

Kodiervorgaben

Die nachstehenden Kodiervorgaben sollen die einheitliche ICD-Kodierung der Hauptdiagnose und der Nebendiagnose in einer Ausnahmesituation regeln. 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 und stimmen nicht mit diesen überein. Die hier dargestellten Vereinfachungen sind allein für die Zwecke der Anlage 6 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.

Ausfüllhinweise zu Anlage 3
Aufnahmeanzeige nach § 22 Absatz 2 KHG

Absender:

- Name der Einrichtung: Hier ist die offizielle Namensbezeichnung der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung anzugeben. _____
- Institutionskennzeichen: Hier ist das 9-stellige Institutionskennzeichen aus dem Verfahren nach § 301 Absatz 4 SGB V anzugeben. _____
- Kostenträger: Hier ist die aus dem Verfahren nach § 301 Absatz 4 SGB V bekannte Bezeichnung der Krankenkasse anzugeben. Die Kostenträgerdaten können auch den Kostenträgerdateien auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden. Bei privat krankenversicherten Patienten ist die Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens anzugeben. _____
- IK des Kostenträgers Hier ist das 9-stellige Institutionskennzeichen des Kostenträgers anzugeben. Es kann das Kostenträger-IK von der eGK angegeben werden oder das Kostenträger-Haupt-IK aus einer Kostenträgerdatei auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes. Dieses Feld ist nur auszufüllen, sofern der Patient in der GKV versichert ist. _____

Information zur/zum Versicherten:

- Name des Versicherten: Es ist der Nachname des Versicherten ohne Vor- und Zusatzworte und ohne Titel anzugeben. _____
- Vorname: _____
- Krankenversicherten-Nr.: Die Krankenversicherungsnummer ist der eGK zu entnehmen. _____
- Reha-internes Kennzeichen des Versicherten: Hier ist ein bis zu 17 Stellen umfassendes internes Kennzeichen des Behandlungsfalles anzugeben, das den Behandlungsfall in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung eindeutig identifiziert. _____
- Geschlecht: männlich weiblich divers unbestimmt
- Geburtsdatum: _____
- Straße und Haus-Nr.: _____
- Postleitzahl: _____
- Wohnort: _____
- Internationales Länderkennzeichen: Diese Angabe bleibt leer. Nur für Auslandsversicherte ist das Herkunftsland entsprechend des im § 301-Verfahren vereinbarten Länderkennzeichens oder als Freitext anzugeben. _____

Aufnahmedaten:

Aufnahmetag: _____

Aufnahmegrund:



0101 vollstationär

Diagnoseangaben: (Die Angaben können bis zu 20 mal erfolgen)

Aufnahmediagnose
(ICD10, Lokalisation):

Es sind die bei der Aufnahme durch die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung selbst festgestellten Diagnosen anzugeben. Diagnoseangaben sind endständig nach dem amtlichen ICD-10-GM zu verschlüsseln. Eine Beschreibung in Textform ist unzulässig.

Ggf. Sekundärdiagnose
(ICD10, Lokalisation):

Hier kann zu einer Aufnahmediagnose eine als optionale oder Stern-Diagnosen im ICD-10-GM gekennzeichnete ergänzende Diagnose angegeben werden. Diagnoseangaben sind endständig nach dem amtlichen ICD-10-GM zu verschlüsseln. Eine Beschreibung in Textform ist unzulässig.

Einweisungsdiagnose
(ICD10, Lokalisation):

Sofern dem Einweisungsschein eine nach ICD-10-GM verschlüsselte Einweisungsdiagnose entnommen werden kann, ist diese hier anzugeben.

Ggf. Sekundärdiagnose
(ICD10, Lokalisation):

Hier kann zu einer Einweisungsdiagnose eine als optionale oder Stern-Diagnosen im ICD-10-GM gekennzeichnete ergänzende Diagnose angegeben werden, sofern sie dem Einweisungsschein entnommen werden kann.

