

Handbuch zur Diagnosencodierung im extramural ambulanten Bereich

20. Jänner 2025

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Stubenring 1, 1010 Wien

Herstellungsort: Wien

**Die Erarbeitung dieser Unterlage erfolgte im Rahmen des Projekts
"Ambulante Diagnosencodierung" in Verbindung mit dem Projekt
"Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) "**

Projektleitung:

Mag. Stefan Eichwalder (BMSGPK)

Projektteams

BMSGPK:

Wolfgang Bartosik, Werner Bohuslav, Mag. Rainer Kleyhons,
Mag. Walter Sebek (Stv. Abteilungsleiter)

Koordination medizinische Dokumentation:

Dr. Andreas Egger (BMSGPK), Anna Mildschuh (SOLVE-Consulting)

Ökonomenteam (SOLVE-Consulting):

Mag. Gerhard Gretzl (Gesamt-Projektkoordination), Dr. Gerhard Renner

Ärzteteam:

Prim. Dr. Ludwig Neuner (Klinikum Freistadt, OÖG)

Fachleute aus den medizinischen Fächern

Statistik:

Em. o. Univ.-Prof. DI Dr. Karl P. Pfeiffer

Software-Entwicklung:

DI Bernhard Pesec (dothealth)

Gesundheit Österreich GmbH:

Mag. Petra Paretta, Dr. Florian Röthlin, Hermann Schmied, Dr. Wolfgang Seebacher

Wien, im Jänner 2025

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten sind als Quellenangabe „BMSGPK“ sowie der Titel der Publikation und das Erscheinungsjahr anzugeben.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMSGPK und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Inhalt

Zusammenfassung	6
1 Allgemeine Rahmenbedingungen	7
1.1. Gesetzliche Grundlagen	7
1.2. Bedeutung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation	8
2 Diagnosendokumentation	9
2.1. Diagnoseschlüssel ICD-10 BMSGPK 2025.....	9
2.1.1 ...Aufbau und Struktur des Diagnoseschlüssels ICD-10 BMSGPK 2025.....	10
2.2. Diagnosencodierung	17
2.2.1 ...Hauptdiagnose bei ambulanten Besuchen	18
2.2.2 ...Zusatzdiagnosen.....	18
2.2.3 ...Codierung von Verdachtsdiagnosen	18
2.2.4 ...Codierung bei nicht abgeschlossener diagnostischer Abklärung.....	19
2.2.5 ...Codierung bei Besuchen ohne Gesundheitsstörung.....	19
2.2.6 ...Ambulanter Besuch in diagnostischen Fachrichtungen (z.B. Labor, Radiologie)	20
2.3. Codierhinweise zu ausgewählten Themenkreisen.....	20
2.3.1 ...Codierung der Depression (ICD-10: F32 Depressive Episode).....	20
2.3.2 ...Codierung der Herzinsuffizienz	22
2.3.3 ...Codierung des Schweregrads bei COPD	24
2.3.4 ...Codierung von Sehnenrissen.....	24
2.3.5 ...Codierung von Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen.....	25
2.3.6 ...Codierung von Wundkontrolle/Nahtentfernung	25
2.3.7 ...Codierung von Nach- und Kontrolluntersuchungen	25
2.4. Kapitelbezogene Codierhinweise zur ICD-10	26
2.4.1 ...Alle Kapitel.....	26
2.4.2 ...Kapitel I – Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99).....	26
2.4.3 ...Kapitel II – Neubildungen (C00–D48)	27
2.4.4 ...Kapitel III – Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50–D89)	29
2.4.5 ...Kapitel IV – Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	29
2.4.6 ...Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	29
2.4.7 ...Kapitel VI – Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	30
2.4.8 ...Kapitel VII – Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59)	30
2.4.9 ...Kapitel VIII – Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95).....	31
2.4.10 ...Kapitel IX – Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	31
2.4.11 ...Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	32
2.4.12 ...Kapitel XI – Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	34
2.4.13 ...Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99).....	34
2.4.14 ...Kapitel XIV – Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99).....	35
2.4.15 ...Kapitel XVI – Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00–P96) ..	35

2.4.16 .Kapitel XVIII – Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00–R99).....	36
2.4.17 .Kapitel XIX – Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)	37
2.4.18 .Kapitel XXa: Exogene Noxen – Ätiologie (901–999).....	38
2.4.19 .Kapitel XXI: Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00–Z99).....	38

Zusammenfassung

Bei ambulanten Besuchen besteht gemäß dem mit dem Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 (BGBl. I Nr. 191/2023) novellierten Gesundheitsdokumentationsgesetz ab 1. Jänner 2025 eine bundeseinheitliche Verpflichtung zur Diagnosencodierung. Die im Folgenden dargestellten Regeln wurden mit der Diagnosencodierung bei stationären Aufenthalten abgestimmt und gelten für alle ambulanten Besuche:

- Für jeden ambulanten Besuch ist mindestens eine Diagnose nach ICD-10¹ zu übermitteln. Das gilt auch für telemedizinische Kontakte.
- Diese Diagnose beschreibt den medizinischen Grund für den ambulanten Besuch.
- Es sind nur die für den jeweiligen Besuch relevanten Diagnosen zu übermitteln.
- Eine der Diagnosen ist als Hauptdiagnose zu kennzeichnen.
- Die Diagnosencodierung hat mit vierstelligen ICD-10-Codes zu erfolgen (bzw. mit Dreistellern, falls kein Viersteller vorhanden ist).
- Wenn die Diagnostik noch nicht abgeschlossen ist bzw. keine Diagnose angegeben werden kann, soll ein Symptom oder Befund aus Kapitel XIX codiert werden.
- Wenn der ambulante Besuch nicht in einer Erkrankung begründet ist, können Codes aus Kapitel XXI gemäß ihrer Kennzeichnung verwendet werden:
 - Die mit „#“ gekennzeichneten Codes sind nicht bzw. nur für die interne Dokumentation zu verwenden.
 - Die mit „!“ gekennzeichneten Codes können ambulant uneingeschränkt verwendet werden.

Beispiele zur Anwendung sind bei den spezifischen Themen zu finden.

¹ in der jeweils vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium (derzeit BMSGPK) herausgegebenen Version

1 Allgemeine Rahmenbedingungen

1.1 Gesetzliche Grundlagen

Gesetzliche Grundlage für das Dokumentations- und Berichtssystem im extramural ambulanten Bereich ist das im Jahr 1996 beschlossene **Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen** (BGBl. Nr. 745/1996) in der jeweils geltenden Fassung. Dieses Bundesgesetz ist die Grundlage für die **Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz über die Dokumentation und Meldung von Daten aus dem ambulanten und stationären Bereich (Gesundheitsdokumentationsverordnung – GD-VO) (BGBl. II Nr. 367/2024, ausgegeben am 13.12.2024)** sowie all deren Novellierungen und Neufassungen.

Somit haben die Leistungserbringer:innen im extramuralen ambulanten Bereich (niedergelassene Ärzt:innen, Gruppenpraxen sowie selbständige Ambulatorien) mit Kassenvertrag ab dem 1. Jänner 2026 den Sozialversicherungsträgern im Rahmen der Leistungsabrechnung die Daten betreffend sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähiger Leistungen zu übermitteln. Die Leistungserbringer:innen im extramuralen ambulanten Bereich ohne Kassenvertrag haben ab 1. Jänner 2026 dem Dachverband der Sozialversicherungsträger als Auftragsverarbeiter der:des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister:in die Daten betreffend sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähiger Leistungen zu übermitteln.

Die Verordnung sieht vor, dass vom Gesundheitsministerium zur Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Vorgehensweise bei der Erhebung und Übermittlung der Daten in den verschiedenen Dokumentationsbereichen spezielle Handbücher herausgegeben werden. Das vorliegende **Handbuch Diagnosencodierung im extramural ambulanten Bereich** richtet sich primär an die mit der Diagnosenerfassung befassten Personen und beinhaltet Definitionen und Erläuterungen zur Diagnosendokumentation. Das Handbuch ist unter <https://www.sozialministerium.at>, Themen > Gesundheit > Gesundheitssystem > Gesundheitssystem und Qualitätssicherung > Dokumentation > Ambulante Leistungs- und Diagnosendokumentation abrufbar.

1.2 Bedeutung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation

Die im Rahmen der Diagnosen- und Leistungsberichterstattung (DLB) erhobenen Daten bilden die notwendige Basis sowohl für das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) als auch für die Darstellung, Analyse und Planung des Gesundheitswesens.

Mit der bundesweit einheitlichen Diagnosen- und Leistungsdokumentation wurde im intra- und extramuralen Bereich eine gemeinsame Dokumentationsbasis geschaffen, die eine **nationale und internationale Vergleichbarkeit des Diagnosen- und Leistungsspektrums** ermöglicht.

