



„Diabetes mellitus“ DRGs & Kodierung & Erlöse 2025

Annette Ahollinger

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

Agenda

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

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

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.

Erlöse / DRG

- bis 2019: $\text{Erlös} = \text{DRG-RG} * \text{LBFW}$ + ggf. LL-Zuschläge
- ab 2020: $\text{Erlös} = \text{aDRG-Erlös} + \text{Pflegeerlös}$ + ggf. Langlieger-Zuschläge
 $\text{Pflegeerlös} = \text{Pflege-RG} * \text{VwD} * \text{Pflegetgeltwert}$
- Landesbasisfallwert, DRG-Relativgewicht lt. Katalog, Pflege-RG lt. Katalog
 -> jährlich angepasst für alle Krankenhäuser fix
- Pflegeentgeltwert wird krankenhausesindividuell erst bei den Pflegesatzverhandlungen mit den Kassen vereinbart -> bis 30.10.25 muss alles bis Behandlungsjahr 2025 vereinbart sein
- von 2021 bis 2024 alle Rechnungen/Erlöse nur vorläufig, je nach Stand/Abschluß Pflegesatzverhandlung ;
 permanent Anpassung Pflegeentgeltwert

Erlös somit abhängig von aktuellem DRG-Katalog, Verweildauer + Pflegekosten des Krankenhauses

2024	VwDauer	RG	LBFW	Erlös aDRG	Pflege-RG	VwD DK	Pflegesatz	Pflegeerlös	Erlös Gesamt
K60E	2-16 Tage	0,782	4.219,76 €	3.299,85 €	0,6417	10	110,00 €	705,87 €	4.019,84 €
						10	150,00 €	962,55 €	4.262,40 €
						11	150,00 €	1.058,81 €	4.358,66 €
						11	180,00 €	1.224,36 €	4.524,21 €

große Unterschiede pro Fall je nach Verweildauer und vereinbartem Pflegeentgelt !

DRGs 2025 DK - Katalogeffekt

DRG	Bezeichnung 25	RG 2025	RG 2024	Diff 2024/5	OGVD	Pflegeerlö s BWR/Tag 2025	Diff 2024/25
F21D	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff	1,452	1,366	0,086	27	0,7739	0,0129
F21E	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff	0,915	0,869	0,046	20	0,7159	0,0163
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit äußerst schweren CC oder Gefäßeingriff oder bestimmter Amputation oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexem Hauteingriff oder Ringfixateur	2,408	2,407	0,001	37	0,7668	0,0056
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne Ringfixateur, mit mäßig komplexem Eingriff	1,722	1,815	-0,093	29	0,6643	0,0002
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne best. Amputation, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne Ringfixateur, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem aufwendigen Eingriff	1,099	1,066	0,033	22	0,6691	-0,0043
I20E	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre			0,000	7		-0,8048
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	1,755	1,805	-0,050	23	1,6249	-0,0836
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	1,117	1,171	-0,054	15	1,1412	-0,1251
K60D	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	0,484	0,511	-0,027	10	1,3918	0,0236
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	0,804	0,782	0,022	16	0,7537	0,1120
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose	0,585	0,574	0,011	13	0,6603	0,0269
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik, Alter > 17 Jahre oder außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 0 Jahre			0,000	11		-0,7166
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag	0,339	0,329	0,010	9	0,7895	0,1405

à in 2025 positiver Katalogeffekt bei K60E/F und F21E

à dafür leichte Abwertung der „Kinder-DRGs“ K60A und K60B

à keine Veränderungen OGVD

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	2024	2023	2022	2021	2020	2019	HD
Typ1	60,3%	58,9%	59,5%	57,9%	56,2%	56,7%	E10.x
Typ2	35,5%	41,1%	39,7%	40,8%	40,2%	41,8%	E11.x
Sekundär	3,7%	3,3%	3,9%	3,9%	2,7%	3,4%	E13.x
n.n. bez.	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	E14.x
	•						
davon DFS	8,3%	12,2%	11,7%	12,6%	8,4%	12,5%	E1x.74 /75

- HD Diabetisches Fußsyndrom ≠ „Fuß-DRG“ (aus Bereich F)
-> wer 2024 mit DFS kam, hat auch Wunde/OPS
- Anzahl Typ1 steigt -> v.a. Pumpen-Neueinstellungen

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) ggf. mit Schulung oder die 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 Kommas

.2† Mit Nierenkomplikationen

Diabetische Nephropathie ([N08.3*](#))

Intrakapilläre Glomerulonephrose ([N08.3*](#))

Kimmelstiel-Wilson-Syndrom ([N08.3*](#))

.3† Mit Augenkomplikationen

Diabetisch:

- Katarakt ([H28.0*](#))
- Retinopathie ([H36.0*](#))

.4† Mit neurologischen Komplikationen

Diabetisch:

- Amyotrophie ([G73.0*](#))
- autonome Neuropathie ([G99.0-*](#))
- autonome Polyneuropathie ([G99.0-*](#))
- Mononeuropathie ([G59.0*](#))
- Polyneuropathie ([G63.2*](#))

.5 Mit peripheren vaskulären Komplikationen

Diabetisch:

- Gangrän
- periphere Angiopathie† ([I79.2*](#))
- Ulkus

.6 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen

Diabetische Arthropathie† ([M14.2-*](#))

Hypoglykämie

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

- immer wieder versuchen MD-Gutachter, bei nur 1 vorliegenden Komplikation des Diabetes als HD statt der E1x.6x eine andere 4. Stelle als HD zu kodieren, z.B. :
DM mit Retinopathie = lt. MD E10.31+ H36.0* -> DRG C63Z
DM mit Neuropathie = lt. MD E10.41 +G63.2* -> DRG B71D
- das macht aber keinen Sinn, solange nicht ausschließlich die Retinopathie/Neuropathie während des stationären Aufenthalts behandelt wird
- in vergangenen Jahren hatte die so erzielte DRG sogar manchmal einen höheren CMI als die K60F – es war also erlöstechnisch verführerisch, das Gutachten anzuerkennen ... ; mittlerweile ist auch das kaum mehr der Fall, es käme also auf jeden Fall zu einer Rückzahlung mit Strafzahlung (C63Z =0,467/ B71D =0,526/ K60F = 0,585)
- wichtiger erscheint – auch im Hinblick auf zukünftige Leistungsgruppen – die durch die veränderte HD völlig fachfremde Zuordnung zur MDC:
C63Z = MDC02 Störungen des Auges
B71D = MDC01 Krankheiten des Nervensystems
K60F = MDC10 Endokrine, Ernährungs-/Stoffwechselkrankheiten

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!
- Rightcoding statt Upcoding → alles nachvollziehbar und dokumentiert / nach festen Vorgaben kodiert, ggf. „gerichtsfest“

- 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 s. DKR 0401h „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ -> ein Nachweis (durch Diagnostik, Vorbefunde) ist natürlich zu dokumentieren
- Nicht ganz DKR-konform führen wir stets sämtliche Komplikationen/ Manifestationen des Diabetes als */!- oder sonstigem ICD-Code als ND auf
 - Nachvollziehbarkeit, welche in der HD kodierten Komplikationen gemeint sind
 - erleichtert die Falldialoge / EV mit den Kassen erheblich und vermeidet auch so manche HD-Prüfung
 - in 20 Jahren DRG-System ist es noch nie zu Rückfragen (nach ND-Aufwand) oder Streichungen seitens MD oder Kasse gekommen -> Kodierung wird so transparenter!
 - ICD-gesteuerte Auswertungen zu Komplikationen über das KIS sind so möglich
- 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. 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 Stoffwechseleoptimierung 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 2025

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 ... ?
- (vor)stationäre Hypoglykämien?

- Diabetische Komplexbehandlung bei Patienten < 18 Jahre
K60F à K60A/B aDRG **ca. 3000 (K60B) bzw. 5500 Euro (K60A)**
OPS 8-984.3x
- OPS durch Fußbehandlung
K60E à z.B. F27C/F21E **ca. 450 (F21E) bzw. 2.500 Euro (F27B)**
z.B. Wunddebridement, besondere Wundbehandlung (SDRM-Pflaster, VAC)
 - Fuß-OP (auch konsiliarisch/ mit Verbringung)
 - 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
- Zurückhaltung bei F-Diagnosen -> nur wenn von Psychodiabetologie nach Einzeltermin kodiert und bestätigt ; keine automatische Übernahme aus Vorbefunden/Briefen

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)

2024	2023	2022	2021	2020	2019
99,0%	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 (statt E16.0)
- 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

	2024	2023	2022	2021	2020	2019
Hypo	57%	52%	72%	71%	70%	70%

® 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)

	2024	2023	2022	2021	2020	2019
Nephropathie	22%	22%	21%	23%	22%	23%

Komplikation/Manifestation: Augen

- Eine „sichere Komplikation“ ist die nachgewiesene Retinopathie H36.*
Auch: diab. Katarakt H28.0*
- 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
- 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!

