



Die richtige Kodierung

der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

ICD-10

ICD-10

ICD-10

ICD-10

ICD-10

ICD-10

ICD-10

ICD-10



Impressum

Herausgeber:
Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Neumühler Straße 22
19057 Schwerin

Layout und Satz:
Abteilung Öffentlichkeitsarbeit
Katrin Schilder

Herausgeber, Mitwirkende, Autoren:

... der KVMV:

Dipl.-Med. Jutta Eckert (beratende Ärztin der KVMV), Kirstin Garber (stellvertretene Abt.-Ltrn. Abrechnung KVMV), Maren Gläser (Abt.-Ltrn. Abrechnung KVMV), Dr. Dagmar Greiner (Referentin Qualitätssicherung KVMV), Dipl.-Med. Birgit Naumann (beratende Ärztin der KVMV), Liane Ohde (Qualitätssicherung KVMV), Axel Rambow (Verwaltungsdirektor der KVMV)

... der Ärzteschaft:

Dr. Katja Breuel (Oberärztin, Fachambulanz Mukoviszidose, UKJ Rostock), Dr. Sabine Meinhold (niedergelassene Diabetologin), Dr. Uwe Neiser (Med. Controlling Universität Rostock), Dipl.-Med. Wahida Sarabi (Psychotherapeutisch tätige Ärztin)

... Andere:

Sabine Bahr (AOK Nordost, StB Finanzen, FB RSA, RSA-Beauftragte), Dr. Pia Petra Thul (AOK Nordost, Ärztin)

Informationen aus der KBV, dem ICD-10-GM, von der Bundesversicherungsanstalt und den Leitlinien der Fachgesellschaften.

Inhaltsverzeichnis

Die richtige Kodierung	4
Allgemeine Hinweise zur ICD-Kodierung	5
Diabetes mellitus	8
Koronare Herzerkrankung	10
Hypertonus	12
Zerebrovaskuläre Krankheiten	14
Neubildungen	16
Bestehende Schwangerschaft und Mehrfachkodierung	18
Affektive Störungen	19
Sucht – Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen	22
Cystische Fibrose/Mukoviszidose	25
Rückenschmerzen	27
Mehrfachkodierung – Kreuz-Stern und Ausrufezeichen	30
So funktioniert der Risikostrukturausgleich	34
80 Morbi-RSA relevante Erkrankungen 2011/2012	36
Nachwort	39

Die richtige Kodierung

Auch ohne Ambulante Kodierrichtlinien bleibt die gesetzliche Verpflichtung zum Kodieren der Diagnosen nach ICD-10 bestehen. Bereits seit dem Jahr 2000 sind alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten dazu verpflichtet. Auf mehrfachen Wunsch haben wir die Journal-Artikel zum Thema „Kodieren“ unter Mithilfe aller genannten Autoren überarbeitet.

Die genaue Abbildung des Krankheitsgeschehens ist wichtig, um die Entwicklung der Krankheitslast der Bevölkerung möglichst exakt abzubilden. Der Gesetzgeber hat die Entwicklung der ärztlichen Honorare an die Morbiditätsentwicklung geknüpft und damit eine berechnete Forderung der Ärzte erfüllt.

Die korrekte und qualitätsgesicherte medizinische Dokumentation der Behandlungsanlässe, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, ist ein wesentlicher Bestandteil der Abbildung der vorhandenen Morbidität der Versicherten.

Nach § 295 SGB V sind in den Abrechnungsunterlagen der vertragsärztlichen Versorgung unter anderem die Behandlungsdiagnosen anzugeben. Eine Behandlungsdiagnose ist laut ICD-10 eine Diagnose, deretwegen der Patient im entsprechenden Quartal behandelt wurde und für die der Arzt Leistungen abrechnet hat. Chronische Erkrankungen verursachen in der Regel jedes Quartal, bei fast jedem Arztbesuch, Behandlungsaufwand. Dauerdiagnosen, die keine Leistungen nach sich gezogen haben, dürfen jedoch nicht übermittelt werden.

Dazu ist im „Systematischen Verzeichnis“ – ICD-10 – folgendes Beispiel beschrieben: „Bei einem Patienten mit grippalen Infekt, der vor Jahren auch einen Myokardinfarkt erlitten hatte, dürfen Sie z.B. nicht zusätzlich „Zustand nach Myokardinfarkt“ kodieren, wenn Sie nur Leistungen für den grippalen Infekt abrechnen.“ Wenn der Patient aber im gleichen Quartal auch ein Rezept für beispielsweise Aspirin bekommt oder seine Blutwerte kontrolliert werden, wurden Leistungen nach sich gezogen, und der „Zustand nach Myokardinfarkt“ ist zu kodieren. Wenn chronische Erkrankungen bei der Auswahl von Medikamenten für eine andere Erkrankung berücksichtigt werden müssen oder Mehraufwand bei der Behandlung erfordern, sind diese chronischen Erkrankungen zu kodieren.

Grundsätzlich ist so spezifisch wie möglich zu verschlüsseln. Es sind primär die endstelligen Schlüsselnummern zu verwenden. Dafür gibt es nur folgende Ausnahmen:

- ▶ In der ambulanten Versorgung kann auf die 5-stellige Verschlüsselung verzichtet werden
 - ▶ in der hausärztlichen Versorgung,
 - ▶ im organisierten Notdienst und
 - ▶ in der fachärztlichen Versorgung für Diagnosen außerhalb des Fachgebietes.
- ▶ Für bestimmte Berufsgruppen kann eine Befreiung von der Verschlüsselungspflicht bzw. die Benutzung der „Ersatzschlüsselnummer“ UUU vereinbart werden, z.B. für Laborärzte, Zytologen, Histologen, Pathologen, Radiologen und z.T. Nuklearmediziner. Natürlich steht es allen Vertragsärzten frei, spezifischer zu verschlüsseln.

Der ICD-Kode Z76.0 ist an die Gebührenordnungsposition (GOP) 01430 gebunden. Kommt es im Quartalsverlauf, z.B. wegen einer Akuterkrankung, doch zu einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt, der eine Grundpauschale auslöst, sind der ICD-Kode Z76.0 und die GOP 01430 nachträglich zu löschen!

Zwischen den DMP-Dokumentationsbögen und der Dokumentation zur Abrechnung darf keine Diskrepanz auftreten. Sollte es im Verlauf der DMP-Dokumentation zu einer Veränderung des Erkrankungszustandes des Patienten kommen, muss dies auch aus den Abrechnungsdaten ersichtlich sein. Eine spezifischere Kodierung löst unter Umständen einen höheren Zuschlag aus dem Morbi-RSA aus.

Die KVMV möchte mit dieser Zusammenstellung der Artikel aus dem KV-Journal noch einmal auf einige Erkrankungen hinweisen und die Bedeutung der richtigen Kodierung hervorheben.

**Wir hoffen, Ihnen mit unserer Zusammenstellung eine Hilfe in die Hand gegeben zu haben und verbleiben mit freundlichen Grüßen
Ihre Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern**

Allgemeine Hinweise zur ICD-Kodierung

Je Behandlungsquartal muss mindestens eine Behandlungsdiagnose kodiert werden, die maximale Anzahl ist nicht begrenzt. Behandelt der Arzt in einem Quartal einen Patienten wegen derselben Krankheit mehrfach, so genügt die **einmalige** Angabe des zugehörigen ICD-Kodes inklusive des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit. **Die Reihenfolge der Behandlungsdiagnosen ist beliebig.**

Die Kodierung von Diagnosen kann delegiert werden, aber jeder Arzt bleibt für die Dokumentation der Diagnosen verantwortlich, die er in seinem Arztfall behandelt hat. Es muss nicht zwingend am Tag der Leistungserbringung selbst eine entsprechende Diagnose kodiert werden, dies kann auch später im Quartal erfolgen. Soweit im jeweiligen Quartal beauftragte Befunde oder Untersuchungen erst nach Ablauf des Quartals eingehen, kann die Diagnosestellung in der Regel bis zum 10. Kalendertag des neuen Quartals geändert werden. Diagnosen, die im Laufe eines Behandlungsfall anfallen und sich nach anfänglichem Verdacht gebe-

Diagnosen, die im entsprechenden Quartal – z.B. ausschließlich durch IGeL-Leistungen – behandelt werden, sind keine Behandlungsdiagnosen und somit nicht zu übermitteln.

Nicht zu übermitteln sind weiterhin:

- ▶ anamnestische Diagnosen **ohne** Leistungsbezug im abzurechnenden Quartal,
- ▶ Dauerdiagnosen, die im abzurechnenden Quartal nicht behandelt wurden und
- ▶ abnorme Befunde ohne weiterführende Diagnostik oder Therapie.

Wenn zum Beispiel bei einer Sonographie wegen Gal-



Foto: Barbara Eckholdt/www.pixelio.de

nenfalls nicht bestätigen, da andere Diagnosen als Ursache für die Beschwerden gesichert werden können, müssen nicht nachträglich bereinigt werden.

Behandlungsdiagnosen sind Diagnosen inklusive des zugehörigen Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit, für die im abzurechnenden Quartal Leistungen erbracht wurden.

Leistungen sind:

- ▶ diagnostische Maßnahmen,
- ▶ therapeutische Maßnahmen sowie
- ▶ Leistungen, die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung verankert sind.

lenkoliken bei Gallensteinen als Nebenbefund eine solitäre Nierenzyste auffällt, die nicht weiter abgeklärt oder behandelt werden muss, ist die „Nierenzyste“ keine Behandlungsdiagnose.

Zur Angabe der Diagnosesicherheit ist immer eines der nachgenannten Zusatzkennzeichen anzugeben (obligatorisch):

- G** für eine gesicherte Diagnose
- V** für eine Verdachtsdiagnose
- A** für eine ausgeschlossene Diagnose
- Z** für einen (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose.

▼ Eine Behandlungsdiagnose erhält das Zusatzkennzeichen „G“, wenn der Arzt sie nach den gültigen medizinisch-wissenschaftlichen Grundsätzen sichern konnte, auf Basis medizinisch sinnvoller und für diesen speziellen Patienten relevanter Diagnostik.

Kann eine Verdachtsdiagnose nicht endgültig oder nicht zeitgerecht gesichert werden, ist sie dann als gesicherte Behandlungsdiagnose anzugeben, wenn eine spezifische Behandlung so erfolgt, als wäre diese Diagnose gesichert.

Solange eine Behandlungsdiagnose weder gesichert noch ausgeschlossen werden kann, erhält der ICD-Code für diese Behandlungsdiagnose das Zusatzkennzei-

chen „Z“, wenn die betreffende Diagnose nicht mehr besteht und auch keine krankheitsspezifische Diagnostik und/oder Therapie mehr erfolgt.

Der „Zustand nach“ dieser Diagnose hat eine Leistungserbringung verursacht, die somit zu einer Kodierung als Behandlungsdiagnose berechtigt.

Eine ausschließlich anamnestische Angabe eines „Zustands nach ...“ ohne Leistung im entsprechenden Quartal ist nicht zu kodieren, auch wenn diese Information zur Dokumentation in der Patientenakte benötigt wird.

„Dauerdiagnosen“ wurden als EDV-technische Unterstützung seit 2005 in den Praxisverwaltungssystemen etabliert, um Diagnosen aus einem Vorquartal in ein



Foto: Claudia Habutamm/www.pixelio.de

chen „V“. Wenn eine spezifische Therapie durchgeführt wird, kann „V“ gegen „G“ ausgetauscht werden, auch wenn die Diagnose nicht endgültig gesichert werden konnte. Es ist unnötig, alle möglichen Arbeitshypothesen mit dem Zusatzkennzeichen „V“ zu kodieren.

Konnte das Vorliegen einer bestimmten Diagnose, für die es primär einen Verdacht gab, ausgeschlossen werden, erhält der ICD-Code für diese Behandlungsdiagnose das Zusatzkennzeichen „A“. Wenn die durchgeführten diagnostischen Maßnahmen eine gesicherte Diagnose ergeben, ist die zusätzliche Verschlüsselung der differentialdiagnostisch ausgeschlossenen Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen „A“ nicht erforderlich.

Nur gesicherte Diagnosen sind für die Berücksichtigung im Morbi-RSA relevant.

Eine Behandlungsdiagnose erhält das Zusatzkennzei-

folgequartal zu übernehmen. Eine Übernahme von Diagnosen aus einem Quartal in ein nächstes darf nur erfolgen, wenn jede dieser Diagnosen erneut die Definition einer Behandlungsdiagnose erfüllt. Dabei sind gegebenenfalls die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit zu aktualisieren.

Zur Spezifizierung der Diagnosenangaben für die Seitenlokalisation darf eines der nach genannten Zusatzkennzeichen angegeben werden:

R für rechts,

L für links,

B für beidseitig.

Die Angabe von Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisation ist optional, wird aber empfohlen. Die Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisation beziehen sich auf



die paarigen Organe und Körperteile. Sie beziehen sich nicht auf Lokalisationen innerhalb einzelner Organe. Damit ist ihre Verwendung zwar bei sehr vielen, aber nicht bei allen Schlüsselnummern des ICD-10 möglich. 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.

Eine Krankheit, die durch eine Prophylaxe verhindert wird, ist nicht als Behandlungsdiagnose zu kodieren. Spezifische Schlüsselnummern für Impfungen und prophylaktische Maßnahmen befinden sich im ICD-10 im Kapitel XXI „Faktoren, die den Gesundheitszustand ...“ 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.

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.

Gibt es für das Rezidiv einer Krankheit im ICD-10 eine spezielle Schlüsselnummer, so ist diese zu verwenden. Zum Beispiel:

- ▶ Rezidivhernie: K40.X1 (fünfte Stelle 1, vierte Stelle abhängig von Komplikation)
- ▶ rezidivierender Myokardinfarkt: I22.- (vierte Stelle nach Lokalisation des rezidivierenden Myokardinfarkts)
- ▶ rezidivierende depressive Störungen: F33.-
- ▶ rezidivierende orale Aphten: K12.0

In allen anderen Fällen wird ein Rezidiv wie die eigentliche Krankheit verschlüsselt. **Ein Rezidiv ist nicht als „Zustand nach ...“ zu kodieren.**

Wird eine Erkrankung in unterschiedlichen Ausprägungen bzw. Schweregraden behandelt, so sind alle festgestellten Behandlungsdiagnosen mit dem jeweiligen Schweregrad zu kodieren. Das bedeutet, dass der gesamte Krankheitsverlauf im jeweiligen Quartal an den übermittelten Behandlungsdiagnosen erkennbar sein sollte.

Ein Symptom ist nicht zu kodieren, wenn die zugrunde liegende Krankheit bekannt ist.

Die Zusatzkennzeichen sind auf jeden ICD-Code getrennt anzuwenden. Das gilt auch bei Mehrfachkodierung nach dem Kreuz-Stern-System und für die Ausrufezeichen-Kodes.

Der Begriff „spezifisch kodieren“ wird wie folgt verwendet:

1. Auswahl einer möglichst präzisen ICD-Schlüsselnummer (diejenige ICD-Schlüsselnummer auswählen, die die Behandlungsdiagnose am treffendsten abbildet und ggf. mit zugehörigem Code für die Manifestation) ergänzen zur Verschlüsselung der Behandlungsdiagnose anhand der vorliegenden medizinischen Krankheitsinformation.

Beispiel: Patient mit Diabetes mellitus Typ 1, nicht als entgleist bezeichnet und Diabetischer Katarakt – Codierung: E10.30 G und H28.0 G

2. Auswahl der endständigen ICD-Schlüsselnummer bis zur maximalen Kodiertiefe (je nach ICD-Schlüsselnummer drei-, vier- und fünfstellige Kodierung). (*Achtung: Regeln zur Kodiertiefe – Seite 4*)

Alle Diagnosen, die im jeweiligen Quartal die Definition der Behandlungsdiagnose erfüllen, sind zu kodieren. Umgekehrt sind Diagnosen, die die Definition der Behandlungsdiagnose nicht erfüllen, nicht zu kodieren.

Diabetes mellitus

Wie viele Patienten mit einem schweren Diabetes, Diabetes mit Komplikationen werden in Deutschland eigentlich ambulant behandelt? ... Welche Komplikationen liegen vor? ... Nimmt die Zahl der ambulanten Krebstherapien zu? ... Wie kann die Morbidität der Patienten exakt abgebildet werden? ...

Solche Fragen sind zunehmend von Bedeutung, wenn es um die Sicherstellung und Finanzierung der ambulanten Medizin geht. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber beschlossen, die Vergütung stärker an der Morbidität der Patienten auszurichten. Dafür sind valide Daten erforderlich.

Nach der evidenzbasierten Leitlinie der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) ist der Diabetes mellitus folgendermaßen definiert: „Der Diabetes mellitus ist eine durch den Leitbefund chronische Hyperglykämie charakterisierte Regulationsstörung des Stoffwechsels. Es liegt entweder eine gestörte Insulinsekretion oder eine verminderte Insulinwirkung oder auch beides zugrunde.“

Der **Typ 1 Diabetes** ist gekennzeichnet durch eine progrediente Zerstörung der insulinproduzierenden B-Zellen in den Langerhansschen Inseln des Pankreas. Es besteht ein Insulinmangel.

Der **Typ 2 Diabetes** ist eine Erkrankung, die selten zu schweren Stoffwechselentgleisungen, aber häufig zu schwerer Mikro- und Makroangiopathie sowie Neuropathie führen kann. Er stellt die häufigste Form des Diabetes mellitus in Deutschland dar.

