

## Asthma, COPD und Pneumonien

In den vergangenen Jahren nahmen die asthmatischen Erkrankungen weltweit zu. In Deutschland erkrankt jedes zehnte Kind und jeder zwanzigste Erwachsene an Asthma bronchiale, das sind insgesamt rund acht Millionen Menschen. Damit ist Asthma eine der häufigsten chronischen Erkrankungen.

Es ist aber nicht Asthma allein – Lungenerkrankungen stellen ein weit gefächertes Erkrankungsspektrum dar. So nimmt in der ambulanten pneumologischen Praxis neben Allergien und bösartigen Neubildungen eine andere Volkskrankheit inzwischen eine große Rolle ein: die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, kurz COPD. Sie ist die vierthäufigste Todesursache nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, den Neubildungen und dem Diabetes.

Neben den chronischen Erkrankungen Asthma und COPD spielen die Allergien und Pneumonien beim Kodieren eine wichtige Rolle. Bei Pneumonien hat die Unterscheidung zwischen einer bakteriellen und einer sonstigen

Pneumonie unmittelbare finanzielle Auswirkungen: Während es bei „Aspiration und näher bezeichneter bakterieller Pneumonie“ zu einer monatlichen Zuweisung von 397 Euro aus dem Gesundheitsfonds kommt, sind es bei „Sonstige Pneumonien, Empyem und Lungenabszesse“ lediglich 55,68 Euro.

Im Gesundheitsfonds werden mitunter verschiedene Erkrankungen in einer Morbiditätsgruppe zusammengefasst. Es ist deswegen wichtig, das Augenmerk auf eine verbesserte und damit „vertiefte Kodierung“ zu lenken. Nicht immer existieren im Kapitel X der „Krankheiten des Atmungssystems“ der ICD-10-GM fünfstelligen Endcodes, wie sie im fachärztlichen Bereich bevorzugt anzugeben sind.

Patient während eines Lungenfunktionstests (Spirometrie) zur Überprüfung der Leistungskapazität der Lungen.



Europäische Stiftung für Allergieforschung – ECARF

### Asthma und Allergien

Grundsätzlich sollten Sie sich bei der Kodierung des Asthma bronchiale drei Fragen stellen:

- 1. Welche Ursache liegt dem Asthma zugrunde?**  
Allergisch, nicht-allergisch oder Mischform – diese „Ursache“ kodieren Sie über die vierte Stelle des ICD-10-Kodes:

J45.0 Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale

J45.1 Nichtallergisches Asthma bronchiale

J45.8 Mischform des Asthma bronchiale

J45.9 Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet  
Asthmatische Bronchitis o. n. A.

Late-Onset-Asthma

## 2. Handelt es sich um ein schweres Asthma?

Einen eigenständigen Kode für „akutes schweres Asthma“ gibt es nicht. Um diesen Schweregrad sachgerecht zu kodieren, ist der Kode J46 Status asthaticus anzugeben.

J46 Status asthaticus, inkl.: Akutes schweres Asthma

## 3. Erfolgt eine Desensibilisierung?

Wenn Sie eine Desensibilisierung (Hyposensibilisierung) durchführen, ist der gesicherte ICD-10-Kode Z51.6 G anzugeben.

Z51.6 Desensibilisierung gegenüber Allergenen

## COPD

Die COPD ist mit einem ICD-10-Kode aus J44.-, „Sonstige obstruktive Lungenerkrankung“ anzugeben. Die fünfte Stelle der Codes berücksichtigt den aktuellen FEV<sub>1</sub>-Wert der Lunge (siehe Tabelle).

Eine infektiöse Verschlechterung ist mit J44.0-, „Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege“ zu kodieren. Liegt eine Pneumonie vor, verschlüsseln Sie diese bitte zusätzlich. Wenn ein Erreger nachgewiesen wurde, ist dieser ebenfalls zu kodieren.

ICD	4. Stelle				5. Stelle / FEV <sub>1</sub>				
	mit akuter Infektion der unteren Atemwege	mit akuter Exacerb.	Ohne Infekt/ Exacerb.	Sonstige	< 35 % Soll	35-50 % Soll	50-70 % Soll	≥70 % Soll	nicht näher bezeichnet
J44.-	-.0	-.1	-.9	-.8	.-0	.-1	.-2	.-3	.-9

Vasomotorische und allergische Rhinopathien sind nur dann zusätzlich zu kodieren, wenn keine allergische Rhinopathie mit Asthma vorliegt (J 45.0).

