

Sachgerechte Kodierung in der ambulanten Versorgung

Beispiel: Koronare Herzerkrankung und Herzinsuffizienz



Im Kapitel 9 „Krankheiten des Kreislaufsystems“ des ICD-10-GM finden sich für die Indikationen Koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz maßgebliche Kodierungen: Ärzte, die im fachärztlichen Sektor tätig sind, sollen grundsätzlich spezifisch, also fünfstellig kodieren. Im hausärztlichen Sektor und im ärztlichen Notfalldienst ist eine vierstellige Kodierung ausreichend.

Alle Vertragsärzte müssen Aussagen zur Diagnosesicherheit vornehmen. Als morbiditätsrelevant gelten lediglich „gesicherte“ Diagnosen (G). Besonders wichtig wird hier die Unterscheidung zwischen aktuellen Krankheitsbildern und jenen, die im Behandlungsfall keine Relevanz besitzen und als „Zustand nach“ (Z) zu kodieren sind (siehe folgende Beispiele). „Zustand nach“-Diagnosen sind allesamt – mit wenigen Ausnahmen im Bereich der Onkologie – ebenso wie die „Verdacht auf“- (V) und „Ausschluss“-Diagnosen (A) von untergeordneter Bedeutung für die Morbiditätsfeststellung und Mittelzuweisung.

Mögliche Kodierziffern für die Koronare Herzkrankheit bzw. die Herzinsuffizienz

- I20.- Angina pectoris
- I21.- Akuter Myokardinfarkt
- I22.- Rezidivierender Myokardinfarkt
- I23.- Bestimmte Komplikationen nach Myokardinfarkt
- I24.- Sonstige akute ischämische Herzkrankheit
- I25.- Chronische ischämische Herzkrankheit
- I50.- Herzinsuffizienz

Multimorbidität durch chronische Erkrankungen bei immer älter werdender Bevölkerung hat zur Folge, dass der Großteil der zu kodierenden Diagnosen im Praxisverwaltungsprogramm als Dauerdiagnose mit aktueller und / oder ständig zu erwartender Behandlungsrelevanz hinterlegt werden kann. Aktuelle Verschlechterungen und Komplika-

tionen bestimmter Krankheitsbilder sind so im Regelfall allein durch eine spezifische Kodierung (d. h. fünfstellig) schneller erfasst. Dennoch sind insbesondere bei der KHK und bei cerebralen Durchblutungsstörungen wichtige Details zu beachten, um sachgerecht zu kodieren. Hier müssen Sie in jedem Fall die Verschlüsselungssystematik der verschiedenen Symptome und Krankheitsbilder der KHK im ICD-10-GM kennen.

Beispiel 1: Herzinfarkt – als **ausgeschlossene** Diagnose

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-Gefäß-Erkrankung diagnostiziert.

Kodierung:

I20.0 G – Instabile Angina pectoris

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

Eine Kodierung des ausgeschlossenen akuten Herzinfarktes ist in diesem Beispiel nicht erforderlich. Hier sind die beiden gesicherten Diagnosen Angina pectoris und koronare Zwei-Gefäß-Erkrankung ausschlaggebend für die Informationsübermittlung im Abrechnungsdatensatz. Weitere Informationen über differenzierte Diagnose-Kodes finden Sie in Beispiel 2.

Beispiel 2: Herzinfarkt – als **gesicherte** Diagnose

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.

Kodierung:

I20.0 G – Instabile Angina pectoris

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

I21.0 G – Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand

Auch wenn die eigentliche Akutversorgung des Herzinfarktes stationär erfolgt, können Sie den Herzinfarkt hier als gesicherte Diagnose angeben. Die eindeutigen Infarktzeichen im EKG und das Gesamtkrankheitsbild des Patienten bilden die ausreichende Grundlage für die Kodierung mit dem Zusatzkennzeichen ‚G‘ für die Diagnosesicherheit.

Beispiel 3: Herzinfarkt – als **Weiterbehandlung** in der Vertragsarztpraxis nach Klinikentlassung

Ein Patient hat **vor sechs Wochen** (im vergangenen Quartal) einen Herzinfarkt erlitten und war deshalb in stationärer Behandlung. Neben der Akutversorgung des Vorderwandinfarktes wurde in der Klinik auch eine diagnostizierte koronare Zwei-Gefäß-Erkrankung mit Stent versorgt. Der Patient kommt jetzt **sechs Wochen nach Myokardinfarkt** und Reha zur Beratung und Medikamentenverordnung in die Praxis.

