

Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG

Stammdaten

Verfahrensnummer:	S20240003
Bezeichnung:	Kodierung einer Bakteriämie: Wie wird eine vorliegende Infektion (z.B. Erysipel) mit Bakteriämie verschlüsselt?
Kategorie Antragsteller:	Krankenhaus
Antragsteller:	Klinikum Fulda gAG

Beschreibung der Kodier- und Abrechnungsfrage

Beschreibung der Kodier- oder Abrechnungsfrage

Streitig ist, wie eine Bakteriämie mit Infektfokus (z.B. Erysipel, Harnwegsinfekt) kodiert werden kann.

Problem/Erläuterung

Die stationäre Aufnahme erfolgte aufgrund eines akuten, fieberhaften Infektes. Bei der Suche nach dem Infektfokus fand sich ein Erysipel mit Nachweis von Staphylococcus aureus im mikrobiologischen Abstrich. In der abgenommenen Blutkultur ließ sich ebenfalls Staphylococcus aureus nachweisen. Der Patient zeigte keine klinischen Zeichen einer Sepsis und wurde antibiotisch behandelt.

Unseres Erachtens ist diese Konstellation entsprechend DKR D003u mit der Hauptdiagnose A46 Erysipel und der Nebendiagnose A49.0 Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation bzw. nach dem Alphabetischen Verzeichnis Bakteriämie durch Staphylokokken zu kodieren.

Die DKR D003u Nebendiagnosen definiert in Bezug auf den Ressourcenaufwand: „...Bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen (entweder Hauptdiagnose und Nebendiagnose(n) oder mehrere Nebendiagnosen) ausgerichtet ist, können alle betroffenen Diagnosen kodiert werden. Somit ist es unerheblich, ob die therapeutische(n)/diagnostische(n) Maßnahme(n) bzw. der erhöhte Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand auch in Bezug auf die Hauptdiagnose geboten waren...“.

Gemäß Kapitelvorspann des Kapitel I Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99) sind „Bestimmte lokalisierte Infektionen - siehe im entsprechenden Kapitel des jeweiligen Körpersystems“ als Exklusivum aufgeführt. Nach DKR D013c enthalten „Bestimmte Rubriken [...] Angaben über Krankheitszustände, die durch „Exkl.“ gekennzeichnet sind. Dabei handelt es sich um Bezeichnungen, die – selbst wenn der Titel der Rubrik vermuten lässt, dass sie an dieser Stelle zu klassifizieren wären – tatsächlich an anderer Stelle klassifiziert sind. [...] Bei den Exklusiva steht in Klammern die Schlüsselnummer derjenigen Kategorie oder Subkategorie, der die Ausschluss-bezeichnung zuzuordnen ist [...]. Allgemeine Ausschlüsse für eine Vielzahl von Kategorien oder für alle Subkategorien einer 3-stelligen Kategorie sind direkt nach dem Titel des Kapitels, der Gruppe oder der Kategorie aufgeführt und ebenfalls durch „Exkl.“ gekennzeichnet (siehe Beispiel 1: K31.– Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums).“

Gemäß der FAQ 1008 des BfArm seit ICD-10-SGB-V 1.3 (CAVE hier Codegruppe):

„Das "Exkl." eines Kodes besagt, dass mit dem im Exklusivum genannten Code eine

Beschreibung der Kodier- und Abrechnungsfrage

Erkrankung anderer Genese bzw. ein nicht regelhaft enthaltener Zustand abgegrenzt (klassifiziert) wird. Folglich können beide Codes nebeneinander verwendet werden, wenn die Erkrankungen/Zustände sowohl als auch beim Patienten vorliegen und diagnostisch voneinander abgrenzbar sind.“

Für Fälle bis einschl. 2024 gilt zudem, dass die DKR D0103w Bakteriämie, Sepsis und Neutropenie bei einer Bakteriämie nicht zwischen solchen Verläufen mit oder ohne nachgewiesenem Infektfokus differenziert:

Nach DKR (2023/2024) 0103w Bakteriämie, Sepsis und Neutropenie

Ist „...eine Bakteriämie [...] mit einem Kode aus

A49.-Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation

oder einem anderen Kode, der spezifisch den Erreger benennt z.B. A54.9 Gonokokkeninfektion, nicht näher bezeichnet zu kodieren. Sie ist nicht mit einem Sepsis-Kode (siehe Tabelle 1) zu verschlüsseln.

