

PRAXISHILFE ICD-10 GM: WESENTLICHE REGELN FÜR DIE KODIERUNG VON AU-BEGRÜNDENDEN DIAGNOSEN IN DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG*

ICD-10 GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision - German Modifikation
Verzeichnisse	<ul style="list-style-type: none"> » Systematisches Verzeichnis der ICD-10 GM: Gruppierung von Krankheiten, Verfahren und Zuständen, gegliedert in 22 Kapitel. Enthält alle ICD-10-Kodes mit Angabe des offiziellen Diagnostextes und ggf. Kodiervorgaben. » Alphabetisches Verzeichnis der ICD-10 GM: unterstützt die Kodierung nach dem Systematischen Verzeichnis inkl. des Kreuz-Stern-Systems und der Zusatzcodes. Maßgeblich für die Kodierung ist stets das Systematische Verzeichnis. <p>Die ICD-10 GM ist eine Klassifikation für Diagnosen mit bis zu 5 Hierarchieebenen. Diese Ebenen setzen sich aus dem Kapitel, der Gruppe/Bereich, der Kategorie (Dreisteller) und zwei Subkategorien (Viersteller [z. B. K010.2- für Entzündliche Zustände der Kiefer] und Fünfsteller [z. B. K10.28 Sonstige näher bezeichnete entzündliche Zustände der Kiefer]) zusammen.</p>
Herausgeber	Beide Verzeichnisse werden jährlich in der jeweils aktuellen Version herausgegeben vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).
Anwendung und Geltungsbereich	Die ICD-10 GM ist im Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert. Nach § 295 SGB V sind Diagnosen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nach der ICD-10 GM zu verschlüsseln. Die Dokumentation von Diagnosen zu zahnmedizinischen Zwecken bleibt davon unberührt.
Verantwortlichkeit	Für die sachgerechte Kodierung ist der Zahnarzt verantwortlich, der den Patienten behandelt hat und die Arbeitsunfähigkeit feststellt, unabhängig davon, ob er oder eine von ihm beauftragte Person die Kodierung vornimmt.
Zu kodierende Diagnosen	Die Attestierung der Arbeitsunfähigkeit erfolgt mittels der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) über das Praxisverwaltungssystem. Es sind alle die Diagnosen kodiert anzugeben, die aktuell die attestierte Dauer der Arbeitsunfähigkeit begründen.
Anzahl und Reihenfolge der Kodierung	<ul style="list-style-type: none"> » Für den Arbeitsunfähigkeitsfall ist mindestens eine, die Arbeitsunfähigkeit auslösende Diagnose anzugeben. Die Anzahl ist nicht begrenzt. » Bei Angabe mehrerer Codes ist die Reihenfolge beliebig.
Vollständige und spezifische Kodierung	<p>Grundsätzlich gilt: Es sind diejenigen <u>Diagnosen</u> (nicht Befunde) abzubilden, die die Arbeitsunfähigkeit auslösen. Die Kodierung erfolgt so genau wie möglich. Dabei ist folgendes zu beachten:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Das kodierte Ergebnis sollte bestmöglich die Diagnose(n) abbilden, die die Arbeitsunfähigkeit begründet/begründen und so präzise wie möglich sein. » Vierstellige ICD-10-Schlüsselnummern sind in der vertragszahnärztlichen Versorgung ausreichend (z. B. K01.0 Retinierte Zähne). Sofern als notwendig erachtet, sind endständige Schlüsselnummern bis zur fünften Stelle möglich.
Hinweis	Bisher wurden in der zahnärztlichen Praxis bei Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oftmals Freitexte für die Angabe der Diagnose verwendet, wie z. B. „Zustand nach Weisheitszahnentfernung“. Diese sind in das Kodiersystem der ICD-10 GM nicht ohne Weiteres übertragbar. Daher empfiehlt die KZBV, zukünftig diese Angaben mit derjenigen Diagnose im entsprechenden ICD-Code zu ersetzen, die als ursprünglich für die zuzuordnende zahnärztliche Behandlung oder den zahnärztlichen Eingriff angesehen werden kann (hier beispielsweise K01.0 Retinierte Zähne). Um keinen relevanten Informationsverlust zu erleiden, kann diese Angabe optional bei Bedarf mit einem entsprechenden zweiten ICD-Code ergänzt werden, der z. B. stärker auf den Zustand nach einer Behandlung eingeht (hier beispielweise: Z98.8 – Sonstige näher bezeichnete Zustände nach chirurgischen Eingriffen). Beispiele für mögliche Überleitungen von bislang häufig verwendeten Freitextdiagnosen finden Sie in der Praxishilfe „ Mögliche Überleitungen häufiger Diagnosefreitexte in ICD-10 “, die auf der Website der KZBV (www.kzbv.de) abrufbar ist.
Restklassen für Erkrankungen ohne spezifischen Kode	<p>In den meisten Kategorien gibt es eine Subkategorie für eine Restklasse, die mit dem Wort „Sonstige“ beginnt. Dieser werden diejenigen Krankheiten zugeordnet, die zwar in den betreffenden Kode-Block gehören, für die es dort jedoch keinen spezifischen Kode gibt. Laut Regelwerk sollte auf</p> <ul style="list-style-type: none"> » Kodes für „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten“ » Kodes für „Nicht näher bezeichnete Krankheiten“ [n.n.bez.] <p>nur dann zurückgegriffen werden, wenn kein anderer, spezifischerer Kode zur Verfügung steht. Aufgrund der für die zahnärztliche Versorgung teilweise unscharfen und wenig passgenauen Darstellung in der ICD-10 ist bei der Kodierung von AU-Bescheinigungen ein verstärkter Zugriff auf diese Codes jedoch in vielen Fällen nicht zu vermeiden.</p>

* Umfassende Informationen zu den oben aufgeführten Begrifflichkeiten und Regelungen der ICD-10 GM sind nachzulesen in der Anleitung zur Verschlüsselung im Systematischen Verzeichnis der ICD-10 GM und auf der Homepage des BfArM/DIMDI www.dimdi.de unter „Klassifikationen/ICD“.

