

**Kodieren so spezifisch wie
möglich. Teil 3
Die Königsdisziplin: Kodieren
von Komplikationen in der
Orthopädie und Traumatologie**

Thomas Winter
Braunschweig 2012

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. ..."

- MDK-Ärger:
- MDK: streicht nicht selten Codes mit dem Argument: Der Verzicht auf Ergänzungskodes sei spezifisch genug.
- Allein diese Argumentation widerspricht bereits der Regel, „so spezifisch wie möglich“.

- Das Krankenhaus 11/2008 „...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 Rechnungskürzung 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.“

- **Problemfall Orthopädie/Traumatologie**

- In die Milliarden gehende Begriffsvielfalt
- Jede Erkrankung oder Verletzung kann mit jeder Lokalisation oder mehreren des Körpers in Zusammenhang gebracht werden,
- Folge von etwas Anderem sein,
- angeboren sein
- oder einen Mischzustand darstellen.
- Dafür gibt es aber nur Tausende Codes

- Einzige Lösungsmöglichkeit, will man auf 10 stellige Schlüssel verzichten, besteht 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.

- Pschyrembel 257. Auflage:
- „Spezifität“ (...selektive Reaktion eines Antikörpers, od. immunkompetenter Zellen mit einem bestimmten Antigen; vgl. Kreuzreaktion...)

- Kodierungen müssen so genau sein, dass deren Rückübersetzung in Klartext den zu kodierenden Sachverhalt so exakt wie möglich beschreibt.
- Allein dadurch verbieten sich Kodestreichungen durch den MDK. Wenn also durch Kodestreichungen auch nur geringe Informationen verloren gehen.

- DKR: “... Viele Beispiele bilden die vollständige Kodierung....ab. In anderen Fällen sind nur die Codes aufgeführt, die im Zusammenhang mit der jeweiligen Kodierrichtlinie stehen,“
- Aber selbst die D002 führt im Beispiel 4 eines für Doppelkodierung an:
- DKR: „Aszites bei Leberzirrhose: Aszites HD
Leberzirrhose ND“

- Nach der DKR D005 Folgezustände wird aber die Ursache, die eine Folge nach sich zieht, zusätzlich kodiert.
- Das Krankenhaus 11/05: „... Sofern keine Möglichkeit besteht, die Erkrankung mit einem Diagnosekode abschließend abzubilden, ist die Kodierung mehrerer beschreibender Codes kodierlinienkonform.“

- DIMDI: „Die parallele Kodierung von D62 und einem Kode aus dem T-Bereich (z.B. T81.0 entsprechend Alphabetischem Verzeichnis zur ICD-10-GM 2009 unter "Blutung - postoperativ" zu finden) ist grundsätzlich möglich. “
- 2012 gibt es diesen Text im alphabetischen Verzeichnis immer noch.

- Da es unmöglich ist, alle orthopädisch/traumatologischen Alternativen im Thesaurus unterzubringen, muss das Beispiel D62 + T81.0 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.

- Folgezustandsliste kann nicht vollständig sein.
- Denn in den DKR P005 und P014 befinden sich je eine vollständige Liste welche Prozeduren nur einmal und welche gar nicht kodiert werden dürften.
- Die Annahme, die Folgezustandsliste wäre vollständig, würde bedeuten, dass die Klassifikation medizinischer Vorgänge und Kausalitäten von Buchstabenverläufen abhängig wäre. Das ist absurd.

- Das Gleiche wie für die D62 muss auch für die heiß diskutierte Hypokaliaemie (E87.6) gelten.
- Weiß: Diagnostische Bewertung von Laborbefunden: „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 Hypokaliaemie E87.6.

- **Quintessenz:**

- Bis auf wenige Ausnahmen sind Komplikationen in der Orthopädie und Traumatologie grundsätzlich mit einem Code aus der Gruppe T79 – T88 und mindestens einem spezifischen Kode, der die Art der Komplikation und meist auch den Ort beschreibt, zu kodieren.

- Komplikationsbegriff:
- Genügend Auskunft in den einschlägigen Medizin-Lexika
- Und speziell für die Orthopädie und Traumatologie: im Band 65 der Bücherei des Orthopäden Diagnose- und Therapieschlüssel in Orthopädie und Traumatologie (Enke-Verlag) S80-83

- 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.

