

# Änderungsvorschlag für den OPS 2019

## Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulare Daten 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:  
*ops2019-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2019-komplexbcodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2018** 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, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, [klassi@dimdi.de](mailto:klassi@dimdi.de)).

## Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die 'Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS' in der aktuellen Fassung:

[www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – Klassifikationen ... – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

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 Fachverbänden 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.

## Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

## Erklärung zum Datenschutz

### Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

**Alle** im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

### Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern des OPS alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

**Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.**

**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) *	Priv. Doz. Dr.
Name *	Adolph
Vorname *	Michael
Straße *	Claire-Waldoff-Straße 3
PLZ *	10117
Ort *	Berlin
E-Mail *	michael.adolph@med.uni-tuebingen.de
Telefon *	07071 / 29 68054

### Einräumung der Nutzungsrechte \*

Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:  
'Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.'

### Erklärung zum Datenschutz \*

- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten 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.

## 2. Ansprechpartner/-in (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) *	Prof. Dr.
Name *	Ockenga
Vorname *	Johann
Straße *	Claire-Waldoff-Straße 3
PLZ *	10117
Ort *	Berlin
E-Mail *	johann.ockenga@klinikum-bremen-mitte.de
Telefon *	0421 / 497 5354

### Erklärung zum Datenschutz \*

- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten 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.

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

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

Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung, Definition Struktur- und Prozessqualität

**4. Mitwirkung der Fachverbände \***

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- Dem/Der Vorschlagenden liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

Deutsche Gesellschaft für  
Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS e.V.)  
Olivaer Platz 7 10707 Berlin  
Tel.: 030-31 98 31 5000  
Fax.: 030-31 98 31 5009

**5. Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist \***

Nein

Ja

- a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

- b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung

## 6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \*

(ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

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 G-DRG-System nicht adäquat abgebildet sind.

Ziel dieses Antrages ist die Darstellung der Kriterien und Parameter für eine neu aufzunehmende ernährungsmedizinische Komplexbehandlung im OPS Katalog 2019, in dem interdisziplinäre Strukturen, Prozesse und Inhalte eindeutig definiert sind.

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

8-98 Sonstige multimodale Komplexbehandlung

8-98i Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung

Inkl.: Dieser Kode ist auch für intensivmedizinische Patienten anzugeben

Info.: Die Art der Ernährungstherapie ist gesondert zu kodieren (8-015 ff.).

Mindestmerkmale: Multimodales Ernährungsteam bestehend aus einer fachärztlichen Leitung mit der Zusatzqualifikation 'Ernährungsmedizin' und Diätassistenten oder Ökotrophologen.

Mindestmerkmale: Montag bis Freitag 7 stündige Verfügbarkeit des Ernährungsteams, nicht an Wochenenden oder Feiertagen.

Mindestmerkmale: Evaluation des Ernährungsstatus innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme mittels eines standardisierten Ernährungsscreenings (NRS 2002 oder MNA oder NUTRIC Score) durch das Ernährungsteam oder von dem Ernährungsteam geschulten Pflegekräften oder von einer Pflegekraft mit dem Weiterbildungscurriculum 'Pflegeexperte Ernährungsmanagement' inkl. der Messung von aktueller Körpergröße und Gewicht.

Mindestmerkmale: Durchführung eines standardisierten ernährungsmedizinischen Basis Assessments zu Beginn der Behandlung durch ein Mitglied des Ernährungsteams (mindestens: Ernährungsanamnese inkl. aktueller Nahrungsaufnahme und Bedarfsermittlung).

Anzuwenden ist mindestens folgendes diagnostisches Verfahren: Laborparameter

Anzuwenden sind mindestens 2 der folgenden diagnostischen Verfahren:

- Handkraftmessung,
- Strukturierte Evaluation der Nahrungsaufnahme, z.B. Tellerdiagramm oder aktuelles Ernährungsregime,
- Bestimmung der Körperzusammensetzung mittels Bio-Impedanz-Analyse,
- Bestimmung des Energieumsatzes mittels indirekter Kalorimetrie

Mindestmerkmale: Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplanes (oral / enteral / parenteral nach dem siebenstufigen Ernährungsschema der Fachgesellschaft) zu Beginn der Ernährungstherapie.

Mindestmerkmale: Mindestens zweimal pro Woche Therapie-Verlaufskontrolle am Patientenbett und Dokumentation von mindestens Gewicht / BMI, Nahrungsaufnahme (oral, Trinknahrung, enteral und parenteral) Verträglichkeit und Gesamtbilanz (Energie, Protein und Flüssigkeit). Entsprechend medizinischer Notwendigkeit ergänzende Re-Evaluation des Ernährungszustandes durch aktuelle Laborparameter, Handkraftmessung, Bio-Impedanz-Analyse oder Messung des Energieumsatzes.