Der **Typ 2 Diabetes** ist durch eine Insulinresistenz gekennzeichnet und primär nicht insulinpflichtig. Die Patienten mit Typ 2 Diabetes benötigen daher oft keine Insulintherapie, sondern können mit Diät, Bewegungsaktivierung und oralen Antidiabetika gut behandelt werden. Neben der genetischen Disposition spielen Übergewicht, falsche Ernährung sowie mangelnde körperliche Aktivität und höheres Lebensalter eine ausschlaggebende Rolle. International wurde in den letzten Jahren eine Zunahme der Fälle bei jüngeren Menschen beschrieben.

Der **sonstige näher bezeichnete Diabetes mellitus** hat verschiedene Ursachen, die zu einer Beeinträchtigung der Pankreasfunktion führen können, z.B. die alkoholische Genese.

Der **Gestationsdiabetes** stellt ein genetisch heterogenes Krankheitsbild mit variierendem Schweregrad dar und ist die häufigste Stoffwechselerkrankung in der Schwangerschaft.

Für die Kodierung des Diabetes mellitus sind folgende drei Kriterien zu berücksichtigen:

1. der **Typ** des Diabetes mellitus

2. die gesicherten, in ursächlichem Zusammenhang stehenden **Komplikationen**
3. die gegenwärtige **Stoffwechsellage** (entgleist/nicht entgleist)

Die verschiedenen Typen des Diabetes mellitus werden nach dem ICD-10 wie folgt klassifiziert:

- ▶ E10 Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]
- ▶ E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]
- ▶ E12 Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] (in Deutschland eher unwahrscheinlich)
- ▶ E13 Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus (steroidinduzierter Diabetes mellitus/pankreopriver Diabetes mellitus)
- ▶ E14 Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus (Typ in der Regel aber bekannt, Kodierung nur in Ausnahmefällen)
- ▶ O24.0 – O24.3 Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, vorher bestehend
- ▶ O24.4 Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend
- ▶ R73.0 Abnormer Glukosetoleranztest

Mögliche **Komplikationen** des Diabetes mellitus sind über die vierte Stelle der jeweiligen ICD-Schlüsselnummer E10 – E14 zu kodieren (O- und R-Kodierungen sind bereits vierstellig):

- .0 mit Koma
- .1 mit Ketoazidose
- .2 mit Nierenkomplikationen
- .3 mit Augenkomplikationen
- .4 mit neurologischen Komplikationen
- .5 mit peripheren vaskulären Komplikationen
- .6 mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
- .7 mit multiplen Komplikationen
- .8 mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
- .9 ohne Komplikationen (nur wenn keine Komplikationen vorliegen)



Die Codes für die einzelne Komplikation ergeben sich aus der Behandlungsindikation.

Die **Stoffwechsellage** eines Diabetikers ist über die fünften Stellen der jeweiligen ICD-Schlüsselnummern aus E10–E14 zu kodieren.

Für die vierten Stellen .2 bis .6, .8 und .9 gelten die fünften Stellen:

0 nicht als entgleist bezeichnet

1 als entgleist bezeichnet

Für die vierte Stelle .7 (mit multiplen Komplikationen) gelten die fünften Stellen:

2 mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

3 mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet

4 mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet

5 mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet. Ein Diabetes mellitus mit den Komplikationen Koma oder Ketoazidose (**vierte Stelle .0 oder .1**) gilt grundsätzlich als entgleist und wird stets mit der fünften Stelle 1 kodiert. Die Kodierung der entgleisten Stoffwechsellage erfolgt immer nur so lange, wie die Entgleisung vorliegt. Danach ist der Code nach der entsprechenden Behandlungsdiagnose zu wechseln. Für die Abrechnung ist immer die aktuelle Behandlungsdiagnose von Bedeutung, nicht die Dauerdiagnose. **Nur wenn eine Erkrankung einen diagnostischen oder therapeutischen Aufwand hatte, darf sie kodiert werden.**

Neben dem Diabetes mellitus als ursächliche Erkrankung sollte der Manifestationsort von Folgeerkrankungen des Diabetes entsprechend verschlüsselt werden. Das Kreuz-Stern-System erlaubt es mit einer zweiten, zusätzlichen Schlüsselnummer (Sterndiagnose) die Manifestation anzugeben: z.B. N08.3* Diabetische Nephropathie. Nur mit beiden Verschlüsselungen wird die Erkrankung vollständig abgebildet.

Beispiele für die Kodierung des Diabetes mellitus nach ICD-10

Beispiel 1

Eine Patientin mit Diabetes mellitus Typ 2 wurde komatös aufgefunden. Es erfolgte die Krankenhauseinweisung durch den organisierten Notfalldienst. Dort wurde ein hyperosmolares Koma nachgewiesen. Jetzt erfolgt die Vorstellung beim Hausarzt zur Weiterbehandlung nach erfolgreicher stationärer Behandlung.

Kodierung durch Notarzt: E11.01 G Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit Koma, als entgleist bezeichnet

Der ICD-Code E11.01 als gesicherte Diagnose ist nur zum **Zeitpunkt vor der Aufnahme in das Krankenhaus** zu verschlüsseln.

Kodierung durch den Hausarzt: E11.90 G Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes], ohne Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet



Foto: Thomas Siepmann/www.pixelio.de

Beispiel 2

Ein Patient mit diabetischer Polyneuropathie wird neurologisch behandelt

Behandlungsdiagnosen: E10.40† G Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes], mit neurologischen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet G63* G Diabetische Polyneuropathie
Die Kodierung erfolgt nach dem Kreuz-Stern-System.

Beispiel 3

Ein Patient mit diabetischer Polyneuropathie kommt zur Kontrolle der Stoffwechsellageparameter. Die Neuropathie wird nicht behandelt.

Behandlungsdiagnose: E10.40† G Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes], mit neurologischen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet.

Koronare Herzerkrankung

Die koronare Herzerkrankung (KHK) ist die Manifestation der Artherosklerose an den Herzkranzarterien. In den Frühstadien der Erkrankung sind in der Regel noch keine klinischen Symptome vorhanden, obwohl bereits Störungen der endothelialen Funktion und Lipideinlagerungen in der Gefäßwand vorliegen. Im fortgeschrittenen Stadium entsteht ein Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und Sauerstoffangebot im Herzmuskel, welches sich klinisch in der Regel als Angina pectoris äußert. Die klinischen Manifestationen der KHK, wie Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt und Herzrhythmusstörungen, führen die Todesursachenstatistik in Deutschland an.

Grundsätzlich ist bei der koronaren Herzerkrankung zwischen der chronischen KHK und akuten Ereignissen zu unterscheiden. Unter dem Begriff „Akutes Koronarsyndrom“ werden dabei die Phasen der koronaren Herzerkrankung zusammengefasst, die unmittelbar lebensbedrohlich sind, hierzu gehören die instabile Angina, der akute Myokardinfarkt und der plötzliche Herztod.



Wesentliche Ziele der Behandlung der KHK sind eine Steigerung der Lebensqualität der Patienten durch eine Verminderung der Angina pectoris-Häufigkeit und der damit einhergehenden Beschwerden sowie eine Verbesserung der Belastungsfähigkeit, die Prävention der klinischen Manifestation der KHK, insbesondere des Myokardinfarktes und der Herzinsuffizienz sowie die Reduktion der Sterblichkeit.

Dabei kommt neben den interventionellen Maßnahmen (Revaskularisation) der medikamentösen Therapie große Bedeutung zu. Gleiches gilt auch für Maßnahmen, die einer Verhaltensänderung und damit einer Modifikation der beeinflussbaren Risikofaktoren dienen. Als wichtigste Risikofaktoren gelten Rauchen, arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie und Diabetes mellitus.

Gerade in der Betreuung von Patienten mit einer chronischen KHK spielt die Koordination der Versorgung auf allen Ebenen eine entscheidende Rolle, um die heutzutage vorhandenen therapeutischen Optionen optimal im Sinne des Patienten einsetzen zu können.

Bis zum 65. Lebensjahr der Patienten wird die KHK sehr viel häufiger bei Männern als bei Frauen behandelt. Im höheren Lebensalter übertrifft die Zahl der Frauen mit einer behandelten KHK jedoch die der Männer. Da Frauen generell eine höhere Lebenserwartung haben, ist dieses Phänomen sicher auch demografisch begründet.

Zur Kodierung der KHK stehen folgende Codes zur Verfügung:

I25.- Chronische ischämische Herzkrankheit

I25.0 Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit, so beschrieben

I25.1- Atherosklerotische Herzkrankheit

I25.10 Atherosklerotische Herzkrankheit: **ohne hämodynamisch wirksame Stenosen**

I25.11 Atherosklerotische Herzkrankheit: **Ein-Gefäßkrankung**

I25.12 Atherosklerotische Herzkrankheit: **Zwei-Gefäßkrankung**

I25.13 Atherosklerotische Herzkrankheit: **Drei-Gefäßkrankung**

I25.14 Atherosklerotische Herzkrankheit: **Stenose des linken Hauptstammes**

I25.15 Atherosklerotische Herzkrankheit: **mit stenosierten Bypass-Gefäßen**

I25.16 Atherosklerotische Herzkrankheit: **mit stenosierten Stents**

I25.19 Atherosklerotische Herzkrankheit: nicht näher bezeichnet

I25.2- Alter Myokardinfarkt

I25.20 Alter Myokardinfarkt: **29 Tage bis unter 4 Monate**

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

I25.3 Herz (-Wand) -Aneurysma

I25.4 Koronararterienaneurysma

I25.5 Ischämische Kardiomyopathie

I25.6 Stumme Myokardischämie

I25.8 Sonstige Formen der chronischen



ischämischen Herzkrankheit

I25.9 Chronische ischämische Herzkrankheit: nicht näher bezeichnet.

Je nachdem, wie detailliert die vorliegende Behandlungsdiagnose dem verantwortlichen Arzt bekannt ist, ist mit diesem Wissen diejenige ICD-Schlüsselnummer auszuwählen, die die Behandlungsdiagnose am treffendsten abbildet.

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. **Ein Myokardinfarkt, der länger als 28 Tage zurückliegt, ist mit I25.2X zu kodieren, nicht als I21.X Z (Zustand nach Myokardinfarkt).**

Immer sind die Zusatzkennzeichen (A (ausgeschlossene Diagnose), G (gesicherte Diagnose), V (Verdachtsdiagnose) und Z ([symptomloser] Zustand nach der betreffenden Diagnose)) anzugeben.

Bei folgenden Kriterien wird ein Geldmittelfluss aus dem Gesundheitsfonds im Rahmen des Morbi-RSA ausgelöst:

- ▶ Der Patient muss von einem Arzt mit einer der 80 vom Bundesversicherungsamt (BVA) festgelegten Erkrankungen diagnostiziert und kodiert werden.

- ▶ Der Patient muss **entweder** das sogenannte M2Q-Kriterium (mindestens 2 Quartale) erfüllen. Dies bedeutet, dass die Kodierung bei ambulanter Behandlung zweimal in unterschiedlichen Quartalen innerhalb eines Jahres erfolgen muss, die Quartale müssen nicht aufeinanderfolgend sein **oder** eine kodierte Diagnose ebenfalls als Haupt- oder Nebendiagnose aus einem Krankenhausaufenthalt heraus aufweisen.
- ▶ Der Patient muss mit einem vom BVA bestimmten Medikament bzw. Wirkstoff behandelt werden (gilt nur für einige, nicht für alle Diagnosen).
- ▶ Der Patient muss von dem unter dem vorherigen Punkt festgelegten Medikament mindestens 183 Tagesdosen erhalten haben (bestimmte chronische Krankheiten) bzw. mindestens 10 Tagesdosen (bestimmte akute Krankheiten).

Wenn chronische Erkrankungen diese Kriterien erfüllen, sollte auch darauf geachtet werden, dass die Kodierung entsprechend erfolgt. Bei der KHK handelt es sich um eine chronische Erkrankung, die in den meisten Fällen Behandlungsaufwand mit sich bringt. In der Regel sind die Patienten in jedem Quartal in den Praxen, mindestens, um sich ein Rezept zu holen. **Schon die Verordnung von diagnosespezifischen Medikamenten ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt 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.

Zusammenfassung:

- 1. Vollständig kodieren** ▶ Alle Diagnosen, zu denen Leistungen, d.h. diagnostische oder therapeutische Maßnahmen, erbracht wurden, sind nach ICD-10 zu kodieren.
- 2. Spezifisch kodieren** ▶ Auswahl einer möglichst präzisen ICD-Schlüsselnummer zur Verschlüsselung der Behandlungsdiagnosen. Zu vermeiden sind Diagnosen wie mit „sonstiger oder nicht näher bezeichneter Lokalisation“.
 - ▶ Auswahl der endständigen ICD-Schlüsselnummer bis zur maximalen Kodiertiefe, je nach ICD drei-, vier- oder fünf-stellig.
- 3. Zusatzkennzeichen für Diagnosesicherheit ausfüllen** ▶ Wenn eine Diagnose gesichert ist oder eine spezifische Behandlung so erfolgt, als wäre die Diagnose gesichert, ist der Zusatz G für gesicherte Diagnose anzugeben. Trifft dies nicht zu, ist einer der Zusätze V (Verdachtsdiagnose), A (ausgeschlossene Diagnose) oder Z ([symptomloser] Zustand nach) zu verwenden.
- 4. Chronische Diagnosen kontinuierlich dokumentieren** ▶ Eine chronische Diagnose ist in jedem Quartal zu erfassen, indem Leistungen, d.h. diagnostische oder therapeutische Maßnahmen, zu der chronischen Diagnose erbracht wurden.
- 5. Schweregrad der Erkrankung erfassen** ▶ Wird eine Erkrankung in unterschiedlichen Ausprägungen bzw. Schweregraden behandelt, so sind alle festgestellten Behandlungsdiagnosen mit dem jeweiligen Schweregrad zu kodieren.
- 6. Bei Verordnungen Diagnose dokumentieren, auch ohne Arzt-Patienten-Kontakt** ▶ Bei Verordnungen im Rahmen einer diagnosespezifischen Therapie ist die gesicherte Behandlungsdiagnose zu hinterlegen. Fand kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt statt, ist zusätzlich **Z76.0** ▶ Ausstellung wiederholter Verordnung – anzugeben.

Hypertonus

Jede Definition der Hypertonie sollte sowohl das individuelle kardiovaskuläre Risiko des Patienten als auch die möglichen therapeutischen Optionen berücksichtigen. Dementsprechend ist ein hoch normaler Blutdruck bei Patienten mit einem hohen kardiovaskulären Risiko bereits als Hypertonie zu bewerten, während er bei Patienten mit einem niedrigen Risikoprofil als akzeptabler Blutdruck bewertet wird. Damit ist die Definition der Hypertonie für jeden Patienten individuell. Trotzdem gibt es folgende Kategorien für die Hypertonie (siehe Tabelle).

Kategorien des Blutdruckes ...

... nach den Leitlinien zur Behandlung der arteriellen Hypertonie der Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL® – Deutsche Hypertonie Gesellschaft (www.hochdruckliga.de)

Kategorie	Blutdruckwerte in mm HG	
	Systolisch	Diastolisch
optimal	< 120	< 80
normal	120 – 129	80 – 84
hoch normal	130 – 139	85 – 89
leichte Hypertonie (Grad 1)	140 – 159	90 – 99
mittelschwere Hypertonie (Grad 2)	160 – 179	100 – 109
schwere Hypertonie (Grad 3)	> = 180	> = 110
isolierte systolische Hypertonie (Grad 1)	140-159	< 90
isolierte systolische Hypertonie (Grad 2)	160-179	< 90
isolierte systolische Hypertonie (Grad 3)	> = 180	< 90

Fallen systolischer und diastolischer Blutdruck in unterschiedliche Kategorien, sollte der Patient der höheren Kategorie zugeordnet werden. Bei isolierter systolischer Hypertonie bedeutet ein besonders niedriger diastolischer Blutdruck (60 – 70 mm Hg) ein besonders hohes Risiko.

Ein erhöhtes kardiovaskuläres Gesamtrisiko liegt vor bei: Übergewicht (abdominell), Diabetes mellitus, Endorganschaden (Herz, Niere, Zerebrovaskuläre Erkrankungen), erhöhter Pulswellengeschwindigkeit, Erniedrigung des Quotienten aus Knöchel- und Oberarmarteriendruck (Knöchel-Arm-Index), Rauchen, Familienanamnese usw. (siehe dazu auch Leitlinien zur Behandlung der arteriellen Hypertonie der Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL® – Deutsche Hypertonie Gesellschaft (www.hochdruckliga.de)).

Die Hauptindikation für die Einleitung der Therapie ist das kardiovaskuläre Risiko des Patienten. Der Grad der Blutdruckerhöhung ist allerdings ebenso bedeutsam. Im Gegensatz zu früheren Empfehlungen erscheint der

Beginn einer medikamentösen Therapie auch bei hoch normalem Blutdruck (Tabelle 1) gerechtfertigt, wenn ein hohes kardiovaskuläres Gesamtrisiko besteht.

Die Hypertonie ist weltweit ein Risikofaktoren für erhöhte Mortalität. Viele Todesfälle sind direkt auf die Hypertonie zurückzuführen. Antihypertensiva gehören zu den am meisten verschriebenen Medikamenten.

