



## Kodiertipps für Hausärzte



## Inhalt

Allergien .....	3
Anämie .....	3
Atmungssystem .....	3
Diabetes mellitus .....	4
(Andere) endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen .....	7
Herz- und Kreislaufsystem .....	8
HIV/Aids .....	12
Impfungen .....	12
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe .....	13
OP-Indikation und präoperative Untersuchungen .....	14
Nervensystem .....	14
Palliativbehandlung .....	19
Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen .....	19
Schlaganfall .....	24
Schnupfen, Husten, Grippe .....	26
Thalidomid Embryopathie .....	26
Tumoren/Metastasen .....	26
Urogenitalsystem .....	30
Verdauungstrakt .....	32
Verordnungen .....	35
Verletzungen/Dekubitus .....	35
Vorsorgeuntersuchung/Check-up .....	37
Index .....	38

## Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

es gibt interessantere Themen als das Kodieren – aber das Erfassen der Morbidität gehört definitiv zu den wichtigen. Die korrekte Abbildung der behandelten Erkrankungen ist für die Ärzteschaft im Rheinland von großer Bedeutung. Denn davon hängt zum Teil auch die Honorarentwicklung ab.

Mit dem richtigen Kodieren dokumentieren die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf im ambulanten Versorgungsbereich einer KV-Region. Dies wiederum determiniert maßgeblich die finanziellen Zuweisungen an die regionalen Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds.

Wenn eine regionale Kasse mehr Geld pro Versicherten erhält, hat dies Einfluss auf die Geldmenge, die die Kassenärztliche Vereinigung als gesamte Vergütung verhandeln kann. In Sachsen-Anhalt beispielsweise empfahl der Bewertungsausschuss, die Gesamtvergütung 2013 allein wegen der gestiegenen Morbidität um fast 2,7 Prozent zu erhöhen, für Nordrhein lag die Empfehlung bei gerade einmal 1,2 Prozent. Auch wenn der gesundheitliche Zustand der Menschen in den östlichen Bundesländern schlechter ist: Im Rheinland ist

mit Blick auf die nachgewiesene Morbidität noch Luft nach oben.

Angesichts einer Gesamtvergütung von 3,7 Milliarden Euro fallen selbst geringe prozentuale Verbesserungen in absoluten Zahlen gehörig ins Gewicht. Ein Unterschied von einem Prozentpunkt entspricht in Nordrhein einem Honorarvolumen von 37 Millionen Euro!

Richtiges Kodieren spiegelt zudem die Qualität Ihrer Arbeit wieder. Je präziser Sie kodieren, desto besser stellen Sie Ihr Leistungsspektrum dar. Sorgfältiges Kodieren ist auch in verordnungsrelevanten Bereichen wichtig, zum Beispiel bei der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln.

Mit dieser Broschüre möchten wir Sie beim korrekten Kodieren unterstützen. Wir zeigen darin anhand von Fallbeispielen, wie Sie Fälle aus der Praxis korrekt kodieren. Die Beispiele sind alphabetisch sortiert: von „Allergien“ bis zur „Vorsorgeuntersuchung“.



Dr. Peter Potthoff  
Vorsitzender des Vorstandes

# Bitte beachten Sie

### Vollständig, spezifisch und präzise

Diagnosen sollten Sie möglichst vollständig, spezifisch und präzise angeben.

Denken Sie bei chronischen Erkrankungen daran, alle vorhandenen Komplikationen und Erkrankungsfolgen zu nennen. Unspezifische Diagnosen wie „... nicht näher bezeichnet“ sollten Sie wenn möglich vermeiden.

### Tipps für häufige Indikationen

- bei Diabetes mellitus alle Folgeerkrankungen vollständig auflühren (z. B. diabetische Neuropathie, diabetische Retinopathie)
- bei Tumoren Metastasierungen angeben
- bei arterieller Hypertonie alle beteiligten Organmanifestationen auflühren (z. B. Niere etc.)
- bei allen Diagnosen überprüfen, ob die Zusatzkennzeichen G (G = gesichert) verwendet werden kann

### Verbleibende Krankheitssituation: Z oder G?

Ist eine Behandlungsdiagnose noch akut oder chronisch 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 zum Beispiel 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, zum Beispiel „Rest- oder Folgezustände“ einer früheren Erkrankung, dann nehmen Sie diesen. Der Kode erhält dann das Zusatzkennzeichen „G“ (nicht „Z“), zum Beispiel I69.3G = Folgen eines Hirninfarktes.
- Oder ein Zustand nach Myokardinfarkt, der mindestens ein Jahr zurück liegt, wird kodiert mit I25.22 G = alter Myokardinfarkt, ein Jahr oder länger zurückliegend.
- 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 „G“, wenn die Erkrankung behandlungsrelevant ist, ein Patient zum Beispiel nach erlittenem Schlaganfall weiterhin ein Arzneimittel zur Blutverdünnung erhält.
- Nicht behandlungsrelevante Diagnosen können für die eigene Dokumentation wichtig sein. Hier kann das Zusatzkennzeichen „Z“ in Frage kommen.

## Allergien

Ein 24-jähriger Patient mit bekannter Pollenallergie (Frühblüher) kommt in Ihre Praxis, da er wieder eine starke Rhinopathie und Konjunktivitis durch Pollen hat. Sie verordnen ein Antihistaminikum.

J30.1 G Allergische Rhinopathie durch Pollen (Heufieber und -schnupfen, Pollenallergie o. n. A.)

---

H10.1 G Akute allergische Konjunktivitis

---

## Anämie

Eine 58-jährige, blasse Patientin stellt sich mit Übelkeit und Erbrechen vor. Sie gibt Teerstuhl an. Der Hb-Wert liegt bei 9,9 mg/dl. In der durchgeführten Gastroskopie zeigt sich ein Ulcus duodeni mit Blutungszeichen.

D62 G Akute Blutungsanämie

---

K26.0 G Ulcus duodeni, akut, mit Blutung

---

Bei einer 67-jährigen Patientin erfolgte die ambulante Chemotherapie nach Operation eines Karzinoms des Colon ascendens. Die Patientin stellt sich zur Blutbildkontrolle vor. Es zeigt sich eine unter der Chemotherapie entwickelte aplastische Anämie.

D61.10 G Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie

---

C18.2 G Bösartige Neubildung des Kolons, Colon ascendens

---

## Atmungssystem

### COPD

Eine Patientin mit COPD stellt sich wegen akuter Zunahme der Dyspnoe, Husten und Auswurf vor. Der FEV1 ist auf 45 Prozent des Sollwertes abgefallen. Es findet sich kein Hinweis auf eine akute Infektion.

J44.11 G Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet:  
FEV1  $\geq$  35 % und  $<$  50 % des Sollwertes

---

Die Patientin zeigt auch nach zwei Tagen keine Besserung, die FEV1 zeigt jetzt einen Wert von 34 Prozent. Zusätzlich ist eine Temperaturerhöhung aufgetreten. Im Röntgenbild findet sich der Befund einer Bronchopneumonie; in der Sputumdiagnostik wird Klebsiella pneumoniae nachgewiesen.

J44.10 G Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet:  
FEV1  $<$  35% des Sollwertes

---

J15.0 G Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae

---

Sie machen einen Hausbesuch bei einer 63-jährigen Patientin. Sie ist Raucherin, mit bekannter COPD. Die Patientin klagt über zunehmende Dyspnoe und vermehrtem gelb-grünlichem Auswurf. Bei der Untersuchung zeigt sich auskultatorisch Giemen und Brummen, der Allgemeinzustand ist reduziert, aber nicht bedrohlich. Sie erhöhen die bronchodilatatorische Therapie, behandeln die Patientin antibiotisch und verweisen erneut darauf, möglichst weniger zu rauchen.

J44.09 G Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege,  
FEV1 nicht näher bezeichnet

---

F17.2 G Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom

---

## Asthma

Zur Kodierung des Asthma bronchiale stehen verschiedene Codes zur Verfügung.

Bei der Wahl des Codes ist die zugrundeliegende Ursache zu berücksichtigen.

- J45.- Asthma bronchiale
- J45.0 Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale
  - Allergische Bronchitis o. n. A., Rhinopathie mit Asthma bronchiale
  - Atopisches Asthma, exogenes allergisches Asthma bronchiale [Extrinsisches Asthma]
  - Heuschnupfen mit Asthma bronchiale
- J45.1 Nichtallergisches Asthma bronchiale
  - Endogenes nichtallergisches Asthma bronchiale [Intrinsisches Asthma]
  - Medikamentös ausgelöstes nichtallergisches Asthma bronchiale [Analgetika-Asthma]
- J45.8 Mischformen des Asthma bronchiale
  - Kombination von Krankheitszuständen unter J45.0 und J45.1
- J45.9 Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet
  - Asthmatische Bronchitis o. n. A., Late-Onset-Asthma
- J46 Status asthmaticus,  
Inkl.: akutes schweres Asthma bronchiale

Weitere Codes:

- J44.- Chronische obstruktive Lungenerkrankung  
(der FEV1-Wert wird über die fünfte Stelle kodiert)
- J82 Eosinophiles Lungeninfiltrat mit Asthma bronchiale
- J60-J70 Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen

Ein zwölfjähriger Patient mit bekanntem allergischem Asthma bronchiale kommt mit den Symptomen einer Pneumonie in Ihre Praxis. Im Sputum weisen Sie Hämophilus-Erreger nach.

- J45.0 G Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale
- J14 G Pneumonie durch Haemophilus influenzae
- B96.3! G Haemophilus und Moraxella als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

Ein 29-jähriger Patient mit bekanntem nicht allergischem Asthma bronchiale kommt mit Zeichen eines akuten Infektes der oberen Luftwege in ihre Praxis.

- J45.1 G Nichtallergisches Asthma bronchiale
- J06.9 G Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet

## Pneumonie

Ein Patient wird wegen einer beidseitigen Pneumokokkenpneumonie behandelt.

- J13 G B Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae

## Diabetes mellitus

Für die Kodierung des Diabetes mellitus sollten Sie immer drei Kriterien beachten:

1. Typ des Diabetes (über die dritte Stelle des ICD kodieren)

2. vorhandene Komplikationen (über die vierte Stelle), zum Beispiel E--.3- = *Diabetes mellitus mit Augenbeteiligung* oder E--.4- = *Diabetes mellitus mit neurologischen Komplikationen*
3. gegenwärtige Stoffwechsellage (über die fünfte Stelle) 0 = nicht entgleist, 1 = als entgleist bezeichnet

Die Kodierung der Komplikation des Diabetes mellitus erfolgt meist nach der Kreuz-Stern-Systematik:

- ICD-Nr. mit Kreuz-Symbol „+“ am Ende = Primär-Kode, zum Beispiel zugrundeliegende Ursache, Grunderkrankung
- ICD-Nr. mit Stern-Symbol „\*“ = Manifestation, Folgeerkrankung

Ein 52-jähriger Diabetiker (Diabetes mellitus, Typ 1) mit Nephropathie, Hypertonie und Fettstoffwechselstörung stellt sich zur Kontrolle der arteriellen Hypertonie vor.

E10.20† G Diabetes mellitus, Typ 1: mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

N08.3\* G Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus (diabetische Nephropathie)

I10.90 G Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet, ohne Angabe einer hypertensiven Krise

E78.2 G Gemischte Hyperlipidämie

Ein 52-jähriger Diabetiker (Diabetes mellitus, Typ 1) mit Nephropathie und Fettstoffwechselstörung kommt zur Kontrolle in die Praxis.

E10.20† G Diabetes mellitus, Typ 1: mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

N08.3\* G Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus (diabetische Nephropathie)

E78.2 G Gemischte Hyperlipidämie

Bei einer 56-jährigen, adipösen Patientin (BMI 36) besteht eine diabetische Retinopathie bei Diabetes mellitus, Typ 2, nicht entgleist. Die Patientin kommt zur Kontrolluntersuchung in Ihre Praxis. Eine arterielle Hypertonie und eine Hyperlipidämie sind bekannt.

E11.30† G Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

H36.0\* G Retinopathia diabetica

E66.01 G Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40

E78.2 G Gemischte Hyperlipidämie

I10.90 G Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet, ohne Angabe einer hypertensiven Krise

Eine Patientin mit Diabetes mellitus, Typ 2 wurde vor sechs Tagen komatös aufgefunden. Es erfolgte die Krankenhauseinweisung durch den organisierten Notfalldienst. Dort wurde ein hyperosmolares Koma nachgewiesen. Nach erfolgreicher stationärer Behandlung stellt sich die Patientin zur Weiterbehandlung in Ihrer Praxis vor.

