

2020

KODIERLEITFADEN DIABETES MELLITUS

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

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



Deutsche Gesellschaft
für Medizincontrolling e.V.



Leben so normal wie möglich

www.lilly-pharma.de
www.lilly-diabetes.de

Lilly | DIABETES

VORWORT LILLY

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

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

Im Rahmen dieses Projektes kam häufig die Frage nach der richtigen Dokumentation und Kodierung des Diabetes mellitus auf. Stationäre Behandlungsleistungen in Krankenhäusern werden bundesweit einheitlich nach Fallpauschalen, den sog. German Diagnosis Related Groups („DRG“) abgerechnet. Für eine korrekte Kodierung der Diagnosen und erbrachten Prozeduren gibt es Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien (https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2020/Kodierrichtlinien).

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

Im Jahr 2020 steigt durch das „MDK-Reformgesetz“, welches am 1.1.2020 in Kraft getreten ist, die Notwendigkeit für eine schnelle und korrekte Abrechnung. Die Rechnungsstellung ist grundsätzlich abschließend, eine spätere Rechnungskorrektur ist nicht mehr möglich, die Kodierung muss daher bei anzustrebender schneller Rechnungserstellung in kurzer Zeit fehlerfrei erfolgen, da bei Fehlern Strafzahlungen und ggf. die Erhöhung der Prüfquote drohen. Eine „optimierende Nachkodierung“ ist auch im ggf. eingeleiteten Sozialgerichtsverfahren nicht mehr möglich.

Eine weitere Neuerung im DRG System ist die Ausgliederung der Pflegeleistungen am Bett, das DRG System wird ab 2020 zum aDRG-System (weiteres dazu vgl. S.15).



Petra Acher
Leiterin Key Account Management,
Lilly Deutschland GmbH

VORWORT BVDK

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

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



PD Dr. Erhard Siegel,
Vorsitzender BVDK

Hinweis:

Im August 2016 wurde für das PEPP System das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ PsychVVG beschlossen. Für das PEPP-System gelten nur die „Deutsche Kodierrichtlinien Psychiatrie/ Psychosomatik 2020“. Diese beinhalten keine speziellen Kodierrichtlinien, die im Kodierleitfaden beschriebene Kodierung gilt somit nur für die somatischen Krankenhäuser (nach § 17b KHG). Einrichtungen, die nach dem PEPP System abrechnen, haben für die Kodierung die allgemeinen Kodierrichtlinien und die Vorgaben des ICD zu berücksichtigen.



Diabetes im
PEPP System

2020

INHALT

Einleitung, Allgemeine Hinweise	5
Basiswissen Kodierung	6
Besonderheiten bei der Kodierung des Diabetes	7
Kodierablauf Schritt für Schritt (1.–3. Schritt)	8 – 13
Weitere Besonderheiten der Kodierung des Diabetes aus den Deutschen Kodierrichtlinien	14
Fallbeispiele (Beispiel 1–11)	15 – 25
Die Diabetes mellitus DRGs mit den typischen Kenndaten	26
Wichtige OPS-Schlüssel im Zusammenhang mit Diabetes	27 – 28
Verschlüsselung des Diabetes von E10–E14	29
Wichtige Diagnosen im Zusammenhang mit Diabetes mellitus	30 – 33
Glossar	34 – 38
Abkürzungsverzeichnis	40

EINLEITUNG, ALLGEMEINE HINWEISE

In den **Allgemeinen** Kodierrichtlinien werden Begriffe wie Haupt- und Nebendiagnose definiert und die Verschlüsselung von Prozeduren festgelegt.

In den **Speziellen** Kodierrichtlinien werden besondere Fallkonstellationen beschrieben, bei denen von den Allgemeinen Kodierrichtlinien abgewichen werden muss oder die der konkreten Festlegung dienen.

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

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

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

Eine dauerhafte Verbesserung der Dokumentation in Bezug auf den Diabetes mellitus ist, sowie auch im Bereich anderer Kodierungen, nur durch konsequente Schulung und Begleitung der behandelnden Ärzte zu erzielen.

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

BASISWISSEN KODIERUNG

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

HAUPTDIAGNOSE

Ist die Diagnose, die **nach Analyse** (Auswertung der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes) als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes verantwortlich ist. In 2017 wurde die intensivmedizinische Komplexbehandlung als Splitkriterium (Kinder und Erwachsene) und die Anorexie in der Basis DRG K60 neu aufgenommen (weiteres dazu siehe unten)

NEBENDIAGNOSE(N)

Sind Krankheiten oder Beschwerden, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehen oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickeln. Die Kodierung der Nebendiagnose(n) ist nur dann gerechtfertigt, wenn damit ein Ressourcenverbrauch verbunden ist. Abnorme Befunde rechtfertigen ohne klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik **nicht** die Kodierung einer Nebendiagnose (Vgl. DKR D003l – Nebendiagnosen). Im Jahr 2016 wurde die Nebendiagnoserelevanz (PCCL) auf Werte von 5 und 6 erweitert (vgl. hierzu das Glossar und Beispiel 6). Die Kodierung von Nebendiagnosen ist also ein wichtiger Bestandteil zur Sicherung eines adäquaten Erlöses. Jede Diagnose, die der Nebendiagnosedefinition entspricht muss kodiert werden! Seit 2016 wurde keine weitere Modifikation der PCCL-Formel vorgenommen, wie in den Vorjahren auch wurde die CC-Relevanz des Diabetes im Jahr 2019 in einigen Basis-DRG's abgewertet.

