I Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten

1 Enterokolitis durch Clostridium difficile

1.1 Medizin-Shortcuts

1.1.1 Medizinische Erläuterung

Der Erreger Clostridium difficile kommt ubiquitär in der Umwelt und im Magen-Darm-Trakt von Mensch und Tier vor. Beim Menschen wird er bei ca. 80% im Darm von Kleinkindern, aber nur bei ≤ 5% der Erwachsenen nachgewiesen.

Clostridium difficile verursacht ca. 15–20% der Antibiotika-assoziierten Durchfallerkrankungen und mehr als 95% aller Fälle mit pseudomembranöser Kolitis. In Krankenhäusern ist der Keim deutlich häufiger als außerhalb nachzuweisen.

Eine komplizierte Clostridium difficile Infektion zeigt sich mit toxischem Megakolon, Ileus, Perforation (mit folgender Peritonitis) oder Sepsis.

1.1.2 Nachweis

Gemäß Robert Koch Institut muss bei Patienten mit einem Alter von über 2 Jahren mindestens eins der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Durchfall oder toxisches Megakolon, und Nachweis von C.-difficile-Toxin A und/oder B oder kultureller Nachweis von toxinproduzierenden C. difficile im Stuhl
- pseudomembranöse Kolitis nachgewiesen durch eine Endoskopie
- histopathologischer Nachweis von C.-difficile-Infektion (mit oder ohne Durchfall) in einer Endoskopie, Kolektomie oder Autopsie

1.1.3 Diagnostischer Aufwand

Koloskopie, Stuhlkultur

1.1.4 Therapeutischer Aufwand

Antibiotische Therapie mit Metronidazol oder Vancomycin
Flüssigkeitssubstitution
Stuhltransplantation

1.1.5 Pflegerischer Aufwand

Isolation

1.2 Klassifikation

ICD-10 GM 2017:

A04.70	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	CCL
A04.71	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, mit sonstigen Organkomplikationen	CCL
A04.72		CCL
A04.73	Enterokolitis durch Clostridium difficile mit Megakolon, ohne sonstige Organkomplikation	CCL
A04.79	Enterokolitis durch Clostridium difficile, nicht näher bezeichnet	CCL

Eine sonstige Organkomplikation ist bei .71 und .73 mit einem zusätzlichen Kode anzugeben.

1.3 Kodierpraxis

1.3.1 Praktisches Vorgehen

Ist eines der Kriterien unter A.2. erfüllt so ist bei entsprechendem Ressourcenverbrauch (s. A.3., A.4., A.5.) ein Kode aus A04.- zu kodieren.
Komplizierte Fälle mit Ileus, Darmperforation, Peritonitis oder Sepsis sind mit .71 oder .73 und zusätzlich einem Kode für die Komplikation zu kodieren.

1.3.2 Fachliche Bewertung

MDK:

Es existiert keine SEG-4 Empfehlung zum Thema.

FOKA:

Es existiert keine FoKA Empfehlung zum Thema.

1.3.3 Urteile

Es sind keine Urteile zum Thema bekannt.

2 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs

2.1 Medizin-Shortcuts

2.1.1 Medizinische Erläuterung

Eine Gastroenteritis ist eine Entzündung der Schleimhaut von Magen, Dünn- und Dickdarm. Die Ursache ist in den meisten Fällen infektiös durch Viren, Bakterien oder Parasiten bedingt.

Klinik: Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Bauchkrämpfe, Diarrhoe (mit und ohne Blut), Meteorismus. Fieber, Kopf- und Muskelschmerzen sind möglich. Erbrechen und Diarrhoe können zu Flüssigkeits- und Elektrolytverlusten führen.

2.1.2 Nachweis

Klinische Bewertung
Stuhluntersuchung

2.1.3 Diagnostischer Aufwand

Stuhluntersuchung
Endoskopie

2.1.4 Therapeutischer Aufwand

Flüssigkeitssubstitution, Elektrolytausgleich, Antidiarrhoika (z.B. Loperamid)
Antiemetika (z.B. Dimenhydrinat, Ondansetron, Prochlorperazin, Promethazin)

2.1.5 Pflegerischer Aufwand

Es gibt keinen pflegerischen Aufwand, der allein ohne weitere Maßnahmen die Kodierung rechtfertigt.

