universitätbonn

universitäts klinikumbonn

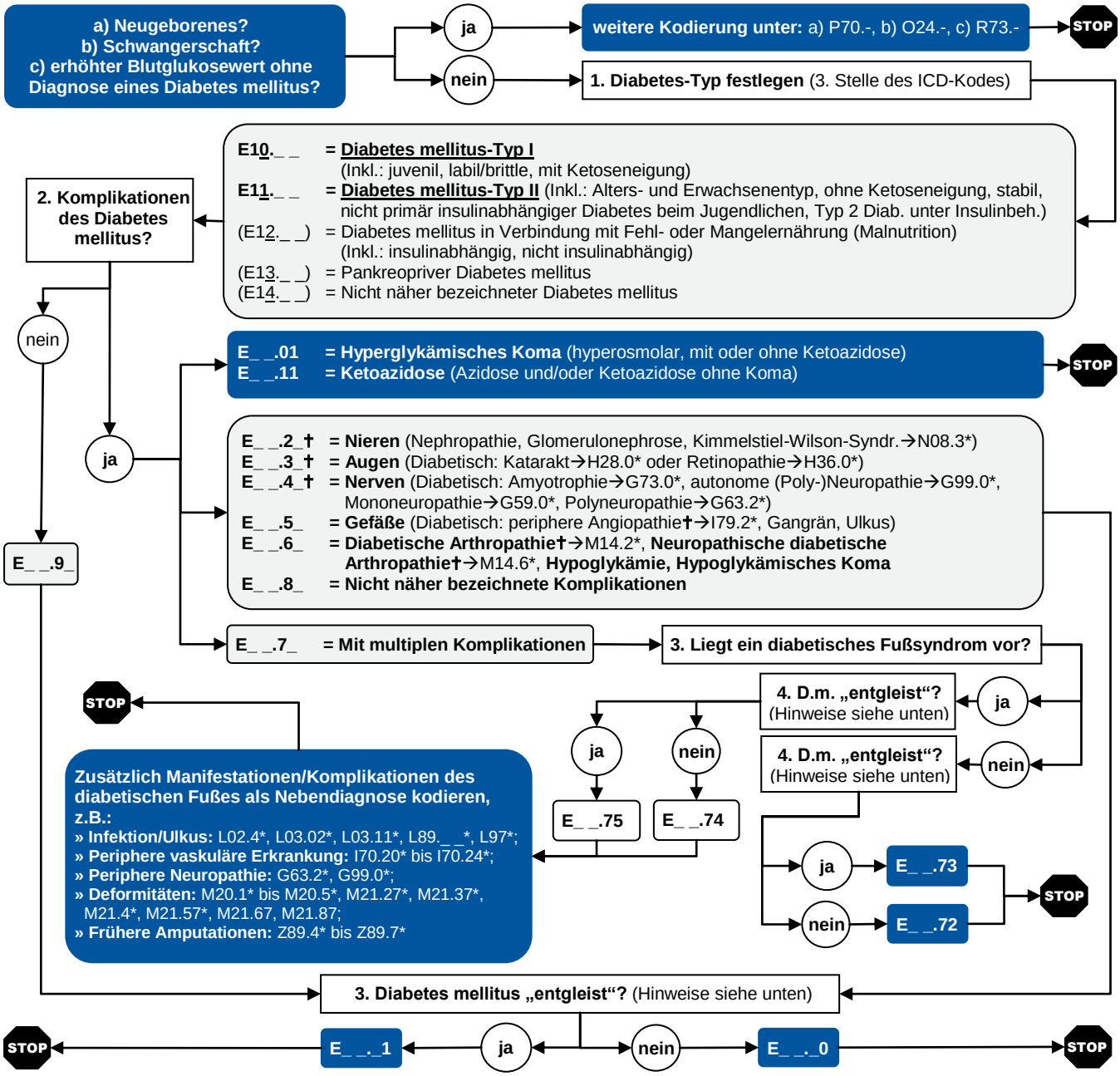
Kodierhilfe **2013**: K002c

Diabetes mellitus

Veröffentlichung:
10.12.2012 (Σ 2 Seiten), unveränderte Neuauflage der Kodierhilfe K002c_2012

Herausgeber:
Universitätsklinikum Bonn, AöR
Unternehmensentwicklung / Medizin-Controlling
Stabsstelle des Ärztlichen Direktors und Vorstandsvorsitzenden
Prof. Dr. Dr. h. c. mult. W. Holzgreve, MBA

Diabetes mellitus



„Entgleister Diabetes mellitus“

Es besteht keine allgemein gültige Definition des Begriffes „entgleist“ mit Bezug auf den Diabetes mellitus. Beispiele für einen „entgleisten“ Diabetes mellitus im Rahmen der Kodierung können sein:

Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist: • Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung • Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l)) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung • Deutlich erhöhtes HbA1c (größer als 10 % bzw. 85 mmmol/mol Hb als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung) • Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung • Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga Diese Empfehlung gilt nicht beim Therapiemanagement nach dem Basis-Bolus-Prinzip.

(Quelle: KDE Nr. 9 [Stand: 16.8.2012])

Kodier-Tipp: Multimodale Komplexbehandlung bei DM

Fünf Mindestkriterien zur Kodierung der Prozedur 8-984.- (nach OPS 2013):

» 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 Pat. 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 Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin und "Diabetologe DDG")

» Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen: Physiotherapie, Psychologie, Diabetesberatung, Medizinische Fußpflege/Podologie, soziale Interventionen in patientenbezogenen 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.

Diabetes mellitus 2013

- Kodierung nach ICD10GM -

a) Neugeborenes?
b) Schwangerschaft?
c) erhöhter Blutglukosewert ohne Diagnose eines Diabetes mellitus?

ja → **weitere Kodierung unter:** a) P70.-, b) O24.-, c) R73.- → **STOP**

nein → **1. Diabetes-Typ festlegen** (3. Stelle des ICD-Kodes)

E10._ _ = **Diabetes mellitus-Typ I**
(Inkl.: juvenil, labil/brittle, mit Ketoseneigung)
E11._ _ = **Diabetes mellitus-Typ II** (Inkl.: Alters- und Erwachsenentyp, ohne Ketoseneigung, stabil, nicht primär insulinabhängiger Diabetes beim Jugendlichen, Typ 2 Diab. unter Insulinbeh.)
(E12._ _) = Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung (Malnutrition)
(Inkl.: insulinabhängig, nicht insulinabhängig)
(E13._ _) = Pankreopriver Diabetes mellitus
(E14._ _) = Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus

2. Komplikationen des Diabetes mellitus?

nein → E_ _.9_

ja →

E_ _.01 = **Hyperglykämisches Koma** (hyperosmolar, mit oder ohne Ketoazidose)
E_ _.11 = **Ketoazidose** (Azidose und/oder Ketoazidose ohne Koma) → **STOP**

E_ _.2_† = **Nieren** (Nephropathie, Glomerulonephrose, Kimmelstiel-Wilson-Syndr.→N08.3*)
E_ _.3_† = **Augen** (Diabetisch: Katarakt→H28.0* oder Retinopathie→H36.0*)
E_ _.4_† = **Nerven** (Diabetisch: Amyotrophie→G73.0*, autonome (Poly-)Neuropathie→G99.0*, Mononeuropathie→G59.0*, Polyneuropathie→G63.2*)
E_ _.5_ = **Gefäße** (Diabetisch: periphere Angiopathie†→I79.2*, Gangrän, Ulkus)
E_ _.6_ = **Diabetische Arthropathie†**→M14.2*, **Neuropathische diabetische Arthropathie†**→M14.6*, **Hypoglykämie, Hypoglykämisches Koma**
E_ _.8_ = **Nicht näher bezeichnete Komplikationen**

E_ _.7_ = **Mit multiplen Komplikationen** → **3. Liegt ein diabetisches Fußsyndrom vor?**

4. D.m. „entgleist“? (Hinweise siehe unten) — **ja** → **E_ _.75**; **nein** → **E_ _.74**

4. D.m. „entgleist“? (Hinweise siehe unten) — **ja** → **E_ _.73**; **nein** → **E_ _.72** → **STOP**

Zusätzlich Manifestationen/Komplikationen des diabetischen Fußes als Nebendiagnose kodieren, z.B.:
» **Infektion/Ulkus:** L02.4*, L03.02*, L03.11*, L89._ _*, L97*;
» **Periphere vaskuläre Erkrankung:** I70.20* bis I70.24*;
» **Periphere Neuropathie:** G63.2*, G99.0*;
» **Deformitäten:** M20.1* bis M20.5*, M21.27*, M21.37*, M21.4*, M21.57*, M21.67, M21.87;
» **Frühere Amputationen:** Z89.4* bis Z89.7*

→ **STOP**

3. Diabetes mellitus „entgleist“? (Hinweise siehe unten)

ja → **E_ _._1** → **STOP**

nein → **E_ _._0** → **STOP**

diabetes_plakat_2013.sla, 2013deschka0611

Download: www.ukb.intern/medco (Rubrik: Kodierhilfen)

„Entgleister Diabetes mellitus“

*Es besteht keine allgemein gültige Definition des Begriffes „**entgleist**“ mit Bezug auf den Diabetes mellitus. Beispiele für einen „**entgleisten**“ Diabetes mellitus im Rahmen der Kodierung können sein:*

Ein Diabetes mellitus gilt dann als entgleist, wenn mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt ist: • Rezidivierende (an mehreren Tagen) Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,775 mmol/l) mit Symptomen mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung • Stark schwankende BZ-Werte (Unterschied mindestens 100 mg/dl (5,55 mmol/l)) mit mindestens dreimal täglichen BZ-Kontrollen und Therapieanpassung • Deutlich erhöhtes HbA1c (größer als 10 % bzw. 85 mmmol/mol Hb als Parameter der Stoffwechselsituation während der letzten 3 Monate mit entsprechender therapeutischer Würdigung während des stationären Aufenthaltes (mindestens 3x tägliche Kontrolle und Therapieanpassung) • Mindestens dreimal Werte >300 mg/dl (16,65 mmol/l) mit mehrfacher Therapieanpassung • Bei Werten unter 300 mg/dl (16,65 mmol/l): aufwändiges Management mit an mehreren Tagen mehr als dreimal tgl. Kontrollen und dokumentiertem Nachspritzen von Altinsulin oder kurzwirksamen Insulinanaloga.

Diese Empfehlung gilt nicht beim Therapiemanagement nach dem Basis-Bolus-Prinzip. (Quelle: KDE Nr. 9 [Stand: 16.8.2012])

Universitätsklinikum Bonn, AöR
Unternehmensentwicklung / Medizin-Controlling
Stabsstelle des Ärztlichen Direktors
und Vorstandsvorsitzenden
Prof. Dr. Dr. h. c. mult. W. Holzgreve, MBA

universitätbonn

universitätsklinikumbonn