

# **ICD-Kodierung in der pädiatrisch-pneumologischen Praxis**

Die Autoren:

Dr. Marcus Dahlheim, Dr. Philip Fellner von Feldegg, Dr. Christopher Kolorz  
Dr. Tilo Spantzel, Dr. Ulrich Umpfenbach, Dr. Christian Weißhaar

Version 1, Mai 2014

Herausgeber:

Bundearbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie (BAPP) e.V.

Die BAPP ist Mitglied im Bundesverband der Pneumologen (BdP)  
[www.pneumologenverband.de](http://www.pneumologenverband.de)

## **Vorwort**

### **Die korrekte Codierung – eine Frage der Ehre?**

Die genaue Abbildung des Krankheitsgeschehens ist bedeutend, um die Morbidität der Bevölkerung möglichst exakt abzubilden. Der Gesetzgeber hat die Entwicklung der ärztlichen Honorare an die Morbiditätsentwicklung geknüpft. Damit wurde eine wichtige Forderung der Ärzteschaft erfüllt. Es geht aber nicht nur um Zahlungen aus dem Gesundheitsfond. Es geht auch um die korrekte Abbildung kinderpneumologischer Tätigkeit und unserer qualifizierten Diagnosefähigkeit. Wer Asthma als J45.9 (Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet) kodiert, zeigt, dass er sich keine Mühe gegeben hat oder es nicht besser wusste! KinderpneumologInnen können es aber besser! Ist es ein allergisches (J45.0) oder ein Infektasthma (J45.1)? Oder eine Mischform des Asthmas (J45.8)? Hat der Patient nicht auch eine perenniale allergische Rhinitis (J30.3)? Bekommt er eine Hyposensibilisierung (Z51.6) oder ist er noncompliant (Z29.1)?

Mit dem Leitfaden **ICD-Kodierung in der pädiatrisch-pneumologischen Praxis** legt die QM-Gruppe der BAPP nach dem „Qualitätsmanual Pädiatrische Pneumologie“ eine für uns alle wichtige Praxishilfe vor. Der QM-Gruppe, d.h. Marcus Dahlheim, Philip Fellner von Feldegg, Christoph Kolorz, Tilo Spantzel, Ulrich Umpfenbach und Christian Weißhaar, möchte ich im Namen aller BAPP-Mitglieder für diese hervorragende Leistung danken!

Ein Qualitätsmanual und eine Kodieranleitung sind niemals fertig! In der ersten Runde haben wir folgenden Mitgliedern der BAPP für ihr kritisches Gegenlesen des Leitfadens zu danken: Peter Ahrens, Christoph Bultmann, Christine Gronke, Uwe Klettke, Bernd Lüders, Martina Millner-Uhlemann, Antje Pizzulli, Antonio Pizzulli, Christoph Runge, Bernhard Sandner, Jens-Oliver Steiß und Ute Staden.

Sie können sich ebenfalls an der Weiterentwicklung dieses Leitfadens beteiligen. Haben Sie gute Ideen? Melden Sie diese bitte an Philip Fellner von Feldegg ([praxis.fellner@kinderarzt-muenster.de](mailto:praxis.fellner@kinderarzt-muenster.de)), der die Herausgabe koordiniert hat.

