

- Hypo ist Komplikation
- Infektion (N39.0, B35.1) ist Komplikation

S 11 KR 341/12

- SG Hildesheim
- Fall aus 2003
- gerichtl. Gutachten des Sachverständigen

Aus gutachterlicher Sicht ist hier der Klägerin zuzustimmen, wonach die Kodierung der Hauptdiagnose **E11.73 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet** im hier vorliegenden Einzelfalle zutreffend ist.

Zur Begründung ist auf Folgendes hinzuweisen:

1. Auch zwischen den Parteien ist zunächst unstrittig, dass bei der Versicherten ein mit einem Kode aus **E11.-** zu verschlüsselnder Diabetes mellitus Typ II vorlag. Weiter ist unstrittig, dass die Behandlung der Grunderkrankung "Diabetes mellitus" – und nicht die Behandlung einer oder mehrerer Komplikationen – hauptsächlich die stationäre Aufnahme veranlasst hatte.

Für die Kodierung ist gemäß den hier maßgeblichen Deutschen Kodierrichtlinien (Version 2009) (0401h Diabetes mellitus) nun von Bedeutung, wie viele Komplikationen des Diabetes mellitus vorlagen, und ob diese die Nebendiagnosendefinition erfüllten:

2. Bei der Versicherten lag ausweislich der Aufnahmedokumentation vom 02.06.2009 eine bereits im Jahre 2006 mittels Vibratometrie (vibration perception threshold) gesicherte diabetische Polyneuropathie vor. Hierbei handelte es sich um eine "**neurologische Komplikation**" bei Diabetes mellitus im Sinne des ICD-10-GM Version 2009 (E10-E14) (**.4+ Mit neurologischen Komplikationen**).

Diese nachgewiesene "neurologische Komplikation" erfüllte zudem die Nebendiagnosendefinition, da sie im strittigen Zeitraum (zumal bei Vorliegen beidseitiger plantarer Druckstellen) durch die Verordnung langsohliger diabetesadaptierter Weichbettungen nach Formabdruck behandelt wurde. Die diabetische Polyneuropathie hatte somit therapeutische Maßnahmen und einen erhöhten Betreuungsaufwand zur Folge.

3. Ausweislich der ärztlichen Aufnahmedokumentation vom 02.06.2009 war es bei der Versicherten vor stationärer Aufnahme "ganz selten" zu symptomatischen Hypoglykämien gekommen. Die Hypoglykämie-Wahrnehmungsschwelle lag hierbei bei "70-90 mg/dl" (Blatt 3 f. Krankenakte).

Der vorliegenden Dokumentation des Krankenhauses ist desweiteren eine Hypoglykämie von 64 mg/dl am 11.06.2012 um 04:00 Uhr zu entnehmen (Blatt 17 Krankenakte).

Bei dieser im strittigen Zeitraum dokumentierten Hypoglykämie handelte es sich um eine **"sonstige näher bezeichnete Komplikation"** im Sinne des ICD-10-GM Version 2009 (E10-14) (**.6 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen**).

So ist neben der "Diabetischen Arthropathie+", dem "hypoglykämischen Koma" und der "neuropathischen diabetischen Arthropathie+" ausdrücklich auch die **"Hypoglykämie"** als **"sonstige näher bezeichnete Komplikation"** im ICD-10-GM Version 2009 (E10-14) aufgeführt.

In diesem Zusammenhang ist ergänzend auf das Alphabetische Verzeichnis des ICD-10-GM Version 2009 zu verweisen:

Auch hiernach sind sowohl eine "**Insulinbedingte Hypoglykämie** bei Typ-2-Diabetes mellitus", als auch eine (nicht näher definierte) "**Unterzuckerung bei Typ-2-Diabetes mellitus**" mit dem Kode E11.60, d.h. mit ".6 Mit sonstigen ~~näher bezeichneten Komplikationen~~" zu verschlüsseln.

