



Sachgerechte Kodierung in der ambulanten Versorgung

Kodierbeispiele Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie... ..

Quellen

- IQN
(Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein)
- KBV
(Kassenärztliche Bundesvereinigung)
- InEK GmbH
(Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)

Allgemeine Hinweise

Diagnosen möglichst vollständig, spezifisch und präzise angeben

Denken Sie bei chronischen Erkrankungen daran, **alle vorhandenen Komplikationen / Erkrankungsfolgen anzugeben**

- bei Diabetes mellitus z.B. alle Folgeerkrankungen vollständig aufführen
- bei Tumoren, Metastasierungen angeben
- bei Z. n. Apoplex alle Lähmungen / Ausfallerscheinungen differenzieren und vollständig aufführen
- bei arterieller Hypertonie alle beteiligten Organmanifestationen aufführen (Nieren, Gefäße usw.)

Folgerezept

Ausstellen eines Folgerezepts (bei telefonischer Anfrage)

Die Verordnung einer diagnosespezifischen Therapie ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall rechtfertigt die Angabe der gesicherten Behandlungsdiagnose.

Kodierung:

ICD der krankheitsspezifischen Behandlungsdiagnose

+ **“G“**

und zusätzlich

Z76.0 Ausstellung wiederholter Verordnung

Wiederholungsrezept

Beispiel:

Eine Patientin, die seit langem in ihrer Behandlung ist und wegen bekannter paranoider Schizophrenie mit antipsychotischen Medikation gut eingestellt ist, kommt im betreffenden Quartal nur in die Praxis, um sich ein Rezept für die verordnete antipsychotischen Medikation abzuholen. Das Rezept wird von der Arzthelferin erstellt, ohne dass es zu einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt kommt.

Kodierung:

F20.0 G paranoide Schizophrenie

Z76.0 G Ausstellung wiederholter Verordnung

Vorsorgeuntersuchung Check up

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.

Vorsorgeuntersuchung Check up ärztliche Beobachtung

- Z00.0** Ärztliche Allgemeinuntersuchung
- Z02** Untersuchung und Konsultation aus administrativen Gründen
- Z03.2** Beobachtung bei Verdacht auf psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen (ohne manifeste psychische Störung)
- Z03.3** Beobachtung bei Verdacht auf neurologische Erkrankung
- Z04.8** Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen näher bezeichneten Gründen z.B. Alkohol und Drogenbestimmung im Blut
- Z13.8** Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf sonstige näher bezeichnete Krankheiten oder Störungen z.B. psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen

Psychische und Verhaltensstörungen

Persönlichkeits-, Verhaltens- und andere psychische Störungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (**F06–F07**)

Diese Diagnosen werden kodiert, wenn eine zerebrale Erkrankung, Verletzung oder Funktionsstörung oder eine systemische somatische Erkrankung als Ursache für die hier aufgeführten psychischen Störungen nachgewiesen ist.

Ein zeitlicher Zusammenhang zwischen den psychischen Symptomen und der zugrunde liegenden Erkrankung muss bestehen, bei Besserung der zugrunde liegenden Erkrankung müssen sich auch die psychischen Symptome zurückbilden.

Die organisch bedingten Störungen sind von den nicht organisch bedingten Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen abzugrenzen, die mit ICD-Kodes aus **F20–F29** zu verschlüsseln sind.

Psychische und Verhaltensstörungen

Beispiel:

Ein Patient wird konsiliarisch beim Psychiater vorgestellt, weil er zunehmend unter nicht beherrschbaren Wutanfällen leidet. Darüber hinaus hat er zehn Kilogramm zugenommen. Seine Frau berichtet über gierige Essattacken. Bei dem Patienten ist ein frontales Meningeom bekannt, weshalb er bereits zweimal operiert werden musste und zurzeit bestrahlt wird.

Kodierung:

F07.0 G Organische Persönlichkeitsstörung

D32.0 G Gutartige Neubildung: Hirnhäute

Psychische u. Verhaltensstörungen Affektive Störungen

Affektive Erkrankungen (F30–F39) sind differentialdiagnostisch von Diagnosen aus der ICD-Gruppe F40–F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen abzugrenzen.