Frank Friedrichs

Vorsitzender der BAPP

# Inhaltsverzeichnis

<b>ICD-Kodierung in der pädiatrisch-pneumologischen Praxis</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>2 Krankheiten des oberen Atemwegsystems</b> .....	<b>6</b>
1. Akute Rhinopharyngitis.....	6
2. Akute Sinusitis:.....	6
3. Laryngotracheitis:.....	6
4. Allergische Erkrankungen der oberen Atemwege:.....	6
6. Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege.....	7
7. Sonstige Störungen der Atmung mit Ursprung in der Perinatalperiode.....	7
<b>3 Bronchitiden</b> .....	<b>8</b>
1. Akute Bronchitis:.....	8
2. Chronische Bronchitis:.....	8
3. Bronchiolitis:.....	9
4. Bronchiektasen:.....	9
5. Weitere Erkrankungen der Bronchien:.....	9
<b>4 Asthma bronchiale</b> .....	<b>10</b>
Beispiele:.....	12
<b>5 Pneumonien</b> .....	<b>13</b>
1. Bakterielle Pneumonien:.....	13
2. Virale Pneumonien:.....	14
3. Anders klassifizierte Pneumonien:.....	15
4. Anatomisch klassifizierte Pneumonien:.....	16
5. Begleitdiagnosen:.....	16
6. Beispiele:.....	16
<b>6 Anaphylaxie und Urtikaria</b> .....	<b>18</b>
1. Anaphylaxie.....	18
Beispiele:.....	19
2. Urtikaria.....	19
Beispiel:.....	20
<b>7 Mukoviszidose</b> .....	<b>21</b>
Beispiel:.....	22
<b>8 Dysfunktionelle respiratorische Symptome (DRS)</b> .....	<b>23</b>
1. Beispiel: Vocal Cord Dysfunction.....	24
2. Differentialdiagnose Asthma - VCD.....	24
<b>10 Primäre Ziliendyskinesie (PCD)</b> .....	<b>26</b>
<b>11 Allergische bronchopulmonale Aspergillose, ABPA</b> .....	<b>28</b>
<b>12 Fehlbildungen der oberen und unteren Atemwege</b> .....	<b>29</b>
1. Angeborene Fehlbildungen:.....	29
2. Erworbene Fehlbildungen:.....	30
<b>13 Tuberkulose</b> .....	<b>31</b>
<b>14 Psychoemotionale Begleitdiagnosen</b> .....	<b>33</b>
<b>15 U-Codes</b> .....	<b>34</b>

# 1 Einleitung

Seit dem Jahr 2000 werden die Diagnosen nach der International Classification of Diseases (ICD) verschlüsselt. Am 01.04.2007 trat das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in Kraft, wodurch die Vergütungsstruktur stärker an der Morbidität der gesetzlich Versicherten orientiert wurde. Zum 01.01.2009 wurde der Risikostrukturausgleich zwischen den GKVn auf eine morbiditätsorientierte Basis umgestellt („Morbi-RSA“). Rund die Hälfte des Gesundheitsfonds wird über die Morbidität verteilt.

Die Verschlüsselung der Diagnosen als Grundlage für die Darstellung der Morbidität ist nach §295 SGB V Satz 1 (3) verpflichtend: ... *Die Diagnosen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln...* Die Kodierung hat also auf der Basis des aktuellen ICD-Katalogs in der deutschen Version (GM) zu erfolgen – derzeit ICD-10-GM Version 2014 (nachzulesen auf [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)).

Die Genauigkeit und Tiefe (s.u.) der Kodierung hat auf zwei Wegen Einfluss auf die im GKV-Bereich zur Verfügung stehenden Geldmenge:

1. Sie ist Grundlage für die jährliche Anpassung der (morbiditätsorientierten) Gesamtvergütung und somit für Kassen und Ärzte extrem wichtig!!
2. Die Krankenkassen erhalten einen Zuschlag aus dem Gesundheitsfond für 80 gelistete Krankheiten, nachzulesen unter:

[http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Haeufig\\_gestellte\\_Fragen/01a\\_Festlegung\\_Krankheitsauswahl\\_AJ2014\\_nur\\_Krankheiten\\_.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Haeufig_gestellte_Fragen/01a_Festlegung_Krankheitsauswahl_AJ2014_nur_Krankheiten_.pdf)

Außer der Diagnosegruppe „53) Pneumonie und andere infektiöse Lungenerkrankungen“ ist keine der für uns bedeutsamen Diagnosen gelistet. Die Diagnose Asthma ist 2012 wegen der verbesserten Versorgung durch das DMP und der damit geringeren Kosten auf Platz 81 und somit aus der Auflistung gefallen.

Insgesamt mag die ICD wenig praxistauglich erscheinen. Es wird immer wieder kritisiert, dass die Morbidität in der Pädiatrie nicht sinnvoll dargestellt werden kann. Eine möglichst tiefe Kodierung erscheint dennoch möglich und sinnvoll:

1. Wir haben mit der Kodierung Einfluss auf die Gesamtvergütung
2. Wir dokumentieren die Morbidität in der Region
3. Wir stellen unsere tägliche Arbeit dar
4. Wir stellen Anträge zur Verbesserung der ICD bei dem DIMDI
5. Es ergibt sich eine Statistik auch der Komorbiditäten (z.B. Pansinusitis bei Primärer Ziliendyskinesie).

