



**FRESENIUS
KABI**

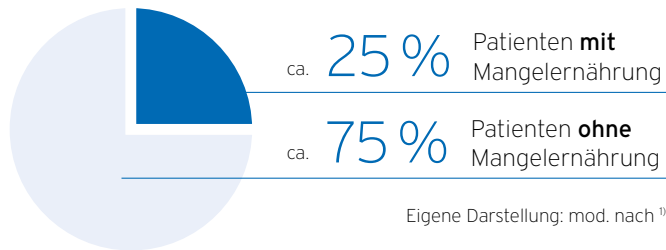
caring for life

Das DRG-System

Enterale und Parenterale Ernährungs-
therapie im Fallpauschalensystem 2017



Das DRG-System



Beinahe jeder 4. Patient hat eine Mangelernährung, zeigt eine Untersuchung an deutschen Krankenhäusern.¹ Ein höheres Alter, maligne Erkrankungen und Komorbiditäten wurden als wichtige Faktoren, die eine Mangelernährung begünstigen, identifiziert. Eine adäquate Ernährungstherapie sollte initiiert werden, um das klinische Outcome dieser Patienten zu optimieren.¹

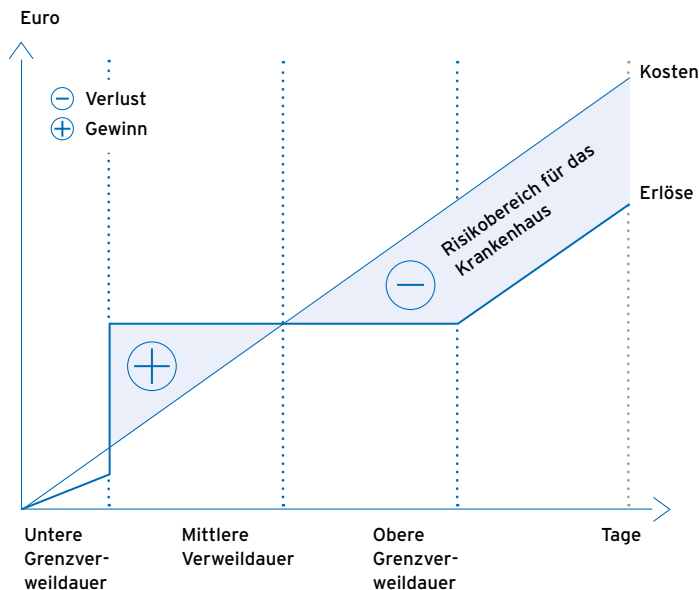
Die Mangelernährung ist ein häufiges Problem im klinischen Alltag. Mit Hilfe eines Screenings auf das Risiko einer Mangelernährung, z. B. Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002), können

- die Patienten mit einer Mangelernährung identifiziert und
- eine gezielte Ernährungstherapie eingeleitet werden.

Ein frühes Screening auf Mangelernährung und die frühzeitige Behandlung mit einer Ernährungstherapie

- senkt die Krankenhausverweildauer²
- vermeidet Komplikationsraten wie z. B. Druckulzera und nosokomiale Infektionen³ und
- verbessert die Lebensqualität^{4,5} sowie das Outcome⁴.

Der Gesetzgeber hat mit der Einführung des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups) zum 01.01.2003 ein pauschalierendes Entgeltsystem für Krankenhäuser eingeführt. Für jede DRG sind obere und untere Grenzverweildauer sowie eine mittlere oder durchschnittliche Verweildauer festgelegt.

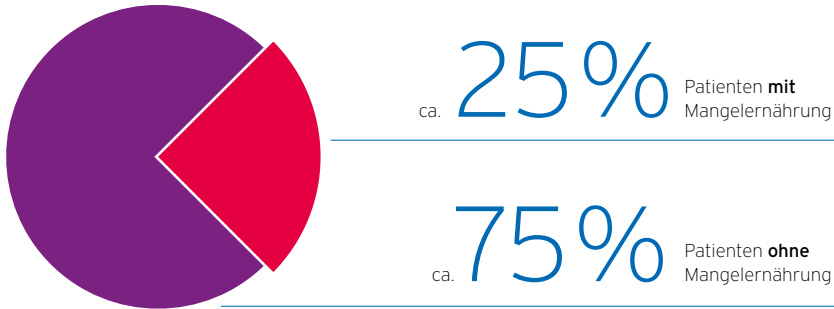


Schematische Darstellung, ohne Gewähr. Krankenhaus- und fallindividuelle Abweichungen möglich.

- 1 Pirlich M, Schütz T, Norman K et al. The German hospital malnutrition study. Clin Nutr 2006;25:563-572.
- 2 Kruizenga HM, Van Tulder MW, Seidell JC et al. Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. Am J Clin Nutr 2005;82:1082-1089.
- 3 Rypkema G, Adang E, Dickie H et al. Cost-effectiveness of an interdisciplinary intervention in geriatric inpatients to prevent Malnutrition. J Nurt Health Aging 2004;8:122-127.
- 4 Isenring EA, Capra S, Bauer JD. Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal or head and neck area. Br J Cancer 2004;91(3):447-452.
- 5 Löser C. Malnutrition in hospital—the clinical and economic implications. Dtsch Arztebl int. 2010;107:911-917.