E11.90 G Diabetes mellitus, Typ 2, ohne Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

Ein 48-jähriger Patient mit Diabetes mellitus, Typ 1 mit multiplen Komplikationen in Form einer Atherosklerose der Extremitätenarterien, einer Retinopathie und einer Nephropathie wird aufgrund aller drei Komplikationen von Ihnen behandelt.

E10.72 G† Diabetes mellitus, Typ 1, mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

I79.2\* G Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

H36.0\* G Retinopathia diabetica

N08.3\* G Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus

## Diabetische Polyneuropathie

Ein stark adipöser Patient (BMI 41) mit diabetischer Polyneuropathie (Diabetes mellitus, Typ 2 seit Jahren bekannt) wird in Ihrer Praxis betreut.

E11.40† G Diabetes mellitus, Typ 2, mit neurologischen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

G63.2\* G Diabetische Polyneuropathie

E66.02 G Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, BMI von 40 und mehr

## Diabetisches Fußsyndrom

E10.74 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen:  
Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet

E10.75 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen:  
Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet

E11.74 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen:  
Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet

E11.75 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen:  
Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet

Bei einem 46-jährigen Patienten ist ein Diabetes mellitus, Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom bekannt. Der Patient kommt zur Kontrolle in Ihre Praxis. Gegenwärtig besteht keine Behandlungsnotwendigkeit seitens des diabetischen Fußsyndroms.

E10.74 G Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen:  
Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet

Bei einem 73-jährigen Patienten besteht ein Diabetes mellitus, Typ 2 mit diabetischer Gangrän des Fußes. Der Patient hat außerdem eine bekannte KHK und eine vaskuläre Demenz.

E11.50 + G Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen,  
nicht als entgleist bezeichnet (z. B. Gangrän/Ulcus)

I79.2\* G Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

I25.10 G Atherosklerotische Herzkrankheit ohne hämodynamisch wirksame Stenosen

F01.8 G Sonstige vaskuläre Demenz

Bei einem 84-jährigen Patienten besteht ein bekannter Diabetes mellitus, Typ 2 mit diabetischem Fußsyndrom und fortgeschrittener peripherer Atherosklerose. Zurzeit erfolgt die lokale Behandlung einer Ulzeration der linken Kleinzehe.

E11.74 G Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen:  
Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet

I79.2\* G Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

I70.23 G L Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration

Ein 72-jähriger Patient kommt zur Kontrolle und Verordnung der entsprechenden Medikamente in Ihre Praxis. Er hat einen (langjährigen) Diabetes mellitus, Typ 2 mit multiplen Komplikationen und mit diabetischer Retinopathie, Polyneuropathie, Angiopathie und diabetischem Fußsyndrom, sowie eine beginnende Niereninsuffizienz. Gleichzeitig hat der Patient eine KHK ohne hämodynamisch wirksame Stenosen, eine arterielle Hypertonie und eine Herzinsuffizienz.

E11.72† G Diabetes mellitus, Typ 2: nicht entgleist, mit sonstigen multiplen Komplikationen  
(einschließlich Typ 2 mit Insulinbehandlung)

H36.0\* G Diabetische Retinopathie

G63.2\* G Diabetische Polyneuropathie

I79.2* G	Diabetische Angiopathie (periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten)
E11.74* G	Diabetisches Fußsyndrom [Diabetes mellitus, Typ 2], nicht entgleist
N08.3* G	Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus
I25.10 G	Koronare Herzerkrankung ohne hämodynamisch wirksame Stenosen
I11.00† G	Essentielle Hypertonie
I50.12* G	Linksherzinsuffizienz, mit Beschwerden bei starker Belastung, NYHA II

## (Andere) endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen

### Hyperurikämie

Ein adipöser Patient (BMI 34) mit bekannter Hyperurikämie unter Dauertherapie mit einem Urikostatikum stellt sich unter dem klassischen Bild der Podagra (rechts) in der Praxis vor.

M10.07 G R Idiopathische Gicht, Knöchel und Fuß (Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes)

E66.00 G Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, BMI 30 bis unter 35

Hinweis: Bei der Kodierung ist die asymptomatische Hyperurikämie (E79.0 Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht) abzugrenzen von einer symptomatischen Gichterkrankung (Schlüsselnummern aus M10.- Gicht).

Ein 64-jähriger, übergewichtiger Patient (BMI 32) mit deutlicher Hyperurikämie stellt sich in der Praxis zur Kontrolle vor. Der Harnsäurewert im Blut ist deutlich erhöht. Der Patient erhält eine ausführliche Diätberatung, und das Urikostatikum wird erneut verordnet.

E79.0 G Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht

E66.00 G Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, BMI von 30 bis unter 35

### Hyperthyreose/Hypothyreose/Hyperparathyreoidismus

Bei einer Patientin erfolgt wegen wiederholter Unruhezustände und Nervosität eine Laboruntersuchung zum Ausschluss einer Hyperthyreose. Es werden keine pathologischen Parameter gefunden, und auch eine andere Diagnose kann derzeit nicht gesichert werden.

E05.9 A Hyperthyreose, nicht näher bezeichnet

Hinweis: Konnte das Vorliegen einer bestimmten Diagnose, für die es primär einen Verdacht gab, ausgeschlossen werden, erhält der ICD-Kode für diese Behandlungsdiagnose das Zusatzkennzeichen „A“. Wenn die durchgeführten diagnostischen Maßnahmen eine gesicherte Diagnose ergeben, wird diese kodiert. Eine zusätzliche Verschlüsselung der differentialdiagnostisch ausgeschlossenen Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen „A“ ist nicht erforderlich.

Eine 45-jährige Patientin wurde vor vier Jahren wegen autonomer Schilddrüsen-Adenome mit Hyperthyreose subtotal thyreoidektomiert. Gegenwärtig erfolgt die Weiterführung der Schilddrüsenhormon-Substitution.

E89.0 G Hypothyreose nach medizinischen Maßnahmen (nach Bestrahlung, postoperativ)

Hinweis: Die Kodierung der Schilddrüsen-Stoffwechselerkrankungen (ICD-Kodes aus E00–E07 und E89.0) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ sollte durch die Durchführung spezifischer Labordiagnostik mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose gesichert sein.

Aufgrund eines primären Hyperparathyreoidismus erfolgte bei einer 40-jährigen Patientin vor fünf Jahren die operative Entfernung der Nebenschilddrüsen. Zurzeit erfolgt die Dauersubstitution eines klinisch relevanten Hypoparathyreoidismus mit Calcitriol.

**E89.2 G** Hypoparathyreoidismus nach medizinischen Maßnahmen

---

Hinweis: Die Kodierung der Nebenschilddrüsen-Stoffwechselerkrankungen (ICD-Kodes aus E20–E21 und E89.2) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ sollte durch die Durchführung spezifischer Labordiagnostik mindestens zur Sicherung der Erstiagnose gesichert sein.

## Herz- und Kreislaufsystem

### Hypertonie

Ein 57-jähriger, normalgewichtiger starker Raucher klagt über seit Tagen rezidivierenden Kopfdruck. Beim üblichen Treppensteigen (4. Stock) stellt er fest, dass er außer Atem gerät. Die Blutdruckmessung erfolgt an beiden Armen: 180/95 mmHg. Die Laboruntersuchungen auf Mikroalbuminurie, Kreatinin im Serum und die restlichen Elektrolyte sind nicht pathologisch verändert. Weitere Risikofaktoren wie erhöhte Blutzuckerwerte, erhöhtes Cholesterin sowie andere endokrinologische Erkrankungen werden ausgeschlossen. Die Auswertung der 24-stündigen Langzeitblutdruckmessung bestätigt die erhöhten Blutdruckwerte.

**I10.00 G** Benigne essentielle (primäre) Hypertonie, ohne Angabe einer hypertensiven Krise

---

**F17.1 G** Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: schädlicher Gebrauch

---

Ein Patient leidet infolge seiner langjährigen Hypertonie sowohl unter einer Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III als auch unter einer chronischen Niereninsuffizienz im Stadium 2.

**I50.13 G** Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung (NYHA Stadium III)

---

**N18.2 G** Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2

---

**I13.20 G** Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise

---

Eine 74-jährige Patientin kommt zur Kontrolle und Verordnung der notwendigen Medikamente in Ihre Praxis. Sie hat einen primären Hypertonus und Linksherzinsuffizienz (NYHA II). Gleichzeitig hat sie eine KHK ohne hämodynamisch wirksame Stenosen. Eine beginnende Niereninsuffizienz (Stadium 1) wurde durch Bestimmung der glomerulären Filtrationsrate vor drei Monaten festgestellt.

**I10.00 G** Benigne essentielle Hypertonie, ohne Angabe einer hypertensiven Krise

---

**I13.20 G** Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz

---

**I50.12 G** Linksherzinsuffizienz, mit Beschwerden bei stärkerer Belastung, NYHA-Stadium II

---

**N18.1 G** Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1  
(glomeruläre Filtrationsrate 90 mm<sup>3</sup>/min/1,73 m<sup>2</sup> Körperoberfläche oder höher)

---

Hinweis: Ist die glomeruläre Filtrationsrate nicht bekannt und wurde die Diagnose der beginnenden Niereninsuffizienz kürzlich gestellt, lautet die Diagnose: N19 G: *nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz*.

## KHK, ischämische Herzkrankheiten

Bei einem Patienten erfolgt wegen akuter präkordialer Schmerzen eine komplexe kardiologische Abklärung zum Ausschluss eines Herzinfarktes. Dabei werden eine instabile Angina pectoris und eine koronare Zwei-Gefäßerkrankung gesichert.

I20.0 G Instabile Angina pectoris

---

I25.12 G Atherosklerotische Herzkrankheit, Zwei-Gefäß-Erkrankung

---

Hinweis: Der Ausschluss des akuten Herzinfarktes ist in diesem Fall nicht zu kodieren.

Ein Patient mit bekannter instabiler Angina pectoris und koronarer Zwei-Gefäß-Erkrankung stellt sich in der Praxis mit heftigen präkordialen Schmerzen vor. Zum Ausschluss eines akuten Herzinfarktes erfolgt sofort eine komplexe kardiologische Abklärung. Dabei zeigen sich im EKG eindeutige Infarktzeichen im Vorderwandbereich. Umgehend wird der Patient erstversorgt und die stationäre Behandlung im Krankenhaus veranlasst.

I20.0 G Instabile Angina pectoris

---

I25.12 G Atherosklerotische Herzkrankheit, Zwei-Gefäß-Erkrankung

---

I21.0 G Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand

---

Hinweis: Auch wenn die eigentliche Akutversorgung des Herzinfarktes stationär erfolgt, kann der Herzinfarkt in diesem Beispiel bereits vom niedergelassenen Vertragsarzt als gesicherte Diagnose angegeben werden. Die eindeutigen Infarktzeichen im EKG und das Gesamtkrankheitsbild des Patienten bilden die ausreichende Grundlage für die Kodierung mit dem Zusatzkennzeichen „G“.

Ein 73-jähriger Patient hat vor acht Wochen (im vergangenen Quartal) einen Myokardinfarkt erlitten und war deshalb in stationärer Behandlung. Es wurde in der Klinik eine koronare Ein-Gefäßerkrankung festgestellt und mit Stent versorgt. Er kommt jetzt zur Beratung und Medikamentenverordnung in die Praxis. Eine Dauertherapie mit Acetylsalicylsäure wurde in der Klinik begonnen.

I25.11 G Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung

---

I25.20 G Alter Myokardinfarkt: 29 Tage bis unter vier Monate zurückliegend

---

Z92.2 G Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese, Acetylsalicylsäure

---

Eine Patientin wurde vor vier Jahren wegen eines Herzinfarktes und einer koronaren Drei-Gefäß-Erkrankung stationär behandelt. Seitdem erfolgt eine medikamentöse Therapie zur Rezidivprophylaxe. Die Patientin stellt sich zur weiteren Kontrolle und Medikamentenverordnung in der Praxis vor.

I25.13 G Atherosklerotische Herzkrankheit, Drei-Gefäß-Erkrankung

---

I25.22 G Alter Myokardinfarkt, ein Jahr und länger zurückliegend, Acetylsalicylsäure

---

Z92.2 G Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese

---

### Kodieren eines älteren/alten Myokardinfarktes bzw. der Zustand nach einem Myokardinfarkt

Zur Kodierung des Zustands nach einem Myokardinfarkt sieht der ICD-10-GM spezifische Codes vor; sie werden mit dem Zusatzkennzeichen „G“ für die gesicherte Diagnose kodiert.

