

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

**Thomas Winter**

Das zurückliegende Jahr der Arbeit des Arbeitskreises für Orthopädie und Unfallchirurgie der GMDS war neben der Mitwirkung an den Änderungsempfehlungen zur ICD, OPS und DKR sowie Mitarbeit in der DRG-Kommission der DGOU gekennzeichnet durch die nicht endende Diskussion über die spezifische Kodierung. Da die spezifische – also rückübersetzbare Kodierung – gleichsam den roten Faden meiner inzwischen 26 jährigen wissenschaftlichen Beschäftigung mit Dokumentationsfragen bildet, welche über die Deutschen Kodierrichtlinien nun gleichsam zur Maxime erhoben wurde, möchte ich die Gelegenheit nutzen und die Bedeutung der spezifischen Kodierung zusammenfassend aus dem Blickwinkel „aus der Praxis für die Praxis“ beleuchten.

Zur Kodierung der Diagnosen und Prozeduren nach den „Deutschen Kodierrichtlinien“ (DKR) werden in Deutschland die ICD-10-GM (German Modification) der Weltgesundheitsorganisation und der OPS-301 in deren jährlich aktualisierten und revidierten Fassungen verwendet.

Zur Klassifikation stellte Wilhelm Farr bereits über 100 Jahre früher, nämlich 1856, fest:

„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 ....“

Daran hat sich bis heute nichts geändert.

Der Gesetzgeber verknüpft mit der heutigen Methode, Diagnosen und Prozeduren zu kodieren, drei Ziele.

Es soll eine qualitativ hochwertige Datenbasis geschaffen werden, die erstens medizinische Leistung vergleichbar und zweitens die Qualität dieser medizinischen Leistung messbar

macht. Darüber hinaus soll drittens mit den gleichen Daten auch die Abrechnung medizinischer Leistung erfolgen.

Eine Klassifikation kann in der Interpretation von Farr's Kernsatz aber nur einem und, nicht wie es der Gesetzgeber will, drei Herren dienen, denn Klassifikation ist eine Methode der Verallgemeinerung.

Zu allem Überfluss hat die Orthopädie und Traumatologie mit einer ganz besonderen Schwierigkeit zu kämpfen, wenn wir unsere Sachverhalte in Codes umsetzen wollen. Es ist – wie ich vielerorts oft wiederholt habe - die ungeheure Begriffsvielfalt, die unser Fach im Gegensatz zu allen anderen Fachrichtungen der Medizin mit sich bringt. Etwas übertrieben formuliert, aber durchaus noch realistisch, kann praktisch jede Erkrankung oder Verletzung mit jeder Lokalisation oder mehreren des Körpers in Zusammenhang gebracht werden, Folge von etwas Anderem sein, angeboren sein oder einen Mischzustand darstellen usw., wobei jede Variante anders zu kodieren ist. Straub kam vor Jahren in seinen Schilderungen seines „Semfinders“ auf Milliarden verschiedener Begriffe, die man benötigen würde, um einen unserer Sachverhalte grundsätzlich mit nur einem Kode auszudrücken. Es stehen aber nur Tausende zur Verfügung. Sie sehen, die Verallgemeinerung pro Kode ist bei uns so grob, dass bei der Kodierung unserer Fälle glatt 6-Nullen potentiellen Informationsgehaltes weggestrichen werden. Wohin dann die Dekodierung führt, kann sich sicherlich nun jeder vorstellen.

Damit ist die Erfüllung des zweiten Ziels, z.B. mit Hilfe einzelner ICD-Kodes Qualität orthopädisch-, traumatologisches Handeln messbar zu machen, von vorn herein ad absurdum geführt. Und jede Interpretation von Kodeanhäufungen, insbesondere die der T8er Gruppe, ohne parallel dazu die die Codes auslösenden originalen Klartexte und Zusammenhänge ebenfalls akribisch ausgewertet sowie die Kodierung selbst mit Hilfe unabhängiger Prüfer (also nicht dem MDK) vor Ort kontrolliert zu haben, steht auf ausgesprochen dünnem Eis.

Bezüglich der Messbarkeit von Qualität hat sich der AK zusammen mit dem damaligen AK-Dokumentation der damaligen DGOT in der 2. Hälfte der 90er Jahre Gedanken gemacht, die letztlich in einen Komplikationserfassungsbogen der DGOT mündeten. Da die ICD bezüglich Komplikationen keine Schweregrade kennt – übrigens ein weiteres Argument, wodurch sich

ICD-Kodes nicht zur Beurteilung von Qualität eignen -, wurde ein 5 stufiges behandlungsorientiertes Klassifikationsschema verabschiedet, welches seinerzeit auch auf der Homepage des AK Chirurgie der GMDS nachzulesen war.

