

2023



KODIERLEITFADEN DIABETES MELLITUS

Dr. Norbert von Depka, Facharzt für Innere Medizin, Medizinische Informatik
Berthold Peters, Kodierfachkraft

Mit Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM), dem Bundesverband der Diabetologen in Kliniken e.V. (BVDK)



VORWORT LILLY

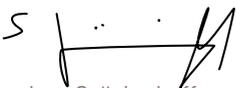
Aufgrund der demografischen Entwicklung befinden sich in fast allen Abteilungen der Krankenhäuser immer häufiger ältere Patienten mit verschiedenen Primärerkrankungen, die als Sekundärdiagnose einen Diabetes mellitus aufweisen.

Durch eine von Lilly Diabetes mit Unterstützung der DDG vorangetriebene Initiative zur Verbesserung der klinischen Versorgung von Patienten mit Diabetes ist es bereits in einer Reihe von Krankenhäusern gelungen, den Versorgungsalltag zu optimieren.

Im Rahmen dieses Projektes kam häufig die Frage nach der richtigen Dokumentation und Kodierung des Diabetes mellitus auf. Stationäre Behandlungsleistungen in Krankenhäusern werden bundesweit einheitlich nach Fallpauschalen, den sog. German Diagnosis Related Groups („DRG“) abgerechnet. Für eine korrekte Kodierung der Diagnosen und erbrachten Prozeduren gibt es Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien (Aktuelle Version unter <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2023/kodierrichtlinien/deutsche-kodierrichtlinien-2023>).

Dabei scheint es aber weiterhin im Klinikalltag noch viele offene Fragen zu geben, so dass wir uns vor über 10 Jahren entschlossen haben, einen praktischen Leitfaden herauszugeben, der an Hand von Beispielen und Informationen mit alltagstauglichen Hinweisen zur richtigen Verschlüsselung des Krankheitsbild Diabetes mellitus beitragen kann.

Dieser berücksichtigt die immer wieder auftretenden gesetzlichen Änderungen am DRG-System und der Rechnungsprüfung. Durch das „MDK-Reformgesetz“ ist die Notwendigkeit für eine schnelle und korrekte Abrechnung gestiegen. Die Rechnungsstellung ist grundsätzlich abschließend, eine spätere Rechnungs Korrektur ist nicht mehr möglich, die Kodierung muss daher bei anzustrebender schneller Rechnungserstellung in kurzer Zeit fehlerfrei erfolgen, da bei Fehlern Strafzahlungen und ggf. die Erhöhung der Prüfquote drohen. Viele Krankenhäuser haben inzwischen Erfahrungen mit dem Erörterungsverfahren, die Dokumentation wird im Erörterungsverfahren evtl. von den Kostenträgern bereits vorgerichtlich eingesehen und sollte daher eindeutig und präzise sein. Eine „optimierende Nachkodierung“ ist auch im ggf. eingeleiteten Sozialgerichtsverfahren nicht mehr möglich.



Stephan Gravinghoff
Direktor Key Account Management,
Lilly Deutschland GmbH

VORWORT BVDK

Eine hohe Zahl von stationären Patienten hat als Haupt- oder Begleiterkrankung einen Diabetes mellitus, der den stationären Behandlungsverlauf deutlich mit beeinflusst. Die diagnostisch und therapeutisch notwendigen Maßnahmen sind aufwändig und erfordern es, diesen Aufwand angemessen und regelhaft abzubilden.

Dabei ist die Kodierung des Diabetes mellitus eines der komplexesten Kapitel im deutschen DRG-System. Deshalb freut sich der Bundesverband der Diabetologen in Kliniken e.V. (BVDK) sehr darüber, dass die Firma Lilly mit dem vorliegenden Kodierleitfaden Ärzten und Kodierfachkräften seit mehr als 10 Jahren ein umfassendes und leicht verständliches Mittel an die Hand gibt, ihre Arbeit an diesen Patienten korrekt zu dokumentieren und zu kodieren, und damit einen Beitrag zur Sicherung der Diabetologie in deutschen Krankenhäusern leistet.



PD Dr. Erhard Siegel,
Vorsitzender BVDK

Hinweis:

Im August 2016 wurde für das PEPP System das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ PsychVVG beschlossen. Für das PEPP-System gelten nur die „Deutsche Kodierrichtlinien Psychiatrie/ Psychosomatik“. Diese beinhalten keine speziellen Kodierrichtlinien, die im Kodierleitfaden beschriebene Kodierung gilt somit nur für die somatischen Krankenhäuser (nach § 17b KHG). Einrichtungen, die nach dem PEPP System abrechnen, haben für die Kodierung die allgemeinen Kodierrichtlinien und die Vorgaben des ICD in der jeweils gültigen Fassung zu berücksichtigen.



Diabetes im
PEPP System

2023

INHALT

Einleitung, Allgemeine Hinweise	6
Neuigkeiten 2023 – Highlights COVID-19 und Hypoglykämie	7
Aufschlagszahlungen und Prüfquoten im Jahr 2023	8
Basiswissen Kodierung	10
Besonderheiten bei der Kodierung des Diabetes	11
Kodierablauf Schritt für Schritt (1.–3. Schritt)	12–17
Weitere Besonderheiten der Kodierung des Diabetes aus den Deutschen Kodierrichtlinien	18
Fallbeispiele (Beispiel 1–11)	19–29
Die Diabetes mellitus DRGs mit den typischen Kenndaten	30
Wichtige OPS-Schlüssel im Zusammenhang mit Diabetes	31–33
Verschlüsselung des Diabetes von E10–E14	33
Wichtige Diagnosen im Zusammenhang mit Diabetes mellitus	34–38
Glossar	39–44
Abkürzungsverzeichnis	45

EINLEITUNG, ALLGEMEINE HINWEISE

In den **Allgemeinen** Kodierrichtlinien werden Begriffe wie Haupt- und Nebendiagnose definiert und die Verschlüsselung von Prozeduren festgelegt. In den **Speziellen** Kodierrichtlinien werden besondere Fallkonstellationen beschrieben, bei denen von den Allgemeinen Kodierrichtlinien abgewichen werden muss oder die der konkreten Festlegung dienen.

Die korrekte Kodierung des Diabetes mellitus wird in den Speziellen Kodierrichtlinien festgelegt. Dafür ist es wichtig zu wissen, dass die Speziellen Kodierrichtlinien **Vorrang** vor den Allgemeinen Kodierrichtlinien haben.

Seit 2020 werden strittige Kodierfragen durch den Schlichtungsausschuss nach §19 KHG entschieden. Die aktuellen Entscheidungen des Bundesschlichtungsausschusses werden vom InEK veröffentlicht und sind auch unterjährig zu beachten (vgl. unter https://www.g-drg.de/Schlichtungsausschuss_nach_19_KHG/Entscheidungen_des_Schlichtungsausschusses). Bis Ende 2022 gab es keine Entscheidungen, welche die Kodierung des Diabetes betreffen.

In der Praxis ergeben sich immer wieder Fälle, die je nach Anwendung der Speziellen oder Allgemeinen Kodierrichtlinien zu unterschiedlichen Ergebnissen führen würden.

Die sachgerechte Darstellung des Behandlungsaufwands in Bezug auf den Diabetes mellitus scheidet in der Praxis meist nicht an der Komplexität der Kodierung, sondern eher an der unzureichenden Dokumentation, die für den Kodiervorgang zur Verfügung steht. Dies liegt in der Regel daran, dass dem Behandlungsteam die Relevanz detaillierter Informationen zum Diabetes mellitus nicht bewusst ist. Oft wird dieser Erkrankung, gerade wenn sie nicht im Fokus der aktuellen Behandlungsepisode steht, weniger Beachtung geschenkt. Neben dem Benefit für den Patienten, der aus dem genauen Wissen um die Erkrankung und eventuelle Komplikationen resultieren kann, wird durch die angeführten Kodierbeispiele deutlich, dass sich eine gründliche Anamneseerhebung und Dokumentation bei Patienten mit Diabetes mellitus auch ökonomisch lohnt. An ausgewählten Stellen im weiteren Verlauf werden daher exemplarisch Hinweise zur Dokumentation in Bezug auf den Diabetes mellitus angeführt.

Der diabetische Fuß ist in Bezug auf die Kodierung ein komplexes und umfangreiches Thema. Im Rahmen dieses Kodierleitfadens wird daher bis auf Weiteres auf eine detaillierte Darstellung der Abbildung des diabetischen Fußsyndroms im G-DRG-System verzichtet.

NEUIGKEITEN 2023 – HIGHLIGHTS COVID-19 UND HYPOGLYKÄMIE

Im Zeitraum von Januar bis September 2022 erkrankten bundesweit ca. 25 Millionen Menschen an COVID-19. Im gleichen Zeitraum wurden 578.042 Fälle stationär aufgenommen, von diesen Fällen waren 96.033 (ca. 16 %) intensivpflichtig. (Quelle: Datenbrowser des InEK, Stand Sept. 2022).

Innerhalb der Gesamtfälle waren 112.078 Diabetes Typ 2 Patienten vertreten (ca. 19 %) von diesen mussten 25.108 (ca. 22 %) Fälle auf der Intensivstation behandelt werden. Bei einer Gesamtprävalenz des Diabetes mellitus in der Bundesrepublik von ca. 9 % sind damit Diabetiker (Typ 2) bei diesen Fällen im Krankenhausklientel deutlich überrepräsentiert!

Die häufigsten DRGs bei den **Diabetikern mit Intensivkontakt** waren dabei die Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, die Krankheiten und Entzündungen der Atmungsorgane, danach die Beatmungs-DRGs in den unterschiedlichen Beatmungszeiten ab 95 Stunden aufwärts. Es überwiegen bei Diabetikern in diesen Fällen also die Hochkosten-DRGs mit recht langen Verweildauern.

Bei den **Diabetikern ohne Intensivkontakt** dominieren als Hauptdiagnosen die Viruspneumonie sowie die Infektionen oder Entzündungen der Atmungsorgane und die Herzinsuffizienz. Das bedeutet, dass die meisten Diabetiker mit Krankheiten aus den o.g. Bereichen aufgenommen wurden und nicht wegen des Diabetes an sich.

Die Diagnose U07.1! wirkt auch in den Diabetes-DRGs erlössteigernd, vgl. etwa das Kodierbeispiel 4.

In Kapitel IV des ICD 10 wurden Schlüssel für den Schweregrad einer **Hypoglykämie bei Diabetes mellitus** und einer Hypoglykämie bei anderen Zuständen sowie die Hypoglykämiewahrnehmungsstörung als sekundäre Schlüsselnummern für den Codebereich E10.- bis E14.- unter U69.70! bis U69.72! ergänzt.

Lesenswert sind insbesondere die dort genannten Kodierhinweise zur Fremdhilfe und der rezidivierenden Hypoglykämie. Die Codes sind im Jahr 2023 nicht vergütungsrelevant (vgl. die Beispiele 10 und 4).

AUFSCHLAGSZAHLUNGEN UND PRÜFQUOTEN IN 2023

Nachdem die Krankenhäuser Pandemiebedingt bis Ende 2022 von der geplanten Einführung des **Prüfquotensystems** und der Aufschlagszahlungen verschont blieben, werden diese im Jahr 2023 umgesetzt.

