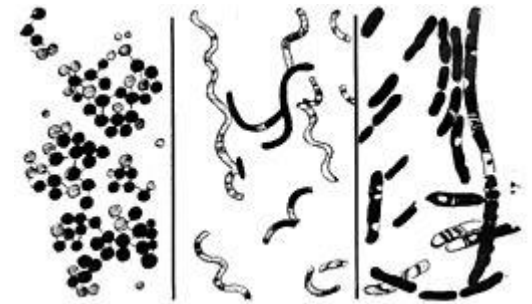


Infektionen





Fieber als Symptom

Fieber ist Symptom einer Erkrankung wird aber codiert, wenn ND Kriterien nach DKR erfüllt werden

Ausnahme:

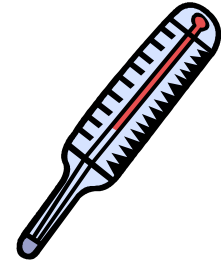
Fieber in der Aplasie

Da Fieber bei hämatologisch-onkologischen Patienten gemäß aktuellen Leitlinien immer therapiert wird, wird das Symptom „Fieber“ in diesem Fall nicht kodiert.



Fieber

- Körperkerntemperatur $\geq 38,3$ ° C
- Mindestens eine Stunde anhaltend
oder zweimal innerhalb 24 h gemessen





ICD 10 GM-2018

R50.2	Medikamenten induziertes Fieber
R50.80	Fieber unbekannter Ursache
R50.88	Sonstiges näher bezeichnetes Fieber
R50.9	Fieber nicht näher bezeichnet



Unklares Fieber – Behandlung der Verdachtsdiagnose Infektion

Kein Keim
Kein Fokus

Neben Kodierung des Symptoms Fieber
wird die Verdachtsdiagnose „Infektion“ kodiert,
wenn eine adäquate Therapie durchgeführt
wird

- A49.9 Bakterielle Infektion n.n. bez.
- B99 Bakterielle Infektionskrankheit n.n. bez.

DKR 2018 ...

D008b Verdachtsdiagnosen

Verdachtsdiagnosen im Sinne dieser Kodierrichtlinie sind Diagnosen, die **am Ende eines stationären Aufenthaltes** weder sicher bestätigt noch sicher ausgeschlossen sind.

Verdachtsdiagnosen werden unterschiedlich kodiert, abhängig davon, ob der Patient nach Hause entlassen oder in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde.

Entlassung nach Hause

Wenn Untersuchungen vorgenommen, aber **keine** Behandlung in Bezug auf die Verdachtsdiagnose eingeleitet wurde, ist/sind das/die **Symptom/e** zu kodieren (siehe Beispiel 1 und DKR D002 *Hauptdiagnose* (Seite 4)).

Wenn eine **Behandlung** eingeleitet wurde und die Untersuchungsergebnisse nicht eindeutig waren, ist die **Verdachtsdiagnose** zu kodieren.



der Behandlungserfolg ist dabei irrelevant



Infektion ...

Keim bekannt
Kein Fokus

Bakteriämie

- A49.* - bakterielle Infektion, n.n. bez. Lokalisation
oder
- Sonstige Infektionscodes für definierte (Erreger), n.n. bez. Lokalisation

+

- B95 – B98 für Erreger (sofern nicht schon in Bezeichnung des ICD Code für die Infektionskrankheit enthalten)

+

- Ggf. U80- U85 bei Resistenzen

+

- Ggf. weitere ICD für besondere Situationen z.B. D70.* Aplasie/ Neutropenie



DKR 2017

0103f Bakteriämie, Sepsis, SIRS und Neutropenie Bakteriämie

Eine **Bakteriämie** 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.
Sie ist nicht mit einem Sepsis-Kode (siehe Tabelle 1) zu verschlüsseln.



Eine Ausnahme hiervon stellt die Meningokokken-Bakteriämie dar,
die mit *A39.4 Meningokokkensepsis, nicht näher bezeichnet* zu
verschlüsseln ist.

MRE

multiresistente

Erreger



Differenzierte Kodierung möglich !
(2017 überarbeitet!)



Kode-Suche in ICD-10-GM
Version 2019

Dreisteller-Eingabe:

 OKI

Übersicht über die Kapitel

Kapitelvorspann

Kapitelgliederung

Vorige Gruppe

Nächste Gruppe

Ergänzende Informationen

ICD-10-GM Version 2019

Kapitel XXII

Schlüsselnummern für besondere Zwecke
(U00-U99)

Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika (U80-U85)

Hinw.: Die folgenden Schlüsselnummern sind zu benutzen, wenn der jeweilige Erreger gegen bestimmte Substanzgruppen resistent ist oder eine Multiresistenz aufweist.

U80.-! Grampositive Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern

U80.0-! *Staphylococcus aureus* mit Resistenz gegen Oxacillin, Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone

Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Methicillin

U80.00! *Staphylococcus aureus* mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA]

Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin und ggf. gegen Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone

U80.01! *Staphylococcus aureus* mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone und ohne Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin

U80.1-! *Streptococcus pneumoniae* mit Resistenz gegen Penicillin, Oxacillin, Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine

U80.10! *Streptococcus pneumoniae* mit Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin

Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin und ggf. gegen Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine

U80.11! *Streptococcus pneumoniae* mit Resistenz gegen Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine und ohne Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin

U80.2-! *Enterococcus faecalis* mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika oder Oxazolidinone oder mit High-Level-Aminoglykosid-Resistenz

U80.20! *Enterococcus faecalis* mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika

Enterococcus faecalis mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika und gegen Oxazolidinone oder Streptogramine



Was bedeutet MRGN?

Zur Vereinfachung hat die KRINKO eine einheitliche Bezeichnung für multiresistente gramnegative Stäbchenbakterien vorgeschlagen, die die klinische Relevanz des Phänomens mit einbezieht. Berücksichtigt sind deshalb nur Resistenzen gegenüber Antibiotika, die zum Einsatz bei schwerkranken Patienten kommen.

Unabhängig vom zu Grunde liegenden Resistenzmechanismus werden bezeichnet:

multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 3 der 4 Antibiotikagruppen als 3MRGN und multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 4 der 4 Antibiotikaklassen als 4 MRGN.

U81.-1 Gramnegative Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern

Hinw.: Die Einstufung der Resistenz bei multiresistenten gramnegativen Erregern (MRGN) erfolgt gemäß den Empfehlungen der KRINKO, abgedruckt in: Bundesgesundheitsblatt 2012, 55: 1311-1354 bzw. in: Epidemiologisches Bulletin 2013: 423 (2MRGN NeoPäd).

U81.0-1 Enterobakterien mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd

Hinw.: Die Codes U81.0- sind nur bei Patienten bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres anwendbar.

- U81.00! Escherichia coli mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd
- U81.01! Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd
- U81.02! Klebsiella oxytoca mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd
- U81.03! Sonstige Klebsiellen mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd
- U81.04! Enterobacter-cloacae-Komplex mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd
- U81.05! Citrobacter-freundii-Komplex mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd
- U81.06! Serratia marcescens mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd
- U81.07! Proteus mirabilis mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd
- U81.08! Sonstige Enterobakterien mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd

U81.1-1 Pseudomonas und Acinetobacter mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd

Hinw.: Die Codes U81.1- sind nur bei Patienten bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres anwendbar.

- U81.10! Pseudomonas aeruginosa mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd
- U81.11! Acinetobacter-baumannii-Gruppe mit Multiresistenz 2MRGN NeoPäd

U81.2-1 Enterobakterien mit Multiresistenz 3MRGN

- U81.20! Escherichia coli mit Multiresistenz 3MRGN
- U81.21! Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 3MRGN
- U81.22! Klebsiella oxytoca mit Multiresistenz 3MRGN
- U81.23! Sonstige Klebsiellen mit Multiresistenz 3MRGN
- U81.24! Enterobacter-cloacae-Komplex mit Multiresistenz 3MRGN
- U81.25! Citrobacter-freundii-Komplex mit Multiresistenz 3MRGN
- U81.26! Serratia marcescens mit Multiresistenz 3MRGN
- U81.27! Proteus mirabilis mit Multiresistenz 3MRGN
- U81.28! Sonstige Enterobakterien mit Multiresistenz 3MRGN

U81.3-1 Pseudomonas und Acinetobacter mit Multiresistenz 3MRGN

- U81.30! Pseudomonas aeruginosa mit Multiresistenz 3MRGN
- U81.31! Acinetobacter-baumannii-Gruppe mit Multiresistenz 3MRGN

U81.4-1 Enterobakterien mit Multiresistenz 4MRGN

- U81.40! Escherichia coli mit Multiresistenz 4MRGN
- U81.41! Klebsiella pneumoniae mit Multiresistenz 4MRGN
- U81.42! Klebsiella oxytoca mit Multiresistenz 4MRGN
- U81.43! Sonstige Klebsiellen mit Multiresistenz 4MRGN
- U81.44! Enterobacter-cloacae-Komplex mit Multiresistenz 4MRGN



Beispiel

69 jähriger Patient mit Coxarthrose

→ Hüft TEP Implantation

Temperatur und deutliche CRP Erhöhung postop., problemlose Wundheilung

Nachweis eines Staphylokokkus aureus in der Blutkultur

→ Antibiose

→ Infekt Fokus bleibt aber unklar



A49.- Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation

Exkl.: Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln aufgeführt sind ([B95-B96](#))

Chlamydieninfektion o.n.A. ([A74.9](#))

Meningokokkeninfektion o.n.A. ([A39.9](#))

Rickettsieninfektion o.n.A. ([A79.9](#))

Spirochäteninfektion o.n.A. ([A69.9](#))

A49.0 Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation

A49.1 Streptokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation

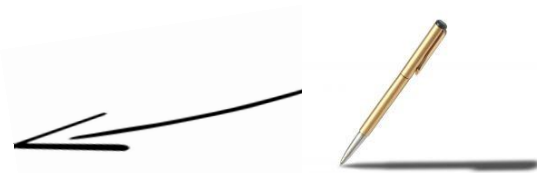
A49.2 Infektion durch Haemophilus influenzae nicht näher bezeichneter Lokalisation

A49.3 Mykoplasmeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation

A49.8 Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation

A49.9 Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet

Bakteriämie o.n.A.





