

Tipps zum Kodieren von neurologischen Erkrankungen

Nur mit einer möglichst detaillierten Kodierung lässt sich die Morbidität der Versicherten verlässlich darstellen. Wenn diese steigt, können die KVen in den Verhandlungen mit den Krankenkassen höhere Honorare durchsetzen. Korrektes Kodieren ist also bares Geld wert.



Kodieren gehört nicht zu den Lieblingsbeschäftigungen in der Praxis. Korrektes Kennzeichnen ist aber unverzichtbar für die Dokumentation der Morbidität.

In diesem Artikel weisen wir auf einige Besonderheiten hin, die Sie unterstützen, die Morbidität im nervenärztlichen Bereich besser darzustellen. Um Ihnen bürokratischen Aufwand zu ersparen, beachten Sie bitte folgende Empfehlungen:

Tipp 1

Kodieren Sie nur Behandlungsdiagnosen, die im abzurechnenden Quartal diagnostische und/

oder therapeutische GKV-Leistungen nach sich gezogen haben. Dazu zählen beispielsweise auch Beratungen und weitere Veranlassungen sowie Verordnungen.

Tipp 2

Dauerdiagnosen sollen nur kodiert werden, wenn sie die Definition einer Behandlungsdiagnose erfüllen.

Tipp 3

Kodieren Sie nur gesicherte Diagnosen. Zustand nach einer Diagnose („Z“), wodurch allerdings eine Leistung verursacht wird, soll-

te mit der ICD-Schlüssel-Nr. versehen werden, die bereits den Zusatz: Folgen nach beinhalten.

Tipp 4

Kodieren Sie möglichst vollständig.

Tipp 5

Den Großteil der Diagnosen sollten Sie als gesicherte Dauerdiagnosen fortführen.

Nur in Ausnahmefällen kodieren:

- Kodes für „sonstige näher bezeichnete Krankheiten“,
- Kodes für „nicht näher bezeichnete Krankheiten“.
- Kreuzkodes verschlüsseln die Ätiologie (Primärkode),
- Sternkodes verschlüsseln die Manifestation (Sekundärkodes, diese dürfen nicht alleine stehen).

Kodes der Neurologischen Erkrankungen (Auszüge)

- G10 - G26* „neurodegenerative Erkrankung“,
„Parkinson-Erkrankung“
- G35.0 - G37.9 „Demyelinisierung Erkrankung“
- G40.0 - G41.9 „Anfallserkrankung“
- G60.0 - G60.9 „Neuropathie“
- G61.0 - G63.8 „entzündliche und toxische Neuropathie“
- G71.1 - G73.7 „Myopathie“

62-jährige depressive Patientin mit Sicca-Syndrom und Nierenbeteiligung stellt sich wegen Muskelschwäche in der Praxis vor.

M35.0 + G	Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]
G73.7* G	Myopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
N16.4* G	Tubulointerstitielle Nierenkrankheit bei systemischen Krankheiten des Bindegewebes
F33.1 G	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

36-jährige Patientin mit Multipler Sklerose, juvenilem Diabetes und stellt sich mit Verschlimmerung ihrer Spastik vor.

G35.21 G	Multiple Sklerose mit primär chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
E10.90 G	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] ohne Komplikationen nicht als entgleist bezeichnet
N30.00 G	Akute Zystitis
Z88.1	Allergie gegenüber anderen Antibiotika in der Eigenanamnese

69-jähriger Patient mit Morbus Parkinson, hypertensiver Herzerkrankung und Depressionen mit erstmaligem Auftreten von Tremor

G20.01 G	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
I11.00 G	Hypertensive Herzerkrankung mit (kongestiver) Herzinsuffizienz, ohne Angabe einer hypertensiven Krise
F33.2 G	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

21-jähriger Patient, Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma durch Fahrradunfall mit posttraumatischem Hydrocephalus und Krampfanfällen

T90.5 G	Folgen einer intrakraniellen Verletzung
G91.3 G	Posttraumatischer Hydrocephalus, nicht näher bezeichnet
Z98.2 G	Vorhandensein einer Drainage des Liquor cerebrospinalis
G40.8 G	Sonstige Epilepsien

Zerebrovaskuläre Krankheiten (Auszug)

- I60.0 – I62.9 „zerebrale Blutungen“
- I63.0 – I63.9 „zerebrale Ischämie“
- G81.- – G83.9 „Hemiparesen, Hemiplegien, Diplegien“

Solange der akute Schlaganfall behandelt wird, ist eine gesicherte Schlüssel-Nummer aus I60.- bis I64.- zu kodieren, ergänzend sind die jeweils passenden ICD-Kodes für die bestehenden Defizite (zum Beispiel Hemiplegie oder Aphasie) zu verschlüsseln, sofern sie der Definition der Behandlungsdiagnose entsprechen.

Liegt anamnestisch ein Schlaganfall mit gegenwärtig bestehenden neurologischen Ausfällen vor, der die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt, sind die neurologischen Ausfälle (zum Beispiel Hemiplegie) gemeinsam mit einer Schlüssel-Nr. aus I69.- „Folgen einer zerebro-vaskulären Krankheit“ zu kodieren.

Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit (ICD I69.- bis I69.8)

65-jähriger, adipöser Hypertoniker, mit Herz-/Niereninsuffizienz und Hyperlipidämie stellt sich nach Krankenhausaufenthalt wegen hypertoner Hirnblutung zur ambulanten Weiterbehandlung in Ihrer Praxis vor.

