

**DEUTSCHE
KODIERRICHTLINIEN**
für die
Psychiatrie/Psychosomatik
(DKR-Psych)

**Allgemeine
Kodierrichtlinien
für die Verschlüsselung von
Krankheiten und Prozeduren**

Version 2011

**Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
GKV-Spitzenverband
Verband der privaten Krankenversicherung (PKV)
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH)**

© 2010 Copyright für die Deutschen Kodierrichtlinien: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) im Auftrag der Selbstverwaltung nach § 17d KHG

Die Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, ist nur mit Quellenangabe und in unveränderter Form gestattet. Alle übrigen Rechte bleiben vorbehalten.

EINLEITUNG

zu den DKR-Psych, Version 2011

Im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) vom 25. März 2009 wurde die Einführung eines durchgängig leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für die Vergütung von Krankenhausleistungen der Psychiatrie und Psychosomatik ab dem 01.01.2013 im § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) geregelt. Am 17.11.2009 haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der GKV-Spitzenverband (GKV) und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) – als zuständige Vertragspartner für die Einführung und Pflege des neuen Entgeltsystems – die Grundstrukturen des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vereinbart.

Da die Entwicklung des neuen Entgeltsystems neben anderen Kriterien auch die Diagnosen- und Prozedurenklassifikation berücksichtigen wird, müssen diese in der Lage sein, relevante Informationen zum Krankheits- und Leistungsspektrum in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen beizutragen. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) überarbeitet im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) jährlich die amtlichen Klassifikationen. Mit Wirkung zum 1. Januar 2011 werden die neue Diagnosenklassifikation (ICD-10-GM 2011) und der neue Prozedurenschlüssel (OPS Version 2011) bekannt gegeben.

Um die gesetzlich vorgegebene leistungsgerechte Vergütung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu ermöglichen, ist es nötig, dass vergleichbare Leistungen auch demselben Entgelt zugeordnet werden können. Dieser Forderung kann unter anderem dadurch besser Rechnung getragen werden, wenn Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen in einheitlicher Weise angewendet werden. Kodierrichtlinien regeln und unterstützen diesen Prozess, um möglichst auch in schwierigen Fällen eine eindeutige Verschlüsselung zu ermöglichen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung haben daher für das Jahr 2010 frühzeitig und in Anlehnung an die im Geltungsbereich nach § 17b KHG bereits bestehenden Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) eine erste Version Deutscher Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik (DKR-Psych) und damit für den Geltungsbereich nach § 17d KHG erstellt. Für das Jahr 2011 haben sich die Selbstverwaltungspartner auf einige Anpassungen verständigt. Die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik Version 2011 beziehen sich auf die Anwendung der ICD-10-GM 2011 und den OPS Version 2011.

Die Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik gliedern sich in folgende Teile:

- Allgemeine Kodierrichtlinien
 - Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten
 - Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren.

In den allgemeinen Kodierrichtlinien für Krankheiten und Prozeduren werden Begriffe wie Haupt- und Nebendiagnose definiert und Hinweise zur Verschlüsselung von Prozeduren gegeben. Für den Fall, dass zwischen den Hinweisen zur Benutzung der ICD-10-GM bzw. des OPS und den Kodierrichtlinien Widersprüche bestehen, haben die Kodierrichtlinien Vorrang.

Die Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik sind ein Regelwerk, das der künftigen pauschalierten Vergütung auf der Grundlage tagesbezogener Entgelte von Krankenhausleistungen der Psychiatrie und Psychosomatik nach § 17d KHG dient. Weiterhin tragen sie dazu bei, die Kodierqualität in den Krankenhäusern zu verbessern und gleiche Krankenhäuserfälle identisch zu verschlüsseln. Hierdurch gewinnt das Krankenhaus zusätzlich eine Grundlage für internes Management und Qualitätssicherung.

Die Berücksichtigung von Kodierrichtlinien in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist neu und bedeutet für die dort tätigen Mitarbeiter eine erhebliche Umstellung. Für die Handhabung der Kodierrichtlinien ist eine entsprechende Schulung der Anwender in der Auswahl relevanter Informationen aus klinischen Krankenakten sowie in den Grundregeln zur Benutzung der ICD-10-GM und des OPS erforderlich. Darüber hinaus ist die Anwendung der Kodierrichtlinien selbst zu erlernen.

Die Kodierrichtlinien werden regelmäßig überarbeitet, um den medizinischen Fortschritt, Änderungen der klinischen Klassifikationen, Aktualisierungen des Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik und Kodiererfahrungen aus der klinischen Praxis zu berücksichtigen. Sie sollen Schulungsmaßnahmen sinnvoll unterstützen sowie die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bereits frühzeitig auf die Änderungen im Umgang mit dem neuen Vergütungssystem ab 2013 vorbereiten. Die Vertragspartner sind sich darin einig, dass die Kodierrichtlinien neben der notwendigen Vorbereitung der Krankenhäuser auch der Entwicklung des künftigen pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17d KHG dienen. Sie stimmen darin überein, dass es sich zunächst um eine Ausgangsbasis zur Unterstützung der künftigen Abbildung der Behandlungsfälle im neuen Entgeltsystem handelt, die einer Weiterentwicklung bedarf. Den Krankenhäusern ist daher ausreichend Zeit für Schulungen und das Erlernen im Umgang mit den neuen Kodierrichtlinien einzuräumen. Aus diesem Grunde dürfen die Abrechnungen der Behandlungsfälle sowie die Budgetverhandlungen nach der Maßgabe der derzeit gültigen Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) durch die Anwendung der Kodierrichtlinien nicht behindert oder verändert werden.

Ausgangsbasis für die Erstellung der Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik (DKR-Psych) waren die bereits bestehenden Deutschen

Kodierrichtlinien (DKR). Grundprinzip der initialen Überarbeitungen war, die Inhalte der Richtlinien insgesamt möglichst eng an die somatischen Regeln anzulehnen, um zeitnah eine Fassung für Übungs- und Schulungszwecke vorlegen zu können. Bedauerlicherweise ist es auch im zweiten Jahr nicht für alle Kodierrichtlinien gelungen, geeignete Beispiele für die Psychiatrie/Psychosomatik zu finden. In diesen Fällen wurden die Beispiele für die Somatik belassen, um dennoch die Intention der Kodierrichtlinien besser zum Ausdruck zu bringen. Es ist davon auszugehen, dass mit der Entwicklung des neuen Vergütungssystems für die Psychiatrie und Psychosomatik die Kodierrichtlinien eine zunehmende Anpassung erfahren werden.

Die Verantwortung für die Dokumentation und Kodierung von Diagnosen und Prozeduren liegt beim behandelnden Arzt, unabhängig davon, ob er selbst oder eine von ihm beauftragte Person die Verschlüsselung vornimmt. Gemäß den speziellen Benutzerhinweisen der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch- diagnostische Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind so viele Diagnosen zu verschlüsseln, wie für die Beschreibung des klinischen Bildes notwendig sind; dies gilt soweit die DKR-Psych nichts anderes vorschreiben.

Berlin, 2010

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung zu den DKR-Psych, Version 2011	III
Inhaltsverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	IX
Redaktionelle Hinweise	XI
I. Allgemeine Hinweise	XI
II. Schlüsselnummern (Kodes)	XI
III. Fallbeispiele	XII
Allgemeine Kodierrichtlinien	1
Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten	3
PD001a Allgemeine Kodierrichtlinien	3
PD002a Hauptdiagnose	3
PD003a Nebendiagnosen	8
PD004a Syndrome	12
PD005a Folgezustände und geplante Folgeeingriffe	12
PD007a Aufnahme zur Prozedur, nicht durchgeführt	12
PD008a Verdachtsdiagnosen	13
PD009a „Sonstige“ und „nicht näher bezeichnete“ Schlüsselnummern	14
PD010a Kombinations-Schlüsselnummern	15
PD012a Mehrfachkodierung	15
PD014a Im Alphabetischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen	17
Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren	18
PP001a Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren	18
PP004a Nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur	19
PP005b Multiple/Bilaterale Prozeduren	19
PP007a Endoskopie multipler Gebiete (Panendoskopie)	22
PP009a Anästhesie	22
PP012a Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl	23
PP014a Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden	23
PP016a Verbringung	25
Anhang A	27
Grundregeln zur Verschlüsselung (WHO)	27

Anhang B

29

ZUSAMMENFASSUNG DER ÄNDERUNGEN:

Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik Version 2011 gegenüber der Vorversion 2010

