

Interlaken 26.-27. Juni 2003

Tutoriat 2

## ***Stellenwert und Kontrolle der Kodierung*** ***(Kodierung, Wichtigkeit, Rolle und Monitoring)***

### ***Inhaltsverzeichnis***

|   | <b><i>Seite</i></b> |
|---|---------------------|
| <b>I. Einleitung (Ziel und Zweck der Kodierung)</b> | <b><i>1</i></b>     |
| <b>II. Definitionen</b>                             | <b><i>3</i></b>     |
| <b>III. Richtlinien</b>                             | <b><i>4</i></b>     |
| <b>IV. Kodierqualität</b>                           | <b><i>9</i></b>     |
| <b>V. Zusammenhang Kodierung-AP-DRG</b>             | <b><i>11</i></b>    |

### **Rolle des Kodierungssekretariates.**

Das Kodierungssekretariat ist eigentlich das Referenzzentrum für Klassifikationen und alles was mit Kodieren zu tun hat. D.h. das KS befasst sich mit der Pflege der ICD-10 und CHOP (z.Bsp. jährliche mise-à-jour der CHOP).

Es ist das Unterstützungsorgan der Kodierer und beantwortet dabei die Kodierungsfragen (Hotline), gibt Anweisungen über die Kodierungsweise (erstellt und passt unter Umständen die Richtlinien an) und publiziert die Informationen. Weiter unterstützt und berät das Kodierungssekretariat die Expertengruppe für Klassifikationen im Gesundheitswesen, die das konsultative Organ ist.

### **I. Einleitung**

#### **Wieso wird eigentlich kodiert? (Rahmen der Kodierung)**

Vor 1997 gab es keine offizielle, gesamtschweizerische medizinische Statistik. Die einzige damalige Statistik war die sogenannte VESKA-Statistik, die 1969 eingeführt wurde. Diese erfasste Diagnosen und Operationen mit den VESKA-Kodes (basierend auf die ICD-9). Ziel von dieser Erfassung war eine medizinische Dokumentation für Fachabteilungen der Spitäler. Diese Statistik war aber nicht aussagekräftig, weil es keine Vollerhebung (Teilnahmequote: zirka 45% der Spitäler) war.

#### **Gesetzliche Grundlage**

Zum ersten das BStatG, 1. Okt. 1992, das die Einrichtung von Gesundheitsstatistiken auf nationaler Ebene zum Ziel erhebt und die Kooperation zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden fordert. Dazu gibt das Gesetz die Möglichkeit am Bundesrat natürliche und juristische Personen zur Auskunft zu verpflichten.

Die Verordnung (30. Juni 1993, geändert 1. August 1995) bestimmt das Erhebungsorgan und die Regelung der Durchführung (d.h. wie die Daten erhoben werden, durch wen, wie, zu welchem Zeitpunkt).



Zum zweiten das KVG (Art. 49, al. 6) das die Spitäler verpflichtet eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik nach einheitlicher Methode zu führen.

### **Ziel der Gesundheitsstatistiken**

Was ist das Ziel (oder die Ziele) dieser Gesundheitsstatistiken?

Die Gesundheitsstatistiken sollen wichtige Fragen beantworten (oder beantworten versuchen), wie z. Bsp.: Gesundheitszustand der Bevölkerung, Schwere der gesundheitlichen Problemen, Einfluss der Lebensweise, Überblick über das Angebot, Leistungen und finanziellen Aspekte, Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen, Bedarf an Dienstleistungen, etc...

Weitere Ziele sind: die sanitätspolitische Zusammenarbeit zwischen Kantonen und Bund fördern, Daten für weitere Statistiken, die Wissenschaft und die Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen.

Die Gesundheitsstatistiken zählen mehrere Erhebungen. Von dieser Erhebungen sind vier als prioritär bewertet:

- Statistik der stationären Betriebe (Krankenhausstatistik, administrative Daten),
- **Medizinische Statistik** (u.a. Erhebung der Diagnosen und Operationen der Patienten),
- Erhebung der sozial-medizinischen Institutionen (administrative Daten),
- Fallkostenstatistik (Erhebung der Fallkosten).

### **Medizinische Statistik**

Die medizinische Statistik hat vier Hauptziele:

- Epidemiologische Überwachung (Inzidenz, Prävalenz),
- Einheitliche Erfassung der medizinischen Leistungen der Krankenhäuser (Analyse der von den Spital erbrachten Leistungen),
- Bereitstellung medizinischer Grunddaten,
- Bereitstellung von Daten für Forschung und Öffentlichkeit.

Die **Verwendungszwecke** der medizinischen Statistik sind folgende:

Eine Epidemiologischen Überwachung der Bevölkerung. Die medizinische Statistik liefert statistische Entscheidungsgrundlagen für die Planung und den Einsatz von prophylaktischen und ev. Kurativen Massnahmen.

Eine Einheitliche Leistungserfassung, die Voraussetzung für den Einsatz von PCS (Patientenklassifikationssysteme, z.Bsp. DRG) und für die Kostenstellenrechnung ist. Weiter ermöglicht sie eine Messung (Untersuchung) der Effizienz der Krankenhäuser.

Die Bereitstellung medizinischer Grunddaten. Die Patientenbezogenen Leistungen werden in Form von Behandlungsfällen erfasst (definiert durch die Diagnose(n) und Behandlungen). Diese Erfassungsart ermöglicht: ein Beschreiben der Patientenpopulation eines Spitals (case-mix), die Untersuchung von Rehospitalisationen nach Diagnosen, Behandlungen und eine Beschreibung der Krankenhaus-Einzugsgebiete (nach Diagnosen, Operationen oder Patientenkategorien), die zur Spitalplanung (kantonal und ev. interkantonalen Verhandlungen) dienen.

Zuverlässigstellen von Daten für Forschung und Öffentlichkeit: Publikationen, Studien (z.Bsp. Institute für Sozial- und Präventivmedizin), Politik, usw...

## Erhebungseinheit

Mit der medizinischen Statistik soll eine patientbezogene Vollerhebung der stationären und teilstationären Spitalbehandlungen realisiert werden (Detailkonzept 1997, Seite 15). Dies heisst, dass jeder Patient (oder Behandlungsfall) erfasst werden soll.

