

Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG

Stammdaten

Verfahrensnummer: S20220008
Bezeichnung: Klärung Erregerkodierung bei Infektion/ Sekundärinfektion einer offenen Wunde (z.B. Hautulkus)
Kategorie Antragsteller: Krankenhaus
Antragsteller: Helios Weißeritztal-Kliniken GmbH

Beschreibung der Kodier- und Abrechnungsfrage

Beschreibung der Kodier- oder Abrechnungsfrage

Zwischen Krankenhausträger und Krankenkassen bzw. MD besteht Streit über die Kodierung von (sekundären) Infektionen bzw. Keimbesiedelung offener Wunden, insbesondere von Dekubitalulzera. Bei Nachweis einer Infektion der offenen Wunde wird seitens des Krankenhauses die Kombination L08.8 + B95.-! bis B98.-! verschlüsselt, sofern ein entsprechender Ressourcenverbrauch für die Behandlung der infizierten Wunde anfiel. Sofern kein sicherer Nachweis einer Infektion der Wunde erfolgte, aber eine Keimbesiedelung nachgewiesen wurde (z.B. mittels Wundabstrich) wird bei entsprechendem Ressourcenverbrauch seitens des Krankenhauses die Kombination Z22.3 + B95.-! bis B98.-! verschlüsselt.

Beide Kodekombinationen werden seitens der Krankenkasse und des MD abgelehnt. Die Kombination mit L08.8 wird mit der Begründung abgelehnt, dass Ursache der offenen Wunde nicht der Infektionserreger sondern bspw. eine Gefäßkrankheit wäre. Die Kombination mit Z22.3 wird mit der Begründung abgelehnt, dass es sich bei Z22.3 und der Keimbesiedelung nicht um eine „Krankheit, die in anderen Kapiteln klassifiziert ist“ im Sinne der Codes B95.-! bis B98.-! handelt.

Seitens des Krankenhauses wird daher die Klarstellung durch eine Entscheidung des Schlichtungsausschusses begehrt, dass diese Kodekombinationen zulässig sind und in

Beschreibung der Kodier- und Abrechnungsfrage

den dargestellten Konstellationen verschlüsselt werden können.

Konkret kann folgendes Beispiel angeführt werden:

Eine Patientin wurde stationär mit Dekubitalulzera beider Fersen aufgenommen. Laut Wundbefund zeigte sich ein ca. 5 x 6 cm großes nekrotisch belegtes Dekubitalulkus der linken Ferse, das als „übelriechendes aufgeschichtetes unsauberes Ulkus mit seröser eitriger Exudation und mazeriertem und nekrotischem Wundrand“ beschrieben wurde. An der rechten Ferse fand sich ein Dekubitalulkus mit einer Größe von ca. 2 x 1 cm, das als reizlos mit hyperkeratotischem Randwall beschrieben wurde. Im Wundabstrich der linken Ferse wurden *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli* und *Bacteroides fragilis* nachgewiesen. Im Wundabstrich der rechten Ferse erfolgte der Nachweis von *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* und *Bacteroides fragilis*. Es erfolgte eine resistogramm gerechte Antibiose für alle nachgewiesenen Keime. Zusätzlich wurde links eine Nekrektomie vorgenommen und eine Biosurgery-Therapie. Beide offenen Wunden wurden zudem täglich mit antiseptischen Lösungen gespült und mit Purilon, Silberzell und Lomatuell verbunden.

Seitens des Krankenhauses wurden die beiden Dekubitalulzera mit L89.37 (links) und L89.17 (rechts) verschlüsselt. Zusätzlich wurden die Sekundärinfektionen der Ulzera durch die Kombination von L08.8 mit B96.2! (beidseits), B96.6! (beidseits) und B95.6! (rechts) abgebildet.

Seitens der Krankenkasse und des MD wurde die Kodierung von L08.8 + B95.6! mit der Begründung abgelehnt, dass keine Infektion an der rechten Ferse vorgelegen hätte (diese medizinische Tatsache blieb bis zuletzt streitig). Die – seitens des Krankenhauses daraufhin ergänzte – Kodierung von Z22.3 + B95.6! wurde mit der Begründung abgelehnt, dass es sich hierbei nicht um eine Krankheit im Sinne des Wortlautes des Kodes B95.6! handele. Aus Sicht des Krankenhauses ist aber jedenfalls die Kombination Z22.3 + B95.6! für die mindestens nachgewiesene Keimbesiedlung des rechtsseitigen Dekubitalulkus zulässig.

Möglichkeit zur Angabe der/des strittigen Kodes/Kodeskombinationen

Streitig ist in den vorstehend geschilderten Fällen die Kombination von L08.8 + B95.-! bis B98.-! sowie – bei fehlendem Nachweis einer Infektion, aber Nachweis einer Keimbesiedlung – von Z22.3 + B95.6! bis B98.-!.

Betroffene DRGs/PEPP/ZE/ET

Vorrangig sind DRGs zu diabetischen Füßen betroffen. Betroffen sind somit vorrangig DRGs der Klassifikation K60* (Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose) und F14* (Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe) sowie DRGs aus dem Kapitel der MDC 09 (Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma [J01Z bis J77Z]). Betroffen sind außerdem alle DRGs, denen die Kodierung der vorgenannten Kombinationen als Nebendiagnose zugrunde liegt.

Welche Regelwerke sind betroffen (DKR, Abrechnungsbestimmungen etc.)

DKR D012i Mehrfachkodierung
DKR D002f Hauptdiagnose
DKR D003I Nebendiagnosen

Position und Benennung der Gegenseite

Wer vertritt die Position der Gegenseite?

