxis fest. In der Software ist voreingestellt, dass die Prüfung direkt beim Kodieren startet. Wer das nicht wünscht, kann dies ändern, sodass der Kodier-Check erst mit der (Test-)Abrechnung erfolgt. In diesem Fall erhält die Praxis eine Übersicht mit allen Hinweisen angezeigt. Für die Umstellung wird es eine Einstellungsmöglichkeit im PVS geben. Dort können auch einzelne fakultative Regeln deaktiviert werden.

KODIER-CHECK: START MIT 4 DIAGNOSENBEREICHEN



HERZINFARKT

ICD-Gruppe:
Ischämische Herzkrankheiten

ICD-Kategorien im Kodier-Check:
I21, I22, I25

SCHLAGANFALL

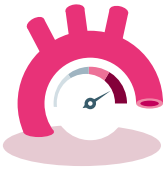
ICD-Gruppe:
Zerebrovaskuläre Krankheiten

ICD-Kategorien im Kodier-Check:
I60, I61, I62, I63, I64, I69

DIABETES MELLITUS

ICD-Gruppe:
Diabetes mellitus

ICD-Kategorien im Kodier-Check:
E10, E11, E12, E13, E14



BLUTHOCHDRUCK-FOLGEN

ICD-Gruppe:
Hypertonie

ICD-Kategorien im Kodier-Check:
I11, I12, I13

BEISPIEL

DIABETES MELLITUS MIT KOMPLIKATIONEN

↗ Eine Ärztin stellt bei medikamentös behandelter Hypertonie und Diabetes mellitus Typ 2 eine Arzneimittelverordnung aus. Zur Abklärung einer diabetischen Retinopathie erfolgt eine Überweisung zum Augenarzt zur Kontrolluntersuchung. Zudem wird ein grippaler Infekt behandelt. Sie kodiert die folgenden Behandlungsdiagnosen: I10.90 G; J06.9 G und E11.30 G.

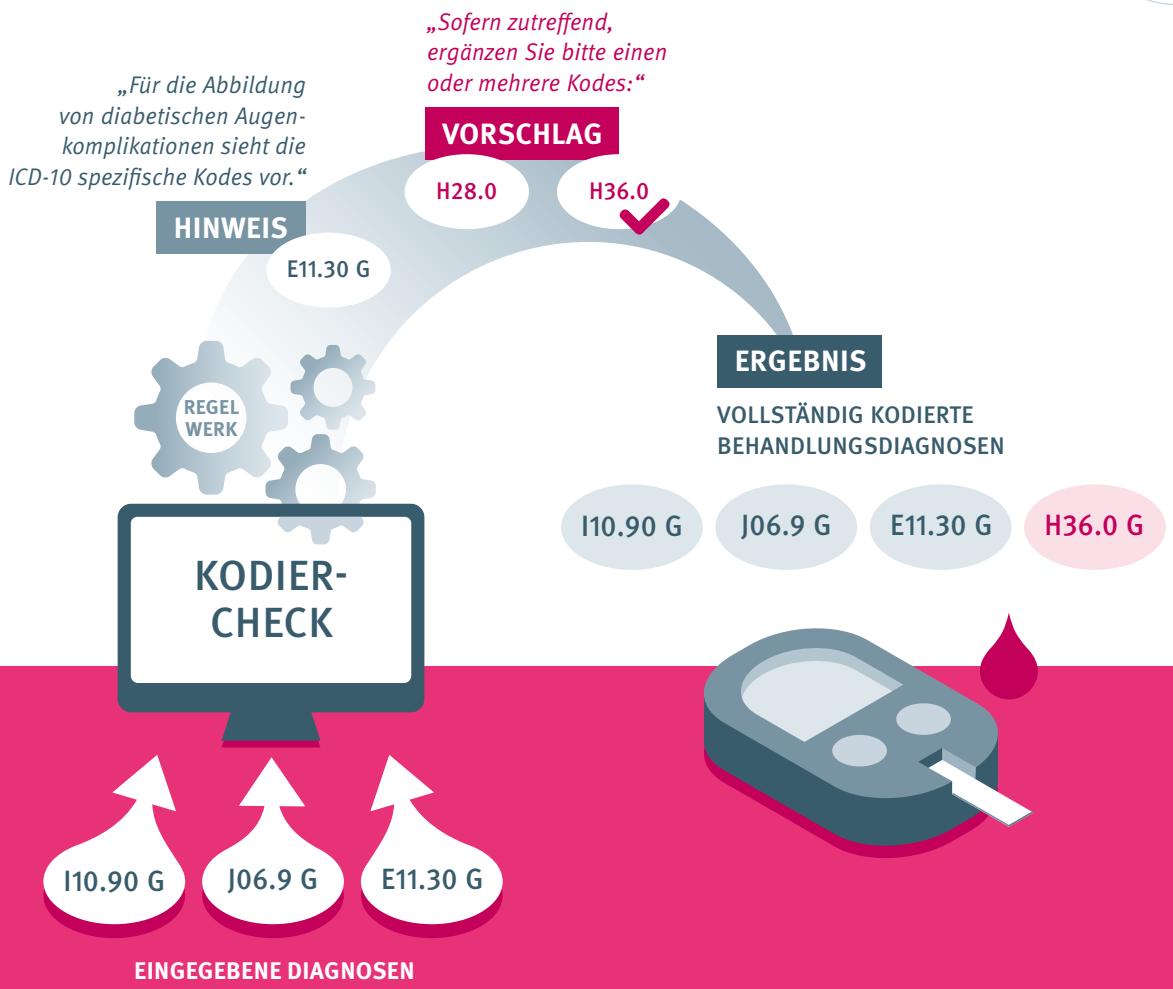
Das Kodierregelwerk prüft im Hintergrund die Kodes und gibt folgenden Hinweis: *„Für die Abbildung von diabetischen Augenkomplikationen sieht die ICD-10 spezifische Kodes vor.“*