Des Weiteren hat sich Österreich mit dem Beitritt zur Weltgesundheitsorganisation (WHO) verpflichtet, seine Morbiditätsstatistik der von der WHO veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) anzupassen.

Ein wesentlicher Wert der Dokumentation ist auch die Nutzung der Daten für interne Zwecke. Durch die strukturierte Erfassung können laufend Informationen über das Diagnosen- und Leistungsspektrum erstellt werden. Weiters können der Ist-Zustand beschrieben und **Grundlagen für Planung und Steuerung** entnommen werden. Der Nutzen der Daten ist jedoch von deren Qualität abhängig.

2 Diagnosendokumentation

Seit 1989 ist in allen österreichischen Krankenanstalten bei stationären Aufenthalten verbindlich eine Diagnosendokumentation auf Grundlage der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) in der vom zuständigen Bundesministerium herausgegebenen Fassung durchzuführen; im spitalsambulanten Bereich seit 2017, wenn bestimmte Leistungen erbracht werden, und ab 2025 für den gesamten spitalsambulanten Bereich.

Ab dem Berichtsjahr 2026 ist eine Diagnosenberichterstattung nach der ICD-10 auch bei allen extramuralen ambulanten Besuchen verpflichtend. Die ICD-10 BMSGPK 2025 steht als SYSTEMATISCHES VERZEICHNIS und als ALPHABETISCHES VERZEICHNIS unter <https://www.sozialministerium.at>, Themen > Gesundheit > Gesundheitssystem > Krankenanstalten > LKF-Modell 2025 > Kataloge auf der Website des Bundesministeriums zur Verfügung. Das alphabetische Verzeichnis beinhaltet einen Diagnosethesaurus und kann als Verschlüsselungshilfe verwendet werden. Zur Unterstützung bei der Suche nach ICD-10-Codes wird ein webbasiertes Codierservice zur Verfügung stehen. Die in diesem Handbuch beschriebenen Codierregeln sind unabhängig von der verwendeten Verschlüsselungshilfe verpflichtend anzuwenden.

2.1 Diagnosenschlüssel ICD-10 BMSGPK 2025

Der Diagnosenschlüssel ICD-10 BMSGPK 2025 ist die aktuelle für die Anwendung in Österreich adaptierte Version der ICD-10 und basiert auf der deutschsprachigen ICD-10 WHO 2019 des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Die seit Einführung der ICD-10-Codierung bekannten Anpassungen für die Codierung in Österreich wurden übernommen (siehe nächster Absatz).

Die wesentlichen Unterschiede zur deutschsprachigen ICD-10 WHO 2019 des BfArM sind im Folgenden dargestellt:

- Ersatz des Kapitels XX „Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“ durch das Kapitel XXa „Exogene Noxen – Ätiologie“
- Differenzierte Anwendung des Kapitels XXI und Kennzeichnung einzelner Codes als !-Schlüsselnummern oder #-Schlüsselnummern
- Die Gruppe Z55–Z65 „Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken auf Grund sozioökonomischer und psychosozialer Umstände“ wird für die Berichterstattung nicht verwendet.

Jede in ihrem Anwendungsbereich eingeschränkte Schlüsselnummer ist mit einem der beiden Kennzeichen Ausrufezeichen („!“) oder Nummernzeichen („#“) gekennzeichnet:

- Die mit „#“ gekennzeichneten Codes sind nicht bzw. nur für die interne Dokumentation zu verwenden.
- Die mit „!“ gekennzeichneten Codes können ambulant uneingeschränkt verwendet werden.
- Bei der Codierung sind nur die jeweiligen Codes zu erfassen, die Kennzeichnung ist nicht anzugeben.

2.1.1 Aufbau und Struktur des Diagnoseschlüssels ICD-10 BMSGPK 2025

Die ICD-10 ist ein hierarchisch gegliedertes Klassifikationssystem. Die Gliederung besteht in der obersten Ebene aus 22 Kapiteln, den Krankheitsklassen.

Die Rangfolge der 22 Kapitel (= Krankheitsklassen) ist traditionell zu erklären. Den Allgemeinkrankheiten (Infektionen, Neubildungen, Krankheiten des Blutes, Endokrinopathien) folgen die Organkrankheiten, die angeborenen Erkrankungen, die Symptome und schlecht bezeichneten Affektionen, die Verletzungen und Vergiftungen sowie die Exogenen Noxen und die den Gesundheitszustand beeinflussenden Faktoren.

Die 22 Kapitel sind durch Krankheitsgruppen unterteilt. Jede dieser Gruppen fasst mehrere dreistellige Krankheitskategorien zusammen.

Diese dreistelligen Krankheitskategorien bilden als „Dreistellige allgemeine Systematik“ das Grundgerüst des Diagnoseschlüssels.

Die dreistelligen Kategorien (kurz „Dreisteller“) sind im Regelfall durch eine mit Punkt abgetrennte vierte Stelle weiter zu vierstelligen Schlüsselnummern (kurz „Viersteller“) unterteilt, die die „Vierstellige ausführliche Systematik“ bilden.

Bei der Diagnosencodierung sind diese vierstelligen Schlüsselnummern zu erfassen. Nur wenn bei einem Dreisteller keine weitere Unterteilung vorgenommen wurde, ist ein dreistelliger Code zu erfassen.

Einige wenige Diagnosen (D68.2, I50.0, I50.1, J44.0 bis J44.9, K91.8) sind fünfstellig zu erfassen.

In einigen Bereichen wie z.B. bei den Erkrankungen des Bewegungsapparats ist von der WHO eine weitere Unterteilung an der fünften Stelle vorgegeben. Die Erfassung dieser Fünfsteller ist optional.

Der Umgang mit der ICD-10 wird erleichtert, wenn man den zugrundeliegenden hierarchischen Aufbau kennt. In der folgenden Tabelle ist der hierarchische Aufbau des Diagnoseschlüssels schematisch dargestellt.

Hierarchischer Aufbau der ICD-10:
Beispiel: Fremdkörper im Musculus biceps
Kapitel (Krankheitsklasse): XIII „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“
Gruppe (Unterkapitel): M70–M79 „Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes“
Kategorie: M79 „Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, andernorts nicht klassifiziert“
Vierstellige Schlüsselnummer (Subkategorie): M79.5 „Verbliebener Fremdkörper im Weichteilgewebe“
Fünfstellige Schlüsselnummer: M79.52 „Verbliebener Fremdkörper im Weichteilgewebe, Oberarm“

Die ICD-10 BMSGPK 2025 beinhaltet 22 Kapitel, 228 Gruppen, 1.680 dreistellige Kategorien, 9.004 vierstellige Subkategorien und umfasst insgesamt 13.103 codierbare Schlüsselnummern (drei- bis fünfstellig).

Das alphabetische Verzeichnis mit integriertem Diagnosesaurus beinhaltet etwa 78.000 Krankheitsbegriffe, die den ICD-10-Codes zugeordnet wurden.

2.1.1.1 Dreistellige allgemeine Systematik

Die dreistelligen Krankheitskategorien stellen eine grobe Zusammenfassung von Krankheitsbezeichnungen dar, die erst auf der vierstelligen Ebene der Klassifikation ausreichend genau definiert werden.

Eine dreistellige Codierung bedeutet daher meistens einen Verlust wesentlicher klinischer Informationen.

Die Diagnosencodierung hat – soweit im Diagnoseschlüssel ICD-10 BMSGPK 2025 vorgesehen – jedenfalls vierstellig zu erfolgen.

2.1.1.2 Vierstellige ausführliche Systematik

Eine differenzierte Untergliederung der dreistelligen Kategorien sind die vierstelligen Subkategorien, die den klinisch relevanten Teil des Diagnoseschlüssels bilden. Jeder Dreisteller ist grundsätzlich in 10 Untergruppen mit der Notation 0 bis 9 unterteilbar.

Mit den vierstelligen Subkategorien werden ätiologische, sowie topographische und morphologische Varianten einer Krankheit unterschieden.

Nicht jede dreistellige Krankheitskategorie hat Subkategorien. Für 249 Dreisteller gibt es keine vierstellige Unterteilung. Hierzu gehören u.a.:

- A35 – Sonstiger Tetanus
- C61 – Bösartige Neubildung der Prostata
- S16 – Verletzung von Muskeln und Sehnen in Halshöhe

Für die Reihenfolge der Viersteller gilt folgendes Ordnungsschema: Zuerst werden bedeutende und häufige Krankheiten angeführt, am Schluss die sonstigen Krankheiten, die selten oder ungenau bezeichnet sind.

Generell ist der spezifische vierstellige Code, wenn vorhanden, zu verwenden!

