

## Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2012

### 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](mailto:vorschlagsverfahren@dimdi.de). Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulare Daten 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](http://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](http://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](mailto: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  
PLZ \* 28177  
Ort \* Bremen  
E-Mail \* johann.ockenga@klinikum-bremen-mitte.de  
Telefon \* 0421/ 4975354

### 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 Sepsisgesellschaft e. V. (DSG)  
Deutsche Sepsis-Hilfe e. V (DSH)  
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs und Stoffwechselkrankheiten (DGVS e. V. ) und  
Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und  
Stoffwechselkrankheiten (DGVS)  
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)  
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP)

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

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

Definition der Mangelernährung und Kachexie

## 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)

E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung

Definition

Ungewollter erheblicher Gewichtsverlust von mehr als 10% in drei Monaten oder kürzerer Zeit [Unterernährung] [Kachexie] bei Kindern oder Erwachsenen – sofern dokumentiert. Oder fehlende Gewichtszunahme bei Kindern. Alternativ Vorliegen eines Gewichtswertes, der mindestens 3 Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Bezugspopulation liegt (oder eine ähnliche Abweichung in anderen statistischen Verteilungen). Wenn nur eine Gewichtsmessung vorliegt, besteht mit hoher Wahrscheinlichkeit eine erhebliche Unterernährung, wenn der Gewichtswert 3 oder mehr Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Bezugspopulation liegt.

Inkl.:

Hungerödem

E44.- Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades

E44.0 Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung

Definition

Ungewollter Gewichtsverlust von mehr als 5% in drei Monaten oder kürzerer Zeit bei Kindern oder Erwachsenen – sofern dokumentiert. Oder fehlende Gewichtszunahme bei Kindern, die zu einem Gewichtswert führen, der 2 oder mehr, aber weniger als 3 Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Bezugspopulation liegt (oder einer ähnlichen Abweichung in anderen statistischen Verteilungen). Wenn nur eine Gewichtsmessung vorliegt, besteht mit hoher Wahrscheinlichkeit eine mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung, wenn der Gewichtswert 2 oder mehr, aber weniger als 3 Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Bezugspopulation liegt.

E44.1 Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung

Definition

Ungewollter Gewichtsverlust von weniger als 5% in drei Monaten bei Kindern oder Erwachsenen – sofern dokumentiert. Oder fehlende Gewichtszunahme bei Kindern, die zu einem Gewichtswert führen, der 1 oder mehr, aber weniger als 2 Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Bezugspopulation liegt (oder einer ähnlichen Abweichung in anderen statistischen Verteilungen). Wenn nur eine Gewichtsmessung vorliegt, besteht mit hoher Wahrscheinlichkeit eine leichte Energie- und Eiweißmangelernährung, wenn der Gewichtswert 1 oder mehr, aber weniger als 2 Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Bezugspopulation liegt.

R64 Kachexie exkl. Alimentärer Marasmus (E41)

Unterernährung oder ungewollter erheblicher Gewichtsverlust bei Kindern oder Erwachsenen in Verbindung mit inflammatorischer Komponente, ausgedrückt durch ein erniedrigtes Serumalbumin (bei fehlenden Anzeichen einer hepatischen oder renalen Dysfunktion) oder erhöhtes -C-reaktives

Protein.

## 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](http://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). 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). Im Vordergrund steht die besondere Bedeutung der Dynamik eines Gewichtsverlusts auch bei normalem BMI. Ein niedriger BMI <18.5 kg/m<sup>2</sup> tritt insbesondere in einer primär überernährten Gesellschaft seltener auf und ist dann zumeist Ausdruck einer weit fortgeschrittenen Kachexie. 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 einer einfachen Erfassung 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 u.a. einen reduzierten BMI [kg/m<sup>2</sup>] oder einen Gewichtsverlust in den vergangenen 3 Monaten vor der Krankenhausaufnahme, und eine Grunderkrankung, die mit dem Risiko eines Gewichtsverlust einhergeht. Die Bedeutung eines ungewollten Gewichtsverlustes ist in einer europaweiten multizentrischen Studie mit 5051 Patienten noch einmal prospektiv validiert worden (Sorensen et al, Clin Nutr 2008; 27: 340-349). Das Vorliegen eines Gewichtsverlustes 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 Definition der schweren Mangelernährung vorgestellt wird, die im wesentlichen auf dem Vorliegen eines ungewollten Gewichtsverlust und erst in zweiter Linie auf ein absolut reduziertes

Körpergewicht bzw. Body Mass Index beruht. (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 von Folgeerscheinungen einer Mangelernährung zu vermeiden. Eine besondere Gruppe von Patienten mit einer Mangelernährung stellen onkologische Patienten dar, wo neben einem Gewichtsverlust auch eine systemische inflammatorische Reaktion vorliegt. Diese lässt sich regelhaft durch ein erniedrigtes Serumalbumin oder erhöhtes -C-reaktives Protein charakterisieren.

Somit charakterisiert ein niedriges Gewicht, bzw. ein ungewollter Gewichtsverlust eine Subgruppe von Patienten, für dessen Betreuung und die Therapie der Grunderkrankung ein erhöhter Aufwand zu erwarten ist, 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 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 Rekonvaleszenzzeiten. 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)