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, dann ist eine Schlüsselnummer aus F31.- Bipolare affektive Störung zu kodieren

Eine depressive Episode ist entsprechend ihrer Ausprägung (Schwere und Dauer) mit einem Kode aus **F32.-** Depressive Episode zu verschlüsseln.

Je nach Anzahl der Symptome wird die depressive Episode (in der Regel Mindestdauer zwei Wochen) als

- leicht (**F32.0** leichte depressive Episode),
- mittelgradig (**F32.1** mittelgradige depressive Episode) oder
- schwer (**F32.2** schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome und
- **F32.3** schwere (depressive Episode mit psychotischen Symptomen) eingeordnet.

Kurze rezidivierende depressive Episoden sind mit **F38.1** Andere rezidivierende affektive Störungen zu kodieren.

Davon abzugrenzen sind die ICD-Schlüsselnummern aus **F43.-** Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen.

Depression

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. Rezidivierende depressive Störungen sind von bipolaren Störungen abzugrenzen.

Im Gegensatz zu den Störungen unter F30.- Manische Episode bis F33.- Rezidivierende depressive Störung werden fluktuierende Stimmungsstörungen mit einem ICD-Kode aus **F34.-** Anhaltende affektive Störung verschlüsselt.

Dabei ist der Kode **F34.1** Dysthymia den chronisch depressiven Verstimmungen vorbehalten, die sowohl nach Schweregrad als auch nach Dauer nicht die Definition einer depressiven Episode (F32.-) erfüllen.

Beispiel:

Eine 45jähriger Patient stellt sich mit anhaltender Traurigkeit und gedrückter Stimmung in der Praxis vor. Er berichtet, dass diese Symptome seit seiner Jugend nahezu durchgängig bestehen und er auf keine Behandlung anspreche, derzeit sei es aber wieder besonders schlimm, er habe Schlafstörungen, keinen Appetit, fühle sich wertlos, habe kein Interesse an seinen Freunden oder Unternehmungen. Eine somatische Erkrankung wird ausgeschlossen.

Kodierung:

F34.1 G

Dysthymia

F32. 1 G

mittelgradige depressive Episode

Depression Anpassungsstörung

Beispiel:

Eine 23jährige, bei den Eltern lebende Patientin, wird nach einem schweren Familienkonflikt wegen Antriebslosigkeit, depressiver Stimmung und Schlafstörungen vom niedergelassenen Arzt behandelt. In der Eigenanamnese finden sich keine psychischen Vorerkrankungen.

Kodierung:

F43.2 G Anpassungsstörungen

Beispiel:

Bei dem Patienten aus Beispiel 3 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.

Kodierung:

F32.2 G Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Von den affektiven Störungen abzugrenzen sind Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, die in der ICD-10-GM 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.

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Die unter **F43.-** aufgeführten Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen entstehen immer als direkte Folge einer akuten schweren Belastung oder eines kontinuierlichen Traumas und erfüllen nicht die Kriterien zur Kodierung einer depressiven Störung mit einem ICD-Kode aus F31.- bis F39

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Im ICD-10 werden Suchterkrankungen im Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)“ verschlüsselt. Dabei soll die Hauptdiagnose möglichst nach der Substanz oder Substanzklasse verschlüsselt werden, die das gegenwärtige Krankheitsbild verursacht hat.

- F10.-** Psychische und Verhaltensstörungen durch **Alkohol**
- 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 **andere Stimulanzien, einschließlich Koffein**
- F16.-** Psychische und Verhaltensstörungen durch **Halluzinogene**
- F17.-** Psychische und Verhaltensstörungen durch **Tabak**
- F18.-** Psychische und Verhaltensstörungen durch **flüchtige Lösungsmittel**
- F19.-** Psychische und Verhaltensstörungen durch **multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen**

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Bei all diesen Substanzen werden Art und Umfang der Auswirkungen des Konsums über die 4. Stelle wie folgt kodiert:

- .0** Akute Intoxikation [akuter Rausch]
- .1** Schädlicher Gebrauch Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung (physisch oder psychisch) führt.
- .2** Abhängigkeitssyndrom
- .3** Entzugssyndrom
- .4** Entzugssyndrom mit Delir
- .5** Psychotische Störung z. B.: Alkoholhalluzinose, Alkoholische Paranoia,
- .6** Amnestisches Syndrom
- .7** Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
- .8** Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
- .9** Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Beispiel:

Eine 52jährige alkoholranke Patientin (über viele Jahre persistierender Konsum trotz manifester Gesundheitsschäden (alkoholische Fettleber, Ösophagusvarizen, körperliches Entzugssyndrom und Kontrollverlust), starke Raucherin, wird nach mehrfachen Entzugsbehandlungen jetzt in ihrer Praxis in enger Absprache mit dem Hausarzt mit Antabus und stützenden Gesprächen weiterbehandelt, worunter sie zunächst abstinent bleibt. Die Gefährdung durch die Erkrankung besteht fort.

