



„Diabetes mellitus“ DRGs & Kodierung & Erlöse 2024

Annette Ahollinger

Bereichsleitung
Medizincontrolling
Diabetes Klinik Mergentheim
ahollinger@diabetes-zentrum.de

Agenda

Teil 1 Grundlagen

- Grundlagen DRG
- Diabetes mellitus als Hauptdiagnose
- Komplikationen / Manifestationen des Diabetes
- Diabetes als Nebendiagnose
- Diabetes und Schwangerschaft
- Kinder und Diabetes
- Komplexbehandlung
- Diabetisches Fußsyndrom

Teil 2 Neues und Erfahrungen

- Kodierung bei Fußpatienten
- Hypoglykämien, Insulinresistenz
- Prüfungswesen (MD, EV, SG ...)
- Tagesbehandlung / Übergangspflege / Ambulantisierung
- primäre Fehlbelegung, AOP, Hybrid-DRG
- PPUGV
- Leistungsgruppen

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



Die Referentin bestätigt hiermit, dass diese
Fortbildung von keiner Firma gesponsort wurde/wird
und somit keinerlei Interessenskonflikte vorliegen.

Beispiel Erlösvergleich bis 2019

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

Veränderung ab 2020

Statt reiner DRG zukünftig DRG-Erlös plus Pflegeerlös

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

ab 2020:

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

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

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

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

2021	VwDauer	RG	LBFW 2020	Erlös DRG	Pflege-RG	VwD	PflegeEGW	Pflegeerlös	Erlös Gesamt
K60E	2-17 Tage	0,761	3.672,40 €	2.794,70 €	0,667	10	163,00 €	933,80 €	3.728,50 €

2023	VwDauer	RG	LBFW	Erlös DRG	Pflege-RG	VwD DK	Pflegesatz	Pflegeerlös	Erlös Gesamt
K60E	2-17 Tage	0,768	4.022,56 €	3.089,33 €	0,6253	10,4	230,00 €	1.495,72 €	4.585,04 €
		0,768	4.022,56 €	3.089,33 €	0,6253	10,4	110,00 €	715,34 €	3.804,67 €
2024									
K60E	2-16 Tage	0,782	4.219,76 €	3.299,85 €	0,6417	10,2	110,00 €	719,99 €	4.019,84 €

große Unterschiede je nach Verweildauer und vereinbartem Pflegeentgelt !

DRGs 2024 DK - Katalogeffekt

DRG	Bezeichnung	RG 2024	Diff 2023/4	MVD DK	MVD 23	MVD 24	UGVD	OGVD 23	OGVD 24	Pflegeerlös Bewertungs-rel./Tag	Diff 2023/24
F21D	Andere OR-Prozeduren bei Kreislaufkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff	1,366	0,008	25,4	13,4	12,6	3	27	27	0,7610	0,0047
F21E	Andere OR-Prozeduren bei Kreislaufkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff	0,869	-0,007	11,4	9,8	9,9	2	20	21	0,6996	-0,0063
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, ohne komplexe Arthrodesen des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne Ringfixateur, mit mäßig komplexem Eingriff	1,815	0,442	23,6	13,2	15,8	4	26	31	0,6641	0,0053
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	1,805	0,023	10,8	12,7	12,4	3	22	23	1,7085	0,0107
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	1,171	0,008	10,5	9,5	9,6	2	15	16	1,2663	0,0046
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	0,782	0,014	10,5	8,2	8,5	2	16	16	0,6417	0,0164
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose	0,574	0,042	9,8	6,0	6,4	1	12	13	0,6334	0,0121
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag	0,329	0,003	10,8	3,7	3,7	0	9	9	0,6490	-0,0687

à In 2022 geringe Abwertung quasi aller Diabetes-DRGs (im Ø um die 20 Euro /Fall)

à In 2023 weiter Abwertung der K60F (130 Euro DRG-Erlös)

à In 2024 wieder Aufwertung der Diabetes-DRGs, dafür ein paar Wanderungen im Bereich F-DRGs

Diabetes als Hauptdiagnose

- **E 10.** DM Typ 1
incl. juveniler Typ, labil / Brittle, mit Ketoseneigung, LADA
- **E 11.** DM Typ 2
Alters- /Erwachsenentyp, stabil, ohne Ketoseneigung, Nicht primär insulinabhängiger Diabetes beim Jugendlichen Typ-2-Diabetes unter Insulinbehandlung
- **E 12.** DM in Verbindung mit Fehl-/oder Mangelernährung
in Europa quasi nicht vorkommend
- **E 13.** Sonstiger näher bezeichneter DM
Pankreopriver DM, Sekundärdiabetes, MODY
- **E 14.** nicht näher bezeichneter DM
-> sollte in einer Fachabteilung / Fachklinik nicht kodiert werden ...

„Doppeldiabetes“

- Typ 1, der später auch Typ2-DM entwickelt
= E10.x + U69.75! (Insulinresistenz)

Diabetes als Hauptdiagnose

Verteilung Diabetes Klinik Mergentheim

Hauptdiagnosen		2023	2022	2021	2020	2019
Typ1	E10.x	58,9%	59,5%	57,9%	56,2%	56,7%
Typ2	E11.x	41,1%	39,7%	40,8%	40,2%	41,8%
Sekundär	E13.x	3,3%	3,9%	3,9%	2,7%	3,4%
n.n. bez.	E14.x	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%
davon DFS	E1x.74/75	12,2%	11,7%	12,6%	8,4%	12,5%

- HD Diabetisches Fußsyndrom ≠ „Fuß-DRG“ (aus Bereich F)
- Verhältnis Typ1 zu Typ2 bleibt annähernd gleich

Diabetes als Hauptdiagnose

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.
 - 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 ...“
 - keine Komplikationen (Manifestationen) des Diabetes mellitus vorliegen ist die vierte Stelle .9 zu kodieren
- Diabetischer Fuß ist stets Diabetes mit multiplen Komplikationen E1x.74/.75

® Ist der Standard in Fachklinik / Diabetes-Fachabteilungen, da meist BZ-Einstellung (oder Ketoazidose, Hyper-/Hypoglykämie) / Behandlung Diabetischer Fuß Aufnahmegrund ist

Diabetes als 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:

- Azidose
 - Ketoazidose
- ohne Angabe eines Komats

.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

Hyperglykämisches Koma

Neuropathische diabetische Arthropathie† ([M14.6-*](#))

Soll der Schweregrad einer Hypoglykämie oder das Vorliegen einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer ([U69.70!-U69.74!](#)) zu benutzen.

.7 Mit multiplen Komplikationen

Soll der Schweregrad einer Hypoglykämie oder das Vorliegen einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer ([U69.70!-U69.74!](#)) zu benutzen.

.8 Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen

.9 Ohne Komplikationen

Die folgenden fünften Stellen 0 und 1 sind mit den Subkategorien .2-6 sowie .8 und .9 bei den Kategorien E10-E14 zu benutzen.

Die folgenden fünften Stellen 2-5 sind ausschließlich mit der Subkategorie .7 bei den Kategorien E10-E14 zu benutzen.

Die Subkategorien .0 (Koma) und .1 (Ketoazidose) gelten grundsätzlich als entgleist und werden stets mit der fünften Stelle 1 kodiert.

0 Nicht als entgleist bezeichnet

1 Als entgleist bezeichnet

2 Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

3 Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet

4 Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet

5 Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet

Diabetes als Hauptdiagnose

E10-E14 vierte Stelle:

- Zur Kodierung der 4. Stelle (.6 oder.7) sind nicht nur die o.g. Diagnosen aus der ICD-Systematik zu berücksichtigen
- Auch die im Alphabetischen Verzeichnis genannten **Komplikationen/Manifestationen des DM** können herangezogen werden – auch wenn sie keine *-Diagnosen darstellen:
z.B. Sexualstörung/erektile Dysfunktion, Charcot-Arthritis, DM mit Infektionen (Mykosen, HWI, Parodontitis,...), Steatosis hepatis, diabetisches Koma, hyperglykämisches Koma, Gangrän, Ulcus, Hypoglykämie (diese sind seit 2023 immerhin eine !-Diagnose)
- DKR, Anhang A: „Für die Bestimmung einer Schlüsselnummer sind sowohl das Alphabetische Verzeichnis als auch das Systematische Verzeichnis heranzuziehen“
- All diese Diagnosen können bei Vorliegen bei der Kodierung der HD des DM als Komplikationen/ Manifestation berücksichtigt werden; eine immer wieder von MDs geforderte Berücksichtigung der reinen Stern-Diagnosen und generell Beschränkung auf reine ORGAN-Manifestationen/Komplikationen ist u.E. falsch!

E10-E14 vierte Stelle:

- Anders als sonst lt. DKR müssen die Komplikationen des Diabetes für die Relevanz bei der Kodierung NICHT die Nebendiagnosen-Definition erfüllen, müssen also keinen konkreten Aufwand während des stat. Aufenthalts verursachen. Das reine „Vorhandensein“ reicht -> ein Nachweis (durch Diagnostik, Vorbefunde) ist natürlich zu dokumentieren
- Wichtig: wir führen stets sämtliche Komplikationen/Manifestationen des Diabetes als */!- oder sonstigem ICD-Code auf, um nachvollziehbar zu machen, welche in der HD kodierten Komplikationen gemeint sind. Dies erleichtert die Falldialoge / EV mit den Kassen erheblich und vermeidet auch so manche HD-Prüfung
- Es greift u.E. hier auch das LSG-Urteil zur „Verdachtsdiagnose“ (L 11 KR 4112/18), in dem es (hier bezogen auf eine behandelte Pneumonie) um die Rechtmäßigkeit einer behandelten, wenn auch nicht eindeutig nachgewiesenen Diagnose geht. Fazit hier lautete: Wenn eine Behandlung eingeleitet wurde und die Untersuchungsergebnisse nicht eindeutig waren, ist die Verdachtsdiagnose zu kodieren.
Das Urteil ist bezogen auf den Diabetes auch für diabetische Parodontitis, diabetische Retinopathie mit KI-Diagnostik, nur anamnestisch geschilderte Hypoglykämien (die Einweisungsgrund sind) anzuwenden
- Die Behandlung bezieht sich ja auf die Stoffwechseloptimierung des Patienten, die sich positiv auf sämtliche Komplikationen auswirken kann

Schwerpunkte Kodierung DK

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

Hauptdiagnose Diabetes mit keiner/einer oder mehreren Komplikationen
K60E à K60F

ca. 1000 Euro Unterschied aDRG 2024

Vorliegen einer Entgleisung prüfen

Vorliegen dieser Komplikationen prüfen:

- Hypoglykämie (rezidivierend, Fremdhilfe)
- Retinopathie / Katarakt
- Nephropathie
- PNP, Erektile Dysfunktion
- Diabetesleber
- Arthropathie

Diab. Fußsyndrom (mit/ohne Wunde, Infektion)

Adipositas kodieren

Wichtig:

es zählt für die Kodierung .7x das Gesamtbild des Patienten:

- längere Diabetesdauer ?
- hyperglykämie Stoffwechsellage über längere Zeit ?
- bereits Schädigung der Nerven und/oder der kleinen und großen Gefäße ?
- Zusammenkommen vieler mit dem Diabetes assoziierten (Neben)-Erkrankungen wie Adipositas, gehäufte Infektionen ... ?