Gleichzeitig werden der Ärztin Kodes vorgeschlagen; manuelles Suchen entfällt: *„Sofern zutreffend, ergänzen Sie bitte einen oder mehrere Kodes:*
› H28.0 Diabetische Katarakt
› H36.0 Retinopathia diabetica“

AKTION › Die Ärztin kann einen der vorgeschlagenen Kodes auswählen und die Korrektur mit einem Klick bestätigen (z. B. H36.0 Retinopathia diabetica). Die Software ergänzt den ausgewählten Kode. Die Ärztin kann den Hinweis aber auch ablehnen und einstellen, dass ihr derselbe Hinweis im selben Quartal bei derselben Patientin nicht erneut angezeigt wird.

Weitere Kodierbeispiele für die vier Diagnosenbereiche ab Seite 12

SO FUNKTIONIERT DER KODIER-CHECK AM BEISPIEL EINES DIABETES MELLITUS:



2 KODES RICHTIG KENNZEICHNEN

↗ DAUERDIAGNOSEN

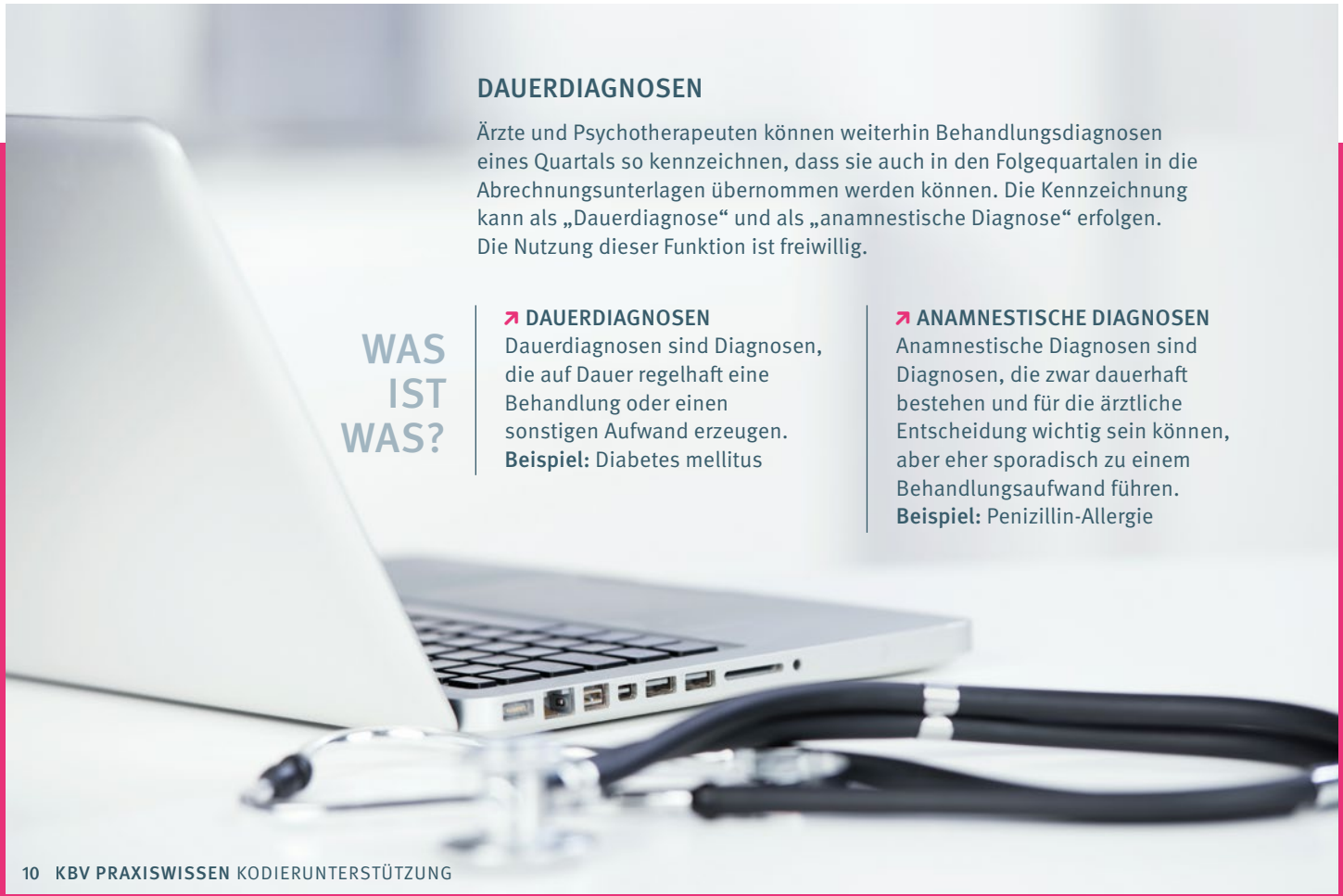
Diagnosen, die für die weitere Behandlung relevant sind, können wie bisher als „Dauerdiagnose“ oder ergänzend als „anamnestische Diagnose“ gekennzeichnet werden. Für den akuten Herzinfarkt (I21) und akuten Schlaganfall (I60 bis I64) gibt das PVS künftig den Hinweis, dass diese Kodes als Dauerdiagnose ungeeignet sind – dies erfolgt nur dann, wenn ein Kode neu als Dauerdiagnose gekennzeichnet werden soll.