KREUZ-STERN-SYSTEM

Kodes für die Ätiologie (zugrunde liegende Ursache) werden durch das **Kreuz-Symbol (+)** gekennzeichnet. Es sind **Primär-Diagnoseschlüssel, diese dürfen alleine verwendet werden**. Kodes für die Manifestation (Komplikation) werden durch das **Stern-Symbol (*)** gekennzeichnet. Es sind **Sekundär-Diagnoseschlüssel, diese dürfen nie alleine verwendet werden (vgl. dazu Beispiel 3)**. Der Diabetes und die Manifestationen des Diabetes können, je nach Lage des Falles, sowohl Haupt- als auch Nebendiagnose sein.

Kommentar:

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

(+)

(*)

BESONDERHEITEN BEI DER KODIERUNG DES DIABETES

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

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

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

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

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

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

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

gefolgt von dem Kode

E89.1 Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen

zu verschlüsseln.

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

Komplikationen dokumentieren!

E13.-

E89.1

KODIERABLAUF SCHRITT FÜR SCHRITT

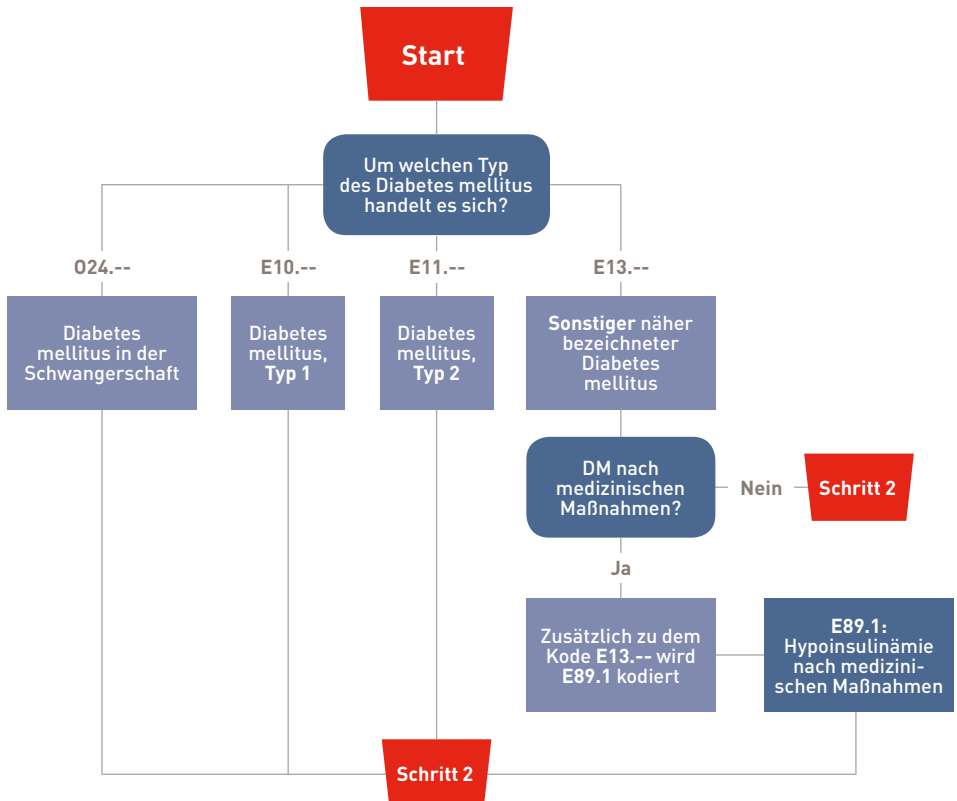
1.

ERSTER SCHRITT:

Festlegen der 1. bis 3. Kodestelle des Diabetes mellitus

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

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



2.

ZWEITER SCHRITT:

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

2A)

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

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

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

Erfüllen darüber hinaus weitere Folgeerkrankungen die Nebendiagnosendefinition (siehe dazu S. 6), dann (und nur dann) werden diese unter Angabe des spezifischen Manifestationskodes ebenfalls verschlüsselt. Auf diese Weise werden alle behandlungsrelevanten Folgeerkrankungen des Diabetes erfasst.

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

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

2B)

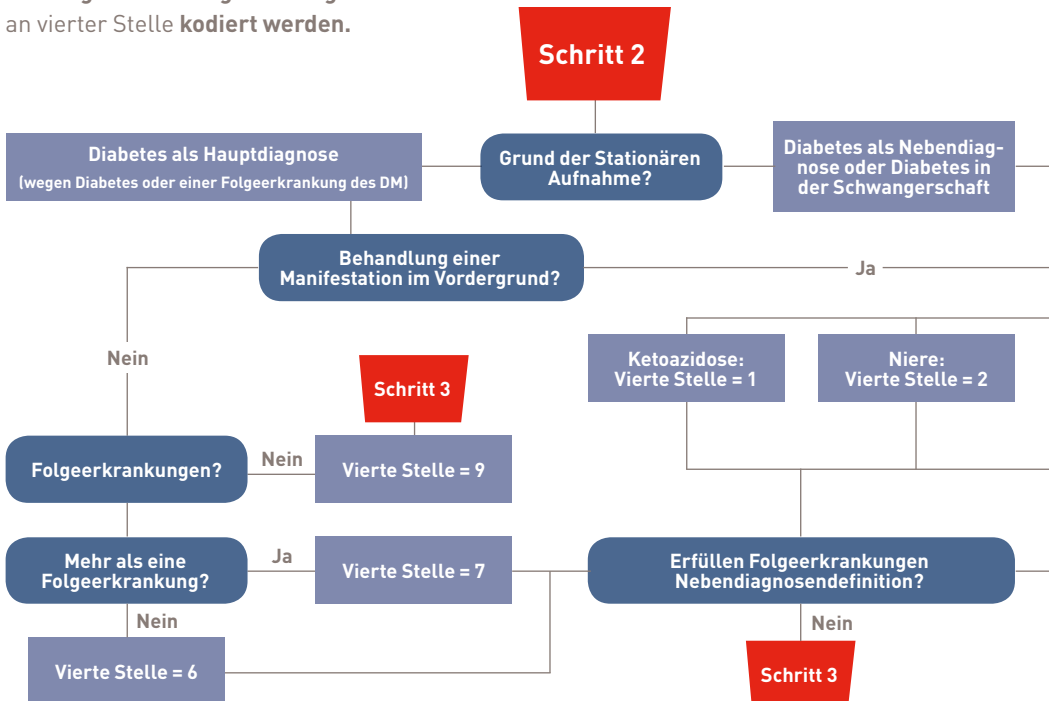
Ist der Diabetes an sich der Anlass der stationären Aufnahme (Hauptdiagnose), ist zu entscheiden, ob Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus vorhanden sind.