Mitgelieferte Diagnosen aus der Klinik:

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

I21.0 – Akuter Myokardinfarkt der Vorderwand

Kodierung:

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

I25.20 G – Alter Myokardinfarkt, 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend

Für einige Erkrankungen sieht die ICD-10-GM **spezifische Codes für den Zustand nach einer Erkrankung bzw. die Folgen einer Erkrankung** vor. Diese spezifischen ICD-10-Kodes können mit dem Zusatzkennzeichen ‚G‘ für die Diagnosesicherheit kodiert werden. Klassisches Beispiel ist der „alte“ Herzinfarkt. Daher sollte in diesem Beispiel eine Anpassung der ICD-10-Kodes aus den Klinikunterlagen an die aktuelle Situation in der ambulanten Weiterversorgung erfolgen: Das bedeutet konkret: Anstelle der Kodierung I21.0 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand (< 29 Tage) bietet sich jetzt folgender Kode an: I25.20 Alter Myokardinfarkt (29 Tage < 4 Monate zurückliegend) mit Ergänzung des Diagnosenzusatzkennzeichens ‚G‘.

Unter Verwendung des Zusatzkennzeichens ‚Z‘ für „Zustand nach“ wäre auch die Übernahme der Kodierung aus der Klinik mit I21.0 Z Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand möglich. **Dieses Vorgehen ist jedoch nicht zu empfehlen**, da bei den derzeitigen Verfahren zur Morbiditätsmessung bis auf wenige Ausnahmen im Bereich der Onkologie nur ICD-10-Kodes mit dem Zusatzkennzeichen ‚G‘ für die Diagnosesicherheit verwendet werden. Im Beispiel wird durch die Umstellung des ICD-10-Kodes auf I25.20 G nun eine Morbiditätsmessung ermöglicht, die auch beachtliche Folgewirkungen auf die Rückflüsse aus dem Gesundheitsfonds besitzt. Die Verwendung des Kodes „Zustand nach (akutem) Myokardinfarkt“ führt zu keinem weiteren Geldfluss aus dem Gesundheitsfonds. Dieser kassenseitig entstehende Verlust schwächt die KVWL in ihren Verhandlungen um das ärztliche Honorar.

Fazit: Bitte vermeiden Sie „Zustand nach Diagnosen“(Z) aus dem Bereich der KHK und anderer Stoffwechselerkrankungen. An ihre Stelle treten gesicherte Diagnose-Kodes, die in ihrer Legende bereits den „Zustand nach“ automatisch implizieren. Hier muss das Zusatzkennzeichen Diagnosesicherheit „G“ (für gesichert) aber beachtet und gesetzt werden.

Beispiel 4: Rezidivprophylaxe – bei vorausgegangenem älteren Myokardinfarkt (mind. 1 Jahr zurückliegend)

Ein Patient wurde vor Jahren wegen eines Herzinfarktes und einer koronaren Zwei-Gefäß-Erkrankung stationär behandelt bzw. versorgt. Seitdem erfolgt eine medikamentöse Therapie zur Rezidivprophylaxe. Im aktuellen Quartal stellt sich der Patient zur Medikamentenverordnung in der Praxis vor.

Kodierung:

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

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

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

Nach einem Herzinfarkt ist bei den meisten Patienten eine lebenslange medikamentöse Therapie sinnvoll, die Komplikationen wie Herzrhythmusstörungen und Herzmuskelschwäche sowie erneuten Herzinfarkten vorbeugt. Dazu wird der „alte“ Herzinfarkt kodiert. Die Kodierung des akuten Herzinfarktes mit dem Zusatzkennzeichen ‚G‘ für die Diagnosesicherheit wäre in diesem Beispiel falsch – trotz regelmäßiger Sekundärprophylaxe (z. B. ASS oder Betablocker-Verordnung) aufgrund des früheren Herzinfarktes.

Auch wenn es sich nicht direkt um Diagnosen handelt, sieht die ICD-10-GM im Kapitel XXI Kodes vor, die Faktoren beschreiben, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00–Z99). So können Sie in diesem Beispiel die Rezidivprophylaxe über den Code Z92.2 verschlüsseln. ICD-10-Kodes, die Zustände in der Eigenanamnese beschreiben, werden grundsätzlich mit dem Zusatzkennzeichen ‚G‘ für die Diagnosesicherheit kodiert.

