



„Diabetes mellitus“ DRG's & Kodierung & Erlöse 2020

Wolfgang Trosbach
Dipl.-Psych.

Medizincontrolling

ICD/OPS/Kodierrichtlinien 2020

Informationen, wie die ICD-10-GM und OPS angewandt werden

[Basiswissen-Kodieren-2010.pdf](#)

<https://www.dimdi.de/static/.downloads/deutsch/basiswissen-kodieren-2010.pdf>

-> weitere Informationen bzgl. einer korrekten Kodierung sind auch den Deutschen Kodierrichtlinien zu entnehmen:

Zitat Basiswissen Kodieren:

„In vielen Kodierrichtlinien werden Beispiele und/oder Listen mit ICD-10-GM- bzw. OPS-Kodes aufgeführt. Diese Beispiele bzw. Listen stellen jedoch keine abschließende Aufzählung bzw. Ausdifferenzierung aller zutreffenden Kodes dar. ...“

DIMDI-FAQs zu ICD-10-GM geben Antworten zu häufig gestellten Fragen:

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/faq/index.html>

- a) ICD 2020
- b) OPS 2020
- c) DKR 2020



Diabetes DRGs 2020: Relativgewichte

- Gravierende Systemänderung zum Jahr 2020: Herausnahme der Pflegekosten führt zu komplizierter Vergleichbarkeit mit dem Vorjahr
- Es dürfen von 2019 nach 2020 nicht mehr direkt die Relativgewichte der Fallpauschalen verglichen werden
- Fallpauschalen-Katalog 2020 berechnet ein neues Relativgewicht mit Herausrechnung der Pflegekosten
- Dieses Relativgewicht 2020 muss mit dem Relativgewicht 2019A verglichen werden, für das ebenfalls nachträglich die Pflegekosten herausgerechnet hat.
- Für jede DRG wurde im Fallpauschalenkatalog eine eigene Bewertungsrelation „Pflegerlös“ pro Behandlungstag berechnet.
- Somit werden 2020 die Relativgewichte neu berechnet:
**(Bewertungsrelation der Fallpauschale x Basisfallwert) plus
(Bewertungsrelation Pflegerlös der Fallpauschale x
Behandlungstage x Pflegewert 146,55 EUR)**

Diabetes DRGs 2020: Relativgewichte

aG-DRG-Version 2020 und Pflegeerlöskatalog 2020

 Fallpauschalen-Katalog und Pflegeerlöskatalog
 Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

DRG	Parti- tion	Bezeichnung ⁶¹	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegabnahme	Mittlere Verweil- dauer ⁶¹	Untere Grenzverweildauer Erster Tag mit Abschlag ^{21, 61}	Bewertungs- relation/Tag	Obere Grenzverweildauer Erster Tag zus. Entgelt ^{21, 61}	Bewertungs- relation/Tag	Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme ⁴¹	Pflegeerlös Bewertungs- relation/Tag
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
K60E	M	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	0,761		8,9	2	0,247	17	0,058	0,075			0,6670
K60F	M	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose	0,568		6,7	1	0,398	14	0,058	0,072			0,6207

Rechenbeispiel 1 K60E

mit **Basisfallwert** 3.539 EUR (BW 2020) und dem **Pflegewert** von 146,55 EUR/Tag:

1) K60E in 2019

RG 0,988 x Basisfallwert 3.539 EUR = **3.496 EUR**

2) K60E in 2020 bei 6 Tagen VWD

(RG 0,761 x Basisfallwert 3.539 EUR) + (0,667 x 6 Tage x 146,55 EUR Pflegewert) = **3.280 EUR** (im Vergleich: 3.573 bei MVD 9 Tage)

3) K60E in 2020 bei 10 Tagen VWD

(RG 0,761 x Basisfallwert 3.539 EUR) + (0,667 x 10 Tage x 146,55 EUR Pflegewert) = **3.671 EUR**

3) K60E in 2020 bei 12 Tagen VWD

(RG 0,761 x Basisfallwert 3.539 EUR) + (0,667 x 12 Tage x 146,55 EUR Pflegewert) = **3.866 EUR**

Diabetes DRGs 2020: Relativgewichte

Was zeigen diese Rechenbeispiele?

- Die DRG-Umsatzerlöse sind erstmals wieder bezogen auf den Pflegekosten-Anteil konstant verweildauerabhängig
- Die in der Diabetologie zurückliegend stark verbreiteten Verweildauer-Verkürzungen sollten mit Blick auf die Behandlungsqualität unbedingt gut geprüft werden! Die VWD wird – unabhängig vor Langlieger-Zuschlägen – erstmals wieder zu einem Teil finanziell berücksichtigt!
- Die Unterschiede in den Kosten zwischen den Diabetes-DRGs haben sich durch das Herausrechnen der Pflege spürbar reduziert: War 2019 der DRG-Erlös-Unterschied zw. K60E und K60F bei ca. 1.000 EUR, so ist die Differenz nur VWD-abhängig und liegt z.B.
 - bei 12 Tagen VWD bei Differenz von 764 EUR,
 - bei 10 Tagen VWD bei Differenz von 751 EUR
- Erlösentwicklung 2020 ist insgesamt positiv absolut betrachtet!

Diabetes DRGs 2020: Relativgewichte

Cave: aktuell noch Rechen-Unschärfe bei „Pflegerwert/Tag“

- Die Berechnung hängt vom individuell zu berechnenden und in der Pflegesatzverhandlung zu vereinbarenden Pflegerwert jedes Krankenhauses ab
- Dieser individuelle Pflegerwert wird im Folgejahr spitzabgerechnet gegen den derzeit pauschalen Pflegerwert von 146,55 EUR
- Derzeit noch immer Unklarheit, welche Personalgruppen der Pflege abschließend zugerechnet werden: In der Diabetologie gibt es z. B. eine Reihe von Diabetes-Beraterinnen in der Pflege mit fester Stationszuordnung, die Visiten mitmachen, etc.
- Näherungs-Rechnung sinnvoll, bei welchen Pflegepersonalkosten ein Krankenhaus individuell bzgl. des Pflegerwerts/Tag liegt, z.B. indem die Gesamtkosten Pflegepersonal dividiert werden durch die Anzahl der Gesamt-Behandlungstage/Jahr.

Diabetes DRGs 2020: Relativgewichte

Entwicklung der Relativgewichte 2020 nach Herausrechnung der Pflegekosten

- Bei den meisten Diabetes-relevanten DRGs steigt das RG leicht.
- Bedeutsame positive Steigerungen bei „mäßig komplexen Gefäßeingriffen“
- Leichte positive Steigerungen bei der Multimodalen Komplexbehandlung Diabetes mellitus bei Alter unter 18 bzw. unter 6 Jahren.
- Minimale Steigerung und minimales Absinken bei K60F und K60E halten sich insgesamt die Waage
- Deutliches Absinken erneut bei Komplexbehandlung multiresistente Erreger
- Pflegewert für Diabetologie teils deutlich erlössteigernd, z.B. bei multimodaler Komplexbehandlung und DFS

Diabetes DRGs 2020: Relativgewichte

Katalogeffekt (Pflegekosten herausgerechnet) Diabetes-DRGs

Sh. hier generelle Übersicht als PDF:

[DRGs_Katalogeffekt_2019_20.pdf](#)

Katalogeffekt (Pflegekosten eingerechnet) Diabetes-DRGs

Hier am Beispiel einer BVKD-Klinik (vertraulich!):

Insgesamt positiver Katalogeffekt 2019 nach 2020 von ca. 8,4 % bei dieser BVKD-Klinik inklusive dem Unsicherheitsfaktor, welcher tagesgleiche Pflegeerlös letztendlich vereinbart werden wird und in Abhängigkeit von der Länge der durchschnittlichen Verweildauer.

Wo liegt der Katalogeffekt bei den Einrichtungen der Anwesenden?

ICD/OPS/Kodierrichtlinien 2020

Cave

Bei diesem Katalog-Effekt-Beispiel ist das Zusatzentgelt ZE162 bzw. ZE163 für pflegeaufwändige Patienten noch nicht berücksichtigt!

Die beiden Zusatzentgelte für pflegeaufwändige Patienten wurden im Rahmen der Pflege-Herausrechnung aus der DRG drastisch reduziert!

Wer in den letzten Jahren die Verweildauer reduziert hat, bekommt nun proportional über die tagesgleichen Pflegewerte spürbar geringere Erlöse bzw. vice versa.

ICD/OPS/Kodierrichtlinien 2020

- Mit Hauptdiagnose O24.x sind die Schwangerschafts-DRGs O65.x nicht mehr so niedrig bewertet wie 2019, da der bei der Einstellung von schwangeren Diabetikerinnen besondere Behandlungsaufwand nun über die VWD und somit die tagesgleichen Pflegeerlöse berücksichtigt wird! Diabetes-Klinik hat ca. 580 EUR Mehrerlös effektiv pro schwangerer Diabetikerin bei Diabeteseinstellung.
- Ein entsprechender Antrag beim InEK und DIMDI wurde mehrfach gestellt und zurückgewiesen, wohl in Folge von fehlendem Right-Coding! DDG wird über die Diabeteszeitung März 2020 Appell für korrekte Kodierung publizieren, damit echte Kostentrenner berechnet werden können!
- Patientinnen mit Kinderwunsch (die noch nicht schwanger sind) können über das ICD-10 weiterhin nicht abgebildet werden. Erst ab nachgewiesener Schwangerschaft kann die Kodierung der O-Diagnose erfolgen und über diese gefiltert werden.

Im ICD-10 gibt es im Alphabetischen Verzeichnis (Diagnose-Thesaurus) das Stichwort „Kinderwunsch“, dies führt zum Code Z31.6 „Allgemeine Beratung im Zusammenhang mit Fertilisation“ -> nach Diagnose-Thesaurus zählt auch der allgemeine Kinderwunsch ohne Fertilisations-Maßnahmen dazu.

=> Deshalb bitte immer bei **Frauen mit Kinderwunsch**, die schwanger werden wollen und zur Stoffwechseleinstellung stationär aufgenommen werden, den **ICD-Kode Z31.6** vergeben.

ICD/OPS/Kodierrichtlinien 2020

Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung

[OPS 8-98j sh. hier](https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2020/block-8-97...8-98.htm#code8-98)

<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2020/block-8-97...8-98.htm#code8-98>

- a. Die OPS-Ziffer weiterhin nicht erlösrelevant.
- b. Es braucht einen Arzt mit Zusatzqualifikation „Ernährungsmedizin“, wie verbreitet ist dies? Bei uns in der Diabetes-Klinik verfügt ein Arzt über diese Zusatzbezeichnung.
- c. Auch sind die Dokumentations-Anforderungen, Diagnostik, Nacherhebung, Überleitung hinsichtlich der Anforderungen höher als bei der „normalen“ Ernährungsberatung.
- d. Unsere Bereichsleitung Diabetes- und Ernährungsberatung hat geprüft, bei wem sich dieser OPS-Code sinnvoll umsetzen lässt. Im Kontext mit der Möglichkeit einer BIA-Messung lässt sich dieser Code bei uns umsetzen.

ICD/OPS/Kodierrichtlinien 2020

Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V und GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Wichtige OPS-Ziffern bzgl. Entlassmanagement bei erhöhtem Pflegeaufwand:

9-401.0x Sozialrechtliche Beratung

9-401.2x Nachsorgeorganisation

9-984.b Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad

Wichtig:

Bei elektiven Aufnahmen möglichst relevante Daten bereits prästationär zu erfassen suchen:

z.B. Diabetes Zentrum Mergentheim [Einweiser-Checkliste](#) Stand 2020

ICD/OPS/Kodierrichtlinien 2020

- **Seit 2017 Änderungen bzgl. der Erfassung eines Pflege-Aufwands:**

Motorische und/oder kognitive Einschränkungen (z.B. Barthel-Index, FIM, MMSE) sind **seit 2017 erlösrelevant**. Neben den Änderungen des OPS 9-20 wurde die U50.- (Funktionseinschränkung, motorisch) und U51.- (Funktionseinschränkung, kognitiv) in die CCL-Matrix aufgenommen.

- Pflegeaufwand wird multipel über das DRG-System abgebildet:
 - a) **PKMS** (OPS: 9-20 - Hochaufwendige Pflege von Patienten):
bilden Pflegebedarf und erhöhten Pflegeaufwand ab
 - b) **Erfassung motorischer/kognitiver Einschränkungen, z.B. Barthel-Index**
(U50/U51-Kode motorische/kognitive Funktionseinschränkung): beschreiben den erhöhten Pflegebedarf und machen diesen in der Höhe abschätzbar.
 - c) **Diagnosecodes:**
beschreiben möglichen erhöhten Pflegebedarf, z.B. bei Kachexie

ICD/OPS/Kodierrichtlinien 2020

Zusatzentgelt Erhöhter Pflegeaufwand 2020

Zusatzentgelte wurden für 2020 neu berechnet und drastisch reduziert:

- **ZE162 = 18,21 EUR** Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 1)
- **ZE163 = 34,48 EUR** Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2)

Bedingungen:

- Pflegegrad 3, 4 oder 5
- Mindestverweildauer von 5 Tagen
- Nur abrechenbar in Verbindung mit bestimmten DRG-Fallpauschalen, darunter Diabetes-DRGs K60B (ZE 163), C, D, E, F
- [Details Zusatzentgelte 2020 ZE162 und ZE 163 sh. hier](#)

ICD/OPS/Kodierrichtlinien 2019

Neues Zusatzentgelt Erhöhter Pflegeaufwand 2020

K60C	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre oder ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder schwerste Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag	ZE163	34,48 €
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	ZE163	34,48 €
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	ZE163	34,48 €
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose	ZE163	34,48 €

ICD/OPS/Kodierrichtlinien 2020

Die Übermittlung der Pflegegrade durch die Krankenkassen elektronisch über § 301 läuft zunehmend rund, wie sind die Erfahrungen der Teilnehmer*innen?

ICD/OPS/Kodierrichtlinien 2020

Leider gibt es auch im Jahr 2020 weiterhin keine OPS für Insulin über Perfusor!

Vom BVKD und DDG wurde eine erlösrelevante OPS-Kodierung beantragt mit dem Kode: 8-010.4, aber vom DIMDI abgelehnt.

Es gibt weiterhin OPS-Kodes, die einer Kodierung des Perfusor (Infusionsspritzenpumpe) nahe kommen:

- **8-010.3 Intravenös, kontinuierlich -> nur für Neugeborene!**
- **8-011.30 Bei einer externen Medikamentenpumpe
-> nur postoperativ intrathekal und intraventrikulär**

CAVE:

Bitte intern Perfusor-Patienten dokumentieren! Ggf. mit dem OPS-Kode **8-011.30** (= Postoperative intrathekale und intraventrikuläre Medikamentendosis-Anpassung nach Anlage der Medikamentenpumpe, bei einer externen Medikamentenpumpe)

ICD/OPS/Kodierrichtlinien 2020

Vierter Jahrgang verpflichtende Datenlieferung für die InEK-Kalkulation 2020:

- Das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) wurde beauftragt, Repräsentativität in der nationalen Fallkostenerhebung herzustellen und passende Krankenhäuser zur Datenlieferung ihrer Fallkosten nach InEK-Standard zu verpflichten.
- Das InEK entschied erstmals am 31. Oktober 2016 per Losverfahren, dass 40 Krankenhäuser zur erstmaligen Kalkulationsteilnahme verpflichtet werden. Mit jährlich steigenden Strafzahlungen für fehlende oder qualitativ ungenügende Daten setzt das InEK Anreize, dieser Verpflichtung nachzukommen. Eine erfolgreiche Teilnahme hingegen wird finanziell belohnt, inkl. einer zusätzlichen Prämie für die erstmalige Datenabgabe. Dies wurde für 2020 fortgesetzt.
- Es wurden bevorzugt Krankenhäuser in privater Trägerschaft bzw. mit spezialisierten Behandlungen zur Kalkulation verpflichtet!

ICD/OPS/Kodierrichtlinien 2020

Vierter Jahrgang verpflichtende Datenlieferung für die InEK-Kalkulation 2020:

- Dringende Empfehlung, selbst Kalkulationshaus zu werden
- Auf korrekte Zuordnung des Personals-Diabetologie – insbesondere Pflege, Diabetesberater, Ernährungsberaterinnen, Podologe, Diabetologin, Psychologin, Sozialarbeiter, Entlassmanagement (DFS!), Physiotherapie ... für Diabetes-Patienten achten, damit die Kosten den Diabetes-DRGs zugeordnet werden.
- Dies hat große Auswirkungen auf die Berechnung der Diabetes-Fallpauschalen
Bsp.: Anteil der Kalkulationsfälle der gesamtdeutschen DRG K60E nur der Patienten der Diabetes-Klinik Mergentheim im Jahr 2018 = 24,7 Prozent! Bei F21D = 31 Prozent; bei K60B 15 Prozent; F13A 13 Prozent. Dieser Prozentsatz hat 2019 abgenommen über die zwangsverpflichteten Häuser, wird 2020 vermutlich wieder steigen, da im Coronavirus-Rahmen vermutlich weniger Kalkulationshäuser Daten abgeben werden;

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 waren 2018 nur beim Koma benannt, in der jetzigen Version sind sie 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
 - ▶ 08 5A13.4 **Diabetes mellitus** due to drug or chemical
 - ▶ 09 5A13.5 **Diabetes mellitus** due to uncommon forms of immune-mediated **diabetes**
 - ▶ 10 5A13.6 **Diabetes mellitus** due to other genetic syndromes 
 - ▶ 11 5A13.7 **Diabetes mellitus** due to clinically defined subtypes or syndromes
 - ▶ 12 5A13.Y **Diabetes mellitus** due to other specified cause 
 - ▶ 13 5A14 **Diabetes mellitus**, type unspecified 
 - ▶ 14 Acute complications of **diabetes mellitus**
 - ▶ 15 5A21 Hypoglycaemia in the context of **diabetes mellitus**
 - ▶ 16 5A21.0 Hypoglycaemia in the context of **diabetes mellitus** without coma
 - ▶ 17 5A21.1 Hypoglycaemia in the context of **diabetes mellitus** with coma
 - ▶ 18 5A21.Z Hypoglycaemia in the context of diabetes, unspecified
 - ▶ 19 Hypoglycaemia in the context of **diabetes mellitus**
 - ▶ 20 5A24 Uncontrolled or unstable **diabetes mellitus**
 - ▶ 21 5A2Y Other specified acute complications of **diabetes mellitus**
 - ▶ 22 5A61.5 Central diabetes insipidus
 - ▶ 23 **diabetes mellitus** insipidus 
 - ▶ 24 8C12.Y Mononeuropathy of other specified nerve
 - ▶ 25 **diabetes mellitus** with amyotrophy 
 - ▶ 26 9C61.32 Neovascular secondary angle closure glaucoma
 - ▶ 27 **Diabetes mellitus** with glaucoma

Kodierung/DRGs 2020 Diabetes

Von K60F in die K60E? Je nach Verweildauer ca. 700-800 EUR Erlösdifferenz!

Komplikationen/Manifestationen des Diabetes

<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikation/en/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-e10-e14.htm#E10>

Rechts die nicht abschließende Liste potenzieller Komplikationen/ Manifestationen für die vierte Stelle der Hauptdiagnose.

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

- .0 Mit Koma**
Diabetisches Koma:
 - hyperosmolar
 - mit oder ohne Ketoazidose
 Hyperglykämisches Koma o.n.A.
Exkl.: Hypoglykämisches Koma (.6)
- .1 Mit Ketoazidose**
Diabetisch:

<ul style="list-style-type: none"> • Azidose • Ketoazidose 	ohne 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 Arthropathie† (M14.6-*)
- .7 Mit multiplen Komplikationen**
- .8 Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen**
- .9 Ohne Komplikationen**

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 Kode 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 führen als Hauptdiagnose 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 (teils in Abhängigkeit der fünften Stelle „entgleist“!) ob Patient in die K60F oder K60E kommt.
Es wird die Grunderkrankung Diabetes mellitus, nicht eine/multiple Komplikation/en 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!

E10-E14 fünfte Stelle:

Cave 2020: Prüfen, ob eine **Entgleisung** vorliegt und diese an fünfter Stelle kodieren, da **seit 2017 stark zunehmend viele Kodierungen nur mit „Entgleisung“ in eine DRG mit höherem Relativgewicht triggern**. MDs prüfen zunehmend die Entgleisung.

Strittig, rechtlich nicht bindend, aber zumindest eine Definition für „Entgleisung“ des MDK (SEG-4 KDE-9, überarbeitet 2019!):

Eine entgleiste Stoffwechsellage im Rahmen eines Diabetes mellitus liegt – neben den Subkategorien .0 (Koma) und .1 (Ketoazidose) - vor, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist:

- Mehrfache milde Hypoglykämien (durch Patienten selbständig durch Kohlenhydrateinnahme therapierbar) mit mindestens dreimal täglichen BZ- Kontrollen und Therapieanpassung im Rahmen des stationären Aufenthalts
- Mindestens einmalige schwere Hypoglykämien ohne Koma (bei Therapie auf Fremdhilfe angewiesen z.B. durch Angehörige, Umfeld, professionelle Hilfe) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung im Rahmen des stationären Aufenthalts
- Deutlich erhöhtes HbA1c (größer als 10 % bzw. 85 mmol/mol Hb) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung im Rahmen des stationären Aufenthalts)
- Mehrfach Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung im Rahmen des stationären Aufenthalts
- Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal täglichen Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga

E10-E14 vierte Stelle:

MDK-SEG 4-Gegendarstellung 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 Insulinanaloge

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

E10-E14 fünfte Stelle:

Neues Positionspapier DDG / BVKD / FOKA zur Entgleisung

Bei einem Treffen DRG-Expertengruppe der DDG mit DDG-Präsidentin und FOKA-Vertreter im Januar 2020 wurde festgelegt, dass die DDG möglichst gemeinsam mit FOKA und BVKD ein Positions-Papier zur „Entgleisung“ publizieren wird, vrs. 03-04/2020.

HbA1c-Grenzen für stationäre Aufnahme womöglich festlegen nach:

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

Cave: Diabetes-Behandlung bei Zystischer Fibrose

Wenn Diabetes mellitus eine Manifestation einer Zystischen Fibrose E84.x darstellt, so ist - auch bei ausschließlicher/primärer Behandlung des Diabetes mellitus – zwingend die Zystische Fibrose als Hauptdiagnose (meist E84.87) zu verschlüsseln gemäß [Deutschen Kodierrichtlinien](#) (0403d).

„0403d Zystische Fibrose

Bei einem Patienten mit Zystischer Fibrose ist unabhängig davon, aufgrund welcher Manifestation dieser Erkrankung er aufgenommen wird, eine Schlüsselnummer aus E84.– Zystische Fibrose als Hauptdiagnose zuzuordnen. Die spezifische(n) Manifestation(en) ist/sind immer als Nebendiagnose(n) zu verschlüsseln.“

Bei dieser Diagnose ist der Diabetes mellitus als Nebendiagnose zu kodieren.

Dies führt in DRG mit höherem Relativgewicht.

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.

Diese nicht abschließende Übersicht des ICD-10-GM „Systematisches Verzeichnis“ nennt die zwingend an 4. Stelle zu verschlüsselnden Manifestationen/Komplikationen des Diabetes mellitus, bspw. explizit die Hypoglykämie unter .6.

Für das ICD-10-GM ist klar festgelegt, dass es sich bei Listen des ICD-10 zu einem Code (bzw. bei Listen zu den Codes der 4. und 5. Stelle) grundsätzlich nur um Beispiele, aber nicht um abschließende Listen handelt. Diagnosen, die in den Beispielen nicht genannt sind, aber im ICD-10-GM 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](#) bzw.

[2017_14_ANHANG_Basiswissen_Kodierung_Auszug-Aufbau.doc](#)

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/erektile Dysfunktion, Charcot-Arthritis, DM mit Infektionen (Mykosen, HWI, Parodontitis,...), Steatosis hepatis uvm.

[icd10gm2020alpha_referenz_20191004.pdf](#)

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. hier zum 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 2020 Diabetes

E10-E14 vierte Stelle:

Seit 2015 ist die „Sexualstörung unter der 4. Stelle .6 (= mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen) zu finden:

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

	2015	2018
Männer und ED (N48.4)	475	644

Rein statistisch müssten – wenn auch 31 % dieser Patienten eine ED hätten, knapp 700 Fälle mit ED diagnostiziert werden;

=> aufgrund besserer Kodierung ab 2016 bis 2018 war eine starke Steigerung dieser Kodierung möglich!

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 einer Diabetes-Klinik – Kodierung 2016 vs. 2018:

2016: 234 Fälle mit Diabetischer Arthropathie (M14.2*)

2018: 196 Fälle mit Diabetischer Arthropathie (M14.2*) inkl. Madonnenhände

- Lt. Studie mindestens 10 % der Klinikfälle = 410 Fälle
- Somit Differenz 2018 allein bei Frozen Shoulder von 214 Fällen auf die zu erwartenden 410 Fälle!

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/MDK:

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.

⇒ **Down-Coding statt Right-Coding**

E10-E14 vierte Stelle:

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

Beispiel von 2019 für Anerkennung der Diabetischen Parodontitis bei MDK-Gutachten (Bayern): Diabetische Nephropathie + Chronische diabetische Parodontitis -> E1x.7x

Sachverhalt

Die stationäre Aufnahme erfolgte bei entgleistem Diabetes mellitus.

Es erfolgte eine Neueinstellung des Diabetes, gleichzeitig wurde der Patient intensiv geschult.

Des Weiteren fand sich eine Proteinurie im Sinne einer Nierenkomplikation sowie eine chronische Parodontitis, die laut Bundeszahnärztekammer ebenfalls als Komplikation eines Diabetes mellitus zu werten ist.

Komplikation/Manifestation „Hypoglykämien“

Urteil Landessozialgericht Stuttgart bestätigt, dass Hypoglykämien als Komplikation/Manifestation des Diabetes mellitus zu kodieren sind. Es wurde keine Revision beim Bundessozialgericht zugelassen!

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](#)

Cave:

aktuell 02/2020 hat die AOK Rheinland-Pfalz nach einem weiteren für die Diabetes-Klinik Bad Mergentheim positiven Sozialgerichtsurteil zu Hypoglykämien Revision vor dem Landessozialgericht Stuttgart eingelegt!

Komplikation/Manifestation „Hypoglykämien“

In den S3-Leitlinien Therapie des Typ-1-Diabetes ist die Definition von Hypoglykämien festgelegt. Dass eine Hypoglykämie erst ab Blutzuckerwerten ≤ 50 mg/dl vorliegt, wie MDs immer wieder vorgeben, ist somit 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 ausschließlich auf die Fähigkeit zur Selbsttherapie/Notwendigkeit von Fremdhilfe und nicht mehr nach Blutzuckerwerten definiert.

Komplikation/Manifestation „Hypoglykämien“

SEG-4 Kodierempfehlungen „Hypoglykämie“

Kodierempfehlungen aktueller Stand vom 11.12.2019:

[SEG 4-Kodierempfehlungen 1 - 603](#)

Die SEG-4 hat eine u.E. unverständliche und inkorrekte Kodierempfehlung verfasst, mit der sie womöglich versucht, das 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 Manifestationskodes 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 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.

Komplikation/Manifestation „Hypoglykämien“

SEG-4 Kodierempfehlungen „Hypoglykämie“

Weitere Argumente gegen die SEG-4 Kodierempfehlung, die nach der DDG-Stellungnahme noch erarbeitet wurden und für Sozialgerichtsstreitigkeiten hilfreich sind:

Die DKR regelt 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 festgelegt.

Sh. hier [Deutsche Kodierrichtlinien 2020](#)

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 „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 auch in Anbetracht der Fallzahl der betroffenen Patienten.

Komplikation/Manifestation

Außergerichtliche Einigung mit mehreren Kostenträgern: Komplikationen/Manifestationen des Diabetes mellitus

Beispiel Diabetes Zentrum Mergentheim, nachdem wir Musterklagen und eine Fülle daran anhängender Fälle vor Gericht hatten:

- a) Diabetische Retinopathie/diabetische Katarakt wie bisher unstrittig
- b) pAVK wie bisher unstrittig
- c) Hypoglykämie: unstrittig ab Blutzuckerwerten kleiner/gleich 60 mg/dl bzw. bei klar symptomatischen Unterzuckerungen bei überhöhtem HbA1c
- d) Diabetesleber: Ultraschallbefund für Steatosis hepatis und Diabetesdauer (DD) ab 5 Jahren
- e) Diabetische Nephropathie unstrittig;
mindestens 5 Jahre Diabetesdauer notwendig, wenn hypertensive Nephropathie diagnostiziert ist, dann ist Diabetes mellitus unstrittig nach den 5 Jahren mitschädigend,
- f) Erektile Dysfunktion/Sexualstörung auch ab 5 Jahren DD, nicht bei Frischmanifestierten kodieren;

... Fortführung sh. Folgeseite

Komplikation/Manifestation „Hypoglykämien“

Außergerichtliche Einigung: Komplikationen/Manifestationen des Diabetes mellitus

Beispiel Diabetes Zentrum Mergentheim, nachdem Musterklagen und eine Fülle daran anhängender Fälle vor Gericht anhängig waren:

...

- g) Diabetes mit Infektion: Nicht als Manifestation/Komplikation kodieren bei einfachen Interdigitalmykosen, nicht bei einfacher Onychomykosen (Nagelpilz), nur bei massiven Pilzinfektionen; Unstrittig als Diabetes mit Infektion:
 - Harnwegsinfekt, Parodontitis, belegbare sonstige Infektionen z.B. der Haut;
 - Unstrittig bei nachgewiesenen Labor-Entzündungsparametern mit Labornachweis (eindeutiger Laborbefund mit erhöhten Leukozyten und/oder CRP/BSG)
- h) Diabetische Arthropathie unstrittig, wenn Madonnen-Hände, Frozen-Shoulder-Syndrom oder diagnostisch belegte Arthropathie vorliegt.
- i) Dysregulativer Diabetes/brittle diabetes: wird von uns solange nicht als Manifestation/Komplikation kodiert, bis eine abschließende Klärung (aktueller DIMDI-Antrag) über DIMDI für ICD-10-GM erfolgt ist;

Teils einzelne kleine Individualabweichungen je Krankenkasse von dieser Einigung!

Komplikation/Manifestation „Hypoglykämien“

Zusammenfassend:

- Die Mehrzahl der „großen“ Krankenkassen (Barmer, einzelne AOKen, Techniker) erkennt inzwischen die Kodierung der Hypoglykämien an (außergerichtlich -> ggf. zuvor klagen).
- Die DAK wehrt sich weiterhin gerichtlich bezugnehmend auf die u.E. inkorrekten SEG-4-Kodierempfehlungen von Juni 2019 zur angeblichen Nicht-Kodierbarkeit von Hypoglykämien gemäß DKR.
- Die IKK-Classic, die gegen die Diabetes-Klinik Bad Mergentheim das LSG-Verfahren verloren hat, hat ihren jahrelangen Widerstand aufgegeben und sämtliche Fälle mit Hypoglykämien und einer weiteren Komplikation/Manifestation dann anerkannt.
- MD und Seg-4 lehnen konsequent unter Bezug auf Seg-4-Kodierempfehlungen die Hypoglykämie-Kodierung ab
- -> Klagen vor dem SG bzw. zuvor Schiedsstelle anrufen

Diabetes mellitus und Schwangerschaft

- bei Patientinnen mit bestehendem Diabetes mellitus **und** Schwangerschaft (egal welcher Diabetes-Typ) ist 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, 2020 etwas weniger niedrig. Bis 2015 konnte man mit der bisherigen DRG O65C durch die Langlieger-Zuschläge (VWD > 12 Tage) einen höheren Erlös als bei jetzt K60F erzielen (Mehrerlös von ca. 30 Euro/Fall). Dies ist durch die Neuberechnung des InEK seit 2016 hinfällig.
- 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 wird dazu im 1. Quartal 2020 einen Aufruf zur korrekten Kodierung starten, damit das InEK Kostentrenner endlich berechnen kann!

Der Weg von K60E > K60C

- 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 2020 ist es extrem schwer, in die hoch erlösende DRG K60C zu kommen.
- b) **Dennoch: potenziell schweregrad-relevante Nebendiagnosen (ND) genau erfassen**
- c) hausintern klare **Diagnose-Kriterien** festlegen sowie klare Kriterien, welcher **Ressourcenverbrauch** mit (schweregradrelevanter) ND einhergeht
- d) der Ressourcenverbrauch muss sauber und für MDK nachvollziehbar **dokumentiert** sein
- a) Klärung und Trennung: **abrechnungsrelevante Diagnosen** (Kostenträger, MDK) vs. **Entlassbrief-relevante Diagnosen**, (die für den Einweiser/ Weiterbehandler)
- a) **Fazit: fast keine Patienten kommen in die K60C; Diabetes-Klinik mit ca. 4200 Patienten kann nur wenige Einzelfälle (1-2 Patienten!) so kodieren. NDs dennoch extrem 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) die Keimkodierung wurde 2017 neu an die RKI-Richtlinien angepasst und deshalb umstrukturiert, bitte bei der Kodierung beachten!
- Zustand nach Transplantation, Herz, Niere, Leber etc., Z94.x
- R65.1! Schwere Sepsis/SIRS
- CCL-relevant: Barthel-Index U50/U51 (Dokumentation beachten, sh. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/zusatz-06-barthelindex.htm>)

Kodierung Nebendiagnosen

Wichtige CCL-relevante Nebendiagnosen Teil III

- I50.xx Herzinsuffizienz -> Cave: Umstrukturierung berücksichtigen! (Dokumentation NYHA-Stadium!) [Herzinsuffizienz_NYHA_Watt.pdf](#)
- I70.24/I70.25 Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration/ Becken-Bein-Typ, mit Gangrän [ICD-FAQ-Kodierfragen DIMDI Unterscheidung Ulceration Gangraen](#)
- [E44.x Energie-/Eiweißmangelernährung \(Harnstoff/Kreatinin-Quotient\)](#)

Kodierung Kachexie entgegen MDK/SEG-4!

SEG-4: Erst bei BMI < 18,5 kg/m² läge nach WHO-Definition Untergewicht vor ([Kachexie SEG-4](#)). Lt. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) gelten deutlich andere Kriterien, ab wann bereits eine Kachexie kodiert werden muss. [Kachexie Leitlinien.pdf](#) (sh. S. 7)

Cave: Kodierung von Keimen aus B95.x! B96.x! in Nase/Leiste ohne Vorliegen einer Wunde: sind sie Ursache einer a.a.O. klassifizierten Erkrankung?

generell bei Nachweis von Keim die Z22.3 „Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten“ kodieren ->

das DIMDI schreibt dazu [wortwörtlich](#) (Seite 3): „Z22.3 Keimbesiedelung stellt im klassifikatorischen Sinne eine "Krankheit" dar. Die Kodierung von B95-B97 ist zusätzlich möglich.“ → bei Nasen-/Leisten-Keim: **Keime B95.x! B96.x! ergänzend als Kode an die Z22.3 anhängen!**

Behandlung von Kindern u. Jugendlichen mit DM

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

[multimodaleKomplexbehandlung_8-984.pdf](#)

Kinder/Jugend-Diabetes-DRGs!

Alter	0 - 5	6 - 10	11 - 17	18+
mit Komplex	K60A	K60B	K60B	
ohne Komplex	K60D	K60D	K60F	K60F
schwere CC				K60E
äußerst schwere CC				K60C

Voraussetzung für die Kodierung der multimodalen Komplexbehandlung:

- Minstdauer der Komplexbehandlung: 7 Behandlungs-Tage mit Therapiedichte von insgesamt mind. 11 Stunden/Woche
- Betreuung der Kinder/Jugendlichen durch ein interdisziplinäres Team: mindestens 3 Therapiebereiche erforderlich: Arzt, Psychologe, Diabetes-/Ernährungsberatung, Physiotherapie, Podologie, soziale Intervention
- Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Einbeziehung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten in die Therapie

Dokumentation über Wochenstundenplan sowie Wochendokumentation:

Behandlung von Kindern u. Jugendlichen mit DM

„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!

Aktuell wird für 2021 ein DIMDI-Antrag von DDG/BVKD gestellt, der zum einen die Behandlung nach Einzel – Gruppe (bis 12 Teilnehmer*innen), sonstige (z.B. Großgruppe) differenziert, um Kostentrenner damit vom InEK berechnen lassen zu können, zum anderen eine Klärung der Strukturmerkmale „kontinuierliche Vorhaltung und Durchführung“ umsetzt, um die seit 2018 bestehenden Kodierstreitigkeiten zu verhindern.

[Entwurf DIMDI-Antrag zur Änderung der Multimod. Komplexbehandlung bei DM 8-984.x](#)

Multimodale Komplexbehandlung



Abrechnungschao 2018

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

- BSG-Rechtsprechung
- Immenser Aufwand durch steigende Abrechnungsprüfungen (Prüfquoten bei Komplexkodes bis > 20% der Fälle)
- U. a. detailfokussierte, kreative Prüfung kleinster „(Dokumentations-) versäumnisse“
- Rückwirkende Rechnungskürzungen z.B. auf der Grundlage neuer OPS-Interpretation/Auslegung durch das BSG (PpSG Änderung)
- Enorme Liquiditätsrisiken durch unmittelbare Verrechnung von Rückforderungen mit neuen Fällen seitens der GKV
- Nur Gerichtsverfahren kann Krankenhaus berechtigte Vergütungsansprüche sichern
- Zunehmende Planungsunsicherheit und Verunsicherung bei der Beliebigkeit ausgesetzter Vergütung und stetig wechselnden Anforderungen

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 äußerst 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.

Januar 2020 beim „Runden Tisch Diabetes“ wurde seitens der DDG die Dringlichkeit der Klärung festgestellt.

Primäre Fehlbelegung - DMP – Aufnahmekriterien -

- Kriterien für eine stationäre Einweisung - Aufnahme-Kriterien – DMP-Verträge mit Anlage RSAV (BADEN-WÜRTTEMBERG)

a) DM Typ 1 (Vertrag - § 3 bzw. RSAV – siehe insbesondere 1.6.3 bzw. 1.7.3)

[2019 Baden-Württemberg Typ-1 DMP-Rahmenvertrag Version 01072015.pdf](#)

sh. S. 7, § 3

(z.B. Ketoazidotische Erstmanifestation, Abklärung nach rez. Hypoglykämien/ Ketoazidosen, ...)

b) DM TYP 2 (Vertrag - § 3 bzw. RSAV – siehe insbesondere 1.8.3 bzw. 1.7.3)

[2019 Baden-Württemberg Typ-2 DMP-Rahmenvertrag Version 01072017.pdf](#)

sh. S 5, § 3

(z.B. bei Notfallindikation, bedrohlicher Stoffwechselstörung, speziellen Stoffwechselentgleisungen wie Hypoglykämiewahrnehmungsstörung bzw. nächtlichen Hypoglykämien, ...)

Primäre Fehlbelegung - DMP – Aufnahmekriterien

Anlage RSAV (sh. insbesondere Abschnitte 1.6.3 bzw. 1.7.4 und 1.7.5)

c) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) => sh. Insbesondere Abschnitt 1.6.1 Einweisung ins Krankenhaus

1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus

Indikationen zur stationären Behandlung bestehen insbesondere für Patientinnen und Patienten unter folgenden Bedingungen:

- Verdacht auf lebensbedrohliche Exazerbation,
- schwere, trotz initialer Behandlung persistierende oder progrediente Verschlechterung,
- Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen,
- Einstellung auf intermittierende häusliche Beatmung.

Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung insbesondere bei auffälliger Verschlechterung oder Neuauftreten von Komplikationen und Folgeerkrankungen (z. B. bei schwerer Herzinsuffizienz, pathologischer Fraktur) zu erwägen.

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

Primäre Fehlbelegung - DMP – Aufnahmekriterien

1.7 Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus Typ 2

1.7.4 Psychosoziale Betreuung

Im Rahmen der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 ist ihre psychosoziale Situation einzubeziehen. Mangelnde Krankheitsbewältigung oder Motivation sowie fehlender sozioemotionaler Rückhalt bis hin zu Problemen am Arbeitsplatz sind unter anderem zu berücksichtigen.

Bei Bedarf werden Bezugs- und/oder Betreuungspersonen in die Behandlung einbezogen. Es soll ein Hinweis auf die Möglichkeiten der organisierten Selbsthilfe gegeben werden.

Eine psychosoziale Betreuung ist an die individuelle Situation der Patientin oder des Patienten (Krankheitsphase, Therapieverfahren etc.) anzupassen.

1.7.5 Psychische Komorbiditäten

Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren ist das Vorliegen von psychischen Komorbiditäten (z. B. Anpassungsstörungen, Angststörungen usw.) zu beachten. Durch die Ärztin oder den Arzt ist zu prüfen, inwieweit Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen profitieren können. Bei psychischen Krankheiten sollte die Behandlung derselben durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

Eine Depression als häufige und bedeutsame Komorbidität sollte besondere Beachtung finden.

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 neu massive Abwertung bei ND Diabetes mellitus z.B. bei HD = J10.0 (Influenza):

ND E11.90 (ohne Kompl., nicht entgl.) = ohne CCL-Relevanz, aber

ND **E11.91** (ohne Kompl., entgleist) = ohne CCL-Relevanz

ND **E11.72** (multiple Kompl., nicht entgl.) = ohne CCL-Relevanz

ND **E11.73** (multiple Kompl., entgl.) = mit CCL-Relevanz

ND **E11.74** (DFS., nicht entgl.) = ohne CCL-Relevanz

ND **E11.75** (DFS., entgl.) = ohne CCL-Relevanz

ND E10.90 (ohne Kompl. nicht entgl.) = ohne CCL-Relevanz

ND **E10.91** (ohne Kompl. entgleist) = mit CCL-Relevanz

ND **E10.72** (mult. Kompl., nicht entgleist) = mit CCL-Relevanz

ND **E10.73** (mult. Kompl., entgleist) = mit CCL-Relevanz

ND **E10.75** (DFS, entgleist) = mit CCL-Relevanz

ND **E10.74** (DFS, nicht entgleist) = mit CCL-Relevanz

- Die Kodierung des Diabetes mellitus als Nebendiagnose ist kaum noch ccl-relevant
- Kodierung der 5. Stelle (Entgleisung) kodieren/kontrollieren.

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)

Bzw. offline hier als PDF-Datei

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“:

Seit 2007 ist die L98.4-Kodierungen (chronisches Ulcus der Haut) bei DFS nicht mehr CCL-relevant, nur die L89.xx. Dies gilt bis heute, auch wenn seit 2015 die L89.xx Codes hinsichtlich CCL abgewertet wurden. 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 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

- **Kode für fotogestützte Verfahren zur Oberfläche/Formvermessung:**
Wenn Messungen von Fußwunden anhand von Fotos aufwändiger durchgeführt werden, dann kann der OPS-Kode „3-31 – Andere optische Verfahren“ verschlüsselt werden.

3-31 **Andere optische Verfahren**

3-310 **Optische foto- und videogestützte Verfahren zur metrischen Form- und Oberflächendarstellung**

Inkl.: Streifenlichtscan zur metrischen Form- und Oberflächendarstellung
 3D-Oberflächenvermessung des Schädels durch Photogrammetrie

Exkl.: Zahnmedizinische Abformmethoden

- **Kode für Nervenstimulation** (Behandlungsaufwand für verschiedene ND!):
sollten bei verschiedenen Diagnosen (z.B. Erektile Dysfunktion, Lubrikations-Störung/Dyspareunie, Inkontinenz-Probleme) Nervenstimulations-Geräte eingesetzt werden, kann für diese Verfahren der OPS-Kode „8-63 – Elektrostimulation des Nervensystems“ kodiert werden -> 8-631.x (= Elektrostimulation des Nervensystems – Neurostimulation, Sonstige).

[2019_12_ANHANG OPS 8-63 Elektrostimulation-Nervensystem.doc](#)

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!

ICD/OPS/Kodierrichtlinien 2020

Unverändert Kodierproblematik Fußpatient:

Datums-Problem: Vorsicht bei der Kodierung von Patienten mit DFS und Zehen-/Zehenstrahl-Amputation sowie Debridement an unterschiedlichen Tagen:

- Nur wenn Debridement an einem Datum, das nicht mit Amputation zusammenfällt, durchgeführt und verschlüsselt wurde, gelangt Patient in höher erlösende DRG.
- Vorsicht Falle!
Da oft auch am Amputationstag Wunddebridement erfolgt und dieses ja nur einmal pro Aufenthalt kodiert wird, wird die Bedeutung der Datums-Verschiedenheit ggf. nicht erkannt oder nicht kontrolliert!

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)

Alternativ bzw. 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 Hypokeratose 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.

Muster-Text-Entwurf bei Ablehnung durch MDK

[Siehe hierzu Textbaustein ...](#)

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



Z13.8 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf sonstige näher bezeichnete Krankheiten oder Störungen
Endokrine oder Stoffwechselstörungen

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
- das Herausfiltern der Risikopatienten geht schneller, als bei augenärztlicher Untersuchung; Weittropfen nicht erforderlich!
- Bsp. Diabetes-Klinik:
Unser konsiliarische Augenarzt – der inzwischen in Ruhestand gegangen ist – war 2 x wöchentlich zur Augendiagnostik in der Diabetes-Klinik.
Mit KI-Diagnostik konnten wir nach nur drei Monate schon die Fallzahl an untersuchten Patienten erreichen, die der Konsil-Augenarzt in einem Jahr untersucht hat.
- großer Gewinn für Patienten mit Diabetes mellitus
- nebenbei deutliche Auswirkungen auf die Anzahl der Fälle in K60E statt K60F



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

Viel Erfolg beim
right-coding!