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

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

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

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



2.

2C)

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

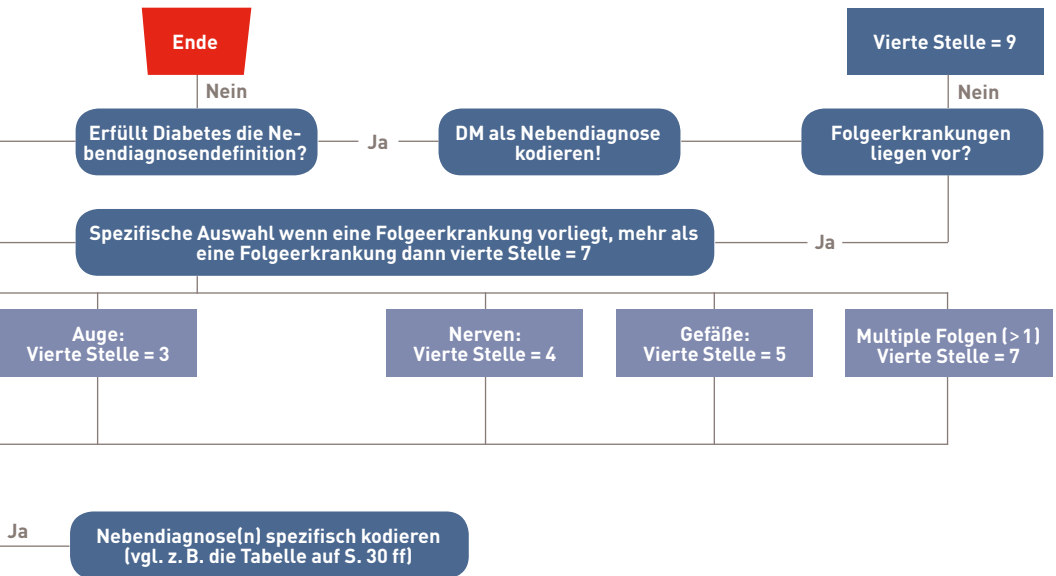
Erfüllt der Diabetes mellitus die Nebendiagnosendefinition, dann ist er zu kodieren.

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

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

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

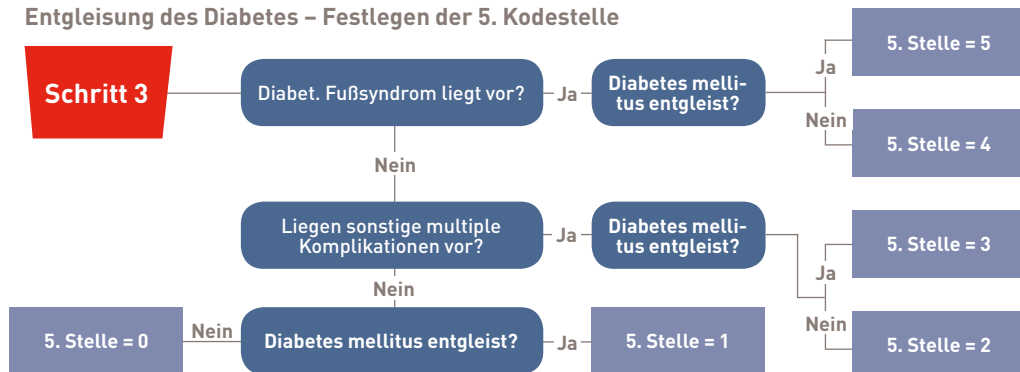
Außerdem sind die Manifestation(en) zu kodieren, sofern diese die Nebendiagnosendefinition erfüllen und zwar mit einem spezifischen Kode (vgl. z. B. die Tabelle S. 30 ff).



3.

DRITTER SCHRITT:

Entgleisung des Diabetes – Festlegen der 5. Kodestelle



Die 5. Stelle lautet:

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

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

ausschließlich für die vierte Stelle **7**.

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

Deutsche Kodierrichtlinien

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

Kodierempfehlung SEG-4

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

<https://foka.medizincontroller.de/index.php/KDE-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 selbstständig durch Kohlenhydrateinnahme therapierbar) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung im Rahmen des stationären Aufenthalts
- Mindestens einmalige schwere Hypoglykämien ohne Koma (bei Therapie auf Fremdhilfe angewiesen, z. B. durch Angehörige, Umfeld, professionelle Hilfe) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung im Rahmen des stationären Aufenthalts
- Deutlich erhöhtes HbA_{1c} (größer als 10% bzw. 85 mmol/mol Hb) als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung im Rahmen des stationären Aufenthalts)

- Mehrfach Werte > 300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung im Rahmen des stationären Aufenthalts
- Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal täglichen Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloge

Kodierempfehlung FoKA

Der Fachausschuss für ordentliche Kodierung und Abrechnung (FoKA) der DGfM hat die folgende Empfehlung ergänzt.