Fazit: Auch hier gilt, vermeiden Sie „Zustand nach“- Diagnosen und verwenden Sie stattdessen spezifische Kodes, die einen abgelaufenen Myokardinfarkt (in der Anamnese) automatisch implizieren.

Beispiel Herzinsuffizienz: Herzinsuffizienz halb so häufig diagnostiziert wie KHK

Diagnosefälle der Herzinsuffizienz finden sich im Verschreibungsindex laut IMS Health halb so häufig wie Diagnosen der koronaren Herzkrankheit (KHK). Außerdem ist in den vergangenen Jahren auch die Häufigkeit der Herzinsuffizienz-Diagnosefälle rückläufig. Parallel zu dieser Entwicklung haben sich die Verordnungen der Herzglykoside verringert. Wir möchten Sie jedoch darauf hinweisen, dass die Verordnungen von ACE-Hemmern, Betarezeptorenblockern und Diuretika, die allesamt das Herz entlasten, seit Jahren zunehmen – möglicherweise unter Verwendung einer anderen Diagnose. Es ist zu befürchten, dass die Diagnose Herzinsuffizienz in der Kodierung vernachlässigt bzw. vergessen wird.

Bei der Herzinsuffizienz werden Rechts- und Linksherzinsuffizienz unterschieden und entsprechend kodiert. Die Rechtsherzinsuffizienz erfordert die Differenzierung zwi-

schen primärer und sekundärer Ursache (links-kardiales Rückwärtsversagen). Die Linksherzinsuffizienz

ist nach dem jeweiligen NYHA-Stadium (I–IV) zu kodieren.

Beispiel 5: Herzinsuffizienz – als gesicherte Diagnose

Ein Patient mit bekannter stabiler Angina pectoris und koronarer Zwei-Gefäß-Erkrankung stellt sich in der Praxis mit Luftnot schon bei leichter körperlicher Belastung vor. Seit Jahren wird er wegen arterieller Hypertonie mit ACE-Hemmern und Diuretika behandelt

Kodierung:

I10.90 G – Essentielle Hypertonie n. n. b., ohne hypertensive Krise

I20.90 G – stabile Angina pectoris

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

I50.13 G – Linksherzinsuffizienz bei leichterer Belastung (NYHA-Stadium III)

Die nachgewiesene Zwei-Gefäß-KHK und stabile Angina pectoris sichern die Koronare Herzerkrankung als Diagnose. Mittels Echokardiographie konnte eine Funktionsstörung des linken Ventrikels (systolisch oder diastolisch) nachgewiesen werden. Die klinischen Beschwerden mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter (leichter) Tätigkeit sowie vorzeitiger Erschöpfung, Rhythmusstörungen und Luftnot lassen im Rahmen der medikamentös gut kompensierten arteriellen Hypertonie die Linksherzinsuffizienz als gesichert erscheinen.

Beispiel 6: Herzinsuffizienz – als Folge einer hypertensiven Herzerkrankung

Ein langjährig hypertensiver Patient wird vorgestellt mit ausgeprägter Luftnot bereits im Sitzen (Ruhedyspnoe). Der Blutdruck liegt bei über 210/110 mmHg. Der Patient berichtet über deutliche Gewichtszunahme, Inappetenz und zunehmende symmetrische Beinödeme in den letzten Wochen. Eine Nierenerkrankung kann sonographisch und laborchemisch ausgeschlossen werden. Im Rahmen einer ambulanten Koronarangiographie wurde vor einem Monat eine Koronare Herzerkrankung ausgeschlossen. Es erfolgt jetzt eine stationäre Einweisung.

Kodierung:

I11.01 G – Hypertensive Herzkrankheit mit kongestiver Herzinsuffizienz und Angabe einer hypertensiven Krise

I50.14 G – Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe (NYHA-Stadium IV)