Kodierung:

F10.2 G Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol:

Abhängigkeitssyndrom

K70.0 G Alkoholische Fettleber

I85.9 G Ösophagusvarizen ohne Blutung

F17.2 G Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak:

Abhängigkeitssyndrom

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Beispiel:

Der Pat. berichtet im Erstgespräch über seinen langjährigen Alkoholkonsum, den er, sobald er beginne zu trinken, über Tage nicht beenden könne und dann auch Entzugssymptome entwickle. Zuletzt sei dies vor etwa 2 Wochen geschehen und stehe oft in Zusammenhang mit Ehestreitigkeiten. Die Ehe stehe kurz vor der Trennung. Vor etwa 5 Jahren habe er eine Entwöhnungsbehandlung erfolgreich abgeschlossen und sei über 2 Jahre abstinent geblieben. Allerdings konsumiere er seither regelmäßig Cannabis, teils zweimal täglich. Den Besuch einer Selbsthilfegruppe habe er kürzlich beendet. Er schlafe in den letzten Monaten schlechter, sei oft traurig und bedrückt; eine mögliche Trennung mache ihm Angst und ihm fehle der nötige Antrieb für seine Berufstätigkeit.

Kodierung:

- F10.2 G** Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom
- F12.2 G** Psychische und Verhaltensstörung durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom
- F43.2 G** Anpassungsstörung

Schizophrenie / Wahnhafte Störung / Psychotische Episode

Beispiel:

Eine 34jährige allein erziehende Mutter berichtet in den probatorischen Sitzungen, dass sich seit Monaten ihre Stimmung irgendwie verändere. Ihre Teilzeittätigkeit in einem Steuerbüro und die Versorgung ihrer schulpflichtigen Tochter fallen ihr schwerer als sonst. Sie sei bisher nie krank gewesen; die Untersuchung durch ihren Hausarzt ergab keine Auffälligkeiten.

Vor etwa 2 Wochen hätten die seltsamen Blicke der Arbeitskollegen begonnen, so als würden sie Pläne gegen sie schmieden. Zudem entdecke sie auf ihrem Arbeitsweg immer mehr Autos mit einem <K> im Nummernschild, und <K> stehe für <baldige Kündigung>. Sie sei zunächst ängstlich gewesen. Seit sie sich aber seit einigen Tagen fast sicher sei, dass ihr Vermieter dahinter stecke und sie mit Richtmikrofonen überwachen lasse, sei sie wütend. Diese Mikrofone könnten auch irgendwie ihre Gedanken hören, denn sie höre die Arbeitskollegen am Folgetag darüber lästern. Der ärztliche Psychotherapeut weist die Pat. zur weiteren Diagnostik und Akutbehandlung in eine psychiatrische Klinik ein.

Kodierung:

F23.2 G akute schizophreniforme psychotische Störung

Schizophrenie / Wahnhafte Störung / Psychotische Episode

Beispiel (Fortsetzung von Folie 22):

In den ersten Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt besucht die Pat. den Therapeuten erneut. Während des Krankenhausaufenthaltes habe sich die Symptomatik noch verstärkt. Nach Ausschluss einer organischen Störung erfolgte dort die Initiierung einer antipsychotischen Medikation unter der die Symptomatik vollständig remittiert sei. Sie sei nun in psychiatrischer Behandlung.

Kodierung:

F20.0 G paranoide Schizophrenie

Demenz

Demenz-Erkrankungen sind mit einem ICD-Kode aus **F00–F03** zu verschlüsseln.

Für die gesicherte Diagnose einer Demenz müssen spezifische Symptome und Störungen mindestens sechs Monate bestanden haben.

Die Diagnose **F03** (nicht näher bezeichnete Demenz) ist den Fällen vorbehalten, in denen sich keinerlei Hinweise auf die Ätiologie ergeben.