Zusammenfassend besteht somit kein Zweifel daran, dass es sich bei der Hypoglykämie der Versicherten um eine "**sonstige näher bezeichnete Komplikation**" des Diabetes im Sinne des ICD-10-GM Version 2009 handelte.

Diese Komplikation erfüllte die Nebendiagnosendefinition nicht. So hatte die Unterzuckerung weder therapeutische Maßnahmen, noch diagnostische Maßnahmen, noch einen erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand zur Folge.

4. Ausweislich der ärztlichen Aufnahmedokumentation bestand bei der Versicherten ein Zustand nach Operation einer rechtsseitigen diabetischen Katarakt (Blatt 3 f. Krankenakte).

Linsentrübungen (Katarakte) sind bei Diabetikern häufig, und der Diabetes ist, neben dem Alter, einer der wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung einer Katarakt.

[vgl. u.a. Diabetologie in Klinik und Praxis, 5. Auflage. Mehnert H et al, 2003, Thieme Verlag; Seite 544)

Unter der Voraussetzung, dass der behandelnde Arzt (wie hier) einen vorrangigen kausalen Zusammenhang zwischen der Linsentrübung und dem Diabetes sah, ist daher auch die diabetische Katarakt als "**Augenkomplikation**"

des Diabetes im Sinne des ICD-10-GM Version 2009 (E10-14) (.3 **Mit Augenkomplikationen**) zu kodieren, zumal die Katarakt (H28.0*) neben der Retinopathie (H36.0*) dort explizit aufgeführt ist.

Der Umstand, dass die Katarakt bereits operiert war, es sich also definitionsgemäß um einen "Z.n." Katarakt handelte, ist hierfür nach gutachterlicher Einschätzung nicht von Belang, da es sich definitionsgemäß (weiterhin) um einen Diabetes mit bereits eingetretenen Augenkomplikationen handelte.

Die Komplikation "diabetische Katarakt" erfüllte die Nebendiagnosendefinition nicht. So hatte diese Augenkomplikation weder therapeutische Maßnahmen, noch diagnostische Maßnahmen, noch einen erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand zur Folge.

5. Ausweislich der ärztlichen Aufnahmedokumentation bestand bei der Versicherten eine Nagelpilzerkrankung (Onychomykose) der re. Großzehe (Blatt 3 f. Krankenakte). Zudem ergab sich die bei Aufnahme durchgeführte Labordiagnostik Hinweise auf das Vorliegen einer Harnwegsinfektion (Blatt 21 ff. Krankenakte).

Eine diabetische Stoffwechsellage, v.a. aber auch ein unzureichend eingestellter Diabetes, prädisponiert wiederum zur Entwicklung von Infektionen.

So haben ungefähr die Hälfte (46-50%) aller Diabetiker Fußnägelabnormalitäten, von denen wiederum 57-65% auf eine Nagelpilzerkrankung (Onychomykose) zurückzuführen sind (Prävalenz 13-30%).

Auch sind auch Harnwegsinfektionen bei Diabetikern häufiger und scheinen zudem komplizierter zu verlaufen, als bei Nicht-Diabetikern.

[vgl. u.a. Theodore Rosen et al: *Onychomycosis: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment in a Changing Landscape*. J Drugs Dermatol. 2015;14(3):223-228; Pathogenesis and management of bacterial urinary tract infections in adult patients with diabetes mellitus. Hoepelman, Andy I.M. et al.: *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2003; 22(2):35-43]

Unter der Voraussetzung, dass der behandelnde Arzt (wie hier) einen vorrangigen kausalen Zusammenhang zwischen den o.g. Infektionen und dem unzureichend eingestellten Diabetes der Versicherten sah, sind daher auch die Nagelpilzerkrankung und die Harnwegsinfektion als **"sonstige näher bezeichnete Komplikationen"** im Sinne des ICD-10-GM Version 2009 (E10-14) **(.6 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen)** zu verschlüsseln. D
8

Zur Begründung ist wiederum ergänzend auf das Alphabetische Verzeichnis des ICD-10-GM Version 2009 zu verweisen. So ist hiernach ein **"Diabetes mellitus Typ 2 mit Infektion"** (wie er ja auch bei der Versicherten vorlag) mit dem Code E11.60, d.h. mit **".6 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen"** zu kodieren.