I13.20 G Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit [kongestiver] Herz- und Niereninsuffizienz, ohne Angabe einer hypertensiven Krise

E66.2 G Adipositas, Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr

E78.2 G Gemischte Hyperlipidämie

I61.0 G Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal

I61.6 G Folgen einer intrazerebralen Blutung

G81.0 G Schlanke Hemiparese und Hemiplegie

79-jähriger Typ-2-Diabetiker mit peripherer Angiopathie nach Hirninfarkt des Kleinhirns

E11.50 + G Nicht primär insulinpflichtiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes], mit peripher vaskulären Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

I79.2* G Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

I63.3 G Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien

I69.3 G Folgen eines Hirninfarktes

R27.0 G Ataxie, nicht näher bezeichnet

R42 G Schwindel und Taumel

COPD-Patient mit pulmonaler Herzkrankheit und paroxysmalem Vorhofflimmern nach Hirninfarkt durch Embolie

J44.81 G Sonstige näher bezeichnete chronisch obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 \geq 35% und \leq 50% des Sollwertes

I27.9 G Pulmonale Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet

I48.10 G Vorhofflimmern paroxysmal

I63.4 G Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien

I69.3 G Folgen eines Hirninfarktes

G81.1 G Spastische Hemiparese und Hemiplegie

R47.1 G Dysphasie und Aphasie

68-jähriger Patient nach hypertoner Hirnblutung

I10.00 G Essentielle (primäre) Hypertonie, ohne Angabe einer hypertensiven Krise

I61.0 G Intrazerebrale Blutung der Großhirnhemisphäre, subkortikal

I69.1 G Folgen einer intrazerebralen Blutung

G81.0 G Schlanke Hemiparese und Hemiplegie

Patient nach Hirninfarkt durch Embolie wegen Vorhofflimmern

I63.4 G Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien

I69.3 G Folgen eines Hirninfarktes

R47.0 G Dysphasie und Aphasie

I48.10 G Vorhofflimmern: paroxysmal

Z92.1 G Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulantien in der Eigenanamnese

C70.- bis C75.1 „Bösartige Neubildungen“

36-jährige Patientin mit multiplen Glioblastomen

C71.8 G	Bösartige Neubildung: Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend
R47.0 G	Dysphasie und Aphasie
G81.0 G	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
R56.8 G	Sonstige nicht näher bezeichnete Krämpfe

Psychische Erkrankungen

Im Folgenden präsentieren wir die wichtigsten ICD-10-Schlüssel, die einer verbesserten Abbildung der Morbidität dienen und zu einer Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds führen.

Auszug

- G30.- – G32.8 „sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems“, „Alzheimer“
- F00.- – F06.9 „sonstige Demenzerkrankungen“
- F20.- – F25.9 „Schizophrene Störungen“
- F30.- – F34.9 „bipolare affektive Störungen“
- F60.- – F60.9 „Persönlichkeitsstörung“
- F40.- – F41.3 „Angststörungen“
- F32.- – F33.9 „Depressive Störungen“

59-jähriger Alzheimerpatient mit Hypertonie und KHK

G30.0 + G	Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn
F00.0* G	Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn (Typ 2)
I10.0 G	Essentielle (primäre) Hypertonie ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I25.10 G	Atherosklerotische Herzkrankheit ohne hämodynamisch wirksame Stenose
Z92.1 G	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulantien in der Eigenanamnese

62-jähriger adipöser Patient mit Schizophrenie, Typ-2-Diabetes und diabetischer Angiopathie

F20.0 G	Paranoide Schizophrenie
E11.51 G	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit peripheren vaskulären Komplikationen, als entgleist bezeichnet
I79.2* G	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
E66.02 G	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
Z72.8 G	Sonstige Probleme mit Bezug auf die Lebensführung

34-jährige Patientin mit langjähriger Anorexia nervosa (z. Z. BMI 14,2), Laxantienabusus, Osteoporose, Anämie und Niereninsuffizienz

F50.0 G	Anorexia nervosa
M82.80* G	Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
D64.9 G	Anämie nicht näher bezeichnet
N18.3 G	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3
F55.1 G	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Laxantien
Z91.1 G	Nichtbefolgung ärztlicher Anweisungen [Non-compliance] in der Eigenanamnese

Das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQIG) und die KV Nordrhein übernehmen keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben.

Diagnoseprüfung: Geändertes Verfahren nötig

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein hat ihre Mitglieder vor wenigen Wochen gebeten, der KV im Falle von Implausibilitäten bei der Abrechnung, die im Rahmen der Diagnoseprüfung auffallen, entsprechende Ergänzungen und Korrekturen zu gestatten. Da die KV dazu viele Rückfragen erreichten, erklärt KV-Vorstandsvorsitzender Dr.med. Peter Pott-hoff nochmal, warum das neue Verfahren nötig geworden ist. „Das NRW-Gesundheitsministerium hat als Aufsichtsbehörde den früheren Modus abgelehnt und fordert, dass ein Arzt die von der KV gesetzten Korrekturen aktiv bestätigen beziehungsweise die KV zur Korrektur auffordern muss. Über diese Änderung bei der Diagnoseprüfung haben wir unsere Mitglieder zügig informiert.“ Da die Rücklaufquote bei den kontaktierten Mitgliedern erst bei rund 80 Prozent liegt, werden Korrekturen in vielen Fällen ausbleiben – mit direkten Auswirkungen auf die dokumentierte Morbidität und damit auf die künftige Gesamtvergütung.