

Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG

Stammdaten

Verfahrensnummer: S20210005
Bezeichnung: Kodierung des Fibrinogenmangels
Kategorie Antragsteller: Krankenhaus
Antragsteller: Klinikum der Universität München AöR

Beschreibung der Kodier- und Abrechnungsfrage

Beschreibung der Kodier- oder Abrechnungsfrage

Strittig ist die Kodierung des erworbenen Mangels an Fibrinogen. Der erworbene Mangel an Fibrinogen führt zu einem Zustand der A-, Hypo- bzw. Dysfibrinogenämie und wird häufig durch eine Substitution von Fibrinogen behandelt. Das alphabetische Verzeichnis des ICD-10-GM listet den erworbenen Mangel an Fibrinogen unter die Diagnose D65.0:
Fibrinogen, Mangel D68.20
- erworben D65.0
- hereditär D68.20

Unserer Auffassung nach ist der erworbene Mangel an Fibrinogen daher mit D65.0 zu kodieren.

Eine Diagnose ist gemäß den DKR als Nebendiagnose kodierfähig, wenn

- i) die Diagnose belegt ist sowie
- ii) ein entsprechender Ressourcenverbrauch vorliegt.

Für die Kodierung von erworbenen Mangels an Fibrinogen mit ICD D65.0 gilt daher:

Der Beleg für das Vorliegen eines erworbenen Mangels an Fibrinogen erfolgt durch den Laborwert (ein pathologischer Wert für Fibrinogen unterhalb des Normbereichs oder nicht

Beschreibung der Kodier- und Abrechnungsfrage

nachweisbar).

Für den Ressourcenverbrauch ist zu fordern:

Es wurden spezifische Maßnahmen ergriffen (z.B. Substitution von Fibrinogen oder Frischplasma) Die ergriffenen Maßnahmen stehen in zeitlichen Zusammenhang mit dem pathologischen Laborwert.

Gegen die Propädeutik bei der Kodierung wird eingewendet (vgl. auch später unter „Darstellung der Gegenseite), dass der ICD-10 Code D65.0 [erworbene Afibrinogenämie] gemäß der Kapitelüberschrift typischerweise eine DIC voraussetzen würde, die in den meisten Fällen klinisch nicht vorläge und dass die Diagnose D65.0 Afibrinogenämie heißen würde, was bei einem Mangel ebenfalls nicht vorläge (in dem Sinne, dass überhaupt kein Fibrinogen mehr nachweisbar sein dürfte).

Dem ist entgegenzusetzen, dass bei fast allen Formen des erworbenen Mangels an Fibrinogen im Hintergrund die typischen Pathomechanismen eines Verbrauchs bzw. Verlustes (DIC) ablaufen, so dass die Kapitelüberschrift zutrifft. Außerdem ist entgegenzuhalten, dass eine vollständige Afibrinogenämie (mit Messwert für Fibrinogen = 0 mg/dl, praktisch mit Messwert <100mg/dl, also nicht nachweisbar) kaum mit dem Leben vereinbar wäre und damit bis auf extrem seltene Ausnahmen eine sinnlose Diagnose darstellen würde. Darüber hinaus wird die Messung bei niedrigen Mengen von Fibrinogen im Plasma sehr ungenau, so dass technisch-laboratoriumsmedizinisch eine sinnvolle Differenzierung zwischen „Fibrinogen sehr niedrig“ und „Fibrinogen nicht nachweisbar“ nicht möglich ist.

Als alternative Kodierung wird von Kostenträgern statt D65.0 der ICD-10 Code D68.8 vorgeschlagen.

Dies wird von Krankenseite nicht verstanden, da der alphabetische ICD-10 Katalog für den erworbenen Mangel an Fibrinogen eindeutig auf die Diagnose D65.0 verweist. Die Diagnose D68.8 lässt hingegen keinen konkreten Bezug zum erworbenen Mangel an Fibrinogen missen und steht damit der Diagnose D65.0 in Bezug auf die Spezifität der Kodierung entsprechend nach.

Möglichkeit zur Angabe der/des strittigen Codes/Kodeskombinationen

ICD D65.0 vs. ICD D68.8

Betroffene DRGs/PEPP/ZE/ET

Diverse DRGs über PCCL System und über Funktionen

Welche Regelwerke sind betroffen (DKR, Abrechnungsbestimmungen etc.)

DKR
Systematischer und alphabetischer ICD

Position und Benennung der Gegenseite

Wer vertritt die Position der Gegenseite?

MDK Bayern und in Folge die betroffenen Kostenträger [mehrere Krankenkassen]

Sachverhaltsdarstellung der Gegenposition

Position und Benennung der Gegenseite

Die Gutachter, die die Meinung der Gegenseite vertreten und zur Kodierung des Fibrinogenmangels zumeist die Diagnose D68.8 [sonstige näher bezeichnete Koagulopathien] für richtig halten, argumentieren damit, dass die D65.0 [erworbene Afibrinogenämie] gemäß der Kapitelüberschrift im ICD-10 das Vorliegen einer DIC voraussetze [Kapitelüberschrift D65 = Disseminierte intravasale Gerinnung], die in Fällen eines einfachen Fibrinogenmangels nicht vorliegen würde. Außerdem heiße die Diagnose D65.0 im Wortlaut des systematischen ICD-10-Katalogs „Afibrinogenämie“, was ein völliges Fehlen von Fibrinogen bedeute, der bei einem Mangel ebenfalls nicht vorläge.