J30.0 Rhinopathia vasomotorica

J30.1 Allergische Rhinopathie durch Pollen

J30.2 Sonstige saisonale allergische Rhinopathie

J30.3 Sonstige allergische Rhinopathie

J30.4 Allergische Rhinopathie, nicht näher bezeichnet

Kodieren Sie auch Nahrungsunverträglichkeiten und besonders die eventuell notwendige Hyposensibilisierung:

T78.0 Anaphylaktischer Schock durch Nahrungsmittelenverträglichkeit

T78.1 Sonstige Nahrungsmittelenverträglichkeit, anderenorts nicht klassifiziert

T78.2 Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet

T78.3 Angioneurotisches Ödem

T78.4 Allergie, nicht näher bezeichnet

**Achtung:** Der unspezifische ICD-10-Kode T78.4 wird in Deutschland jährlich rund 1,6 Millionen Mal kodiert – und damit fast so oft wie die J30.1 und J30.2 zusammen. Da Allergien meist symptombezogen kodiert werden – also als Atemwegserkrankung, Dermatitis (Kodes aus L23.-) bzw. als gastrointerstinale Reaktion (K52.2), sollte der unspezifische Kode T78.4 nur in den wenigen Fällen Verwendung finden, die keine nähere Bestimmung zulassen

## Bakterielle Pneumonien

Ist bei der bakteriellen Pneumonie der Erreger bekannt, stehen Ihnen folgende Kodes zur Verfügung:

J13 Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae

J14 Pneumonie durch Haemophilus influenzae

J15.- Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert

J15.0 Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae

J15.1 Pneumonie durch Pseudomonas

J15.2 Pneumonie durch Staphylokokken

J15.3 Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B

J15.4 Pneumonie durch sonstige Streptokokken

J15.5 Pneumonie durch Escherichia coli

J15.6 Pneumonie durch andere aerobe gramnegative Bakterien

J15.7 Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae

J15.8 Sonstige bakterielle Pneumonie

J15.9 Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet

J16.- Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert

J17.- Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

J18.- Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet

J18.0 Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet

J18.1 Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet

J18.2 Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet

J18.8 Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet

J18.9 Pneumonie, nicht näher bezeichnet

Wenn Sie von einer Viruspneumonie ausgehen, finden Sie die spezifischen Kodes in J12.-

## Kodierbeispiele: Asthma bronchiale, COPD und Pneumonien

Ein 24-jähriger Patient mit bekanntem **Asthma bronchiale** stellt sich mit Fieber, Husten und reduziertem Allgemeinzustand vor. Auskultatorisch: **Pneumonie** linkes Unterfeld, Erregernachweis ergibt *Haemophilus influenzae*.

J45.0 G Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale

J14 G Pneumonie durch *Haemophilus influenzae*

B96.3! G *Haemophilus* und *Moraxella* als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

Eine 10-jährige Patientin mit bekannter **Maserninfektion** vor zehn Tagen stellt sich jetzt mit den Symptomen einer **Pneumonie** vor.

B05.2 + G Masern kompliziert durch Pneumonie

J17.1 \* G Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Ein Patient mit **COPD** stellt sich wegen akuter Zunahme der Dyspnoe vor. Er klagt über Husten und Auswurf. Der  $FEV_1$  ist auf 45 Prozent des Sollwertes gefallen. Es findet sich kein Hinweis auf eine akute Infektion.

J44.11 G Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet:  
 $FEV_1 \geq 35$  und  $< 50$  Prozent des Sollwertes

Bei einer 27-jährigen Patientin besteht eine bekannte Mischform eines **nicht-allergischen Asthmas** und eines **allergischen Asthma bronchiale** in der Anamnese. Die Patientin ist medikamentös eingestellt und stellt sich im April mit einer Rhinopathie vor; diese verschlechtert sich zunehmend durch Aufenthalt im Freien.

J45.8 G Mischformen des Asthma bronchiale

J30.1 G Allergische Rhinopathie durch Pollen

Bei einem 67-jährigen übergewichtigen Raucher (seit 30 Jahren drei bis vier Zigaretten/Tag) mit seit 17 Jahren bekanntem, medika-

mentös eingestelltem **Hypertonus** und chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (**stabile COPD Stufe II**) wurde vor kurzem ein **Diabetes mellitus Typ 2** festgestellt, der diätetisch eingestellt werden konnte. Bei der aktuellen Untersuchung klagt er über verstärkte Atemnot in Ruhe, Husten und leicht erhöhte Temperatur sowie seit drei Tagen andauernde Halsschmerzen. Die Untersuchungen ergeben eine Exazerbation mit eingeschränkter Lungenfunktion von  $FEV_1$  40 Prozent des Sollwertes.

### Diagnose: COPD Stufe III, leichte (vermutlich) virale Pharyngitis.

J44.11 G Chronisch obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet

$FEV_1 \geq 35$  % und  $< 50$  % des Sollwertes

E11.90 G Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: ohne Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

J02.9 G Akute Pharyngitis, nicht näher bezeichnet\*

I10.00 G Benigne essentielle Hypertonie, ohne Angabe einer hypertensiven Krise

\*Hier wird die akute Pharyngitis als „nicht näher bezeichnet“ angegeben, weil durch den Untersuchungs- und Behandlungsverlauf darauf verzichtet wird, den Erreger der Pharyngitis näher zu bestimmen. Bei spezifischem Erregerverdacht und/oder Erregerbestimmung wäre der Kode J02.8 G (akute Pharyngitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger) und eine zusätzliche Schlüsselnummer (B95 bis B98: „Bakterien, Viren und die sonstigen Infektionserreger und die als Ursache von Krankheiten anderer Kapitel klassifiziert sind“) anzugeben.

