

Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG

Stammdaten

Verfahrensnummer: S20220003
Bezeichnung: Erregerkodierung
Kategorie Antragsteller: Krankenhaus
Antragsteller: Helios Weißeritztal-Kliniken

Beschreibung der Kodier- und Abrechnungsfrage

Beschreibung der Kodier- oder Abrechnungsfrage

in einigen Fällen besteht allein für ein Krankenhaus ein großes Streitpotenzial bezüglich der Kodierauffassung zur Verwendung von sekundärer Infektionskodes bei insbesondere Dekubitus/Ulkuspatienten. Der MD Sachsen lehnt hier speziell die Erregerkodierung ab, da diese nach deren Auffassung „nicht Ursache des Ulkus“ ist.

Um dem Entgegenzuwirken und den damit verbundenen Patientenaufwand darzustellen, hat das Krankenhaus die ICD-Kodes aus der Klassifikation (Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen) kodiert zusammen mit dem ICD-10-Kode L08.8 „nicht näher bez. Hautinfektion“, um die sekundäre Besiedlung anzuzeigen.

Eine Klarstellung durch das DIMDI (neu ab 2021: BfArM) fehlt bislang, welche eine deutliche Regelung zur Kodierung einer sekundären Infektion vorgibt.

Möglichkeit zur Angabe der/des strittigen Kodes/Kodeskombinationen

Eine Patientin wird stationär eingewiesen bei Befundverschlechterung von Dekubitalulcera beider Fersen, links 4. Grades, rechts 2. Grades und sakral 1. Grades bei eingeschränkter Mobilität bei Z. n. Oberschenkelhalsfraktur links 11/2010 und pAVK vom Oberschenkeltyp bds.
Stadium IV;
Lt. Wundbefund zeigte sich ein ca. 5 x 6 cm große nekrotisch belegte Dekubitalulceration

Beschreibung der Kodier- und Abrechnungsfrage

an der linken Ferse mit Knochenkontakt, welches als „übelriechendes aufgeschichtetes unsauberes Ulkus mit seröser eitriger Exudation und mazariertem und nekrotischem Wundrand beschrieben wurde. Das Dekubitalulcus 2. Grades an der rechten Ferse von einer Größe von ca. 2 x 1 cm zeigte sich reizlos mit hyperkeratotischem Randwall. Im Wundabstrich vom 23.08.2012 (linke Ferse) Nachweise von Proteus mirabilis (1), Escherichia coli (2), Bacteroides fragilis (3); 1 und 2 sensibel auf Cefuroxim, 3 sensibel u. a. auf Clindamycin, Moxifloxacin.

Im Wundabstrich vom 23.08.2012 (rechte Ferse): Nachweise von Proteus mirabilis (1), Escherichia coli (2), Staphylococcus aureus (3), Bacteroides fragilis (4); 1 – 3 sensibel auf Cefuroxim, 4 sensibel u. a. auf Clindamycin, Doxycyclin, Moxifloxacin.

Im Wundabstrich vom 28.08.2012 (linke Ferse): Nachweis von Proteus mirabilis, u. a. sensibel auf Cefuroxim.

Bei febriler Patientin wurden noch in der Aufnahmesituation Blutkulturen abgenommen, in welcher Bacteroides fragilis nachgewiesen werden konnte, wie auch im Wundabstrich der rechten Ferse. Es erfolgte eine Antibiose mit Ampicillin/Sulbactam intravenös welche im Verlauf resistogrammgerecht auf Cefuroxim und Clindamycin umgesetzt werden konnte. Zudem wurde eine lokale Nekrektomie li. bettseitig vorgenommen und eine Biosurgery-Therapie mittels medizinischer Fliegenmaden eingeleitet. Ferner wurden beide Ulzera täglich mit anseptischen Lösungen gespült und mit Purilon, Siblingzell und Lomatuell verbunden, sowie frei gelagert. Durch die genannten Maßnahmen besserte sich der Lokalbefund und die Infektparaklinik zeigte sich deutlich regredient.

Eine weitere Intervention bei zudem vorliegender pAVK wurde durch die Patientin nicht gewünscht. Demnach wurde bei Entlassung die Fortführung der Antibiose zur Abschirmung und Verbandwechsel mit silberhaltigen Auflagen empfohlen, sowie die essentielle Freilagerung beider Fersen (Vermeidung von Druckstellen) zur Vermeidung weiterer Komplikationen.