Das DRG-System

Beinahe jeder 4. Patient hat eine Mangelernährung



Eigene Darstellung; mod. nach ¹⁾

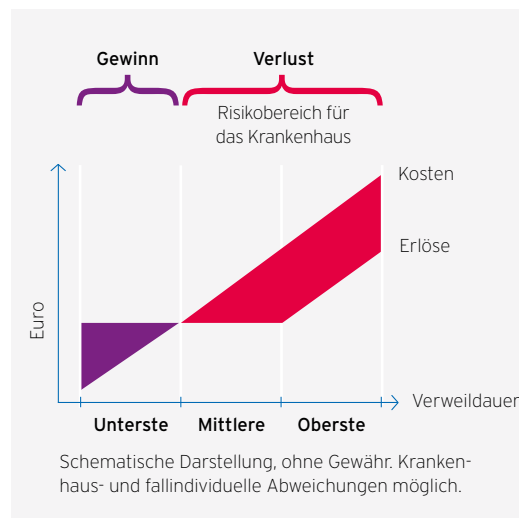
Beinahe jeder 4. Patient hat eine Mangelernährung, zeigt eine Untersuchung an deutschen Krankenhäusern.¹ Ein höheres Alter, maligne Erkrankungen und Komorbiditäten wurden als wichtige Faktoren, die eine Mangelernährung begünstigen, identifiziert. Eine adäquate Ernährungstherapie sollte initiiert werden, um das klinische Outcome dieser Patienten zu optimieren.¹

Die Mangelernährung ist ein häufiges Problem im klinischen Alltag. Mit Hilfe eines Screenings auf das Risiko einer Mangelernährung, z. B. Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002), können

- die Patienten mit einer Mangelernährung identifiziert und
- eine gezielte Ernährungstherapie eingeleitet werden.

Ein frühes Screening auf Mangelernährung und die frühzeitige Behandlung mit einer Ernährungstherapie

- senkt die Krankenhausverweildauer²
- vermeidet Komplikationsraten wie z. B. Druckulzera und nosokomiale Infektionen³ und
- verbessert die Lebensqualität^{4,5} sowie das Outcome⁴.



Der Gesetzgeber hat mit der Einführung des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups) zum 01.01.2003 ein pauschalierendes Entgeltsystem für Krankenhäuser eingeführt. Für jede DRG sind obere und untere Grenzverweildauer sowie eine mittlere oder durchschnittliche Verweildauer festgelegt.

- 1 Pirlich M, Schütz T, Norman K et al. The German hospital malnutrition study. Clin Nutr 2006;25:563-572.
- 2 Kruizenga HM, Van Tulder MW, Seidell JC et al. Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. Am J Clin Nutr 2005;82:1082-1089.
- 3 Rypkema G, Adang E, Dickie H et al. Cost-effectiveness of an interdisciplinary intervention in geriatric inpatients to prevent Malnutrition. J Nurt Health Aging 2004;8:122-127.
- 4 Isenring EA, Capra S, Bauer JD. Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal or head and neck area. Br J Cancer 2004;91(3):447-452.
- 5 Löser C. Malnutrition in hospital—the clinical and economic implications. Dtsch Arztebl int. 2010;107:911-917.

Das DRG-System

ICD-10-GM-Kode

Das DRG-System bildet bereits seit mehreren Jahren die Kodierung der Mangelernährung in unterschiedlichen ICD-10-GM-Kodes ab. Folgend die möglichen Diagnosekodes zur Erfassung der Mangelernährung.

ICD	ICD-Text - nebst etwaiger Hinweise
E12.-	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]
E40	Kwashiorkor - Erhebliche Mangelernährung mit alimentärem Ödem und Pigmentstörung der Haut und der Haare
E41	Alimentärer Marasmus - inkl. erheblicher Mangelernährung mit Marasmus
E42	Kwashiorkor-Marasmus - inkl. erheblicher Energie- und Eiweißmangelernährung [wie unter E43 aufgeführt] (intermediäre Form, mit Anzeichen von Kwashiorkor und Marasmus gleichzeitig)
E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung - Erheblicher Gewichtsverlust oder fehlende Gewichtszunahme, die zu einem Gewichtswert führen, der mindestens 3 Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Bezugspopulation liegt, inkl.: Hungerödem
E44.0	Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung - Gewichtsverlust oder fehlende Gewichtszunahme, die zu einem Gewichtswert führen, der 2 oder mehr, aber weniger als 3 Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Bezugspopulation liegt
E44.1	Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung - Gewichtsverlust oder fehlende Gewichtszunahme, die zu einem Gewichtswert führen, der 1 oder mehr, aber weniger als 2 Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Bezugspopulation liegt
E45	Entwicklungsverzögerung durch Energie- und Eiweißmangelernährung - inkl. Alimentär (Entwicklungshemmung, Kleinwuchs), körperlicher Retardation durch Mangelernährung
E46	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung - inkl. Mangelernährung o.n. A., Störung der Protein-Energie-Balance o.n. A.
E53.8	Mangel an sonstigen näher bezeichneten Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes - Mangel: Biotin, Cobalamin, Folat, Folsäure, Pantothersäure, Vitamin B12, Zyanocobalamin
E56.1	Vitamin-K-Mangel
E61.7	Mangel an mehreren Spurenelementen
E63.0	Mangel an essentiellen Fettsäuren [EFA]
E64.0	Folgen der Energie- und Eiweißmangelernährung
E64.8	Folgen sonstiger alimentärer Mangelzustände
E64.9	Folgen eines nicht näher bezeichneten alimentären Mangelzustandes
P92.-	Ernährungsprobleme beim Neugeborenen
R63.3	Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung - Ernährungsprobleme o.n. A.
R63.4	Abnorme Gewichtsabnahme
R63.6	Ungenügende Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit - Ungenügende Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit infolge Vernachlässigung der eigenen Person
R63.8	Sonstige Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen
R64	Kachexie

