

Ø 108-132

Sachverständigengutachten in der Rechtssache S 38 KR 966/09

Vert.	Frist not.		KR/ KIA	MdL
RA	EINGEGANGEN			Kenn- niss.
SB	21. Juni 2011			Rech- spr.
Rech- spr.	- Rechtsanwalt - ROHLFING · PFAHL · OETTLER			Zah- lung
KIA				Stel- lung

Erstellt durch:

Prof. Dr. med. Norbert Roeder
Ärztlicher Direktor
Universitätsklinikum Münster
Domagkstr. 5

48129 Münster

Unter Beteiligung von

Dr. med. Kristina Siam
Universitätsklinikum Münster
Medizinisches Management - Medizincontrolling
DRG-Research-Group
Domagkstr. 20

48129 Münster

Sozialgericht Hannover			
Eing.: 17. JUNI 2011			
..... Bd.	Heft	Anl.	Rd.

Im Auftrag des Sozialgerichtes Hannover

Hinweis:

Bitte beachten Sie das Glossar im Anhang zu diesem Gutachten. Dort werden die notwendigen Begriffe und Abkürzungen zum noch besseren Verständnis dieses Gutachtens für Leser erläutert, denen die zugrunde liegende Rechts- und Sachlage für die Finanzierung der Krankenhausleistungen in Deutschland nicht geläufig ist. Darüber hinaus werden die im Gutachten verwendeten medizinischen Fachbegriffe erläutert.

Fragestellung:

Im Gutachten ist zu klären, ob die Kodierung des stationären Aufenthaltes des Behandlungsfalls des Diabeteszentrums Bad Lauterberg in der Zeit vom 16.06.2008 bis 27.06.2008 konform zu den zu diesem Zeitpunkt gültigen Klassifikationssystemen sowie Allgemeinen und Speziellen Deutschen Kodierrichtlinien erfolgt ist. Streitig ist im vorliegenden Fall die vom Krankenhaus kodierte Hauptdiagnose E11.71 (Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit multiplen Komplikationen als entgleist bezeichnet) mit dem Sekundärkode I79.2* (periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten). Bei dieser Kodierung kommt die G-DRG K60E (Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre) zur Abrechnung. Der Kostenträger fordert stattdessen die Kodierung des ICD-Kodes E11.61 (Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen als entgleist bezeichnet) (ohne die Angabe von Sekundärkodes) als Hauptdiagnose. Bei dieser Kodierung kommt die G-DRG K60F (Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus) zur Abrechnung.

Für die Begutachtung liegen neben der Kommunikation zwischen Krankenhaus und Kostenträger sowie deren Gutachtern Auszüge der Patientenakte des Aufenthaltes im Original vor.

Medizinische Fallkonstellation:

Die stationäre Aufnahme des bei Aufnahme 63 Jahre alten Patienten erfolgte am 16.06.2008 bei schwankenden Blutzuckerwerten mit wiederholten Unterzuckerungen im Rahmen einer bekannten Zuckerkrankheit.

Laut Entlassungsbericht vom 15.07.2008 bestanden bei dem Patienten mit der Zuckerkrankheit assoziierte Komplikationen in Form einer Verkalkung der Beinarterien mit belastungsabhängigen Schmerzen. Im Verlauf des stationären Aufenthaltes erfolgte eine Anpassung der medikamentösen Therapie der Zuckerkrankheit. Der Patient besuchte während des stationären Aufenthaltes Diabetes-Schulungskurse und wurde ernährungsmedizinisch geschult. Darüber hinaus erhielt der Patient Krankengymnastik. Eine augenärztliche Untersuchung ergab keine Anhalte für Krankheiten der Augen in Folge der Zuckerkrankheit. In der körperlichen Untersuchung zeigte sich eine Umverteilung des Fettgewebes um den Bauchnabel [paraumbilikale Lipodystrophie]. Beide Beine zeigten Hinweise auf Krampfadern [Varikosis]. Insbesondere am rechten Fuß konnte ein vermindertes Vibrationsempfinden gemessen werden.

Über die genannten Diagnosen hinaus finden sich in den zur Begutachtung vorliegenden Unterlagen Hinweise auf folgende Diagnosen:

- Durch die Ernährung hervorgerufene Fettleibigkeit [Alimentäre Adipositas] mit einem Body-Mass-Index von $30,1 \text{ kg/m}^2$
- Bluthochdruckerkrankung, medikamentös behandelt
- Chronische Hepatitis B ohne Delta-Virus [Chronische virusbedingte Entzündung der Leber], medikamentös behandelt

- Leberzirrhose [Umbau des ursprünglichen Lebergewebes durch Bindegewebe] mit Splenomegalie [Vergrößerung der Milz]
- Zustand nach einem Verschluss eines venösen Gefäßes im Bein durch ein Blutgerinnsel mit postthrombotischem Syndrom [Auswirkungen der Schäden am Venensystem nach Verschluss des Gefäßes durch ein Blutgerinnsel]
- Zustand nach Entfernung einer Niere bei bösartiger Neubildung der Niere

Am 27.06.2008 wurde der Patient entlassen.

Relevante Grundlagen für die Begutachtung:

In diesem Gutachten erfolgt keine medizinische Begutachtung im Sinne einer Beurteilung der Notwendigkeit von erbrachten Leistungen oder der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung. Ebenso wenig kann beurteilt werden, ob das diagnostische und therapeutische Vorgehen als solches sachgerecht gewesen ist bzw., ob bei einem anderen Vorgehen auch ein anderer medizinischer Kenntnisstand hätte erreicht werden können oder müssen.

Begutachtet wird anhand der vorliegenden Unterlagen, ob im vorgelegten Behandlungsfall die vom Gesetzgeber vorgeschriebenen bzw. von den Selbstverwaltungspartnern im Gesundheitswesen vereinbarten Klassifikationssysteme für die Kodierung von Diagnosen und Leistungen, Kodierrichtlinien, DRG-Abrechnungsbestimmungen etc. korrekt zur Anwendung kamen und welche G-DRG-Fallpauschale resultiert. Sollten zur abschließenden Klärung der Kodierfragen und der daraus resultierenden abrechnungsrelevanten DRG-Gruppierungen weitere Klärungen rein medizinischer Sachverhalte notwendig sein, wird im Gutachten darauf hingewiesen.

Zu begutachten ist ein Behandlungsfall mit Aufnahmedatum aus dem Jahr 2008. Daher sind zur Überprüfung der korrekten Kodierung die

2008 gültigen Klassifikationssysteme ICD-10-GM 2008 (Diagnosen) und OPS 2008 (operative und nichtoperative Leistungen) anzuwenden.

Zusätzlich kommen die 2008 gültigen **Deutschen Kodierrichtlinien** (DKR), die DRG-Abrechnungsregeln (FPV 2008) und der in diesem Jahr gültige DRG-Fallpauschalenkatalog zur Anwendung. Auf später veröffentlichte Kodierhinweise wird im Gutachten nur insofern eingegangen, als sie zur Klarstellung vorab ungenau geregelter Kodierung dienen und aus diesem Grund eingeführt wurden. Kodierprinzipien, die 2008 noch nicht galten aber in späteren Jahren inhaltlich geändert wurden, dürfen bei der Beurteilung der Kodierung des o.a. Behandlungsfalls keine Berücksichtigung finden.

Es ist prinzipiell zu unterscheiden zwischen der korrekten Auswahl eines Codes aus den zur Verfügung stehenden Klassifikationssystemen (ICD-10-GM 2008 und OPS 2008) zur besten Beschreibung des medizinischen Sachverhaltes und der Zulässigkeit der Kodierung für DRG-Abrechnungszwecke nach den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR). Eine DRG-konforme Kodierung muss sich nicht zwangsläufig mit der korrekten Kodierung medizinischer Sachverhalte decken (Abrechnungsdokumentation vs. medizinische Dokumentation).