BEISPIEL

↗ Ein Patient wird nach seinem Krankenhausaufenthalt und mehrwöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahmen wegen eines transmuralen Hinterwandinfarktes ambulant weiterbehandelt. Eine regelmäßige Nachsorge ist erforderlich. Der behandelnde Hausarzt kennzeichnet die vom Krankenhaus übermittelte Diagnose I21.1 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand mit dem Zusatzkennzeichen „G“ für gesichert als Dauerdiagnose.

Die Software erzeugt folgenden Hinweis:
„Bitte die Kodierung überprüfen: Dieser Kode beschreibt einen akuten, vorübergehenden Zustand und ist für die Kategorisierung als Dauerdiagnose im weiteren Behandlungsverlauf nicht geeignet.“

AKTION › Der Arzt nimmt den Hinweis zur Kenntnis und wählt zum Beispiel den Kode I25.20 für den alten Myokardinfarkt als Dauerdiagnose.



DAUERDIAGNOSEN

Ärzte und Psychotherapeuten können weiterhin Behandlungsdiagnosen eines Quartals so kennzeichnen, dass sie auch in den Folgequartalen in die Abrechnungsunterlagen übernommen werden können. Die Kennzeichnung kann als „Dauerdiagnose“ und als „anamnestische Diagnose“ erfolgen. Die Nutzung dieser Funktion ist freiwillig.

WAS IST WAS?