Neben den finanziellen Aspekten (sind doch 1 und 3) erscheinen uns für die Pädiatrische Pneumologie insbesondere die Punkte 1 und 3. wichtig. Dazu sollten wir:

1. **Genau kodieren.** Ein Asthma ist eben nicht nur ein *Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet (J45.9)*. Als pädiatrische Pneumologen müssen wir in der Lage sein, eine genauere Diagnose zu stellen und diese dann auch zu kodieren.
2. **Tief kodieren**, d.h. wenn möglich mit 4 oder 5 Stellen. Die Mukoviszidose sollte nicht die *Zystische Fibrose, nicht näher bezeichnet (E84.9)* sein, sondern z.B. die *Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation (E84.80)*.

XX.- nach dreistelligen bzw. vierstelligen Schlüsselnummern sind an der 4. bzw. 5. Stelle die Diagnosen tiefer zu codieren

3. **Zusatzcodes verwenden.**

folgende Zeichen erfordern immer eine Mehrfachkodierung:

† (KREUZCODE) kennzeichnet die Ätiologie einer Grunderkrankung, z.B. Masernpneumonie: B05.2† = „Masern, kompliziert durch Pneumonie“, dazu muss die Pneumonie mit J17.1 codiert werden.

\* (STERNCODE) kennzeichnet die Manifestation einer Grunderkrankung, z.B. Pneumonie bei Masern: J17.1\* = „Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten“ (in diesem Fall Masern), dazu muss B05.2† = „Masern, kompliziert durch Pneumonie“ kodiert werden.

4. **U-Codes verwenden.**

Diese Codes müssen immer in Kombination mit einem Primärschlüssel (Primärdiagnose) verwendet werden und können nicht alleine stehen, z.B. antibiotikaresistente Bakterien.

5. Möglichst **keine R-Codes** verwenden. Sie stehen für Symptome und keine Diagnosen.

6. Es müssen immer **Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit** angegeben werden:

**V** Verdachtsdiagnose bzw. auszuschließende Diagnose

**Z** (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose

**A** ausgeschlossene Diagnose

**G** gesicherte Diagnose (auch anzugeben, wenn A, V oder Z nicht zutreffen)

Das Zusatzkennzeichen **V** ist nach Möglichkeit zu vermeiden, da unsere Diagnostik eine gesicherte oder ausgeschlossene Diagnose ergeben sollte.

Aus diesem Grund stellen wir im Folgenden die für die Praxis relevanten ICD-Diagnosen vor und wünschen uns, dass die in Deutschland tätigen Kinderpneumologinnen und -pneumologen danach verfahren und Ihre fachärztlich geprägte inhaltliche Arbeit auch in den vergebenen Diagnosen und ICD-Kodierungen dokumentieren.

## 2 Krankheiten des oberen Atemwegsystems

Entsprechend dem Konzept der „united airways“ bilden obere und untere Atemwege eine anatomische und funktionelle Einheit. Sie sind daher nicht isoliert sondern in ihrer Wechselwirkung miteinander zu betrachten. Daher sind auch in der pädiatrisch-pneumologischen Praxis die Erkrankungen der oberen Luftwege zu beachten und dementsprechend auch zu kodieren.

### 1. Akute Rhinopharyngitis

Tabelle 1: Akute Rhinopharyngitis

Akute Rhinopharyngitis	J00.0
------------------------	-------

### 2. Akute Sinusitis:

Bedeutsam ist die akute Sinusitis als Ursache einer Exazerbation eines Asthmas.

Tabelle 2: Akute Sinusitis

Akute Sinusitis maxillaris	J01.0
Akute Sinusitis frontalis	J01.1
Akute Sinusitis ethmoidalis	J01.2
Akute Sinusitis sphenoidalis	J01.3
Akute Pansinusitis	J01.4
Sonstige Akute Sinusitis	J01.8
Akute Sinusitis, nicht näher bezeichnet	J01.9

### 3. Laryngotracheitis:

Bei bekannten Erreger ist entsprechend spezifisch zu kodieren:

Tabelle 3: Laryngotracheitis

Akute Laryngitis (eitrig, ödematös, subglottisch, ulzerös)	J04.0
Akute Tracheitis (katarrhalisch)	J04.1
Akute Laryngotracheitis	J04.2
Akute obstruktive Laryngitis (Krupp)	J05.0
Akute Epiglottitis	J05.1
Akute Laryngopharyngitis	J06.0
Sonstige akute Infektionen der oberen Atemwege	J06.8
Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet	J06.9

### 4. Allergische Erkrankungen der oberen Atemwege:

Tabelle 4: Sonstige Erkrankungen der oberen Atemwege

Rhinopathia vasomotorica	J30.0
Allergische Rhinopathie durch Pollen	J30.1
Sonstige saisonale allergische Rhinopathie	J30.2
Sonstige ganzjährige allergische Rhinopathie, z.B. HSM, Tiere	J30.3
Allergische Rhinopathie, nicht näher bezeichnet	J30.4

Bei allergischen Erkrankungen der oberen Atemwege auch an die allergische Konjunktivitis H10.1 denken.