Auszug aus dem ICD-10-GM Version 2017, Systematisches Verzeichnis; Aufzählung nicht abschließend

Die Kodierung der Mangelernährung durch oben aufgeführte ICD-10-GM-Kodes kann zu einer Erhöhung des fallbezogenen Schweregrades und damit verbunden zu einer Erlössteigerung führen.

Das DRG-System

DRG-Erlöse: Beispielrechnungen*

Bösartige Neubildung

(80-jährige Patientin, Verweildauer 5 Tage)

	Kodierung ohne Mangelernährung als Nebendiagnose:		Kodierung mit Mangelernährung als Nebendiagnose:	
Hauptdiagnose	C16.3	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricu		
Nebendiagnose	D68.4	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	D68.4	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren
	U69.12!	Temporäre Blutgerinnungsstörung	U69.12!	Temporäre Blutgerinnungsstörung
	E06.3	Autoimmunthyreoiditis	E06.3	Autoimmunthyreoiditis
	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie	G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
	I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
	R11	Übelkeit und Erbrechen	R11	Übelkeit und Erbrechen
	T85.5	Mechanische Komplikation durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate	T85.5	Mechanische Komplikation durch gastrointestinale Prothesen, Implantate oder Transplantate
			E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweismangelernährung
Prozedur	1-632.y	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: nicht näher bezeichnet	1-632.y	Diagnostische Ösophagogastroduodenos- kopie: Nicht näher bezeichnet
	3-200	Native Computertomographie des Schädels	3-200	Native Computertomographie des Schädels
	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	3-207	Native Computertomographie des Abdomens
DRG-Eingruppie- rung	G47Z	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe	G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schweren CC oder andere Gastroskopie bei äußerst schweren CC, bei schweren Krank- heiten der Verdauungsorgane, Alter > 14 Jahre, oder bestimmte Gastrosko- pie, Alter < 15 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren oder ERCP mit anderen endosko- pischen Eingriffen
Erlös- situation	Bewertungsrelation:	0,884	Bewertungsrelation:	1,8
	Ungefäher Erlös:	2.984,48 €	Ungefäher Erlös:	6.077,00 €

Hinweis

In diesem Beispiel wird deutlich, dass sich das Vorliegen und Kodieren einer Mangelernährung schweregradsteigernd auswirken kann. Bei Zugrundelegen des derzeitigen Bundesbasisfallwertes von 3.376,11 € ergibt sich für diesen Fall eine rechnerische Erlössteigerung von 3.092,52 €, dies entspricht einer Steigerung von über 100 %.

* Die Berechnungen wurden auf Basis des derzeit gültigen G-DRG-Systems (2017) durchgeführt. Bitte beachten Sie bei der Kodierung die Deutschen Kodier-richtlinien in der aktuellen Version (DKR 2017; D002f Hauptdiagnose; D003I Nebendiagnosen; P001f ff. Prozeduren) sowie zusätzlich die jeweiligen diagnose-bezogenen Angaben im aktuellen ICD-10-GM, Version 2017.

Das DRG-System

DRG-Erlöse: Beispielrechnungen*

Lobärpneumonie

(86-jährige Patientin, VWD 10 Tage)

	Kodierung ohne Mangelernährung als Nebendiagnose:		Kodierung mit Mangelernährung als Nebendiagnose:	
Hauptdiagnose	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung
Nebendiagnose	E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet
	E10.90	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	E10.90	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
DRG-Eingruppierung	E77D	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne best. mäßig aufwendige Behandlung	K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag
Erlössituation	Bewertungsrelation:	0,778	Bewertungsrelation:	1,011
	Ungefährer Erlös:	2.262,61 €	Ungefährer Erlös:	3.413,25 €

Hinweis

In diesem Beispiel wird deutlich, dass sich auch der Wechsel in eine Hauptdiagnose „Mangelernährung“ erlösrelevant auswirken kann. Der Wechsel muss belegbar und die Begründung dokumentiert werden. Bei Zugrundelegen des derzeitigen Bundesbasisfallwertes von 3.376,11 € ergibt sich für diesen Fall eine rechnerische Erlössteigerung von 1.150,64 €, dies entspricht einer Steigerung von über 50 %.

* Die Berechnungen wurden auf Basis des derzeit gültigen G-DRG-Systems (2017) durchgeführt. Bitte beachten Sie bei der Kodierung die Deutschen Kodierrichtlinien in der aktuellen Version (DKR 2017; D002f Hauptdiagnose; D003I Nebendiagnosen; P001f ff. Prozeduren) sowie zusätzlich die jeweiligen diagnosebezogenen Angaben im aktuellen ICD-10-GM, Version 2017.