Die Bestandteile des Diagnoseschlüssels sind:

- Systematisches Verzeichnis
Dreistellige Allgemeine Systematik
Vierstellige Ausführliche Systematik
 - Kapitel I–XIX
 - Kapitel XXa – Exogene Noxen – Ätiologie (Ersetzt Kapitel XX)
 - Kapitel XXI, XXIIAnhang
- Alphabetisches Verzeichnis mit Diagnosesynthesaurus

Für die Codierung sollte stets das systematische Verzeichnis herangezogen werden, da nur hier die zusätzlichen Hinweise und Ein- und Ausschlussbemerkungen angeführt sind.

2.1.1.3 Allgemeine Zuordnungsregeln

Grundsätzlich hat der Diagnoseschlüssel ICD-10 BMSGPK 2025 eine ätiologische Ausrichtung. Die ersten beiden Kapitel werden nach ätiologischen oder pathologisch-morphologischen Gesichtspunkten klassifiziert, die folgenden Kapitel nach Organsystemen. Für die Zuordnung einzelner Krankheiten gilt allgemein:

Zuordnungs-Regel 1

- Allgemeinkrankheit vor Organkrankheit
- Ätiologie vor Lokalisation

Ausnahmen bestehen bei bestimmten örtlich begrenzten Infektionen, akuten Infektionen der Atmungsorgane, Pneumonien und Grippe, die in den organbezogenen Kapiteln zu finden sind.

Zuordnungs-Regel 2

- **Kapitel XV** (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) und
- **Kapitel XVI** (Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben) haben Vorrangstellung.

Krankheiten, die als Komplikationen während der Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett auftreten, sind in der ICD-10 dem Kapitel XV zuzuordnen.

Beispiel: Hypertonie während der Schwangerschaft

- Ist unter einem Code aus **O10–O16 Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes** aus Kapitel XV zu codieren.
- Die Codes der Gruppe **I10–I15 Hypertonie [Hochdruckkrankheit]** aus Kapitel IX sind nicht zu verwenden.

2.1.1.4 Regeln zur Kreuz-Stern-Anwendung

Die in der ICD-10 mit einem Stern gekennzeichneten Codes beschreiben die spezifische Manifestation einer Erkrankung und erfordern immer die Erfassung eines weiteren Codes, mit dem die Ätiologie angegeben wird.

Dagegen sind die mit einem Kreuz gekennzeichneten Codes ohne die Erfassung eines weiteren Codes codierbar.

Beispiel 1: Tuberkulöse Arthritis des Kniegelenks

- Ist jedenfalls unter ICD-10 „A18.0+ – Tuberkulose der Knochen und Gelenke“ zu codieren (Kapitel I).
- Der Manifestationscode „M01.1* – Tuberkulöse Arthritis (A18.0+)“ im Kapitel XI ist nur dann zu verwenden, wenn A18.0 auch angegeben ist.

Beispiel 2: Diabetische Polyneuropathie

- Der Diabetes Typ I oder Typ II ist jedenfalls unter ICD-10 „E10.4† Diabetes mellitus, Typ 1: Mit neurologischen Komplikationen“ oder „E11.4† Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen“ zu codieren (Kapitel IV).

- Der Manifestationscode ICD-10 „G63.3* Diabetische Polyneuropathie (E10-E14, vierte Stelle .4+)“ im Kapitel VI ist nur dann zu verwenden, wenn E10.4† oder E11.4† auch angegeben ist.

Im systematischen Verzeichnis sind bei den Stern-Diagnosen die vorgesehenen Kreuz-Diagnosen angegeben. Umgekehrt ist aus Übersichtlichkeitsgründen nicht jede Kreuzdiagnose laut Hinweistext bei der Sterndiagnose mit einem Kreuz gekennzeichnet.

Es kann grundsätzlich jede Diagnose als Kreuzdiagnose verwendet werden, die nicht mit einem Stern gekennzeichnet ist.

Bei der Codierung sind nur die jeweiligen Codes zu erfassen, die Kennzeichnung mit Stern oder Kreuz ist nicht anzugeben.

2.1.1.5 Anwendung des Kapitels XXa „Exogene Noxen-Ätiologie“ (901–999)

Mit dem 9-Code werden die äußeren Ursachen von Unfällen (Verletzungen oder Vergiftungen) codiert.

Im Diagnoseschlüssel ICD-10 BMSGPK 2025 ist die Klassifikation externer Ursachen auf wenige Positionen (11 Schlüsselnummern) beschränkt.

Der 9-Code ist verpflichtend bei den Diagnosen S00.0 bis T79.9 des Kapitels XIX anzugeben. Die Angabe des 9-Codes als Hauptdiagnose ist unzulässig.

Die Art der Schädigung (Verletzung, Vergiftung, usw.) wird mit den ICD-Codes S00.0 bis T79.9 verschlüsselt.

Beispiel: Schiunfall mit Fraktur des Tibiaschaftes

- Hauptdiagnose: S82.2 – Fraktur des Tibiaschaftes
- Zusatzdiagnose: 921.9! – Sportunfall, nicht näher bezeichnet

2.1.1.6 Anwendung des Kapitels XXI „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ (Z00–Z99)

Das Kapitel XXI beinhaltet Codes, die erfasst werden können, wenn kein medizinischer Grund (Erkrankung, Verletzung, Symptom, Befund) für den ambulanten Besuch/stationären Aufenthalt angegeben werden kann (z.B. Vorsorgeuntersuchungen, Nachuntersuchungen).

Die meisten Codes des Kapitels XXI sind in erster Linie als Zusatzinformation für die interne Dokumentation geeignet (und daher mit „#“ gekennzeichnet).

Die Verwendung von Codes aus dem Kapitel XXI als Hauptdiagnose sollte nur dann erfolgen, wenn kein medizinischer Grund (Code aus Kapitel I bis XIX, XXII) angegeben werden kann.

Beispiele für die Anwendung des Kapitels XXI

Spezifische Maßnahmen (auch ohne Gesundheitsstörung):

- Z30.2 Sterilisierung
- Z43.3 Versorgung eines Kolostomas
- Z52.3 Knochenmarkspender

Untersuchung und Beobachtung:

- Z00.0! Ärztliche Allgemeinuntersuchung (inkl. Vorsorgeuntersuchung o.n.A.)
- Z03.0 Beobachtung bei Verdacht auf Tuberkulose
- Z34.0! Überwachung einer normalen Erstschwangerschaft

2.1.1.7 Anwendung des Kapitels XXII

Das Kapitel XXII gliedert sich in folgende Gruppen:

- Vorläufige Zuordnungen für Krankheiten mit unklarer Ätiologie sowie belegte und nicht belegte Schlüsselnummern (U00–U49)
- Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika und Chemotherapeutika (U82–U85)

Die Diagnosen der Gruppe U00–U49 beinhalten z.B. U04.9 „Schweres akutes respiratorisches Syndrom [SARS], nicht näher bezeichnet“ sowie die Codes zur Verschlüsselung von COVID-19, z.B. „U07.1 COVID-19, Virus nachgewiesen“ oder „U09.9 Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet“.

Die Diagnosen der Gruppe U82–U85 dienen in erster Linie der zusätzlichen Verschlüsselung von Infektionen mit antibiotikaresistenten Keimen. Bei einer Infektion mit einem antibiotikaresistenten Keim ist immer die entsprechende Infektionskrankheit zu codieren, meist durch einen Code aus der Gruppe A30–A49 in Kapitel I wie z.B. „A41.0 Sepsis durch *Staphylococcus aureus*“.

Die Resistenz des Erregers ist zusätzlich durch den entsprechenden Code aus der Gruppe U82–U85 „Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika und Chemotherapeutika“ in Kapitel XXII zu codieren.

Die Diagnosen dieser Gruppe sind mit („!“) gekennzeichnet und nicht als Hauptdiagnose codierbar.

2.1.1.8 Ein- und Ausschlussbemerkungen, Codieranleitungen

Im systematischen Verzeichnis der ICD-10 sind so genannte Einschluss- und Ausschlussbemerkungen enthalten sowie Noten oder Hinweise.

- Einschlussbemerkungen (inkl.) erweitern den Inhalt der jeweiligen ICD-Diagnose um die genannten Begriffe. Es sind andere gebräuchliche Krankheitsbezeichnungen oder verwandte Krankheitszustände, die zum Klasseninhalt der jeweiligen ICD-Diagnose gehören.
- Ausschlussbemerkungen (exkl.) schließen die genannten Diagnosenbegriffe bei der jeweiligen ICD-Diagnose aus und verweisen auf andere Bereiche der Klassifikation. Die ausgeschlossenen Diagnosenbegriffe sind wichtig für die Zuordnung und Abgrenzung von Diagnosen. Sie sind meist mit einem Verweis auf den stattdessen zu verwendenden ICD-Code angegeben.
- Noten/Hinweise sind zum besseren Verständnis und als Codieranleitung zusätzlich unter dem Diagnosentext eingefügt.

Im Regelfall ist eine Codierung anhand der Bezeichnung der vierstelligen ICD-10-Codes möglich. Bei Codierunsicherheiten geben die angeführten Zusatzinformationen entscheidende Hinweise.