- I25.2- Alter Myokardinfarkt, abgeheilter Myokardinfarkt, Zustand nach Myokardinfarkt, der durch EKG oder andere spezielle Untersuchungen diagnostiziert wurde, aber gegenwärtig symptomlos ist
- I25.20 29 Tage bis unter vier Monate zurückliegend
- I25.21 vier Monate bis unter ein Jahr zurückliegend
- I25.22 ein Jahr und länger zurückliegend
- I25.29 Nicht näher bezeichnet

## Klappenbeteiligung/-erkrankungen

Eine 69-jährige Patientin kommt zur echokardiographischen Kontrolle und Kontrolle der Medikation bei bekannter mittelgradiger Mitralinsuffizienz infolge Dilatation des linken Ventrikels bei hypertensiver Herzkrankheit und Herzinsuffizienz NYHA II.

I34.0 G	Mitralklappeninsuffizienz
I11.00 G	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I50.12 G	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung, NYHA Stadium II

Ein Patient kommt zur echokardiographischen Kontrolle bei bekannter Mitralinsuffizienz bei seropositiver chronischer Polyarthrit mit Gelenkbeteiligung an mehreren Lokalisationen. Ein Vorhofflimmern ist seit Jahren bekannt; der Patient nimmt Antikoagulantien:

M05.30† G	Seropositive chronische Polyarthrit mit Beteiligung sonstiger Organe oder Organsysteme: mehrere Lokalisationen
I05.1 G	Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz
I48.1 G	Vorhofflimmern, persistierend
Z92.1 G	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulantien in der Eigenanamnese

Hinweis: Die Kodierung der Herzklappenkrankheiten (ICD-Kodes aus I05–I08 und I34–I39) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ sollte durch eine echokardiographische Untersuchung mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose gesichert sein.

## Kardiomyopathie

Ein Patient leidet seit einer vor Jahren durchgemachten Virusmyokarditis unter einer dilatativen Kardiomyopathie.

I42.0 G	Dilatative Kardiomyopathie
---------	----------------------------

Hinweis: Kardiomyopathien werden nach ihrer Ätiologie (z. B. ischämisch, hypertensiv) und dem führenden Charakteristikum der damit verbundenen kardialen Funktionsstörung (z. B. dilatativ, hypertroph) unterschieden.

Die meisten Formen von Kardiomyopathien sind mit einem Kode aus I42.- *Kardiomyopathie* zu verschlüsseln. Es ist allerdings zu beachten, dass die ischämische Kardiomyopathie der Kategorie I25.- *Chronische ischämische Herzkrankheit* zugeordnet ist (I25.5 Ischämische Kardiomyopathie).

Ein Patient, bei dem ein familiäres Mittelmeerfieber bekannt ist, leidet infolge der damit verbundenen Amyloidose unter einer Kardiomyopathie.

E85.0† G	Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose
I43.1* G	Kardiomyopathie bei Stoffwechselkrankheiten

Hinweis: Die Kodierung der Kardiomyopathien (ICD-Kodes aus I42.- und I43.-\*) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ sollte durch eine entsprechende echokardiographische bzw. radiologisch/nuklearmedizinische Untersuchung mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose gesichert sein.

## Herz-Rhythmus-Störungen

Eine 38-jährige Patientin klagt über anfallartig auftretenden unregelmäßigen Herzschlag. Das Langzeit-EKG ergibt Episoden von paroxysmalem Vorhofflimmern.

**I48.10 G** Vorhofflimmern, paroxysmal

---

Hinweis: Einigen Formen kardialer Arrhythmien, z. B. I49.3 *Ventrikuläre Extrasystolie*, kommt nicht notwendigerweise ein Krankheitswert zu. Treten sie als Zufallsbefund auf, sind sie nicht zu kodieren.

Ein Patient klagt über Palpitationen. Die weiterführende Diagnostik ergibt keinen pathologischen Befund.

**R00.2 G** Palpitationen, Herzklopfen

---

## Herzinsuffizienz

Ein Patient leidet unter Dyspnoe bei stärkerer Belastung bei bekannter koronarer Herzkrankheit mit eingeschränkter linksventrikulärer Funktion (NYHA Stadium II) nach früherem Myokardinfarkt.

**I25.22 G** Alter Myokardinfarkt, ein Jahr und länger zurückliegend

---

**I50.12 G** Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung, NYHA Stadium II

---

Ein Patient mit bekannter Herzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung (NYHA Stadium II) kommt zu Beginn des Quartals zur regelmäßigen Untersuchung und erhält eine Verordnung zur Fortführung seiner Dauermedikation.

Drei Wochen später kommt es im Rahmen einer Streptokokken-Bronchitis zu einer dekompensierten Herzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung (NYHA Stadium III). Nach Abklingen der Bronchitis unter antibiotischer Therapie kommt es zu einer Rekompensation der Herzinsuffizienz.

**I50.12 G** Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung, NYHA Stadium II

---

**J20.2 G** Akute Bronchitis durch Streptokokken

---

**I50.13 G** Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung, NYHA Stadium II

---

Hinweis: Wird eine Erkrankung in unterschiedlichen Ausprägungen bzw. Schweregraden behandelt, so sind alle festgestellten Behandlungsdiagnosen mit dem jeweiligen Schweregrad zu kodieren.

## Durchblutungsstörungen (pAVK)

Ein 73jähriger Patient leidet unter einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit vom Becken-Bein-Typ mit einer schmerzfreien Gehstrecke von weniger als 200 Metern. Ruheschmerzen werden nicht angegeben.

**I70.21 G** Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m

---

Hinweis: Die Kodierung der Atherosklerose (ICD-Kodes aus I70.-) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ sollte durch dopplersonographische bzw. radiologische Untersuchungen mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose gesichert sein.

## Varizen

Bei einem adipösen Patienten (BMI 35) besteht eine seit Jahren bekannte chronische venöse Insuffizienz mit Schwellneigung und rezidivierender Stauungsproblematik der unteren Extremität, keine Herzinsuffizienz, keine Insuffizienz des oberflächlichen Venensystems. Sie führen eine beidseitige Kompressionsbehandlung durch.

I87.2 G B Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)

---

E66.01 G Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, BMI 35 bis unter 40

---

## HIV/Aids

Ein 44-jähriger Patient stellt sich mit einem Mundsoor in ihrer Praxis vor. Bei dem Patienten ist seit Jahren eine HIV-Infektion bekannt. Sie leiten eine antimykotische Therapie ein.

B37.0 G Candida-Stomatitis

---

B20 G Infektiöse und parasitäre Krankheit infolge HIV-Krankheit  
[Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]

---

Der Patient stellt sich zur Verlaufskontrolle des seit mehreren Wochen behandelten Mundsoors im nächsten Quartal vor. Jetzt ist kein Mundsoor mehr nachweisbar. Es erfolgt keine weitere Therapie.

Z21 G Asymptomatische HIV-Infektion

---

B37.0 Z Candida-Stomatitis (Mundsoor)

---

## Impfungen

Z23.- **Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung]  
gegen einzelne bakterielle Krankheiten**

Z23.1 Notwendigkeit der Impfung gegen Typhus-Paratyphus [TAB], nicht kombiniert

Z23.2 Notwendigkeit der Impfung gegen Tuberkulose [BCG]

Z23.4 Notwendigkeit der Impfung gegen Tularämie

Z23.5 Notwendigkeit der Impfung gegen Tetanus, nicht kombiniert

Z23.6 Notwendigkeit der Impfung gegen Diphtherie, nicht kombiniert

Z23.7 Notwendigkeit der Impfung gegen Keuchhusten [Pertussis], nicht kombiniert

Z23.8 Notwendigkeit der Impfung gegen sonstige einzelne bakterielle Krankheiten

Z24.- **Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung]  
gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten**

Z24.0 Notwendigkeit der Impfung gegen Poliomyelitis

Z24.1 Notwendigkeit der Impfung gegen Virusenzephalitis, durch Arthropoden übertragen

Z24.4 Notwendigkeit der Impfung gegen Masern, nicht kombiniert

Z24.5 Notwendigkeit der Impfung gegen Röteln, nicht kombiniert

Z24.6 Notwendigkeit der Impfung gegen Virushepatitis

- Z25.- Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung]  
gegen andere einzelne Viruskrankheiten**
- Z25.0 Notwendigkeit der Impfung gegen Mumps, nicht kombiniert
- Z25.1 Notwendigkeit der Impfung gegen Grippe [Influenza]
- Z25.8 Notwendigkeit der Impfung gegen sonstige näher bezeichnete einzelne Viruskrankheiten
- 
- Z27.- Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung]  
gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten**
- Z27.0 Notwendigkeit der Impfung gegen Cholera mit Typhus-Paratyphus [Cholera+TAB]
- Z27.1 Notwendigkeit der Impfung gegen Diphtherie-Pertussis-Tetanus [DPT]
- Z27.2 Notwendigkeit der Impfung gegen Diphtherie-Pertussis-Tetanus mit Typhus-Paratyphus [DPT+TAB]
- Z27.3 Notwendigkeit der Impfung gegen Diphtherie-Pertussis-Tetanus mit Poliomyelitis [DPT+Polio]
- Z27.4 Notwendigkeit der Impfung gegen Masern-Mumps-Röteln [MMR]
- Z27.8 Notwendigkeit der Impfung gegen sonstige Kombinationen von Infektionskrankheiten
- Z27.9 Notwendigkeit der Impfung gegen nicht näher bezeichnete Kombinationen von Infektionskrankheiten
- 
- Z28 Nicht durchgeführte Impfung [Immunsierung]**  
Inkl.: Impfung nicht durchgeführt wegen:
- Glaubensgründen
  - Gruppendruck
  - Kontraindikation
  - vom Patienten unabhängige Gründe

## Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

### Bandscheibenschaden

Bei einer Patientin bestehen seit einer Woche persistierende Rückenschmerzen im LWS-Bereich ohne Schmerzausstrahlung. Durch bildgebende weiterführende Diagnostik ist die Verdachtsdiagnose Bandscheibenvorfall (und auch ein sonstiges morphologisches Substrat) ausgeschlossen worden. Es werden Antiphlogistika und lokale Infiltrationsbehandlung verordnet.

**M54.5 G** Kreuzschmerz

**M51.2 A** Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung

Eine Patientin stellt sich wegen Ischialgie mit Schmerzausstrahlung, Sensibilitätsstörungen sowie beginnend auch motorischen Defiziten im rechten Bein in der Praxis vor. Ein Bandscheibenschaden der LWS wird im MRT nachgewiesen.

**M51.1† G** Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie

**G55.1\* G** Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden

## Myogelosen

Bei einem jugendlichen Patienten erfolgt die Verordnung von Physiotherapie bei Myogelosen und Rückenschmerzen auf dem Boden einer vor Jahren gesicherten, ausgeprägten idiopathischen Skoliose im Thorakalbereich.

M41.14 G Idiopathische Skoliose bei Jugendlichen: Thorakalbereich

M54.6 G Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule

---

## OP-Indikation und präoperative Untersuchungen

### Präoperative Routineuntersuchung

Bei einer präoperativen Routineuntersuchung findet sich im Blutbild eine mikrozytäre Anämie. Die weitere Diagnostik ergibt eine Eisenmangelanämie deren Ursache nicht bekannt ist.

D50.9 G Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet

---

### Abklärung der OP-Indikation

Ein adipöser Patient (BMI 36) mit einer beidseitigen Leistenhernie stellt sich in einer Praxis zur Abklärung der OP-Indikation vor.

K40.20 G Doppelseitige Hernia inguinalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän, nicht als Rezidivhernie bezeichnet

E66.01 G Adipositas, BMI von 35 bis unter 40

---

### Abklärung der OP-Indikation

Bei einer präoperativen Routineuntersuchung findet sich bei normalem Blutbild im Differentialblutbild ein grenzwertig niedriger Prozentwert für Lymphozyten. Keine weiteren diagnostischen Maßnahmen

Hinweis: Abnorme diagnostische Befunde sind nur dann als Behandlungsdiagnosen anzugeben, wenn sie Anlass für eine weiterführende Diagnostik oder eine Therapie sind.

## Nervensystem

Polyneuropathien sind entsprechend ihrer Ursache mit einem Kode aus G60–G64 *Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems* zu verschlüsseln.

Ein Patient mit diabetischer Polyneuropathie bei bekanntem Diabetes mellitus, Typ I wird neurologisch behandelt.