Krankenkassen (vorrangig [Krankenkasse] und [Krankenkasse]) sowie der MD [Land].

Sachverhaltsdarstellung der Gegenposition

Gegen die Kombination von L08.8 + B95.-! bis B98.-! wird seitens der Kostenträger eingewandt, dass Ursache der offenen Wunde nicht der Infektionserreger sondern bspw. eine Gefäßkrankheit wäre. Der Hinweis des Krankenhauses auf den Ursachenzusammenhang zwischen Infektionserreger und „lokaler Infektion der Haut oder Unterhaut“ wird seitens der Kostenträger ignoriert.

Gegen die Kombination von Z22.3 + B95.-! bis B98.-! wird seitens der Kostenträger eingewandt, dass es sich bei der Keimbesiedlung und dem Code Z22.3 nicht um eine Krankheit im Sinne der Codes B95.-! bis B98.-! handele. Dementsprechend könne Z22.3 nicht als „Krankheit, die in anderen Kapiteln klassifiziert ist“ verschlüsselt werden.

Erläuterung der grundsätzlichen Bedeutung

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

Zu dieser Kodierfrage wird zwischen Krankenhaus und Kostenträgern seit dem Jahr 2007 eine unterschiedliche Auffassung vertreten. Über diese Frage wurden mehrere Klageverfahren geführt.

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

Diese Kodierfrage betrifft in dem medizinischen Kontext unterschiedlichste Sachverhalte und eine Vielzahl von Krankenhäusern und ist daher nicht einzelfallbezogen.

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

Seitens der Kostenträger wurde die Abrechnung dieser Kodekombinationen durch das Krankenhaus wiederholt strittig gestellt. Es wurden seit dem Jahr 2007 16 Klageverfahren geführt, von denen zwei bis in die Berufungsinstanz geführt wurden.

Inwiefern ist die Frage abrechnungs- oder potentiell entgeltrelevant?

Es kommt wiederholt zu Abrechnungsstreitigkeiten. Der Streitwert ist unterschiedlich hoch, 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 wurde bisher noch nicht dazu befragt. Seitens des DIMDI gibt es eine Auskunft vom Juni 2010, darnach jedenfalls die Kombination von Z22.3 mit den Codes B95.-! bis B98.-! zulässig sein soll. Dieser Information des DIMDI wird seitens der Gerichte in den geführten Klageverfahren jedoch keine Rechtsverbindlichkeit beigemessen.

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

Es handelt sich um Auslegungsfragen zum Wortlaut der einzelnen Codes, zu denen es noch keine verbindlichen Regelungen gibt. Krankenhaus und Kostenträger vertreten hierzu unterschiedliche Auffassungen.

Erläuterung der grundsätzlichen Bedeutung

Inwiefern kann die Frage durch die Vertragsparteien geregelt werden?

Eine Regelung kann durch einen entsprechenden Beschluss des Schlichtungsausschusses erfolgen, indem der Anwendungsbereich der oben angeführten Kodekombinationen klargestellt wird.

Hintergrund

Es handelt sich um einen Rechtsstreit

Ja

Ja, zu diesen Kodierkonstellationen wurden mehrere Klageverfahren vor dem SG [Land] geführt. Außerdem wurden zwei Berufungsverfahren vor dem LSG [Land] geführt.

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

Ja

Es wurde für Fälle von 2007 bis 2012 nachträglich eine Konsenslösung zwischen Krankenhaus und dem zuständigen MD erzielt. Ab dem Jahr 2012 erfolgte jedoch die neuerliche Ablehnung dieser Kodierung durch den MD mit der gleichen Argumentation wie zuvor.
Mit dem hauptsächlich betroffenen Kostenträger, der [Krankenkasse], wurden zu einzelnen Fällen Vergleiche geschlossen. Eine Klärung der zugrunde liegenden Kodierproblematik und Kodierfragen konnte jedoch nicht erfolgen. Hierüber besteht nach wie vor Uneinigkeit.

Regelungsvorschlag mit Begründung

Regelungsvorschlag

Seitens des Schlichtungsausschusses wird folgender Beschluss gefasst:

„Sekundärkodes der Kategorien B95.-! bis B98.-! können im Falle einer Infektion einer offenen Wunde (z. B. Hautulkus) im Bereich der Haut und Unterhaut gemäß der DKR D012i in Kombination mit L08.8 als Primärkode verschlüsselt werden und im Falle einer Keimbesiedlung der offenen Wunde (z. B. Hautulkus) in Kombination mit Z22.3 als Primärkode, wenn die mit der Kodekombination abgebildete Infektion bzw. Keimbesiedlung die Voraussetzungen der DKR D002f oder D003I erfüllt sind.“

Begründung

Die Kombination mit L08.8 ist möglich, wenn eine lokale Infektion der Haut und der Unterhaut nachgewiesen ist. Die Codes B95.-! bis B98.-! sind für diesen Fall obligatorisch anzugeben. Dies ergibt sich aus dem klaren Wortlaut der DKR D012i, dort Tabelle 2.

Sofern der eindeutige Nachweis einer Infektion nicht gelingt, aber eine Keimbesiedlung nachgewiesen wird, ist die Kombination mit Z22.3 zulässig. Bei Z22.3 handelt es sich um eine Krankheit im klassifikatorischen Sinne. Dies wurde bereits seitens des DIMDI in seiner Auskunft vom Juni 2010 bestätigt. Der Aufwand für die Behandlung der Keimbesiedlung ist zudem ähnlich hoch wie für die Behandlung einer Infektion der offenen Wunde, zumal diese Behandlung oftmals gerade der Vermeidung einer Infektion dient und damit die gleiche diagnostische bzw. therapeutische Zielrichtung hat.