	2024	2023	2022	2021	2020	2019
Auge	34%	33%	33%	33%	36%	32%

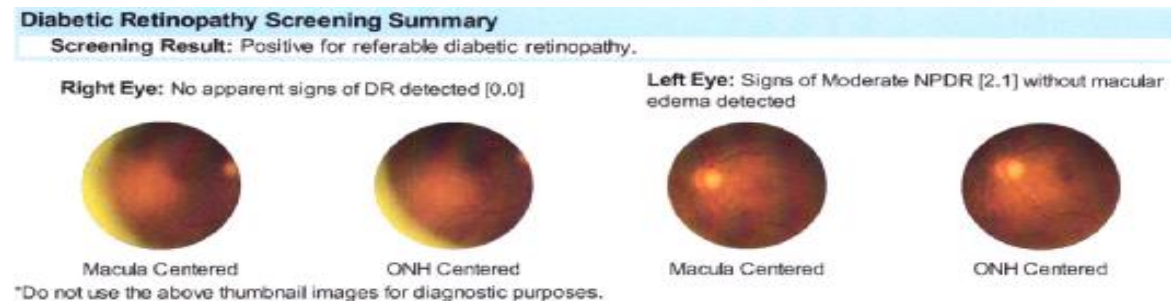
EYENUK von EyeArt –

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“ , ebenso die G99.0*
- 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
- die erektile Dysfunktion wird als neuropathische Komplikation anerkannt, allerdings nicht zusätzlich / als eigene (für die HD zu wertende) Komplikation zusätzlich zu anderen Nervenschädigungen. Aufwand durch Teilnahme an „Männerrunde“ und Rezeptierung von Medikamenten

Komplikation/Manifestation: Neuropathie

- NSS/NDS standardmäßig im Rahmen der Erhebung körperl. Untersuchungsbefund bei Aufnahme
- Maske innerhalb des KIS oder auf Papier

	Achillessehnenreflex	Vibrationsempfinden	Schmerzempfinden	Temperaturempfinden	Neurolozium
Links	<input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abgeschwächt <input type="checkbox"/> Fehlend	<input type="checkbox"/> 0/0 <input type="checkbox"/> 5/0 <input type="checkbox"/> 1/0 <input type="checkbox"/> 6/0 <input type="checkbox"/> 2/0 <input type="checkbox"/> 7/0 <input type="checkbox"/> 3/0 <input type="checkbox"/> 8/0 <input type="checkbox"/> 4/0	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abgeschwächt <input type="checkbox"/> Fehlend	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abgeschwächt <input type="checkbox"/> Fehlend	<input type="checkbox"/> Erhalten <input type="checkbox"/> Nicht erhalten
Rechts	<input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abgeschwächt <input type="checkbox"/> Fehlend	<input type="checkbox"/> 0/0 <input type="checkbox"/> 5/0 <input type="checkbox"/> 1/0 <input type="checkbox"/> 6/0 <input type="checkbox"/> 2/0 <input type="checkbox"/> 7/0 <input type="checkbox"/> 3/0 <input type="checkbox"/> 8/0 <input type="checkbox"/> 4/0	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abgeschwächt <input type="checkbox"/> Fehlend	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abgeschwächt <input type="checkbox"/> Fehlend	<input type="checkbox"/> Erhalten <input type="checkbox"/> Nicht erhalten

- für MD reicht es für PNP-Kodierung aus, wenn das Vibrationsempfinden bezogen auf die Alterskohorte herabgesetzt ist

	2024	2023	2022	2021	2020	2019
Neuropathie/PNP	58%	49%	47%	49%	57%	64%
G63.2*	49%	48%	45%	47%	55%	61%
G99.0*	10%	1%	2%	2%	2%	4%

- seit 2024 wird ED (wenn sie zusammen mit PNP auftritt) nicht mehr als eigene Komplikation gewertet

	2024	2023	2022	2021	2020	2019
ED	3%	13%	11%	12%	14%	15%

Diabetes Zentrum Merano

Neuropathie Defizit-Score (NDS)

	links	rechts
Achillessehnenreflex		
Reflex: normal	00	00
abgeschwächt	01	01
fehlend	02	02
Vibrationsempfindung		
Messung am Fußrücken (1. Metatarsal dist)		
normal (abhängig vom Alter)	00	00
abgeschwächt/fehlend (beide Seiten)	01	01
Ischiasempfindung		
am Fußrücken		
normal	00	00
abgeschwächt/fehlend	01	01
Peroneusempfindung		
am Fußrücken		
normal	00	00
abgeschwächt/fehlend	01	01

Gesamtscore: Punkte

Bewertung: 0-2 = keine neuropathische Defizite
3-6 = mäßige neuropathische Defizite
7-10 = schwere neuropathische Defizite

Neuropathie Symptom-Score (NSS)

Symptome Fuß/Interektal	
Brennen, Taubheitsgefühl, Formicatio	01
Schmerzhaftigkeit, Schwäche, Juckreiz, Kribbeln, Schmerzen	01
Lateration	
Fälle oder	01
Unschärfer oder	01
andere Lateration	01
Exazerbation	
keine vorherigen oder	01
geleglich und/oder nachts	01
keine vorherigen oder	01
Patient wird durch Symptome aus dem Schlaf geweckt	01
Besserung der Symptome	
Garum DSD	01
Stärker oder	01
Stärker bzw. Häufiger	01

Gesamtscore: Punkte

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

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!