In den letzten Jahren kam es zu einem Rückgang vor allem der schweren Hypertonie bei einem gleichzeitigen Anstieg der Medikamenten-Verordnung. Die Prävalenz der Hypertonie ist jedoch weiter hoch und steigt möglicherweise auch weiter an, wenn z.B. die Adipositas zunimmt und die Folgen weiter sichtbar werden.

Die demographische Entwicklung auch und besonders in Mecklenburg-Vorpommern und die höhere Prävalenz der Hypertonie bei älteren Menschen lassen eine deutliche Zunahme der Hypertonie bei uns im Land erwarten. Damit sind auch höhere Kosten zu erwarten.

Die Hypertonie ist eine der 80 Morbi-RSA relevanten Erkrankungen. Anknüpfungspunkt für den Morbiditätszuschlag sind die ärztlichen Diagnosen. Ärzte müssen für ihre Abrechnungen jede Diagnose nach dem ICD-10 verschlüsseln. Dabei sind die Regeln des ICD einzuhalten.

Für die Hypertonie stehen folgende Schlüsselnummern oder Codes zur Verfügung:

Hypertonie [Hochdruckkrankheit (I10 – I15)]

Exklusive:

- ▶ Als Komplikation bei Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett (O10-O11, O13-O16)
- ▶ Hypertonie beim Neugeborenen (P29.2)
- ▶ Mit Beteiligung der Koronargefäße (I20-I25)
- ▶ Pulmonale Hypertonie (I27.0)

Die **fünften** Stellen (-0,-1) sind bei **I10-I15** zu benutzen, um das Vorliegen einer hypertensiven Krise darzustellen:
-0 Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
-1 Mit Angabe einer hypertensiven Krise

I10.- Essentielle (primäre) Hypertonie

Inklusive: Bluthochdruck, Hypertonie (arteriell) (essentiell) (primär) (systemisch)

Exklusive: Mit Beteiligung von Gefäßen des Auges (H35.0), des Gehirns (I60-I69)

- I10.0- Benigne essentielle Hypertonie
- I10.1- Maligne essentielle Hypertonie
- I10.9- Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet

I11.- Hypertensive Herzkrankheit

Hinweis: Sofern zutreffend, zunächst Schlüsselnummern aus **I50.- oder I51.4 bis I51.9** benutzen, um die Art der Herzkrankheit anzugeben.

- I11.0- Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz (Inkl.: Hypertensives Herzversagen)
- I11.9- Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz (Inkl.: Hypertensive Herzkrankheit o.n.A.)

I12.- Hypertensive Nierenkrankheit

Hinweis: Sofern zutreffend, zunächst Schlüsselnum-

mern aus **N00-N07, N18.-, N19 oder N26** benutzen, um die Art der Nierenkrankheit anzugeben.

Inklusive: Arteriosklerose der Niere, Arteriosklerotische Nephritis (chronisch) (interstitiell), Hypertensive Nephropathie, Nephrosklerose [Nephro-Angiosklerose]

Exklusive: Sekundäre Hypertonie (I15.-)

I12.0- Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz (Inkl.: Hypertensives Nierenversagen)

I12.9- Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz (Inkl.: Hypertensive Nierenkrankheit o.n.A.)

I13.- Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit

Hinweis: Sofern zutreffend, zunächst Schlüsselnummern aus **I50.- oder I51.4-I51.9** sowie aus **N00-N07, N18.-, N19 oder N26** benutzen, um die Art der Herz- bzw. Nierenkrankheit anzugeben.

Inklusive: Herz-Kreislauf-Nieren-Krankheit
Herz-Nieren-Krankheit

I13.0- Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz

I13.1- Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz

I13.2- Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz

I13.9- Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet

I15.- Sekundäre Hypertonie

Exklusive: Mit Beteiligung von Gefäßen des Auges (H35.0), des Gehirns (I60-I69)

- I15.0- Renovaskuläre Hypertonie
- I15.1- Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenkrankheiten (Inkl.:Renoparenchymatöse Hypertonie)
- I15.2- Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten
- I15.8- Sonstige sekundäre Hypertonie
- I15.9- Sekundäre Hypertonie, nicht näher bezeichnet

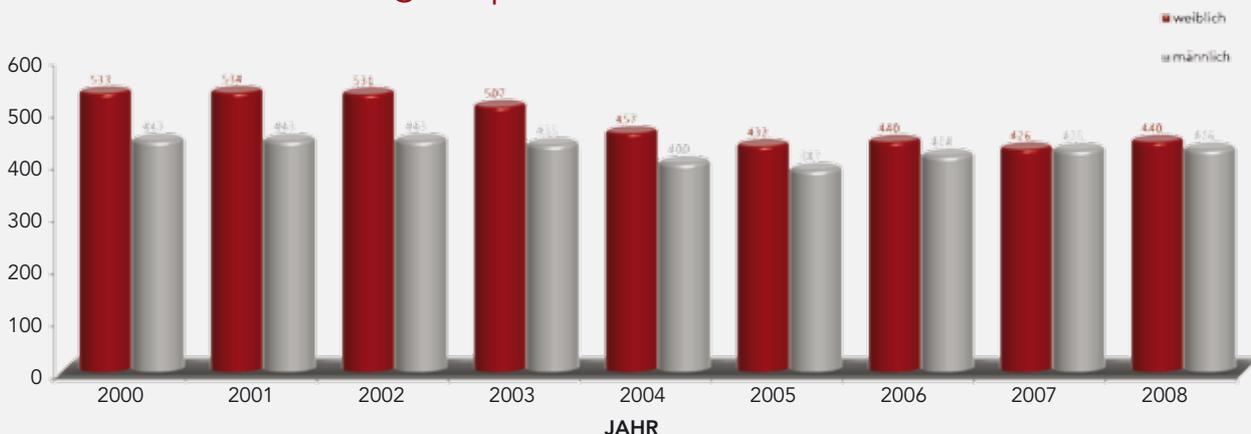
Zerebrovaskuläre Krankheiten

Der Schlaganfall ist eine häufige, folgenreiche und behandlungsintensive Krankheit, deren Inzidenz mit dem Alter deutlich ansteigt. Als Prototyp einer chronischen Erkrankung liegt die Hauptlast in der ambulanten Versorgung.

Nach der Rückkehr aus der Klinik oder der stationären Rehabilitation werden Schlaganfallpatienten in erster Linie unter hausärztlicher Koordination betreut – eine sehr komplexe Aufgabe unter Einbeziehung der verschiedenen Fachgruppen und Versorgungsbereiche. In Mecklenburg-Vorpommern treten jedes Jahr bei Männern und Frauen zerebrovaskuläre Krankheiten gehäuft auf. Wie eine Analyse der GBE-Daten (www.gbe-bund.de) zeigt, werden jährlich etwa 400 – 500 Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner für Männer und Frauen dokumentiert. Damit der hohe Aufwand der Versorgung erkennbar wird, ist auf eine korrekte Kodierung zu achten.

- I60.-** Subarachnoidalblutung
- I61.-** Intrazerebrale Blutung
- I62.-** sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung
- I63.-** Hirninfarkt
- I64.-** Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
- I65.-** Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt
- I66.-** Verschluss und Stenose zerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt
- I67.-** sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten
- I68.-*** zerebrovaskuläre Störungen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (Achtung Sterndiagnose!)

ICD10: I60 – I69 Zerebrovaskuläre Krankheiten, Wohnsitz: Mecklenburg-Vorpommern, Verweildauer: alle Fälle



Dafür stehen folgende Codes zur Verfügung:

I60-I69 Zerebrovaskuläre Krankheiten

Info.: Soll eine vorliegende Hypertonie angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen. (I10.- und I15.-)

Exklusive: traumatische intrakranielle Blutung (S06.-) vaskuläre Demenz (F01.-) zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome (G45.-)

I69.- Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit
Eine gesicherte Diagnose über mindestens zwei Quartale **mit dem Zusatzkennzeichen „G“ bekommt Relevanz für den Morbi-RSA.** Dazu sind die ICD-Kodes für bestehende Defizite mit „G“ anzugeben. Solange der akute Schlaganfall behandelt wird, ist ein Code aus I60.- bis I64.- zu kodieren.

Akuter Schlaganfall

- I60.-** Subarachnoidalblutung
- I61.-** Intrazerebrale Blutung

- ▼
- I62.-** sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung
- I63.-** Hirninfarkt
- I64** Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

Ein Schlaganfall in der Vorgeschichte mit gegenwärtigen neurologischen Ausfällen wird mit der I69.- (Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit) und den ICD-Kodes für die bestehenden Defizite, jeweils mit dem Zusatzkennzeichen „G“, angegeben.

I69. - Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit

- I69.0** Folgen einer Subarachnoidalblutung
- I69.1** Folgen einer intrazerebralen Blutung
- I69.2** Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung
- I69.3** Folgen eines Hirninfarktes
- I69.4** Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
- I69.8** Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter zerebrovaskulärer Krankheiten

ICD-Kodes für bestehende Defizite sind beispielsweise:

- G81.0** schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
- G81.1** spastische Hemiparese und Hemiplegie
- G81.9** Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet
- G82.-** Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie
- R47.0** Dysphasie und Aphasie
- R47.1** Dysarthrie und Anarthrie
- R47.8** sonstige und nicht näher bezeichnete Sprech- und Sprachstörungen
- R29.5** neurologischer Neglect

Eine Behandlungsdiagnose erhält das Zusatzkennzeichen „Z“, wenn die betreffende Diagnose nicht mehr besteht und auch keine krankheitsspezifische Diagnostik und/oder Therapie mehr erfolgt. **Der Zustand nach dieser Diagnose kann aber eine Leistungserbringung verursachen, die zu einer Kodierung als Behandlungsdiagnose berechtigt (siehe Beispiel).**

Beispiel folgenlos ausgeheilter Schlaganfall: Ein Patient mit folgenlos ausgeheiltem Schlaganfall vor zwei Jahren erhält nach einer ärztlichen Kontrolluntersuchung zur Rezidivprophylaxe ein Wiederholungsrezept über ein ASS-Präparat.

Kodierung:

- Z92.2 G** Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese – Azetylsalizylsäure

- I63.0 Z** Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien

Zur Erinnerung: Enthält bereits der Titel eines ICD-Kodes die Information „Zustand nach ...“ oder „Folgen ...“ bzw. „Folgestände ...“ einer früheren Erkrankung (z.B. I69.- Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit), so ist dieser Code nicht mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ zu kodieren. Eine ausschließlich anamnestische Angabe eines „Zustands nach ...“ ohne Leistung im entsprechenden Quartal wird nicht kodiert.



Die Abrechnungsdiagnosen weisen den Behandlungsbedarf der Patienten nach. Um diesen bei den Krankenkassen geltend machen zu können, müssen die Diagnosen korrekt kodiert sein.

Neubildungen

Im „8. Gemeinsamen Sachbericht der Klinischen Krebsregister in Mecklenburg-Vorpommern 2008“ ist Folgendes zu lesen: Bis 31. Dezember 2009 wurden in den vier Registern (Rostock, Greifswald, Schwerin, Neubrandenburg) seit ihrem Bestehen mehr als 138.000 Patienten mit fast 157.500 Tumoren erfasst.

Im Land Mecklenburg-Vorpommern waren am 31. Dezember 2008 lt. Statistisches Amt 1.664.356 Einwohner gemeldet, davon 825.124 männlich und 839.232 weiblich. Die Bevölkerung verringerte sich gegenüber dem Vorjahr um 15.326 Personen, dies entspricht 0,9 Prozent. Für das Diagnosejahr 2008 wurden insgesamt 13.154 bösartige Neuerkrankungen im Alter ab 15 Jahre (alle Fälle einschließlich Basaliome und Präkanzerosen) dokumentiert, davon 6654 bei männlichen und 6500 bei weiblichen Patienten.

Das sind 504 Fälle mehr als im Jahr 2007, wobei die Anzahl weiblicher Patienten steigt, die der männlichen Patienten dagegen leicht sinkt (105 Fälle bei Männern weniger, dagegen aber 609 Fälle mehr bei Frauen).

Die Klinischen Krebsregister M-V



Grafik: KIMV

Auch in M-V gehörten 2008 neben dem Mammakarzinom (12 Prozent) und dem Prostatakarzinom (11 Prozent) die Krebserkrankungen an Dick- und Mastdarm sowie an der Lunge (jeweils 9 Prozent) zu den häufigsten invasiven Krebserkrankungen.

Der Anteil nicht invasiver Tumoren betrug 1278 Fälle, das entspricht etwa 10 Prozent. Das Carcinoma in situ (CIS) der Brust (ICD10 D05) mit 122 Fällen hat bereits einen Anteil von 8,5 Prozent an den malignen Erkrank-

kungen der Brustdrüse [bei 1319 invasiven Mammakarzinomen (ICD10 C50)].

Krebserkrankungen verursachen in ihrer Therapie enorme Kosten und stellen für die Patienten und Angehörigen eine große psychische Belastung dar. **Um den Aufwand zu verdeutlichen, ist eine korrekte Kodierung unabdingbar.** Die Belastungen für Patient, Angehörige und Arzt sind nicht kodierbar.

Die Schlüsselnummern für den Primärtumor, den Rezidivtumor bzw. die Metastasen sind immer mit dem Zusatzkennzeichen „G“ zu kodieren, wenn diese Diagnosen durch histologischen Nachweis gesichert oder durch eindeutige Kombinationen von laborchemischen, klinischen, intraoperativen Befunden bzw. bildgebenden Verfahren hinreichend gesichert sind. Dabei sind die Befunde aller Versorgungsbereiche heranzuziehen. Dies gilt für sämtliche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bis zum endgültigen Abschluss der Behandlung des Primärtumors und Rezidivtumors als auch der Behandlung von Metastasen.

Der Malignomkode wird solange mit dem Zusatzkennzeichen „G“ kodiert, bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist, also keine weiteren therapeutischen Maßnahmen mehr in Bezug auf das Malignom durchgeführt werden oder geplant sind.

Werden nach abgeschlossener Behandlung weitere Tumor-Nachuntersuchungen durchgeführt, ist das primäre Malignom mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ zu verschlüsseln. Für die Kodierung der Tumor-Nachuntersuchungen ist eine Schlüsselnummer aus **Z08.- Nachuntersuchung** nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung zu kodieren.

Z08.- Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung

Inkl.: medizinischer Überwachung im Anschluss an die Behandlung

Exkl.: medizinischer Nachbetreuung und Rekonvaleszenz (Z42 - Z51, Z54.-)

Z08.0 Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung

Z08.1 Nachuntersuchung nach Strahlentherapie we-



- gen bösartiger Neubildung (keine Strahlentherapie-Sitzung)
- Z08.2** Nachuntersuchung nach Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung (keine Chemotherapie-Sitzung)
- Z08.7** Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung (keine kombinierte Strahlen- und Chemotherapie-Sitzung)
- Z08.8** Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen bösartiger Neubildung
- Z08.9** Nachuntersuchung nach nicht näher bezeichneter Behandlung wegen bösartiger Neubildung

Handelt es sich um die rein anamnestische Angabe einer Tumorerkrankung, die die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt, ist eine Schlüsselnummer aus Z85.- Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese zu kodieren und mit dem Kennzeichen „G“ zu versehen.

Z85.- Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese

- Exkl.:** medizinischer Nachbetreuung und Rekonvaleszenz, Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung
- Z85.0** bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Eigenanamnese
- Z85.1** bösartige Neubildung der Trachea, der Bronchien oder der Lunge in der Eigenanamnese
- Z85.2** bösartige Neubildung anderer Atmungs- und intrathorakaler Organe in der Eigenanamnese
- Z85.3** bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Eigenanamnese
- Z85.4** bösartige Neubildung der Genitalorgane in der Eigenanamnese
- Z85.5** bösartige Neubildung der Harnorgane in der Eigenanamnese
- Z85.6** Leukämie in der Eigenanamnese
- Z85.7** andere bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden oder verwandten Gewebes in der Eigenanamnese
- Z85.8** bösartige Neubildungen sonstiger Organe oder Systeme in der Eigenanamnese
- Z85.9** bösartige Neubildung in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet

Der Unterschied zwischen der Kodierung als Tumor mit dem Zusatzkennzeichen Z oder als Z85.- ist fließend, beide Codes können auch gemeinsam verschlüsselt werden. **Insgesamt sollte aber aufgrund der Tatsache, dass für den Morbi-RSA nur G-Diagnosen berücksichtigt werden, der Z85.-Code auf jeden Fall verschlüsselt werden.** Das lokale Rezidiv eines primären Malignoms ist als primäres Malignom, d.h. wie ein Primärtumor zu verschlüsseln. Die Codes aus der ICD-Gruppe D00 – D09 sind nur für

gesicherte Carcinomata in situ und für Dysplasien Grad III anzugeben.

Die Schlüsselnummern für die Dysplasien Grad I und II finden sich in den jeweiligen organspezifischen Kapiteln. Einzige Ausnahme ist die intraepitheliale Neoplasie der Prostata (PIN), bei der sowohl Grad II als auch Grad III mit dem ICD-Kode D07.5 Carcinoma in situ der Prostata zu kodieren sind. Die intraepitheliale Neoplasie der Prostata Grad I ist mit dem ICD-Kode N40 Prostatahyperplasie zu verschlüsseln.

Eine Kodierung für Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens (D37–D48) erfolgt nach dem Ursprungsort der Neubildung und ist nur vorzunehmen, wenn histologisch keine eindeutige Zuordnung zu „bösartig“ oder „gutartig“ möglich ist.