29

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abkürzung	Bezeichnung
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bzw.	beziehungsweise
CT	Computertomographie
CTG	Kardiotokographie
d.h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKR	Deutsche Kodierrichtlinie
DKR-Psych	Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik
DRG	Diagnosis Related Group
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EKG	Elektrokardiogramm
ERCP	Endoskopische retrograde Cholangiopankreaticographie
etc.	et cetera
Exkl.	Exklusiva
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
ICD-10-GM	Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
Inkl.	Inklusiva
inkl.	inklusive
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PKV	Verband der privaten Krankenversicherung
s.a.	siehe auch
SGB V	Sozialgesetzbuch V
usw.	und so weiter
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)
z.B.	zum Beispiel
Z.n.	Zustand nach

REDAKTIONELLE HINWEISE

I. Allgemeine Hinweise

Die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik (DKR-Psych) sind nach folgenden Regeln gekennzeichnet:

1. Alle Kodierrichtlinien haben eine feste 5-stellige Kennzeichnung, z.B. PD001, gefolgt von einem kleinen Buchstaben zur Kennzeichnung der jeweiligen Version. Alle Kodierrichtlinien der Version 2010 haben das Kennzeichen „a“. Kodierrichtlinien mit inhaltlichen Änderungen sind in der Version 2011 mit „b“ gekennzeichnet. Die 5-stellige Grundnummer ändert sich nicht. Bei Verweisen auf einzelne Kodierrichtlinien im Text wird auf die Kennzeichnung der Version mit Kleinbuchstaben verzichtet.
2. Die Allgemeinen Kodierrichtlinien für Krankheiten beginnen mit „PD“ gefolgt von einer 3-stelligen Zahl.
3. Die Allgemeinen Kodierrichtlinien für Prozeduren beginnen mit „PP“ gefolgt von einer 3-stelligen Zahl.

In vielen Kodierrichtlinien werden Beispiele und/oder Listen mit ICD-10-GM- bzw. OPS-Kodes aufgeführt. Diese Beispiele bzw. Listen stellen jedoch keine abschließende Aufzählung bzw. Ausdifferenzierung aller zutreffenden Kodes dar. Um die genauen Kodes zu finden, sind in den jeweiligen Klassifikationen die Querverweise mit Inklusiva, Exklusiva sowie die Hinweise zu beachten.

II. Schlüsselnummern (Kodes)

In den Deutschen Kodierrichtlinien wird auf Schlüsselnummern (Kodes) aus der ICD-10-GM und dem OPS verwiesen. Diese Kodes sind **in unterschiedlicher Schreibweise** aufgeführt.

Die Kodierrichtlinien enthalten sowohl Kodieranweisungen, die sich auf einzelne (terminale) Schlüsselnummern beziehen, als auch auf hierarchisch übergeordnete Schlüsselnummern.

Zum Teil wird in den Kodierrichtlinien ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Kategorie Subkategorien/-klassen besitzt, wobei diese näher beschrieben werden. An anderen Stellen wird durch Formulierungen wie „...ist mit einem Kode aus/einem Kode der Kategorie... zu verschlüsseln“ auf die Existenz von Subkategorien hingewiesen. In diesen Fällen gelten die betreffenden Kodieranweisungen für alle terminalen Kodes, die unter der angegebenen Kategorie klassifiziert sind.

Zur medizinischen Dokumentation ist immer der Kode für die spezifische Erkrankung bzw. Prozedur in der höchsten Differenziertheit (bis zur letzten Stelle des Kodes) zu verschlüsseln.

Die folgenden Tabellen präsentieren typische Beispielkodes.

Darstellung der Codes in den Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik

1. ICD-10-GM

Beispielcode	Text (<i>kursiv</i>)	Die Kodierregel bezieht sich auf:
F40 - F48	<i>Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen</i>	die Gruppe mit allen Subkategorien.
F40.-	<i>Phobische Störungen</i>	den Dreisteller mit allen darunter klassifizierten Codes.
F40.0-	<i>Phobische Störungen, Agoraphobie</i>	den Viersteller mit allen darunter klassifizierten Codes.
F40.01	<i>Phobische Störungen, Agoraphobie, mit Panikstörung</i>	genau diesen Code (Fünfsteller, endständiger Code).

2. OPS

Beispielcode	Text (<i>kursiv</i>)	Die Kodierregel bezieht sich auf:
1-61 - 1-69	<i>Diagnostische Endoskopie</i>	die Gruppe mit allen Subkategorien.
1-63	<i>Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes</i>	den Dreisteller mit allen darunter klassifizierten Codes.
1-636	<i>Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums)</i>	den Viersteller mit allen darunter klassifizierten Codes.
1-636.0	<i>Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums), Einfach (durch Push-Technik)</i>	genau diesen Code (Fünfsteller, endständiger Code).
1-636.1, .x	<i>Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums)</i>	zwei bestimmte unter dem Viersteller (hier 1-636) klassifizierte Fünfsteller.

III. Fallbeispiele

Die Deutschen Kodierrichtlinien enthalten Kodieranweisungen und passende Fallbeispiele, die zu ihrer Veranschaulichung dienen. In den Beispielen folgen der Beschreibung eines klinischen Falles die zu verwendenden Schlüsselnummern und die dazu gehörigen, kursiv gedruckten Texte der entsprechenden Klassifikation (ICD-10-GM bzw. OPS).

Während die ICD-Texte in der Regel originalgetreu aus der Klassifikation übernommen wurden, wurden die Texte für die OPS-Kodes teilweise geglättet, um redundante Informationen zu vermeiden und um dadurch sehr lange und unübersichtliche Texte zu kürzen. Sinngemäß enthalten diese jedoch in jedem Falle die volle Information des jeweiligen OPS-Kodes.

Viele Beispiele bilden die vollständige Kodierung eines stationären Falles mit sämtlichen anzugebenden Diagnosen- und Prozedurenkodes ab.

In anderen Fällen sind nur die Codes aufgeführt, die im Zusammenhang mit der jeweiligen Kodierrichtlinie stehen; so können z.B. die Diagnosekodes in Beispielen fehlen, die die Kodierung bestimmter Prozeduren veranschaulichen, oder die Prozeduren fehlen in Beispielen, die die Zuweisung von Diagnosekodes demonstrieren.

In den Beispielen, in denen ICD-Kodes für „nicht näher bezeichnete“ Diagnosen verwendet wurden, sind die im Beispieltext angegebenen Diagnosen nach den Regeln der ICD-10-GM korrekt verschlüsselt.

Mit einem Ausrufezeichen gekennzeichnete sekundäre Schlüsselnummern sind zum Teil optional, in anderen Fällen obligatorisch anzugeben.

Die Kodierrichtlinien regeln ausschließlich die Übertragung von Diagnosen und Prozeduren in die dafür vorgesehenen Codes. EDV-technische Details werden hier nicht geregelt.

ALLGEMEINE KODIERRICHTLINIEN

ALLGEMEINE KODIERRICHTLINIEN FÜR KRANKHEITEN

Diese Kodierrichtlinien beziehen sich auf:

ICD-10-GM Systematisches Verzeichnis Version 2011 und

ICD-10-GM Alphabetisches Verzeichnis Version 2011

PD001a Allgemeine Kodierrichtlinien

Die Auflistung der Diagnosen bzw. Prozeduren liegt in der Verantwortung des behandelnden Arztes. Obwohl Untersuchungsbefunde entscheidende Punkte im Kodierungsprozess sind, gibt es einige Krankheiten bzw. Störungen, die nicht immer durch Untersuchungsbefunde bestätigt werden. Zum Beispiel wird Morbus Crohn nicht immer durch eine Biopsie bestätigt oder kann sich eine psychische Störung in ihrer Ausprägung erst im weiteren Verlauf eindeutig darstellen.

Der behandelnde Arzt ist verantwortlich für

- die Bestätigung von Diagnosen, die verzeichnet sind, bei denen sich aber kein unterstützender Nachweis in der Krankenakte findet,
- und**
- die Klärung von Diskrepanzen zwischen Untersuchungsbefunden und klinischer Dokumentation.

Die Bedeutung einer konsistenten, vollständigen Dokumentation in der Krankenakte kann nicht häufig genug betont werden. Ohne diese Art der Dokumentation ist die Anwendung aller Kodierrichtlinien eine schwierige, wenn nicht unmögliche Aufgabe.

PD002a Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose wird definiert als:

„Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.“

Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit bzw. Störung festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. Die dabei evaluierten Befunde können Informationen enthalten, die aus der medizinischen, sozialen und pflegerischen Anamnese, einer psychiatrischen/körperlichen Untersuchung, Konsultationen von Spezialisten, diagnostischen Tests oder Prozeduren, chirurgischen Eingriffen und pathologischen oder radiologischen Untersuchungen gewonnen wurden. Für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, sind für die Kodierung heranzuziehen.

