

WEGWEISER ICD-10-GM: WESENTLICHE REGELUNGEN FÜR DEN VERTRAGSÄRZTLICHEN BEREICH

ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision - German Modifikation
Verzeichnisse	<ul style="list-style-type: none"> › Systematisches Verzeichnis der ICD-10-GM: Gruppierung von Krankheiten, Verfahren und Zuständen, gegliedert in 22 Kapitel. Enthält alle ICD-10-Kodes mit Angabe des offiziellen Diagnosetextes und ggf. Kodiervorgaben. › Alphabetisches 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.
Herausgeber	Beide Verzeichnisse werden jährlich in der jeweils aktuellen Version herausgegeben vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).
Anwendung und Geltungsbereich	Die ICD-10-GM ist im Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert. Nach § 295 SGB V sind Diagnosen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Abrechnungsunterlagen für vertrags- ärztliche Leistungen nach der ICD-10-GM zu verschlüsseln. Die Dokumentation von Diagnosen zu medizinischen Zwecken bleibt davon unberührt.
Verantwortlichkeit	Für die sachgerechte Kodierung ist der Arzt/Psychotherapeut verantwortlich, der den Patienten behandelt hat, unabhängig davon, ob er oder eine von ihm beauftragte Person die Kodierung vornimmt.
Befreiung von der spezifischen Kodierpflicht	Ärzte für Pathologie, Fachärzte für Neuropathologie, Fachärzte für Laboratoriumsmedizin sowie Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sind im Rahmen von Auftragsleistungen von der Kodierung mit einem spezifischen Diagnoseschlüssel nach ICD-10-GM befreit. Als Ersatzwert kann regelhaft der ICD-10-GM Schlüssel „Z01.7 Laboruntersuchung“ angegeben werden.

Zu kodierende Diagnosen: Behandlungsdiagnosen	Alle Behandlungsdiagnosen sind zu kodieren. Das sind Diagnosen, für die im abzurechnenden Quartal diagnostische und/oder therapeutische vertragsärztliche Leistungen erbracht wurden. Dazu zählen auch Beratungen und weitere Veranlassungen wie Überweisungen und Verordnungen ohne Arzt-Patienten-Kontakt.								
Nicht zu kodierende Diagnosen	Anamnestische Diagnosen ohne Leistungsbezug im abzurechnenden Quartal werden nicht kodiert.								
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 Diagnosensicherheit zu aktualisieren.								
Anzahl und Reihenfolge der Kodierung	<ul style="list-style-type: none"> › Pro Behandlungsfall ist mindestens eine Behandlungsdiagnose anzugeben. Die Anzahl ist nicht begrenzt. › Für die mehrfache Behandlung eines Patienten wegen derselben Krankheit in einem Quartal genügt die einmalige Angabe des zugehörigen ICD-10-Kodes. › Die Reihenfolge der Codes ist beliebig. <p>„Es ist nicht ausschlaggebend, möglichst viele Schlüsselnummern anzugeben. Vielmehr sollte das kodierte Ergebnis möglichst genau den [...] erbrachten Aufwand abbilden.“ (BfArM: Basiswissen Kodieren)</p>								
Zusatzkennzeichnung Diagnosensicherheit: „ V, G, A, Z“	<p>Zusatzkennzeichen zur Angabe der Diagnosensicherheit sind für jeden Kode getrennt anzuwenden. Dies gilt auch für eine Mehrfachkodierung nach dem Kreuz-Stern-System und für die Ausrufezeichen-Kodes. Folgende Zusatzkennzeichen gibt es:</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding-right: 10px; vertical-align: top;">„V“</td> <td style="padding-left: 10px; vertical-align: top;">Verdachtsdiagnose (Diagnose kann weder gesichert noch ausgeschlossen werden)</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding-right: 10px; vertical-align: top;">„G“</td> <td style="padding-left: 10px; vertical-align: top;">gesicherte Diagnose (Diagnose kann nach den gültigen medizinisch-wissenschaftlichen Grundsätzen gesichert werden)</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding-right: 10px; vertical-align: top;">„A“</td> <td style="padding-left: 10px; vertical-align: top;">ausgeschlossene Diagnose (primäre Verdachtsdiagnose kann ausgeschlossen werden)</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding-right: 10px; vertical-align: top;">„Z“</td> <td style="padding-left: 10px; vertical-align: top;">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, die zu kodieren ist.) Achtung: Enthält bereits der Titel der ICD-10-Schlüsselnummer die Information „Zustand nach...“ oder „Folgen...“ bzw. „Folgezustände...“ einer früheren Erkrankung, so ist „Z“ nicht zu verwenden.</td> </tr> </table>	„V“	Verdachtsdiagnose (Diagnose kann weder gesichert noch ausgeschlossen werden)	„G“	gesicherte Diagnose (Diagnose kann nach den gültigen medizinisch-wissenschaftlichen Grundsätzen gesichert werden)	„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 hat aber eine Leistung verursacht, die zu kodieren ist.) Achtung: Enthält bereits der Titel der ICD-10-Schlüsselnummer die Information „Zustand nach...“ oder „Folgen...“ bzw. „Folgezustände...“ einer früheren Erkrankung, so ist „Z“ nicht zu verwenden.
„V“	Verdachtsdiagnose (Diagnose kann weder gesichert noch ausgeschlossen werden)								
„G“	gesicherte Diagnose (Diagnose kann nach den gültigen medizinisch-wissenschaftlichen Grundsätzen gesichert werden)								
„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 hat aber eine Leistung verursacht, die zu kodieren ist.) Achtung: Enthält bereits der Titel der ICD-10-Schlüsselnummer die Information „Zustand nach...“ oder „Folgen...“ bzw. „Folgezustände...“ einer früheren Erkrankung, so ist „Z“ nicht zu verwenden.								