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

Ort, Datum

Unterzeichner / Unterschrift

Anlage 4: Ausfüllhinweise
Entlassungsanzeige nach § 22 Absatz 2 KHG

Absender:

- Name der Einrichtung: Hier ist die offizielle Namensbezeichnung der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung anzugeben. _____
- Institutionskennzeichen: Hier ist das 9-stellige Institutionskennzeichen aus dem Verfahren nach § 301 Absatz 4 SGB V anzugeben. _____
- Kostenträger: Hier ist die aus dem Verfahren nach § 301 Absatz 4 SGB V bekannte Bezeichnung der Krankenkasse anzugeben. Die Kostenträgerdaten können auch den Kostenträgerdateien auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden.
Bei privat krankenversicherten Patienten ist die Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens anzugeben. _____
- IK des Kostenträgers: Hier ist das 9-stellige Institutionskennzeichen des Kostenträgers anzugeben. Es kann das Kostenträger-IK von der eGK angegeben werden oder das Kostenträger-Haupt-IK aus einer Kostenträgerdatei auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes. Dieses Feld ist nur auszufüllen, sofern der Patient in der GKV versichert ist. _____

Information zur/zum Versicherten:

- Name des Versicherten: Es ist der Nachname des Versicherten ohne Vor- und Zusatzworte und ohne Titel anzugeben. _____
- Vorname: _____
- Krankenversicherten-Nr.: Die Krankenversicherungsnummer ist der eGK zu entnehmen. _____
- Reha-internes Kennzeichen des Versicherten: Hier ist das bis zu 17 Stellen umfassende interne Kennzeichen des Behandlungsfalles aus der Aufnahmeanzeige anzugeben, das den Behandlungsfall in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung eindeutig identifiziert. _____
- Geschlecht: männlich weiblich divers unbestimmt
- Geburtsdatum: _____
- Straße und Haus-Nr.: _____
- Postleitzahl: _____
- Wohnort: _____
- Internationales Länderkennzeichen: Diese Angabe bleibt leer. Nur für Auslandsversicherte ist das Herkunftsland entsprechend des im § 301-Verfahren vereinbarten Länderkennzeichens oder als Freitext anzugeben. _____

Angaben zur Entlassung/Verlegung:

Aufnahmetag: _____

Entlassungs-/
Verlegungstag: _____

Entlassungs-/
Verlegungsuhrzeit: _____

Entlassungs-/
Verlegungsgrund:

<input type="checkbox"/>	019 regulär	<input type="checkbox"/>	039 sonstige Gründe
<input type="checkbox"/>	069 Verlegung	<input type="checkbox"/>	079 Tod

Hauptdiagnose
(ICD10, Lokalisation):

Es ist die zur Entlassung festgestellte Diagnose, die den Krankenhausaufenthalt hauptsächlich verursachte, anzugeben. Diagnoseangaben sind endständig nach dem amtlichen ICD-10-GM zu verschlüsseln. Eine Beschreibung in Textform ist unzulässig.

Ggf. Sekundärdiagnose
(ICD10, Lokalisation):

Hier kann zur Hauptdiagnose eine als optionale oder Stern-Diagnosen im ICD-10-GM gekennzeichnete ergänzende Diagnose angegeben werden. Diagnoseangaben sind endständig nach dem amtlichen ICD-10-GM zu verschlüsseln. Eine Beschreibung in Textform ist unzulässig.

Nebendiagnosen: (Die Angaben können bis zu 10 mal erfolgen)

Nebendiagnose
(ICD10, Lokalisation):

Hier können bis zu 10 weitere behandlungsrelevante Diagnosen angegeben werden. Diagnoseangaben sind endständig nach dem amtlichen ICD-10-GM zu verschlüsseln. Eine Beschreibung in Textform ist unzulässig.

Ggf. Sekundärdiagnose
(ICD10, Lokalisation):

Hier kann zur Nebendiagnose eine als optionale oder Stern-Diagnosen im ICD-10-GM gekennzeichnete ergänzende Diagnose angegeben werden. Diagnoseangaben sind endständig nach dem amtlichen ICD-10-GM zu verschlüsseln. Eine Beschreibung in Textform ist unzulässig.

Angabe zu Operationen/Prozeduren: (Die Angaben können bis zu 20 mal erfolgen)

Nur anzugeben sofern Zusatzentgelte der Anlage 7 abgerechnet wurden.