Definition der Erhebungseinheit: *ein durch die Hauptdiagnose definierter Behandlungsfall.*

## Erfassung der Daten

Für die medizinische Statistik müssen definierte Daten oder Angaben erfasst werden. Diese werden mit dem sog. Minimaldatensatz erhoben. Bei diesen Variablen handelt es sich um:

- Technische Daten (Typ der Erhebung/Rekordart, Bezeichnung des Behandlungsfalles, zusätzliche Daten),
- Identifikation des Leistungserbringers (Betriebsnummer, Kanton),
- Variablen über dem Patienten (Verbindungscode, Geschlecht, Geburtsdatum, Alter, Wohnregion und Nationalität),
- Variablen über dem Spitalaufenthalt (Eintrittsdatum, Aufenthalt vor Eintritt, Eintrittsart, einweisende Instanz, Hauptkostenträger, Austrittsdatum, etc...),
- Diagnosen (eine Hauptdiagnose [HD], bis zu acht Nebendiagnosen [ND], und ev. ein Zusatz zur Hauptdiagnose [ZHD]).
- Behandlungen (eine Hauptbehandlung [HB] mit Behandlungsbeginn, bis zu neun Nebenbehandlungen [NB]).

## II. Definitionen

### Behandlungsfall

Wie erwähnt, soll jeder Behandlungsfall erfasst werden, da die medizinische Statistik eine umfassende Erhebung aller stationären und teilstationären Hospitalisationen erstrebt. Als Definition des Behandlungsfalles gilt *ein Aufenthalt (stationär oder teilstationär) eines Patienten in einem Spital.*

### Hauptdiagnose (HD)

Als Hauptdiagnose gilt: *"Derjenige Zustand, der am Ende des Spitalaufenthalts als Diagnose feststeht und der der Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung des Patienten war".*

Sind mehr als ein Zustand aufgeführt, ist derjenige auszuwählen, der den grössten Aufwand am Mitteln erforderte (entspricht der Definition der WHO (Band 2, Abschnitt 4.4.1)).

Diese Definition setzt die Analyse des Patientenberichts bei Austritt voraus.

### Zusatz zur Hauptdiagnose (ZHD)

Ein Zusatz zur Hauptdiagnose wird nur in zwei Fällen angegeben:

- 1° Die Hauptdiagnose ist ein Kreuzkode (†), ZHD ist der entsprechende Sternkode\*,
- 2° Die Hauptdiagnose ist eine Verletzung oder Vergiftung (S- und T-Kode), ZHD ist die äussere Ursache.

### **Nebendiagnosen (ND)**

Die Begleiterkrankung(en), an denen der Patient leidet, werden als Nebendiagnosen betrachtet. Es hat keine Bedeutung, ob eine Pathologie während der Hospitalisation auftritt oder schon vorher besteht, bestimmend ist ihr Einfluss auf die Behandlung (zum Beispiel Verlängerung des Aufenthaltes aufgrund einer Pneumonie bei einem Patienten, der wegen einer Hüftgelenksfraktur behandelt wird).

Bemerkung: vorausgehende pathologische Zustände, die keinerlei Einfluss auf die aktuelle Hospitalisation haben, werden nicht kodiert.

Achtung! Komplikationen werden immer als ND angegeben.

### **Hauptbehandlung (HB)**

Nach der Definition des BFS wird als Hauptbehandlung kodiert: entweder die chirurgische oder medizinische Behandlung oder die wichtigste diagnostische Massnahme, die aufgrund der Hauptdiagnose erforderlich ist, oder aber die für den Heilungsprozess bedeutsamste Prozedur.

Zu jeder Hauptbehandlung ist die Angabe des Datums und der Stunde des Beginns der Hauptbehandlung zwingend.

### **Nebenbehandlungen (NB)**

Die zusätzlichen Behandlungen, die im Rahmen der Hauptdiagnose oder der Nebendiagnosen durchgeführt wurden, werden als Nebenbehandlungen kodiert.

**Bemerkungen:** die Kodierung der Behandlungen (Haupt- und Nebenbehandlungen) ist zwingend, genau wie die Kodierung der Diagnosen.

Dennoch ist die Vergabe eines Kodes nicht immer möglich, zum Beispiel wenn nur eine Behandlung durchgeführt wird, für die es keinen Code gibt. In solchen Fällen: keinen Code angeben (und ja nicht Kode 99.99).

## **III. Richtlinien**

### **Der Weg zur korrekten Kodierung**

Um richtig zu kodieren, sollten prinzipiell folgende zwei Schritte ausgeführt werden:  
1° den Leitbegriff im alphabetischen Verzeichnis suchen (Bsp. Pleurodese (Op) oder Dysphagie (Dg)),

2° die Richtigkeit des Kodes im systematischen Verzeichnis überprüfen, dabei sind die Anweisungen unbedingt zu achten.

Achtung! Keine dreistelligen Kodes verwenden, wenn die Kategorie mit einer vierten Stelle unterteilt wird.

### **Allgemeine Kodierungsrichtlinien zur Kodierung der Diagnosen**

#### **1. Kreuz†-Stern\*-Kodes**

Dieses System ermöglicht die Manifestation einer Krankheit mit ihrer Ätiologie in Beziehung zu setzen. Der Kreuz†-Code der die Ätiologie der Krankheit beschreibt, ist prioritär gegenüber dem Stern\*-Code, welcher die Manifestation beschreibt.

Wenn der Kreuz†-Code in der Hauptdiagnose steht, muss der entsprechende Stern\*-Code als Zusatz zur Hauptdiagnose angegeben werden.



In den Fällen, in denen es sich um Nebendiagnosen handelt, wird der Kreuz†-Kode vor dem dazugehörigen Stern\*-Kode genannt. Man lässt also dem Kreuz†-Kode den Stern\*-Kode unmittelbar folgen.

Der Stern\*-Kode darf nie ohne seinen Kreuz†-Kode gebraucht werden und umgekehrt! Die beiden Codes sind immer miteinander verbunden.

*Bsp:* Patient wegen Lupus erythematodes bedingter Perikarditis hospitalisiert.