Infektion.....

Keim bekannt
Fokus bekannt

- A00 – B89 Infektionskrankheit
- ggfs. Organbezogene Infektionserkrankung

Kodierung so
Spezifisch
wie möglich !

+

- B95 – B98 Erreger
- falls nicht schon in ICD Code für die Infektionskrankheit
enthalten

+

- Ggf. U80- U85 bei Resistenzen

+

- Ggf. weitere ICD für besondere Situationen z.B.
D70.* Aplasie/ Neutropenie



Kapitel I

Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten

(A00-B99)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

- [A00-A09](#) Infektiöse Darmkrankheiten
- [A15-A19](#) Tuberkulose
- [A20-A28](#) Bestimmte bakterielle Zoonosen
- [A30-A49](#) Sonstige bakterielle Krankheiten
- [A50-A64](#) Infektionen, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden
- [A65-A69](#) Sonstige Spirochätenkrankheiten
- [A70-A74](#) Sonstige Krankheiten durch Chlamydien
- [A75-A79](#) Rickettsiosen
- [A80-A89](#) Virusinfektionen des Zentralnervensystems
- [A90-A99](#) Durch Arthropoden übertragene Viruskrankheiten und virale hämorrhagische Fieber
- [B00-B09](#) Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind
- [B15-B19](#) Virushepatitis
- [B20-B24](#) HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
- [B25-B34](#) Sonstige Viruskrankheiten
- [B35-B49](#) Mykosen
- [B50-B64](#) Protozoenkrankheiten
- [B65-B83](#) Helminthosen
- [B85-B89](#) Pedikuloose [Läusebefall], Akarinoase [Milbenbefall] und sonstiger Parasitenbefall der Haut
- [B90-B94](#) Folgezustände von infektiösen und parasitären Krankheiten
- [B95-B98](#) Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
- [B99-B99](#) Sonstige Infektionskrankheiten



J15.- Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert

Inkl.: Bronchopneumonie durch andere Bakterien als Streptococcus pneumoniae und Haemophilus influenzae

Benutze für Zwecke der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V eine zusätzliche Schlüsselnummer (U69.00!), um das Vorliegen einer im Krankenhaus erworbenen und vollstationär behandelten Pneumonie bei erwachsenen Patienten (18 Jahre und älter) anzugeben.

Exkl.: Angeborene Pneumonie (P23.-)
Legionärskrankheit (A48.1)
Pneumonie durch Chlamydien (J16.0)



Kodierung so
Spezifisch
wie möglich !



Beispiele für Infektionscodes mit Organbezug

- J15.0 Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae
- J15.1 Pneumonie durch Pseudomonas
- J15.2 Pneumonie durch Staphylokokken
- J15.3 Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B
- J15.4 Pneumonie durch sonstige Streptokokken
 - Exkl.:** Pneumonie durch:
 - Streptokokken der Gruppe B (J15.3)
 - Streptococcus pneumoniae (J13)
- J15.5 Pneumonie durch Escherichia coli
- J15.6 Pneumonie durch andere aerobe gramnegative Bakterien
 - Pneumonie durch Serratia marcescens
- J15.7 Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae
- J15.8 Sonstige bakterielle Pneumonie
- J15.9 Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet

M00.- Eitrige Arthritis

[Schlüsselnummer der Lokalisation siehe am Kapitelanfang]

M00.0- Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken

[5. Stelle: 0-9]

M00.1- Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken

[5. Stelle: 0-9]

M00.2- Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken

[5. Stelle: 0-9]

M00.8- Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger

[5. Stelle: 0-9]

Soll der Infektionserreger angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (B95-B98) zu benutzen.

M00.9- Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet

[5. Stelle: 0-9]

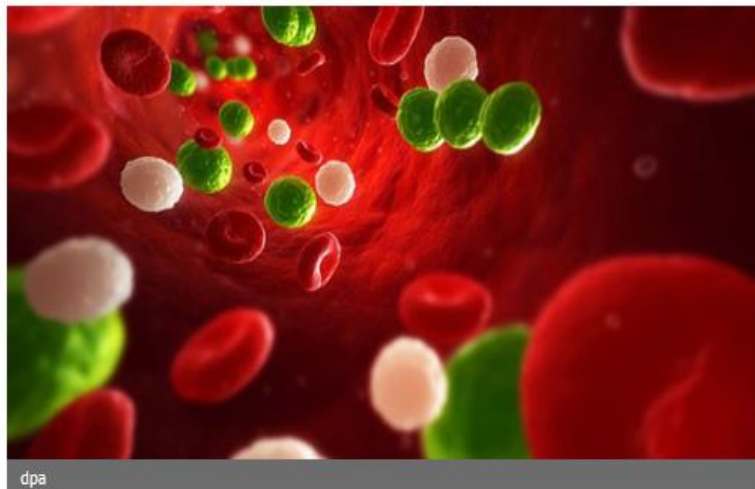
Infektiöse Arthritis o.n.A.



Medizin

Sepsis-3: Neue Definition stellt Organversagen in den Mittelpunkt

Mittwoch, 24. Februar 2016



dpa

New York – Eine internationale Task Force hat im Auftrag der beiden führenden Fachgesellschaften die Definition der Sepsis überarbeitet. Im Zentrum steht jetzt der SOFA-Score, der das Organversagen in den Mittelpunkt rückt. Die SIRS-Kriterien zu der systemischen Entzündungsreaktion des Körpers wurden gestrichen. Ein qSOFA-Score soll ein Screening ohne Labortests erleichtern.

Die Sepsis wird jetzt als „lebensbedrohliche Organdysfunktion aufgrund einer fehlregulierten Körperantwort auf eine Infektion“ definiert. Die wichtigste prinzipielle Veränderung ist der Verzicht auf die SIRS-Kriterien. Die SIRS-Kriterien seien zu unspezifisch und von geringem klinischen Nutzen, schreibt das Team um Clifford Deutschman vom Feinstein Institute for Medical Research in New York.

Die SIRS-Kriterien seien auch bei einfachen nicht-komplizierten Infektionen erfüllt, heißt es in einer Stellungnahme der European Society of Intensive Care Medicine. Auch nicht-infektiöse Trigger (zum Beispiel ein Trauma, eine Pankreatitis, oder bei Patienten nach Reanimation eines Herzstillstands) würden sie erfüllen. Andererseits können die SIRS-Kriterien bei kritisch kranken Patienten mit offensichtlichen Anzeichen einer lebensbedrohlichen Infektion fehlen.



DGIIN

Deutsche Gesellschaft für
Internistische Intensivmedizin
und Notfallmedizin

Aktuelle News und Infos:
www.facebook.com/DGIIN



[Über die DGIIN](#) [Aktuelles](#) [Veranstaltungen](#) [Pflege](#) [Patienten](#) [Mediathek](#) [Mitglieder](#)

Neue Definition der Sepsis und des septischen Schocks

12:00 08.03.2016

Wir stellen Ihnen als Gesellschaft die komprimierte Übersetzung dieser Definition zur Verfügung.

Ebenfalls haben wir diese komprimierte Zusammenfassung auf den [YouTube Kanal der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin](#) gestellt.



Neue Definition der Sepsis (1,3 MiB)



Dritte Internationale Konsensus Definition der Sepsis und des septischen Schocks (Sepsis-3)
M Singer et al. JAMA 2016;315:801

Sepsis wird definiert als lebensbedrohliche Organdysfunktion, die durch eine fehlregulierte Wirtsantwort auf eine Infektion hervorgerufen wird.