Erläuterung der grundsätzlichen Bedeutung

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

Der alphabetische ICD-10 verweist hier auf die Diagnose D65.0, die je nach Auslegung der Systematik so akzeptiert oder abgelehnt wird.

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

Erworbene Mangelzustände an Fibrinogen treten im klinischen Setting gehäuft auf, insbesondere bei großen Operationen, z.B. auch beim Einsatz von Herz-Lungen-Maschinen, indem der Kontakt des Blutes zu den künstlichen Oberflächen die Gerinnungskaskade aktiviert und dann zu einem behandlungsbedürftigen Zustand führt. Sie werden auch beobachtet bei schwer verlaufenden Infektionen mit systemischer inflammatorischer Antwort. Bei vorliegendem Ressourcenverbrauch (Substitution von Fibrinogen) ist dieser Zustand als Nebendiagnose zu kodieren, allerdings ist die zu wählende Diagnose aus den erwähnten Gründen strittig.

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

In bisher 63 Streitfällen unseres Hauses wurde die Rechnung beanstandet und zum MDK gegeben. Der MDK Bayern hatte unserer Kodierung zunächst anerkannt (12 Fälle), ist später aber umgeschwenkt und stellt diese Diagnose seither weitgehend konsequent strittig (weiterhin mit Ausnahmen). In insgesamt bisher 11 Klagefällen zeigen sich die Gerichtsgutachter gespalten: Die einen bestätigen unsere Kodierung, die anderen bestätigen die Kodierung der Gegenseite. Insgesamt 30 offene Streitfälle unseres Hauses warten noch vorgerichtlich auf eine Klärung.

Inwiefern ist die Frage abrechnungs- oder potentiell entgeltrelevant?

Der Unterschied zwischen den Diagnosen ist pccI-relevant und triggert oft in eine höherwertige DRG, aus unseren 63 Streitfällen resultiert ein Gesamt-Streitwert von ca. 486.000 €.

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)?

Es ist eine typische Auslegungsfrage eines strittigen Kodierthemas, das einer Klarstellung bedarf.

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

Siehe voranstehend: Selbst von den Gerichten bestellte neutrale Gutachter kommen zu

Erläuterung der grundsätzlichen Bedeutung

unterschiedlichen Ergebnissen.

Inwiefern kann die Frage durch die Vertragsparteien geregelt werden?

Es bedarf einer Klarstellung, welche Interpretation der Kodiersystematik hier Vorrang hat.

Hintergrund

Es handelt sich um einen Rechtsstreit

Ja

Unsererseits sind / waren insgesamt 11 Fälle gerichtsanhängig, davon wurden 6 durch Anerkennnisse der Kostenträger beendet, 5 Verfahren laufen noch. Ein Urteil hierzu liegt uns bislang nicht vor. 30 Fälle warten noch auf eine Klärung.

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

Ja

Da diese Streitigkeiten seit ca. 2016 bestehen (zuvor wurden unsere Kodierungen typischer Weise vom MDK bestätigt) und es damals noch keinen funktionierenden Schlichtungsausschuss gab, wurde versucht, eine Klärung auf dem Rechtsweg herbeizuführen. Nachdem sich diese Verläufe aber zunehmend heterogen gestalten und es inzwischen einen Schlichtungsausschuss gibt, halten wir das inzwischen für den geeigneteren Weg, zeitnah und ohne weitere Belastung des Rechtssystems eine verbindliche Lösung zu schaffen.

Regelungsvorschlag mit Begründung

Regelungsvorschlag

Der erworbene Mangel an Fibrinogen wird mit ICD D65.0 kodiert, unabhängig von der Ursache des Mangels.

Der Beleg für das Vorliegen eines erworbenen Fibrinogenmangels erfolgt durch den Laborwert (ein pathologischer Wert für Fibrinogen unterhalb des Normbereichs).

Ein Ressourcenverbrauch liegt vor, wenn spezifische Maßnahmen ergriffen wurden (z.B. Substitution von Fibrinogen) und die ergriffenen Maßnahmen in zeitlichen Zusammenhang mit dem pathologischen Laborwert stehen.

Begründung

Der alphabetische ICD-10-Katalog verweist seit je her bei der Suche nach Fibrinogen => Mangel => erworben auf die Diagnose D65.0, die sonst alternativ denkbare Diagnose D68.8 lässt mit ihrer Bezeichnung „sonstige näher bezeichnete Koagulopathien“ jeglichen Bezug zur fehlenden Substanz (Fibrinogen) missen und ist daher in Bezug auf die Spezifität der Kodierung nachrangig.