HD: M32.1† „systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen“,

ZHD: I32.8\* „Perikarditis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten“.

Kodes die zu Kreuz†-Kode werden: einige Codes sind nicht gleich Kreuz†-Kode, werden aber durch eine Assoziation mit einem Stern\*-Kode dazu.

*Bsp.:* Anämie, welche durch ossäre Metastasen bedingt ist. Die Anämie wird durch den Stern-Kode D63.0\* bezeichnet (suche im alphabetischen Verzeichnis nach > Anämie > Neubildung: Angabe des Kodes D63.0\* [und D48.9†] → systematisches Verzeichnis, unter D63.0\* Angabe von C00-D48†).

HD: C79.5 „sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes“, wird zu C79.5†.

ZHD: D63.0\* „Anämie bei Neubildungen“.

## **2. Äussere Ursachen von Verletzungen und Vergiftungen**

Bei Traumata und Vergiftungen wird die Läsion - oder Vergiftung - als Hauptdiagnose angegeben. Der Code für die äussere Ursache, die zu dieser Verletzung oder Vergiftung geführt hat, wird zwingend als Zusatz zur Hauptdiagnose eingetragen. Ziel dieser Kodierrichtlinie ist die möglichst genaue Beschreibung der Art der Läsion(en) und der Umstände, die sie verursacht haben.

*Bsp.* Trauma: Autofahrer wegen multiplen oberflächlichen Hämatomen nach einem Autounfall (gegen Baum geprallt) hospitalisiert.

HD: T00.9

ZHD: V47.5 (Angabe über der 4. Stelle, Anfangs der Gruppe, .5 = Fahrer bei Verkehrsunfall verletzt) „Benutzer eines Personenkraftwagens bei Zusammenstoss mit feststehendem Gegenstand verletzt“.

*Bsp.:* Vergiftung: Ältere Patientin wegen Vergiftung nach versehentlicher Einnahme von Midazolam anstatt Aspirin hospitalisiert. Sie ist somnolent.

HD: T42.4 „Vergiftung durch Benzodiazepine“,

ZHD: X41.0 „akzidentelle Vergiftung durch und Exposition gegenüber Sedativa, Hypnotika, usw...“ (Angabe über der 4. Stelle, Anfangs Kapitels),

ND: R40.0 „Somnolenz“.

Die Symptome können in Vergiftungsfällen als Nebendiagnosen angegeben werden (im Gegensatz zu den anderen Krankheiten!).

## **3. Status nach...**

Es werden nur die „Status nach“ kodiert, welche die Ursache für einen aktuellen pathologischen Zustand darstellen oder solche, die Einfluss auf die aktuelle Behandlung haben. In anderen Worten: „Status nach“-Diagnosen ohne Bedeutung für die aktuelle Hospitalisation werden nicht kodiert.



*Bsp.*: Ein Patient, der wegen einer Klebsiella Pneumonie hospitalisiert wird, wobei die Behandlung dadurch kompliziert wird, dass er eine Lebertransplantation hatte.

HD: J15.0 „Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae“,

ND: Z94.4 „Zustand nach Lebertransplantation“.

Bemerkung: „Status nach“ werden als ND angegeben und die aktuelle Pathologie als HD.

#### **4. Folgezustände**

Die Codes für Folgezustände werden für die Kodierung von ehemaligen Ursachen von aktuellen Krankheiten verwendet, wobei die Ursache selbst nicht mehr aktuell ist. Hauptdiagnose ist die aktuelle Auswirkung der früheren Krankheit. Dass es sich um einen Folgezustand handelt wird als Nebendiagnose kodiert.

*Bsp.*: Patientin zwecks Untersuchungen wegen Sterilität hospitalisiert; diese erweist sich als Konsequenz einer tuberkulösen Salpingitis vor zehn Jahren.

HD: N97.1 „Sterilität tubaren Ursprungs bei der Frau“,

ND: B90.1 „Folgezustände einer Tuberkulose des Urogenitalsystems“.

Die ICD-10 bietet einige Kategorien, die Folgezustände kennzeichnen:

- B90-B94** „Folgezustände von infektiösen und parasitären Krankheiten“
- E64.-** „Folgen von Mangelernährung oder sonstigen alimentären Mangelzuständen“
- E68** „Folgen der Überernährung“
- G09** „Folgen entzündlicher Krankheiten des Zentralnervensystems“
- I69.-** „Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit“
- O97.-** „Tod an den Folgen direkt gestationsbedingter Ursachen“
- T90-T98** „Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äusserer Ursachen“
- Y85-Y89** „Folgezustände äusserer Ursachen von Morbidität und Mortalität“

#### **5. Verdachtsdiagnosen**

Drei Möglichkeiten können vorkommen:

- **Verdachtsdiagnose wahrscheinlich**

In den Fällen, in denen die vermutete Diagnose am Ende der Hospitalisation nicht bestätigt wird, aber wahrscheinlich bleibt, weil alle Symptome mit dieser übereinstimmen, sollte sie kodiert werden als wäre sie bestätigt worden.

*Bsp.*: eine Patientin die notfallmässig aufgenommen wird wegen Koliken im rechten Abdomen, Fieber, Übelkeit; eine akute Cholezystolithiasis wird vermutet. Die Symptome klingen rasch ab, die Patientin wird nach Hause entlassen, ohne dass ein Eingriff vorgenommen wurde. Die vermutete Eintrittsdiagnose ist mehr als wahrscheinlich, demnach:

HD K80.0 „Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis“

- **Keine Diagnosestellung**

Die vermutete Eintrittsdiagnose wird durch die Untersuchungen nicht bestätigt, die Symptome sind nicht spezifisch und am Ende des Aufenthaltes steht keine definitive Diagnose fest. In solchen Fällen sollten die Hauptsymptome kodiert werden (das wichtigste Symptom als Hauptdiagnose und die anderen Symptome als Nebendiagnose).



*Bsp:* ein Patient wurde hospitalisiert wegen Kopfschmerzen mit Unruhe und Übelkeit. Die Untersuchungen führen nicht zu einer Diagnosestellung. Deshalb:

HD: R51 „Kopfschmerz“

ND: R11 „Übelkeit und Erbrechen“ und R45.1 „Ruhelosigkeit und Erregung“

- **Verdachtsdiagnose ausgeschlossen**

Wurde die Verdachtsdiagnose, die bei Eintritt vermutet wurde, durch die Untersuchungen ausgeschlossen, bestehen keine Symptome und wurde keine andere Diagnose gestellt, sollte ein Kode der Kategorie Z03.- gewählt werden.

