DLMC
Medizincontrolling

Nikolai von Schroeders

Kodier-Manual Krankenhaus 2024

Unter Mitarbeit von
Nicola Breithaupt, Andrea Bleil
und Valerie Wittmann

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Nikolai von Schroeders

Kodier-Manual Krankenhaus
2024

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Nikolai von Schroeders

Kodier-Manual Krankenhaus 2024

unter Mitarbeit von
Nicola Breithaupt, Andrea Bleil
und Valerie Wittmann

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Der Autor

Dr. med. Nikolai von Schroeders
DLMC GmbH
Mittelstraße 8
45549 Sprockhövel (Wuppertal)
info@dlmc.de

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Unterbaumstr. 4
10117 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-886-1 (PDF E-Book)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2024

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. Im vorliegenden Werk wird zur allgemeinen Bezeichnung von Personen nur die männliche Form verwendet, gemeint sind immer alle Geschlechter, sofern nicht gesondert angegeben. Sofern Beitragende in ihren Texten gendergerechte Formulierungen wünschen, übernehmen wir diese in den entsprechenden Beiträgen oder Werken.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Susann Weber, Berlin
Printed in Germany

Zuschriften und Kritik an:
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Unterbaumstr. 4, 10117 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Vorwort

Die Kodierung stationärer Krankenhausfälle ist zu einem zentralen Element zur Garantie adäquater Einnahmen der Liquidität eines Krankenhauses geworden. Eine gute Kodierung sichert an einem wichtigen Punkt die Existenz des Krankenhausbetriebes, Kodierdefizite bergen hohe Risiken wirtschaftlicher Ausfälle und erzeugen im Nachgang erheblichen Arbeitsaufwand bei Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. In Deutschland haben sich flächendeckend Modelle entwickelt, bei denen Kodierfachkräfte mit sehr unterschiedlichem beruflichem Hintergrund tätig sind. Immer häufiger werden Mitarbeiter eingesetzt, die über keine medizinische Vorausbildung verfügen. Die Modelle sind dabei unterschiedlich gestaltet: Teilweise übernehmen Kodierfachkräfte die komplette Kodierung anhand der Patientenakten während des stationären Aufenthalts oder nach Entlassung eines einzelnen Patienten, teilweise wird die Kodierung von Ärzten durchgeführt, welche dabei durch Kodierfachkräfte unterstützt werden.

Für alle Krankenhäuser bedeutet die Einarbeitung und Schulung von Kodierfachkräften einen hohen zeitlichen und personellen Aufwand. Ein definiertes Berufsbild der Kodierfachkraft für stationäre Abrechnung gibt es in Deutschland nicht. Entsprechend sind die Ausbildungsangebote in ihrer Qualität sehr unterschiedlich. Der hohe Kostendruck in den Kliniken führt dazu, dass gerade an dieser empfindlichen Stelle oft gespart wird und nur eine sehr basale Ausbildung von neuen Kodierfachkräften stattfindet. Die tatsächliche Ausbildung muss dann im Alltagsbetrieb durch die Kollegen und Vorgesetzten erfolgen. Die langjährige Berufserfahrung der Autoren im Medizincontrolling hat gezeigt, dass es immer wieder die gleichen Fragen und Themen sind, welche im Alltag der Ausbildung von Kodierfachkräften schwierig sind und zu Missverständnissen führen. Diese Tatsache hat uns dazu gebracht, dieses Buch zu schreiben. Wir sprechen damit alle Menschen an, die mit der Kodierung oder der Ausbildung von Mitarbeitern in der Kodierung befasst sind. Dabei ist die ursprüngliche Ausbildung nachrangig. Zu allen besprochenen Themen sind jeweils medizinisch-inhaltliche Erläuterungen vorangestellt, welche unter der jeweiligen Überschrift **Medizin-Shortcuts** zu finden sind. Hierbei ist wichtig klarzustellen, dass es sich nicht um medizinische Lehrinformationen für die Patientenbehandlung handelt, sondern lediglich ein grundsätzliches medizinisches Verständnis der Zusammenhänge für kodierende Mitarbeiter hergestellt werden soll. Entsprechend sind die medizinischen Themen knapp gehalten und verzichten gegebenenfalls auch auf aus ärztlicher Sicht wichtige Informationen, welche für die reinen Kodierfragen jedoch von untergeordneter Bedeutung sind. Unser Buch ist eine Anleitung zur Kodierung, keine Anleitung zu Medizin!