2.2 Klassifikation

ICD-10 GM 2017:

A09.0	Sonstige und n.n.bez. Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	CCL
A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	

2.3 Kodierpraxis

2.3.1 Praktisches Vorgehen

Handhabung gemäß SEG-4 KDE 24:

Wird eine infektiöse Ursache vermutet ohne dass ein spezifischer Erregernachweis vorliegt, so ist A09.0 zu kodieren.

Wird eine nichtinfektiöse Ursache vermutet, ist, sofern keine spezifischeren Erkenntnisse vorliegen, K52.9 zu kodieren.

A09.9 bleibt somit den Fällen vorbehalten, bei denen keine Zuordnung durch den Behandler erfolgt ist.

2.3.2 Fachliche Bewertung

MDK:

SEG-4 KDE 24: Liegt eine infektiöse Darmkrankheit (Enteritis) mit Erregernachweis vor, ist diese bei Vorliegen von spezifischen Erregern entsprechend der ICD mit A00.- bis A08.- zu kodieren. Wurde kein Erreger nachgewiesen, weil entweder gar keine Untersuchung oder nicht die geeignete Untersuchung erfolgte, lag jedoch eine Diarrhöe oder eine Gastroenteritis vor, bei der auf Grund des klinischen Bildes von den Behandlern vermutet werden konnte oder musste, dass es sich um einen infektiösen Prozess gehandelt hatte, z.B. im Rahmen eines Allgemeininfektes, ist diese Diagnose mit einem Kode aus A09.- Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs zu verschlüsseln. Nur wenn ein nichtinfektiöser Ursprung der Krankheiten angenommen werden kann, kommt alternativ K52.9 Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet in Frage. Bei Verdacht auf eine infektiöse Gastroenteritis kommt die Verschlüsselung A00 bis A08, jeweils nicht näher bezeichnet, nicht in Frage. Es kommt nicht vor, dass Erreger als Ursache einer Darminfektion festgestellt werden, ohne dass diese näher bezeichnet werden können.

FoKA:

Stellungnahme zu SEG-4-KDE 24: Konsens

2.3.3 Urteile

Es sind keine Urteile zu diesem Thema bekannt.

2.4 Dokumentationshinweise

Bei jeder Gastroenteritis sollte durch den behandelnden Arzt zumindest die Zuordnung infektiös bzw. nicht-infektiös erfolgen und in der Krankenakte dokumentiert werden.

3 Sepsis

3.1 Medizin-Shortcuts

3.1.1 Medizinische Erläuterung

Definitionen gemäß Deutsche Sepsisgesellschaft (DSG):

Bakteriämie: Vorkommen lebensfähiger Bakterien im Blut.

SIRS: Systemic Inflammatory Response Syndrome. Generalisierte hyperinflammatorische Reaktion verschiedener Ursachen (z.B. auf Infektion, Trauma, Verbrennung).

Sepsis: SIRS infektiöser Genese. Nachweis einer Infektion (mikrobiologisch oder durch klinische Kriterien) + SIRS-Beleg.

Schwere Sepsis: SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikation.

Septischer Schock: SIRS infektiöser Genese mit der Organkomplikation Schock.

> R65.0! und R65.1! werden immer und nur zusammen mit Sepsis-Kodes verwendet! Die Verwendung von R65.0! und R65.1! im Zusammenhang mit Infektionen außer Sepsis ist nicht korrekt (s.a. DKR 0103f).

Zu SIRS nichtinfektiöser Genese siehe Kapitel XVIII.5.

3.1.2 Nachweis

Patienten nach dem 16. vollendeten Lebensjahr:

Beleg einer Infektion durch mikrobiologischen Nachweis oder klinische Kriterien.