Die Einteilung sei kurz wiederholt: (**aus:** Winter, Th.; Diagnose- und Therapieschlüssel in der Orthopädie und Traumatologie; Bücherei des Orthopäden Band 65; Enke Verlag Stuttgart 1996)

Klasse 1: Komplikationen, die durch Zufall entdeckt wurden und keiner Therapie bedurften. Bezug zu den heutigen DRG's: Nebendiagnosepflicht wenn durch diagnostischen Aufwand entdeckt.

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

Bezug zu den DRG's: Diagnostischer Aufwand, konservative Behandlung.

Klasse 3: Einfache operative Revision ohne vorzeitige Entfernung von Fremdmaterial.

Vorzeitige Materialentfernung nur unter vollem Erhalt des Operationsergebnisses.

Bezug zu den DRG's: Therapeutischer Aufwand.

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

Bezug zu den DRG's: Therapeutischer Aufwand.

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

Bezug zu den DRG's: Therapeutischer Aufwand.

Klasse 0: Komplikation ohne nähere Angaben.

Bezug zu den DRG's: keine.

Sekundäre Komplikationen werden erneut in eine der 5 Klassen eingeteilt.

Komplikationen, die auf diese Weise differenziert werden, lassen sich in ihrer Tragweite voneinander abgrenzen und beurteilen. Konsequenter und qualitätsgeprüft an über 13000 stationären Aufenthalten von 1986 – August 1988 durchgeführt, hat diese Einteilung eine Komplikationsrate von 16,9% quer über das Fachgebiet der Orthopädie und Traumatologie ergeben. Unter den gefundenen 3138 Komplikationen, unabhängig vom Ort und Zeitpunkt der Erstbehandlung, entfielen auf den Schweregrad 1: 3,6%; Schweregrad 2: 50,6%; Schweregrad 3: 9,8%; Schweregrad 4: 31,7% und Schweregrad 5: 4,2%; Schweregrad 0: 0,0%. Da - wie

geschildert - die ICD für die Komplikationskodierung keine Schweregrade kennt, all diese Komplikationen, ob sie dem Schweregrad 1, dem noch harmlosen Schweregrad 2 oder gar dem Schweregrad 5 entsprechen, aber mit Hilfe der ICD identisch kodiert werden, dürfte auch dem Nichtfachmann klar werden, dass man lediglich mit Hilfe von ICD-Kodes keine Qualität messbar machen kann.

Auch das erste Ziel, die Vergleichbarkeit medizinischer Leistungen zwischen den Krankenhäusern, ist nur mit Vor-Ort-Kontrolle der Dokumentation durch unabhängige Prüfer gewährleistet; zu verschieden ist die Dokumentationsqualität der einzelnen Krankenhäuser untereinander. Da es eine derartige flächendeckende objektive Kontrolle nicht gibt, ist auch eine Vergleichbarkeit der Leistung der Krankenhäuser untereinander nicht gegeben.

Bekanntlich werden nach den DKR Diagnosen und Prozeduren, und das DIMDI betont dies stets in seinen Schreiben, folgendermaßen kodiert (Zitat 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. ...“

Zitat Ende.

Damit erübrigt sich auch jede Diskussion, ob damit die Ätiologie, Morphologie oder sonst ein Kriterium gemeint ist, von selbst. Dieses „so spezifisch wie möglich“ steht ohne jede Begrenzung in den DKR. Da Richtlinien wie die DKR judikabel sind, sind nachträgliche Einschränkungen gleich welcher Art unzulässig. Vielmehr muss man sich mit dem Begriff „spezifisch“ inklusive seiner Präzisierung „so spezifisch wie möglich“ auseinandersetzen, bevor man zu diskutieren beginnt. Hat man sich, da die DKR judikabel sind, gegebenenfalls gerichtsfest damit auseinandergesetzt, wird sehr schnell klar, dass der Begriff keinen Interpretationsspielraum zulässt.

Denn „spezifisch“ wird nach Pschyrembel 257. Auflage mit der Definition „Spezifität“ (...selektive Reaktion eines Antikörpers, od. immunkompetenter Zellen mit einem bestimmten Antigen; vgl. Kreuzreaktion...) erläutert.