Zumindest die Komplikation "Harnwegsinfektion" erfüllte zudem die Nebendiagnosendefinition, da sie vom 04.06.2009 bis zum 08.06.2009 antibiotisch (hier: Mit dem Gyrasehemmer Ciprofloxacin) behandelt wurde. Die Komplikation "Harnwegsinfektion" hatte somit therapeutische Maßnahmen und einen erhöhten Betreuungsaufwand zur Folge.

Die Nagelpilzinfektion hatte demgegenüber weder therapeutische Maßnahmen, noch diagnostische Maßnahmen, noch einen erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand zur Folge.

6. Da die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt wurde und (wie oben ausgeführt) multiple (d.h. > 1) Komplikationen (Manifestationen) des Diabetes mellitus vorlagen, ohne dass die Behandlung einer Manifestation im Vordergrund stand, ist zusammenfassend gemäß den hier maßgeblichen Deutschen Kodierrichtlinien (Version 2009) (Version 2009) (0401h Diabetes mellitus) **E11.-**vierte Stelle ".7" zu kodieren.

Außerdem sind die Codes für die Manifestationen "**diabetische Polyneuropathie**" (hier: **G63.2* Diabetische Polyneuropathie**) und "**Infektion**" (hier: **N39.0 Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet**) anzugeben, da diese (wie bereits ausgeführt) jeweils der Nebendiagnosendefinition entsprachen.

7. In Übereinstimmung mit den Parteien ist zudem in Kenntnis des gesamten Behandlungsverlaufs eine Einstufung des Diabetes als "entgleist" vorzunehmen.

So kam die Versicherte ausdrücklich zur Behandlung (bzw. Neueinstellung) bei "entgleistem" Diabetes zur Aufnahme, nachdem morgens nüchtern Blutzuckerwerte zwischen 174 bis 230 mg/dl, nachmittags Werte bis maximal 370 mg/dl und in der vorliegenden Blutzuckerdokumentation keine normoglykämischen Blutzuckerwerte erfasst waren.

Aus o.g. Gründen ist zusammenfassend folgende Hauptdiagnose zu kodieren:

E11.73 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet

Der (zuletzt vertretenen) Auffassung der Beklagten (wie des MDK), wonach hier die Hauptdiagnose **E11.61 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet** zu kodieren sei, ist daher ausdrücklich zu widersprechen.

Insbesondere ist hier die Argumentation der Beklagten abwegig, wonach es sich bei der Hypoglykämie lediglich um eine "konkretere Bezeichnung für eine Entgleisung des Diabetes mellitus" handelt und diese bereits mit der 5. Stelle des ICD-Codes abgebildet werde.

So mag zwar zutreffen, dass zumindest der (für die Kodierung nicht maßgebliche) Medizinische Dienst der Krankenversicherungen (MDK) oder auch der (für die Kodierung ebenfalls nicht maßgebliche) Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling – zumindest unter bestimmten Bedingungen – auch bei rezidivierenden Unterzuckerungen von einer "Entgleisung" des Diabetes ausgehen.

[vgl. <http://foka.medizincontroller.de>; <http://www.mdk.de/1534.htm>]

Gleichwohl existiert in der Fachliteratur überhaupt keine allgemein gültige Definition des "entgleisten Diabetes mellitus", sodass sich etwa die maßgebliche Deutsche Diabetes Gesellschaft in einer auch von der Klägerin zutreffend zitierten Stellungnahme zur ICD-Kodierung bei Hypoglykämie, Diabetesentgleisungen, multikausalen Bedingungen von Diabetesmanifestationen/-komplikationen den von MDK und FoKA definierten Kriterien ausdrücklich nicht anschließt.