Die Diagnoseklassifikation ICD-10-GM unterscheidet zwischen sogenannten Primär- und Sekundärkodes. Sekundärkodes werden wiederum in Sternkodes und Ausrufezeichenkodes differenziert. Sternkodes werden in der Regel dazu verwendet einer (häufig systemischen) Grunderkrankung eine Manifestation in einem speziellen Organgebiet zuzuordnen. Ausrufezeichenkodes dienen hingegen meist dazu, einen Primärkode näher zu spezifizieren bzw. diesem einen Schweregrad zuzuordnen (s. auch DKR D012f Mehrfachkodierung). Sekundärkodes können niemals ohne Primärkode verschlüsselt werden. Sie stellen damit keine eigenständigen Diagnosen dar. Auch in der Datenübermittlung nach § 301 SGB V werden Sekundärkodes im Datensatz des Primärkodes übermittelt (s. Beispiele 7-9 DKR D012f). Im Gegensatz zur Klassifizierung und Datenübermittlung kennt das aus Australien über-

nommene und weiterentwickelte G-DRG-Fallpauschalensystem die Unterscheidung zwischen Primär- und Sekundärkodex nicht. Sekundärkodex werden bei der Gruppierung wie Diagnosen an Nebendiagnosenposition behandelt. Kriterien für die Kodierung von Sekundärdiagnosen (z.B. analog zur Kodierung von Nebendiagnosen) existieren mit Ausnahme der speziellen Kodierrichtlinie zur Kodierung von Sternkodex bei diabetischen Komplikationen (DKR 0401d) nicht.

Die Wahl der DRG-Hauptdiagnose eines Behandlungsfalles wird durch die Deutschen Kodierrichtlinien festgelegt und kann im Einzelfall von einer medizinisch-intuitiven Auswahl der Hauptdiagnose abweichen. Insbesondere ist zu beachten, dass im G-DRG-System im Gegensatz zur bis zur Deutschen DRG-Einführung gültigen Definition der WHO für die Hauptdiagnosewahl nicht zwangsläufig die Diagnose, die den höchsten Ressourcenverbrauch verursacht hat, zu wählen ist, sondern dass die DRG-Hauptdiagnose „nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Aufenthaltes des Patienten verantwortlich ist“ (DKR D002f). Die DRG-Hauptdiagnose muss somit inhaltlich mit den Aufnahmeumständen zusammenhängen, nicht jedoch immer die bei Aufnahme per § 301-Datenübermittlung kommunizierte Aufnahmediagnose oder die Einweisungsdiagnose widerspiegeln.

Bei den Nebendiagnosen ist zwischen der Kodierung einer klassischen Nebendiagnose (Komorbidität / Komplikation) und einer Diagnose, die aus anderen Gründen an Nebendiagnosenposition kodiert werden darf, zu differenzieren. Nur die Kodierung ersterer wird durch die Deutsche Kodierrichtlinie (DKR) D003d geregelt. Diese DKR fordert den Nachweis eines auf die Diagnose bezogenen Ressourcenverbrauchs oder eine Abweichung vom Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur als Grundlage für die Kodierung einer Nebendiagnose. Dabei erlaubt jedweder therapeutischer-, diagnostischer-, Betreuungs-, Pflege- oder Überwachungsaufwand die Kodierung einer Nebendiagnose. „Eine künstliche Grenze bezüglich eines minimalen Aufwandes, der für die

„Bewertung der Patienteneinweisung“

Kodierung einer Nebendiagnose zu überschreiten ist, existiert nicht.“
(Klarstellung von Fahlenbrach et al.; Anpassung der Deutschen Kodier-
richtlinien für 2005, das Krankenhaus 11/2004).

Erfolgt die Aufnahme wegen eines Symptoms, einer Manifestation oder
Komplikation der Grunderkrankung, so ist die (Reihenfolge der) Kodie-
rung nach der DKR D002f wie folgt vorzunehmen:

1. *Die Grunderkrankung wird erstmalig diagnostiziert:*

Die Grunderkrankung wird immer die Hauptdiagnose.

2. *Die Grunderkrankung ist bekannt, es wird ausschließlich das Symp-
tom behandelt:*

Hauptdiagnose ist das Symptom, die Grunderkrankung wird regel-
haft, von eigenständigem Ressourcenverbrauch unabhängig, an
Nebendiagnosenposition kodiert

3. *Die Grunderkrankung ist bekannt, es werden sowohl die Grunder-
krankung als auch das Symptom behandelt:*

Die Grunderkrankung wird die Hauptdiagnose.

*meint sie damit
Hauptdiagnose / Symptom*

Ein Symptom darf zusätzlich zur Grunderkrankung kodiert werden,
wenn eine der beiden folgenden Konstellationen vorliegt (s. dazu auch
Schlottmann, N., Klein, P., Kommentierung Deutsche Kodierlinien
Version 2007):

1. Ein Symptom, das nicht nahezu immer mit der zugrunde liegenden
Erkrankung vergesellschaftet ist, darf kodiert werden, wenn es die
Kriterien einer Nebendiagnose erfüllt (DKR D003d), d.h. zu einem
Ressourcenverbrauch geführt hat. Es braucht in diesem Falle kein
eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung
darstellen.
2. Ein Symptom, das hingegen nahezu immer mit der zugrunde lie-
gende Erkrankung vergesellschaftet ist, darf nur dann kodiert wer-
den, wenn es ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizi-
nische Betreuung darstellt. Die Eigenständigkeit eines Symptoms ist

dann gegeben, wenn eine von der zugrunde liegenden Erkrankung unabhängige Behandlung notwendig ist.

Eine Diagnose, deren Vorliegen während des stationären Aufenthaltes weder gesichert noch ausgeschlossen werden kann (sog. Verdachtsdiagnose), darf nach der DKR D008b dann kodiert werden, wenn eine spezifische Behandlung eingeleitet wurde oder eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus erfolgte. Rein diagnostischer Aufwand ist für die Kodierung einer Verdachtsdiagnose im Gegensatz zu einer Nebendiagnose (DKR D003d) nicht ausreichend. Diagnosen, die ausgeschlossen werden konnten (so genannte Ausschlussdiagnosen), dürfen, auch wenn sie spezifisch behandelt wurden, nicht kodiert werden.

Gemäß den allgemeinen Kodierrichtlinien für Prozeduren (DKR P001f) sind alle signifikanten Prozeduren zu kodieren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden und im OPS abbildbar sind. Eine Prozedur ist signifikant, wenn sie entweder

- chirurgischer Natur ist,
- ein Eingriffsrisiko birgt,
- ein Anästhesierisiko birgt oder
- Spezialeinrichtungen oder Geräte oder spezielle Ausbildung erfordert.

Jeder OPS-Einzelcode enthält normalerweise alle Informationen für eine Prozedur mit allen notwendigen Komponenten. Prozedurenkomponenten, die standardmäßiger Bestandteil einer bereits kodierten Prozedur sind, werden daher nicht gesondert kodiert (DKR P001f und P003d).

Auswahl der ICD-Kodes im zu begutachtenden Fall:

Die Klassifizierung der Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) erfolgt in der ICD-10-GM über einen fünfstelligen ICD-Kode. Dabei geben die ersten drei Stellen den Diabetestyp an. An vierter Stelle erfolgt die Differenzie-

nung nach möglichen Komplikationen der Zuckerkrankheit wie „multiplen Komplikationen“ (E--.7-) oder einer „sonstiger näher bezeichneten Komplikation“ (E--.6-), zu der beispielsweise auch Unterzuckerungen [Hypoglykämien] gehören. Eine Zuckerkrankheit ohne Komplikationen ist mit „9“ an vierter Stelle zu verschlüsseln. Die fünfte Stelle gibt die Stoffwechsellage an.