Beispiel 1: Bei einem Patienten wurde ein 8 mal 10 Zentimeter großer Tumor am Rücken festgestellt: klinisch, sonographisch und kernspintomographisch am ehesten ein Lipom, eine maligne Entartung ist nicht auszuschließen. Bisher erfolgte keine Exzision oder Biopsie zur histologischen Untersuchung.

Kodierung: D17.1 V Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes

Beispiel 2: Adipöser Patient mit arterieller Hypertonie (Blutdruckmessung), autoimmunbedingte Hyperthyreose ohne Struma (Medikamente), Typ 2 Diabetes (Blutzuckerbestimmung), tachykarde Herzrhythmusstörungen (EKG), Gonarthrose bds. (Beratung) kommt zur quartalsmäßigen Verlaufskontrolle.

Anamnestisch ist ein Hodgkin-Lymphom vor 30 Jahren bekannt, welches seit 15 Jahren keiner Kontrolle und Therapie mehr bedarf. In den Laboruntersuchungen zeigten sich bei der jetzt durchgeführten Kontrolluntersuchung keine Auffälligkeiten. Was ist zu kodieren?

Kodierung: Art. Hypertonie I10.90G, Hyperthyreose E05.8G, Typ 2 Diabetes ohne Komplikationen E11.90G, Tachykarde Herzrhythmusstörungen I49.9G, Gonarthrose bds. M17.9GB

Bösartige Neubildung des lymphatischen, blutbildenden oder verwandten Gewebes in der Eigenanamnese Z85.7 G

Zustand nach Hodgkin-Lymphom (C81.9Z) ist nicht mehr anzugeben, da die Erkrankung zu lange zurückliegt. Wenn bei der Laboruntersuchung Auffälligkeiten im Blutbild auftreten, bleibt zunächst die Kodierung Z85.7 G. Wird bei weiterführenden Untersuchungen allerdings erneut ein Hodgkin diagnostiziert, ist C81.9 G zu kodieren.

Bestehende Schwangerschaft und Mehrfachkodierung

Die Kodierung einer Behandlungsdiagnose erfordert in einigen Fällen mehr als einen Kode aus dem ICD-10. Zur Verschlüsselung sind in diesen Fällen mindestens zwei ICD-Schlüsselnummern erforderlich, die als Primär- und Sekundär-Schlüsselnummern bezeichnet werden.

Primär-Schlüsselnummern sind ICD-Kodes, die in der Systematik des ICD-10 am Ende der Schlüsselnummer **kein Kennzeichen oder ein Kreuz „+“** als Kennzeichen haben. Sekundär-Schlüsselnummern sind ICD-Kodes, die in der Systematik des ICD-10 am Ende der Schlüsselnummer entweder durch einen **Stern „*“** oder durch ein **Ausrufezeichen „!“** gekennzeichnet sind.

Ausrufezeichen-Kodes

Die Ausrufezeichen-Schlüsselnummern haben die Funktion, einer Diagnose (Primär-Kode) weitere relevante Informationen hinzuzufügen. Dadurch wird neben der medizinischen Aussage der Diagnosenkodierung auch häufig der Schweregrad einer Erkrankung und damit ein höherer Behandlungsaufwand abgebildet.

O09.5 ! 34. Woche bis 36 vollendete Wochen
O09.6 ! 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
O09.7 ! mehr als 41 vollendete Wochen
O09.9 ! nicht näher bezeichnet

Bei der Behandlung einer Schwangeren ist unter Anwendung der Mehrfachkodierung **immer** eine Sekundärschlüsselnummer aus O09.- Schwangerschaftsdauer mit einem Kode zusätzlich zu dokumentieren, sowie ein ICD-Kode aus O00.- bis O82.- (Zustand oder Krankheit während der Schwangerschaft).

Beispiel 1

Eine in der 10. Woche schwangere Patientin stellt sich bei ihrer Gynäkologin wegen übermäßigen Erbrechens vor.



Foto: JMG/www.pixelio.de

Beispiel O09.-! Schwangerschaftsdauer

O09.0 ! weniger als 5 vollendete Wochen
O09.1 ! 5 bis 13 vollendete Wochen
O09.2 ! 14. Woche bis 19 vollendete Wochen
O09.3 ! 20. Woche bis 25 vollendete Wochen
O09.4 ! 26. Woche bis 33 vollendete Wochen

Behandlungsdiagnosen:

O21.0	G	Leichte Hyperemesis gravidarum
O09.1!	G	Schwangerschaftsdauer: 5 bis 13 vollendete Wochen



▼
Oder – ein ICD-Kode aus O98.- oder O99.- (Komplikationen während der Schwangerschaft, die anderenorts klassifiziert sind) und ein ICD-Kode aus A00.- bis Z99.-.

Beispiel 2

Eine Patientin in der 12. Schwangerschaftswoche mit Unterbauchschmerzen wird wegen Verdachts auf Appendizitis von ihrer Gynäkologin stationär eingewiesen.

Behandlungsdiagnosen:

O99.6	G	Krankheiten des Verdauungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
O09.1!	G	Schwangerschaftsdauer: 5 bis 13 vollendete Wochen
K35.8	V	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet

Beispiel 3

Eine Patientin in der 16. Schwangerschaftswoche geht zur Routineuntersuchung zu ihrer Gynäkologin.

Behandlungsdiagnosen:

Z34	G	Überwachung einer normalen Schwangerschaft
O09.2!	G	Schwangerschaftsdauer: 14 bis 19 vollendete Wochen

Beispiel 4

Eine Patientin in der 30. Schwangerschaftswoche wird in einer chirurgischen Praxis wegen einer operierten linksseitigen Mittelhandfraktur nachbehandelt.

Behandlungsdiagnosen:

O09.4!	G	Schwangerschaftsdauer: 26 bis 33 vollendete Wochen
S62.32	G	L Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens-Schaft

Ausrufezeichen-Diagnosen sind optionale Diagnosen, d.h. sie dürfen nicht ohne eine medizinisch sinnvolle nicht-optionale Diagnose kodiert werden.

Bei der Behandlung einer Schwangeren ist unter Anwendung der Mehrfachkodierung immer eine Sekundär-Schlüsselnummer aus „O09.-! Schwangerschaftsdauer“ zusätzlich zu kodieren.

Affektive Störungen

Die finanziellen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen erfolgen vorrangig aufgrund der aus den ICD-Kodierungen ermittelten Morbidität.

Affektive Erkrankungen bzw. Störungen sind von Diagnosen aus der ICD-Gruppe **F40 – F48 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen)** abzugrenzen.

Die Klassifikation der affektiven Störungen unterscheidet nach ICD-10 folgende Erkrankungen:

- F30.-** ▶ manische Episode
- F31.-** ▶ bipolare affektive Störung
- F32.-** ▶ depressive Episode
- F33.-** ▶ rezidivierende depressive Störung
- F34.-** ▶ anhaltende affektive Störung
- F38.-** ▶ andere affektive Störungen
- F39.-** ▶ nicht näher bezeichnete affektive Störung

Bei den affektiven Störungen bestehen die Hauptsymptome in einer Veränderung von Stimmung, Affektivität, Aktivität, Antrieb mit und ohne begleitender Angst.

Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des Aktivitätsniveaus begleitet. Affektive Erkrankungen neigen zu Rückfällen, zu einem Wiederauftreten nach längerer Zeit der Beschwerdefreiheit. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen in Zusammenhang zu bringen.

Neben den episodenhaft verlaufenden Störungen (Depression, Hypomanie, Manie, manisch-depressive Erkrankungen) (F30.- bis F33.-) gibt es anhaltende affektive Störungen (F34.-): Zylothymie, Dysthymie.

Andere Stimmungsstörungen, die die Kriterien der Kategorie F30.- bis F43.- in Bezug auf Ausprägung und Dauer nicht erfüllen, werden unter F38.- zusammengefasst.

Eine einmalig auftretende manische Episode ist mit einem ICD-Kode aus **F30.- (manische Episode)** zu verschlüsseln. Treten im Verlauf weitere manische, hypomanische und depressive Episoden auf, ist ein Code aus **F31.- (bipolare affektive Störung)** zu benutzen.

Eine depressive Episode (F32) ist entsprechend ihrer Ausprägung (leicht, mittelgradig, schwer) zu verschlüsseln.

Bei der leichten Ausprägung (**F32.0 leichte depressive Episode**) ist der Patient im Allgemeinen beeinträchtigt, aber in der Lage, die meisten Aktivitäten zu bewältigen. Bei der mittelgradigen Episode (**F32.1 mittelgradige**)

▼
depressive Episode) treten bereits größere Schwierigkeiten auf. Bei der schweren Ausprägung (**F32.2 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome** und **F32.3 schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen**) bestehen typischerweise ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gedanken von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und auch -handlungen sind häufig – meist liegen somatische Symptome vor.

Kurze rezidivierende depressive Episoden sind mit **F38.1 (andere rezidivierende affektive Störungen)** zu kodieren. Davon abzugrenzen sind die ICD-Kodes aus **F43.- (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen)**. Treten depressive Episoden wiederholt auf, so sind sie mit einem Kode aus **F33.- (rezidivierende depressive Störung)** zu verschlüsseln. Auch hier sind die verschiedenen Schweregrade abhängig von der Anzahl der auftretenden Symptome zu kodieren.

F33.0 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode

Info.: Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet ist, wobei die gegenwärtige Episode leicht ist (siehe F32.0), ohne Manie in der Anamnese.

F33.1 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

Info.: Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet ist, wobei die gegenwärtige Episode mittelgradig ist (siehe F32.1), ohne Manie in der Anamnese.

F33.2 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

Info.: Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet ist, wobei die gegenwärtige Episode schwer ist, ohne psychotische Symptome (siehe F32.2) und ohne Manie in der Anamnese.

Inklusive:

- ▶ endogene Depression ohne psychotische Symptome
- ▶ manisch-depressive Psychose, depressive Form, ohne psychotische Symptome
- ▶ rezidivierende majore Depression [major depression], ohne psychotische Symptome
- ▶ rezidivierende vitale Depression, ohne psychotische Symptome

F33.3 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen

Info.: Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet ist; die gegenwärtige Episode ist schwer, mit psychotischen Symptomen (siehe F32.3), ohne vorhergehende manische Episoden.

Inklusive:

- ▶ endogene Depression mit psychotischen Symptomen
- ▶ manisch-depressive Psychose, depressive Form, mit psychotischen Symptomen
- ▶ rezidivierende schwere Episoden:
 - majore Depression [major depression] mit psychotischen Symptomen
 - psychogene depressive Psychose
 - psychotische Depression
 - reaktive depressive Psychose

F33.4 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert

Info.: Die Kriterien für eine der oben beschriebenen Störungen F33.0 bis F33.3 sind in der Anamnese erfüllt, aber in den letzten Monaten bestehen keine depressiven Symptome.

F33.8 sonstige rezidivierende depressive Störungen

F33.9 rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet

Inklusive: ▶ monopolare Depression o.n.A.

Im Gegensatz zu den Störungen unter **F30.- (manische Episode)** bis **F33.- (rezidivierende depressive Störung)** werden anhaltende und meist fluktuierende Stimmungsstörungen mit einem ICD-Kode aus **F34.- (anhaltende affektive Störung)** verschlüsselt. Dabei ist der Kode **F34.1 (Dysthymia)** den chronisch depressiven Verstimmungen vorbehalten. Hierbei handelt es sich um eine chronische, mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Die Dysthymie hat vieles gemeinsam mit den früheren Konzepten der „depressiven Neurose“ und der „neurotischen Depression“.

Beispiel 1

Eine 35-jährige Patientin stellt sich mit anhaltender Traurigkeit und gedrückter Stimmung in der Praxis vor. ▶



Sie berichtet, dass diese Symptome seit ihrer Jugend nahezu durchgängig bestehen und auf keine Behandlung ansprechen. Eine somatische Erkrankung wird ausgeschlossen.

Behandlungsdiagnose:

F34.1	G	Dysthymia
--------------	---	-----------

Beispiel 2

Ein 21-jähriger, bei den Eltern lebender Patient wird nach einem schweren Familienkonflikt wegen Antriebslosigkeit, depressiver Stimmung und Schlafstörungen vom niedergelassenen Arzt behandelt. In der Eigenanamnese finden sich keine psychischen Vorerkrankungen.

Behandlungsdiagnose:

F43.2	G	Anpassungsstörungen
--------------	---	---------------------

Beispiel 3

Bei dem Patienten aus Beispiel 2 hält die Störung über sechs Monate an (ohne psychotische Züge). Der Patient berichtet, dass er wegen starker Konzentrationsstörungen, Schlaflosigkeit und mangelndem Antrieb seit mehreren Wochen arbeitsunfähig sei und die Wohnung kaum noch verlasse. Auf Nachfrage bestätigt der Patient, dass er konkrete Suizidgedanken und -pläne habe.

Behandlungsdiagnose:

F32.2	G	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
--------------	---	---

Von den hier beschriebenen affektiven Störungen abzugrenzen sind Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, die im ICD-10 mit Codes aus der Gruppe F60–F69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) oder, falls die entsprechenden Kriterien nicht erfüllt sind, mit Codes aus dem Kapitel XXI (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00–Z99)), z.B. Z73 (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung), zu verschlüsseln sind.

Hinweis

Der ICD-10 bietet für die bipolaren affektiven Störungen unter F31.- an der vierten Stelle die Möglichkeit, sehr differenziert den jeweiligen Zustand des Patienten zu verschlüsseln. Dabei kann es im Laufe eines Quartals zu verschiedenen Schweregraden kommen, die jeweils spezifisch kodiert werden sollen. Die im gleichen Quar-

tal bei früheren Kontakten kodierten Schweregrade müssen dabei nicht gelöscht werden. Unabhängig vom Schweregrad können am Ende des Quartals also durchaus mehrere verschiedene F31.- Codes nebeneinander in die Abrechnung eingehen.

Mehrere psychiatrische Erkrankungen können gleichzeitig kodiert werden, Kombinationen sind möglich.

F31.- bipolare affektive Störung

F31.0	bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode
F31.1	bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome
F31.2	bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen
F31.3	bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode
F31.4	bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F31.5	bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F31.6	bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode
F31.7	bipolare affektive Psychose, gegenwärtig remittiert
F31.8	sonstige bipolare affektive Störungen
F31.9	bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet

Affektive Störungen werden durch verschiedene Faktoren verursacht. Dazu können eine genetische Veranlagung, Belastungen in der Kindheit, körperliche Erkrankungen, aktuelle Stresssituationen oder Konflikte sowie hormonelle Veränderungen gehören. Man nimmt an, dass Erbfaktoren eine erhöhte Veranlagung verursachen, dass aber andere Faktoren wie Belastungssituationen oder hormonelle Veränderungen die Krankheitsphasen auslösen.

Sucht – Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen

Die Abhängigkeit von Alkohol, Drogen, Medikamenten, Schlafmitteln, Tabletten, Nikotin, Kaffee und anderen Suchtmitteln nennt man Sucht, oder auch „schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen“.

Sucht ist ein gewaltiges Problem, das sich nicht an Schichten oder Bildungsstandards hält, sondern alle Bevölkerungsschichten betrifft.

Fast jeder fünfte Erwachsene in Deutschland raucht, obwohl mittlerweile den meisten bekannt sein dürfte, was die Folgen sind bzw. sein können.

Stoffe, die süchtig machen, beeinflussen sowohl Körper als auch Psyche. Meist sorgen sie dafür, dass man kurzzeitig in einen Zustand kommt, der als schöner, ruhiger oder lockerer erlebt wird, als ohne die Substanzen. Das Problem hierbei ist nur, dass sich Menschen an solche Zustände sehr schnell gewöhnen können und diese so

Millionen Menschen leiden gesichert an dieser Erkrankung. Es gibt auch Schätzungen, die von einer Häufigkeit von zehn bis fünfzehn Prozent, also acht bis zwölf Millionen Kranken ausgehen.

Etwa 1,5 Millionen Menschen in Deutschland (darüber sind unterschiedliche Angaben im Internet zu finden) leiden an einer Medikamentenabhängigkeit, beispielsweise von Schmerzmitteln, Beruhigungsmitteln oder Schlafmitteln.

Bezüglich der so genannten illegalen Drogen (Heroin, Kokain etc.) schwanken die Zahlen der Erkrankten zwischen 90.000 und 160.000.



häufig wie möglich erleben wollen. Das kann zur Abhängigkeit führen. Eine Sucht wird dabei anfänglich meist verneint.

Wie viele Menschen letztendlich die Kriterien für eine Abhängigkeit erfüllen, kann nur geschätzt werden. Da es zu der Krankheit gehört, dass die Sucht geleugnet wird, versucht man sich verschiedener Statistiken (z.B. Krankenhausstatistiken, Unfallstatistik oder Verhaftungen wegen Drogenbesitzes) zu bedienen.

Die häufigste Suchterkrankung ist die Tabakabhängigkeit. Statistiken gehen von mindestens zehn Millionen Abhängigen aus. Die zweithäufigste Suchterkrankung in Deutschland ist die Alkoholabhängigkeit. Etwa 2,5

In M-V wurden im Jahre 2010 insgesamt 376 Opiatabhängige substituiert, 30 davon kamen als „Urlauber“ nach M-V (z. B. aus Bayern, Nordrhein-Westfalen, Hansestadt Hamburg). Bei 14 Patienten ist eine Abdosierung erfolgreich gelungen. Der älteste substituierte Patient war Jahrgang 1952. Da die acht Schwerpunktpraxen für eine flächendeckende Substitution nicht ausreichen, werden sie von weiteren 18 Ärzten unterstützt, die nach Konsiliarregelung bis zu drei Opiatabhängige substituieren.