Die Demenz ist abzugrenzen von anderen kognitiven Störungen wie Intelligenzminderungen (**F70–F79**), affektiven Störungen (**F30–F39**) und iatrogenen Störungen infolge einer Medikation.

Erfolgt keine weitere diagnostische Abklärung zum Ausschluss einer hirnorganisch bedingten Erkrankung und keine spezifische Therapie, so ist die psychiatrische Diagnose zu verschlüsseln, die sich aufgrund der bisher erhobenen Befunde ergibt.

Demenz

Beispiel:

Die Ehefrau stellt ihren 74jährigen Mann in der Praxis vor. Im letzten Jahr kam es zu mehrfachen „kleinen“ Schlaganfällen, mit stationären Aufenthalten, dabei wurde u. a. eine allgemeine zerebrale Atherosklerose gesichert. In den letzten 7 Monaten deutliche Verschlechterung des AZ. Deutlicher Gewichtsverlust. Er ruft mehrmals täglich die Tochter an, ohne sich an vorhergegangene Telefonate zu erinnern und vernachlässigt seit Wochen sein Äußeres. Wechsel der Kleidung oder selbständige Körperpflege nimmt er nur nach Aufforderung vor. In der Praxis wird ein MMSE (Mini Mental State Examination) durchgeführt, der einen eindeutig pathologischen Befund ergibt.

Kodierung:

F01.1 G

Multiinfarkt-Demenz

I69.3 G

Folgen eines Hirninfarktes

R63.4 G

Abnorme Gewichtsabnahme

Alzheimer Krankheit

Bei der Alzheimer-Demenz ist immer ein ICD-Kode aus **F00.-*** Demenz bei Alzheimer-Krankheit gemeinsam mit einem Kode aus **G30.-†** Alzheimer-Krankheit zu verschlüsseln.

Grundsätzlich gilt, dass die Diagnose Morbus Alzheimer am Ende einer Ausschlussdiagnostik anderer, behandelbarer Demenzformen steht.

Die Kodierung von Demenz-Erkrankungen (ICD-Kodes aus F00–F03) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt die Durchführung eines standardisierten Testverfahrens mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

Alzheimer Krankheit

G30.-† Alzheimer-Krankheit (F00.-*)

Inkl.: Senile und präsenile Formen

Exkl.: Senile Degeneration des Gehirns, anderenorts nicht klassifiziert (G31.1),
Demenz o.n.A. (F03), Senilität o.n.A. (R54)

G30.0† Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn (F00.0*)

Hinw.: Beginn gewöhnlich vor dem 65. Lebensjahr

G30.1† Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn (F00.1*)

Hinw.: Beginn gewöhnlich ab dem 65. Lebensjahr

G30.8† Sonstige Alzheimer-Krankheit (F00.2*)

G30.9† Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet (F00.9*)

Alzheimer Krankheit

- F00.0*** Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn
(Typ 2) + **G30.0†**
Beginn vor dem 65. Lebensjahr. Alzheimer-Krankheit, Typ 2
Präsenile Demenz vom Alzheimer-Typ, Primär degenerative Demenz vom
Alzheimer-Typ, präseniler Beginn
- F00.1*** Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn
(Typ 1) + **G30.1†**
mit Beginn ab dem 65. Lebensjahr, meist in den späten 70er Jahren oder danach,
Alzheimer-Krankheit, Typ 1, Primär degenerative Demenz vom Alzheimer-Typ,
seniler Beginn, Senile Demenz vom Alzheimer-Typ (SDAT)
- F00.2*** Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder
gemischte Form, Atypische Demenz vom Alzheimer-Typ +
G30.8†
- F00.9*** Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet +
G30.9†

Alzheimer Krankheit

Beispiel:

Ein 75jähriger Patient mit seit 2 Jahren bekannter Alzheimer Demenz kommt mit seiner Lebensgefährtin in ihre Praxis zur Kontrolluntersuchung.