E10.40+ G Diabetes mellitus, Typ 1 mit neurologischen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

G63.2\* G Diabetische Polyneuropathie

---

Hinweis: Kreuz-Stern-Kodierung (Ätiologie- und Manifestations-Verschlüsselung): ICD-Schlüsselnummern für die Ätiologie (zugrundeliegende Ursache) sind am Ende durch das Kreuz-Symbol (+) und ICD-Schlüsselnummern für die Manifestation(en) durch das Stern-Symbol (\*) gekennzeichnet.

Ein Patient wird wegen einer Polyneuropathie bei anamnestischer Alkoholabhängigkeit behandelt.

F10.2 G Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom  
G62.1 G Alkohol-Polyneuropathie

### Hemi-, Para-, Tetraparese und -plegie

Die akute Phase einer Lähmung umfasst die Behandlung eines nicht traumatisch bedingten Funktionsausfalls, zum Beispiel bei Myelitis transversa oder bei Rückenmarkinfarkt, sowie eines traumatisch bedingten Funktionsausfalls wie bei einer Verletzung des Rückenmarks. Für die funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks bei einer nichttraumatischen Genese ist eine zusätzliche Schlüsselnummer aus G82.6-! Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks zu kodieren.

Bei einer traumatischen Genese ist die funktionale Höhe der Schädigung mit ICD-Kodes aus S14.7-!/S24.7-!/S34.7-! Funktionale Höhe einer Verletzung des zervikalen/thorakalen/lumbosakralen Rückenmarkes zu verschlüsseln.

Ein 36-jähriger Patient hat eine bekannte Fehlbildung des Rückenmarkes (Syringomyelie) in Höhe Th4-Th6 und entwickelt eine zunehmende schlaffe Lähmung der Beine. Die bildgebende Diagnostik zeigt eine Zunahme des Befundes.

G95.0 G Syringomyelie und Syringobulbie  
G82.01 G Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese  
G82.63! G Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks: Th1-Th6

Die chronische Phase der Plegie umfasst die Behandlung einer Lähmung, wenn die Behandlung der akuten Erkrankung, die die Lähmung verursachte, abgeschlossen ist. Es ist nach den Regeln für Folgezustände zu verschlüsseln. Die funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks ist in der chronischen Phase unabhän-

## Polyneuropathie

- G62.- Sonstige Polyneuropathien
- G62.0 Arzneimittelinduzierte Polyneuropathie
- Soll die Substanz angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (Kapitel XX) zu benutzen.
- G62.1 Alkohol-Polyneuropathie
- G62.2 Polyneuropathie durch sonstige toxische Agenzien
- Soll das toxische Agens angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (Kapitel XX) zu benutzen.
- G62.8- Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien
- zum Beispiel strahleninduzierte Polyneuropathie
  - Soll die äußere Ursache angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (Kapitel XX) zu benutzen.
- G62.88 Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien
- G62.9 Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet/Neuropathie o. n. A.
- G63.-\* Polyneuropathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
- G63.0\* Polyneuropathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
- Polyneuropathie (bei): Diphtherie (A36.8+), infektiöser Mononukleose (B27.-+), Lepra (A30.-+), Lyme-Krankheit (A69.2+), Mumps (B26.8+), nach Zoster (B02.2+), Spätsyphilis (A52.1+), Spätsyphilis, konnatal (A50.4+), tuberkulös (A17.8+)
- G63.1\* Polyneuropathie bei Neubildungen (C00-D48+)
- G63.2\* Diabetische Polyneuropathie (E10-E14+, vierte Stelle .4)
- G63.3\* Polyneuropathie bei sonstigen endokrinen und Stoffwechselkrankheiten (E00-E07+, E15-E16+, E20-E34+, E70-E89+)
- G63.4\* Polyneuropathie bei alimentären Mangelzuständen (E40-E64+)
- G63.5\* Polyneuropathie bei Systemkrankheiten des Bindegewebes (M30-M35+)
- G63.6\* Polyneuropathie bei sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (M00-M25+, M40-M96+)
- G63.8\* Polyneuropathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten, Urämische Neuropathie (N18.-+)

gig von der Genese (traumatisch/nichttraumatisch) mit einer Schlüsselnummer aus G82.6-! *Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks* zu kodieren.

Eine 38-jährige Patientin mit traumatischer Querschnittslähmung in der Anamnese kommt in die Praxis wegen zunehmender spastischer Beschwerden in beiden Beinen.

**G82.12 G** Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittslähmung

**G82.63! G** Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarks: Th1-Th6

**T91.3 G** Folgen einer Verletzung des Rückenmarks

## Multiple Sklerose

Die Multiple Sklerose ist mit einem ICD-Kode aus G35.- zu verschlüsseln. Aktuell vorhandene Manifestationen, wie Lähmungen, sind zusätzlich zu kodieren, sofern die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt sind.

**G35.-** Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata

Inkl.: multiple Sklerose: disseminiert, generalisiert, Hirnstamm, Rückenmark, o. n. A.

Die folgenden fünften Stellen sind bei den Subkategorien G35.1-G35.3 zu benutzen:

0 = ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression

1 = mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression

**G35.0** Erstmanifestation einer multiplen Sklerose

**G35.1-** Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf

**G35.2-** Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf

**G35.3-** Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf

**G35.9** Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet

Eine 53-jährige Patientin mit bekannter schubförmig verlaufender multipler Sklerose und augenärztlich diagnostizierter beidseitiger Sehminderung bei Beteiligung des Sehnervs stellt sich jetzt mit einer seit Tagen vorhandenen spastischen Lähmung der Beine in Ihrer Praxis vor. Ein Infekt wird ausgeschlossen. Die medikamentöse Behandlung wird modifiziert, Krankengymnastik wird verordnet.

**G35.11† G** Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression

**H48.1\* G B** Retrobulbäre Neuritis bei andernorts klassifizierten Krankheiten

**G82.11 G** Spastische Paraparese und Paraplegie, akute inkomplette Querschnittslähmung nichttraumatischer Genese

**G82.64! G** Funktionale Höhe d. Schädigung des Rückenmarks: Th7-Th10

## Parkinson

**G20.-** Primäres Parkinson-Syndrom

Inkl.: Hemiparkinson, Paralysis agitans, Parkinsonismus oder Parkinson-Krankheit: idiopathisch, primär, o. n. A.

Die Zuordnung des Schweregrades der Parkinson-Krankheit zu den Subkategorien G20.0-G20.2 ist nach der modifizierten Stadieneinteilung der Parkinson-Krankheit nach Hoehn und Yahr vorzunehmen.

Die folgenden fünften Stellen sind bei der Kategorie G20 zu benutzen:  
0 = ohne Wirkungsfluktuation/ Ohne Angabe einer Wirkungsfluktuation  
1 = mit Wirkungsfluktuation

- G20.0- Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung, Stadien 0 bis unter 3 nach Hoehn und Yahr
- G20.1- Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung, Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr
- G20.2- Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung, Stadium 5 nach Hoehn und Yahr
- G20.9- Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet

Ein 63-jähriger Patient stellt sich in ihrer Praxis mit Schulterschmerzen rechts und Muskelverspannung vor. Er klagt, dass seine Schrift immer schlechter wird. Die Ehefrau gibt an, dass der Patient in letzter Zeit niedergedrückter Stimmung ist und über Missempfindungen in den Beinen, besonders rechts, klagt. Bei der Untersuchung fällt ein erhöhter Muskeltonus und ein Zahnradphänomen der Extremitätengelenke auf.

G20.00 V Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung, Stadien 0 bis unter 3 nach Hoehn und Yahr, Angaben einer Wirkungsfluktuation

---

Ein 68-jähriger Patient mit Parkinson Stadium 3 nach Hoehn und Yahr stellt sich in ihrer Praxis vor: Er klagt, dass gegen Ende eines Dosierungsintervalls seiner Parkinsonmedikation die Parkinsonsymptome zunehmen. Nach Einnahme der Medikamente kommt es dann wieder zur Besserung. Er bittet Sie, die Medikation anzupassen.

G20.11 G Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung, Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr, mit Wirkungsfluktuation

---

### Sekundäres Parkinson-Syndrom

G21.- Sekundäres Parkinson-Syndrom  
Inkl.: Sekundärer Parkinsonismus

Soll die Substanz (z. B. Neuroleptikum) oder das Agens angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (Kapitel XX Äußere Ursachen für Morbidität und Mortalität) zu benutzen.

- G21.0 Malignes Neuroleptika-Syndrom
- G21.1 Sonstiges arzneimittelinduziertes Parkinson-Syndrom
- G21.2 Parkinson-Syndrom durch sonstige exogene Agenzien
- G21.3 Postenzephalitisches Parkinson-Syndrom
- G21.4 Vaskuläres Parkinson-Syndrom
- G21.8 Sonstiges sekundäres Parkinson-Syndrom
- G21.9 Sekundäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet
- G24.0 Arzneimittelinduzierte Dystonie

## Migräne und sonstige Kopfschmerzsyndrome

Sind andere Erkrankungen ausgeschlossen und die Kopfschmerzen können nach spezieller Diagnostik/Behandlung entweder der Migräne oder sonstigen Kopfschmerzsyndromen zugeordnet werden, ist ein Kode zu verschlüsseln aus:

- G43.- Migräne, z. B.
- G43.0 Migräne ohne Aura
- G43.1 Migräne mit Aura
- G43.3 Komplizierte Migräne
- G43.9 Migräne, nicht näher bezeichnet
- oder
- G44.- Sonstige Kopfschmerzsyndrome, z. B.
- G44.1 Vasomotorischer Kopfschmerz
- G44.2 Spannungskopfschmerz

Hinweis: Nur wenn die Kopfschmerzen diagnostisch nicht zuzuordnen sind, ist der Kode R51 *Kopfschmerz* anzugeben.

## Nervenkompression/Neuralgien

Ein Patient hat rechtsseitig Missempfindungen an Daumen, Zeige- und Mittelfinger und nächtliche Schmerzen in der Hand. Die Messung der Nervenleitgeschwindigkeit ergibt den typischen Befund für ein Karpaltunnelsyndrom.

G56.0 G R Karpaltunnel-Syndrom

---

Hinweis: Das im Rahmen einer Schwangerschaft auftretende Karpaltunnel-Syndrom ist mit O26.82 *Karpaltunnel-Syndrom während der Schwangerschaft* zu kodieren.

## Trigeminusneuralgie nach Zoster

- B02.2† Zoster mit Beteiligung anderer Abschnitte des Nervensystems/Trigeminusneuralgie
- G53.0\* Neuralgie nach Zoster/Trigeminusneuralgie nach Zoster

## Trigeminusneuralgie

- G50.- Krankheiten des N. trigeminus [V. Hirnnerv]
- G50.0 Trigeminusneuralgie  
Syndrom des paroxysmalen Gesichtsschmerzes, Tic douloureux
- G50.1 Atypischer Gesichtsschmerz
- G50.8 Sonstige Krankheiten des N. trigeminus
- G50.9 Krankheit des N. trigeminus, nicht näher bezeichnet

## Zeckenbiss/Borreliose

Eine 37-jährige Frau wurde vor acht Tagen von einer Zecke am Bauch gebissen. Rund um die Einstichstelle zeigt sich jetzt ein Erythema chronicum migrans.

**T09.03 Z** Insektenbiss oder -stich (ungiftig) des Rumpfes, z. B. Zeckenbiss

**A69.2 G** Lyme-Krankheit/Borreliose [Erythema chronicum durch *Borrelia burgdorferi*]

Ein Patient wird wegen einer Polyneuropathie bei Borrelieninfektion behandelt.

**A69.2† G** Lyme-Krankheit

**G63.0\* G** Polyneuropathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten

Hinweis: Bei Kodierung einer Schlüsselnummer aus G63.-\* *Polyneuropathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten* sind die Regeln des Kreuz-Stern-Systems zu beachten

Ein Patient stellt sich mit einer spontan aufgetretenen rechtsseitigen peripheren Fazialisparese in der Praxis vor. Anamnestisch findet sich ein vier Monate zurückliegender Zeckenbiss ohne Hautreaktion. Unter der Annahme einer borrelienbedingten Fazialisparese wird ein spezifisches Antibiotikum verordnet. Die Serologie weist keinen typischen Befund einer Borrelieninfektion auf. Auch in allen weiteren Untersuchungen sind keine pathologischen Befunde nachweisbar.