	2024	2023	2022	2021	2020	2019
Arthropathie	8%	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.
- Sozialgericht Heilbronn, Urteil vom 30.7.2019, Az.: S 11 KR 3983/16 erkennt die Diabetesleber als Komplikation an
- In DK wird Steatosis-Screening (falls Diagnose nicht vorbekannt und –beschrieben) bei Hinweisen auf Fettleber (FiB4-Score) per Abdomen-Sonographie durchgeführt; Kodierung nur, 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

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

	2024	2023	2022	2021	2020	2019
Steatosis hepatis	14%	15%	18%	20%	24%	21%

Komplikation/Manifestation „Infektion“

- bei Diabetikern gehäuft auftretenden Infektionen wie rez. Harnwegsinfekte, Mykosen ... und Parodontitis (K50.x)
=> 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
- Spannend: was passiert mit diesen Fällen im neuen LG-Grupper?

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 (BZ-Messungen etc. ausreichend)
- 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

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)
- 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 2023 nur für Kinder war zu führen, z.B. über
Leistungsstellenrechnung, Inek-Kalkulation
-> ggf. Rückforderungen möglich -> nicht mehr notwendig ab 2024
- Im KHVVG verlängert bis 2027
- nur mit Komplexbehandlung DM oder Intensiv kommen Kinder in K60A/B
- **Problem mit dem neuen LG-Grupper: alle Patienten < 16 Jahre werden der
LG Allg. Kinder- und Jugendmedizin zugeordnet ...**

„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
-> relevant für Leistungsgruppen-Grouping!
- Die Kodierung als „Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus – 8-984.x“ sollte bei Patienten mit diesem überdurchschnittlichen Behandlungsaufwand erfolgen -> Erfüllung der Struktur- und Mindestmerkmale!

Warum?

- Kostentrenner Inek für besonders aufwändige Schulung / Behandlung
- Bezieht auch andere Berufsgruppen als Ärzte ein
- triggert im neuen Leistungsgruppen-Grouping in die LG 2 (Komplexe Endokrinologie und Diabetologie)
- in DK: bei ca. 12 % aller Patienten ist die Komplexziffer kodiert
 - Sondergruppen (z.B. Hypoangst, Junge Erwachsene ...)
 - Hypowahrnehmungstraining

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
- è geringere Fachärztevorgabe als in der neuen LG2, da nur Behandlungsleitung, nicht Verfügbarkeit gefragt ist
- è triggern im neuen LG-Groupen in die LG2 „Komplexe Endokrinologie und Diabetologie“
- Strukturprüfung alle 2 Jahre, unklar ob ab 2026 zusätzlich zu LG-Prüfung?
 - Nachweis für MD muss für Zeitraum 3 Monate erbracht werden (Dienstpläne, Vertretungen, Zertifikate)

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

- Einhaltung der StrOPS vorab durch MD bescheinigt, sonst keine Kodierung möglich
- Verweildauer mind. 8 Tage
- **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 ab 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.

„Komplexe endokrinologische Funktionsuntersuchung“ 1-797

- Hinw.: Die Anwendung eines Kodes aus diesem Bereich setzt die kontinuierliche ärztliche Überwachung in Notfallbereitschaft oder einen Zeitaufwand von mehr als 6 Stunden voraus
- 1-797.0 Ohne invasive Katheteruntersuchung
Inkl.: Durstversuch, Insulin-Basalratenermittlung, Insulinhypoglykämietest, Wachstumshormon-Spontansekretion
- 1-797.1 Mit invasiver Katheteruntersuchung
Inkl.: Endokrinologische Lokalisationsdiagnostik bei hormoneller Exzessproduktion, Radiologische Diagnostik
-> Triggert im Leistungsgruppen-Groupier in die LG 2 (Komplexe Endokrinologie und Diabetologie)
- nicht erlössteigernd, sollte aber als Aufwandstreffer kodiert werden
- in DK: 21% der Fälle haben den Basalratentest (1-797.0) kodiert

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“

- neben der Kodierung der Hauptdiagnose, dem Vorliegen einer Fußwunde, der Wundgröße sowie der Fußbehandlung kann auch die Kodierung weiterer Nebendiagnosen erlösrelevant sein (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)
 - diese Prozeduren können auch konsiliarisch /als Verbringungsleistung erbracht werden und dürfen/müssen dann beim Fall kodiert werden
 - ab 2024 im Par.21 Pflicht zur Standortangabe des Leistungserbringers
- 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 Stoffwechselerkrankheiten

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 von ICDs
- 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 Dekubitus, 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 K60E (RG 0,804) + WD -> F21E (RG 0,915)
- 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“

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
-> auch, wenn als Konsiliar-/Verbringungsleistung erbracht
- **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)

Sonstiges bei der DFS-Kodierung:

- 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]
 - es sind die Flächen der Läsionen anzugeben, nicht die Flächen des Wunddebridements, an denen etwas chirurgisch behandelt/entfernt wird!
 - ABER: bei Wechsel K60E -> F21E ist irrelevant ob großes oder kleines WD
- Einige der bei Fußpatienten durchgeführten OPS sind im AOP-Katalog vorhanden -> Warnung/Hinweis kann ignoriert werden bei mehrtägigen stationären Aufenthalten
- Fuß-DRGs ermöglichen längere VwD (OGVD K60E=16 T., F21E=20 Tage)
- Achtung ab 2024: Standortangabe bei OPS (konsiliarisch/Verbringung!)