Beleg eines SIRS gem. DIMDI FAQ 1007:

- Lt. SIRS-Definition (DIMDI) ist die Entnahme von 2 BK-Pärchen (aerob + anaerob) Voraussetzung (nur) bei SIRS ohne Organkomplikation. Bei SIRS mit Organkomplikation wird dies nicht angeführt.

SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikation:

Negative Blutkulturen (2 BK-Paare) und 4 klinische Kriterien (diese müssen maßgeblich durch die Infektion begründet sein!):

- Leukozytose ≥ 12.000 oder Leukopenie ≤ 4.000 oder > 10% unreife Neutrophile im Differential-Blutbild
- Fieber ≥ 38°C oder Hypothermie ≤ 36,0°C, bestätigt durch eine intravasale, rektale o. intravesikale Messung
- Tachykardie ≥ 90/Min
- Tachypnoe ≥ 20/Min oder Hyperventilation mit arterieller BGA mit PaO_2 ≤ 33 mmHG (4,3 kPa)
- Positive BK/(mindestens 1 Paar) und 2 klinische Kriterien aus o.a. Liste

SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikation:

- Blutkulturabnahme lt. Definition keine Voraussetzung. Dennoch gilt auch hier, dass eine Infektion mittels mikrobiologischem Nachweis oder klinischer Kriterien belegt sein muss.
- Nachweis von 2 klinischen Kriterien aus o.a. Liste
- Nachweis von einer oder mehreren Organkomplikationen:

Es gilt, dass die Organkomplikation oder die Kombination mehrerer Organkomplikationen **lebensbedrohlich** sein müssen. Dies macht – außer in Ausnahmefällen – eine intensivmedizinische Behandlung notwendig (oder IMC). Die Organkomplikation muss maßgeblich durch die Infektion begründet sein.

- Akute Enzephalopathie:
  - Eingeschränkte Vigilanz, Desorientiertheit, Unruhe, Delirium
- Akute arterielle Hypotension, Schock
  - RR_{sys} ≤ 90 mmHg oder MAD ≤ 70 mmHg für mind. 1 Stunde trotz adäquater Volumenzufuhr; andere Schockursachen ausgeschlossen.
    oder
  - für wenigstens 2 Stunden RR_{sys} ≤ 90 mmHg bzw. MAD ≤ 70 mmHg oder notwendiger Einsatz von Vasopressoren (Dopamin mind. 5 µg/kg/min bzw. Noradrenalin, Adrenalin, Phenylepinephrin oder Vasopressin unabhängig von der verabreichten Dosierung), um den RR_{sys} bei mind. 90 mmHg oder den MAD mind. 70 mmHg zu halten. **Die Hypotonie besteht trotz adäquater Volumengabe und ist nicht durch eine andere Schockform zu erklären.**
- Thrombozytopenie (relativ o. absolut)
  - Abfall der Thrombozyten um mehr als 30% innerhalb von 24 Stunden oder Thrombozytenzahl ≤ 100.000/mm^3. **Eine Thrombozytopenie durch akute Blutung muss ausgeschlossen sein.**

- Arterielle Hypoxämie
  - $PaO_2 \leq 10$ kPa (≤ 75 mmHg) unter Raumluft oder ein PaO_2/FiO_2-Verhältnis von ≤ 33 kPa (≤ 250 mmHg) unter Sauerstoffapplikation. **Eine manifeste Herz- oder Lungenerkrankung muss als Ursache der Hypoxämie ausgeschlossen sein.**
- Renale Dysfunktion
  - Eine Diurese von ≤ 0,5 ml/kg/h für mind. 2 Stunden trotz ausreichender Volumensubstitution und/oder ein Anstieg des Serumkreatinins auf mehr als 2 x oberhalb des lokal üblichen Referenzbereiches.
- Metabolische Azidose
  - Base Excess ≤ –5 mmol/l oder eine Laktatkonzentration über 1,5 x oberhalb des lokal üblichen Referenzbereiches.

3.1.3 Diagnostischer Aufwand

Blutkulturentnahme mit mikrobiologischer Testung sowie der Nachweis der einzelnen Kriterien, z.B. Labor für Leukozytose etc.