**A69.2 G** Lyme-Krankheit

**G51.0 G R** Fazialisparese

## Palliativbehandlung

**Z51.5** Palliativbehandlung

## Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen

### Entwicklungsstörungen

**F81.0** Lese- und Rechtschreibschwäche

**F81.2** Rechenstörung

**F81.3** kombinierte Störung schulischer Fähigkeiten

**F82.-** umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen

### 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

Ein zehnjähriger 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.

F90.0 G Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

---

S20.2 G Prellung des Thorax

---

## Demenz

Demenzkrankungen 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 hirneingewirkten Erkrankung und keine spezifische Therapie, so ist die psychiatrische Diagnose zu verschlüsseln, die sich aufgrund der bisher erhobenen Befunde ergibt.

Die Ehefrau stellt ihren 74-jährigen Mann in der Praxis vor. Im letzten Jahr kam es zu mehrfachen „kleinen“ Schlaganfällen mit stationären Aufenthalten, dabei wurde unter anderem eine allgemeine zerebrale Atherosklerose gesichert. In den vergangenen sieben Monaten deutliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes, 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.

F01.1 G Multiinfarkt-Demenz

---

I69.3 G Folgen eines Hirninfarktes

---

R63.4 G Abnorme Gewichtsabnahme

---

## Alzheimer

Bei der Alzheimer-Demenz ist immer ein ICD-Kode aus *F00.-\* Demenz bei Alzheimer-Krankheit* gemeinsam mit einem Code aus G30.–† Alzheimer-Krankheit zu verschlüsseln. Grundsätzlich gilt, dass die Diagnose Morbus Alzheimer am Ende einer Ausschlussdiagnostik anderer, behandelbarer Demenzformen steht. Die Kodierung von Demenzkrankungen (ICD-Kodes aus F00–F03) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ sollte durch die Durchführung eines standardisierten Testverfahrens mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose gesichert sein.

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\*)
- 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†**

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

**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
- G47.38** Sonstige Schlafapnoe
- G47.39** Schlafapnoe, nicht näher bezeichnet
- G47.9** Schlafstörung, nicht näher bezeichnet
- F51.2** Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus  
Psychogene Umkehr: Schlafrythmus, 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  
Emotional bedingte Schlafstörung o. n. A.

## Depression

Bei einer 55-jährigen Patientin besteht eine ambulant behandelte mittelschwere Depression. Seit zwei Monaten berichtet sie selbst über progrediente Merkfähigkeitsstörungen, sie könne sich bei der Arbeit als Schreibkraft zeitweise nur schlecht konzentrieren. Eine fachgerechte diagnostische Abklärung ist bislang noch nicht erfolgt. Weitere klinische Hinweise auf das zusätzliche Vorliegen einer Demenz ergaben sich bislang nicht.

**F32.1 G** Mittelgradige depressive Episode

Hinweis: Die kognitiven Einschränkungen sind in diesem Beispiel im Zusammenhang mit der depressiven Episode zu sehen.

Ein 23-jähriger, bei den Eltern lebender Patient, stellt sich nach einem schweren Familienkonflikt wegen Antriebslosigkeit, depressiver Stimmung und Schlafstörungen in Ihrer Praxis vor. In der Eigenanamnese finden sich keine psychischen Vorerkrankungen.

**F43.2 G** Anpassungsstörungen

---

### Somatisierung

Eine langjährig bekannte 55-jährige alleinstehende 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 abwechselnd Phytotherapeutika und Benzodiazepine eingenommen. Wiederholte umfangreiche orthopädische, gynäkologische und internistische Untersuchungen (zum Beispiel Bildgebung und Laboranalysen) blieben ohne erklärenden pathologischen Befund. 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.

**F45.0 G** Somatisierungsstörung

---

Eine 24-jährige, 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 von Ihnen schon mehrmals vorgeschlagene Psychotherapie lehnt sie ab, sie habe keine Zeit für solche Dinge.

**F45.30 G** Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und Kreislaufsystem

---

### Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

- 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

Das klinische Erscheinungsbild wird in der vierten Stelle verschlüsselt.

- .0 Akute Intoxikation [akuter Rausch]
- .1 Schädlicher Gebrauch (z. B. Missbrauch, medizinische Folgeschäden)
- .2 Abhängigkeitssyndrom

- .3 Entzugssyndrom
- .4 Entzugssyndrom mit Delir (z. B. Delirium tremens)
- .5 Psychotische Störung (z. B. alkoholische Paranoia, Alkoholhalluzinose, alkoholischer Eifersuchtswahn)
- .6 Amnestisches Syndrom (z. B. Korsakow-Syndrom)
- .7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
- .8 Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
- .9 Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

Ein Patient wird wegen Nikotinabusus und chronischer obstruktiver Bronchitis FEV1  $\geq$  70 % behandelt.

F17.1 G Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: schädlicher Gebrauch

---

J44.83 G Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit:  
FEV1  $\geq$  70 % des Sollwertes

---

Hinweis: Ein Abhängigkeitssyndrom ist nur zu kodieren, wenn drei oder mehr der folgenden Symptome gleichzeitig aufgetreten sind:

- Starker Wunsch oder Zwang, die Substanz aufzunehmen
- Verminderte Kontrolle bei Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
- Körperliches Entzugssyndrom bei Absetzen oder Reduktion der Substanz
- Nachweis einer Toleranz
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Aktivitäten zugunsten des Konsums
- Persistierender Konsum trotz manifester Gesundheitsschäden

Ein alkoholkranker Patient (über viele Jahre persistierender Konsum trotz manifester Gesundheitsschäden, körperliches Entzugssyndrom und Kontrollverlust) wird nach mehrfachen Entzugsbehandlungen von Ihnen mit Antabus und stützenden Gesprächen weiterbehandelt, worunter er zunächst abstinent bleibt. Die Gefährdung durch die Erkrankung besteht fort.

F10.2 G Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom

---

Ein langjährig alkoholkranker, derzeit abstinent, aber labil wirkender Patient kommt wegen Oberbauchbeschwerden. Bei der Untersuchung zeigt sich ein Sklerenikterus und Einstichstellen am Unterarm. Dazu befragt, bagatellisiert er die Frage und gibt an, sich eben oft kratzen zu müssen. Ein Drogenscreening und weiterführende Untersuchungen möchte er nicht durchführen lassen. Seine Partnerin ist opiatabhängig.

F10.2 G Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom

---

F19.2 V Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom

---

R17 G Gelbsucht, nicht näher bezeichnet/Sklerenikterus

---

## Essstörungen

Eine 18-jährige Patientin mit bekannter Anorexia nervosa, Laxantienabusus und allergischem Asthma bronchiale stellt sich im Rahmen eines grippalen Infektes mit einer akuten Infektion der oberen Luftwege in der Praxis vor.

F50.0 G Anorexia nervosa

---

F55.1 G Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen – Laxantien

---

J45.0 G	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale
J06.9 G	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet

Eine 14-jährige Patientin mit bekannter Bulimia nervosa und Laxantienabusus stellt sich mit anhaltenden Magenbeschwerden und unspezifischem Juckreiz vor.

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/Pruritus

## Posttraumatische Belastungsstörung

Ein 14-jähriger afrikanischer Patient mit einer posttraumatischen Belastungsstörung, Nikotinabusus und Alkoholmissbrauch stellt sich mit Oberbauchbeschwerden und Symptomen einer Gastritis vor.

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
K29.1 G	Sonstige akute Gastritis

## Schlaganfall

Solange der akute Schlaganfall behandelt wird, ist eine Schlüsselnummer aus I60.- bis I64 zu kodieren. Ergänzend sind die jeweils passenden ICD-Kodes für die bestehenden Defizite zu verschlüsseln, sofern sie der Definition der Behandlungsdiagnose entsprechen.

I60.-	Subarachnoidalblutung
I61.-	Intrazerebrale Blutung
I62.-	Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung
I63.-	Hirnfarkt
I64.-	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet, inkl. zerebrovaskulärer Insult o. n. A.
I69.-	Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit (z. B. I69.4 Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet)

### Beispiel für Defizite als Folgen eines Schlaganfalls

R47.0	Dysphasie und Asphasie
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie
H53.4	Gesichtsfelddefekte
R29.5	Neglect

Die Kodierung einer zerebralen transitorischen Ischämie und verwandter Syndrome (ICD-Kodes aus G4 mit dem Zusatzkennzeichen „G“) sollte durch die Durchführung eines Computer-Tomogramms zur Sicherung der Erstdiagnose gesichert sein.

Eine 68-jährige Patientin kommt wegen Durchschlafstörungen in Ihre Praxis. Die Patientin hatte vor drei Jahren einen Schlaganfall und erhält seitdem Thrombozytenaggregationshemmer zur Rezidivprophylaxe. Es besteht eine residuale spastische Hemiparese, weswegen KG verordnet wird. Die Patientin erhält ein leichtes Schlafmittel.

G47.0 G Ein- und Durchschlafstörungen

---

G81.1 G R Spastische Hemiparese und Hemiplegie

---

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

---

Ein Patient wird in der Praxis vorstellig und berichtet über klinische Zeichen einer TIA. Derzeitig ist keine Symptomatik mehr festzustellen. In der bildgebenden Diagnostik (MRT) zeigt sich eine frische Infarktzierung links als Folge eines Gefäßverschlusses, die zum klinischen Bild passt. Es erfolgt die stationäre Einweisung.

I63.5 G L Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien

---

Hinweis: Eine zerebrale transitorische ischämische Attacke ohne in der Bildgebung nachgewiesenem Infarkt wird mit G 43.9- kodiert.

Ein Patient mit folgenlos ausgeheiltem Schlaganfall vor zwei Jahren erhält nach einer ärztlichen Kontrolluntersuchung zur Rezidivprophylaxe ein Wiederholungsrezept über ein Präparat mit 100 mg Azetylsalizylsäure.

Z92.2 G Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Medikamenten in der Eigenanamnese

---

I63.0 Z Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien

---

Hinweis: Z92.2 ist der zutreffende ICD-Kode, da Azetylsalizylsäure bei diesem Kode als Einschlussbezeichnung in der Systematik der ICD-10-GM genannt ist.

Ein 68-jähriger Patient wird wegen einer linksseitigen spastischen Hemiplegie aufgrund eines früheren Schlaganfalls behandelt. Zur Rezidivprophylaxe erhält er 100 mg Azetylsalizylsäure, außerdem verordnen Sie Krankengymnastik.

G81.1G L Spastische Hemiparese und Hemiplegie

---

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

---

Z92.2 G Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Medikamenten in der Eigenanamnese

---

Ein Patient erlitt einen Hirninfarkt (Thrombose zentraler Arterie) mit schlaffer Hemiplegie und Aphasie. Nach Entlassung aus dem Krankenhaus kommt er zur Weiterbehandlung in Ihre Praxis.

I63.3 G Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien

---

G81.0 G R Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie

---

R47.0 G Dysphasie und Aphasie

---

Ein Patient wird wegen einer Pneumonie behandelt; im Sputum sind Pneumokokken nachgewiesen. Der Patient hatte vor drei Jahren einen Schlaganfall und erhält seitdem Thrombozytenaggregationshemmer zur Rezidivprophylaxe. Es besteht eine residuale spastische Hemiparese, weswegen Sie Krankengymnastik verordnen.

J13 G Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae

---

G81.1 G R Spastische Hemiparese und Hemiplegie

---

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

---

Z92.2 G Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Medikamenten in der Eigenanamnese

---

Hinweis: Liegt anamnestisch ein Schlaganfall mit gegenwärtig bestehenden neurologischen Ausfällen, die die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllen, vor, sind die neurologischen Ausfälle (zum Beispiel Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect) gemeinsam mit einer Schlüsselnummer aus I69.- *Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit* zu kodieren.

## Schnupfen, Husten, Grippe

### Schnupfen, Halsschmerzen, Sinusitis

Eine 19-jährige Patientin klagt über starken Schnupfen, Kopf- und Halsschmerzen. Bei der Untersuchung zeigt sich ein geröteter Rachen, die Stirn- und Kieferhöhlen sind sehr klopfschmerzhaft.

J00 G akute Rhinopharyngitis, Erkältungsschnupfen

---

J01.0 G akute Sinusitis maxillaris

---

J01.1 G akute Sinusitis frontalis

---

J02.9 G akute Pharyngitis, nicht näher bezeichnet, Rachenentzündung akut o. n. A.