Eine Ausnahme hiervon stellt die Meningokokken-Bakteriämie dar, die mit

A39.4Meningokokkensepsis, nicht näher bezeichnet

zu verschlüsseln ist..“

In MD-Gutachten wird zu dieser Problematik auf die SEG KDE 615 verwiesen.

Der MD Bund hat in einer vergleichbaren Konstellation (Harnwegsinfekt anstatt Erysipel und statt Staphylococcus aureus hier E.coli) eine neue SEG4 Kodierempfehlung Nr. 615 zu dieser Frage veröffentlicht. In 2022 war die Konstellation einer Bakteriämie in der DRG L63 erlösrelevant und heute erreichen uns aktuelle PKV-Gutachten aus diesem Jahr, in denen auf die entsprechende KDE verwiesen wird), so dass es hier zu einer grundsätzlichen Bedeutung kommt:

„Problem/Erläuterung

Die stationäre Aufnahme erfolgte aufgrund eines akuten, fieberhaften Infektes. Bei der Suche nach dem Infektfokus fand sich ein Harnwegsinfekt mit Nachweis von E. coli in der Urinkultur. In der initial abgenommenen Blutkultur ließ sich ebenfalls E. coli nachweisen. Der Patient zeigte keine klinischen Zeichen einer Sepsis und wurde antibiotisch behandelt.

Kodierempfehlung SEG-4 (vom 12.11.2023 aktualisiert am 01.01.2024):

Im vorliegenden Fall liegt ein Harnwegsinfekt vor. Dieser wird mit N39.0 Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet als Hauptdiagnose kodiert. Der Keim wird mit B96.2! Escherichia coli [E. coli] und andere Enterobacterales als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind als Nebendiagnose verschlüsselt. Die Bakteriämie wird im vorliegenden Fall nicht kodiert. Bei Vorliegen einer Bakteriämie im Rahmen einer spezifischen Infektion (z. B. Harnwegsinfekt) ohne Erfüllung der Sepsiskriterien wird nur die zugrundeliegende Infektion verschlüsselt. Nur eine Bakteriämie ohne Infektfokus ist mit einem Kode aus A49.- Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation oder einem anderen Kode, der spezifisch den

Beschreibung der Kodier- und Abrechnungsfrage

Erreger benennt z. B. A54.9 Gonokokkeninfektion, nicht näher bezeichnet, zu kodieren."

Der FoKa hat hierzu am 18.01.2024 Stellung genommen:

"Dissens

Die DKR 0103 differenziert bei der Bakteriämie nicht zwischen solchen Verläufen mit oder ohne nachgewiesenem Infektfokus.

Gemäß der FAQ 1008 des DIMDI besagt ein "Exkl." eines Kodes, "dass mit dem im Exklusivum genannten Kode eine Erkrankung anderer Genese bzw. ein nicht regelhaft enthaltener Zustand abgegrenzt (klassifiziert) wird. Folglich können beide Codes nebeneinander verwendet werden, wenn die Erkrankungen/Zustände sowohl als auch beim Patienten vorliegen und diagnostisch voneinander abgrenzbar sind."

Die diagnostische Abgrenzung ist durch die weiterführende Diagnostik mittels Blutkultur gegeben.

Die DKR D003u besagt: "Bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen (entweder Hauptdiagnose und Nebendiagnose(n) oder mehrere Nebendiagnosen) ausgerichtet ist, können alle betroffenen Diagnosen kodiert werden. Somit ist es unerheblich, ob die therapeutische(n)/diagnostische(n) Maßnahme(n) bzw. der erhöhte Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand auch in Bezug auf die Hauptdiagnose geboten waren."

Durch die antibiotische Therapie ist das Nebendiagnosekriterium erfüllt.

Die Kombination aus N39.0 + B96.2 und A49.8 ist in dieser Konstellation korrekt.