## 5. Chronische Erkrankungen der oberen Atemwege:

Tabelle 5: Chronische Erkrankungen der oberen Atemwege

Chronische Rhinitis (eitrig, ulzerös, obstruktiv)	<b>J31.0</b>
Chronische Rhinopharyngitis	<b>J31.1</b>
Chronische Pharyngitis	<b>J31.2</b>
Chronische Sinusitis maxillaris	<b>J32.0</b>
Chronische Sinusitis frontalis	<b>J32.1</b>
Chronische Sinusitis ethmoidalis	<b>J32.2</b>
Chronische Sinusitis sphenoidalis	<b>J32.3</b>
Chronische Pansinusitis	<b>J32.4</b>
Sonstige chronische Sinusitis	<b>J32.8</b>
Chronische Sinusitis, nicht näher bezeichnet	<b>J32.9</b>

## 6. Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege

Tabelle 6: Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege

Laryngospasmus (einschl. Pseudokrupp)	<b>J38.5</b>
Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der oberen Atemwege (inkl. erworbene Stenose der Trachea)	<b>J39.8</b>

## 7. Sonstige Störungen der Atmung mit Ursprung in der Perinatalperiode

Tabelle 7: Sonstige Störungen der Atmung mit Ursprung in der Perinatalperiode

Sonstige näher bezeichnete Störung der Atmung beim Neugeborenen (chron. Schnupfen beim Neugeborenen; Stridor congenitus)	<b>P28.8</b>
--	--------------

### 3 Bronchitiden

#### 1. Akute Bronchitis:

Die akute Bronchitis ist in der Regel infektiösen Ursprungs. Ist der Erreger nicht bekannt, wird die Bronchitis (bei Kindern und Jugendlichen auch die akute Tracheobronchitis) mit J20.9 kodiert. Bei bekanntem Erreger wird dann an 4. Stelle differenziert (s. Tabelle 5).

Eine allergisch bedingte akute Bronchitis entspricht einem allergischem Asthma und wird wie ein allergisches Asthma bronchiale mit J45.0 kodiert (s. Kapitel Asthma).

Tabelle 8: Akute Bronchitis

Diagnose	ICD
Akute Bronchitis, Erreger unbekannt	<b>J20.9</b>
Akute Tracheobronchitis, Erreger unbekannt	<b>J20.9</b>
...durch Mykoplasma pneumoniae	<b>J20.0</b>
...durch H. Influenzae	<b>J20.1</b>
...durch Streptokokken	<b>J20.2</b>
...durch Coxsackieviren	<b>J20.3</b>
...durch Parainfluenzaviren	<b>J20.4</b>
...durch RSV	<b>J20.5</b>
...durch Rhinoviren	<b>J20.6</b>
...durch ECHO-Viren	<b>J20.7</b>
...durch sonstige näher bezeichnete Erreger	<b>J20.8</b>
Bronchitis durch Rauch	<b>J68.0</b>

#### 2. Chronische Bronchitis:

Tabelle 9: Chronische Bronchitis

Diagnosen:	Begleitdiagnosen:	Grunderkrankungen:
<b>J41.0</b> einfache chronische Bronchitis	<b>J47</b> Bronchiektasen	<b>J45.-</b> Asthma bronchiale
<b>J41.1</b> chronische Bronchitis, schleimig-eitrig	<b>J42</b> chronische Tracheobronchitis	<b>E84.0</b> Mukoviszidose
<b>J41.8</b> Mischform von einfacher und schleimiger Bronchitis		<b>Q34.8</b> Primäre Ziliendyskinesie
		<b>Q89.3</b> Kartagener-Syndrom
		<b>D80.-</b> Immundefekt mit vorherrschendem Antikörpermangel
		<b>Q89.3</b> schwerer kombinierter Immundefekt SCID
		<b>K21.9 + J45.1</b> GÖR mit Asthma bronchiale

### 3. Bronchiolitis:

Die Bronchiolitis wird bei unbekanntem Erreger als J21.9 kodiert. Ist der Erreger bekannt, wird wie bei der akuten Bronchitis an der 4. Stelle differenziert, z.B. J21.0 für Bronchiolitis durch RSV.