<p>Rest- und Folgezustände (Residuen)</p>	<p>Aktuelle Krankheiten, die als Rest- oder Folgezustände einer früheren Krankheit bestehen, werden auf zwei Arten verschlüsselt:</p> <ul style="list-style-type: none"> › Durch einen Kode, der sowohl den aktuellen Krankheitszustand als auch die verursachende frühere Krankheit bzw. deren Behandlung enthält. › Durch zwei Kodes: Ein Kode für den aktuellen Krankheitszustand und ein Kode, der nur die „Folgen“ oder „Folgezustände“ einer früheren Erkrankung enthält. Achtung: Kodes, die nur die Folgen beschreiben, sind nicht alleine zu verwenden.
<p>Zusatzkennzeichen Seitenlokalisierung: „R ,L, B“</p>	<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</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>„L“ links</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>„B“ beidseitig</p>
<p>Vollständige und spezifische Kodierung</p>	<p>Alle Diagnosen, für die im jeweiligen Quartal vertragsärztliche Leistungen abgerechnet werden („Behandlungsdiagnosen“), sind zu kodieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> › Auswahl einer möglichst präzisen ICD-10-Schlüsselnummer nach vorliegendem Kenntnisstand › Auswahl einer endständigen Nummer, möglichst bis zur maximalen Kodiertiefe (bis zur fünften Stelle) <p>Ausnahme: vierstellige ICD-10-Schlüsselnummer ausreichend in der hausärztlichen Versorgung, im organisierten Notfalldienst und in der fachärztlichen Versorgung für Diagnosen außerhalb des Fachgebietes</p>
<p>Resteklassen für seltene Erkrankungen</p>	<p>nur im Ausnahmefall anzugeben</p> <ul style="list-style-type: none"> › Kodes für „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten“ › Kodes für „Nicht näher bezeichnete Krankheiten“ [n.n.bez.]
<p>Symptome / abnorme klinische und Laborbefunde</p>	<p>Angabe nur, wenn keine spezifischere Diagnose gestellt werden kann oder am Quartalsende, bei noch nicht abgeschlossener Diagnostik.</p>
<p>Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen</p>	<p>Alleinige Angabe nur, wenn Leistungen abgerechnet werden, die nicht in einer Erkrankung begründet sind, z. B. Prävention.</p>
<p>Mehrfachkodierung</p>	<ul style="list-style-type: none"> › Kreuz-Stern-System <ul style="list-style-type: none"> • Kreuz-Kode (+) verschlüsselt die Ätiologie (Primärkode) • Stern-Kode (*) verschlüsselt die Manifestation (Sekundärkode) › Ausrufezeichenkodes (Sekundärkodes) verschlüsseln Zusatzinformationen zu Primärkodes; <p>Achtung: Sekundärkodes dürfen nicht alleine stehen</p>