Kodierung:

G30.1† G Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn

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

Schlafstörungen

- G47.0** Ein- und Durchschlafstörungen, Hyposomnie, Insomnie
- G47.2** Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, Syndrom der verzögerten Schlafphasen, Unregelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus
- G47.30** Zentrales Schlafapnoe-Syndrom
- G47.31** Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom
- G47.32** Schlafbezogenes Hypoventilations-Syndrom, Kongenitales zentral-alveoläres Hypoventilations-Syndrom, Schlafbezogene idiopathische nichtobstruktive alveoläre Hypoventilation
- G47.38** Sonstige Schlafapnoe
- G47.39** Schlafapnoe, nicht näher bezeichnet
- G47.9** Schlafstörung, nicht näher bezeichnet

Schlafstörungen

F51.2 Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus

Psychogene Umkehr: Schlafrhythmus, Tag-Nacht-Rhythmus, 24-Stunden-Rhythmus

Exkl.: Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus (organisch) = [G47.2](#)

F51.8 Sonstige nichtorganische Schlafstörungen

F51.9 Nichtorganische Schlafstörung, nicht näher bezeichnet

Psychische- und Verhaltensstörungen

Beispiel:

Eine 17jährige Patientin mit bekannter Anorexia nervosa, Laxantienabusus und allergischem Asthma bronchiale stellt sich im Rahmen einer begonnenen Gesprächstherapie in der Praxis vor. Der Patientin hat weiterhin abgenommen und kommt nur zu dem Termin, da sie für die Prüfung in der Schule fit sein will.

Kodierung:

F50.0 G Anorexia nervosa

F55.1 G Schädlicher Gebrauch von
nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen – Laxantien

F45.0 G Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale

Psychische- und Verhaltensstörungen

Beispiel:

Eine 16jährige Patientin mit bekannter Bulimia nervosa und Laxantienabusus stellt sich mit anhaltenden Magenbeschwerden und unspezifischem Juckreiz vor.

Kodierung:

- F50.2 G** Bulimia nervosa
- F55.1 G** Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen – Laxantien
- K29.7 V** Gastritis, nicht näher bezeichnet
- F45.8 V** Sonstige somatoforme Störungen/Puritus

Psychische- und Verhaltensstörungen

Beispiel:

Eine 21jährige Patientin, die in der Vorgeschichte eine Bulimia nervosa hat, nimmt seit mehreren Jahren missbräuchlich Abführmittel als Mittel zur Gewichtsabnahme. Laborchemisch zeigt sich ein Kaliummangel.

Kodierung:

- F55.1 G** Schädliche Gebrauch von
nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen, Laxantien
- F50.2 Z** Bulimia nervosa
- E87.6 G** Hypokaliämie

Psychische- und Verhaltensstörungen

Beispiel:

Eine 17jähriger Patient, mit bekannter Anorexia nervosa und Laxantienabusus sowie übermäßiger körperlicher Aktivität stellt sich in ihrer Praxis vor, da er in der Schule trotz aller Anstrengungen einen Leistungsabfall nicht verhindern kann.

Kodierung:

F50.0 G Anorexia nervosa

F55.1 G Schädlicher Gebrauch von
nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen, Laxantien

Psychische- und Verhaltensstörungen

Beispiel:

Die 28jährige Frau Y. schildert in der probatorischen Sitzung, dass sie seit Monaten nach der Arbeit zu Hause oft weine und lustlos sei. Dann begannen bei der normgewichtigen Pat. (BMI=21) auch die mittlerweile täglichen heißhungerartigen Essattacken; anschließend breche sie, da sie keinesfalls dicker werden wolle. Diese Symptomatik habe sich erstmals vor 5 Jahren während eines Partnerschaftskonfliktes entwickelt und sei nach protrahierter Trennung bis auf eine fortbestehende Traurigkeit weitgehend remittiert. Seit sie sich nun vor einigen Monaten in einen verheirateten Arbeitskollegen verliebte und die Beziehung trotz Scheidungsplänen noch versteckt werde, habe sich die geschilderte Symptomatik derart verstärkt, dass sie nun erstmals psychotherapeutische Hilfe suche.

Kodierung:

F50.2 G Bulimia nervosa

F34.1 G Dysthymia

Psychische- und Verhaltensstörungen

Beispiel:

Eine 14-jähriger afrikanischer Patient mit einer posttraumatischen Belastungsstörung, Nikotinabusus und Alkoholmissbrauch stellt sich auf Zuweisung des Hausarztes in ihrer Praxis vor, da er in der Schule seit mehr als einem halben Jahr durch häufiges, aggressives Verhalten gegenüber seinen Mitschülern, schwere Wutausbrüche, wiederholtes Schuleschwänzen und Stehlen auffällig wurde.