Wir als Autorenteam nutzen unsere Erfahrung aus vielen Jahren der Arbeit im Medizincontrolling und haben alle behandelten Themen nach bestem Wissen und Gewissen erarbeitet. An vielen Stellen greifen wir dabei auf Informationen Dritter zurück, welche dann auch klar als solche gekennzeichnet sind. Häufig stellt man

fest, dass es für manche Themen keine Schwarz-Weiß-Lösungen gibt, sondern gerade bei Fragen von hoher Erlösrelevanz ganz unterschiedliche Positionen seitens der Krankenkassen und Krankenhäuser bezogen werden. Diese finden sich dann oft in den sich teilweise widersprechenden Stellungnahmen der SEG-4 (Sozialmedizinische Expertengruppe des medizinischen Dienstes der Krankenkassen) und des FoKA (Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling) wieder. Uns ist es wichtig, diese Widersprüchlichkeiten darzustellen und auch bestehen zu lassen. Im Alltag der Kodierung werden die Kliniken sich für eine Sichtweise zu ihren Gunsten entscheiden, die Krankenkassen und der Medizinische Dienst werden naturgemäß versuchen, eine Kodierung zu fordern, welche zu einem geringeren Abrechnungsbetrag führt. Zum Schluss ist es eine Entscheidung der Sozialgerichte, wie die Interpretation der Regelwerke tatsächlich zu erfolgen hat. Sollten Urteile zu einer Fragestellung vorhanden und uns bekannt sein, sind sie jeweils erwähnt und in Auszügen zitiert.

Unser Kodier-Manual ist ein Buch, das sich ständig weiterentwickeln wird. Entsprechend sind wir dankbar für jede Anregung aus dem Kreise der Anwender. Sollten Sie zu den Inhalten der neuen Werke beitragen wollen, tun Sie das am einfachsten per E-Mail unter der Adresse kodierfibel@dlmc.de.

Informationen zur Benutzung

Dargestellt sind ICD-Codes, teilweise auch Codefamilien oder Abschnitte, welche wir entsprechend der ICD-Systematik sortiert und nummeriert haben. So ist ein einfaches Auffinden der jeweiligen Themen möglich. Unser Kodier-Manual kann und sollte parallel zur Klassifikation ICD-10-GM verwendet werden. Teilweise werden dabei Codes, die inhaltlich verwandt sind und dennoch im ICD-System an verschiedenen Stellen abgebildet sind, in einem gemeinsamen Kapitel besprochen. Besonders ist das natürlich relevant, wenn Erkrankungen an verschiedenen Organsystemen auftreten können.

Zu jedem Thema haben wir unter den **Medizin-Shortcuts** jeweils eine zusammenfassende medizinische Erläuterung dargestellt, welche dem nichtärztlichen Mitarbeiter ein grundsätzliches Verständnis der medizinischen Thematik nahebringen soll. Zusammenfassend wird im Themenbereich **Nachweis** dargestellt, wie aus medizinischer Sicht das Vorhandensein einer bestimmten Erkrankung bestätigt wird. Die für das Kodieren einer Nebendiagnose relevanten Aufwände finden sich dann unter den Unterbereichen **diagnostischer Aufwand, therapeutischer Aufwand, pflegerischer Aufwand.** Direkt in der Folge sind unter dem Kapital **Klassifikation** die jeweils relevanten ICD-Codes dargestellt. Diese Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Mit der Bemerkung **CCL** sind Diagnosen gekennzeichnet, welche bei der Verwendung als Nebendiagnose einen fallwertsteigernden CCL-Wert haben können.

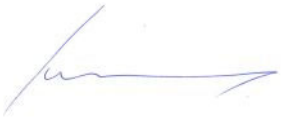
Im Bereich der Kodierpraxis ist die konkrete Bewertung der Informationen aus Sicht der Alltagskodierung dargestellt. Der wichtigste Teil ist hier das **praktische Vorgehen.** Neben der Beschreibung der Anwendung einzelner Codes im Kodieralltag

und der Hinweise, was für diese Codes im Besonderen zu beachten ist, werden Informationen zu weiteren typischerweise oder häufig vorkommenden Codes gegeben.

Mit der **fachlichen Bewertung** stellen wir die unterschiedlichen Sichtweisen von SEG-4 und FoKA dar. Teilweise sind die Positionen dieser Organe hier aus Platzgründen nur zusammengefasst und in den entsprechenden Stellen im Internet jeweils nachzulesen. Dabei ist zu beachten, dass alle dargestellten Informationen jeweils den aktuellen Stand unseres Wissens abbilden und gegebenenfalls Änderungen im Laufe der Zeit erfolgen können. Erfahrungsgemäß bleibt es bei einmal festgelegten und konsentierten Positionen. Eher werden zu neuen Themen Stellungnahmen abgegeben, als dass es zu Korrekturen bereits vorhandener Positionen kommt.