Beispiel: Stationärer Aufenthalt/ambulanter Besuch wegen akuter Alkoholintoxikation

- F10.0 – Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] oder
- T51.0 – Toxische Wirkung von Alkohol: Äthanol
Exkl.: Akuter Alkoholrausch oder Alkoholnachwirkungen, „Kater“ (F10.0)
Pathologischer Rausch (F10.0)
Trunkenheit (F10.0)

Die korrekte Codierung ist somit F10.0.

2.2 Diagnosencodierung

Die im Folgenden dargestellten Regeln wurden mit der Diagnosencodierung im intramuralen Bereich abgestimmt und gelten einheitlich für alle ambulanten Besuche:

- Für jeden ambulanten Besuch ist mindestens eine Diagnose nach ICD-10² zu übermitteln. Das gilt auch für telemedizinische Kontakte.
- Diese Diagnose beschreibt den medizinischen Grund für den ambulanten Besuch.
- Es sind nur die für den jeweiligen Besuch relevanten Diagnosen zu übermitteln.
- Eine der Diagnosen ist als Hauptdiagnose zu kennzeichnen.
- Die Diagnosencodierung hat mit vierstelligen ICD-10-Codes zu erfolgen (bzw. mit Dreistellern, falls kein Viersteller vorhanden ist).
- Wenn die Diagnostik noch nicht abgeschlossen ist bzw. keine Diagnose angegeben werden kann, soll ein Symptom oder Befund aus Kapitel XIX codiert werden.
- Wenn der ambulante Besuch nicht in einer Erkrankung begründet ist, können Codes aus Kapitel XXI gemäß ihrer Kennzeichnung verwendet werden:
 - Die mit „#“ gekennzeichneten Codes sind nicht bzw. nur für die interne Dokumentation zu verwenden.
 - Die mit „!“ gekennzeichneten Codes können ambulant uneingeschränkt verwendet werden.

Für die vollständige Codierbarkeit ambulanter Besuche wurde die Kennzeichnung der Diagnosen mit „#“ und „!“ überarbeitet. Damit stehen jetzt zahlreiche Codes zur Verfügung, die erfasst werden können, wenn kein medizinischer Grund (Erkrankung, Verletzung, Symptom, Befund) für den ambulanten Besuch angegeben werden kann (z.B. Vorsorgeuntersuchungen, Untersuchungen zur Bestimmung von Alkohol/Drogen).

Von einer vollständigen Aufhebung der Kennzeichnung wurde Abstand genommen, da die meisten Codes des Kapitels XXI in erster Linie als Zusatzinformation für die interne Dokumentation geeignet sind (weiterhin mit „#“ gekennzeichnet) und sämtliche Codes des Kapitels nur dann zur Anwendung kommen sollen, wenn kein medizinischer Grund angegeben werden kann.

Fragen zur Codierung, die in diesem Handbuch nicht dargestellt sind, können an die E-Mail-Adresse AMBCO-Hotline@gesundheitsministerium.gv.at übermittelt werden.

² in der jeweils vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium (derzeit BMSGPK) herausgegebenen Version

2.2.1 Hauptdiagnose bei ambulanten Besuchen

Für jeden ambulanten Besuch ist eine Diagnose als Hauptdiagnose zu kennzeichnen, die den medizinischen Grund für den ambulanten Besuch am besten beschreibt.

Die Hauptdiagnose beschreibt jene Gesundheitsstörung, die sich nach Durchführung aller Untersuchungen als Hauptgrund für den ambulanten Besuch herausgestellt hat.

Wenn die diagnostische Abklärung nicht abgeschlossen ist, dann ist das Hauptsymptom, der schwerwiegendste abnorme Befund oder die schwerwiegendste Gesundheitsstörung als Hauptdiagnose auszuwählen.

Wenn kein medizinischer Grund angegeben werden kann, sind die Codes aus Kapitel XXI zu verwenden.

2.2.2 Zusatzdiagnosen

Im Regelfall sind bei ambulanten Besuchen keine Zusatzdiagnosen zu übermitteln. Wenn die Hauptdiagnose den Grund für den ambulanten Besuch nicht ausreichend beschreibt bzw. wenn mehrere Gründe für den ambulanten Besuch vorliegen, sind alle weiteren Diagnosen als Zusatzdiagnosen zu übermitteln.

Des Weiteren sind die externen Ursachen bei Verletzungen aus Kapitel XXa (901–999) als Zusatzdiagnose zu dokumentieren.

2.2.3 Codierung von Verdachtsdiagnosen

Verdachtsdiagnosen wie zum Beispiel „Verdacht auf Appendizitis“ sind für die Diagnosen-codierung nicht zu dokumentieren. Da jede codierte Diagnose als bestätigte Diagnose interpretiert wird, ist bei einem unbestätigten „Verdacht auf Appendizitis“ keinesfalls der ICD-10 Code für die Appendizitis zu erfassen.

Da bei Abschluss der Dokumentation abgeklärte Diagnosen, Symptome oder andere Konsultationsergebnisse zu codieren sind, besteht im Regelfall auch kein Bedarf zur Codierung einer Verdachtsdiagnose.

Wenn bis zum Abschluss der Dokumentation keine ausreichende Abklärung zur Festlegung einer Diagnose möglich war, so ist das schwerwiegendste Symptom oder der schwerwiegendste Befund zu codieren, das/der den Verdacht begründet.

Wenn ein anfänglicher Verdacht ausgeschlossen und keine andere Diagnose gestellt werden konnte, ist eine Schlüsselnummer aus der Kategorie „Z03 Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen“ zu codieren.

Beispiele:

- Ein:e Patient:in kommt mit rechtem Unterbauchschmerz zum:zur Allgemeinmediziner:in. Der Code „R10.3 Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches“ wird als Hauptdiagnose vergeben. Aufgrund des Verdachts auf Appendizitis erfolgt eine Überweisung in die nächstgelegene Notfallambulanz. Dort wird nach Labor und Bildgebung eine Appendizitis diagnostiziert und „K35.8 Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet“ als Hauptdiagnose vergeben.

2.2.4 Codierung bei nicht abgeschlossener diagnostischer Abklärung

Wenn zum Zeitpunkt der Dokumentation keine ausreichende Abklärung zur Festlegung einer Diagnose möglich ist, beispielweise bei noch ausstehenden Befunden, so ist das schwerwiegendste Symptom oder der schwerwiegendste Befund zu codieren, das/der zur Abklärung führte, zum Beispiel „R91 – Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge“.

Nach erfolgter Abklärung ist im Regelfall das Ergebnis des diagnostischen Prozesses zu codieren, z.B. „C34.1 Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)“ oder „J85.2 Abszess der Lunge ohne Pneumonie“.

Wenn bei der Abklärung nichts gefunden wurde, ist ein Code aus dem Dreisteller „Z03 Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen“ zu codieren, z.B. „Z03.1 Beobachtung bei Verdacht auf bösartige Neubildung“.

2.2.5 Codierung bei Besuchen ohne Gesundheitsstörung

Im extramural ambulanten Bereich kommt es häufig zu Besuchen ohne Gesundheitsstörungen (Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, administrative Anlässe etc.). Hier sind Codes aus dem ICD-10-Kapitel XXI „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ anzuwenden.

Beispiele:

- Bei einem Besuch für eine jährlich angebotene allgemeine Vorsorgeuntersuchung ist Z00.0 „Ärztliche Allgemeinuntersuchung“ zu codieren.
- Eine gynäkologische Vorsorgeuntersuchung ist mit dem Code Z01.4 „Gynäkologische Untersuchung (allgemein) (routinemäßig)“ zu codieren.

- Eine Impfung ist mit Z29.9 „Prophylaktische Maßnahme, nicht näher bezeichnet“ zu codieren.

2.2.6 Ambulanter Besuch in diagnostischen Fachrichtungen (z.B. Labor, Radiologie)

Bei ambulanten Kontakten mit diagnostischen Fächern, ggf. auch ohne physischen Kontakt (z.B. bei Laboreinsendungen), ist die Hauptdiagnose ebenfalls zu erfassen. Dabei können die von der zuweisenden Stelle übermittelten diagnostischen Informationen (bestehende Symptome/Erkrankungen) verwendet werden.

Cave: Keine Übermittlung von Diagnosen, die im Zusammenhang mit „Verdacht auf“ oder „Ausschluss von“ verwendet werden.

Im Regelfall ist es nicht erforderlich, dass vom diagnostischen Fach eine eigene Diagnose gestellt wird.

Liegen dem diagnostischen Fach keine Informationen zu den Gründen des ambulanten Besuchs vor, soll ein Code aus dem Kapitel XXI übermittelt werden, z.B.:

- Z01.6! Röntgenuntersuchung, anderenorts nicht klassifiziert
- Z01.7! Laboruntersuchung
- Z01.8! Sonstige näher bezeichnete spezielle Untersuchungen

2.3 Codierhinweise zu ausgewählten Themenkreisen

2.3.1 Codierung der Depression (ICD-10: F32 Depressive Episode)

Zur Codierung der Depression stehen die folgenden Viersteller zur Verfügung:

Code	Bezeichnung
F32.0	Leichte depressive Episode
F32.1	Mittelgradige depressive Episode
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F32.8	Sonstige depressive Episoden
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet

Bei der Auswahl eines Codes aus „F32 Depressive Episode“ sind zunächst die folgenden allgemeinen Kriterien anzuwenden:

1. Die Episode sollte mindestens zwei Wochen dauern (kürzer, keine depressive Episode, dann andere Diagnose).
2. In der Anamnese finden sich keine manischen oder hypomanischen Episoden (ansonsten bipolar affektive Störung).
3. Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychische Störung zurückzuführen. (Soll heißen, dass man zum Beispiel auf Kokain typischerweise in der zweiten Phase eine depressive Verstimmung erleidet; dies gilt dann nicht, da die Depression ja durch die psychotrope Substanz ausgelöst wurde; psychische Störungen aufgrund einer Schädigung des Gehirns sind ausgeschlossen.)

Bei der Codierung der vierstelligen Codes sind die nachfolgend dargestellten Kriterien zur Abbildung des Schweregrads anzuwenden. Die Auswahlkriterien sind in der Krankengeschichte nachvollziehbar zu dokumentieren.

F32.0 Leichte depressive Episode

- a) 1., 2. und 3. müssen erfüllt sein.
- b) Mindestens zwei der folgenden drei Symptome liegen vor:
 - Depressive Stimmung
 - Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren
 - Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit
- c) Ein oder mehr zusätzliche der folgenden Symptome bis zu einer Gesamtzahl aus b und c von mindestens **vier** oder **fünf** Symptomen:
 - Verlust des Selbstvertrauens
 - Unbegründete Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle
 - Gedanken an den Tod oder an Suizid
 - Klagen über vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen
 - Psychomotorische Agitation oder Hemmung
 - Schlafstörungen
 - Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung

F32.1 Mittelgradige depressive Episode

- a) 1., 2. und 3. müssen erfüllt sein.
- b) Wie bei F32.0 b
- c) Zusätzliche Symptome von F32.0 c bis zu einer Gesamtzahl von mindestens 6 oder 7 Symptomen

F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

- a) 1., 2. und 3. müssen erfüllt sein.
- b) Alle drei Symptome von F32.0
- c) Zusätzliche Symptome von F32.0 c bis zu einer Gesamtzahl von mindestens 8 Symptomen!

F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

Wie F32.2, allerdings kommen typischerweise vor:

- a) Wahn (nicht wie bei Schizophrenie – nicht bizarr oder kulturell unangemessen) oder
- b) Halluzinationen (keine Rede in der dritten Person oder kommentierende Stimmen – diese typisch für Schizophrenie) oder
- c) depressiver Stupor

Quelle: Horst Dilling et al: ICD 10, internationale Klassifikation psychischer Störungen, diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 6. überarbeitete Auflage

2.3.2 Codierung der Herzinsuffizienz

2.3.2.1 Codierung der Linksherzinsuffizienz (I50.1x)

Zur Abbildung des Schweregrads bei der Linksherzinsuffizienz (I50.1) ist im stationären Bereich eine fünfstellige Codierung verpflichtend. Dabei ist einer der folgenden aus der ICD-10-GM des BfArM übernommenen Codes zu codieren:

Code	Bezeichnung
I50.11	Linksherzinsuffizienz ohne Beschwerden (NYHA-Stadium I)
I50.12	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung (NYHA-Stadium II)
I50.13	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung (NYHA-Stadium III)
I50.14	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe (NYHA-Stadium IV)
I50.19	Linksherzinsuffizienz nicht näher bezeichnet

Der Schweregrad ist in einer stabilen Phase zu bestimmen.

2.3.2.2 Codierung der Rechtsherzinsuffizienz (I50.0x) und der globalen Herzinsuffizienz (I50.0x und I50.1x)

Zur besseren Codierbarkeit der Rechtsherzinsuffizienz und der globalen Herzinsuffizienz wurde seit 1.1.2022 der bisherige Code „I50.0 Kongestive Herzinsuffizienz“ durch den Fünfsteller des BfArM mit den folgenden Ausprägungen ersetzt:

Code	Bezeichnung
I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz
I50.02!	Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden
I50.03!	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
I50.04!	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung
I50.05!	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe

Bei einer primären Rechtsherzinsuffizienz ist I50.00 zu codieren. Die Erfassung des Schweregrads ist durch die zusätzliche Codierung eines Codes aus I50.02 bis I50.05 möglich.

Bei einer Globalinsuffizienz ist sowohl ein Code für die Rechtsherzinsuffizienz (I50.00 oder I50.01), als auch einer der fünfstelligen Codes für die Linksherzinsuffizienz inkl. Schweregrad (z.B. I50.13) zu codieren. Die Codierung der Diagnose „I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet“ ist zu vermeiden.

Wenn die Globalinsuffizienz als Hauptdiagnose angeführt werden soll, ist im Regelfall „I50.01 Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz“ als Hauptdiagnose und der Code aus I50.11 bis I50.19 als Zusatzdiagnose anzugeben.

Bei der Codierung im spitalsambulanten und extramuralen Bereich ist die fünfstellige Codierung der Herzinsuffizienz empfohlen, aber nicht verpflichtend. Daher wurden die vierstelligen Codes in den Stammdaten des LKF-Modells 2025 ergänzt.

2.3.2.3 Codierung von Herzinsuffizienz und Grunderkrankung

Zur besseren Differenzierung der Herzinsuffizienz soll bei Besuchen mit Herzinsuffizienz nach Möglichkeit auch die kardiale Grunderkrankung erfasst werden. Im Folgenden sind relevante häufige Grunderkrankungen mit den passenden dreistelligen Überschriften der ICD-10 angeführt:

- Hypertonie (I11, I13)
- Koronare Herzerkrankung (I25)
- Kardiomyopathie (I42)

Aus diesen Bereichen soll zumindest eine vierstellige Diagnose ergänzend zur Herzinsuffizienz codiert werden. Die Festlegung der Hauptdiagnose folgt den allgemeinen Regeln (Hauptanlass für den jeweiligen Besuch).

2.3.3 Codierung des Schweregrads bei COPD

Zur Abbildung des Schweregrads bei der COPD ist bei den ICD-10-Codes J44.0 bis J44.9 an der 5. Stelle der Grad der Obstruktion entsprechend der ICD-10-GM des BfArM anzugeben:

- 0 FEV1 < 35 % des Sollwertes
- 1 FEV1 \geq 35 % und < 50 % des Sollwertes
- 2 FEV1 \geq 50 % und < 70 % des Sollwertes
- 3 FEV1 \geq 70 % des Sollwertes
- 9 FEV1 nicht näher bezeichnet

Diese Codierung ist im stationären Bereich verpflichtend, wird identisch in Deutschland und der Schweiz verwendet und gewährleistet eine Vergleichbarkeit der erhobenen Daten. Der Schweregrad ist in einer stabilen Phase zu bestimmen.

Bei der Codierung im spitalsambulanten und extramuralen Bereich ist die fünfstellige Codierung der COPD empfohlen, aber nicht verpflichtend. Daher wurden die vierstelligen Codes in den Stammdaten des LKF-Modells 2025 ergänzt.

2.3.4 Codierung von Sehnenrissen

Nichttraumatische Rupturen von Sehnen sind unter der Schlüsselnummer ICD-10 „M66.5 – Spontanruptur von nicht näher bezeichneten Sehnen“ zu erfassen.

Traumatische Sehnenrupturen ohne offene Wunde sind mit der entsprechenden Schlüsselnummer in der ICD-10 aus S00–S99 zu codieren.

- **Beispiel:** Achillessehnen-Ruptur ICD-10 S86.0.

2.3.5 Codierung von Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen

Sind bei Patient:innen Komplikationen aufgetreten, die in direktem Zusammenhang mit einer vorher erfolgten (chirurgischen) Behandlung stehen und für diese Affektionen keine gesonderten Schlüsselnummern in der ICD-10 BMSGPK 2025 vorgesehen, so sind dafür die entsprechenden Schlüsselnummern der Krankheitsgruppe T80–T88 (Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, andernorts nicht klassifiziert) heranzuziehen.

- **Beispiel:** T81.4 – Infektion nach einem Eingriff, andernorts nicht klassifiziert

2.3.6 Codierung von Wundkontrolle/Nahtentfernung

Nach einer einer Appendektomie im Krankenhaus erfolgt eine Nahtentfernung im extramuralen Bereich. Als Anlass für den Besuch wird „Z48.0! Kontrolle von Verbänden und Nähten“ codiert.

