



Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

3. Pränante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Sepsiskodierung ohne R65! gemäß den Sepsis-3-Kriterien (2016)

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe **Hinweise** am Anfang des Formulars)

- Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- Dem BfArM werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

5. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Weltweit zu berücksichtigen sind die so genannten Sepsis-3-Kodierungen [The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3), http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2016.0287&utm_campaign=articlePDF%26utm_medium=articlePDFlink%26utm_source=articlePDF%26utm_content=jama.2016.0287].

Darin schreiben die Autoren u.a.: „The validity of SIRS as a descriptor of sepsis pathobiology has been challenged. Sepsis is now recognized to involve early activation of both pro- AND ANTI-inflammatory responses.“ „The current use of 2 or more SIRS criteria (Box 1) to identify sepsis was unanimously considered by the task force to be UNHELPFUL.“ „SIRS criteria are present in many hospitalized patients, including those who never develop infection and never incur adverse outcomes (POOR DISCRIMINANT VALIDITY).“ „Discriminant validity and convergent validity constitute the 2 domains of construct validity; the SIRS criteria THUS perform POORLY on both counts.“ „Sepsis involves organ dysfunction, indicating a pathobiology MORE COMPLEX THAN infection plus an ac-companying inflammatory response alone.“ „In ICU patients with suspected infection in the University of Pittsburgh ... data set, discrimination for hospital mortality with SOFA ... was superior to that with SIRS ...“ „SIRS criteria may still remain useful for the identification of infection“ (aber nicht Sepsis, der Einreichende).

Wir haben wegen dieser klaren wissenschaftlichen Aussagen den eingreifenden Vorschlag, die Kodierung R65.1! (ICD-10-GM 2021) zu entfernen. [Wissenschaftlich träfe das auch für die Kodierung R65.1 (ICD-WHO 2019) zu, was für diesen Vorschlag aber irrelevant ist.] Denn für die neue (2016) Sepsis-3-Definition ist diese Kodierung nicht mehr erforderlich bzw. sogar unzutreffend, siehe oben. R65.0! bliebe dann ggf. übrig, um

einfache Infektionen z. B. mit bloßem CRP-Anstieg von solchen Infektionen außerhalb von Septiden mit relevantem Anstieg WEITERER systemischer Parameter oder Zeichen zu unterscheiden.

Man müsste dann unseres Erachtens zum Beispiel folgende ICD-10-GM-Kodes aufsplitten:

- A21.7 Generalisierte Tularämie neu aufsplitten als
 - A21.70 Generalisierte Tularämie ohne Sepsis
 - A21.71 Septische Tularämie

 - A24.1 Akute oder fulminante Melioidose als
 - A24.10 Akute oder fulminante Melioidose inkl. Pneumonie bei Melioidose; ohne Sepsis
 - A24.11 Sepsis bei Melioidose

 - A28.2 Extraintestinale Yersiniose als
 - A28.20 Extraintestinale Yersiniose ohne Sepsis
 - A28.21 Septische Yersiniose

 - A54.8 Sonstige Gonokokkeninfektionen als
 - A54.8 Sonstige Gonokokkeninfektionen [wie bisher, aber ohne Sepsis]
 - A54.8 Gonokokkensepsis

 - B00.7 Disseminierte Herpesvirus-Krankheit/Sepsis durch Herpesviren als
 - B00.70 Disseminierte Herpesvirus-Krankheit ohne Sepsis
 - B00.71 Sepsis durch Herpesviren

 - O08.0 neu als
 - O08.00 [wie bisher, aber ohne Sepsis und ohne Verweis auf R57.2]
 - O08.01: Sepsis nach Zuständen, die unter O00-O07 klassifizierbar sind
- Hinweis: Soll das Vorliegen eines septischen Schocks angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (R57.2) zu benutzen
- O75.3 neu als
 - O75.30 Sonstige Infektion unter der Geburt außer Sepsis
 - O75.31 Sepsis unter der Geburt

 - O85 neu als
 - O85.0 [wie bisher O85 ohne Sepsis]
 - O85.1 Puerperalsepsis

 - T80.2 Infektionen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken als
 - T80.20 Infektionen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken ohne Sepsis
 - T80.21 Sepsis nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken

analog aufsplitten T81.4, T82.6-T82.7, T83.5-T83.6, T84.5-T84.7, T85.7-, T88.0



6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

- a. **Problembeschreibung** (inkl. Begründung von Vorschlägen, die primär 'klassifikatorisch' motiviert sind, z.B. inhaltliche oder strukturelle Vorschläge) *

Bei Vorschlägen, die primär klassifikatorisch motiviert sind, sind grundsätzlich auch die Auswirkungen auf die Entgeltsysteme zu prüfen, wir bitten daher auch in diesen Fällen um Beantwortung der unter b genannten Fragen.

