

'Kurzanleitung' zur Durchführung der 'Ambulanten Kodierrichtlinien'
(Auszug aus den aktuell gültigen ambulanten Kodierrichtlinien)

Checkliste zum Kodieren: fünf Schritte zum richtigen Kode.

Schritt 1: Sichten der medizinischen Dokumentation

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

Schritt 2: Auswahl der Behandlungsdiagnosen

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

Definition

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

Schritt 3: Sichten von Kodiervorgaben

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

a) Gibt es eine spezielle Kodierrichtlinie?

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

b) Gibt es Regeln für besondere Behandlungssituationen?

Gibt es keine spezielle Kodierrichtlinie, prüfen Sie, ob es sich um eine „Behandlungsdiagnose in besonderen Situationen“ handelt. Dazu nutzen Sie die allgemeinen Kodierrichtlinien (Richtlinie A07). Handelt es sich um eine besondere Behandlungsdiagnose, dann sind die entsprechenden Kodierempfehlungen zu beachten.

„Behandlungsdiagnosen in besonderen Situationen“ und ihre Regelungen:

* Abnorme Befunde sind nur dann anzugeben, wenn sie Anlass für weitere Maßnahmen sind.

* Prävention/Gesundheitscheck/Screening/Früherkennung/Vorsorge-untersuchung: Bei negativem Ergebnis sind Codes aus dem Kapitel XXI anzugeben (z. B. Z12.1 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung des Darmtraktes).

* Prophylaxe/Impfung: Als Behandlungsdiagnosen sind Codes aus dem Kapitel XXI anzugeben (z. B. Z25.1 Notwendigkeit der Impfung gegen Grippe).

* Rezidive: Mit einem spezifischen Rezidivkode oder wie die eigentliche Erkrankung verschlüsseln, nicht als „Zustand nach...“ kodieren.

* Symptome sind in der Regel nicht zu kodieren, wenn die zugrunde liegende Krankheit bekannt ist (z. B. Schwellung bei einer Fraktur).

* Übernahme von Diagnosen von mitbehandelnden Ärzten und/oder aus dem stationären Bereich

nur, wenn die Definition der Behandlungsdiagnose erfüllt ist.

** Schweregrade einer Erkrankung sind zu kodieren.*

** Verordnung ohne Arzt-Patienten-Kontakt rechtfertigt die Angabe der gesicherten Behandlungsdiagnose; zusätzliche Angabe der ICD Z76.0.*

** Behandlungsdiagnosen bei psychotherapeutischen Behandlungen sind in aller Regel mit ICD-Kodes aus dem Kapitel V (F00-F99) für die Abrechnung zu verschlüsseln, falls erforderlich können auch Kodes für somatische Erkrankungen gemeldet werden.*

c) Gibt es spezielle ICD-Regeln?

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

Regelung zur Mehrfachkodierung:

** Kreuz-Stern-System: Kreuz-Kode (Primärkode) verschlüsselt die Ätiologie, Stern-Kode (Sekundärkode) verschlüsselt die Manifestation.*

** Ausrufezeichenkode: Dieser Sekundärkode fügt einer Diagnose (Primärkode) weitere relevante Informationen u. a. zum Schweregrad einer Erkrankung hinzu. Aber: Sind diese Zusatzinformationen bereits im Titel eines Primärkodes enthalten, dann entfällt der Sekundärkode.*

Schritt 4: Auswahl des ICD-Kodes

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

Schritt 5: Vergabe von Zusatzkennzeichen

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

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

** „G“ = gesicherte Diagnose (Diagnose kann nach den gültigen medizinisch-wissenschaftlichen Grundsätzen gesichert werden)*

Nicht endgültig gesicherte Diagnosen sind ebenfalls als gesicherte Behandlungsdiagnose anzugeben, wenn die Behandlung so spezifisch erfolgt, als wäre die Diagnose gesichert (zum Beispiel: Schweinegrippe ohne Test).

** „A“ = ausgeschlossene Diagnose (primäre Verdachtsdiagnose kann ausgeschlossen werden)*

** „Z“ = Zustand nach der Diagnose, auch symptomlos (wenn die Diagnose nicht mehr besteht und auch keine krankheitsspezifische Diagnostik und/oder Therapie mehr erfolgt, der Zustand nach dieser Diagnose aber eine Leistung verursacht hat, die zu kodieren ist). Achtung: Enthält bereits der Titel der ICD-Schlüsselnummer die Information „Zustand nach...“ oder „Folgen...“ bzw. „Folgezustände...“ einer früheren Erkrankung, so ist das „Z“ nicht zu verwenden.*

Es gibt außerdem Zusatzkennzeichen zur Seitenlokalisation:

** „R“ = rechts*

** „L“ = links*

** „B“ = beidseitig*

Zeitaufwand? Probieren Sie es einmal aus!
Und dies ist die einfache Checkliste!!!!

Die Vollversion dieses unglaublichen Bürokraten-Machwerks findet sich unter folgendem Link beim Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen:

<http://www.gkv-spitzenverband.de/Kodierrichtlinien1.gkvnet>