

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2015

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. Die eingegebenen Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur strukturell unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments im DOC-Format angenommen werden.

Stellen Sie getrennte Anträge für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge!

Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß dem unten stehenden Beispiel. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. ß und 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. **Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den von ihm eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet.** Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung der ICD-10-GM zu.

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 dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA, www.aqua-institut.de) abgestimmt werden.

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 *	Bischoff
Vorname *	Stephan
Straße *	Olivaer Platz 7
PLZ *	10707
Ort *	Berlin
E-Mail *	stephan.bischoff@dgem.de
Telefon *	0711/ 45924101

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 *	0421/4675354

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

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) *

Geänderte Definition bzw Erläuterungstext der Mangelernährung

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)

Vorraussetzung für Kodierung der Codes E43, E44.0 und E44.1 ist das Vorliegen eines positiven Ergebnisses eines Screening Tools für das Vorliegen einer Mangelernährung, Nutritional Risk(*) Score (NRS)

E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung

Definition

NRS Score > 4 und

Body Mass Index < 18,5 kg/m² oder ein ungewollter erheblicher Gewichtsverlust von mehr als 10% in drei Monaten oder kürzerer Zeit [Unterernährung] [Kachexie] bei Kindern oder Erwachsenen.

Inkl.:

Hungerödem

E44,- Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades

E44.0 Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung

Definition

NRS Score > 3 und

Body Mass Index 18,5 - 22 kg/m² oder ein ungewollter Gewichtsverlust von mehr als 5% in drei Monaten oder kürzerer Zeit bei Kindern oder Erwachsenen.

E 44.1 Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung

Definition

NRS Score mindesten 3 und ein

ungewollter Gewichtsverlust von weniger als 5% in drei Monaten bei Kindern oder Erwachsenen.

Damit die Codes E43, E44.0 und E44.1 als relevante Nebendiagnose kodiert werden können, ist neben den oben aufgeführten Kriterien eine durchgeführte Ernährungstherapie in Form einer Ernährungsberatung durch qualifizierte Ernährungsfachkraft (z.B. Diätassistentin, Ökotrophologin; OPS 9-500.0) oder die Verabreichung einer oralen Zusatzernährung (z.B. Ernährungssupplemente), oder eine enterale (OPS 8-017.0-3; 8-015) oder parenterale Ernährung (OPS-8-018.0-3; 8-016) zu dokumentieren.

* Kondrup Guidelines for Nutrition Risk Screening 2002.Clin Nutr (2003);22(3):321–336

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.

Die aktuell vorliegende Erläuterungen zur Kodierung der Mangelernährung nach E43, E44.0 und E44.1 entsprechen nicht der klinischen Realität in deutschen Krankenhäusern. Auch dem MDK liegen keine adäquaten Kriterien vor, um die Diagnosen einer Energie-Eiweißmangelernährung zu stellen. Die jetzt vorgestellte Vorgehensweise basiert auf den aktualisierten S3 Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (www.dgem.de).

Der 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 erhebliche direkte und indirekte Folgekosten krankheitsbedingter Mangelernährung in Deutschland 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 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. Eine internationale Arbeitsgruppe der ESPEN hat Definitionskriterien für die Diagnose Mangelernährung erarbeitet, welche dann auch Grundlage einer Eingabe an die WHO zur Überarbeitung des ICD-11 sein wird.

Dieser beinhaltet u.a. einen reduzierten BMI [$< 18,5 \text{ kg/m}^2$] oder einen ungewollten Gewichtsverlust in den vergangenen 3 Monaten vor der Krankenhausaufnahme, und eine Grunderkrankung, die mit dem Risiko eines Gewichtsverlustes 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 Gewichtsverlustes 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. Diese Problematik wurde auch bereits vom Deutschen Pflegerat erkannt und im Expertenstandard Ernährungsmanagement wurde u.a. ein Screening auf das Vorliegen einer Mangelernährung für alle hospitalisierten Patienten festgelegt.

Mit den jetzt vorgeschlagenen Kriterien zur Definition und Klassifikation des Ernährungsstatus werden die Patienten identifiziert und klassifiziert, die aufgrund des reduzierten

Ernährungszustandes eine erhöhte Ressourcenallokation bedürfen.

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 jetzt vorgeschlagenen Definition der Mangelernährung kann spezifischer 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 - 20% in Abhängigkeit von der Subspezialität.

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

Aufgrund der Datenlage haben mangelernährte Patienten eine durchschnittlich 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 ca 800 € - durch entsprechende therapeutische Maßnahmen durch qualifizierte Mitarbeiter als auch durch die verlängerten Liegezeiten.