Kodiert wurden als Hauptdiagnose das Druckkulkus li. L89.37 und als ND das Druckkulkus re. L89.17 (... sowie des Druckkulkus am Steiß durch L89.04.) Zusätzlich erfolgt die Abbildung der Sekundärinfektionen beider Fersen durch L08.8 mit B96.2!, B96.6! und B95.6!.

Streitig nach dreimaliger MD-Begutachtung ist als einzig DRG-relevanter Erregerkode B95.6!

Betroffene DRGs/PEPP/ZE/ET

Vorrangig geht es um die kategorischen DRG's zu den Diabetischen Füßen. Somit betrifft es in einer Vielzahl die DRG's insbesondere der Klassifikation K60* (Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose) und F14* (Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe) sowie DRG-Klassifikation aus dem Kapitel der MDC 09 (Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma (J01Z – J77Z)), welche einem Druckkulkus in Hauptdiagnose und Hauptbehandlung gewählt haben.

Andere betroffene DRG-Klassifikationen besitzen inhaltlich die Konstellation, dass ein besiedeltes Ulkus oder eine Spätinfektion einer Wunde in der Wahl als Nebendiagnose zu kodieren ist.

Welche Regelwerke sind betroffen (DKR, Abrechnungsbestimmungen etc.)

DKR D012i (Version 2021) Mehrfachkodierung
DKR D002f (Version 2021) Hauptdiagnose

Beschreibung der Kodier- und Abrechnungsfrage

Position und Benennung der Gegenseite

Position und Benennung der Gegenseite

Wer vertritt die Position der Gegenseite?

Kostenträger und MD(K)

Sachverhaltsdarstellung der Gegenposition

Der Kostenträger / MD(K) beruft sich auf die immer wiederkehrende Grundaussage, dass der Erreger nicht als Ursache der Wunde zu benennen ist und somit zwar die „Wunde“ ICD-10-Kode L89.* (Dekubitalgeschwür und Druckzone) i.V.m. I83.2 (Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung) kodiert werden darf, nicht aber die Erregerkodes aus dem Kapitel B95 – B98 ins besondere die Ausrufezeichenkodes B95.-! und B96.-!. Als Gegenargumentation schildert die Klinik seit dem Jahr 2007, dass das Fachwissen darüber existiert, dass die Erreger nicht Ursache der Ulzera sind, sondern eine sekundäre Besiedlung vorlag, welche behandelt wurde.

Erläuterung der grundsätzlichen Bedeutung

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

Unterschiedliche Auffassung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) seit dem Jahr 2007

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

Diese Kodierfrage betrifft im medizinischen Kontext verschiedene Sachverhalte und unterschiedlichen Kliniken und ist daher nicht einzelfallbezogen.

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

Seitens der Kostenträger wurde die Abrechnung durch das Krankenhaus strittig gestellt und beinhaltet derzeit bereits an einer Klinik aktuell 16 laufende Verfahren wovon eins sich um ein Berufungsverfahren durch den Kostenträger AOK Sachsen handelt. Erste Verfahren gehen bis auf das Behandlungsjahr 2007 zurück.

Inwiefern ist die Frage abrechnungs- oder potentiell entgeltrelevant?

Es kommt wiederholt zu Abrechnungsstreitigkeiten. Der Streitwert differiert in unterschiedlicher Höhe, da unterschiedliche Fallpauschalen betroffen sind.

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)?

Das BfArM ist dazu bisher noch nicht befragt worden. Es existiert eine Entscheidung, die durch den Schlichtungsausschuss am 19.08.2020 in der KDE-17 zum asymptomatischen Keimträger MRSA getroffen wurde, Kodierung Z22.3 mit U80.00! und ohne B95.6, da keine Erkrankung im eigentlichen Sinne vorlag.

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

Ausführungen dazu sind bereits erfolgt.

Inwiefern kann die Frage durch die Vertragsparteien geregelt werden?

Eine Regelung kann effizient erzielt werden, da beide Vertragsparteien im Bund des Schlichtungsausschusses vertreten sind.

Position und Benennung der Gegenseite
Hintergrund

Hintergrund

Es handelt sich um einen Rechtsstreit	Ja
--	----

Es handelt sich um einen Rechtsstreit Ja

Ein Patientenfall wurde bereits vor dem LSG Chemnitz bestritten und negativ für die Klinik geurteilt. Hierbei handelte es sich um einen sehr alten Fall mit lediglich obligater Erregerkodierung.