Das DRG-System OPS

Das DRG-System bildet bereits seit mehreren Jahren die Kodierung der Behandlung von Mangelernährung in unterschiedlichen OPS ab. Folgend mögliche Operationen- und Prozedurenschlüssel.

	OPS	OPS-Text - nebst etwaiger Hinweise
Operationen an den Blutgefäßen	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen
	5-399.5	Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z. B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) - Inkl.: Portsystem, zentralvenöser Katheter zu Dialysezwecken (Demers-Katheter)
	5-399.6	Revision von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) - Inkl.: Portsystem
	5-399.7	Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z. B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) - Inkl.: Portsystem
Operationen am Verdauungstrakt	5-431	Gastrostomie
	5-431.2	Perkutan-endoskopisch (PEG) - Exkl.: Wechsel und Entfernung einer PEG (8-123)
	5-450	Inzision des Darmes
	5-450.3	Perkutan-endoskopische Jejunostomie (PEJ) - Exkl.: Wechsel und Entfernung einer PEJ (8-124)
Applikation von Medikamenten und Nahrung und therapeutische Injektion	8-015	Enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung Hinw.: Die Erstellung des Behandlungsplans ist im Kode enthalten.
	8-015.0	Über eine Sonde
	8-016	Parenterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung Hinw.: Die Erstellung des Behandlungsplans ist im Kode enthalten.
	8-017	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung Hinw.: Bei intensivmedizinisch behandelten Patienten ist ein Kode aus diesem Bereich nicht anzugeben. Die Erstellung des Behandlungsplans ist im Kode enthalten. Die enterale Ernährung erfolgt über eine Sonde bzw. ein Stoma.
	8-017.0	Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
	8-017.1	Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
	8-017.2	Mindestens 21 Behandlungstage
	8-018	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung Hinw.: Bei intensivmedizinisch behandelten Patienten ist ein Kode aus diesem Bereich nicht anzugeben. Eine komplette parenterale Ernährung enthält die Makronährstoffe Glukose, Fette und Aminosäuren und die Mikronährstoffe fett- und wasserlösliche Vitamine und Spurenelemente. Die Erstellung des Behandlungsplans ist im Kode enthalten. Die parenterale Ernährung erfolgt zentralvenös.
	8-018.0	Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
	8-018.1	Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
8-018.2	Mindestens 21 Behandlungstage	

Auszug aus der OPS-Version 2017, Systematisches Verzeichnis; Aufzählung nicht abschließend

Das DRG-System

OPS

	OPS	OPS-Text - nebst etwaiger Hinweise
Manipulationen an Verdauungstrakt und Harntrakt	8-123	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters Inkl.: Wechsel und Entfernung einer PEG, Exkl.: Anlegen einer Gastrostomie oder PEG (5-431)
	8-123.0	Wechsel
	8-123.1	Entfernung
	8-124	Wechsel und Entfernung eines Jejunostomiekatheters Inkl.: Wechsel und Entfernung einer PEJ, Exkl.: Anlegen einer PEJ (5-450.3)
	8-124.0	Wechsel
	8-124.1	Entfernung
	8-125	Anlegen und Wechsel einer duodenalen oder jejunalen Ernährungssonde Hinw.: Die Überprüfung der Sondenlage durch ein bildgebendes Verfahren ist im Kode enthalten.
	8-125.0	Transnasal, n. n. bez.
	8-125.1	Transnasal, endoskopisch Inkl.: diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie
	8-125.2	Über eine liegende PEG-Sonde, endoskopisch Inkl.: diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie
Präventive und ergänzende kommunikative Maßnahmen Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben.	9-500	Patientenschulung
	9-500.0	Basisschulung Hinw.: Dauer mindestens 2 Stunden; sie beinhaltet themenorientierte Schulungen [...]

Auszug aus der OPS-Version 2017, Systematisches Verzeichnis; Aufzählung nicht abschließend

Das DRG-System

PKMS – Pflegekomplexmaßnahmen-Score⁶

Anhand des „Pflegekomplexmaßnahmen-Score“ (PKMS), welchen der Deutsche Pflegerat entwickelt hat, soll der Aufwand besonders aufwendiger Pflege dokumentiert werden. Ab 2012 können Krankenhäuser diesen erhöhten Aufwand in Rechnung stellen. Die hochaufwendige Pflege geht über die normale volle Übernahme von Pflegetätigkeiten in mindestens einem der definierten Leistungsbereiche (u. a. Ernährung) deutlich hinaus.

Es wurden drei unterschiedliche PKMS entwickelt, da die hochaufwendige Pflege in den verschiedenen Altersstufen unterschiedlich operationalisiert ist.