Auch das Deutsche Wörterbuch des Brockhaus (20. Auflage) 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 anstehenden Kodierungen in unserem Fachgebiet, die so spezifisch wie möglich sein sollen, alle möglichen Kriterien herangezogen werden, damit unsere Sachverhalte entsprechend der Einzigartigkeit, z.B. einer Antigen-Antikörperreaktion, so genau mit Hilfe von Codes beschrieben werden, dass deren Rückübersetzung in Klartext den zu kodierenden Sachverhalt so exakt wie möglich wiedergibt. Nebenbei bemerkt verbieten sich dadurch Kodestreichungen durch den MDK, wenn dadurch selbst geringe Informationen verloren gehen, von allein.

Soweit also die Regeln. Die Kodierung unserer Sachverhalte muss man sich von wenigen Ausnahmen abgesehen bausteinartig zusammenstellen, um eine eindeutige und rückübersetzbare, also spezifische Kodierung gewährleisten zu können. Oft sind für die eindeutige Kodierung einer einzigen Diagnose ob unserer Begriffsvielfalt mehrere ICD-Kodes nötig. Das Argument, infolge der vielen Codes kann man nicht mehr erkennen welche Schlüsselziffern zusammengehören, stimmt zwar, aber das ist außer bei den „+/\*“ oder „!“ Codes noch nie erkennbar gewesen. Die Erkennbarkeit, was zueinander gehört, wäre aber leicht zu erzielen, wenn – wie es Graubner und Zaiss in unseren AK-Sitzungen auf den GMDS-Kongressen und anderswo schon seit Jahren empfehlen – ebenfalls ähnlich wie die „+/\*/!“ Codes Sonderzeichen den Zusammenhang erkennbar machen würden. Da es in der Orthopädie und Traumatologie den Standardfall nur selten gibt, müssen auch die OPS-Kodes bausteinartig kodiert werden, um unsere Vielfalt auch nur andeutungsweise eindeutig kodieren zu können. Das verknüpfende Sonderzeichen wäre demzufolge auch für die Prozedurenkodierung mit dem OPS sinnvoll oder gar zur Kennzeichnung, welche Diagnose zu welcher Prozedur gehört.

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

muss man für eine korrekte Kodierung eigentlich andersherum vorgehen, nämlich erst den Aufwand an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und den Mehraufwand an pflegerischen Leistungen auflisten und dann die dazu gehörenden Diagnosen kodieren. Denn jede Maßnahme hat eine Indikation. Diese ist eine Diagnose und wird wie die Maßnahme so spezifisch wie möglich rückübersetzbar kodiert. Daraus ergibt sich das folgende Vorgehen:

Benötigt der Patient erhöhten Pflegeaufwand, hat dies einen Grund, dieser ist eine Diagnose;  
 benötigt er Diät, hat dies einen Grund, dieser ist eine Diagnose;  
 benötigt er Medikamente, hat dies Gründe, diese sind weitere Diagnosen;  
 benötigt er eine Operation, hat dies mindestens einen Grund, auch dies ist eine Diagnose;  
 benötigt er weitere Operationen, hat dies weitere Gründe, also weitere Diagnosen;  
 benötigt er die jetzigen Maßnahmen als Folge von etwas, so sind dies ebenfalls Diagnosen;  
 hat die jetzige Behandlung Folgen, die Maßnahmen erfordern, so geht das Spiel wieder von vorne los, denn auch das sind kodierpflichtige Maßnahmen mit ihren Indikationen, also Diagnosen. Denn wie geschildert betrug die Komplikationsrate in der 2. Hälfte der 80er Jahre quer über unser Fachgebiet 16,9%. Wie hoch sie heute ist, wird jeder aus seiner Klinik wissen.

Befolgt man diese Reihenfolge, ergibt sich zwangsläufig eine hochwertige Kodierung von Diagnosen und Prozeduren. Es hat sich bewährt, diese Paare zuerst klartextlich gegenüberzustellen, in den Arztbrief aufzunehmen und dann erst zu kodieren.

Ich hoffe, Ihnen ein wenig über die Probleme spezifischer Kodierung in der Orthopädie und Traumatologie berichtet und Wege aufgezeigt zu haben, wie man sie lösen kann.

#### Literatur:

1. Deutsche Kodierrichtlinien (DKR); Allgemeine und spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren. ([www.dkgev.de](http://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](http://www.dimdi.de) (dort auch die Vorversionen einschl. ICD-9)

4. OPS Version 2010; [www.dimdi.de](http://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.