*Bsp:* ein Patient wird auf Anraten seines behandelnden Arztes hospitalisiert, weil dieser auf der Röntgenthoraxaufnahme eine Verschattung bemerkt hat, die einen Tuberkuloseherd vermuten lässt. Die Tuberkulose wird durch verschiedene Untersuchungen, die im Spital durchgeführt werden, ausgeschlossen  
Hautdiagnose Z03.0 „Beobachtung bei Verdacht auf Tuberkulose“

### **6. Multiple Erkrankungen**

Entsprechend der Definition der Hauptdiagnose, kodiert man, wenn mehrere krankhafte Zustände gleichzeitig vorliegen und jeder für sich in Bezug auf die Hospitalisation (a posteriori) die Behandlung rechtfertigt, denjenigen Zustand als Hauptdiagnose, der den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln erfordert. Indessen bietet die Klassifikation insbesondere für die HIV-bedingten Krankheiten und für multiple Verletzungen spezielle Codes für die Kodierung multipler pathologischer Zustände an. Diese spezifischen Codes werden dann angewandt, wenn keine der Diagnosen „prioritär“, also keine schwerwiegender ist als die andere. Die Verwendung von Codes für multiple Erkrankungen sollte, wann immer möglich, genutzt werden und der Kategorie „... multipel“ sollte jeweils der Vorzug gegenüber anderen Codes gegeben werden. Jede einzelne Krankheit wird zudem als Nebendiagnose kodiert.

*Bsp.:* Ein Patient mit HIV wird zur Behandlung einer Pneumocystis carinii-Pneumonie und einem Burkitt-Lymphom hospitalisiert.

HD: B22.7 „Mehrere anderenorts klassifizierte Krankheiten infolge HIV-Krankheit“,

ND: B20.6 „Pneumocystis-Pneumonie infolge HIV-Krankheit“ und B21.1 „Burkitt-Lymphom infolge HIV-Krankheit“.

Bei Überwiegen einer Krankheit (wenn eine Krankheit schwerwiegender ist als die anderen), dann wird diese als HD angegeben und die anderen als ND - entsprechend der Definition der HD. Der Kode „multipel“ wird in solchen Fällen nicht angegeben.

*Bsp:* Ein Patient weist aufgrund eines Sturzes von der Treppe eines Restaurants eine Doppelfraktur am linken Unterarm und eine Verstauchung des linken Daumens auf.

HD: S52.4 „Fraktur des Ulna- und Radiuschaftes, kombiniert“,

ND: S63.6 „Verstauchung und Zerrung eines oder mehrerer Finger“.

**Achtung!** der Grund für die Verletzungen darf nicht vergessen werden H Zusatz zur Hauptdiagnose W10.5 „Sturz auf oder von Treppen oder Stufen, Gewerbe- und Dienstleistungseinrichtungen“.

### **7. Chronische Krankheiten mit akutem Schub**

Bei chronischer Erkrankung mit einer Verschlimmerung bzw. akutem Schub (wenn kein spezifischer Kode für diesen Zustand existiert), wird der Schub der Krankheit als Hauptdiagnose kodiert, weil dieser der Behandlungsgrund darstellt (ohne den akuten

Schub wäre die Hospitalisation nicht erforderlich). Der chronische Status wird als Nebendiagnose angegeben.

Bsp.: Eine 40jährige Patientin mit bekannter chronischer Cholezystitis bei Lithiasis, die wegen eines akuten Schubes hospitalisiert.

HD: K80.0 „Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis“,

ND: K80.1 „Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis“.

### **8. Fünfte Stelle**

Die 5. Stelle ermöglicht klinische Informationen genauer zu kodieren. Fünfte Stellen gibt es in drei Kapiteln der ICD-10: XIII (Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes), XIX (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen) und XX (Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität).

Informationen bezüglich der Bedeutung der 5. Stelle werden am Anfang des Kapitels beziehungsweise der entsprechenden Kategorien beschrieben.

**Kapitel XIII.** In diesem Kapitel bietet die 5. Stelle die Möglichkeit, die Lokalisation der Pathologie anzugeben.

*Bsp:* Patient, der an einer Spontanruptur der Achillessehne leidet H M66.37

„Spontanruptur von Beugesehnen, Knöchel und Fuss“

**Kapitel XIX.** In diesem Kapitel erlaubt die 5. Stelle, die offenen von den geschlossenen Frakturen/Verletzungen zu unterscheiden.

*Bsp:* Contusio cerebri ohne offene Wunde H S06.20 „Diffuse Hirnverletzung ohne offene intrakranielle Wunde“.

**Kapitel XX.** Das Kapitel XX weist zwei unterschiedliche Unterteilungen auf: die erste betrifft bezieht sich auf die 4. Stelle. Mit der 4. Stelle kann der Ort des Ereignisses angegeben werden. (Bemerkung: die Kategorien V01-V99 haben eine eigene Unterteilung).

Eine zweite Unterteilung bezieht sich auf die 5. Stelle. Damit kann die Art der Aktivität, der der Patient während des Ereignisses ausübte, angegeben werden.

*Bsp:* Sturz vom Stuhl an der Arbeit W07.52 „Sturz im Zusammenhang mit Stuhl, in einem Bürogebäude (Gewerbe- und Dienstleistungseinrichtung), bei der Erwerbstätigkeit oder auch W07.54 „ Sturz im Zusammenhang mit Stuhl, in einem Bürogebäude (Gewerbe- und Dienstleistungseinrichtung), bei Ruhen, Schlafen, Essen und anderen lebenswichtigen Aktivitäten“.

## **Allgemeine Kodierungsrichtlinien zur Kodierung der Prozeduren**

### **1. Laparoskopische Eingriffe**

Es gibt spezifische Codes mit denen bestimmte Eingriffe, die laparoskopisch durchgeführt werden, kodiert werden können H Cholezystektomie durch Laparoskopie wird durch den Code 51.23 „laparoskopische Cholezystektomie“ bezeichnet.