Mindestmerkmale: Wöchentliche Teambesprechungen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

Mindestmerkmale: Durchführung der folgenden Maßnahmen, wenn eine heimenterale und/oder heimparenterale Ernährungstherapie indiziert ist: Empfehlung und Dokumentation einer ernährungsmedizinischen Weiterversorgung (Entlassmanagement) nach dem akut-stationären Aufenthalt für weiterversorgenden Arzt und/oder Homecaredienstleister.

8-98i.0 bis zu 6 Behandlungstage

8.98i.1 mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8.98i.2 mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

8.98i.3 mindestens 21 Behandlungstage

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Die Mangelernährung (ME) zeigt sich im klinischen Alltag zwar als präsente, jedoch nur wenig beachtete Begleiterkrankung. Verschiedene Studien belegen, dass mindestens 25,0 bis 56,2 % aller stationären Patienten in Deutschland bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme mangelernährt sind. Die hohe Variabilität der Prävalenz erklärt sich durch das heterogene Patientengut verschiedener Fachdisziplinen. Die höchsten Prävalenzen finden sich in Geriatrie, Onkologie und Palliativmedizin. Zudem kommt es bei etwa der Hälfte der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes zu einem zusätzlichen Gewichtsverlust.

Der Zusammenhang zwischen ME und einer verlängerten Verweildauer, erhöhten Komplikationsrate, erhöhten Rehospitalisierungsrate, erhöhtem Mortalitätsrisiko, reduzierten Quality of Life, höheren Kosten sowie weiteren negativen Konsequenzen ist vielfach belegt.

Hieraus resultieren die Forderungen verschiedener Leitlinien unterschiedlicher Fachdisziplinen nach einer rechtzeitigen Bewertung des Ernährungszustandes im Rahmen der stationären Therapie und einer daraus resultierenden adäquaten Behandlung der ME. Zudem konnte in verschiedenen Untersuchungen gezeigt werden, dass durch eine optimale Ernährungstherapie der Genesungsprozess positiv beeinflusst wird. Die Ursachen einer ME sind vielfältig und ziehen sich durch sämtliche Alters- und Gesellschaftsschichten.

Mangelernährte Patienten verursachen unmittelbar Kosten für deutsche Krankenhäuser. Die für den stationären Bereich durch ME verursachten Kosten werden auf 5 Milliarden Euro in 2003 beziffert und werden bis 2020 auf 5,9 Milliarden Euro ansteigen.

Das G-DRG System hält zur Kodierung der Mangelernährung unterschiedliche Möglichkeiten vor. Für die reine Zustandsbeschreibung stehen unterschiedliche ICD-10-Kodes zur Verfügung (z.B. E43, E44.1, E44.0, R63, R64). Eine Dokumentation ernährungsmedizinischer Prozeduren ist mittels der OPS-Kodes für eine enterale/parenterale Ernährungstherapie als medizinische Haupt-/Nebenbehandlung (8-015, 8-016, 8-017, 8-018) partiell möglich. Allerdings ergibt sich aufgrund inadäquater Definitionskriterien, unterschiedlicher Akzeptanz der Codes durch den regional organisierten MDK und der eingeschränkten Erlösrelevanz der Codes eine heterogene Datenlage. Mit den vorhandenen Diagnose- und Prozedurenkodes wird weder die Struktur-, noch die Prozessqualität abgebildet und somit der Komplexität der notwendigen Versorgungsinterventionen mit dem dahinterstehenden Ressourcenverbrauch in keiner Form Rechnung getragen. Daraus resultiert, dass die von der Fachgesellschaft für erforderlich gehaltenen Qualitätsstandards mit den vorhandenen Diagnosekodes ebenfalls nicht abgebildet werden können (fehlende Struktur- und Leistungsinhalte).

**b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant? \***

Bei dem Kode zur 'Ernährungsmedizinischen Komplexbehandlung' handelt es sich um eine Ergänzung zu den bestehenden OPS-Kodes (8-015 ff.) für besonders schwere und komplexe Krankheitsfälle. Die bestehenden OPS-Kodes können weiterhin eigenständig oder in Kombination mit dem Beantragten verwendet werden. Die Therapieart kann durch die bestehenden und die Komplexität über den beantragten OPS-Kode, differenziert nach Behandlungstagen, abgebildet werden. Häufig benötigen Patienten, die geriatrisch, palliativmedizinisch, onkologisch oder intensivmedizinisch behandelt werden müssen, eine besonders aufwändige und komplexe Ernährungstherapie. Der erforderliche Aufwand hierfür kann mit dem neuen OPS Kode zusätzlich zu den bereits dafür vorhandenen Komplexkodes abgebildet werden.

Der beantragte Kode ist so gestaltet, dass der zusätzliche Dokumentationsaufwand zur regelhaften Dokumentation so gering wie möglich ist, aber die Qualität der Therapie sowie der Prozesse und Strukturen sichergestellt werden kann – der Aufwand also in Relation zum Nutzen steht.

Aufgrund der fehlenden Differenzierungen und der daraus resultierenden heterogenen Kodierung der aufgeführten ICD und OPS-Kodes liegt eine unzureichende Abbildung der Ernährungstherapie im Rahmen der InEK G-DRG Weiterentwicklung vor und somit weiter eine Unterfinanzierung spezifischer Fallgruppen.

Als pauschalierendes System ist das DRG-System auf exakte Definitionen und einheitliche Bewertungsverfahren angewiesen. Nach dem Willen des Gesetzgebers wäre auf Basis der dann vorliegenden Kosten- und Leistungsdaten die Kalkulation eines Zusatzentgeltes für die komplexe Ernährungstherapie mittels interdisziplinärer Ernährungsteams möglich, welches dann erstmals abrechenbar wäre.

In Abhängigkeit von der klinischen Situation sehen die aktuellen Leitlinien in der Ernährungsmedizin ein kaskadenartiges Vorgehen (VII unterschiedliche Interventionsstufen) als versorgungsgerecht an. Jede dieser Interventionsstufen ist mit einem anderen Ressourceneinsatz und damit Kosten verbunden. Beide Parameter steigen von der Stufe I zur Stufe VII parallel an. Die möglichst genaue Erfassung des Ressourceneinsatzes nach Interventionsstufen ermöglicht konsekutiv die Anpassung der Entgeltsysteme an die Versorgungsrealität.

**c. Verbreitung des Verfahrens \***

Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)

Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)

In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)

Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)

Unbekannt

Falls für die Bearbeitung des Vorschlags relevant: Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

Valentini L et al.; Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM); DGEM-Terminologie in der Klinischen Ernährung; Aktuel Ernährungsmed 2013; 38: 97–111

Weimann A et al.; S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE, der DGChA, der DGAIB und der DGAVC; Klinische Ernährung in der Chirurgie; Aktuel Ernährungsmed 2013; 38: e155–e197

Arends J et al.; S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e. V. (DGHO), der Arbeitsgemeinschaft 'Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin' der Deutschen Krebsgesellschaft (ASORS) und der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (AKE); Klinische Ernährung in der Onkologie; Aktuel Ernährungsmed 2015; 40: e1–e74

Pirlich M. et al.; The German hospital malnutrition study; Clin Nutr 2006 August;25(4):563-572

Löser C. Malnutrition in hospital: the clinical and economic implications. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(51-



52): 911-7.

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

Analysen des Universitätsklinikums Tübingen, welches ein Ernährungsteam wie im Antrag gefordert implementiert hat, haben nachfolgende Zahlen ergeben:

- Innerhalb derselben Fallpauschalen besteht zwischen Fällen mit und ohne Ernährungstherapie ein deutlicher mittlerer Kostenunterschied in Höhe von 8.877 €. Diese Kosten sind überwiegend auf Folgekosten der Mangelernährung sowie Kosten der Ernährungstherapie (Personal- und Sachkosten) zurückzuführen.
- Bei der ausschließlichen Betrachtung der Gruppe von Fällen mit Ernährungstherapie besteht ebenfalls ein deutlicher Kostenunterschied zwischen 'normalen' und 'komplexen' (nach Definition des beantragten Komplexkodes) Fällen. Die zusätzlich durch die komplexe Therapie entstehenden Kosten belaufen sich im Mittel auf Personalkosten (Ärztlicher Dienst, Pflegerischer Dienst und Funktionsdienst) von 1.200 € sowie auf Sachkosten von 750 €

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

Nach den Studienergebnissen der German Hospital Malnutrition Study liegt im Mittel bei ca. 25 % aller Krankenhauspatienten bei Krankenhausaufnahme eine Mangelernährung vor. Die daraufhin indizierte Ernährungstherapie dürfte bei diesen so identifizierten Mangelernährten etwa bei 25 % liegen.

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

Vorhandene ernährungsrelevante OPS-Kodes sind 8-015, 8-016, 8-017 und 8-018. Allerdings beinhalten diese weder Struktur- noch Prozessqualität, sodass von Kosten, wie in 7 d beschrieben, auszugehen ist.

**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. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM e.V.) in enger Zusammenarbeit mit der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM e.V.) ein 'Ernährungsmedizinisches Qualitäts-Zertifikat nach DIN EN ISO 9001:2015' entwickelt hat, um Strukturqualitäten - wie sie weiter oben beschrieben sind - zu überprüfen und zu zertifizieren.

**8. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)