

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2011

Hinweise zum Ausfüllen und Benennen des Formulars

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an vorschlagsverfahren@dimdi.de. Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulardaten können nur unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments angenommen werden.

Bitte stellen Sie für inhaltlich nicht unmittelbar zusammenhängende Änderungsvorschläge getrennte Anträge!

Bitte fügen Sie die spezifischen Informationen an den folgenden, kursiv gekennzeichneten Textstellen in den Dateinamen ein. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich):

icd-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte dabei nicht länger als 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* sollte dem unter **1.** (Feld „Name“ s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiel: icd-diabetesmellitus-mustermann.doc

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zur **ICD-10-GM** entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden (www.bqs-online.de).

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben werden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation * Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V.
Offizielles Kürzel der Organisation * DGEM e. V.
Internetadresse der Organisation * www.dgem.de
Anrede (inkl. Titel) * Prof. Dr. med.
Name * Weimann
Vorname * Arved
Straße * Olivaer Platz 7
PLZ * 10707
Ort * Berlin
E-Mail * arved.weimann@dgem.de
Telefon * 0341/9092200

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V.
Offizielles Kürzel der Organisation * DGEM e. V.
Internetadresse der Organisation * www.dgem.de
Anrede (inkl. Titel) * Prof. Dr. med.
Name * Ockenga
Vorname * Johann
Straße * St. Jürgens Straße 1
PLZ * 28177
Ort * Bremen
E-Mail * johann.ockenga@klinikum-bremen-mitte.de
Telefon * 0421/497 5354

3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? * (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V.
Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.
Bundesverband Geriatrie e. V.
Sektion Metabolismus und Ernährung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP)
Deutsche Sepsisgesellschaft e. V.
Deutsche Sepsis-Hilfe e. V.
Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS).

Dem Antragsteller liegt eine/liegen schriftliche Erklärung/en seitens der beteiligten Fachgesellschaft/en über die Unterstützung des Antrags vor.

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Definition der Mangelernährung - Neuantragstellung aufgrund neuer Daten

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
 - Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
 - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
 - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
 - Streichung von Schlüsselnummern

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags * (inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Ernährungsmedizinischer Risikopatient definiert durch (i) das Vorliegen einer Mangelernährung, als auch durch (ii) ein hohes Risiko eine Mangelernährung zu entwickeln, entsprechend der ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) - Definition mit Herstellung eines Bezugs zur Fallschwere

E 43.0 Milde Mangelernährung:
Gewichtsverlust > 5% in 3 Monaten oder
Nahrungsaufnahme in der vergangenen Woche < 50 - 75% des Bedarfs.

E 43.1 Moderate Mangelernährung:
BMI 18 - 20.5 kg/m² bei reduziertem Allgemeinzustand
und/oder Gewichtsverlust > 5% in 2 Monaten und reduzierter Allgemeinzustand
oder Nahrungsaufnahme in der vergangenen Woche 25 - 50% des Bedarfs.

E 43.2 Schwere Mangelernährung:
Schwere Mangelernährung wird diagnostiziert bei Auftreten eines oder mehrerer der folgenden Kriterien:
BMI < 18 kg/m² bei reduziertem Allgemeinzustand
Gewichtsverlust > 10% in 1 Monat
Gewichtsverlust > 15 % in 6 Monaten
Serumalbumin < 30g/l
Nahrungsaufnahme in der vergangenen Woche 0 - 25% des Bedarfs.
(Unter Einbeziehung der Definition des Europarats)

Wir bitten den Hinweis am Anfang von ICD-10-GM, Kapitel IV zur Mangelernährung (s. zitierten Text unten) durch folgenden kurzen Text zu ändern:

Hinweis: Der Grad der Mangelernährung bei Erwachsenen wird mittels des absoluten Gewichtes und/oder des Gewichtverlaufs ermittelt, als auch durch die Abschätzung der Nahrungsaufnahme. Zur besseren Vergleichbarkeit sollte der Körpermassenindex (body mass index, BMI: Körpergewicht (kg) geteilt durch das Quadrat der Körpergröße (m)) berechnet werden oder andere Messungen zur Erfassung der Mangelernährung angewendet werden.

Begründung: Die Art der Angaben im bisherigen Hinweis sind nicht nachprüfbar, deutsche Referenzpopulationen und Standardabweichungen sind nicht durch aktuelle Studien abgebildet. Daher ist der Hinweis nicht praktikabel und verwirrend. In Anlehnung an die ESPEN Empfehlungen liegen zur Definition der Mangelernährung bessere Angaben vor, die vom Europarat weitgehend übernommen wurden.

Hier der Bezug zum bisherigen Text des o.g. Hinweises aus dem ICD-10-GM-2004, Kapitel IV, Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, (E00-E90), Mangelernährung, (E40-E46) (Zitat Anfang: "Hinw.: Der Grad der Unterernährung wird gewöhnlich mittels des Gewichtes ermittelt und

in Standardabweichungen vom Mittelwert der entsprechenden Bezugspopulation dargestellt. Liegen eine oder mehrere vorausgegangene Messungen vor, so ist eine fehlende Gewichtszunahme bei Kindern bzw. eine Gewichtsabnahme bei Kindern oder Erwachsenen in der Regel ein Anzeichen für eine Mangelernährung. Liegt nur eine Messung vor, so stützt sich die Diagnose auf Annahmen und ist ohne weitere klinische Befunde oder Laborergebnisse nicht endgültig. In jenen außergewöhnlichen Fällen, bei denen kein Gewichtswert vorliegt, sollte man sich auf klinische Befunde verlassen. Bei Gewichtswerten unterhalb des Mittelwertes der Bezugspopulation besteht mit hoher Wahrscheinlichkeit dann eine erhebliche Unterernährung, wenn der Messwert 3 oder mehr Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Bezugspopulation liegt; mit hoher Wahrscheinlichkeit eine mäßige Unterernährung, wenn der Messwert zwischen 2 und weniger als 3 Standardabweichungen unter diesem Mittelwert liegt, und mit hoher Wahrscheinlichkeit eine leichte Unterernährung, wenn der Messwert zwischen 1 und weniger als 2 Standardabweichungen unter diesem Mittelwert liegt." Zitat Ende)

Dieser Text wäre komplett durch den oben von uns ausformulierten Text zu ersetzen.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung (inkl. Begründung von Vorschlägen, die primär „klassifikatorisch“ motiviert sind, z.B. inhaltliche oder strukturelle Vorschläge) *

Bei Vorschlägen, die primär klassifikatorisch motiviert sind, sind grundsätzlich auch die Auswirkungen auf das Entgeltsystem zu prüfen, wir bitten daher auch in diesen Fällen um Beantwortung der unter 7b genannten Fragen.

Der prognostische Einfluß einer Mangelernährung auf Morbidität, Krankenhausverweildauer und Letalität ist gesichert (Leitlinien Enterale Ernährung unter www.dgem.de). Basierend auf den derzeit verfügbaren Daten unter Einschluss der German Hospital Malnutrition Study (Pirlich et al, Clin Nutr 2006; 25: 563-572) haben aktuelle Schätzungen der Folgekosten krankheitsbedingter Mangelernährung in Deutschland jährliche Zusatzkosten im Krankenhaus in Höhe von 5 Milliarden Euro ergeben (CEPTON, 2007, ISBN 978-3-00-022678-6). Aktuelle Daten einer multizentrischen europäischen Studie haben bei 16.290 hospitalisierten Patienten eine verminderte Nahrungsaufnahme als unabhängigen Faktor für die Krankenhausletalität gezeigt (Hiesmayr et al, Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: The NutritionDay survey 2006, Hiesmayr et al, Clin Nutr 2009; 28: 484-491). s. auch Zusammenstellung der Daten in: Weimann et al, Krankheitsbedingte Mangelernährung - Eine Herausforderung für unser Gesundheitssystem, Pabst, Lengerich, 2010.

Am 12. November 2003 hat das Ministerkomitee des Europarats eine Resolution zur Ernährung in Krankenhäusern verabschiedet (<https://wcm.coe.int/rsi/CM/index.jsp>). Im Appendix zur Resolution ResAP (2003)3 wird die Forderung nach einem einfachen Screening des Risikos einer Mangelernährung erhoben. Diese Forderung ist durch eine Deklaration der EU-Gesundheitsminister in Prag im Juni 2009 bekräftigt worden.

Die Europäische Gesellschaft für Klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN) hat 2003 einen solchen Score vorgestellt (Nutritional Risk Screening (NRS 2002) Kondrup J et al., Clinical Nutrition 2003; 22: 415-421), der auch von der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin unterstützt wird und in den Vorschlag aufgenommen worden ist.

Dieser beinhaltet einen reduzierten BMI [kg/m²], einen Gewichtsverlust in den vergangenen 3 Monaten vor der Krankenhausaufnahme, eine in der letzten Woche verminderte Nahrungsaufnahme und eine Grunderkrankung, die mit dem Risiko eines Gewichtsverlust einhergeht. Dieser Score ist in einer europaweiten multizentrischen Studie mit 5051 Patienten noch einmal prospektiv validiert worden (Sorensen et al, Clin Nutr 2008; 27: 340-349). Die Anwendung dieses Scores charakterisiert Patienten, die höhere Behandlungskosten mit dem Risiko einer erheblichen Unterdeckung in der jeweiligen DRG haben.

Dem Europarat wurde am 5.12.2008 ein Bericht zur Veröffentlichung vorgelegt, in dem eine diesem weitgehend entsprechende Definition der schweren Mangelernährung vorgestellt wird, die hier eingearbeitet wurde. (Council of Europe; Committee of Experts on Nutrition, Food and Consumer Health (Partial Agreement) (P SC NU); Strasbourg, 5 December 2008 For Approval: Nutrition in Care Homes and Home Care Report and Recommendations: From Recommendations to Action, S. 25)) Identifizierte Risikopatienten bedürfen einer weitergehenden ernährungsmedizinischen Diagnostik

und Betreuung, um das Entstehen einer schweren Mangelernährung zu vermeiden. Somit entsteht einerseits eine Veränderung der Fallschwere für die Therapie der Grunderkrankung sowie ein erhöhter Aufwand insgesamt, der einer Abbildung im DRG-System bedarf.

b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant? *

- Wie viele Fälle sind in den jeweiligen Fallgruppen („aktuell“ vs. „neu“) voraussichtlich betroffen?
- Wie groß ist der Kostenunterschied zwischen den aktuellen Fallgruppen und den neuen Fallgruppen (neue Schlüsselnummern)?
- Mittels welcher Schlüsselnummernkombinationen (ICD/OPS) werden die im Vorschlag genannten Fallgruppen aktuell verschlüsselt?
- **Benennen Sie die maßgeblichen Kostenpositionen (inkl. ihres Betrags) zum ggf. geltend gemachten Behandlungsmehr- oder -minderaufwand. Stellen Sie diese auch gegenüber den bisher zur Verfügung stehenden ICD-/OPS-Schlüsselnummernkombinationen dar.**

Sollten Ihnen keine genauen Daten bekannt sein, bitten wir um eine plausible Schätzung.

Wir möchten speziell in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit verweisen, einer Veröffentlichung Ihres Antrags auf den Internetseiten des DIMDI zu widersprechen (siehe Seite 1).

Mit der Differenzierung der Mangelernährung in Schweregraden kann ein Patientenkontext identifiziert werden, bei dem dieser erhöhte Aufwand besonders zum Tragen kommt.

Nach Implementierung der Codes und Erfassung der Größenordnung im Echtsystem könnten in der Folge durch entsprechende noch zu schaffende Codes der Ernährungstherapie der tatsächliche Mehraufwand dezidiert erfasst werden.

Nach Daten aus der Deutschen Malnutrition Study oder aber aus dem Datensatz des Nutrition Day 2006 und 2007 (<http://www.nutritionday.org/>) variiert der Anteil der von dieser Klassifikation betroffenen Patienten zwischen 10 - 50% in Abhängigkeit von der Subspezialität.

Die momentanen Schlüsselkombinationen sind E43, E44, E44.1, E46, R63.3, R64.

Aufgrund der Datenlage haben mangelernährte Patienten eine ca 1-2 Tage längere Liegezeit, mehr Infektionen und längere Rekonvalenzzeiten. Geschätzt ergeben sich durchschnittliche Mehrkosten für einen Patienten, der die oben aufgeführten Kriterien erfüllt, von 800 - 1000 €. Mehrkosten durch entsprechende therapeutische Massnahmen als auch durch die verlängerte Liegezeiten.

c. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden.)

nicht relevant

d. Inwieweit ist der Vorschlag für andere Anwendungsbereiche der ICD-10-GM relevant?

8. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)

Aus systematischen Gründen wäre zu überdenken, ob neben den ICD-Ziffern E43.0-2 auch noch die E43.9 Mangelernährung nicht näher bezeichnet aufgenommen werden müsste.