- Diabetische Komplexbehandlung bei Patienten < 18 Jahre
K60F à K60A/B aDRG **ca. 2.600 (K60B) bzw. 5300 Euro (K60A)**
OPS 8-984.0
- OPS durch Fußbehandlung
K60E à z.B. F27C/F21E **ca. 400 (F21E) bzw. 2.500 Euro (F27B)**
z.B. großes Wunddebridement, besondere Wundbehandlung (SDRM-Pflaster, VAC)
 - Fuß-OP (auch konsiliarisch)
 - Selten: DRG-Änderung durch Keime/Infektion in Wunde
 - Manchmal: zusätzliche OPS „verschlechtern“ sogar DRG-Ergebnis; auf OP-Datum achten (Maßnahmen triggern nur an unterschiedlichen Tagen)
 - Achtung: Langlieger bei K60E ggf. teurer als mit OP !
- Isolation bei MRE
F21E à F77Z / K77Z **> 2.000 Euro**
à kaum mehr relevant, da Isolierung erst ab 14 Tagen triggert

Entgleisung

- seit 2018 triggern Kodierungen nur mithilfe der „Entgleisung“ in eine DRG mit höherem Relativgewicht (K60F), also mit den HD E1x.73 oder .75
- Kasse und MD prüfen seither somit gezielt auch die Entgleisung
 - bei Fußpatienten (ohne Operation) HD E1x.74 vs. E1x.75
 - bei regulären Diabetikern E1x.72 vs. E1x.73
- Ohne Entgleisung ist die Anzahl der aufgeführten Diabeteskomplikationen irrelevant
- Die Definition der Entgleisung ist weiter strittig, es gibt aber die rechtlich nicht bindende Definition für „Entgleisung“ des MDK (SEG-4 KDE-9)
- Zahlen aus der Diabetes Klinik:
(Patienten mit HD E1x.x1, .73 oder .75)

2023	2022	2021	2020	2019
98,3%	97,5%	98,9%	97,6%	98,1%

Entgleisung

SEG-4 KDE-9 (von 2005, aktualisiert 1.1.24)

<https://seg4-kodierempfehlungen.md-extranet.de/detail.php?recordnr=9>

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

Siehe auch Kodierempfehlungen 35, 56, 170, 408, 458, 578, 579 und 600.

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

® Definition „milde“ / „schwere“ Hypoglykämie nach ICD 2023 ? BZ-Grenze 60mg/dl ?

Komplikation/Manifestation „Hypoglykämien“

- im ICD 2023 neuer !-Code zum Diabetes
- Erstmals Festlegung auf BZ-Werte, Definition von „rezidivierend“ und „Fremdhilfe“
- Bezeichnungen „mild“ und „schwer“ haben somit kodiertechisch nichts mit der Höhe der BZ-Werte zu tun
- Wie sind die Erfahrungen und Auswirkungen nach 1 Jahr Kodierung ?

® Näheres dazu in Teil 2 der Fortbildung

Komplikation/Manifestation: Nephropathie

- Dokumentation anhand Vorbefunden (Hausarzt)
- Auffällige Laborwerte (mind. 2 während des stationären Aufenthalts)
Albumin, UACR
- N08.3*, ggf. R80 (Albuminurie)

	2023	2022	2021	2020	2019
	in %				
Nephropathie	22%	21%	23%	22%	23%

Komplikation/Manifestation: Augen

- Eine „sichere Komplikation“ ist die nachgewiesene Retinopathie H36.*
- Nachweis der Retinopathie mit (augenärztlichem) Vorbefund oder Retinopathie-Diagnostik stationär
- In DK seit 2019 KI-Screening mit Funduskamera („Eyenuk“), bei unklaren Fällen / MD-Prüfung Befundung durch Augenärztin konsiliarisch (denn der MD erkennt nur fachärztlichen Befund an)
 - u.E. fällt die KI-Diagnostik jedoch auch ohne augenärztliche Befundung unter die oben genannten Bedingungen einer kodierbaren Verdachtsdiagnose (s. o.)
- ambulant ist es sehr schwer, einen Augenarzt-Termin zu bekommen, auch für Menschen mit Diabetes; je nach Region Wartezeiten von 6-12 Monaten -> KI = Mehrwert für Patienten
- Nicht immer liegen die ambulanten (Vor-)Befunde vor oder werden nachgeliefert

DK: stationären Untersuchung von ca. 1/3 aller Patienten möglich (durch med. Fachpersonal, nicht Ärzte); davon insgesamt gut 50 Retinopathie-Diagnosen pro Quartal, die in Kombination mit einer zweiten Diabetes-Komplikation auch erlösrelevant (K60F -> K60E) sind!

	2023	2022	2021	2020	2019
	in %				
Auge	33%	33%	33%	36%	32%

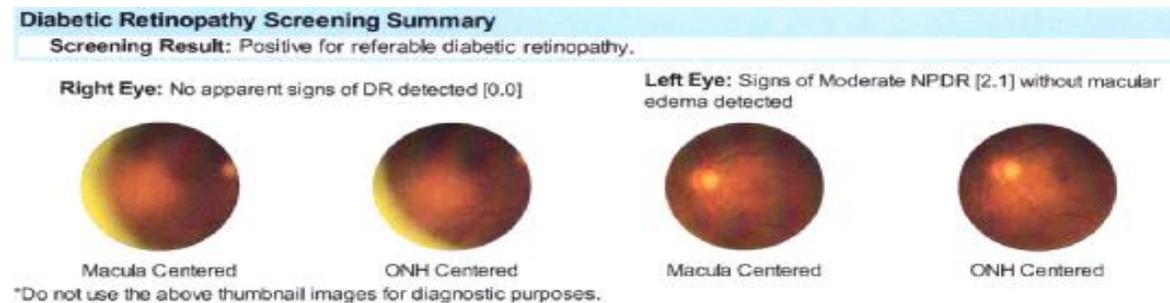
EYENUK von EyeArt –

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.

↳ wir verwenden (zu Auswertungszwecken) den Code Z13.5 („spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Augen- und Ohrenkrankheiten“)



Komplikation/Manifestation: Neuropathie

- Neuropathie G63.2* ist eine „sichere Komplikation“
- Nachweis anamnestisch und anhand des Neuropathie-Symptom-Score / Deficit-Score
- Bei unklarem NSS/NDS kann per Anhidrosetest neuropad® (Indikationspflaster) die Früherkennung einer sudomotorischen Dysfunktion am Fuß leicht durchgeführt und erkannt werden
 - Innerhalb von 10 Minuten wird der Status der Hautfeuchtigkeit und die daraus resultierende eventuelle Gefährdung der Füße angezeigt.
 - Durchführung und Ablesen durch das Pflegepersonal
 - als effektives Screening Tool zur Diagnose einer diabetischen Neuropathie am Fuß, um Risikopatienten für eine diabetische Neuropathie frühzeitig zu ermitteln.
- aber: zurückhaltende Kodierung bei (jungen) Patienten mit grenzwertigem NSS/NDS und kurzer Diabetesdauer
- wir verwenden (zu Auswertungszwecken) den Code Z13.8 („spezielle Verfahren zur Untersuchung auf sonst. näher bez. Krankheiten oder Störungen)
- MD erkennt mittlerweile reinen PNP-Befund anhand Neuropad oder nur anamnestische Erwähnung ohne NDS/NSS oft nicht an, da dies nur als „beginnende“ PNP angesehen wird.

	2023	2022	2021	2020	2019
	in %				
Neuropathie / PNP	49%	47%	49%	57%	64%

Komplikation/Manifestation: Neuropathie

NSS/NDS standardmäßig im Rahmen der Erhebung körperl. Untersuchungsbefund bei Aufnahme:

Neuropathie Symptom-Score (NSS)					
	Lokalisation (0)	Symptomatik (0)	Exazerbation (0)	Besserung (0)	Neuropad (0)
Füße	<ul style="list-style-type: none"> links rechts beidseitig 	<ul style="list-style-type: none"> Brennen Taubheitsgefühl Parästhesien Schwächegefühl Krämpfe Schmerzen 	<ul style="list-style-type: none"> nachts tagsüber und nachts nur tagsüber nächtliches Aufwachen keine 	<ul style="list-style-type: none"> beim Gehen im Stehen in Ruhe nein 	<ul style="list-style-type: none"> blau mammontart rosa nein
Unterschankel	<ul style="list-style-type: none"> links rechts beidseitig 	<ul style="list-style-type: none"> Brennen Taubheitsgefühl Parästhesien Schwächegefühl Krämpfe Schmerzen 	<ul style="list-style-type: none"> nachts tagsüber und nachts nur tagsüber nächtliches Aufwachen keine 	<ul style="list-style-type: none"> beim Gehen im Stehen in Ruhe nein 	
Test					

Neuropathie Defizit-Score (NDS)					
	Achillessehnenreflex (0)	Vibrationsempf. (0)	Schmerzempf. (0)	Temperaturempf. (2)	Neurofilament
Links	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nicht durchgefühlt Normal Abgeschwächt Fehlend 	<ul style="list-style-type: none"> 0/8 1/8 ✓ 5/8 2/8 3/8 4/8 6/8 7/8 8/8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Normal Abgeschwächt Fehlend 	<ul style="list-style-type: none"> Normal Abgeschwächt Fehlend 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erhalten Nicht erhalten
Rechts	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nicht durchgefühlt Normal Abgeschwächt Fehlend 	<ul style="list-style-type: none"> 0/8 1/8 2/8 ✓ 6/8 3/8 4/8 5/8 7/8 8/8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Normal Abgeschwächt Fehlend 	<ul style="list-style-type: none"> Normal Abgeschwächt Fehlend 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Erhalten Nicht erhalten

=> für MD reicht es für PNP-Kodierung aus (entgegen der Neuropathie-Leitlinien), wenn das Vibrationsempfinden bezogen auf die Alterskohorte herabgesetzt ist

Diabetes Zentrum Mergentheim

Neuropathie Defizit-Score (NDS)

	links	rechts
Achillessehnenreflex		
Reflex: normal	0/0	0/0
abgeschwächt	0/1	0/1
fehlend	0/2	0/2
Vibrationsempfindung		
Messung am Fußrücken (0: Normalwert)		
normal (links/rechts 10)	0/0	0/0
abgeschwächt (links/rechts 10)	0/1	0/1
Schmerzempfindung		
Messung am Fußrücken		
normal	0/0	0/0
abgeschwächt/fehlend	0/1	0/1
Temperaturempfindung		
Messung am Fußrücken		
normal	0/0	0/0
abgeschwächt/fehlend	0/1	0/1

Gesamtscore: Punkte

Diabetes ZK

Bewertung: 1-5 = keine neuropathische Defizite
6-8 = mäßige neuropathische Defizite
9-10 = schwere neuropathische Defizite

Neuropathie Symptom-Score (NSS)