(Stand: 18.01.2024)"

Möglichkeit zur Angabe des/der strittigen Kodes/Kodekombinationen

Bei entsprechendem Ressourcenaufwand und dem Vorliegen einer Bakteriämie ist eine Kombination aus A46 und A49.0 zu kodieren bzw. allgemein aus Infektfokus (+ ggf. Keim) + Bakteriämie, da es sich auch um andere Kodekombinationen aus Infektfokus, Bakteriämie (A49.*) und ggf. Keim-ICDs handelt.

Betroffene DRGs/PEPP/ZE/ET

J64A/J64B, aufgrund einer PCCL-Relevanz (A49.0, A49.1) sind mehrere DRGs betroffen- ggf. auch PEPP-Konstellationen möglich

Welche Regelwerke sind betroffen (DKR, Abrechnungsbestimmungen etc.)

DKR D003u, DKR 2023/2024 0103w, FAQ 1008 des BfArm, vormals DIMDI: Dürfen Kodes, die im 'Exkl.' eines Kodes genannt werden, gleichzeitig mit diesem verwendet werden? (ICD-10-GM Nr. 1008), Alphabetisches Verzeichnis (Alpha-ID-SE 2024+2025)

Position und Benennung der Gegenseite

Wer vertritt die Position der Gegenseite?

Kostenträger/Krankenkassen, MD und MD Bund (SEG 4-615) versus FoKa (Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.)

Sachverhaltsdarstellung der Gegenposition

Erlösrelevant wurde der ICD A49.0 gestrichen.

Hierzu wird im Erstgutachten auf das Erysipel und den Keim verwiesen. Im

Position und Benennung der Gegenseite

Zweitgutachten wird aufgrund unseres Begründeten Bestreiten auf die entsprechende SEG4 KDE 615 s.u. verwiesen:

„Anhand der vorliegenden Unterlagen und des Arztbriefes wurde als Ursache der positiven Blutkultur das Erysipel an den Beinen und die Hautentzündungen im Genital- und Unterbauch mit Nachweis von Staph. aureus angesehen. Klinische Zeichen einer Sepsis bestanden nicht. Es erfolgte eine resistogrammgerechte Antibiotikatherapie. Bei Vorliegen einer Bakteriämie im Rahmen einer spezifischen Infektion - in diesem Fall ein Erysipel – ohne Erfüllung der Sepsiskriterien wird in der MD-Gemeinschaft und gemäß einer SEG4-Kodierempfehlung nur die zugrundeliegende Infektion verschlüsselt. Nur eine Bakteriämie ohne Infektfokus ist mit einem Kode aus A49.– zu kodieren.“
(MD-Zweitgutachten)

Kodierempfehlung SEG-4 615 (13.11.2023 aktualisiert 01.01.2024):

„Im vorliegenden Fall liegt ein Harnwegsinfekt vor. Dieser wird mit N39.0 Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet als Hauptdiagnose kodiert. Der Keim wird mit B96.2! Escherichia coli [E. coli] und andere Enterobacterales als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind als Nebendiagnose verschlüsselt.

Die Bakteriämie wird im vorliegenden Fall nicht kodiert. Bei Vorliegen einer Bakteriämie im Rahmen einer spezifischen Infektion (z. B. Harnwegsinfekt) ohne Erfüllung der Sepsiskriterien wird nur die zugrundeliegende Infektion verschlüsselt. Nur eine Bakteriämie ohne Infektfokus ist mit einem Kode aus A49.– Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation oder einem anderen Kode, der spezifisch den Erreger benennt z. B. A54.9 Gonokokkeninfektion, nicht näher bezeichnet, zu kodieren.“

Der FoKa hat hierzu am 18.01.2024 Stellung genommen:

„Dissens

Die DKR 0103 differenziert bei der Bakteriämie nicht zwischen solchen Verläufen mit oder ohne nachgewiesenem Infektfokus.

Gemäß der FAQ 1008 des DIMDI besagt ein "Exkl." eines Kodes, "dass mit dem im Exklusivum genannten Kode eine Erkrankung anderer Genese bzw. ein nicht regelhaft enthaltener Zustand abgegrenzt (klassifiziert) wird. Folglich können beide Kodes nebeneinander verwendet werden, wenn die Erkrankungen/Zustände sowohl als auch beim Patienten vorliegen und diagnostisch voneinander abgrenzbar sind."

