

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:

- 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 2020:

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

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

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, Dün- 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 2020:

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 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und 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 /µl	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Leber					
Bilirubin, mg/dl (µmol/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 µg/kg/min	MAD > 70 mmHG	MAD < 70 mmHG	Dopamin < 5 oder Dobutamin (jede Dosis)	Dopamin 5,1-15 oder Adrenalin ≤ 0,1 oder Noradrenalin ≤ 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 (µmol/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 ≥ 22/Min
- Verändertes Bewusstsein (Glasgow Coma Scale < 15)
- Systolischer Blutdruck ≤ 100 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 ≥ 65 mmHG aufrecht zu erhalten.
2. Das Serum-Laktat liegt > 2 mmol/l (> 18 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 2020:

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
B37.7	Candida Sepsis	CCL
P36.-	Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen	

085	Puerperalsepsis	
075.3	Sepsis unter der Geburt	
003-007, 008.0	Sepsis nach Abort, Extrauteringravidität u. Molenschwangerschaft	

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

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 R65.0! bzw. R65.1! an den Kode für die Sepsis anzuhängen.

Der septische Schock ist mit R57.2 lt. Hinweistext der ICD-Klassifikation immer zusätzlich zum Kode für die Sepsis anzugeben.

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.

LSG Baden-Württemberg AZ L 11 KR 1049/18 vom 22.01.2019: Die Kodierung einer Sepsis kann nicht deshalb abgelehnt werden, weil die Erkrankung noch nicht lebensbedrohlich war oder weil die Klinik kein bestimmtes vom MDK für erforderlich gehaltenes Behandlungsmanagement durchgeführt hat.

LSG Baden-Württemberg AZ L 11 KR 3754/18 vom 22.01.2019: Aus der FAQ 1007 des DIMDI zur Kodierung der Sepsis (auf Grundlage der Sepsis-2 Definition) ergibt sich nicht zwingend die Vorgabe der Entnahme von zwei Blutkulturpärchen. Auch eine zeitliche Vorgabe zur Entnahme von Blutkulturen ist hier nicht abzuleiten. Ein positiver Blutkulturbefund ist in Kombination mit nachgewiesenen zwei SIRS-Kriterien ausreichend zur Diagnosestellung und Kodierung der Sepsis. Eine zweite Blutkulturentnahme würde daran nichts mehr ändern.

3.4 Dokumentationshinweise

Bei allen Patienten mit Hinweisen auf eine Infektion sollten in Notaufnahme und auf Normalstation die qSOFA Kriterien ermittelt und dokumentiert werden.

Bei allen Patienten, bei denen eine Sepsis kodiert wird, sollte der ermittelte Wert des SOFA-Score dokumentiert und der Krankenakte beigelegt werden.