Symptomatik Fuß/Unterschankel	
Brennen, Taubheitsgefühl, Parästhesien	0/2
Schwächegefühl, Schwindel, Gumpen	
Krämpfe, Schmerzen	0/1
Lokalisation	
Füße oder	0/0
Unterschankel oder	0/1
andere Lokalisation	0/2
Exazerbation	
nachts vorhanden oder	0/1
tagsüber und nachts vorhanden oder	0/1
nur tagsüber vorhanden	0/2
Patient wird durch Symptome aus dem Schlaf geweckt	0/1
Besserung der Symptome	
Gehen oder	0/2
Stehen oder	0/1
Schlafen oder	0/2

Gesamtscore: Punkte

Bewertung: 0-4 = keine Symptome
5-6 = mäßige Symptome
7-10 = schwere neuropathische Symptome

Komplikation/Manifestation „Sexualstörung“

- Wie viele Sexualstörungen sind in Ihrer Klinik tatsächlich anamnestisch erfragt, dokumentiert und kodiert?
- Gibt es (dokumentierten) Ressourcenaufwand mit der Diagnose „Erektile Dysfunktion“ ? z.B. „Männerrunde“, Einzelberatung mit Rezeptierung, Sonderschulung -> Kodierung N 48.4 nur bei Aufwand (Nebendiagnose !)
- Berücksichtigung als Diabetes-Komplikation abhängig von Alter / Beschwerden / Diabetesdauer, dann ergänzend die G99.0* kodieren
- **MD erkennt die ED – wenn überhaupt – zunehmend als Ausprägung einer Neuropathie an und nicht zusätzlich zu dieser! Gerichtlich noch ungeklärt.**

	2023	2022	2021	2020	2019
Komplikation	in %				
ED	13%	11%	12%	14%	15%

Komplikation/Manifestation „Arthropathie“

- Diabetische Arthropathie (M14.2*)
- Auch: Schnappfinger, Frozen Shoulder, Madonnenhände
- Abzugrenzen von orthopädischen Problemen (z.B. Tennisarm)
- Nur bei entsprechender Diabetesdauer, Vorbefunden ... UND wenn in Anamnese des Arztes danach gefragt wurde!

	2023	2022	2021	2020	2019
Komplikation	in %				
Arthropathie	4%	8%	6%	7%	12%

Komplikation/Manifestation „Steatosis hepatis“

- 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.
- **Wichtiges Urteil in Anbetracht der Fallzahl der betroffenen Patienten.**
Sozialgericht Heilbronn, Urteil vom 30.7.2019, Az.: S 11 KR 3983/16
- In DK wird Steatosis-Screening (falls Diagnose nicht vorbekannt und –beschrieben) bei Hinweisen auf Fettleber per Abdomen-Sonographie durchgeführt (FiB4-Score); Kodierung nur noch, wenn entsprechend im ärztlichen Befund erwähnt

ABER: MD und Kassen erkennen Diabetesleber meist nicht an. Leber sei keine im ICD gelistete Organkomplikation; Fettleber bei DM eine Assoziation, keine Manifestation, es sei die K76.0 zu kodieren → weitere Klagen im Einzelfall

- Wir bestehen bei weiterer u.U. strittiger Komplikation wie Hypoglykämien im Prüffall / Erörterungsverfahren nicht auf Durchsetzung -> Fall ist „Verhandlungsmasse“

	2023	2022	2021	2020	2019
	in %				
Steatosis hepatis	15%	18%	20%	24%	21%

Komplikation/Manifestation „Infektion“

- Zusätzlich zu bei Diabetikern gehäuft auftretenden Infektionen wie rez. Harnwegsinfekte, Mykosen ... kann auch die Parodontitis (K50.x) herangezogen werden
=> Kodierung über Diabetes mellitus mit Infektion unter der 4. Stelle .6 (= mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen)
- 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.

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

- Somit empfehlen wir, bei multiplen Infektionen und längerer Diabetesdauer auch den Diabetes mit Infektion zu kodieren, der zusammen mit einer weiteren Komplikation/Manifestation des DM zur Hauptdiagnose E1x.7x führt. Es gilt wie eingangs erwähnt das Gesamtbild des Patienten mit ggf. multiplen Folge-/Nebenerkrankungen und Schädigungen durch den Diabetes und somit gerechtfertigter Abbildung in der HD (und damit auch DRG)

Sonderfall Diabetes-Behandlung bei Zystischer Fibrose

- Diabetes mellitus stellt eine Manifestation einer Zystischen Fibrose **E84.x** dar
- es handelt sich also um einen DM Typ Sekundärdiabetes E13.x
- gemäß Deutschen Kodierrichtlinien ist auch bei ausschließlicher/primärer Behandlung des Diabetes mellitus zwingend die Zystische Fibrose als Hauptdiagnose (meist E84.87) zu verschlüsseln

„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 Typ1-/Typ2-Diabetes mit Aufnahmegrund BZ-Einstellung oder Diabeteskomplikation bleibt der Diabetes Hauptdiagnose

® HD E84.87 führt in **DRG E60B** mit höherem Relativgewicht:

® Unterschied zu K60F ca. 1000 Euro, zu K60E ca. 100 EUR

Diabetes als Nebendiagnose

Siehe 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.
 - Spezifische 4. Stelle (.3, .4, .5), wenn nur diese eine Komplikation vorlag (auch ohne Behandlungsaufwand!)
 - 4. Stelle = .7, wenn mehrere Komplikationen vorlagen (Aufführen der Codes für Komplikationen eigentlich nur bei Behandlungsaufwand, aber zwecks Klarheit der Dokumentation Empfehlung, diese wenn bekannt trotzdem aufzuführen)
- Seit 2019 ist der Diabetes als Nebendiagnose kaum mehr erlösrelevant; auch lt. AOP-Katalog 2023 kein Kontextfaktor mehr für stationäre Behandlung (nur Koma)!

Diabetes mellitus und Schwangerschaft

- bei Patientinnen mit bestehendem Diabetes mellitus **und** Schwangerschaft ist (bei allen Diabetes-Typen) als Hauptdiagnose die Schwangerschaft (O24.x) zu kodieren.
- Laut Exklusivum ICD-10 darf der Diabetes-mellitus **nicht** Hauptdiagnose sein, aber nach DKR 1510 sind E10-E14 dennoch als Nebendiagnose zu kodieren (DKR „sticht“ ICD-10-GM)

Kodierbeispiele

- Patientin mit bestehendem Typ1-Diabetes ohne Komplikationen, 10. SSW
HD O24.0, + O09.1! ND E10.91
 - Patientin mit V.a. Gestationsdiabetes, bestätigt, 23. SSW
HD O24.4 + O09.3!
 - Patientin DM Typ1 mit Hypoglykämien, 15. SSW
HD O24.0, + O09.2! ND E10.61+ U69.70!
 - Patientin DM Typ2 mit Retinopathie und Gastroparese, 23. SSW
HD O24.1, + O09.3! ND E10.73+ H36.0* +G99.00*
- kommt leider häufiger vor und ist dann kostentechnisch unangenehm:
Patientin wird z.B. wegen Hypoproblemen vorangemeldet, bei Aufnahme besteht dann eine frische Schwangerschaft

Diabetes mellitus und Schwangerschaft

- Bereits 2016 wurden die Schwangerschafts-DRGs überarbeitet und angepasst. Bis einschließlich 2015 gab es drei DRGs für die Kodierung des Diabetes und Schwangerschaft, ab 2016 dann nur mehr 2 (O65A und B)
- seit 2023 ist die O65A nur noch für Schwangere mit Isolations-Komplexbehandlung bei Covid19 vorgesehen; die häufigste DRG ist somit die O65C
- Leider sind die Schwangerschafts-DRGs weiterhin niedrig bewertet, aber über die herausgerechneten Pflegekosten hat sich der DRG-Erlös wg. der höheren VWD insgesamt etwas verbessert.
RG O65C (2024) = 0,329 -> RG K60F = 0,574
- OGVD in der O65C ist mit 9 Tagen geringer als K60F mit 13 Tagen !
-> Prüfung durch den MD ist vorprogrammiert, aber meist begründbare Überschreitung
- Mehrfach wurde von DDG/BVKD Antrag bei InEK/BfArM bzgl. der enormen Kosten bei schwangeren Patienten (Vorschlag: direkter Sprung in K60E) gestellt und abgewiesen, weil kaum Schwangere mit Diabetes im InEK-Datensatz kodiert sind! Die DDG hatte dazu im 1. Quartal 2020 einen Aufruf zur korrekten Kodierung gestartet, damit das InEK Kostentrenner endlich berechnen kann!
In DK: nur 0,7% aller Fälle sind Schwangere, trotz korrekter Kodierung

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

- Erlösrelevant nur bei Patienten < 18 Jahre
- Dennoch Kodierung auch bei Erwachsenen Patienten bei entsprechenden Voraussetzungen = Abbildung des Aufwands
- Die Kodierung als „Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus – 8-984.x“ sollte aber nur bei Patienten mit diesem überdurchschnittlichen Behandlungsaufwand erfolgen und nicht der Kode für die Standardbehandlung sein!

Warum?

Wenn die Standardbehandlung der K60.x die multimodale Komplexbehandlung wäre, findet das InEK keinen Kostentrenner mehr für besonders aufwändige Schulung / Behandlung mehr

-> der derzeitige Alterssplit wäre nicht auch im Folgejahr für Erwachsene (mit besonders aufwändiger multimodaler Komplexbehandlung) statistisch nachweisbar und insgesamt monetär nachweisbarer Mehraufwand niedriger

In DK: Bei ca. 12 % aller Patienten ist die Komplexziffer kodiert

- Sondergruppen (z.B. Hypoangst, Junge Erwachsene ...)
- Hypowahrnehmungstraining

Behandlung von Kindern u. Jugendlichen mit DM

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

Voraussetzung für die Kodierung der „multimodalen Komplexbehandlung bei DM“ 8-984.3x

- Verweildauer mind. 8 Tage
- Prüfung der Strukturmerkmale pauschal durch MD -> **s.a. auch Teil 2**
- Mindestmerkmale werden bei Einzelfallprüfung von MD geprüft; Nachweise müssen vorgehalten und versandt werden (z.B. Therapie-/Stundenplan, Nachweis Teamsitzung)
 - 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
 - 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
- Gehäufte Prüfung durch Kassen in 2022 (statt 2 Fällen 12 pro Jahr!)
- MD erkannte in 1 Fall mangels abgezeichneter Schulungsteilnahme durch (10-Jährigen) Patienten Kodierung OPS nicht an -> nach Widerspruch zahlte die Kasse jedoch -> Empfehlung: Stundenplan (+Wochendoku) von TN und Behandlungsteam abzeichnen lassen.