Die diagnostische Abgrenzung ist durch die weiterführende Diagnostik mittels Blutkultur gegeben.

Die DKR D003u besagt: "Bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen (entweder Hauptdiagnose und Nebendiagnose(n) oder mehrere Nebendiagnosen) ausgerichtet ist, können alle betroffenen Diagnosen kodiert werden. Somit ist es unerheblich, ob die therapeutische(n)/diagnostische(n) Maßnahme(n) bzw. der erhöhte Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand auch in Bezug auf die Hauptdiagnose geboten waren."

Durch die antibiotische Therapie ist das Nebendiagnosekriterium erfüllt.

Position und Benennung der Gegenseite

Die Kombination aus N39.0 + B96.2 und A49.8 ist in dieser Konstellation korrekt.

(Stand: 18.01.2024)“

Aus den Diskussionen mit MD-Gutachtern ergab sich, dass die Bezeichnung A49* Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation hier im Widerspruch steht zu einer Bakterielle Infektion näher bezeichneter Lokalisation. Durch das Exkl. Im Kapitelvorspann sehen wir hier keinen Widerspruch bei Vorliegen beider Erkrankungen.

Erläuterung der grundsätzlichen Bedeutung

Inwiefern handelt es sich um eine streitige Kodier- oder Abrechnungsfrage?

Durch die PCCL-Relevanz können mehrere DRGs betroffen sein. Unserer Beobachtung nach beurteilen Gutachter auch heterogen. Letztendlich entstehen dadurch Unsicherheiten bei der Kodierung mit der Gefahr der Krankenkassenanfrage und negativer Gutachten.

Der Sachverhalt ist nicht neu und wurde in der Vergangenheit von den MD-Gutachtern auch schon unterschiedlich begutachtet. Bei den negativen Gutachten insbesondere der DRG L63 (bis 2022) konnten bis zur Veröffentlichung der SEG4 zur KDE 615 diese Fälle in Nachverfahren und Erörterungsverfahren mit den Kostenträgern i. d. R. einvernehmlich durch Berufung auf die DKR geklärt werden.

Es liegen mittlerweile Fälle vor, welche im Rahmen der Prüfung durch den MD beanstandet wurden und im Erörterungsverfahren sind. Hier müsste zukünftig gerichtlich geklärt werden, denn seit Veröffentlichung der KDE 615 ist eine Einigung nicht mehr möglich. Auch liegen Fälle derzeit beim MD zur Prüfung vor (ohne Prüfergebnis).

Inwiefern ist die Kodier- oder Abrechnungsfrage abstrakt und nicht einzelfallbezogen?

Es gibt mehrere Konstellationen Infektfokus + Bakteriämie z.B. bei Harnwegsinfekten, Pneumonien, Erysipel

Inwiefern ist es über die Frage wiederholt zu Konflikten in der Abrechnung gekommen?

Unterschiedliche Ansichten in Bezug auf die Kodierung in MD-Fallkonferenzen, Nachverfahren, Erörterungsverfahren. Seit Veröffentlichung der KDE 615 jedoch keine Einigung mit den Krankenkassen mehr möglich, es drohen Klageverfahren.

Insgesamt wurde in unserer Klinik eine Bakteriämie in 2024 (Quartal 1-3) 545-mal kodiert, davon in fünfzehn Fällen erlösrelevant. Davon wurden bislang 6 Fälle von den Krankenkassen angefragt/zum MD gegeben (zurzeit noch ohne Ergebnis in fünf Fällen, 1 Fall wurde seitens des SMD positiv beschieden).

Nebenbei beanstanden jetzt in 2024 Kostenträger der PKV Fälle aus 2022 unter Verweis auf die im letzten Jahr veröffentlichte SEG4-KDE615 die unseres Erachtens korrekte Kodierung nach DKR.

Inwiefern ist die Frage abrechnungs- oder potentiell entgeltrelevant?

Durch PCCL-Wert der Bakteriämie (A49.0, A49.1) kommt es ggf. zu DRG-Wechseln oder in den DRGs zu einem Wechsel in einen höheren Schweregrad innerhalb einer Basis-DRG z.B. J64B->J64A, H12A->H12B.