---

### Grippe

In der Grippezeit klagt eine 68-jährige Patientin über allgemeines Unwohlsein, Fieber bis 39°C, Schüttelfrost, Husten mit Auswurf, Schmerzen im rechten Brustkorb sowie Kopf- und Halsschmerzen. Bei der Untersuchung zeigt sich ein verschärftes Atemgeräusch rechts basal und im Röntgen-Thorax ein Infiltrat.

J11.0 G Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen, Virusgrippe

---

## Thalidomid Embryopathie

Ein 54-jähriger Patient mit Thalidomid Embryopathie, KHK (koronare Ein-Gefäß-Erkrankung) und bekannter Coxarthrose rechts kommt zur Einstellung der Schmerztherapie in die Praxis.

Q86.80 G Thalidomid Embryopathie

---

M16.1 G R Sonstige primäre Coxarthrose

---

I25.11 G artherosklerotische Herzerkrankung, ein Gefäß-Erkrankung

---

## Tumoren/Metastasen

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 so lange mit dem Zusatzkennzeichen „G“ kodiert, bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist. Das ist der Fall, wenn keine weiteren therapeutischen Maßnahmen mehr durchgeführt werden oder geplant sind (zum Beispiel durch Chemo-/Strahlentherapie, Palliativtherapie, Hormontherapie, wait and see, active surveillance).

Werden nach vollständig 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 (zum Beispiel Z08.1 Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen bösartiger Neubildung, Z08.2 Nachuntersuchung nach Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung).

## Bösartige Neubildungen

- C00–C14 Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle u. d. Pharynx
- C15–C26 Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane
- C30–C39 Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane u. sonstiger intrathorakaler Organe
- C40–C41 Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels
- C43–C44 Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut
- C45–C49 Bösartige Neubildungen der mesothelialen Gewebes u. d. Weichteilgewebes
- C50–C50 Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma]
- C51–C58 Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane
- C60–C63 Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane
- C64–C68 Bösartige Neubildungen der Harnorgane
- C69–C72 Bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile der ZNS
- C73–C75 Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen
- C76–C80 Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
- C81–C96 Bösartige Neubildungen der lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet
- C97–C97 Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen

## Metastasen

Für die Lokalisationen von **Metastasen** sind eigenständige Codes vorhanden. **Lymphknotenmetastasen** werden mit **C77.-** kodiert, wobei mit der vierten Stelle die Lokalisation anzugeben ist.

### C77.- Lymphknotenmetastasen

Exkl.: bösartige Neubildung der Lymphknoten, als primär bezeichnet (C81–C85, C96.-)

- C77.0 Lymphknoten des Kopfes, des Gesichts und des Halses
  - Supraklavikuläre Lymphknoten
- C77.1 Intrathorakale Lymphknoten
- C77.2 Intraabdominale Lymphknoten
- C77.3 Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten die oberen Extremität [Pektorale Lymphknoten]
- C77.4 Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten die unteren Extremität
- C77.5 Intrapelvine Lymphknoten
- C77.8 Lymphknoten mehrerer Regionen
- C77.9 Lymphknoten, nicht näher bezeichnet

### C78.- Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane

- C78.0 Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge
- C78.1 Sekundäre bösartige Neubildung des Mediastinums
- C78.2 Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura
- C78.3 Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Atmungsorgane
- C78.4 Sekundäre bösartige Neubildung des Dünndarmes
- C78.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Dickdarmes und des Rektums
- C78.6 Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums
- C78.7 Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
- C78.8 Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane

## C79.– Sekundäre Neubildungen an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen

- C79.0 Sekundäre bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens
- C79.1 Sekundäre bösartige Neubildung der Harnblase sowie sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane
- C79.2 Sekundäre bösartige Neubildung der Haut
- C79.3 Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute  
Meningeosis bei Neoplasien des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
- C79.4 Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Nervensystems
- C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes  
Knochen(mark)herde bei malignen Lymphomen (Zustände klassifizierbar unter C81–C88)
- C79.6 Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars
- C79.7 Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere
- C79.8– Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen

## C80.– Bösartige Neubildungen ohne Angaben der Lokalisation

72-jähriger Patient mit Prostata-Ca und multiplen Metastasierungen (Lymphknoten und Knochenmetastasen) stellt sich wegen akuter Verschlechterung seines Zustandes und Zunahme des Bauchumfangs in der Praxis vor. Sonographisch zeigt sich ein Aszites.

- C61 G Bösartige Neubildung der Prostata
- C77.8 G Lymphknotenmetastasen mehrerer Regionen
- C79.5 G Sekundäre bösartige Neubildung d. Knochens u. d. Knochenmarkes
- R18 G Aszites

64-jährige Patientin mit kleinzelligem Bronchialkarzinom der Lunge (Unterlappen rechts), Metastase der rechten Nebenniere und Hirnmetastasen, Z. n. Chemotherapie und Radiatio vor drei Monaten, stellt sich heute wegen Übelkeit und Durchfall in ihrer Praxis vor. Diese wird von Ihnen nach eingehender Untersuchung auf die grassierende „Magen-Darm-Grippe“ zurückgeführt.

- C34.3 G R Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge – Unterlappen (–Bronchus)
- C79.7 G R Sekundäre bösartige Neubildung d. Nebenniere
- C79.3 G Sekundäre bösartige Neubildung d. Gehirns und d. Hirnhäute
- Z92.6 G Zytostatische Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung in der Eigenanamnese
- Z92.3 G Bestrahlung in der Eigenanamnese
- A09.0 G Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs

63-jähriger Patient mit vor vier Monaten operiertem Kolonkarzinom (Colon descendens, im Gesunden entfernter Kolonpolyp T1 N0 M0) klagt über anhaltende Bauchschmerzen. Die Untersuchung ergibt nur Anhaltspunkte für eine Gastritis.

- C18.6 G Bösartige Neubildung des Colon descendens
- K29.1 G Sonstige akute Gastritis

58-jähriger Patient mit operiertem Kolonkarzinom, künstlichem Darmausgang (Kolostoma) und Lebermetastasen (Z. n. Hemikolektomie rechts und Chemotherapie vor einem Jahr) klagt über anhaltende Bauchschmerzen. Wegen der sehr druckempfindlichen Palpation und ausgebliebenem Stuhl seit mehreren Tagen äußern Sie den Verdacht auf einen Ileus und weisen ein.

- C18.6 G Bösartige Neubildung des Colon  
descendens
- 
- Z93.3 G Vorhandensein eines Kolostomas
- 
- C78.7 G Sekundäre bösartige Neubildung  
d. Leber
- 
- Z92.6 G Zytostatische Chemotherapie  
wegen bösartiger Neubildung  
in der Eigenanamnese
- 
- K56.5 G Intestinale Adhäsionen [Briden] mit  
Obstruktion, Bridenileus
- 

Ein 65-jähriger Patient mit Adenokarzinom der Lunge (Mittellappen), Metastase der linken Nebenniere und Zustand nach Chemotherapie vor neun Monaten ist bei Ihnen wegen eines Hypertonus in Behandlung. Er kommt aktuell mit einem Infekt der Atemwege, den Sie nach der Untersuchung als nicht bakterielle Bronchitis einstufen und nach entsprechender Aufklärung therapieren.

- C34.2 G Bösartige Neubildung der Bronchien  
und der Lunge – Mittellappen  
(-Bronchus)
- 
- C79.7 G L Sekundäre bösartige Neubildung  
d. Nebenniere
- 
- Z92.6 G Zytostatische Chemotherapie wegen  
bösartiger Neubildung in der  
Eigenanamnese
- 
- I10.00 G Benigne essentielle Hypertonie, ohne  
Angabe einer hypertensiven Krise
- 
- J20.9 G Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet
- 

Eine Patientin erhielt vor vier Jahren eine brusterhaltende Operation, Chemotherapie und Radiotherapie wegen eines Mamma-Karzinoms im oberen, äußeren Quadranten rechts mit Befall der axillären Lymphknoten (T2, N1, M0). Die Patientin kommt zur Weiterverschreibung der adjuvanten Hormontherapie mit Tamoxifen.

- 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 und Lymphknoten der oberen Extremität
- 
- Z92.3 G Bestrahlung wegen bösartiger Neubildung in der Eigenanamnese
- 
- Z92.6 G Zytostatische Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung in der Eigenanamnese
- 
- Z92.2 G Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese
- 

Eine 65-jährige Patientin mit bekanntem Ovarialkarzinom links vor sechs Jahren (Z. n. Operation und Chemotherapie) kommt zur Kontrolle und klagt über Zunahme des Bauchumfangs und Appetitlosigkeit. Bei der sonographischen Untersuchung zeigt sich Aszitis, die durchgeführte Punktion ergibt zytologisch Malignomzellen.

## Kodiertipps bei Tumoren

Untersuchung bei Zustand nach Chemotherapie und Strahlentherapie:

- Z08.0 Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung
- Z08.1 Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen bösartiger Neubildung
- Z08.2 Nachuntersuchung nach Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung
- Z08.7 Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung
- Z09.9 Nachuntersuchung nach nicht näher bezeichneter Behandlung wegen anderer Krankheitszustände

Chemotherapie und Strahlentherapie

- Z51.82 kombinierte Chemotherapie- und Strahlentherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung
- Z51.0 Strahlentherapiesitzung
- Z51.1 Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung

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

- Z92.3 Bestrahlung in der Eigenanamnese
- Z92.6 Zytostatische Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung in der Eigenanamnese
- Und nicht Z51.0 Z oder Z51.1 Z !

C56 G L	Bösartige Neubildung des Ovars
Z92.6 G	Zytostatische Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung in der Eigenanamnese
R18 G	Aszites

49-jähriger Patient mit malignem Melanom des Rumpfes, bekannten Lymphknoten-, Hirn- und Knochenmetastasen sowie Z. n. Chemotherapie vor acht Monaten stellt sich mit akutem gastrointestinalem Infekt in Ihrer Praxis vor.

C43.5 G	Bösartiges Melanom des Rumpfes
C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute
C77.8 G	Lymphknotenmetastasen mehrerer Regionen
C79.5 G	Sekundäre bösartige Neubildung d. Knochens u. d. Knochenmarks
Z92.6 G	Zytostatische Chemotherapie wg. bösartiger Neubildung in der Eigenanamnese
A09.0 G	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs

## Urogenitalsystem

### Chronische Nierenkrankheit und Niereninsuffizienz

Bei bekannter Grundkrankheit ist eine zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen. Soll z. B. das Vorliegen einer hypertensiven Nierenkrankheit angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer aus I12.- oder I13.- zu benutzen, bei diabetischer Nephropathie eine zusätzliche Schlüsselnummer aus E10.2-† oder E11.2-†.

N18.1	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1 Glomeruläre Filtrationsrate 90 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> Körperoberfläche oder höher
N18.2	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2 Glomeruläre Filtrationsrate 60 bis unter 90 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> Körperoberfläche
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3 Glomeruläre Filtrationsrate 30 bis unter 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> Körperoberfläche
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4 Glomeruläre Filtrationsrate 15 bis unter 30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> Körperoberfläche, Präterminale Niereninsuffizienz
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 Dialysepflichtige chronische Niereninsuffizienz
N18.8-	Sonstige chronische Nierenkrankheit
N18.80	Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung Der relative Funktionsanteil der betroffenen Niere liegt unter 35 %.
N18.89	Sonstige chronische Nierenkrankheit, Stadium nicht näher bezeichnet
N18.9	Chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet
N19	Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz

Ein 73-jähriger Patient mit bekannter chronischer Niereninsuffizienz kommt im Rahmen der Urlaubsvertretung in Ihre Praxis zur Laborkontrolle.

N19.9 G	Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz
---------	--

Ein 67-jähriger Patient mit bekannter chronischer Niereninsuffizienz, als Folge der seit Jahren bestehenden schweren Hypertonie, ist seit drei Jahren dialysepflichtig. Er kommt in Ihre Praxis zur Langzeitblutdruckkontrolle.

**N18.5 G** Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5, dialysepflichtige chronische Niereninsuffizienz

**Z99.2 G** Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz

**I12.00 G** Hypertensive Nierenerkrankung mit Niereninsuffizienz, ohne Angaben einer hypertensiven Krise

Hinweis: Eine langzeitige Abhängigkeit von unterstützenden Apparaten beträgt mindestens drei Monate.

## Diabetische Nephropathie

Ein 73-jähriger Patient mit Diabetes mellitus, Typ 2 und bekannter diabetischer Nephropathie kommt in Ihre Praxis zur Kontrolle.