Sollte es in bestimmten Bereichen der Kodierung häufige Stolperfallen oder kritische Punkte geben, werden diese auch unter dem Bereich der **fachlichen Bewertung** dargestellt. Diese stellen damit die Meinung des Autorenteams und somit keine Sicht der Fachorgane SEG-4/FoKA dar. Abgeschlossen werden die jeweiligen Kapitel mit Informationen zu vorliegenden und den Autoren bekannten Urteilen. Der Fokus liegt hierbei auf der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und der Landessozialgerichte. Nicht oder nur in Ausnahmefällen berücksichtigt sind Urteile niedrigerer Instanzen. Diese sind mangels höchst richterlicher Rechtsprechung häufig in den einzelnen Urteilen widersprüchlich oder von den zugrundeliegenden Fallkonstellationen so individuell, dass eine Verallgemeinerung oder eine Übertragbarkeit im Sinne einer Allgemeingültigkeit aus unserer Sicht nicht möglich ist.

Wir wünschen allen Nutzern des Kodier-Manuals Krankenhaus, dass unser Werk Ihnen eine Hilfe im Alltag ist und an manchen Stellen die Kodierung vereinfacht und Rückfragenotwendigkeiten bei Ärzten oder Vorgesetzten reduziert.



Dr. Nikolai von Schroeders

Inhalt

I Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten ____ 1

1 Enterokolitis durch Clostridium difficile ____ 1

2 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs ____ 3

3 Sepsis ____ 5

4 Bakteriämie ____ 13

5 Chronische Virushepatitis B ____ 15

6 Chronische Virushepatitis C ____ 17

7 Kandidose ____ 19

8 Krankheitserreger ____ 23

II Neubildungen ____ 33

1 Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten ____ 33

2 Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen ____ 37

3 Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens ____ 40

III Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ____ 43

1 Eisenmangelanämie ____ 43

2 Vitamin-B_{12}-Mangelanämie ____ 45

3 Folsäure-Mangelanämie ____ 48

4 Aplastische Anämie ____ 51

5 Blutungsanämie ____ 53

6 Anämie bei Neubildungen ____ 56

7 Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten ____ 59

8 Disseminierte intravasale Gerinnung [Defibrinationssyndrom] ____ 60

9 Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren ____ 66

10 Hämorrhagische Diathesen durch Antikoagulanzien und Antikörper ____ 70

11 Thrombophilie ____ 74

12 Thrombozytopenie ____ 76

13 Agranulozytose und Neutropenie ____ 80

14 Immunkompromittierung ____ 84

IV Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten ____ 89

1 Hyperthyreose ____ 89
2 Diabetes mellitus ____ 92
3 Mangelernährung ____ 104
4 Folsäuremangel, Vitamin B_{12}-Mangel ____ 108
5 Folgen der Energie- und Eiweißmangelernährung ____ 110
6 Hyponatriämie ____ 112
7 Hypernatriämie ____ 114
8 Hyperkaliämie ____ 115
9 Hypokaliämie ____ 117
10 Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen ____ 118
11 Hypoparathyreoidismus nach medizinischen Maßnahmen ____ 120
12 Nebennierenrinden- bzw. Nebennierenmarkunterfunktion nach medizinischen Maßnahmen ____ 122

V Psychische und Verhaltensstörungen ____ 125

1 Demenz ____ 125
2 Delir ____ 131
3 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen ____ 134
4 Depressive Störungen ____ 140

VI Krankheiten des Nervensystems ____ 143

1 Krampfanfälle, Epilepsie ____ 143
2 Hemiparese und Hemiplegie ____ 148
3 Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetra-plegie ____ 151

IX Krankheiten des Kreislaufsystems ____ 157

1 Nichtrheumatische Herzklappenerkrankungen ____ 157
2 Hypertensive Herzerkrankung ____ 163
3 Hypertensive Nierenkrankheit ____ 165
4 Instabile Angina pectoris ____ 168
5 Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronar- spasmus ____ 171
6 Myokardinfarkt ____ 172
7 Pulmonale Hypertonie ____ 176
8 Kammerflattern und Kammerflimmern ____ 179
9 Herzinsuffizienz ____ 181
10 Intrakardiale Thrombose ____ 187