DGIIN
Deutsche Gesellschaft für
Internistische Intensivmedizin
und Notfallmedizin

Dritte Internationale Konsensus Definition der Sepsis und des septischen Schocks (Sepsis-3)
M Singer et al. JAMA 2016;315:801

Organdysfunktion ist definiert als eine akute Veränderung des SOFA Scores ≥ 2 Punkte als Folge der Infektion

- Der Ausgangs SOFA Score kann bei Patienten ohne vorbekannte Organdysfunktion als Null angenommen werden
- Ein SOFA Score ≥ 2 reflektiert eine Sterblichkeit $\geq 10\%$ in einer allgemeinen Krankenhauspopulation mit Verdacht auf eine Infektion.
- Auch Patienten, die sich mit einer nur leichten Organdysfunktion vorstellen können sich im Weiteren verschlechtern. Das verdeutlicht die Gefahr einer Sepsis und die Notwendigkeit einer prompten und adäquaten Intervention, wenn diese nicht bereits eingeleitet wurde

DGIIN
Deutsche Gesellschaft für
Internistische Intensivmedizin
und Notfallmedizin

SOFA Score

nach JL Vincent et al. Int Care Med 1996;22:707

System	0	1	2	3	4
Respiration PaO ₂ /FiO ₂ , mmHg (kPa)	≥400 (53,3)	<400 (53,3)	<300 (40)	Beatmung <200 (26,7)	Beatmung <100 (13,3)
Gerinnung Thrombozyten, x 10 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)	>12,0 (>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) Urinausscheidung, ml/Tag	<1,2 (<110)	1,2-1,9 (110-170)	2,0-3,4 (171-299)	3,5-4,9 (300-400) <500	>5,0 (>440) <200

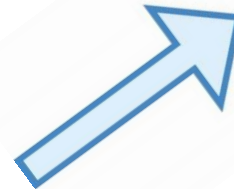


Für die Kodierung ist die bisher definierten Sepsis Kriterien (SIRS) bis auf weiteres maßgeblich

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kodierfragen>



Das DIMDI Klas



Kodierfragen zur ICD-10-GM

[Home](#) ▶ [Klassifikationen](#) ▶ [ICD](#) ▶ [ICD-10-GM](#) ▶ [Kodierfragen zur ICD-10-GM](#)

Was versteht man unter SIRS - Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom? (ICD-10-GM Nr. 1007)

seit ICD-10-GM 2016

Die ab dem 01.01.2007 gültige Definition von SIRS der DIVI und DSG (s. Link) gilt bis auf Weiteres unverändert für die Anwendung der Klassifikation.



SIRS/ SEPSIS

Definitionen

Die erste internationale Sepsis-Definition wurde 1992 veröffentlicht. Sie basiert auf dem gleichzeitigen Vorliegen einer vermuteten oder bestätigten Infektion und zumindest zwei von vier Kriterien für ein „Systemic Inflammatory Response Syndrome“ (SIRS).

Quelle: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/65831/>



SIRS/ SEPSIS

Definitionen

- Was versteht man im DRG-Sinne (lt. Kodierregelwerk) unter Sepsis und SIRS ?

- **Fachgesellschaften**
- **Deutsche Kodierrichtlinien**
- **ICD10 Katalog**
- **DIMDI FAQ**
- **Kodierempfehlungen FOKA/MDK**



- Startseite**
- Das DIMDI**
- Arzneimittel**
- Datenbankrecherche**
- HTA**
- Klassifikationen, Terminologien, Standards**
- Aktuelles**
- Downloadcenter**
- Alpha-ID**
- ATC/DDD**
- EDMA IVD Classification**
- ICD-10-GM**
- ICD-10-WHO**
- ICD-O-3**
- ICF**
- LOINC/RELMA**
- MeSH, UMLS**
- OID**
- OPS**
- UCUM**
- UMDNS**
- Kooperationen**
- Iris-Institut**
- FAQ**
- Medizinprodukte**
- Versorgungsdaten**

English | Leichte Sprache Presse | Kontakt Suche: Suchbegriff eingeben los

Ihre Position: [Startseite](#) » [Klassifikationen, Terminologien, Standards](#) » [FAQ](#) 

FAQ-Center Klassifikationen: ICD-10

Hier finden Sie Antworten zu häufig gestellten Fragen zur ICD-10.

Zum **Durchsuchen der FAQs zu ICD-10 und OPS** öffnen Sie bitte die erweiterte DIMDI-Website-Suche durch Klick auf "Los" und wählen Sie unter "Suchen in" den Suchbereich "FAQs ICD-10 und OPS".

[Suchtipps zu den FAQs zu ICD-10 und OPS](#)

Haben Sie darüber hinaus noch Fragen oder Anregungen? Dann wenden Sie sich an uns:

Tel.: +49 221 4724-524

E-Mail: [Klassifikationen](#) 

Pfad: [FAQ Klassifikationen](#) » [ICD-10](#) » [ICD-10-GM](#)
[zur Übersicht](#)

Was versteht man unter **SIRS - Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom?** (FAQ Nr. 1007)

seit ICD-10-GM 2007

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und die Deutsche Sepsis-Gesellschaft (DSG) haben die Definition von SIRS bzw. von dessen Organkomplikationen geändert. Die Änderungen wurden notwendig aufgrund der Erfahrungen mit der bisherigen Definition in Verbindung mit den 2005 in die ICD-10-GM eingeführten Schlüsselnummern unter R65.-I.

Auf der Internetseite der Deutschen Sepsis-Gesellschaft finden Sie unter "Krankheitsbild Sepsis" - "Informationen für Mediziner" Links zu der neuen SIRS-Definition ("Kriterienkatalog DSG") und zur Begründung der Änderungen ("Kodierrichtlinien"). Die neue Definition finden Sie als Kopie auch über den unten angegebenen Link auf unserer Website.

Wie Sie den dort beschriebenen neuen Kriterien entnehmen können, sind diese ausschließlich auf Patienten ab dem vollendeten 16. Lebensjahr (16 Jahre und älter) anwendbar. Da in der ICD-10-GM 2007 selbst keine Kriterien für die Definition des SIRS bei Patienten unter 16 Jahren festgelegt sind und seitens der Fachgesellschaften zurzeit keine operationalisierbaren Kriterien für Patienten dieser Altersgruppe zur Verfügung gestellt werden können, obliegt es dem jeweiligen Arzt, ein SIRS zu diagnostizieren und entsprechend zu verschlüsseln.

Ergänzende Informationen auf unserer Website:

- [Ab 01.01.2007 gültige Definition von SIRS der DIVI und DSG \(PDF, 26 kB\)](#)

Weitere Informationen im Web:

- [Deutsche Sepsis-Gesellschaft e.V.](#)

ServiceLinks

- Aktuelles
- Newsletter abonnieren
- Downloadcenter
- DIMDI Webshop
- FAQ
- Ansprechpartner/-innen

Quicklinks

- [ICD-10-GM Vorabfassung 2015](#)
- [ICD-10-GM 2014](#)
- [OPS Vorabfassung 2015](#)
- [OPS 2014](#)
- [ICD-10-WHO 2013](#)
- [ICD-O-3 Erste Revision](#)
- [ICD und OPS: alle Versionen](#)
- [ICF](#)
- [Basiswissen Kodieren \(PDF, 530 kB\)](#)
- [Todesursachen-Flyer \(PDF, 145 kB\)](#)



Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge der Sepsis

1. Revision der S-2k Leitlinien der Deutschen Sepsis-Gesellschaft e.V. (DSG) und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)

K. Reinhardt* (1), F.M. Brunkhorst* (1), H.-G. Bone (2), J. Bardutzky (3), C.-E. Dempf Forst (5), P. Gastmeier (6), H. Gerlach (7), M. Grudnig (8), S. John (9), W. Kern (10), Krüger (12), P. Kujath (13), G. Marggraf (14), J. Martin (15), K. Mayer (16), A. Meier Oppert (18), C. Putensen (19), M. Quintel (20), M. Ragaller (21), R. Rossaint (22), H. Seifrieder (25), N. Weiler (26), A. Weimann (27), K. Werdan (28) und T. W.