So erscheine es "nicht sinnvoll, die Stoffwechseldekompensation ("Entgleisung"), unter der intuitiv ein nicht ausreichend kontrollierter Diabetes verstanden wird, mit Hypoglykämien zu vermischen, für die es eine eigenständige Diagnosekategorie gibt".

[vgl. Stellungnahme der Deutschen Diabetes Gesellschaft zur ICD-Kodierung bei Hypoglykämie, Diabetesentgleisungen, multikausalen Bedingungen von Diabetesmanifestationen/-komplikationen; www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/]

Bei dieser Stellungnahme der einschlägigen medizinischen Fachgesellschaft, der Deutschen Diabetes-Gesellschaft, handelt es sich nach gutachterlicher Auffassung auch keineswegs um einen "Parteivortrag" der Klägerin, auch wenn der Chefarzt der Klägerin (wie die Beklagte argumentiert) der Vorsitzende der Regionalgesellschaft der Deutschen Diabetes-Gesellschaft ist.

Richtig ist hier vielmehr die Argumentation der Klägerin, wonach sich die ärztliche Behandlung an den Vorgaben der jeweiligen Fachgesellschaft zu orientieren hat.

Abwegig ist zudem auch der in diesem Zusammenhang gemachte Hinweis der Beklagten, wonach "medizinische Vorträge" die maßgeblichen Kodierrichtlinien "nicht entkräften" können. Kann doch hiervon überhaupt keine Rede sein.

Im Übrigen kommt es auf die Frage, ob und wann bzw. unter welchen Umständen auch eine Hypoglykämie als "Entgleisung" zu werten ist, bei der Kodierung der 4. Stelle des ICD-Codes **E11.-** überhaupt nicht an.

Zumal (wie bereits ausgeführt) auch die "**Hypoglykämie**" explizit als "**sonstige näher bezeichnete Komplikation**" im ICD-10-GM Version 2009 (E10-14) (**6 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen**) aufgeführt und folglich eine Berücksichtigung als "Komplikation" bereits aus diesem Grunde statthaft ist.

Die von der Beklagten aufgeworfene (laut ICD-10-GM Version 2009 klar beantwortete) Frage, an welcher Stelle eine "Entgleisung" zu kodieren ist, ist daher irreführend und erst recht nicht dazu geeignet, die Kodierung der Hypoglykämie als "sonstige näher bezeichnete Komplikation" (wie vom ICD-10-GM Version 2009 ja ebenfalls klar vorgegeben) in Frage zu stellen.

Aus gutachterlicher Sicht sind hier auch keine "Widersprüche" zwischen den Deutschen Kodierrichtlinien (Version 2009) und dem ICD-10-GM Version 2009 zu erkennen.

Vielmehr machen die Deutschen Kodierrichtlinien (Version 2009) zu der Frage, welche diabetischen Komplikationen kodiert werden können und ob eine Hypoglykämie (wie die Beklagte argumentiert) hiervon ggf. ausgenommen ist (oder auch zu der Frage, wann von einer "Entgleisung" gesprochen werden kann) überhaupt keine (zumal abschließenden) Angaben.

Die Kodierrichtlinien beziehen sich vielmehr auf das ICD-10-GM Systematisches Verzeichnis Version 2009 und das ICD-10-GM Alphabetisches Verzeichnis Version 2009 (vgl. DKR 2009, Seite 3) und weisen in den Redaktionellen Hinweisen (Seite XVII) auf Folgendes hin:

"In vielen Kodierrichtlinien werden Beispiele und/oder Listen mit ICD-10-GM- bzw. OPS-Kodes aufgeführt. Diese Beispiele bzw. Listen stellen jedoch keine abschließende Aufzählung bzw. Ausdifferenzierung aller zutreffenden Kodes dar. Um die genauen Kodes zu finden, sind in den jeweiligen Klassifikationen die Querverweise mit Inklusiva, Exklusiva sowie die Hinweise zu beachten".