11 Nichttraumatische intrakranielle Blutungen 189
12 Hirninfarkt 193
13 Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt 197
14 Arterielle Thrombose und Embolie 199
15 Ulcus cruris venosum 201
16 Ösophagus- und Magenvarizen 204

X Krankheiten des Atmungssystems 207
1 Pneumonie 207
2 Akute Bronchitis 212
3 Chronische obstruktive Lungenkrankheit 215
4 Lungenödem 219
5 Pleuraerguss 221
6 Respiratorische bzw. pulmonale Insuffizienz 223

XI Krankheiten des Verdauungssystems 229
1 Hämorrhagische Gastritis 229
2 Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis 231
3 Ileus 234
4 Leberzirrhose 238
5 Hepatorenales Syndrom 243
6 Cholangitis 245
7 Verschluss des Gallengangs 247

XII Krankheiten der Haut und Unterhaut 251
1 Phlegmone 251
2 Dekubitus 254

XIII Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und Bindegewebes 257
1 Pathologische Frakturen 257

XIV Krankheiten des Urogenitalsystems 261
1 Akutes Nierenversagen 261
2 Chronische Niereninsuffizienz 265
3 Zystitis 269

XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett 273
1 Präeklampsie 273
2 Protrahierte Geburt 276

XVIII Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind 281
1 Atemstillstand 281
2 Koma 283
3 Schock 285
4 Kachexie 290
5 SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome) 293

XIX Verletzungen, Vergiftungen 299
1 Commotio cerebri 299
2 Stumpfes Bauchtrauma 302
3 Rhabdomyolyse, Crush-Syndrom und Kompartmentsyndrom 304
4 Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffs 306
5 Postoperative (Wund-)Infektion 308

Literatur 313

Sachwortverzeichnis 314

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 2024:

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.

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

MD:

Es existiert keine SEG-4 Empfehlung zum Thema.

FoKA:

Es existiert keine FoKA Empfehlung zum Thema.

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 2024:

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

MD:

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

2.4 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 akut lebensbedrohliche Organdysfunktion, die durch eine fehlregulierte Wirtsantwort auf eine Infektion hervorgerufen wird. Für die Diagnose einer Sepsis-assoziierten Organsdysfunktion ist eine Veränderung des Sequential Organ Failure Assessment

(SOFA) Score um ≥ 2 Punkte festzustellen. Dieser ist nur bei Erwachsenen ab dem Alter von 18 Jahren anwendbar.

Septischer Schock: Septischer Schock ist eine Untergruppe der Sepsis, bei der, trotz adäquater Volumenzufuhr, 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** (**S**equential **O**rgan **F**ailure **A**ssessment):*

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, x103/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-< 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. Zur Ermittlung des SOFA Scores werden die Punkte der verschiedenen Organdysfunktionen addiert. Nur durch eine Sepsis verursachte Organdysfunktionen dürfen in die Punktezählung einfließen. Gewertet wird pro Organsystem der schlechteste Tageswert. Liegt ein Parameter nicht vor, wird dieser mit "0" bewertet.					

Liegen bei einem Patienten keine arteriellen Blutgasanalysen vor, kann alternativ die periphere Sauerstoffsättigung durch Pulsoxymetrie (SpO_2) auf Grundlage der nachfolgenden Konversionstabelle verwendet werden.

Konversionstabelle SpO_2/PaO_2 bei fehlender arterieller Blutgasanalyse (Quelle: Deutsche Sepsis-Gesellschaft unter https://www.sepsis-gesellschaft.de/sepsisdefinition-und-kodierung/, abgerufen am 24.11.2023)

SO_2 (%)	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89
kalkulierter PaO_2 (mmHg)	44	45	46	47	49	50	52	53	55	57
SO_2 (%)	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
kalkulierter PaO_2 (mmHg)	60	62	65	69	73	79	86	96	112	145

Zur Bestimmung des FiO_2-Wertes bei nicht beatmeten Patienten kann die folgende Konversionstabelle verwendet werden.