- Für Erwachsene (PKMS-E): ab dem Beginn des 19. Lebensjahres
- Für Kinder und Jugendliche (PKMS-J): ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres
- Für Kleinkinder (PKMS-K): ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahre
- Für Kleinkinder (PKMS-K): ab dem Beginn des 2. Für Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge (PKMS-F): ab der Geburt bis zum Ende des 1. Lebensjahres

	OPS	OPS-Text - nebst etwaiger Hinweise
Pflege und Versorgung von Patienten	9-200	<p>Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen</p> <p>Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden. Ein Kode aus diesem Bereich ist für Patienten ab dem Beginn des 19. Lebensjahres anzugeben.</p> <p>Mindestmerkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Ein Kode aus diesem Bereich ist anzugeben, wenn in einem oder mehreren Leistungsbereichen die Bedingungen des Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Erwachsene [PKMS-E] erfüllt sind. Die sich daraus ergebenden Aufwandspunkte werden täglich addiert. Die Gesamtanzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe der täglich ermittelten Punkte aus dem PKMS-E über die Verweildauer des Patienten hinweg. Aufwandspunkte, die am Aufnahme- und/oder Entlassungstag entstehen, werden mit berücksichtigt. · Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildung oder unter deren Verantwortung erbracht. · Die zu verwendenden Parameter des PKMS-E und weitere Nutzungshinweise sind im Anhang zum OPS zu finden.
	9-201	<p>Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen</p> <p>Ein Kode aus diesem Bereich ist für Patienten ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres anzugeben. Er kann in Ausnahmefällen auch für Erwachsene angegeben werden, wenn deren Behandlung in einer Abteilung oder Klinik für Kinder- und Jugendmedizin erforderlich ist.</p> <p>Mindestmerkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Ein Kode aus diesem Bereich ist anzugeben, wenn in einem oder mehreren Leistungsbereichen die Bedingungen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Kinder und Jugendliche [PKMS-J] erfüllt sind. Die sich daraus ergebenden Aufwandspunkte werden täglich addiert. Die Gesamtanzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe der täglich ermittelten Punkte aus dem PKMS-J über die Verweildauer des Patienten. Aufwandspunkte, die am Aufnahme- und/oder Entlassungstag entstehen, werden mit berücksichtigt. · Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen mit dreijähriger Ausbildung oder unter deren Verantwortung erbracht. · Die zu verwendenden Parameter des PKMS-J und weitere Nutzungshinweise sind im Anhang zum OPS zu finden.

Auszug aus der OPS-Version 2017, Systematisches Verzeichnis; Aufzählung nicht abschließend

Der PKMS ist nur auf der „Normalstation/IMC“ zu kodieren.

⁶ OPS-Version 2017, Systematisches Verzeichnis, Anhang Pflegekomplexmaßnahmen-Scores, herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Das DRG-System

PKMS – Pflegekomplexmaßnahmen-Score⁶

	OPS	OPS-Text - nebst etwaiger Hinweise
Pflege und Versorgung von Patienten	9-202	<p>Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern Ein Kode aus diesem Bereich ist für Patienten ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres anzugeben.</p> <p>Mindestmerkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Ein Kode aus diesem Bereich ist anzugeben, wenn in einem oder mehreren Leistungsbereichen die Bedingungen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Kleinkinder [PKMS-K] erfüllt sind. Die sich daraus ergebenden Aufwandspunkte werden täglich addiert. Die Gesamtanzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe der täglich ermittelten Punkte aus dem PKMS-K über die Verweildauer des Patienten. Aufwandspunkte, die am Aufnahme- und/oder Entlassungstag entstehen, werden mit berücksichtigt. · Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen mit dreijähriger Ausbildung oder unter deren Verantwortung erbracht. · Die zu verwendenden Parameter des PKMS-K und weitere Nutzungshinweise sind im Anhang zum OPS zu finden.
	9-203	<p>Hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist für Patienten bis zum Ende des 1. Lebensjahres anzugeben</p> <p>Mindestmerkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Ein Kode aus diesem Bereich ist anzugeben, wenn in einem oder mehreren Leistungsbereichen die Bedingungen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge [PKMS-F] erfüllt sind. Die sich daraus ergebenden Aufwandspunkte werden täglich addiert. Die Gesamtanzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe der täglich ermittelten Punkte aus dem PKMS-F über die Verweildauer des Patienten. Aufwandspunkte, die am Aufnahme- und/oder Entlassungstag entstehen, werden mit berücksichtigt. · Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen mit dreijähriger Ausbildung oder unter deren Verantwortung erbracht. · Die zu verwendenden Parameter des PKMS-K und weitere Nutzungshinweise sind im Anhang zum OPS zu finden.

Der PKMS ist nur auf der „Normalstation /IMC“ zu kodieren.

⁶ OPS-Version 2017, Systematisches Verzeichnis, Anhang Pflegekomplexmaßnahmen-Scores, herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Das DRG-System

PKMS – Pflegekomplexmaßnahmen-Score⁶

Der PKMS definiert Mindestmerkmale in den einzelnen Leistungsbereichen. Die Punktwerte drücken den mindestens anfallenden pflegerischen Aufwand bei einem hochaufwendigen Patienten aus. Die Gründe für hochaufwendige Pflege sind einmalig bei Aufnahme und bei Änderungen der Gründe zu erfassen und die Pflegeinterventionen sind durch eine tägliche Leistungsdokumentation (Kalendertag) nachzuweisen.