Die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose muss nicht der Aufnahmediagnose oder Einweisungsdiagnose entsprechen.

Anmerkung 1: Es ist nicht auszuschließen, dass diese Definition der Hauptdiagnose unter Umständen im pauschalierenden Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten keine adäquate Abbildung der Krankenhausleistung erlaubt. Im Rahmen der Entwicklung und Pflege des Entgeltsystems wird dieser Sachverhalt verfolgt und auf ggf. notwendige Maßnahmen geprüft.

Beispiel 1

Ein Patient stellt sich in der Notaufnahme mit seit mehreren Wochen bestehender gedrückter Stimmung vor. In der Untersuchungssituation berichtet er zudem über eine Verminderung von Antrieb und Aktivität, Konzentrationsstörungen, ausgeprägte Müdigkeit bei gleichzeitig bestehender Ein- und Durchschlafstörung sowie einen deutlichen Appetitverlust. Es bestehen ausgeprägte Gedanken über die Wertlosigkeit der eigenen Person. Eine Distanzierung von suizidalen Gedanken ist dem Patienten nicht möglich.

Bei einer schweren depressiven Episode wurde der Patient stationär aufgenommen. Im Behandlungsverlauf berichtet der Patient über einen schädlichen Gebrauch von Alkohol. Zudem wurde ein Diabetes mellitus diagnostiziert.

Während des stationären Aufenthaltes wurden bis zur Entlassung folgende Diagnosen gestellt:

- Schwere depressive Episode
- Schädlicher Gebrauch von Alkohol
- Diabetes mellitus

Entscheidend für die Auswahl der Hauptdiagnose ist die Veranlassung des stationären Aufenthaltes. Somit ist die schwere depressive Episode die Hauptdiagnose, weil diese den stationären Aufenthalt hauptsächlich veranlasste.

Bei der Festlegung der Hauptdiagnose haben die vorliegenden Kodierrichtlinien Vorrang vor allen anderen Richtlinien. Die Hinweise zur Verschlüsselung mit den ICD-10-Verzeichnissen müssen beachtet werden (s.a. DKR-Psych PD014 *Im Alphabetischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 17)).

Zuweisung der zugrunde liegenden Krankheit bzw. Störung als Hauptdiagnose

Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde liegende Krankheit bzw. Störung zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist und behandelt wird bzw. während des Krankenhausaufenthaltes diagnostiziert wird, so ist die zugrunde liegende Krankheit bzw. Störung als Hauptdiagnose zu kodieren. Zur Kodierung von Symptomen als Nebendiagnose siehe DKR-Psych PD003 *Nebendiagnosen*.

Beispiel 2

Ein Patient wird im Rahmen einer zunehmenden produktiven Symptomatik bei bekannter paranoider Schizophrenie gerichtlich untergebracht.

Hauptdiagnose:	Paranoide Schizophrenie
Nebendiagnose(n):	keine

Beispiel 3

Ein Patient wird wegen zunehmender Persönlichkeitsveränderungen (Distanzlosigkeit, Wutausbrüche, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen, Stimmungsschwankungen) und Kopfschmerzen stationär aufgenommen. Der neurologische Befund und die weiterführende apparative Diagnostik ergibt die Diagnose eines Hirntumors. Es wird eine organische Persönlichkeitsstörung bei Hirntumor diagnostiziert. Der Patient wird drei Tage nach stationärer Aufnahme zur Operation des Hirntumors in die Neurochirurgie verlegt. Eine umfassende psychologisch-psychiatrische Persönlichkeitsdiagnostik wurde nicht durchgeführt.

Hauptdiagnose: Hirntumor
Nebendiagnose(n): Organische Persönlichkeitsstörung

Beispiel 4

Ein Patient wird mit einer akuten Alkoholintoxikation aufgenommen. Nach Detoxikation stellt sich heraus, dass der Alkoholmissbrauch aufgrund exazerbierter Wahnvorstellungen bei bekannter paranoider Schizophrenie ausgelöst wurde, die behandelt wird.

Hauptdiagnose: Paranoide Schizophrenie
Nebendiagnose(n): Akute Alkoholintoxikation
Alkoholmissbrauch

Beispiel 5

Ein Patient stellt sich mit akuten, wiederkehrenden Beschwerden wie plötzlich auftretendem Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühlen und Schwindel in der Rettungsstelle vor. Unter der Diagnose Panikstörung erfolgt eine kombinierte psychotherapeutische und medikamentöse Behandlung.

Hauptdiagnose: Panikstörung
Nebendiagnose(n): keine

Schlüsselnummern für Symptome, Befunde und ungenau bezeichnete Zustände

Schlüsselnummern für Symptome, Befunde und ungenau bezeichnete Zustände aus Kapitel XVIII *Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind*, sind nicht als Hauptdiagnose zu verwenden, sobald eine die Symptomatik, etc. erklärende definitive Diagnose ermittelt wurde.

Die Anmerkungen zu Beginn von Kapitel XVIII in der ICD-10-GM helfen bei der Bestimmung, wann Schlüsselnummern aus den Kategorien R00-R99 dennoch angegeben werden.

Zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen

Wenn zwei oder mehrere Diagnosen in Bezug zu Aufnahme, Untersuchungsbefunden und/oder der durchgeführten Therapie gleichermaßen die Kriterien für die Hauptdiagnose erfüllen und ICD-10-Verzeichnisse und Kodierrichtlinien keine Verschlüsselungsanweisungen geben, muss vom behandelnden Arzt entschieden werden, welche Diagnose am besten der Hauptdiagnose-Definition entspricht. Nur in diesem Fall ist vom behandelnden Arzt diejenige auszuwählen, die

für Untersuchung und/oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat. Hierbei ist es unerheblich, ob die Krankheiten bzw. Störungen verwandt sind oder nicht.

Schlüsselnummern aus Z03.0 bis Z03.9 Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen

Schlüsselnummern aus Z03.0 bis Z03.9 (z.B. Z03.2 *Beobachtung bei Verdacht auf psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen*) werden **ausschließlich dann** als **Hauptdiagnose** für die Abklärung des Gesundheitszustandes des Patienten zugeordnet, wenn es Hinweise auf die Existenz eines abnormen Zustandes, auf die Folge eines Unfalls oder eines anderen Ereignisses mit typischerweise nachfolgenden Gesundheitsproblemen gibt und sich der Krankheitsverdacht **nicht** bestätigt und eine Behandlung derzeit **nicht** erforderlich ist.

Beispiel 6

Ein Patient wird in einer Krisensituation nach einem Autounfall fremdanamnestisch als psychisch auffällig beschrieben. Er sei verwirrt und berichte zusammenhangslos. In der Akutsituation ist eine genaue Klärung der Umstände nicht möglich. Der Patient stimmt einer stationären Aufnahme zur Beobachtung und weiteren Abklärung zu. Im Verlauf zeigt sich kein Anhalt für eine akute Belastungsreaktion oder eine andere psychische Krankheit oder Verhaltensstörung.

Hauptdiagnose:	Z03.2	<i>Beobachtung bei Verdacht auf psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen</i>
Nebendiagnose(n):		keine

Können für die Hauptdiagnose spezifischere Schlüsselnummern angegeben werden, haben diese Vorrang vor einer Schlüsselnummer aus der Kategorie Z03.– *Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen*. Wenn ein Symptom, das mit der Verdachtsdiagnose im Zusammenhang steht, vorliegt, wird die Symptom-Schlüsselnummer als Hauptdiagnose zugewiesen, nicht ein Kode aus der Kategorie Z03.– *Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen* (s.a. DKR-Psych PD008 *Verdachtsdiagnosen* (Seite 13)).

Wenn zwei oder mehrere Befunde/Symptome bei der Beobachtung des Verdachtsfalles für die Hauptdiagnose in Frage kommen, so ist vom behandelnden Arzt diejenige auszuwählen, die die meisten Ressourcen verbraucht hat.

Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen

Kodes für die spezifische Verschlüsselung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen finden sich beispielsweise in den folgenden Kategorien:

Tabelle 1:

E89.–	<i>Endokrine und Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert</i>
G97.–	<i>Krankheiten des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert</i>
H59.–	<i>Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert</i>
H95.–	<i>Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert</i>
I97.–	<i>Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert</i>
J95.–	<i>Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert</i>
K91.–	<i>Krankheiten des Verdauungssystem nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert</i>
M96.–	<i>Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert</i>
N99.–	<i>Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert</i>

Diese Codes sind nur dann als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, wenn kein spezifischerer Code in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung existiert oder die Verschlüsselung dieses spezifischeren Codes durch ein Exklusivum der ICD-10-GM ausgeschlossen ist. Gleiches gilt für die Kategorien T80–T88 *Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert*. Die Codes aus Tabelle 1 sind Codes aus T80-T88 vorzuziehen, soweit letztere die Erkrankung bzw. Störung nicht spezifischer beschreiben.