Kombinations-Schlüsselnummern	Eine ICD-Schlüsselnummer für zwei gemeinsam auftretende Krankheiten z.B. K80.00 Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis, ohne Angaben einer Gallenwegsobstruktion.
Formale Vereinbarungen im Systematischen Verzeichnis	<ul style="list-style-type: none"> › Inklusiva: Innerhalb der drei-, vier- und fünfstelligen Rubriken aufgeführte andere Diagnosenbezeichnungen [Einschlussbezeichnungen, „Inkl.“]. › Exklusiva: Bezeichnungen, die – selbst wenn der Titel der Rubrik vermuten lässt, dass sie an dieser Stelle zu klassifizieren wären – tatsächlich an anderer Stelle klassifiziert sind. [Exkl.]. › Hinweise: Erklären den entsprechenden Kode näher z.B. Angabe der Zeitspanne für einen rezidivierenden Herzinfarkt innerhalb von 28 Tagen oder weniger nach dem vorangegangenen. › „Mit“ in Titeln: Wird bei Kombinations-Schlüsselnummern verwendet, wenn zwei Krankheiten oder eine Krankheit und eine Manifestation/Komplikation mit ein und demselben ICD-10-Kode verschlüsselt werden. › „Und“ in Titeln: Steht für „und/oder“. › Runde Klammern (): Umschließen z. B. zusätzliche Wörter, die bei einer Diagnosenangabe stehen können, ohne dass dadurch die Verschlüsselung beeinflusst wird. › Eckige Klammern []: Werden benutzt zur Bezeichnung von Synonyma, alternativen Formulierungen oder erläuternden Ausdrücken. › Doppelpunkt „:“: Wird z. B. bei Aufzählungen von Inklusiva und Exklusiva verwendet, wenn das vorangestellte Wort für die Zuordnung zu der betreffenden Rubrik keine vollständige Bezeichnung darstellt. › Senkrechter Strich „ “: Wird bei Aufzählungen von Inklusiva und Exklusiva benutzt, wenn weder das vorangegangene Wort noch das folgende Wort vollständige Bezeichnungen sind. Jede vor dem senkrechten Strich stehende Bezeichnung muss mit einer oder mehreren der dahinterstehenden Bezeichnungen kombiniert werden. › „o.n.A.“: Steht für „ohne nähere Angabe.“ › „a.n.k.“: Steht für „anderorts nicht klassifiziert und dient als eine Art Warnung: Bestimmte näher bezeichnete Varianten der aufgeführten Krankheitszustände sind möglicherweise anderen Teilen der Klassifikation zuzuordnen. › Punkt Strich „.-“: Kennzeichnung aller dreistelligen Schlüsselnummern, die in vier- oder fünfstellige Schlüsselnummern unterteilt sind. › Strich „-“: Kennzeichnung aller vierstelligen Schlüsselnummern, die in fünfstellige Schlüsselnummern unterteilt sind.



Umfassende Informationen zu den oben aufgeführten Begriffen und Regelungen der ICD-10-GM sind nachzulesen in der Anleitung zur Verschlüsselung im Systematischen Verzeichnis der ICD-10-GM und auf der Homepage des BfArM unter:

www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/Anwendung/_node.html

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de



➤ **PraxisWissen**
➤ **PraxisWissenSpezial**

Themenhefte für
Ihren Praxisalltag

Abrufbar unter:
www.kbv.de/838223



➤ **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

Herausgeber:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-0, Fax: 030 4005-1590
info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion:

Dezernat Vergütung und Gebührenordnung
Abteilung Medizinische Dokumentation

Stand:

April 2024

Hinweise:

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine
Form der Personenbezeichnung verwendet.
Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.