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

- Notwendigkeit und Durchführung einer Hypoglykämiebehandlung mit parenteraler Glukosegabe
- Parenterale Therapie mittels mehrfacher Bolusapplikation oder durch kontinuierlicher Insulingabe

Fachgesellschaften – Medizinische Kriterien des entgleisten Diabetes

Neben den Kodierempfehlungen für den entgleisten Diabetes sei auch auf die medizinisch relevanten Kriterien hingewiesen, die von den Fachgesellschaften veröffentlicht wurden.

<http://www.die-diabetes-kliniken.de/mitgliederbereich/drg-datenbank/diabetes-entgleist/>

https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Stellungnahmen/ICD-Kodierung_010312_Positionspapiere_DD_G_DRG.pdf

WEITERE BESONDERHEITEN

DER KODIERUNG DES DIABETES AUS DEN DEUTSCHEN KODIERRICHTLINIEN

DIABETES MELLITUS DURCH FEHL- ODER MANGELERNÄHRUNG

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

INSULINÜBERDOSIERUNG

Bei einer Insulinüberdosierung ist zuerst ein Kode aus **E10 bis E14**, an vierter Stelle

.6 (Diabetes mellitus mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen) anzugeben, und der Kode für die Vergiftung **T38.3** (Vergiftung durch Insulin und orale blut-zuckersenkende Arzneimittel) als Neben-diagnose zu kodieren (vgl. Beispiel 10).

AKUTE METABOLISCHE KOMPLIKATIONEN

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

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

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

DIABETISCHES FUSSSYNDROM (SIEHE BEISPIEL 7)

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

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

oder

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

DIABETES IN DER SCHWANGERSCHAFT (DKR 1510m seit 2014):

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

FALLBEISPIELE

FÜR ALLE BEISPIELE VERWENDET:
BUNDESBASISFALLWERT VON 3679,62 €

Für alle Beispiele gilt:

Für das DRG-Entgelt wird der Bundesbasisfallwert für 2020 von 3679,62 € verwendet, für das Pflegeentgelt die mittlere Verweildauer und der vorläufig bundesweit gültige Pflegeetagesatz von 146,55 €. Wir weisen darauf hin, dass die Erlöse des einzelnen Krankenhauses abhängig vom jeweils gültigen Landesbasisfallwert, der individuellen VWD des Patienten und dem sich aus den Budgetverhandlungen ergebenden Pflegeetagesatzes von der dargestellten Zahl abweichen werden; eine individuelle Berechnung wird angeraten.

BEISPIEL 1:

Entgleister Diabetes, eine Manifestation ohne Behandlungsrelevanz.

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

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

Nebendiagnose(n): keine

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

Entgelt: 2283,94 €

Relativgewicht: 0,6207

OGVD: 13 Tage **UGVD:** 2 Tage **MVD:** 6,7 Tage

Pflege-BWR/Tag: 0,6207 **Pflegeerlös:** 609,46 €

Gesamterlös: 2893,40 €

Ab dem Jahr 2020 werden die Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert und parallel zu den DRG-Fallpauschalen über ein krankenhausindividuelles Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip (allerdings mit krankenhausindividuell verhandeltem und damit begrenztem Budget) finanziert. Dies ist die Folge der gesetzlichen Änderungen im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG). Die DRGs ohne Pflegepersonalkosten werden als aG-DRG („a“ für „ausgegliedert“), das DRG System entsprechend als aG-DRG-System bezeichnet. In den Beispielen wird nur das Relativgewicht der aDRG angegeben. Die zu vergütenden Pflegetage werden nicht berücksichtigt, sind aber entsprechend der Verweildauer separat auszuweisen. Die Relativgewichte der aDRGs des Jahres 2020 sind also nicht direkt mit den Relativgewichten des DRG-Systems 2019 zu vergleichen, da in 2019 die Pflegekosten noch in den DRGs enthalten waren.

Kommentar:

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

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

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

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

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

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

Entgelt: 2090,02 €

Relativgewicht: 0,568

OGVD: 13 Tage **UGVD:** 2 Tage **MVD:** 6,7 Tage

Pflege-BWR/Tag: 0,6207 **Pflegeerlös:** 609,46 €

Gesamterlös: 2699,48 €

Hinweis:

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

Kommentar:

In diesem Fall wird die Glaukomerkrankung in der Nebendiagnose kodiert, weil sie einen Behandlungsaufwand zur Folge hat.

Ein augenärztliches Konsil, falls die Möglichkeit zur Verfügung steht, kann den Behandlungsaufwand noch untermauern. Allerdings sollte die Maßnahme auch medizinisch sinnvoll sein.

BEISPIEL 3:

Entgleister Diabetes mellitus mit multiplen Manifestationen, behandlungsrelevant.

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

Hauptdiagnose: **E11.73†** Diabetes mellitus Typ 2 mit multiplen Komplikationen, mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet

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

G63.2* Diabetische Neuropathie

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

Entgelt: 2454,31 €	Relativgewicht: 0,667
OGVD: 16 Tage	UGVD: 3 Tage
Pflege-BWR/Tag: 0,6670	MVD: 8,9 Tage
Pflegeerlös: 899,30 €	
Gesamterlös: 3353,60 €	
Differenz zu Beispiel 1 und 2 (DRG):	+364,29 €
Differenz Pflegeerlös:	289,84 €

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

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

Kommentar:

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

Seit 2017 gibt es die „Komplexe Diagnose“ als Splittkriterium (DRG K60E und K60F).

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

BEISPIEL 4:

Entgleister Diabetes mellitus mit multiplen Manifestationen, die behandlungsrelevant sind.

Eine 60-jährige Patientin wird wegen eines entgleisten Diabetes mellitus Typ 2 stationär aufgenommen. Zusätzlich bestehen Augenkomplikationen in Form einer seit Jahren fortschreitenden diabetischen Katarakt mit erheblicher Sehbeeinträchtigung. Im Verlauf der Behandlung wird eine Kataraktoperation durchgeführt. Zusätzlich wird die chronische Nierenkrankheit, Stadium 1, und ein Dekubitus 3. Grades an der Ferse behandelt und eine Biopsie durchgeführt.

Hauptdiagnose: **E11.73** Diabetes mellitus Typ 2: Mit multiplen Komplikationen. Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet

Nebendiagnose(n): **N08.3*** Diabetische Nephropathie
H28.0* Diabetische Katarakt
N18.1 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1
L89.27 Dekubitus 3. Grades: Ferse

Prozedur(en): **5-144.5a** Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE).
 Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) über
 kornealen Zugang: mit Einführung einer kapselfixierten
 Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse
1-502.7 Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Fuß

DRG: K09C Andere Prozeduren bei endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit mäßig komplexem Eingriff, Alter > 15 Jahre

Entgelt: 4235,24 €

Relativgewicht: 1,151

OGVD: 15 Tage **UGVD:** 2 Tage **MVD:** 6,0 Tage

Pflege-BWR/Tag: 0,8511 **Pflegeerlös:** 748,37 €

Gesamterlös: 4983,61 €

BEISPIEL 5:

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

Eine 60-jährige Patientin wird wegen einer geschlossenen Humeruskopffraktur ohne Weichteilschaden stationär zur konservativen Therapie aufgenommen. Es ist eine schwergradige chronisch obstruktive Lungenerkrankung bekannt, die medikamentös behandelt wird. Zudem besteht ein Diabetes mellitus Typ 1, der diätetisch und medikamentös behandelt wird. Als einzige Komplikation liegt eine diabetische Nephropathie vor, die keinen Behandlungsaufwand zur Folge hat.

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

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

I50.14 Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe

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

Entgelt: 2807,55 €

Relativgewicht: 0,763

OGVD: 19 Tage **UGVD:** 2 Tage **MVD:** 8,7 Tage

Pflege-BWR/Tag: 0,9503 **Pflegeerlös:** 1211,62 €

Gesamterlös: 4019,17 €

Kommentar:

Die Komplikation Nephropathie liegt vor. Sie hat keine Behandlungsrelevanz, wird aber dennoch bei der Kodierung berücksichtigt (s.Seite 7).

Im Beispiel hat die E10.20 einen CCL Wert von 2, ohne die E10.20 ergibt sich die DRG I75B (RG 0,454, 1670,54 €)

BEISPIEL 6:

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

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

Hauptdiagnose:	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit
Nebendiagnose(n):	J15.2	Pneumonie durch Staphylokokken
	I50.13	Linksherzinsuffizienz: NYHA III
	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien
	E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma
	R47.0	Dysphasie und Aphasie
	L89.15	Dekubitus 2. Grades: Sitzbein
	A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus
	E11.73	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
Prozedur(en):	5-361.03	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien

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

Entgelt: 15848,12 €
Relativgewicht: 4,307
OGVD: 23 Tage **UGVD:** 5 Tage **MVD:** 13,5 Tage
Pflege-BWR/Tag: 1,5677 **Pflegeerlös:** 3101,57 €
Gesamterlös: 18949,70 €

Hinweis:

Ohne die Kodierung der (hier ja nur vorliegenden) multiplen Komplikationen E11.73 im Beispiel fällt die DRG nach unten in die F06E (RG: 3,543) und der Erlös reduziert sich um ca. 2800 €. Werden im Beispiel die Retinopathie und die Polyneuropathie behandelt, dann sind die Codes G63.2* Diabetische Polyneuropathie und H36.0* Retinopathia diabetica zusätzlich zur E11.73 zu kodieren, die Vergütung ändert sich dadurch nicht.

BEISPIEL 7:

Entgleister Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom.

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

Hauptdiagnose:	E11.75†	Diabetes mellitus Typ 2 mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
Nebendiagnose(n):	G63.2*	Diabetische Polyneuropathie
	I79.2*	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
	A46	Erysipel (Wundrose)

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

Entgelt: 2800,19 €
Relativgewicht: 0,761
OGVD: 16 Tage **UGVD:** 3 Tage **MVD:** 8,9 Tage

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

Pflege-BWR/Tag: 0,6670 **Pflegeerlös:** 869,96 €
Gesamterlös: 3670,15 €

Kommentar:

Der Kode Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration (Stad. IV nach Fontaine) ist hier nicht als Hauptdiagnose anzugeben. Sofern ein Erregernachweis durchgeführt wurde, sollte dieser ebenfalls kodiert werden.

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

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

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

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

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

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

Entgelt: 2090,02 €

Relativgewicht: 0,568

OGVD: 13 Tage **UGVD:** 2 Tage **MVD:** 6,7 Tage

Pflege-BWR/Tag: 0,6207 **Pflegeerlös:** 609,46 €

Gesamterlös: 2699,48 €

Hinweis: In diesem Beispiel wurde keine komplexe Diagnose kodiert

Pflegegrade – DRG-abhängiges Zusatzentgelt.

Hinweis:

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

Im Beispiel führt die Dokumentation des Pflegegrades 9-984.8 Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 zur Abrechenbarkeit des Zusatzentgeltes ZE163 (34,47 €)

Im Rahmen der Ausgliederung der Pflegekosten wurden im Jahr 2020 die Zusatzentgelte (ZE 162 u. ZE 163) deutlich im Preis abgesenkt.

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

BEISPIEL 9:

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

Eine 70-jährige pflegebedürftige Patientin wird zur stationären Behandlung eines Ulcus ventriculi aufgenommen. Seit vielen Jahren besteht ein Diabetes mellitus Typ 2 mit einer diabetischen Retinopathie und einer diabetischen Neuropathie. Aktuell besteht keine Behandlungsnotwendigkeit der Retinopathie und der Neuropathie. Vor Jahren hat die Patientin einen Schlaganfall erlitten, mit einer weiterhin bestehenden rechtsseitigen Hemiparese, zusätzlich ist eine chronische Herzinsuffizienz (NYHA-3) bekannt, welche medikamentös behandelt wird.

- Hauptdiagnose: K25.3
- Nebendiagnose(n): G81.0
- I50.14
- Ulcus ventriculi, ohne Blutung oder Perforation
- Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
- Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe

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

Entgelt: 1438,73 €

OGVD: 8 Tage

UGVD: 1 Tag

Relativgewicht: 0,391

MVD: 3,4 Tage

Pflege-BWR/Tag: 0,7727

Pflegeerlös: 385,01 €

Gesamterlös: 1823,74 €

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

DRG G67B Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC

Entgelt: 1626,39 €

OGVD: 8 Tage

UGVD: 2 Tage

Relativgewicht: 0,442

MVD: 4,1 Tage

Erlösunterschied: +187,66 €

Differenz Pflegeerlös: +106,43

Kommentar:
Wird in dem ersten Beispiel der Kode E11.72 Diabetes mellitus Typ 2: Mit multiplen Komplikationen nicht verwendet, wird die DRG G67C angesteuert und das Relativgewicht fällt auf 0,391. In diesem Beispiel wird eine Erlösdifferenz durch die ausschließlich vorliegenden, aber nicht behandelten multiplen Komplikationen des Diabetes erreicht. *Vergleiche dazu auch die Hinweise zur Dokumentation in Beispiel 3 (S. 17).*

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

Eine 40-jährige Patientin wird mit einer akuten Hypoglykämie vom Notarzt zur stationären Aufnahme gebracht, nachdem Sie sich durch einen Einstellfehler an ihrem Insulin-Pen eine zu hohe Insulindosis verabreicht hatte.

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

Nebendiagnose(n): **T38.3** Vergiftung durch Insulin und orale blutzuckersenkende Arzneimittel (Antidiabetika)

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

Entgelt: 2090,02 €

Relativgewicht: 0,568

OGVD: 14 Tage **UGVD:** 1 Tag **MVD:** 6,7 Tage

Pflege-BWR/Tag: 0,6207 **Pflegerlös:** 609,46 €

Gesamterlös: 2699,48 €

Kommentar:

Das Beispiel könnte auch lauten: Die Patientin hat sich ihre übliche Insulindosis verabreicht, durch einen Fehler bei der Abschätzung der Brot-einheiten des Frühstücks hat sie zu wenig Kohlenhydrate aufgenommen, was zu einer Hypoglykämie geführt hat. Die Verschlüsselung wäre in diesem Fall genauso, wie im Beispiel 10 dargestellt.

BEISPIEL 11:

Entgleister Diabetes mit multiplen Komplikationen (Laktazitode u. Ketoazidose)

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

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

DRG K60C Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre oder ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder schwerste Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag.

Entgelt: 4923,33 €
Relativgewicht: 1,338
OGVD: 27 Tage **UGVD:** 4 Tage **MVD:** 13,8 Tage

Pflege-BWR/Tag: 1,1179 **Pflegeerlös:** 2260,83 €
Gesamterlös: 7184,16 €

Kommentar:
In dem Beispiel sind die Nebendiagnosen von Vergütungsrelevanz, wird der PCCCL von 4 nicht erreicht, dann bildet sich der Fall in der DRG K60E ab und das Relativegewicht fällt auf 0,761.
Dementsprechend ist auf die vollständige Dokumentation der angegeben Diagnosen als Nachweis zu achten, hier beispielsweise die korrekte Benennung des NYHA-Stadiums.

DIE DIABETES MELLITUS DRGs

MIT DEN TYPISCHEN KENNDATEN

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewer- tungs- relation	Mittlere Verweil- dauer	Untere Grenzverweil- dauer		Obere Grenzver- weildauer		Pflege- erlös Bewer- tungsrela- tion/Tag
					Erster Tag mit Abschlag	Bewer- tungs- relation / Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewer- tungs- rela- tion/Tag	
F27A	O	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Gefäß-eingriff oder bestimmter Amputation	2,277	19,8	6	0,213	38	0,053	0,8548
F27B	O	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrose des Fußes oder komplexem Haut- oder bestimmtem Gefäßeingriff	2,015	20,6	6	0,212	39	0,05	0,7442
F27C	O	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne best. Amputation, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrose des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne best. Gefäßeingriff, mit mäßig komplexem Eingriff	1,322	13,6	4	0,199	27	0,051	0,6604
F27D	O	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne best. Amputation, ohne äußerst schwere CC, ohne kompl. Arthrose des Fußes, ohne best. Gefäßeingriff, ohne mäßig kompl. Eingriff, mit best. aufwendigen Eingriff	1,121	11,6	3	0,237	24	0,057	0,7332
I20E	O	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthrits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre	0,82	3,3	1	0,242	8	0,06	0,8134
K60A	M	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196/184/- Aufwandspunkte	1,714	12,5	3	0,42	23	0,094	1,703
K60B	M	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/184/- Aufwandspunkte	1,083	9,2	2	0,356	15	0,116	1,2824
K60C	M	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre oder ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder schwerste Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag	1,338	13,8	4	0,257	28	0,065	1,1179
K60D	M	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	0,466	4,2	1	0,28	10	0,075	1,3897
K60E	M	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	0,761	8,9	2	0,247	17	0,058	0,667
K60F	M	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose	0,568	6,7	1	0,398	14	0,058	0,6207

WICHTIGE OPS-SCHLÜSSEL IM ZUSAMMENHANG MIT DIABETES

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

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

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

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

Die Kodes aus der Kategorie **8-192 Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie** (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde sind jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben; Die Schlüssel der Kategorie 8-192.2 und 8-192.3 triggern in der Basis DRG F27 (vgl. die Tabelle „Diabetes mellitus DRGs“), sofern sie an der unteren Extremität durchgeführt werden (Lokalisation an 6. Stelle muss e, f oder g sein).

Kommentar:

Die Kodes aus den Kategorien 5-896, 5-850, 5-869 sind oft vergütungsrelevant und sind im Rahmen diabetesassoziierter Wunden häufig zu erbringen. Dokumentatorisch ist hier zu beachten, dass aus dem zugehörigen OP-Bericht die durchgeführte Maßnahme und die behandelte Wunde (eventuell mit Fotodokumentation) eindeutig hervor gehen und keinen Zweifel aufkommen können. Dies insbesondere, da in der Version 2016 des OPS die Definition zum Wunddebridement noch einmal präzisiert wurde.

WICHTIGE OPS-SCHLÜSSEL IM ZUSAMMENHANG MIT DIABETES

8-984 Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus. Mindestmerkmale:

- Kontinuierliche Vorhaltung und Durchführung differenzierter Behandlungsprogramme, 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 die kontinuierliche Vorhaltung und Durchführung differenzierter Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, ausreichend
- Multimodales Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung

Diabetologie oder Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin und „Diabetologe DDG“)

- Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen: Physiotherapie, Psychologie, Diabetesberatung, Medizinische Fußpflege/Podologie, soziale Interventionen patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen mit einer Therapiedichte von mindestens 11 Stunden pro Woche
- Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Therapie auch unter Einbeziehung von Eltern und/oder anderen Bezugspersonen

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

Die Schlüssel der Kategorie 9-500 sind nicht speziell für Diabetiker vorgesehen, sie können themenorientierte Schulungen, z.B. für Antikoagulanzi-
entherapie, Eigeninjektion etc. enthalten. (Vgl. hierzu auch die Hinweise im OPS)

VERSCHLÜSSELUNG DES DIABETES E10-E14

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

WICHTIGE DIAGNOSEN IM ZUSAMMENHANG MIT DIABETES MELLITUS

Kode	Diagnosetext	CC Relevanz
Nervensystem		
G59.0*	Diabetische Mononeuropathie	
G63.2*	Diabetische Polyneuropathie	
G73.0*	Myastheniesyndrome bei endokrinen Krankheiten	X
G73.5*	Myopathie bei endokrinen Krankheiten	
G99.0*	Autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten	
R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe (Symptom bei Hypoglykämie)	X
Auge		
H28.0*	Diabetische Katarakt	
H35.8	Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Netzhaut (Makulaödem)	
H36.0*	Retinopathia diabetica	
H42.0*	Glaukom bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
H54.0	Blindheit und Sehbeeinträchtigung (4. Stelle weiter differenzieren)	X
H59.0	Keratopathie (bullös-aphak) nach Kataraktextraktion	X
Stoffwechsel		
E16.0	Arzneimittelinduzierte Hypoglykämie ohne Koma	
E16.1	Sonstige Hypoglykämie	
E16.2	Hypoglykämie, nicht näher bezeichnet	
E16.8	Sonstige näher bezeichnete Störungen der inneren Sekretion des Pankreas	
E16.9	Störungen der inneren Sekretion des Pankreas, nicht näher bezeichnet	
E44.0	Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	X
E44.1	Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung	X
E86	Volumenmangel	
E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	X
E87.6	Hypokaliämie	X
K77.8*	Leberkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten (z. B. diabetesassoziierte Steatosis hepatis)	X
R63.3	Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung	X

Kode	Diagnosetext	CC Relevanz
Kreislaufsystem		
I43.1*	Kardiomyopathie bei Stoffwechselkrankheiten	X
I15.2-	Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten 5. Stelle: 0 Ohne Angabe einer hypertensiven Krise 1 Mit Angabe einer hypertensiven Krise	
I70.20	Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden; Stadium I nach Fontaine	
I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr; Stadium IIa nach Fontaine	
I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m; Stadium IIb nach Fontaine	
I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz; Stadium III nach Fontaine	
I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration; Stadium IV nach Fontaine mit Ulzeration-Gewebedefekt begrenzt auf Haut [Kutis] und Unterhaut [Subkutis]	X
I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän; Stadium IV nach Fontaine mit Gangrän, Trockene Gangrän; Stadium IVa nach Fontaine; Feuchte Gangrän; Stadium IVb nach Fontaine	X
I79.2*	Periphere diabetische Angiopathie	
Niere		
N08.3*	Diabetische Nephropathie	
N16.3*	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei Stoffwechselkrankheiten	
N17.0-	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose	X
N17.1-	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose	X
N17.2-	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose	X
N17.8-	Sonstiges akutes Nierenversagen	X
Die fünften Stellen sind bei der Kategorie N17.-- zu benutzen, um das Stadium des akuten Nierenversagens nach den KDIGO-Leitlinien anzugeben (vgl. den ICD-10)		
N18.2	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2	X
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	X
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	X
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	X
N18.80	Einseitige chronische Nierenkrankheit	X
N25.1	Renaler Diabetes insipidus	

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

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

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

GLOSSAR

Basis-DRG

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

A: Höchster Ressourcenverbrauch der DRG

B: Zweithöchster Ressourcenverbrauch der DRG **C:** Dritthöchster Ressourcenverbrauch der DRG **D:** Vierrthöchster Ressourcenverbrauch der DRG usw. **Z:** Kein Splitt nach Ressourcenverbrauch in dieser DRG

Basisfallwert

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

Behandlungsfall

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

Bewertungsrelation, Relativgewicht

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

Die Bewertungsrelation wird bundesweit einheitlich im Fallpauschalenkatalog angegeben. Durch Multiplikation der Bewertungsrelation mit dem Basis-Fallwert ergibt sich der Erlös für eine DRG in Euro.

Case-Mix

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

Case-Mix-Index

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

CC-Kodes

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

CCL

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

CCL = 0 keine CC

CCL = 1 leichte CC

CCL = 2 mittlere CC

CCL = 3 schwere CC

CCL > 4 schwerste CC

bewertet.

Cost Weight

(CW) siehe Bewertungsrelation

aDRG und DRG-System, DRG

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

Kommentar:

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

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

Fallpauschalenvereinbarung

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

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

Grenzverweildauer

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

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

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

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

Grouper

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

Hauptdiagnose

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

InEK

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

DRG-Systems. Das InEK wurde 2001 gegründet.

Landesbasisfallwert

Der Landesbasisfallwert (bundesweit gültiger Basisfallwert) ist der bewertete durchschnittliche Fallerlös aller stationären Fälle in einem Bundesland. Der Gesetzgeber sieht vor, dass Landeskrankengesellschaften und die Krankenkassen den Landesbasisfallwert vereinbaren.

MDC

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

Nebendiagnose

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

PCCL

Patient Clinical Complexity Level. Der PCCL eines Patienten ist ein Maß für den kumulierten Effekt der CC-relevanten Nebendiag-

nosen eines Patienten. Seit dem Jahr 2016 ist der PCCL eines Patienten bis zu einem Wert von 6 möglich.

Pflegeentgeltwert, Pflegeerlös Bewertungsrelation

Die Leistungen der Pflege werden in jeder DRG durch eine Pflegeerlös-Bewertungsrelation pro Tag ausgewiesen (Spalte 14 des Fallpauschalkataloges). Diese wird mit dem Pflegeentgeltwert multipliziert und in der Rechnung separat ausgewiesen. Die Pflegeetage werden durch den Medizinischen Dienst (MD) nicht geprüft und werden auch bei einer Verweildauerkürzung (im aDRG-Bereich) in ursprünglicher Höhe belassen. Der Pflegeentgeltwert errechnet sich aus dem krankenhausindividuell mit den Kostenträgern in der Entgeltverhandlung verhandelten Pflegebudget, geteilt durch die Anzahl der Pflegeetage. (Gültig ab dem Jahr 2020)

Sozialmedizinische Expertengruppe

Sozialmedizinische Expertengruppen sind gemeinsame Einrichtungen der Medizinischen Dienste.

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

Zu ihren wesentlichen Aufgaben gehört es, eine bundesweit einheitliche Begutachtung herzustellen bzw. zu sichern. Die SEG 4 deckt den Bereich „Vergütung und Abrechnung“ ab. (Quelle: www.mdk.de)

Splittkriterium

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

Verweildauer

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

Zusatzentgelte

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

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

ZE162 Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten

ZE163 Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten

Da Patienten mit Diabetes häufig einen erhöhten Pflegeaufwand erfordern, sei an dieser Stelle auf die Erfassung der Pflegegrade (bis 2016 Pflegestufen) hingewiesen. Die beiden neuen Zusatzentgelte sind über OPS-Kodes aus dem Codebereich 9-984 Pflegebedürftigkeit definiert. Sie sind nicht in allen DRGs abrechenbar. Im Fallpauschalenkatalog finden sich die entsprechenden DRGs in denen die Zusatzentgelte ZE162 u. ZE163 zusätzlich abgerechnet werden können. Die Basis-DRG K60 ist in diesen DRGs vertreten.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

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

FÜR IHRE NOTIZEN

FÜR IHRE NOTIZEN

Ihr Kontakt zu Lilly

Medizinische Information:

Gerne stehen wir Ihnen für medizinische Fragen im Zusammenhang mit unseren Produkten sowie mit wissenschaftlichen Materialien, beispielsweise der Beantragung stationärer Erstattung von Lilly-Produkten (NUB-Anträgen) zur Verfügung.

Telefon: 0 61 72 - 2 73 22 22

(montags bis freitags von 8.30 Uhr bis 16.30 Uhr)

E-Mail-Formular

www.lillymedical.de

Für medizinische Fragen haben Sie die Möglichkeit mit einem Mitarbeiter zu chatten.



Click to Chat

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir nur solche Anfragen beantworten können, die im Zusammenhang zu unseren Produkten und deren Indikationen stehen.

Kundenbetreuung

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

(montags bis freitags von 8.00 Uhr bis 17.00 Uhr)

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

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

E-Mail-Formular

Feedback

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

Bitte teilen Sie uns Ihr Feedback mit.

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

(montags bis freitags von 8.30 Uhr bis 16.30 Uhr)

E-Mail-Formular

2020

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

PP-LD-DE-1957 März 2020