- (1) Universitätsklinikum Jena der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
- (2) Knappschaftskrankenhaus Recklinghausen, Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
- (3) Universitätsklinikum Erlangen, Neurologische Klinik
- (4) Universitätsklinikum Mannheim, I. Medizinische Klinik
- (5) Klinikum Augsburg, Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
- (6) Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Hygiene und Umweltmedizin
- (7) Vivantes Klinikum Neukölln, Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
- (8) Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
- (9) Universität Erlangen-Nürnberg, Medizinische Klinik 4
- (10) Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Infektiologie
- (11) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Intensivmedizin
- (12) Klinikum Konstanz, Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
- (13) Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Klinik für Chirurgie
- (14) Universitätsklinikum Essen, Klinik für Thorax- und kardiovaskuläre Chirurgie
- (15) Klinik am Eichen Göttingen, Klinik für Anästhesiologie
- (16) Justus-Liebig-Universität Gießen, Medizinische Klinik II
- (17) HELIOS Klinikum Erfurt GmbH, Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
- (18) Charité - Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Nephrologie und Intensivmedizin
- (19) Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
- (20) Universitätsklinikum Göttingen, Zentrum Anästhesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin
- (21) Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, Klinik für Anästhesiologie
- (22) Universitätsklinikum der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen, Klinik für Anästhesie
- (23) Klinikum der Universität zu Köln, Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene
- (24) Charité - Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
- (25) Inselspital Bern, Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie
- (26) Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin
- (27) Klinikum St. Georg GmbH Leipzig, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
- (28) Klinikum der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie
- (29) Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Pneumologie

unter Mitwirkung der folgenden Medizinisch-Wissenschaftlichen Fachgesellschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh; [P.K.]), Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (DGAR; [R.R.]), Deutsche Gesellschaft für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie (DGHTG; [G.M.]), Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI; [T.W.]), Deutsche Gesellschaft für Beatmungsmedizin (DGP; [T.W.]), Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM; [A.W.]), Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGN; [J.B.]), Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK; [K.W.]), Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG; [K.W.]), Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI; [W.K.]), Nationale Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ; [P.G.]), Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGN; [J.B.]), Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie e.V. (DGHM; [H.S.]), Deutsche Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin (DGLK), Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNCh), Paulsen-Institut für Palliativmedizin und Schmerztherapie e.V. (PEG).

und Selbsthilfegruppen:

Deutsche Sepsis-Hilfe e.V. (DSH; [F.M.B.])

Verabschiedet von den Vorständen der beteiligten Fachgesellschaften am 15.12.2016

Gemäß der Evidenzgrade können für eine bestimmte Fragestellung Empfehlungen mit folgendem Empfehlungsgrad ausgesprochen werden³:

Empfehlungsgrad	Studienlage
A	Mindest 2 Studien mit Evidenzgrad I
B	Eine Studie mit Evidenzgrad I oder Evidenzgrad II
C	Nur Studien mit Evidenzgrad II
D	Mindest Zwei Studien mit Evidenzgrad III
E	Level IV oder Evidenzgrad V

Es wird der Evidenzgrad der Studie benannt, die zu dem entsprechenden Empfehlungsgrad geführt hat. Das Expertenkomitee kann per Abstimmung entscheiden, den Empfehlungsgrad um eine Stufe auf- bzw. abzuwerten. Die Umwertung muss begründet werden (s. ausführlicher Methodenreport).

3. Sepsisdefinition und -diagnose

Vorbemerkung: Sepsis ist eine komplexe systemische inflammatorische Wirtsreaktion auf eine Infektion. Es gibt derzeit keinen Parameter, der allein zur Diagnose der Sepsis führen kann. Schwere Sepsis und septischer Schock definieren ein Krankheitskontinuum, über eine Kombination aus Vitalparametern, Laborwerten, hämodynamischen Daten und Organfunktionen definiert wird. Eine Bakteriämie findet sich in Abhängigkeit von der Schwere der Infektion nur bei durchschnittlich 30% von Patienten mit schwerer Sepsis oder septischem Schock^{4,5}. Insgesamt kann in ca. 30% kein mikrobiologisch gesicherter Infektionsnachweis geführt werden, obwohl eine Infektion nach klinischen Kriterien wahrscheinlich ist^{6,10}. Die Interpretation mikrobiologischer Befunde ist bei kritisch kranken Patienten häufig problematisch, da häufig Mikroorganismen nachgewiesen werden, die lediglich einer Kolonisation entsprechen können. Kritisch kranke Patienten weisen häufig ein SIRS und multiple Organ dysfunktionen auf, der kausale Zusammenhang mit der Infektion ist daher oft nicht sicher nachzuweisen.

- Es wird **empfohlen**, die Sepsiskriterien des deutschen Kompetenznetzwerkes (SepNet)¹¹ für die klinische Diagnose schwerer Sepsis bzw. des septischen Schocks zu verwenden.

→ **Empfehlung Grad E** (Evidenzgrad V: Expertenmeinung)

Kommentar: Unter Verwendung dieser diagnostischen Kriterien (Tabelle 1) wurde auf deutschen Intensivstationen eine Prävalenz der schweren Sepsis und des septischen Schocks von 11% und Krankenhausessterblichkeit von 55% beobachtet [10]. Diese Kriterien weichen erheblich von den mikrobiologisch orientierten Kriterien der Centers for Disease Control (CDC)¹² ab, werden jedoch seit 2005 in der deutschen Version der International Classification of Diseases (ICD) und ab 2011 auch weltweit verwendet (www.dmdt.de, s. Anhang).

- Der frühzeitige Nachweis von Procalcitonin (PCT) im Serum ist ein Ausschluss einer schweren Sepsis bzw. zur Sicherung der Diagnose **empfohlen**.

→ **Empfehlung Grad C** (Evidenzgrad IIb für¹³)

Kommentar: Bei Procalcitoninkonzentrationen von <0,5 ng/ml im Serum ist eine schwere Sepsis oder ein septischer Schock unwahrscheinlich einem Schwellenwert von 2,0 ng/ml hochwahrscheinlich^{13,16}. Dabei ist

Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge der Sepsis
Empfehlungen der Deutschen Sepsis-Gesellschaft e.V.

beachten, dass operatives Trauma und andere Ursachen zu einer transienten Procalcitonin (PCT)-Erhöhung führen können¹⁷.

- Um die Dauer einer antimikrobiellen Behandlung zu verkürzen, können Procalcitonin (PCT)-Verlaufsmessungen **erwogen** werden.

→ **Empfehlung Grad C** (Evidenzgrad IIb für¹⁸)

Kommentar: In einer randomisierten Studie konnte erstmalig nachgewiesen werden, dass die Dauer der Antibiotikatherapie bei Patienten mit schwerer Sepsis durch Verwendung von Procalcitonin (PCT) im Vergleich zu einer routinemässigen klinischen Entscheidungsfindung um 3,5 Tage (median) gefahrlos reduziert werden kann. Die Fallzahl war mit lediglich 70 Patienten allerdings gering¹⁸. Studien mit größerer Fallzahl werden gegenwärtig hierzu durchgeführt bzw. werden in 2010 publiziert.

I. Nachweis der Infektion

Diagnose einer Infektion über den mikrobiologischen Nachweis oder durch klinische Kriterien

II. Systemic inflammatory host response (SIRS) (mind. 2 Kriterien)

- Fieber ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) oder Hypothermie ($\leq 36^{\circ}\text{C}$) bestätigt durch eine rektale oder intravasale oder –vesikale Messung
- Tachykardie: Herzfrequenz ≥ 90 /min
- Tachypnoe (Frequenz ≥ 20 /min) o. Hyperventilation ($\text{PaCO}_2 \leq 4,3 \text{ kPa} \leq 33 \text{ mmHg}$)
- Leukozytose ($\geq 12000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($\leq 4000/\text{mm}^3$) oder $\geq 10\%$ unreife Neutrophile im Differentialblutbild

III. Akute Organ dysfunktion (mind. 1 Kriterium)

- Akute Enzephalopathie: eingeschränkte Vigilanz, Desorientiertheit, Unruhe, Delirium.
- Relative oder absolute Thrombozytopenie: Abfall der Thrombozyten um mehr als 30% innerhalb von 24 Stunden oder Thrombozytenzahl $\leq 100.000/\text{mm}^3$. Eine Thrombozytopenie durch akute Blutung oder immunologische Ursachen muss ausgeschlossen sein.
- Arterielle Hypoxämie: $\text{PaO}_2 \leq 10 \text{ kPa} (\leq 75 \text{ mmHg})$ unter Raumluft oder ein $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ -Verhältnis von $\leq 33 \text{ kPa} (\leq 250 \text{ mmHg})$ unter Sauerstoffapplikation. Eine manifeste Herz- oder Lungenerkrankung muss als Ursache der Hypoxämie ausgeschlossen sein.
- Renale Dysfunktion: Eine Diurese von $\leq 0,5 \text{ ml/kg/h}$ für wenigstens 2 Stunden trotz ausreichender Volumensubstitution und/oder ein Anstieg des Serumkreatinins $> 2 \times$ oberhalb des lokal üblichen Referenzbereiches.
- Metabolische Azidose: Base Excess $\leq -5 \text{ mmol/l}$ oder eine Laktatkonzentration $> 1,5 \times$ oberhalb des lokal üblichen Referenzbereiches.

Sepsis: Kriterien I und II

Schwere Sepsis: Kriterien I, II und III

Septischer Schock: Kriterien I und II sowie für wenigstens 1 Stunde ein systolischer arterieller Blutdruck ≤ 90 mmHg bzw. ein mittlerer arterieller Blutdruck ≤ 65 mmHg oder notwendiger Vasopressoreinsatz, um den systolischen arteriellen Blutdruck ≥ 90 mmHg oder den arteriellen Mitteldruck ≥ 65 mmHg zu halten. Die Hypotonie besteht trotz adäquater Volumengabe und ist nicht durch andere Ursachen zu erklären.

Tabelle 1: Diagnosekriterien für Sepsis, schwere Sepsis und septischen Schock (mod. nach¹⁵) entsprechend den ACCP/SCCM Konsensus-Konferenz Kriterien¹¹.