Behandlung von Kindern u. Jugendlichen mit DM

Neu ab 2023:

- Zuschlag für Behandlung für Kinder < 16 Jahre
-> 12,075 % der jeweiligen DRG als Zuschlag (ca. 600 Euro bei K60B)
- Höhe des (vom InEK ermittelten) krankenhausesindividuellen Erlösvolumens auf Basis der Kinderfälle 2019
- Bei Auszahlung 2023 ist irrelevant, welche DRG und ob dabei die Komplexbehandlung kodiert wurde
Positiv:
auch Kinder mit DM und Verweildauer < 8 Tage erhalten so einen erhöhten Erlös (Zuschlag bei K60F = ca. 300 Euro)
- Nachweis für die Mittelverwendung nur für Kinder ist zu führen, z.B. über Leistungsstellenrechnung, Inek-Kalkulation
-> ggf. Rückforderungen möglich

Diabetes mellitus mit Diabetischem Fußsyndrom

- Die Hauptdiagnose DFS ist somit bereits 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
 - 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 - bei bestehender PNP und/oder pAVK - sofort die Hauptdiagnose DFS kodiert werden

Nebendiagnosen /Prozeduren 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 hier die Kodierung weiterer Nebendiagnosen besonders wichtig (Prüfung CCL-relevante ICD-Kodes/Nebendiagnosen).
- Erst durch das Hinzufügen bestimmter Prozeduren gelangen diese Fälle von der Diabetes-DRG (K60x) in eine operative Fuß-DRG (Fxx)
- Wichtige Nebendiagnosen sind
 - Fußwunde (L89), Malum Perforans (L98), Phlegmone (L03.11/L02.02), Charcot-Fuß (M14.6*), Abszess (L02.4)
 - Fußdeformitäten (M20.x)
 - Osteomyelitis (M86.x.)
 - Sepsis -> selten, neue Kriterien (z.B. Organbeteiligung)
 - Infektion/Nekrose am Amputationsstumpf – T87.4/ T87.5 + Keim
 - Wundheilungsstörung T81.x
z.B. Nachblutung (T81.0) oder Nahtdehiszenz/ Aufreißen OP-Naht/Wunde / (T81.3) Bypassverschluss – T82.3
 - Re-Stenose nach PTA/Stent – T82.8

DFS – Kodierung Wunde

- L98.4 = chronisches Ulcus der Haut
bei DFS ist nicht CCL-relevant, nur die L89.xx. Wohl deshalb fordern immer wieder MDs, ein Malum perforans bei DFS mit L98.4 zu kodieren.
- L89.xx = Ulcus bei DFS = Dekubitalgeschwür = Fußwunde
s. DKR 401 /DFS
Malum Perforans wird synonym mit Ulcus bzw. trophisches Ulcus verwendet
- Kein S-Code bei Fußwunde durch dauerhaften Druck, falsches Schuhwerk bei Nervenschädigung !
- zusätzlich zu L89.xx ggf. L03.11 Phlegmone an der unteren Extremität verschlüsseln (CCL-relevant)

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Spezielle Kodierrichtlinien

0401

1. Infektion und/oder Ulcus

<i>Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten</i>	L02.4
<i>Phlegmone an Zehen</i>	L03.02
<i>Phlegmone an der unteren Extremität</i>	L03.11

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

<i>Dekubitus, Stadium 1</i>	L89.0-
<i>Dekubitus, Stadium 2</i>	L89.1-
<i>Dekubitus, Stadium 3</i>	L89.2-
<i>Dekubitus, Stadium 4</i>	L89.3-
<i>Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet</i>	L89.9-

<i>Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert</i>	L97
--	-----

DFS – Kodierung Wunde

- Kaum Rückfragen des MD oder Streitfälle durch seltene DRG-Relevanz
- Wir empfehlen die genaue Dokumentation von Wundentstehung, Wundgröße, Wundbeschreibung (v.a. in Hinblick auf Infektionszeichen) sowie weiterer Komplikationen (Schmerzen, Wundheilungsstörung, Nachblutungen) -> diese sind ggf. auch für Begründungen bei VwD-Überschreitungen wichtig
- Fuß-Ulcera /Dekubitus-Kodes triggern in das Qualitätssicherungsverfahren DEK -> dies führt i.R. des QM-Verfahrens leider häufig zu Nachfragen, v.a. bei Fallzusammenlegungen nach Fuß-OP (wenn Wunde am Zeh nach Amputation des Fußes „verschwunden“ ist)
- Achtung bei Mehrfach-Kodierung Dekubita gleichen Grades -> ggf. Fehler im QM-Verfahren, falsche tatsächliche Anzahl von Wunden/Dekubitalgeschwüren
- Keime aus Wundabstrichen an Fußwunden oder Infektionsziffer (T.x) hängen

Prozeduren beim „Diabetischen Fuß“

5-896.xx - Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

- Unterscheidung klein (Länge bis 3 cm oder Fläche bis 4 cm²) und groß è erlösrelevant
K60E + großes WD -> F27C (RG 1,437) ; K60E + kleines WD -> F21E (RG 1,254)
- nur 1x/Aufenthalt zu kodieren
- chirurgisches oder ultraschallbasiertes Vorgehen mit "Einschneiden" bis ans gesunde Gewebe -> so dokumentieren, OP-Bericht erforderlich
- normalerweise nur unter Lokalanästhesie oder bei Vorliegen einer PNP (=Analgesie) (Formulierung im OP-Bericht)

8-192.xx Entfernung von Fibrin bei erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde

- somit auch kodierbar bei Wegzupfen/ Abtragen/ Abschaben von Nekrosen bzw. Fibrinbelägen.
- ist nicht erlösrelevant aber im Sinne des Rightcoding wichtig für den Nachweis was am Patienten gemacht wurde. Bei Prüfungen durch den MDK /Langlieger

Wann können diese beiden Codes nicht kodiert werden:

Bei Blasenabtragung mit intakter Hautschicht, ohne Wunde ; Hämatom-Entlastung , Abszess-Spaltung, Abtragen von Hornhaut/Hyperkeratosen, Rhagadenbehandlung

Prozeduren beim „Diabetischen Fuß“

- **5-850.x Weichteildebridement**
.ba Muskel, .ca Sehne .da Faszie
è wenn es sich um eine sehr große/tiefe Wunde handelt.
- **8-192.3x Madentherapie**
biochirurgisches Verfahren ; Angabe, ob sich Wunde durch Therapie vergrößert hat
- **8-192.1x / 5-896.2 Einlage Medikamententräger**
nur bei großflächigen oder sehr tiefen Wunden
- **5-892.3 Implantation Medikamententräger**
bei kleineren Wunden (z.B. Septopalkugel)
- **8-191.x Verbände**
bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen
nur 1x pro Behandlungsfall
- **5-916.x Temporäre Weichteildeckung**
è Achtung bei neuen Wundpflastern / Behandlungsmethoden -> kritisch gegenrechnen,
ob sich Behandlung auch „lohnt“
- **8-190.x VAC-Therapie -> s. Teil 2**

Sonstiges bei der DFS-Kodierung:

- Abszessausräumung: 2016 wurde explizit bei OPS-Ziffer 5-892.xx die Abszessausräumung aufgenommen, bisher hier als Inkl. lediglich Hämatomausräumung, Abszessspaltung -> spezifischerer Kode 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 Kode für die großflächige Behandlung zu verwenden.“* [Anatomische Regionen -> siehe Anatomie-Buch]
 - 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
- Einige der bei Fußpatienten durchgeführten OPS sind im AOP-Katalog vorhanden

Nebendiagnosen beim „Diabetischen Fuß“

T79.3 Posttraumatische Wundinfektion, aao. nicht klassifiz.

- Durch die hohe Erlösrelevanz (bis 2019 in F27B und F13A führend) immer wieder geprüft und vom MD nicht anerkannt
-> Erlösunterschied Ø 4.000 Euro
- Für aktuelle trotz CCL=2 aktuell quasi nicht mehr erlös- und damit prüfungsrelevant; ggf. noch für strittige (noch nicht abgeschlossene) Altfälle oder in anderen Fall-/Kodierungskonstellationen
- Folgende Punkte sind bei den Gutachtern strittig:
 1. Definition „Trauma“ = Schädigung von außen (exogen)
 - Gutachter betrachten hier nur plötzliche, einschneidende Traumata wie Stoß, Schnitt, Prellung, Verletzung oder durch Strahlung/Hitze hervorgerufene Schädigungen
– nicht einen über längere Zeit einwirkender Druck durch Fehlbelastung oder falsches Schuhwerk, der Druckulcera hervorruft
 2. Definition „traumatologisch erworben“
 - Ursache eines Druckulkus (das sich in der Folge zu einer infektiösen Wunde entwickeln kann) ist der länger andauernde Druck von außen, z.B. durch Fehlhaltung und falsches Schuhwerk hervorgerufen; es kann auch ein schädigendes Ereignis wie eingetretener Nagel oder Stein im Schuh ursächlich sein
 3. Definition „Frühkomplikation eines Traumas“ (T79.)
 - Druckulcus beginnt sich sofort nach dem Trauma zu entwickeln, aber wird durch subkallöse Lage nicht entdeckt. Erst nach Abtragung der Hyperkeratose ist das sich schleichend entwickelnde, verborgene Ulkus sichtbar.

T79.3 Posttraumatische Wundinfektion / aktueller Stand

- In 2020 gab es positive SG-Entscheidungen, die die Kodierung der T79.3 zusammen mit dem Wundcode L89 als korrekt für die Abbildung eines infektiösen Fußwundengeschehens ansah (S12 KR1047/18 und S12 KR3523/17) - gegen beide Urteile wurde seitens der Kasse Berufung eingelegt
-> somit hatte DK bis Ende 2023 noch über 20 strittige Fälle zur T79.3 offen (Verjährungsverzicht)
 - Zusätzlich lief seit 2019 ein weiteres Verfahren vor dem SG mit gleicher Thematik
- => Mittlerweile sind alle 3 Verfahren (leider negativ) abgeschlossen
L11 KR2993/20, L4 KR2958/20, S11 KR3086/21
- in allen 3 Fällen lagen dem Gericht Stellungnahmen (desselben Gutachters) vor, die die Kodierung der T79.3 als unsachgemäß beurteilte
 - Die Entstehung der Wunde sei nicht eindeutig traumatisch / exogen verursacht
 - es habe auch (in 1 Fall) keine Wunde vorgelegen sondern lediglich ein Malum perforans
 - Das Wundgeschehen sei mit den Codes L89 + L03.2 (Phlegmon) vollumfänglich abgebildet und bedarf nicht zusätzlich der T79.3

Osteomyelitis (M86.x)

- die subakute Osteomyelitis hat (M86.2x) einen CCL=2 und ist ggf. erlössteigernd
- in seltenen Fällen auch die chronische Osteomyelitis mit Fistel (M86.4x), CCL =1
- ↳ Nur in diesen Fällen wird sie vom MD geprüft und ggf. gestrichen

- In den seltensten Fällen ist der Befund anhand einer Biopsie erhoben (wie es der MD fordert) ; Kodierung auch anhand der Leitlinien der DDG-AG Fuß möglich:
„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 gibt es keinen Goldstandard für die Diagnose einer Osteomyelitis, 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 drei Kriterien zutreffen und ein Ulkus 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.“

Leitlinien & Vorlagen: Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (ag-fuss-ddg.de)

- ggf. **Osteomyelitis-Diagnose-Score** verwenden; z.B. hier:
Schmidt, HGK., Tiemann, AH., Braunschweig, R., Diefenbeck, M., Bühler, M., et al. (2011). Zur Definition der Diagnose Osteomyelitis – Osteomyelitis-Diagnose-Score (ODS). *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie*, 149(04), 449-460. doi:10.1055/s-0030-1270970