Tag der Prozeduranwendung:	Bei mehrtägig durchgeführten Prozeduren ist der Tag des Beginns der Prozedur anzugeben. Das Datum ist nur anzugeben, wenn auch eine Operation/Prozedur angegeben wird.
Prozedur (OPS, Lokalisation):	Hier können bis zu 20 Prozeduren angegeben werden. Die Angaben sind endständig nach dem amtlichen OPS zu verschlüsseln. Eine Beschreibung in Textform ist unzulässig. Prozeduren sind dann anzugeben, wenn Prozeduren basierte Zusatzentgelte in Rechnung gestellt werden sollen.

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt:

Ort, Datum

Unterzeichner / Unterschrift

**Anlage 5: Ausfüllhinweise
Verlängerungsanzeige mit medizinischer Begründung nach
§ 22 Absatz 2 KHG**

Absender:

- Name der Einrichtung: Hier ist die offizielle Namensbezeichnung der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung anzugeben.
- Institutionskennzeichen: Hier ist das 9-stellige Institutionskennzeichen aus dem Verfahren nach § 301 Absatz 4 SGB V anzugeben.
- Kostenträger: Hier ist die aus dem Verfahren nach § 301 Absatz 4 SGB V bekannte Bezeichnung der Krankenkasse anzugeben. Die Kostenträgerdaten können auch den Kostenträgerdateien auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden.
Bei privat krankenversicherten Patienten ist die Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens anzugeben.
- IK des Kostenträgers: Hier ist das 9-stellige Institutionskennzeichen des Kostenträgers anzugeben. Es kann das Kostenträger-IK von der eGK angegeben werden oder das Kostenträger-Haupt-IK aus einer Kostenträgerdatei auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes. Dieses Feld ist nur auszufüllen, sofern der Patient in der GKV versichert ist

Information zur/zum Versicherten:

- Name des Versicherten: Es ist der Nachname des Versicherten ohne Vor- und Zusatzworte und ohne Titel anzugeben.

- Vorname: _____
- Krankenversicherten-Nr.: Die Krankenversichertennummer ist der eGK zu entnehmen.

- Reha-internes Kennzeichen des Versicherten: Hier ist das bis zu 17 Stellen umfassende interne Kennzeichen des Behandlungsfalles aus der Aufnahmeanzeige anzugeben, das den Behandlungsfall in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung eindeutig identifiziert.

- Geschlecht: männlich weiblich divers unbestimmt
- Geburtsdatum: _____
- Straße und Haus-Nr. _____
- Postleitzahl: _____
- Wohnort: _____
- Internationales Länderkennzeichen: Diese Angabe bleibt leer. Nur für Auslandsversicherte ist das Herkunftsland entsprechend des im § 301-Verfahren vereinbarten Länderkennzeichens oder als Freitext anzugeben.

Dauer der Verlängerung:

Aufnahmetag: _____

Voraussichtliche Dauer der Behandlung: _____ Hier ist das Datum der voraussichtlichen Entlassung/Verlegung anzugeben.

Behandlungsdiagnosen: (Die Angaben können bis zu 10 mal erfolgen)

Diagnose (ICD10, Lokalisation): _____ Hier können bis zu 10 behandlungsrelevante Diagnosen angegeben werden. Diagnoseangaben sind endständig nach dem amtlichen ICD-10-GM zu verschlüsseln. Eine Beschreibung in Textform ist unzulässig. Eine Lokalisationsangabe kann durch Ergänzung von L, R oder B hinter dem Schlüssel erfolgen.

Ggf. Sekundärdiagnose (ICD10, Lokalisation): _____ Hier kann zur Diagnose eine als optionale oder Stern-Diagnosen im ICD-10-GM gekennzeichnete ergänzende Diagnose angegeben werden. Diagnoseangaben sind endständig nach dem amtlichen ICD-10-GM zu verschlüsseln. Eine Beschreibung in Textform ist unzulässig.

Medizinische Begründung:

In der medizinischen Begründung ist die Ursache für die Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes in Freitextform zu erläutern.

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

Ort, Datum

Unterzeichner / Unterschrift

Anlage 6: Ausfüllhinweise

Rechnungssatz nach § 22 Absatz 2 KHG

(Zuzahlungen der Versicherten werden nicht durch die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sondern direkt durch die Krankenkasse eingezogen.)