Beispiel 7

Ein Patient wird wegen einer Hypothyreose nach Thyreoidektomie vor einem Jahr stationär aufgenommen.

Hauptdiagnose: E89.0 *Hypothyreose nach medizinischen Maßnahmen*

Beispiel 8

Ein Herzschrittmacherträger wird wegen einer Elektrodendislokation stationär aufgenommen.

Hauptdiagnose: T82.1 *Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät*

Anmerkung: I97.8 *Sonstige Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen anderenorts nicht klassifiziert* ist nicht als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, da der Code T82.1 *Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät* (samt seiner Inklusiva) spezifisch die Art der Störung beschreibt.

Beispiel 9

Ein Patient wird nach vorangegangener Behandlung einer Fersenbeinfraktur nun wegen einer tiefen Beinvenenthrombose stationär aufgenommen.

Hauptdiagnose: I80.2 *Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremität*

Anmerkung: I97.8 *Sonstige Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen anderenorts nicht klassifiziert* ist nicht als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, da der Kode I80.2 *Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremität* spezifisch die Art der Kreislaufkomplikation beschreibt.

Interne Verlegungen zwischen Abteilungen nach BPfIV und KHEntgG

Bei Krankenhaus-internen Verlegungen von Patienten zwischen Abteilungen, die nach Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) abrechnen (z.B. Psychiatrie), und Abteilungen, die nach Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnen (z.B. Chirurgie, Innere Medizin), ist folgende Regel zu beachten:

- Jede Abteilung dokumentiert und kodiert nach den für sie gültigen Regeln.

Beispiel 10

Ein Patient wird wegen einer Schizophrenie in die Psychiatrie aufgenommen. Während des stationären Verlaufs entwickelt der Patient ein akutes Abdomen. Nach Verlegung in die Chirurgie findet sich dort als Ursache für die Symptomatik eine akute Cholezystitis. Die Schizophrenie wird weiterbehandelt.

Psychiatrie (BPfIV)

Hauptdiagnose: Schizophrenie
Nebendiagnose(n): Akutes Abdomen

Chirurgie (KHEntgG)

Hauptdiagnose: Akute Cholezystitis
Nebendiagnose(n): Schizophrenie

PD003a Nebendiagnosen

Die Nebendiagnose ist definiert als:

„Eine Krankheit bzw. Störung oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.“

Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten bzw. Störungen interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- therapeutische Maßnahmen
- diagnostische Maßnahmen
- erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand

Bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen ausgerichtet ist, können alle betroffenen Diagnosen kodiert werden.

Beispiel 1

Ein Patient erhält wegen der Nebendiagnosen Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit eine Motivationsbehandlung.

Nebendiagnose(n): Alkoholabhängigkeit
 Medikamentenabhängigkeit

Beispiel 2

Ein Patient wird für die Nebendiagnosen koronare Herzkrankheit, arterieller Hypertonus und Herzinsuffizienz mit einem Betablocker behandelt.

Nebendiagnose(n): Koronare Herzkrankheit
 Arterieller Hypertonus
 Herzinsuffizienz

Krankheiten bzw. Störungen, die z.B. durch den Anästhesisten während der präoperativen Beurteilung oder vor einer Elektrokrampftherapie dokumentiert wurden, werden nur kodiert, wenn sie den oben genannten Kriterien entsprechen. Sofern eine Begleitkrankheit bzw. Störung das Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur beeinflusst, wird diese Krankheit bzw. Störung als Nebendiagnose kodiert.

Anamnestiche Diagnosen, die das Patientenmanagement gemäß obiger Definition nicht beeinflussen haben, wie z.B. eine anamnestiche bekannte, überwundene Alkoholabhängigkeit werden nicht kodiert.

Beispiel 3

Eine 50-jährige Patientin wird zur Behandlung einer schweren Zwangsstörung (Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt) stationär aufgenommen. In der Anamnese gibt sie eine Knieoperation vor 10 Jahren wegen eines Außenmeniskusschadens an. Danach war sie beschwerdefrei. Als junges Mädchen habe sie an einer Magersucht gelitten. Das Essverhalten sowie das Körpergewicht haben sich jedoch im frühen Erwachsenenalter normalisiert. Eine bekannte koronare Herzkrankheit wird medikamentös weiterbehandelt. Wegen anhaltender Lumbalgien wird die Patientin krankengymnastisch betreut.

Hauptdiagnose: Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt
 Nebendiagnose(n): Koronare Herzkrankheit
 Lumbalgien

Die Nebendiagnosen erfüllen die obige Definition (Ressourcenverbrauch) und sind deshalb zu dokumentieren.

Die sonstigen Diagnosen (Z.n. OP nach Außenmeniskusschaden, Anorexia nervosa) erfüllen diese Definition nicht und werden deshalb für das künftige Entgeltsystem nicht dokumentiert. Sie sind jedoch für die medizinische Dokumentation und die ärztliche Kommunikation von Bedeutung.

Beispiel 4

Ein Patient, der wegen einer Somatisierungsstörung stationär aufgenommen wird, hat zusätzlich einen Diabetes mellitus. Das Pflegepersonal prüft täglich den Blutzucker, und der Patient bekommt eine Diabetes-Diät.

Hauptdiagnose: Somatisierungsstörung
 Nebendiagnose(n): Diabetes mellitus

Beispiel 5

Ein 60 Jahre alter Patient mit einer Multiinfarkt-Demenz wird stationär aufgenommen. Aufgrund einer früheren Unterschenkelamputation benötigt der Patient zusätzliche Unterstützung durch das Pflegepersonal.

Hauptdiagnose: Multiinfarkt-Demenz
 Nebendiagnose(n): Unterschenkelamputation in der Eigenanamnese

Beispiel 6

Eine ältere Patientin wird wegen einer wahnhaften Störung aufgenommen. Im Verlauf erleidet sie eine hypertensive Krise.

Hauptdiagnose: Wahnhafte Störung
 Nebendiagnose(n): Hypertonie mit hypertensiver Krise

Symptome als Nebendiagnose

Für Symptome gelten die Regelungen zur Kodierung von Nebendiagnosen entsprechend.

Beispiel 7

Ein Patient wird zur Entgiftung bei Opioidabhängigkeit stationär aufgenommen. Es besteht ein ausgeprägtes Untergewicht, das behandelt wird.

Hauptdiagnose:	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode, Abhängigkeitssyndrom
Nebendiagnose(n):	Abnorme Gewichtsabnahme

Hinweis der Selbstverwaltung: Die Selbstverwaltung empfiehlt eine Überdokumentation von Symptomen zu vermeiden. Demnach ist beispielsweise die zusätzliche Kodierung von Unglücklichsein bei einer Depression mit dieser Regelung nicht beabsichtigt. Sie empfiehlt aber die Kodierung von Symptomen, die besondere Maßnahmen erfordern und deshalb für eine sachgerechte Fallabbildung erforderlich sind.

Reihenfolge der Nebendiagnosen

Es gibt keine Kodierrichtlinie, die die Reihenfolge der Nebendiagnosen regelt. Jedoch sollten die bedeutenderen Nebendiagnosen, insbesondere Komplikationen und Komorbiditäten, zuerst angegeben werden, da die Anzahl der zur Verfügung stehenden Schlüsselnummer-Felder begrenzt ist. Wird zur Verschlüsselung einer Diagnose mehr als ein Code benötigt (z.B. Kreuz-Stern-System), so ist für die Reihenfolge DKR-Psych PD012 *Mehrfachkodierung* (Seite 15) zu beachten.

Abnorme Befunde

Abnorme Labor-, Röntgen-, Pathologie- und andere diagnostische Befunde werden nicht kodiert, es sei denn, sie haben eine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik (nicht allein Kontrolle der abnormen Werte).

Beispiel 8

Ein Patient wird zur stationären Psychotherapie einer somatoformen Schmerzstörung aufgenommen. Im Labortest wird eine leichte Leukozytose, die ausschließlich kontrolliert wird und keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen nach sich zieht, gefunden.

Hauptdiagnose:	Somatoforme Schmerzstörung
----------------	----------------------------

Anmerkung: Die Leukozytose erfüllt nicht die Definition einer Nebendiagnose und wird deshalb für das Entgeltsystem nicht dokumentiert. Die Angabe ist ggf. jedoch für die medizinische Dokumentation und die ärztliche Kommunikation von Bedeutung.

PD004a Syndrome

Wenn es für ein Syndrom in den ICD-10-Verzeichnissen einen spezifischen Kode gibt, so ist er für dieses Syndrom zu verwenden.