Konversionstabelle zur Ermittlung FiO_2 bei nicht beatmeten Patienten (Quelle: Deutsche Sepsis-Gesellschaft unter https://www.sepsis-gesellschaft.de/sepsisdefinition-und-kodierung/, abgerufen am 24.11.2023)

Methode	**O_2-Flow (l/min)**	**Geschätzte FiO_2 (%)**
Nasensonde, Nasenbrille	1	24
	2	28
	3	32
	4	36

	5	40
	6	44
Nasopharyngealer Katheter	4	40
	5	50
	6	60
Gesichtsmaske	5	40
	6-7	50
	7-8	60
Gesichtsmaske mit Reservoir	6	60
	7	70
	8	80
	9	90
	10	95

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 bei > 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 2024:

A40.-	Streptokokkensepsis	CCL
A41.-	Sonstige Sepsis	CCL
A02.1	Salmonellensepsis	CCL
A20.7	Pestsepsis	
A22.7	Milzbrandsepsis	
A26.7	Erysipelothrix-Sepsis	
A32.7	Listeriensepsis	CCL
A39.2	Akute Meningokokkensepsis	CCL
A39.3	Chronische Meningokokkensepsis	CCL
A39.4	Nicht näher bezeichnete Meningokokkensepsis	CCL
A42.7	Aktinomykotische Sepsis	CCL
B00.70	Sepsis durch Herpesviren	CCL
B34.80	Sepsis durch Viren o.n.A.	
B37.7	Candida Sepsis	CCL
B38.70	Sepsis durch Coccidioides	CCL
B39.30	Sepsis durch Histoplasma capsulatum	CCL
B40.70	Sepsis durch Blastomyces	CCL
B41.70	Sepsis durch Paracoccidioides	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	CCL
O75.3	Sepsis unter der Geburt	CCL
O03-O07, O08.0	Sepsis nach Abort, Extrauteringravidität u. Molenschwangerschaft	CCL

Bei O-Kodes gilt: Zusätzlich ist gem. DKR 0103v ein Kode aus den spezifischen Kodebereichen (A- bzw. B-Kodes) anzugeben, um das Vorliegen und den Erreger der Sepsis darzustellen. Außerdem ist bei O75.1 gem. DKR 1510v ein spezifischer Kode aus R57.- Schock, anderenorts nicht klassifiziert anzugeben.

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	

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 Leitlinie zur Sepsis-3 der DSG (Deutsche Sepsis-Gesellschaft, https://www.sepsis-gesellschaft.de/sepsisdefinition-und-kodierung/) sowie an den Vorgaben der überarbeiteten DKR 0103w orientieren.

Handhabung des SOFA-Score: Bei Patienten *ohne chronische organische Dysfunktion* ist der SOFA-Ausgangswert = 0. In diesem Fall wird der gesamte Anstieg des jeweiligen Parameters gewertet. Bei Patienten *mit vorbestehender organischer Dysfunktion* darf nur die Differenz zwischen akutem Anstieg und Ausgangswert des Parameters in die Einstufung des Punktescores einfließen.

Die eine Sepsis auslösende Infektion ist immer zusätzlich anzugeben, z.B. Pneumonie, Harnwegsinfekt etc. Die Wahl der Hauptdiagnose ist auf Grundlage der DKR D002u nach Veranlassung des stationären Aufenthaltes und bei konkurrierenden Hauptdiagnosen nach Maßgabe des Ressourcenverbrauches zu entscheiden.

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.

Septische Organdysfunktionen sind zusätzlich zum Kode für die Sepsis anzugeben. Die DKR 0103w verweist an dieser Stelle nicht auf die Nebendiagnosenkriterien als Voraussetzung zur Kodierbarkeit. Des weiteren sind, sofern zutreffend, spezifische Erregerkodes zu ergänzen, sofern sie nicht im Primärkode der Sepsis bereits vollständig enthalten sind, sowie die Kodes für Erreger-Resistenzen.

> 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 und die Leitlinie aus dem Jahr 2015 „Sepsis bei Kindern jenseits der Neonatalperiode“ hilfreich.

3.3.2 Fachliche Bewertung

MD:

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 Leitlinie der DSG (Deutsche Sepsis-Gesellschaft) zur Definition und Kodierung der Sepsis-3 ist die Abnahme von Blutkulturen elememtare 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 BfArM FAQ oder in Form von MD- 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 MD 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.

4 Bakteriämie

4.1 Medizin-Shortcuts

4.1.1 Medizinische Erläuterung

Unter einer Bakteriämie versteht man das Vorkommen lebensfähiger Bakterien im Blut. Häufig begegnet man in diesem Zusammenhang dem Begriff „Blutstrominfektion“, der eine Übersetzung des im englischsprachigen Bereich geläufigen "blood stream infection" darstellt. Die Verwendung dieser Begriffe ist nicht immer einheitlich, d.h. es kann sowohl die Bakteriämie wie auch eine Sepsis damit gemeint sein.