VAC-Therapie = Kontinuierliche Sogbehandlung

VAC-Anlage / Wechsel

- **5-916.a0** VAC unter sterilen OP-Bedingungen (oft konsiliarisch) + Dauer mit 8-190.x
-> erlösrelevant F21E -> F21D zusammen mit anderen Prozeduren und HD DFS
- **8-190.2x - Kontinuierliche Sogbehandlung mit mechanischem Pumpensystem**
ohne Operationsbedingungen und Anästhesie zu therapeutischen Zwecken
- **8-190.3x - Kontinuierliche Sogbehandlung mit Unterdruck** bei einer
Vakuumversiegelung. (Redon-System nach OP)
- **8-190.4x** Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem nach chirurgischem
Wundverschluss zur Prophylaxe von Komplikationen

VAC-Entfernung

- **8-192.1g** = ohne OP-Bedingungen / Anästhesie
- mit Debridement:
 - 5-850 = Inzision an Muskel, Sehne, Faszie
 - 5-869.1 = Weichteildebridement, schichtenübergreifend
 - 5-896 = chirurg. Wundtoilette /Wunddebridement
- Komplexe Vakuumtherapie (ab 2023) s. Infos hier: [med-i-class \(mediclass.de\)](https://www.med-i-class.de) (Dr. Bartkowski)

Verweildauer bei Fußpatienten:

- Achtsam mit der Verweildauer umgehen:
Viele stationäre DFS-Einrichtungen sehen sich unter Druck, die VwD zu kürzen; eine medizinisch kritische VwD reduziert die Echt-Kosten, die dem InEK gemeldet werden und führt zu kontinuierlicher Reduktion der Relativgewichte der Fuß-DRGs („Kannibalisierung“ des DRG-RG)
- Langliegerzuschläge vs. höheres DRG-Entgelt
Begründete Überschreitungen der VwD einer niedrig erlösenden DRG (z.B. K60E) kann höheres Entgelt ergeben als Fuß-DRG (z.B. F21E) bei gleicher VwD
- Seit Ausgliederung der Pflegekosten, die ja pro Behandlungstag berechnet werden, ist die medizinisch kritische Verkürzung der VwD noch genauer zu beachten.
- Auf der anderen Seite gibt es bei DFS-Patienten oft massive Überschreitungen der Verweildauer (mit anschließender MD-Prüfung) durch mangelnde Sicherstellung einer Anschluss-Behandlung / Pflegestelle oder durch Verzögerungen bei konsiliarisch erbrachten Operationen
- Diskussionsthemen: Übergangspflege, Entlassmanagement, Organisation von Konsilen / Verlegungen

Antrag: 8-98k Komplexbehandlung bei Diabetischem Fußsyndrom

BfArM-Antrag DDG-Kommission Diabetes & DRG / AG-Fuß

(basierend auf Vorschlag von Dr. Joachim Kersken, an BVKD und DRG-Kommission der DDG)

Strukturmerkmale:

- Multimodales Team mit bestehender Zertifizierung „klinische Fußbehandlungseinrichtung DDG“ und fachärztlicher Behandlungsleitung aus dem konservativen Gebiet (Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder Diabetologie oder Angiologie) oder einem Facharzt aus dem chirurgischen Gebiet (Chirurgie, Orthopädie, Gefäßchirurgie). Kontinuierliche Mitbetreuung durch Ernährungsberatung und, falls nicht durch Teamleitung abgedeckt, Diabetologie.
- Die Zertifizierung als Fußbehandlungseinrichtung schließt ggfs. bestehende Kooperationen mit Radiologie, Angiologie, Orthopädieschuhmacher/-techniker und Podologie ein.
- Wundversorgung: mindestens 1,5 VK Wundassistenz mit Qualifikation Wundassistent-/in DDG (oder vergleichbarer Qualifikation)
- Mindestens ein Behandlungsraum ausschließlich zur Wundbehandlung

Mindestmerkmale:

- Optimierung der diabetischen Therapie und Stoffwechsellage
- Durchführung von mindestens einer aussagekräftigen Gefäßdiagnostik (bei Verdacht auf Vorliegen einer Makroangiopathie und vor einer geplanten elektiven Amputation an Fuß/Bein)
 - Duplex Sonographie des gesamten Beines, - Becken- Bein Angiographie - MRT / CT- Angiographie
- Möglichkeit zur Durchführung einer Gefäßintervention durch PTA und / oder Bypasschirurgie im Haus oder im Rahmen einer Kooperation.
- Dokumentation einer strukturierten Wundbehandlung (inkl. verpflichtender Fotodokumentation)
- Regelmäßige (mindestens dreimal pro Woche) Wundkontrolle
- Regelmäßige Verbandswechsel
- Umfassende wund- und patientenangepasste Entlastung/Ruhigstellung der Wunde mit indizierter orthopädie(schuh)techn. Ruhigstellung/Entlastung der Wunde.
- Wöchentliche Teambesprechung
- Umfassendes Entlassmanagement (Pflege / Sozialdienst) mit z.B. Pflegeüberleitung, Kurzzeitpflege, nachstationärer Versorgung, wenn erforderlich.

=> Leider noch nicht eingereicht aufgrund fehlender Stellungnahmen anderer Fachgesellschaften

Komplikation/Manifestation „Hypoglykämien“

U69.7-! Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe des Schweregrades einer Hypoglykämie oder des Vorliegens einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung

Die Schlüsselnummern U69.70!, U69.71!, U69.72! und U69.74! sind nur bei Jugendlichen und Erwachsenen (13 Jahre und älter) anzugeben.

Fremdhilfe liegt vor, wenn eine Person aufgrund der durch Hypoglykämie bedingten Bewusstseinsbeschränkung nicht mehr in der Lage ist, selbstständig Maßnahmen zur Beendigung der Hypoglykämie durchzuführen, und deshalb auf die Unterstützung durch An-/Zugehörige oder medizinisches Personal angewiesen ist. Fremdhilfe beinhaltet neben der Gabe von Glukose i.v., Glukagon i.m., s.c. oder nasal auch die durch die unterstützende Person durchgeführte orale Zufuhr von Glukose. Rezidivierende Hypoglykämien sind definiert als Hypoglykämien mit einer Häufigkeit von 3 oder mehr hypoglykämischen Ereignissen (Blutzucker von 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l und weniger) innerhalb von 5 Tagen.

Benutze die sekundären Schlüsselnummern U69.70!-U69.74!, um bei Diabetes mellitus ([E10-E14](#)) den Schweregrad der Hypoglykämie oder das Vorliegen einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung anzugeben.

Benutze die sekundären Schlüsselnummern U69.70!, U69.71! und U69.72!, um bei anderen Zuständen, die mit einer Hypoglykämie einhergehen, den Schweregrad der Hypoglykämie anzugeben.

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

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

- Hypoglykämie = BZ-Wert \leq 60mg/dl
- Schwere Hypoglykämie = mit Fremdhilfe
Fremdhilfe = Bewusstseinsbeschränkung, keine selbständige Einnahme von Glukose möglich
-> An- und Zugehörige sind extra benannt; Fremdhilfe gilt somit nicht ausschließlich durch medizinisches Personal, sondern generell
- rezidivierend = 3 oder mehr Hypos innerhalb von 5 Tagen
- Hypowahrnehmungsstörung = unbemerkte rezidivierende Hypos (lt. obiger Definition)

Neuer ICD-Code

- anzuhängen an

E1x.6x bzw. E1x.7x

Komplikation/Manifestation „Hypoglykämien“

Daraus ergeben sich verschiedene Fragen / Konfliktstoffe:

- Ignorieren von sog. symptomatischen Hypos mit Werten zwischen 60 und 80 mg/dl?
-> JA
- Umfasst Fremdhilfe auch Erinnern, Versorgen ...?
-> nur bei „Bewusstseinsbeschränkung“
- Kodierung nur bei Nachweis Hypos während des stationären Aufenthalts oder bereits im Vorfeld (da ggf. aufnahmebegründend) ?
 - unbedingt anamnestische Hypos berücksichtigen; DK bezieht CGM/FGM-Nachweise vor Aufnahme in Kodierung mit ein
 - auch Hypowahrnehmung bei dezidiertem Anmelden / Erwähnung durch Einweiser
- Dokumentierte Hypowahrnehmungsproblematik ohne Werte/Häufigkeit i.S. der neuen Vorgaben? -> JA

	Jan 24	2023	2022	2021	2020	2019
	in %	in %	in %	in %	in %	in %
Hypoglykämie	56%	52%	72%	71%	70%	70%

=> Wird der MD nun die Hypoglykämien (als !-Diagnose) als Komplikation anerkennen?

„Hypoglykämien“ ab 2023 – MD

- in den KDE des MD werden weiterhin die Hypoglykämien nicht als (Organ)-Komplikation gesehen (s. KDE 578, 579 ...)
 - es gibt allerdings Gutachter, die die Hypo-**Wahrnehmungsstörung** (U69.74) als Komplikation anerkennen
- è bei (unbemerkten) Hypos während des stationären AFH diesen Code zusätzlich zum „normalen“ Hypocode verwenden bzw. bei Erwähnung in Anamnese, Anmeldung (Checkliste) und z.B. Teilnahme an Schulung zur Hypowahrnehmung
- Fast alle Kassen erkennen im Falldialog oder EV die Hypos als Komplikation an

Kodierempfehlung Nr. 578

Schlagwort:	Diabetes, Hypoglykämie, Komplikation, Manifestation
Erstellt:	2017-04-03
Aktualisiert:	2024-01-01
DRG:	.
ICD:	E11.91
UFS:	

Problem/Erläuterung:

Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 wird bei intensivierter konventioneller Insulintherapie aufgrund zuletzt rezidivierender und symptomatischer Hypoglykämien mit erneut symptomatischer Hypoglykämie stationär aufgenommen (Blutzucker bei Aufnahme 30 mg/dl). Weitere Komplikationen des Diabetes sind nicht bekannt. Im Verlauf werden mehrfach Blutzuckerwerte < 50 mg/dl erfasst, die Insulindosis wird mehrfach angepasst. Wie sind Haupt- und Nebendiagnose zu kodieren?

Kodierempfehlung:

HD: E11.91 Diabetes mellitus, Typ 2, ohne Komplikationen, als entgeltlich bezeichnet ist als Hauptdiagnose zuzuweisen. ND: keine Die Behandlung der Grunderkrankung, hier Diabetes mellitus Typ 2, mit der Entgleisung des Stoffwechsels hat den stationären Aufenthalt hauptsächlich verursacht. Die rezidivierenden arzneimittelinduzierten Hypoglykämien im Rahmen der intensivierten Insulintherapie vor Aufnahme ins Krankenhaus und während des stationären Aufenthaltes sind als Stoffwechsellentgleisung/ dekomensation zu werten. Eine (Organ-)Komplikation des Diabetes mellitus liegt nicht vor. Die Regelung der DKR D0101, 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. Für Fälle ab 2023 ist ein Kode aus U69.7-! Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe des Schweregrades einer Hypoglykämie, des Vorliegens einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung oder einer Insulinresistenz anzugeben. Siehe auch Kodierempfehlungen 9, 35, 56, 170, 408, 458, 579 und 600.