3.1.4 Therapeutischer Aufwand

Therapie der Infektion durch Antibiose
Therapie der Organkomplikation(en)
Intensivüberwachung bzw. -behandlung

3.1.5 Pflegerischer Aufwand

Intensivüberwachung
Engmaschiges Monitoring der Vitalparameter auf Normalstation

3.2 Klassifikation

ICD-10 GM 2017:

A40.-	Streptokokkensepsis (Tabellentext)	CCL
A41.-	Sonstige Sepsis	CCL
A02.1	Salmonellensepsis	CCL
A32.7	Listeriensepsis	CCL
A39.2	Akute Meningokokkensepsis	CCL
A39.3	Chronische Meningokokkensepsis	CCL

A39.4	Nicht näher bezeichnete Meningokokkensepsis	CCL
B37.7	Candida Sepsis	CCL
P36.-	Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen	
O85	Puerperalsepsis	
O75.3	Sepsis unter der Geburt	
O03-O07, O08.0	Sepsis nach Abort, Extrauteringravidität u. Molenschwangerschaft	

Bei O-Kodes gilt: Zusätzlich ist gem. DKR 0103f ein Kode aus den oberen acht Kodebereichen anzugeben, um das Vorliegen und den Erreger der Sepsis darzustellen. (Hinweisbox)

Sekundärkodes:

R65.0!	R65.0! SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikation	CCL
R65.1!	SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikation	CCL

3.3 Kodierpraxis

3.3.1 Praktisches Vorgehen

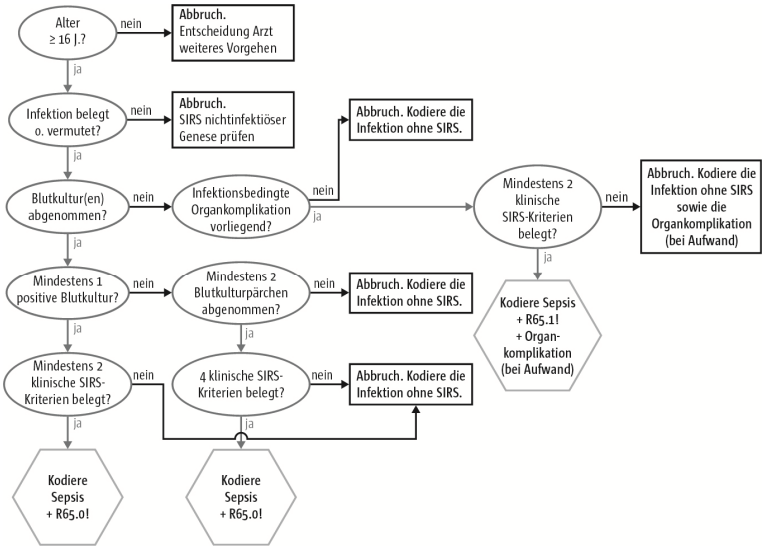

Abb. 1 Flussdiagramm Sepsiskodierung

MDK-safe:

Zusätzlich zur Sepsis mit SIRS mit ggf. einer oder mehrere Organkomplikationen (bei Aufwand) ist immer die auslösende Infektion zu kodieren, z.B. der Harnwegsinfekt, die Pneumonie etc.

Siehe auch I.4 A49.- Bakterielle Infektion n.n.bez. und XVIII.5 SIRS nichtinfektiöser Genese

Bei Kindern und Neugeborenen ist das o.a. Schema nach DIMDI FAQ 1007 nicht anzuwenden. In diesen Fällen sind z.B. die Hinweise des Kodierleitfadens von GKinD hilfreich.

3.3.2 Fachliche Bewertung

MDK:

SEG-4-KDE 250: Sepsis ist nur bei erfüllten SIRS-Kriterien kodierfähig. R65.- ist obligat anzugeben.