Diabetes-DRG versus Fuß-DRG

- je nachdem, ob eine entsprechende OPS durchgeführt wurde, wandert Fall von K60 in F-DRG -> ist das immer erlöspositiv ?
- Bsp: Patient mit HD DFS mit/ ohne Wunddebridement

	K60E	K60F	F21E		LBFW	4.200,00 €
RG DRG	0,804	0,585	0,915		Pflentgelt	200,00 €
DRG-Entgelt	3.376,80 €	2.457,00 €	3.843,00 €		VwD	11
RG Pflege	0,7537	0,6603	0,7159			
Pflegeentgelt	1.658,14 €	1.452,66 €	1.574,98 €			
Gesamt	5.034,94 €	3.909,66 €	5.417,98 €			
OGVD	16	13	20			

	K60E	K60F	F21E		LBFW	4.200,00 €
RG DRG	0,804	0,585	0,915		Pflentgelt	200,00 €
DRG-Entgelt	3.376,80 €	2.457,00 €	3.843,00 €		VwD	19
RG Pflege	0,7537	0,6603	0,7159			
Pflegeentgelt	2.864,06 €	2.509,14 €	2.720,42 €			
Gesamt	6.240,86 €	4.966,14 €	6.563,42 €			
OGVD	16	13	20			
LL-Zuschlag	819,00 €	1.587,60 €				
Gesamt	7.059,86 €	6.553,74 €				

- aber: bei Überschreitung der OGVD ist MD-Prüfung sicher !

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
- 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

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)
- Kodierung erst ab Alter >13 Jahre

Neuer ICD-Code seit 2023

- anzuhängen an E1x.6x bzw. E1x.7x

- bei DM anstelle von E16.0 zu verwenden

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

	2024	2023	2022	2021	2020	2019
Hypo	57%	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/ Dekompensation 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 Code 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.

- 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
- Fast alle Kassen erkennen daraufhin (spätestens bei Drohen mit Klage bis 2022 oder jetzt im EV) die Hypoglykämien 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.
- **E16 vs U69** : unserer Meinung nach sollte bei vorliegendem DM immer der U!-Code für die Abbildung der Hypos verwendet werden. In der DK verwenden wir E16.0 nur bei Ausschluss DM oder als HD bei Notaufnahmen ohne DM. Selbst bei Kindern <13 Jahre weichen wir auf die E10.61 aus

„Hypoglykämien“ ab 2023 – Kodierbeispiele

- a) Patient Typ 1 mit 2 stationären Hypoglykämien, keine weiteren Kompl./Manif. Alter: 30 Jahre
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, ggf. ND E16.0
- e) Patientin Typ1, angemeldet mit Hypowahrnehmungsproblematik und in Hypo-Sonder-
schulungsgruppe, 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
- wird von Krankenkassen als eigene Komplikation anerkannt

„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 (KI), Nachvollziehbarkeit im EV
- Kurzlieger vermeiden (< 3 Tage)
-> Gefahr primäre Fehlbelegung; gute Dokumentation (z.B. Influenza, Keim/Isolation), Entlassart „gegen ärztlichen Rat“, Kompromiss mit Kasse suchen
- Bei Zweifeln und unklaren Fällen „bessere“ Kodierung wählen, Begründung dokumentieren, Falldialog anbieten und kompromissbereit sein
ABER: nicht nur auf Erlös schielen
-> im Prüffall Rückzahlung Mehrerlös + Strafzahlung plus Aufwand
- 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 ?)

Umgang mit dem MD und Kassen

- Prüfauftrag der Kassen
 - Primär, sekundär, Diagnosen, Prozeduren, Entgelte
 - „Komplettprüfung“ mittlerweile selten
 - MD kann Prüfauftrag aber lt. PrüfVV erweitern, auf angeforderte Unterlagen achten
 - Unterlagen so vollständig wie möglich -> Präklusionsvorbehalt (für EV und SG)
- Unterlagenversand MD via LE-Portal
 - problemlos, Kategorien beachten
 - Kein Versand an Kassen mehr (außer PKV) -> gesunkener Aufwand
 - Kassen verzichten manchmal auch auf Unterlagen-Anforderung über MD
- Einigung
 - Nach Positiv-GA oder im EV -> Kassen erkennen mehr an als MD
 - Negativ-GA bleibt bestehen („Negativquote“) -> aber seit 2025 nicht mehr relevant für Strafzahlung, nur für max. Prüfquote
 - In DK: Prüfquote von 8% (trotz erlaubter 15%)
 - Pragmatische Dokumentation des EV -> keine Bögen mehr, §301-Nachrichten reichen