Eine Bakteriämie kann spontan auftreten oder im Zusammenhang mit unterschiedlichsten zahnärztlichen, chirurgischen, gastrointestinalen, urogenitalen oder anderen Eingriffen oder bei einliegendem Fremdmaterial wie z.B. Gefäß- oder Harnwegskatheter.

Sie kann transient ohne Symptome verlaufen, sie kann jedoch auch zu metastatischen Absiedelungen z.B. an den Herzklappen führen oder zu systemischen Auswirkungen im Sinn einer Sepsis.

Die DKR 0103w verweist darauf, dass eine Bakteriämie mit A49.- zu kodieren ist. Ausnahme: Die Meningokokken-Bakteriämie – diese ist als Meningokokkensepsis mit A39.4 zu kodieren.

Siehe auch I.3 Sepsis.

4.1.2 Nachweis

Blutkultur mit Nachweis einer Bakteriämie

4.1.3 Diagnostischer Aufwand

Blutkultur mit Austestung

4.1.4 Therapeutischer Aufwand

Antibiose

4.1.5 Pflegerischer Aufwand

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

4.2 Klassifikation

ICD-10 GM 2024:

A49.0	Staphylokokkeninfektion n.n.bez. Lokalisation	CCL
A49.1	Streptkokken- und Enterokokkeninfektion n.n.bez. Lokalisation	CCL
A49.2	Infektion durch Hämophilus influenzae n.n.bez. Lokalisation	CCL
A49.3	Mykoplasmeninfektion n.n.bez. Lokalisation	
A49.8	Sonstige näher bezeichnete bakterielle Infektion n.n.bez. Lokalisation	
A49.9	Bakterielle Infektion n.n.bez.	
A39.4	Meningokokken-Sepsis n.n.bez., Inkl.: Meningokokken-Bakteriämie	CCL

4.3 Kodierpraxis

4.3.1 Praktisches Vorgehen

Eine Bakteriämie ohne Erfüllung der Sepsis-Kriterien ist gemäß DKR 0103w mit den Kodes aus A49.- zu kodieren, sofern nicht ein spezifischerer Kode mit Benennung des Erregers zur Verfügung steht.

Liegt ein Infektfokus (z.B. Harnwegsinfekt) vor, sollte dieser bei vorliegendem Ressourcenverbrauch (z.B. passende Antibiose) separat kodiert werden, unabhängig davon, ob dieser der Bakteriämie zugeordnet werden kann oder nicht.

Zur Kodierung einer Sepsis siehe I.3 Sepsis.

4.3.2 Fachliche Bewertung

MD:

Es existiert keine SEG-4 Empfehlung zum Thema.

FoKA:

Es existiert keine FoKA Empfehlung zum Thema.

Stolperfallen/Kritische Punkte:

Hauptdiagnosewahl bei Bakteriämie mit Infektfokus

4.3.3 Urteile

L 16 KR 177/09 vom 23.01.2014: Hauptdiagnosewahl (A49.8 oder G40.2). Fall aus 2005.

5 Chronische Virushepatitis B

5.1 Medizin-Shortcuts

5.1.1 Medizinische Erläuterung

Virushepatitis mit dem Erreger der Hepatitis B (mit oder ohne Deltavirus) und dem Erreger der Hepatitis C können einen chronischen Verlauf nehmen. Jede Virushepatitis, die nach 6 Monaten nicht ausgeheilt ist, wird als chronisch bezeichnet.

Erreger: Hepatitis B Virus HBV (DNA-Virus), Hepatitis D Virus HDV (früher: Deltavirus)

Entwicklungsphasen einer Hepatitis B bis zur chronischen HBV-Hepatitis:

- **Immuntoleranz**: HBeAg positiv, hohe HBV-DNA-Werte, niedrige o. normale GPT/ALT-Werte, hohe HBsAg-Spiegel. Geringe histologische Aktivität.
- **Immun-Clearance**: Übergang von HBeAg zu Anti-HBeAg, also Antikörper gegen das e-Antigen; erhöhte Transaminasen und histologisch Leberentzündung, sinkende HBsAg-Spiegel.
- **Nicht replikative Phase**: HBV-DNA nicht oder kaum nachweisbar, normale Transaminasen, e-Antigen nicht nachweisbar, Immunkontrolle.
- **Reaktivierungsphase**: Entwicklung einer chronischen Hepatitis B: e-Antigen negativ, HBV-DNA-Spiegel > 2.000 IU/ml, fluktuierende Transaminasenwerte, erneut HBsAg positiv.
- Bei hoch replikativer immunreaktiver Infektion drohen Leberzirrhose (20%) und Hepatozelluläres Karzinom.

