

T. Winter¹

Prinzipien der Kodierung

Das schwerste Kapitel: Kodieren von Komplikationsdiagnosen in Orthopädie und Traumatologie

Principle of coding

The most difficult chapter: The coding of diagnoses of complications in orthopaedics and traumatology

Zusammenfassung: In einem Aufsatz im Jahr 2009 in der Orthopädischen Praxis [1] wurde eine Einführung in die Diagnose- und Therapiekodierung nach den Deutschen Kodierrichtlinien publiziert. Der Bericht wird nun mit dem problematischsten Teil der Kodierung fortgesetzt – der Kodierung von Komplikationsdiagnosen. Am problematischsten stellt sich die Kodierung von Komplikationen dar, weil Krankenhäuser und Kostenträger trotz eindeutiger Kodierrichtlinien hier oft unterschiedliche Meinungen vertreten. Nach allgemeinen Bemerkungen zum Thema wird die Definition einer Komplikation wiederholt und die ganze Bandbreite der Komplikationskodierung in der Orthopädie und Traumatologie an Hand konstruierter Beispieldatensätze dargestellt.

Schlüsselwörter: ICD-10-GM; Komplikation; valide Kodierung; DKR; Komplikationsdefinition

Summary: In a survey in 2009 in the journal "Orthopädische Praxis" an introduction in the coding of diagnosis and procedures according to Diagnosis related groups (DRG) was published [1]. This survey now will be continued with the most problematic part of coding, the coding of diagnosis of complications. The most problematic coding is caused by different interpretations of the codes between the hospitals and the health insurance, although the DRG are unmistakable. After some general remarks and a definition of complications, the whole spectrum of coding of complications in orthopaedics and traumatology will be given by constructed examples.

Keywords: ICD-10-GM; complication; valid coding; coding of complications

Unter dem Titel „Prinzipien der Kodierung“ hat der Autor im Heft 1/2009 der Orthopädischen Praxis eine Einführung in die Diagnose- und Therapiekodierung nach den Deutschen Kodierrichtlinien publiziert [1]. Der Bericht soll nun mit dem problematischsten Teil der Kodierung – der Kodierung von Komplikationsdiagnosen – fortgesetzt werden. Das Abrechnungssystem nach Fallpauschalen DRG (Diagnosis Related Groups) kann nur durch das Befolgen einheitlicher Regularien für die Dokumentation der Abrechnungsfälle funktionieren. Nun gibt es leider trotz aller Regularien unterschiedliche Interpretationen dieser Regeln zwischen den Kostenträgern einerseits und den Leistungserbringern andererseits.

2009 ging es darum, aus einem fiktiven Muster-Arztbrief die darin wörtlich enthaltenen oder versteckt vorhandenen Details der kodierpflichtigen Diagnosen und Prozeduren zu erkennen und anschließend korrekt zu kodieren.

Zitat einer DIMDI-Antwort vom 31.3.2009: „Grundsätzlich ist nach den amtlichen Klassifikationen (ICD-10-GM bzw. OPS) in der jeweils gültigen Version so spezifisch wie möglich zu kodieren, unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung. Bei der Kodierung von Diagnosen und Prozeduren im Geltungsbereich des § 301 SGB V sind die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) in der jeweils gültigen Fassung zu beachten. ...“

Diese Auskunft ist eindeutig und bietet eigentlich keinerlei Interpretationsspielraum. Hält man sich jedoch daran, gibt es oft Ärger mit den Krankenkassen bzw. dem MDK, der dieses „so spezifisch wie möglich“ nicht selten recht oberflächlich auslegt, insbesondere dann, wenn dieses „so spezifisch wie möglich“ nur mit mehreren Codes erreicht werden kann. Sind diese nicht DRG-relevant, hat der MDK nichts dagegen. Sind diese jedoch DRG-relevant und führen sie noch dazu zu einer höher bewerteten DRG, besteht der MDK nicht selten darauf, Codes zu streichen. Der Verzicht auf Ergänzungskodes sei spezifisch genug. Allein diese Argumentation widerspricht bereits der Regel, „so spezifisch wie möglich“.

¹ Orthopäde und Medizinischer Informatiker, Berlin
DOI 10.3238/oup.2013.0185-0190

Inzwischen erhält der Anwender in kritischen Bereichen kaum noch all-gemeingültige konsentrierte Kodierempfehlungen. Der MDK jedoch verfügt über eigene Listen (z.B. SEG4), die aber nicht allgemeingültig sind. Daher sind nun die Fachgesellschaften und einschlägige Arbeitskreise gefordert, auf dem schwierigsten Kodiergebiet – dem der Orthopädie und Traumatologie – möglichst objektive Kodierempfehlungen auszusprechen. Nicht zuletzt auch deshalb, weil die alphabetischen Register von ICD und OPS infolge der in die Milliarden gehenden Begriffsvielfalt gerade unseres Faches nie in der Lage sein werden, hier auch nur andeutungsweise vollständig sein zu können. In den Fachgesellschaften und Arbeitskreisen hält jedoch die Diskussion weiter an, wie das Konfliktpotenzial zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern wirksam vermindert werden kann, und kann sich – genauso wie in der Selbstverwaltung – noch Jahre hinziehen.

Dieser Beitrag gilt nun der reproduzierbaren, also der spezifischen Kodierung von Komplikationen. Dieser Bereich ist besonders wichtig, da infolge vieler CC-behafteter Diagnosen hier der bisher größte Konfliktstoff zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern zu suchen ist.

Im Aufsatz: Deutsche Kodierrichtlinien – Version 2009 der Zeitschrift Das Krankenhaus [2] kann man lesen: „... Auch werden die Kodierrichtlinien zunehmend entgegen ihrer ursprünglichen Intention ausgelegt. Dieses geht bisweilen so weit, dass selbst Kodierrichtlinien, die eindeutig formuliert sind, zum Zwecke der Rechenkungskürzung eine vollständig neue Auslegung erfahren. Es stehen dann nur noch die Erlöse im Einzelfall und nicht mehr die sachgerechte Abbildung der bestehenden Problemfälle im Vordergrund, welche die Grundlage einer möglichst genauen Kalkulation darstellt. Die Kodierung und Abrechnung in den Krankenhäusern wird hierdurch erheblich erschwert. Auch ergibt sich hieraus immer neuer Klarstellungsbedarf in den Kodierrichtlinien.“

Im Gegensatz zu den anderen Fachrichtungen haben wir Orthopäden und Traumatologen mit einer ganz besonderen Schwierigkeit zu kämpfen, wenn wir unsere Sachverhalte in Codes umsetzen wollen. Es ist, wie schon oft erwähnt, die

ungeheure Begriffsvielfalt, die unser Fach im Gegensatz zu allen anderen Fachrichtungen der Medizin mit sich bringt.

Die einzige Möglichkeit, die Vielfalt unserer Vorgänge nach den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) so spezifisch wie möglich zu kodieren, besteht daher in einer multikausalen Kodierung, d.h. die Vorgänge müssen unter Beachtung der DKR und den Regularien der ICD und des OPS mit mehreren sich ergänzenden Codes kodiert werden. Dies ist seit Mitte der 80er Jahre bekannt, wird aber von Administration, Gesetzgeber usw. stets unbegreiflicherweise ignoriert. Sinnvoll wäre jedoch zukünftig – wie von Graubner und Zaiss gefordert – ein Sonderzeichen, um zusammengehörende Diagnosen (und Prozeduren) über die „+/*“ und „!“ Ausrufungszeichenregelung hinaus zu kennzeichnen.

In dem Aufsatz: „Zum Begriff der Indikationsspezifischen Komplikation“ [3] wird der Begriff „spezifisch“ anhand der Definition „Spezifität“ (... selektive Reaktion eines Antikörpers oder immunkompetenter Zellen mit einem bestimmten Antigen; vgl. Kreuzreaktion ...) des Pschyrembel 257. Auflage erläutert.

Auch das Deutsche Wörterbuch des Brockhaus [4] engt den Begriff „spezifisch“ sehr stark ein: „... spätlat. *specificus* = von besonderer Art, der spezifische Geruch von Pferd und Schaf; ...; das spezifische Gewicht eines Körpers ...; die spezifische Wärme eines Stoffs ...“ usw.

Mithin müssen in den nun anstehenden Kodierungen, die so spezifisch wie möglich sein sollen, diese entsprechend der Einzigartigkeit, z.B. einer Antigen-Antikörperreaktion, so genau sein, dass deren Rückübersetzung in Klartext den zu kodierenden Sachverhalt so exakt wie möglich beschreibt. Wenn durch Kodestreichungen auch nur geringe Informationen verloren gehen, verbietet sich diese Vorgehensweise, z.B. durch den MDK, von selbst.

Wenn es um Komplikationen geht, wird nicht nur vom MDK gerne die DKR D002 (Hauptdiagnose) zitiert. Da aber die meisten Komplikationen definitionsgemäß nach den Regularien der DKR nicht Hauptdiagnose sein dürfen, trifft die Regel D002 nur selten zu. Denn nach den DKR ist die Hauptdiagnose diejenige Diagnose, die den stationären Aufenthalt verursacht. Eine während des Aufenthaltes aufgetretene Komplikati-

on verursachte den Aufenthalt nicht, sie kann ihn verlängern. Allein deshalb ist die DKR D002 (Hauptdiagnose) im Bezug zur Komplikationskodierung in den meisten Fällen vom Wortlaut her nicht zutreffend, denn sie regelt die Definition der Hauptdiagnose. In den redaktionellen Hinweisen der DKR steht unter III Fallbeispiele: „... Viele Beispiele bilden die vollständige Kodierung ... ab. In anderen Fällen sind nur die Codes aufgeführt, die im Zusammenhang mit der jeweiligen Kodierrichtlinie stehen, ...“

Mithin müssen die Beispiele in den DKR nicht so vollständig kodiert sein, damit sie auch anderen Zwecken dienen können.

Aber selbst die D002 führt im Beispiel 4 eines für Doppelkodierung an: Aszites bei Leberzirrhose: Aszites HD Leberzirrhose ND

Es gibt in den DKR noch weitere Beispiele für Doppelkodierungen. So kann man auch diese Beispiele als Begründungen für die Legalität von Doppelkodierungen heranziehen.

Das Aszitesbeispiel passt auch in die DKR D005 (Folgezustände), selbst wenn es dort nicht erwähnt ist, denn der Aszites ist die klare Folge der Leberzirrhose.

Die Regel D005 besagt u.a., dass lediglich für die Folge einer Ursache die Kriterien der Nebendiagnosedefinition gelten müssen (therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand). Dabei ist interessant, dass der „erhöhte“ Aufwand sich nur auf die Betreuung, Pflege und Überwachung bezieht. Die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen haben nach den DKR und einem Artikel in „Das Krankenhaus“ 11/05 keinen Schwellenwert. Nach der DKR D005 Folgezustände wird aber die Ursache, die eine Folge nach sich zieht, zusätzlich kodiert. Die DKR geben ebenfalls wie erwähnt vor, dass so spezifisch wie möglich kodiert werden soll. Das bedeutet, dass man in der Rückübersetzung der Codes dem ursprünglichen Sachverhalt so nahe wie möglich kommen muss, um als spezifisch gelten zu können. Mithin muss eine Komplikation auch aus der Rückübersetzung der Kodierung zweifelsfrei als Komplikation erkennbar bleiben.

Im Artikel aus „Das Krankenhaus“ [5] wird vorgegeben, dass seinerzeit im Einvernehmen mit der Selbstverwal-

tung für die Dokumentation einer Erkrankung grundsätzlich auch mehrere ICD-Kodes zur exakten Beschreibung eines medizinischen Krankheitsbildes erlaubt sind. Aber unmittelbar danach ging die Diskussion unvermindert weiter: „... Sofern keine Möglichkeit besteht, die Erkrankung mit einem Diagnosekode abschließend abzubilden, ist die Kodierung mehrerer beschreibender Kodes kodierrichtlinienkonform.“

Nun ist es eine Tatsache, dass Komplikationen in der Orthopädie und Traumatologie üblicherweise mit den Kodes T79.ff und T88ff ausgedrückt werden. Aber diese Kodes geben in der Rückübersetzung meist nur an, dass es sich um eine auf verschiedene Weise entstandene Komplikation handelt (T79 Frühkomplikation nach einem Trauma; T80.ff z.B. Infusionszwischenfall; T81.ff nach operativer Vorbehandlung ohne Fremdmaterial; T84.ff nach operativer Behandlung mit Transplantaten und anderem Fremdmaterial und T88.ff nach konservativer Vorbehandlung). Sie geben also die Ursache und in den meisten Fällen die Art der Vorbehandlung an.

Welche spezifische Folge die Komplikation nach sich zog, wird mit diesen Kodes nur selten ausgedrückt. Das Gleiche gilt oft für die Lokalisation, an der die Komplikation stattfindet. Dazu ist mindestens ein weiterer Kode notwendig, der die Diagnose der Folge der Komplikation beschreibt (z.B.: nach DKR D005). Dieser weitere Kode gibt jedoch in den seltensten Fällen in der Rückübersetzung wieder, dass es sich um eine Komplikation handelt. Somit sind zur exakten Beschreibung des Vorganges mehrere Kodes notwendig, denn nur aus der Kombination geht hervor, dass es sich einmal um eine Komplikation handelt und welche Folge sich daraus ergibt bzw. wo sich die Komplikation abspielt.

Interpretiert man dies aus dem Vorbeschriebenen, hat selbst die postoperative Blutungsanämie eine Ursache (DKR D005), nämlich eine Blutung T81.0 (unter Beachtung der Exklusiva bei T81 ggf. auch T84.8). In diesen Zusammenhang fällt auch eine Antwort des DIMDI auf die Frage eines Kollegen, ob der D62 (postoperative Blutungsanämie; Blutungsanämie) eine T81.8 zur Kennzeichnung, dass es sich dabei um eine Kom-

plikation handelt, beige stellt werden kann.

Die Antwort vom 31.3.09 an den Kollegen lautete: „Die parallele Kodierung von D62 und einem Kode aus dem T-Bereich (z.B. T81.0 entsprechend Alphabetischem Verzeichnis zur ICD-10-GM 2009 (redaktionelle Ergänzung: Gilt auch für 2013) unter „Blutung – postoperativ“ zu finden) ist grundsätzlich möglich.“

Die Antwort ist aus mehreren Gründen interessant, als sie einmal feststellt, dass die T81.8 nicht zur D62 passt, sondern der passende Ergänzungskode auf T81.0 lauten muss. Und zum anderen bestätigt das DIMDI, dass es gestattet ist, die zusätzliche T81.0 allein dazu heranzuziehen, um zu differenzieren, welche der möglichen Blutungsanämieformen, die die D62 umfasst, zutrifft. Denn eine Blutungsanämie ohne Blutung gibt es per definitionem nicht. Umgekehrt gibt es selbstverständlich auch Blutungen, ohne dass es zu einer Anämie kommt. Da es unmöglich ist, alle orthopädisch/traumatologischen Alternativen im Thesaurus unterzubringen, muss dieses Beispiel verallgemeinerungsfähig und somit auch für andere Konstellationen gültig sein. So ist eine pathologische Luxation einer Hüft-TEP nur in der Kombination T84.0 + M24.35 eindeutig rückübersetzbar.

Der MDK gibt im Bezug zur DKR D005 nicht selten an, dass die Beschreibung der DKR eine Liste mit Folgezustandskodes enthält, und behauptet, dass diese Liste vollständig sei. Einen Hinweis, dass diese Liste vollständig sei, gibt es in den DKR nicht. Dies wäre auch absurd, denn die Liste ist lediglich das Ergebnis eines vielleicht nicht einmal vollständigen Suchlaufes, in welchen ICD-Kodes die Buchstabenfolgen „Folgezustände“ und „Folgen“ auftauchen. Dass es unzählig mehr Folgezustände gerade in unserem Bereich gibt, zeigt die ICD-10 an vielen Stellen, da sie zwischen erworbenen Erkrankungen (z.B. M21.ff) und angeborenen Erkrankungen (z.B. Qff) unterscheidet. Erworbenere Erkrankungen sind häufig Folgen anderer Erkrankungen einschließlich Vorbehandlungen.

Noch ein Argument stützt die Ansicht, dass die Liste nicht vollständig ist. Denn in den DKR befinden sich je eine vollständige Liste in der P005 und P014, welche Prozeduren nur einmal und wel-

che gar nicht kodiert werden dürften. Es wäre also ein Leichtes gewesen, auch in den DKR anzugeben, falls die Liste in der DKR D005 vollständig wäre, was – um es hier noch einmal zu wiederholen – völlig absurd wäre, weil es die Klassifikation medizinischer Vorgänge und Kausalitäten von Buchstabenverläufen abhängig machen würde. Hier ist die Selbstverwaltung gefragt, für Klarheit zu sorgen. Sonst wird es wohl, wie seinerzeit auch schon bei den Fallpauschalen und Sonderentgelten, die Aufgabe der Sozialgerichte sein, ein Machtwort zu sprechen.

Das Gleiche wie für die D62 gilt für die heiß diskutierte Hypokaliämie (E87.6), deren Ursache (z.B. postoperativ) aus der Rückübersetzung nicht hervorgeht. In Weiß: Diagnostische Bewertung von Laborbefunden [6] findet sich unter „Kalium: ... postoperatives Syndrom: K-Mangel oft kombiniert mit K-freien Infusionen, endogener Nebennierenüberfunktion infolge Operationsstress und negativer Stickstoffbilanz. ...“ Mithin ist auch das postoperative Syndrom nach der Folgezustandsregel (DKR D005) eine kodierpflichtige (T8ff) Nebendiagnose zur Hypokaliämie E87.6.

Die Quintessenz aus dem bisher Geschilderten lautet demnach: Bis auf wenige Ausnahmen benötigt man zur spezifischen Kodierung von Komplikationen in der Orthopädie und Traumatologie mehr als einen Kode, also einen Kode aus der Gruppe T79 – T88 und mindestens einen weiteren spezifischen Kode, der die Art der Komplikation und meist auch den Ort beschreibt.

Nicht vergessen sei ein weiteres KO-Argument des MDK, welches besagt, der zu beschreibende Sachverhalt sei gar keine Komplikation.

Über den Komplikationsbegriff findet man in den einschlägigen Medizin-Lexika genügend Auskunft. Darüber hinaus hatte sich in den 90er Jahren der damalige Arbeitskreis Dokumentation der damaligen DGOT (heute Kommission 7 der Allianz Deutscher Orthopäden) und der Arbeitskreis Orthopädie der GMDS (heute AK für Orthopädie und Unfallchirurgie der GMDS) intensiv mit dem Thema beschäftigt und damals mit der damaligen DGOT konsentiert (jetzt DGOOC). Die Ergebnisse sind unter anderem im Band 65 der Bücherei des Orthopäden [7] zusammenfassend auf den Seiten 80–83 abgedruckt und 2007 im Buch „Komplikationen gibt es

nicht, oder doch?“ [8]. Darin wird auch ein Schema angegeben, Komplikationen in 5 Schwereklassen einzuteilen. Beiden Büchern konnte unter anderem Folgendes entnommen werden.

Zetkin-Schaldach: Wörterbuch der Medizin [9] gibt zu dem Begriff Komplikation Folgendes an: „(lat.) f.: im medizinischen Sprachgebrauch Ereignis, das eine Krankheit, Entbindung, unfallbedingte Verletzungen, Operationen oder andere therapeutische Maßnahmen ungünstig beeinflusst. Unterschieden werden unmittelbare K, z.B. Blutung eines Magengeschwürs, und mittelbare K, z.B.: Bronchopneumonie nach Bauchoperation.“

Der oben genannte AK hat die Definition ergänzt und eine Einteilung in Schweregrade hinzugefügt: „Als Frühkomplikation gilt jedes Ereignis, das in der Lage ist, den stationären Aufenthalt zu verlängern, und als Spätkomplika-tion jede (Verdachts-)Diagnose, die ambulant nicht abgeklärt und/ oder therapiert werden konnte und in Zusammenhang mit einer vorangegangenen Maßnahme gebracht wird.“

Auch wenn eine Einteilung der Komplikationen in Schweregrade nicht kodierpflichtig ist, sei sie hier ebenfalls zitiert.

Komplikations-Klassifikation nach Winter:

Klasse 1: Komplikationen, die durch Zufall entdeckt wurden und keiner Therapie bedurften.

Klasse 2: Komplikationen, die mit konservativen Mitteln angegangen wurden, einschließlich konservativer Komplikationsausschluss (auch arthroskopisch, bei reiner diagnostischer Arthroskopie).

Klasse 3: Einfache operative Revision ohne vorzeitige Entfernung von Fremdmaterial. Vorzeitige Materialentfernung nur unter vollem Erhalt des Operationsergebnisses.

Klasse 4: Operative Revision mit vorzeitiger Entfernung oder Austausch von Fremdmaterial ohne Zurücklassung eines Defektes; Methodenwechsel.

Klasse 5: Radikale Herdsanierung mit Defekt oder Arthrodesis bzw. Amputation.

Klasse 0: Komplikation ohne nähere Angaben.

Sekundäre Komplikationen werden erneut in eine der 5 Klassen eingeteilt.“

Soweit die Auszüge aus den beiden Büchern.

Die nun folgenden aufgeführten Kodierbeispiele sind konstruiert und mögen „überspitzt“ sein, zeigen aber die Bandbreite der Diskussionen zwischen den Leistungserbringern und Kostenträgern auf und wollen einmal Grenzen setzen, bis wohin die spezifische Komplikationskodierung greifen sollte. Zum anderen soll die Fülle der Beispiele verhindern, dass man die Kodiersystematik von Komplikationen als nicht verallgemeinerbare Einzelfälle darstellt.

Eine Gewähr für die Richtigkeit der Vorschläge kann natürlich genauso wenig wie vom DIMDI übernommen werden. Sie dürften aber der Wahrheit näher sein als die SEG4 des MDK.

In den Kodierbeispielen wird streng unterschieden, ob es sich um Komplikationen nach Eingriffen mit Implantaten und/oder Transplantaten (T84.ff) und Eingriffen ohne Fremdmaterial (T81.ff) handelt. Diese Unterscheidung wird in den Beispielen – auch wenn hier allgemein Unsicherheit bzw. Uneinigkeit herrscht – grundsätzlich auch dann getroffen, wenn sich die Komplikation nicht unmittelbar im Implantat-/Transplantatbereich abspielt, wie z.B. eine oberflächliche Wundheilungsstörung, die nicht bis auf das Implantat reicht, oder bei mittelbaren Komplikationen, wie postoperativen Harnwegsinfektionen.

Die Begründung liegt in der Tatsache, dass Eingriffe mit Implantaten/Transplantaten nicht ohne Weiteres mit denen ohne Implantate verglichen werden können. Da sind z.B. veränderte Zugangswege, größere Wunden, verschiedenste Fremdkörperreaktionen, Kontaminationsmöglichkeiten, Hitzeschäden, Weichteildehnungen, Verletzungen (z.B. penetrierende Schrauben, Drähte usw. mit versteckten Blutungen, Nervenschäden, zerrissene Muskelfasern usw.), veränderte OP-Dauern und viele andere Unterschiede zu nennen.

Kritikern, die vor einer Flut von T8er Codes warnen, muss entgegengehalten werden, dass Komplikationen ob der orthopädisch-traumatologischen Begriffsvielfalt zu unseren häufigsten Einzeldiagnosen zählen, wenn ein T8er Kode nicht sogar die häufigste Einzeldiagnose ist, was allein einen weiteren Grund dafür darstellt, dass eine derart häufige Diagnose über weitere Codes spezifiziert werden muss, um eindeutig zu sein. Denn die üb-

rigen fachspezifischen Diagnosen kommen in ihrer Häufigkeit in Kliniken, die noch alles behandeln, nur in sehr wenigen Fällen in über einem Prozent des Patientengutes vor. Jedoch betrug die Komplikationsrate in der 2. Hälfte der 80er Jahre quer über unser orthopädisch-, traumatologisches Fachgebiet 16,9 % – mithin also ein Sechstel [8].

Unter den damals untersuchten 13.745 stationären Aufenthalten fanden sich 3138 Komplikationen. Auf den Schweregrad 1 entfielen 3,6 %; Schweregrad 2: 50,6 %; Schweregrad 3: 9,8 %; Schweregrad 4: 31,7 % und Schweregrad 5: 4,2 %. Eine Komplikation konnte keinem der Schweregrade zugeordnet werden.:

Wie hoch sie heute ist, wird jeder aus seiner Klinik wissen.

Die Beispielerie beginnt mit einem Beispiel von Herrn Bartkowski vom 13.1.09.

Beispiel A: Infizierte Radiusbasisosteosynthese mit Osteomyelitis und sich ausbreitender Unterarmphlegmone, Nachweis von Staph. aureus ausgehend von der Implantat-Knochengrenze. T84.6 + M86.13 + L03.10 + B95.6

Begründung: Die T84.6 gibt lediglich an, dass es sich um eine Infektion im Zusammenhang mit Implantaten handelt, benennt aber nicht den Ausgangsort der Infektion, den Erreger sowie die Tatsache, dass sich die Infektion ausbreitet. Diese fehlenden Informationen werden durch die drei spezifischen Codes M86.13, L03.10 und B95.6 geliefert.

Beispiel A1: Nun eine andere Variante dieses Beispiels: zwei voneinander unabhängige Infektionen, von denen eine die Ursache für die postoperative Komplikation und die andere eine posttraumatische Komplikation beschreibt.

Infizierte Radiusbasisosteosynthese mit Osteomyelitis mit Staph. aureus und sich ausbreitender Unterarmphlegmone als Frühfolge einer anderen Bagatellverletzung am Unterarm mit Nachweis von Staph. epidermidis. T84.6 + M86.13 + B95.6 + S50.81 + T79.3 + L03.10 + B95.7

Begründung: Zur T84.6 + M86.13 + B95.6 s. „A“. Die zweite Komplikation wird mit einer noch bestehenden Schürfwunde S50.81 am Unterarm, der Frühkomplikation nach Trauma T79.3 in Form einer Infektion, dem Erreger B95.7 und der sich ausbreitenden Art

der Infektion L03.10 eindeutig beschrieben.

In der Diskussion anlässlich der Vorstellung des Beispiels in der Sitzung der Kommission 7 (Dokumentation) der Allianz Deutscher Orthopäden und des Arbeitskreises Orthopädie und Unfallchirurgie der GMDS in Berlin 2009 wurde argumentiert, dass man die T79.3 weglassen sollte, da die T79.3: „posttraumatische Wundinfektion andernorts nicht klassifiziert“ bedeutet. Dies sei mit dem Code L03.10 „Phlegmone an der oberen Extremität“ spezifisch genug beschrieben. Dies kann nicht unwidersprochen bleiben. Denn das „andernorts nicht klassifiziert“ bezieht sich auf den Begriff der Komplikation. Dieser Begriff geht aus der Rückübersetzung der L03.10 nicht hervor. Somit bedeutet das Weglassen der T79.3 einen nicht unwesentlichen Informationsverlust, der wegen unserer Begriffsvielfalt nicht akzeptiert werden kann.

Beispiel B: Aseptische Wunddehiscenz nach Hüft-TEP-Implantation T84.8 + T89.03???

Begründung und Diskussion: Hinter einfachen Diagnosen verbergen sich nicht selten echte Kodierprobleme. Die Kodierung lediglich mit T84.8 sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate in Verbindung mit der T89.03 sonstige Komplikation einer offenen Wunde besagt in der Rückübersetzung weder, dass sich der Vorgang an der Hüfte abspielt, noch um welche Komplikation es sich handelt. Insofern ist diese Kodierung unbefriedigend.

Der eigentliche Code für das Aufreißen einer OP-Wunde ist der Code T81.3. Dieser beschreibt jedoch auch nicht den Ort des Geschehens und erwähnt die Tatsache nicht, dass es sich um eine Operation mit einer Endoprothese handelt. Der Ort des Geschehens ist auch über die T89.03 nicht zu erfassen. Der Ort ist nur über S71.0 offene Wunde an der Hüfte zu beschreiben. Die T81.3 wandelt sich aufgrund der Exclusiva bei T81 durch den Zusammenhang mit einer OP mit Endoprothesen Implantaten oder Transplantaten in T84.8 um, wodurch die Information der Wunddehiscenz zwar verloren geht, diese ist aber in der offenen Wunde mit Ortsbestimmung S71.0 enthalten. Daher lautet die korrekte Kodierung nun T84.8 + S71.0

Der Rückgriff auf das FAQ des DIMDI – wenn bei Exclusiva beides voneinander abgrenzbar zutrifft, ist auch beides zu kodieren (hier T84.8 + T81.3) – ist hier unnötig, da die Ortsangabe der S71.0 die offene Wunde mit enthält.

Beispiel C: Postoperative infizierte Cox-Arthritis bei Hüft-TEP-Infektion mit Staphylokokkus aureus T84.5 + M00.05 + B95.6

Begründung: Hier liegen ähnliche Verhältnisse wie bei „A“ vor, nur dass der Ausgangspunkt der Infektion nicht die Implantat-Knochengrenze, sondern die Gelenk-Hüftkopf-/Pfannengrenze ist. Auch ein Kunstgelenk ist ein Gelenk und der Code M00 Eitrige-Arthritis besagt nicht, dass es sich per definitionem um ein natürliches Gelenk handeln muss. Somit bedeutet die Rückübersetzung der T84.5 eine infizierte Endoprothese, sagt aber nicht aus, wo sich die Infektion befindet. Die M00.05 beschreibt eine Staphylokokkeninfektion, beschreibt dabei aber nicht den spezifischen Erreger Staphylokokkus aureus B95.6. Somit ist zur genauen Ortsbestimmung der Code M00.05 (Staphylokokkeninfektion Hüfte) unverzichtbar, denn der Code B96.5 allein – auch nicht zusammen mit der T84.5 – beinhaltet wieder keine Ortsangabe. Somit sind korrekterweise alle drei Codes anzugeben.

Beispiel D: Blutung bei Implantation einer Hüft-TEP und nachfolgender postoperativer Blutungsanämie T84.8 + D62.

Begründung: Die T84.8 ergibt sich aus dem Exclusivum bei T81, denn der eigentliche Blutungskode wäre die T81.0. Wenn eine OP mit Endoprothesen, Implantaten oder Transplantaten stattfindet, wandeln sich die T81er-Kodes in die entsprechenden T84er Codes um.

Da nicht jede Blutung (z.B. nach DKR D005) eine Blutungsanämie als Folge hat, ist die Doppelkodierung gerechtfertigt, denn die D62 allein sagt nicht aus, dass die Anämie eine Folge einer Operation mit einer Endoprothese ist. Auch wird, wie beschrieben, der T8er Code zur Differenzierung, um welche Art der Blutungsanämie es sich handelt, benötigt. Somit ist – was das DIMDI inzwischen durch die allgemeine Paarung D62 + T81.0 bestätigt hat – aufgrund der Exclusiva bei T81 das Kodepaar T84.8 + D62 korrekt.

Beispiel E: Muskelinfekt M. glutäus maximus nach Hüftweichteil-OP Sta-

phylokokkus aureus T81.4 + M60.05 + B95.6

Begründung: Diese postoperative Komplikation fand ohne Implantate statt, daher wird die Infektion mit dem Code T81.4 ausgedrückt. Der Infektionsherd ist der M. glutäus maximus, also eine infektiöse Myositis mit Staphylokokken an der Hüfte M60.05. Der Code allein sagt nicht aus, dass es sich um eine Komplikation handelt, daher ist die T81.4 unverzichtbar. Das Gleiche gilt für die B95.6, denn die M60.05 gibt den spezifischen Erreger Staphylokokkus aureus nicht an, während die B95.6 nicht den Ort bezeichnet. Somit sind alle drei Codes zur Beschreibung des Sachverhaltes notwendig.

Beispiel F: Kreislaufchock während Aushärten von Knochenzement bei Implantation einer Hüft-TEP T84.8 + T81.1

Die T84.8 beschreibt wieder die sonstige näher bezeichnete Komplikation im Zusammenhang mit Endoprothesen, Implantaten oder Transplantaten. Die nähere Bezeichnung ist dann die T81.1, denn sie beschreibt den intraoperativen Kreislaufchock wortwörtlich am besten. Hier greift das FAQ des DIMDI, welches angibt, wenn trotz Exclusivum beides zutrifft, T84.8 für die Komplikation durch aushärtenden Zement und T81.1 für den Schock als Folge (nach DKR D005). Es muss aber genau dokumentiert sein, dass ein Zusammenhang mit der Zementeinbringung besteht, denn der intraoperative Kreislaufchock allein als Anästhesiefolge ist die T88.2, die in der Rückübersetzung schon so präzise ist, dass der Code allein stehen könnte.

Beispiel G: Radialisparese als Druckschädigung im Gipsverband nach Reposition einer Radiuschaftfraktur S52.30 + T88.8 + S54.2.

Begründung und Diskussion: Bei diesem Beispiel kommt es auf eine exakte Dokumentation der Kausalitäten an. Das Kodierbeispiel gilt nur, wenn zweifelsfrei feststeht, dass die Radialisparese vom Gipsverband nach der Reposition herrührt und die Akutbehandlung der Fraktur noch nicht beendet ist. Jede Abweichung davon muss anders verschlüsselt werden. Die T88.8 bezeichnet eine Komplikation einer konservativ behandelten Radiuschaftfraktur – hier nach Reposition und Gipsanlage -, die sich noch in Akutbehandlung S52.30 befindet. Die Folge der Komplikation ist die Nervus Radialis Parese S54.2, die ande-

rerseits allein nicht darstellt, dass es sich um eine Komplikation nach der Reposition einer Fraktur im Gipsverband handelt. Insofern sind alle drei Codes zur abschließenden Beschreibung des Sachverhaltes notwendig.

Mit diesem Bericht wurde zur Bandbreite der Komplikationskodierung Stellung bezogen. Für die Richtigkeit der Kodiervorschläge kann der Autor genauso wenig eine Garantie und Verantwortung übernehmen wie z.B. das DIMDI.

Der Bericht hat sich in einen Bereich vorgewagt, in dem nicht nur durch ein Beispiel – zu dem später jeder behaupten kann, es gelte nur für den einen speziel-

len Fall – spezielle Kodierfragen beantwortet werden sollen. Es wird vielmehr versucht, durch verschiedene Beispiele zu zeigen, dass ein Kode im Allgemeinen nicht ausreicht, die einzelnen Komplikationen so spezifisch wie möglich unterscheidbar zu machen und in eine Systematik einzufügen, die es auch dem InEK erlaubt, Behandlungsfälle besser kalkulieren zu können.

In den Beispielen wurden die therapeutischen Konsequenzen und die Diskussionen um die Hauptdiagnose genauso wie Abrechnungsfragen absichtlich weggelassen. Denn die Kodierung hat unabhängig vom Group-Ergebnis zu

erfolgen. Es wird aber davon ausgegangen, dass die aufgezeigten Komplikationen in irgendeiner Weise therapeutischen, diagnostischen Aufwand oder pflegerischen Mehraufwand bedeuten, um kodierpflichtig zu sein.

Wenn es auf diese Weise gelingt, Konfliktstoff außergerichtlich zu klären, hat dieser Bericht seinen Zweck erfüllt. **OUP**

Korrespondenzadresse

Dr. Thomas Winter
Spessartstraße 11
14197 Berlin
Thommy.winter@t-online.de

Literatur

1. Winter T. Prinzipien der Kodierung, Orthopädische Praxis 2009; 1: 31–36
2. Köhler N et al. Deutsche Kodierrichtlinien – Version 2009. Das Krankenhaus 2008; 11: 1163–1168
3. Winter T. Zum Begriff der Indikationsspezifischen Komplikation; Orthopädische Praxis 1999; 35: 375–379.
4. Deutsches Wörterbuch. Brockhaus, 20. überarbeitete Auflage 1997 (Druckfassung); Brockhaus Mannheim
5. Fahlenbrach C, Köhler N, Schlottmann N. Deutsche Kodierrichtlinien Version 2006; Das Krankenhaus 2005; 11: 933–939
6. Weiss G. Diagnostische Bewertung von Laborbefunden. München: J.F. Lehmanns Verlag, 4. Auflage 1976
7. Winter T, Diagnose- und Therapie-schlüssel in der Orthopädie und Traumatologie. Bücherei des Orthopäden Band 65; Stuttgart: Enke Verlag 1996, dort weitere Literatur
8. Winter T, Komplikationen gibt es nicht – oder doch? Stationäre Aufenthalte in Orthopädie und Traumatologie – eine Verlaufsstudie; Darmstadt: Steinkopff Verlag, 2007
9. Zetkin, Schaldach, Wörterbuch der Medizin; Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit, 1973

Weitere Literatur

10. Deutsche Kodierrichtlinien; Allgemeine und spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren. (www.dkgev.de) jährlich neu
11. ICD-10-GM Version 2012 www.dimdi.de (dort auch die Vorversionen)
12. OPS Version 2012; www.dimdi.de (dort auch die Vorversionen).
13. Pschyrembel, W.; Klinisches Wörterbuch, Berlin New York: Walter de Gruyter; 257. Auflage 1994.
14. Schlottmann N et al.; G-DRG-System Version 2009; Das Krankenhaus. 2008; 11:1145–1162
15. Winter T. Datengewinnungsprobleme und Datenqualität in der Orthopädie und Traumatologie; dort weitere Literatur; In: Jerosch J et al.; Rechnergestützte Verfahren in Orthopädie und Unfallchirurgie; Darmstadt; Steinkopff Verlag, 1999
16. Winter T. Was bedeutet „Kodierung so spezifisch wie möglich“ für die Orthopädie und Traumatologie? Orthopädische Praxis. 2011; 1: 7–10
17. Gesprächsnotizen und Mails mit DIMDI, DKG, BKG und anderen Organisationen.
18. Verschiedene Sitzungsprotokolle der Gremien der DGU/DGOOC, AK-Orthopädie und Unfallchirurgie der GMDS, die sich mit den DRG's, Kodierrichtlinien und Klassifikationen beschäftigen sowie Sitzungen auf den GMDS-Jahrestagungen und Präsentation des Themas von Thomas Winter auf den Sitzungen 2010, 2011 und 2012 der AG medizinische Dokumentation und Klassifikation der GMDS .