Bei der Klassifizierung des Diabetes mellitus ist zu beachten, dass aufgrund der Struktur des G-DRG-Systems zur Kodierung diabetischer Komplikationen und Manifestationen unter bestimmten Umständen von einer medizinisch korrekten Klassifizierung nach der ICD-10-GM abgewichen werden muss. So darf beispielsweise eine diabetische Komplikation, auch wenn sie vorliegt, nicht unbedingt immer über die vierte Stelle des Codes verschlüsselt werden. Ebenso kann sich die korrekte Klassifizierung in Abhängigkeit davon unterscheiden, ob der ICD-Kode an Haupt- oder Nebendiagnoseposition zu kodieren ist. Näheres zur DRG-konformen Klassifizierung über die ICD-10-GM regelt die DKR 0401d (Diabetes mellitus), auf die weiter unten ausführlich eingegangen wird.

Ein primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] ist mit einem Code aus der ICD-Kategorie E10.-, ein nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] ist mit einem Code aus der ICD-Kategorie E11.- zu verschlüsseln. In den zur Begutachtung vorliegenden Unterlagen finden sich widersprechende Hinweise darauf, welcher Typ der Zuckerkrankheit vorgelegen hat. Während im Aufnahmebogen sowie in den Angaben zur Vorgeschichte des Patienten im Entlassungsbrief vom 15.07.2008 festgehalten ist, dass bei dem Patienten ein Typ-1-Diabetes mellitus vorgelegen hat, wird der Typ im Diagnosekopf desselben Entlassungsbriefes sowie in einem weiteren Dokumentationsbogen (blauer Bogen innerhalb der Akte) als ein Typ-2-Diabetes mellitus bezeichnet. Das Krankenhaus kodiert einen ICD-Kode aus der Kategorie E11.- (nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]). Die Wahl dieser ICD-Kategorie ist zwischen den Parteien

nicht streitig. Eine Relevanz für das DRG-Gruppierungsergebnis und den Abrechnungsbetrag ergibt sich daraus, ob ein ICD-Kode der Kategorie E10.- oder E11.- kodiert wird, nicht. Für die weitere Begutachtung wird davon ausgegangen, dass im zu begutachtenden Fall ein nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] vorgelegen hat, der mit einem ICD-Kode der Kategorie E11.- zu verschlüsseln ist.

Eine Entgleisung der Stoffwechsellage bei Zuckerkrankheit ist mit „1“ an fünfter Stelle zu verschlüsseln. Gemäß DKR 0401d richtet sich die Entscheidung, ob es sich um einen „nicht als entgleist bezeichneten“ (fünfte Stelle „0“) oder um einen „als entgleist bezeichneten“ (fünfte Stelle „1“) Diabetes mellitus handelt, nicht nach dem Blutzuckerspiegel zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme des Patienten; die Entscheidung ist vielmehr in Kenntnis des gesamten Behandlungsverlaufs in Bezug auf die Stoffwechsellage und nicht in Bezug auf einzelne Blutzuckerwerte zu fällen. Sowohl Schlottmann und Klein in der Kommentierung der Deutschen Kodierrichtlinien (Version 2007) als auch die Sozialmedizinische Expertengruppe 4 (SEG 4) des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling in ihren Kodierempfehlungen definieren Kriterien zur Verschlüsselung eines entgleisten Diabetes mellitus.

Der HbA1c betrug im zu begutachtenden stationären Aufenthalt 7,9%.

Innerhalb des stationären Aufenthaltes wurden bei mindestens dreimal täglichen Blutzuckerkontrollen stark schwankende Blutzuckerwerte ($> 100 \text{ mg/dl}$ / $5,55 \text{ mmol/l}$) gemessen, auf die mit entsprechender Therapieanpassung reagiert wurde. Die im zu begutachtenden Fall dokumentierten Untersuchungsergebnisse erfüllen die Kriterien eines als entgleist bezeichneten Diabetes mellitus aller beschriebenen Quellen. Auch das Krankenhaus kodiert an fünfter Stelle „1“. Die Kodierung an fünfter Stelle ist zwischen den Parteien nicht streitig. Für die weitere Begutachtung wird daher davon ausgegangen, dass im zu begutach-

tenden Fall ein als entgleist zu bezeichnender Diabetes mellitus vorgelegen hat, der mit „1“ an fünfter Stelle zu kodieren ist.

Unterzuckerungen [Hypoglykämien] bei einem Diabetes mellitus werden nach dem systematischen und alphabetischen Verzeichnissen der ICD-10-GM über „6“ (mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen) an vierter Stelle im jeweiligen Schlüssel für den Diabetes mellitus verschlüsselt (siehe oben). **Unterzuckerungen bei Vorliegen eines Typ-2-Diabetes mellitus sind damit nicht – wie vom Krankenhaus verschlüsselt – mit einem zusätzlichen ICD-Code aus der Kategorie E16.- (Sonstige Störungen der inneren Sekretion des Pankreas) zu verschlüsseln.** Diese Codes der Resteklasse sind nur bei Patienten ohne Diabetes mellitus zu verschlüsseln. Darauf wird auch in der DKR 0401d (Diabetes mellitus) auch noch einmal explizit hingewiesen. *Wo?* Hinweise, dass die rezidivierenden Unterzuckerungen auf therapeutische Zwischenfälle mit Insulin zurückzuführen waren, die ggf. eine eine Doppelklassifizierung (s. DKR 1916e Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen) bedingen könnten, finden sich in der Patientenakte nicht. **Die im zu begutachtenden Fall dokumentierten Unterzuckerungen wären mit dem ICD-Code E11.61 (Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit sonstiger näher bezeichneter Komplikation, als entgleist bezeichnet) und nicht über einen zusätzlichen ICD-Code zu verschlüsseln.**

Komplikationen der peripheren Gefäße als Manifestation eines entgleisten Typ-2-Diabetes mellitus sind mit der Kodekombination E11.51 (Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit peripheren vaskulären Komplikationen, als entgleist bezeichnet) und dem Sekundärkode I79.2* (Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten) zu verschlüsseln. Aus den Angaben zu den Vorerkrankungen im Aufnahmebogen ist zu entnehmen, dass bereits im Jahr 1980 (und damit 12 Jahre vor der Diagnose der Zuckerkrankheit im Jahr 1992) eine Durchblutungsstörung [pAVK] vom Beckentyp diagnostiziert wurde. Das Vorliegen einer Durchblutungsstörung der Beine,

die allein auf die Zuckerkrankheit zurückzuführen ist, erscheint daher unwahrscheinlich. Denkbar ist jedoch, dass die im zu begutachtenden Fall vorliegende Durchblutungsstörung der Beine mit auf die Zuckerkrankheit zurückzuführen war. Entscheidend für die Kodierung einer Durchblutungsstörung der Beine als Komplikation oder Manifestation einer Zuckerkrankheit ist, dass es sich um eine „Manifestation des Diabetes an den Gefäßen“ handelt. Dass ein vorliegender Diabetes mellitus – neben anderen Risikofaktoren auch – das Entstehen bzw. in diesem Fall das Fortschreiten einer Durchblutungsstörung begünstigt, reicht für die Kodierung als diabetische Manifestation/Komplikation nicht aus. Inwieweit die „diabetesassoziierte“ Durchblutungsstörung (vgl. Formulierung im Entlassungsbrief vom 15.07.2008) als diabetische Manifestation gewertet werden kann, kann in diesem Kodiergutachten nicht bestimmt werden. Diese Bewertung hat jedoch Einfluss auf das DRG-Gruppierungsergebnis und den Abrechnungsbetrag. Die Kodierung der Durchblutungsstörung der Beine als Komplikation/Manifestation der Zuckerkrankheit ist bisher zwischen den Parteien nicht streitig. Für die weitere Begutachtung wird daher davon ausgegangen, dass die Durchblutungsstörung der Beine eine Manifestation der Zuckerkrankheit darstellte. Sollte diesbezüglich (im weiteren Verlauf des Gerichtsverfahrens) Dissens zwischen den Parteien bestehen, empfiehlt der Gutachter die Klärung durch einen fachmedizinischen Gutachter.