Dennoch wird die Mehrzahl der endoskopischen Eingriffe nicht durch einen solchen spezifischen Code beschrieben. In diesen Fällen wird der Code für den konventionellen Eingriff zuerst kodiert gefolgt von dem entsprechenden Code für die Endoskopie.

*Bsp:* Eine arthroskopisch durchgeführte Meniskusresektion H HB 80.6 „Meniskektomie am Knie“, NB 80.26 „Arthroskopie des Knies“.

### **2. Komplexe Operationen**

Wenn es spezifische Codes für komplexe Operationen vorhanden sind, werden diese verwendet.



*Bsp:* 77.51 „Plastische Rekonstruktion bei Hallux valgus mit Exostosenresektion, Weichteilkorrektur und Osteotomie am Os metatarsale I“.

Wenn es kein spezifischer Code gibt, der eine komplexe Operation beschreibt, welche aus mehreren unterschiedlichen Komponenten besteht, sollte jeder Code angegeben werden, der die entsprechenden Komponenten beschreibt, wobei der bedeutendste Teil der Operation als Hauptbehandlung kodiert werden sollte.

*Bsp.:* Patient, der sich einer totalen Gastrektomie unterzieht mit Resektion des grossen Netzes und den lymphatischen Ganglien der Magenregion.

HB: 43.99 „Sonstige totale Gastrektomie“,

NB: 40.3 „Exzision von regionalen Lymphknoten“ und 54.4 „Exzision oder Destruktion von Peritonealgewebe“.

Bemerkung: die operativen Zugänge oder Nähte am Ende der Prozedur werden nicht kodiert.

### **3. Abgebrochene Operationen**

Wenn eine geplante Operation abgebrochen werden muss, wird nur der ausgeführte Teil der Operation kodiert. Ein Operationscode wird nur dann zugewiesen, wenn die Operation bis zum Ende durchgeführt wird!

### **4. Bilaterale Operationen**

Muss eine Operation bilateral durchgeführt werden, wird sie - wenn kein spezifischer Code dafür existiert - zweimal kodiert.

**Achtung!** Es ist nicht möglich, die gleiche Operation mehr als zweimal anzugeben.

### **5. Diagnostische und therapeutische Massnahmen**

Es sind hauptsächlich - aber nicht nur - die Codes aus dem Kapitel 16 der CHOP, die solche Massnahmen beschreiben. Sie müssen verwendet werden, wenn sie für die Beschreibung des Falles von Bedeutung sind.

Beispiel: ein Patient, der zur Gabe von Bluttransfusionen im Rahmen einer tumorbedingten Anämie hospitalisiert wird.

*Bsp:* HB: 99.03 „Sonstige Transfusion von Vollblut“.

Jede Behandlung, die in der Roten Liste aufgeführt ist, muss zwingend angegeben werden.

### **Rote Liste**

Einige nicht-chirurgische Massnahmen müssen, falls sie durchgeführt wurden, obligatorisch kodiert werden. Es handelt sich um Massnahmen, die:

- invasiv sind,
- ein potentielles Risiko für den Patienten mit sich bringen,
- nicht routinemässig durchgeführt werden,
- eine spezielle technische Ausrüstung erfordern.

## **IV. Kodierqualität**

Eine gute Qualität wird durch eine einheitliche gesamtschweizerische Kodierungsweise gewährleistet. Eine einheitliche Kodierung soll aber auch zeitlich gesichert sein. Eine gute Qualität wird auch durch ein möglichst realitätstreu und vollständiges Kodieren erreicht.

### **Wozu eine gute Qualität**

Alle Beteiligten haben an einer guten Qualität der Kodierung Interesse:



- Das BFS, um möglichst gute Daten zu bekommen und somit qualitativ hochstehende Statistiken anbieten zu können,
- Die Spitäler selber, weil die Daten die Marktstellung eines Spitals erlaubt und weiterhin angesichts der finanziellen Konsequenzen die das Kodieren impliziert (DRG),
- Kantone, da die Daten einen Überblick über das Angebot und Leistungen im Spitalbereich geben, können sie dank diesen Informationen eine Spitalplanung vornehmen, die sich auf sichere Daten stützen.

#### **Wer ist für die Kodierqualität verantwortlich?**

Das BFS garantiert: Das Erstellung der Statistik, Datenauswertungen, Herausgabe kohärenten Richtlinien, Einheitliche Kodierung, ...macht aber keine Qualitätsüberprüfung.

Diese Aufgabe wird den Spitälern selber und den Kantonen überlassen. Das BFS stellt die notwendigen Werkzeugen dafür zur Verfügung wie das Programm MedPlaus. Qualitätskontrollen wurden in einigen Kantonen und Spitälern bereits durchgeführt. Dabei wurden Profi-Kodiererinnen mandatiert, um vor Ort und anhand der Patientenberichten die Kodierung zu überprüfen.

#### **Wie wird die Kodierqualität geprüft?**

Das BFS hat ein Plausibilisierungskonzept bearbeitet, das zum Ziel hat, die Kohärenz und Plausibilität der Daten der medizinischen Statistik zu überprüfen.

Im Plausibilisierungskonzept sind die vom Hilfsprogramm „MedPlaus“ durchgeführten Tests beschrieben, die die Plausibilisierung der Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser durchführen.

Dank diesem Programm können Daten auf ihre Korrektheit überprüft werden. Das Programm enthält mehr als 500 Regeln, welche sämtliche Angaben des Minimaldatensatzes inklusive Diagnose- (ICD) und Operationskodes (CHOP) überprüfen. Das heisst, dass Diagnosekodes hinsichtlich Geschlecht (z.Bsp. wurde ein Prostatakarzinom bei einer Frau angegeben?), Alter, Kreuz-Stern Kodierung und Angabe einer äusseren Ursachen bei Verletzungen überprüft werden. Operationskodes werden ebenfalls hinsichtlich Geschlecht geprüft aber auch hinsichtlich der verwendeten CHOP-Version sowie ungültigen zwei- oder dreistelligen Codes.

Neugeborenen-Zusatzdatensätze und Psychiatrie-Zusatzdatensätze werden ebenfalls getestet.

