

**„Kodierung so spezifisch wie  
möglich“ Teil 2  
Diskussion eines Beispiels**

**Thomas Winter**

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

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 voriges Jahr geschildert 16,9%.

Das folgende Beispiel wurde aus meinem Buch „Diagnose- und Therapieschlüssel in der Orthopädie und Traumatologie“ von 1996 entnommen und an die nun gültigen Kodierrichtlinien und aktuellen Schlüssel angepasst.

Einem zu codierenden Arztbrief konnte entnommen werden, dass eine kindliche Unterarmfraktur am Aufnahmetag reponiert und gespickt wurde. Zehn Tage später wurde das Kind nach Hause entlassen. Vier Wochen nach der Versorgung soll es zur Verbandsabnahme und Beginn der Übungstherapie wieder aufgenommen werden. Tägliche Verbandswechsel am angezeichneten Fenster sollen noch vorgenommen werden, und es wird darum gebeten, die Fäden in zwei Tagen zu ziehen. Die Antibiotika dürfen noch nicht abgesetzt werden und eine eingeleitete Elektrotherapie sollte weitergeführt werden.

Flüchtige Dokumentation:

Unterarmfraktur  
Reponiert  
Antibiose  
Elektrotherapie

Etwas besser aber immer noch unvollständig:

Unterarmfraktur  
Narkose  
Reponiert  
Antibiose  
Elektrotherapie

Es fehlt aber noch Vieles

Was fehlt z.B. noch:

Kirschnerdrahtosteosynthese  
Gipsverband  
Wundinfektion  
Nervenschädigung

Immer noch Fragezeichen:

Postoperative Infektion oder superinfizierte  
Schürfwunde ?

Nervenschädigung unfall-, operations- oder  
gipsbedingt?

Geschlossene oder offene Osteosynthese?

Infektion: welcher Erreger?

\*17.3.2000 Aufnahme 3.1.11 Entlass. 13.1.11

Version 2011: Diagnose:

Unterarmfraktur            S52.9                    HD

Seitenangabe fehlt und Ort der Fraktur

Therapie: Reposition        8-200.?

Es fehlt die Angabe welcher Knochen wo  
(proximal/distal/Schaft, Weichteilschaden  
und seit 2005 auch die Seitenangabe  
und nun auch das Datum)

Gipsruhigstellung:        kein OPS-Code

E-Therapie                    8-631.x oder nur 8-650

Zur Differenzierung fehlt die Angabe  
welche E-Therapie

Antibiotikum                    noch kein OPS-Code

\*17.3.2000 Aufnahme 3.1.11 Entlass. 13.1.11 Version 2011

**Diagnose:**

**Unterarmfraktur re. S52.4 R HD**

**Therapie:**

**Reposition 8-200.5 R + 8-200.8 R + 8-900**

**Gipsruhigstellung kein OPS-Code**

**E-Therapie 8-631.x**

**Antibiotikum kein OPS-Code für 2011**

**An der DRG-Zuordnung ändert sich zunächst noch nichts.**

**DRG: I74C Relativgewicht 0,589**

\*17.3.2000 Aufnahme 3.1.11 Entlass. 13.1.11 Version 2011

**Hauptdiagnose ist die UA-Fraktur.**

**Diagnose:**

**Unterarmfraktur re. Radius-/Ulna-Schaft S52.4 R HD**

**Postoperative septische Wundheilungsstörung  
ausgehend von der Osteosynthesematerial T84.6 R**

**Knochengrenze M86.13 R**

**Staph. Aureus B95.6! R**

**Postoperative Nervenschädigung n. Ulnaris T84.1 R + S54.0 R**

**Therapie:**

**KD-Osteosynthese Radius-/Ulnaschaft 5-790.15 R + 5-790.18 R  
(Seitenangabe ab 1.1.2005 Pflicht;**

**Datumsangabe Pflicht) 3.1.2011**

**E-Therapie Neurostimulation 8-631.x**

**Antibiotikum kein OPS-Code für 2011**

**DRG: I24Z Relativgewicht: 0,915**

\*17.3.2000 Aufnahme 3.1.11 Entlass. 13.1.11 Version 2011

**Diagnose:**

<b>Unterarmfraktur re. Radius-/Ulna-Schaft</b>	<b>S52.4 R</b>	<b>HD</b>
<b>Postoperative septische Wundheilungsstörung ausgehend von der Osteosynthesematerial</b>	<b>T84.6 R</b>	
<b>Knochengrenze</b>	<b>M86.13 R</b>	
<b>Staph. Aureus</b>	<b>B95.6! R</b>	
<b>Postoperative Nervenschädigung n. Ulnaris</b>	<b>T84.1 R + S54.0 R</b>	