I50.01 G – sekundäre Rechtsherzinsuffizienz

Ursache für die jetzige kardiale Dekompensation ist (bei nachgewiesenem Ausschluss einer KHK vor einem Monat) eine hypertensive Herzerkrankung. Diese zwingt nun bei aktueller hypertensiver Krise und globaler kardialer Dekompensation zur stationären Aufnahme. Mittels EKG und nachgewiesener Linksherzhypertrophie (Hausarzt) sowie zuvor schon ambulant beim Kardiologen durchgeführter Echokardiographie, der eine erheblich gestörte systolische und diastolische LV-Funktion feststellte, können Sie jetzt in Verbindung mit dem gesamten klinischen Zustandsbild die Einweisungsdiagnose „globale Herzinsuffizienz“ als gesichert annehmen. Ein fünfstelliger Code für „globale Herzinsuffizienz“ existiert nicht, will man nicht mit I50.9 (Herzinsuffizienz, nicht näher beschrieben) kodieren. Somit ist sowohl die Links- als auch nachfolgende Rechtsherzinsuffizienz zu kodieren: Die Beschwerden mit Luftnot bereits in Ruhe und Bettlägrigkeit erfordern die Kodierung (gemäß NYHA-Stadium IV) I50.14! Ferner sollten Sie die sekundäre Rechtsherzinsuffizienz I50.01 beachten, da diese Folge des progredienten kardialen Rückwärtsversagens mit (postkapillärer) Lungenstauung ist. Demgegenüber wäre ein isoliertes rechtskardiales Vorwärtsversagen (z. B. nach massiver Lungenembolie oder COPD) mit I50.00 zu kodieren.

Eine begleitende Niereninsuffizienz konnte im Vorfeld laborchemisch und sonographisch ausgeschlossen werden. Demnach musste hier wie oben beschrieben kodiert werden. Im Fall einer häufig begleitenden Niereninsuffizienz (Proteinurie und Kreatininanstieg) als Folge der arteriellen Hypertonie lautete der Kode:

I13.21 Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz und mit Angabe einer hypertensiven Krise

In diesem Fall ist der Kode I11.01 (wie im vorangegangenen Fallbeispiel) hinfällig, da Hypertonie und Niereninsuffizienz schon gemeinsam kodiert werden. Die als Folgezustände eingetretene Links- und Rechtsherzinsuffizienz (sekundär) sollten Sie unverändert ergänzend kodieren, um das klinische Erscheinungsbild einer globalen Herzinsuffizienz ausreichend zu dokumentieren und die Morbidität zu belegen.

Hinweis: Für die Beispielkodierungen können die Artikelautoren keine dauerhafte Haftung übernehmen. Die Beispiele dienen als Hilfestellung und Orientierungshilfe für einen praktikableren Praxisalltag.

Zur Kodierung der **Angina pectoris** stehen weitere Codes zur Verfügung

- I20. – Angina pectoris
- I20.0 – Instabile Angina pectoris
- I20.1 – Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus
- I20.8 – sonstige Formen der Angina pectoris
- I20.9 – Angina pectoris, nicht näher bezeichnet

Zur Kodierung der **KHK / Myokardinfarkt** stehen folgende Codes zur Verfügung

- I21. – Akuter Myokardinfarkt (< 28 Tage nach eingetretenem Infarktereignis)
- I21.0 – Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand
- I21.1 – Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand
- I21.2 – Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen
- I21.3 – Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneten Lokalisationen
- I21.4 – Akuter subendocardialer Myokardinfarkt
- I21.9 – Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet

- I22. – Rezidivierender Myokardinfarkt
- I23. – Bestimmte Komplikationen nach akutem Herzinfarkt
- I24. – Sonstige akute ischämische Herzkrankheit
- I25. – Chronische ischämische Herzkrankheit
- I25.0 – Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit, so beschrieben
- I25.1 – Atherosklerotische Herzkrankheit
- I25.10 – Atherosklerotische Herzkrankheit: ohne hämodynamisch wirksame Stenosen
- I25.11 – Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung
- I25.12 – Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung
- I25.13 – Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung
- I25.14 – Atherosklerotische Herzkrankheit: Stenose des linken Hauptstammes
- I25.15 – Atherosklerotische Herzkrankheit: mit stenosierten Bypass-Gefäßen
- I25.16 – Atherosklerotische Herzkrankheit: mit stenosierten Stents
- I25.19 – Atherosklerotische Herzkrankheit: nicht näher bezeichnet

- I25.2 – Alter Myokardinfarkt
- I25.20 – Alter Myokardinfarkt: 29 Tage bis unter vier Monate zurückliegend
- I25.21 – Alter Myokardinfarkt: vier Monate bis unter einem Jahr zurückliegend
- I25.22 – Alter Myokardinfarkt: ein Jahr und länger zurückliegend
- I25.29 – Alter Myokardinfarkt: nicht näher bezeichnet
- I25.3 – Herz(-Wand)-Aneurysma
- I25.4 – Koronararterienaneurysma
- I25.5 – Ischämische Kardiomyopathie
- I25.6 – Stumme Myokardischämie
- I25.8 – Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit
- I25.9 – Chronische ischämische Herzkrankheit: nicht näher bezeichnet