Diese Tests werden von den Kantonen vor der Lieferung der Daten an das BFS durchgeführt, können aber bereits auf Spitalebene eingesetzt werden.

Die Software generiert Hinweise, Warnungen und Fehlermeldungen. Das BFS toleriert eine Fehlerquote von bis 5% pro Spital und eine Warnungsquote von bis 30%.

MEDPLAUS ist kostenlos und kann per Download bezogen werden.

Kodierqualitätsüberprüfungen werden durch Kantone bereits organisiert. Eine Profi-Kodiererin wird dabei mandatiert und sich in Spitälern ergibt und anhand der Patientenberichten die Kodierung überprüft.

## V. Zusammenhang Kodierung und DRG

Wie bereits erwähnt ist eines der Ziele der medizinischen Statistik das Schaffen von Grundlagen für eine einheitliche Leistungserfassung, welche Voraussetzung für das Einführen von Patientenklassifikationssystemen (DRG's z.Bsp) ist. In anderen Worten: Die Medizinische Statistik wurde so definiert, dass damit Leistungen der Spitäler in Form von Behandlungsfallgruppen (z.B. DRG's) gemessen werden können ([www.fischer-zim.ch/](http://www.fischer-zim.ch/)). DRG's sind ein Werkzeug für die Spitalfinanzierung.

### DRG ?

Das AP-DRG-System ist ein PCS, ein sog. Patientenklassifikationssystem (Patient Classification System), das zur DRG-Familie gehört und zum Ziel hat die Patienten bzw. deren Behandlungen in klinisch definierten Gruppen mit ähnlichen Behandlungskosten zu unterteilen.

Auf der klinischen Seite werden medizinisch ähnliche Fälle in Gruppen zusammengefasst. Diese Unterteilung stützt sich sowohl auf die Behandlungen wie auch auf die Diagnosen.

Auf der ökonomischen Seite möchte man - ausgehend von den Kosten der Einzelfälle - Produktions- und Verkaufseinheiten bzw. Kostenträger und Tarifpositionen definieren. Es geht hier aus betrieblicher Sicht um die Frage einer je nach Unternehmensziel unterschiedlich definierten Balance zwischen Ertrag und Kosten, aus überbetrieblicher und politischer Sicht um die Frage der Kostenbegrenzung ([www.fischer-zim.ch/](http://www.fischer-zim.ch/)). Die PCS's versuchen diese zwei unterschiedlichen Ansichtsweisen mit einem einheitlichen Begriffssystem zu verbinden.

### Allgemeines über DRG's

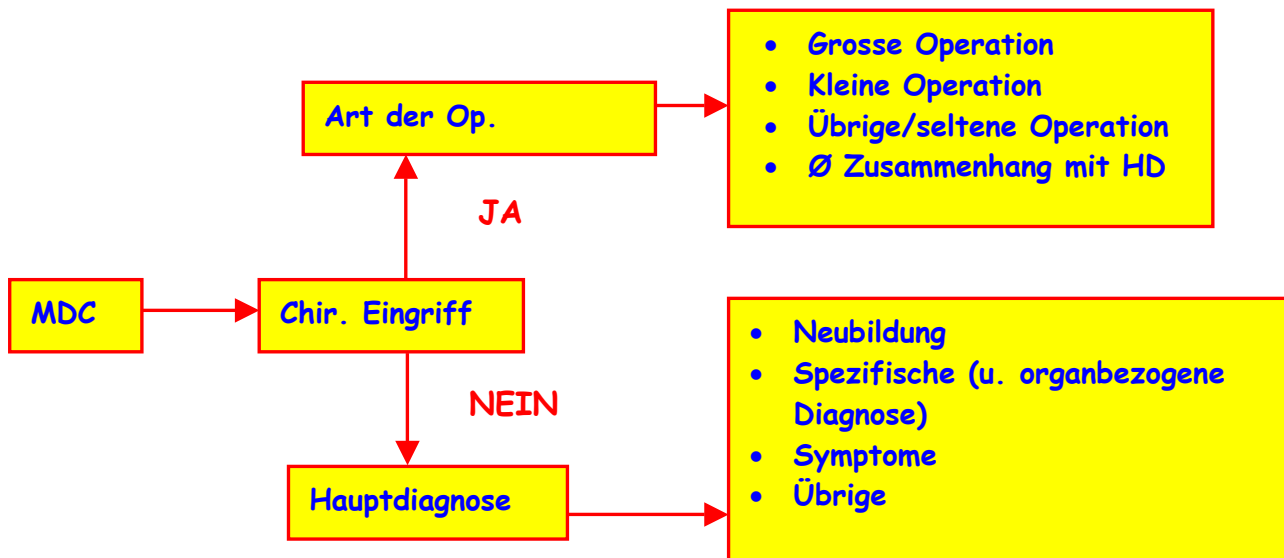
Ende der 70er Jahre wurden in den USA Systeme zur Patientenklassifikation aus ärztlich-ökonomischer Sicht entwickelt. Es entstanden Systeme wie u.a das DRG's System (Diagnosis Related Groups).

Die DRG's beziehen sich auf die Hauptdiagnose und auf die wichtigste Operation (Hauptbehandlung). Weitere Klassifikationsmerkmale sind Alter, Geschlecht und Austrittsart. Jeder DRG wird ein relatives Kostengewicht (CW = cost-weight) zugeordnet (die CW wurden in den USA auf Basis der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer und später durchschnittliche Kostenbeträge errechnet).

Die Zuordnung (oder Gruppierung) eines Falles - unter Berücksichtigung oben genannter Variablen - wird automatisch durch ein Softwareprogramm (der Grouper) gewährleistet. Jedem Patient oder jedem Behandlungsfall wird *eine* DRG zugeordnet.

### Aufbau und Struktur der DRG's

DRG sind in Hauptkategorien (sog. MDC „Major Diagnosis Categories“) unterteilt. In den einzelnen Hauptkategorien ist jeweils eine Anzahl von DRGs für relativ spezifisch definierte Eingriffe und Krankheiten zu finden.