Kodierung:

- F43.1 G** Posttraumatische Belastungsstörung
- F10.1 G** Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, schädlicher Gebrauch
- F17.1 G** Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak, schädlicher Gebrauch
- F91.1 G** Störungen des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen

Psychische- und Verhaltensstörungen

F90.- Hyperkinetische Störungen, ADHS

F91.- Störungen des Sozialverhaltens

F94.1 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters

Exkl.: Asperger-Syndrom ([F84.5](#)), Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung ([F94.2](#)), Missbrauch von Personen ([T74.-](#)), Normvariation im Muster der selektiven Bindung, Psychosoziale Probleme infolge von sexueller oder körperlicher Misshandlung im Kindesalter ([Z61](#))

F98.8 Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität

F98.5 Stottern [Stammeln]

ADHS, Psychische- und Verhaltensstörungen

Beispiel:

Ein 10jähriger Junge mit bekanntem ADHS hat sich beim Spielen auf dem Spielplatz durch Sturz von der Rutschbahn den Thorax geprellt. Eine Fraktur konnte im Krankenhaus ausgeschlossen werden. Die Mutter stellt das Kind zur Kontrolle vor.

Kodierung:

F90.0 G Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

S20.2 G Prellung des Thorax

Entwicklungsstörungen

- F 81.0** Lese und Rechtschreibschwäche
- F81.2** Rechenstörung
- F81.3** kombinierte Störung schulischer Fähigkeiten
- F82.-** umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen

Bösartige Neubildungen

Die ICD-Kodes für den Primär-, Rezidivtumor bzw. Metastasen sind immer mit dem Zusatzkennzeichen „G“ zu kodieren, wenn die Diagnose durch histologischen Nachweis gesichert oder durch eindeutige Kombinationen von laborchemischen, klinischen, intraoperativen Befunden und/oder bildgebenden Verfahren hinreichend gesichert sind. **Dabei sind die Befunde aller Versorgungsbereiche heranzuziehen.**

Der ICD-Kode wird solange mit dem Zusatzkennzeichen „G“ kodiert, **bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist.**

Die Behandlung ist endgültig abgeschlossen, wenn keine weiteren therapeutischen Maßnahmen mehr durchgeführt werden oder geplant sind (z. B. durch Chemo-/Strahlentherapie, Palliativtherapie, Hormontherapie, wait and see, active surveillance).

Bösartige Neubildungen

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

Kodiertipps bei Tumoren

Chemotherapie und Strahlentherapie:

Z51.0 G Strahlentherapie-Sitzung

Z51.1 G Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger
Neubildung

Wenn eine Strahlentherapie anamnestisch (also Zustand nach!)
bekannt ist, wird kodiert:

Z92.3 G Bestrahlung in der Eigenanamnese

Z92.6 G Zytostatische Chemotherapie wegen bösartiger
Neubildung in der Eigenanamnese

Und **nicht** Z51.0 **Z** oder Z51.1 **Z** !

Kodiertipps bei Tumoren

Verbleibende Krankheitssituation „Z“ oder „G“?

- Ist eine Behandlungsdiagnose noch akut oder liegt bereits ein „Zustand nach“ vor? Nehme ich dann das Zusatzkennzeichen „Z“ oder gibt es in der ICD-10-GM einen spezifischen Kode für die verbleibende Krankheitssituation? Diese Fragen spielen bei Infektionskrankheiten oder chronischen Erkrankungen wie Schlaganfall, Herzinfarkt und Tumor eine Rolle. Dabei ist folgendes zu beachten:
- Gibt es einen spezifischen Kode für die verbleibende Krankheitssituation, z. B. „Rest- oder Folgezustände“ einer früheren Erkrankung, dann nehmen Sie diesen. Der Kode erhält das Zusatzkennzeichen „G“ (nicht „Z“).
- Gibt es in der ICD-10-GM keinen Kode, der die verbleibende Krankheitssituation sachgerecht beschreibt, dann wählen Sie weiterhin den ICD-Kode für die akute Erkrankung aus. Der Kode erhält das Zusatzkennzeichen „Z“.