Praxishilfe ICD-10 GM

Symptome	Angabe nur, wenn keine spezifischere Diagnose gestellt werden kann oder bei noch nicht abgeschlossener Diagnostik. Symptome (z. B. Schmerz, Fieber) sind nach spätestens sieben Tagen durch eine Diagnose oder Verdachtsdiagnose auszutauschen.
Ausrufezeichenkodes	Ausrufezeichenkodes wie z. B. Z54.0! Rekonvaleszenz nach chirurgischem Eingriff verschlüsseln Zusatzinformationen zu Primärkodes. Diese sind ausschließlich als Sekundärkodes zu verwenden und dürfen bei einer Kodierung nicht alleine stehen.
Zusatzkennzeichnung Diagnosesicherheit: „V, G, A, Z“	Zusatzkennzeichen zur Angabe der Diagnosesicherheit sind in der Regel bei Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht notwendig, gleichwohl stehen sie zur Kodierung offen. Sie sind für jeden Code getrennt anzuwenden. Dies gilt auch für Kodierungen nach dem Kreuz-Stern-System und für die Ausrufezeichen-Kodes. 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) „A“ = ausgeschlossene Diagnose (primäre Verdachtsdiagnose kann ausgeschlossen werden – nur bei Folgebescheinigungen) „Z“ = Zustand nach der Diagnose, auch symptomlos (Wenn die Diagnose nicht mehr besteht und auch keine krankheitsspezifische Diagnostik und/oder Therapie mehr erfolgt.) Achtung: Enthält bereits der Titel der ICD-10-Schlüsselnummer die Information „Zustand nach...“ oder „Folgen...“ bzw. „Folgezustände...“ einer früheren Erkrankung, so ist „Z“ nicht zu verwenden.
Zusatzkennzeichen Seitenlokalisation: „R, L, B“	Die Angabe ist optional. Die Kennzeichen beziehen sich auf paarige Organe und Körperteile, nicht auf die Lokalisation innerhalb einzelner Organe. Im zahnärztlichen Bereich eher selten anwendbar (z. B. bei Kiefergelenken, Speicheldrüsen, Kieferhöhlen). „L“ = links „B“ = beidseitig „R“ = rechts
Formale Vereinbarungen im Systematischen Verzeichnis	<ul style="list-style-type: none"> » Inklusiva [Inkl.]: Innerhalb der drei-, vier- und fünfstelligen Rubriken aufgeführte andere Diagnosebezeichnungen [Einschlussbezeichnungen]. » Exklusiva [Exkl.]: Bezeichnungen, die – selbst wenn der Titel der Rubrik vermuten lässt, dass sie an dieser Stelle zu klassifizieren wären – tatsächlich an anderer Stelle klassifiziert sind. [Exkl.]. » Hinweise [Hinw.]: Erklären den entsprechenden Code näher. So findet man unter Hinweisen z. B.: eine Erklärung dazu, wo eine nicht genau definierte Form der Erkrankung eingeordnet werden sollte. Im Vergleich zu Inklusiva und Exklusiva sind Hinweise im Systematischen Verzeichnis selten enthalten. Für die Kodierung der Mehrzahl der zahnärztlichen Diagnosen gibt es für die entsprechenden Codes keine Hinweise im Verzeichnis. » „o.n.A.“: Steht für „ohne nähere Angabe.“ » „a.n.k.“: Steht für „anderorts nicht klassifiziert und dient als eine Art Warnung: Bestimmte näher bezeichnete Varianten der aufgeführten Krankheitszustände sind möglicherweise anderen Teilen der Klassifikation zuzuordnen. » „Und“ in Titeln: Steht für „und/oder“. » „Mit“ in Titeln: Wird bei Kombinations-Schlüsselnummern verwendet, wenn zwei Krankheiten oder eine Krankheit und eine Manifestation/Komplikation mit ein und demselben ICD-10-Kode verschlüsselt werden. » Runde Klammern (): Umschließen z. B. zusätzliche Wörter, die bei einer Diagnoseangabe stehen können, ohne dass dadurch die Verschlüsselung beeinflusst wird. » Eckige Klammern []: Werden benutzt zur Bezeichnung von Synonyma, alternativen Formulierungen oder erläuternden Ausdrücken. » Doppelpunkt „.“: Wird z. B. bei Aufzählungen von Inklusiva und Exklusiva verwendet, wenn das vorangestellte Wort für die Zuordnung zu der betreffenden Rubrik keine vollständige Bezeichnung darstellt. » Senkrechter Strich „ “: Wird bei Aufzählungen von Inklusiva und Exklusiva benutzt, wenn weder das vorangegangene Wort noch das folgende Wort vollständige Bezeichnungen sind. Jede vor dem senkrechten Strich stehende Bezeichnung muss mit einer oder mehreren der dahinterstehenden Bezeichnungen kombiniert werden. » Punkt Strich „.-“: Kennzeichnung aller dreistelligen Schlüsselnummern, die in vier- oder fünfstellige Schlüsselnummern unterteilt sind. » Strich „-“: Kennzeichnung aller vierstelligen Schlüsselnummern, die in fünfstellige Schlüsselnummern unterteilt sind.