### DRG-Systeme

In den letzten 20 Jahren wurden viele DRG-Systeme entwickelt. Sie basieren sich alle auf einem minimalen Austrittsdatensatz (Minimaldatensatz) mit Hauptdiagnose, Prozeduren und weiteren Diagnosen. Alle verwenden eine identische Kernstruktur von Hauptkategorien (MDC's). Sie unterscheiden sich durch die Art der Verfeinerung nach Begleiterkrankungen oder Komplikationen (CC-Stufen) und nach Alter.

### AP-DRG

Das AP-DRG-System ist ein DRG-System mit 641 Behandlungsfallgruppen (Version 12.0). Dieses DRG-System unterteilt also die Spitalaufenthalte in diesen 641 Fallgruppen. Bei der Zuteilung von AP-DRGs (anders um gesagt bei der Gruppierung) werden in einer ersten Etappe die Fälle in eine Hauptdiagnose-Kategorie (eine der 25 Hauptdiagnose-Kategorie MDC 1 bis 25 oder in die Kategorie für nicht klassierbare AP-DRG's oder in die Pre-MDC) zugeordnet.

### Zuteilung

Die MDC's sind mehr nach Organ und weniger nach Ätiologie zugeteilt.

Die Unterteilung innerhalb jeder MDC erfolgt nach den Kriterien „allfällige Operation“ (HB/NB) und HD respektiv ND (siehe Abbildung).

Bei der Zuteilung innerhalb einer MDC wird eine Komplikationsliste verwendet. Diese Liste führt signifikante Nebendiagnosen (CC: complications or comorbidities) und schwerwiegenden Nebendiagnosen (MCC: major complications or comorbidities) auf, welche die endgültige Zuteilung in der einen oder anderen AP-DRG bestimmen.

*Bsp 1:* Patient mit einem Hauptbronchuskarzinom, bei dem eine Pneumonektomie durchgeführt wird:

HD: C34.0 „Bösartige Neubildung des Hauptbronchus“

HB: 32.5 „vollständige Pneumonektomie“

AP-DRG: 75 (MDC4) „Grosse Eingriffe am Thorax“ (CW 3,0296).

*Bsp 2: Gleicher Fall (Patient mit einem Hauptbronchuskarzinom, bei dem eine Pneumonektomie durchgeführt wird) aber es kommt zu einer post-operativen Komplikation, nämlich einer Hämorrhagie am Operationssitus.*

HD: C34.0 „Bösartige Neubildung des Hauptbronchus“

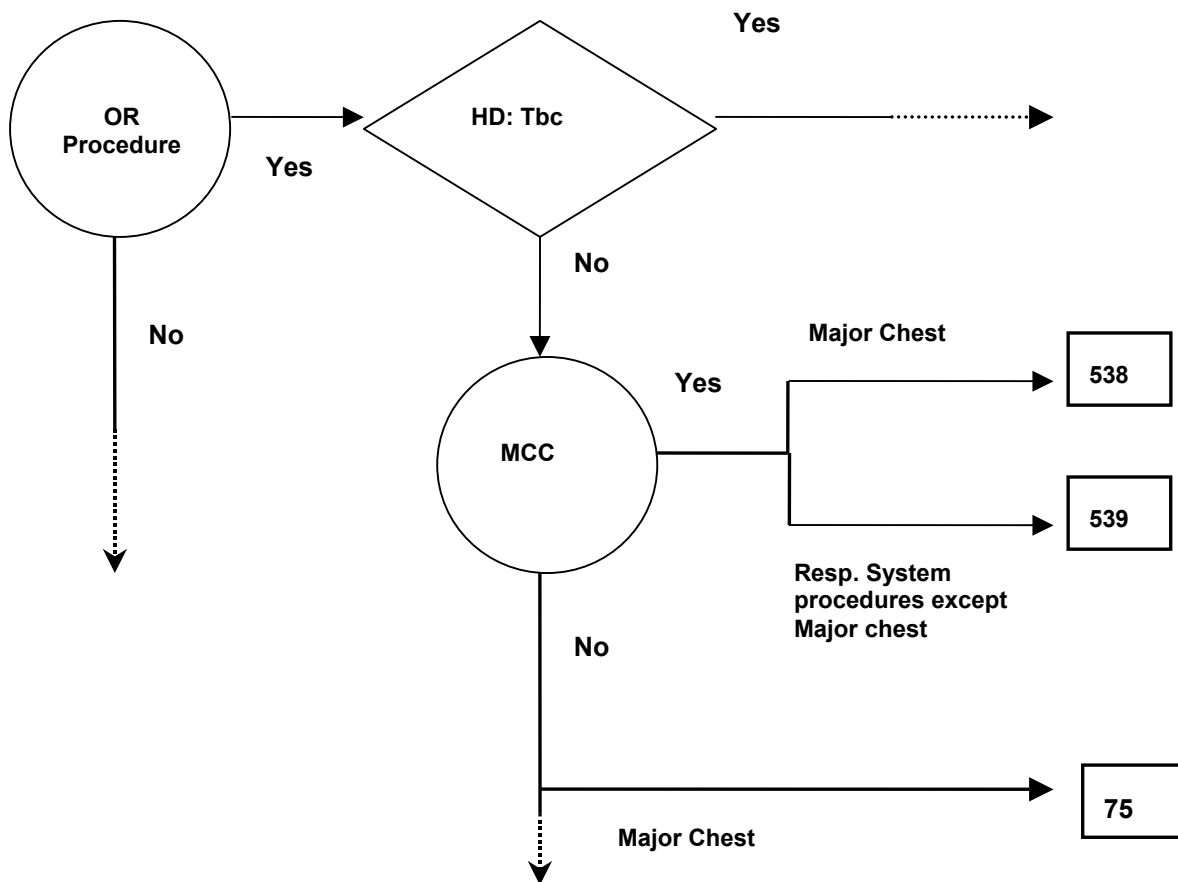
ND: T81.0 „Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, a.o.n“

ND: Y83.6 „Entfernen eines sonstigen Organs (partiell) (total)“

HB: 32.5 „vollständige Pneumonektomie“

AP-DRG: 538 (MDC4) „Grosse Eingriffe am Thorax mit schweren KK“ (CW 5,9873).