Sehen die ICD-10-Verzeichnisse keine spezifische Schlüsselnummer für das Syndrom vor, so sind die einzelnen Manifestationen zu verschlüsseln.

PD005a Folgezustände und geplante Folgeeingriffe

Folgezustände oder Spätfolgen einer Krankheit sind **aktuelle** Krankheitszustände, die durch eine frühere Krankheit hervorgerufen wurden.

Es gibt keine allgemeine zeitliche Beschränkung für die Verwendung der Schlüsselnummern für Folgezustände. Der Folgezustand kann schon im Frühstadium des Krankheitsprozesses offenbar werden, z.B. neurologische Defizite als Folge eines Hirninfarktes, oder er zeigt sich Jahre später.

Die Kodierung der Folgezustände von Krankheiten erfordert zwei Schlüsselnummern:

- eine für den aktuellen Zustand und danach
- eine Schlüsselnummer („Folgen von ...“), die ausdrückt, dass dieser Zustand Folge einer früheren Krankheit ist.

Beispiel 1

Spastische Hemiplegie aufgrund einer früheren Hirnembolie

G81.1 *Spastische Hemiparese und Hemiplegie*

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

PD007a Aufnahme zur Prozedur, nicht durchgeführt

Wenn ein Patient für eine Prozedur stationär aufgenommen wurde, die aus irgendeinem Grund nicht durchgeführt und der Patient entlassen wurde, ist wie folgt zu kodieren:

- a) wenn die Prozedur aus technischen Gründen nicht ausgeführt wurde:

Beispiel 1

Ein Patient wird zur Durchführung einer Elektrokrampftherapie aufgenommen. Die Intervention wurde aus technischen Gründen verschoben.

Hauptdiagnose: F33.3 *Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen*

Nebendiagnose(n): Z53 *Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden*

- b) wenn die Prozedur auf Grund einer Krankheit oder einer Komplikation, die nach Aufnahme aufgetreten ist, nicht ausgeführt wurde:

Beispiel 2

Eine Patientin wurde aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, zur stationären Psychotherapie aufgenommen. Die geplante stationäre Psychotherapie konnte aufgrund einer akuten Appendizitis nicht begonnen werden. Die Patientin wurde in die Chirurgie verlegt.

Hauptdiagnose:	F33.2	<i>Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome</i>
Nebendiagnose(n):	Z53	<i>Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden</i>
	K35.8	<i>Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet</i>

PD008a Verdachtsdiagnosen

Verdachtsdiagnosen im Sinne dieser Kodierrichtlinie sind Diagnosen, die **am Ende eines stationären Aufenthaltes** weder sicher bestätigt noch sicher ausgeschlossen sind.

Verdachtsdiagnosen werden unterschiedlich kodiert, abhängig davon, ob der Patient nach Hause entlassen oder in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde.

Entlassung nach Hause

1) Wenn Untersuchungen vorgenommen, aber **keine** Behandlung in Bezug auf die Verdachtsdiagnose eingeleitet wurde, ist/sind das/die **Symptom/e** zu kodieren (siehe Beispiel 1 und DKR-Psych PD002 *Hauptdiagnose* (Seite 3)).

Beispiel 1

Ein Patient wird mit akustischen Halluzinationen stationär aufgenommen. Die ersten Untersuchungen lassen die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie vermuten. Da der Patient bereits am 3. stationären Tag das Krankenhaus auf eigenen Wunsch und gegen ärztlichen Rat verlässt, kann die Diagnostik noch nicht abgeschlossen werden. Eine spezifische Behandlung der Schizophrenie wurde nicht durchgeführt.

Hauptdiagnose:	R44.0	<i>Akustische Halluzinationen</i>
----------------	-------	-----------------------------------

2) Wenn eine **Behandlung** eingeleitet wurde und die Untersuchungsergebnisse nicht eindeutig waren, ist die **Verdachtsdiagnose** zu kodieren.

Beispiel 2

Ein Patient wird gereizt, verbal aggressiv, massiv antriebsgesteigert und mit Größenideen stationär aufgenommen. Die Untersuchungen während des stationären Aufenthaltes haben die Diagnose einer bipolaren Störung weder bestätigt noch sicher ausgeschlossen. Eine spezifische Behandlung der bipolaren Störung wurde jedoch eingeleitet. Der Patient war nicht krankheitseinsichtig und verließ die Klinik frühzeitig auf eigenen Wunsch und gegen ärztlichen Rat. Es besteht keine Fremd- und Selbstgefährdung.

Hauptdiagnose: F31.2 *Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen*

Beispiel 3

Ein Vorschulkind wurde mit Verdacht auf ADHS aufgenommen. Die diagnostischen Kriterien konnten im Verlauf nicht ausreichend bestätigt werden. Eine psychotherapeutische und heilpädagogische Behandlung des ADHS wurde vorgenommen.

Hauptdiagnose: F90.0 *Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung*

Verlegung in ein anderes Krankenhaus

Wenn ein Patient mit einer Verdachtsdiagnose verlegt wird, ist vom verlegenden Krankenhaus die Verdachtsdiagnose-Schlüsselnummer zu kodieren.

Von dem verlegenden Krankenhaus dürfen zur Kodierung nur die zum Zeitpunkt der Verlegung erhältlichen Informationen verwendet werden. Spätere Informationen aus dem Krankenhaus, in welches der Patient verlegt wurde, dürfen die Kodierungsentscheidung nachträglich nicht beeinflussen.

Wird beispielsweise ein Patient mit der Verdachtsdiagnose bipolare Störung verlegt und der Fall vom verlegenden Krankenhaus als bipolare Störung kodiert, so ist die Schlüsselnummer für bipolare Störung vom verlegenden Krankenhaus nachträglich nicht zu ändern. Dies gilt auch dann, wenn vom zweitbehandelnden Krankenhaus der Entlassungsbericht zugesandt wird und sich daraus ergibt, dass der Patient laut Untersuchung keine bipolare Störung hatte.

PD009a „Sonstige“ und „nicht näher bezeichnete“ Schlüsselnummern

Die Restklasse „Sonstige ...“ ist dann bei der Kodierung zu verwenden, wenn eine genau bezeichnete Krankheit vorliegt, für die es aber in der ICD-10 keine eigene Klasse gibt.

Die Restklasse „Nicht näher bezeichnete...“ ist dann zu verwenden, wenn eine Krankheit nur mit ihrem Oberbegriff, wie z.B. Katarakt, beschrieben ist und/oder eine weitere Differenzierung nach den Klassifikationskriterien der ICD-10 an entsprechender Stelle nicht möglich ist (siehe Beispiel 1).

„Sonstige“ und „nicht näher bezeichnete“ Schlüsselnummern bzw. „Restklassen“ haben im Allgemeinen eine spezifische Kennzeichnung.

Auf der **vierstelligen Ebene** ist die Zuordnung in der Regel wie folgt:

„,0 – .7“ spezifische Krankheiten

„,8“ spezifische Krankheiten, die unter „,0 – .7“ nicht klassifiziert sind (oder „sonstige“)

„,9“ „nicht näher bezeichnet“

Beispiel 1		Vierstellige Subkategorie
Unterteilung der Schlüsselnummern		
F01.-	<i>Vaskuläre Demenz</i>	Kategorie
F01.0	<i>Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn</i>	Spezifische Subkategorie
F01.1	<i>Multiinfarkt-Demenz</i>	Spezifische Subkategorie
F01.2	<i>Subkortikale vaskuläre Demenz</i>	Spezifische Subkategorie
F01.3	<i>Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz</i>	Spezifische Subkategorie
F01.8	<i>Sonstige vaskuläre Demenz</i>	anderorts nicht klassifizierte Demenz
F01.9	<i>Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet</i>	unspezifische Subkategorie

Gelegentlich werden die zwei **Restklassen** „8“ und „9“ in einer Schlüsselnummer kombiniert und beinhalten sowohl „sonstige“ als auch „nicht näher bezeichnete“ Zustände.

Auf der **fünfstelligen Ebene** ist die Zuordnung nicht einheitlich.

Die Restklassen dürfen nicht verwendet werden, um Diagnosen „aufzufangen“, die **scheinbar** nicht anderenorts klassifiziert sind. Die ICD-10-Verzeichnisse sind zu verwenden, um die korrekte Schlüsselnummer-Zuordnung zu bestimmen (s.a. DKR-Psych PD014 *Im Alphabetischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen* (Seite 17)).

Wenn eine Bezeichnung benutzt wird, die nicht in den ICD-10-Verzeichnissen auffindbar ist, sind darin verfügbare alternative Bezeichnungen zu prüfen.