Eine Durchblutungsstörung der Beine durch Verkalkung der Beinarterien mit belastungsabhängigen Schmerzen ist mit einem ICD-Kode der Kategorie I70.2- (Atherosklerose der Extremitätenarterien) zu verschlüsseln. Die weitere Differenzierung erfolgt anhand der betroffenen Gefäße sowie anhand des Ausmaßes der dadurch bedingten Symptome. Den zur Verfügung stehenden Unterlagen ist lediglich zu entnehmen, dass belastungsabhängige Schmerzen der Beine vorlagen. Diese sind abhängig von der möglichen Gehstrecke am ehesten mit dem ICD-Kode I70.20 (Sonstige und nicht näher bezeichnet) oder mit dem ICD-

Kode I70.21 (Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz) zu verschlüsseln. Das Krankenhaus verschlüsselt den ICD-Kode I70.21. Eine Relevanz für das DRG-Gruppierungsergebnis und den Abrechnungsbetrag ergibt sich daraus, welcher der beiden ICD-Kodes gewählt wird, nicht, so dass für die weitere Begutachtung von der korrekten Kodierung des Krankenhauses ausgegangen wird.

Ein entgleister, nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus mit mehr als einer Komplikation/Manifestation kann über den ICD-Kode E11.71 (Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet) klassifiziert werden.

Das Vorliegen einer Umverteilung von Fettgewebe um den Bauchnabel herum [paraumbilikale Lipodystrophie] ist mit dem ICD-Kode E88.1 (Lipodystrophie, nicht näher bezeichnet) zu verschlüsseln. Ein spezifischer ICD-Kode existiert nicht.

Krampfadern an den Beinen werden abhängig vom Vorliegen weiterer, durch diese verursachte Komplikationen wie Entzündungen oder Geschwüre mit einem ICD-Kode der ICD-Kategorie I83.- (Varizen der unteren Extremitäten) klassifiziert. Hinweise auf das Vorliegen der genannten lokalen Komplikationen finden sich in den zur Begutachtung vorliegenden Unterlagen nicht, so dass im zu begutachtenden Fall der ICD-Kode I83.9 (Varizen der unteren Extremitäten, ohne Ulzeration oder Entzündung) zu verschlüsseln ist.

Ein vermindertes Vibrationsempfinden am Fuß ohne nähere Angaben zu ihrem Ausmaß und ihrer Ursache wird nach dem alphabetischen Verzeichnis der ICD-10-GM mit dem ICD-Kode R20.8 (Sonstige und nicht näher bezeichnete Sensibilitätsstörungen der Haut) verschlüsselt. Eine spezifische Kodierung existiert nicht. Das Vorliegen einer Polyneuropathie [Erkrankungen des peripheren Nervensystems, die

mehrere Nerven betreffen] als Komplikation einer Zuckerkrankheit wird in den zur Begutachtung vorliegenden Unterlagen nicht erwähnt.

Eine durch die Ernährung hervorgerufene Fettleibigkeit mit einem Body-Mass-Index [Maßzahl zur Bewertung des Körpergewichts eines Menschen im Verhältnis zu seiner Körpergröße] von $30,1 \text{ kg/m}^2$ ist mit dem ICD-Kode E66.00 (Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr mit einem Body-Mass-Index von 30 bis unter 35) zu verschlüsseln.

Eine Bluthochdruckerkrankung wird abhängig davon, ob sie mit einer Herzschwäche oder Nierenfunktionsstörung in kausalem Zusammenhang steht, mit einem ICD-Kode aus den ICD-Kategorien I10 bis I13 klassifiziert. Eine Bluthochdruckkrise oder eine schwere Verlaufsform (maligne Hypertonie) lag im konkreten Fall nicht vor. Das Vorliegen einer Herz- oder Nierenfunktionseinschränkung in Zusammenhang mit der Bluthochdruckerkrankung ist den zur Begutachtung vorliegenden Unterlagen nicht zu entnehmen. Die Bluthochdruckerkrankung ist damit im zu begutachtenden Fall mit dem ICD-Kode I10.00 (Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise) zu verschlüsseln.

Eine Hepatitis [Leberentzündung] B ohne Delta-Virus ist mit dem ICD-Kode B18.1 (Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus) zu verschlüsseln.

Ein Umbau des Lebergewebes durch Bindegewebe ohne nähere Angaben zu seiner Ursache muss unspezifisch mit dem ICD-Kode K74.6 (Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber) verschlüsselt werden. Auch bei einer chronischen Entzündung der Leber wäre der ICD-Kode K74.6 zu verwenden.

Eine Vergrößerung der Milz ohne nähere Angaben oder als Folge eines Blutrückstaus aus der Leber ist mit dem unspezifischen ICD-Kode R16.1 (Splenomegalie, anderenorts nicht klassifiziert) zu verschlüsseln.

Hinweise auf einen Bluthochdruck im Pfortadersystem, der zu einer Vergrößerung der Milz führt, finden sich in den zur Begutachtung vor-

liegenden Unterlagen nicht. Dieser Zustand wäre mit dem ICD-Kode K76.6 (Portale Hypertonie) zu verschlüsseln. Der ICD-Kode wurde weder vom Krankenhaus noch vom MDK angeführt, so dass er im weiteren Gutachten nicht berücksichtigt wird. Die Kodierung dieses ICD-Kodes hätte keinen Einfluss auf das DRG-Gruppierungsergebnis und den Abrechnungsbetrag.

Ein postthrombotisches Syndrom [Auswirkungen der Schäden am Venensystem nach Verschluss des Gefäßes durch ein Blutgerinnsel] ohne Geschwürbildung ist mit dem ICD-Kode I87.0 (Postthrombotisches Syndrom) zu verschlüsseln.

Der Zustand nach einem Verschluss eines venösen Gefäßes im Bein durch ein Blutgerinnsel kann nur über den unspezifischen ICD-Kode Z86.7 (Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese) abgebildet werden. Der von der Klägerin verschlüsselte ICD-Kode I80.2 (Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten), der nur während der Behandlung der akuten Erkrankungen zu verwenden ist, ist daher nicht zuzuweisen. Hinweise auf das Vorliegen eines aktuell vorliegenden Verschlusses der tiefen Beinvenen durch ein Blutgerinnsel finden sich in den zur Begutachtung vorliegenden Unterlagen nicht.

Eine dauerhafte Blutverdünnung (Antikoagulation) kann über den ICD-Kode Z92.1 (Dauertherapie [gegenwärtig] mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese) dargestellt werden. Bei vielen ICD-Kodes des Kapitels XXI der ICD-10-GM handelt es sich klassifikatorisch nicht um Diagnosen, sondern eigentlich um eine prozedurale Leistung. Diese werden dennoch aufgrund der vielfältigen Anwendungen der ICD-10-GM in der International Classification of Diseases klassifiziert. Als ICD-Kode sollte stattdessen die Diagnose, die die Indikation zur Medikation darstellt kodiert werden (s. hierzu beispielsweise auch die Hinweise vor Kapitel XXI in der ICD-10-GM oder die Kodierempfehlung Nr. 343 der Sozialmedizinischen Expertengruppe 4 (SEG 4) des MDK, Stand 10.06.2010 seitdem inhaltlich unverändert, www.mdk.de/1534.htm).