SIRS – systemisches inflammatorisches Syndrom



Definition:

- Körpertemperatur $\geq 38^{\circ}$ C oder $\leq 36^{\circ}$ C
- Herzfrequenz ≥ 90 / Min.
- Atemfrequenz ≥ 20 / Min. oder
pCO₂ ≤ 33 / mmHG (4,3 kPa)
- Leukocyten ≥ 12 /nl oder
 ≤ 4 / nl oder 10% unreife Neutrophile

SIRS – systemisches inflammatorisches Syndrom



Akute entzündliche Reaktion
unabhängig von der auslösenden
Ursache

→ „Abwehrkaskade“ des Körpers,
ausgelöst durch Infektionen aber
auch nichtinfektiöse Stimuli wie
z.B. Trauma, hypovolämischer
Schock, HLM OP ... etc

Min.

reife

SIRS – systemisches inflammatorisches Syndrom



R65.-! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]

Hinw.: Kodiere zunächst die Sepsis oder die ein SIRS nichtinfektiöser Genese auslösende Grundkrankheit. Zur Verwendung dieser Schlüsselnummern sind in der stationären Versorgung die Deutschen Kodierrichtlinien zu beachten.

Soll das Vorliegen von Organkomplikationen angegeben werden, sind zusätzliche Schlüsselnummern zu benutzen.

R65.2! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen

SIRS nichtinfektiöser Genese o.n.A.

R65.3! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen



SIRS Codes –
Patienten müssen
mindestens 16 Jahre alt sein





SIRS Codes –
Patienten müssen
mindestens 16 Jahre alt sein



· Verschlüsselung von Sepsis bei Kleinkindern


Der 5. Senat des LSG Baden-Württemberg hat am 17.05.2017 entschieden, die sog. SIRS-Kriterien seien bei der Verschlüsselung einer Sepsis im Kindesalter (<16 Jahre) nicht anzuwenden. Auch die von Goldstein et al. entwickelten und international konsentierten Kriterien zur Definition einer Sepsis im Kindesalter seien nicht alleine maßgeblich. Es komme vielmehr auf den „klinischen Gesamteindruck“ an. Die rechtskräftige, aus unserer Sicht wenig überzeugende Entscheidung dürfte bis zur Abfassung einer S3-Leitlinie zur Definition der Sepsis im Kindesalter weitere Abrechnungsstreite vorprogrammieren.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth, Stuttgart

SEPSIS

SEPSIS ist eine Untergruppe der SIRS mit der auslösenden Noxe – Mikroorganismus (Delinger et al. 2008)



 Eine SEPSIS wird kodiert, wenn zusätzlich zu den Kriterien der SIRS infektiöser Genese der **Nachweis oder der Verdacht** auf eine Infektion besteht

Dabei ist zunächst ein Kode für die Sepsis oder die ein SIRS nichtinfektiöser Genese auslösende Grundkrankheit anzugeben, gefolgt von einem Kode aus R65.–! *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]*. Zur Angabe von Organkomplikationen, Erregern und deren Resistenzlage sind zusätzliche Schlüsselnummern zu verwenden.

SIRS infektiöser Genese ohne/ mit Organkomplikationen

Der Nachweis der nachfolgenden Kriterien (einschließlich derjenigen der Organkomplikationen) muss im Einzelfall unter Würdigung ggf. anderer, gleichzeitig bestehender Krankheitszustände bewertet werden.

Die jeweiligen Kriterien eines SIRS **infektiöser** Genese ohne Organkomplikation(en) (Sepsis) sowie derjenigen eines SIRS **infektiöser** Genese mit Organkomplikation(en) (schwere Sepsis) müssen maßgeblich durch die Infektion begründet sein. Dies gilt auch für die Kriterien der Organkomplikation(en) eines SIRS **infektiöser** Genese.

Voraussetzung für ein SIRS **infektiöser** Genese ist immer die Diagnose einer Infektion über den mikrobiologischen Nachweis oder durch klinische Kriterien.

Für das Vorliegen eines SIRS **infektiöser** Genese **ohne** Organkomplikation(en) müssen folgende Faktoren erfüllt sein:

Abnahme von mindestens 2 Blutkulturen (jeweils aerobes und anaerobes Pärchen)¹



Quelle:
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
Deutsche Sepsis Gesellschaft (DSG)



infektiöser Genese ohne Organkomplikationen

Kodierung mit ICD: **R65.0!**



Voraussetzung:



bei SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikationen
mindestens 2 Blutkulturpärchen abgenommen
wurden

und

bei **positiver Blutkultur mindestens 2 SIRS Kriterien**
erfüllt sind

oder

bei **negativer Blutkultur alle 4 SIRS Kriterien** erfüllt sind



SIRS - infektiöser Genese ohne Organkomplikationen



Kodierung mit ICD: **R65.0!**
Voraussetzung:

bei SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikationen
mindestens 2 Blutkulturpärchen abgenommen wurden

und

bei positiver Blutkultur mindestens 2 SIRS Kriterien erfüllt
sind

oder

bei negativer Blutkultur alle 4 SIRS Kriterien erfüllt sind

SIRS Kriterien:

- Körpertemperatur $\geq 38^{\circ}$ C oder $\leq 36^{\circ}$ C
- Herzfrequenz ≥ 90 / Min.
- Atemfrequenz ≥ 20 / Min. oder $pCO_2 \leq 33$ / mmHG. (4,3 kPa)
- Leukocyten ≥ 12 /nl oder ≤ 4 / nl oder 10% unreife Neutrophile





SIRS mit Organkomplikationen



„Schwere Sepsis“

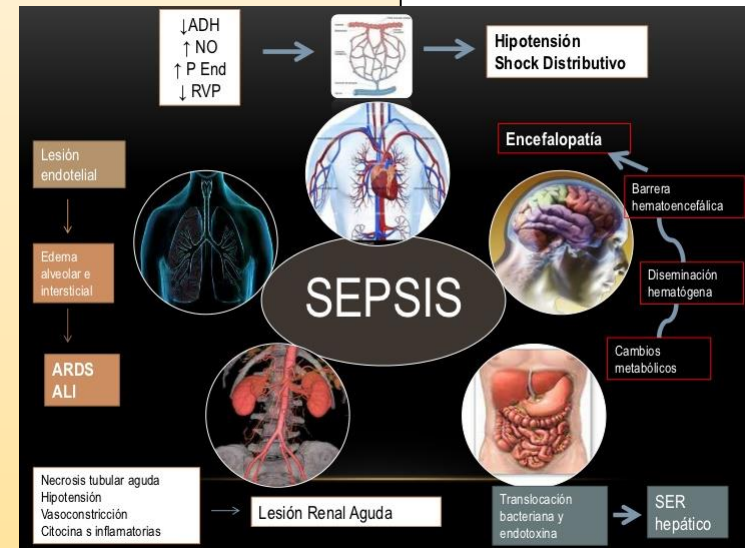
Bezüglich der Angabe von Organkomplikationen gilt, dass einer dieser Organfunktionsausfälle oder die Kombination aus mehreren Organfunktionsausfällen lebensbedrohlich ist





Organdysfunktionen/ Komplikationen bei SEPSIS

- Akute Enzephalopathie
- Thrombocytopenie
- Arterielle Hypoxämie
- Renale Dysfunktion
- Metabolische Azidose
- Hypotension/ septischer Schock



Bezüglich der Angabe von **Organkomplikationen** gilt, dass einer dieser Organfunktionsausfälle oder die Kombination aus mehreren Organfunktionsausfällen lebensbedrohlich ist:



- **Akute Enzephalopathie:**
Eingeschränkte Vigilanz, Desorientiertheit, Unruhe, Delirium
- **Arterielle Hypotension; Schock:**
Systolischer Blutdruck 90 mmHg od. weniger oder mittlerer arterieller Blutdruck 70 mmHg od. weniger für mind. 1 Stunde trotz adäquater Volumenzufuhr; andere Schockursachen ausgeschlossen.
oder
für wenigstens 2 Stunden systolischer arterieller Blutdruck bei mind. 90 mmHg bzw. mittlerer arterieller Blutdruck 70 mmHg od. weniger oder notwendiger Einsatz von Vasopressoren², um den systolischen arteriellen Blutdruck mind. 90 mmHg oder den arteriellen Mitteldruck mind. 70 mmHg zu halten. Die Hypotonie besteht trotz adäquater Volumengabe und ist nicht durch eine andere Schockform zu erklären.
- **Relative oder absolute Thrombozytopenie:**
Abfall der Thrombozyten um mehr als 30% innerhalb von 24 Stunden oder Thrombozytenzahl 100000/mm³ od. weniger. Eine Thrombozytopenie durch akute Blutung muss ausgeschlossen sein.
- **Arterielle Hypoxämie:**
PaO₂ 10 kPa od. weniger (75 mmHg od. weniger) unter Raumluft oder ein PaO₂/FiO₂-Verhältnis von 33 kPa od. weniger (250 mmHg od. weniger) unter Sauerstoffapplikation. Eine manifeste Herz- oder Lungenerkrankung muss als Ursache der Hypoxämie ausgeschlossen sein.
- **Renale Dysfunktion:**
Eine Diurese von 0.5 ml/kg/h od. weniger für wenigstens 2 Stunden trotz ausreichender Volumensubstitution und/oder ein Anstieg des Serumkreatinins auf mehr als 2x oberhalb des lokal üblichen Referenzbereiches.
- **Metabolische Azidose:**
Base Excess -5 mmol/l od. weniger oder eine Laktatkonzentration über 1,5x oberhalb des lokal üblichen Referenzbereiches.



