



**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. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \***

Einführung eines Kodes für eine nicht organbezogene Infektion mit Sars-CoV-2

**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:

Eine Anfrage ist an die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie ergangen.

**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 Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Beantragt wird die Einführung einer spezifischen Schlüsselnummer für nicht organbezogene Covid-19-Infektionen, z.B.

U10.8 Unspezifisches systemisches Covid-19-Syndrom

Inklusivum: Covid-19

Hinweis: Die Kodes U07.1! oder U07.2! sind zusätzlich zu kodieren.

Alphabetisches Verzeichnis:

Covid-19, unspezifisch -> U10.8



## 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.

Der Primärkode B34.2 "Infektion durch Coronaviren nicht näher bezeichneter Lokalisation" ist gemäß Fortschreibung der Covid-19-Kodierempfehlung des BfArM vom 27.12.2022 nicht für die Kodierung von COVID-19-Infektionen zu verwenden. Die Kodierung gemäß der geltenden Kodierempfehlungen, die die Kodierung von Manifestationen bzw. Symptomen als Primärkode vorsehen, ist jedoch nicht in jedem Fall möglich bzw. DKR-konform.

Konkret geht es um Fälle, bei denen eine virale Infektion mit Sars-CoV-2 vorliegt. Diese lässt sich allerdings nicht überwiegend einem Organsystem zuordnen und geht mit multilokalisierbaren Allgemeinsymptomen einher. Die Aufnahmeindikation ergibt sich nicht aufgrund einer im Vordergrund stehenden Manifestation, sondern aufgrund von Risikofaktoren oder schweren Vorekrankungen (z.B. Immunsuppression), die die frühzeitige antivirale Behandlung notwendig machen.

Die Kodierung dieser Fälle ist zur Zeit nicht geregelt. Die Kodierempfehlungen des BfArM gehen streng von einer konkreten Manifestation, z.B. als Atemwegserkrankung, oder einem führenden Symptom aus.

Bei o.g. Krankheitsbild führt diese Kodierempfehlung dazu, dass eines der Allgemeinsymptome willkürlich als Hauptdiagnose ausgewählt werden muss. Dies führt zu einer ungenauen Abbildung der Fälle im DRG-System und zu Abrechnungsstreitigkeiten mit dem MD.

Darüber hinaus erfolgt in der Regel durch die Gabe monoklonaler Antikörper eine Therapie der zugrunde liegenden Erkrankung, sodass die Wahl eines Symptoms als Hauptdiagnose gemäß DKR ausgeschlossen sein sollte.

Es ist davon auszugehen, dass diese Fälle bisher mit B34.2 in Kombination mit U07.1! kodiert wurden (siehe b.). Diese Fälle müssen einem alternativen, spezifischen Kode zugeordnet werden. Die Kodierung von Manifestationen/Symptomen wird der Abbildung des Krankheitsgeschehens aus unserer Sicht nicht mehr gerecht.

Wir schlagen die Einführung eines U-Kodes, analog zum Primärkode U10.9, vor, welcher ebenfalls mit U07.1! kombiniert werden darf. Jede andere Möglichkeit, dieses Krankheitsbild ohne willkürliche Auswahl eines Symptoms abbilden zu können, ist ebenso willkommen.

**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.**

Die HD B34.2 führt in die Basis-DRG T63.

2021 gab es laut InEK bereits 385.000 Fälle mit COVID-19. Davon waren 2,9% auf die Basis-DRG T63 verteilt (TOP 5). In der DRG T63B machte die HD B34.2 62% der Fälle aus (644x), in der DRG T63C 32% (824x).

Diese Fälle werden nach Ausschluss des Codes nun gemäß Manifestation oder Symptom ggf. willkürlich auf unterschiedliche DRGs verteilt (z.B. DRGs der MDC 04, D63, G67).

**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.)

bisher nicht relevant

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

nicht relevant

**7. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)