Streitfall „Hypoglykämien“

- Die Korrektheit der Kodierung der Hypoglykämien ist von einer Reihe von Sozialgerichten (BW) und einer Vielzahl von übereinstimmenden gerichtlichen Sachverständigen-Gutachten bestätigt worden.
 - L 11 KR 1649/17
 - S 12 KR 2683/13
 - S9 KR 2272/19
- Kaum eine Kasse erkennt daraufhin (spätestens bei Drohen mit Klage bis 2022 oder jetzt im EV) die Hypoglykämien nicht an -> Klagen in der Vergangenheit haben sich gelohnt
- Nach Revisionseinreichung der Kasse nach positivem SG-Urteil wurde diese vom LSG abgewiesen; die Kasse legte eine Nicht-Zulassungsbeschwerde vor dem Bundessozialgericht ein (2/2021). Das BSG hat nach Stellungnahme der Diabetes-Klinik Bad Mergentheim die Nicht-Zulassungsbeschwerde abgelehnt.

=> Hypos sind damit abschließend gerichtlich geklärt
- Bei weiterhin stringenter Kodierung der Hypos könnte dies ggf. relevante Inek-Effekte nach sich ziehen: „Kostentrenner“ für K60E, Begründung längerer Verweildauern oder der stationären Behandlungsnotwendigkeit, Diabetes mit Hypoproblematik keine Hybrid-DRG usw.

„Hypoglykämien“ ab 2023 – Kodierbeispiele

a) Patient Typ 1 mit 2 stationären Hypoglykämien, keine weiteren Kompl./Manif.

HD = E10.61

ND = E10.61+U69.70!

b) Patient Typ 2 mit rez. Hypos, entgleist . Daneben diab. Retinopathie

HD = E11.73

ND = E11.73+U69.71!, E11.73+H36.0*

c) Patient Typ 2 mit DFS, entgleist, mehrere Komplikationen und Hypos lt. CGM-Protokoll vorstationär

HD = E11.75

ND = E11.75+G63.2*, E11.75+I79.2*, E11.75+ U69.70! ...

d) Kind Typ1, 12 Jahre alt mit stationären Hypos

HD = E10.61

e) Patientin Typ1, angemeldet mit Hypowahrnehmungsproblematik und in Sonderschulungsgruppe, vorbekannte diab. Retinopathie, stationär keine Hypoglykämien < 60

HD = E10.73

ND = E10.73+U69.74! , E10.73+H36.0*

Insulinresistenz U69.75!

- Ab 2024 ist der neue Code für Insulinresistenz bei Typ1 DM (ab 18 Jahre) kodierbar:

U69.75! Insulinresistenz bei Diabetes mellitus, Typ 1, bei Personen von 18 Jahren und älter
Insulinbedarf von 1 IE/kg Körpergewicht pro Tag oder mehr, bei laborchemisch nachgewiesenem Insulinmangel
(C- Peptid negativ).

- zu verwenden bei o.a. Insulinbedarf und bei sog. „Doppeldiabetes“
- Als eigene Manifestation zu zählen und bei Vorliegen einer weiteren Komplikation (Hypo/-wahrnehmungsprobleme, Retinopathie, PNP) zur Hauptdiagnose E10.7x führend
- Insulinbedarf gut dokumentieren, auch Maßnahmen (z.B. „Hafertage“) ; begründet evtl. auch verlängerte Verweildauer
- Bei Nachweis immer kodieren; könnte zukünftig auch CCL-relevant (durch Inek-Kalkulation) werden und ggf. direkt in K60E führen

Multimodale Komplexbehandlung Diabetes Mellitus 8-984.3x

Strukturmerkmale:

- Multimodales Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung
- 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

Nachweis beim MD (7/2021 für 2022 und 2023, sowie 2023 für 2024/25):

- Dienstpläne (DK: 3 Monate) der geforderten Fachärzte
-> Urlaubs- und Dienstplan aller Stationen war ausreichend
- Facharzt-Nachweise, Stundenumfang lt. Vertrag.
- kein Problem bei Nachweis Behandlungsleitung (Chefarzt + Vertretung lt. Dienstplan)
- Muster-Stundenpläne (Spezialkurse)
-> komplikationslos und schnell

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

- Right-Coding statt Up-Coding
-> gute Dokumentation, Belege, klare interne Kodiervorgaben
- Mehrere *-ND bei HD „DM mit multiplen Komplikationen“ bzw. Hypoglykämie als !-Code
-> Prüfsysteme der Kassen, Nachvollziehbarkeit im EV
- Kurzlieger vermeiden (< 3 Tage)
-> Gefahr primäre Fehlbelegung; gute Dokumentation, Entlassart „gegen ärztlichen Rat“, Kompromiss mit Kasse suchen
- Bei Zweifeln und unklaren Fällen „bessere“ Kodierung wählen, Begründung dokumentieren, Falldialog anbieten und kompromissbereit sein
- VwD-Überschreitungen vermeiden
 - gute Dokumentation, interne Regeln zur medizinischen Entlassentscheidung
 - regelmäßiges Monitoring der Verweildauer nach Patientengruppen (Pumpe, Fuß)
 - Ggf. Ursachenforschung (Warten auf Konsile/Verlegungen ? Probleme bei Pumpenstart ?)

Falldialog vs. MD-Prüfung / Erörterungsverfahren

- Standard-Prüffall: K60E/F = Komplikationen des Diabetes als HD
-> trotz absolut geringer Prüfquote deshalb schlechte „Positivquote“ durch Nichtanerkennung von Hypos und Diabetesleber durch den MD
-> Strafzahlung 50% und erhöhte Prüfquote (von den Kassen nicht ausgeschöpft)
- Seit 2022 vermehrt VwD-Prüfung (OGVD K60F=12 Tage)
-> oft nur 1 Tag strittig und nicht begründbar bzw. nicht anerkannt (z.B. 1. Tag bei Pumpenneueinstellung)
- Kassen können/wollen inhaltlich nicht EV führen und geben entweder Zweitgutachten beim MD in Auftrag oder beharren auf MD-Erstgutachten

DESHALB:

- Angebot von Falldialogen (VwD, Begleitpersonen) und hier Abschluß meist im Kompromiß oder zugunsten DK -> keine Strafzahlung, kein Unterlagenversand
- Nach jahrelangen Verhandlungen (Paketlösungen Altfälle, SG-Urteile) erkennen fast alle Kassen die Hypoglykämien an; Fälle werden entweder gar nicht geprüft oder im Falldialog sofort anerkannt. Im EV zwar ebenso, aber hier ist bereits Aufwand durch die MD-Prüfung entstanden und die MD-Abschlußquote wird negativ beeinflusst
- Auch finanziell bietet das Prüfverfahren meist keinen Vorteil, da viele Kassen bei Einigung im EV zwar auf Strafzahlung verzichten, wir aber dann auch auf Aufwandspauschale

Konsens mit vielen Krankenkassen bei der Anerkennung von Komplikationen :

- Retinopathie / Katarakt bei Vorliegen entsprechender (Vor-)Befunde – Augenärztlich !
- paVK
- PNP / Erektile Dysfunktion (oft wird ED als Form der PNP gewertet)
- Diabetesleber bei Vorliegen von spezif. Sono-Befund und Diabetesdauer > 5 Jahre
-> zunehmend weniger anerkannt; SG-Verfahren bei „sicherem“ Fall geplant
- Nephropathie bei entspr. Laborwerten und Diabetesdauer > 5 Jahre
- Arthropathie (Frozen Shoulder / Madonnenhände) teilweise
- Hypoglykämien unter 60 mg/dl (bis 2022 auch unter 70 mg/dl)
 - Vorhandensein wird nicht in Frage gestellt
 - Erwägung, Hypos von Schiedsstelle entscheiden zu lassen, wurde verworfen (unsicherer Ausgang). BSG negierte „grundsätzliche Bedeutung“
 - leider erkennt MD Hypo weiter nicht an, da keine „Organ-Komplikation“, interessanterweise aber öfter die Hypowahrnehmungsstörung
 - Wird interessant, wie künftig mit der Insulinresistenz verfahren wird ...

Sozialgericht

- der Gang vors Sozialgericht in der Vergangenheit hat sich für die DK gelohnt
 - Trotz hoher Gerichts-und Anwaltskosten (im Vergleich zum Streitwert) bei der Klärung der Grundsatzfrage Anerkennung der Hypoglykämien als Komplikation
 - 2 Landessozialgerichtsurteile mit hoher Wirkung (Fallzahlen) bis heute
 - Insgesamt mehr als 150 Fälle mit dieser Thematik, alle pro DK/Hypo mit Urteil oder Anerkenntnis Kasse
- Ist man als „klagebereit“ bekannt, lösen sich Altfälle und auch aktuelle Fälle gut im EV oder Falldialog, da auch die Kassen ein SG-Verfahren eher scheuen
- Alle Fälle bis 2022 deshalb im Konsens gelöst, keine „Ausstände“ aus Altfällen zur HD-Problematik mehr
- Ausgang T79.3-Fälle hingegen nun (zweitinstanzlich) negativ; somit auch alle Fälle mit gleicher Thematik abgeschlossen
- Da seit 2023 die Kasse im Streitfall nach erfolglosem EV klagen muss ist die Bereitschaft für Kompromisse seitens Kasse weiterhin hoch ; auch auf Klinikseite werden unsichere Fälle eher geeint und (gerade bei VwD-Fällen) Kompromisse gesucht
- Klage geplant bei Retinopathie und Diabetesleber
 - > bisher kein „sicherer Fall“ (= auch 2. Komplikation absolut gerichtsfest), meist erledigt i.R. Altfall-Paketlösungen
 - > besser: Schiedsstelle ?
- Bisher keine Klagen seitens Kasse für Fälle ab 2022

Prüfwesen seit 2023

- weniger (aufwändige) Erörterungsverfahren als erwartet
 - Unterschiedliche Vorgaben je nach Kasse (verpflichtender Unterlagenversand, verpflichtende Dokumentationsbögen ...)
 - meistens jetzt pragmatisch gelöst mittels Verzicht auf Unterlagen (Hypo-Fälle) oder aufwandsarme Übermittlung via Cryptshare; bei Einigung im EV Verzicht auf Dokubogen, §301-Nachricht genügt
 - Unterlagenversand über MD ab 2024
- Unterschiedliche Handhabung Strafzahlung (Verzicht ?) und AWP
-> Absprachen nur im „Gleichgewicht“
- Keine vermehrten kompletten Rechnungsabweisungen (wie befürchtet)
 - Meist wegen OP-Datum oder ZE-Corona, Begleitperson
 - Versuch, per MBEG oder mit kompletter Rechnungsabweisung eine Rechnungsneustellung (mit geänderter HD) zu „erzwingen“
-> Standardhinweis auf Falldialog oder Prüfverfahren
- Bisher keine Fälle im Dissens nach EV
 - Leider keine nachträgliche Korrektur der Prüfquote/Abschlussquote
 - Meist keine Abrechnung der AWP (wenn auch Kasse auf Strafzahlung verzichtet)
- Keine unrechtmäßige Erhebung Strafzahlung seitens Kasse
 - Nur wenige Widersprüche (2) ; meist Berechnung zurückgestellt und erst nach Klarstellung BSG (Beauftragung des MD = Stichdatum) erhoben
 - Höhe korrekt berechnet