Damit ein Leistungsmerkmal zutrifft, müssen

1. einer der Gründe für hochaufwendige Pflege in dem entsprechenden Leistungsbereich vorliegen **und**
 2. ein entsprechend aufgeführtes Pflegeinterventionsprofil zutreffen.
-

Beispiel Mindestmerkmale: Leistungsbereich B: Ernährung

(Altersgruppe E: 4 Punkte)

Die Unterstützung bei Nahrungs-/Flüssigkeitszufuhr ist hochaufwendig und geht deutlich über das normale Maß einer vollen Übernahme der Nahrungs-/Flüssigkeitszufuhr hinaus. Bei diesem Leistungsmerkmal ist es wichtig zu beachten, dass die zutreffenden Interventionen bei allen Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahmen des Patienten (mindestens 4 Mahlzeiten) durchzuführen sind.

1. Grund für eine hochaufwendige Pflege beispielsweise G10 „Vorliegende schwere Mangernährung“

Kennzeichen: Gewichtsverlust größer 5 % innerhalb von 1 Monat, BMI kleiner als 18,5 kg/m² bei Erwachsenen bis 65 Jahre und kleiner als 20 kg/m² bei Erwachsenen über 65 Jahre, Sarkopenie, hervortretende Knochen

2. Pflegeinterventionen beispielsweise B1

Volle Übernahme der Nahrungsverabreichung und/oder Anleitung/Aktivierung zur Nahrungsaufnahme (mindestens 4 Mahlzeiten oder mindestens 7x tägl. Snacks/Zwischenmahlzeiten)

UND mindestens **7 orale Flüssigkeitsverabreichungen** zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei einer Gesamttagesmenge von mindestens **1500 ml gemäß Flüssigkeitsprotokoll**

ODER mindestens **9 orale Flüssigkeitsverabreichungen** zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei einer Gesamttagesmenge von mindestens **1000 ml gemäß Flüssigkeitsprotokoll**

ODER mindestens **12 orale Flüssigkeitsverabreichungen** schluckweise/teelöffelweise zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei einer Gesamtmenge von mindestens **800 ml gemäß Flüssigkeitsprotokoll**

⁶ OPS-Version 2017, Systematisches Verzeichnis, Anhang Pflegekomplexmaßnahmen-Scores, herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Das DRG-System

Allgemeine Dokumentationsgrundsätze

Auszug aus den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2017⁷, Verbindliches Regelwerk für die Dokumentation und Kodierung sind die Deutschen Kodierrichtlinien des InEK.

D002f – die Hauptdiagnose wird definiert als:

„Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.“

- Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. Die dabei evaluierten Befunde können Informationen enthalten, die aus der medizinischen und pflegerischen Anamnese, einer psychiatrischen Untersuchung, Konsultationen von Spezialisten, einer körperlichen Untersuchung, diagnostischen Tests oder Prozeduren, chirurgischen Eingriffen und pathologischen oder radiologischen Untersuchungen gewonnen wurden.
- Die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose muss nicht der Aufnahme- oder Einweisungsdia- gnose entsprechen.

Ausnahme: Symptom als Hauptdiagnose

- Die zugrunde liegende Krankheit ist zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt.
- Nur das Symptom wird behandelt.

> Zugrunde liegende Krankheit = Nebendiagnose

D003l – die Nebendiagnose ist definiert als:

„Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.“

- Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folg. Faktoren erforderlich ist:
 - therapeutische Maßnahmen
 - diagnostische Maßnahmen
 - erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand
- Bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen ausgerichtet ist, können alle betroffenen Diagnosen kodiert werden (entweder Hauptdiagnose und Nebendiagnose oder mehrere Nebendiagnosen). Somit ist es unerheblich, ob die therapeutische/diagnostische Maßnahme bzw. der erhöhte Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand auch in Bezug auf die Hauptdiagnose geboten waren.

Die Regelungen gelten entsprechend bei Symptomen als Nebendiagnose.

⁷ Deutschen Kodierrichtlinien, Version 2017, herausgegeben vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) im Auftrag der Selbstverwaltungspartner.

Das DRG-System

Allgemeine Dokumentationsgrundsätze

Auszug aus den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2017⁷, Verbindliches Regelwerk für die Dokumentation und Kodierung sind die Deutschen Kodierrichtlinien des InEK.

P001f – allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

Alle signifikanten Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden und im OPS abbildbar sind, sind zu kodieren. Dieses schließt diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein.

- Es ist besonders wichtig, dass alle signifikanten und kodierbaren Prozeduren verschlüsselt werden.
 - Es gibt keine Kodierrichtlinie, die die Reihenfolge der Prozeduren regelt. Jedoch sollten die aufwändigeren Prozeduren zuerst angegeben werden, da die Anzahl der zur Verfügung stehenden Schlüsselnummer-Felder begrenzt ist.
 - Die Reihenfolge der Prozeduren hat keinen Einfluss auf die DRG-Gruppierung.
-

MDK-Kodierempfehlungen⁸

Die Kodierempfehlungen stellen das Ergebnis eines fortlaufenden Diskussions- und Abstimmungsprozesses innerhalb der MDK-Gemeinschaft dar. Die Kodierempfehlungen werden regelmäßig erweitert und aktualisiert. Es handelt sich hierbei lediglich um Empfehlungen mit dem Ziel einer bundesweit einheitlichen Kodierung. Sie stellen keine rechtsverbindlichen Vorgaben dar. Beispielhaft folgt die Kodierungsempfehlung Nr. 288 zu den ICD E43 und E44.- (Mangelernährung, Eiweiß-, Energie-).⁹

Problem/Erläuterung: Welche Kriterien/Angaben sind für die Diagnosestellung einer Krankheit aus E43 nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung bzw. E44.- Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades erforderlich?