Kodierung der SEPSIS

1. ICD -Code für die SEPSIS (so spezifisch wie möglich)
2. ICD- Code für die SIRS (R65.0! Bzw. R65.1!)

+ ggfs. ICD- Code für die Infektion

+ ggfs. ICD- Code für Resistenzen

+ ggfs. ICD- Code für Organkomplikationen

+ ggfs. ICD für Neutropenie etc.

SEPSIS – so spezifisch wie möglich kodieren

Auswahl

A02.1 Salmonellensepsis

A32.7 Listeriensepsis

A39.2 Akute Meningokokkensepsis

A39.3 Chronische Meningokokkensepsis

A39.4 Meningokokkensepsis, nicht näher bezeichnet
Meningokokken-Bakteriämie o.n.A.

A40.- Streptokokkensepsis

A41.- Sonstige Sepsis

B00.7 Disseminierte Herpesvirus-Krankheit
Sepsis durch Herpesviren

B37.7 Candida-Sepsis





Bedeutung der SEPSIS im DRG System

- spezifische SEPSIS DRG
- hohe CCL Relevanz der Sepsis Codes

Sepsis DRG



DRG	Parti- tion	Bezeichnung ⁶⁾
1	2	3

MDC 18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten

T01A	O	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte
T01B	O	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten oh. best. komplexe OR-Prozedur, oh. komplizierende Konstellation, außer bei Z.n. Organ-Tx, mit äußerst schweren CC oder bestimmtem Eingriff an Hüftendoprothese, Brustwand, Pleura, Pankreas, Magen
T01C	O	OR-Proz. bei infek./parasit. Krankh. oh. best. kompl. OR-Proz., oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z.n. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. Eingr. an Hüftendoproth., Brustw., Pleura, Pankr., Magen, m. best. Eingr. bei best. Sepsis od. best. operativen Eingr.
T01D	O	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankh. oh. best. kompl. OR-Proz., oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z.n. Organ-Tx, oh. best. Eingr. od. auß. bei best. Sepsis od. auß. schw. CC, oh. best. operativen Eingriff, mit best. mäßig komplexem Eingriff
T01E	O	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankh. oh. best. kompl. OR-Proz., oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z.n. Organ-Tx, oh. best. Eingr. od. auß. bei best. Sepsis od. auß. schw. CC, oh. best. operativen Eingriff, oh. best. mäßig komplexen Eingriff
T36Z	O	Int. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten od. OR-Proz. b. inf. u. paras. Krankh. m. komplexer OR-Proz., kompliz. Konst. oder bei Zust. n. Organtranspl. mit int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp.
T44Z	A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten
...		

Komplizierende Konstellationen I

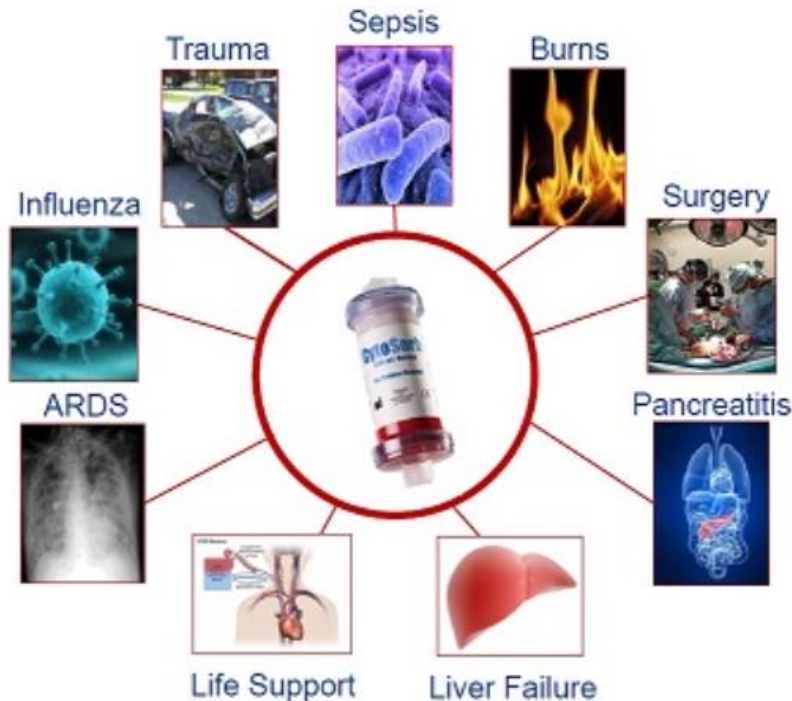


Dg Schwerste Gerinnungsstörungen, SIRS mit Organkomplikation (KKI-1)	Beatmung > 48 Std		Beatmung < 96 Std	
	Pr Drainagen, Schrittmacher, invasives Monitoring, Strahlentherapien (Funktion KKI) (KKI-2)			
	Pr Intermitt. Dialysen, Lagerungsbehandlung (Funktion KKI) (KKI-3)			
Beatmung > 48 Std	Beatmung < 96 Std	Pr Drainagen, Schrittmacher, invasives Monitoring, Strahlentherapien (Funktion KKI) (KKI-2)		
		Pr Intermitt. Dialysen, Lagerungsbehandlung (Funktion KKI) (KKI-3)		
Pr Kontin. Dialysen, Thoraxdrainage, Blutprodukte (ab 11 EK), Hypothermiebehandlung (KKI-4)	Dg Schwerste Gerinnungsstörungen, SIRS mit Organkomplikation (KKI-1)			
	Beatmung > 48 Std		Beatmung < 96 Std	
	Pr Drainagen, Schrittmacher, invasives Monitoring, Strahlentherapien (Funktion KKI) (KKI-2)			
	Pr Intermitt. Dialysen, Lagerungsbehandlung (Funktion KKI) (KKI-3)			
Mind. 2 unterschiedliche Pr Kontin. Dialysen, Thoraxdrainage, Blutprodukte (ab 11 EK), Hypothermiebehandlung (KKI-4)				
Pr Kontinuierliche Dialysen, Gabe von Blutprodukten (ab 6 EK), Hypothermiebehandlung (KKI-5)	Alter < 14 J	Dg Schwerste Gerinnungsstörungen, SIRS mit Organkomplikation (KKI-1)		
		Beatmung > 48 Std		Beatmung < 96 Std
		Pr Drainagen, Schrittmacher, invasives Monitoring, Strahlentherapien (Funktion KKI) (KKI-2)		
		Pr Intermitt. Dialysen, Lagerungsbehandlung (Funktion KKI) (KKI-3)		
	Nur OR-Prozeduren aus Strahlentherapien, nuklearmedizinische Therapien (KKI-6)	Dg Schwerste Gerinnungsstörungen, SIRS mit Organkomplikation (KKI-1)		
		Beatmung > 48 Std		Beatmung < 96 Std
		Pr Drainagen, Schrittmacher, invasives Monitoring, Strahlentherapien (Funktion KKI) (KKI-2)		
		Pr Intermitt. Dialysen, Lagerungsbehandlung (Funktion KKI) (KKI-3)		
Mind. 2 unterschiedliche Pr Kontinuierliche Dialysen, Gabe von Blutprodukten (ab 6 EK), Hypothermiebehandlung (KKI-5)	Alter < 14 J			
	Nur OR-Prozeduren aus Strahlentherapien, nuklearmedizinische Therapien (KKI-6)			

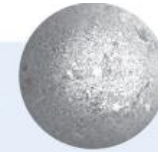


Cytosorb

CYTOSORB (Haemadsorption): Pilotstudie zur Validierung eines neuartigen Hämoperfusionsverfahren bei Patienten mit therapierefraktärem septischen Schock
(Dr. Nierhaus, Multicenter Prof. Dr. Quintel, Göttingen).



CytoSorb™ First-in-Class Treatment For Cytokine Storm



First-in-class extracorporeal cytokine filter with CE Mark regulatory approval indicated for use in any clinical situation where cytokines are elevated. Can be used in patients with or without renal failure.

Clinically proven cytokine removal – Robust and broad cytokine removal demonstrated in critically-ill human patients.

Safe to use – No serious device related adverse events in more than 650 human treatments, including more than 300 in patients with primarily septic shock and respiratory failure, with good tolerability and safety. Passed extensive animal safety with ISO 10993 biocompatibility testing. Does not impact delicately balanced blood chemistries.