Abgesehen von der Medikamentenabhängigkeit finden sich in der Gruppe der Kranken deutlich mehr Männer als Frauen. Das typische Einstiegsalter für Tabak und

▼
Alkohol liegt zwischen dem 16. und 18. Lebensjahr. Um die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung stellen zu können, müssen mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sein:

Starker Wunsch oder Zwang, eine Substanz zu konsumieren oder etwas immer wieder zu tun. So verspürt ein alkoholkranker Mensch ein starkes Verlangen nach dem nächsten Schluck, der Nikotinsüchtige die Gier nach der nächsten Zigarette. Dieses Verlangen kann auch dann stark sein, wenn noch keine körperliche Abhängigkeit vorhanden ist, also keine körperlichen Symptome beim Entzug auftreten.

Ein zweites Kennzeichen einer Sucht ist der **Kontrollverlust**. So ist beispielsweise ein Alkoholkranker kaum in der Lage zu kontrollieren, wann er trinkt bzw. wann er mit dem Trinken aufhört und wie viel Alkohol er konsumiert.

Aus der Unfähigkeit, den Konsum einer Droge zu kontrollieren bzw. auf ein bestimmtes Verhalten zu verzichten, resultiert der **Verlust zur Abstinenz**. Dies geht soweit, dass der suchtkranke Mensch selbst dann auf seine Drogen nicht verzichten kann, wenn die Sucht bereits schwere gesundheitliche oder soziale Konsequenzen hat.

Menschen, die in eine Sucht rutschen, brauchen immer größere Mengen ihrer Droge, um den gleichen Effekt zu erzielen. Der Körper gewöhnt sich an die Droge, der Konsum steigt. Die **Toleranzgrenze steigt**.

Die heftigsten **Entzugserscheinungen** treten beim Absetzen harter Drogen wie Heroin, aber auch bei Alkoholikern beim Entzug auf. Sie reichen von verhältnismäßig leichten Symptomen wie Schwitzen, Frieren und Zittern bis hin zu starken Gliederschmerzen, Schlafstörungen, Halluzinationen und Kreislaufzusammenbrüchen. Da die Gier nach der Droge dabei ins Unermessliche wächst, ist ein Entzug aus eigener Willenskraft kaum zu schaffen.

Wer in einer Sucht gefangen ist, verliert das Interesse an anderen Beschäftigungen. Hobbys, soziale Kontakte und selbst der Beruf werden vernachlässigt. Die Droge wird zum Lebensmittelpunkt. Der Kranke **zieht sich aus seinem sozialen Umfeld zurück**.

Bei den Folgen einer Sucht muss man unterscheiden zwischen den körperlich-psychischen und den sozialen Folgen. Körperlich können nahezu alle Organe in Mitleidenschaft gezogen werden. Der Alkohol bzw. der Alkoholismus führt direkt oder indirekt zu Leberschäden oder Leberzerstörung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse, Hirnschäden, Magenbeschwerden oder Magengeschwür. Er führt weiterhin zu Nervenschädigungen, zu Bluthochdruck, erhöhtem Schlaganfallrisiko, Krampf-

adern in der Speiseröhre, erhöhtem Krebsrisiko. Bei illegalen Drogen kommen noch vermehrt Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS) hinzu.

Medikamentenabhängige Patienten erleben oft einen so genannten „paradoxen“ Effekt. Beispielsweise führt zu häufige Einnahme von Kopfschmerztabletten zu erneuten Kopfschmerzen und Schlafmittelmisbrauch führt zu Schlaflosigkeit.

Psychische Veränderungen, wie depressive Zustände und soziale Vereinsamung sind direkte oder indirekte Folgen. Insbesondere bei der Abhängigkeit von Cannabis hat sich vor allem bei Jugendlichen gezeigt, dass es zu deutlichen Störungen in der Entwicklung der eigenen Emotionalität und der sozialen Entwicklung kommen kann. Auch gibt es Hinweise, dass Cannabis die Wahrscheinlichkeit eines Ausbruchs einer Psychose bzw. Schizophrenie erhöhen kann, wenn eine entsprechende Veranlagung besteht. Cannabis verstärkt Angst- und Panikstörungen.

Alkohol führt auf längere Sicht zu dauerhaften Abbauprozessen im Gehirn, zu Wortfindungsstörungen, zu Gedächtnisverlust, Enthemmung, Verlust des logischen, planvollen Denkens und Ähnlichem.

Im ICD-10 stehen für die Kodierung folgende Codes zur Verfügung:

„Dieser Abschnitt enthält eine Vielzahl von Störungen unterschiedlichen Schweregrades und mit verschiedenen klinischen Erscheinungsbildern; die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen (mit oder ohne ärztliche Verordnung). Die verursachenden Substanzen werden durch die dritte Stelle, die klinischen Erscheinungsbilder durch die vierte Stelle kodiert; diese können je nach Bedarf allen psychotropen Substanzen zugeordnet werden. **Es muss aber berücksichtigt werden, dass nicht alle Kodierungen der vierten Stelle für alle Substanzen sinnvoll anzuwenden sind.**

Die Identifikation der psychotropen Stoffe soll auf der Grundlage möglichst vieler Informationsquellen erfolgen, wie die eigenen Angaben des Patienten, die Analyse von Blutproben oder von anderen Körperflüssigkeiten, charakteristische körperliche oder psychische Symptome, klinische Merkmale und Verhalten sowie andere Befunde, wie die im Besitz des Patienten befindlichen Substanzen oder fremdanamnestic Angaben. Viele Betroffene nehmen mehrere Substanzen zu sich. Die Hauptdiagnose soll möglichst nach der Substanz oder Substanzklasse verschlüsselt werden, ▼

die das gegenwärtige klinische Syndrom verursacht oder im Wesentlichen dazu beigetragen hat. Zusatzdiagnosen sollen kodiert werden, wenn andere Substanzen oder Substanzklassen aufgenommen wurden und Intoxikationen (vierte Stelle .0), schädlichen Gebrauch (vierte Stelle .1), Abhängigkeit (vierte Stelle .2) und andere Störungen (vierte Stelle .3-.9) verursacht haben. Nur wenn die Substanzaufnahme chaotisch und wahllos verläuft, oder wenn Bestandteile verschiedener Substanzen untrennbar vermischt sind, soll die Diagnose „Störung durch multiplen Substanzgebrauch (F19.-) gestellt werden.“ (ICD-10-GM).

F10.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

- 10.0 akute Intoxikation [akuter Rausch]
- F10.1 schädlicher Gebrauch
- F10.2 Abhängigkeitssyndrom
- F10.3 Entzugssyndrom
- F10.4 Entzugssyndrom mit Delir
- F10.5 psychische Störung
- F10.6 amnestisches Syndrom
- F10.7 Restzustand und verzögert auftretende psychische Störung
- F10.8 sonstige psychische und Verhaltensstörungen
- F10.9 nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
- F11.- psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
- F12.- psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
- F13.- psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
- F14.- psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
- F15.- psychische und Verhaltensstörungen durch Stimulantien einschließlich Koffein
- F16.- psychische und Verhaltensstörungen durch Haluzinogene
- F17.- psychische und Verhaltensstörungen durch Nikotin
- F18.- psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel (Schnüffelstoffe)
- F19.- psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Innerhalb des Projektes „**Schwerpunktpraxis Sucht**“ hat die KVMV auf Anregung praktizierender Ärzte mit den Krankenkassen einen speziellen Vertrag ausgehandelt, der die ambulante Betreuung Suchtkranker fördert.

Seit 2002 gibt es in M-V die „Vereinbarung von Leistungen zur ambulanten Behandlung und Betreu-

ung von Suchtpatienten durch **Schwerpunktpraxen Sucht** im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 63 Abs. 1 SGB V“.

Der Vertrag wird **seit 2010 als § 73a-Vertrag SGB V** fortgeführt und dient damit weiter der Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von suchtkranken Patienten in M-V.

Die medizinische Betreuung suchtkranker Menschen erstreckt sich nicht nur auf die **Behandlung der körperlichen und psychischen Leiden**. Der Suchtkranke wird heutzutage nicht mehr isoliert als Person gesehen, die suchtkrank geworden ist, sondern es wird seine **Umgebung, das soziale Umfeld**, in dem er lebt, einbezogen. Angesichts **gravierender Folgeerkrankungen und zunehmender Multimorbidität bei Suchtkranken** sowie einer Vielzahl psychosomatischer Störungen, aber auch wegen der allgemeinen Tendenz zu einer gesundheitsschädigenden Lebensweise ist eine **qualifizierte, koordinierende ärztliche Behandlung und Betreuung** erforderlich.

Durch eine frühzeitige Diagnosestellung und Intervention sowie eine mit anderen Leistungserbringern abgestimmte Behandlung durch die über viele Jahre gleiche ärztliche Bezugsperson kann eine höhere Therapieakzeptanz geschaffen werden.

Die „Schwerpunktpraxis Sucht“, die durch einen „Suchtarzt“ geleitet wird, erarbeitet **individuelle Therapiepläne** für den einzelnen Patienten, in denen Diagnostik, Motivierung, Entgiftungstherapie und Entwöhnungsbehandlung Schwerpunkte bilden.

Die Schwerpunktpraxis arbeitet eng mit anderen Leistungserbringern wie Fachkliniken, Tageskliniken, Beratungsstellen, Sozialdiensten und Gesundheitsämtern zusammen.

Mit dem Ziel, das hochqualifizierte Suchthilfesystem in M-V für noch mehr Betroffene erreichbar zu machen, sind **regionale „Betreuungsteams“** unter der Leitung von „Schwerpunktpraxen Sucht“ aufgebaut worden. Sie übernehmen neben der medizinisch-therapeutischen Tätigkeit auch die Koordinierung der Kooperationspartner in der jeweiligen Region. Durch diese vernetzten Angebote ist eine höhere Haltequote zum abstinenter Leben bei Abhängigen erreicht worden, und Folgekosten können vermindert werden.

Insbesondere durch Frühintervention, ambulante Entgiftung und regionale Zusammenarbeit von Leistungserbringern können neben spezifischen Behandlungskosten auch Kosten für die Frühberentung, Unfallkosten oder Kosten für Lebertransplantationen vermieden werden.

Cystische Fibrose/Mukoviszidose

1938 wurde die Cystische Fibrose (CF)/Mukoviszidose zum ersten Mal vom Erscheinungsbild her beschrieben. Sie tritt mit einer Inzidenz von 1:3000-3500 Geburten in der weißen Rasse auf.

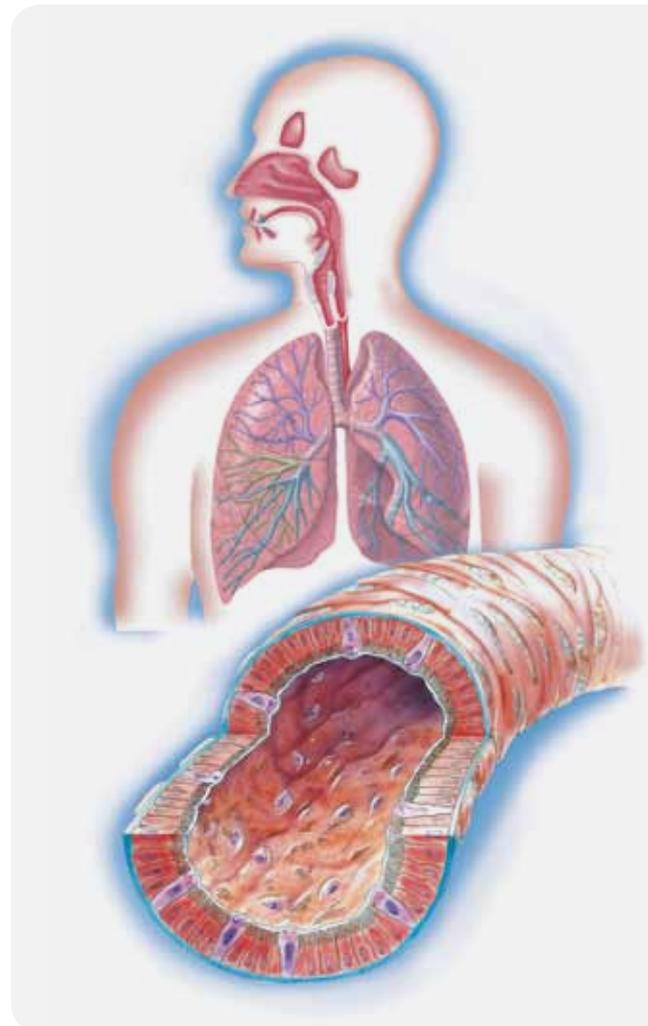
Die CF ist durch eine Genmutation auf dem langen Arm des Chromosomes sieben bedingt, bisher wurden 1605 Mutationen gefunden, die zur Mukoviszidose führen. Das erklärt die Variabilität des Krankheitsbildes. Anfang der neunziger Jahre begann sich abzuzeichnen, dass es möglich werden könnte, defekte Gene durch intakte zu ersetzen. Bisher hat sich diese Hoffnung jedoch leider nicht erfüllt. So bleibt bisher nur die genetische Beratung von Familien mit einem betroffenen Kind mit der Option eines möglichen Schwangerschaftsabbruches, was natürlich ethische Diskussionen mit sich bringt.

In neuerer Zeit ist es durch molekulargenetische Methoden möglich geworden, die ursächlichen Veränderungen bei der Cystischen Fibrose besser zu verstehen. Die Vererbung der CF ist autosomal-rezessiv, d.h. beide Eltern sind heterozygot, haben nur eine krankmachende Erbanlage, die von ihrer gesunden überdeckt wird; die Eltern sind klinisch völlig gesund. Kommt es zu einer Elternschaft von zwei heterozygoten Genträgern, so sind 25 Prozent der Kinder an CF erkrankt. CF ist ursächlich nicht heilbar und hat eine deutlich verkürzte Lebenserwartung zur Folge, die heute bei ca. 32 Jahren liegt.

Noch in den 50er Jahren überlebten Neugeborene mit Mukoviszidose oft nicht ihr erstes Lebensjahr. Heute hat sich die Lebenserwartung deutlich verbessert bedingt durch bessere Therapiemöglichkeiten. Es gibt durchaus Patienten, die im Rentenalter sind. In MV ist zurzeit der älteste mit Mukoviszidose lebende Patient knapp 50 Jahre alt. Das Hauptkennzeichen der Krankheit sind die zähflüssigen und viköseren Sekrete aller Drüsen mit äußerer Sekretion. Dies führt zu Atemschwierigkeiten und zu ständigem Husten, weil sich zähflüssiger Schleim in Lunge und Bronchien ansammelt. Die Krankheitsanfälligkeit (Lungenentzündungen) ist stark erhöht, weil der Schleim ein guter Nährboden für Erreger aller Art ist und die Zilien und der Husten den Schleim nur schwer entfernen können.

Weitere Symptome sind Verdauungsprobleme, da das Sekret der Bauchspeicheldrüse zu zähflüssig und somit die Abgabe von Enzymen in den Dünndarm erschwert ist. Auch der Gallefluss ist erschwert und kann durch

Rückstau zu Schädigungen der Leber bis zur biliären Zirrhose führen. Als Spätfolge bei fast vollständiger Zerstörung der Bauchspeicheldrüse ist auch die endokrine Funktion gestört und es kommt zu Diabetes. Männer mit CF leiden unter einem Verschluss der Samenleiter und sind zu 98 Prozent infertil. Frauen haben durch einen zäheren Zervixschleim eine erschwerte Empfängnisfähigkeit.



Die heutige Therapie besteht aus regelmäßigen Gaben von Pankreasenzymen zu jeder fetthaltigen Mahlzeit, einer täglichen intensiven Physiotherapie nach Inhala-

tionen von Schleimlösern (ACC, 6% NaCl, DNase) und konsequenter antibiotischer Behandlung (oral, inhalativ und/oder intravenös). Eine ursächliche Behandlung gibt es bis heute nicht.

Der Schweißtest nach Pilocarpin-Iontophorese ist der Goldstandard zur Diagnostik der Stoffwechselerkrankung Mukoviszidose. Der Schweiß von Mukoviszidose-Patienten ist auch eingedickt und weist im Vergleich zu Gesunden einen erhöhten Chlorid-Ionengehalt auf. Die korrekte Durchführung erfordert eine Sammlung des Schweißes über 30 Minuten und eine Auswertung, die direkt die Chloridionenkonzentration bestimmt. Als eindeutig pathologisch gilt eine Konzentration von über 60 mmol Chlorid/l, bei Neugeborenen ab 90 mmol/l. Werte über 30 mmol/l gelten als grenzwertig und sollten zu einer Wiederholung des Schweißtests und evtl. weiterführender Diagnostik führen.