Kodierempfehlung: Energie- und Eiweißmangelernährung, auch Protein-Energie-Malnutrition (PEM) genannt, beschreibt eine bestimmte Form der Unterernährung, bei der das Defizit an Energie („Kalorien“) und Proteinen (Eiweiß) im Vordergrund steht.

Die in den Definitionen zu den ICD-Kodes E43 und E44.- aufgeführten Kriterien müssen nachgewiesen und dokumentiert sein.

Darüber hinaus ist durch eine qualitative/quantitative Ernährungsanamnese/Ernährungsprotokoll und/oder durch gängige Screeningverfahren/Scores die Mangelernährung zu erfassen und gegebenenfalls der Proteinmangel laborchemisch nachzuweisen (z. B. Serumalbumin).

⁷ Deutschen Kodierrichtlinien, Version 2017, herausgegeben vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) im Auftrag der Selbstverwaltungspartner.

⁸ Herausgegeben durch die Sozialmedizinische Expertengruppe der MDK-Gemeinschaft „Vergütung und Abrechnung“ (SEG 4).

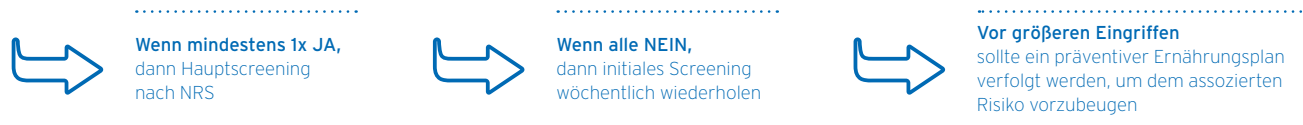
⁹ SEG 4- Kodierempfehlung, Nr. 288 (Stand: 11.08.2009, aktualisiert: 01.01.2016).

Das DRG-System Screening

Zur Einschätzung des Ernährungszustandes der Patienten hat sich unter anderem das Screening auf Mangelernährung nach dem NRS 2002 (Nutritional Risk Screening 2002) etabliert.¹¹

Initiales Screening¹⁰

	JA	NEIN
Ist der Body Mass Index < 20,5 kg/m ² ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War die Nahrungszufuhr in der vergangenen Woche vermindert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat der Patient in den vergangenen 3 Monaten an Gewicht verloren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient schwer erkrankt? (z. B. Intensivtherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Hauptscreening nach NRS 2002¹⁰

	Punkte	Wertung
Ermittlung des Ernährungszustandes	Kein oder geringer Gewichtsverlust in 3 Monaten	0
	Gewichtsverlust > 5% in den letzten 3 Monaten oder Kostaufnahme 50 bis 75% des Bedarfs während der letzten Woche	1
	Gewichtsverlust > 5% in den letzten 2 Monaten oder BMI = 18,5–20,5 + beeinträchtigter Allgemeinzustand oder Kostaufnahme 25 bis 50% des Bedarfs während der letzten Woche	2
	Gewichtsverlust > 5% in einem Monat oder BMI < 18,5 + beeinträchtigter Allgemeinzustand oder Kostaufnahme weniger als 25% des Bedarfs während der letzten Woche	3
Schweregrad der Erkrankung/ Therapie	Kein Stressstoffwechsel / Normaler Nährstoffbedarf	0
	Erhöhter Proteinbedarf, der gedeckt werden kann - oft durch modifizierte Kost bzw. Trinknahrung: z. B. Hüftfraktur / Chronische Erkrankungen, speziell mit akuten Komplikationen (z. B. Leberzirrhose, chronische Hämodialyse, Diabetes mellitus, onkologische Erkrankungen, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen)	1
	Deutlich erhöhter Proteinbedarf - oft ist eine Ernährungstherapie erforderlich; z. B. Akuter Schlaganfall / Schwere Pneumonie / Hämatookologische Erkrankung / Größere abdominale Operation	2
	Deutlich erhöhter Proteinbedarf, der trotz enteraler bzw. parenteraler Ernährung oft nicht gedeckt werden kann: z. B. Schädel-Hirn-Trauma / Knochenmarkstransplantationen / Intensivpatienten (APACHE > 10)	3
Alter	Patient 70 Jahre oder älter (erhält Zusatzpunkt)	1
Zur Gesamtberechnung der Punkte nur den jeweils höchsten Punktwert aus den drei Blöcken addieren.		Gesamt:

Auswertung < 3 Punkte = Screening wöchentlich wiederholen
Gesamtpunktzahl:

✚ 3 Punkte = Patient mit Ernährungsrisiko:
 Erstellung eines Ernährungsplans erforderlich

¹⁰ modifiziert nach Kondrup J, Allison SP, Elia M et al. ESPEN Guidelines for Nutritional Risk Screening 2002. Clin Nutr 2003;22:415-21.

¹¹ Pirlich M, Norman K. Bestimmung des Ernährungszustands. Aktuel Ernährungsmed 2011;36:248-264.

Mögliche Kodierung der Mangelernährung

Anwendung des NRS 2002 auf die ICD-Kodes E43 und E44¹²

	Kriterien nach NRS 2002	ICD	Originaltext und Erläuterung
Gesamtpunktzahl ab 2	Gewichtsverlust > 5% in den letzten 3 Monaten oder Kostaufnahme 50-75% des Bedarfs während der letzten Woche	E44.1	Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung „Gewichtswert/-verlust 1 bis weniger als 2 Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Bezugspopulation“
Gesamtpunktzahl ab 3	Gewichtsverlust > 5% in den letzten 2 Monaten oder BMI 18,5-20,5 und beeinträchtigter Allgemeinzustand oder Kostaufnahme 25% bis 50% des Bedarfs während der letzten Woche	E44.0	Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung „Gewichtswert/-verlust 2 bis weniger als 3 Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Bezugspopulation“
Gesamtpunktzahl ab 4	Gewichtsverlust > 5% in 1 Monat oder BMI < 18,5 und beeinträchtigter Allgemeinzustand oder Kostaufnahme weniger als 25% des Bedarfs während der letzten Woche	E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung „Gewichtswert/-verlust 3 oder mehr Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Bezugspopulation“

Zudem ist die MDK-Kodierempfehlung Nr. 288 zu beachten, wonach die Mangelernährung durch eine qualitative/quantitative Ernährungsanamnese/Ernährungsprotokoll und/oder durch gängige Screeningverfahren/Scores zu erfassen und ggf. der Proteinmangel laborchemisch nachzuweisen ist (z. B. Serumalbumin). Wichtig hierbei ist, dass sich eine Dokumentation (z. B. Körpergewicht, -entwicklung, Ernährungsprotokoll) für die kodierten Diagnosen in der Krankenakte wiederfindet. Denn diese ist die Grundlage für eine eventuelle Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).

Fazit zum DRG-System

- Neben den Hauptdiagnosen an sich kann Mangelernährung als Nebendiagnose kodiert werden und sich hier schweregradsteigernd auswirken.
- Die Behandlung der Mangelernährung kann sich positiv auf die Verweildauer auswirken und somit die Wirtschaftlichkeit eines Behandlungsfalles verbessern.

¹² modifiziert nach Reinbold T, Broß I, Lenfers B. Mangelernährung im G-DRG-System: Effekt eines strukturierten Ernährungsmanagements auf Behandlungsqualität, Kosten und DRG-Erlöse. *Aktuel Ernährungsmed.* 2013;38:24-29.

Die zur Verfügung gestellten Informationen wurden durch die Fresenius Kabi Deutschland GmbH sehr sorgfältig zusammengestellt, dennoch kann Fresenius Kabi für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben keine Haftung übernehmen. Eine Haftung für direkte oder indirekte Schäden materieller oder immaterieller Art, die durch die Nutzung der Angaben verursacht werden, ist ausgeschlossen. Die Therapiehoheit liegt allein bei dem jeweils behandelnden Arzt. Änderungen können sich im Zuge der jährlichen DRG-Anpassung ergeben. Hierbei ist der jeweils gültige Fallpauschalen-Katalog zu beachten. Die Darstellung sämtlicher Codes und DRGs erfolgt ohne Gewähr. Bitte beachten Sie die deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils gültigen Fassung.



wir helfen Menschen

Ihren Einsatz für Therapieerfolg und Lebensqualität möchten wir einfacher und sicherer machen und die Lebensqualität von Patienten und Pflegebedürftigen stetig steigern. Wir übernehmen Verantwortung für hochwertige, individuell abgestimmte Produkte und Dienstleistungen in den Leistungsbereichen:

Ernährung

Für die enterale Ernährung bieten wir Ihnen Trink- und Sondennahrungen sowie Supplemente. Das Programm für die parenterale Ernährung reicht von Mehrkammerbeuteln bis zu Einzelkomponenten wie Fettemulsionen, Aminosäuren, Vitaminen und Spurenelementen. Bei unseren therapieübergreifenden, bundesweiten Versorgungsstrukturen setzen wir uns höchste Qualitätsstandards.

Arzneimittel

Für die intravenöse Therapie kritisch kranker Menschen haben wir ein umfangreiches Produktprogramm von generischen Arzneimitteln wie Antibiotika und Anästhetika sowie Arzneimitteln für die Onkologie. Ihre vielfältigen Therapien unterstützen wir mit systematisch abgestimmten Applikationstechniken.

Infusionen

Unser Angebot umfasst Volumenersatz-, Träger- und Elektrolytlösungen sowie spezifische Lösungen für die Pädiatrie in modernen und anwendungsfreundlichen Primärbehältnissen. Wir unterstützen Ihre therapeutische Arbeit durch umfangreiche Dienstleistungen, wie eine computergestützte Kompatibilitätsdatenbank und eine breite wissenschaftliche Basis.

Medizinprodukte

Für Ernährung, Infusionen, Arzneimittel und Blutkomponenten bieten wir Ihnen präzise aufeinander abgestimmte Applikationstechnik und -systeme an. Das Produktprogramm wird durch die Urologie, die Tracheostomie und die moderne Wundversorgung abgerundet.



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

Fresenius Kabi Deutschland GmbH
Kundenberatung
61346 Bad Homburg
T 0800 / 788 7070
F 06172 / 686 8239
kundenberatung@fresenius-kabi.de
www.fresenius-kabi.de