Deltavirus – Hepatitis D:

Hepatitis Delta-Virus (HDV), früher auch Delta Virus genannt, ist ein inkomplettes RNA-Virus (Virusoid). Es benötigt für seine Replikation die Hülle HBsAg des HBV. Deshalb ist die Hepatitis D eine Koinfektion der Hepatits B.

5.1.2 Nachweis

Im Serum oder Leberpunktat:
außer bei Anti-HBc only: HBsAg Nachweis (Oberflächenantigen)
HBV-DNA Nachweis (Virus-DNA, zeigt vorhandene Infektiosität an)
(Korrespondierende Antikörper sind anti-HBs, anti-HBc, anti-HBe. Anti-HBs zeigt Serokonversion = Immunität an)
Deltavirus: HDV-RNA, HD-Ag, anti-HDV

5.1.3 Diagnostischer Aufwand

Leberpunktion, Hepatitis-Serologie

5.1.4 Therapeutischer Aufwand

Therapieindikation bei chronischer Hepatitis B: Gemäß Leitlinie sind alle Patienten mit chronischer HBV-Infektion grundsätzlich Kandidaten für eine antivirale Therapie. Ziel: Dauerhafte Suppression der HBV-DNA unterhalb Virusnachweisgrenze. Langfristiges Ziel: vollständige Serokonversion.
Alpha-Interferon: z.B. Pegasys®

Antivirale Substanzen: Entecavir (Baraclude®), Tenofovir (Viread®), Telbivudin (Sebivo®), Lamivudin (Zeffix®, Epivir®)

5.1.5 Pflegerischer Aufwand

Ein reiner Infektionsschutz für das behandelnde Personal kann NICHT als Ressourcenverbrauch angeführt werden.

5.2 Klassifikation

ICD-10 GM 2024:

B18.0	Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus	CCL
B18.11	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 1	CCL
B18.12	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 2	CCL
B18.13	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 3	CCL
B18.14	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 4	CCL
B18.19	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase nicht näher bezeichnet	CCL

5.3 Kodierpraxis

5.3.1 Praktisches Vorgehen

Neben dem Kodebereich B18.- (CC-relevante) bietet die ICD-Klassifikation noch den nicht CC-relevanten Kode Z22.5 Keimträger der Virushepatitis an.

Für die Praxis sollte deshalb die Kodierung so gehandhabt werden:

Asymptomatische Patienten ohne antivirale Therapie: Z22.5

MD-safe:

Symptomatische Patienten mit diagnostischen Maßnahmen oder Patienten mit antiviraler Therapie: Kode aus B18.0, B18.1-

5.3.2 Fachliche Bewertung

MD:

Es existiert keine SEG-4 Empfehlung zum Thema.

FoKA:

Es existiert keine FoKA Empfehlung zum Thema.

6 Chronische Virushepatitis C

6.1 Medizin-Shortcuts

6.1.1 Medizinische Erläuterung

Virushepatitis mit dem Erreger der Hepatitis B (mit oder ohne Deltavirus) und dem Erreger der Hepatitis C kann einen chronischen Verlauf nehmen. Jede Virushepatitis, die nach 6 Monaten nicht ausgeheilt ist, wird als chronisch bezeichnet.

Erreger: Das Hepatitis C-Virus (HCV) ist ein RNA-Virus. Insgesamt sind laut Robert Koch-Institut bislang 6 Genotypen mit ca. 80 Subtypen bekannt, auf Grund dessen Mehrfachinfektionen möglich sind.

Ca. 80% aller HCV-Infektionen bei Erwachsenen verlaufen chronisch. Bei 20% dieser Patienten kommt es zur Entwicklung einer Leberzirrhose innerhalb von 20 Jahren.

6.1.2 Nachweis

Im Serum oder Leberpunktat: Virusbestandteile HCV-RNA, anti-HCV

6.1.3 Diagnostischer Aufwand

Leberpunktion, Virus-Serologie

6.1.4 Therapeutischer Aufwand

Die chronische Hepatitis C stellt grundsätzlich eine Indikation zur antiviralen Therapie dar! In der Regel sollte diese als Kombinationstherapie gewählt werden; diese unterscheiden sich je nach Genotyp des HCV.