- 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

- B: Aseptische Wunddehiszenz nach Hüft-TEP-Implantation
T84.8 + T89.03 oder T84.8 + S71.0?
- Der Ort ist nur über S71.0 offene Wunde an der Hüfte zu beschreiben. Die T81.3 wandelt sich auf Grund der Exklusiva bei T81 durch den Zusammenhang mit einer OP mit Endoprothesen Implantaten oder Transplantaten in T84.8 um, wodurch die Information der Wunddehiszenz 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

- Postoperative infizierte Cox- Arthritis bei Hüft-TEP-Infektion mit Staphylokokkus-aureus T84.5 + M00.05 + B95.6
-
- Begründung: Auch ein Kunstgelenk ist ein Gelenk und der Kode 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 M00.0ff besagt Staphylokokkeninfektion, beschreibt dabei aber nicht den spezifischen Erreger Staphylokokkus aureus B95.6. Somit ist zur genauen Ortsbestimmung der Kode M00.05 (Staphylokokkeninfektion Hüfte) unverzichtbar, denn der Kode B96.5 allein – auch nicht zusammen mit der T84.5 - beinhaltet wieder keine Ortsangabe. Somit sind korrekterweise alle drei Codes anzugeben.

- Blutung bei Implantation einer Hüft-TEP und nachfolgender postoperativer Blutungsanaemie T84.8 + D62.
-
- Begründung:
- Die T84.8 ergibt sich aus dem Exklusivum bei T81
-
- Da nicht jede Blutung eine Blutungsanaemie als Folge hat, ist die Doppelkodierung gerechtfertigt, denn die D62 allein sagt nicht aus, dass die Anaemie eine Folge einer Operation mit einer Endoprothese ist. Auch wird wie beschrieben, der T8er Kode zur Differenzierung - um welche Art der Blutungsanaemie es sich handelt - benötigt. Somit ist – was das DIMDI inzwischen durch die allgemeine Paarung D62 + T81.0 bestätigt hat – das Kodepaar T84.8 + D62 korrekt.

- Muskelfekt Glutäus maximus nach Hüftweichteil-OP Staphylokokkus aureus T81.4 + M60.05 + B95.6
-
- Begründung: Diese postoperative Komplikation fand ohne Implantate statt, daher wird die Infektion mit dem Kode T81.4 ausgedrückt. Der Infektionsherd ist der M. Glutäus maximus also eine infektiöse Myositis mit Staphylokokken an der Hüfte M60.05. Der Kode 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.

- Kreislaufschock 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 Kreislaufschock wortwörtlich am besten. Hier greift das FAQ des DIMDI, welches angibt, wenn trotz Exklusivum 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 Kreislaufschock allein als Anaesthesiefolge ist die T88.2, die in der Rückübersetzung schon so präzise ist, dass der Kode allein stehen könnte.

- 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 akut Behandlung S52.30 befindet. Die Folge der Komplikation ist die Nervus Radialis Parese S54.2, die andererseits 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.

- **Danke für's Zuhören**

- Thomas Winter
 - 2012

**Kodieren so spezifisch wie möglich. Teil 3:
Die Königsdisziplin: Kodieren
von Komplikationen in der
Orthopädie und Traumatologie
Thomas Winter**

Folie 1

Das Abrechnungssystem nach Fallpauschalen DRG (Diagnose 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.

Folie 2

Zitat einer DIMDI-Antwort vom 31.3.09 :

“... 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

Folie 3.

Hält man sich 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“.

Inzwischen erhält der Anwender in kritischen Bereichen kaum noch allgemeingültige konsentrierte Kodier-Empfehlungen. 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, wie das Konfliktpotential zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern wirksam vermindert werden kann, weiter an 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.

Folie 4

Im Aufsatz: Deutsche Kodierrichtlinien – Version 2009 der Zeitschrift Das Krankenhaus kann man lesen:

Zitat: „...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 Rechnungskürzung 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.“

Zitat Ende.

Folie 5

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.

Folie 6

Die einzige Möglichkeit, die Vielfalt unserer Vorgänge nach den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) so spezifisch wie möglich zu kodieren, besteht daher in einer multi-kausalen 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 Zais gefordert - ein Sonderzeichen, um zusammengehörende Diagnosen (und Prozeduren) über die „+/*“ und „!“ Ausrufungszeichenregelung hinaus zu kennzeichnen.