PD010a Kombinations-Schlüsselnummern

Eine einzelne Schlüsselnummer, die zur Klassifikation von zwei Diagnosen oder einer Diagnose mit einer Manifestation oder einer mit ihr zusammenhängenden Komplikation verwendet wird, wird als Kombinations-Schlüsselnummer bezeichnet. Die Kombinations-Schlüsselnummer ist nur dann zu verwenden, wenn diese Schlüsselnummer die betreffende diagnostische Information vollständig wiedergibt und wenn das Alphabetische Verzeichnis eine entsprechende Anweisung gibt.

Mehrfachkodierungen (siehe DKR-Psych PD012 *Mehrfachkodierung* (Seite 15)) dürfen nicht verwendet werden, wenn die Klassifikation eine Kombinations-Schlüsselnummer bereitstellt, die eindeutig alle in der Diagnose dokumentierten Elemente umfasst.

PD012a Mehrfachkodierung

Anmerkung: Erläuterungen, die mit den entsprechenden Abschnitten aus dem Regelwerk für die WHO-Ausgabe der ICD-10 (Band II) identisch sind, sind am Ende mit „(WHO)“ gekennzeichnet.

Mehrfachkodierung ist in den folgenden Fällen erforderlich:

Ätiologie- und Manifestationsverschlüsselung: „Kreuz - Stern - System“

Schlüsselnummern für Ätiologie, auch Primär-Diagnoseschlüssel genannt, (zugrunde liegende Ursache) werden durch das Kreuz-Symbol (†) und Manifestations-Schlüsselnummern, auch

Sekundär-Diagnoseschlüssel genannt, durch das Stern-Symbol (*) gekennzeichnet. Zu kodieren ist **in derselben Reihenfolge, in der sie im Alphabetischen Verzeichnis oder im Systematischen Verzeichnis der ICD-10-GM erscheinen**, d.h. die Ätiologie-Schlüsselnummer, gefolgt von der Manifestations-Schlüsselnummer.

Diese Reihenfolge für die Ätiologie-/Manifestationsverschlüsselung gilt nur für das Kreuz-/Stern-System. Die Hauptdiagnosenregelung der DKR-Psych PD002 erfährt somit außerhalb der Kreuz-/Stern-Systematik in Bezug auf die Reihenfolge von Ätiologie-/Manifestationskodes keine Einschränkung. Ein Primär-Diagnoseschlüssel gilt für alle folgenden Sekundär-Diagnoseschlüssel bis zum Auftreten eines neuen Primär-Diagnoseschlüssels.

Beispiel 1

63-jähriger Patient mit einer Demenz bei Alzheimer-Krankheit

Hauptdiagnose	G30.0†	<i>Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn</i>
Nebendiagnosen	F00.0*	<i>Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn (Typ 2)</i>

Ausrufezeichenkodes

Sowohl in der ICD-10-GM als auch in der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 SGB V werden die Ausrufezeichenkodes (z.B. U69.20!) als „optionale“ Schlüsselnummern bezeichnet.

Einen Überblick über einige mit Ausrufezeichen gekennzeichneten ICD-Kodes/Kategorien bietet Tabelle 1.

Tabelle 1: Mit einem Ausrufezeichen gekennzeichnete Kategorien/Kodes:

B95!-B98!	<i>Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind</i>
G82.6-!	<i>Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes</i>
K72.7-!	<i>Hepatische Enzephalopathie und Coma hepaticum</i>
O09.-!	<i>Schwangerschaftsdauer</i>
U60.-!	<i>Klinische Kategorien der HIV-Krankheit</i>
U61.-!	<i>Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit</i>
U69.20!	<i>Influenza A/H1N1 Pandemie 2009 [Schweinegrippe]</i>
U80!- U85!	<i>Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika</i>
V, W, X, Y	Alle Schlüsselnummern aus Kapitel XX (Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität)
Z33!	<i>Schwangerschaftsfeststellung als Nebenbefund</i>
Z50.-!	<i>Rehabilitationsmaßnahmen</i>
Z54.-!	<i>Rekonvaleszenz</i>

Hinweis der Selbstverwaltung: Mit einem Ausrufezeichen gekennzeichnete sekundäre Schlüsselnummern sind zum Teil optional. In aus klinischer Sicht sinnvollen Fällen sollen sie angegeben werden, insbesondere dann, wenn dies zur Abbildung des Behandlungsaufwandes notwendig ist.

PD014a Im Alphabetischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen

Das Alphabetische Verzeichnis der ICD-10-GM unterstützt die Verschlüsselung nach dem Systematischen Verzeichnis inkl. des Kreuz-Stern-Systems und der Zusatzschlüsselnummern. Die im Alphabetischen Verzeichnis verwendeten formalen Vereinbarungen sind dort beschrieben. Maßgeblich für die Kodierung ist stets das Systematische Verzeichnis. Soweit das Alphabetische Verzeichnis zu einem unspezifischen Kode (z.B. „.9-Kode“) führt, ist deshalb im Systematischen Verzeichnis zu prüfen, ob eine spezifischere Kodierung möglich ist.

ALLGEMEINE KODIERRICHTLINIEN FÜR PROZEDUREN

Diese Kodierrichtlinien beziehen sich auf den **amtlichen Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS Version 2011**.

PP001a Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

Alle Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden und im OPS abbildbar sind, sind zu kodieren. Dieses schließt alle diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Prozeduren ein, einschließlich traditioneller „nicht-chirurgischer“ Prozeduren.

Es gibt keine Kodierrichtlinie, die die Reihenfolge der Prozeduren regelt. Jedoch sollten die aufwändigeren Prozeduren zuerst angegeben werden, da die Anzahl der zur Verfügung stehenden Schlüsselnummer-Felder begrenzt ist.

Hinweis der Selbstverwaltung: Zu kodieren sind auch die von der psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtung nach § 17d KHG veranlassten Leistungen (z.B. interne und externe konsiliarische Leistungen), sofern diese nicht durch die Einrichtung selbst außerhalb von § 17d KHG oder einen anderen Leistungserbringer mit der Krankenkasse abgerechnet werden.

Prozedurenkomponenten

Normalerweise ist eine Prozedur vollständig mit all ihren Komponenten, wie z.B. Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie, Zugang, Naht, usw., in einem Kode abgebildet (siehe Beispiel 1). Abweichungen davon sind in den Hinweisen beschrieben. Bei den Operationen am Nervensystem zum Beispiel ist gewöhnlich der Zugang zusätzlich zu kodieren.

Deshalb werden diese individuellen Komponenten einer bereits kodierten Prozedur nicht noch einmal gesondert verschlüsselt.

Ebenso sind eingriffsverwandte diagnostische Maßnahmen nicht gesondert zu kodieren, wenn diese in derselben Sitzung durchgeführt werden und regelhaft Bestandteil der interventionell-therapeutischen Prozeduren sind und dies im OPS nicht anders geregelt ist (z.B. Papillotomie bei ERCP (diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege) wird nicht verschlüsselt).

Auch andere Prozeduren, wie z.B. Schmerztherapie (mit Ausnahme des OPS-Kodes 8-919 *Komplexe Akutschmerzbehandlung*), enterale oder parenterale Ernährung sind nur dann zu kodieren, wenn sie als alleinige Maßnahmen durchgeführt wurden (siehe Beispiel 2).

Beispiel 1

Eine Anästhesie bei einer Elektrokrampftherapie ist im Kode enthalten und wird nicht gesondert kodiert.

Beispiel 2

Eine epidurale Schmerztherapie als alleinige therapeutische Maßnahme (ohne direkten Zusammenhang mit einer anderen Prozedur), zum Beispiel während eines stationären Aufenthaltes mit Chemotherapie bei metastasierendem Karzinom, wird gesondert kodiert.

8-543 *Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie*

8-910 *Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie*

Eigenständige Prozeduren, die nicht im direkten Zusammenhang mit einer operativen Prozedur stehen, werden getrennt kodiert.

Beispiel 3

Ein präoperatives CT des Abdomens mit Kontrastmittel und eine Hemikolektomie links werden beide kodiert.

3-225	<i>Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel</i>
5-455.64	<i>Partielle Resektion des Dickdarms; Hemikolektomie links; offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter</i>

PP004a Nicht vollendete oder unterbrochene Prozedur

Wenn eine Prozedur aus irgendeinem Grund unterbrochen oder nicht vollendet wurde, ist wie folgt vorzugehen:

1. Gibt es einen spezifischen Kode für eine misslungene Prozedur (siehe Beispiel 1), so ist dieser zu verwenden.
2. Lässt sich die bisher erbrachte Teilleistung mit dem OPS kodieren, so wird nur die Teilleistung kodiert (siehe Beispiel 2).
3. Wird eine Prozedur nahezu vollständig erbracht, so wird sie kodiert.
4. In allen anderen Fällen ist die geplante, aber nicht komplett durchgeführte Prozedur zu kodieren.