Beispiele für Kombinationen:

- Ledipasvir + Sofosbuvir + Ribavirin
- Paritaprevir + Ombitasvir + Dasabuvir +/– Ribavirin
- Sofosbuvir + Ribavirin
- Sofosbuvir + Daclatasvir +/– Ribavirin
- Einzelne Generika: Ribavirin, Paritaprevir, Ledispasvir, Ombitasvir, Daclatasvir, Sofosbuvir

Handelsnamen sind z.B.: Sovaldi®, Daklinza®, Harvoni®, Viekirax®, Exviera®

6.1.5 Pflegerischer Aufwand

Ein reiner Infektionsschutz für das behandelnde Personal kann NICHT als Ressourcenverbrauch angeführt werden.

6.2 Klassifikation

ICD-10 GM 2024:

B18.2	Chronische Virushepatitis C	CCL

6.3 Kodierpraxis

6.3.1 Praktisches Vorgehen

Neben dem Kodebereich B18.- (CC-relevant) bietet die ICD-Klassifikation noch den nicht CC-relevanten Kode Z22.5 Keimträger der Virushepatitis an.

Für die Praxis sollte deshalb die Kodierung so gehandhabt werden:

Asymptomatische Patienten ohne antivirale Therapie: Z22.5

Symptomatische Patienten mit diagnostischen Maßnahmen oder Patienten mit antiviraler Therapie: B18.2

6.3.2 Fachliche Bewertung

MD:

Es existiert keine SEG-4 Empfehlung zum Thema.

FOK:

Es existiert keine FoKA Empfehlung zum Thema.

7 Kandidose

7.1 Medizin-Shortcuts

7.1.1 Medizinische Erläuterung

Infektion durch Hefepilze der Gattung Candida; in mehr als 90% der Fälle ist Candida albicans der Erreger. Vor allem bei immungeschwächten Patienten kann es im Rahmen einer saprophytären Besiedlung der Haut und Schleimhäute zu einer endogenen Infektion kommen.

Am häufigsten sind die Vaginalmykose und der Mundsoor.

Begünstigend wirken ein feuchtes, okklusives Milieu (Körperfalten, Windeldermatitis), Schwangerschaft und Diabetes mellitus.

Eine systemische Kandidose ist eine generalisierte oder mehrere Organsysteme betreffende Infektion mit Candida. Sie betrifft meist immungeschwächte Patienten und geht mit Fieber einher.

- Einfache (oberflächliche) Kandidosen:
  - Candida-Stomatitis: weiße bis gelbliche, kleinfleckige, abstreifbare Beläge der Schleimhäute im Mund- und Rachenbereich; Risikofaktoren sind Säuglingsalter, Diabetes mellitus, Immunschwäche, Cortisonsprays, Zahnprothesen, Antibiotika-Behandlung.
  - Haut- und Nagelinfektionen: Erythematöse Macula mit satellitenförmigen Pusteln. Vorkommen häufig intertriginös (in Hautfalten), interdigital.
  - Windelsoor: Komplikation einer Windeldermatitis.
  - Urogenital: Vaginalcandidose, Balanitis, Urethritis.

- Invasive (systemische) Kandidosen: Invasiv = Befall der inneren Organe bis zur Sepsis
  - Soorösophagitis: weißlich-gelbliche Beläge, die eine sehr leicht blutende Mukosa bedecken.
  - Kandidose der Lunge, Leber, ZNS, Niere.
  - Candida-Sepsis: Candida in der Blutkultur.

7.1.2 Nachweis

- Direkter mikroskopischer Erregernachweis im Nativpräparat, kultureller Nachweis, serologischer Nachweis.
- Endoskopischer Nachweis bei Soor-Ösophagitis.
- Klinischer Beleg bei Mundsoor.

7.1.3 Diagnostischer Aufwand

Histopathologie, Endoskopie

7.1.4 Therapeutischer Aufwand

Antimykotische Behandlung je nach Befall mit z.B. Nystatin (z.B. Candio-Hermal®), Fluconazol (z.B. Diflucan®), Amphotericin B (z.B. Ampho-Moronal®), Caspofungin (z.B. Cancidas®), Liposomales Amphotericin B (AmBisome®), Anidulafungin (Ecalta®), Micafungin (Mycamine®)

7.1.5 Pflegerischer Aufwand

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

7.2 Klassifikation

ICD-10 GM 2024:

B37.0	Candida-Stomatitis	CCL
B37.1	Kandidose der Lunge	CCL
B37.2	Kandidose der Haut und der Nägel	
B37.3+	Kandidose der Vulva und der Vagina	
B37.4	Kandidose an sonstigen Lokalisationen des Urogenitalsystems	CCL