

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 *	Deutsche Gesellschaft fuer Ernährungsmedizin
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	DGEM
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	www.dgem.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr.
Name *	Ockenga
Vorname *	Johann
Straße *	St Juergensstrasse 1
PLZ *	28177
Ort *	Bremen
E-Mail *	johann.ockenga@klinikum-bremen-mitte.de
Telefon *	++49(0)421 497 5354

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *
Offizielles Kürzel der Organisation
(sofern vorhanden) *
Internetadresse der Organisation
(sofern vorhanden) *
Anrede (inkl. Titel) *
Name *
Vorname *
Straße *
PLZ *
Ort *
E-Mail *
Telefon *

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

DGVS, DGHO, BDEM, DGCH und BDC

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) *

Definition 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)

Zur besseren Charakterisierung und Operationalisierbarkeit der Diagnosefindung sollen die bereits bestehenden Hinweise für die Codes E43, E44.0 und E44.6 wie folgt ergänzt werden.

E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung

Erheblicher Gewichtsverlust [Unterernährung] [Kachexie] bei Kindern oder Erwachsenen oder fehlende Gewichtszunahme bei Kindern, die zu einem Gewichtswert führen, 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.

Nach dem Nutritional Risk Screening (NRS 2002) nach Kondrup J et al., abgedruckt in Clinical Nutrition 2003; 22: 415-421) ist die Schlüsselnummer bei Erwachsenen auch zu benutzen, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Der NRS Score beträgt mehr als 4 und der Body Mass Index ist kleiner als 18,5 kg/m² und/oder
- der NRS Score beträgt mehr als 4 und es liegt ein ungewollter erheblicher Gewichtsverlust von mehr als 15% innerhalb der letzten drei Monate (bzw 5% innerhalb des letzten Monats) vor.

Inkl.: Hungerödem

E44.- Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades

E44.0 Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung

Gewichtsverlust bei Kindern oder Erwachsenen 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.

Nach dem Nutritional Risk Screening (NRS 2002) nach Kondrup J et al., abgedruckt in Clinical Nutrition 2003; 22: 415-421) ist die Schlüsselnummer bei Erwachsenen auch zu benutzen, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

Die Schlüsselnummer ist auch zu benutzen, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Der NRS Score beträgt mehr als 3 und der Body Mass Index beträgt 18,5 bis 20 kg/m² und/oder
- der NRS Score beträgt mehr als 3 und es liegt ein ungewollter Gewichtsverlust von mehr als 5% in zwei Monaten vor.

E44.1 Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung

Gewichtsverlust bei Kindern oder Erwachsenen 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.

Nach dem Nutritional Risk Screening (NRS 2002) nach Kondrup J et al., abgedruckt in Clinical Nutrition 2003; 22: 415-421) ist die Schlüsselnummer bei Erwachsenen auch zu benutzen, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

Die Schlüsselnummer ist auch zu benutzen, wenn folgendes Kriterium erfüllt ist:

- Der NRS Score beträgt 3 und es liegt ein ungewollter Gewichtsverlust von mehr als 5% in drei Monaten vor.

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.

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 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/m²] und/oder einen Gewichtsverlust in den vergangenen 1 - 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.

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.

7 b)

Mit der Differenzierung der Mangelernährung in Schweregraden kann ein Patientenkollektiv 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. In der Gesamtheit aller Patienten dürften 10 - 15% betroffen sein. Die momentanen Schlüsselkombinationen sind E43, E44, E44.1, E46, R63.3, R64.

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.

Aufgrund der Datenlage haben mangelernährte Patienten eine ca 1-2 Tage längere Liegezeit, mehr Infektionen und längere Rekonvalenszeiten. 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. Auch für den ambulanten Bereich sind erhöhte Kosten für Patienten mit Mangelernährung dokumentiert (K. Freijer et al. / Clinical Nutrition 32 (2013) 136e141).

- 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.)

entfällt

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

entfällt

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

Im Vorfeld der jetzigen Antragsstellung wurde ein Gespräch mit Vertretern der pädiatrischen Fachverbände geführt. Die Erfassung und Charakterisierung einer Mangelernährung bei Kindern und Jugendlichen folgt Regeln, die nicht bei Erwachsenen anzuwenden sind ('Wachstum'), daher werden die Pädiater für 2016 einen getrennten Vorschlag für diese Altersgruppe erarbeiten.

Das jetzige Vorgehen wurde u.a. im Rahmen eines Workshops mit dem MDK Bayern abgestimmt, die dieses jetzt bereits in Ihre Beurteilungsgrundlagen übernommen haben.

Es bleibt zu erwähnen, dass mit Einführung der Swiss DRG, ein fast gleichlautender Hinweistext für die Schweiz gilt.