In Deutschland werden jedes Jahr etwa 700.000 Kinder geboren. Diese Kinder werden bei Einverständnis der Eltern bereits einem routinemäßigen Screening auf verschiedene Erkrankungen unterzogen. Für dieses Screening werden dem Neugeborenen ein paar Blutropfen abgenommen. Mit dieser Blutprobe kann man die Tests auf die verschiedenen Erkrankungen, auch auf Mukoviszidose, durchführen. Eine Einführung eines deutschlandweiten Screenings auf Mukoviszidose würde also keine zusätzliche Belastung für die Neugeborenen bedeuten. Jährlich werden in Deutschland etwa 200 bis 300 Kinder mit Mukoviszidose geboren, die ohne Screening einen sehr langen Leidensweg bis zur Diagnosestellung vor sich haben. Dieser lange Weg durch Arztpraxen und Kliniken ist nicht nur eine psychische Belastung für die Eltern und Kinder, sondern auch für unser Gesundheitssystem kostenaufwendig.

Die Behandlung der Patienten mit Mukoviszidose ist sehr zeit- und kostenaufwendig und erfordert die Arbeit eines ganzen Teams sowie, wie bei anderen Erkrankungen auch, eine ständige Fortbildung aller Therapeuten. Nur so kann ein hoher Qualitätsstandard auf Grund regelmäßiger Fortbildungen auf dem wissenschaftlich sehr innovativen Gebiet garantiert werden. In Mecklenburg-Vorpommern wird die Versorgung der etwa 100 Mukoviszidose-Patienten durch Fachambulanzen der Kliniken in Neubrandenburg, Greifswald, Rostock und Schwerin sichergestellt. In Neubrandenburg ist an der Versorgung der Patienten ebenfalls eine spezialisierte Facharztpraxis für Kinder- und Jugendmedizin beteiligt.

Die Cystische Fibrose/Mukoviszidose wird folgendermaßen vierstellig kodiert:

- E84** - Cystische Fibrose
- E84.0** Cystische Fibrose mit Lungenmanifestationen
- E84.1** Cystische Fibrose mit Darmmanifestationen
- E84.8** Cystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen
- E84.9** Cystische Fibrose, nicht näher bezeichnet

Als Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit sind im ICD für den ambulanten Bereich die Kennzeichen A (Ausgeschlossene Diagnose), G (Gesicherte Diagnose), V (Verdachtsdiagnose) und Z ([symptomloser] Zustand nach der betreffenden Diagnose) obligatorisch. **Eine ausgeschlossene Diagnose (Kennzeichen A) ist keine Dauerdiagnose und eine mit Z gekennzeichnete Diagnose E.84.X ist nicht möglich.** Des Weiteren ist bei der Kodierung ein Alter von über 60 Jahren in der heutigen Zeit noch ein Ausschlusskriterium. Im Sinne der an Mukoviszidose erkrankten Patienten hoffen alle natürlich auf eine baldige ursächliche Therapie der Erkrankung. Mit einer Lungentransplantation haben Mukoviszidose-Patienten eine Lebenserwartung wie jeder andere Patient mit einer Transplantation. Aber die Mukoviszidose bleibt und mit ihr die Einschränkungen und Auswirkungen auf die anderen Organe.

Rückenschmerzen

Rückenschmerzen haben sich zu einer Volkskrankheit entwickelt. Abgesehen von Infekten, sind laut unterschiedlichen Quellen Rückenschmerzen der zweithäufigste Grund, einen Arzt zu konsultieren.

Rückenschmerzen können unterschiedliche Ursachen haben:

- ▶ Verletzungen,
- ▶ Tumoren,
- ▶ Stoffwechselveränderungen,
- ▶ Entzündung,
- ▶ Abnutzung/Degeneration,
- ▶ Gefäßveränderungen oder
- ▶ mechanische Ursachen.

Fehlhaltung und Fehlbelastung der Wirbelsäule können ebenfalls zu Beschwerden führen. Unbewusst neigen Betroffene dazu, die auftretenden Schmerzen zu kompensieren, in dem sie versuchen, die Fehlhaltung dadurch auszugleichen, dass sie bestimmte Muskeln anspannen. Dies verursacht weitere Fehlhaltungen, die zu erneuten Rückenschmerzen führen. Ein klassischer Teufelskreis! Ein **Bandscheibenvorfall** kann die Folge sein.

Rückenschmerzen mit psychosomatischen Ursachen treten vor allem im Bereich der Lendenwirbelsäule auf. Stress löst bei Rückenschmerzpatienten Schmerzen aus. Bandscheibenoperationen sind in diesen Fällen nicht immer das geeignete Mittel, um Schmerzen im Rücken zu beseitigen. Deshalb ist es wesentlich, die Ursache der Rückenschmerzen genau abzuklären. Oft ist es auch erforderlich, eine „Zweitmeinung“ einzuholen.

Erste Beschwerden verschwinden häufig spontan und ohne Behandlung. Bei vielen Patienten kehren die Rückenschmerzen aber zurück. Von chronischen Rückenschmerzen spricht man, wenn die Symptome länger als zwölf Wochen anhalten.

Risikofaktoren für die Chronifizierung von Kreuzschmerz

(nach: Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz, Kurzfassung, Version 1.2, August 2011, basierend auf der Fassung von Januar 2011, www.kreuzschmerz-versorgungsleitlinien.de)

Berufliche Faktoren

- ▶ überwiegend körperliche Schwerarbeit (Tragen, Heben schwerer Lasten),
- ▶ überwiegend monotone Körperhaltung,
- ▶ überwiegend Vibrationsexposition,
- ▶ geringe berufliche Qualifikation,
- ▶ berufliche Unzufriedenheit,
- ▶ Verlust des Arbeitsplatzes,
- ▶ Kränkungsverhältnisse am Arbeitsplatz, chronischer Arbeitskonflikt (Mobbing).

Iatrogene Faktoren

- ▶ mangelhafte Respektierung der multikausalen Genese,
- ▶ Überbewertung somatischer/radiologischer Befunde bei nichtspezifischen Schmerzen,
- ▶ lange, schwer begründbare Krankschreibung,
- ▶ Förderung passiver Therapiekonzepte,
- ▶ übertriebener Einsatz diagnostischer Maßnahmen.

Die Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens sind eine heterogene Gruppe verschiedenster Erkrankungen des Achsorgans. Sie sind mit ICD-Schlüsselnummern aus der Kode-Gruppe **M40–M54 (Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens)** zu kodieren.

Die genaue Lokalisation ist auf der fünften Stelle dieser Schlüsselnummern (außer **M50.- Zervikale Bandscheibenschäden** und **M51.- Sonstige Bandscheibenschäden**) einheitlich nach der in der folgenden Tabelle dargestellten Liste zu verschlüsseln (siehe Tabelle 1).

Lokalisationsangaben bei Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

0	Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
1	Okzipito-Atlanto-Axialbereich
2	Zervikalbereich
3	Zervikothorakalbereich
4	Thorakalbereich
5	Thorakolumbalbereich

6	Lumbalbereich
7	Lumbosakralbereich
8	Sakral- und Sakrokokzygealbereich
9	Nicht näher bezeichnete Lokalisation

Beispiel 1

Bei einem jugendlichen Patienten erfolgt die Verordnung von Physiotherapie bei Myogelosen und Rückenschmerzen auf dem Boden einer vor Jahren gesicherten, ausgeprägten idiopathischen Skoliose im Thorakalbereich.

Behandlungsdiagnose:

M41.14	G	Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen: Thorakalbereich
--------	---	---

Wenn eine Erkrankung der Wirbelsäule zur Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus oder zu einer Myelopathie führt, ist unter Anwendung des Kreuz-Stern-Systems zusätzlich eine ICD-Schlüsselnummer aus **G55.* (Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten) oder G99.2* (Myelopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten)** zu kodieren.

Beispiel 2

Eine Patientin stellt sich wegen Ischialgie mit Schmerzausstrahlung, Sensibilitätsstörungen sowie beginnend auch motorischen Defiziten im rechten Bein in der Praxis vor. Ein Bandscheibenschaden der LWS wird nachgewiesen.

Behandlungsdiagnose:

M51.1†	G	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie
G55.1*	G	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden

Die **ICD-Kategorie M54.- (Rückenschmerzen)** enthält mehrere Schlüsselnummern, die vordergründig nur das Symptom Rückenschmerz und keine spezifische Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens beschreiben. **Ist als Erklärung für den Rückenschmerz die zugrunde liegende Erkrankung der Wirbelsäule und des Rückens bekannt, ist der Code für diese spezifische Erkrankung zu verschlüsseln.**

M54.- Rückenschmerzen

Exklusive: Psychogener Rückenschmerz (F45.40)

M54.0 - Pannikulitis in der Nacken-/Rückenregion

Exklusive: Pannikulitis: ▶ Lupus- (L93.2) ▶ rezidivierend [Pfeifer-Weber-Christian-Krankheit] (M35.6)
▶ o.n.A. (M79.3-)

M54.00 Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule

M54.01 Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Okzipito-Atlanto-Axialbereich

M54.02 Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Zervikalbereich

M54.03 Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Zervikothorakalbereich

M54.04 Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Thorakalbereich

M54.05 Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Thorakolumbalbereich

M54.06 Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Lumbalbereich

M54.07 Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Lumbosakralbereich

M54.08 Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Sakral- und Sakrokokzygealbereich

M54.09 Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Nicht näher bezeichnete Lokalisation

M54.1 - Radikulopathie

Inklusive: ▶ Neuritis oder Radikulitis: o.n.A.
▶ brachial }
▶ lumbal }
▶ lumbosakral }
▶ thorakal }
▶ Radikulitis o.n.A.

Exklusive: Neuralgie und Neuritis o.n.A. (M79.2-) Radikulopathie bei: ▶ lumbalem und sonstigem Bandscheibenschaden (M51.1) ▶ Spondylose (M47.2-) ▶ zervikalem Bandscheibenschaden (M50.1)

M54.10 Radikulopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule

M54.11 Radikulopathie: Okzipito-Atlanto-Axialbereich

M54.12 Radikulopathie: Zervikalbereich

M54.13 Radikulopathie: Zervikothorakalbereich

M54.14 Radikulopathie: Thorakalbereich

M54.15 Radikulopathie: Thorakolumbalbereich

M54.16 Radikulopathie: Lumbalbereich



- M54.17** Radikulopathie: Lumbosakralbereich
M54.18 Radikulopathie: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M54.19 Radikulopathie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation

M54.2 Zervikalneuralgie

Exklusiv: Zervikalneuralgie durch zervikalen Bandscheibenschaden (M50.-)

M54.3 Ischialgie

Exklusiv: Ischialgie: ▶ durch Bandscheibenschaden (M51.1) ▶ mit Lumbago (M54.4) ▶ Läsion des N. ischiadicus (G57.0)

M54.4 Lumboischialgie

Exklusiv: Durch Bandscheibenschaden (M51.1)

M54.5 Kreuzschmerz

Inklusiv: Lendenschmerz, Lumbago o.n.A., Überlastung in der Kreuzbeinengegend

Exklusiv: Flankenschmerz-Hämaturie-Syndrom (N39.81)
Lumbago durch Bandscheibenverlagerung (M51.2) Lumboischialgie (M54.4)

M54.6 Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule

Exklusiv: Schmerzen durch Bandscheibenschaden (M51.-)

M54.8-Sonstige Rückenschmerzen

M54.9-Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet

Inklusiv: Rückenschmerzen o.n.A.
Die 5. Stelle wird jeweils nach der Tabelle „Lokalisationsangaben bei Krankheiten“ der Wirbelsäule und des Rückens mit 0 bis 9 kodiert.

Beispiel 3

Bei einem Patienten wird eine Rehabilitationsbehandlung bei chronischen Rückenschmerzen im LWS-Bereich veranlasst. Radiologisch nachgewiesen ist eine Spondylolisthesis L5/S1 (Typ Meyerding II).

Behandlungsdiagnose:

M43.17	G	Spondylolisthesis: Lumbosakralbereich
---------------	---	---------------------------------------

Beispiel 4

Bei einer Patientin bestehen seit einer Woche persistierende Rückenschmerzen im LWS-Bereich ohne Schmerzausstrahlung. Durch weiterführende Diagnostik ist die Verdachtsdiagnose Bandscheibenvorfall (und auch ein sonstiges morphologisches Substrat) ausgeschlossen worden. Es werden Antiphlogistika und lokale Infiltrationsbehandlung verordnet.

Behandlungsdiagnosen:

M54.5	G	Kreuzschmerz
M51.2	A	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung

Patienten mit Rückenschmerzen werden in Deutschland vorrangig vom Hausarzt, bei ausstrahlenden oder besonders starken Schmerzen, gleichzeitig bestehenden Lähmungen oder Gefühlsstörungen von Orthopäden, Neurologen, Neurochirurgen und Schmerztherapeuten behandelt.

Im Mittelpunkt gesundheitsökonomischer Betrachtungen der Rückenschmerzen stehen vor allem die Patienten mit unspezifischen Beschwerden. Bei fast allen dieser Patienten kann eine nicht ausreichend aktivierende Behandlung kontraproduktiv wirken, da hierdurch vermeidbare Folgeaufwendungen für die Behandlung chronifizierter Schmerzen hervorgerufen werden können. Um die Kosten des chronischen Rückenschmerzes zu reduzieren, wird in vielen Studien eine effiziente Betreuung von Rückenschmerzpatienten gefordert.

Mehrfachkodierung – Kreuz-Stern und Ausrufezeichen

Der ICD-10 sieht zwei Arten von Schlüsselnummern (Kodes) vor, die auch als Primär- und Sekundär-Schlüsselnummern bezeichnet werden. Bei der Anwendung dieser Schlüsselnummern gilt grundsätzlich: Sekundär-Schlüsselnummern sind als solche von dem ICD-10 vorgegeben und abschließend mit einem „*“ oder „!“ gekennzeichnet. Sekundär-Schlüsselnummern sind **nur** in Kombination mit einer Primär-Schlüsselnummer anzugeben, wobei die Reihenfolge beliebig ist. Alle ICD-Schlüsselnummern, die nicht mit einem „*“ oder „!“ versehen sind, gelten als Primär-Schlüsselnummern.

ICD-Schlüsselnummern mit einem „!“ dürfen nur zusätzlich zu einer Schlüsselnummer angegeben werden, die kein „!“ oder „*“ enthält. Ausrufezeichen zeigen Schlüsselnummern mit zusätzlichen Informationen zu einer Grunderkrankung an, müssen deshalb immer zusammen mit einer „Grundschlüsselnummer“ stehen. Stern-Schlüsselnummern sind meistens nur in Verbindung mit einer Kreuz-Schlüsselnummer gültig. Es sind aber auch Stern-Schlüsselnummern für nicht mit einem Kreuz gekennzeichnete Diagnosen möglich, beispielsweise bestimmte Diabetes-Manifestationen.

Primär-Schlüsselnummern können alleine und in beliebiger Reihenfolge stehen. Teilweise sind Primär-Schlüsselnummern mit einem „†“ versehen, um eine feste Kombination mit einer Sternschlüsselnummer im Sinne der Kreuz-Stern-Systematik des ICD-10 zu kennzeichnen.

Die Kennzeichen sind nicht zu verwechseln mit den Zusatzkennzeichen „V“, „G“, „Z“ und „A“ für die Diagnosensicherheit oder „L“, „R“ und „B“ für die Seitenlokalisierung.

Manchmal macht sich zur Darstellung der behandelten Erkrankung eine Beschreibung von Ätiologie (zugrunde liegende Erkrankung) und Manifestation (konkrete Ausprägung) derselben notwendig. Um dies zu gewährleisten und somit eine einheitliche Kodierung bundesweit sicherzustellen, wird in bestimmten Fällen eine Mehrfachkodierung durch die ICD vorgeschrieben.

Hierbei bedient sich der ICD der: Kreuz-Stern- und Ausrufezeichen-Schlüsselnummern. Zur Verschlüsselung sind in diesen Fällen mindestens zwei ICD-Schlüsselnummern erforderlich (Primär- und Sekundär-Schlüsselnummer). ICD-Schlüsselnummern für die zugrunde liegende Ursache sind am Ende durch das Kreuz („†“) und ICD-Schlüsselnummern für die Manifestation durch den Stern („*“) gekennzeichnet.

Für die Primär- und Sekundär-Schlüsselnummern gelten folgende Regeln:

- ▶ Primär-Schlüsselnummern dürfen allein und in beliebiger Reihenfolge angegeben werden.
- ▶ Sekundär-Schlüsselnummern sind **nur** in Kombination mit einer Primär-Schlüsselnummer zu verwenden (Beispiel 1). Sie sind durch den ICD vorgegeben.
- ▶ Die Reihenfolge zwischen Primär- und Sekundär-Schlüsselnummern ist beliebig (Beispiel 2).
- ▶ Primär-Schlüsselnummern ohne Kennzeichen können bei Bedarf als Kreuz-Schlüsselnummer genutzt werden, um damit die Ätiologie einer Stern-Schlüsselnummer zu kodieren (Beispiele 2, 5 und 6). **Das „†“ ist nicht zusätzlich anzugeben (siehe auch Beispiel 5).**
- ▶ Die Zusatzkennzeichen für die Diagnosensicherheit („V“, „G“, „Z“ und „A“) und für die Seitenlokalisierung („L“, „R“ und „B“) sind auf Primär- und Sekundär-Schlüsselnummern getrennt anzuwenden.

Beispiel 1

Ein 78-jähriger Patient wird wegen Demenz bei Alzheimer-Krankheit behandelt.

