

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 $\leq 5\%$ 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:

I Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten

- 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 2023:

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

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

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

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 2023:

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

Bakteriämie: Vorkommen lebensfähiger Bakterien im Blut.

Sepsis (Sepsis-3 Dritte Internationale Konsensus Definition der Sepsis): Sepsis ist eine lebensbedrohliche Organdysfunktion, die durch eine fehlregulierte Wirtsantwort auf eine Infektion hervorgerufen wird.

Organdysfunktion ist definiert als eine akute Veränderung des SOFA Scores ≥ 2 Punkte als Folge der Infektion.

Septischer Schock: Septischer Schock ist eine Untergruppe der Sepsis, bei der die vorliegenden zirkulatorischen und zellulären/metabolischen Störungen so stark ausgeprägt sind, dass sie die Sterblichkeit deutlich erhöhen.

Der Begriff „schwere Sepsis“ ist nicht mehr zu verwenden, da entsprechend der neuen Sepsis-3 Definition mit einer Sepsis immer eine Organdysfunktion einhergeht.

Das SIRS hat in der Definition der Sepsis keinen Stellenwert mehr.

Zu SIRS infektiöser und nichtinfektiöser Genese siehe Kapitel XVIII.5.

3.1.2 Nachweis

Verdacht oder Nachweis einer Infektion durch mikrobiologischen Nachweis oder klinische Kriterien.

SOFA-Kriterien (Sequential Organ Failure Assessment):

Organsystem	Punkte				
	0	1	2	3	4
Atmung					
PaO ₂ /FiO ₂ mmHG (kPa)	≥ 400 (53,3)	< 400 (53,3)	< 300 (40)	Beatmung < 200 (26,7)	Beatmung < 100 (13,3)
Gerinnung					
Thrombozyten, x10 ³ / μ l	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Leber					
Bilirubin, mg/dl (μ mol/l)	< 1,2 (20)	1,2-1,9 (20-32)	2,0-5,9 (33-101)	6,0-11,9 (102-204)	> 12 (> 204)
Herz-Kreislauf					
Hypotonie Katecholamine μ g/kg/min	MAD > 70 mmH G	MAD < 70 mmH G	Dopamin < 5 oder Dobutamin (jede Dosis)	Dopamin 5,1-15 oder Adrenalin $\leq 0,1$ oder Noradrenalin $\leq 0,1$	Dopamin > 15 oder Adrenalin > 0,1 oder Noradrenalin > 0,1

ZNS					
Glasgow Coma Scale	15	13-14	10-12	6-9	< 6
Niere					
Kreatinin, mg/dl ($\mu\text{mol/l}$)	< 1,2 (< 110)	1,2-1,9 (110-170)	2,0-3,4 (171-299)	3,5-4,9 (300-400)	> 5,0 (> 440)
Urinausscheidung, ml/Tag				< 500	< 200
Ein Score-Anstieg um ≥ 2 Punkte belegt eine Organdysfunktion und somit eine Sepsis gemäß Sepsis-3 Definition. Patienten ohne zuvor bestehende Organdysfunktion wird ein SOFA Score von 0 zugeschrieben.					

qSOFA-Score (Quick SOFA Kriterien):

Quick SOFA Kriterien belegen alleine KEINE Sepsis. Der Einsatz erfolgt als Screening Werkzeug.

- Atemfrequenz $\geq 22/\text{Min}$
- Verändertes Bewusstsein (Glasgow Coma Scale < 15)
- Systolischer Blutdruck $\leq 100 \text{ mmHG}$

Der qSOFA Score ist positiv, wenn 2 von 3 Kriterien erfüllt sind.

Septischer Schock:

Zwei Bedingungen müssen erfüllt kumulativ sein, um einen septischen Schock nachzuweisen:

1. Eine Vasopressorengabe ist erforderlich, um einen mittleren arteriellen Druck von $\geq 65 \text{ mmHG}$ aufrecht zu erhalten.
2. Das Serum-Laktat liegt $> 2 \text{ mmol/l}$ ($> 18 \text{ mg/dl}$) trotz adäquater Volumensubstitution.