Beispiel 1

Für einige misslungene Prozeduren gibt es spezifische Kodes.

5-733	<i>Misslungene vaginale operative Entbindung und zugehörige 5-Steller</i>
8-510.1	<i>Misslungene äußere Wendung</i>

Beispiel 2

Wenn eine Laparotomie vorgenommen wurde, um eine Appendektomie durchzuführen, aber die Appendektomie aufgrund eines Herzstillstandes nicht ausgeführt wurde, wird nur die Laparotomie kodiert.

5-541.0	<i>Explorative Laparotomie</i>
---------	--------------------------------

PP005b Multiple/Bilaterale Prozeduren

Multiple Prozeduren

Bei Prozeduren aus dem Bereich „Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60...9-63)“ bzw. „Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-65...9-68)“, die den Hinweis beinhalten, dass ein Kode aus diesem Bereich in der Regel einmal pro Woche anzugeben ist, ist als Bezugsdatum für die jeweils zu kodierende Leistungsperiode der erste Tag der vom Kode bestimmten Periode anzugeben.

Beispiel 1

Ein 25-jähriger Patient wird am Donnerstag, den 04. August aufgrund eines seit fünf Tagen akut aufgetretenen selbst- und fremdgefährdenden Verhaltens auf einer psychiatrischen Station gesetzlich untergebracht. Der Antrieb ist angstgetönt gesteigert. Es zeigt sich starke und schnelle Erregbarkeit mit fremdaggressivem Verhalten. Aufmerksamkeit und Konzentration sind schwer beeinträchtigt. Der formale Gedankengang ist inkohärent bis zerfahren; ferner wird über akustische Halluzinationen in Form von kommentierenden Stimmen berichtet. Der Patient ist in der ersten Woche (von Donnerstag, 04.08. bis Mittwoch, 10.08.) des stationären Aufenthaltes misstrauisch, kaum kontaktfähig. Ein geordnetes Gespräch ist nicht möglich. Affektiv besteht hochgradige Gespanntheit. Immer wieder äußert der Patient Suizidabsichten mit konkreten Ausführungsplänen. Eine Intensivbehandlung ist erforderlich. Viele therapeutische Kurzkontakte sind nötig, die jeweils weit unter einer Zeitdauer von 25 Minuten liegen. In der zweiten Woche (von Donnerstag, 11.08. bis Montag, 15.08.) ist die psychotische Symptomatik weitgehend remittiert, der Patient ist zunehmend stabiler. Therapeutische Einzelkontakte finden von Seiten des Pflegepersonals am 14.08. und 15.08. und von ärztlicher Seite am 15.08. über jeweils 25 Minuten statt. Ab Dienstag, 16.08. bedarf der Patient keiner Intensivbehandlung mehr, so dass ein Wechsel der Behandlungsart mit Einstufung in die Regelbehandlung erfolgt und die Unterbringung ab diesem Tag aufgehoben wird. In der Woche von Dienstag, 16.08. bis Montag, 22.08. werden ab Mittwoch, 17.08. von der Pflege 5 und vom Arzt 3 Therapieeinheiten erbracht. Von Dienstag, 23.08. bis zur Entlassung des Patienten am Freitag, 26.08. werden von der Pflege 4 und vom Arzt 3 Therapieeinheiten erbracht.

Hauptdiagnose:	F23.2	<i>Akute schizophreniforme psychotische Störung</i>
Prozeduren:	Leistungsperiode 1:	Do. 04.08. bis Mi. 10.08. Intensivbehandlung (mit zwei Merkmalen) OPS: 9-614.0 Bezugsdatum: Do. 04.08.
	Leistungsperiode 2:	Do. 11.08. bis Mo.15.08. Intensivbehandlung (mit zwei Merkmalen) OPS: 9-614.10, 9-614.20 Bezugsdatum: Do. 11.08.
	Wechsel der Behandlungsart	
	Leistungsperiode 3:	Di. 16.08. bis Mo.22.08. Regelbehandlung OPS: 9-605.1, 9-606.2 Bezugsdatum: Di. 16.08.
Prozeduren:	Leistungsperiode 4:	Di. 23.08. bis Fr. 26.08. (Entlassung) Regelbehandlung OPS: 9-605.1, 9-606.1 Bezugsdatum: Di. 23.08.

Anmerkung: Aus Anschauungsgründen sind in diesem Beispiel die Therapieeinheiten auf wenige beschränkt. Auch werden aus gleichen Gründen nur die Komplexkodes, die den Hinweis beinhalten, dass der Kode in der Regel einmal pro Woche anzugeben ist, aufgeführt. Auf andere, ebenfalls zu kodierende Codes bzw. Leistungen, wie beispielsweise die Einstufung in die Behandlungsbereiche und Behandlungsarten nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) oder Zusatzcodes wurde an dieser Stelle bewusst verzichtet.

Tabelle zu PP005b (Multiple Prozeduren)

Leistungsperiode	Behandlungsart	Leistungsinhalt	Leistungserbringer, Anzahl TE (ab 25 Minuten)	Datum der TE (ab 25 Minuten)	OPS-Kode	Bezugsdatum
1: Do. 04.08. bis Mi. 10.08.	Intensivbehandlung (Merkmale: Gesetzliche Unterbringung, akute Selbstgefährdung durch Suizidalität und akute Fremdgefährdung)	Aufnahme Häufige Kurzkontakte, hoher Gesprächs-, Pflege- und Überwachungs- aufwand	0 TE	entfällt	9-614.0	Do. 04.08.
2: Do. 11.08. bis Mo. 15.08.	Intensivbehandlung (Merkmale: Gesetzliche Unterbringung, akute Selbst- und Fremdgefährdung)	Zusätzliche therapeutische Einzelkontakte ab 25 Minuten Dauer	Arzt: 1 TE Pflege: 2 TE	Mo. 15.08. So. 14.08. Mo. 15.08.	9-614.10 9-614.20	Do. 11.08. Do. 11.08.
Wechsel der Behandlungsart						
3: Di. 16.08. bis Mo. 22.08.	Regelbehandlung	Weitergehende therapeutische Arbeit (z.B. Gruppe „Psychoedukation“, geleitet durch Arzt)	Arzt: 3 TE Pflege: 5 TE	Mi. 17.08. Do. 18.08. Fr. 19.08. Mi. 17.08. Do. 18.08. Fr. 19.08. Sa. 20.08.	9-605.1 9-606.2	Di. 16.08. Di. 16.08.
4: Di. 23.08. bis Fr. 26.08.	Regelbehandlung	Weiter Besserung, Entlassungsvorbereitung	Arzt: 3 TE Pflege: 4 TE	Mi. 24.08. Do. 25.08. Mi. 24.08. Do. 25.08.	9-605.1 9-606.1	Di. 23.08. Di. 23.08.

PP007a Endoskopie multipler Gebiete (Panendoskopie)

Endoskopien multipler Gebiete sind nach dem am weitesten eingesehenen bzw. tiefsten Gebiet zu kodieren.

Beispiel 1

Eine einfache Ösophago-, Gastro-, Duodeno-, Jejun- und Ileoskopie wird kodiert als

1-636.0 *Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums), einfach (durch Push-Technik)*

PP009a Anästhesie

Die Kodierung der Anästhesie mit einem Kode aus 8-90 sollte sich auf Ausnahmesituationen beschränken. Dies gilt beispielsweise dann, wenn Schockpatienten, Kleinkinder oder nicht kooperative Patienten eine Anästhesie erhalten, damit eine diagnostische oder therapeutische Prozedur durchgeführt werden kann, die normalerweise ohne Anästhesie erbracht wird.

Gibt es einen Kode für die durchgeführte Prozedur, so ist dieser zusammen mit einem Kode aus 8-90 für die Anästhesie anzugeben (siehe Beispiel 1). Gibt es keinen Kode für die durchgeführte Prozedur, so ist der Kode aus 8-90 für Anästhesie alleine anzugeben.

Beispiel 1

Ein Patient mit schwerer Intelligenzminderung und agitiert-aggressivem Verhalten wird nach mehreren Stürzen stationär aufgenommen. Es wird ein Kernspintomogramm des Schädels unter Narkose durchgeführt.

3-820 *Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel*
8-900 *Intravenöse Anästhesie*

PP012a Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl

Bestimmte Prozeduren des OPS, insbesondere aus Kapitel 6 und 8, werden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl unterschieden.

Mengen- bzw. Zeitangaben sind zu addieren, die Summe ist einmal pro Aufenthalt zu kodieren.