Eine 37-jährige Patientin mit bekannter **Wespengiftallergie** entwickelt nach einem Wespenstich ein ausgeprägtes **Quincke-Ödem**. Die Erstversorgung erfolgt ambulant beim Facharzt für Pneumologie, danach wird sie in die Klinik eingewiesen.

T78.3 G Angioneurotisches Ödem

T63.4 G Toxische Wirkung durch Kontakt mit Gift sonstiger Arthropoden

Die Diagnose bei bekannter anamnestischer Wespengiftallergie ist gesichert, sodass im

vorliegenden Fall die Behandlungsdiagnose des Quincke-Ödems und nicht die Wespengiftallergie zur Klinikeinweisung führt. Die zusätzliche Angabe des Codes „T63.4 G toxische Wirkung von Gift sonstiges Anthropoden“ ist optional.

Ein 63-jähriger Patient mit bekannter COPD klagt über zunehmende Dyspnoe und einen seit vier Tagen vermehrten, nun auch gelbgrünlichen Auswurf sowie Temperatur von 37,9° C. Seine Enkelin, auf die er in der letzten Woche aufgepasst hat, hatte eine Angina, die medikamentös behandelt wurde. Die Untersuchungen ergeben eine Leukozytose und Streptokokken im Bronchialsekret, die Lungenfunktion ist auf FEV<sub>1</sub> 60 Prozent des Sollwertes eingeschränkt, aber gegenüber Vorbefunden nicht wesentlich verändert.

**Diagnose: COPD Stufe II, akute (bakterielle) Bronchitis.**

- J44.02 G Chronisch obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege  
FEV<sub>1</sub> ≥ 50 % und < 70 % des Sollwertes
- J20.8 V Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger\*\*
- J20.2 G Akute Bronchitis durch Streptokokken

Das Ergebnis der Bronchialsekretuntersuchung liegt später vor, sodass die Anfangsdiagnose als V kodiert wird (J20.8 V). Nach Vorliegen des Ergebnisses wird die gesicherte Diagnose ergänzt (J20.2 G). Im vorliegenden Fall kann die Verdachtsdiagnose stehen bleiben, dies ist „unschädlich“. Wichtig ist, dass die gesicherte Behandlungsdiagnose kodiert wird.

**Achtung:** Würde die Erregerart nicht bestimmt und dennoch nach medizinischem Ermessen eine bakteriell bedingte akute Bronchitis vorliegen, wäre der J20.8 als gesicherter ICD-10-Code ohne J20.2 richtig und ausreichend.

Eine 78-jährige Patientin mit bekannter COPD Stufe II und Hypertonie behandelt seit einer Woche einen grippalen Infekt mit Hausmitteln.



Europäische Stiftung für Allergieforschung – ECARF

Sie kommt nun mit zunehmendem Husten und 38,1° C Fieber. Die Untersuchungen ergeben eine radiologisch gesicherte Bronchopneumonie beidseits mit Klebsiella pneumoniae im Sputum und einer FEV<sub>1</sub> 40 Prozent des Sollwertes beim Lungenfunktionstest.

Testlösungen für die Allergiediagnostik im Rahmen eines Pricktests.

**Diagnose: COPD Stufe III, bakterielle Bronchopneumonie bds.**

- J44.01G Chronisch obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege FEV<sub>1</sub> ≥ 35 % und < 50 % des Sollwertes
- J15.8 V B Sonstige bakterielle Pneumonie\*
- J15.0 G B Pneumoniae durch Klebsiella pneumoniae

\* Das Ergebnis der Sputumuntersuchung liegt später vor, sodass die Anfangsdiagnose als V kodiert wird. Erst nach Vorliegen des Ergebnisses besteht im vorliegenden Fall eine gesicherte Diagnose mit Angabe der Erregerart (J15.0 G). Im vorliegenden Fall kann die Verdachtsdiagnose stehen bleiben, dies ist „unschädlich“. Wichtig ist, dass die gesicherte Behandlungsdiagnose kodiert wird. Die Seitenangabe ist optional.

**Achtung:** Würde die Erregerart nicht bestimmt und dennoch nach medizinischem Ermessen eine bakterielle Bronchopneumonie vorliegen, wäre der J15.8 als gesicherter Kode, ohne J15.0 richtig und ausreichend.

Das IQN und die KV Nordrhein übernehmen keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben.