

Was bedeutet „Kodierung so spezifisch wie möglich“ für die Orthopädie und Traumatologie?

Thomas Winter

- Wilhelm Farr 1856:
-
- „Klassifikation ist eine Methode der Verallgemeinerung. Die Benutzung verschiedener Klassifikationen kann daher vorteilhaft sein, und jeder, ob Arzt, Pathologe oder Jurist, hat von seinem Standpunkt aus das Recht, die Krankheiten und Todesursachen so zu klassifizieren, wie es ihm ... am geeignetsten erscheint“

- Drei Ziele durch hochwertige Datenbasis:
- 1. Vergleichbarkeit medizinischer Leistung
- 2. Messbarkeit der Qualität medizinischer Leistung
- 3. Abrechnung über die gleichen Daten
- Aber: Eine Klassifikation kann nur einem und, nicht drei Herren dienen.

- Klassifikation ist Verallgemeinerung:
- Orthopädische- traumatologische Begriffsvielfalt geht in die Milliarden verschiedener Begriffe. Es stehen aber nur tausende Codes zur Verfügung.
- Jede Erkrankung oder Verletzung kann mit jeder Lokalisation oder mehreren des Körpers in Zusammenhang gebracht werden, Folge von etwas Anderem sein, angeboren oder erworben sein oder einen Mischzustand darstellen usw.
- Jede Variante ist anders zu kodieren.

- Daraus folgt:
- Die Erfüllung des zweiten Ziels, Qualität messbar zu machen, ist ohne Hinzuziehung und Auswertung der die Codes verursachenden KLARTEXTE nicht möglich.
- Vorsicht Glatteis bei der Bewertung von ICD-Kodeanhäufungen in der Orthopädie und Traumatologie insbesondere der der T8er Gruppe.

- 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 Arthrodesse bzw. Amputation.

- Qualitätsgeprüfte Studie über mehr als 13000 stationärer Fälle von 1986 – August 1988 ergab:
- Komplikationsrate von 16,9% oder 3138 Komplikationen, unabhängig vom Ort und Zeitpunkt der Erstbehandlung.
- Grad 1 Zufall: 3,6%
- Grad 2 konservativ: 50,6%
- Grad 3 einfache OP: 9,8%
- Grad 4 Revision/Methodenwechsel: 31,7%
- Grad 5 Arthrodesse/Amputation: 4,2%

- Das erste Ziel:
- Die Vergleichbarkeit medizinischer Leistungen zwischen den Krankenhäusern, ist nur mit flächendeckender Vor-Ort-Kontrolle der Dokumentation durch unabhängige Prüfer gewährleistet.
- Diese Kontrolle gibt es (derzeit noch) nicht.
- Daher ist auch die Vergleichbarkeit der Leistung der Krankenhäuser untereinander nicht gegeben.

DIMDI:

“... 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.
...“

- „So spezifisch wie möglich“ steht ohne jede Begrenzung oder Einschränkung in den DKR.
- Richtlinien sind im Gegensatz zu Leitlinien judikabel, daher sind nachträgliche Einschränkungen gleich welcher Art unzulässig.
- Dagegen muss man sich mit dem Begriff „spezifisch“ gegebenenfalls sogar gerichtsfest auseinandersetzen.

Pschyrembel:

„Spezifität“ (...selektive Reaktion eines Antikörpers, od. immunkompetenter Zellen mit einem bestimmten Antigen; vgl. Kreuzreaktion...)“

Brockhaus: Deutsches Wörterbuch „spezifisch“:

„... spätlat. specificus = von besonderer Art,...; der spezifische Geruch von Pferd und Schaf; ...; das spezifische Gewicht eines Körpers ...; die spezifische Wärme eines Stoffs ...“ usw.

Das bedeutet: die Kodierung muss so genau sein, dass deren Rückübersetzung in Klartext den zu kodierenden Sachverhalt so exakt wie möglich beschreibt.

Besonderheit Orthopädie/Traumatologie:

Eine rückübersetzbare Kodierung ist infolge unseres Variantenreichtums der Begriffe nur über bausteinartige Zusammenstellung von Codes möglich.

Seit Jahren empfehlen Graubner und Zaiss für diese Fälle die Einführung von Sonderzeichen um den Zusammenhang zwischen einzelnen Codes über die Möglichkeiten der +/*/-Codes hinaus kenntlich zu machen.

Da es in der Orthopädie und Traumatologie den Standardfall nur selten gibt, müssen auch die OPS-Codes bausteinartig kodiert werden, um unsere Vielfalt auch nur andeutungsweise eindeutig kodieren zu können. Das Sonderzeichen wäre auch hier hilfreich.

Eulen nach Athen aber immer wieder wichtig und übersehen.

Kodierpflichtig sind nach DKR alle Diagnosen, die diagnostischen und/oder therapeutischen Aufwand oder pflegerischen Mehraufwand erforderten. Alles andere ist wegzulassen.

Daraus folgt:

Jede Maßnahme hat eine Indikation. Diese ist eine Diagnose und wird wie die Maßnahme selbst so spezifisch wie möglich rückübersetzbar kodiert.

Indikation für erhöhten Pflegeaufwand: Diagnose.
Diät: der Grund ist eine Diagnose.
Medikamente: Gründe sind Diagnosen.
Operation: Indikation ist eine Diagnose.
Weitere Operationen: Indikationen also Diagnosen.
Maßnahmen als Folge von etwas: Diagnosen.
Hat jetzige Behandlung Folgen, die Maßnahmen
erfordern: das Spiel geht wieder von vorne los.

Komplikationsrate in der 2. Hälfte der 80er Jahre quer
über unser Fachgebiet wie geschildert 16,9%.

Kodierempfehlung:
Zusammenstellung passender Paare

Prozedur – Diagnose(n)

Diese Paare sollten klartextlich in den
Arztbrief eingebaut werden.

Das Ergebnis wird eine qualitativ
hochwertige Kodierung sein.

Ich danke fürs zuhören

Mannheim 2010
Thomas Winter

Literatur:

1. Deutsche Kodierrichtlinien (DKR); Allgemeine und spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren. (www.dkgev.de) jährlich neu
2. Deutsches Wörterbuch; Brockhaus 20. überarbeitete Auflage 1997ff (Druckfassung); Brockhaus Mannheim
3. ICD-10-GM Version 2010; www.dimdi.de (dort auch die Vorversionen einschl. ICD-9)
4. OPS Version 2010; www.dimdi.de (dort auch die Vorversionen).
5. Pschyrembel, W.; Klinisches Wörterbuch, Walter de Gruyter; Berlin New York; 257. Auflage 1994.
6. Winter, Th.; Diagnose- und Therapieschlüssel in der Orthopädie und Traumatologie; Bücherei des Orthopäden Band 65; Enke Verlag Stuttgart 1996
7. Winter, Th.: Prinzipien der Kodierung, Orthopädische Praxis, Heft 1 2009 S.31-36
8. Winter, Th.; Datengewinnungsprobleme und Datenqualität in der Orthopädie und Traumatologie; Aufsatz in: J. Jerosch et al.; Rechnergestützte Verfahren in Orthopädie und Unfallchirurgie; Steinkopff Verlag Darmstadt 1999
9. Winter, Th.; zum Begriff der Indikationsspezifischen Komplikation; Orthopädische Praxis Heft 6/99 35. JG. S. 375 – 379.
10. Winter, Th.; Komplikationen gibt es nicht – oder doch? Stationäre Aufenthalte in Orthopädie und Traumatologie – eine Verlaufsstudie; Steinkopff Verlag Darmstadt 2007.
11. Gesprächsnotizen und Mails mit DIMDI, DKG, BKG und anderen Organisationen.
12. Verschiedene Sitzungsprotokolle der Gremien der DGU und DGOOC (vormals DGOT), AK-Orthopädie und Unfallchirurgie der GMDS (vormals AK-Orthopädie – inkl. Tonbandmitschnitte), AK-Dokumentation der ehemaligen DGOT, die sich mit den DRG's, Kodierrichtlinien und Klassifikationen beschäftigen sowie Sitzungen auf den GMDS-Jahrestagungen, darunter auch die Aussagen von Graubner, Straub und Zaiss.