**E11.20† G** Diabetes mellitus, Typ 2 mit Nierenkomplikation (diabetische Nephropathie), nicht entgleist

**N08.3\* G** diabetische Nephropathie

## Nierensteine

### **N20.- Nieren- und Ureterstein**

Exkl.: mit Hydronephrose (N13.2)

**N20.0** Nierenstein

**N20.1** Ureterstein, Harnleiterstein

**N20.2** Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig

**N20.9** Harnstein, nicht näher bezeichnet

### **N21.- Stein in den unteren Harnwegen**

Inkl.: mit Zystitis und Urethritis

### **N21.0 Stein in der Harnblase, Blasenstein, Stein in Blasendivertikel**

Exkl.: Nierenausgussstein (N20.0)

**N21.1** Urethrastein

**N21.8** Stein in sonstigen unteren Harnwegen

**N21.9** Stein in den unteren Harnwegen, nicht näher bezeichnet

### **N22.-\* Harnstein bei anderenorts klassifizierten Krankheiten**

**N22.8\*** Harnstein bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten

**N23** Nicht näher bezeichnete Nierenkolik

## Verdauungstrakt

### Reizdarmsyndrom und funktionelle Darmstörungen

Für die Verschlüsselung des Reizdarmsyndroms stehen folgende ICD-Kodes zur Verfügung:

- K58.0 Reizdarmsyndrom mit Diarrhoe
- K58.9 Reizdarmsyndrom ohne Diarrhoe, Reizdarmsyndrom o. n. A.

Für sonstige funktionelle Darmstörungen gibt es außerdem noch die ICD-Kodes:

- K59.0 Obstipation
- K59.1 Funktionelle Diarrhoe
- K59.2 Neurogene Darmstörung, andernorts nicht klassifiziert
- K59.3 Megakolon
- K59.4 Analspasmus
- K59.8 Sonstige näher bezeichnete funktionelle Darmstörung (Kolonatonie)
- K59.9 Funktionelle Darmstörung, nicht näher bezeichnet

### Ösophagitis, Refluxkrankheit

- K20 Ösophagitis  
Inkl.: Abszess des Ösophagus, Erosion des Ösophagus, Ösophagitis:
- K21.0 Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis, Refluxösophagitis
- K21.9 Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis, Ösophagealer Reflux o. n. A.
  
- K22.– Sonstige Krankheiten des Ösophagus
- K22.4 Dyskenesie des Ösophagus
- K22.5 Divertikel des Ösophagus, erworben
- K22.6 Mallory-Weiss-Syndrom

### Gastritis/Ulcus

Das Magenulcus ist mit einem ICD-Kode aus *K25.– Ulcus ventriculi* und das Ulcus des Zwölffingerdarms mit einem Kode aus *K26.– Ulcus duodeni* zu verschlüsseln. In der vierten Stelle ist differenziert anzugeben, ob eine Blutung, eine Perforation und/oder eine Chronifizierung vorliegen.

Schleimhautentzündungen in Magen oder Zwölffingerdarm sind mit einer Schlüsselnummer aus *K29.– Gastritis und Duodenitis* zu kodieren. Das Symptom Sodbrennen ohne nachgewiesene Refluxkrankheit oder sonstige gesicherte zugrundeliegende Erkrankung ist mit dem Kode *R12 Sodbrennen* zu verschlüsseln.

Ein Patient stellt sich in Ihrer Praxis mit starken epigastrischen Schmerzen mit Übelkeit und postprandialen Schmerzen vor. Endoskopisch erfolgt der Nachweis einer *Helicobacter-pylori*-positiven Gastritis. Sie beginnen eine Eradikationstherapie.

- 
- K29.1 G Sonstige akute Gastritis
  - B98.0! G *Helicobacter pylori* [*H. pylori*] als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
- 

Hinweis: Die Kodierung der Ösophagitis und der gastroösophagealen Refluxkrankheit mit Ösophagitis (ICD-Kodes K20 und K21 mit dem Zusatzkennzeichen „G“ sollte durch eine endoskopische Untersuchung mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose gesichert sein.

## Divertikel

Bei einem 65-jährigen Patienten ist seit Jahren eine koloskopisch und radiologisch gesicherte Divertikulose des Kolon sigmoideum bekannt. Jetzt bestehen erneut Schmerzen im linken Unterbauch und perianaler Blutabgang. Endoskopisch wird eine Divertikelblutung gesichert.

**K57.31 G** Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung

---

**Hinweis:** Die Kodierung einer Divertikulose des Darmes (ICD-Kodes aus K57.-) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ sollte durch eine endoskopische und/oder radiologische Untersuchung mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose gesichert sein.

## Cholezystitis

Ein Patient mit bekannten Gallensteinen stellt sich mit Oberbauchbeschwerden in der Praxis vor. Der behandelnde Arzt stellt eine akute Cholezystitis fest.

**K80.00 G** Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis, ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion

---

**Hinweis:** Mehrfachkodierungen dürfen nicht verwendet werden, wenn die Klassifikation eine Kombinations-schlüsselnummer bereitstellt, die eindeutig alle in der Diagnose dokumentierten Elemente umfasst, also nicht K80.2-, sondern K81.0.

Eine 52-jährige, adipöse Patientin (BMI 34) mit bekannten Gallensteinen stellt sich mit Oberbauchbeschwerden in der Praxis vor. Der behandelnde Arzt stellt eine akute Cholezystitis fest. Bei der Patientin sind außerdem eine arterielle Hypertonie und eine Hypercholesterinämie bekannt.

**K80.00 G** Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis, ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion

---

**E66.00 G** Adipositas, BMI von 30 bis unter 35

---

**I10.90 G** Essentielle Hypertonie, ohne Angabe einer hypertensiven Krise

---

**E78.0 G** Reine Hypercholesterinämie

---

## Nichtinfektiöse, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (Colitis/Crohn)

Zur Kodierung der nichtinfektiösen, chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen stehen in der ICD 10-GM verschiedene Schlüssel unter den Kodes *K 50.- Crohn-Krankheit*, *K 51.- Colitis ulcerosa* bzw. *K 52.- sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis* zur Verfügung.

Eine begleitende Arthritis wird mit *M 07.4- Arthritis bei Crohn-Erkrankung* bzw. *M 07.5- Arthritis bei Colitis ulcerosa* angegeben.

Die fünfte Stelle des ICD-Kodes steht für die Lokalisation der Arthritis (0 = mehrere Lokalisationen, 1 = Schulterregion, 2 = Oberarm, 3 = Unterarm, 4 = Hand, 5 = Beckenregion und Oberschenkel, 6 = Unterschenkel, 7 = Knöchel und Fuß, 8 = sonstige Lokalisation, 9 = n. bez. Lokalisation).

Ein Patient klagt seit Wochen über Durchfall, Bauchschmerzen, Schwächegefühl und Gewichtsverlust von mehr als zehn Prozent seines Körpergewichts sowie stechende Schmerzen während und anhaltendem Brennen nach dem Stuhlgang.

Außerdem klagt er über Schmerzen im Becken. Das Blutbild weist Entzündungswerte (erhöhtes CPR) auf. Es wird weitere Diagnostik (Sonographie, Koloskopie) durchgeführt und ein Morbus Crohn des Dickdarms und des Dünndarms, eine Analfissur sowie eine Sakroileitis festgestellt.

K50.82 G	Sonstige Crohn-Krankheit der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes, mehrere Teilbereiche betreffend / Crohn-Krankheit sowohl des Dünndarms als auch des Dickdarms
M07.45 G	Arthritis bei Crohn-Krankheit, Lokalisation Becken
K60.0 G	Akute Analfissur
R63.4 G	Abnorme Gewichtsabnahme

Ein Patient weist die typischen Symptome einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung des Dickdarms auf. Die Diagnostik inkl. Koloskopie lässt keine eindeutige Unterscheidung zwischen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa zu. Im Labor zeigt sich außerdem eine Eisenmangelanämie.

K52.30 G	Colitis indeterminata
D50.0 G	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)

## Virushepatitis

Die Kodes für die Virushepatitiden finden sich unter B15.- bis B19.-

B15.-	akute Virushepatitis A
B16.-	akute Virushepatitis B
B17.-	sonstige akute Virushepatitis
B18.-	chronische Virushepatitis
B19.-	nicht näher bezeichnete Virushepatitis

Eine 25-jährige Patientin stellt sich nach einem Aufenthalt in einem südeuropäischen Land mit Abgeschlagenheit, Durchfällen und Druckschmerz im rechten Oberbauch in der hausärztlichen Praxis vor. Das Anti-HAV-IgM ist erhöht, die Leber sonographisch vergrößert.

B15.9 G	Akute Virushepatitis A ohne Coma hepaticum
---------	--

Hinweis: Die Kodierung akuter Virushepatitiden (ICD-Kodes aus B15–B17) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ sollte durch eine spezifische Labordiagnostik (z. B. Antigenstatus, Antikörperstatus und Viruslast) mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose gesichert sein.

## Hepatitis / Enzephalopathie

Bei einem 63-jährigen Patienten ist eine Leberzirrhose auf dem Boden einer chronisch aktiven Hepatitis C bioptisch gesichert. Wegen einer hepatischen Enzephalopathie zweiten Grades wird der Patient mit Lactulose behandelt.

B18.2 G	Chronische Virushepatitis C
K74.6 G	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber
K72.72! G	Hepatische Enzephalopathie Grad 2

## Alkoholische Leberkrankheit

K70.0	Alkoholische Fettleber
K70.1	Alkoholische Hepatitis
K70.2	Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose, Alkoholische Zirrhose o. n. A.
K70.4	Alkoholisches Leberversagen, Alkoholisches Leberversagen: akut, chronisch, mit oder ohne Coma hepaticum, subakut, o. n. A.
K70.9	Alkoholische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet

Ein Patient wird wegen einer alkoholischen Hepatitis behandelt. Weiterhin besteht eine Alkoholabhängigkeit

K70.1 G Alkoholische Hepatitis

---

F10.2 G Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeit

---

## Verordnungen

### Ausstellen eines Folgerezepts (auch bei telefonischer Anfrage)

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

ICD-Kode der krankheitsspezifischen Behandlungsdiagnose + „G“ und zusätzlich

Z76.0 Ausstellung wiederholter Verordnung

Ein Patient mit Hämophilie A kommt im betreffenden Quartal nur in die Praxis, um sich ein Rezept für die Substitution des Gerinnungsfaktors VIII abzuholen. Das Wiederholungsrezept wird von der Arzhelferin erstellt, ohne dass es zu einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt kommt.

D66 G Hereditärer Faktor-VIII-Mangel

---

Z76.0G Ausstellung wiederholter Verordnung

---

Ein 68-jähriger Patient stellte sich in Ihrer Praxis mit einem 9 x 12 cm großen Tumor am Rücken vor, klinisch, sonographisch und kernspintomographisch am ehesten ein Lipom, eine maligne Entartung ist nicht auszuschließen. Bisher erfolgte keine Exzision oder Biopsie zur histologischen Untersuchung. Der Patient kommt zur Besprechung des weiteren Vorgehens.

D17.1 V Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes

---

## Verletzungen/Dekubitus

### Verletzungen

Eine 48-jährige Patientin hatte sich vor zehn Tagen mit einem Messer eine Schnittverletzung am linken Zeigefinger zugezogen und war im Krankenhaus mit drei Stichen versorgt worden. Sie kommt jetzt zum Ziehen der Fäden in Ihre Praxis.

S61.0 GL Offenen Wunde eines oder mehrere Finger ohne Schädigung des Nagels

---

Z48.0 G Kontrolle von Verbänden und Nähten/Entfernung von Nahtmaterial

---

Ein Patient zieht sich bei einem Sturz eine beidseitige Radius-Fraktur (Colles) zu, die ambulant in einer chirurgischen Praxis behandelt wird. Es wird in einer Sitzung eine geschlossene Reposition der Radius-Frakturen mit Spickung beidseitig durchgeführt. Der Patient kommt jetzt zur Wundkontrolle in ihre Praxis.

S52.51G B Distale Fraktur des Radius, Extensionsfraktur, Colles-Fraktur

---

Z48.0 G Kontrolle von Verbänden und Nähten

---

Ein zwölfjähriger Junge stellt sich in Ihrer Praxis mit seiner Mutter vor. Er ist am Vortag beim Spielen mit dem Fahrrad gestürzt. Am linken Daumen hatte er eine offene Fraktur mit erstgra-

digem Weichteilschaden erlitten. Er wurde bereits ambulant chirurgisch behandelt und stellt sich jetzt zur Wundkontrolle vor.