2.3.7 Codierung von Nach- und Kontrolluntersuchungen

Bis zum Abschluss der Behandlung ist im Regelfall die bei der Behandlung erfasste Diagnose weiterzuführen. Nach abgeschlossener Therapie sind die Codes aus Kapitel XXI zu verwenden.

- **Beispiel:** Ein:e Patient:in kommt zur Nachuntersuchung nach Angioplastie und Stentimplantation bei einer Rezidivstenose der A. carotis interna. Die Kontrolluntersuchung ergibt unauffällige Strömungsverhältnisse und ein neurologisch unauffälliges Bild. Als Anlass für den Besuch wird „Z09.8 Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen anderer Krankheitszustände“ codiert.

2.4 Kapitelbezogene Codierhinweise zur ICD-10

2.4.1 Alle Kapitel

Code	Bezeichnung
A00–Z99	Alle Codes
Frage	Sind auch „Zustand nach“-Diagnosen zu codieren?
Antwort	<p>"Zustand nach" oder „status post“ bedeutet, dass die ursprüngliche Krankheit nicht mehr vorliegt. Da nur die für den aktuellen Aufenthalt/Besuch relevanten Diagnosen zu codieren sind, sind im Regelfall keine Diagnosen anzugeben, die den Zustand nach einer Erkrankung beschreiben.</p> <p>Wird für den aktuellen stationären Aufenthalt/ambulanten Besuch die Codierung einer Diagnose erforderlich, die einen Folgezustand beschreibt, so sind die Regelungen zur Codierung von Nachbehandlungen in Kapitel 2.3.9 im Handbuch medizinische Dokumentation zu beachten. Diese sind bei jedem Folgeaufenthalt/-besuch nach einer Operation am Bewegungsapparat anzuwenden.</p> <p>Keinesfalls ist bei einem „Zustand nach“ der Code für die ursprünglich vorhandene Erkrankung zu verwenden.</p>

2.4.2 Kapitel I – Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)

Code	Bezeichnung
A30–A49	Sonstige bakterielle Krankheiten
A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus
B95.6!	Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
U82–U85	Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika und Chemotherapeutika
Frage	Wie ist eine Infektion mit einem antibiotikaresistenten Keim, z.B. einem methizillinresistenten Staphylokokkus aureus (MRSA) als Erreger zu codieren?
Antwort	Bei einer Infektion mit einem antibiotikaresistenten Keim ist die entsprechende Infektionskrankheit zu codieren, meist durch einen Code aus der Gruppe A30–A49 wie z.B. A41.0. Die Resistenz des Erregers ist zusätzlich durch den entsprechenden Code aus der Gruppe U82–U85 „Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika und Chemotherapeutika“ in Kapitel XXII zu codieren.

2.4.3 Kapitel II – Neubildungen (C00–D48)

Code	Bezeichnung
C00.0–C97	Bösartige Neubildungen
Frage	Wie sind Lokalrezidive von Karzinomen zu codieren?
Antwort	Lokalrezidive von Karzinomen sind unter der ursprünglichen Karzinomdiagnose zu codieren. Zur besseren Beschreibung des Lokalrezidivs ist zusätzlich der entsprechende Code für die sekundäre Neubildung des betroffenen Organs zu codieren (siehe auch Hinweise zu C18–C20).

Code	Bezeichnung
D12.6	Gutartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet
D37.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Kolon
K51.4	Inflammatorische Polypen
K63.5	Polyp des Kolons
Frage	Wie sind tubuläre Adenome mit geringgradiger intraepithelialer Neoplasie und andere Kolonpolypen zu codieren?
Antwort	Die häufigen tubulären und tubulovillösen Adenome des Kolons sind, ebenso wie eine adenomatöse Polyposis Coli, unter D12.6 zu codieren. Das gilt auch beim Vorliegen einer geringgradigen intraepithelialen Neoplasie (low grade Neoplasie). Diagnosen aus der Gruppe der „Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens“ sind nur dann zu codieren, wenn die Läsion pathohistologisch der Malignitätsklasse I zugeordnet werden kann, z.B. bei villösen Adenomen. K51.4 ist bei entzündlichen Polypen zu codieren, z.B. im Rahmen von entzündlichen Darm-erkrankungen. K63.5 ist bei hyperplastischen Polypen zu codieren, aber nicht bei adenomatösen Polypen.

Code	Bezeichnung
D37.0–D48.9 R74.9 Z03.1	Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens Abnormer Wert nicht näher bezeichneter Serumenzyme Beobachtung bei Verdacht auf bösartige Neubildung
Frage	Wie ist zu codieren, wenn bei einem Besuch unter Einbeziehung aller Befunde keine Aussage über die Malignität eines Tumors gemacht werden kann?
Antwort	<p>Unter D37–D48 sind nur Tumore zu codieren, die wegen ihrer Eigenschaften nicht sicher als gut- oder bösartig eingestuft werden können (Malignitätsgrad I in der Klassifikation der Morphologie). Die Vergabe einer D-Diagnose bezeichnet nicht den Umstand, dass keine sichere Aussage über die Entität eines Tumors gemacht werden kann, sondern ordnet den Tumor einer bestimmten Entität zu, nämlich jenen mit unsicherem Verhalten. Das Vorhandensein einer bösartigen Neubildung ist mit einem D-Code ausgeschlossen. Wenn man den Tumor nicht einordnen kann, ist entweder unter Z03.1 (wenn der Verdacht auf Bösartigkeit besteht und nicht behandelt wird) oder unter der zu Grunde liegenden Symptomatik zu codieren.</p> <p>Beispiel: 76-jähriger Patient mit vergrößerter Prostata, gut abgrenzbar, umschriebene Konsistenzhöhung, PSA-Erhöhung auf 15,7. Es wurden 16 Biopsate untersucht. Davon 3x kein repräsentatives Gewebe, in den anderen 13 Biopsaten konnten keine atypischen Zellen festgestellt werden, auch kein Hinweis auf eine Tumordinfiltration. Der Patient bzw. die Entwicklung des PSA wird beobachtet.</p> <p>Codierung: Es besteht zwar ein Verdacht, aber mehr als der pathologische Laborparameter wurde nicht gefunden. Bekannt ist nur die Tatsache, dass eine Diagnostik bei Verdacht auf bösartige Neubildung durchgeführt wurde und ein abnormer Serumenzymwert vorliegt.</p> <p>Hier ist nicht unter einer D-Diagnose zu codieren, sondern unter Z03.1 „Beobachtung bei Verdacht auf bösartige Neubildung“ (Personen mit vorhandenen untersuchungsbedürftigen Symptomen, die nach Untersuchung und Beobachtung nicht behandlungsbedürftig sind.).</p>

Code	Bezeichnung
D22.5	Melanozytennävus des Rumpfes
Frage	Wo ist ein so genannter „Tierfellnävus“ am Stamm zu codieren?
Antwort	Unter D22.5 ist auch ein so genannter „Tierfellnävus“ am Stamm zu codieren.

2.4.4 Kapitel III – Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50–D89)

Code	Bezeichnung
D68.3 I61.0–I61.9 T45.5 999.9	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper Intrazerebrale Blutung Vergiftung: Antikoagulanzen Sonstige Ursachen exogener Noxen, nicht näher bezeichnet
Frage	Wo ist eine Spontanblutung unter Cumarintherapie zu codieren?
Antwort	Sofern die Gerinnungsparameter (z.B. PZ) im therapeutischen Bereich liegen, ist unter D68.3 zu codieren. Wenn der therapeutische Bereich unterschritten wurde, ist unter ICD T45.5 und 999.9 zu codieren. Wenn der Besuchsgrund z.B. eine intrazerebrale Blutung war, ist dies als Hauptdiagnose und D68.3 oder T45.5 als Nebendiagnose zu codieren.

2.4.5 Kapitel IV – Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)

Code	Bezeichnung
E73.9 K52.2 L27.2 T78.1 T78.4	Laktoseintoleranz, nicht näher bezeichnet Allergische und alimentäre Gastroenteritis und Kolitis Dermatitis durch aufgenommene Nahrungsmittel Sonstige Nahrungsmittelunverträglichkeit, anderenorts nicht klassifiziert Allergie, nicht näher bezeichnet
Frage	Wie ist eine Kuhmilchunverträglichkeit zu codieren?
Antwort	Bei Vorliegen einer Dermatitis ist unter L27.2 zu codieren, bei Vorliegen anderer Symptome als einer Dermatitis bzw. bei Kuhmilchintoleranz ist unter T78.1 zu codieren. Bei Laktoseintoleranz ist unter E73.9 zu codieren.