Folie 7

In dem Aufsatz:

Zum Begriff der „Indikationsspezifischen Komplikation“ wird der Begriff „spezifisch“ an Hand der Definition „Spezifität“ (...selektive Reaktion eines Antikörpers, od.

immunkompetenter Zellen mit einem bestimmten Antigen; vgl. Kreuzreaktion...) des Pschyrembel 257. Auflage 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.

Folie 8

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 Komplikation 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:

Folie 9

“... 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.

Folie 10

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 11/05 (S. 933- 939)“ wird vorgegeben, dass seinerzeit im Einvernehmen mit der Selbstverwaltung für die Dokumentation einer Erkrankung grundsätzlich auch mehrere ICD-Kodes zur exakten Beschreibung eines medizinischen Krankheitsbildes erlaubt sind. Aber unmittelbar danach ging die Diskussion unvermittelt weiter.

Zitat: „... Sofern keine Möglichkeit besteht, die Erkrankung mit einem Diagnosekode abschließend abzubilden, ist die Kodierung mehrerer beschreibender Codes kodierrichtlinienkonform.“ Zitat Ende.

Nun ist es eine Tatsache, dass Komplikationen in der Orthopädie und Traumatologie üblicherweise mit den Codes T79.ff und T8ff ausgedrückt werden. Aber diese Codes 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 Codes 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 Codes 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

Folie 11

Interpretiert man dies aus dem Vorbeschriebenen, hat selbst die postoperative Blutungsanaemie 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 Blutungsanaemie; Blutungsanaemie) eine T81.8 zur Kennzeichnung, dass es sich dabei um eine Komplikation handelt, beigestellt werden kann.

Die Antwort vom 31.3.09 an den Kollegen lautete: Zitat:

„Die parallele Kodierung von D62 und einem Kode aus dem T-Bereich (z.B. T81.0 entsprechend Alphabetischem Verzeichnis zur ICD-10-GM 2009 unter "Blutung - postoperativ" zu finden) ist grundsätzlich möglich.“ Dies gilt auch in dem Alphabetischen Verzeichnis für 2012.

Zitat Ende.

Folie 12

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 Blutungsanaemieformen, die die D62 umfasst, zutrifft. Denn eine Blutungsanaemie ohne Blutung gibt es per Definitionem nicht. Umgekehrt gibt es selbstverständlich auch Blutungen, ohne dass es zu einer Anaemie 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.

Folie 13

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. Erworbene 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 welche gar nicht kodiert werden dürften. Es wäre also ein Leichtes gewesen, auch in der DKR D005 anzugeben, falls die dortige Liste 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.

Folie 14

Das Gleiche wie für die D62 gilt für die heiß diskutierte Hypokaliaemie (E87.6), deren Ursache (z.B. postoperativ) aus der Rückübersetzung nicht hervorgeht. In: Weiß; Di-

agnostische Bewertung von Laborbefunden (Lehmanns Verlag München) 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.

Folie 15

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.

Folie 16

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 (Diagnose- und Therapieschlüssel in Orthopädie und Traumatologie (Enke-Verlag)) zusammenfassend auf den S80-83 abgedruckt. Darin wird auch ein Schema angegeben, Komplikationen in 5 Schwereklassen einzuteilen.

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 genausowenig 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 entgegen gehalten 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 übrigen 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 Fachgebiet 16,9% - mithin also ein Sechstel -. Wie hoch sie heute ist, wird jeder aus seiner Klinik wissen.

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

Folie 17

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.

Folie 18

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.

Folie 19

B: Aseptische Wunddehiszenz 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 auf Grund der Exklusiva bei T81 durch den Zusammenhang mit einer OP mit Endoprothesen Implantaten oder Transplantaten in T84.8 um, wodurch die Information der Wunddehiszenz 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 Exklusiva 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.

Folie 20

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 M00.0ff beschreibt eine Staphylokokkeninfektion, beschreibt dabei aber nicht den

spezifischen Erreger Staphylokokkus aureus B95.6. Somit ist zur genauen Ortsbestimmung der Kode M00.05 (Staphylokokkeninfektion Hüfte) unverzichtbar, denn der Kode B96.5 allein – auch nicht zusammen mit der T84.5 - beinhaltet wieder keine Ortsangabe. Somit sind korrekterweise alle drei Codes anzugeben.