Weiter heißt es in Deutschen Kodierrichtlinien (Version 2009) (D002f):

*"Bei der Festlegung der Hauptdiagnose haben die vorliegenden Kodierrichtlinien Vorrang vor allen anderen Richtlinien. **Die Hinweise zur Verschlüsselung mit den ICD-10-Verzeichnissen müssen beachtet werden*** [...]."*

Schließlich heisst es im Anhang (A) der Deutschen Kodierrichtlinien (Version 2009) wörtlich:

*"Das Alphabetische Verzeichnis enthält viele Bezeichnungen, die in Band 1 nicht vorkommen. **Für die Bestimmung einer Schlüsselnummer sind sowohl das Alphabetische Verzeichnis als auch das Systematische Verzeichnis heranzuziehen.**"*

*[*Hervorhebung durch den Unterzeichner]*

Entgegen der Argumentation der Beklagten handelt es sich desweiteren auch bei den hier vorliegenden Infektionen "Harnwegsinfekt" und "Onychomykose" Komplikationen des Diabetes, welche in völliger Übereinstimmung mit dem laut DKR 2009 bei der Kodierung heranzuziehenden Alphabetischen Verzeichnis des ICD-10-

GM Version 2009 ebenfalls mit "6 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen" zu kodieren sind.

Auch ist überhaupt nicht zu beanstanden, dass nur dem Anamnesebogen der Klägerin das Vorliegen einer operierten diabetischen Katarakt zu entnehmen ist.

Der Umstand, dass der im Entlassungsbericht erwähnte Augenarztbefund lediglich auf das Fehlen einer diabetischen Retinopathie zum Zeitpunkt der strittigen Krankenhausbehandlung verweist, ist jedenfalls nicht dazu geeignet, die Glaubwürdigkeit der klägerischen Dokumentation in Zweifel zu ziehen.

Zumal es sich beim Krankenhaus der Klägerin um eine der führenden Fachkliniken für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten in Norddeutschland handelt und daher davon auszugehen ist, dass deren Ärzte mit dem Diabetes und allen möglichen Komplikationen bestens vertraut sind.

Zutreffend weist die Beklagte im übrigen darauf hin, dass gemäß DKR "auch hinsichtlich der Kausalität" die Beurteilung des Einzelfalles gefordert sei.

Gerade vor diesem Hintergrund muss jedoch wiederum den klägerischen Diabetesspezialisten gefolgt werden, welche hinsichtlich der operierten diabetischen Katarakt (wie ja auch hinsichtlich der bei der Versicherten vorliegenden Infektionen) sehr wohl von einem vorrangigen Kausalzusammenhang mit dem Diabetes ausgingen.

Weitere Belege (oder ein "Beweis") für einen derartigen (medizinisch ohnehin plausiblen) Zusammenhang sind aus gutachterlicher Sicht jedenfalls nicht erforderlich, um dieser Einschätzung der Ärzte folgen zu können.

Der (zuletzt vertretenen) Auffassung der Beklagten (wie des MDK), wonach hier die Hauptdiagnose **E11.61 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet** zu kodieren sei, ist zusammenfassend zu widersprechen.

Zum Gutachten des Dr. K██████

Zu widersprechen ist auch dem gerichtlichen Sachverständigen Dr. Thomas Konkel.

Der Facharzt für Chirurgie Dr. Konkel hatte in seinem Gutachten vom 29.10.2012 ebenfalls die Auffassung vertreten, dass hier die Hauptdiagnose **E11.61 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet** zu kodieren sei, da nur eine Komplikation (nämlich die Polyneuropathie) vorgelegen habe.

Zur Begründung hatte er u.a. ausgeführt, dass die einmalig nachgewiesene Unterzuckerung die Nebendiagnose-Definition nicht erfüllt habe und diese somit auch nicht zu den Komplikationen zu zählen sei.

Diese Schlussfolgerung des Sachverständigen Dr. K██████ ist aus o.g. Gründen falsch.