Strong animal and promising human clinical efficacy data – Statistically significant improved short and long-term survival, hemodynamic stability, and cytokine removal in septic animals^{1,5} and promising human survival data and improved organ function in high risk patients.

Currently reimbursed in Germany in addition to the standard DRG

Works with standard hospital dialysis equipment – No additional expensive equipment is required or needed to be purchased.

Easy to use – Minimal learning curve, uncomplicated set up, blood goes in and blood comes out. Easier to use than hemodialysis or hemofiltration. Does not require dialysate or replacement fluid. Works with heparin and regional citrate anti-coagulation. Drugs are dosed after treatment, like hemodialysis.

Difficult to over treat – Device performance is concentration dependent so at low cytokine concentrations, device efficacy is automatically reduced, preventing excessive cytokine removal with no need to monitor cytokine levels.

Massive capacity – A single cartridge has more than 5 European football fields of surface area to bind cytokines.

Ability to treat large amounts of blood – CytoSorb™ is a high flow, low resistance cartridge, capable of flow rates of 200-400 mL/min, necessary to neutralize ongoing cytokine production.

Long shelf life – No biologic components (e.g. antibodies or cells) means excellent storage at room temperature.

High-quality manufacturing – CytoSorbents manufactures its own polymer bead cartridges under ISO 13485:2003 Full Quality Systems certification.

Cytosorbents Inc.
www.cytosorbents.com/



Hämoperfusion

Zusatzentgelt!



ZE2018-09 ⁴⁾	Hämoperfusion	8-821.2	Immunadsorption und verwandte Verfahren: Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular)
		8-856	Hämoperfusion



Prüfung der angefragten HD I20.8 und der 17 Prozeduren 8-800.f1 mit ZE147.02, 8-821.2 mit ZE2017-09, 8-853.70 mit ZE119.01, 8-853.71 mit ZE119.02, 8-853.72 mit ZE119.03, 8-855.5 mit ZE02, 8-855.70 mit ZE121.01, 8-855.71 mit ZE121.02 sowie 8-98f.31 (1381 Aufwandspunkte), siehe Prüfung der Kodierung / Beantwortung der Fragen.

Anstelle der HD I20.8 (Sonstige Formen der A. pectoris) ist als HD I25.13 (Drei-Gefäß-Erkrankung) zu kodieren.

Prozedur 8-98f.31 (1381 Aufwandspunkte) wurde mit ermittelten 1418 Aufwandspunkten bestätigt.

Das ZE147.02 (2 Apherese-Thrombozytenkonzentrate) ist unter Berücksichtigung von §12 SGB V nicht zu berechnen.

8x ZE2017-09: Die Anwendung der Immunadsorption CytoSorb sollte in weiteren randomisierten Studien untersucht werden. Außerhalb von Studien kann dieses Verfahren zur Therapie der Sepsis und des septischen Schocks nicht empfohlen werden. Ferner fehlen Studien mit größeren Patientenzahlen, welche die Effektivität dieser Intervention anhand klinisch relevanter Endpunkte (Mortalität, Organversagen) bewerten.



Und was ist damit?

Anders als im ambulanten Sektor gilt im stationären Bereich auch nach Änderung des § 137c SGB V der Grundsatz der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt. Danach können Innovationen solange zulässigerweise zum Einsatz kommen, bis dies durch ein negatives Votum des G-BA ausgeschlossen wird. Dies soll gewährleisten, dass der medizinische Fortschritt in den Krankenhäusern nicht unterlaufen wird (*vgl. hierzu: BT-Drucks. 14/1245, Seite 90*). Erst wenn ein Ausschluss erfolgt ist, darf die Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. Der sachliche Grund für diese unterschiedliche

198574	NRW · Sozialgericht Aachen	13. Kammer	Urteil	Format
1. Instanz	Sozialgericht Aachen	S 13 KR 349/16	20.02.2018	HTM PDF RTF XML
2. Instanz	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen	L 1 KR 216/18		
3. Instanz				
Sachgebiet	Krankenversicherung			

....

Allerdings hat das Bundessozialgericht (BSG) im Urteil vom 21.03.2013 ([B 3 KR 2/12 R](#)) die Auffassung vertreten, dass "§ [137c](#) SGB V nicht im Sinne einer generellen Erlaubnis aller beliebigen Methoden für das Krankenhaus mit Verbotsvorbehalt ausgelegt werden darf. Die Vorschrift setzt die Geltung des Qualitätsgebots auch im stationären Bereich nicht außer Kraft

....

Diese Auffassung entsprach (und entspricht) jedoch nicht dem Willen des Gesetzgebers. Dieser hat deshalb im Sinne einer gesetzlichen Konkretisierung und Klarstellung durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16.07.2015 (BGBl. I S. 1211) den neuen Absatz 3 in § 137c SGBV angefügt und dies wie folgt begründet (vgl. [Bundestags-Drucksache 18/4095, S. 121](#), 122):

....

198574	NRW · Sozialgericht Aachen	13. Kammer	Urteil	Format
1. Instanz	Sozialgericht Aachen	S 13 KR 349/16	20.02.2018	HTM PDF RTF XML
2. Instanz	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen	L 1 KR 216/18		
3. Instanz				
Sachgebiet	Krankenversicherung			

....

Im neuen Absatz 3 (§ 137c SGBV) wird daher nun **ausdrücklich geregelt, dass innovative Methoden, für die der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine Entscheidung getroffen hat, im Rahmen einer nach § 39 erforderlichen Krankenhausbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden können.** Dies betrifft sowohl Methoden, für die noch kein Antrag nach § 137c Absatz 1 Satz 1 gestellt wurde, als auch Methoden, deren Bewertung nach § 137c Absatz 1 noch nicht abgeschlossen ist. Voraussetzung ist, dass die Methode das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere im Einzelfall indiziert und erforderlich ist. Das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative kann sich etwa daraus ergeben, dass die Methode aufgrund ihres Wirkprinzips und der bisher vorliegenden Erkenntnisse mit der Erwartung verbunden ist, dass andere aufwändigere, für die Patientin oder den Patienten invasivere oder bei bestimmten Patientinnen oder Patienten nicht erfolgreiche Methoden ersetzt werden können oder die Methode in sonstiger Weise eine effektivere Behandlung ermöglichen kann. Das Erfordernis, wonach eine Leistungserbringung nur im Rahmen einer Studie zu Lasten der Krankenkassen möglich ist, gilt nach § 137c Absatz 2 Satz 2 demgegenüber nur für den Fall, dass der Gemeinsame Bundesausschuss eine Ausschlussentscheidung nach § 137c Absatz 1 Satz 4 (ggf. in Verbindung mit Satz 5) getroffen hat. Methoden, die nicht das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten, insbesondere weil sie schädlich oder unwirksam sind, dürfen weiterhin nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.



Urteil des BSG vom 24.04.2018, Az.: B 1 KR 10/17 R



Entscheidungsgründe

Nach Wortlaut und Regelungssystem senke auch die Norm des § 137c Abs. 3 SGB V nicht die Qualitätsanforderungen für den Anspruch auf stationäre Versorgung mit dem bloßen Potential einer Behandlungsalternative. Zweck der Ausrichtung der Leistungsansprüche der Versicherten am Qualitätsgebot sei es, im Interesse des Patientenschutzes und des effektiven Einsatzes der Mittel der Beitragszahler zu gewährleisten, dass eine nicht ausreichend erprobte Methode nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf. Die Revision wurde somit zurückgewiesen.

Anmerkungen

Die Entscheidung des BSG geht mit dem Regelungszweck des § 137c Abs. 3 SGB V nicht konform. Der Gesetzgeber hat durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16.07.2015 zum Ausdruck gebracht, dass eine Methode, deren Nutzen nach Feststellung des Gemeinsamen Bundesausschusses zwar noch nicht hinreichend belegt sei, die aber das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative böte, nach den gesetzlichen Vorgaben im Rahmen der Krankenhausbehandlung weiterhin zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden könne.

HIER AUF DER INTENSIVSTATION
MÜSSEN SIE ABER TROTZDEM DIESEN
BESUCHERKITTEL ÜBERZIEHEN...