BSG-Urteil zur Hauptdiagnose

- Auslegung der DKR D002f – Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes
Liegen bei Aufnahme ins Krankenhaus mehrere Leiden objektiv vor, die stationär
behandlungsbedürftig sind, sind diese zur Bestimmung der Hauptdiagnose nach dem
Grad ihres Ressourcenverbrauchs zu gewichten. Der höhere Ressourcenverbrauch
bestimmt die Hauptdiagnose. Das gilt unabhängig davon, welche Leiden bei der
Aufnahmeuntersuchung erkannt wurden oder erkennbar waren.
BSG, Urteil vom 29.08.2023, Az.: **B 1 KR 25/22 R**
„... Dabei hat nach Auffassung des BSG eine objektive Betrachtungsweise zu erfolgen,
die ex-post anzustellen ist.“
Quelle: DGfM-Rechtstipp RA Mohr
- Auswirkung auf Diabetesklinik:
Es ist unerheblich, welche Manifestationen/Komplikationen bei Aufnahme bereits bekannt
waren -> ausschlaggebend sind die zur Entlassung festgestellten und dokumentierten
- Untermauert die Praxis, dass aus Aufnahme-HD E10.90 zur Entlassung dann E10.73 wird
oder Aufnahme-HD Wunde, Entlass-HD E11.75
- Untermauert u.E. auch Argument bei primärem Fehlbelegungsverwurf, dass die Ex-Post-
Sicht anzuwenden ist und nicht nur die Ex-Ante-Sicht

Tagesbehandlung im Krankenhaus

- Empfehlung der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens“ vorgelegt, Einführung ab 1.1.2023
- Krankenhäusern wird gestattet, „sämtliche bislang vollstationär erbrachten Behandlungen als Tagesbehandlungen durchzuführen, soweit dies medizinisch vertretbar ist“.
- Abrechnung über DRG-Fallpauschalen mit Minderung um 0,04 Punkte des RG pro Nacht (rund 150 Euro)
- Nur im Einvernehmen mit Patienten möglich -> Einverständniserklärung
- Patient muss mindestens 6 Stunden im Krankenhaus sein. In dieser Zeit müssen überwiegend medizinische oder pflegerische Maßnahmen durchgeführt worden sein (Dokumentation!).

FAZIT DK

- Keine tagesstationäre Behandlung in 2023 (und 2024 bisher) umgesetzt
- Kein Wunsch/Bedarf der Patienten (70% kommen aus 100 km und mehr Entfernung)
- Eher i.R. der Beurlaubung gelöst
- Finanziell nicht attraktiv für KH, keine Entlastung bei PPUGV, Haftungsfrage !

Übergangspflege

- Seit 2022 theoretisch abrechenbar (LV BaWue erst in 10/2022 aktualisiert)
- Max. 10 Tage zum festen Tagessatz (s.u.) , inklusive Pflege
-> Anrechenbarkeit auf PPUG
- Nachweis erfolgloser Bemühung über Suche nach Pflegeplatz notwendig
- Im Falle einer MD-Prüfung:
Langliegerzuschlag vs. Übergangspflege ?

Für Aufnahmen ab dem 01.01.2024 gilt:

- Tagespauschale in Höhe von 244,75 EUR für Versicherte, die im Anschluss an die stationäre Krankenhausbehandlung Pflegeleistungen erhalten. Darin sind Pflegepersonalkosten in Höhe von 127,74 EUR enthalten.
- Tagespauschale in Höhe von 278,57 EUR für Versicherte, die im Anschluss an die stationäre Krankenhausbehandlung Leistungen der medizinischen Reha erhalten. Darin sind Pflegepersonalkosten in Höhe von 127,74 EUR enthalten.
- Tagespauschale in Höhe von 198,59 EUR für Leistungen im Bereich BPfIV

Darüber hinaus wurde sich darauf verständigt, dass für Aufnahmen ab dem 01.01.2025 die Tagespauschalen um die dann geltende Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB gesteigert werden. Das umfasst auch die Höhe der Pflegepersonalkosten.

- In DK nicht verwirklicht, bisher nicht abgerechnet

Ambulantisierungspotential K60F ?

- Sowohl das IGES-Gutachten zum Ambulantisierungspotential bei Operationen, als auch generell das DKI mit einem Prüfauftrag bzgl. des Ambulantisierungspotentials bei K60F legen auch bei Diabetesbehandlung nahe: eine (teilweise) Ambulantisierung ist nicht aufzuhalten!
- DKI-Anfrage bei der DDG
 - In Experten-Interviews wurden die massiven Probleme dieser heterogenen DRG K60F geschildert (z.B. Insulin-Ersteinstellung, Pumpen-Neueinstellung, Hypoproblematik)
 - K60F bedeutet lediglich, dass keine Folgeerkrankungen vorliegen; psychologische oder Complianceprobleme und Aufwändigkeit der Insulin-/Pumpeneinstellung werden gar nicht abgebildet

ABER: Einführung der Hybrid-DRGs schleppend, nur wenige DRGs und Fokus auf 1-Tagesfälle / Kurzlieger-DRGs

- OGVD bei der K60F wurde von 12 auf 13 Tage sogar in 2024 wieder gesteigert
- Prüfung Potential für tagesstationäre oder ambulante Behandlungen (z.B. Pumpeneinstellung), ggf. telemedizinisch
- Stationäre Behandlungsnotwendigkeit vs. Ambulante Möglichkeiten/Ressourcen
- Kooperation mit Schwerpunktzentren (telekonsiliarisch)

Primäre Fehlbelegung ?

- **DMP-A-RL (1.10.2023), Anlage 1 (DM Typ2) bzw. Anlage 7 (Typ1)**
https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3267/DMP-A-RL_2023-07-20_iK-2023-10-01.pdf

Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen insbesondere bei:

- Notfallindikation, bedrohlichen Stoffwechselstörungen
- DFS mit Infektion, Komplikation oder Wunde
- ketoazidotischer Erstmanifestation oder ambulant nicht rasch korrigierbarer Ketose (DM 1)
- ggf. zur Mitbehandlung von Begleit- und Folgekrankheiten des DM Typ2/ Typ1
- Prüfung bei Nicht-Erreichen des in Abhängigkeit vom Therapieziel individuell festgelegten HbA1c-Zielwertes nach spätestens 12 Monaten ambulanter Behandlung (DM Typ2)
- Prüfen bei Nichterreichen des HbA1c-Zielwertes (in der Regel $\leq 7,5$ % bzw. 58 mmol/mol, ...) nach in der Regel sechs Monaten (spätestens neun Monaten) Behandlungsdauer (DM Typ1)
- Abklärung nach schweren Hypoglykämien oder Ketoazidosen (DM Typ1)
- Kindern und Jugendlichen mit neu diagnostiziertem DM Typ 1 beziehungsweise bei schwerwiegenden Behandlungsproblemen
- ggf. zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie (DMT1)
- ggf. zur Durchführung eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms (DMT1)
- ggf. zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie (CSII) (DMT1)

→ **Checkliste für Einweiser mit Prüfung der Kriterien / Voraussetzungen**

= ggf. Nachweis für MD

Fehlbelegung

- Genaue Prüfung im Vorfeld ob Aufnahmenotwendigkeit besteht
-> Checkliste, Nachfrage Einweiser / Patient
Link zur Checkliste DK: https://www.diabetes-klinik-mergentheim.de/fileadmin/redakteure/downloads/checklisten/Checkliste_fuer_die_Einweisung.pdf
- Problem und Rechtsunsicherheit:
die DMP-Indikation für stationäre Behandlung erfordert in einer steigenden Anzahl von Fällen eben nicht die nach SGB V vorausgesetzten „besonderen Mittel des Krankenhauses“ bzw. stehen in Widerspruch zu neuen Ambulantisierungs-Bestrebungen!
- Grund für stationäre Aufnahme / Einweisung ist oft Mangel an ambulanten Ressourcen, technologischem Knowhow in den diabetologischen Schwerpunktpraxen
-> z.B. Pumpeneinstellungen im AID-Modus
- Auch Mangel an ambulanter psychotherapeutischer Versorgung spielt eine Rolle
- großes Potential für stationäre Diabetologie mit stärkerer Vernetzung ambulanter / stationärer Sektor
- Einbindung / Abrechenbarkeit von Telemedizin auch im stationären Bereich?
- DK: kaum Probleme primäre Fehlbelegungsprüfungen; nur bei rascher (Wieder)Aufnahme in kurzem Abstand, z.B. nach Corona-Infektion

AOP-Katalog und DFS

- AOP-Katalog listet eine Reihe von diabetischen Fuß-OPs auf, die keine stationäre Leistung sind, z.B.

Abschnitt 1: Leistungen gemäß § 115 b SGB V aus Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM		
Die Zuordnung der jeweils zutreffenden EDM-Leistung erfolgt laut gültigem Anhang 2 des EBM.		
OPS-Kode 2023	Zusatzkennzeichen 2023(1)	OPS-Text 2023
5-780.6v	<>	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch; Debridement; Metatarsale
5-780.7v	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch; Sequenzextremities; Metatarsale
5-788.00	<>	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes; Resektion (Exostose); Os metatarsale I
5-788.00	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes; Resektion (Exostose); Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale
5-808.b0	↔	Offen chirurgische Arthrodesen; Zehengelenk; Großzehengrundgelenk
5-809.0q	↔	Andere Gelenkoperationen; Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch; Metatarsophalangealgelenk
5-810.2k	<>	Arthroskopische Gelenkoperationen; Gelenkmobilisation (Arthrolyse); Oberes Sprunggelenk
5-810.4k	↔	Arthroskopische Gelenkoperationen; Entfernung freier Gelenkkörper; Oberes Sprunggelenk
5-811.2k	<>	Arthroskopische Operation an der Synovialis; Synovektomie, partiell; Oberes Sprunggelenk
5-851.1a	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie; Tenotomie, offen chirurgisch; Fuß
5-852.09	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie; Exzision einer Sehne, partiell; Unterschenkel
5-852.0i	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie; Exzision einer Sehne, partiell; Fuß
5-852.1a	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie; Exzision einer Sehne, total; Fuß
5-865.7	<>	Amputation und Exartikulation Fuß; Zehenamputation
5-902.4g	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle; Spalthaut, großflächig; Fuß

AOP-Katalog und DFS

- Nach unserem Stand und Auskunft BWKG gilt der AOP-Katalog mit seinen Kriterien nur, wenn stationäre Behandlung ausschließlich wg. einer der AOP-OPs stattfindet und VwD ≤ 1 Tag
- Wenn aber grundsätzlich stationäre Behandlung von z.B. DFS erfolgt und dabei Erbringung einer der AOP-OPs, dann gelten die AOP-Katalog-Vorgaben nicht
- In 2023 wurden in DK mehrere Patienten abgerechnet, die während eines regulären stationären AFH (HD E1x.75 und VwD > 3 Tage) einen der OPS-Codes durchgeführt und abgerechnet hatten
-> keinerlei Abrechnungsprobleme / Rückfragen
- Die technische Umsetzung für Abrechnung von Hybrid-DRG ist weder bei KK noch KIS-Anbietern schon sicher gegeben, eine vorläufige Rechnungsstellung an KK sei jetzt bereits möglich. Die meisten Kliniken warten angeblich mit Start der Abrechnung bis 1.5.2024