Der Verlust einer Niere kann über den ICD-Kode Z90.5 (Verlust der Niere(n)) abgebildet werden. Der Angabe aus der Vorgeschichte über die bösartige Neubildung der Niere kann über den ICD-Kode Z85.8 (Bösartige Neubildung der Harnorgane in der Eigenanamnese) verschlüsselt werden.

Auswahl der OPS-Kodes im zu begutachtenden Fall:

Eine Patientenschulung kann abhängig von ihrer Dauer mit einem Schlüssel aus der OPS-Klasse 9-500 (Patientenschulung) verschlüsselt werden. Unterschieden werden Schulungen von mindestens zweistündiger Dauer (OPS-Kode 9-500.0 – Basisschulung), von mindestens 20-stündigen Schulungen bis zu einer Dauer von fünf Tagen (OPS-Kode 9-500.1 – Grundlegende Patientenschulung) und von Schulungen mit einer Dauer von sechs Tagen und mehr mit durchschnittlich vier Stunden Schulung täglich (OPS-Kode 9-500.2 – Umfassende Patientenschulung). Die genaue Dauer und Intensität des im Verlauf des stationären Aufenthaltes durchgeführten Schulungskurses sowie der ernährungsmedizinischen Schulung finden sich in den vorliegenden Unterlagen nicht. Eine weitere Prüfung erscheint aufgrund fehlender Relevanz für das DRG-Gruppierungsergebnis und den Abrechnungsbetrag entbehrlich. Das Krankenhaus kodiert den OPS-Kode 9-500.2 (Umfassende Patientenschulung). Für die weitere Begutachtung wird daher davon ausgegangen, dass die Voraussetzungen für die Kodierung des OPS-Kode 9-500.2 erfüllt waren.

Eine kontinuierliche Vorhaltung und Durchführung differenzierter Behandlungsprogramme ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 kann unter bestimmten, im OPS-Katalog festgelegten Voraussetzungen mit einem Kode aus der OPS-Klasse 8-984 (Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus) verschlüsselt werden. Eine weitere Prüfung der Mindestmerkmale erscheint aufgrund des kodierten

Typ-2-Diabetes und der fehlenden Relevanz für das DRG-Gruppierungsergebnis und den Abrechnungsbetrag entbehrlich.

Eine krankengymnastische und atemtherapeutische Behandlung kann mit dem OPS-Kode 8-561.1 (Funktionsorientierte, physikalische Monotherapie) verschlüsselt werden. Voraussetzung für die Kodierung des OPS-Kodes ist die Durchführung von mindestens fünf Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche. Die Dauer der durchgeführten Behandlung geht aus den zur Begutachtung vorliegenden Unterlagen nicht hervor. Eine weitere Prüfung erscheint aufgrund fehlender Relevanz für das DRG-Gruppierungsergebnis und den Abrechnungsbetrag entbehrlich. Das Krankenhaus verschlüsselt den OPS-Kode 8-561.1 (Funktionsorientierte, physikalische Monotherapie) nicht, so dass für die weitere Begutachtung davon ausgegangen wird, dass die Voraussetzungen für die Kodierung des OPS-Kodes nicht gegeben waren.

Für die übrigen durchgeführten klinischen und technischen Untersuchungen stehen keine Codes im amtlichen OPS-Katalog zur Verfügung.

Wahl der Hauptdiagnose im zu begutachtenden Fall:

Die Kodierung der Hauptdiagnose ist zwischen Krankenhaus und Kostenträger streitig. Sie beeinflusst das DRG-Gruppierungsergebnis und damit den Abrechnungsbetrag. Das Krankenhaus kodiert an Hauptdiagnoseposition den ICD-Kode E11.71 (Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet) zusammen mit dem Sekundärkode I79.2* (Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten). Der Kostenträger fordert die Kodierung des ICD-Kodes E11.61 (Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet) ebenfalls zusammen mit dem Sekundärkode I79.2* (Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten) an Hauptdiagnoseposition.

Zwischen Krankenhaus und Kostenträger ist nicht streitig, dass im zu begutachtenden Fall als Hauptdiagnose ein Kode aus dem Bereich E11.- (Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]) mit der fünften Stelle „1“ für einen als entgleist bezeichneten Diabetes mellitus zu verschlüsseln ist.

Es stellen sich für die korrekte Wahl der Hauptdiagnose folgende Fragen:

1. Haben Komplikationen/Manifestationen des Diabetes mellitus vorgelegen und wenn ja, wie viele?
2. Sind bestehende Komplikationen des Diabetes mellitus bei der Kodierung des Diabetes mellitus nach der DKR 0401d (Diabetes mellitus) überhaupt zu berücksichtigen?
3. War die Behandlung des Diabetes mellitus oder einer seiner Manifestationen veranlassend für die stationäre Aufnahme?

Hypoglykämien bei einem Diabetes mellitus werden nach dem systematischen und alphabetischen Verzeichnissen der ICD-10-GM über „6“ (mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen) an vierter Stelle im jeweiligen Schlüssel für den Diabetes mellitus verschlüsselt (siehe oben). Das Vorliegen einer peripheren vaskulären Komplikation wie einer diabetischen Angiopathie wird über „5“ (mit peripher vaskulären Komplikationen) verschlüsselt. Zur Kodierung des Vorliegens mehrerer Komplikationen (z.B. Hypoglykämie und diabetische periphere Angiopathie) ist über die ICD-10-GM prinzipiell auch die Klassifizierung über „7“ (Mit multiplen Komplikationen) an vierter Stelle möglich (siehe oben).

Dass mit der peripheren vaskulären Angiopathie [Erkrankung der Gefäße] eine nach der ICD-10-GM klassifizierbare Komplikation des Diabetes mellitus vorlag ist zwischen den Parteien nicht streitig.

Dass im zu begutachtenden Fall offensichtlich rezidivierende Unterzuckerungen auftraten bzw. anamnestisch von diesen berichtet wurden, ist ebenfalls zwischen den Parteien bisher nicht streitig. Streitig ist le-

diglich, ob diese rezidivierenden Unterzuckerungen als Manifestationen/Komplikationen im Rahmen der ICD-10-GM bzw. im Rahmen der Deutschen Kodierrichtlinien zu werten sind. Im Hinblick auf die Verschlüsselungsmöglichkeit der Stoffwechsellage über die fünfte Stelle des ICD-Kodes, erscheint die Berücksichtigung spezieller Stoffwechselentgleisungen als Manifestationen/Komplikationen an der vierten Stelle redundant. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Differenzierung bis zur vierten Stelle eine Vorgabe der WHO darstellt, während die fünfte Stelle im Zuge der DRG-Einführung geschaffen wurde. Eine gewisse Redundanz im ICD-Kode lässt sich daher nicht vermeiden. Spezielle Stoffwechselentgleisungen können als diabetische Komplikation spezifisch über die vierte Stelle dargestellt werden (Koma [„0“], Ketoazidose [„1“]). Die Klassifikation von Unterzuckerungen bei einer Zuckerkrankheit erfolgt nach dem systematischen und alphabetischen Verzeichnis der ICD-10-GM über „6“ an vierter Stelle. Dies macht deutlich, dass Unterzuckerungen – unabhängig von der medizinischen Bewertung von Unterzuckerungen als Manifestationen/Komplikationen einer Zuckerkrankheit – aus klassifikatorischer Sicht als solche zu werten sind.

Im zu begutachtenden Fall lagen damit aus klassifikatorischer Sicht mit der peripher vaskulären Angiopathie sowie den rezidivierenden Unterzuckerungen zwei Manifestationen/Komplikationen der Zuckerkrankheit vor.

Gemäß DKR 0401d (Diabetes mellitus) ist die Kodierung der korrekten Hauptdiagnose bei Vorliegen eines Diabetes mellitus davon abhängig, ob die Behandlung der Grunderkrankung Diabetes mellitus oder die Behandlung einer oder mehrerer Komplikationen [des Diabetes mellitus] im Vordergrund stand.