Tabelle 10: Bronchiolitis

Akute Bronchiolitis, ggf. mit Bronchospasmus	<b>J21.-</b>
Akute Bronchiolitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	<b>J21.0</b>
Akute Bronchiolitis durch humanes Metapneumovirus	<b>J21.1</b>
Akute Bronchiolitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	<b>J21.8</b>
Akute Bronchiolitis, nicht näher bezeichnet	<b>J21.9</b>

### 4. Bronchiektasen:

Tabelle 11: Bronchiektasen

nicht angeborene Bronchiektasen	<b>J47</b>
---------------------------------	------------

Sind die Bronchiektasen Folge einer Grunderkrankung, sollte die Kodierung dieser Grunderkrankung nicht vergessen werden, siehe hierzu auch oben im Kapitel „Chronische Bronchitis“!

### 5. Weitere Erkrankungen der Bronchien:

Tabelle 12: Weitere Erkrankungen der Bronchien

Bronchiolitis obliterans	<b>J44.89</b>
Bronchiolitis obliterans organisierende Pneumonie (BOOP)	<b>J84.0</b>

## 4 Asthma bronchiale

### **Vorbemerkung:**

Die Diagnose Asthma bronchiale sollte möglichst umfassend durch die Würdigung von Anamnese, körperlich-klinischer Untersuchung und Würdigung der erhobenen Befunde gesichert werden, wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die Nationale Versorgungsleitlinie Asthma bronchiale von 2010-2011 und stellen dazu den Diagnostik-Algorithmus mit ein (zur Diagnostik siehe BAPP-QM-Manual, 1.Auflage):

### **Anmerkungen:**

Die kinderpneumologische ICD-Kodierung soll möglichst präzise die Patientenmorbidity abbilden und unsere fachärztliche Arbeit dokumentieren. Aus diesem Grund soll auf die möglichst exakte Kodierung entsprechend Wert gelegt werden.

Bei unseren jungen Patienten liegt meist ein Mischasthma vor, d.h., sowohl Infekte als auch Anstrengungsfaktoren und Allergene sind als Auslöser wirksam.

Die Zusatzdiagnosen werden häufig vergessen, bilden aber ebenfalls unsere spezialisierte Arbeit und Aufwand ab, - bitte nicht vergessen.

Tabelle 13: Asthma mit Zusatzkodierung

Diagnose:	Begleitdiagnosen	ZusatzKodierung	Besonderes	Therapie
<b>J 45.0</b> Allergisches Asthma Exazerbation Asthma	<b>J30.1</b> Allergische Rhinitis durch Pollen	<b>Z00.0</b> Erstuntersuchung fachärztlicher Patient	<b>Z29.1</b> Non-Compliance	<b>Z29.2</b> Dauertherapie Antiasthmatika
<b>J45.1</b> Infekt-Asthma Intrinsisches Asthma Anstrengungsasthma	<b>J30.2</b> <b>Sonstige</b> saisonale allergische Rhinitis	<b>Z01.9</b> Fachärztlicher Patient	<b>Z58</b> Nikotinbelastung Umgebung	<b>Z51.6</b> Hyposensibilisierung
<b>J45.8</b> Mischform des Asthma	<b>J30.3</b> Perenniale allergische Rhinitis	<b>Z04.9</b> Überwiesener fachärztlicher Patient	<b>Z72.0</b> Nikotinkonsum	
<b>J46</b> Asthma-Anfall/Status	<b>H10.1</b> Allergische Konjunktivitis		<b>F17.1</b> Rauchen	
<b>J69.8</b> Asthma durch Detergenzien	<b>L20.9</b> Atopische Dermatitis		<b>F17.3</b> Rauchentwöhnung	
<b>J62.8</b> Asthma montanum	<b>R94.2</b> Bronchiale Hyperreagibilität		<b>F19.1</b> Medikamenten-Abusus (Salbutamol)	
	<b>K12.3</b> Orale Mucositis- Medikamenteninduziert			