Soweit der OPS für die Gabe von Medikamenten oder Blutprodukten eine Dosis- bzw. Mengenangabe vorsieht, ist **nur die dem Patienten tatsächlich verabreichte Dosis bzw. Menge** zu kodieren.

Beispiel 1

8-810.8	<i>Transfusion von rekombinantem Faktor VIII</i>
8-810.80	<i>Bis 2000 Einheiten</i>
8-810.81	<i>2001 bis 5000 Einheiten</i>
8-810.82	<i>Mehr als 5000 Einheiten</i>

Hinweis der Selbstverwaltung: Die oben stehenden Regelungen entsprechen den Kodiervorschriften in den Deutschen Kodierrichtlinien für das G-DRG-System. Bezüglich ihrer leistungsgerechten Anwendung in der Psychiatrie/Psychosomatik bestehen abweichende Positionen innerhalb der Selbstverwaltung. Da die Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik noch keine Erlösrelevanz entfalten, muss eine tragfähige Lösung im Kontext der Kalkulation des künftigen Entgeltsystems für die Psychiatrie/Psychosomatik noch entwickelt werden.

PP014a Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden

Prozeduren, die routinemäßig bei den meisten Patienten und/oder mehrfach während eines Krankenhausaufenthaltes durchgeführt werden, werden nicht verschlüsselt, da sich der Aufwand für diese Prozeduren in der Diagnose oder in den anderen angewendeten Prozeduren widerspiegelt (siehe Beispiel 1). Sie wurden aus diesem Grunde auch nicht in den OPS aufgenommen. Diese sollen auch nicht mit den Restklassen „Andere ...“ verschlüsselt werden

Tabelle 1: Beispiele für nicht kodierbare Prozeduren

§	Gipsverbände mit Ausnahme aufwändiger Gipsverbände (8-310)
§	Verbände, außer bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen (8-191)
§	Kardioplegie
§	Kardiotokographie (CTG)
§	Medikamentöse Therapie mit folgenden Ausnahmen: <ul style="list-style-type: none"> - bei Neugeborenen - nicht-antibiotische Chemotherapie - systemische Thrombolyse - Immunglobulingabe - Gabe von Gerinnungsfaktoren - Andere Immuntherapie (8-547) - antiretrovirale Therapie - Medikamente aus 6-00
§	Echokardiographie
§	Ruhe-EKG
§	Langzeit-EKG
§	Belastungs-EKG
§	24-Stunden-Blutdruckmessung
§	Legen einer Magensonde
§	Legen eines transurethralen Blasenkatheters
§	Subkutane Medikamentengabe, z. B. Heparin
§	Blutentnahme
§	Aufnahme- und Kontrolluntersuchung
§	Visite
§	Konventionelle Röntgenuntersuchungen
§	Lungenfunktionstest mit Ausnahme von pneumologischen Funktionsuntersuchungen (1-71)
§	Blutgasanalyse in Ruhe
§	Atemgasanalyse
§	Sonographien mit Ausnahme der Endosonographie und der komplexen differentialdiagnostischen Sonographie mit digitaler Bild- und Videodokumentation

Beispiel 1

- Eine Röntgenaufnahme und ein Gipsverband sind bei der Diagnose einer Radius-Fraktur (Colles) üblich.
- Die Gabe von Antibiotika wird bei der Diagnose einer Pneumonie erwartet.

Es handelt sich also um Standardmaßnahmen bei bestimmten Diagnosen und Prozeduren, deren gesonderte Kodierung deshalb nicht erforderlich ist.

Verfahren, die sich bei der Entwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems doch als gruppierungsrelevant herausstellen sollten, werden im Rahmen der Pflege des OPS und der Kodierrichtlinien berücksichtigt.

PP016a Verbringung

Prozeduren im Rahmen einer Verbringung werden durch die verbringende Klinik kodiert.

ANHANG A

Grundregeln zur Verschlüsselung (WHO)

Das Alphabetische Verzeichnis enthält viele Bezeichnungen, die in Band 1 nicht vorkommen. Für die Bestimmung einer Schlüsselnummer sind sowohl das Alphabetische Verzeichnis als auch das Systematische Verzeichnis heranzuziehen.

Bevor der Kodierer mit der Verschlüsselungsarbeit beginnt, müssen die Grundsätze der Klassifikation und des Verschlüsseln bekannt sein. Ferner sollte über einige Übungspraxis verfügt werden.

Im Folgenden wird für den gelegentlichen Benutzer der ICD ein einfacher Leitfaden aufgezichnet:

1. Feststellung der Art der Angabe, die verschlüsselt werden soll, und Zugriff auf den entsprechenden Teil des Alphabetischen Verzeichnisses. Handelt es sich bei der Angabe um eine Krankheit bzw. Störung oder Verletzung oder um einen sonstigen in den Kapiteln I-XIX oder XXI zu klassifizierenden Zustand, ist Teil 1 des alphabetischen Verzeichnisses zu berücksichtigen. Handelt es sich bei der Angabe um die äußere Ursache einer Verletzung oder um ein Ereignis, das Kapitel XX zuzuordnen ist, ist Teil 2 des Alphabetischen Verzeichnisses zu berücksichtigen.
2. Auffinden des Leitbegriffes. Bei Krankheiten bzw. Störungen und Verletzungen ist das gewöhnlich die Hauptbezeichnung des pathologischen Zustandes. Dennoch sind im Alphabetischen Verzeichnis auch einige Zustände, die mit Adjektiven oder Eponymen ausgedrückt werden, als Leitbegriffe aufgenommen.
3. Jeder Hinweis unter dem Leitbegriff ist zu lesen und zu befolgen.
4. Sämtliche Bezeichnungen, die in runden Klammern hinter dem Leitbegriff stehen, sind zu lesen (sie haben keinen Einfluss auf die Schlüsselnummer). Ebenso sind sämtliche eingerückte Bezeichnungen unter den Leitbegriffen zu lesen (diese Modifizierer können die Schlüsselnummer verändern), bis sämtliche Einzelbegriffe der Diagnosenbezeichnung berücksichtigt sind.
5. Sämtliche Querverweise des Alphabetischen Verzeichnisses („siehe“ und „siehe auch“) sind zu beachten.
6. Die Richtigkeit der ausgewählten Schlüsselnummern ist durch Rückgriff auf das Systematische Verzeichnis zu überprüfen. Es ist zu beachten, dass im Alphabetischen Verzeichnis eine dreistellige Kategorie mit einem Strich in der 4. Stelle bedeutet, dass in Band 1 vierstellige Unterteilungen vorhanden sind. Weitere Unterteilungen, die für zusätzliche Stellen angewandt werden können, sind im Alphabetischen Verzeichnis nicht aufgeführt, falls sie doch benutzt werden sollen, sind sie nach Band 1 zu bestimmen.
7. Die Inklusiva und Exklusiva [Inkl. bzw. Exkl.] der jeweils ausgewählten Schlüsselnummer bzw. des Kapitels, der Gruppe oder der Kategorienüberschrift sind zu beachten.
8. Zuweisung der Schlüsselnummer.

ANHANG B

ZUSAMMENFASSUNG DER ÄNDERUNGEN

Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik Version 2011
gegenüber der Vorversion 2010

Arbeitsschritte

Zur Erstellung der Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych) Version 2011 wurden folgende Arbeitsschritte durchgeführt (s. a. Einleitung Version 2011):

- Redaktionelle Überarbeitung des Manuskripts der Version 2010
- Anpassung an die ICD-10-GM Version 2011
- Anpassung an den OPS Version 2011
- Inhaltliche Klarstellung einzelner existierender Kodierrichtlinien

Geänderte Textpassagen und Beispiele wurden durch Balken am rechten Seitenrand gekennzeichnet. Geringfügige redaktionelle Änderungen zur Vorversion 2010 sind nicht markiert.

Nachfolgend sind die wesentlichen Änderungen in den einzelnen Abschnitten und für die verschiedenen Kodierrichtlinien kurz dargestellt.

Wesentliche Änderungen

Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten

PD002a Hauptdiagnose

Präzisierung des Beispiels 3 im Hinblick auf die Notwendigkeit einer zunächst erfolgten stationären Aufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus sowie auf die vor der Verlegung in die Neurochirurgie durchgeführten Maßnahmen.

Klarstellung des Beispiels 6 insofern, als dass sich im Verlauf des Aufenthalts kein Anhalt für eine akute Belastungsreaktion oder eine andere psychische Krankheit oder Verhaltensstörung zeigt.

PP005b Multiple/Bilaterale Prozeduren

Etablierung einer Kodierrichtlinie zur Festlegung des Bezugsdatums für die Angabe der OPS-Kodes aus dem Bereich „Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“ bzw. „Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen“.