**Therapie:**

<b>KD-Osteosynthese Radius-/Ulnaschaft</b>	
<b>Mehrfragment</b>	<b>5-792.15 R + 5-792.18 R</b>
<b>Datum</b>	<b>3.1.2011</b>
<b>E-Therapie Neurostimulation</b>	<b>8-631.x</b>
<b>Antibiotikum</b>	<b>kein OPS-Code für 2010</b>
<b>DRG: I31Z</b>	<b>Relativgewicht: 1,422</b>

\*17.3.2000 Aufnahme 3.1.11 Entl.13.1.11 Version 2011

**Diagnose:**

<b>Unterarmfraktur re. Radius-/Ulna-Schaft mit Weichteilschaden III.Grades (Nervenschädigung)</b>	<b>S52.4 R + S51.86! R</b>	
<b>Wundheilungsstörung Frühkomplikation infiziert posttraumatisch</b>	<b>T79.3 R</b>	
<b>Staph. Aureus</b>	<b>B95.6! R</b>	
<b>Traumatische Nervenschäd. n. Ulnaris</b>	<b>S54.0 R</b>	<b>HD</b>

**Therapie:**

<b>KD-Osteosynthese Radius-/Ulnaschaft</b>	<b>5-792.15 R + 5-792.18 R</b>
<b>Datum</b>	<b>3.1.2011</b>
<b>E-Therapie Neurostimulat.</b>	<b>8-631.x</b>
<b>Antibiotikum</b>	<b>kein OPS-Code für 2011</b>
<b>DRG: 901D</b>	<b>Relativgewicht: 2,145</b>

\*17.3.2000 Aufnahme 3.1.11 Entl. 13.1.11 Version 2011

Entgelt: Relativgewicht (RW) X Basisfallwert

Oberflächliche Codierung	DRG: I74C	RW:	0,598
1. Verbesserung	DRG: I74C	RW	0,598
2. Verbesserung	DRG: I24Z	RW	0,915
3. Verbesserung	DRG: I31Z	RW	1,422
4. Verbesserung	DRG: 901D	RW	2,145

Der Teufel steckt also im Detail.

Derartige Fälle sind keine Einzelfälle.

2 - 3 solcher Fälle im Monat rechtfertigen das Monatsgehalt eines Experten.

Folge: die Codierung muss ein Experte vornehmen, der gelernt hat zwischen den Zeilen zu lesen.

Bedingung: er benötigt das abgeschlossene Krankenblatt.



Ist die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren  
geeignet, orthopädisch- traumatologisches  
Handeln entlohnungsgerecht abzubilden?

Denn die 5 Kodier-Beispiele unterscheiden sich im  
Aufwand nur minimal.

Ohne den Klartext der Krankengeschichte zu  
kennen ist eine Prüfung der Datensätze von  
außen nicht möglich.

Eine spezifische Kodierung „so spezifisch wie  
möglich“ liegt in den Beispielen 3-5 vor. Bei  
nahezu gleichem Aufwand ergeben sich aber 3  
verschiedene DRG´s mit erheblichem pekuniären  
Unterschied.

**Ich danke fürs  
zuhören**

Mainz 2011  
Thomas Winter

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.

## **„Kodierung so spezifisch wie möglich“ Teil 2 Diskussion eines Beispiels**

**Thomas Winter**

Folie 1

Vor einem Jahr berichtete ich über die Umsetzung der in den DKR und DIMDI Mitteilungen festgelegten Richtlinie, dass die Kodierung unabhängig vom Gruppierungsergebnis so spezifisch wie möglich zu geschehen hat. Ich legte seinerzeit mittels Zitaten aus dem Brockhaus und des Pschyrembel zum Begriff „spezifisch“ dar, dass dieses „so spezifisch wie möglich“ nicht mehr, aber auch nicht weniger bedeutet, als dass die Kodierung in der Rückübersetzung der Codes in Klartext dem zu kodierenden Sachverhalt so nahe wie möglich kommen muss.