Fälle „falsch zu kodieren“, d. h. durch fehlerhafte oder nicht sachgemäße Kodierung einen höheren DRG-Betrag abzurechnen, als dem Fall korrekter Weise zukommt, führt 2023 zwangsläufig zu einer Aufschlagszahlung von mindestens 300 Euro bzw. von 25% oder 50% des Differenzbetrages (maximal 10% des neuen Rechnungsbetrages), in Abhängigkeit von der Prüfquote .

Die Prüfquoten und Aufschlagszahlungen sind wie folgt in Abhängigkeit vom Anteil „unbeanstandeter Abrechnungen“ gestaffelt:

Anteil „unbeanstandeter Abrechnungen“	Prüfquote	Aufschlagszahlung
> 60%	5%	keine
> 40% und < 60%	10%	25% des Differenzbetrages, minimal 300 €, maximal 10% des neuen Rechnungsbetrags*
> 20% und < 40%	15%	50% des Differenzbetrages, minimal 300 €, maximal 10% des neuen Rechnungsbetrags*
< 20% „begründeter Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung“	Beliebig hoch	50% des Differenzbetrages, minimal 300 €, maximal 10% des neuen Rechnungsbetrags*

* Der Mindestbetrag hat hierbei Vorrang vor dem Höchstbetrag.

¹ Vgl. unter: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/News/OPS_2022_Aussetzung_Pruefung_Struktur-und_Mindestmerkmale.html

Um die Auswirkungen der Abschlags-Regelungen anschaulicher darzustellen, wird auf das **Beispiel 3** verwiesen.

Sind *höherpreisige* DRGs betroffen, dann stellt sich der Sachverhalt anders dar, hierzu wird auf das **Beispiel 6 im Kodierleitfaden** verwiesen.

Wird in diesem Beispiel fälschlicherweise der Schlüssel „E11.73 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet“ kodiert, dann wird dieser Fall nach Streichung der Diagnose in die DRG F06E mit einer Vergütung von 18.308 € gruppiert. Die Erlösdifferenz zum Ausgangsfall beträgt $18.308 \text{ €} - 14.376 \text{ €} = 3.932 \text{ €}$, zehn Prozent der richtigen Abrechnung sind 1.437 €.

Bei einer Prüfquote von 10 % ergeben sich **25 %** des Differenzbetrages in Höhe von **983 €** als Aufschlagszahlung. Bei einer Prüfquote von 15 % hingegen ergäben sich **50 %** des Differenzbetrages in Höhe von 1.966 €, hier tritt jedoch die Regelung in Kraft, dass maximal 10 % der richtigen Abrechnung zu zahlen sind, also **1.437 €**. Dieser Wert für die Aufschlagszahlung ergibt sich auch, wenn der Anteil der unbeanstandeten Abrechnungen unter 20 % liegt.

Als **Fazit** bleibt festzuhalten, dass eine schlechte Kodierung „schon immer“ nachteilig war, seit 2022 ist eine nicht belegte, fehlerhafte Kodierung „nach oben“ zusätzlich mit finanziellen Nachteilen verbunden. Mit Festlegung der durch das Krankenhaus zu leistenden Aufschläge wird auch der Erlös für die tatsächlich erbrachte Leistung um mindestens 300 € oder aber 10 % der neuen Rechnung reduziert, daher wird für den Begriff der Aufschlagszahlung häufig auch der Begriff der „Strafzahlung“ verwendet.

BASISWISSEN KODIERUNG

Für die korrekte Kodierung müssen die Definitionen, die in den Kodierrichtlinien festgelegt werden, beachtet werden:

HAUPTDIAGNOSE

Ist die Diagnose, die **nach Analyse** (Auswertung der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes) als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes verantwortlich ist.

NEBENDIAGNOSE(N)

Sind Krankheiten oder Beschwerden, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehen oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickeln. Die Kodierung der Nebendiagnose(n) ist nur dann gerechtfertigt, wenn damit ein Ressourcenverbrauch verbunden ist. Abnorme Befunde rechtfertigen ohne klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik nicht die Kodierung einer Nebendiagnose (Vgl. DKR D003I – Nebendiagnosen). Die Kodierung von Nebendiagnosen ist also ein wichtiger Bestandteil zur Sicherung eines adäquaten Erlöses. Jede Diagnose, die der Nebendiagnosedefinition entspricht, muss kodiert werden! Wie in den Vorjahren auch wurde die CC-Relevanz des Diabetes im Jahr 2023 in einer Reihe von Basis-DRG's abgewertet.

KREUZ-STERNSYSTEM

Kodes für die Ätiologie (zugrunde liegende Ursache) werden durch das **Kreuz-Symbol (†)** gekennzeichnet. Es sind **Primär-Diagnoseschlüssel, diese dürfen alleine verwendet werden**. Kodes für die Manifestation (Komplikation) werden durch das **Stern-Symbol (*)** gekennzeichnet. Es sind **Sekundär-Diagnoseschlüssel, diese dürfen nie alleine verwendet werden (vgl. dazu Beispiel 3)**. Der Diabetes und die Manifestationen des Diabetes können, je nach Lage des Falles, sowohl Haupt- als auch Nebendiagnose sein. Neben der †/*Systematik sind aus dem Bereich der sog. optionalen Schlüssel die Schlüssel **U69.70! bis U69.72!** der Hypoglykämie oder des Vorliegens einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung zu verwenden (**neu in 2023**, vgl. dazu auch Seite 6 und Beispiel 10 die Schlüssel sind nicht vergütungsrelevant).

Kommentar:

Nebendiagnosen mit CCL-Relevanz können den PCCL eines Patienten und damit die Vergütung erhöhen, da diese Nebendiagnosen als Kostentreiber im System identifiziert wurden. Sofern ein Patient an einer Krankheit leidet, diese aber vollständig selbst behandelt, ohne Ressourcen des Krankenhauses (Medikamente, anderweitige Unterstützung) in Anspruch zu nehmen, ist diese Krankheit nicht zu kodieren.

(†)

(*)

BESONDERHEITEN BEI DER KODIERUNG DES DIABETES

Bei der Diabetes-Kodierung müssen einige Besonderheiten berücksichtigt werden. Zuerst muss der medizinisch vorliegende Diabetestyp festgelegt werden.

Dann wird geprüft, ob der Diabetes bzw. eine Folgeerkrankung des Diabetes den Grund der stationären Aufnahme darstellt (Diabetes bzw. eine Folgeerkrankung ist **Hauptdiagnose**) oder ob der Diabetes mellitus der **Nebendiagnosedefinition** entspricht. Diese Unterscheidung ist bei der Kodierung häufig zu berücksichtigen.

Folgeerkrankungen des Diabetes werden an vierter Stelle der Schlüsselkategorie des Diabetes spezifisch kodiert, wenn sie die Hauptdiagnose darstellen.

Beim Diabetes muss (anders als sonst in den Kodierrichtlinien üblich) das **Vorhandensein** von Folgeerkrankungen von der **Behandlungsrelevanz** im Sinne der Nebendiagnosedefinition abgegrenzt

werden. Sowohl das **Vorhandensein**, als auch die **Behandlungsrelevanz** gemäß Nebendiagnosedefinition wird verschlüsselt.

Diabetes mellitus nach medizinischen Maßnahmen wird regelhaft verschlüsselt (siehe Beispiel 8). Bei Vorliegen eines Diabetes mellitus nach medizinischen Maßnahmen ist ein Code aus

E13.- Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus, z. B. pankreopriver Diabetes, Steroid-Diabetes, etc.

gefolgt von dem Code

E89.1 Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen

zu verschlüsseln.

Im Folgenden werden diese Besonderheiten in einzelnen Schritten übersichtlich in Flussdiagrammen dargestellt und anhand von Fallbeispielen gezeigt.

Komplikationen dokumentieren!

E13.-

E89.1

Besonderheit ab 2023:
Die Schlüssel U69.70! bis U69.72! bei Vorliegen einer Hypoglykämie oder einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung können verwendet werden. Vgl. dazu auch Seite 6 und Beispiel 10.

KODIERABLAUF SCHRITT FÜR SCHRITT

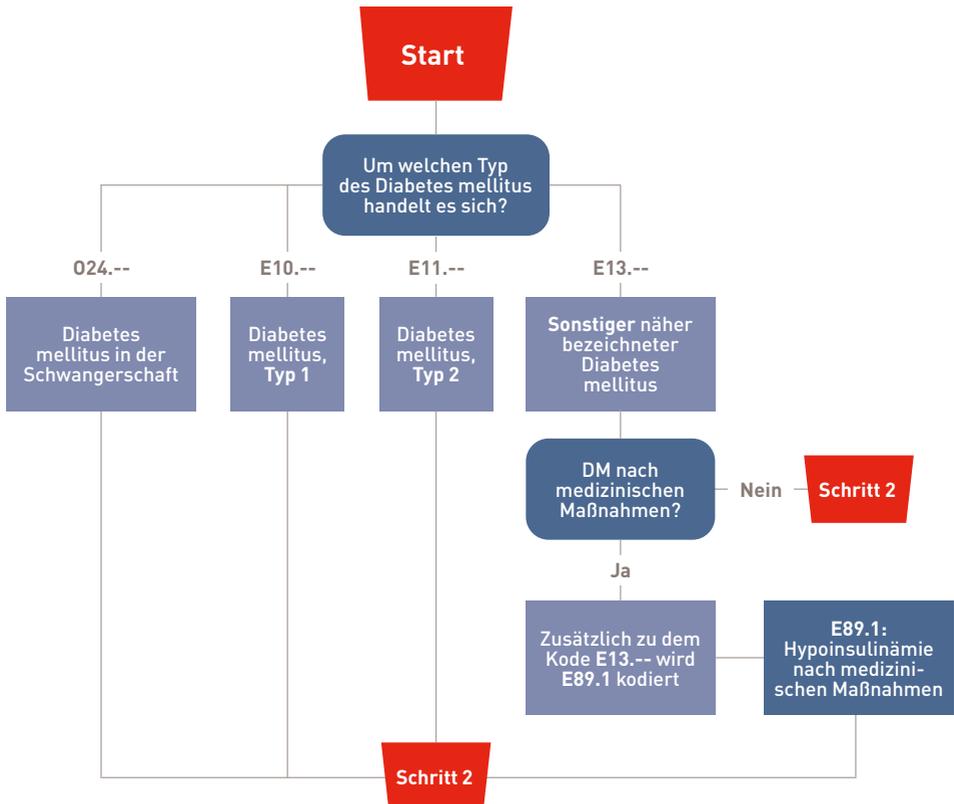
1.

ERSTER SCHRITT:

Festlegen der 1. bis 3. Kodestelle des Diabetes mellitus

Es ist zu klären, um welchen Typ des Diabetes mellitus es sich in diesem Fall handelt.

- E10.--** Diabetes mellitus, Typ 1
- E11.--** Diabetes mellitus, Typ 2
- E13.--** Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus



2.

ZWEITER SCHRITT:

Festlegen der 4. Kodestelle und der ggf. erforderlichen Sekundärkodes (Manifestationen)

2A)

Zunächst ist zu entscheiden, ob der Grund der stationären Aufnahme der Diabetes mellitus ist oder ob eine Folgeerkrankung die Aufnahme veranlasst hat.

