



„Diabetes mellitus“ DRGs & Kodierung & Erlöse 2022

Wolfgang Trosbach
Dipl.-Psych.

Annette Ahollinger
Dipl.-Bibl.

Medizincontrolling
Diabetes Klinik Mergentheim

Dieser Workshop ist von der
Ärztekammer Niedersachsen als anerkannte
Fortbildung zugelassen.



Die Referent:innen Wolfgang Trosbach und Annette Ahollinger bestätigen hiermit, dass diese Fortbildung von keiner Firma gesponsort wurde/wird und somit keinerlei Interessenskonflikte vorliegen.

Verteilung der DRGs in der DK (Abrechnungsfälle)

DRG-Gruppen (Anteil in %)	Right Coding-Auswirkungen		Corona-Auswirkungen	
	2018	2019	2020	2021
DM mit mehreren Kompl. (K60E)	51%	60%	58,5%	51,5%
DM mit einer/keiner Kompl. (K60F)	35%	25%	30%	34%
DM mit Schwangerschaft (O65B)	1%	1%	0,8%	0,6%
„Fuß-DRG“	8%	8%	6%	7,4%
Keim-/Isolation (K77Z, F77Z, K25A)	0,2%	0,1%	0,1%	0,06%
Kinder (K60A, K60B)	5%	5,5%	4%	5,5%
Sonstige	< 1%	< 1%	< 1%	< 1%

Landesbasisfallwert BW

2019: 3.539,12 € → 2020: 3672,40 € → ab 3/2021: 3750,41 € → 2022: 3837,42€

Kodierung/DRGs 2022 Diabetes

DRG	Bezeichnung 22	RG 2022	RG 2021	Diff 2021/22	MVD	UGVD	OGVD	Pflegeerlös BR/Tag	Pflegeerlös BR/Tag 2021	Diff 2021/22
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit <u>äußerst schweren CC</u> , <u>ohne mehrzeitige</u> Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe	1,889	1,857	0,032	17,7	5	33	0,8366	0,8554	-0,019
F21E	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff	0,871	0,873	-0,002	9,7	2	20	0,7008	0,7139	-0,013
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, <u>mit äußerst schweren CC</u> oder Gefäßeingriff oder bestimmter Amputation oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexem Hauteingriff	2,344	2,377	-0,033	21,2	6	39	0,7905	0,8179	-0,027
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, <u>ohne äußerst schwere CC</u> , ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, mit mäßig komplexem Eingriff	1,353	1,364	-0,011	13,7	4	27	0,6696	0,6858	-0,016
I20E	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritis oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre	0,828	0,833	-0,005	3,3	1	7	0,8232	0,8433	-0,020
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	1,822	1,833	-0,011	12,5	3	23	1,7115	1,7536	-0,042
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	1,179	1,186	-0,007	9,7	2	15	1,2500	1,2808	-0,031
K60D	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	0,441	0,444	-0,003	3,8	1	8	1,3706	1,4043	-0,034
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	0,762	0,766	-0,004	8,8	2	16	0,6334	0,6490	-0,016
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose	0,565	0,568	-0,003	6,5	1	14	0,6298	0,6453	-0,016
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik, Alter > 17 Jahre oder außer bei bösartiger Neubildung	0,49	0,493	-0,003	4,8	1	11	0,7375	0,7554	-0,018
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag	0,331	0,333	-0,009	3,8		9	0,6514	0,6674	-0,016

→ Geringe Abwertung quasi aller Diabetes-DRGs !
Im Ø um die 20 Euro /Fall

Beispiel Erlösvergleich 2019/2020

2019	VwDauer	RG	LBFW 2019	Erlös DRG
K60E	2-17 Tage	0,988	3.539,12 €	3.496,65 €
K60F	1-14 Tage	0,728	3.539,12 €	2.576,48 €
F21E	2-19 Tage	0,69	3.539,12 €	2.441,99 €
F77Z	0-37 Tage	3,159	3.539,12 €	11.180,08 €

Veränderung ab 2020

Statt reiner DRG zukünftig DRG-Erlös plus Pflegeerlös

bis 2019: $\text{Erlös} = \text{DRG-RG} * \text{LBFW}$

ab 2020:

$\text{Erlös} = \text{DRG-Erlös} + \text{Pflegeerlös}$

$\text{Pflegeerlös} = \text{Pflege-RG} * \text{VwD} * \text{Pflegeentgeltwert}$

Pflegeentgeltwert wird krankenhausindividuell erst bei den Pflegesatzverhandlungen mit den Kassen vereinbart !

- Somit sind sämtliche Rechnungen/Erlöse nur vorläufig
- Erlös abhängig von DRG-Katalog, Verweildauer + Pflegekosten

2020	VwDauer	RG	LBFW 2020	Erlös DRG	Pflege-RG	VwD	PflegeEGW	Pflegeerlös	Erlös Gesamt
K60E	2-17 Tage	0,761	3.672,40 €	2.794,70 €	0,667	10	163,00 €	933,80 €	3.728,50 €

2021	VwDauer	RG DRG	LBFW 2021	Erlös DRG	Pflege-RG	VwD	Pflegesatz	Pflegeerlös	Erlös Gesamt
K60E	2-17 Tage	0,766	3.672,40 €	2.813,06 €	0,649	10	163,05 €	1.058,19 €	3.871,25 €
						10	120,00 €	778,80 €	3.591,86 €
						10	100,00 €	649,00 €	3.462,06 €
						11	163,05 €	1.164,01 €	3.977,07 €
						11	120,00 €	856,68 €	3.669,74 €
						11	100,00 €	713,90 €	3.526,96 €

Pflegeentgeltwert:
bis zur
individuellen
Festlegung in
2021/22
→ **163 Euro**
vorläufig, sichert
Liquidität

Pflegekosten / ZE

- Ausgliederung der Pflegekosten wirkte sich in 2021 in fast allen Diabetes-DRGs und den Fuß-DRGs positiv aus, großer Sprung bei Kindern < 6 Jahren
- Isolationspatienten (hohes Pflege-RG) spielen dagegen kaum mehr eine Rolle durch die mind. 14 Tage Isolationsdauer (in DK < 5 Patienten/Jahr)
- Ausschlaggebend für den Effekt der ausgelagerten Pflegekosten sind die Verweildauer (VWD-Reduzierung führt zu geringerem Erlös) und der krankenhausindividuelle Pflegesatz
→ Probleme/Dissens bei der Zuordnung und Anerkennung der Pflegekosten (Tätigkeit am Bett vs. Ausbildung? Andere Berufsgruppen?) und deshalb wenig geeinte Pflegesatzabschlüsse 2020/2021
- Durch Ausgliederung der Pflegekosten wurden die Zusatzentgelte ZE162 und ZE 163 stark abgewertet; Übermittlung durch Kassen klappt zuverlässig
- Neue ZEs für die Abrechnung der Covid19-Testungen (stationäre Patienten)
 - Schnelltest 19,00 €
 - PCR-Test 45,50 €
 - Mehrfach während AFH abrechenbar; Kodierung U99.0! zwingend erforderlich

Wichtige Links zum Kodieren:

- Deutsche Kodierrichtlinien
[https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2022/Kodierrichtlinien/Deutsche Kodierrichtlinien 2022](https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2022/Kodierrichtlinien/Deutsche_Kodierrichtlinien_2022)
- ICD 2022
<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/>
- OPS 2022
<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2022/>
- ICD Thesaurus (Stichwortsuche)
<https://www.icd-code.de/>
- BfArM (ehem. DIMDI) FAQs zu ICD-10-GM
https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Kodierfragen/_node.html
- SEG IV Kodierempfehlungen
<https://www.mdk.de/kranken-pflegekassen/kodierempfehlungen/>
- Entscheidungen des Schlichtungsausschusses
[https://www.g-drg.de/Schlichtungsausschuss nach 19 KHG/Entscheidungen des Schlichtungsausschusses](https://www.g-drg.de/Schlichtungsausschuss_nach_19_KHG/Entscheidungen_des_Schlichtungsausschusses)

Früher konnten auch ND aus dem Bereich Herz, Niere etc. in höher erlösende DRG führen; seit einigen Jahren gibt es quasi keine CCL-Relevanz im Bereich Diabetes mehr. Deshalb Augenmerk auf folgende Schwerpunkte:

- Hauptdiagnose Diabetes mit keiner/einer oder mehreren Komplikationen
K60E → K60F
ca. 800 Euro

Vorliegen dieser Komplikationen prüfen:

Hypoglykämie

Retinopathie / Katarakt

Nephropathie

PNP, Erektile Dysfunktion

Diabetesleber

Arthropathie

Diab. Fußsyndrom (mit/ohne Wunde)

Vorliegen einer Entgleisung prüfen

s. ICD 10 →

Die folgenden vierten Stellen sind bei den Kategorien E10-E14 zu benutzen:

- .0 Mit Koma**
Diabetisches Koma:
 - hyperosmolar
 - mit oder ohne KetoazidoseHyperglykämisches Koma o.n.A.
Exkl.: Hypoglykämisches Koma (.6)
- .1 Mit Ketoazidose**
Diabetisch:
 - Azidose
 - Ketoazidoseohne Angabe eines Kommas
- .2+ Mit Nierenkomplikationen**
Diabetische Nephropathie (N08.3*)
Intrakapilläre Glomerulonephrose (N08.3*)
Kimmelstiel-Wilson-Syndrom (N08.3*)
- .3+ Mit Augenkomplikationen**
Diabetisch:
 - Katarakt (H28.0*)
 - Retinopathie (H36.0*)
- .4+ Mit neurologischen Komplikationen**
Diabetisch:
 - Amyotrophie (G73.0*)
 - autonome Neuropathie (G99.0*)
 - autonome Polyneuropathie (G99.0*)
 - Mononeuropathie (G59.0*)
 - Polyneuropathie (G63.2*)
- .5 Mit peripheren vaskulären Komplikationen**
Diabetisch:
 - Gangrän
 - periphere Angiopathie+ (I79.2*)
 - Ulkus
- .6 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen**
Diabetische Arthropathie+ (M14.2-*)
Hypoglykämie
Hypoglykämisches Koma
Neuropathische diabetische diabetische Arthropathie+ (M14.6-*)
- .7 Mit multiplen Komplikationen**
- .8 Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen**
- .9 Ohne Komplikationen**

- Diabetische Komplexbehandlung bei Patienten < 18 Jahre

K60F → K60A/B

ca. 2.300 (K60B) bzw. 4.000 Euro (K60A)

OPS 8-984.0

- OPS durch Fußbehandlung

K60E → z.B. F27C

ca. 300 (F21E) bzw. 2.000 Euro (F27C)

z.B. großes Wunddebridement, besondere Wundbehandlung (SDRM-Pflaster, VAC)

Fuß-OP (auch konsiliarisch)

Achtung: Langlieger bei K60E ggf. teurer als mit OP !

- Isolation bei MRE

F21E → F77Z

ca. 2.400 Euro

→ kaum mehr relevant, da Isolierung erst ab 14 Tagen triggert

E10-E14 vierte Stelle:

Für die korrekte Wahl der Hauptdiagnose bei Diabetes mellitus ist zunächst festzustellen, ob:

- die **Behandlung der Grunderkrankung DM**
- die **Behandlung einer oder mehrerer Komplikationen**

hauptsächlich die stationäre Aufnahme veranlasst hat und wie viele Komplikationen/Manifestationen des DM ggf. vorliegen.

- Sofern die **Grunderkrankung** Diabetes mellitus behandelt wird und nur eine Komplikation (Manifestation) des Diabetes mellitus vorliegt, ist E10–E14, vierte Stelle „6“ zu kodieren.

- Sofern die **Grunderkrankung** Diabetes mellitus behandelt wird und multiple Komplikationen (Manifestationen) des Diabetes mellitus vorliegen, ohne dass die Behandlung einer Manifestation im Vordergrund steht, ist die E10–E14, vierte Stelle „7“ zu kodieren ...“

- Sofern **Komplikationen** (Manifestationen) des Diabetes mellitus vorliegen und die Behandlung einer Manifestation im Vordergrund steht, ist E10–E14, vierte Stelle entsprechend dieser Manifestation, zu kodieren gefolgt vom entsprechenden Code für diese Manifestation. Die Codes für die weiteren Manifestationen sind anzugeben, sofern sie der Nebendiagnosendefinition entsprechen.

E10-E14 vierte Stelle:

- a) Cave: vierte Stelle .2 bis .5 der Hauptdiagnose führen nicht in eine Diabetes-DRG! **Hier steht nicht die Behandlung der Grunderkrankung, sondern die Behandlung dieser einen Manifestation im Vordergrund, so dass die 4. Stelle entsprechend dieser Manifestation zu wählen ist. Dies gilt auch dann, wenn eigentlich multiple Komplikationen vorliegen.**
- b) E10-E14 vierte Stelle .6 oder .7 definiert einzelne versus multiple Komplikationen/Manifestationen des DM. **Die vierte Stelle .6 versus .7 entscheidet bei Diabetes mellitus (zusammen mit der fünften Stelle „entgleist“!) ob Patient in die K60F oder K60E (höher erlösend) kommt.** Es wird die Grunderkrankung Diabetes mellitus, nicht speziell eine Komplikation behandelt: DKR 0401h „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“:
„Sofern die **Grunderkrankung** Diabetes mellitus behandelt wird und multiple Komplikationen (Manifestationen) des Diabetes mellitus vorliegen, ohne dass die Behandlung einer Manifestation im Vordergrund steht, ist die E10–E14, vierte Stelle „.7„ zu kodieren ...“.
- c) Cave: Um die vierte Stelle .6 oder .7 zu vergeben, reicht es aus, wenn eine Komplikation/Manifestation nur anamnestisch belegt ist oder wenn sie diagnostiziert ist, auch ohne dass sie die Definition von „Nebendiagnose“ erfüllt (sh. DKR 0401h, Bsp. 2). Dies ist strittig mit einzelnen MDKs, aber eindeutig nach DKR!

E10-E14 vierte Stelle:

Hier die Subklassifikationsliste des ICD-10 zu Manifestationen/Komplikationen des Diabetes mellitus, die an der 4. Stelle der HD zu berücksichtigen sind.

„Die folgenden vierten Stellen sind bei den Kategorien E10-E14 zu benutzen:“

<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/block-e10-e14.htm>

Cave:

Diese Liste ist eine Beispielliste, nicht abschließend

Beachte hier unter .6 „Hypoglykämien“

Komplikation/Manifestation „Hypoglykämien“

In den S3-Leitlinien Therapie des Typ-1-Diabetes ist die Definition von Hypoglykämien festgelegt. MDK gibt vor, dass Hypoglykämie erst ab Blutzuckerwerten ≤ 50 mg/dl vorlägen, dies ist u. E. definitiv falsch.

Die S3-Leitlinien orientieren sich ausschließlich an der Fähigkeit zur Selbsttherapie/Notwendigkeit von Fremdhilfe bei der erforderlichen Kohlenhydrateinnahme (unabhängig davon, ob Hypoglykämie-Symptomen vorliegen/wahrgenommen werden).

- a) Milde Hypoglykämie: die Hypoglykämie kann durch den Patienten selbstständig durch Kohlenhydrateinnahme therapiert werden.
- b) Schwere Hypoglykämie: der Patient ist bei der Therapie der Hypoglykämie auf Fremdhilfe (z. B. durch Angehörige oder medizinisches Personal) angewiesen.

Die Definition einer Hypoglykämie ist mit diesen S3-Leitlinien eindeutig geklärt, allerdings weiterhin ohne Konsentierung mit MD.

Cave: Auch in den S3-Leitlinien „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter“ ist die Hypoglykämie (leicht vs. schwer) ausschließlich definiert über die Fähigkeit zur Selbsttherapie vs. Notwendigkeit von Fremdhilfe, aber nicht über Blutzuckerwerte.

Komplikation/Manifestation „Hypoglykämien“

SEG-4 Kodierempfehlungen „Hypoglykämie“

SEG 4-Kodierempfehlungen

Die SEG-4 hat eine u.E. inkorrekte Kodierempfehlung verfasst, mit der sie womöglich versucht, das für Krankenhäuser positive LSG-Urteil zu „umschiffen“:

Sh. hier Kodierempfehlung 578 „Diabetes, Hypoglykämie, Komplikation, Manifestation“

„Die rezidivierenden arzneimittelinduzierten Hypoglykämien im Rahmen der intensivierten Insulintherapie vor Aufnahme ins Krankenhaus und während des stationären Aufenthaltes sind als Stoffwechselentgleisung/-dekompensation zu werten. Eine (Organ-)Komplikation des Diabetes mellitus liegt nicht vor.

Die Regelung der DKR 0401, Absatz „Hauptdiagnose Diabetes mellitus mit Komplikationen“, konkretisiert mehrfach im Wortlaut des Textes durch die Klammererläuterung (*siehe hier „Komplikation (Manifestation)“*), die Komplikation als Manifestation (so auch in der Anmerkung im Beispiel 3 und dem Hinweis nach Beispiel 3).

Gemäß DKR sind Manifestationen des Diabetes mellitus die (Organ-)Komplikationen.

Nach DKR D012 Absatz „Reihenfolge von Diagnoseschlüsseln bei Mehrfachkodierung“ werden

Manifestationscodes als Sekundär-Diagnoseschlüssel bezeichnet und mit einem Stern gekennzeichnet (Manifestation, “*”).

Die DKR, welche als Abrechnungsbestimmungen Vorrang haben vor der ICD- 10-GM, unterscheiden sich hier in der verwendeten Begrifflichkeit von der ICD-10-GM, die den Begriff „Manifestation“ nicht verwendet. Die Hypoglykämie ist in der ICD-10-GM bei den Kategorien E10-E14.6 nicht mit einem Stern gekennzeichnet und damit keine Manifestation bzw. (Organ-)Komplikation. Die Entgleisung des Stoffwechsels wird über die 5. Stelle kodiert. Siehe auch Kodierempfehlungen 9, 35, 56, 170, 408, 458, 579 und 600.

Komplikation/Manifestation „Hypoglykämien“

SEG-4 Kodierempfehlungen „Hypoglykämie“

Überraschenderweise hatte temporär die FOKA diese SEG-4-Kodierempfehlungen zur Kodierung der Hypoglykämien konsentiert und mit weiteren Argumenten/Fragen in einem Schreiben Dezember 2019 an die DDG noch „verschärft“.

Hier die Antwort der DDG, die ab S. 3 unten ausführlich auf die SEG-4-Kodierempfehlungen „Hypoglykämie“ und auf die weiteren Argumenten der FOKA kritisch eingeht.

[DDG-Stellungnahme zu den SEG-4 Kodierempfehlungen „Hypoglykämie“](#)

Januar 2020 fand ein Treffen DDG-Vorstand, DDG-DRG-Expertengruppe mit einem FOKA-Vertreter in Berlin statt, bei dem die FOKA avisierte, dass sie sich inzwischen der Argumentation der DDG stark annähert. Seitens der FOKA wurde die Konsentierung mit dem MD zurückgezogen, jedoch zu spät, so dass dieser Dissens nicht vor den Bundes-Schlichtungsausschuss kam.

Komplikation/Manifestation „Hypoglykämien“

SEG-4 Kodierempfehlungen „Hypoglykämie“

Ein weiteres zentrales Argument gegen die SEG-4 Kodierempfehlung, das für Sozialgerichtsstreitigkeiten hilfreich:

Die DKR regeln nur Ausnahmetatbestände als Spezielle Kodierrichtlinien. Die Hypoglykämien sind jedoch nicht in den DKR bei den Ausnahmetatbeständen als spezielle Kodierrichtlinie genannt. Auch in DKR 0401h sind Hypoglykämien nicht benannt. Hypoglykämien stellen somit einen Regeltatbestand dar und sind zwingend so, wie im ICD-10 unter vierter Stelle der Hauptdiagnose als „.6“ explizit genannt, als Manifestation/Komplikation zu kodieren; wie und dass Komplikationen/Manifestationen des Diabetes mellitus zu kodieren sind, haben die DKR klar festgelegt.

Sh. hier [Deutsche Kodierrichtlinien 2021](#)

Komplikation/Manifestation „Hypoglykämien“

SEG-4 Kodierempfehlungen „Hypoglykämie“

Die Deutschen Kodierrichtlinien stellen in der Einleitung auf S. IV fest:

„In den Speziellen Kodierrichtlinien werden besondere Fallkonstellationen beschrieben, die entweder der konkreten Festlegung dienen oder bei denen aus Gründen der DRG-Logik von den Allgemeinen Kodierrichtlinien abgewichen werden muss.“

Dieses Zitat belegt erneut, dass die DKR-Väter und –Mütter offensichtlich keinen Anlass sahen, für die – nirgendwo in den DKR genannten Hypoglykämien – eine konkrete Festlegung oder eine Abweichung von den Allgemeinen Kodierrichtlinien zu treffen.

Die SEG-4-Kodierempfehlungen zu „Hypoglykämie“ sind vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar und u.E. inkorrekt.

Komplikation/Manifestation „Hypoglykämien“

Zwei Urteile des Landessozialgerichts Baden Württemberg bestätigen, dass Hypoglykämien als Komplikation/Manifestation des Diabetes mellitus zu kodieren sind.

Die Korrektheit der Kodierung der Hypoglykämien war zuvor von einer Reihe von Sozialgerichten und einer Vielzahl von übereinstimmenden gerichtlichen Sachverständigen-Gutachten bestätigt worden.

- **Hier Kurzzusammenfassung des Landessozialgerichts-Urteils:**

[Diabeteszeitung 09/2019 zum Landessozialgerichts-Urteil "Hypoglykämien"](#)

- **Hier ein Exzerpt des zentralen Urteil-Abschnitts:**

[Seite 13 LSG-Urteil](#)

- **Hier das Urteil komplett:**

[Juris, LSG-Urteil Hypoglykämien](#)

Aktueller Stand 02/2022:

Die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland hatte nach einem zweiten für die Diabetes-Klinik Bad Mergentheim positiven Sozialgerichtsurteil zu Hypoglykämien Revision vor dem Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt -> diese wurde in 10/2020 vom LSG nicht zugelassen -> AOK legte eine Nicht-Zulassungsbeschwerde vor dem Bundessozialgericht ein (2/2021). Das BSG hat nach Stellungnahme der Diabetes-Klinik Bad Mergentheim die zur Nicht-Zulassungsbeschwerde abgelehnt.

Komplikation/Manifestation „Hypoglykämien“ Antrag DDG und AGPD im Vorschlagsverfahren 2022-2023

Sonstige sekundäre Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U69-U69)

U69.6-! Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe des Schweregrades einer Hypoglykämie und Angabe einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung

Benutze die sekundären Schlüsselnummern U69.60!-U69.63!, um bei Diabetes mellitus (E10-E14) den Schweregrad der Hypoglykämie und das Vorliegen einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung anzugeben.

Benutze die sekundären Schlüsselnummern U69.60! und U69.61!, um bei anderen Zuständen, die mit einer Hypoglykämie einhergehen, den Schweregrad der Hypoglykämie anzugeben

Die Schlüsselnummern U69.60!, U69.61! und U69.63! sind nur bei Jugendlichen und Erwachsenen (13 Jahre und älter) anzugeben.

Fremdhilfe ist dann gegeben, wenn ein Patient aufgrund der Hypoglykämie bedingten Bewusstseinsbeschränkung nicht mehr in der Lage ist, selbstständig Maßnahmen zur Beendigung der Hypoglykämie durchzuführen und deshalb auf die Unterstützung durch An-/Zugehörige oder medizinisches Personal angewiesen ist.

Fremdhilfe beinhaltet neben der Gabe von Glukose i.v., Glukagon i.m., s.c. oder nasal auch die durch die unterstützende Person durchgeführte orale Zufuhr von Glukose.

Rezidivierende Hypoglykämien sind definiert ab einer Häufigkeit von 3 hypoglykämischen Ereignissen (Blutzucker von 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l und weniger) innerhalb von 5 Tagen

Komplikation/Manifestation „Hypoglykämien“ Antrag DDG und AGPD im Vorschlagsverfahren 2022-2023

U69.60! Rezidivierende milde Hypoglykämien (≥ 3 in 5 Tagen)

Patient ist nicht auf Fremdhilfe angewiesen, Blutzucker von 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l und weniger

U69.61! Schwere Hypoglykämie ohne Koma

Patient ist auf Fremdhilfe angewiesen, Blutzucker von 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l und weniger

U69.62! Schwere Hypoglykämie mit hypoglykämischem Koma bei Diabetes mellitus

U69.63! Hypoglykämiewahrnehmungsstörung bei Diabetes mellitus

Rezidivierend unbemerkte Hypoglykämien mit Blutzucker von 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l und weniger

Ergänzend hierzu ist ein entsprechender Hinweis auf den Sekundärkode für die Kodierung der 4ten Stelle ".6" für die Gruppe "Diabetes mellitus (E10-E14)" aufzunehmen.

.6 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen

Hypoglykämie (U69.60!, U69.61!)

Hypoglykämisches Koma (U69.62!)

Für Hypoglykämien ohne Vorliegen eines Diabetes mellitus ist ein entsprechender Verweis auf den Sekundärkode zu setzen.

E16.- Sonstige Störungen der inneren Sekretion des Pankreas

Soll der Schweregrad einer Hypoglykämie angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer U69.60! oder U69.61 zu benutzen.

E10-E14 fünfte Stelle:

Cave: Prüfen, ob eine **Entgleisung** vorliegt und diese an fünfter Stelle kodieren, da (beginnend **seit 2017**) **Kodierungen nur mit „Entgleisung“ in eine DRG mit höherem Relativgewicht triggern. MDs prüfen somit gezielt die Entgleisung.**

Strittig, rechtlich nicht bindend, aber die Definition für „Entgleisung“ des MDK (SEG-4 KDE-9):

Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist:

- Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung)
- Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l)) (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung)
- Deutlich erhöhtes HbA1c (größer 10) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung)
- Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung
- Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga

Diese Empfehlung gilt nicht beim Therapiemanagement nach dem Basis-Bolus-Prinzip.

E10-E14 vierte Stelle:

MDK-SEG 4-Gegendarstellung via BVKD-Konsens „Diabetes mellitus entgleist“

Entgleisung immer kodieren bei Koma, Ketoazidose oder Hypoglykämie mit Bewusstlosigkeit und außerdem wenn mindestens einer der folgenden Punkte vorliegt:

- Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien kleiner/gleich 60 mg/dl bzw. bei höheren Werten, wenn Hypoglykämie-Symptome auftreten
- Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung
- Entgleist = Nichterreichen eines HbA1c-Wertes unter dem ca. 1,2-fachen der oberen Norm der jeweiligen Labormethode:
Normbereich beispielsweise mit HbA1c: 4,3-6,1 Prozent $\rightarrow 1,2 \times 6,1\% = 7,32\%$
% HbA1c-Werte größer/gleich 7,3 % bedingt stationäre Behandlungsnotwendigkeit = entgleister Diabetes, wenn dieser Zielwert nicht in einer ambulanten (bei DMP-Patient wenn dieser Zielwert auch nicht in diabetologisch qualifizierter ambulanter Einrichtung) erreicht wurde
- Mindestens dreimal Werte >250 mg/dl mit mehrfacher Therapieanpassung
- Bei Werten unter 250 mg/dl: aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga

Quelle: <https://www.die-diabetes-kliniken.de/index.php/mitgliederbereich/20-drq-datenbank/51-diabetes-entgleist>

E10-E14 fünfte Stelle / Entgleisung

Bei einem Treffen DRG-Expertengruppe der DDG mit DDG-Präsidentin und FOKA-Vertreter im Januar 2020 wurden folgende HbA1c-Grenzen für Definition und Kodierung einer Entgleisung definiert:

- Nationale Versorgungsleitlinien für Typ-2: ab 8,5 % HbA1c zu hoch;
- S3-Leitlinie für Typ-1: ab 7,5 % HbA1c zu hoch;

E10-E14 vierte Stelle:

Die Deutschen Kodierrichtlinien schreiben dezidiert unter 0401h Diabetes mellitus vor „Die Kategorien E10–E14 verschlüsseln an 4. Stelle mögliche Komplikationen (z.B. Koma, Nierenkomplikationen).“ Welche Komplikationen/Manifestationen des Diabetes mellitus zu kodieren sind, legen das systematische und das alphabetische Verzeichnis der ICD-10-GM zusammen mit den Deutschen Kodierrichtlinien fest.

Für das ICD-10-GM ist klar festgelegt, dass Listen des ICD-10 (so auch zu den Codes der 4. und 5. Stelle E10-E14) grundsätzlich nur um Beispiele, aber nicht um abschließende Aufzählung handelt. Diagnosen, die hier nicht genannt sind, aber im ICD-10-GM Band 2 als Komplikation/Manifestation des Diabetes mellitus aufgeführt sind, müssen ergänzend berücksichtigt werden!

Dies ist z.B. unmissverständlich nachzulesen in der Publikation „Basiswissen Kodieren“ des DIMDI, das für Deutschland die amtlichen Klassifikationen zur Kodierung von Diagnosen (ICD-10-GM) und Operationen (OPS) herausgibt.

[02 2017 ANHANG Basiswissen-kodieren-2010.pdf](#), sh. S. 8 unten!

E10-E14 vierte Stelle:

Neben den in Band 1 „Systematisches Verzeichnis des ICD-10-GM“ genannten Komplikationen/Manifestationen sind die in Band 2 „Alphabetisches Verzeichnis des ICD-10-GM“ genannten Komplikationen/Manifestationen des DM bei der Kodierung der 4. Stelle der Hauptdiagnose DM zu berücksichtigen:

U.a. finden sich hier die Nicht-Stern-Diagnosen Sexualstörung/erektiler Dysfunktion, Charcot-Arthritis, DM mit Infektionen (Mykosen, HWI, Parodontitis,...), Steatosis hepatis uvm.

Anhang A „Grundregeln zur Verschlüsselung“ der Deutschen Kodierrichtlinien definiert bzgl. der Kodierung: „Das Alphabetische Verzeichnis enthält viele Bezeichnungen, die in Band 1 nicht vorkommen. Für die Bestimmung einer Schlüsselnummer sind sowohl das Alphabetische Verzeichnis als auch das Systematische Verzeichnis heranzuziehen“.

[2019 ANHANG A Grundregeln zur Verschlüsselung 2019](#)

Bei MDK-Gutachten, die häufig fälschlich eine **Kreuz-Stern-Systematik** fordern, reicht oft der Verweis auf das Systematische Verzeichnis:

Es belegt unter Diabetes mellitus E10 – E14 (vierte Stellen), dass eine Reihe von Komplikationen/Manifestationen zu kodieren sind, die keine Stern-Diagnosen darstellen: diabetisches Koma, hyperglykämisches Koma, Gangrän, Ulcus, Hypoglykämie. All diese Nicht-Stern-Diagnosen sind bei Vorliegen bei der Kodierung der HD des DM als Komplikationen/ Manifestation zu berücksichtigen, eine vom MDK geforderte Kreuz-Stern-Kodierung für Manifestationen/Komplikationen ist falsch!

E10-E14 vierte Stelle:

Sh. hierzu das Alphabetischen Verzeichnis, DIMDI:

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

„Alphabetisches Verzeichnis vs. Systematisches Verzeichnis

Das Alphabetische Verzeichnis entsteht nicht einfach aus einer Alphabetisierung der Einträge des Systematischen Verzeichnisses:

Eine Vielzahl der (Diagnosen-)Bezeichnungen des Alphabets sind in der Systematik nicht enthalten: **Die unter einer Kategorie der Systematik aufgeführten Bezeichnungen sind nicht abschließend; sie dienen als Beispiele** für den Inhalt der Kategorie und als Hinweise für deren Umfang und Abgrenzung.“

Kodierung/DRGs 2022 Diabetes

E10-E14 vierte Stelle:

„Sexualstörung unter der 4. Stelle .6 (= mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen):

Internationale Klassifikation der Krankheiten - ICD-10-GM 2020

Diabetes mellitus - kodiere möglichst gemäß Typ 1 oder Typ 2

(Forts.)

- Typ-1- (Forts.)
- mit (Forts.)
- Punktblutung, als Komplikation, Auge, diabetisch E10.30† H58.8*
- Retinitis E10.30† H36.0*
- Retinopathia diabetica E10.30† H36.0*
- proliferans E10.30† H36.0*
- simplex E10.30† H36.0*
- Rubeosis diabetica E10.60† L99.8*
- Schock, hypoglykämisch E10.61
- Sexualstörung E10.60
- Spätsyndrom E10.72
- Störung, Kreislauf, peripher E10.50
- Traktionsablatio, bei diabetischer Retinopathie E10.30† H36.0*
- Ulcus cruris diabeticum E10.50
- Ulcus diabeticum E10.50
- Veränderung
- Gefäß E10.50† I79.2*
- Retina E10.30† H36.0*
- Vulvitis diabetica E10.60† N77.8*

Diabetes mellitus - kodiere möglichst gemäß Typ 1 oder Typ 2

(Forts.)

- Typ-2- (Forts.)
- mit (Forts.)
- Hypoglykämie (Forts.)
- insulinbedingt E11.60
- Infektion E11.60
- Insulinkoma E11.61
- Katarakt E11.30† H28.0*
- Ketoazidose E11.11
- Ketose E11.11
- Kimmelstiel-Wilson-Syndrom E11.20† N08.3*
- Koma E11.01
- Komplikation E11.80
- Auge E11.30† H58.8*
- multipel E11.72
- neurologisch E11.40† G63.2*
- Niere E11.20† N08.3*
- peripher, vaskulär E11.50
- vaskulär E11.50
- Kussmaul-Koma E11.01
- Makulopathie E11.30† H36.0*
- Mikroangiopathie, diabetisch E11.50† I79.2*

E10-E14 vierte Stelle:

Cave: „Sexualstörung unter der 4. Stelle .6 (= mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen)

Jacobson, DCCT-Nachauswertung, Diabetes Care 2015; 38: 1904-1912:

31 % der Männer berichteten über Symptome einer erektilen Dysfunktion 15 % erhielten diesbezüglich eine Therapie.

Wie viele Sexualstörungen sind in Ihrer Klinik tatsächlich anamnestisch erfragt, dokumentiert und kodiert?

Beispiel einer Diabetes-Klinik (pandemiebedingt keine Zahlen für 2020/21)

	2015	2018	2019	
Männer und ED (N48.4)	475	644	630	31% = ca. 700 Fälle in 2019

→ aufgrund besserer Kodierung ab 2016 bis 2019 war eine starke Steigerung dieser Kodierung möglich!

ABER: MD erkennt die ED – wenn überhaupt – zunehmend als Ausprägung einer Neuropathie an und nicht zusätzlich zu dieser! Gerichtlich noch zu klären!

E10-E14 vierte Stelle:

Diabetische Arthropathie (M14.2*) unter der 4. Stelle .6 (= mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen)

Quelle: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
<https://www.gesundheitsinformation.de/schultersteife.2583.de.html>

M14.2-* Diabetische Arthropathie (E10-E14†, vierte Stelle .6)

[5. Stelle: 0-9]

Exkl.: Neuropathische Arthropathie bei Diabetes mellitus (M14.6-*)

Eine Schultersteife tritt typischerweise im Alter von 40 bis 60 Jahren auf.
Schätzungsweise 2 bis 5 % der Bevölkerung haben irgendwann damit zu tun,
Frauen etwas häufiger als Männer.

Besonders oft sind Menschen mit Diabetes betroffen, ca. 10-20 %.

Beispiel Diabetes-Klinik – Kodierung M14.2x* Diab. Arthropathie

(pandemiebedingt keine Zahlen für 2020/21)

2016: 234 Fälle

2018: 199

2019: 413

Lt. Studie mindestens 10 % der Klinikfälle = das wären 410 Fälle in 2019

E10-E14 vierte Stelle:

Diabetische Parodontitis (K05.x) => Kodierung über Diabetes mellitus mit Infektion unter der 4. Stelle .6 (= mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen)

Gute Belege für KK/MD: Hervorragende [Broschüre der Bundeszahnärztekammer und diabetesDE Diabetes-Journal zu Parodontitis und Diabetes mellitus](#)

Parodontitis ist eine chronische entzündliche Krankheit, die bei Patienten mit Diabetes mellitus typischerweise im Alter von 30 bis 90 Jahren auftritt. Bei Diabetes mellitus tritt diese Erkrankung bei ca. 20 % der Patienten auf.

Beispiel einer Diabetes-Klinik:

2016: 171

2018 456 (wenn 20 % der Patienten mit Diabetes eine Parodontitis haben, müsste hier eigentlich eine Fallzahl von ca. 840 Patienten stehen!)

⇒ Durch verbesserte Kodierung war zwar jährlich eine bedeutsame Steigerung der Diagnose „Parodontitis“ möglich, dennoch weiterhin enorme Differenz zu den lt. Statistik zu erwartenden Fälle mit dieser Diagnose.

ABER: Mittlerweile strittig, da Kassen und MD diese durch Nicht-Zahnärzte erhobene Diagnose durchweg nicht anerkennen! Gerichtliche Klärung offen, u.E. gilt die Verdachts-Diagnosen-Definition.

E10-E14 vierte Stelle:

Exkurs „Verdachtsdiagnose“ -> relevant z.B. für diabetische Parodontitis, diabetische Retinopathie mit KI-Diagnostik, etc.

Im Chat der Fortbildung 2022 wurde auf diesen Link verwiesen (vielen Dank!):

[L 11 KR 4112/18 | Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland](#)

Sehr umfangreich, es geht um die neurologische Komplexbehandlung.

Für die Verdachtsdiagnose ausschlaggebend ist nur diese folgende Passage:

Nach der Kodierregel D008b der DKR 2010 sind Verdachtsdiagnosen im Sinne dieser Kodierrichtlinie 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. Im Falle der Entlassung nach Hause ist das Symptom zu kodieren, wenn keine Behandlung in Bezug auf die Verdachtsdiagnose eingeleitet worden ist. Wenn eine Behandlung eingeleitet wurde und die Untersuchungsergebnisse nicht eindeutig waren, ist die Verdachtsdiagnose zu kodieren.

E10-E14 vierte Stelle:

Exkurs „Verdachtsdiagnose“

Dieser Verdacht wurde im weiteren Verlauf weder sicher bestätigt noch ausgeschlossen. Eine Ursache des Fiebers wurde nicht festgestellt. Eine Behandlung mit einem Antibiotikum wurde durchgeführt. In den ... Röntgenaufnahmen der Lunge hat sich kein eindeutiger Nachweis von Infiltrationen ergeben.

Dass weitere Untersuchungen möglich gewesen wäre, hier mittels CT, um den Verdacht aufzuklären, hindert die Kodierung der Verdachtsdiagnose nicht. Der Wortlaut der DKR fordert keine erschöpfende Untersuchung.

Gleichwohl bedeutet dies nicht, dass geradezu ins Blaue hinein ein Verdacht getroffen und kodiert werden könnte, wie die Beklagte dies zu befürchten scheint. Da vorliegend jedoch wie von Dr. P. nachvollziehbar dargelegt wurde, der von den behandelnden Ärzten getragene Verdacht medizinisch durchaus plausibel ist, kann diese Verdachtsdiagnose kodiert werden.

Trosbach/Ahollinger: U.E. ist dieses Urteil direkt auf die Kodierung von erektiler Dysfunktion, KI-Diagnostik von diabetischer Retinopathie etc. übertrag- und anwendbar.

Komplikation/Manifestation „Steatosis hepatis“

Sozialgericht Heilbronn, Urteil vom 30.7.2019, Az.: S 11 KR 3983/16

Die Steatosis hepatis K77.8* wurde als Manifestation/Komplikation des Diabetes mellitus vom Sozialgericht Heilbronn anerkannt und ist bei der Kodierung der 4. Stelle der Hauptdiagnose Diabetes mellitus zu berücksichtigen. Die SEG-4-Kodierempfehlung zur Steatosis hepatis wird als inkorrekt vom Gericht und vom Sachverständigen angesehen.

Zusammenfassung des Urteils, diabeteszeitung

[Diabeteszeitung, September 2019](#)

Urteil im Original, anonymisiert

[Sozialgericht Heilbronn, Az.: S 11 KR 3983/16](#)

Wichtiges Urteil in Anbetracht der Fallzahl der betroffenen Patienten.

ABER: MD und Kassen erkennen Diabetesleber meist nicht an. Leber sei keine im ICD gelistete Organkomplikation; Fettleber bei DM eine Assoziation, keine Manifestation → weitere Klagen im Einzelfall

Diabetes mellitus und Schwangerschaft

- bei Patientinnen mit bestehendem Diabetes mellitus **und** Schwangerschaft ist (bei allen Diabetes-Typen) als Hauptdiagnose die Schwangerschaft (O24.x) zu kodieren.
- Laut Exklusivum ICD-10 darf der Diabetes-mellitus **nicht** Hauptdiagnose sein.
- Bereits 2016 wurden die Schwangerschafts-DRGs überarbeitet und angepasst. Bis einschließlich 2015 gab es drei DRGs für die Kodierung des Diabetes und Schwangerschaft. 2016 wurde die DRG O65C gestrichen.
- Leider sind die Schwangerschafts-DRGs weiterhin niedrig bewertet, aber über die herausgerechneten Pflegekosten hat sich der DRG-Erlös wg. der höheren VWD insgesamt etwas verbessert.
- Mehrfach wurde von DDG/BVKD Antrag bei InEK bzgl. der enormen Kosten bei schwangeren Patienten (Vorschlag: direkter Sprung in K60E!) gestellt und abgewiesen, weil kaum Schwangere mit Diabetes im InEK-Datensatz kodiert sind! Die DDG hatte dazu im 1. Quartal 2020 einen Aufruf zur korrekten Kodierung gestartet, damit das InEK Kostentrenner endlich berechnen kann!

Der Weg von K60E -> K60C

-> irrelevant, kaum/keine Fälle mehr in 2020/21

- a) Der Weg K60E nach K60C (ehemals DRG K60B) erfolgt primär über die Kodierung aller abrechnungsrelevanten Nebendiagnosen.
Seit den InEK-Anpassungen der Nebendiagnosen-Matrix kontinuierlich seit 2013 bis 2021 ist es extrem schwer, in die hoch erlösende DRG K60C zu kommen.
- b) **Dennoch: potenziell schweregrad-relevante Nebendiagnosen (ND) genau erfassen**
- c) **NDs dennoch sehr wichtig für DFS-Kodierung!**

Potenziell wichtige CCL-relevante Nebendiagnosen bei HD Diabetes mellitus

Cave: bei Hauptdiagnose Diabetes mellitus findet nur mehr bei Vorliegen einer Fülle von CCL-relevanten NDs eine Gruppierung in höher erlösende DRG statt; CCL-relevante NDs sind jedoch z.B. bei Diabetischem Fußsyndrom weiterhin von besonderer Bedeutung.

- E44.x Energie-/Eiweißmangelernährung!
- R56.8 Krämpfe (als eigenständiges Symptom bei schweren Hypoglykämien)
- F50.x Essstörungen sind fast alle relevant
- F32.2/3 depressive Episode bzw.
- F33.2/3/8/9 rezidivierende depressive Episode
- L89.1x Dekubitalgeschwür, ggf. Keime/Multiresistenz kodieren
- Diarrhoe bzw. Gastroenteritis A09.0 bzw. Noro-Virus-Infektion A08.1
- Anämien (D50.0 = Eisenmangel)
- COPD (J44.x) oder akutes schweres Asthma bronchiale (J46 seit 2019 nicht mehr CCL-relevant!) kodieren
- I50.x Herzinsuffizienz in Therapie definiert
- E53.8 Vitamin-B₁₂-Mangel
- E27.x Sonstige Krankheiten der Nebenniere (z. B. Addison-Krise)
- Angeborene Fehlbildungen kodieren: z. B. Down-Syndrom Q90.x, Prader-Willi-Syndrom Q87.1, Fallot-Tetralogie Q21.3
- Alkoholabusus bzw. Abhängigkeit F10.x

Wichtige CCL-relevante Nebendiagnosen Teil II

- M86.xx Osteomyelitis (M86.2x = Subakute Osteomyelitis, M86.4x = Chronische Osteomyelitis mit Fistel) Diagnoseerstellung sh. Quelle: Internationale Arbeitsgruppe über den Diabetischen Fuß Internationaler Konsensus über den Diabetischen Fuß (Mainz: Kirchheim-Verlag, 1999)
- Keime und Resistenzen kodieren (B95.x/ B96.x/ U80.x
- Zustand nach Transplantation, Herz, Niere, Leber etc., Z94.x
- R65.1! Schwere Sepsis/SIRS
- Barthel-Index U50/U5

Behandlung von Kindern u. Jugendlichen mit DM

„Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus - 8-984.x“

DRG K60B (Alter <18 Jahre) und K60A (Alter <6 Jahre) mit Komplexziffer

Voraussetzung für die Kodierung der multimodalen Komplexbehandlung:

- Verweildauer mind. 8 Tage
- Mindestmerkmale werden bei Einzelfallprüfung von MD geprüft; Nachweise müssen vorgehalten und versandt werden (z.B. Therapie-/Stundenplan)

Mindestmerkmale:

- Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen: Physiotherapie, Psychologie, Diabetesberatung, Medizinische Fußpflege/Podologie, soziale Interventionen patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen mit einer Therapiedichte von mindestens 11 Stunden pro Woche
- Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Therapie auch unter Einbeziehung von Eltern und/oder anderen Bezugspersonen

- Prüfung der Strukturmerkmale pauschal durch MD

Kodierung / Abrechnung 2022 nur nach erfolgreicher positiver Strukturprüfung in 2021

Strukturmerkmale:

- Multimodales Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder Facharzt für Innere Medizin und Jugendmedizin und "Diabetologe DDG")
- Vorhaltung von differenzierten Behandlungsprogrammen, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, Typ 2 und Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, Insulinpumpentherapie, Bluthochdruck, Adipositas, Dyslipidämie, Nephropathie und schweren Hypoglykämien. Bei der alleinigen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (z.B. in Kinderkliniken) ist die Vorhaltung differenzierter Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, ausreichend

„Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus - 8-984.x“

Cave: Die Kodierung als „Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus – 8-984.x“ sollte wirklich nur bei Patienten mit überdurchschnittlichem Behandlungsaufwand erfolgen und nicht der Kode für die Standardbehandlung sein!

Warum? Wenn die Standardbehandlung der K60.x die multimodale Komplexbehandlung wäre, findet das InEK zurecht keinen Kostentrenner mehr, was dazu führt, dass der derzeitige Alterssplit (Erlösrelevanz nur bis Alter 17 Jahre) nicht auch im Folgejahr für Erwachsene (mit besonders aufwändiger multimodaler Komplexbehandlung) statistisch nachweisbar ist!

Antrag für 2021 an BfARM von DDG/BVKD wurde abgelehnt, der die Behandlung nach Einzel vs. Gruppe (bis 12 Teilnehmer*innen) vs. sonstige (Großgruppe) differenziert, um Kostentrenner damit vom InEK berechnen lassen zu können.

„Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus - 8-984.x“**Vorschlagsverfahren 2022/2023, MD Nord in Trennung
Kinder/Jugendliche v. Erwachsene**

- MD fordert, dass nur Pädiater mit diabetologischer Zusatzausbildung die multimodale Komplexbehandlung bei Kindern/Jugendlichen als Behandlungsleitung durchführen darf bzw. nur Facharzt + Diabetologe bei Erwachsenen
 - Die Funktion der Behandlungsleitung
 - ist montags bis freitags außer an gesetzlichen Feiertagen
 - am jeweiligen Standort
 - in einem Zeitraum, der an den genannten Tagen jeweils mindestens 5 Stunden umfasst
 - durch Personen mit der jeweils kodespezifischen Qualifikation
- besetzt, es sei denn, die jeweilige Einheit ist kürzer als 5 Stunden geöffnet. In diesem Fall ist die Behandlungsleitung durchgängig zu besetzen.
- Die Behandlungsleitung trägt die fachlich-inhaltliche Verantwortung für die Versorgung des Patienten. Sie plant, koordiniert und überwacht die Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten am Patienten.
 - Für den Fall, dass die Behandlungsleitung die Planung, Koordination und Überwachung der Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten am Patienten nicht erfüllen kann, ist eine entsprechende Vertretung mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation sicherzustellen. Nur die Vertretung kann in Kooperation erfolgen.

„Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus - 8-984.x“

Vorschlagsverfahren 2022/2023, MD Nord möchte Trennung der Kkomplezziffer-Strukturmerkmale zwischen Kindern/Jugendlichen vs. Erwachsenen

DDG, AGPD und BVKD sind aktuell dabei, eine ablehnende Stellungnahme dazu zu verfassen.

Primäre Fehlbelegung - DMP – Aufnahmekriterien

a) Für Patienten, die nicht im Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes mellitus inskribiert sind, können die Behandlungskorridore der DMP-Verträge nicht zugrunde gelegt werden. Hier gilt nach § 27 Abs. 1 SGB V: „Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“ Wichtig sind hieb- und stichfeste Argumente, die eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit begründen (Dokumentation!) Rechtlich ist noch ungeklärt, welche stationären Behandlungskriterien für Nicht-DMP-Patienten vom KH zu prüfen sind; viele MDKs legen inzwischen generell DMP-Kriterien zugrunde! [DMP Auszug Sachverständigen.pdf](#)

b) Für ins DMP Diabetes mellitus eingeschriebene Patienten gelten besondere rechtliche Vorgaben, ab wann eine Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung erfolgen kann:

- Erst wenn durch behandelnden Arzt und DSP nicht innerhalb 6-9 Monaten ein HbA1c-Wert unter 7,3 % erreicht werden kann oder wenn bestimmte Ausnahme-Indikationen bzw. Aufnahme-Kriterien vorliegen, kann eine stationäre Einweisung erfolgen.
- AOK Rheinland-Pfalz/Saarland verlangt zwingend die Einweisung durch Diabetologen bei DMP-Patienten!
- Rechtlich weiterhin strittig, ob DMP-Korridore SGB V wirklich aushebeln können

Ausschluss Prüfung Primärer Fehlbelegung - DMP

Hochinteressant:

§ 4 Satz 3 Abschnitt 4 DMP-Rahmenvertrag sagt:

„Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V zur Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung bei am DMP Diabetes mellitus teilnehmenden Versicherten sind nur einzuleiten, wenn es Anhaltspunkte gibt, dass die Voraussetzungen nach § 3 nicht bestehen.“

Was sind die Voraussetzungen nach § 3?

Ausschluss Prüfung Primärer Fehlbelegung - DMP

§ 3

Einweisung ins Krankenhaus

- (1) In Anlage 1 der RSAV in der jeweils gültigen Fassung sind Indikationen für die stationäre Behandlung aufgeführt, insbesondere
- bei Notfallindikation (in jedes Krankenhaus)
 - bei bedrohlichen Stoffwechselstörungen
 - bei schweren speziellen Stoffwechselentgleisungen (zum Beispiel häufige nächtliche Hypoglykämien, Hypoglykämiewahrnehmungsstörung)
 - bei Verdacht auf infizierten diabetischen Fuß, neuropathischer oder angiopathischer Genese oder akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation
 - ggf. zur Mitbehandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus Typ 2.

Bei Nichterreichen des in Abhängigkeit vom Therapieziel individuell festgelegten HbA1c-Zielwertes nach spätestens 12 Monaten ambulanter Behandlung soll geprüft werden, ob die Patientin oder der Patient von einer stationären Diagnostik und Therapie in einem diabetologisch qualifizierten Krankenhaus profitieren kann.

Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt oder die Einrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

- (2) Die Verpflichtung der behandelnden Ärzte zur Einweisung von Patienten, die in das DMP DM2 der Krankenkassen eingeschrieben sind, in ein geeignetes Krankenhaus ergibt sich aus Punkt 1.8.3 der Anlage 1 der RSAV.

Ausschluss Prüfung Primärer Fehlbelegung - DMP

In Anlage 1 der RSAV sind weitere Indikationen für stationäre Aufnahme innerhalb des DMPs festgelegt, differenziert für DM Typ-1 und Typ-2

Die jetzt schon bestehenden Vorgaben müssen durchgesetzt und diese Indikationen für stationäre Behandlung angepasst werden.

Klärung der Rechtsunsicherheit: DMP-Indikation für stationäre Behandlung erfordern in vielen Fällen eben nicht die nach SGB V vorausgesetzten „besonderen Mittel des Krankenhauses“

Hier große Aufgabe für die Fachgesellschaft und großes Potential für stationäre Diabetologie.

Die Kodierung des diabetischen Fußes



Neu: Hauptdiagnose „Diabetisches Fußsyndrom“

Die meisten Krankenhäuser kodieren einen Diabetischen Fuß (DFS) bisher nur, wenn

- a) eine Wunde vorlag, wenn
- b) ein Ulcus cruris vorlag oder
- c) bei Charcot-Fuß

Aus der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) geht hervor:

E. Maßnahmen der Podologischen Therapie - § 27 – Grundlagen:

*„Die Podologische Therapie kommt nur in Betracht bei Patientinnen und Patienten **mit einem diabetischen Fußsyndrom**, die ohne diese Behandlung unumkehrbare Folgeschädigungen der Füße, wie Entzündungen und Wundheilungsstörungen erleiden würden. ... Die Verordnung der Podologischen Therapie beim diabetischen Fußsyndrom ist nur zulässig bei vorliegender Neuro- und/oder Angiopathie ohne Hautdefekt (Wagner-Stadium 0, d.h. ohne Haut-Ulcus). Die Behandlung von Hautdefekten und Entzündungen (Wagner-Stadium 1 bis Wagner-Stadium 5) sowie von eingewachsenen Zehennägeln ist ärztliche Leistung.“*

[Heilmittel-Richtlinien.pdf](#) bzw. [Heilmittel-Richtlinien_Auszug-Podo.pdf](#)

Cave: Mit Hauptdiagnose "Diabetischer Fuß – E1x.74/5" gelangt man sofort in die um mehr als 960 EUR höher erlösende DRG K60E = "Diabetes mit zwei oder mehr Komplikationen/Manifestationen".

Hauptdiagnose „Diabetisches Fußsyndrom“

Es gibt immer wieder Probleme mit den Krankenkassen, die diese Kodierung des „Diabetischen Fußsyndroms“ (E1x.74/75) nicht akzeptieren, wenn bei dem Patienten aktuell kein Charcot-Fuß bzw. keine Fuß-Wunde vorliegt.

Auch mit Verweis auf die aktuell gültigen Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL lehnten es die Krankenkassen bisher i.d.R. ab, die Kodierung des DFS ohne Charcot bzw. Fuß-Wunde zu akzeptieren.

Die AOK Nordost hat in Berlin für die ambulante Versorgung des diabetischen Fußsyndroms einen Vertrag gem. § 73c SGB V beschlossen: Für Patienten mit diabetischem Fußsyndrom gestaffelt nach Wagner 0 (= ohne Wunde!!) bis 5 (Nekrose des gesamten Fußes) sowie für DNOAP (Charcot) gibt es eine pauschale ambulante Vergütung.

Hier sind unstrittig Patienten mit Wagner 0 (= Patienten mit DFS und prä-/postulzerierter Läsion) als Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom in diesen Vertrag eingebunden. Dies bietet eine weitere gute Argumentation gegenüber den Krankenkassen, dass bei Patienten mit DFS definitiv nicht bereits eine Fußwunde vorliegen muss!

http://www.aok-gesundheitspartner.de/bln/arztundpraxis/vertraege/index_05298.html

Hauptdiagnose „Diabetisches Fußsyndrom“

Genau prüfen, ob ggf. Hauptdiagnose „Diabetischer Fuß“ kodiert werden kann:
Die Hauptdiagnose DFS ist ab Wagner Armstrong 0 A zu vergeben:

- a) wenn pAVK oder diabetische PNP vorliegen **und wenn**
- b) entweder eine Fußdeformität/Hyperkeratose oder eine frühere Amputation oder ein Z.n. Ulcus (abgeheilt) vorliegt **DFS als HD.pdf**
- c) und wenn diese Problematik die Aufnahme mit veranlasst hat!

=> **Rhagaden/Fissuren/Unguis incarnatus (mit Pus-Entleerung)** werden als Wagner/Armstrong 1 A oder bei Infektion 1 B = Wunde kodiert. Mit dieser Diagnose kann sofort die Hauptdiagnose DFS kodiert werden bei bestehender PNP und/oder pAVK -> Wunde!

► Tab. 2 Klassifikation nach Wagner.

0	keine Läsion, ggf. Fußdeformation oder Zellulitis
1	oberflächliche Ulzeration
2	tiefes Ulkus bis zur Gelenkkapsel, zu Sehnen oder Kapsel
3	tiefes Ulkus mit Abszedierung, Osteomyelitis, Infektion der Gelenkkapsel
4	begrenzte Nekrose im Vorfuß- oder Fersenbereich
5	Nekrose des gesamten Fußes

Hauptdiagnose „Diabetisches Fußsyndrom“

Wagner-Grad	0	1	2	3	4	5
Armstrong-Stadium						
A	prä- oder postulzerativer Fuß	oberflächliche Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehnen oder Kapsel	Wunde bis zur Ebene von Knochen und Gelenken	Nekrose von Fußteilen	Nekrose des gesamten Fußes
B	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion
C	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie
D	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie

Quelle: Deutsche Diabetesgesellschaft, Praxisempfehlungen, Diabetisches Fußsyndrom (2017), Morbach et. al, Diabetologie 2017; 12 (Suppl 2): S181–S189, (abgerufen am 4.2.2019)

Diabetes mellitus mit Diabetischem Fußsyndrom

Die Praxisempfehlungen Diabetisches Fußsyndrom definieren in der folgenden Tabelle die Risikoklassen beim diabetischen Fußsyndrom und bei analogen Neuro-Angio-Arthropathien:

► Tab. 4 Schuhversorgung und Risikoklassen beim diabetischen Fußsyndrom und bei analogen Neuro-Angio-Arthropathien.

	Risikogruppe	Erläuterung	Regelversorgung
0	Diabetes mellitus ohne PNP/PAVK	Aufklärung und Beratung	fußgerechte Konfektionsschuhe
I	wie 0, mit Fußdeformität	höheres Risiko bei späterem Auftreten einer PNP/PAVK	orthopädiesschuhtechnische Versorgung aufgrund orthopädischer Indikation
II	D. m. mit Sensibilitätsverlust durch PNP/PAVK	Sensibilitätsverlust nachgewiesen durch fehlende Erkennung des Semmes-Weinstein-Monofilaments	Diabetesschutzschuh mit herausnehmbarer Weichpolstersohle, ggf. mit orth. Schuhzurichtung Höherversorgung mit DAF oder orth. Maßschuhen bei Fußproportionen, die nach einem konfektionierten Leisten nicht zu versorgen sind/Fußdeformität, die zu lokaler Druckerhöhung führt/fehlgeschlagene adäquate Vorversorgung/orthopädische Indikationen
III	Z. n. plantarem Ulkus	deutlich erhöhtes Ulkusrezidiv-Risiko gegenüber Gr. II	Diabetesschutzschuh i. d. R. mit diabetesadaptierter Fußbettung, ggf. mit orth. Schuhzurichtung Höherversorgung mit orth. Maßschuhen bei Fußproportionen, die nach einem konfektionierten Leisten nicht zu versorgen sind/fehlgeschlagene adäquate Vorversorgung/orthopädische Indikationen
IV	wie II mit Deformitäten bzw. Dysproportionen	nicht nach konfektioniertem Leisten zu versorgen	orth. Maßschuhe mit DAF

Quelle: Deutsche Diabetesgesellschaft, Praxisempfehlungen, Diabetisches Fußsyndrom (2017), Morbach et al, Diabetologie 2017; 12 (Suppl 2): S181–S189, (abgerufen am 4.2.2019)

Nebendiagnosen beim „Diabetischen Fuß“

Um in eine hocherlösende Fuß-DRG zu gelangen, spielen mehrere Faktoren eine Rolle. Neben der Kodierung der Hauptdiagnose, dem Vorliegen einer Fußwunde, der Wundgröße sowie der Fußbehandlung ist auch die Kodierung von Nebendiagnosen enorm wichtig (Prüfung CCL-relevante ICD-Kodes/Nebendiagnosen).

„Kodierung Fußwunde“:

Die L98.4-Kodierungen (chronisches Ulcus der Haut) bei DFS ist nicht CCL-relevant, nur die L89.xx. Wohl deshalb fordern immer wieder MDKs, ein Malum perforans bei DFS mit L98.4 zu kodieren.

In den Deutschen Kodierrichtlinien (Textseite 85f im Abschnitt DKR 0401 beim Unter-Abschnitt „Diabetisches Fußsyndrom“) ist jedoch unter 1. in der Überschrift „Ulcus“ genannt, welches nach DKR als Dekubital-Geschwür mit L89.xx zu kodieren ist. Malum Perforans wird synonym mit Ulcus bzw. trophisches Ulcus verwendet, deshalb ist es nach DKR mit L89.xx zu kodieren!

1. Infektion und/oder Ulcus

Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten

L02.4

Phlegmone an Zehen

L03.02

Phlegmone an der unteren Extremität

L03.11

Hinweis: Die folgenden Viersteller zu L89.– Dekubitalgeschwür und Druckzone verschlüsseln an 5. Stelle die Lokalisation der Druckstellen (siehe ICD-10-GM).

Dekubitus 1. Grades

L89.0-

Dekubitus 2. Grades

L89.1-

Dekubitus 3. Grades

L89.2-

Dekubitus 4. Grades

L89.3-

Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet

L89.9-

ICD/OPS/Kodierrichtlinien 2020

Abszessausräumung: 2016 wurde explizit bei OPS-Ziffer 5-892.xx die Abszessausräumung aufgenommen, bisher hier als Inkl. lediglich Hämatomausräumung, Abszessspaltung -> spezifischerer Code als Wunddebridement 5-896, zusätzlich angeben! Triggert nicht in Fuß-DRG!

Klarstellung Wundgrößen-Berechnung bei Wunddebridement 5-896:

2016 wurde im OPS-Katalog der Passus aufgenommen: *„Bei der Behandlung mehrerer kleinflächiger Läsionen an **derselben anatomischen Region** (z.B. an der Hand) **sind die Flächen zu addieren**. Bei Überschreiten einer Fläche von 4 cm² ist ein Code für die großflächige Behandlung zu verwenden“.* [Anatomische Regionen -> siehe Anatomie-Buch]

Cave:

- bei Wundflächenberechnung auch die Wundfläche „**in die Tiefe**“ berücksichtigen, wenn Wunde als Höhlung/“Röhre“ nach innen geht!
- Sh. Definition oben: es sind die Flächen der Läsionen anzugeben, nicht die Flächen des Wunddebridements, an denen etwas chirurgisch behandelt/entfernt wird!
- Bei der Größenbestimmung von Läsionen sind selbstverständlich auch „Wund-Löcher“ mit einzurechnen!

Nebendiagnosen beim „Diabetischen Fuß“

Die Deutschen Kodierrichtlinien geben somit klar vor, dass die Fuß-Ulcera zur L89.xx gehören, die DKR stehen über dem ICD-10-GM Band 1 sowie Band 2.

Manche MKDs behaupten alternativ: Ein Malum perforans sei ein neuropathischer Ulcus und somit etwas anderes als ein Druckulcus.

Auch wenn die diabetische Neuropathie oft vorhanden ist: Ohne Druck gibt es kein Malum perforans. Es gibt Diabetiker, die haben eine PNP, aber haben kein Malum perforans. Die Neuropathie ist somit eindeutig keine hinreichende Bedingung für ein Malum perforans, sondern da muss noch der Druck dazu kommen. => Malum perforans = wörtlich „das durchbohrende Übel“. Somit ist die Druck-Ätiologie eindeutig schon in der Bezeichnung beinhaltet.

=> CAVE: Unbedingt den Entstehungsgrund (Trauma) des Dekubitalgeschwüres festhalten für MDK, denn dies ist zwingende Voraussetzung auch für die Kodierung der T79.3 (posttraumatische Wundinfektion)

Zusätzlich zu L89.xx ggf. **L03.11 Phlegmone** an der unteren Extremität verschlüsseln (CCL-relevant) Cave: paradoxerweise CCL=0 bei L03.02 Phlegmone an Zehen!).

Nebendiagnosen beim „Diabetischen Fuß“

Wichtige CCL-relevante Nebendiagnosen bei DFS:

M86.27 Subakute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß

M86.47 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Knöchel und Fuß

(Cave: M86.67 - Sonst. Chronische Osteomyelitis: CCL=0)

Kodierung bzw. Diagnostik der Osteomyelitis (MDK-Anfragen)

Quelle: Internationale Arbeitsgruppe über den Diabetischen Fuß

Internationaler Konsensus über den Diabetischen Fuß

Mainz : Kirchheim-Verlag, 1999

(Mitunterzeichner ist die Arbeitsgemeinschaft Fuß der Deutschen Diabetes Gesellschaft)

Die definitive Methode zur Diagnose einer Osteomyelitis ist die Knochenbiopsie. Eine Knochenbiopsie kann jedoch eine Infektion bewirken, und Fälle von falsch negativen Biopsien wurden beschrieben. **Deshalb stellt die Knochenbiopsie nicht den Goldstandard für die Diagnose einer Osteomyelitis dar , und die Beurteilung hängt immer noch von den klinischen Symptomen und Zeichen ab.**

Die folgenden Kriterien können für die Diagnoseerstellung einer Osteomyelitis benutzt werden, die wahrscheinlich ist, wenn mind. drei Kriterien zutreffen und ein Ulcus besteht:

- 1) Weichteilentzündung
- 2) Stumpfes Sondieren des Knochens möglich
- 3) Positive Bakterienkultur aus tiefem Gewebe
- 4) Mit einer Osteitis kompatible radiologische und/oder szintigraphische Zeichen
- 5) Histologische Diagnose.

Nebendiagnosen beim „Diabetischen Fuß“

Anhand von Studien zur Osteomyelitis bei Diabetischem Fußsyndrom mit Ulcerationen ist erwiesen, dass gerade bei tiefreichenden, bis zum Knochen sondierbaren Wunden zu 90 % eine Osteomyelitis definitiv vorliegt. Der positive Vorhersagewert für die Diagnose Osteomyelitis beträgt nach der unten angegebenen Studie 89 %, so dass sich bei einer positiven „probe to bone“ weitere Untersuchungen erübrigen und die Behandlung wie bei per Pathologie nachgewiesener Osteomyelitis zu erfolgen hat. Selbst bei einer Wundtiefe von nur ca. 3 cm liegt bereits bei 82 % der Patienten eine Osteomyelitis vor (Newman LG, Waller J, Palestro CJ et al., Unsuspected osteomyelitis in diabetic foot ulcers: diagnosis and monitoring by leukocyte scanning with indium In 111 oxyquinoline. JAMA 1991 266(9): 1246- 51).

Wir verweisen des Weiteren auf das Lehrbuch von Schoenenberger, Haefeli & Schifferli (2008) „Internistische Notfälle“, S. 274f zur klinischen Diagnostik einer Osteomyelitis: *„Osteomyelitis bei vaskulärer Insuffizienz oder Neuropathie (Malum perforans): ... Klinisch **muss** eine Osteomyelitis angenommen werden, wenn der Knochen sichtbar ist („probe to bone“).*“ (Hervorhebung in Zitat von uns).

Somit ist gemäß Leitlinien die Diagnose Osteomyelitis bei tiefreichender bis zum Knochen sondierbarer Wunde und einer dementsprechend erfolgten Behandlung als Osteomyelitis zu verschlüsseln. Es kann nicht sein, dass nur für die DRG-Abrechnung extra noch ein pathologischer Nachweis für die Osteomyelitis geführt werden muss, wenn die klinische Diagnose nach Studienlage mit 90%-iger Wahrscheinlichkeit und höher richtig ist und sich auch infolge eines pathologischen Befundes keine Änderung der Behandlung ergeben würde.

Nebendiagnosen beim „Diabetischen Fuß“

Weitere wichtige CCL-relevante Nebendiagnosen bei DFS:

T79.3 Posttraumatische Wundinfektion, aao. nicht klassifiz.

Cave 1: Definition „traumatologisch erworben“ = „Schädigung durch Einwirkung von außen“. Ursache für ein Druckulcus ist der äußere, länger andauernde Druck/eine von außen einwirkende mechanische Verursachung. Ursache ist nicht die Sensibilitäts-Störung. Das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein einer Sensibilitätsstörung erhöht bzw. erniedrigt nur das Risiko für Druckulcera. Zentrale Säule der Therapie ist des Druckulcus die „Druck“-Entlastung. Da es sich somit bei Druckulcera um Wunden infolge eines von außen einwirkenden schädigenden Ereignisses (= Trauma) handelt, ist es korrekt, wenn Infektionen, die in solchen Wunden auftreten, mit T79.3 Posttraumatische Wundinfektion verschlüsselt werden.

Cave 2: MDK-Definition Trauma = plötzlich aufgetreten -> sh. Traumatologie z.B. Trauma durch Strahlung, Hitze -> Frage von Dosis und Dauer der Einwirkung, analog bei Druckulcus, bei dem das Trauma ja oft lange nicht sichtbar unter Hyperkeratose vorliegt

Cave 3: Kapitelüberschrift T79.- Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas -> Druckulcus beginnt sich sofort nach dem Trauma zu entwickeln, aber wird durch subkallöse Lage nicht entdeckt. Erst nach Abtragung der Hyperkeratose ist das sich schleichend entwickelnde, verborgene Ulkus sichtbar.

Nebendiagnosen beim „Diabetischen Fuß“

Weitere wichtige CCL-relevante Nebendiagnosen bei DFS:

T79.3 Posttraumatische Wundinfektion, aao. nicht klassifiz.

- bis 2018 stark erlösrelevant, da in die F27B bzw. F13A führend
-> Erlösunterschied Ø 4.000 Euro !
- In 2020 noch Erlösunterschiede um 1.000 Euro möglich, z.B. F27B mit statt F21E ohne T79.3
- Derzeit bei unserer Klinik ca. 16 Altfälle nach MDK-Prüfung noch offen, bereits kassenseitig gekürzt

Warten auf Muster-Urteile zur Anerkennung T79.3:

- BKK Viactiv -> abgeschlossen
erstinstanzlich zugunsten DK entschieden (SG 10/2020), aber im
Berufungsverfahren am LSG nicht anerkannt -> es lag keine Wunde vor, sondern
Phlegmon
- AOK Bayern -> noch in Berufung am LSG, da hier Wunde vorlag nach Trauma
- TK -> Fall mit Wunde (Trauma) vor dem SG

Nebendiagnosen beim „Diabetischen Fuß“

Weitere wichtige CCL-relevante Nebendiagnosen bei DFS:

- T81.x** Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen u. medizinischer Behandlung
- T87.x** Infektion/Nekrose des Amputationsstumpfes
- T82.3** Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate
 (Bypassverschluss)
- T82.8** Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen,
 Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
 (Blutung, Thrombose, Stenose, ...)

Neue Diagnostik

(sh. **Praxisempfehlung Diabetische Neuropathie, Deutsche Diabetes Gesellschaft**)

Anhidrosetest neuropad® → schnelles, objektives Screening

Mit dem Indikatorpflaster neuropad® kann die Früherkennung einer sudomotorischen Dysfunktion am Fuß leicht integriert werden.

Innerhalb von 10 Minuten wird der Status der Hautfeuchtigkeit und die daraus resultierende eventuelle Gefährdung der Füße angezeigt.

- zur Detektion einer sudomotorischen Dysfunktion (autonome Neuropathie),
- als effektives Screening Tool zur Diagnose einer diabetischen Neuropathie am Fuß um Risikopatienten für eine diabetische Neuropathie frühzeitig zu ermitteln.

⇒ Hier kann zusätzlich der Kode Z13.8 verwendet werden
(2019 in DK: ca. 900 Pflaster á 30 Euro, dadurch gesicherte G63.2*:
ca. 200)

- **ABER:** MD erkennt mittlerweile reinen PNP-Befund ohne NDS/NSS oft nicht an, da nur als „beginnende“ PNP angesehen



Neue Diagnostik

EYENUK  von EyeArt –

Augenuntersuchungen auf diabetische Retinopathie mit künstlicher Intelligenz

Das EyeArt-System verwendet künstliche Intelligenz und tiefes Lernen, um Bilder von der Netzhaut eines Patienten schnell und autonom durch die von dem Anbieter gewählte Funduskamera zu überprüfen.

Während der Untersuchung werden die Netzhautbilder mit dem cloudbasierten EyeArt-System analysiert und innerhalb von ca. 60 Sekunden erhält der Arzt einen Screening-Bericht über den differenzierten Befund einer bestehenden oder nicht bestehenden diabetische Retinopathie.

⇒ Hier kann zusätzlich der Kode Z13.5 verwendet werden

Z13.5 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Augen- oder Ohrenkrankheiten

Diabetic Retinopathy Screening Summary

Screening Result: Positive for referable diabetic retinopathy.

Right Eye: No apparent signs of DR detected [0.0]



Macula Centered



ONH Centered

Left Eye: Signs of Moderate NPDR [2.1] without macular edema detected



Macula Centered



ONH Centered

*Do not use the above thumbnail images for diagnostic purposes.

Anmerkungen zum Einsatz von KI-Diagnostik (KI = künstliche Intelligenz)

- ambulant sehr schwer, einen Augenarzt-Termin zu bekommen, auch für Menschen mit Diabetes; je nach Region Wartezeiten von 6-12 Monaten
- KI-Diagnostik filtert Patienten mit Risiken am Auge heraus, spart den Augenärzten das einfache Screening, was positiv von den Augenärzten rückgemeldet wird.
- das Herausfiltern der Risikopatienten geht schneller, als bei augenärztlicher Untersuchung; Weittropfen nicht erforderlich!
- Retinopathien werden frühzeitiger diagnostiziert
- Untersuchung von deutlich mehr Patienten im selben Zeitfenster möglich (durch med. Fachpersonal); in Diabetes-Klinik Mergentheim insgesamt gut 50 Retinopathie-Diagnosen pro Quartal, die deutlich erlösrelevant sind! (K60F -> K60E)

ABER: MD erkennt diese EyeNUK-Diagnosen nicht mehr an, verlangt fachärztliche Befundung

-> konsiliarische Fern-Befundung durch Augenarzt bei strittigen/unsicheren Bildern bzw. als Verdachts-Diagnose kodieren!

These 1 :

Am besten sind die Abrechnungsfälle, die gar nicht zur Prüfung kommen

- Right-Coding statt Up-Coding
→ gute Dokumentation, Belege, klare interne Kodiervorgaben
- Mehrere *-ND bei HD Diabetes mit multiplen Komplikationen wünschenswert
(Streitpunkt Hypoglykämien)
→ Prüfsysteme der Kassen, Streit mit MDK
- VwDauer-Überschreitung vermeiden
→ gute Dokumentation, interne Regeln zur med. Entlassentscheidung
- Kurzlieger vermeiden
→ Gefahr primäre Fehlbelegung; gute Dokumentation, Kompromiss mit Kasse
- Primäre Fehlbelegung ggf. im Vorfeld prüfen
→ Kriterien DMP, Checklisten, Kostenübernahme einholen, ambulante Vorbefunde ...
- Prüfquote !
DK 2017/19: Ø 14 % → 2020: 5 % → 2021: 12,5 % (tatsächlich: 9 %)
→ bei Zweifeln, unklaren Fällen „bessere“ Kodierung wählen; Begründung dokumentieren

These 2 :

Falldialog ist oft MDK-Prüfung vorzuziehen

- Durch Vertrauen (Right-Coding!) sind bei Kasse oft Kompromisse und schnelle pragmatische Klärungen möglich
z.B. Verweildauer, Begleitperson, Kurzlieger, Notfall ... Anerkennung Hypos entgegen der MD-Meinung
- Weniger Arbeit (Dokumentenversand) und auch weniger Prüffälle
z.B. Listenlösung bei best. Kassen → nach einiger Zeit Klärungen nicht mehr notwendig, Anerkennung ohne Prüfung
(z.B. Reduzierung Prüfquote Kasse von über 40 % auf 10 %)
→ langfristig lohnt vermeintlicher Aufwand der Falldialoge und Verzicht auf AWP
- ABER: Verlagerung Verhältnis neg./pos. MD-Gutachten:
bis 2018 50:50, mittlerweile 30:70 (pos:neg) bei weniger Fällen
→ Aufwandspauschalen kaum mehr relevant, eher Gefahr der kommenden Strafzahlung. DAFÜR: Erlös bei nicht-Prüffällen ist sicher
- Falldialog sicher weniger aufwändig als MD-Verfahren mit neuem Erörterungsverfahren!

These 2 :

Falldialog ist oft MDK-Prüfung vorzuziehen

- Problem DK: Negativquote > 60 % (trotz absolut weniger Fälle), somit für 2022 Strafzahlung und erhöhte Prüfquote verhängt
Grund: v.a. die vom MD durchweg abgelehnten Fälle der Hypos und auch Diabetesleber.
Negativquote wäre unter Vernachlässigung dieser Fälle 33 % !
- Für 2022 wurde im Rahmen der Altfallklärungen deshalb allen Kassen der Falldialog angeboten; Bedingung: nicht zusätzlich zur Prüfquote, sondern anstelle MD-Verfahren
- Rückmeldungen durchgängig positiv (auch KK wollen Erörterungsverfahren vermeiden), aber mögliche neue Kassenvorgaben (z.B. Vollausschöpfung der Prüfquote, Erzielen der Strafzahlungen) bleiben abzuwarten
- Bisher sind noch kaum Aussagen für Fälle nach neuer PrüfVV zu treffen.
- Erwartete Szenarien
 - Vermehrte Rechnungsabweisungen
 - Ausschöpfen der Prüfquote / geringere Prüfquoten (je nach Aufstellung der KK fürs EV)
 - Abrechnung „Aufschlagszahlung“ schon für Fälle aus 2021 (verzögerte MD-Prüfung) -> Widerspruch einlegen

Konsens mit vielen Krankenkassen bei Anerkennung von Komplikationen

- Retinopathie / Katarakt bei Vorliegen entsprechender (Vor-)Befunde
- paVK
- PNP / Erektile Dysfunktion (oft wird ED als Form der PNP gewertet)
- Diabetesleber bei Vorliegen von spezif. Sono-Befund und Diabetesdauer > 5 Jahre -> zunehmend weniger anerkannt; SG-Verfahren bei „sicherem“ Fall geplant
- Nephropathie bei entspr. Laborwerten und Diabetesdauer > 5 Jahre
- Arthropathie (Frozen Shoulder / Madonnenhände) teilweise
- Infektion mit Nachweis; meist nur ergänzend/stützend für das Gesamtbild eines Diabetes mit multiplen Komplikationen
- Hypoglykämien unter 60 mg/dl
 - > viele Kassen erkennen diese mittlerweile im Gegensatz zum MDK an und gaben 2020 und 2021 diese Fälle auch kaum mehr zur Prüfung.
 - Auch die DAK, die bisher hier dem MDK folgt und ein entsprechendes BSG-Grundsatzurteil abwarten wollte, hat nun Anerkennung zugesagt und gibt diese Fälle nicht mehr automatisch zur Prüfung
 - > Erwägung, Hypos von Schiedsstelle entscheiden zu lassen, wurde verworfen (unsicherer Ausgang). BSG negierte „grundsätzliche Bedeutung“

These 3 :

Der Gang vors Sozialgericht kann sich lohnen (Fälle bis 2021)

- Tatsächlich sind Gerichts- und Anwaltskosten im Vergleich zur tatsächlichen Kürzungshöhe eines Einzel-Falles oft höher, deshalb immer pragmatische Einzelfallabwägung vor Klageeinreichung **ABER**
- bei vielen ähnlichen Fällen/Sachverhalten und unkooperativem Verhalten einer Krankenkasse lohnt Klage mindestens eines Musterfalls
 - „Abschreckung“, später reicht bei strittigen Fällen allein die Klageandrohung bei der Kasse
 - Bei positivem Urteil Argumentationshilfe bei ähnlichen Fällen, gut bei Altfallklärungen oder im Falldialog
 - Bsp: 1 Kasse -> 80 Klagefälle
-> seit Ende 2020 sind hier endlich Falldialoge möglich und Klärung Altfälle mit festem Ansprechpartner ab 2018 nach Klageandrohung weiterer 50 Fälle
- Zahlen der DK (Stand 3/2022):
 - 189 SG-Fälle bisher
davon 184 abgeschlossen -> 96% zugunsten DK (aber nur 6x Urteil)
derzeit 5 Fälle noch offen / in Revision (T79.3, Hypo, primär)
 - 3 SG-Urteile zu Hypoglykämien
 - 1 LSG-Urteil zu Hypoglykämien -> keine Zulassung vorm BSG ! (5/2021)

Unsicherheiten ab 2022:

- Für Fälle ab Aufnahme 2022 muss die Kasse (Kürzungsverbot lt. PrüfVV) die offenen Beträge einklagen – vorher EV Pflicht !
- Kommt es dann vermehrt zu kompletten Rechnungsabweisungen, die dann das KKH ggf. auf rechtl. Weg einfordern muss ?
- Empfehlung: Fälle von 2020 und 2021 auf Klage prüfen
Besser: Einigung (ggf. unter Einbeziehung nicht geeinigter Fälle von 2022?) mit den Kassen
- Vorteil bei Klage durch Krankenhaus: nur „sichere“ und belegbare Fälle werden vors SG gebracht und dienen ggf. als „Musterfälle“
-> in Coronazeit entscheiden Gerichte oft ohne mündliche Verhandlung und beziehen ähnliche Fälle (wenn darauf verwiesen wurde) dann ins Urteil mit ein
- Was passiert bei nachträglich geeinten Fällen mit der Strafzahlung?
Auf Prüfquote haben sie keinen Einfluss
- Wie erfolgversprechend ist Anruf der Schiedsstelle ?

Diabetes mell. als Nebendiagnose DKR 0401h



Diabetes mell. als Nebendiagnose DKR 0401h

Wenn die stationäre Aufnahme **aus einem anderen Grund als der Behandlung des Diabetes mellitus** (als HD) erfolgt ist, so ist für die korrekte Verschlüsselung von Bedeutung,

- ob der Diabetes mellitus die Nebendiagnosendefinition erfüllt,
- ob Komplikationen des Diabetes mellitus vorliegen und
- ob diese die Nebendiagnosendefinition erfüllen.

Wenn der Diabetes mellitus die Nebendiagnosendefinition erfüllt, so ist dieser zu kodieren.

Liegen Komplikationen (Manifestationen) vor, ist bei einem Kode aus E10–E14 die vierte Stelle entsprechend der Manifestation(en)/Komplikation(en) zu verschlüsseln (sh. DKR 0401h Bsp. 6, auch ohne Ressourcenverbrauch!).

Außerdem sind die Manifestation(en) anzugeben, sofern diese die Nebendiagnosendefinition erfüllen.

Diabetes mell. als Nebendiagnose DKR 0401h

Abweichend von den Regelungen zur Hauptdiagnose Diabetes mellitus:

- bei Vorliegen nur einer Manifestation/ Komplikation ist nicht als vierte Stelle .6 zu erfassen, sondern ein spezifischerer Code für die vorliegende Komplikation zu wählen: E1x.1:=mit Ketoazidose, E1x.2:= mit Nierenkomplikationen, E1x.3:= mit Augenkomplikationen, E1x.4:= mit neurologischen Komplikationen, E1x.5:= mit peripheren vaskulären Komplikationen

- bei zwei bzw. multiplen Komplikationen ist stets mit vierter Stelle .7 zu kodieren, selbst wenn die Behandlung einer Komplikation/Manifestation im Vordergrund steht.

- Wie bei der Kodierung der Hauptdiagnose sind auch bei der Kodierung des Diabetes mellitus als Nebendiagnose rein anamnestisch vorliegende Manifestationen/ Komplikationen bei der Kodierung zu berücksichtigen. Bei Vorliegen mehrerer Komplikationen/Manifestationen ist die vierte Stelle .7 zu verschlüsseln. Bei Vorliegen einer Komplikation/Manifestation der spezifische Code für die vorliegende Komplikation zu wählen (sh. oben).

Diabetes mell. als Nebendiagnose DKR 0401h

Cave, seit 2019 gilt massive Abwertung bei ND Diabetes mellitus:

Die Kodierung des Diabetes mellitus als Nebendiagnose ist kaum noch ccl-relevant

Kodierung der 5. Stelle (Entgleisung) kodieren/kontrollieren.

Diabetes mellitus als Nebendiagnose DKR 0401h

Häufigkeit:

Mehrere Studien z.B. von PD Dr. Erhard Siegel, früher am Klinikum der Stadt Ludwigshafen (Haus der Maximalversorgung), dann als Chefarzt des St. Vincenz Krankenhaus in Limburg/Lahn belegen, jetzt Chefarzt am St. Josefskrankenhaus Heidelberg :

- 30 % aller Patienten in stationärer Krankenhausbehandlung haben als HD oder ND Diabetes mellitus
- durchschnittlich sind aber statt der 30 % meist nur zw. 10-20 % der Patienten mit Diabetesdiagnose korrekt codiert.

ICD/OPS/Kodierrichtlinien 2020

Vorausschau – ICD-11

Im Juni 2018 wurde die ICD-11 von der WHO in Genf vorgestellt. Die ICD-11 soll 2019 von der WHO verabschiedet werden. Eine **deutsche Adaptation** und der Einsatz in Deutschland wird frühestens 4-5 Jahre nach Veröffentlichung durch die WHO erfolgen, also **nicht vor 2023/2024**; Die Kodierung wird komplett anders sein als bisher, es gibt vierstellige Codes vor dem Punkt!

Hier das ICD-11:

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Der Diabetes wird hier völlig neu kodiert, makrovaskuläre Erkrankungen sind berücksichtigt, der Diabetische Fuß als eigene Kategorie, ...

Hypoglykämien sind in der jetzigen Version expressis verbis auch „in the context of diabetes without coma“ als Akut-Komplikationen benannt.

ICD/OPS/Kodierrichtlinien 2020

Vorausschau – ICD-11









ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 04 / 2019)

Search diabetes mellitus

[Advanced Search]

Browse

Diabetes mellitus

- ▼ ICD-11
 - 01 5A10 Type 1 **diabetes mellitus** 
 - 02 5A11 Type 2 **diabetes mellitus** 
 - 03 5A12 Malnutrition-related **diabetes mellitus** 
 - 04 5A13 **Diabetes mellitus**, other specified type
 - 05 5A13.1 **Diabetes mellitus** due to genetic defects in insulin action
 - 06 5A13.2 **Diabetes mellitus** due to diseases of the exocrine pancreas
 - 07 5A13.3 **Diabetes mellitus** due to endocrinopathies
 - dis 5A13.4 **Diabetes mellitus** due to drug or chemical
 - 08 5A13.5 **Diabetes mellitus** due to uncommon forms of immune-mediated **diabetes**
 - 09 5A13.6 **Diabetes mellitus** due to other genetic syndromes 
 - 10 5A13.7 **Diabetes mellitus** due to clinically defined subtypes or syndromes
 - 11 5A13.Y **Diabetes mellitus** due to other specified cause 
 - 12 5A14 **Diabetes mellitus**, type unspecified 
 - 13 Acute complications of **diabetes mellitus**
 - 14 5A21 Hypoglycaemia in the context of **diabetes mellitus**
 - 5A21.0 Hypoglycaemia in the context of **diabetes mellitus** without coma
 - 5A21.1 Hypoglycaemia in the context of **diabetes mellitus** with coma
 - 5A21.Z Hypoglycaemia in the context of diabetes, unspecified
 - Hypoglycaemia in the context of **diabetes mellitus**
 - 16 5A24 Uncontrolled or unstable **diabetes mellitus**
 - 17 5A2Y Other specified acute complications of **diabetes mellitus**
 - 18 5A61.5 Central diabetes insipidus
 - 19 **diabetes mellitus** insipidus 
 - 20 8C12.Y Mononeuropathy of other specified nerve
 - diabetes mellitus** with amyotrophy 
 - 21 9C61.32 Neovascular secondary angle closure glaucoma
 - Diabetes mellitus** with glaucoma



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

Viel Erfolg beim
right-coding!