Folie 2

Die wenigen Tausend dafür zur Verfügung stehenden Codes aus der ICD und des OPS und die in die Milliarden gehende Begriffsvielfalt in der Orthopädie und Unfallchirurgie erfordern daher zwangsläufig die Kombinationen mehrerer Codes, um orthopädisch traumatologische Sachverhalte rückübersetzbar abbilden zu können. Sinnvoll wäre auch noch eine von Graubner und Zaiss seit Jahren vorgeschlagene Verknüpfungsmöglichkeit außerhalb der +/\*/! Systematik von Codes über ein Sonderzeichen

Ich schloss die damaligen Ausführungen mit den folgenden Sätzen.

Folie 3

„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:

## Folie 4

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. ...“

## Folie 5

Für eine Diskussion eines Beispiels blieb letztes Jahr keine Zeit. Mit dem folgenden erfundenen, aber sicherlich nicht unrealistischen und zeitlosen Beispiel möchte ich die Kodierung „so spezifisch wie möglich“ verdeutlichen. Entnommen ist es aus meinem Buch „Diagnose- und Therapieschlüssel in der Orthopädie und Traumatologie“ von 1996. Es wurde lediglich an die nun gültigen Kodierrichtlinien und aktuellen Schlüssel angepasst.

## Folie 6

Einem zu codierenden Arztbrief konnte entnommen werden, dass eine kindliche Unterarmfraktur am Aufnahmetag reponiert und gespickt wurde. Zehn Tage später wurde das Kind nach Hause entlassen. Vier Wochen nach der Versorgung soll es zur Verbandsabnahme und Beginn der Übungstherapie wieder aufgenommen werden. Tägliche Verbandswechsel am angezeichneten Fenster sollen noch vorgenommen werden, und es wird darum gebeten, die Fäden in zwei Tagen zu ziehen. Die Antibiotika dürfen noch nicht abgesetzt werden und eine eingeleitete Elektrotherapie sollte weitergeführt werden.

## Folie 7

Eine flüchtige Dokumentation würde hier lediglich eine Unterarmfraktur ergeben, die reponiert und anschließend antibiotisch und mit Elektrotherapie behandelt wurde. Somit würde für die Pflichtdokumentation keine operative Prozedur zu verschlüsseln sein. Es sei denn, der Stationsarzt erkennt, dass eine geschlossene Reposition und die E-Therapie auch codierpflichtige Prozeduren sind und eine eventuell notwendig gewordene Narkose zusätzlich hätte codiert werden müssen. Von den neuen Pflegekodes nach der PKMS-J unter 9-201. ff möchte ich in der folgenden Schilderung absehen. Aber auch sonst würde vieles verloren gehen, was für das Haus nun entgangenes bares Geld bzw. ein gesteigertes Relativgewicht bedeutet hätte. Für die 10 Tage Liegedauer, die Antibiose und die E-Therapie wird kein Grund angegeben, demzufolge wird die Kasse zunächst mit einiger Berechtigung infolge erheblicher Widersprüche die Zahlungen nach § 303 SGB-V zunächst ablehnen oder einstellen. Ganz zu schweigen von der zu niedrigen Abrechnung. Der Ärger ist also infolge von vermeidbaren Dokumentationsfehlern bzw. unvollständiger Dokumentation vorprogrammiert. Derartige Kodierungen des geschilderten Sachverhaltes findet man in der täglichen Routine leider nicht selten noch heute.

#### Folie 8

Für die Codierung wäre es natürlich besser gewesen, wenn die Kirschnerdrahtosteosynthese nicht nur mit dem unverfänglichen Begriff "gespickt" umschrieben worden wäre und die vierwöchige postoperative Ruhigstellung im Gipsverband nicht nur mit der vorgesehenen "Verbandsabnahme und Beginn der Übungstherapie" weitervermittelt worden wäre. Völlig eindeutig wurde diese Information jedoch durch die Existenz eines zweiten Verbandes unter einem (Gips)-Fenster. Selbst die Wundinfektion wurde mit den noch nach 10 Tagen notwendigen täglichen Verbandswechseln und der noch notwendigen Antibiotikamedikation hinreichend genau beschrieben. Die Nervenschädigung ließ sich lediglich aus dem ungewöhnlich frühen Zeitpunkt einer angelaufenen E-Therapie herauslesen. Der Codierer muss wissen, dass für eine konservative Reposition ohne Osteosynthese ein Code aus dem Kapitel 8 des OPS erforderlich ist – hier ist die Narkose zusätzlich zu codieren, wenn die beschriebene Maßnahme üblicherweise ohne Narkose stattfindet. Bei der Kirschnerdrahtosteosynthese einer Fraktur ist die Reposition und Narkose jedoch inbegriffen.