FoKA:

Stellungnahme zu SEG-4-KDE 250: Konsens

FoKA Anfrage 0169: Frage der Sepsis als Hauptdiagnose bei nächtlicher Aufnahme mit Zeichen der Sepsis, Blutkulturentnahme am nächsten Tag bei Fieber von 40 °C, Tachykardie erst am 2. Behandlungstag. Blutkulturen sind gemäß Leitlinien zeitnah abzunehmen und nicht erst am nächsten Tag. Sepsis/SIRS als Nebendiagnose nur bei negativer Blutkultur und 4 klinischen Kriterien am 2. Behandlungstag. Entwicklung der Krankheit in diesem Fall erst im Verlauf des stationären Aufenthaltes.

Stolperfallen/Kritische Punkte:

Anzahl der Blutkulturpaare: Bei SIRS mit Organkomplikation lt. DIMDI FAQ 1007 nicht Voraussetzung, damit R65.1! mit Sepsis ohne Blutkulturen kodierfähig ist. Ein SIRS ohne Organkomplikation ist nur mit Abnahme von Blutkulturen kodierfähig. Bei nur einem abgenommenem Paar und dabei positivem Befund kann das Vorliegen einer Sepsis/SIRS begründet werden (positiver Befund, wirtschaftliches Vorgehen), bei nur einem abgenommenem Paar und negativem Befund ist Sepsis/SIRS nicht kodierfähig.

Messung der Temperatur: Gemäß DIMDI FAQ muss die Temperatur rektal, intravasal oder intravesikal gemessen werden.

Der nachgewiesene Keim ist physiologischer Hautkeim (z.B. Staphylokokkus epidermidis, andere koagulasnegative Staphylokokken): Bei eindeuti-

ger ärztlicher Wertung, dass dieser als Ursache der Infektion eingestuft wird, ist die Blutkultur als positiv wertbar, ansonsten als negative Blutkultur werten.

Die klinischen SIRS-Kriterien sollten in einem relativen zeitlichen Zusammenhang vorliegen. Hierzu gibt es keine Vorgaben in der DIMDI FAQ 1007; zu empfehlen sind hier 24 Stunden.

Nicht jede ärztliche Wertung bzgl. eines septischen Krankheitsbildes erfüllt die Vorgaben der DIMDI FAQ und umgekehrt wird nicht jedes Krankheitsbild, das die Sepsis/SIRS-Definition erfüllt, ärztlicherseits als Sepsis gewertet. Zur Kodierung sind zunächst die Vorgaben der DIMDI FAQ 1007 zu beachten. Sofern diese erfüllt sind spricht in der Regel nichts gegen die Kodierung einer Sepsis. Vorsicht ist geboten bei der Interpretation von Befunden im Sinne einer Organkomplikation wenn dies in der ärztlichen Wertung nicht so eingestuft wird.

Zu Frage der Hauptdiagnosefestlegung spielt neben der ärztlichen Wertung der enge zeitliche Zusammenhang der Infektsymptomatik und -befunde zur stationären Aufnahme die wesentliche Rolle. Auch hier gibt es keine konkreten Vorgaben, zu empfehlen sind ebenfalls ca. 24 Stunden.

3.3.3 Urteile

L 1 KR 203/10 vom 23.01.2013: Fall aus 2006 (Sepsis ja/nein)

B 1 KR 9/15 R vom 21.04.2015: Fall aus 2005 (Sepsis vs. Epilepsie als Neben- bzw. Hauptdiagnose)

SG Heilbronn, Urteil vom 28.01.2016: Ein vom MDK gefordertes besonderes Sepsis-Management ist für die Kodierfähigkeit der Sepsis nicht ausschlaggebend. Maßgeblich seien die SIRS-Kriterien, auf die das DIMDI verweise.

3.4 Dokumentationshinweise

Eine Anführung der Diagnose Sepsis im Entlassbericht bzw. in den übrigen Unterlagen der Krankenakte ist sicher sehr hilfreich, kann aber nicht per se über die Kodierfähigkeit der Sepsis entscheiden. Im Fall einer schweren Sepsis wäre diese Diagnose in einem Entlassbericht zu erwarten.

Messung der Temperatur bei frischen u./o. unklaren Infektionen rektal.