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
- Seit 2022 vermehrt VwD-Prüfung (OGVD K60F=13 Tage)
-> oft nur 1 Tag strittig und nicht begründbar bzw. nicht anerkannt (z.B. 1. Tag bei Pumpenneueinstellung)
- V.a. BKKs 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 Klinik -> 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 manche Kassen bei Einigung im EV zwar auf Strafzahlung verzichten, wir aber dann auch auf die Aufwands-
pauschale

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 ...

EV / 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 „gerichtsfest“ bekannt, lösen sich Altfälle und auch aktuelle Fälle gut im EV oder Falldialog, da auch die Kassen ein SG-Verfahren eher scheuen
- 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
- Bei schlechter/unsauberer Dokumentation besser Vergleich/Kompromiss als Verfahren
- Bisher in DK keine Klagen seitens Kasse für Fälle ab 2022, alle Fälle wurden im EV abgeschlossen
- bei Kassen (und auch Klinik) beliebt: Mehrfach-EV, bei dem dann nach „Quote“ abgeschlossen werden kann – 2 für Kasse, 3 für Klinik o.ä.

Prüfwesen seit 2023

- weniger (aufwändige) Erörterungsverfahren als erwartet
 - Unterschiedliche Vorgaben je nach Kasse (verpflichtender Unterlagenversand, verpflichtende Dokumentationsbögen ...) -> mittlerweile pragmatisch
 - Seit Anfang 2024 kein Unterlagenversand mehr (Kasse fordert über MD an); nur noch PKV
- 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
 - 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
- KHVVG: ab LRE 10.12.2024: Höhe Strafzahlung pauschal 400 Euro
-> je nach Ø-Höhe bisher plus oder minus für Kliniken

Themen, die eigentlich (fast) kein Thema sind ?

- **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
- Abrechnung über DRG-Fallpauschalen mit Minderung um 0,04 Punkte des RG pro Nacht (rund 150 Euro)
- Nur im Einvernehmen mit Patienten möglich -> Einverständniserklärung
- Finanziell nicht attraktiv für KH, keine Entlastung bei PPUGV, Haftungsfrage !
- Deutschlandweit kaum angeboten, s. Evaluationsbericht GKV/PKV für 2024
[Tagesstationäre Behandlung in Krankenhäusern nach § 115e SGB V - Evaluationsbericht 2024](#)

- **Übergangspflege im Krankenhaus**

- Seit 2022 abrechenbar (LV BaWue erst in 10/2022 aktualisiert)
- Max. 10 Tage zum festen Tagessatz (s.u.) , inklusive Pflege
- Nachweis erfolgloser Bemühung über Suche nach Pflegeplatz notwendig
- Problem Anrechenbarkeit PPUV ? Langliegerzuschläge abrechenbar ?

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 BPfV

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.

Noch ein Thema - Ambulantisierungspotential K60F ?

- Tendenz zur Ambulantisierung hält weiter an; Steigerung/Ziele bei Hybrid-DRGs sprechen für eine weitere Auslagerung stationärer Fälle
- bisher ist Einführung der Hybrid-DRGs schleppend, nur wenige DRGs und Fokus auf 1-Tagesfälle / Kurzlieger-DRGs
- in der K60F sind nicht nur „leichte“ Fälle; v.a. Erstmanifestationen (ohne Folgeerkrankungen), Pumpeneinstellungen, Pat. mit psychosozialen Problemen, Hypoglykämien ...
- OGVD bei der K60F wurde sogar von 12 auf 13 Tage in 2024 wieder gesteigert
- perspektivisch Prüfung Potential für tagesstationäre oder ambulante Behandlungen (z.B. Pumpeneinstellung, AID-Systeme), 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)

→ problematisch sind meist nur Einweisungen von Nicht-SPP (Hausärzten)

Fehlbelegung

- Genaue Prüfung im Vorfeld ob Aufnahmenotwendigkeit besteht oder ob Patient schulungsfähig ist
-> Einweiser-Checkliste, Nachfragen bei 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, Influenza. Oder Pumpeneinstellung, danach AID ...

AOP und Hybrid-DRG

- bis 2022
 - Aufnahme zu best. Fuß-OPs (z.B. Beugesehnendurchtrennung) mit 1 Übernachtung
 - > regelhaft Prüfung durch den MD, da teuer (DRG I20G/F)
 - > Streit um Hauptdiagnose (DFS ? Fußdeformität ?)
 - > kaum mehr Erbringung dieser Leistungen, da nicht refinanziert oder als primäre Fehlbelegung geprüft bzw. nur vorstationär abrechenbar
- in 2023
 - diese Fuß-Operationen sind nun Bestandteil des AOP-Katalogs und dürften eigentlich gar nicht mehr stationär erbracht werden Nach Auskunft BWKG gilt der AOP-Katalog mit seinen Kriterien aber nur, wenn stationäre Behandlung ausschließlich wg. einer der AOP-OPs stattfindet und VwD \leq 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 AOP-Codes durchgeführt und abgerechnet hatten
 - > keinerlei Abrechnungsprobleme / Rückfragen

ABER: auch keine Erlösrelevanz, die OP wurde ohne Erlös einfach „mitgemacht“

AOP und Hybrid

- AOP-Katalog 2023 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

Hybrid-DRG

- ab 2024 (Mai) Abrechnung als Hybrid I20N/M ohne Probleme und kostendeckend
 - auf Hauptdiagnose achten (nicht der Diabetes oder eine Wunde ist HD, sondern HD muß aus dem M-Bereich kommen, z.B. M20.5 Sonst. Deformitäten der Zehen)
 - PCCL < 2 (keine Fußwunden, Keime oder sonstige CCL-relevanten Diagnosen)
 - VwD 1 Tag (quasi ambulant) oder 1 Nacht
 - Prüfung, ob anstelle 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

2025:

I20N	Hybrid-DRG der DRG I20E	1.072,95 €	-> 1095,02
I20M	Hybrid-DRG der DRG I20F	909,25 €	-> 1014,94

- ab 2025:
Zusatzabrechnung bei postoper. Nachbehandlung innerhalb 21 Tagen (30 Euro) -> Abrechnung solange abwarten , ist dann erhöhte Hybrid-DRG

Hybrid-DRG beim „Diabetischen Fuß“

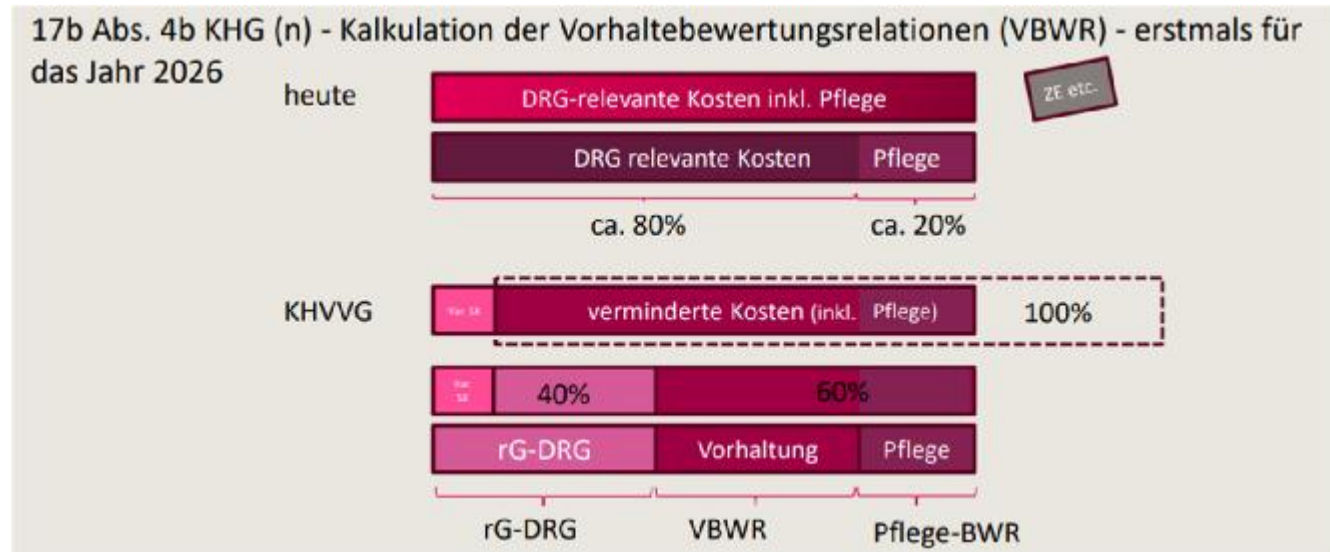
Weniger komplexer Eingriff am Fuß (I20-K57)

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 [Arthrolyse], 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

Vorhaltevergütung / Bedeutung DRG-Abrechnung

- in 2025/26 noch ganz „normale“ Abrechnung mit aDRG und Pflegebudget
-> Ermittlung der Vorhaltevergütung (Basis Fälle 2023/24) bis Ende 2026
- erst ab 2029 Volle Vorhaltevergütung, Abrechnung von rDRGs



Quelle: BWKG

Vorhaltevergütung / künftige Bedeutung DRG-Abrechnung

- tatsächlich beeinflusst die korrekte Kodierung / Abrechnung der DRG mehr als 40% der Fallkosten und hat weiterhin eine große Bedeutung
- auch Pflegekosten sind pro Fall abhängig von der Pflege BWR lt. Katalog
- DRG hat Auswirkung auf Verweildauer -> Langliegerzuschläge
- variable Sachkosten gehen nicht in die Vorhaltevergütung ein, müssen durch Inek-Kalkulation der DRG zugeordnet werden

Fahrplan Vorhaltevergütung lt. KHVVG:



Quelle: Ferdinand Rau BMG

Leistungsgruppen / Krankenhausreform

- Obwohl ähnlich wie die Kriterien zur Erbringung der Strukturmerkmale „Komplexbehandlung DM“ könnten die gesteigerten FÄ-Vorgaben der Leistungsgruppen- Qualitätskriterien (v.a. LG2) auch Fachzentren /-kliniken im Zuge des Fachkräftemangels in Schwierigkeiten bringen -> Doppelte Erfüllungs- und Nachweispflicht StOPS /LOPS
- Steigende Anzahl von Patienten MIT Diabetes im Krankenhaus vs. sinkende Anzahl von Patienten WEGEN Diabetes im Krankenhaus ?
- Bei Aufnahme / Einweisung ist oft DRG noch nicht klar und deshalb auch nicht LG -> Gefahr von „Falschbehandlungen“ / nicht zugewiesener LG?
- Strenge Vorgaben für LG2 „Komplexe Endokrinologie und Diabetologie“
- Probleme bei Einordnung Kinder, Fußpatienten ...
-> was läuft über die derzeitige Fachabteilung, was anhand der Kodierung/DRG?

2	Endokrinologie und Diabetologie	2.1	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	IS	Mindest- voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	FA Geburt Innere Medizin FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	3 FA (VZÄ) beschäftigt; mind. Rufbereitschaft 24/7 Davon mind. 2 FA f. Innere Med. u. End. u. Diabet., wobei FA kann aus dem Gebiet der Innere Med. sein.	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeit geltenden Fassung der PsyQIV.	Ernährungsberatung/ Möglichkeit der Ernährungstherapie Interdisziplinäre Fallkonferenzen Psychiatrische, psychosomatische und/oder psychosoziale Kompetenz & Kooperation
							Alternative FA Kinder- und Jugendmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZSL Kinder- und Jugend- Endokrinologie und Diabetologie	2 FA (VZÄ) beschäftigt; mind. Rufbereitschaft 24/7 Davon mind. 2 FA f. Kinder- u. Jugendmed. mit ZSL vorzuziehen, dritter FA kann ein FA f. Kinder- und Jugendmed. sein. Diese Alternative setzt die Vorhaltung der LG Allg. Kinder- und Jugendmedizin an Standort voraus.		

Leistungsgruppen / Krankenhausreform

- Schwierigkeiten, den Terminplan einzuhalten
 - > Rechtsverordnung zu den Leistungsgruppen sollte bis 31.3.25 erfolgen
 - > teilweise unterschiedliche Abläufe / Fristen je nach Bundesland
- Zuordnung zu Leistungsgruppen (Basis 2024) nur über zertifizierte Grouper möglich, nicht in jedem KIS bereits enthalten -> Prognosen/Planung schwierig
- Prüfung / Simulationen sind notwendig, um notwendige Änderungen bei Auffälligkeiten ins System zu bringen:

12.02.2025 [Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des „LG-Groupers gemäß KHTG, 2024/2025 V1.0“ für das Jahr 2026](#)

Ab sofort können Vorschläge zur Weiterentwicklung des „LG-Groupers gemäß KHTG, 2024/2025 V1.0“ im Rahmen des G-DRG-/LG-Vorschlagsverfahrens für das Jahr 2026 eingesendet werden. Das „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems“, das am 29.11.24 für das Systemjahr 2026 eröffnet wurde, wird somit erweitert. Auch Vorschläge, die sich sowohl auf DRG als auch auf Leistungsgruppen beziehen, sind möglich. Eingaben zu Leistungsgruppen können auch über das im DRG-Vorschlagsverfahren geltende Fristende (31.3.25) hinaus übermittelt werden. Wie im DRG-Vorschlagsverfahren steht das für LG erweiterte Verfahren grundsätzlich für alle Beteiligten offen, eine Bündelung ähnlich gelagerter Vorschläge etwa über die medizinischen Fachgesellschaften oder andere Verbände erscheint aber auch für die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen sinnvoll. Die Verfahrensbeschreibung sowie weitere Hinweise können unter [G-DRG-/LG-Vorschlagsverfahren](#) aufgerufen werden.

Wichtige Links zum Kodieren:

- Inek (Kodierrichtlinien, Fallpauschalenkatalog ...)
<https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2025>
- ICD 2025
<https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2025/index.htm>
- OPS 2025
<https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmlops2025/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