Behandlungsdiagnosen:

G30.1†	G	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn
F00.1*	G	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)

Beispiel 2

Eine Patientin wird wegen rechtsseitiger Gonarthrit nach ausgeheilter Meningokokken-Infektion behandelt.

**Behandlungsdiagnosen:**

M03.06*	G	R	Arthritis nach Meningokokkeninfektion, Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
A39.8	Z		Sonstige Meningokokkeninfektionen

Die ICD-Schlüsselnummer A39.8 hat in der Systematik der ICD-10 kein „†“ als Kennzeichen. Hier wird er in Kombination mit der Stern-Schlüsselnummer M03.06* im Rahmen des Kreuz-Stern-Systems als Kreuz-Schlüsselnummer für die Ätiologie verwendet. Das „†“ ist nicht zusätzlich anzugeben (siehe auch Beispiel 5).

Die folgenden Beispiele geben eine Übersicht, wie Hinweise und Hilfen zur korrekten Anwendung des Kreuz-Stern-Systems in das Systematische Verzeichnis der ICD-10 eingearbeitet sind. Der Begriff „Rubrik“ bezeichnet dabei eine zusammengehörige Textpassage zu einer ICD-Schlüsselnummer.

Rubriken, die Diagnosebezeichnungen mit einer Kreuz-Kennung enthalten, treten in unterschiedlichen Formen auf:

a) Das Symbol „†“ und die zugehörige Stern-Schlüsselnummer erscheinen beide in der Rubriküberschrift. Sämtliche in dieser Rubrik zu klassifizierenden Bezeichnungen unterliegen der Doppelklassifizierung und haben alle die selbe Stern-Schlüsselnummer.

Beispiel 3

A17.0†	Tuberkulöse Meningitis (G01*), Tuberkulöse Leptomeningitis, Tuberkulose der Meningen (zerebral) (spinal)
---------------	--

b) In der Rubriküberschrift erscheint das Kreuz („†“), aber nicht die zugehörige Stern-Schlüsselnummer. Sämtliche in dieser Rubrik zu klassifizierenden Bezeichnungen unterliegen der Doppelklassifizierung, haben jedoch unterschiedliche Stern-Schlüsselnummern, die bei jeder Bezeichnung aufgeführt sind.

Beispiel 4

A18.0†	Tuberkulose der Knochen und Gelenke Tuberkulös: ▶ Arthritis (M01.1-*) ▶ Knochennekrose (M90.0-*) ▶ Mastoiditis (H75.0*) ▶ Osteomyelitis (M90.0-*) ▶ Ostitis (M90.0-*) ▶ Synovitis (M68.0-*) ▶ Tenosynovitis (M68.0-*)
---------------	---

Tuberkulose: ▶ Hüfte (M01.15*)
▶ Knie (M01.16*) ▶ Wirbelsäule (M49.0-*)

c) In der Rubriküberschrift erscheinen weder das Symbol („†“) noch die zugehörige Stern-Schlüsselnummer. Die Rubrik als Ganzes unterliegt nicht der Doppelklassifizierung, jedoch können einzelne, darunter aufgeführte Bezeichnungen doppelt klassifiziert werden. In diesen Fällen sind die Bezeichnungen mit dem „†“ und ihrer Stern-Schlüsselnummer gekennzeichnet.

Beispiel 5

A54.8	Sonstige Gonokokkeninfektionen ▶ Endokarditis† (I39.8*) ▶ Hautläsionen ▶ Hirnabszess† (G07*) ▶ Meningitis† (G01*) ▶ Myokarditis† (I41.0*) ▶ Perikarditis† (I32.0*) ▶ Peritonitis† (K67.1*) ▶ Pneumonie† (J17.0*), Sepsis durch Gonokokken Exklusive: Gonokokkenpelviperitonitis (A54.2)
--------------	--

d) Wenn bei der Verschlüsselung der Diagnose die ICD-Verzeichnisse auf eine Stern-Schlüsselnummer (Manifestation) führen, dann muss anschließend die Ätiologie geklärt werden. Dazu sind im Systematischen Verzeichnis und im Alphabetischen Verzeichnis für viele Schlüsselnummern Hinweise aufgenommen worden. Dabei können auch Schlüsselnummern zur Kodierung der Ätiologie benutzt werden, die in der ICD-Systematik keine Kreuz-Schlüsselnummern sind.

Beispiel 6

G63.3*	Polyneuropathie bei sonstigen endokrinen und Stoffwechselkrankheiten (E00-E07†, E15-E16†, E20-E34†, E70-E89†)
---------------	---

Hier findet sich in der Systematik ein Hinweis auf mögliche Schlüsselnummern zur Kodierung der Ätiologie, und zwar mit einem „†“ gekennzeichnet, obwohl diese Schlüsselnummern, wie z.B. E05.0 (Hyperthyreose mit diffuser Struma), in der Systematik nicht als Kreuz-Schlüsselnummern definiert sind.

e) An anderer Stelle fehlen Hinweise auf mögliche Kreuz-Schlüsselnummern zur Kodierung der Ätiologie. Hier ist dann vom behandelnden Arzt die zugrunde liegende Krankheit zu bestimmen.

Beispiel 7

J91*	Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
-------------	--



Hier findet sich kein Hinweis auf entsprechende Kreuz-Schlüsselnummern. Jede Schlüsselnummer, die die Ätiologie des Pleuraergusses angibt, kann verwendet werden, z.B. I50.14 (Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe).

Ausrufezeichen-Schlüsselnummern

Die Ausrufezeichen-Schlüsselnummern haben die Funktion, einer Diagnose (Primär-Schlüsselnummer) weitere relevante Informationen hinzuzufügen. Die zusätzlichen Informationen, die durch die Angabe von Ausrufezeichen-Schlüsselnummern als Sekundär-Schlüsselnummern verschlüsselt werden, komplettieren nicht nur die medizinische Aussage der Diagnosenkodierung, sondern kennzeichnen häufig auch den Schweregrad einer Erkrankung und können damit einen höheren Behandlungsaufwand abbilden. Die komplette Liste aller Ausrufezeichen-Schlüsselnummern der ICD steht in Tabelle 1. Nur wenn die Information einer Ausrufezeichen-Schlüsselnummer als gesicherte Diagnose vorliegt, ist die Verwendung der Ausrufezeichen-Schlüsselnummer vorgeschrieben. Ausgenommen davon sind die Sekundär-Schlüsselnummern des Kapitels XX (Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01–Y84)), die optional angegeben werden können. Falls einer Primär-Schlüsselnummer mehr als eine Ausrufezeichen-Schlüsselnummer als Sekundär-Schlüsselnummer zugeordnet wird, wird die Primär-Schlüsselnummer nur einmal kodiert, gefolgt von allen zutreffenden Ausrufezeichen-Schlüsselnummern.

Beispiel 8

Ein Patient wird ambulant chirurgisch wegen einer offenen Fraktur des linken Daumens mit erstgradigem Weichteilschaden behandelt. Ursache der Verletzung war ein Fahrradsturz.

Behandlungsdiagnosen:

S62.51	G	L	Fraktur des Daumens, proximale Phalanx
S61.87!	G	L	Weichteilschaden I. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Handgelenkes und der Hand

Zusammenfassung:

Bestimmte ICD-Schlüsselnummern, die mit einem „*“ oder „!“ gekennzeichnet sind, dürfen nicht isoliert verwendet werden. Sie dienen zur Kodierung der Manifestation („*“) einer „anderen“ zugrunde liegenden Krankheit oder zur näheren Erläuterung („!“) derselben. Diese Krankheit ist immer als Behandlungsdiagnose zu kodieren, auch wenn sie selbst im Quartal nicht die Definition der Behandlungsdiagnose (erbrachte Leistung im Quartal- AKR A02) erfüllt Bsp.: Bisher unbekannter Patient mit Tumoranämie wird am Quartalsende nur transfundiert. Der zugrunde liegende Tumor wird nicht spezifisch behandelt. Trotzdem darf die D63.0* Anämie bei Neubildungen (C00-D48†) nicht allein stehen. Es muss eine Primär-Schlüsselnummer aus C00-D48 zusätzlich angegeben werden. Der ICD-10 enthält alle dazu nötigen Informationen und ist dementsprechend zu beachten. Die Praxissoftware sollte dies ebenfalls berücksichtigen.

V99!	G		Transportmittelunfall
-------------	---	--	-----------------------

Die Schlüsselnummer V99! ist aus dem ICD-Kapitel XX und somit optional. Falls eine Ausrufezeichen-Schlüsselnummer für mehrere Primär-Schlüsselnummern zutrifft, wird sie nur einmal kodiert.

Beispiel 9

Ein Patient befindet sich wegen zwei MRSA-besiedelten zweitgradigen Dekubitalgeschwüren am rechten Fuß (Knöchel und Ferse) in hausärztlicher Behandlung.

Behandlungsdiagnosen:

L89.18	G	R	Dekubitus 2. Grades, sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
L89.17	G	R	Dekubitus 2. Grades, Ferse
U80.0!	G		Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin, Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine und Oxazolidinone

Eine Ausrufezeichen-Schlüsselnummer ist nicht als Sekundär-Schlüsselnummer zu verwenden, wenn die zusätzliche Information dieser Ausrufezeichen-Schlüsselnummer bereits im Titel der Primär-Schlüsselnummer vorhanden ist.

Beispiel 10

Ein Patient wird wegen einer beidseitigen Pneumokokkenpneumonie behandelt.

Richtig:

J13	G	B	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae
------------	---	---	--

Falsch:

J13	G	B	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae
B95.3!	G		Streptococcus pneumoniae als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

Ausrufezeichen-Schlüsselnummern

– Komplette Liste –

B95.-! bis B98.-!	Infektiöse Erreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
C94.8!	Blastenkrise bei chronischer myeloischer Leukämie [CML]
C95.8!	Leukämie, refraktär auf Standard-Induktionstherapie
C97!	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
G82.6-!	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes
I67.80!	Vasospasmen bei Subarachnoidalblutung
K72.7-!	Hepatische Enzephalopathie und Coma hepaticum
N39.47!	Rezidivinkontinenz
O09.-!	Schwangerschaftsdauer
R65.-!	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]
S01.83!	Offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer intrakraniellen Verletzung
S21.83!	Offene Wunde (jeder Teil des Thorax) mit Verbindung zu einer intrathorakalen Verletzung
S31.83!	Offene Wunde (jeder Teil des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens) mit Verbindung zu einer intraabdominalen Verletzung
S(0-9)1.84!	Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation (nach Lokalisation)
S(0-9)1.85!	Weichteilschaden II. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation (nach Lokalisation)
S(0-9)1.86!	Weichteilschaden III. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation (nach Lokalisation)
S(0-9)1.87!	Weichteilschaden I. Grades bei offener Fraktur oder Luxation (nach Lokalisation)
S(0-9)1.88!	Weichteilschaden II. Grades bei offener Fraktur oder Luxation (nach Lokalisation)
S(0-9)1.89!	Weichteilschaden III. Grades bei offener Fraktur oder Luxation (nach Lokalisation)
S06.7-!	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma
S14.7-!	Funktionale Höhe einer Verletzung des zervikalen Rückenmarkes
S24.7-!	Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarkes
S34.7-!	Funktionale Höhe einer Verletzung des lumbosakralen Rückenmarkes
T31.-! und T32.-!	Verbrennungen und Verätzungen, klassifiziert nach dem Ausmaß der betroffenen Körperoberfläche
U60.-! und U61.-!	Klinische Kategorien und Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit
U69.00!	Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren und älter
U69.10!	Anderenorts klassifizierte Krankheit, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist
U69.20!	Influenza A/H1N1 Pandemie 2009 [Schweinegrippe]
U69.21!	Influenza A/H5N1 Epidemie [Vogelgrippe]
U80.-!	Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern
U81!	Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika
U82.-!	Mykobakterien mit Resistenz gegen Antituberkulotika (Erstangmedikamente)
U83!	Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol
U84!	Herpesviren mit Resistenz gegen Virustatika
U85!	Humanes Immundefizienz-Virus mit Resistenz gegen Virustatika oder Proteinaseinhibitoren
V99! bis Y84.9!	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
Z33!	Schwangerschaftsfeststellung als Nebenbefund
Z37.-!	Resultat der Entbindung
Z50.-!	Rehabilitationsmaßnahmen
Z54.-!	Rekonvaleszenz

Tabelle 1

So funktioniert der Risikostrukturausgleich

Die Aufgabe des Risikostrukturausgleichs (RSA) ist es, Solidarprinzip und Wettbewerb gleichzeitig zu ermöglichen. Alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, unabhängig von der Mitgliedschaft in einer bestimmten Krankenkasse, werden im gleichen Maße zum Solidarausgleich herangezogen. Der Risikostrukturausgleich gleicht Unterschiede in den Risikostrukturen der Krankenkassen aus, also beispielsweise wie krank bzw. gesund sind die Versicherten der einzelnen Kassen, wie hoch sind ihre beitragspflichtigen Einnahmen, wie viele Familienmitglieder werden beitragsfrei versichert?

Die Anzahl der Familienversicherten und die Höhe der Einnahmen lassen sich recht leicht feststellen, schwieriger wird es mit dem „Krank“ oder „Gesund“. Zuerst wurde vor allem das Alter der Mitglieder berücksichtigt. Nun heißt aber „alt nicht gleich krank“ und „jung nicht gleich gesund“. Der Risikostrukturausgleich wurde dadurch sehr ungenau. Aus diesem Grund soll die Morbidität der Versicherten zukünftig in stärkerem Maße berücksichtigt werden. Die Einordnung erfolgt ab 2009 direkt anhand der erstellten Diagnosen (ICD-Kodierung) und der verordneten Medikamente.

Geschlecht, Erwerbsminderungsrente wird dabei jetzt auch die anhand von 80 ausgewählten Krankheiten gemessene Krankheitslast berücksichtigt. Für die Risikomerkmale Alter und Geschlechts gibt es in der Regel einen Abschlag (außer bei Neugeborenen und sehr alten Patienten). Für kranke Versicherte (80 ausgewählte Erkrankungen) erhalten die Krankenkassen Zuschläge. Diese Zuschläge spiegeln die Ausgaben wider, die im Durchschnitt von dieser Krankheit verursacht werden. Für die Einstufung nach Alter und Geschlecht hat das Bundesversicherungsamt (BVA) 40 Gruppen, für die Erwerbs-

178 Risikogruppen, für die Zu- und Abschläge ermittelt werden

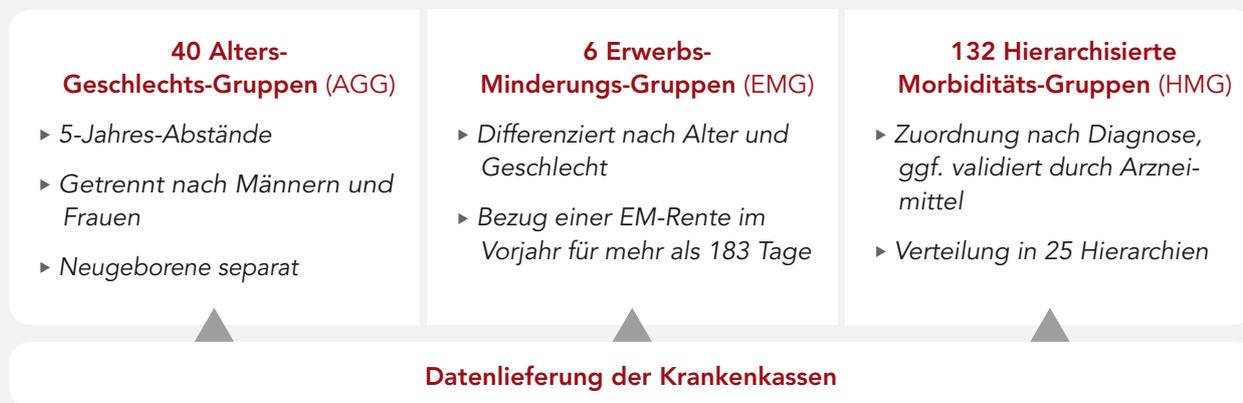


Abbildung 1

Die Mittel sollen jetzt so verteilt werden, dass sie dort ankommen, wo sie zur Versorgung der Versicherten, der kranken Versicherten, gebraucht werden. Dazu erhält jede Krankenkasse für jeden Versicherten eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung. Für eine Krankenkasse mit vielen alten und kranken Versicherten reicht dieser Betrag nicht aus. Deshalb wird diese Grundpauschale durch ein System von Zu- und Abschlägen angepasst. Neben den Merkmalen Alter,

minderungsrentner sechs Gruppen und für die Einstufung in eine zuschlagsauslösende Krankheitsgruppe 132 Morbiditätsgruppen gebildet. Insgesamt berücksichtigt der RSA 178 Risikogruppen (siehe Abb. 1). Jeder Versicherte wird genau einer Alters-Geschlechts-Gruppe zugeordnet. Dadurch wird die Grundpauschale für jeden Versicherten nach Alter und Geschlecht angepasst. Für rund ein Drittel der GKV-Versicherten werden die Krankenkassen zusätzlich Zuschläge aus den Erwerbsminderungsgruppen und/oder den hierarchisierten Morbiditätsgruppen erhalten.