Nach der 2016 veröffentlichten klinisch gültigen Sepsisdefinition (Quelle siehe oben) liegt eine Sepsis nur bei Existenz mindestens einer Organdysfunktion vor. Die SIRS-Kriterien mit Organdysfunktion sind obsolet, somit ist der Kode R65.1! obsolet.

Für Infektionen mit ausgeprägter systemischer Entzündungsreaktion jenseits von CRP- und PCT-Erhöhung, aber ohne Sepsis nach der neuen Definition (2016) im Vergleich zu einer bloßen/einfachen Infektion, könnte der Kode R65.0! ggf. weiterhin gültig sein.

Der vorliegende Vorschlag soll bisherige fehlleitende Kodiermöglichkeiten beheben.

Die oben genannte Publikation beinhaltet die Begriffe Infektion und Mikrobiologie, in letzterem Begriff sind Viren enthalten.

b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant? *

- Wie viele Fälle sind in den jeweiligen Fallgruppen ('aktuell' vs. 'neu') voraussichtlich betroffen?
- Wie groß ist der Kostenunterschied zwischen den aktuellen Fallgruppen und den neuen Fallgruppen (mit den vorgeschlagenen neuen Schlüsselnummern)?
- Mittels welcher Schlüsselnummernkombinationen (ICD/OPS) werden die im Vorschlag genannten Fallgruppen aktuell verschlüsselt?
- **Benennen Sie die maßgeblichen Kostenpositionen (inkl. ihres Betrags) zum ggf. geltend gemachten Behandlungsmehr- oder -minderaufwand. Stellen Sie diese auch gegenüber den bisher zur Verfügung stehenden ICD-/OPS-Schlüsselnummernkombinationen dar. Sollten Ihnen keine genauen Daten bekannt sein, bitten wir um eine plausible Schätzung.**

Durch die hier genannte Anpassung der Kodierung einer Sepsis nach den Kriterien der Konsensus-Publikation 2016 wird dem InEK die Option gegeben, den Aufwand für tatsächliche Sepsis-Fälle im Vergleich zu dem bloßer auch schwerer Infektionen zu unterscheiden und zu analysieren.

Eine genaue Zahl der Fälle kann nicht angegeben werden, angenommen wird ein Vorkommen bei 2 – 5 % der in Maximalversorgungskliniken behandelten Patienten.

Es handelt sich in Kliniken der Maximalversorgung häufigere Konstellationen. Resultierende Kostenunterscheide zwischen Versorgung von „bloß“ infektiösen“ Patienten mit quasi zufälliger Erfüllung der SIRS-Kriterien (s.u.) und tatsächlicher Sepsis können im Rahmen dieses Vorschlags nicht solide gemacht werden.

Verwiesen sei darauf, dass wissenschaftlich der Zeitraum einer Generation (1991: SIRS; 2016: Sepsis-3) mit Studien mit vielen Millionen Patienten verstrich, um die Definitionen klinisch handhabbarer zu machen.

Es ist davon auszugehen, dass die Abbildung von Patienten mit Sepsis (Definition 2016) im Vergleich zu solchen ohne Sepsis mit auch schweren Infektionen generell, insbesondere in Maximalversorgungskliniken besser abgebildet wird:

Die Kodierung einer Sepsis mit Organdysfunktion war zwar auch bisher schon prinzipiell durch R65.1! möglich, durch die Straffung und den Verzicht auf die – in DIESEM Zusammenhang – obsoleten (siehe oben) SIRS-Kriterien bzw. R65.1! wird jedoch eine deutlich trennschärfere und gleichzeitig einfachere Abbildung erreicht. Überschneidungen von nur „formellen“ Inhalten einer SIRS-Definition mit Krankheitsbildern einer nicht-septischen Infektion mit denen einer echten Sepsis werden deutlich verringert. Daher ist die dann resultierende spezifischere Vergütung des Aufwands für Betreuung von Sepsis-Patienten angemessener darzustellen.

Die bisherige Kodierung und resultierende Vergütung von Patienten mit bloß formell erfüllten SIRS Kriterien wird reduziert, z. B. bei Tachyarrhythmie und/oder Tachydyspnoe, die nicht auf eine Sepsis zurückgehen.

Die Abbildung von Patienten mit nicht erfüllten SIRS-Kriterien, aber klinisch klarer Sepsis wird verbessert, z. B. bei fehlender Tachypnoe unter Beatmung oder fehlender Tachykardie bei Schrittmacherpflichtigkeit.

Wegen der großen klinischen Relevanz erscheint diese Analyse von Kosten durch das InEK wichtig, um eine angemessene Vergütung der Betreuung solcher relevant betroffener Patienten zu gewährleisten.



Konkrete Kosten können hier nicht benannt werden, siehe oben.

Es geht um Kodierung von z. B. Sepsis durch Staphylococcus aureus allein mit A41.0 statt mit A41.0 PLUS R65.1!

c. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? *

(Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

entfällt

d. Inwieweit ist der Vorschlag für andere Anwendungsbereiche der ICD-10-GM relevant? *

entfällt

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

(Das InEK müsste DKR 0103s anpassen)