Erläuterung der grundsätzlichen Bedeutung

Die Kodierung spiegelt den ggf. höheren Ressourcenaufwand wieder, da Pat. eben nicht nur eine lokale Infektion hat, sondern bereits Bakterien in den Blutkreislauf eingeschwenkt wurden, was z.B. durch eine intensivere bzw. länger andauernde, meist intravenöse Antibiotikatherapie (z.B. bei Staph. Aureus Bakteriämie) sowie ggf. bei persistierender Infektsymptomatik einen Endokarditisausschluss und/oder eine Endokarditisprophylaxe bei Risikopatienten erfordert.

Wenn im MD-Prüfverfahren festgestellt wird, dass die Kodierung des ICD-Kodes der Bakteriämie bei der oben beschriebenen Konstellation nicht hätte erfolgen dürfen, kommt es regelhaft zu negativen Gutachten mit Auswirkung auf den Anteil positiver Gutachten nachfolgend der Prüfquote und Aufschlagszahlungen sowie im Begründeten Bestreiten/Erörterungsverfahren zum Dissens zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern mit der Folge von kostenintensiven Klageverfahren.

Zusätzlich kann es zu Streitigkeiten um die Aufwandpauschale kommen.

Inwiefern ist keine anderweitige originäre Zuständigkeit für die Klärung der Frage gegeben (z.B. Vorschlagsverfahren InEK, Weiterentwicklung des OPS-Katalogs und ICD-Katalogs, G-BA)?

Für eine Klärung der Frage sehen wir keine andere Möglichkeit als den Schlichtungsausschuss. Unserer Ansicht nach geht der MD über den Wortlaut der aus unserer Sicht klaren Regelungen hinaus (Alphabetisches Verzeichnis; bis einschl. 2024 zusätzlich in den DKR), daher ist eine Klärung und keine Änderung notwendig.

Inwiefern ist die Frage bislang ungeregelt oder werden getroffene Regelungen unterschiedlich angewendet?

SEG und FoKA sind hier im Dissens. Seit Veröffentlichung der KDE 615 (Nov 2023) berufen sich Krankenhäuser und Kostenträger auf die gegensätzlichen Ausführungen der SEG 4/FoKa.

Inwiefern kann die Frage durch die Vertragsparteien geregelt werden?

Wir sehen hier bei SEG/FoKa Dissens zur kurzfristigen Befriedung des Konfliktes die Notwendigkeit eines Schlichtungsschlusses/einer verbindlichen Kodierregel.

Hintergrund

Es handelt sich um einen Rechtsstreit	Nein
Nein - derzeit ist uns keiner bekannt, aber Erörterungsverfahren sind mehrere vorhanden	

Geben Sie bitte hier an, ob bereits Schritte zur Klärung des Sachverhaltes unternommen wurden und welche dies sind.	Ja
--	----

Keine Klärung auf struktureller Ebene, Bearbeitung nur in den Einzelverfahren.

Eine Anpassung der DKR sehen wir nicht als notwendig an, weil sie den klassifikatorischen Grundsätzen der durch das BfArM festgelegten zutreffenden Kodierung nicht entgegensteht und unseres Erachtens die Kodierung einer Bakteriämie bei Infekt nicht ausschließt.

Regelungsvorschlag mit Begründung

Regelungsvorschlag mit Begründung

Regelungsvorschlag

Die Bakteriämie kann bei entsprechendem Ressourcenaufwand (nach DKR D003 Nebendiagnosekodierung) zusätzlich zur Kodierung des lokalisierten Infektes kodiert werden.

Für Fälle bis 2024 gilt zudem, dass in der DKR 0103 explizit beschrieben wird, wie eine Bakteriämie zu kodieren ist.

Begründung

Die Kodierung erfolgt gemäß den geltenden Kodierregeln, gemäß Alphabetischem Verzeichnis, dem Exklusium des Kapitelvorspanns des Kapitel A und der DKR D003u Nebendiagnosen.

Für Fälle bis einschließlich 2024 gilt zudem, dass die DKR 0103 bei der Bakteriämie zwischen solchen Verläufen mit oder ohne nachgewiesenem Infektfokus nicht differenziert.