S62.51 GL Fraktur des Daumens, proximale Phalanx

---

S61.87! G L Weichteilschaden I. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Handgelenkes und der Hand

---

Z48.0 G Kontrolle von Verbänden und Nähten

---

V99!G Transportmittelunfall

---

Anmerkung: Der Kode V99! ist aus dem ICD-Kapitel V01! bis X59.-! und somit nur optional anzugeben.

## Dekubitus

### Schweregrade

- L89.0- Dekubitus 1. Grades (Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut)
- L89.1- Dekubitus 2. Grades (Dekubitus [Druckgeschwür] mit Abschürfung, Blase, Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis, Hautverlust o. n. A.)
- L89.2- Dekubitus 3. Grades (Dekubitus [Druckgeschwür] mit Verlust aller Hautschichten sowie mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann)
- L89.3- Dekubitus 4. Grades (Dekubitus [Druckgeschwür] mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln))
- L89.9- Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet (Dekubitus [Druckgeschwür] ohne Angabe eines Grades)

Kann der Schweregrad eines Dekubitalgeschwüres nicht sicher bestimmt werden, ist der niedrigere Grad zu kodieren.

### Lokalisation

Die Lokalisation eines Dekubitus ist über die fünfte Stelle der jeweiligen ICD-Schlüsselnummer zu kodieren.

- .- 0 Kopf
- .- 1 Obere Extremität
- .- 2 Dornfortsätze
- .- 3 Beckenkamm, inkl.: Spina iliaca
- .- 4 Kreuzbein, inkl.: Steißbein
- .- 5 Sitzbein
- .- 6 Trochanter
- .- 7 Ferse
- .- 8 Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
- .- 9 Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen

Ein Patient befindet sich wegen zwei MRSA-besiedelten zweitgradigen Dekubitalgeschwüren am rechten Fuß (Knöchel und Ferse) in hausärztlicher Behandlung.

L89.18 G R Dekubitus 2. Grades, sonstige Lokalisationen der unteren Extremität

---

L89.17 G R Dekubitus 2. Grades, Ferse

---

U80.0! G Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin, Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine und Oxazolidinone

---

## Vorsorgeuntersuchung/Check-up

Bei Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten hängt die Auswahl der Behandlungsdiagnose(n) vom Ergebnis der Untersuchung ab.

- Bei **positiven Ergebnissen** sind die gesicherten Diagnosen als Behandlungsdiagnosen anzugeben.
- Bei **negativen Ergebnissen** sind ICD-Schlüsselnummern aus den Kapiteln Z00.-, Z01.-, Z12.- und Z13.- *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen*, als Behandlungsdiagnosen zu kodieren.

- Z00.0 Ärztliche Allgemeinuntersuchung, Check-up, periodische Untersuchung  
z. B. jährlich, körperlich, Vorsorgeuntersuchung o. n. A.
- Z00.1 Gesundheitsvorsorgeuntersuchung eines Kindes/U1-U11
- Z00.3 Untersuchung aufgrund des Entwicklungsstandes während der Adoleszenz/J1 und J2
- Z01.3 Messung des Blutdrucks
- Z01.7 Laboruntersuchung
- Z12.0 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung des Magens
- Z12.1 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung des Darmtraktes
- Z13.7 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien/ „Screening“ auf angeborene Hüftgelenksluxation
- Z13.4 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf bestimmte Entwicklungsstörungen in der Kindheit

Ein 60-jähriger Patient ohne spezifische Beschwerden stellt sich in einer Praxis zur Beratung für die Früherkennung von Darmkrebskrankheiten vor. Bei der anschließend durchgeführten Koloskopie findet sich kein pathologischer Befund.

- Z12.1 G Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung des Darmtraktes
-

## Index

Abhängigkeitssyndrom	3, 15	Entwicklungsstörungen	19
Adenokarzinom	29	Enzephalopathie	34
ADHS	19, 20	Essstörungen	23
Adipositas	7, 12, 14	Fazialisparese	19
AIDS	12	Fettleber	34
Allergien	3	Filtrationsrate	30
Alzheimer	20, 21	Folgerezept	35
Amyloidose	10	Fraktur	35
Anämie	3, 14, 34	Früherkennung	37
Angina pectoris	9	Gallensteine	33
Ängste	22	Gastritis	24, 32
Anorexia nervosa	23	Gastroenteritis	28
Anpassungsstörung	22	Gelbsucht	23
Antikoagulanzen	10	Gewichtsabnahme, abnorme	20
Asthma	4	Gicht	7
Aszites	28, 30	Glomeruläre Filtrationsrate	30
Atherosklerose	11, 20	Grippe	26
Bandscheibenschaden	13	Gürtelrose	18
Bestrahlung	7, 28, 29	Hämophilie	35
Bluthochdruck	8, 31	Harnleiterstein	31
Blutungsanämie	3	Helicobacter pylori	32
Borreliose	19	Hemiparese	25
Bösartige Neubildungen	3, 27, 28, 29, 30	Hepatitis	34, 35
Bronchialkarzinom	28	Herzinfarkt	9
Bronchitis	11	Herzinsuffizienz	8, 11
Bulimia nervosa	24	Herz-Rhythmus-Störungen	11
Candida-Stomatitis	12	Hirninfarkt	20, 24, 25
Carcinom	4, 28, 29	HIV	12
Check-up	37	Husten	26
Chemotherapie	28, 29, 30	Hyperkinetische Störungen	19
Cholezystitis	33	Hyperlipidämie	33
Colitis	33, 34	Hyperparathyreoidismus	8
Colon-Ca	28	Hyperthyreose	7
COPD	3	Hypertonie	8, 31
Crohn	33	Hyperurikämie	7
CTS	18	Hyposomnie	21
Dekubitus	36	Hypothyreose	7
Demenz	20	Ikterus	23
Depression	21	Insult	20, 24, 25
Diabetes mellitus	4, 5	Immunisierung	12, 13
Dialyse	30	Impfung	12, 13
Diarrhoe	32	Insomnie	21
Divertikel	33	Intrazerebrale Blutung	24
Divertikulose	33	Ischialgie	13
Durchblutungsstörung	11	Kardiomyopathie	10
Durchschlafstörungen	24	Karpaltunnel-Syndrom	18
Dyspnoe	3	Karzinom	4, 28, 29
Eisenmangelanämie	34	KHK	9
Encephalomyelitis disseminata	16	Kolitis	33, 34

Kolonkarzinom	28	Pollenallergie	3
Konjunktivitis	3	Polyarthritis	10
Kopfschmerz	18	Polyneuropathie	6, 15
Krampfadern	12	Posttraumatische Belastungsstörung	24
Kreuzschmerz	13	Präoperative Untersuchungen	14
Lähmung	15, 16	Prostata-Ca	28
Laxantienabusus	23	Psychische Erkrankungen	19
Leberkrankheit	34	Querschnittslähmung	16
Leberzirrhose	34	Radiatio	28
Leistenhernie	14	Radikulopathie	13
Lese und Rechtschreibschwäche	19	Rechenstörung	19
Lipom	35	Refluxkrankheit	32
Lungenentzündung	4	Reizdarmsyndrom	32
Lymphknotenmetastasen	27	Rhinopathie	3
Melanom	30	Rhinopharyngitis	26
Metastasen	26, 27, 30	Rückenmark	15
Migräne	18	Schilddrüsenerkrankungen	7, 8, 27
Mitralinsuffizienz	10	Schlafapnoe	21
Mittelmeerfieber	10	Schlafstörungen	21
Morbus Alzheimer	20	Schlaganfall	20, 24, 25
Morbus Crohn	33, 34	Schnittverletzung	35
Morbus Parkinson	16	Schnupfen	26
MRSA	36	Schwangerschaft	18
Multiinfarkt	20	Sinusitis maxillaris	26
Multiple Sklerose	16	Sklerenikterus	23
Muskelverspannung	14, 17	Skoliose	14
Myogelosen	14	Somatisierung	22
Myokardinfarkt	9	Somatisierungsstörung	22
Naht	35	Spastik	16
Nebenschilddrüse	8	Spastische Paraparese	16
Nephropathie	31	Subarachnoidalblutung	24
Nervenkompression	18	Teerstuhl	3
Nervensystem	14	Thalidomid Embryopathie	26
Neubildungen, bösartige	3, 27, 28, 29, 30	Trigeminusneuralgie	18
Neuralgien	18	Tumoren	26
Neuritis	16	Ulcus	32
Niereninsuffizienz	8, 30	Ureterstein	31
Nierenkrankheit	30	Urogenitalsystem	30
Nierensteine	31	Varizen	12
Nikotinabusus	3, 23, 24	Verband	35
Obstipation	32	Verdauungstrakt	32
OP-Indikation	14	Verhaltensstörungen	19, 22
Ösophagitis	32	Verletzungen	35
Ovariakarzinom	29	Verordnungen	35
Palliativbehandlung	19	Verschlusskrankheit	11
Palpitationen	11	Virushepatitis	34
Paraplegie	16	Vorhofflimmern	10
Parese	15, 25	Vorsorgeuntersuchung	37
Parkinson	16	Wiederholungsrezept	25, 35
pAVK	11	Wundkontrolle	36
Pharyngitis	26	Zeckenbiss	19
Plegie	15	Zirrhose	34
Pneumonie	4	Zoster	18

## Quellen

ICD-10-GM 2014, Systematisches Verzeichnis; Deutscher Ärzte Verlag 2013, ISBN 978-3-7691-3537-4

Basiswissen ICD-10; Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV);  
[www.kbv.de/kodieren/40747.html](http://www.kbv.de/kodieren/40747.html) (27.08.2013, 13:06 Uhr)

Häufige Fragen ICD-10; KBV; [www.kbv.de/kodieren/25215.html](http://www.kbv.de/kodieren/25215.html) (27.08.2013, 13:07 Uhr)

Kodierhilfen; KBV; [www.kbv.de/kodieren/25220.html](http://www.kbv.de/kodieren/25220.html) (27.08.2013, 13:07 Uhr)

Kodier-Beispiele; KBV; [www.kbv.de/kodieren/25221.html](http://www.kbv.de/kodieren/25221.html) (27.08.2013, 13:07 Uhr)

Schulungsunterlagen; KBV; [www.kbv.de/kodieren/25216.html](http://www.kbv.de/kodieren/25216.html) (27.08.2013, 13:08 Uhr)

ZI-Kodierhilfe; Schulungsunterlagen vom 21.10.2010;  
Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Raskop A.M., Franzkowiak de Rodriguez M.: Vortrag anlässlich der Informationsveranstaltung des IQN am 30.06.2010

Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 18/2011 vom 17.11.2012;  
[www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/bekanntmachungen/bekanntmachung/article/bekanntmachung-zum-gesundheitsfonds-nr-182011.html](http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/bekanntmachungen/bekanntmachung/article/bekanntmachung-zum-gesundheitsfonds-nr-182011.html)  
(29.08.2013, 14:58 Uhr)

Artikelserie „Sachgerecht kodieren“ der KV Nordrhein und der KV Westfalen-Lippe

Deutsches Ärzteblatt 2011, Artikel: Fortbildung zu ambulante Kodierrichtlinien

Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN), Merkblätter:  
„Fachgruppenspezifische Kodierbeispiele“

## Links

[www.kbv.de/kodieren/kodieren.html](http://www.kbv.de/kodieren/kodieren.html)

[www.kvno.de/10praxis/30honorarundrecht/45kodieren/index.html](http://www.kvno.de/10praxis/30honorarundrecht/45kodieren/index.html)

# Impressum

## **Herausgeber**

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
Tersteegenstr. 9 | 40474 Düsseldorf

## **Redaktion**

Dr. Dagmar M. David MPH (IQN)  
Dr. Martina Levartz MPH(IQN)  
Dr. Patricia Shadiakhy (KVNO)  
Frank Naundorf (KVNO)

## **Anschrift der Redaktion**

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
40182 Düsseldorf  
Telefon 0211 5970 8108  
Telefax 0211 5970 8100  
E-Mail [Redaktion@kvno.de](mailto:Redaktion@kvno.de)

## **Druck**

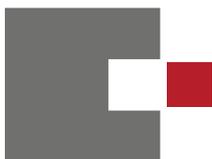
Echo Verlag, Köln

## **Stand**

Januar 2014

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
40182 Düsseldorf  
E-Mail [redaktion@kvno.de](mailto:redaktion@kvno.de)  
Tel. 0211 5970 0 · Fax 0211 5970 8100

[www.kvno.de](http://www.kvno.de)



**Engagiert für Gesundheit.**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein