

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2016

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOC-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. ß und Unterstrich):
icd-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc
kurzbezeichnungdesinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.
namedesverantwortlichen sollte dem unter **1.** (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.
Beispiel: icd-diabetesmellitus-mustermann.doc
4. Senden Sie Ihren Vorschlag/Ihre Vorschläge unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2015** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten haben, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de)

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

Einzelpersonen werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die 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 und die Vorschläge nicht mehr fristgerecht bearbeitet werden können.

Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den 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.

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

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

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Verband der Universitätsklinik Deutschland e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	VUD
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	www.uniklinika.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr
Name *	Nitschke
Vorname *	Roland
Straße *	J 5
PLZ *	68159
Ort *	Mannheim
E-Mail *	Roland.Nitschke@zi-mannheim.de
Telefon *	0621/17031016

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Verband der Universitätsklinik Deutschland e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	VUD
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	www.uniklinika.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau
Name *	Pöhlmann
Vorname *	Iris
Straße *	Alt-Moabit 96
PLZ *	10559
Ort *	Berlin
E-Mail *	poehlmann@uniklinika.de
Telefon *	030/394051712

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

Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen seitens der beteiligten Fachgesellschaften 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
 - Änderung von Klassentiteln 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 Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Voraussetzung 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 die Entgeltsysteme zu prüfen, wir bitten daher auch in diesen Fällen um Beantwortung der unter 7b genannten Fragen.

Problembeschreibung:

Die aktuell vorliegenden 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 in diesem Vorschlag 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).

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.

Begründung:

Mit der hier vorgeschlagenen Definition der Mangelernährung kann ein spezifisches Patientenkontingent identifiziert werden, bei dem dieser erhöhte Aufwand besonders zum Tragen kommt.

Aufgrund der Datenlage haben mangelernährte Patienten eine durchschnittlich ca. 1-2 Tage längere Liegezeit, mehr Infektionen und längere Rekonvaleszenzzeiten.

Um die Patienten noch besser zu charakterisieren, bei denen das Vorliegen der Codes E43, E44.0 und E44.1 eine Situation mit erhöhtem 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

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.

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.

c. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

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

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