Die versteckten Hinweise in der Krankengeschichte sind im Allgemeinen nicht weniger verklausuliert. Der codierende Kollege vor Ort muss diese versteckten Informationen finden

und codieren. Der Stationsarzt – noch dazu, wenn es ein in der Ausbildung befindlicher ist - wird an diese Feinheiten kaum denken.

#### Folie 9

Trotz dieser scheinbaren Eindeutigkeit muss in diesem Beispiel zusätzlich das Krankenblatt hinzugezogen werden. Es ist trotz aller Schilderung noch nicht klar, ob die zu vermutende Komplikation nicht vielleicht nur eine superinfizierte Schürfwunde am Arm und ob die Nervenschädigung unfall-, operations- oder gipsbedingt war. Auch muss kontrolliert werden, ob die Spickung wirklich eine geschlossene Osteosynthese war. Bei der Infektion ist auch noch der Erreger wichtig, man muss also nachsehen, ob ein Abstrich gemacht wurde. Diese feinen Unterschiede sind durchaus auch für die Definition der Hauptdiagnose und ihrer richtigen Codierung in die Pflichtenlüssel und somit auch für die DRG-Einteilung relevant.

Um dieses Beispiel auch einmal schlüsselmäßig zu demonstrieren, würde eine oberflächliche Codierung, wie man sie auch heute noch nur allzu häufig antrifft, folgendes Bild ergeben:

#### Folie 10

Patient: *17.3.2000	Aufnahme 3.1.11	Entlassung 13.1.11
Diagnose: Unterarmfraktur	S52.9	sinnvolle Seitenangabe fehlt und Ort der Fraktur
Therapie: Reposition	8-200.?	Es fehlt die Angabe welcher Knochen wo (proximal/distal/Schaft und seit 2005 auch die Seitenangabe)
Gipsruhigstellung:	kein OPS-Code da übliche Gipsart	
E-Therapie	8-631.x/8-650	Zur Differenzierung fehlt die Angabe welche E-Therapie
Antibiotikum	noch kein OPS-Code für 2011	

Gibt man die vorhandenen Daten in einen Grouper von 2011 ein, nachdem man die 8-200 auf „y“ R und die 8-650 statt der 8-631.x gewählt hat, so bekommt man die DRG I74C mit einem Relativgewicht von 0,598

Verbessert man die Angaben dahingehend, dass der rechte Radiuschaft und Ulnaschaft geschlossen frakturierten und demzufolge in intravenöser Kurznarkose reponiert wurden und eine Neurostimulation durchgeführt wurde, sieht das Bild folgendermaßen aus:

## Folie 11

Patient: \*17.3.2000                      Aufnahme 3.1.11                      Entlassung 13.1.11

Diagnose:      Unterarmfraktur re.      S52.4 R  
 Therapie:  
                   Reposition                      8-200.5 R + 8-200.8 R + 8-900  
                   Gipsruhigstellung              kein OPS-Code  
                   E-Therapie                        8-631.x  
                   Antibiotikum                      kein OPS-Code für 2011

An der DRG-Zuordnung ändert sich zunächst noch nichts. Es wäre jedenfalls schön gewesen, wenn man zusammenhängende Prozesse mittels eines Sonderzeichens miteinander hätte verknüpfen können.

## Folie 12

Codieren wir als erfahrener Codierer nun eine geschlossene Kirschnerdrahtosteosynthese von Radius und Ulna bei einer einfachen Fraktur ohne primäre Weichteilschädigung; ferner die postoperative Nervenschädigung z.B. des N. ulnaris und septische Wundheilungsstörung vom Osteosynthesematerial ausgehend mit Staph. aureus.

Patient: \*17.3.2000                      Aufnahme 3.1.11                      Entlassung 13.1.11

Hauptdiagnose ist die UA-Fraktur.