Nach dem Algorithmus:



Aus diesen Beispielen ist ersichtlich, dass der Grouper einen logischen und nachvollziehbaren Aufbau zeigt. Da aber kein Werkzeug perfekt ist, kann der Grouper in einzelnen Fällen zu sog. „Bug“ führen und medizinisch klare Fälle in sogenannten Poubelle-DRG (Abfall-DRG) einteilen.

*Bsp.:* Eine Patientin wird wegen Pleura Erguss eingewiesen. Da eine Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane vermutet wird, wird zuerst eine diagnostische Laparoskopie mit Adnexektomie durchgeführt. Ausser einzelne kleine einfache Ovarienzysten erweisen sich Uterus und Ovarien ohne Befunde. Es werden weitere Untersuchungen durchgeführt, welche dann ein Bronchuskarzinom aufdecken. Eine Chemotherapie wird eingeleitet. Die HD und HB sind klar: HD ist das Bronchuskarzinom und HB die Adnexektomie(die die aufwendigste Prozedur ist). Obschon dieser Fall somit



richtig kodiert ist, reagiert der Grouper mit einer Zuteilung dieses Falles zum DRG 468 „ausgedehnter Eingriff (Op. Raum) ohne Verbindung zur Hauptdiagnose“, da er keinen Zusammenhang zwischen Diagnose und Operation sieht.

Weiter erwähnenswert sind gewisse (seltene) Widersprüche zwischen der Grouperlogik und den offiziellen Kodierungsrichtlinien.

*Bsp.:* Gemäss Kodierungsrichtlinien wird nur kodiert, was für die Beschreibung des Falles relevant ist.

*Bsp.:* eine Hypokaliämie bei einer Patientin mit einer akuten Cholecystitis. Die Hypokaliämie sollte nur dann angegeben werden, wenn diese zu Komplikationen (Hypotonie der Muskel, Tachykardie, etc...) und vermehrten Aufwand der Therapie geführt hat. Die Angabe der Hypokaliämie ergibt einen DRG mit einem doppelt höheren CW (weil die Hypokaliämie auf der Liste der CC steht).

Im gleichen Sinne: systematische Angabe vom Kode F17.2 für Nikotinabusus, der ebenfalls die Fälle in DRG's mit höheren CW einteilt. Dabei ist zu sagen, dass es strenge Kriterien für die Unterteilung der 4. Stelle .2 (in Kategorien F10-F17) gibt!

Die 4. Stelle .2 „Abhängigkeitssyndrom“ bezeichnet das Zusammenspiel von Phänomenen des Verhaltens, bei dem unter anderem der zwingende Wunsch, die Substanz zu gebrauchen, und der Kontrollverlust bezüglich des Konsums, bei der betroffenen Person zu einem fortschreitenden Desinteresse an anderen Aktivitäten führt. In diesem Zusammenhang und gemäss den Richtlinien der WHO (ICD-10, Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen, klinische Beschreibung und Richtlinien für die Diagnostik), müssen drei der fünf folgenden Kriterien zur Diagnosestellung eines Abhängigkeitssyndroms erfüllt sein:

- Starker Wunsch, die Substanz einzunehmen,
- Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren,
- Entwicklung eines körperlichen Entzugssyndroms, wenn die Person den Konsum einschränkt oder ganz einstellt,
- Entwicklung einer Toleranzerhöhung gegenüber der Wirkung der Substanz,
- Zunehmende Vernachlässigung von anderen Interessen zugunsten des Gebrauchs der Substanz, vermehrter Zeitaufwand für die Beschaffung der Substanz,

Anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen und obwohl die Person über die schädliche Wirkung des konsumierten Produktes informiert ist.

Es darf also nicht grundsätzlich für einen Raucher oder bei der Angabe „Nikotinabusus“ den Kode F17.2 angegeben werden! Es muss einen Abhängigkeitssyndrom vorliegen.

Weiter ist vor einer eindeutigen falschen Kodierung mit dem Ziel höhere CW zu erhalten zu warnen!

#### **Warnung vor einer eindeutigen falschen Kodierung!**

*Bsp.:* Ein Patient wird wegen Hirninfarkt mit Hemiplegie hospitalisiert.

HD I63.2 „Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien“,

ND: G81.9 „Hemiplegie, n.n.b.“.

Dies entspricht den DRG 14 „spezifische zerebrovaskulären Störungen, ausgen. TIA“, mit einem CW von 1.193.



Werden HD und ND umgekehrt angegeben (d.h. HD: G81.9 und ND: I63.2), teilt der Grouper der Fall unter dem DRG 533 „sonstige Störung des Nervensystems, ausgenom. TIA, Anfälle und Kopfschmerzen, mit schweren KK“ mit einem CW von 2.164.

Diese Art zu kodieren ist falsch, da die Hemiplegie ein Symptom des Infarktes ist und demzufolge als ND anzugeben ist. Hauptkrankheit und Hospitalisationsgrund ist hier eindeutig der Infarkt. Der Grouper betrachtet den Infarkt als schwerwiegende Komplikation. Auch wenn der Infarkt während der Hospitalisation sich entwickelt hätte, dürfte dieser nicht als ND angegeben werden, weil dieser, eindeutig die Affektion gewesen wäre, die am meisten Ressourcen verbraucht hat! Als Erinnerung: kodiert wird am Schluss der Hospitalisation!

Es gibt Instanzen (kantonale), welche solchen Falschspielen überwachen, aber trotzdem wird davor gewarnt! Grund der Vorwarnung:

- 1° Es bringt für das Spital schlussendlich keinen Gewinn (Sanktionen),
- 2° Es ergibt nicht-realitätstreue Daten (irrtümliche statistische Daten),
- 3° Es zeigt Konsequenzen auf der Homogenität der Kodierungsweise.

Überwachen ist nicht Pflicht des BFS, aber das BFS und das Kodierungssekretariat haben zur Aufgabe Richtlinien bekannt zu geben und alle Beteiligten zu informieren.

**Für jegliche Informationen bezüglich Kodierung und medizinische Statistik:**



Tel: 032/713.63.60  
Fax: 032/713.63.82  
Mail: [CodeInfo@bfs.admin.ch](mailto:CodeInfo@bfs.admin.ch)

\*\*\*\*\*