Wenn die Behandlung einer Folgeerkrankung des Diabetes mellitus im Vordergrund steht, ist sie die Hauptdiagnose. Dann wird an vierter Stelle die zutreffende Stelle spezifisch verschlüsselt:

- .1** mit Ketoazidose
- .2** mit Nierenkomplikationen
- .3** mit Augenkomplikationen
- .4** mit neurologischen Komplikationen
- .5** mit peripheren vaskulären Komplikationen
- .6** mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
- .7** mit multiplen Komplikationen
- .8** mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
- .9** ohne Komplikationen

Erfüllen darüber hinaus weitere Folgeerkrankungen die Nebendiagnosendefinition (siehe dazu S. 10), dann (und nur dann) werden diese unter Angabe des spezifischen Manifestationskodes ebenfalls verschlüsselt. Auf diese Weise werden alle behandlungsrelevanten Folgeerkrankungen des Diabetes erfasst.

Folgende Kodes sind bei Diabetikern nicht als Hauptdiagnose zu verschlüsseln (Spezielle Kodierrichtlinie 0401):

- E16.0** Arzneimittelinduzierte Hypoglykämie ohne Koma
- E16.1** Sonstige Hypoglykämie
- E16.2** Hypoglykämie, nicht näher bezeichnet
- E16.8** Sonstige näher bezeichnete Störungen der inneren Sekretion des Pankreas
- E16.9** Störung der inneren Sekretion des Pankreas, nicht näher bezeichnet

2B)

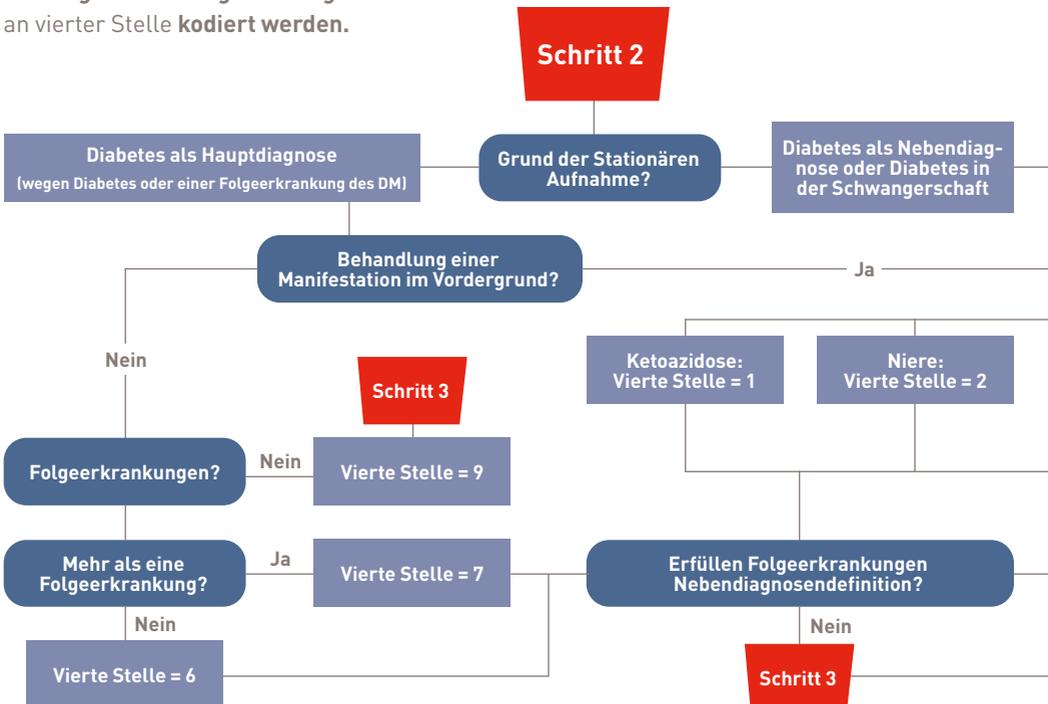
Ist der Diabetes an sich der Anlass der stationären Aufnahme (Hauptdiagnose), ist zu entscheiden, ob Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus vorhanden sind.

Liegt **eine Folgeerkrankung** vor, wird an vierter Stelle **.6** kodiert, beim Vorliegen von **mehr als einer Folgeerkrankung** wird an vierter Stelle **.7** kodiert.

Es ist wichtig zu beachten, dass bei Vorliegen von **Folgeerkrankungen** diese **grundsätzlich** an vierter Stelle **kodiert werden**.

Erst im nächsten Schritt wird die Behandlungsrelevanz der vorhandenen Folgeerkrankung(en) geprüft!

Wenn die Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus nicht nur vorliegen, sondern auch der Nebendiagnosedefinition entsprechen, werden diese Nebendiagnosen (ggf. im Kreuz-Stern-System) verschlüsselt.



2.

2C)

Der Diabetes mellitus ist Nebendiagnose. Eine andere Krankheit ist der Grund der stationären Aufnahme.

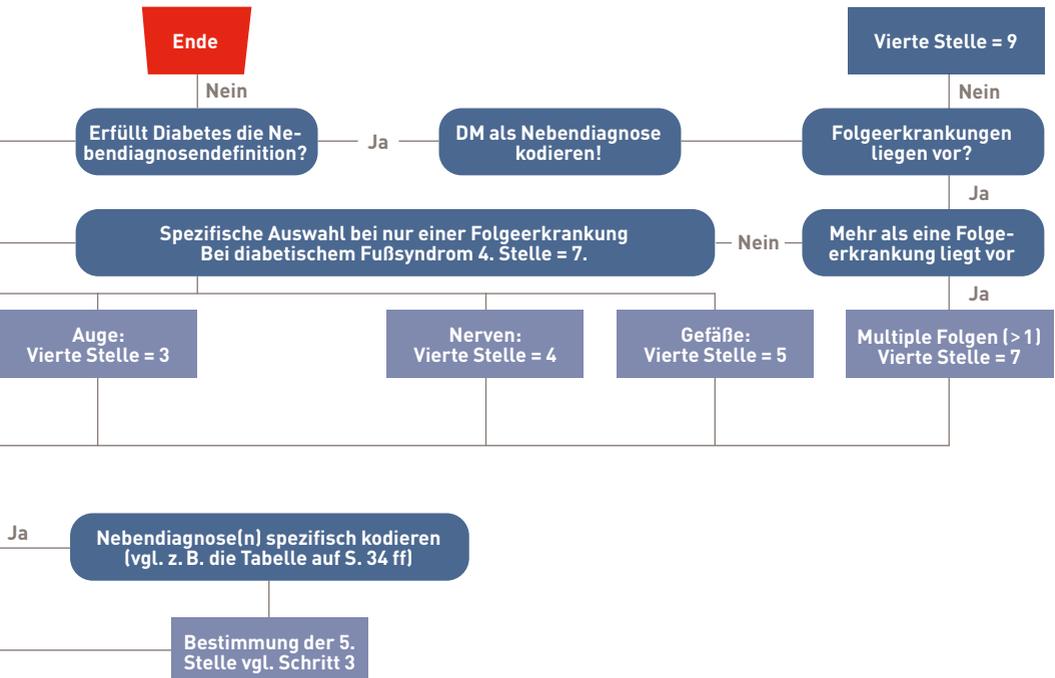
Erfüllt der Diabetes mellitus die Nebendiagnosendefinition, dann ist er zu kodieren.

Liegt **eine Folgeerkrankung** des Diabetes vor, ist bei einem Kode aus **E10 bis E14** die vierte Stelle entsprechend der Manifestation

spezifisch zu verschlüsseln (auch, wenn sie nicht behandelt wird).

Liegt **mehr als eine Folgeerkrankung** des Diabetes vor, dann ist die vierte Stelle stets mit **.7** zu kodieren.

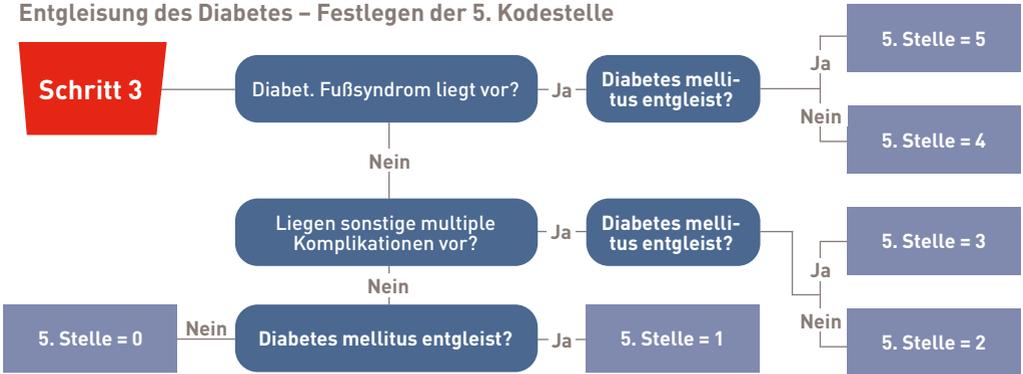
Außerdem sind die Manifestation(en) zu kodieren, sofern diese die Nebendiagnosendefinition erfüllen und zwar mit einem spezifischen Kode (vgl. z. B. die Tabelle S. 34 ff).



3.

DRITTER SCHRITT:

Entgleisung des Diabetes – Festlegen der 5. Kodestelle



Die 5. Stelle lautet:

- 0** für nicht als entgleist bezeichneten Diabetes mellitus
- 1** für als entgleist bezeichneten Diabetes mellitus
- 2** für Diabetes mellitus mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
- 3** für Diabetes mellitus mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
- 4** für Diabetes mellitus mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
- 5** für Diabetes mellitus mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet

Die fünften Stellen **0** und **1** sind mit den vierten Stellen **2–6** sowie **8** und **9** zu benutzen. Die fünften Stellen **2–5** gelten

ausschließlich für die vierte Stelle **7**.

Dabei ist zu beachten, dass nicht alle Kombinationen der jeweiligen 4-stelligen Codes mit den 5. Stellen medizinisch sinnvoll sind.

Deutsche Kodierrichtlinien

Zum Thema entgleister Diabetes mellitus findet sich in den Kodierrichtlinien folgender Hinweis (der zu berücksichtigen ist):

Weder bei Diabetes mellitus Typ 1 noch bei Diabetes mellitus Typ 2 ist der Blutzuckerspiegel zum Zeitpunkt der Aufnahme als Kontrollindikator für die Diagnose „entgleister Diabetes mellitus“ zu nehmen. Die Einstufung als „entgleist“ oder „nicht entgleist“ wird generell in Kenntnis des gesamten Behandlungsverlaufs vorgenommen (retrospektiv). Der Begriff „entgleist“ bezieht sich dabei auf die Stoffwechsellage.

Hinweis: Bei der Hypoglykämie oder Hypoglykämiewahrnehmungsstörungen sind seit 2023 Codes aus der Kategorie U69.7-! zu verwenden, sofern diese zutreffend sind! Vgl. auch Beispiel 10 und Beispiel 4!