Diagnose:      Unterarmfraktur re. Radius-/Ulna-Schaft              S52.4 R              HD  
                   Postoperative septische Wundheilungsstörung      T84.6 R  
                   Ausgehend von der Grenze Osteosynthesematerial  
                   Knochen – mithin einer Knocheninfektion              M86.13 R  
                   Staph. Aureus    B95.6! R  
                   Mechanische postoperative Nervenschädigung  
                   N. ulnaris    T84.1 R + S54.0 R  
 Therapie:  
                   Perkutane KD-Osteosynthese Radius-/Ulnaschaft      5-790.15 R + 5-790.18 R  
                   (Seitenangabe seit 1.1.2005 Pflicht;  
                   Datumsangabe nun auch Pflicht)                              3.1.2011  
                   E-Therapie Neurostimulation                              8-631.x  
                   Antibiotikum    kein OPS-Code für 2011

Das ergibt dann die DRG I24Z mit einem Relativgewicht von 0,915 und somit bereits ein deutlich höheres Entgelt. Auch hier wäre es schön gewesen, wenn man zusammenhängende Prozesse mittels eines Sonderzeichens miteinander hätte verknüpfen können.

## Folie 13

Stellt sich anhand des Krankenblattes heraus, dass statt einer percutanen Spickung infolge eines knöchernen Repositionshindernisses eine offene Kirschnerdrahtosteosynthese von Radius und Ulna durchgeführt wurde, wofür die Bemerkung „Fädenziehen“ bereits spräche, denn bei percutanen Spickungen wird nur selten genäht, und eine Mehrfragmentfraktur von Radius und Ulna vorliegt, sieht das Bild anders aus.

Patient: *17.3.2000	Aufnahme 3.1.11	Entlassung 13.1.11
Diagnose:	Unterarmfraktur re. Radius-/Ulna-Schaft	S52.4 R HD
	Postoperative septische Wundheilungsstörung	T84.6 R
	Ausgehend von der Grenze Osteosynthesematerial	
	Knochen	M86.13 R
	Staph.aureus	B95.6! R
	Postoperative Nervenschädigung n. Ulnaris	T84.1 R + S54.0 R
Therapie:	KD-Osteosynthese Radius-/Ulnaschaft	
	Mehrfragment	5-792.15 R + 5-792.18 R
	Datum	3.1.2011
	E-Therapie Neurostimulation	8-631.x
	Antibiotikum	kein OPS-Code für 2011

Das ergibt dann die DRG I31Z mit einem Relativgewicht von 1,422 und somit bereits ein deutlich noch höheres Entgelt. Es wäre auch hier und insbesondere um die Unterschiede zum nächsten Beispiel erkennbar zu machen schön gewesen, wenn man zusammenhängende Prozesse mittels eines Sonderzeichens miteinander hätte verknüpfen können.

## Folie 14

Stellt sich aber heraus, dass im Krankenblatt erkannt wird, dass die Weichteil- und Nervenschädigung primär sind, also die Ulnarisschädigung am Unterarm und die superfizierte Schürfwunde bei der Aufnahme schon bestanden und somit zur Verletzung hinzugerechnet werden müssen und keine postoperative Komplikation darstellen, ergibt sich wieder ein anderes Bild.

Patient: *17.3.2000	Aufnahme 3.1.11	Entlassung 13.1.11
---------------------	-----------------	--------------------



Diagnose:	Unterarmfraktur re. Radius-/Ulna-Schaft mit Weichteilschaden III.Grades (Nervenschädigung)	S52.4 R + S51.86! R
	Wundheilungsstörung infiziert posttraumatisch	T79.3 R
	Staph. aureus	B95.6! R
	Traumatische Nervenschädigung n. Ulnaris	S54.0 R HD
Therapie:	KD-Osteosynthese Radius-/Ulnaschaft	5-792.15 R + 5-792.18 R
	Datum	3.1.2011
	E-Therapie Neurostimulation	8-631.x
	Antibiotikum	kein OPS-Code für 2011

Bei einer HD S52.4 änderte sich an der DRG zunächst nichts. Da die drei Schäden Fraktur/superinfizierte Schürfung und Ulnarisverletzung jedoch Aufnahmegrund waren, kann hier die HD unter den drei Diagnosen gewählt werden. Das bedeutet: HD ist diejenige Diagnose, die die meisten Ressourcen verbrauchte (hier die 10 Tage Liegedauer).

#### Folie 15

Denn die Spickung allein benötigt keine 10 Tage Aufenthalt, die superinfizierte Schürfung auch nicht, allenfalls beides zusammen, aber es darf nur eine Hauptdiagnose geben, also kann die primäre konservativ behandelte Nervenverletzung durchaus HD sein.