Komplexbehandlung bei MRE

Komplexbehandlung

Zusätzlich zur
Intensivmedizinischen
Komplexbehandlung sind weitere
OPS für Komplexbehandlungen zu
kodieren





Komplexbehandlung bei MRE

1. Mindestmerkmale



2. Dokumentierter zeitlicher Mehraufwand
von mehr als 2 Stunden





Komplexbehandlung bei MRE

8-987 **Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]**

Exkl.: Isolation bei Verdacht auf Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern mit anschließendem negativen Befund

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Behandlung durch speziell eingewiesenes medizinisches Personal, in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker und/oder der/dem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers unter Berücksichtigung aktueller Behandlungs- und Pflegestandards
- Durchführung von speziellen Untersuchungen zur Feststellung der Trägerschaft von multiresistenten Erregern (ICD-10-GM-Kodes U80 - U82) bzw. der erfolgreichen Sanierung der Kolonisierung bzw. Infektion sowie zur Prävention einer Weiterverbreitung
- Durchführung von strikter Isolierung (Einzel- oder Kohortenisolierung) mit eigenem Sanitärbereich oder Bettstuhl bei entsprechender hygienischer Indikation (Vermeidung von Kreuzinfektionen). Die Isolierung wird aufrechterhalten, bis in drei negativen Abstrichen/Proben von Prädilektionsstellen der MRE nicht mehr nachweisbar ist. Die Abstriche/Proben dürfen nicht am gleichen Tag entnommen sein. Die jeweils aktuellen Richtlinien des Robert-Koch-Instituts sind zu berücksichtigen

Es muss ein dokumentierter durchschnittlicher Mehraufwand von mindestens 2 Stunden täglich während der Behandlungstage mit strikter Isolierung entstehen. Dazu gehören neben den oben beschriebenen Maßnahmen z.B.:

- Einsatz von erregerspezifischen Chemotherapeutika/Antibiotika
- Mindestens tägliche lokale antiseptische Behandlung der betroffenen Areale (z.B. Rachen- oder Wundsanierung; antiseptische Sanierung anderer betroffener Körperteile/Organe)
- Antiseptische Ganzkörperwäsche, bei intakter Haut mindestens täglich
- Täglicher Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege (Waschlappen u.Ä.)
- Schutzmaßnahmen bei Betreten und Verlassen des Zimmers (zimmerbezogener Schutzkittel, Handschuhe, ggf. Mund-Nasen-Schutz, Einschleusen, Ausschleusen etc.)
- Ggf. mehrmals tägliche Desinfektion patientennaher Flächen
- Mindestens tägliche Fußbodendesinfektion und einmalige Schlussdesinfektion
- Patienten- und Angehörigengespräche zum Umgang mit MRE
- Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unter besonderen räumlich-organisatorischen Bedingungen (z.B. im Patientenzimmer anstelle im Funktionsbereich; wenn in Funktionsbereichen, dann mit unmittelbar anschließender Schlussdesinfektion)



Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Nicht-MRE

1. Mindestmerkmale



2. Dokumentierter zeitlicher Mehraufwand
von mehr als 2 Stunden





Komplexbehandlung bei Isolationspflichtigen nicht MRE

8-98g Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten Isolationspflichtigen Erregern

Inkl.: Isolation bei Infektionen durch Noro- und Rotaviren
Isolation bei Kolitis durch *Clostridium difficile*
Isolation bei respiratorischen Infektionen durch Influenzaviren, RSV (Respiratory Syncytial Virus) oder Parainfluenzaviren
Isolation bei Tuberkulose

Exkl.: Isolation bei Verdacht auf Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten Isolationspflichtigen Erregern mit anschließendem negativen Befund

Hinw.: Mindestmerkmale:

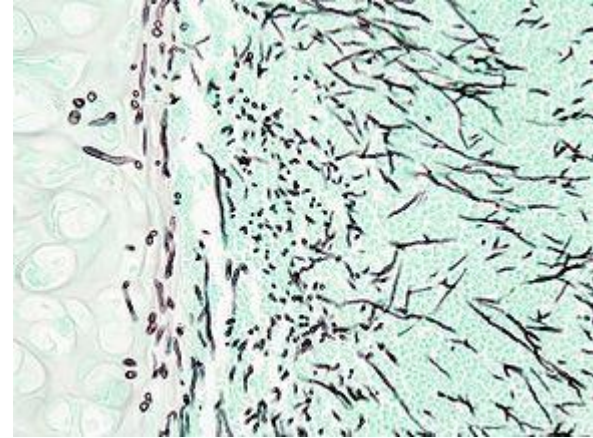
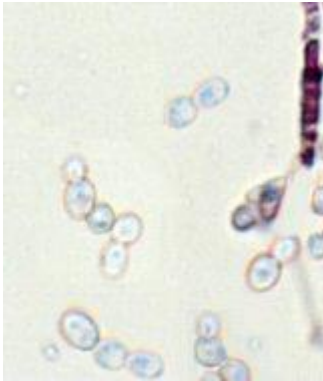
- Behandlung durch speziell eingewiesenes medizinisches Personal, in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker und/oder der/dem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers unter Berücksichtigung aktueller Behandlungs- und Pflegestandards
- Durchführung von speziellen Untersuchungen zur Feststellung der Besiedelung oder Infektion mit einem nicht multiresistenten Isolationspflichtigen Erreger
- Durchführung von strikter Isolierung (Einzel- oder Kohortenisolierung) mit eigenem Sanitärbereich oder Bettstuhl (Vermeidung von Kreuzinfektionen). Die Isolation wird gemäß den jeweils aktuellen Richtlinien des Robert-Koch-Instituts (RKI) aufrechterhalten
- Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege (Waschlappen u.Ä.) gemäß den jeweils aktuellen Richtlinien des Robert-Koch-Instituts (RKI), ggf. täglich
- Schutzmaßnahmen bei Betreten und Verlassen des Zimmers (zimmerbezogener Schutzkittel, Handschuhe, ggf. Mund-Nasen-Schutz, Einschleusen, Ausschleusen etc.)
- Besondere Maßnahmen der Händedesinfektion vor und nach Patientenkontakt beim Umgang mit sporenbildenden Bakterien (alkoholische Desinfektion und Waschen der Hände)
- Tägliche Desinfektion patientennaher Flächen gemäß den jeweils aktuellen Richtlinien des Robert-Koch-Instituts (RKI), ggf. mehrmals und/oder unter Einsatz besonderer Flächendesinfektionsmittel
- Mindestens tägliche Fußbodendesinfektion und einmalige Schlussdesinfektion ggf. unter Einsatz besonderer Flächendesinfektionsmittel
- Patienten- und Angehörigengespräche (ggf. auch Gespräche mit betreuenden Personen) zum Umgang mit nicht multiresistenten Isolationspflichtigen Erregern
- Spezifische Maßnahmen zur Behandlung oder Eradikation des Erregers nach den jeweils aktuellen Empfehlungen des RKI
- Durchführung der folgenden Maßnahmen, wenn erforderlich:
 - Einsatz von erregerspezifischen Chemotherapeutika/Antibiotika
 - Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unter besonderen räumlich-organisatorischen Bedingungen (z.B. im Patientenzimmer statt im Funktionsbereich; wenn in Funktionsbereichen, dann mit unmittelbar anschließender Schlussdesinfektion)





Dokumentation ist
extrem wichtig-
Leider aber auch
immens aufwendig

Mykosen





Pilzinfektionen

- Invasive Pilzinfektion schwierig zu diagnostizieren
- V.a. der betrieben therapeutische Aufwand berechtigt zur Kodierung



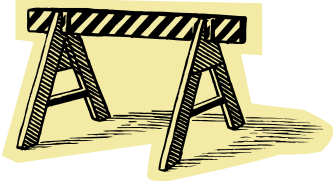
Kodierung auch möglich wenn
Nachweis misslingt

→ Behandlung einer
Verdachtsdiagnose



Pilzinfektionen

Aber



die normale antiinfektive Eskalation bei länger anhaltendem Fieber ohne klinischen/ radiologischen Hinweis auf Pilzinfektion wird nicht als Pilzinfektion kodiert



D008b Verdachtsdiagnosen

Verdachtsdiagnosen im Sinne dieser Kodierrichtlinie sind Diagnosen, die **am Ende eines stationären Aufenthaltes** weder sicher bestätigt noch sicher ausgeschlossen sind.



Wenn eine **Behandlung** eingeleitet wurde und die Untersuchungsergebnisse nicht eindeutig waren, ist die **Verdachtsdiagnose** zu kodieren.



Pilzinfektionen

ICD Codes für Mykosen

Mykosen (B35-B49)

Exkl.: Allergische Alveolitis durch organischen Staub ([J67.-](#))
Mycosis fungoides ([C84.0](#))

- [-] (B35-B49) Mykosen
 - Exkl
 - + B35.- Dermatophytose [Tinea]
 - + B36.- Sonstige oberflächliche Mykosen
 - + B37.- Kandidose
 - + B38.- Kokzidioidomykose
 - + B39.- Histoplasmose
 - + B40.- Blastomykose
 - + B41.- Parakokzidioidomykose
 - + B42.- Sporotrichose
 - + B43.- Chromomykose und chromomykotischer Abszess
 - + B44.- Aspergillose
 - + B45.- Kryptokokkose
 - + B46.- Zygomycose
 - + B47.- Myzetom
 - + B48.- Sonstige Mykosen, anderenorts nicht klassifiziert
 - B49 Nicht näher bezeichnete Mykose



Pilzinfektionen

... sind häufig relevant bei Immunsupprimierten,
hämatologische/ onkologischen Patienten relevant

nicht vergessen(!)- ICD Codes für

- Immunkompromittierung
- Neutopenie
- Antikörpermangel
- ...



und spezifische OPS für die Gabe von Antimykotika

NUB- Zusatzentgelte:

z.B. Isovucanazol i.v./ oral

Zusatzentgelt!