Hybrid-DRG beim „Diabetischen Fuß“

Weniger komplexer Eingriff am Fuß (I20-K57)

5-780.0v↔	Explor Knochengew, sept u asept, Metatars	5-800.5q↔	Offen chirurgische Synovialektomie, total, MetatPhalGel
5-780.0w↔	Explor Knochengew, sept u asept, Phalang Fuß	5-800.6q↔	Off chir GelenkMob [Arthrolys], MetatPhalGel
5-780.1v↔	Knochenbohrung, septisch und aseptisch, Metatarsale	5-808.b0↔	Off chir Arthrd: Zehengelenk: Großzehengrundgelenk
5-780.1w↔	Knochenbohrung, septisch und aseptisch, Phalang Fuß	5-808.b1↔	Off chir Arthrd: Zehengelenk: Großzehenendgelenk
5-780.6v↔	Debridement an Metatarsalen, septisch und aseptisch	5-808.b2↔	Off chir Arthrd: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 1 Gelenk
5-780.6w↔	Debridement Phalang Fuß, septisch und aseptisch	5-808.b3↔	Off chir Arthrd: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 2 Gelenke
5-780.xv↔	Sonstige Inzision Metatars, septisch und aseptisch	5-808.b4↔	Off chir Arthrd: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 3 Gelenke
5-788.0-	Op a Metatarsale/Phalangen d Fußes: Res (Exostose)	5-808.b5↔	Off chir Arthrd: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 4 Gelenke
5-788.4-	Op Metata/Phal Fußes: Weichteilkorrektur	5-808.bx↔	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Sonstige
5-788.51↔	Osteotomie: Os metatarsale I, Doppelosteotomie	5-809.1m↔	Offen chirurgische Arthrorise, unteres Sprunggelenk
5-788.52↔	Osteotomie: Ossa metatars II bis V, 1 Os metatarsale	5-809.2q↔	Offen chirurgische temporäre Fixation MetatPhalGel
5-788.56↔	Fuß: Osteotomie: Digitus I	5-809.2r↔	Offen chirurgische temporäre Fixation Gelenk, Zehengelenk
5-788.5c↔	Fuß: Osteotomie: Os metatarsale I, distal	5-809.xm↔	Sonstige Gelenkoperationen: Unteres Sprunggelenk
5-788.5e↔	Fuß: Osteotomie: Os metatarsale I, mehrdimensional	5-809.xq↔	Sonstige Gelenkoperationen: Metatarsophalangealgelenk
5-788.5x↔	Fuß: Osteotomie: Sonstige	5-809.xr↔	Sonstige Gelenkoperationen: Zehengelenk
5-788.61↔	Arthroplast: Metatarsophalangealgel 2 bis 5, 1 Gelenk	5-811.2k↔	Arthroskopische Synovektomie, partiell, ob SG
5-788.6x↔	Fuß: Arthroplastik: Sonstige	5-811.xk↔	Sonst arthrosk OP Synov, ob SG
5-788.x↔	Sonst OP Metatars u Phalang Fuß	5-819.xq↔	Sonstige arthroskopische Operationen, MetatPhalGel
5-788.y	OP Metatars u Phalang Fuß, nnbez	5-819.xr↔	Sonstige arthroskopische Operationen, Zehengelenk
5-789.xv↔	Andere Operationen Knochen: Sonstige: Metatarsale	5-851.1a↔	Tenotomie, offen chirurgisch, Fuß
5-789.xw↔	Andere Operationen Knochen: Sonstige: Phalangen Fuß	5-851.2a↔	Tenotomie, perkutan, Fuß
5-790.0v↔	Geschl Repo Fx od EpiphLös OSy d Schr, Metatars	5-851.xa↔	Sonst Durchtren Musk, Sehne u Fasz, Fuß
5-790.xv↔	So geschl Repo Fx od EpiphLös OSy, Metatars	5-855.19↔	Nahl einer Sehne, primär, Unterschenkel
5-795.xv↔	Sonst off Repo einf Fx Metatarsale	5-859.1a↔	Totale Resektion eines Schleimbeutels, Fuß
5-800.0r↔	Offen chirurgische Arthrotomie, ZehenGelenk	5-859.xa↔	Sonst OP Musk, Sehnen, Fasz u Schleimbeut, Fuß
5-800.3r↔	Off chir Debrid Gelenk, ZehenGel		

aG-DRG-Version 2024 Definitionshandbuch Tabelle für Übergang I20F/M, I20E/N

Hybrid-DRG bei DFS

I20N	Hybrid-DRG der DRG I20E	1.072,95 €
I20M	Hybrid-DRG der DRG I20F	909,25 €

- Prüfung, ob Durchführung OP/Maßnahme i.R. eines regulären stationären Aufenthalts ?
Standard: F21E, Erlös rund 4000 Euro (VwD 6 Tage)
- Prüfung, ob statt oder zusätzlich zu vorstationärem Termin direkt Durchführung der Maßnahme und Abrechnung Hybrid-DRG ohne anschließende stationäre Behandlung
-> Vergütung höher als vorstationäre Pauschale (147 Euro)
- Interessant, wenn Leistung nicht (mehr) im Krankenhaus angeboten bzw. standardmäßig vom MD geprüft wurde

Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG)

- Problem PPUGV im Bereich Diabetesbehandlung:
 - Endokrinologie/Diabetologie ist der Fachabteilung INN (Innere Medizin) zugeordnet
 - Somit gelten sämtliche Vorgaben / Pflegepersonal der Inneren auch für dieses oft wenig pflegeintensive Patientenklientel
 - Diabetologie hat einen anderen Schweregrad als allgemeine Innere Medizin, diese Patientengruppe weniger Pflege am Bett, vermehrt Betreuung durch Diabetesberater und andere Berufsgruppen
- Gegen diese Zuordnung hat bereits 2021 eine Klinik Klage erhoben; die Unrechtmäßigkeit ist 2022 zwar bereits bestätigt worden (S9 KR 2984/21), aber das Inek hat Berufung eingelegt
- Am 12.12.2023 hat das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg durch Urteil (L 5 KR 3223/22) diese Berufung zurückgewiesen.
Die Ausweisung pflegesensitiver Bereiche ist demnach rechtswidrig, weil die Rechtsverordnung entgegen dem Gesetzeswortlaut des § 137i SGB V auf eine Differenzierung nach Schweregradgruppen verzichtet....
- Empfehlung:
Widerspruch gegen zukünftige (noch nicht bestandskräftige) Verwaltungsakte des InEK zu PpUG einlegen, weil Krankenhäuser mit Schwerpunkt Behandlung von Patienten mit Hauptdiagnose Diabetes mellitus durch diese Bescheide negativ belastet werden

Leistungsgruppen / Krankenhausreform

- Obwohl ähnlich wie die Kriterien zur Erbringung der Strukturmerkmale Komplexbehandlung DM könnten die Vorgaben der Leistungsgruppen-Qualitätskriterien auch Fachzentren /-kliniken im Zuge des Fachkräftemangels in Schwierigkeiten bringen
- Dürften DFS-Patienten überhaupt noch behandelt werden, wenn Vorgaben zur LG allg. Chirurgie / Viszeralchirurgie nicht erfüllt werden ?
- Problematik Konkordanz DRG /Leistungsgruppen; Berücksichtigung sämtlicher OPS
- Steigende Anzahl von Patienten MIT Diabetes im Krankenhaus vs. sinkende Anzahl von Patienten WEGEN Diabetes im Krankenhaus ?
- Zentralisierung auf einige wenige Zentren ?

2	Endokrinologie und Diabetologie	2.1	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	RB	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA Geburt Innere Medizin FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie Alternativ: FA Kinder- und Jugendmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie	3 FA (VZA) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 Davon mind. 2 FA f. Innere Med. u. End. u. Diabet., dritter FA kann aus dem Gebiet der Inneren Med. sein. Alternativ: 3 FA (VZA) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7 Davon mind. 2 FA f. Kinder- u. Jugendmed. mit ZW vorzuziehen, dritter FA kann ein FA f. Kinder- und Jugendmed. sein. Diese Alternative setzt die Vertretung der LG Allg. Kinder- und Jugendmedizin am Standort voraus.	Die personalien Vorgaben richten sich nach der derzeit geltenden Fassung der PsyUV. Die personalien Vorgaben richten sich nach der derzeit geltenden Fassung der PsyUV.	Ernährungsberatung/ Möglichkeit der Ernährungstherapie Interdisziplinäre Fallkonferenzen Psychiatrische, psychosomatische und/oder psychotherapeutische Kompetenz in Kooperation
---	---------------------------------	-----	--	----	----------------------	---	--	--	---	--	--	--

Wichtige Links zum Kodieren:

- Inek (Kodierrichtlinien, Fallpauschalenkatalog ...)
<https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024>
- ICD 2024
<https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2024/index.htm>
- OPS 2024
<https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmlops2024/index.htm>
- ICD Thesaurus (Stichwortsuche)
<https://www.icd-code.de/>
- BfArM (ehem. DIMDI) FAQs zu ICD-10-GM
https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Kodierfragen/_node.html
- SEG IV Kodierempfehlungen
<https://www.mdk.de/kranken-pflegekassen/kodierempfehlungen/>
- Entscheidungen des Schlichtungsausschusses
https://www.g-drg.de/Schlichtungsausschuss_nach_19_KHG/Entscheidungen_des_Schlichtungsausschusses

Weitere Links aus dieser Präsentation:

- https://www.diabetes-klinik-mergentheim.de/fileadmin/redakteure/downloads/checklisten/Checkliste_fuer_die_Einweisung.pdf
= Checkliste zur Einweisung (DK) mit Abfrage Komplikationen
- https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3267/DMP-A-RL_2023-07-20_iK-2023-10-01.pdf
= DMP-Kriterien für stationäre Behandlung
- https://www.mediclass.de/main/classification_1_de.htm
= u.a. Informationen zur komplexen VAC-Therapie
- <https://ag-fuss-ddg.de/die-ddg/arbeitsgemeinschaften/diabetischer-fuss/leitlinien>
= Leitlinien der AG Fuß (DDG)
- https://ag-fuss-ddg.de/fileadmin/user_upload/2022-09_Wound-at-risk-score_W.A.R._german_AG-Fuss.pdf
= Wound at Risk-Score der AG Fuß (DDG)
- https://ag-fuss-ddg.de/fileadmin/user_upload/dus_2023_Praxisempfehlungen_Morbach_Diabetisches-Fusssyndrom.pdf
= Praxisempfehlungen der AG Fuß (DDG)

ICD 11

Übergangspflege

Ambulantisierung

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und
viel Erfolg beim Right-Coding!

HYBRID-DRG

LEISTUNGSGRUPPEN

Vorhaltepauschale