2.4.6 Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)

Code	Bezeichnung
F84.0	Frühkindlicher Autismus
Frage	Bis zu welchem Lebensalter kann der ICD-10-Code F84.0 „Frühkindlicher Autismus“ codiert werden?
Antwort	Der ICD-10-Code F84.0 „Frühkindlicher Autismus“ (auch: autistische Störung, frühkindliche Psychose, infantiler Autismus, Kanner-Syndrom; exkl.: autistische Psychose (F84.5)) kann in jedem Lebensalter codiert werden. Der Ausdruck frühkindlich bezieht sich auf das Manifestationsalter, das vor dem 3. Lebensjahr liegt.

2.4.7 Kapitel VI – Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)

Code	Bezeichnung
G90.2	Horner-Syndrom
Frage	Wie ist ein Horner-Syndrom zu codieren?
Antwort	Das Horner-Syndrom ist unter ICD-10 G90.2 zu codieren.

Code	Bezeichnung
F44.8 G40.0–G40.9 R56.0–R56.8	Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen] Epilepsie Krämpfe, andernorts nicht klassifiziert
Frage	Wie sind funktionelle Anfälle zu codieren?
Antwort	Funktionelle Anfälle sind als ICD F44.8 „Dissoziative Krampfanfälle“ und nicht unter ICD G40.9 zu codieren.

2.4.8 Kapitel VII – Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59)

Code	Bezeichnung
H34.8 H35.3 H36.0*	Sonstiger Netzhautgefäßverschluss Degeneration der Makula und des hinteren Poles Retinopathia diabetica (E10-E14, vierte Stelle .3†)
Frage	Wie ist die Hauptdiagnose bei Vorstellung wegen diabetischer Makulopathie oder einem Verschluss der Vena centralis retinae zu erfassen?
Antwort	Bei Vorstellung wegen einer diabetischen Makulopathie ist als Hauptdiagnose ICD-10 H36.0* zu codieren. Zusätzlich ist der Typ des Diabetes mellitus unter dem entsprechenden Code aus E10.3 bis E14.3 zu verschlüsseln. Bei Vorstellung wegen eines venösen retinalen Gefäßverschlusses ist als Hauptdiagnose ICD-10: H34.8 zu codieren. Der Code ICD-10 H35.3 ist nur bei der altersbedingten Makuladegeneration zu codieren und darf daher bei den anderen angeführten Erkrankungen nicht als Hauptdiagnose verwendet werden.

2.4.9 Kapitel VIII – Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95)

Code	Bezeichnung
A88.1	Epidemischer Schwindel
H81.0 bis	Ménière-Krankheit
H81.9	Störung der Vestibularfunktion, nicht näher bezeichnet
H82*	Schwindelsyndrome bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
R42	Schwindel und Taumel
Frage	Wie erfolgt die Codierung einer Vorstellung mit Schwindelsymptomatik?
Antwort	Bei einem abgeklärten Schwindelsyndrom bzw. einer Störung der Vestibularfunktion ist unter dem entsprechenden Code aus H81.0 bis H81.9 zu codieren. Eine Schwindelsymptomatik bei anderen abgeklärten Ursachen ist unter H82* zu codieren. Die entsprechende Grunderkrankung ist mit einem eigenen Code zu verschlüsseln. Wenn keine bekannte Ursache gefunden wurde, ist unter R42 zu codieren. A88.1 ist nur zu codieren, wenn eine epidemisch auftretende virale Erkrankung als gesicherte Ursache der Schwindelsymptomatik feststeht. Die Codierung von A88.1 für unklare Fälle ist unzulässig.

Code	Bezeichnung
H90.0–H90.9	Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörung
H91.0–H91.9	Sonstiger Hörverlust
H91.9	Hörverlust, nicht näher bezeichnet
Frage	Wie ist die ein- oder beidseitige Taubheit zu codieren?
Antwort	Die ein- oder beidseitige Taubheit ist unter ICD H91.9 zu codieren. Bei Vorliegen näherer Angaben zur Art des Hörverlustes ist unter dem entsprechenden Code aus H90.0-H90.9 oder H91.0-H91.9 zu codieren.

2.4.10 Kapitel IX – Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)

Code	Bezeichnung
I21.0–I21.9	Akuter Myokardinfarkt
I22.0–I22.9	Rezidivierender Myokardinfarkt
I25.2	Alter Myokardinfarkt
I25.8	Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit
Frage	Wie lange erfolgt die Codierung eines akuten Myokardinfarktes (MCI)? Ab wann soll der alte MCI codiert werden?
Antwort	Ein akuter Myokardinfarkt ist bis zu einer Krankheitsdauer von 4 Wochen unter I21.0 bis I21.9 zu codieren. Bei Infarktrezidiven in diesem Zeitraum ist unter I22.0–I22.8 zu codieren. Nach mehr als vier Wochen ist unter I25.8 zu codieren. Der Code I25.2 ist im Regelfall nicht zu erfassen, da er beschreibt, dass der MCI abgeheilt bzw. symptomlos ist.

Code	Bezeichnung
I50.11–I50.19	Linksherzinsuffizienz
Frage	Zu welchem Zeitpunkt ist der Schweregrad einer Linksherzinsuffizienz zu bestimmen?
Antwort	Der Schweregrad ist in einer stabilen Phase zu bestimmen.

Code	Bezeichnung
I62.0	Nichttraumatische subdurale Blutung
I62.1	Nichttraumatische extradurale Blutung
I62.9	Intrakranielle Blutung (nichttraumatisch), nicht näher bezeichnet
S06.5	Traumatische subdurale Blutung
Frage	Wie ist eine chronische nichttraumatische subdurale Blutung korrekt zu codieren?
Antwort	Die ICD-10 unterscheidet nach der Ätiologie zwischen subduralen Blutungen traumatischen Ursprungs (S06.5) und nichttraumatischen subduralen Blutungen (I62.0). Nach dem zeitlichen Verlauf wird nicht unterschieden. Eine chronische nichttraumatische subdurale Blutung ist daher unter I62.0 zu codieren.

Code	Bezeichnung
I63.0–I63.9	Hirnfarkt
I69.3	Folgen eines Hirnfarktes
Frage	Bis wann wird ein Schlaganfall als akut angesehen und wann ist unter I69 zu codieren?
Antwort	In der ICD-10 ist die Codierung von I69 explizit nur dann vorgesehen, wenn bei einer anderen Diagnose zusätzlich angegeben werden soll, dass diese Folge eines Schlaganfalls ist (siehe Hinweis in der ICD-10 bei I69).

2.4.11 Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)

Code	Bezeichnung
J05.0	Akute obstruktive Laryngitis [Krupp]
J38.5	Laryngospasmus
Frage	Mit welcher Diagnose ist ein Kind mit Pseudokrapp zu codieren?
Antwort	Kinder mit Pseudokrapp sind unter J38.5 zu codieren.

Code	Bezeichnung
J06.0–J06.9	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege
J09	Grippe durch bestimmte nachgewiesene Influenzaviren
J10.0–J10.8	Grippe durch sonstige nachgewiesene Influenzaviren
J11.0–J11.8	Grippe, Viren nicht nachgewiesen
Frage	Wie ist ein fieberhafter grippaler Infekt oder eine Virusgrippe zu codieren?
Antwort	Ein fieberhafter grippaler Infekt ist unter ICD-10 J06.9 zu codieren. Die echte Grippe mit nachgewiesenen Influenzaviren ist unter dem entsprechenden Viersteller aus J10.0 bis .8 zu codieren, ohne Virusnachweis analog unter J11.0 bis J11.8. Bei nachgewiesenen Viren des Typs Influenza A/H1N1 Pandemie 2009 oder Influenza A/H5N1 Epidemie ist unter J09 zu codieren.

Code	Bezeichnung
J44.01–J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege
J44.11–J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet
J44.81–J44.89	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit
J44.91–J44.99	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet
Frage	Zu welchem Zeitpunkt ist der Schweregrad einer COPD zu bestimmen?
Antwort	Der Schweregrad ist in einer stabilen Phase zu bestimmen. Beispiel: Vorstellung wegen COPD mit akuter Exazerbation, FEV1 bei Aufnahme 25 %. Stabilisierung nach Therapie, FEV1 45 %. Codierung: J44.11 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes

Code	Bezeichnung
J93.9	Pneumothorax, nicht näher bezeichnet
J95.8	Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen
Frage	Ist für den „iatrogenen Pneumothorax“ eine bestimmte Diagnose zu verwenden oder kann für diesen auch eine Diagnose wie J93.9 „Pneumothorax, nicht näher bezeichnet“ verwendet werden?
Antwort	Auf Grund der primär ätiologischen Ausrichtung der ICD-10 ist der „iatrogene Pneumothorax“ korrekterweise unter J95.8 „Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen“ zu verschlüsseln. Auch das alphabetische Verzeichnis der ICD-10 führt J95.8 an.

