

Ergänzende Hinweise zur Kodierung der Haupt- und Nebendiagnosen

Die nachstehenden Kodierhinweise sollen die einheitliche ICD-Kodierung der Hauptdiagnose und der Nebendiagnosen vereinfacht beschreiben. Die Kodierung von Krankheiten insbesondere im Zusammenhang mit Geburten, Wochenbett oder in der Perinatalzeit werden hier nicht näher beschrieben.

Die Vorgaben orientieren sich grob an den Deutschen Kodierrichtlinien. Die hier dargestellten Vereinfachungen sind allein für die Zwecke der Vereinbarung nach § 22 Abs. 2 KHG bestimmt und stellen auch keine Hinweise für die Interpretation der Deutschen Kodierrichtlinien dar.

Kodiert wird nach dem systematischen Verzeichnis des ICD 10 des jeweiligen Kalenderjahres.

Hauptdiagnose:

Die Hauptdiagnose ist die Diagnose, die für den stationären Aufenthalt verantwortlich ist. Dazu wird der Krankenhausaufenthalt am Ende analysiert und die Diagnose festgelegt, die den stationären Aufenthalt maßgeblich veranlasst hat.

Wenn nur ein Symptom behandelt wird, aber nicht die eigentliche Grundkrankheit (z.B. Aszites bei Leberzirrhose), so ist das Symptom als Hauptdiagnose zu kodieren. Wenn ein Patient mit einem Symptom aufgenommen wird und im Verlauf die zugrundeliegende Krankheit festgestellt wird ist letztere die Hauptdiagnose (z.B. Aufnahme mit Brustschmerz Diagnose später Herzinfarkt folglich Hauptdiagnose Herzinfarkt). Wenn ein Patient mit mehreren Erkrankungen aufgenommen wird, die alle die Hauptdiagnose sein könnten muss der behandelnde Arzt die Krankheit festlegen, die den höchsten Aufwand verursacht hat. Diese Krankheit ist dann die Hauptdiagnose.

Nebendiagnosen:

Eine Nebendiagnose ist eine Krankheit, die zusätzlich zur Hauptdiagnose besteht. Sie kann auch im Verlauf der Behandlung erst auftreten oder diagnostiziert werden.

Damit eine Nebendiagnose kodiert werden darf muss sie das Patientenmanagement beeinflussen. Dies kann durch pflegerischen, diagnostischen oder therapeutischen Aufwand verursacht werden. Es gibt keinen Mindestaufwand für eine Nebendiagnose. Eine einmalige Medikamentengabe kann beispielsweise die Kodierung einer oder mehrerer Nebendiagnosen begründen.

Dieselbe Leistung (z.B. eine Medikamentengabe) kann die Kodierung von mehreren Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) auslösen (z.B. wenn ein Arzneimittel mehrere Erkrankungen beeinflusst bspw. Betablocker für Bluthochdruck und Herzrhythmusstörung).

Eine **Verdachtsdiagnose** kann nur kodiert werden, wenn sie sich später bestätigt oder wenn zielgerichtet auf sie eine Therapie stattgefunden hat (z.B. Antibiose bei Verdacht auf Lungenentzündung).

Bei **bösartigen Tumorerkrankungen** ist immer die Tumorerkrankung Hauptdiagnose (sofern der Patient nicht nur aufgrund einer anderen Erkrankung behandelt wurde) bis die Tumorbehandlung abgeschlossen ist.

Diabetes mellitus wird mit einer sog. Kreuz –Diagnose (z.B. E11.72†Diabetes mellitus, Typ 2 mit multiplen Komplikationen) kodiert. Viele Komplikationen des Diabetes werden mit einer Sterndiagnose z. B. G63.2* (Diabetische Polyneuropathie) beschrieben. Sterndiagnosen dürfen nicht alleine kodiert werden. Sie benötigen immer eine Kreuzdiagnose.

Erkrankungen und Störungen nach medizinischen Maßnahmen werden im Hinblick auf die Art der Erkrankung oder Störung durch einen möglichst spezifischen Kode beschrieben (z.B. E89.0 Hypothyreose nach medizinischen Maßnahmen). Nur wenn sich kein spezifischer Kode finden lässt, sind u. a. die unspezifischen Codes aus T80–T88 anzuwenden.