↗ DAUERDIAGNOSEN
Dauerdiagnosen sind Diagnosen, die auf Dauer regelhaft eine Behandlung oder einen sonstigen Aufwand erzeugen.
Beispiel: Diabetes mellitus

↗ ANAMNESTISCHE DIAGNOSEN
Anamnestische Diagnosen sind Diagnosen, die zwar dauerhaft bestehen und für die ärztliche Entscheidung wichtig sein können, aber eher sporadisch zu einem Behandlungsaufwand führen.
Beispiel: Penizillin-Allergie

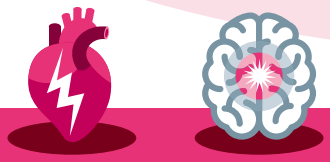
3 KODES FÜR DIE ABRECHNUNG AUSWÄHLEN UND ÜBERMITTELN

Neben den Akutdiagnosen des jeweiligen Behandlungsfalls kann die Praxis für die Abrechnung auch bestimmte Dauerdiagnosen und anamnestische Diagnosen aus den Vorquartalen übernehmen. Zuvor sollte sie prüfen, ob diese in dem Quartal für die Behandlung relevant waren und ob gegebenenfalls das Zusatzkennzeichen für die Diagnosensicherheit angepasst werden muss. Die Auswahl und Übernahme ist mittels weniger Klicks im Praxisverwaltungssystem möglich.

BEISPIEL

↗ Ein Patient wird bei seinem Hausarzt wegen seiner chronischen Erkrankungen behandelt (u. a. Kontrolluntersuchungen, Verordnung der Medikamente). Zusätzlich muss eine akute Sinusitis antibiotisch behandelt werden. Eine bekannte Penizillin-Allergie wird dabei berücksichtigt.

AKTION › Alle Dauerdiagnosen sind vorausgewählt und können abgewählt werden, falls sie in diesem Quartal keinen Aufwand erzeugt haben. Anamnestische Diagnosen sind optional und müssen aktiv ausgewählt werden, falls sie behandlungsrelevant waren. Die Liste kann mit einem Klick bestätigt und gesammelt in die Abrechnung übernommen werden.



QUARTALSÜBERGREIFENDER DAUERDIAGNOSEN-CHECK NEU
ZUSÄTZLICHER SERVICE FÜR HERZINFARKT UND SCHLAGANFALL

Bei chronisch kranken Patientinnen und Patienten häufen sich im Laufe der Zeit eine Vielzahl von Kodes an. Teilweise sind sie nicht mehr aktuell oder widersprechen sich irgendwann. Zeit zum Aufräumen ist im Praxisalltag meist nicht. Deshalb gibt es eine weitere neue Funktion in der Kodierunterstützung – zunächst für die zwei Diagnosenbereiche Herzinfarkt und Schlaganfall. Sie prüft, inwieweit diese Diagnosen dauerhaft über mehrere Quartale als akute Erkrankungen vorliegen, obwohl bereits die Folgen behandelt werden.

Die Anwendung ist freiwillig und die Überprüfung kann zu einem beliebigen Zeitpunkt erfolgen – manuell oder automatisch etwa im Rahmen der (Test-)Abrechnung. Hierfür gibt es eine Einstellungsmöglichkeit im PVS. Die Praxis kann dort individuell auswählen, ob und welche Regeln zur quartalsübergreifenden Prüfung der Dauerdiagnosen zur Anwendung kommen sollen. Dabei wird immer nur die Kodierung im aktuellen Quartal korrigiert und es findet kein Umkodieren der zurückliegenden Quartale statt.

BEISPIEL

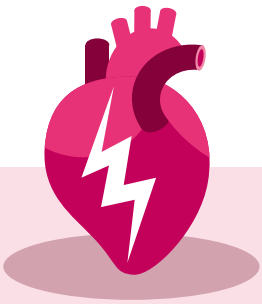
↗ Eine Praxis startet die quartalsübergreifende Prüfung. Dabei werden nur Diagnosenkodes aus den Diagnosenbereichen akuter Herzinfarkt und akuter Schlaganfall berücksichtigt, die mit dem Zusatzkennzeichen „G“ für die Diagnosensicherheit gekennzeichnet sind. Die Software zeigt das Ergebnis in einer Übersicht an. Die Praxis sieht auf einen Blick, ob die nicht als Dauerdiagnose geeigneten Kodes über mehrere Quartale hinweg bei derselben Patientin oder demselben Patienten kodiert beziehungsweise übernommen wurden. Ergänzend werden jeweils Korrekturvorschläge angezeigt, die automatisch in der Software umgesetzt werden können.

AKTION › Die Korrekturvorschläge können einzeln für jede Patientin und jeden Patienten angeklickt und für das aktuelle Quartal übernommen werden.

BEISPIELE FÜR DIE PRAXIS

Auf den folgenden Seiten geben wir Ihnen Kodierbeispiele für die vier Diagnosenbereiche Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus und Folgen eines Bluthochdrucks, mit denen der Kodier-Check startet. Als ein Baustein der neuen Kodierunterstützung im PVS läuft hierfür ein Kodierregelwerk im Hintergrund und meldet sich immer dann, wenn ein Kode möglicherweise nicht passt. Anhand konkreter Patientenfälle erläutern wir die Kodierung der komplexen Sachverhalte und geben weiterführende Hinweise. Auch hier gilt: Es handelt sich nicht um neue Regeln oder Vorgaben – Basis ist und bleibt die ICD-10-GM.

↗ Mehr Kodierbeispiele von A bis Z finden Sie hier:
www.kbv.de/html/52723.php



↗ HERZINFARKT

ICD-GRUPPE: **ISCHÄMISCHE HERZKRANKHEITEN**
ICD-KATEGORIEN IM KODIER-CHECK: **I21, I22, I25**

↗ Herr Kruse, 53 Jahre alt, kommt wegen heftiger pektanginöser Beschwerden in die internistische Praxis. Im EKG zeigen sich monophasische ST-Hebungen anterolateral. Er wird sofort mit Notarztbegleitung in die Klinik eingewiesen.

KODIERUNG

I21.0 G ↗ Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand

↗ Die 72-jährige Frau Seller wurde vor Jahren wegen eines Herzinfarktes und einer koronaren Zwei-Gefäß-Erkrankung stationär behandelt beziehungsweise versorgt. Seitdem erfolgt eine medikamentöse Therapie zur Rezidivprophylaxe. Im aktuellen Quartal stellt sich Frau Seller zur Medikamentenverordnung bei ihrer niedergelassenen Kardiologin vor.

KODIERUNG

I25.12 G ↗ Atherosklerotische Herzkrankheit, Zwei-Gefäß-Erkrankung

I25.22 G ↗ Alter Myokardinfarkt, 1 Jahr und länger zurückliegend

Z92.2 G ↗ Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese

AUF EINEN BLICK

KODIERUNG HERZINFARKT

Die ICD-10-GM hat eigenständige Kodes für den akuten und den alten Herzinfarkt:

I21.- ↗ Akuter Myokardinfarkt
= akut oder bis zu 4 Wochen (28 Tage) zurückliegend

I25.2- ↗ Alter Myokardinfarkt
= mehr als 4 Wochen (28 Tage) zurückliegend:

- **I25.20 Alter Myokardinfarkt, 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend**
- **I25.21 Alter Myokardinfarkt, 4 Monate bis unter 1 Jahr zurückliegend**
- **I25.22 Alter Myokardinfarkt, 1 Jahr und länger zurückliegend**
- **I25.29 Alter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet**

Beide Kodes werden jeweils mit dem Zusatzkennzeichen „G“ verschlüsselt. Die Kombination von einem Kode für den akuten Infarkt mit der Angabe von Zustand nach, z. B. I21.0 „Z“, ist nicht erforderlich und sollte vermieden werden.

↗ SCHLAGANFALL

ICD-GRUPPE: **ZEREBROVASKULÄRE KRANKHEITEN**
ICD-KATEGORIEN IM KODIER-CHECK: **I60, I61, I62, I63, I64, I69**

↗ Frau Hoffmann kommt mit ihrem 79-jährigen Ehemann in die Hausarztpraxis und berichtet aufgeregt, ihr Ehemann sei geistig abwesend gewesen und habe verwaschen gesprochen. Derzeit ist keine Symptomatik mehr feststellbar. In der durch die Hausärztin umgehend veranlassten bildgebenden Diagnostik (z. B. MRT) zeigt sich eine frische zerebrale Ischämie links als Folge eines Gefäßverschlusses, die zum klinischen Bild passt. Es erfolgt die stationäre Einweisung.

KODIERUNG

I63.5 G L ↗ Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien
Hinweis: Die Seitenangabe ist bezogen auf die paarige Arterie, nicht auf die Lokalisation des Infarktes im Gehirn.