Zuweisungen für Pflichtleistungen der Krankenkasse

Grundpauschale mit alters-, geschlechts- und risikoadjustierenden Zu- und Abschlägen (Abbildung BVA)

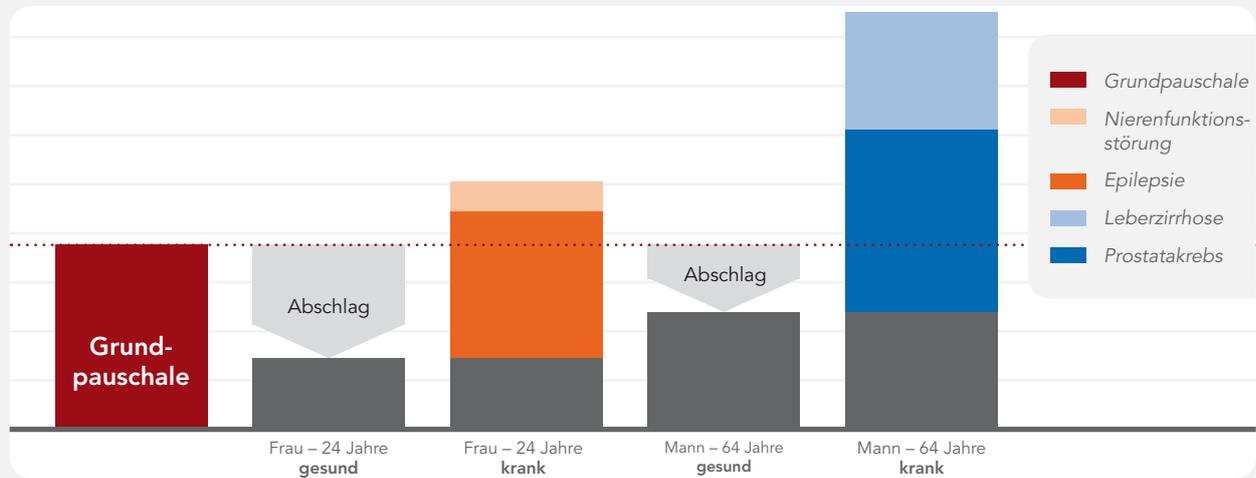


Abbildung 2

Für die 80 ausgewählten Krankheiten wurden vom BVA insgesamt 132 Morbiditätsgruppen definiert. Da die Zuschläge für einige Krankheiten nach Schweregrad differenziert werden, ist die Zahl nicht deckungsgleich. Andererseits gibt es auch Fälle, in denen zwei unterschiedliche Krankheiten mit ähnlichem Versorgungsbedarf in einer gemeinsamen Morbiditätsgruppe berücksichtigt werden (siehe Abbildung 2).

Gibt es für eine Krankheit mehrere nach Schweregrad differenzierte Morbiditätsgruppen, so werden diese in eine Hierarchie gebracht („hierarchisierte Morbiditätsgruppen“ (HMG)). Ist ein Versicherter anhand seiner Diagnosen mehreren Morbiditätsgruppen zuzuordnen, so wird nur für die in der Hierarchie am höchsten stehende Morbiditätsgruppe ein Zuschlag gewährt.

Beispielsweise löst innerhalb der Hierarchie „Diabetes mellitus“ der Diabetes ohne Komplikationen (HMG019) den niedrigsten Zuschlag und der Diabetes mit Nierenbeteiligung (HMG 015) den höchsten Zuschlag aus (siehe Abbildung 3).

Insgesamt gibt es 25 Krankheitshierarchien. Es wird jeweils die schwerwiegendste Krankheitsausprägung festgestellt, nur für diese wird der Zuschlag gewährt. Ansonsten könnte es zu einer nicht gewollten Kombination von Zuschlägen führen.

Die Beschränkung auf 80 Krankheiten war eine gesetzliche Vorgabe. Die ausgewählten Krankheiten sind entweder kostenintensive chronische Krankheiten oder

Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf, die überdurchschnittliche Kosten verursachen. Sie werden **jedes Jahr** vom BVA auf der Grundlage eines wissenschaftlichen Gutachtens und einer Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen festgelegt.

Hierarchie der Morbiditätsgruppen am Beispiel des Diabetes mellitus

HMG020 Typ 1 Diabetes mellitus

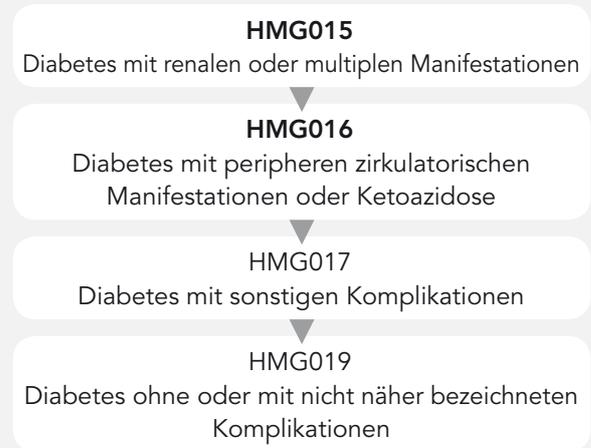


Abbildung 3/Stand: 2012

80 Morbi-RSA relevante Erkrankungen 2011/2012

(herausgegeben vom BVA, 30.09.2010, bleibt für 2012 weiterhin gültig)

1	HIV/AIDS
2	Sepsis/Schock
3	Infektionen durch opportunistische Erreger
4	Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
5	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane
6	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
7	Bösartige Neubildungen der Knochen, des Stütz- und Weichteilgewebes
8	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse
9	Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane
10	Bösartige Neubildungen der Niere, der Harnwege und der Nebenniere
11	Bösartige Neubildungen des Auges, Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems einschließlich Hypo- und Epiphyse
12	Bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation
13	Lymphome und Leukämien
14	Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens unterschiedlicher Organe
15	Diabetes mellitus
16	Schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen
17	Leberzirrhose (inkl. Komplikationen)
18	Chronische Hepatitis
19	Akute schwere Lebererkrankung
20	Ileus
21	Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn/Colitis ulcerosa)
22	Entzündung/Nekrose von Knochen
23	Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten
24	Spinalkanalstenose
25	Osteoarthrose der großen Gelenke
26	Osteoporose und Folgeerkrankungen
27	Myeloproliferative/myelodysplastische Erkrankungen
28	Aplastische und sideroblastische Anämien
29	Erworbene hämolytische Anämien
30	Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen



31	Anämie bei chronischen, andernorts klassifizierten Krankheiten
32	Demenz (einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz)
33	Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch
34	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
35	Depression
36	Bipolare affektive Störungen
37	Angsterkrankungen
38	Anorexia nervosa und Bulimia nervosa
39	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
40	Ausgeprägte schwere Lähmungen/Verletzungen des Rückenmarks/Aangeborene Fehlbildungen des Nervensystems
41	Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
42	Muskeldystrophie
43	Periphere Neuropathie/Myopathie
44	Entzündlich/toxische Neuropathie
45	Multiple Sklerose und andere demyelisierende Erkrankungen des ZNS
46	Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen
47	Epilepsie
48	Hydrozephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigungen
49	Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen
50	Herzinsuffizienz
51	Pulmonale Herzkrankheit und Erkrankungen des Lungenkreislaufes
52	Akutes Lungenödem und respiratorische Insuffizienz
53	Hypertensive Herz-/Nierenerkrankung/Enzephalopathie
54	Ischämische Herzkrankheit
55	Erkrankungen der Herzklappen
56	Aangeborene schwere Herzfehler (<18 Jahre)
57	Hypertonie
58	Vorhoffarrhythmie
59	Ventrikuläre Tachykardie/Arrhythmie, Herzstillstand
60	Schlaganfall und Komplikationen
61	Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung
62	Mukoviszidose
63	Emphysem/Chronische obstruktive Bronchitis

64	Asthma bronchiale	
65	Postinflammatorische und interstitielle Lungenfibrose	
66	Pneumonie und andere infektiöse Lungenerkrankungen	
67	Vaskuläre Retinopathien	
68	Niereninsuffizienz	
69	Nephritis	
70	Neurogene Blase	
71	Bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)	
72	Hautulkus (ohne Dekubitalgeschwür)	
73	Schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen	
74	Psoriasis und Parapsoriasis (inkl. Gelenkbeteiligung)	
75	Wirbelkörperfraktur (ohne Schädigung des Rückenmarks)	
76	Traumatische Amputation einer Extremität	
77	Schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer oder medizinischer Behandlung	
78	Risikogeburt	
79	Angeborene Fehlbildungen der Lunge oder des Magen-Darm-Traktes	
80	Status nach Organtransplantation (inkl. Komplikationen)	Stand: 2012

Anknüpfungspunkt für den Morbiditätszuschlag sind die ärztlichen Diagnosen. Ärzte und Krankenhäuser müssen für ihre Abrechnungen mit den Krankenkassen **JEDE** Diagnose nach dem ICD-10 verschlüsseln. **Von den über 15.000 ICD-10-Codes stehen ca. 3.800 mit einer der 80 ausgewählten Krankheiten in Verbindung und können daher einer Morbiditätsgruppe zugeordnet werden.**

Bei den Diagnosen der niedergelassenen Ärzte erfolgt die Einstufung des Versicherten in eine Morbiditätsgruppe erst, wenn eine Diagnose durch eine „Zweitdiagnose“ derselben Krankheit in mindestens einem anderen Abrechnungsquartal bestätigt wurde (**M2Q-Kriterium d.h. mindestens zwei Quartale**). Ab 2012 unterscheidet der Morbi-RSA bei den stationären Diagnosen zwischen Haupt- und Nebendiagnose. Bei den stationären Hauptdiagnosen führt jede Diagnose aus den 80 Morbi-RSA-relevanten Erkrankungen zu einer Einordnung des Versicherten in eine Morbiditätsgruppe und damit zu einem Zuschlag. Die stationären Nebendiagnosen werden den ambulanten Diagnosen gleichgestellt und müssen die gleichen Aufgreifkriterien erfüllen. Ausnahmen bilden Metastasen (C77.- bis

C79.-), Sterndiagnosen und Diagnosen, die eine stationäre Behandlung erfordern.

Bei einigen Krankheiten ist zusätzlich ein entsprechender Therapienachweis erforderlich. Dies ist insbesondere bei solchen Krankheiten bzw. Krankheitsverläufen der Fall, bei denen ein stationärer Aufenthalt (z.B. bei einem akuten Herzinfarkt) oder eine Arzneimitteltherapie (z.B. bei Diabetes mellitus Typ 1) medizinisch zwingend erforderlich ist.

Grundsätzlich decken die Zuschläge nicht die laufenden Behandlungskosten. Sie sollen die mit diesen Krankheiten verbundenen Folgekosten decken. Für jede Morbiditätsgruppe wird daher geprüft, welche Ausgaben ein Versicherter mit der entsprechenden Diagnosestellung im Jahr nach der Diagnosestellung durchschnittlich verursacht (prospektives Modell). Wäre z.B. die Blinddarmentzündung unter den ausgewählten Krankheiten, so läge die Zuschlagshöhe vermutlich bei 0 Euro, da eine Blinddarmentzündung im nächsten Jahr in aller Regel vollständig verheilt ist. Anders sieht es bei den schwerwiegenden und chronischen Krankheiten aus, die ausgewählt wurden. Aber auch hier gilt: Der Zuschlag z.B. für einen akuten Herzinfarkt richtet sich nicht nach den

▼
laufenden Kosten der notwendigen Krankenhausbehandlung, sondern danach, was die Nachsorge eines Herzinfarktes durchschnittlich kostet. Allerdings: Nicht alle Folgekosten, die auftreten, sind ursächlich durch die Vorerkrankung bestimmt. So kann sich die Person mit dem Herzinfarkt im nächsten Jahr zufällig das Bein brechen. Diese Ausgaben stehen natürlich nicht im Zusammenhang mit dem Herzinfarkt und müssen daher aus den Zuschlägen herausgerechnet werden.

Je mehr kranke Versicherte eine Krankenkasse hat, desto mehr Zuschläge bekommt sie aus dem RSA und desto mehr kann sie auch an die Leistungserbringer zur Versorgung der Patienten verteilen. Damit schließt sich der Kreis zur korrekten Kodierung. Nur wenn die Morbidität der Patienten dargestellt wird, sind Auswirkungen auf die Vergütung realistisch. Insofern bitten wir Sie um die notwendige Sorgfalt bei der ICD-Verschlüsselung.

Nachwort

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung gibt den Vertragsärzten und -psychotherapeuten weitere Hilfen zur Umsetzung der Kodierung im Alltag.

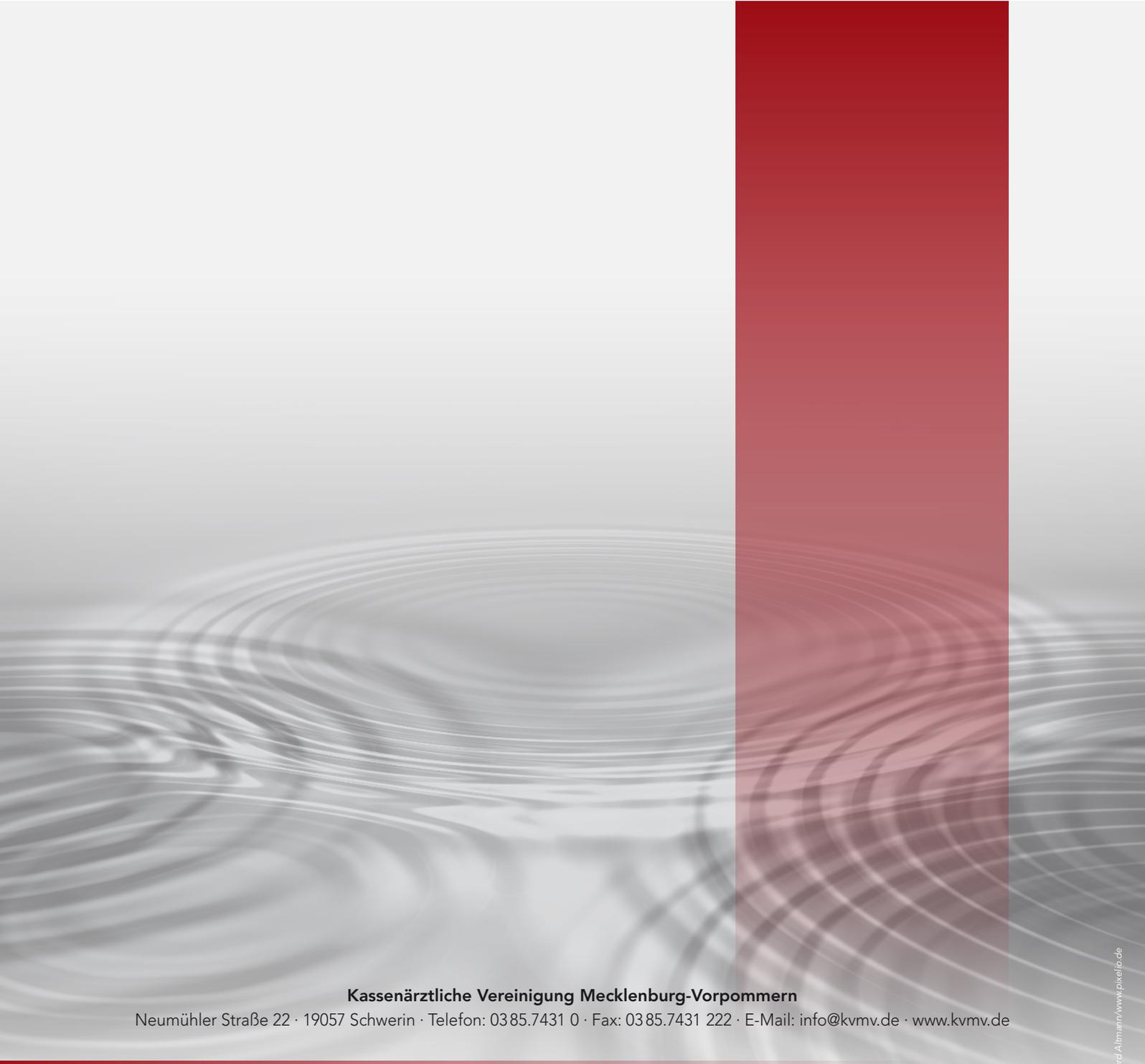
Auf der Seite www.kbv.de/kodieren/kodieren.html werden nach und nach Hinweise und praktische Tipps zum Umgang mit dem ICD-10-GM (der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision – German Modifikation) bereitgestellt.

Checklisten, Kodier-Beispiele und FAQ sollen die Niedergelassenen dabei unterstützen, richtig zu kodieren. Der ICD-10-Browser, ein Softwareprodukt der KBV, erleichtert die Kodesuche, ist aber oft im Praxisalltag nicht verfügbar.

Auch auf den Internetseiten der KVMV finden Sie Informationen zu dem Thema „Kodieren“: http://www.kvmv.info/aerzte/20/20/ICD_10/index.html.

Hoffentlich konnten wir Sie mit all dem Text, den Hinweisen, Beispielen und Informationen anregen, weiter so gut und besser zu kodieren.

Bei Fragen steht Ihnen in der KVMV Frau Dr. rer. med. Dagmar Greiner unter 03 85.74 31 380 oder unter dgreiner@kvmv.de gern zur Verfügung.



Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Neumühler Straße 22 · 19057 Schwerin · Telefon: 0385.7431 0 · Fax: 0385.7431 222 · E-Mail: info@kvmv.de · www.kvmv.de