Rest- und Folgezustände (Residuen)

- werden mit dem Kode für den aktuellen Krankheitszustand und ggf. zusätzlich mit einer besonderen Schlüsselnummer, die im Titel „Folgen“ oder „Folgezustände“ einer früheren Erkrankung enthält, kodiert, ohne den aktuellen Krankheitszustand zu beschreiben.

Beispiel:

Eine 69jährige Patientin erhielt vor 4 Jahren eine brusterhaltende Operation und Radiatio wegen eines Mammakarzinoms im oberen, äußeren Quadranten rechts mit Befall der axillären Lymphknoten, außerdem ist bei der Patientin eine arterielle, medikamentös eingestellte Hypertonie mit Herzinsuffizienz, sowie ein Myokardinfarkt vor 1½ Jahren bekannt (alles laut Bericht des Hausarztes). Die Patientin wird außerdem wegen starker Rückenschmerzen bei bekannten Knochenmetastasen im Bereich der BWS schmerztherapeutisch behandelt. Wegen zunehmende depressiver Stimmung stellt sich die Patientin in ihrer Praxis vor.

Kodierung:

- C79.5 G** Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
- C50.4 G R** Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma], oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
- C77.3 G R** Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, axilläre Lymphknoten u. Lymphknoten d. oberen Extremität
- Z92.3 G** Bestrahlung in der Eigenanamnese
- I11.00 G** hypertensive Herzkrankheit mit Herzinsuffizienz, ohne Angabe einer hypertensiven Krise
- I25.22 G** alter Myokardinfarkt, 1 Jahr und länger zurückliegend
- F32.1G** mittelgradige depressive Episode
- F43.8 G** *sonstige Reaktion auf schwere Belastung*

Chron. Schmerzsyndrom/ Persönlichkeitsänderung

Beispiel:

Eine Patientin mit chron. Rückenschmerzen, starke Raucherin, kommt seit Jahren zum Hausarzt in die Praxis, diagnostisch ist alles abgeklärt, eine zufrieden stellende Schmerzreduktion gelingt nicht. Die Persönlichkeitszüge der Patientin haben sich durch die chronischen Schmerzen nachweislich geändert. Der Patient wird mit der Frage einer weiteren Behandlungsmöglichkeit in ihrer Praxis vorgestellt.

Kodierung:

F62.80 G andauernde Persönlichkeitsänderung bei chron. Schmerzsyndrom

F17.1 G Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak, schädlicher Gebrauch

Somatisierung

Beispiel:

Eine 24jährige, allein lebende, Patientin klagte wiederholt in medizinischen Notaufnahmen über Herzbeschwerden, thorakale Enge und Herzklopfen. Sie ist schlank und Nichtraucher, wirkt ängstlich und angespannt.

Internistische und kardiologische Abklärungen hatten keinen Befund ergeben. Auf Zuspruch und Zuwendung reagiert sie bisweilen positiv und lässt sich ablenken, bei sozialem Rückzug kehren die Beschwerden aber regelmäßig wieder. Eine schon mehrmals vorgeschlagene Psychotherapie lehnte sie bisher immer ab. Jetzt stellt sie sich aber doch in ihrer Praxis vor.

Kodierung

F45.30 G Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und Kreislaufsystem

Beispiel:

Eine 55jährige allein stehende Patientin klagt seit Jahren über wiederkehrende diffuse Rückenschmerzen und anhaltendes Brennen im Unterleib. Außerdem gibt sie Schlafstörungen an. Sie zeigt körperbezogene Ängste und eine unsicher-selbstbeobachtende Haltung.

Wegen Unruhe und Insomnie werden regelmäßig Phytotherapeutika und Benzodiazepine eingenommen, ohne diese könne sie die Nacht nicht überstehen. Wiederholte umfangreiche orthopädische, gynäkologische und internistische Untersuchungen (z.B. Bildgebung und Laboranalysen) blieben ohne erklärenden pathologischen Befund für die Schmerzsymptomatik.

Die Patientin wirkt im Direktkontakt gereizt und gleichzeitig niedergestimmt, dabei normal schwingungsfähig. Antidepressiva lehnt sie ab, da sie nach wie vor der Überzeugung ist, eine körperliche Erkrankung zu haben.

Kodierung:

F45.0 G Somatisierungsstörung

F13.2 G Psychische und Verhaltensstörung durch Sedativa oder Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom



Gare Montparnasse 1895

**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!**