Sofern die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt wird und nicht die Behandlung einer Manifestation im Vordergrund steht, wird wie folgt kodiert:

- Beim Vorliegen keiner Komplikation wird an vierter Stelle „9“ (Ohne Komplikationen) kodiert.
- Beim Vorliegen exakt einer Komplikation wird an vierter Stelle „6“ (Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen) kodiert, auch wenn eine medizinisch exaktere Kodierung an vierter Stelle möglich wäre.
- Beim Vorliegen mehrerer Komplikationen bzw. bei Vorliegen eines diabetischen Fußsyndroms wird an vierter Stelle „7“ (Mit multiplen Komplikationen) kodiert.

Steht jedoch nicht die Behandlung der Grunderkrankung, sondern die einer Manifestation im Vordergrund, so ist die vierte Stelle entsprechend dieser einzigen Manifestation zu wählen. Dies gilt auch dann, wenn eigentlich multiple Komplikationen vorliegen.

Durch die beschriebenen Regelungen der DKR 0401d wird durch die Kodierung der Hauptdiagnose eine sachgerechte Eingruppierung im DRG-System ermöglicht. Aufgrund seines hierarchischen Aufbaus wird im G-DRG-System zunächst anhand der Hauptdiagnose eine organbezogene Zuordnung vorgenommen. Durch die in der DKR 0401d geregelte Hauptdiagnosezuordnung bei Diabetes mellitus wird sichergestellt, dass die Hauptdiagnose in den meisten Fällen zu den durchgeführten Behandlungsinhalten passt.

Unstreitig zwischen den Parteien ist, dass die stationäre Aufnahme des Patienten am 16.06.2008 bei schwankenden Blutzuckerwerten im Rahmen einer bekannten Zuckerkrankheit zur Anpassung der medikamentösen Therapie der Grunderkrankung erfolgte. Neben der medikamentösen Neueinstellung, erfolgten Schulungsmaßnahmen und die Suche nach weiteren Manifestationen/Komplikationen des Diabetes mellitus (z.B. augenärztliche Untersuchung).

Im zu begutachtenden Fall erfolgte damit die stationäre Aufnahme zur Behandlung der Grunderkrankung. **Die Behandlung einer Manifestation/Komplikation stand dabei nicht im Vordergrund, so dass im**

zu begutachtenden Fall der ICD-Kode E11.71 (Nicht primär insulin-abhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet) an Hauptdiagnoseposition zu kodieren ist.

Gemäß DKR 0401d (Diabetes mellitus) sind die einzelnen Manifestationen eines Diabetes mellitus anzugeben, sofern diese der Nebendiagnosedefinition (DKR D003d) entsprechen.

Ein Ressourcenverbrauch bezüglich des Sekundärkodes I79.2* (Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten) ist den im Rahmen der Begutachtung vorliegenden Unterlagen nicht zu entnehmen, so dass der Sekundärkode I79.2* nicht zu kodieren ist.

Kodierung der Nebendiagnosen im zu begutachtenden Fall:

Der ICD-Kode I70.21 (Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz) ist weder als Manifestation an Nebendiagnoseposition noch als Begleiterkrankung als Nebendiagnose zu verschlüsseln. Ein Ressourcenverbrauch gemäß DKR D003d (Nebendiagnosen) ist den zur Begutachtung vorliegenden Unterlagen nicht zu entnehmen.

Der ICD-Kode E88.1 (Lipodystrophie, nicht näher bezeichnet) ist nicht als Nebendiagnose zu verschlüsseln. Ein Ressourcenverbrauch gemäß DKR D003d (Nebendiagnosen) ist den zur Begutachtung vorliegenden Unterlagen nicht zu entnehmen.

Der ICD-Kode I83.9 (Varizen der unteren Extremitäten, ohne Ulzeration oder Entzündung) ist nicht als Nebendiagnose zu verschlüsseln. Ein Ressourcenverbrauch gemäß DKR D003d (Nebendiagnosen) ist den zur Begutachtung vorliegenden Unterlagen nicht zu entnehmen.

Der ICD-Kode R20.8 (Sonstige und nicht näher bezeichnete Sensibilitätsstörungen der Haut) ist als Nebendiagnose zu verschlüs-

→ Änderung d. Sperrstriche =
Beeinflussung des Patienten-
management

seln. Ein Ressourcenverbrauch gemäß DKR D003d (Nebendiagnosen) war durch die zielgerichtete Diagnostik derselben gegeben.

Der ICD-Kode E66.00 (Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr mit einem Body-Mass-Index von 30 bis unter 35) ist als Nebendiagnose zu verschlüsseln. Ein Ressourcenverbrauch gemäß DKR D003d (Nebendiagnosen) war durch die Durchführung der ernährungsmedizinischen Schulung gegeben.

Der ICD-Kode I10.00 (Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise) ist als Nebendiagnose zu verschlüsseln. Ein Ressourcenverbrauch gemäß DKR D003d (Nebendiagnosen) war durch die Therapie mit blutdrucksenkenden Arzneimitteln gegeben.

Der ICD-Kode B18.1 (Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus) ist als Nebendiagnose zu verschlüsseln. Ein Ressourcenverbrauch gemäß DKR D003d (Nebendiagnosen) war durch die medikamentöse Therapie gegeben.

Der ICD-Kode K74.6 (Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber) ist nicht als Nebendiagnose zu verschlüsseln. Ein Ressourcenverbrauch gemäß DKR D003d (Nebendiagnosen) ist den zur Begutachtung vorliegenden Unterlagen nicht zu entnehmen.

Der ICD-Kode R16.1 (Splenomegalie, anderenorts nicht klassifiziert) ist nicht als Nebendiagnose zu verschlüsseln. Ein Ressourcenverbrauch gemäß DKR D003d (Nebendiagnosen) ist den zur Begutachtung vorliegenden Unterlagen nicht zu entnehmen.

Der ICD-Kode I87.0 (Postthrombotisches Syndrom) ist nicht als Nebendiagnose zu verschlüsseln. Ein Ressourcenverbrauch gemäß DKR D003d (Nebendiagnosen) ist den zur Begutachtung vorliegenden Unterlagen nicht zu entnehmen.

Der ICD-Kode Z86.7 (Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese) ist als Nebendiagnose zu kodieren. Ein Ressourcenverbrauch gemäß DKR D003d (Nebendiagnosen) war durch die Therapie mit blutverdünnenden Medikamenten gegeben.

Die ICD-Kodes Z90.5 (Verlust der Niere(n)) und Z85.8 (Bösartige Neubildung der Harnorgane in der Eigenanamnese) sind nicht als Nebendiagnosen zu verschlüsseln. Ein Ressourcenverbrauch gemäß DKR D003d (Nebendiagnosen) ist den zur Begutachtung vorliegenden Unterlagen nicht zu entnehmen.

Kodierung der Prozeduren im zu begutachenden Fall:

Gemäß DKR P001f (Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren) ist der OPS 9-500.2 (Umfassende Patientenschulung) mit dem Leistungsdatum 17.06.2008 zu kodieren. Die Prozedur erfüllt die Definition einer signifikanten Prozedur gemäß DKR P001f.

Zusammenfassung:

- Als Hauptdiagnose ist gemäß DKR 0401d (Diabetes mellitus) der ICD-Kode E11.71 (Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit multiplen Komplikationen als entgleist bezeichnet) zu kodieren. Sekundärkodes sind nicht anzugeben.
- Als Nebendiagnosen bzw. an Nebendiagnoseposition sind nach DKR D003d folgende ICD-Kodes anzugeben:
 - o E66.00 (Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr mit einem Body-Mass-Index von 30 bis unter 35)
 - o I10.00 (Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise)
 - o B18.1 (Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus)
 - o Z86.7 (Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese)
 - o R20.8 (Sonstige und nicht näher bezeichnete Sensibilitätsstörungen der Haut)

- als Prozedur ist der OPS-Kode 9-500.2 (Umfassende Patientenschulung) mit dem Leistungsdatum 17.06.2008 zu kodieren.