Folie 21

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

Begründung: Die T84.8 ergibt sich aus dem Exklusivum 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 Kodes um.

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

Folie 22

E: Muskelinfekt Glutäus maximus nach Hüftweichteil-OP Staphylokokkus aureus T81.4 + M60.05 + B95.6

Begründung: Diese postoperative Komplikation fand ohne Implantate statt, daher wird die Infektion mit dem Kode T81.4 ausgedrückt. Der Infektionsherd ist der M. glutäus maximus, also eine infektiöse Myositis mit Staphylokokken an der Hüfte M60.05. Der Kode 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.

Folie 23

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

Die T84.8 beschreibt wieder die sonstige näher bezeichnete Komplikation im Zusammenhand mit Endoprothesen, Implantaten oder Transplantaten. Die nähere Bezeichnung ist dann die T81.1, denn sie beschreibt den intraoperativen Kreislaufschock wortwörtlich am besten. Hier greift das FAQ des DIMDI, welches angibt, wenn trotz Exklusivum 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 Kreislaufschock allein als

Anaesthesiefolge ist die T88.2, die in der Rückübersetzung schon so präzise ist, dass der Kode allein stehen könnte.

Folie 24

G: Radialisparese als Druckschädigung im Gipsverband nach Reposition einer Radiuschafffraktur 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 Radiuschafffraktur – 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 andererseits 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 genausowenig eine Garantie und Verantwortung übernehmen wie 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 speziellen 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 Gruppergebnis zu erfolgen. Es wird aber davon ausgegangen, dass die aufgezeigten Komplikationen in irgendeiner Weise therapeutischen, diagnostischen Aufwand oder pflegerischen Mehraufwand bedeuteten, um kodierpflichtig zu sein.

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

Literatur:

1. Deutsche Kodierrichtlinien; 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. Fahlenbrach C., Köhler N., Schlottmann N.: Deutsche Kodierrichtlinien Version 2006; Das Krankenhaus Heft 11 2005 S.933 - 939
4. ICD-10-GM Version 2012 www.dimdi.de (dort auch die Vorversionen)

5. N. Köhler et al.; Deutsche Kodierrichtlinien – Version 2009; Das Krankenhaus; Jahrgang 2008 Heft 11 S. 1163 - 1168
6. OPS Version 2012; www.dimdi.de (dort auch die Vorversionen).
7. Pschyrembel, W.; Klinisches Wörterbuch, Walter de. Gruyter; Berlin New York; 257. Auflage 1994.
8. N. Schlottmann et al.; G-DRG-System Version 2009; Das Krankenhaus; Jahrgang 2008 Heft 11 S.1145 - 1162
9. Weiss G.: Diagnostische Bewertung von Laborbefunden. J.F. Lehmanns Verlag München 4. Auflage 1976
10. Winter, Th.: Prinzipien der Kodierung, Orthopädische Praxis, Heft 1 2009 S.31-36
11. Winter, Th.; Diagnose- und Therapieschlüssel in der Orthopädie und Traumatologie; Bücherei des Orthopäden Band 65; Enke Verlag Stuttgart 1996; dort weitere Literatur
12. Winter, Th.; Datengewinnungsprobleme und Datenqualität in der Orthopädie und Traumatologie; dort weitere Literatur; Aufsatz in: J. Jerosch et al.; Rechnergestützte Verfahren in Orthopädie und Unfallchirurgie; Steinkopff Verlag Darmstadt 1999
13. Winter, Th.; zum Begriff der Indikationsspezifischen Komplikation; Orthopädische Praxis Heft 6/99 35. JG. S. 375 – 379.
14. Winter, Th.; Komplikationen gibt es nicht – oder doch? Stationäre Aufenthalte in Orthopädie und Traumatologie – eine Verlaufsstudie; Steinkopff Verlag Darmstadt 2007
15. Gesprächsnotizen und Mails mit DIMDI, DKG, BKG und anderen Organisationen.
16. 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 den Wiedergaben der beiden Vorträge von Thomas Winter auf den AG-Sitzungen 2010 und 2011 der AK medizinische Dokumentation und Klassifikation der GMDS .