Ist doch die Frage der Nebendiagnosendefinition gemäß DKR 2009 (0401h) allenfalls relevant für die Frage, ob eine Komplikation (in Ergänzung zur Hauptdiagnose) auch als Nebendiagnose im Sinne der hier maßgeblichen Deutschen Kodierrichtlinien

(Version 2009) (D003d) zu verschlüsseln ist, was hinsichtlich der Hypoglykämie (wie bereits ausgeführt) – mangels Ressourcenverbrauchs – zu verneinen ist.

Entgegen der Argumentation des Sachverständigen Dr. Konkel handelte es sich bei der Hypoglykämie auch nicht um eine Komplikation der Darmspiegelung, sondern um eine Komplikation des Insulin-behandelten Diabetes mellitus Typ II bei zugrundeliegender Störung der Glukose-Homöostase.

Im Übrigen ist es für die Beantwortung der Beweisfrage des Gerichts überhaupt nicht von Belang, ob es ggf. "spontan" im Rahmen der medizinischen Behandlung zu einer kurzfristigen Unterzuckerung kam oder ob (wie der Sachverständige ausführt) bis zum Abschluss der Einstellung ohnehin "immer mal" mit "zu hohen oder niedrigen Blutzuckerwerten" zu rechnen war.

Auch ist völlig irrelevant, wie oft eine Hypoglykämie im hier vorliegenden Einzelfall auftrat und ob es sich hierbei um eine "klassische" Manifestation der Blutzuckererkrankung handelte oder nicht. D

Sind doch weder den bei Kodierung maßgeblichen Deutschen Kodierrichtlinien (Version 2009), noch dem ICD-10-GM Version 2009 ggf. verbindliche Vorgaben zu entnehmen, wonach die Berücksichtigung der Hypoglykämie als **"sonstige näher bezeichnete Komplikation"** an bestimmte Bedingungen geknüpft ist.

Hinsichtlich der diabetischen Katarakt zitiert der Sachverständige die Deutschen Kodierrichtlinien, wonach es heisse:

"Eine diabetische Katarakt wird nur dann kodiert, wenn ein kausaler Zusammenhang zwischen der Katarakt und dem Diabetes mellitus besteht. Wenn kein kausaler

Zusammenhang besteht, sind Katarakte bei Diabetikern wie folgt zu kodieren: Zutreffender Code aus H25.- Cataracta senilis oder H26.- Sonstige Kataraktformen".

Ein Augenbefund liege nicht vor, so dass hierzu weiter keine Aussage getroffen werden könne. Auch finde sich eine Katarakt zahlreich bei Nichtdiabetikern. Entsprechend lasse die Aktenlage eine Zuordnung als Komplikation des Diabetes nicht zu.

Auch dieser Einschätzung muss aus gutachterlicher Sicht widersprochen werden. So gingen die mit der Behandlung des Diabetes und seiner Folgekrankheiten vertrauten Fachärzte der Klägerin ja sehr wohl von einem vorrangigen kausalen Zusammenhang zwischen der Katarakt und dem Diabetes mellitus aus. Eine Zuordnung als Komplikation des Diabetes war folglich möglich (siehe auch obige Ausführungen).

Es kann auch keine Rede davon sein, dass die Nagelmykose am rechten Großzeh "völlig unspezifisch" war, begünstigt doch gerade eine unzureichende diabetische Stoffwechsellage (neben anderen Faktoren) das Auftreten von Onychomykosen (worauf der Sachverständige ja selbst hinweist, wenn er ausführt "*selbstverständlich ist ein Diabetiker anfälliger für einen Nagelpilz*").

Auch kommt es für die Berücksichtigung des Nagelpilzes als Komplikation (wie ja auch im Falle der Hypoglykämie) wiederum nicht auf eine Behandlung bzw. die Erfüllung der Nebendiagnosedefinition an (siehe obige Ausführungen). P

Irrelevant ist auch die Frage, ob es sich hierbei ggf. um eine "chronische oder lang dauernde Infektion" handelte, oder ob der Nagelpilz nur an "einem Zeh" bestand (die von dem Sachverständigen in den Raum gestellte Frage, ob ggf. nur "eine Rötung"