Code	Bezeichnung
J96.0 J96.9	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet
Frage	Wie ist zu codieren, wenn im Rahmen einer pulmonalen Erkrankung wie COPD oder Pneumonie eine respiratorische Insuffizienz auftritt?
Antwort	Die Codes J96.0 „Akute respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert“ bzw. J96.9 „Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet“ beschreiben ein Symptom und sollten nur dann erfasst werden, wenn keine spezifischere Codierung erfolgen kann. Bei einer pulmonalen Erkrankung mit respiratorischer Insuffizienz ist die pulmonale Erkrankung, wie z.B. Pneumonie oder Asthma bronchiale, als Hauptdiagnose zu codieren. Das Symptom respiratorische Insuffizienz kann als Zusatzdiagnose erfasst werden.

2.4.12 Kapitel XI – Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)

Code	Bezeichnung
K56.4 K59.0	Sonstige Obturation des Darmes Obstipation
Frage	Wie lautet die korrekte Codierung bei Koprostase ohne beschriebene Ileussympptomatik (Therapie mit Klysmen erfolgreich)?
Antwort	Im Diagnosesynonymverzeichnis bzw. alphabetischen Verzeichnis ist zwar bei Begriffen wie „Kotstauung“, „Kotstein“, „Koprostase“, „Koprolith“ als Code K56.4 angegeben. Ein Code aus K56 „Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie“ ist jedoch nur bei vorhandenen Ileuszeichen zu erfassen. Die korrekte Codierung für eine Koprostase ohne Ileussympptomatik ist daher K59.0 „Obstipation“.

2.4.13 Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)

Code	Bezeichnung
M23.8 M94.9	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes Knorpelkrankheit, nicht näher bezeichnet
Frage	Wie erfolgt die Codierung einer Chondropathie im Kniegelenk?
Antwort	Die Codierung einer Chondropathie im Kniegelenk hat mit M23.8 zu erfolgen.

Code	Bezeichnung
M77.3	Kalkaneussporn
Frage	Unter welcher ICD-10-Nummer ist der Fersensporn zu codieren?
Antwort	Ein Fersensporn ist unter ICD-10-Nummer M77.3 zu codieren.

2.4.14 Kapitel XIV – Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)

Code	Bezeichnung
N17.0–N17.9 N18.0–N18.9	Akutes Nierenversagen Chronische Nierenkrankheit
Frage	Wie ist bei Verschlechterung einer chronischen Niereninsuffizienz zu codieren bzw. wann ist akutes Nierenversagen zu codieren?
Antwort	Bei Verschlechterung einer chronischen Niereninsuffizienz ist weiterhin unter dem entsprechenden Code aus ICD-10 N18.0–N18.9 zu codieren. Ein akutes Nierenversagen (ICD-10 N17.0–N17.9) ist ausschließlich bei einem plötzlichen (partiellen oder vollständigen) Verlust der exkretorischen Nierenfunktion zu codieren, ausgelöst z.B. durch Minderperfusion, Nephrotoxine, akute Nephropathien, Harnstauung.

Code	Bezeichnung
N44 N83.5	Hodentorsion Torsion des Ovars, des Ovarstieles und der Tuba uterina
Frage	Wie erfolgt die Codierung einer Hydatidentorsion?
Antwort	Die Codierung einer Hydatidentorsion bei Buben erfolgt unter ICD-10 N44, bei Mädchen unter ICD-10 N83.5

2.4.15 Kapitel XVI – Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00–P96)

Code	Bezeichnung
P00.0–P96.9 Z38.0–Z38.8	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben Lebendgeborene nach dem Geburtsort
Frage	Wie lautet die Definition des Neugeborenen?
Antwort	Laut ICD-10 und Hebammengesetz ist das Neugeborene bis zur Vollendung des 28. Lebensstages definiert.

2.4.16 Kapitel XVIII – Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00–R99)

Code	Bezeichnung
R00.0–R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
Frage	Wann sind diese Codes zu codieren?
Antwort	Diese Codes sollen grundsätzlich nur verwendet werden, wenn die diagnostische Abklärung nicht abgeschlossen werden konnte, z.B. bei ambulanten Besuchen mit noch ausstehenden Untersuchungsergebnissen.
Frage	Wie erfolgt die Codierung mit diesen Codes als Hauptdiagnose?
Antwort	Diese Codes sollen nur dann als Hauptdiagnose verwendet werden, wenn keine codierbare Ursache (Krankheitsdiagnose) für die Symptome auffindbar ist.

Code	Bezeichnung
D37.0–D48.9 R00.0–R99	Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
Frage	Unter welchem Schlüssel sind Neubildungen zu codieren, die während bei einem Besuch weder sicher nachgewiesen, noch sicher ausgeschlossen werden konnten (z.B. Raumforderung in der bildgebenden Diagnostik ohne weitere Abklärung wg. Multimorbidität)?
Antwort	Wenn für den Verdacht auf eine Neubildung lediglich ein Befund vorliegt, der nicht mehr weiter abgeklärt werden soll (z.B. Raumforderung in der bildgebenden Diagnostik ohne weitere Abklärung wg. Multimorbidität), dann ist dieser Befund zu codieren (z.B. R91 bei einem Lungenrundherd), wenn er die Kriterien für eine Haupt- oder Nebendiagnose erfüllt (Relevanz für den Besuch gegeben?).

2.4.17 Kapitel XIX – Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)

Code	Bezeichnung
M23.0–M23.9 S83.0–S83.7	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement] Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes
Frage	Wie lange ist bei einer Kniegelenksschädigung unter S83 zu codieren, ab wann ist unter M23 zu codieren?
Antwort	Bei einem Trauma in den letzten Wochen mit erstmaligem Auftreten der Symptomatik, wie im obigen Beispiel, ist unter S83.5 zu codieren. M23 Binnenschädigung des Kniegelenks bezeichnet chronische Funktionsstörungen des Gelenks mit anhaltender oder immer wiederkehrender Symptomatik bei länger zurückliegenden Ereignissen.

Code	Bezeichnung
T80.0–T88.9	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert
Frage	Wie erfolgt die Codierung von Komplikationen als Diagnose?
Antwort	Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen oder anderer ärztlicher Behandlung sind unter T80.0–T88.9 zu codieren. Davon ausgenommen sind Komplikationen, die in den Ausschlussbemerkungen des systematischen Verzeichnisses angeführt sind.

Code	Bezeichnung
T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
Frage	Wie ist ein postoperativ aufgetretenes Serom zu codieren?
Antwort	Ein Serom ist ein primär steriler Hohlraum, mit Blutserum und Lymphe gefüllt, im Wundbereich gelegen. Ursache ist eine postoperative Lymphfistel. Entsprechend ist unter T81.8 zu codieren.


Code	Bezeichnung
T63.4	Toxische Wirkung: Gift sonstiger Arthropoden
T78.2	Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet
T78.3	Angioneurotisches Ödem
T78.4	Allergie, nicht näher bezeichnet
Z51.6	Desensibilisierung gegenüber Allergenen
Frage	Welche Diagnosen sind für ambulante Besuche wegen Bienenallergien oder Desensibilisierungen zu codieren?
Antwort	Allergien sind unter T78.4 „Allergie, nicht näher bezeichnet“ zu erfassen bzw. – sofern es zu einem anaphylaktischen Schock kommt – unter T78.2 und bei einem angioneurotischen Ödem unter T78.3. Bei einem Besuch zur Hyposensibilisierung ist Z51.6 „Desensibilisierung gegenüber Allergenen“ zu codieren. Dagegen sind unter T63.4 die toxischen Wirkungen des Giftes, also der Stich an sich mit Schmerzen, Rötung, Schwellung etc. zu erfassen.

2.4.18 Kapitel XXa: Exogene Noxen – Ätiologie (901–999)

Code	Bezeichnung
901.9–999.9	Exogene Noxen – Ätiologie
Frage	Bei welchen Diagnosen des Kapitels XIX „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ (S00–T98) ist die zusätzliche Dokumentation einer Diagnose des Kapitels XXa „Exogene Noxen – Ätiologie“ (901–999) verpflichtend?
Antwort	Die Dokumentation der Ätiologie einer durch äußere Faktoren hervorgerufenen Schädigung ist bei den Diagnosen S00.0 bis T79.9 des Kapitels XIX verpflichtend vorzunehmen. Keine Verpflichtung zur Dokumentation eines 9-Codes besteht bei Diagnosen der Gruppen T80–T88 „Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung“ sowie bei T90–T98 „Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen.“

2.4.19 Kapitel XXI: Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00–Z99)

Code	Bezeichnung
Z03.0–Z03.9	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen
Frage	Der Grund für den Besuch war der Verdacht auf eine bestimmte Erkrankung. Im Rahmen des Besuchs wurde der Verdacht ausgeschlossen und keine andere Erkrankung diagnostiziert. Welche Diagnose ist zu codieren?
Antwort	Es ist die entsprechende vierstellige Diagnose aus Z03 „Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen“ zu codieren.



**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)