Kodierempfehlung SEG-4

Da es keine allgemeingültige Definition des entgleisten Diabetes gibt, hat die SEG 4 in ihrer Kodierempfehlung Nr. 9 folgende Kriterien empfohlen:

<https://seg4-kodierempfehlungen.mds-extranet.de/detail.php?recordnr=9> (Stand 01.01.2023)

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 HbA_{1c} (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

Kodierempfehlung FoKA

Der Fachausschuss für ordentliche Kodierung und Abrechnung (FoKA) der DGfM hat im Jahr 2016 diese Empfehlung wie folgt ergänzt:

Die fünf aufgeführten Kriterien sind durch zwei weitere Kriterien wie folgt zu ergänzen:

- Notwendigkeit und Durchführung einer Hypoglykämiebehandlung mit parenteraler Glukosegabe
 - Parenterale Therapie mittels mehrfacher Bolusapplikation oder durch kontinuierlicher Insulingabe
- <https://foka.medizincontroller.de/index.php/KDE-9>

Fachgesellschaften – Medizinische Kriterien des entgleisten Diabetes

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft erarbeitet z. Zt. neue medizinische Kriterien zur Klassifizierung eines entgleisten Diabetes mellitus.

WEITERE BESONDERHEITEN DER KODIERUNG DES DIABETES AUS DEN DEUTSCHEN KODIERRICHTLINIEN

DIABETES MELLITUS DURCH FEHL- ODER MANGELERNÄHRUNG

Diabetes mellitus durch Mangelernährung kommt überwiegend bei Patienten aus Entwicklungsländern vor. Er tritt mit oder ohne offensichtliche Merkmale einer Pankreas-erkrankung auf und ist im Wesentlichen eine klinische Diagnose. Ein Diabetes mellitus im Rahmen eines metabolischen Syndroms ist hierunter nicht zu verschlüsseln.

INSULINÜBERDOSIERUNG

Bei einer Insulinüberdosierung ist zuerst ein Kode aus **E10 bis E14**, an vierter Stelle **.6** (Diabetes mellitus mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen) anzugeben, und der Kode für die Vergiftung **T38.3** (Vergiftung durch Insulin und orale blut-zuckersenkende Arzneimittel) als Neben-diagnose zu kodieren (vgl. Beispiel 10).

AKUTE METABOLISCHE KOMPLIKATIONEN

Ein Diabetes mellitus mit (Keto-)Azidose ist mit **E10 bis E14**, an vierter Stelle **.1** (Diabetes mellitus mit Ketoazidose) zu verschlüsseln.

In wenigen Fällen diabetischer Azidose können Ketoazidose und Laktatazidose bei dem gleichen Patienten auftreten. In diesen Fällen ist zu kodieren:

E10 bis E14, an vierter Stelle **.7** (Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen)

DIABETISCHES FUSSSYNDROM (SIEHE BEISPIEL 7)

Die Diagnose „Diabetischer Fuß“ wird kodiert mit **E10 bis E14**, an vierter und fünfter Stelle

.74 Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet

oder

.75 Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet

DIABETES IN DER SCHWANGER- SCHAFT (DKR 1510P):

Um einen Diabetes mellitus in der Schwangerschaft zu kodieren, stehen die Codes aus O24.– Diabetes mellitus in der Schwangerschaft zur Verfügung. Diese werden zusammen mit Codes aus **E10 bis E14** zur Bezeichnung des jeweils vorliegenden Diabetes mellitus sowie zur Abbildung vorliegender Komplikationen angegeben. Liegen Komplikationen (Manifestationen) vor, ist bei einem Kode aus **E10 bis E14** die vierte Stelle entsprechend der Manifestation/en zu verschlüsseln. Außerdem sind die Codes für die spezifischen Manifestationen anzugeben, sofern diese der Nebendiagnosendefinition entsprechen.

FALLBEISPIELE

FÜR ALLE BEISPIELE VERWENDET: ANGENOMMENER BUNDESBASISFALLWERT VON 4.000,00 €

Für alle Beispiele gilt:

Für das DRG-Entgelt wird ein Basisfallwert für 2023 von 4.000,00 € verwendet, für das Pflegeentgelt die mittlere Verweildauer und der Pflegetagesatz von 200,00 € (Pflegetagesatz aus 2023). Wir weisen darauf hin, dass die Erlöse des einzelnen Krankenhauses abhängig vom jeweils gültigen Landesbasisfallwert, der individuellen VWD des Patienten und dem sich aus den Budgetverhandlungen ergebenden Pflegetagesatzes von der dargestellten Zahl abweichen werden; eine individuelle Berechnung wird angeraten.

BEISPIEL 1:

Entgleister Diabetes, eine Manifestation ohne Behandlungsrelevanz.

Der Hausarzt einer 72-jährigen Patientin mit Diabetes mellitus Typ 2 veranlasst die stationäre Behandlung wegen der schweren hyperglykämien Entgleisung der Stoffwechsellage. Die Patientin leidet an einem bekannten Glaukom, eine Therapie ist aktuell nicht erforderlich. (Verweildauer 7 Tage)

Hauptdiagnose: **E11.61** Diabetes mellitus Typ 2 mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet

Nebendiagnose(n): keine

DRG: K60F Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose

DRG-Entgelt: 2.128,00 €

Relativgewicht: 0,532

OGVD: 11 Tage **UGVD:** 2 Tage **MVD:** 6 Tage

Pflege-BWR/Tag: 0,6213 **Pflegeerlös:** 869,82 €

Gesamterlös: 2.997,82 €

Kommentar:

Das Beispiel zeigt, dass eine Komplikation des Diabetes mellitus zwar vorliegt (hier das Glaukom), aber nicht behandelt wurde und deshalb nicht kodiert wird, weil sie die Nebendiagnosendefinition nicht erfüllt.

BEISPIEL 2:**Entgleister Diabetes mellitus, eine Manifestation mit Behandlungsrelevanz.**

Gleicher Fall wie bei Beispiel 1 genannt, aber die Patientin ist stark übergewichtig und durch die starke Beeinträchtigung ihres Sehvermögens nicht selbstständig in der Lage, die Augentropfen einzubringen und benötigt deshalb Hilfe vom Pflegepersonal. (Verweildauer 7 Tage)

Hauptdiagnose: **E11.61** Diabetes mellitus Typ 2 mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet

Nebendiagnose(n): **H42.0*** Glaukom, bei endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

E66.06 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter, Body-Mass-Index [BMI] von 40 bis unter 50

DRG: K60F Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose

DRG-Entgelt: 2.128,00 €

Relativgewicht: 0,532

OGVD: 11 Tage **UGVD:** 2 Tage **MVD:** 6 Tage

Pflege-BWR/Tag: 0,6213 **Pflegeerlös:** 869,82 €

Gesamterlös: 2.997,82 €

Kommentar:

In diesem Fall wird die Glaukomerkrankung in der Nebendiagnose kodiert, weil sie einen Behandlungsaufwand zur Folge hat. Ein augenärztliches Konsil, falls die Möglichkeit zur Verfügung steht, kann den Behandlungsaufwand noch untermauern. Allerdings sollte die Maßnahme auch medizinisch sinnvoll sein.

Hinweis:

Im Jahr 2017 wurde der Kode E11.90 „Diabetes mellitus, Typ 2 | Ohne Komplikationen | Nicht als entgleist bezeichnet“ global aus der CC-Matrix gestrichen.

Adipositas stellt eine häufige Komorbidität beim Diabetes mellitus dar und sollte daher wahrgenommen und kodiert werden. Adäquate Maßnahmen gemäß der Nebendiagnosedefinition der DKR sind z. B. tägliche Gewichtskontrollen, Reduktionskost, Diätberatung und erhöhter pflegerischer Aufwand. Die Kodierung erfolgt mit den Codes der Kategorie E66.-. Bei einem BMI ab 40 ist der Schlüssel in Verbindung mit dem Diabetes vergütungsrelevant (im Beispiel ccl = 1). Die Dokumentation der Begleiterkrankungen ist auch für die gezielte Verordnung und Folgeverordnung (z. B. im ambulanten Bereich) wichtig!

BEISPIEL 3:

Entgleister Diabetes mellitus mit multiplen Manifestationen, behandlungsrelevant.

Eine 60-jährige Patientin kommt zur Neueinstellung bei Diabetes mellitus Typ 2 in stationäre Behandlung. Die Blutzuckerwerte waren in den letzten Wochen immer stark erhöht. Die Patientin hat multiple Komplikationen des Diabetes mellitus, die alle behandelt werden. (Verweildauer 9 Tage)

- Hauptdiagnose:** **E11.73†** Diabetes mellitus Typ 2 mit multiplen Komplikationen, mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
- Nebendiagnose(n):** **H42.0*** Glaukom, bei endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- G63.2*** Diabetische Neuropathie

DRG K60E Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag

DRG-Entgelt: 3.072,00 € **Relativgewicht:** 0,768
OGVD: 15 Tage **UGVD:** 3 Tage **MVD:** 8,2 Tage
Pflege-BWR/Tag: 0,6253 **Pflegeerlös:** 1.125,54 €
Gesamterlös: 4.197,54 €
Differenz zu Beispiel 1 und 2 (DRG): **2.039,19 €**
€ Differenz Pflegeerlös: **255,72 €**

Die Behandlung der **multiplen** Komplikationen wirkt sich also im Vergleich zu **einer** Komplikation ökonomisch in **einer** höheren Vergütung aus.

Ebenfalls wird für die Dokumentation als Grundlage der Kodierung deutlich, dass möglichst alle Komplikationen des Diabetes mellitus während der Erstanamnese erhoben und dokumentiert werden. Es empfiehlt sich, entsprechende Vorbefunde beim Hausarzt oder möglichst bei einem behandelnden Diabetologen anzufordern und der Patientenakte beizufügen. Gleiches gilt für Befunde weiterer Fachärzte, welche im Rahmen der Behandlung eventuell vorliegender Folgen des Diabetes eingebunden sind. Somit ist ein Nachweis für das Vorliegen der Komplikationen auch für nachfolgenden Behandlungsfälle gegeben. Ein regelmäßiges Abfragen eventueller neu auftretender Beschwerden, welche auf zusätzliche Komplikationen hindeuten, ist in regelmäßigen Abständen anzuraten.

Kommentar:

Der Kode E11.73 gilt hier als Ätiologiekode und ist daher mit einem † zu kennzeichnen. Dieser Ätiologiekode gilt für alle folgenden Stern-Kodes (Komplikationen) bis zum Auftreten eines neuen Kreuz-Kodes oder eines Kodes ohne Kennzeichen.

Seit 2017 gibt es die „Komplexe Diagnose“ als Splittkriterium (DRG K60E und K60F). Dadurch werden multiple Komplikationen, Ketoazidose und diabetisches Koma höher bewertet. Details dazu finden sich im Definitionshandbuch bei der DRG K60, Tabelle K60-V5. Die Anorexie (F50.0 und F50.1) wurde als komplexe Diagnose in 2017 aufgenommen und führt in die DRG K60E.

BEISPIEL 4:**Diabetes mellitus mit multiplen Manifestationen, die zum Teil behandlungsrelevant sind.**

Eine 60-jährige Patientin wird wegen eines Diabetes mellitus Typ 2 zur Neueinstellung stationär aufgenommen. Zusätzlich bestehen Augenkomplikationen in Form einer seit Jahren fortschreitenden diabetischen Katarakt; ein Aufwand im Sinne der Nebendiagnosedefinition besteht nicht. Im Verlauf der Behandlung wird COVID-19 diagnostiziert, radiologisch wird eine COVID-Pneumonie nachgewiesen. Zusätzlich wird die chronische Nierenkrankheit, Stadium 1, sowie die bestehende Herzinsuffizienz mit einem ACE Hemmer behandelt (Verweildauer 9 Tage). Während der Einstellungsphase treten mehrfach milde Hypoglykämien auf.

Hauptdiagnose: **E11.72** Diabetes mellitus Typ 2: Mit multiplen Komplikationen. Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

Nebendiagnose(n): **N08.3** Diabetische Nephropathie
N18.1 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1
U12.8 Pneumonie durch sonstige Viren
U07.1! COVID-19, Virus nachgewiesen
I50.14 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe
U69.71 Milde Hypoglykämie, als rezidivierend bezeichnet

DRG: K60E Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag

DRG-Entgelt: 3.072,00 €

Relativgewicht: 0,768

OGVD: 15 Tage **UGVD:** 3 Tage **MVD:** 8,2 Tage

Pflege-BWR/Tag: 0,6253 **Pflegeerlös:** 1.125,54 €

Gesamterlös: 4.197,54 €

In dem Beispiel führt die Kodierung von **U07.1! über die Steigerung des PCCL** zusammen mit der Diagnose I50.14 aus der DRG K60F in die DRG K60E. Der Code J12.8 Pneumonie durch sonstige Viren ist nicht vergütungsrelevant. Der Hypoglykämie-Kode (U69.71!) ist im Beispiel nicht vergütungsrelevant (weitere Details vgl. Beispiel 10).

Für die Kodierung von Fällen in Zusammenhang mit COVID-19 stellt das DIMDI in den Kodierfragen eine empfehlenswerte Anleitung zur Verfügung. (vgl. unter <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/kodierfrage/gm-1018/>)

BEISPIEL 5:

Nicht entgleister Diabetes mit einer Manifestation, nicht behandlungsrelevant. (Diabetes ist Nebendiagnose, es liegt eine Komplikation vor).

Eine 60-jährige Patientin wird wegen einer geschlossenen Humeruskopffraktur ohne Weichteilschaden stationär zur konservativen Therapie aufgenommen. Im Verlauf tritt eine hypostatische Pneumonie auf, die medikamentös behandelt wird. Zudem besteht ein Diabetes mellitus Typ 1, der diätetisch und medikamentös behandelt wird. Als einzige Komplikation liegt eine diabetische Nephropathie vor, die keinen Behandlungsaufwand zur Folge hat. (Verweildauer 10 Tage)

Hauptdiagnose: **S42.21** Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf

Nebendiagnose(n): **E10.20** Diabetes mellitus Typ 1 mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

J18.2 Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet

DRG: I75A Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC.

DRG-Entgelt: 3.792,00 €

Relativgewicht: 0,948

OGVD: 21 Tage **UGVD:** 3 Tage **MVD:** 9,9 Tage

Pflege-BWR/Tag: 1,0036 **Pflegeerlös:** 2.007,20 €

Gesamterlös: 5.799,20 €

Kommentar:

Die Komplikation Nephropathie liegt vor. Sie hat keine Behandlungsrelevanz, wird aber dennoch bei der Kodierung berücksichtigt (s.Seite 11).

Im Beispiel hat die E10.20 einen CCL Wert von 2, ohne die E10.20 ergibt sich die DRG I75B (RG 0,45, Gesamterlös 3.253 €)

BEISPIEL 6:

Nicht entgleister Diabetes mit multiplen Manifestationen, alle Manifestationen sind nicht behandlungsrelevant.

Ein 65-jähriger Patient mit koronarer Ein-Gefäß-Erkrankung wird stationär aufgenommen zur elektiven Bypass Operation. Es besteht seit Jahren ein Diabetes mellitus Typ 2, eine diabetische Retinopathie und eine diabetische Polyneuropathie sind ebenfalls seit Jahren bekannt, im aktuellen Fall aber nicht von Behandlungsrelevanz. Zwischenzeitlich kommt es zu einer Entgleisung des Diabetes. Bei dem Patienten liegen weitere Erkrankungen vor, die entsprechend als Nebendiagnosen kodiert werden. (Verweildauer 13 Tage)

Hauptdiagnose:	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit
Nebendiagnose(n):	J15.2	Pneumonie durch Staphylokokken
	I50.13	Linksherzinsuffizienz: NYHA III
	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien
	B37.0	Candida-Stomatitis
	R47.0	Dysphasie und Aphasie
	L89.15	Dekubitus 2. Grades: Sitzbein
	E11.73	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
Prozedur(en):	5-361.03	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien

DRG: F06D Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC oder Implantation eines herzunterstützenden Systems

DRG-Entgelt: 18.308,00 €
Relativgewicht: 4,577
OGVD: 23 Tage **UGVD:** 4 Tage **MVD:** 13,4 Tage
Pflege-BWR/Tag: 1,5608 **Pflegeerlös:** 4.058,08 €
Gesamterlös: 22.366,08 €

Hinweis:

Ohne die Kodierung der (hier ja nur vorliegenden) multiplen Komplikationen E11.73 im Beispiel fällt die DRG nach unten in die F06E (RG: 3,594) und der Gesamterlös reduziert sich um ca. 4.562€. Werden im Beispiel die Retinopathie und die Polyneuropathie behandelt, dann sind die Kodes G63.2* Diabetische Polyneuropathie und H36.0* Retinopathia diabetica zusätzlich zur E11.73 zu kodieren, die Vergütung ändert sich dadurch nicht.

BEISPIEL 7:

Entgleister Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom.

Ein 60-jähriger Patient mit entgleistem Diabetes mellitus Typ 2 wird zur Behandlung eines Diabetischen Fußsyndroms, mit gemischtem Ulkus der Zehe (bei Angiopathie und Neuropathie) und Erysipel am Unterschenkel stationär aufgenommen. (Verweildauer 9 Tage)

Hauptdiagnose: **E11.75†** Diabetes mellitus Typ 2 mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet

Nebendiagnose(n): **G63.2*** Diabetische Polyneuropathie
I79.2* Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

I70.24 Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration

A46 Erysipel (Wundrose)

DRG K60E Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag

DRG-Entgelt: 3.072,00 €

Relativgewicht: 0,768

OGVD: 15 Tage **UGVD:** 3 Tage **MVD:** 8,2 Tage

Die DRG K60E wird in diesem Beispiel über die Hauptdiagnose E11.75 ausgelöst und zwar durch die multiplen Komplikationen.

Pflege-BWR/Tag: 0,6253 **Pflegeerlös:** 1.125,54 €

Gesamterlös: 4.197,54 €

Kommentar:

Der Kode Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration (Stad. IV nach Fontaine) ist hier nicht als Hauptdiagnose anzugeben. Sofern ein Erregernachweis aus den Ulzera durchgeführt wurde, muss dieser ebenfalls kodiert werden (obligat zu kodierende Diagnose).

Diese DRG wird seit 2017 nicht nur über die Nebendiagnosen angesteuert, sondern auch über eine sog. komplexe Diagnose (vgl. den Kommentar zu Beispiel 3).

BEISPIEL 8:**Diabetes mellitus nach medizinischen Maßnahmen.**

Eine 60-jährige Patientin wird wegen einer schweren Entgleisung der Stoffwechsellage für 7 Tage stationär aufgenommen. Die Blutzuckerwerte waren in den letzten 6 Wochen stark erhöht. Sie fühlte sich in letzter Zeit ständig müde und schlapp. Vor etwa einem Jahr wurde bei der Patientin eine Pankreas-teilresektion durchgeführt.

Hauptdiagnose: **E13.91** Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus. Ohne Komplikationen. Als entgleist bezeichnet

Nebendiagnose(n): **E89.1** Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen

DRG K60F Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose

DRG-Entgelt: 2.128,00 €

Relativgewicht: 0,532

OGVD: 11 Tage **UGVD:** 2 Tage **MVD:** 6,0 Tage

Pflege-BWR/Tag: 0,6213 **Pflegeerlös:** 869,82 €

Gesamterlös: 2.997,82 €

Hinweis: In diesem Beispiel wurde keine komplexe Diagnose kodiert

Hinweis:

Bei Patienten mit Diabetes besteht im Rahmen der Multimorbidität häufig eine erhöhte Pflegebedürftigkeit. Bei der Patientin im Beispiel oben ist ein Pflegegrad 3 bekannt. Die Pflegegrade sind nach den Vorgaben des OPS in der Schlüsselkategorie 9-984.- abzubilden.

Im Beispiel führt die Dokumentation des Pflegegrades 9-984.8 Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 zur Abrechenbarkeit des Zusatzentgeltes ZE163 (66,56 €)

Im Rahmen der Ausgliederung der Pflegekosten wurden ab dem Jahr 2020 die Zusatzentgelte (ZE 162 u. ZE 163) deutlich im Preis abgesenkt in 2023 hat sich das ZE163 im Vergleich zum Vorjahr allerdings fast verdoppelt.

Die DRG-abhängigen Zusatzentgelte (ZE162 und ZE163) können für Pflegebedürftigkeit von Patienten mit Pflegegrad 3 und höher sowie einer Verweildauer von mindestens fünf Tagen abgerechnet werden. Dies gilt auch für die Diabetes DRG's (K60).

BEISPIEL 9:

Nicht entgleister Diabetes mellitus, mit/ohne multiple Komplikationen, nicht behandlungsrelevant (Diabetes ist Nebendiagnose).

Eine 70-jährige pflegebedürftige Patientin wird zur stationären Behandlung eines Ulcus ventriculi aufgenommen. Seit vielen Jahren besteht ein Diabetes mellitus Typ 2 mit einer diabetischen Retinopathie und einer diabetischen Neuropathie. Aktuell besteht keine Behandlungsnotwendigkeit der Retinopathie und der Neuropathie. Zusätzlich ist eine chronische Herzinsuffizienz (NYHA-IV) bekannt, welche medikamentös behandelt wird. (Verweildauer 3 Tage)

Hauptdiagnose: **K25.3** Ulcus ventriculi, ohne Blutung oder Perforation
Nebendiagnose(n): **I50.14** Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe, „NYHA-Stadium IV“

DRG G67C Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC

DRG-Entgelt: 1.556,00 € **Relativgewicht:** 0,389
OGVD: 7 Tage **UGVD:** 2 Tage **MVD:** 3,4 Tage
Pflege-BWR/Tag: 0,7608 **Pflegeerlös:** 456,48 €
Gesamterlös: 2.012,48 €

+ Nebendiagnose **E11.72** Diabetes mellitus Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

DRG G67B Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC
DRG-Entgelt: 1.752,00 € **Relativgewicht:** 0,438
OGVD: 8 Tage **UGVD:** 2 Tage **MVD:** 4,1 Tage
Pflegeerlös: 478,26 € **Gesamterlös:** 2.230,26 €
Erlösunterschied: +196 €
Differenz Pflegeerlös: +21,78 €

Kommentar:
Wird in dem ersten Beispiel der Kode **E11.72 Diabetes mellitus Typ 2: Mit multiplen Komplikationen nicht verwendet**, wird die **DRG G67C** angesteuert und das **Relativgewicht fällt auf 0,389**. In diesem Beispiel wird eine **Erlösdifferenz durch die ausschließlich vorliegenden, aber nicht behandelten multiplen Komplikationen des Diabetes erreicht**. *Vergleiche dazu auch die Hinweise zur Dokumentation in Beispiel 3 (S. 21).*

BEISPIEL 10:**Insulinüberdosierung / Insulinvergiftung (vgl. die DKR 1916k Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen).**

Eine 40-jährige Patientin wird mit einer akuten Hypoglykämie in zunächst komatösem Zustand vom Notarzt zur stationären Aufnahme gebracht, nachdem sie sich durch einen Einstellfehler an ihrem Insulin-Pen eine zu hohe Insulindosis verabreicht hatte. (Verweildauer 7 Tage)

Hauptdiagnose: **E10.61** Diabetes mellitus Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet

Nebendiagnose(n): **T38.3** Vergiftung durch Insulin und orale blutzuckersenkende Arzneimittel (Antidiabetika)
U69.73! Hypoglykämisches Koma bei Diabetes mellitus

DRG K60F Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose

DRG-Entgelt: 2.128,00 €

Relativgewicht: 0,532

OGVD: 11 Tage **UGVD:** 2 Tag **MVD:** 6,0 Tage

Pflege-BWR/Tag: 0,6213 **Pflegeerlös:** 869,82 €

Gesamterlös: 2.997,82 €

Kommentar:

Das Beispiel könnte auch lauten: Die Patientin hat sich ihre übliche Insulindosis verabreicht, durch einen Fehler bei der Abschätzung der Proteinhaltigkeiten des Frühstücks hat sie zu wenig Kohlenhydrate aufgenommen, was zu einer Hypoglykämie geführt hat. Die Verschlüsselung wäre in diesem Fall genauso, wie im Beispiel 10 dargestellt. Neu in 2023 sind die „Hypoglykämieschlüssel“ in der Kategorie U69.- (siehe Auflistung „Wichtige Diagnosen“ ab S. 34). Eine Vergütungsrelevanz dieser Schlüssel ist in 2023 nicht gegeben. Die Schlüssel wurden in die Tabelle 2 der DKR D012 aufgenommen und sind daher obligat zu kodieren! Sie sind nur anzuwenden, bei Personen ab dem 13. Lebensjahr und älter. Lesen Sie unbedingt die Hinweise zu den Schlüsseln, dort werden die Begriffe Fremdhilfe und rezidivierende Hypoglykämien definiert!

BEISPIEL 11:

Entgleister Diabetes mit multiplen Komplikationen (Laktazidose u. Ketoazidose)

Eine 74-jährige Patientin wird mit seit einigen Tagen zunehmender Verschlechterung des Allgemeinzustandes zeitlich und örtlich desorientiert in somnolentem Zustand stationär aufgenommen. Die Patientin lebt allein und hat in den letzten Tagen ihre Insulinmedikation wegen Inappetenz und Erbrechen nicht eingehalten. Laborchemisch finden sich eine Laktazidose und eine Ketoazidose. Radiologisch zeigen sich eine Bronchopneumonie, die durch Aspiration verursacht wurde, sowie eine erhebliche Lungenstauung im Sinne einer Linksherzinsuffizienz (NYHA IV). (Verweildauer 13 Tage)

Hauptdiagnose:	E11.73	Diabetes mellitus Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
Nebendiagnose(n):	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe, „NYHA-Stadium IV“
	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes
	J05.1	Akute Epiglottitis
Prozedur(en):	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes

DRG 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.

DRG-Entgelt: 5.412,00 €

Relativgewicht: 1,353

OGVD: 25 Tage **UGVD:** 4 Tage **MVD:** 12,9 Tage

Pflege-BWR/Tag: 1,0659 **Pflegerlös:** 2.771,34 €

Gesamterlös: 8.183,34 €

Kommentar:

In dem Beispiel sind die Nebendiagnosen von Vergütungsrelevanz; wird der PCCL von 4 nicht erreicht, dann bildet sich der Fall in der DRG K60E ab und das DRG-Relativgewicht fällt auf 0,768. Dementsprechend ist auf die vollständige Dokumentation der angegebenen Diagnosen als Nachweis zu achten, hier beispielsweise die korrekte Benennung des NYHA-Stadiums.

DIE DIABETES MELLITUS DRGs

MIT DEN TYPISCHEN KENNDATEN

DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewer-tungs-relation	Mittlere Verweil-dauer	Untere Grenzverweil-dauer		Obere Grenzverweil-dauer		Pflege-erlös Bewer-tungs-relation/Tag
					Erster Tag mit Abschlag	Bewer-tungs-relation / Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewer-tungs-relation/Tag	
C63Z	M	Andere Erkrankungen des Auges oder Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus	0,431	4,0	1	0,236	9	0,074	0,7543
F27A	O	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit äußerst schweren CC oder Gefäßeingriff oder bestimmter Amputation oder komplexer Arthrose des Fußes oder komplexem Hauteingriff	2,381	20,5	6	0,225	38	0,055	0,7612
F27B	O	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, ohne komplexe Arthrose des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, mit mäßig komplexem Eingriff	1,373	13,2	3	0,253	26	0,055	0,6588
F27C	O	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, ohne komplexe Arthrose des Fußes, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem aufwendigen Eingriff	1,187	11,3	3	0,229	22	0,057	0,7018
I20E	O	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre	0,803	3,1	1	0,207	7	0,060	0,8048
K60A	M	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	1,782	12,7	3	0,435	22	0,096	1,6878
K60B	M	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	1,163	9,5	2	0,381	15	0,117	1,2617
K60C	M	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	1,353	12,9	3	0,324	26	0,070	1,0659
K60D	M	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	0,452	4,6	1	0,261	11	0,073	1,4269
K60E	M	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	0,768	8,2	2	0,250	16	0,060	0,6253
K60F	M	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose	0,532	6,0	1	0,360	12	0,059	0,6213

WICHTIGE OPS-SCHLÜSSEL IM ZUSAMMENHANG MIT DIABETES

5-896 Chirurgische Wundtoilette (Wunddebridement) mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

Bitte zu diesem Schlüssel unbedingt die Hinweise im OPS beachten. Ein Wunddebridement ist ein chirurgisches oder ultraschallbasiertes Vorgehen zur Entfernung von geschädigtem, infiziertem, minderdurchblutetem oder nekrotischem Gewebe der Haut und Unterhaut bis zum Bereich des vitalen Gewebes. In der Regel ist eine Allgemein- oder Regionalanästhesie oder eine lokale Infiltrationsanästhesie erforderlich und es muss sich im Sinne der Hinweise des OPS um eine Wunde handeln.

Das Wunddebridement, auf Muskel, Sehne oder Faszie beschränkt, ist mit dem OPS **5-850**, das schichtenübergreifende Wunddebridement **5-869.1** zu kodieren.

Sofern keine Wunde vorliegt, ist ein Kode aus dem Bereich **5-894** lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bzw. aus dem Bereich **5-895** radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut anzuwenden (auch bei diesen Kodes sind die Hinweise im OPS zu beachten).

Die Kodes aus der Kategorie **8-192** Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde sind jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben.

Kommentar:

Die Kodes aus den Kategorien 5-896, 5-850, 5-869 sind oft vergütungsrelevant und sind im Rahmen diabetesassoziierter Wunden häufig zu erbringen. Dokumentarisch ist hier zu beachten, dass aus dem zugehörigen OP-Bericht die durchgeführte Maßnahme und die behandelte Wunde (eventuell mit Fotodokumentation) eindeutig hervor gehen und keine Zweifel aufkommen können.

WICHTIGE OPS-SCHLÜSSEL IM ZUSAMMENHANG MIT DIABETES

8-984 Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus

Im Jahr 2021 wurden die Komplexbehandlungs-Kodes überarbeitet. Es wurde in den bisher unter „Mindestmerkmalen“ angegebenen Kriterien eine Einteilung in **Strukturmerkmale** und patientenbezogene **Mindestmerkmale** durchgeführt. Die Strukturmerkmale werden in den sog. Strukturprüfungen vom Medizinischen Dienst geprüft. Die Patientenbezogenen Mindestmerkmale werden in den Einzelfallprüfungen geprüft.

Strukturmerkmale:

- Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder einen Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin und „Diabetologe DDG“
- Vorhandensein von differenzierten Behandlungsprogrammen, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Insulinpumpentherapie, Bluthochdruck, Adipositas, Dyslipidämie, Nephropathie und schweren Hypoglykämien. Bei der alleinigen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (z.B. in Kinderkliniken) ist das Vorhandensein differenzierter Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, ausreichend

Mindestmerkmale:

- Einsatz von mindestens 3 der folgenden Therapiebereiche: 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

Hinweis: Im Jahr 2023 wurde die DRG verändert, der Text lautet jetzt: Multimodale „Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung“
Es werden auch die Stoffwechselerkrankungen und die Mangelernährung in diese DRG aufgenommen. Es gelten jeweils unterschiedliche Mindest- bzw. Strukturmerkmale für die einzelnen Krankheitsentitäten.

Kode	Bezeichnung
1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)
1-797.0	Komplexe endokrinologische Funktionsuntersuchung: Ohne invasive Katheteruntersuchung
8-020.x	Therapeutische Injektion: Sonstige
8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie
8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
9-401.00	Psychoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-401.30	Psychoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-500.0	Patientenschulung: Basisschulung
9-500.1	Patientenschulung: Grundlegende Patientenschulung
9-500.2	Patientenschulung: Umfassende Patientenschulung

Die Schlüssel der Kategorie 9-500 sind nicht speziell für Diabetiker vorgesehen, sie können themenorientierte Schulungen, z. B. für Antikoagulationstherapie, Eigeninjektion etc. enthalten. (Vgl. hierzu auch die Hinweise im OPS). Gemäß OPS umfasst die Dauer mindestens 2 Stunden (Basisschulung), 5 Tage mit insgesamt mindestens 20 Stunden (Grundlegende Patientenschulung), 6 Tage oder mehr mit durchschnittlich 4 Stunden pro Tag (Umfassende Patientenschulung).

VERSCHLÜSSELUNG DES DIABETES E10-E14

1. bis 3. Stelle	4. Stelle	5. Stelle
E10 Typ 1 DM	.0 mit Koma	1
oder	.1 mit Ketoazidose	1
E11 Typ 2 DM	.2 mit Nierenkomplikationen	0 oder 1
oder	.3 mit Augenkomplikationen	0 oder 1
E12 DM i. V. m.	.4 mit neurologischen Komplikationen	0 oder 1
Fehl- / Mangelernährung	.5 mit peripheren vask. Komplikationen	0 oder 1
E13 sonstiger n. bez. DM	.6 mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	0 oder 1
oder	.7 mit sonstigen multiplen Komplikationen	2 oder 3
E14 nicht n. bez. DM	.7 mit diabetischem Fußsyndrom	4 oder 5
	.8 mit nicht näher bezeichneten Komplikationen	0 oder 1
	.9 ohne Komplikationen	0 oder 1
		1, 3, 5 = entgleist 0, 2, 4 = nicht entgleist

WICHTIGE DIAGNOSEN IM ZUSAMMENHANG MIT DIABETES MELLITUS

Kode	Diagnosetext	CC Relevanz
Schweregrad einer Hypoglykämie oder Vorliegen einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung. Nur bei Jugendlichen und Erwachsenen (13 Jahre und älter) angeben! Die Hinweise zum Vorliegen von Fremdhilfe und rezidivierenden Hypoglykämien der Kategorie U69.7-! sind zu beachten.		
U69.70!	Milde Hypoglykämie, als nicht rezidivierend bezeichnet Die Person ist nicht auf Fremdhilfe angewiesen, Blutzucker von 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l und weniger.	
U69.71!	Milde Hypoglykämie, als rezidivierend bezeichnet Die Person ist nicht auf Fremdhilfe angewiesen, Blutzucker von 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l und weniger.	
U69.72!	Schwere Hypoglykämie ohne Koma Die Person ist auf Fremdhilfe angewiesen, Blutzucker von 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l und weniger. Schwere Hypoglykämie ohne Koma (rezidivierend) (nicht rezidivierend)	
U69.73!	Hypoglykämisches Koma bei Diabetes mellitus	
U69.74!	Hypoglykämiewahrnehmungsstörung bei Diabetes mellitus	
Nervensystem		
G59.0*	Diabetische Mononeuropathie (E10-E14†, vierte Stelle .4)	
G63.2*	Diabetische Polyneuropathie (E10-E14†, vierte Stelle .4)	
G73.0*	Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten (E10-E14†, vierte Stelle .4)	X
G73.5*	Myopathie bei endokrinen Krankheiten	
G94.30*	Enzephalopathie bei anderenorts klassifizierten endokrinen und Stoffwechselkrankheiten	
G99.00*	Gastroparese bei autonomer Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten (E10-E14†, vierte Stelle .4)	
G99.08*	Sonstige autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten (E10-E14†, vierte Stelle .4)	
R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe (Symptom bei Hypoglykämie)	X
Auge		
H28.0*	Diabetische Katarakt (E10-E14†, vierte Stelle .3)	
H35.8	Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Netzhaut (Makulaödem)	
H36.0*	Retinopathia diabetica (E10-E14†, vierte Stelle .3)	
H42.0*	Glaukom bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
H54.0	Blindheit u hochgradige Sehbehinderung, binokular	X
H59.0	Keratopathie (bullös-aphak) nach Kataraktextraktion	X

Kode	Diagnosetext	CC Relevanz
Stoffwechsel		
E16.0	Arzneimittelinduzierte Hypoglykämie ohne Koma	
E16.1	Sonstige Hypoglykämie	
E16.2	Hypoglykämie, nicht näher bezeichnet	
E16.8	Sonstige näher bezeichnete Störungen der inneren Sekretion des Pankreas	
E16.9	Störungen der inneren Sekretion des Pankreas, nicht näher bezeichnet	
E44.0	Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	X
E44.1	Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung	X
E86	Volumenmangel	
E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	X
E87.6	Hypokaliämie	X
K77.8*	Leberkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten (z. B. diabetesassoziierte Steatosis hepatis)	X
R63.3	Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung	X
Kreislaufsystem		
I43.1*	Kardiomyopathie bei Stoffwechselkrankheiten	X
I15.2-	Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten 5. Stelle: 0 Ohne Angabe einer hypertensiven Krise 1 Mit Angabe einer hypertensiven Krise	
I70.20	Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden; Stadium I nach Fontaine	
I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr; Stadium IIa nach Fontaine	
I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m; Stadium IIb nach Fontaine	
I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz; Stadium III nach Fontaine	
I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration; Stadium IV nach Fontaine mit Ulzeration-Gewebedefekt begrenzt auf Haut [Kutis] und Unterhaut [Subkutis]	X
I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän; Stadium IV nach Fontaine mit Gangrän, Trockene Gangrän; Stadium IVa nach Fontaine; Feuchte Gangrän; Stadium IVb nach Fontaine	X
I79.2*	Periphere diabetische Angiopathie	

Kode	Diagnosetext	CC Relevanz
Niere		
N08.3*	Diabetische Nephropathie	
N16.3*	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei Stoffwechselkrankheiten	
N17.0-	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose	X
N17.1-	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose	X
N17.2-	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose	X
N17.8-	Sonstiges akutes Nierenversagen	X
N17.9-	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	X
Die fünften Stellen sind bei der Kategorie N17.-- zu benutzen, um das Stadium des akuten Nierenversagens nach den KDIGO-Leitlinien anzugeben (vgl. den ICD-10)		
N18.1	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1	X
N18.2	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2	X
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	X
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	X
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	X
N18.80	Einseitige chronische Nierenkrankheit	X
N25.1	Renaler Diabetes insipidus	

Kode	Diagnosetext	CC Relevanz	
Haut			
L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten		
L03.02	Phlegmone an Zehen		
L03.10	Phlegmone an der oberen Extremität	X	
L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	X	
L03.3	Phlegmone am Rumpf	X	
L89	Decubitus	Grad 2, Grad 3 und Grad 4 sind unabhängig von der Lokalisation CC relevant	
	4. Stelle Gradangabe:		5. Stelle Lokalisation:
	.0 Stadium 1		0 Kopf
	.1 Stadium 2		1 Obere Extremität
	.2 Stadium 3		2 Dornfortsätze
	.3 Stadium 4		3 Beckenkamm
			4 Kreuzbein
			5 Sitzbein
			6 Trochanter
	7 Ferse		
	8 sonstige Lokalisation		
	9 nicht näher bezeichnete Lokalisation		
L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert		
Muskel-Skelett-System			
M14.2*	Diabetische Arthropathie		
M20.1	Hallux valgus (erworben)		
M20.2	Hallux rigidus		
M20.3	Sonstige Deformität der Großzehe (erworben)		
M20.4	Sonstige Hammerzehe(n) (erworben)		
M20.5	Sonstige Deformitäten der Zehen (erworben)		
M21.27	Flexionsdeformität, Knöchel und Fuß		
M21.37	Hängefuß (erworben), Knöchel und Fuß		
M21.4	Plattfuß (erworben)		
M21.57	Erworbener Klauenfuß und Klumpfuß, Knöchel und Fuß		
M21.68	Sonstige erworbene Deformitäten des Knöchels und Fußes		

Kode	Diagnosetext	CC Relevanz
Amputationen		
T86.50¹	Durchblutungsstörung eines Hauttransplantates	X
T86.51¹	Nekrose eines Hauttransplantates	X
T86.52¹	Verlust eines Hauttransplantates	X
T86.59¹	Versagen und Abstoßung eines Hauttransplantates	X
T87.4¹	Infektion Amputationsstumpf	X
T87.5¹	Nekrose Amputationsstumpf	X
Z89.4	Verlust des Fußes und des Knöchels, einseitig Zehe(n), auch beidseitig	
Z89.5	Verlust der unteren Extremität unterhalb oder bis zum Knie, einseitig	
Z89.6	Verlust der unteren Extremität oberhalb des Knies, einseitig	
Z89.7	(Teilweiser) Verlust der unteren Extremität, beidseitig	
Sonstiges		
R11	Übelkeit und Erbrechen	
R63.1	Polydipsie	
R63.3	Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung	X
Z13.1	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Diabetes mellitus	
Z45.1	Anpassung und Handhabung einer Infusionspumpe	
Z45.82	Überprüfung der Funktionsparameter einer Medikamentenpumpe	
Z91.1	Nichtbefolgung ärztlicher Anordnungen [Non-compliance] in der Eigenanamnese	
Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation	X
Z96.4	Vorhandensein von endokrinen Implantaten (z. B. Insulinpumpe)	

¹ Diese Codes der Kategorie sind nur dann als Hauptdiagnose bzw. als Nebendiagnose zu verschlüsseln, wenn kein spezifischerer Kode in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung existiert. (Vgl. die DKR D015n)

GLOSSAR

Basis-DRG

Die Basis-DRG wird meist über dieselbe Hauptdiagnose oder Prozedur definiert. Die Basis DRG kann aufgrund eines unterschiedlichen Ressourcenverbrauchs durch unterschiedliche Faktoren (Splittkriterien), u.a. PCCL, komplizierende Diagnosen, Prozeduren, Alter, etc. in verschiedene Schweregrade gesplittet werden. Die Kennzeichnung der ökonomischen Schweregrade erfolgt über Buchstaben an der 4. Stelle der DRG.

A: Höchster Ressourcenverbrauch der DRG
B: Zweithöchster Ressourcenverbrauch der DRG
C: Dritthöchster Ressourcenverbrauch der DRG
D: Vierthöchster Ressourcenverbrauch der DRG usw.
Z: Kein Splitt nach Ressourcenverbrauch in dieser DRG

Basisfallwert

Faktor mit dem die Bewertungsrelation einer DRG multipliziert wird, um einen DRG-Betrag zu errechnen. Nach der sogenannten Konvergenzphase gibt es inzwischen einen einheitlichen Landes-Basisfallwert für alle Bundesländer (vgl. auch Pflegentgeltwert).

Behandlungsfall

Ein Behandlungsfall beschreibt einen stationären Aufenthalt eines Patienten im Krankenhaus. Der Behandlungsfall ist gekennzeichnet durch die Aufnahme und die Entlassung im Krankenhaus.

Bewertungsrelation, Relativgewicht

Jeder DRG wird im Fallpauschalenkatalog eine Bewertungsrelation, auch Relativgewicht oder relatives Kostengewicht genannt, zugeordnet. Das Relativgewicht ist ein Maß für den durchschnittlichen Aufwand der Behandlung dieser DRG.

Die Bewertungsrelation wird bundesweit einheitlich im Fallpauschalenkatalog angegeben. Durch Multiplikation der Bewertungsrelation mit dem Basis-Fallwert ergibt sich der Erlös für eine DRG in €. (vgl. auch Pflegentgeltwert) .

Case-Mix

Die Kostengewichte aller DRG Behandlungsfälle ergeben den Case-Mix. Dieser ist ein Maß für den Ressourcenverbrauch der behandelten Patienten.

Case-Mix-Index

Der Case-Mix-Index (CMI) entspricht dem durchschnittlichen ökonomischen Fallschweregrad einer Menge von Behandlungsfällen (mittlere ökonomische Fallschwere). Er berechnet sich aus dem Case-Mix dividiert durch die zugrundeliegenden Fälle.

CC-Kodes

Complication and/or Comorbidity. Komplikationen oder Begleiterkrankungen in Form von Diagnosen, die mit einem erhöhten Ressourcenverbrauch einhergehen. Diese werden im Gruppierungsprozess berücksichtigt und lösen häufig eine bessere Vergütung der DRGs aus, wenn sie vorhanden sind.

CCL

Complication and Comorbidity Level. Die Komplikationen und Komorbiditäten werden ausschließlich in Form von Nebendiagnosen dokumentiert. Der CCL, kann abhängig von der DRG, Werte zwischen 0 und 4 annehmen. Die Nebendiagnosen werden mit:

CCL = 0 keine CC

CCL = 1 leichte CC

CCL = 2 mittlere CC

CCL = 3 schwere CC

CCL > 4 schwerste CC

bewertet.

