

# Änderungsvorschlag für den OPS 2017

## 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 DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:  
*ops2017-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.docx*  
*kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein  
*namedesverantwortlichen* sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen  
**Beispiel: ops2017-komplexxkodefruehreha-mustermann.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2016** 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](mailto: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](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

**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 des OPS zu.

## Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung der personenbezogenen Daten



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 damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** der personenbezogenen Daten (Seite 1 und 2 des Vorschlagsformulars, Name des Verantwortlichen im Dateinamen) auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter [dsb@dimdi.de](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGEM e.V.
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgem.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr.
Name *	Ockenga
Vorname *	Johann
Straße *	Olivaer Platz 7
PLZ *	10707
Ort *	Berlin
E-Mail *	johann.ockenga@klinikum-bremen-mitte.de
Telefon *	0421/497 5354

### 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGEM e.V.
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgem.de
Anrede (inkl. Titel)	Priv. Doz. Dr.
Name	Adolph
Vorname	Michael
Straße	Olivaer Platz 7
PLZ	10707
Ort	Berlin
E-Mail	michael.adolph@med.uni-tuebingen.de
Telefon	07071/29 86622

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

Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung, Definition der Kriterien und Parameter

**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)

Ein reduzierter Ernährungszustand (Mangelernährung) ist ein klinisch relevantes Problem und ist in der Regel mit einem höheren Ressourcenverbrauch assoziiert. In mehreren S3 Leitlinien wird eine individualisierte ernährungsmedizinische Betreuung von Patienten als medizinischer Standard definiert. Die aktuellen Kodierungsmöglichkeiten für eine Mangelernährung, Kachexie oder einen Gewichtsverlust können über unterschiedliche ICD-Kodes erfolgen (z.B. E43, E44.1, E44.0, R63, R64). Allerdings ergibt sich aufgrund inadäquater Definitionskriterien eine heterogene Datenlage und entsprechend eine nicht korrekte Abbildung des zusätzlichen Ressourcenverbrauches.

Im Krankenhaus wird der Ernährungszustand und damit die Indikation für eine ernährungsmedizinische Intervention (Behandlung) anhand von validierten Scores (z.B. Nutritional Risk Score (Nutritional Risk Score (NRS 2000) nach Kondrup J et al., abgedruckt in Clinical Nutrition 2003; 22: 415-421) MNA (Mini Nutritional Assessment) oder NUTRI Score) ermittelt. Durch eine zusätzliche Bioimpedanzanalyse, kann darüber hinaus die Körperzusammensetzung und insbesondere der fettfreie Anteil der Körpermasse ermittelt werden.

Aktuelle Leitlinien definieren eine qualitätsgesicherte Ernährungsmedizinische Betreuung als einen interdisziplinären Prozess mit definierter Struktur- und Prozessqualität. Diese beinhaltet eine institutionsweite berufsgruppenübergreifende Organisation und entsprechend stufenweise Betreuungsintensität, die in dem aktuellen OPS System nicht adäquat abgebildet sind.

Ernährungsmedizinische Prozeduren, können zur Zeit partiell über die OPS-Kodes für enterale (8-017) und parenterale Ernährung (8-018) oder anteilig über den Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS-E) für Erwachsene erfolgen, welche die komplexe Versorgungsintervention und den damit verbundenen Ressourcenverbrauch jedoch nicht adäquat abbilden.

Ziel dieses Antrages ist die Darstellung der Kriterien und Parameter für eine neu aufzunehmende ernährungsmedizinische Komplexbehandlung im OPS Katalog 2017.

Ein neuer OP-Schlüssel zur ernährungsmedizinischen Komplexbehandlung wird demgemäß wie folgt beantragt

8-98 Sonstige multimodale Komplexbehandlung

Inkl.: dieser Code ist auch für intensivmedizinische Patienten anzugeben

8-98h.0 Multimodale Ernährungstherapie

**Mindestmerkmale:**

- ein im eigenen Klinikum etabliertes Ernährungsteam, mindestens bestehend aus einem ärztlichen Leiter und einem/einer Ökotrophologen/-in oder Diätassistenten/-in
- Behandlungsleitung durch einen im eigenen Klinikum tätigen Facharzt für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin oder Pädiatrie oder Frauenheilkunde oder Anästhesiologie oder Chirurgie mit der Zusatzweiterbildung 'Ernährungsmedizin' nach dem 100-stündigen Curriculum der Bundesärztekammer
- von Montag bis Freitag (werktätlich) tagsüber eine mindestens 7-stündige Verfügbarkeit der Leistungen des Ernährungsteams
- Durchführung eines standardisierten Ernährungsscreenings bei Aufnahme durch von dem Ernährungsteam geschulte Pflegekräfte (NRS 2002, MNA, NUTRIC Score)
- Durchführung eines standardisierten ernährungsmedizinischen Basis Assesments zu Beginn der Behandlung (Ernährungsanamnese, Tellediagramm, Körpergröße und -gewicht, Berechnung des Body Mass Index, spezifische Laborwerte wie z.B. Serum-Albumin, Gesamteiweiß, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GOT, GPT, CRP, Bestimmung der Körperzusammensetzung mit Bio-Impedanz-Analyse)
- Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplanes zu Beginn der Behandlung durch ein Mitglied des Ernährungsteams
- Mindestens dreimal pro Woche Dokumentation der Behandlung des Patienten durch ein Mitglied des Ernährungsteams - mindestens 30 Minuten/Patient
- Wöchentliche Teambesprechungen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Wöchentliche Überprüfung des Behandlungsverlaufes durch den ärztlichen Leiter des Ernährungsteams
- Empfehlung einer ernährungsmedizinischen Weiterversorgung (Überleitungsmanagement) nach dem akut-stationären Aufenthalt

8-98h.0 Multimodale Ernährungstherapie ohne 8-017 und ohne 8-018

8-98h.1 Multimodale Ernährungstherapie mit 8-017

8-98h.2 Multimodale Ernährungstherapie mit 8-018

8-98h.3 Multimodale Ernährungstherapie mit 8-017 und 8-018

zu jedem dieser Punkte folgende zeitliche Untergliederung:

- ...0: bis 3 Behandlungstage
- ...1: 4 bis 7 Behandlungstage
- ...2: 8 bis 13 Behandlungstage
- ...3: 14 bis 20 Behandlungstage
- ...4: mindestens 21 Behandlungstage

## 6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Mehr als ein Viertel der Patienten in Deutschland weist bei der Krankenhausaufnahme - neben der Haupteinweisungsdiagnose – Zeichen einer Mangelernährung auf. Es wird folglich bei einem relevantem Anteil eine ernährungsmedizinische Behandlung erforderlich. Eine adäquate ernährungsmedizinische Mitbetreuung ist Bestandteil verschiedener Leitlinien und damit ein fester Bestandteil in der Betreuung von Patienten aus verschiedenen Fachgebieten. Zahlen der Universitätsklinik Frankfurt zeigen, dass etwa 10 – 12% der Patienten im Gesamtklinikum eine zusätzliche ernährungsmedizinische Betreuung mit unterschiedlicher Intensität benötigen. Diese aufwändige Maßnahme sollte adäquat und differenziert abgebildet werden.

Eine Mangelernährung beeinträchtigt schon im frühen Stadium zahlreiche Funktionen des Organismus. Z.B.: Wunden heilen verzögert, die Muskelkraft nimmt ab und die Erholung nach einer Operation verläuft verzögert. Andererseits konnte in verschiedenen Untersuchungen gezeigt werden, dass durch

eine optimale intensivierte Ernährungstherapie der Genesungsprozess positiv beeinflusst wird und sogar die Wiedereinweisungsrate deutlich gesenkt werden konnte. Auch die Lebensqualität der mangelernährten Patienten, gemessen im EORTC-QLQ 30 und SF 36, nimmt deutlich ab.

Die multiplen negativen Effekte einer Mangelernährung und die therapeutischen Möglichkeiten fasst C. Löser in einem Übersichtsartikel zusammen (C.Löser, Deutsches Ärzteblatt 2010).

Eine adäquate Ernährungstherapie hat das Potenzial in unterschiedlichen klinischen Situationen die Ergebnisqualität deutlich zu verbessern.

Mit dem nachfolgenden Vorschlag der Differenzierung des vorhandenen OPS-Kodes möchten wir eine bessere und zugleich realistischere Abbildung des tatsächlichen Ressourceneinsatzes ermöglichen.

b. I  
nwi  
ewe  
t ist  
der  
Vor  
schl  
ag  
für  
die  
Weit  
eren  
twic

#### klung der Entgeltsysteme relevant? \*

#### c. Verbreitung des Verfahrens \*

- ☐ Standard
 ☒ Etabliert
 ☐ In der Evaluation  
☐ Experimentell
 ☐ Unbekannt

#### d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens \*

- ärztliche Supervision (zB durch den leitenden Arzt des Ernährungsteams) (15 - 20 Minuten / Woche / Patient, ca. 20 - 25 €)
- individualisierte Beratung, Dokumentation und Organsiation der Ernährung 15 - 30 min/Tag, ca 15 - 20 €/Tag
- besondere Kostform in der oralen Ernährung ca. 15-20 €/Tag (inkl. Trinknahrung)
- enterale Ernährung als Nebenbehandlung ca 20-30 € /Tag
- parenterale Ernährung als Nebenleistung ca. 50 - > 200 €/Tag
- zuzüglich krankenhausindividuelle Personal-Zeitkosten

#### e. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt \*

Aus ersten Analysen der kodierten Fälle in Universitätsklinika wird eine Kodierung der Mangelernährung als Nebendiagnose in 11-19% der Fälle konstatiert. Es ist daher mit einer Fallzahl von 5-10% der Patienten zu rechnen, sofern die Strukturkriterien erfüllt sind.

Fallzahlen des InEK für das Jahr 2014 sehen wie folgt aus: 8-018 etwa 18.000 mit einem sehr heterogenen Diagnosespektrum, 8-018.1 ca. 3.500 und 8-018.2 weniger als 3.000.

**f. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern) \***

Es gibt keine vergleichbaren Verfahren.

**g. 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.)

Der Grad (% der behandelten Patienten) des Screening auf Vorliegen einer Mangelernährung und der Grad der als mangelernährt klassifizierten und ernährungsmedizinisch behandelten (% behandelter mangelernährter) Patienten 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>). Das Vorhandensein von entsprechender Strukturqualität (s.o.) wäre ein weiteres Qualitätskriterium.

**7. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Eine weitere Abstimmung mit der DGVS, DGHO, DGIM, Geriatrie, DGAI, DGC wird angestrebt.