Resultierende DRG:

Unter Berücksichtigung der aufgeführten Haupt- und Nebendiagnosen sowie der aufgeführten Prozedur resultiert die G-DRG K60E (Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre) mit einer effektiven Bewertungsrelation von 0,905. Dies entspricht der von der Klägerin zur Abrechnung gebrachten Fallpauschale.

Die DRGs und DRG-Bewertungsrelationen wurden mit einem vom InEK zertifizierten Grouper für das DRG-System 2008 unter Berücksichtigung der Verweildauer von 11 Belegungstagen ermittelt. Die Multiplikation der effektiven Bewertungsrelation mit dem krankenhausindividuellen Basisfallwert bildet den DRG-Erlös in Euro.

Sachverständigengutachten erstellt am 15.06.2011



Prof. Dr. med. N. Roeder

Vorrangig berücksichtigte Quellen:

- ICD-10-GM 2008, Systematisches und Alphabetisches Verzeichnis, zu finden unter: www.DIMDI.de
- OPS Version 2008, zu finden unter: www.DIMDI.de
- Deutsche Kodierrichtlinien Version 2008, zu finden unter: www.g-drg.de
- Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2008 (FPV 2008), zu finden unter: www.g-drg.de
- G-DRG-Fallpauschalenkatalog 2008 (Anlage zur FPV 2008), zu finden unter: www.g-drg.de
- Fahlenbrach et al., Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien für 2005, das Krankenhaus 11/2004, zu finden unter: <http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/44/aid/1100/title/das+Krankenhau+s+112004>
- Schlottman, Klein, Kommentierung Deutsche Kodierrichtlinien Version 2007, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf, 2007
- Kodierempfehlungen der Sozialmedizinischen Expertengruppe 4 (SEG 4) des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK): www.mdk.de/1532.htm
- Kommentierung der Kodierempfehlungen der Sozialmedizinischen Expertengruppe 4 (SEG 4) des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) durch den Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling: <http://www.medizincontroller.de/wiki/index.php/E-002>

Glossar

Begriff	Erklärung
Adipositas	Fettleibigkeit
Alimentär	Durch die Ernährung hervorgerufen
Angiopathie	Erkrankung der Gefäße
Arterielle Hypertonie	Bluthochdruck
Basisfallwert	Der Basisfallwert ist Multiplikator für die DRG-Bewertungsrelation (s. dort) zur Ermittlung des Erlöses in Euro.
Bewertungsrelation	Jeder DRG-Fallpauschale wird vom DRG-Institut (InEK) als Ergebnis einer jährlich sich wiederholenden Kostenkalkulation ein relatives Kostengewicht, auch Relativgewicht oder Bewertungsrelation genannt, zugeordnet. Es ist ein Maß für die durchschnittliche Aufwändigkeit der Behandlung dieser DRG-Fallpauschale. Die effektive Bewertungsrelation unterscheidet sich von der im Fallpauschalenkatalog angegebenen Bewertungsrelation durch die im individuellen Fall ggf. notwendigen Ab- und Zuschläge für Kurzlieger, Langlieger oder verlegte Fälle.
BMI	Body-Mass-Index, Maßzahl zur Bewertung des Körpergewichts eines Menschen im Verhältnis zu seiner Körpergröße
CC	Komplikationen und Komorbiditäten (Complications and Comorbidities) Eine aus der Schweregradbewertung einzelner Nebendiagnosen resultierende Aufwandsbewertung des individuellen Krankenhauses, die zur Beschreibung von DRG-Fallkollektiven verwendet wird und sich in G-DRG-Bezeichnungen wiederfindet.
Chronische Hepatitis B ohne Delta-Virus	Chronische virusbedingte Entzündung der Leber
DKR	Deutsche Kodierrichtlinie Um eine einheitliche Verschlüsselung der Diagnosen und Prozeduren zu gewährleisten, wurde ein verbindliches Regelwerk durch die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen erstellt (Deutsche Kodierrichtlinien, bzw. DKR).
DRG, DRG-Fallpauschale	DRG ist die Abkürzung für Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene Fallgruppen). Diagnosebezogene Fallgruppen sind ein Patientenklassifikationssystem, welches anhand eines klinisch orientierten Schemas die Behandlung von Patienten in aufwandsähnliche Gruppen gliedert. Jedem stationären Aufenthalt wird genau eine DRG entsprechend der Aufwandskriterien zugeordnet. Eine stationäre Krankenhausbehandlung (Behandlungsfall) wird in diesem System nach pauschalierten Preisen (Fallpauschalen) vergütet, die dem durchschnittlichen Behandlungsaufwand für diese Behandlung entspricht. In Deutschland wird das G-DRG-System verbindlich in allen zugelassenen Krankenhäusern zur Finanzierung/Abrechnung der stationären Behandlungsleistungen eingesetzt. Das G-DRG-System wird im Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gepflegt (www.g-drg.de) In einem DRG-System werden Patienten anhand medizinischer (Diagnosen [ICD], durchgeführte Behandlungen [OPS], Beatmungszei-

	<p>ten) und demographischer (z.B. Alter, Geschlecht sowie das Aufnahme-gewicht bei Säuglingen) in Fallgruppen klassifiziert. Die Fallgruppen dienen jedoch nicht der medizinischen Unterscheidung, sondern die Differenzierung erfolgt letztendlich aufgrund des ökonomischen Aufwandes (Behandlungskosten). Diese Fallgruppen werden mit einer so genannten Bewertungsrelation bewertet, in der sich die unterschiedlichen Behandlungskosten der jeweiligen Fallgruppe widerspiegeln.</p> <p>Maßgebliche Kriterien für die Zuordnung des Behandlungsfalles zu einer diagnosebezogenen Fallgruppe sind</p> <ul style="list-style-type: none"> • die nach der ICD-10-GM verschlüsselte Hauptdiagnose • im Krankenhaus durchgeführte und nach OPS verschlüsselte Prozeduren (Operationen, aufwändige Untersuchungen), • Nach der ICD-10-GM verschlüsselte Nebendiagnosen • die Beatmungszeit und • weitere patientenbezogene Faktoren wie z.B. Alter, Geschlecht der Patienten oder das Geburts-, bzw. Aufnahme-gewicht bei Neonaten und Säuglingen, Verweildauer, etc. <p>Diagnosen und Prozeduren müssen in Deutschland nach der deutschen Anpassung der Internationalen Klassifikation der Diagnosen und Krankheiten (ICD-10-GM) sowie dem „Operations- und Prozedurenschlüssel“ (OPS) verschlüsselt werden. Der Algorithmus zur Ermittlung der DRG aus diesen Daten wird veröffentlicht und mit einer speziellen Software (DRG-Grouper) am Computer zugänglich gemacht.</p>
DRG-Grouper	<p>Gruppierungssoftware zur Ermittlung der richtigen DRG für einen stationären Behandlungsfall. Der Grouper verarbeitet die aus der vorgeschriebenen Routinedokumentation stammenden patientenbezogenen Daten (Stammdaten, Diagnosen, Prozeduren, Beatmungszeiten etc.) und ermittelt auf dieser Basis die richtige DRG.</p> <p>Der Zuordnungsalgorithmus ist in EDV-Programmen, so genannten Groupern implementiert, die vom InEK zertifiziert werden und über Schnittstellen vom Krankenhaus und den Krankenkassen in die EDV-Systeme eingebunden werden können.</p> <p>Für die Abrechnung dürfen nur vom DRG-Institut InEK geprüfte und zertifizierte Grouper eingesetzt werden.</p>
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser, die die Abrechnungsregeln und als Anhang den Fallpauschalen- und Zusatzentgeltkatalog enthält.
G-DRG	s. DRG
Gemeinsamer Bundesaus-schuss (G-BA)	<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschluss-gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungs-katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens (vgl. www.g-ba.de).</p>
Gemeinsame Selbstverwal-tung	Das Gesundheitswesen wird gemeinsam durch Vertrags(zahn)ärzte, Krankenkassen sowie Krankenhäuser verwaltet (vgl. www.g-ba.de).
Haupt-diagnose	Die DRG-Hauptdiagnose (HD) ist die abschließend festzulegende Hauptdiagnose für den gesamten Aufenthalt im Krankenhaus. Sie entspricht der „Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt

	wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist“.
HbA1c	Form des roten Blutfarbstoffs (Hämoglobin), an den Zucker (Glukose) gebunden ist. Der Anteil des HbA1c am Gesamthämoglobin kann als Indikator zur Einstellung eines Diabetes mellitus herangezogen werden.
Hepatitis	Entzündung der Leber
Hypoglykämie	Unterzuckerung
ICD-10 ICD-10-GM	<p>Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), 10. Revision ist der amtliche Katalog für die Verschlüsselung von Diagnosen und verbindlich für die ambulante und stationäre Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Für Deutschland existiert eine deutsche Modifikation (German Modification: ICD-10-GM). Alle deutschen Krankenhäuser und zum Teil auch die niedergelassenen Ärzte müssen ihre Leistungen nach dieser Klassifikation verpflichtend verschlüsseln.</p> <p>Die Pflege und Herausgabe der deutschen Modifikation (ICD-10-GM) erfolgt durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI, www.dimdi.de) im Auftrag und unter Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).</p>
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)	<p>Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen wurde für die deutschen Krankenhäuser gemäß § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem eingeführt. Grundlage hierfür bildet das G-DRG-System (German-Diagnosis-Related-Groups-System), wodurch jeder stationäre Behandlungsfall mittels einer entsprechenden G-DRG-Fallpauschale vergütet wird.</p> <p>Die Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des neuen Vergütungssystems haben die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen - die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung - der InEK GmbH als deutsches DRG-Institut übertragen (siehe auch www.g-drg.de).</p> <p>Die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben am 10. Mai 2001 die InEK gGmbH gegründet.</p> <p>Das Institut unterstützt die Vertragspartner der Selbstverwaltung und die von ihnen gebildeten Gremien bei der gesetzlich vorgeschriebenen Einführung und kontinuierlichen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems auf der Grundlage des § 17b KHG.</p> <p>Arbeitsfelder des DRG-Instituts sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medizin <ul style="list-style-type: none"> • Fallgruppenpflege <ul style="list-style-type: none"> o Definition der G-DRG-Fallgruppen o Pflege der Basis-Fallgruppen o Pflege des Schweregrad-Systems • Kodierrichtlinien • Zusammenarbeit mit Institutionen/Gremien/Organisationen - Ökonomie <ul style="list-style-type: none"> • Kalkulation <ul style="list-style-type: none"> o Bewertungsrelationen (Relativgewichte) o Zu- und Abschlüsse

Leberzirrhose	Umbau des ursprünglichen Lebergewebes durch Bindegewebe
Lipodystrophie	Umverteilung des Fettgewebes
MDK	Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung berät die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Fragen der allgemeinen medizinischen und pflegerischen Versorgung und begutachtet im Einzelfall. DRG-Rechnungsprüfungen nach § 275 SGB V werden bei gesetzlich Versicherten durch den MDK vorgenommen. Der MDK ist auf der Ebene der Bundesländern jeweils eigenständig organisiert.
MDS	Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. berät den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Fragen der medizinischen und pflegerischen Versorgung und der Gestaltung unseres Gesundheitswesens. Sein Auftrag ist es, die Zusammenarbeit der einzelnen Medizinischen Dienste (MDK) zu unterstützen und eine einheitliche Durchführung der Aufgaben zu fördern.
Neben- diagnosen	Nebendiagnosen (ND) sind Diagnosen, die das Patientenmanagement durch therapeutische Maßnahmen, durch diagnostische Maßnahmen oder durch einen erhöhten Pflege- und/oder Überwachungsaufwand beeinflussen. Sie dienen der Ermittlung einer Schweregradstufe im Gruppierungsprozess. Auch Symptome und andere Zustände können unter gewissen Voraussetzungen als Nebendiagnose angegeben werden.
OPS OPS-301	Operationenschlüssel gem. § 301 SGB V. Amtlicher Katalog für die Verschlüsselung von operativen und nichtoperativen Leistungen. Alle deutschen Krankenhäuser und zum Teil auch die niedergelassenen Ärzte müssen ihre Leistungen nach diesem Schlüssel verpflichtend verschlüsseln. Die Pflege und Herausgabe des OPS erfolgt durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI, www.dimdi.de) im Auftrag und unter Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).
paraumbilikal	um den Bauchnabel herum
pAVK	peripher arterielle Verschlusskrankheit, Durchblutungsstörung der Extremitäten
Polyneuropathie	Erkrankungen des peripheren Nervensystems, die mehrere Nerven betreffen
Postthrombotisches Syndrom	Auswirkungen der Schäden am Venensystem nach Verschluss des Gefäßes durch ein Blutgerinnsel
SEG	Sozialmedizinische Expertengruppe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)
Sekundärkodes	Sekundärkodes stellen keine eigenständigen Diagnosen dar und können niemals ohne „Primärkode“ verschlüsselt werden. Sie werden in Sternkodes und Ausrufezeichenkodes differenziert. Sternkodes werden in der Regel dazu verwendet einer (häufig systemischen) Grunderkrankung eine Manifestation in einem speziellen Organgebiet zuzuordnen. Ausrufezeichenkodes dienen hingegen meist dazu, einen Primärkode näher zu spezifizieren bzw. diesem einen Schweregrad zuzuordnen.
Splenomegalie	Vergrößerung der Milz
Stammdaten	Zu den Stammdaten gehören beispielsweise Alter, Geschlecht, Verweildauer, Aufnahmeanlass oder Entlassungsart eines Patienten. Neben Diagnosen und Prozeduren können diese Daten relevant für

	die Zuordnung einer stationären Behandlung zu einer DRG-Fallpauschale oder die Ermittlung der Bewertungsrelation sein.
Varikosis	Krampfadern
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization). Die WHO erlässt und revidiert die ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).
ZE (Zusatzentgelt)	<p>Additive Vergütungskomponente des G-DRG-Systems für eng begrenzte Ausnahmen. Zusatzentgelte können zusätzlich zu einer G-DRG abgerechnet werden. Es werden folgende Zusatzentgelte unterschieden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewertete Zusatzentgelte: hier ist der Eurobetrag bundesweit vorgegeben, es können Altersbeschränkungen vorliegen. Bewertete Zusatzentgelte werden in Anlage 2 des Fallpauschalenkataloges gelistet. - Unbewertete Zusatzentgelte: Entgelthöhe wird nach § 6 Abs. 1 KHEntgG lokal zwischen Krankenhaus und Kostenträgern verhandelt. Unbewertete Zusatzentgelte werden in Anlage 4 des Fallpauschalenkataloges gelistet. - Neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB): für diese innovativen Leistungen können ebenfalls (wenn vom Krankenhaus rechtzeitig beantragt und vom InEK als NUB-Leistung anerkannt) lokal zwischen Krankenhaus und Kostenträgern Zusatzentgelte verhandelt werden. - Besondere Leistungen nach § 6 Abs. 2a KHEntgG: sind die speziellen Voraussetzungen des § 6 Abs. 2a erfüllt, so können für diese besonderen Leistungen ebenfalls lokal zwischen Krankenhaus und Kostenträgern Zusatzentgelte verhandelt werden.