Ein weiterer Patientenfall ist derzeit bei LSG Chemnitz anhängig. In diesem Patientenfall handelt es sich um eine eindeutige sekundäre Infektion mehrere Druckulzera (Fersen bds).

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

Konsenslösung zwischen Krankenhaus und dem zuständigen MD Sachsen wurde für die Jahr 2007 bis 2012 erzielt. Erneut sind die Ablehnungen ab dem Jahr 2012 mit den gleichen Argumenten des MD Sachsen wie zum Zustand 2007 angeführt worden. Hierbei handelt es sich um die gleiche ablehnende Haltung des MD mit der fachlichen Begründung: „nicht Ursache der Wunde“. Der Kostenträger stützt sich auf der Argumentation des MD Sachsen.

Parallel dazu hat die Klinik mit dem hauptsächlich verantwortlichen Kostenträger AOK Sachsen im Rahmen eines Gesamtvergleiches neben denen bereits rechtsanhängigen Fällen mehrere Fälle verglichen ohne eine tiefgreifende Kausalität zur Thematik zu erzielen.

Regelungsvorschlag mit Begründung

Regelungsvorschlag

Anpassung der Kodierung mit ggf. eigenen Kapitel in den geltenden Deutschen Kodierrichtlinien

Bei Vorliegen nachfolgend aufgeführter Ulzera sind im Rahmen einer Sekundärinfektion die nachgewiesenen Erregerkodes B95.-! und B96.-! obligat anzugeben, sofern die Nebendiagnosedefinition in Form eines Ressourcenverbrauchs erfüllt ist.

L89.* Dekubitalgeschwür und Druckzone ab Grad 1 – also offen, egal ob im Rahmen der Pflegeproblematik oder im Rahmen eines Diabetischen Fussyndroms (DFS)

I83.2 Stauungsdermatitis mit Ulkus

I70.23 pAVK mit Ulzeration

I70.24 pAVK mit Gangrän

L98.4 Chronisches Ulkus der Haut a.n.k. oder

L97 Ulcus cruris

Zur Dokumentationsvorgabe ist folgende Empfehlung zu geben:

- Ein ausführlicher Wundbefund mit Fotodokumentation muss vorliegen zur Verdeutlichung der Infektion in Form der bereits genannten Anzeichen (Rötung etc.)
- Durchführung einer gezielten Behandlung, insbesondere eine Resistogramm gerechten Antibiose und / oder spezieller Verbände, die z.B. desinfizierend wirken (z.B. Alginatauflagen).

Regelungsvorschlag mit Begründung

Begründung

Bis vor einigen Jahren war man bei der Erregerkodierung noch von einer „obligaten Angabe“ lt. DKR ausgegangen. Aufgrund des besagten negativen Urteils durch das LSG Chemnitz ist der Sachverhalt strittig gestellt.

Das LSG Chemnitz führt dazu in seinen Begründungen sinngemäß aus, dass „die B-Kodes eine „Ursache einer Erkrankung beschreiben...“, damit muss zur Kodierung auch eine Erkrankung vorliegen. Im negativ entschiedenen Fall wurden an einem Unterschenkelulkus Abstriche genommen, das Ulkus selbst wurde aber als „trocken und ohne Rötung oder Belag“ beschrieben. Es erfolgte weder eine Behandlung durch spezielle Wundaufgaben noch eine Antibiose.

Hier beschreibt die DKR unter dem Kapitel der Doppelklassifizierungen: „Lokale Infektionen bei Zuständen, die den Kapiteln der „Organkrankheiten“ zuzuordnen sind. Schlüsselnummern des Kapitels I zur Identifizierung des Infektionserregers werden hinzugefügt, sofern dieser im Rubriktitel nicht enthalten ist. Am Ende von Kapitel I steht für diesen Zweck die Kategoriengruppe B95!–B98! zur Verfügung.“

Im allen aktuell laufenden Klagefälle ist der Sachverhalt anders gelagert. Es handelt es sich um sekundäre Infektionen, die mit Rötung, Belag, Exsudation etc. beschrieben werden und zur speziellen Wundbehandlung auch jeweils eine Antibiose i.v. erfolgte. Das führt jedoch zu dem Resultat, dass der MD trotz Erfüllung der Kriterien einer Verschlüsselung einer Nebendiagnose (DKR D003I (Version 2021)) nicht der Argumentation der Klinik folgte.