Absender:

- Name der Einrichtung: Hier ist die offizielle Namensbezeichnung der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung anzugeben. _____
- Institutionskennzeichen: Hier ist das 9-stellige Institutionskennzeichen aus dem Verfahren nach § 301 Absatz 4 SGB V anzugeben. _____
- Kostenträger: Hier ist die aus dem Verfahren nach § 301 Absatz 4 SGB V bekannte Bezeichnung der Krankenkasse anzugeben. Die Kostenträgerdaten können auch den Kostenträgerdateien auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden. Bei privat krankenversicherten Patienten ist die Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens anzugeben. _____
- IK des Kostenträgers: Hier ist das 9-stellige Institutionskennzeichen des Kostenträgers anzugeben. Es kann das Kostenträger-IK von der eGK angegeben werden oder das Kostenträger-Haupt-IK aus einer Kostenträgerdatei auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes. Dieses Feld ist nur auszufüllen, sofern der Patient in der GKV versichert ist. _____

Information zur/zum Versicherten:

- Name des Versicherten: Es ist der Nachname des Versicherten ohne Vor- und Zusatzworte und ohne Titel anzugeben. _____
- Vorname: _____
- Krankenversicherten-Nr.: Die Krankenversicherungsnummer ist der eGK zu entnehmen. _____
- Reha-internes Kennzeichen des Versicherten: Hier ist das bis zu 17 Stellen umfassende interne Kennzeichen des Behandlungsfalles aus der Aufnahmeanzeige anzugeben, das den Behandlungsfall in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung eindeutig identifiziert. _____
- Geschlecht: männlich weiblich divers unbestimmt
- Geburtsdatum: _____
- Straße und Haus-Nr.: _____
- Postleitzahl: _____
- Wohnort: _____
- Internationales Länderkennzeichen: Diese Angabe bleibt leer. Nur für Auslandsversicherte ist das Herkunftsland entsprechend des im § 301-Verfahren vereinbarten Länderkennzeichens oder als Freitext anzugeben. _____

Rechnungsdaten:

Rechnungsnummer: Die Rechnungsnummer dient zur eindeutigen Identifizierung der Einzelrechnung.

Rechnungsdatum: _____
Rechnungsart: 02 Schlussrechnung 04 Gutschrift/Storno
Aufnahmetag: _____
Rechnungsbetrag: Hier ist der Gesamtbetrag anzugeben, der sich aus der Summe der Entgeltbeträge der einzelnen unten aufgeführten Rechnungspositionen ergibt.

Ggf. abweichendes IK für den Zahlungsweg: Sofern ein anderer Zahlungsempfänger als die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung gewünscht ist, kann hier das abweichende Institutionskennzeichen für das Empfängerkonto angegeben werden.

Rechnungspositionen: (Die Angaben können bis zu 20 mal erfolgen)

Entgeltart: Hier ist der für die in Rechnung gestellte Leistung vereinbarte 8-stellige Entgeltschlüssel anzugeben. Es sind die Entgeltschlüssel für die explizit vereinbarten Abrechnungspauschalen (vgl. Anlage 2) und die Entgeltschlüssel für abrechenbare Zusatzentgelte (vgl. Anlage 7) anzugeben.

Entgeltbetrag: Hier ist der unter Entgeltart verschlüsselten Leistung zugeordnete Einzelbetrag anzugeben.

Abrechnung von: Beginn der in Rechnung gestellten Leistung.

Abrechnung bis: Ende der in Rechnung gestellten Leistung.

Entgeltanzahl: Hier kann ein Faktor angegeben werden, sofern eine Leistung mehrfach abgerechnet wird, z.B. bei Abrechnung einer Tagespauschale an 5 Tagen enthält Entgeltbetrag den Tagespreis und Entgeltanzahl den Faktor 5.

Anzahl Tage ohne Berechnung: Sofern es Behandlungsunterbrechungen mit ganzen Tagen an Abwesenheit des Patienten gab, kann hier die Anzahl der Tage mit 24-stündiger Abwesenheit angegeben werden, die nicht vergütet werden.

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

Ort, Datum

Unterzeichner / Unterschrift