

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 1 und 2 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 1. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 3, also ab hier, veröffentlicht.

**3. Prägante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \***

N17.- Terminus "adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt" - Konkretisierung

**4. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? \***

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Antrags seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

**5. 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)

Anpassung der Beschreibung der Stadien unter N17.-, am besten als tabellarische Übersicht:

Stadium 1:

1. Serum-Kreatinin:

Anstieg um mindestens 50% bis unter 100% gegenüber dem Ausgangswert innerhalb von 7 Tagen oder Anstieg um mindestens 0,3mg/dl innerhalb von 48 Stunden

2. Diurese:

Abfall auf unter 0,5ml/kg Körpergewicht/ Stunde über 6-12 Stunden (adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt)

Stadium 2:

1. Serum-Kreatinin:

Anstieg um mindestens 100% bis unter 200% gegenüber dem Ausgangswert innerhalb von 7 Tagen

2. Diurese:

Abfall auf unter 0,5ml/kg Körpergewicht/Stunde über mindestens 12 Stunden (adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt)

Stadium 3:

1. Serum-Kreatinin:

Anstieg um mindestens 200% gegen- über dem Ausgangswert innerhalb von 7 Tagen oder Anstieg auf mindestens 4,0 mg/dl oder Einleitung einer Nierenersatztherapie

2. Diurese:

Abfall auf 0,3ml/kg Körpergewicht/ Stunde über mindestens 24 Stunden oder Vorliegen einer Anurie über mindestens 12Stunden (adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt)

3. Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres:

Abfall der glomerulären Filtrationsrate (eGFR) auf unter 35 ml/min/1,73m<sup>2</sup>

## 6. 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 b genannten Fragen.

Die Stadieneinteilung des akuten Nierenversagens (ANV) orientiert sich in der ICD-Klassifikation seit 2015 an den KDIGO-Leitlinien. Damit schien die zwischen Kliniken und Kostenträgern/ MDK häufig umstrittene Kodierung des ANV zunächst eindeutig geregelt. Jedoch hat die Anpassung der Kodierempfehlung 268 der SEG-4 der MDK-Gemeinschaft vom 15.01.2015 die Auseinandersetzung um die Kodierung des ANV eher noch verschärft.

Dort heißt es: „Zur klinischen Abgrenzung der akuten Nierenschädigung (AKI)/des akuten Nierenversagens von einem lediglich durch Exsikkose bedingten Anstieg der Retentionswerte ist allerdings bei den Stadien 1-3 der Hinweis „adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt“ eingefügt worden.“ Dies wird von Seiten des MDK im Begutachtungsalltag so interpretiert, dass eigentlich alle durch eine Exsikkose verursachten „Nierenfunktionsstörungen“ nicht einem ANV und damit einem Kode aus N17.- zuzuordnen sind. Der MDK empfiehlt hier die unspezifische Kodierung mit N19.

In unserer Interpretation bezieht sich die Formulierung „adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt“ jedoch nur auf den Halbsatz „... oder Abfall der Diurese auf unter 0,5 ml/kg/h über ... Stunden“.

Dies unterstreicht auch die "Musterstellungnahme Kodierung des akuten Nierenversagens" (P Lütkes, M Jahn, A Bienholz, D Tamm, R Wanninger, A Kribben) der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (s. dort Tabelle S. 5).

Ein durch eine Exsikkose verursachtes akutes Nierenversagen ist aus unserer Sicht bei Erfüllung der KDIGO-Kriterien wie alle anderen Formen des ANV mit einem Kode aus N17.- zu kodieren, zumal es auch nach den üblichen Standards beim akuten Nierenversagen und mit dem gleichen Aufwand behandelt wird.

### 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 (mit den vorgeschlagenen neuen 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.**

Es dürften jährlich > 300.000 Fälle mit einer Haupt- oder Nebendiagnose aus N17.- betroffen sein. Die Kodierung nach den Vorgaben der Kodierempfehlung 268 der SEG-4 würde dazu führen, dass ca. 20% der Fälle von akutem Nierenversagen nicht als solches abgebildet würden, sondern unspezifisch mit dem Kode N19 dargestellt würden.

**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.)

aktuelle keine Relevanz im Verfahren nach § 137c SGB V

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

**7. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)