Cost Weight

(CW) siehe Bewertungsrelation

aG-DRG und DRG-System, DRG

Das DRG (Diagnosis Related Group) System ist ein ökonomisches Patientenklassifikationssystem, welches diagnosebezogene Fallgruppen anhand klinischer Daten definiert. Die Behandlung der Patienten wird in ökonomische Fallpauschalen (DRGs) umgesetzt. Jedem stationären Aufenthalt wird genau eine DRG zugeordnet. Ein Behandlungsfall wird nach einem pauschalierten Preis vergütet, der sich am durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Behandlungsfallgruppe orientiert. Im Jahr 2020 wurde im Zuge der Umsetzung

Kommentar:

CCL-relevante Nebendiagnosen können im DRG-System die Vergütung steigern, die Regeln zur Nebendiagnosekodierung aus den DKR sind daher zu beachten.

des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) die Vergütung der Pflege aus dem DRG System herausgenommen, das System heißt daher ab 2020 („ausgliedertes“) aG-DRG-System. (Vgl. auch Pflegeentgeltwert)

Fallpauschalenvereinbarung

Die Fallpauschalenvereinbarung enthält die für das jeweilige Jahr gültigen Abrechnungsregeln sowie als Anlagen: den aktuellen Fallpauschalenkatalog (Anlage 1), die DRGs, für die keine bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen kalkuliert wurden und die nach § 6 Abs. 1 KHEntgG krankenhauses individuell verhandelt werden müssen (Anlage 3), die mit einem bundesweit gültigen Preis versehenen Zusatzentgelte nach § 17 b KHG (Anlagen 2 und 5), die Zusatzentgelte, für die keine bundeseinheitlichen Preise kalkuliert wurden und die nach § 6 Abs. 1 KHEntgG krankenhauses individuell verhandelt werden müssen (Anlagen 4 und 6).

Kommt es nicht zu einer Einigung der Selbstverwaltungspartner, werden die Abrechnungsregeln und der Fallpauschalenkatalog nebst Anlagen vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung per Rechtsverordnung vorgegeben.

Grenzverweildauer

Die im Fallpauschalenkatalog angegebene Bewertungsrelation gilt nur für Fälle, die zwischen oberer und unterer Grenzverweildauer behandelt wurden.

Die untere Grenzverweildauer (uGVD) beträgt im G-DRG-System ein Drittel der mittleren arithmetischen Verweildauer, mindestens jedoch zwei Tage. Die obere

Grenzverweildauer (oGVD) berechnet sich aus der mittleren arithmetischen Verweildauer zuzüglich der doppelten Standardabweichung oder einer bestimmten Anzahl von Tagen.

Die effektive Bewertungsrelation ergibt sich durch die DRG-Bewertungsrelation zu- bzw. abzüglich der im Fallpauschalenkatalog ausgewiesenen Zu- / Abschlüsse für die Unter- bzw. Überschreitung der unteren / oberen Grenzverweildauer multipliziert mit der Anzahl der Tage ab der jeweiligen Grenzverweildauer.

Grouper

Der Grouper ist eine Software für die DRG-Zuordnung. Anhand von in den Definitionshandbüchern der DRGs festgelegten Gruppierungsalgorithmen werden die Behandlungsfälle einer DRG zugeordnet.

Hauptdiagnose

Die DRG-Hauptdiagnose (HD) ist die nach Analyse eines Falles festzulegende Hauptdiagnose für den gesamten stationären Aufenthalt.

InEK

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) ist ein von der Selbstverwaltung gegründetes Institut und unterstützt die Vertragspartner der Selbstverwaltung bei der Weiterentwicklung des

DRG-Systems. Das InEK wurde 2001 gegründet.

Landesbasisfallwert

Der Landesbasisfallwert ist der bewertete durchschnittliche Fallerlös aller stationären Fälle in einem Bundesland. Der Gesetzgeber sieht vor, dass Landeskrankenhaussellschaften und die Krankenkassen den Landesbasisfallwert vereinbaren.

MDC

Major Diagnostic Category. Organsystem bezogene Gliederung der DRGs zu sogenannten Hauptdiagnosegruppen. Es existieren 23 MDCs. Innerhalb der MDCs verteilen sich die DRGs auf max. drei Partitionen. Die Einteilung/Zuordnung zu den Partitionen erfolgt auf Basis der Prozeduren.

Medizinischer Dienst (MD)

Der Medizinische Dienst wurde mit dem „Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen“ (MDK-Reformgesetz), das zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist, gestärkt und unabhängig von den Krankenkassen organisiert. Alle MDK und der MDS wurden im Jahr 2021 einheitlich in Körperschaften öffentlichen Rechts umgewandelt.

Auch der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) wurde bis Ende 2021 in eine Körperschaft des öffentlichen Rechts umgewandelt und organisatorisch aus der Trägerschaft des

GKV-Spitzenverbandes gelöst: Aus dem MDS wird „Medizinischer Dienst Bund“

Nebendiagnose

Nebendiagnosen (ND) sind Diagnosen, die das Patientenmanagement durch therapeutische Maßnahmen, durch diagnostische Maßnahmen oder durch einen erhöhten Pflege- und/oder Überwachungsaufwand beeinflussen. Viele Nebendiagnosen dienen der Ermittlung einer Schweregradstufe (PCCL) im Gruppierungsprozess.

PCCL

Patient Clinical Complexity Level. Der PCCL eines Patienten ist ein Maß für den kumulierten Effekt der CC-relevanten Nebendiagnosen eines Patienten. Seit dem Jahr 2016 ist der PCCL eines Patienten bis zu einem Wert von 6 möglich.

Pflegeentgeltwert, Pflegeerlös

Bewertungsrelation

Die Leistungen der Pflege werden in jeder DRG durch eine Pflegeerlös-Bewertungsrelation pro Tag ausgewiesen (Spalte 14 des Fallpauschalenkataloges). Diese wird mit dem Pflegeentgeltwert multipliziert und in der Rechnung separat ausgewiesen. Die Pflegeeinnahmen werden durch den Medizinischen Dienst (MD) nicht geprüft und werden auch bei einer Verweildauerkürzung (im aDRG-Bereich) in ursprünglicher Höhe belassen. Der Pflegeentgeltwert errechnet sich aus dem krankenhausindividuell mit den Kost-

enträgern in der Entgeltverhandlung verhandelten Pflegebudget, geteilt durch die Anzahl der Pflegetage. (Gültig seit dem Jahr 2020)

Sozialmedizinische Expertengruppe

Sozialmedizinische Expertengruppen sind gemeinsame Einrichtungen der Medizinischen Dienste.

Sie bearbeiten sozialmedizinische Fragestellungen, die sich auf die Kernaufgaben der Medizinischen Dienste in der Beratung und Begutachtung beziehen. Es gibt sieben SEG, welche die zentralen Beratungs- und Begutachtungsfelder der Medizinischen Dienste abdecken.

Zu ihren wesentlichen Aufgaben gehört es, eine bundesweit einheitliche Begutachtung herzustellen bzw. zu sichern. Die SEG 4 deckt den Bereich „Vergütung und Abrechnung“ ab. (Quelle: www.mdk.de)
Die Bezeichnung SEG 4 wurde auch nach dem MDK-Reformgesetz beibehalten.

Splittkriterium

Relevantes Kriterium für die Vergütung, z. B. Diagnose oder Prozedur, die zu einer höherwertigen DRG führen kann. S. Basis DRG

Verweildauer

Die Verweildauer entspricht der Zahl der Belegungstage. Belegungstage sind Auf-

nahmetag und jeder weitere Tag, nicht jedoch der Entlassungs- oder Verlegungstag. Bei Aufnahme und Entlassung am gleichen Tag beträgt die Verweildauer einen Belegungstag. Urlaubstage werden bei der Berechnung der Verweildauer ausgeschlossen.

Zusatzentgelte

Zusatzentgelte (ZE) können im DRG- System zusätzlich zu einer DRG vergütet werden. Sie wurden eingeführt, um sehr teure Leistungen und Medikamente zu vergüten, die anhand von Fallpauschalen nur schwer abzubilden sind. Es gibt bundesweit mit einem Preis versehene ZE (§ 17 b KHG), diese sind in den Anlagen 2 und 5 gelistet. Krankenhausindividuell zu verhandelnde ZE (§ 6 Abs. 1 KHEntgG) sind in den Anlagen 4 und 6 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) gelistet.

In der Fallpauschalenvereinbarung 2018 (FPV 2018) werden in den Anlagen erstmals nachfolgende Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2018 neu über Zusatzentgelte vergütet werden:

ZE162 Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten

ZE163 Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten

Da Patienten mit Diabetes häufig einen erhöhten Pflegeaufwand erfordern, sei an dieser Stelle auf die Erfassung der Pflegegrade (bis 2016 Pflegestufen) hingewiesen. Die

beiden neuen Zusatzentgelte sind über OPS-Kodes aus dem Codebereich 9-984 Pflegebedürftigkeit definiert. Sie sind nicht in allen DRGs abrechenbar. Im Fallpauschalenkatalog finden sich die entsprechenden DRGs in denen die Zusatzentgelte ZE162 u. ZE163 zusätzlich abgerechnet werden können. Die Basis-DRG K60 ist in diesen DRGs vertreten.

Im Rahmen der Herausnahme der Pflege aus dem DRG-System wurden die Zusatzentgelte seit dem Jahr 2020 im Vergütungsbetrag reduziert.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

CC	Complication or Comorbidity; Komplikation oder Komorbidität
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
ICD-10 -GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Ausgabe für die Zwecke des SGB V
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
mVWD	mittlere Verweildauer
OGVD	Obere Grenzverweildauer
OPS	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
VWD	Verweildauer

FÜR IHRE NOTIZEN

Ihr Kontakt zu Lilly

Medizinische Information:

Gerne stehen wir Ihnen für medizinische Fragen im Zusammenhang mit unseren Produkten sowie mit wissenschaftlichen Materialien, beispielsweise der Beantragung stationärer Erstattung von Lilly-Produkten (NUB-Anträgen) zur Verfügung. Um eine einfache Kontaktaufnahme zu ermöglichen, können Sie gerne den QR-Code scannen.

E-Mail: med_info@lilly.com



Kundenbetreuung

für Apotheken, Krankenhäuser und pharmazeutische Großhändler: Medikamentenbestellungen sowie Fragen zu Produktverfügbarkeit, Logistik, Retouren, Rechnungen und Zahlungen.

(montags bis freitags von 8.00 Uhr bis 17.00 Uhr)

Telefon: 08 00 - 5 45 59 00 (kostenlos)

Telefax: 08 00 - 5 45 59 27 (kostenlos)

E-Mail: kundenbetreuung@lilly.com

Feedback

Ihre Meinung ist uns wichtig. Wir freuen uns auf Ihre Wünsche, Anregungen oder auch Kritik.

Bitte teilen Sie uns Ihr Feedback mit.

Telefon: 08 00 - 5 45 59 77 (kostenlos)

(montags bis freitags von 09.00 Uhr bis 15.00 Uhr)

E-Mail: med_info@lilly.com

2023

Lilly Deutschland GmbH
Werner-Reimers-Str. 2-4
61352 Bad Homburg
www.lilly-pharma.de
www.lilly-diabetes.de

PF-LD-DE-1957 März 2023

The Lilly logo is a stylized, red, cursive script of the word "Lilly". It is positioned in the bottom right corner of the page.