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 2023:

A40.-	Streptokokkensepsis	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
B00.70	Sepsis durch Herpesviren	CCL
B34.80	Sepsis durch Viren o.n.A.	
B37.7	Candida Sepsis	CCL
B38.70	Sepsis durch Coccidiales	CCL
B39.30	Sepsis durch Histoplasma capsulatum	CCL
B40.70	Sepsis durch Blastomyces	CCL
B41.70	Sepsis durch Paracoccidiales	CCL
B42.70	Sepsis durch Sprothrix	
B44.70	Sepsis durch Aspergillus	CCL
B45.70	Sepsis durch Cryptococcus	CCL
B46.40	Sepsis durch Mucorales	CCL
B48.80	Sepsis durch Pilze o.n.A.	
B58.90	Sepsis durch Toxoplasmen	
B60.80	Sepsis durch Protozoen	
P36.-	Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen	
O85	Puerperalsepsis	
O75.3	Sepsis unter der Geburt	
O03-007, O08.0	Sepsis nach Abort, Extrauterin gravidität u. Molenschwangerschaft	

Sekundärkodes:

U69.8!	Sekundäre Schlüsselnummern zur Spezifizierung des zeitlichen Bezugs einer Sepsis und eines septischen Schocks zur stationären Krankenhausaufnahme	
U69.80!	Nicht-nosokomiale Sepsis	
U69.81!	Nosokomiale Sepsis	
U69.82!	Sepsis mit unklarem Zeitpunkt des Beginns mit Bezug zur Krankenhausaufnahme	
U69.83!	Nicht-nosokomialer septischer Schock	
U69.84!	Nosokomialer septischer Schock	
U69.85!	Septischer Schock mit unklarem Zeitpunkt des Beginns mit Bezug zur Krankenhausaufnahme	

Bei O-Kodes gilt: Zusätzlich ist gem. DKR 0103u ein Kode aus den spezifischen Codebereichen (A- bzw. B-Kodes) anzugeben, um das Vorliegen und den Erreger der Sepsis darzustellen.

Kodes zur Spezifikation von Organkomplikationen:

D69.5-	Sekundäre Thrombozytopenie	CCL
G94.32*	Septische Enzephalopathie	
I95.8	Sonstige Hypotonie	
J96.-	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	CCL
K72.0	Akutes und subakutes Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert	CCL
N17.-	Akutes Nierenversagen	CCL
R57.2	Septischer Schock	CCL

3.3 Kodierpraxis

3.3.1 Praktisches Vorgehen

Die Kodierung sollte sich an den Vorgaben der neuen Leitlinie zur Sepsis-3 der DSG (Deutsche Sepsis-Gesellschaft) orientieren. Siehe hierzu unter: <https://www.sepsis-gesellschaft.de/sepsisdefinition-und-kodierung/>.

Die eine Sepsis auslösende Infektion ist immer zusätzlich anzugeben, z.B. Pneumonie, Harnwegsinfekt etc.

Ist die SIRS-Definition erfüllt, so ist zusätzlich R65.1! an den Kode für die Sepsis anzuhängen. Zusätzlich ist ein Kode aus dem Kapitel U69.8-! für den zeitlichen Bezug des Auftretens einer Sepsis bzw. eines septischen Schocks zur Krankenhausaufnahme obligat anzugeben.

Organkomplikationen sind zusätzlich zum Kode für die Sepsis anzugeben, sofern sie die Nebendiagnosen-Kriterien laut DKR erfüllen.

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

Bei Kindern und Neugeborenen bis 16 Jahren sind die SOFA-Kriterien der Sepsis-3 Definition nicht anzuwenden. In diesen Fällen sind z.B. die Hinweise des Kodierleitfadens von GKinD hilfreich.

3.3.2 Fachliche Bewertung

MDK:

Sämtliche die Sepsis betreffenden Kodierempfehlungen der SEG-4 wurden auf Fälle bis 2019 begrenzt. Keine neuen Empfehlungen/Vorgaben.

FoKA:

Bislang liegen keine aktualisierten Kodierempfehlungen zur Kodierung nach der Sepsis-3 Definition vor.

Stolperfallen/Kritische Punkte:

Blutkulturentnahme: Die Sepsis-3 Definition bezieht sich nicht auf das Vorliegen von Blutkulturen. Laut der neuen Leitlinie der DSG (Deutsche Sepsis-Gesellschaft) zur Definition und Kodierung der Sepsis-3 ist die Abnahme von Blutkulturen elementare Voraussetzung für die Diagnose einer Sepsis. Die Entnahme soll mindestens zwei Blutkultur-Sets umfassen.

Zeitlicher Rahmen des positiven SOFA-Scores: Die Sepsis-3 Definition gibt keinen zeitlichen Rahmen für den Anstieg des Sofa-Scores vor. Ob ein solcher im Rahmen einer DIMDI FAQ oder in Form von MDK- und FoKA-Empfehlungen vorgegeben wird, bleibt abzuwarten.

Zu Frage der Hauptdiagnosefestlegung spielt neben der ärztlichen Wertung der enge zeitliche Zusammenhang der Infekt- bzw. Organdysfunktionssymptomatik und -befunde zur stationären Aufnahme die wesentliche Rolle.

3.3.3 Urteile

Zur alten Sepsis-2 Definition s. Ausgaben 2018 bzw. 2019.