↗ Frau Prof. Drewitz, 69 Jahre alt, hatte vor drei Jahren einen Schlaganfall und erhält seitdem Thrombozytenaggregationshemmer zur Rezidivprophylaxe. Es besteht eine residuale spastische Hemiparese rechtsseitig, weswegen Krankengymnastik verordnet wird.

KODIERUNG

G81.1 G R ↗ Spastische Hemiparese und Hemiplegie

I69.4 G ↗ Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

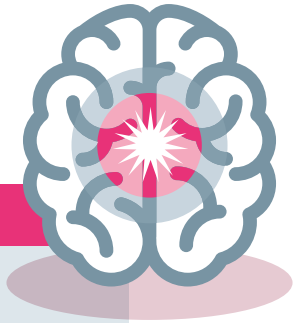
Z92.2 G ↗ Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese

↗ Frau Tschunke erlitt vor zwei Jahren, mit damals 72 Jahren, einen Schlaganfall, der folgenlos ausheilte. Die Patientin erhält nach einer ärztlichen Kontrolluntersuchung zur Rezidivprophylaxe ein Wiederholungsrezept über ein Präparat mit 100 mg Azetylsalizylsäure.

KODIERUNG

Z92.2 G ↗ Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese

I64 Z ↗ Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet



AUF EINEN BLICK

KODIERUNG SCHLAGANFALL

Die ICD-10-GM hat eigenständige Kodes für den akuten Schlaganfall und „Folgen“ oder „Folgezustände“ eines Schlaganfalls.

Diese Kodes werden jeweils mit dem Zusatzkennzeichen „G“ verschlüsselt.

Die ICD-10-GM-Kodes für die „Folgen“ oder „Folgezustände“ einer früheren Erkrankung werden zusammen mit der Art der bleibenden Folgeerkrankung verschlüsselt.

ACHTUNG: Im Gegensatz zum alten Myokardinfarkt gibt es keinen spezifischen Kode für einen durchlebten Schlaganfall entsprechend seines zeitlichen Verlaufes in Bezug auf das akute Ereignis. Heilt ein Schlaganfall folgenlos aus, ist hier das Zusatzkennzeichen „Z“ für Zustand nach erforderlich und wird mit dem Kode für das akute Ereignis, zum Beispiel I64 „Z“, sachgerecht angegeben.

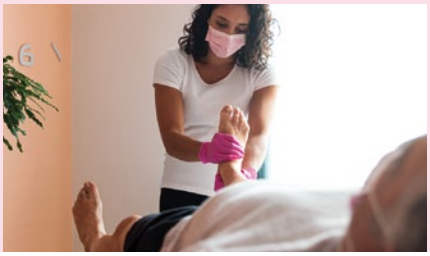
↗ DIABETES MELLITUS

ICD-GRUPPE: **DIABETES MELLITUS**
ICD-KATEGORIEN IM KODIER-CHECK: **E10, E11, E12, E13, E14**

↗ Frau Vogel, 63 Jahre alt, leidet an einem seit langem bekannten Diabetes mellitus Typ 2. Nun kommt sie zur routinemäßigen Kontrolle zum Diabetologen. Es bestehen keine Komplikationen und die Stoffwechsellage ist stabil. Es wird ein Folgetermin für die nächste Routinekontrolle vereinbart.

KODIERUNG

E11.90 G ↗ Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes), ohne Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet



↗ Herr Napoli, 46 Jahre alt, mit Diabetes mellitus Typ 1 und diabetischer Polyneuropathie wird neurologisch behandelt.

KODIERUNG

E10.40 G ↗ Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-1-Diabetes), mit neurologischen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

G63.2 G ↗ Diabetische Polyneuropathie

↗ Frau Hartwig, 68 Jahre alt, ist an einem Diabetes mellitus Typ 2 mit multiplen Komplikationen in Form einer Atherosklerose der Extremitätenarterien, einer Retinopathie und einer Nephropathie erkrankt. Sie wird aufgrund aller drei Komplikationen behandelt.

KODIERUNG

E11.72 G ↗ Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes), mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

I79.2 G ↗ Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

H36.0 G ↗ Retinopathia diabetica

N08.3 G ↗ Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus

I70.29 G ↗ Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) ohne Angabe eines Stadiums (nach Fontaine)

AUF EINEN BLICK

KODIERUNG DIABETES MELLITUS

Mögliche Komplikationen des Diabetes mellitus werden über die vierte Stelle des jeweiligen ICD-10-GM-Kodes aus E10-E14 verschlüsselt.