Um die Patienten noch besser zu charakterisieren, bei denen das Vorliegen der Codes E43, E44.0 und E44.1 eine Situation mit erhöhten Ressourcenverbrauch beschreibt, ist neben den oben aufgeführten Kriterien eine durchgeführte Ernährungstherapie in Form einer Ernährungsberatung durch qualifizierte Ernährungsfachkraft (z.B. Diätassistentin, Ökotrophologin; OPS 9-500.0) oder die Verabreichung einer oralen Zusatzernährung (z.B. Ernährungssupplemente), oder eine enterale (OPS 8-017.0-3; 8-015) oder parenterale Ernährung (OPS-8-018.0-3; 8-016) zu dokumentieren.

* Kondrup Guidelines for Nutrition Risk Screening 2002.Clin Nutr (2003);22(3):321–336

- c. **Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) abgestimmt werden.)

Der Grad (% der behandelten Patienten) des Screening auf Vorliegen einer Mangelernährung wäre ein möglicher Qualitätsindikator für die ernährungsmedizinische Betreuung in einem Krankenhaus. Dieses ist z.B. ein obligates Kriterium für die Zertifizierung nach der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (<http://www.jointcommission.org>).

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

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

Erwähnenswert ist, dass seit dem 01.01.2014 im Swiss DRG ein ähnliches Vorgehen wie folgt umgesetzt wurde:

E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung

Eine erhebliche Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

a) NRS-Gesamtscore (Nutritional Risk Screening*) von mindestens 5
und

b) BMI <18.5 kg/m² bei reduziertem Allgemeinzustand
oder

ungewollter Gewichtsverlust >5% in 1 Monat und reduzierter Allgemeinzustand
oder

in der vergangenen Woche ungewollt praktisch nicht gegessen (0 - 25% des Bedarfs)
(entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 3)

E44.0 Mässige Energie- und Eiweissmangelernährung

Eine mässige Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

a) NRS-Gesamtscore von mindestens 4
und

b) BMI 18.5 - 20.5 kg/m² bei reduziertem Allgemeinzustand
oder

ungewollter Gewichtsverlust >5% in 2 Monaten und reduzierter Allgemeinzustand
oder

in der vergangenen Woche ungewollt weniger als die Hälfte gegessen (25 - 50% des Bedarfs)
(entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 2)

E44.1 Leichte Energie- und Eiweissmangelernährung

Eine leichte Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

a) NRS-Gesamtscore von mindestens 3
und

b) ungewollter Gewichtsverlust >5% in 3 Monaten
 oder
 in der vergangenen Woche ungewollt weniger gegessen (50-75% des Bedarfs)
 (entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 1)

* Kondrup Guidelines for Nutrition Risk Screening 2002. Clin Nutr (2003);22(3):321–336

Eine Mangelernährung gemäss ICD-10 E43 kann kodiert werden, wenn die untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:

89.0A.4- Multimodale Ernährungstherapie

ODER

89.0A.32 Ernährungstherapie von mind. 2 Behandlungseinheiten durch dipl. Ernährungsberaterin HF/FH

2) Eine Mangelernährung gemäss ICD-10 E44 kann kodiert werden, wenn mindestens 1 der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:

89.0A.32 Ernährungsberatung und -therapie

89.0A.4- Multimodale Ernährungstherapie

96.6 Enterale Infusion konzentrierter Nährstoffe, mindestens 5 Behandlungstage

99.15 Parenterale Infusion konzentrierter Nährlösungen mindestens 5 Behandlungstage

Anmerkung:

Bei nicht erfüllten Kriterien (Definition Mangelernährung und/oder Prozedur) wird E 46 kodiert.

89.0A.3 Ernährungsberatung und -therapie

89.0A.32 Ernährungsberatung und -therapie

Beachte : Durchführung von mind. 2

Behandlungseinheiten durch

dipl. Ernährungsberater/in

HF/FH

89.0A.4 Multimodale Ernährungstherapie

Beachte : Mindestmerkmale:- Multimodales

Team unter der Leitung eines

Internisten und/oder eines

Facharztes

Diabetologie/Endokrinologie

FMH, zusätzlich eine dipl.

Pflegefachperson und eine dipl.

Ernährungsberater/In HF/FH.-

Durchführung und

Dokumentation eines

Ernährungsassessments -

Dokumentierte Teamabsprachen

zu Behandlungsziel und - plan -
Sicherstellung einer
angemessenen Ernährungs- und -
wenn nötig - Insulin-Therapie
(N.B. Die Verabreichung der
enteralen und/oder parenteralen
Ernährung ist gesondert zu
kodieren)- Verlaufskontrollen und
Dokumentation der
Behandlungsergebnisse -
Kontinuierliche interdisziplinäre
Informationssicherung

89.0A.40 Multimodale Ernährungstherapie,n.n.bez.

89.0A.41 Multimodale Ernährungstherapie, 3 bis 6 Tage

89.0A.42 Multimodale Ernährungstherapie, 7 bis 13 Tage

89.0A.43 Multimodale Ernährungstherapie, 14 bis 20 Tage

89.0A.44 Multimodale Ernährungstherapie, mind. 21 Tage

89.0A.49 Multimodale Ernährungstherapie, sonstige