Dann ergibt sich eine Sonder-DRG, eine sogenannte Fehler DRG, hier die 901D, da zur HD nicht operiert wurde, sondern „nur“ zu einer Nebendiagnose.

Diese Fehler-DRG 901D hat nun aber ein Relativgewicht von 2,145, mithin viermal soviel Entgelt, wie ein Anfänger codiert hätte und mehr als doppelt so viel, wie das Beispiel 3 aufwies, das Beispiel mit der ersten Kodierung „so spezifisch wie möglich“..

#### Folie 16

Der Teufel steckt also im Detail. Da derartige Fälle keine Einzelfälle sind und 2 -3 solcher Fälle im Monat das Monatsgehalt eines Experten im Vergleich zu einem Nichtexperten wert sind, sollte die Dokumentation kein Anfänger vornehmen, sondern einer, der zwischen den Zeilen lesen kann und dafür auch die nötige Zeit und das abgeschlossene Krankenblatt bekommt.

Die Aufgabe eines solchen erfahrenen Fachcodierers der jeweiligen Abteilung wird also darin bestehen, die zur Dokumentation anstehenden Texte auf ihren nicht wörtlich angegebenen Informationsgehalt hin abzusuchen, zu klassifizieren und dokumentationsgerecht aufzubereiten und dann gegebenenfalls nachzucodieren. Es geht genau genommen also um die Überwachung des Schrittes vom Patientenbefund zur Datei bzw. das vorschriftsmäßige Abrechnen der medizinischen Leistung.

Dies ist also die Aufgabe auf der Anwenderseite, will er das Geld bekommen, was ihm nach dem derzeitigen Stand der Dinge zusteht.

Folie 17

Aber auch der Verordnungsgeber mit seinen Ausführungsorganen sollte sich anhand dieses Beispiels die Frage stellen, ob die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren geeignet sind, orthopädisch- traumatologisches Handeln entlohnungsgerecht abzubilden. Denn die 5 Kodier-Beispiele, die aber alle – von einem minimalen intraoperativen Unterschied abgesehen - den gleichen Aufwand nach sich zogen, kommen tatsächlich vor. Da es allein aus den übermittelten Daten, ohne den Klartext der Krankengeschichte zu kennen, für Außenstehende kaum möglich ist, die Widersprüche der ersten beiden Beispiele zweifelsfrei zu erkennen, würde der Datensatz – sollte er aus einer Kalkulationsklinik kommen und Plausibilitätsprüfungen vor Ort durch unabhängige Fachleute weiterhin nicht durchgeführt werden - wohl kaum zurückgewiesen werden. Eine spezifische Kodierung „so spezifisch wie möglich“ liegt jedoch wie geschildert nur in den Beispielen 3-5 vor. Das Gruppierungsergebnis dieser drei Variationen führt aber bei lege artis durchgeführtem Aufwand in drei verschiedene Drgs mit erheblichen nicht zu vernachlässigenden pekuniären Unterschieden, obwohl lediglich der geringe intraoperative Aufwandsunterschied zwischen einer offenen oder geschlossenen Osteosynthese, der keinesfalls eine Aufenthaltsverlängerung von üblicherweise 2 auf 10 Tage nach sich gezogen hätte, allenfalls die Einteilung in zwei minimal unterschiedliche DRG's gerechtfertigt hätte.

Ich hoffe, Ihnen einen kleinen Einblick in das Prinzip der Kodierung „so spezifisch wie möglich“ gegeben zu haben und Ihnen gezeigt zu haben, dass nicht die Schlüssel selbst das Problem darstellen. Neben unserer unermesslichen Begriffsvielfalt und der Überlastung des Personals ist insbesondere die korrigierende Überwachung der Schnittstelle Mensch der

Punkt, der über valide und vergleichbare Daten entscheidet und für eine korrekte spätere Rechnungslegung sorgen kann, denn der Arzt vor Ort ist damit überfordert, auch wenn der Gesetzgeber bzw. die Deutschen Kodierrichtlinien ihn zum Alleinverantwortlichen machen.

Aber auch der Verordnungsgeber sollte darüber nachdenken, ob kodierte Diagnosen und Prozeduren noch dazu ohne Zusatzzeichen um Zusammenhänge nachvollziehbar zu machen ein gerechter Maßstab für Entlohnungen in der Orthopädie und Traumatologie sind.

Folie 18

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.