Liegen mehr als eine Komplikation vor, z. B. neurologische und vaskuläre Komplikationen (vierte Stelle .4 und .5), wird auf die vierte Stelle .7- mit multiplen Komplikationen gewechselt.

Die Kodes für die einzelnen Manifestationen der jeweiligen Komplikation werden zusätzlich angegeben, sofern sie bekannt sind und behandelt werden.

In der Regel handelt es sich bei den manifestierten Komplikationen um sogenannte Sekundärkodes der ICD-10-GM. Sie dürfen nicht alleinstehend verschlüsselt werden.

Ändert sich die Stoffwechsellage, so wird dies durch eine Änderung des spezifischen Kodes an der fünften Stelle abgebildet. Eine entgleiste Stoffwechsellage wird hierbei nur so lange verschlüsselt, wie die Entgleisung vorliegt.

↗ Herr Yilmaz, 75 Jahre alt, leidet an einem langjährigen Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischem Fußsyndrom bei diabetischer Neuro- und Angiopathie mit fortgeschrittener peripherer Atherosklerose. Zurzeit erfolgt neben der medikamentösen Therapie die lokale Behandlung einer Ulzeration an der linken Kleinzehe.

KODIERUNG

E11.74 G ↗ Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes), mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet

G63.2 G ↗ Diabetische Polyneuropathie

I79.2 G ↗ Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

I70.24 G L ↗ Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration

↗ BLUTHOCHDRUCKFOLGEN

ICD-GRUPPE: **HYPERTONIE**
ICD-KATEGORIEN IM KODIER-CHECK: **I11, I12, I13**

↗ Frau Giannakis, 66 Jahre alt, leidet infolge ihrer langjährigen Hypertonie sowohl unter einer Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III als auch unter einer chronischen Niereninsuffizienz im Stadium 2.

KODIERUNG

I50.13 G ↗ Linksherzinsuffizienz, mit Beschwerden bei leichterer Belastung (NYHA-Stadium III)

N18.2 G ↗ Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2

I13.20 G ↗ Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz, ohne Angabe einer hypertensiven Krise

AUF EINEN BLICK

KODIERUNG BLUTHOCHDRUCKFOLGEN

Die ICD-10-GM hat eigenständige Kodes für die Hochdruckkrankheit mit Organfolgen:

I11.- ↗ Hypertensive Herzkrankheit

I12.- ↗ Hypertensive Nierenkrankheit

I13.- ↗ Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit

Die Kodes für die entsprechende Herz- oder Nierenerkrankung werden zusätzlich angegeben, sofern sie bekannt sind und behandelt werden.

Die Kodierung eines Kodes aus I10.- für die Hochdruckkrankheit als Grundleiden ist nicht erforderlich.

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de

PraxisWissen
PraxisWissenSpezial
Themenhefte für Ihren Praxisalltag

Abrufbar unter:
www.kbv.de/838223
Kostenfrei bestellen:
versand@kbv.de

PraxisInfo
PraxisInfoSpezial
Themenpapiere mit Informationen für Ihre Praxis

Abrufbar unter:
www.kbv.de/605808

PraxisNachrichten
Der wöchentliche Newsletter per E-Mail oder App

Abonnieren unter:
www.kbv.de/PraxisNachrichten
www.kbv.de/kbv2go

IMPRESSUM

Herausgeberin: Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Telefon 030 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de
Redaktion: Bereich Interne Kommunikation im Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Fachliche Zuständigkeit: Dezernat Vergütung und Gebührenordnung, Abteilung Medizinische Dokumentation
Gestaltung: büro lüdke GmbH
Fotos: © Adobe Stock: Andrey Popov (S. 13), contrastwerkstatt (S. 10), damrong (S. 14), David Prado/Stocksy (S. 14), Felix Abraham (S. 12), hedgehog94 (S. 13), Kzenon (S. 4), photophonie (S. 13), Robert Kneschke (S. 14), Suteren Studio (S. 6), Viacheslav Lakobchuk (S. 15), Wavebreak Media (S. 12), zinkevych (S. 15); © Fotolia: rangizzz, KochPhoto (S. 5) © Istockphoto: archives (Titelseite)
Druck: www.kohlhammerdruck.de
Stand: September 2021

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint, wenn nicht anders vermerkt.