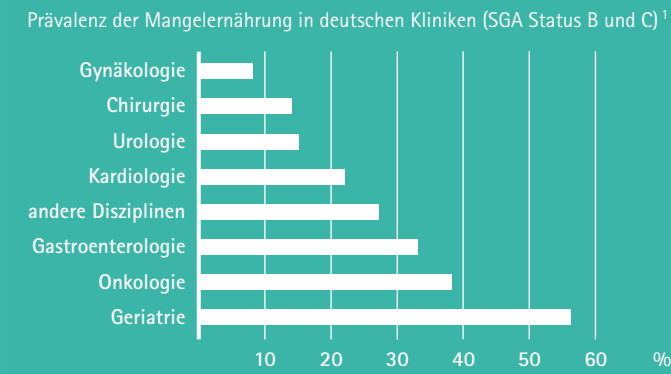


## MANGELERNÄHRUNG VERURSACHT MEHRKOSTEN

### HÄUFIGKEIT DER MANGELERNÄHRUNG

Mangelernährung ist besonders bei **onkologischen und geriatrischen Patienten ein häufiges Problem** mit relevantem Einfluss auf das klinische Outcome der Patienten.<sup>1</sup>

Obwohl **fast jeder vierte Patient in Schweizer Spitälern mangelernährt** ist, wird die Mangelernährung in der Praxis vielfach nicht ausreichend berücksichtigt und nicht diagnostiziert.<sup>2</sup>



### BIS ZU 2'800.- CHF MEHRKOSTEN PRO MANGELERNÄHRTE PATIENTEN<sup>2</sup>

Gründe für Mehrkosten pro Patient und Spitalaufenthalt:

- Erhöhte Mortalität im Spital (nach 90 Tagen und 4.5 Jahren)
- Verdoppelte Komplikationsrate von 40% bei mangelernährten Patienten
- Höherer Medikamentenverbrauch im Spital
- Geringere Selbstständigkeit bei Spitalaustritt
- Längere Hospitalisationsdauer (+ 4.9 Tage)

### SwissDRG 5.0 / Abrechnungsversion 2016

#### FALLBEISPIEL OHNE E44.1

Leichte Energie- und Eiweissmangelernährung

ICD: K83.1 / C24.0 / Z43.4 / Z92.6

CHOP: 51.98.00 / 51.87.10 / 93.92.10

PCCL: 2 DRG: H41C

eff. Kostengewicht 0.922

x Basisrate (Annahme) CHF 10'000.-

Erlös CHF 9'220.-

#### FALLBEISPIEL MIT E44.1

Leichte Energie- und Eiweissmangelernährung

ICD: K83.1 / C24.0 / Z43.4 / Z92.6 / E44.1

CHOP: 51.98.00 / 51.87.10 / 93.92.10

PCCL: 3 DRG: H41B

eff. Kostengewicht 1.518

x Basisrate (Annahme) CHF 10'000.-

Erlös CHF 15'180.-

Mehrerlös CHF 5'960.-



## KLINISCHE ERNÄHRUNG

EINFACH WICHTIG – MANGELERNÄHRUNG KODIEREN

#### QUELLEN

- 1 Pirlich M et al. The German hospital malnutrition study. Clin Nutr 2006;563-572.
- 2 Frei Andreas: Mangelernährung im Spital - medizinische Kosten und Kosteneffektivität bei Verhinderung, BAG 2006.
- 3 SVDE ASDD: SwissDRG und Ernährung, Broschüre 2012. <http://www.svde-asdd.ch/de/index.cfm?treeID=611>
- 4 ESPEN-Leitlinien 2002. Aktuell. Ernähr. Med. 2005; 30:99-102

## 1. SCHRITT: SCREENEN

Patient mittels Nutritional Risk Screening (NRS) betreffend Mangelernährung untersuchen

NUTRITIONAL RISK SCREENING (NRS) 2002	
<b>VORSCREENING</b>	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist der Body Mass Index < 20.5 kg/m <sup>2</sup> ?	
Hat der Patient in den vergangenen 3 Monaten an Gewicht verloren?	
War die Nahrungsaufnahme in der vergangenen Woche vermindert?	
Ist der Patient schwer erkrankt (z.B. Intensivtherapie)?	
<b>4 x nein</b> ➔	Patient wöchentlich erneut screenen
<b>1 x ja</b> ➔	Hauptscreening durchführen

HAUPTSCREENING			
Verschlechterung des Ernährungszustandes	Punkte	Schweregrad der Erkrankung	Punkte
<b>Mild</b> Gewichtsverlust > 5% in 3 Monaten <u>oder</u> Nahrungszufuhr < 50 – 75% des Bedarfs in der vergangenen Woche	<b>1</b>	<b>Mild</b> z.B. Schenkelhalsfraktur, chronische Erkrankungen besonders mit Komplikationen, Leberzirrhose, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, chronische Hämodialyse, Diabetes, Krebsleiden	<b>1</b>
<b>Mässig</b> Gewichtsverlust > 5% in 2 Monaten <u>oder</u> BMI 18.5 – 20.5 kg/m <sup>2</sup> <u>und</u> reduzierter Allgemeinzustand <u>oder</u> Nahrungszufuhr 25 – 50% des Bedarfs in der vergangenen Woche	<b>2</b>	<b>Mässig</b> z.B. grosse Bauchchirurgie, Schlaganfall, schwere Pneumonie, hämatologische Krebserkrankung	<b>2</b>
<b>Schwer</b> Gewichtsverlust > 5%/1 Monat (> 15%/3 Monaten) <u>oder</u> BMI < 18.5 kg/m <sup>2</sup> <u>und</u> reduzierter Allgemeinzustand <u>oder</u> Nahrungszufuhr 0 – 25% des Bedarfs in der vergangenen Woche	<b>3</b>	<b>Schwer</b> z.B. Kopfverletzung, Knochenmarkstransplantation, intensivpflichtige Patienten (APACHE-II > 10)	<b>3</b>
+ 1 Punkt, wenn Alter > 70 Jahre			

AUSWERTUNG	
<b>&gt; 3 Punkte</b>	<i>Behandeln</i> – Ernährungsrisiko liegt vor, Erstellung eines Ernährungsplanes.
<b>&lt; 3 Punkte</b>	<i>Beobachten</i> – Wöchentliches wiederholtes Screening. Wenn für den Patienten z.B. eine grosse OP geplant ist, sollte ein präventiver Ernährungsplan verfolgt werden, um das assoziierte Risiko zu vermindern.

## 2. SCHRITT: THERAPIEREN UND DOKUMENTIEREN

- Diagnostizierte Mangelernährung aus Screening im ärztlichen Patientendossier (Überweisungs- und Austrittsdokument) dokumentieren
- Klinische Ernährungstherapie durchführen
- Ernährungstherapeutische Intervention im Patientendossier und Austrittsbericht dokumentieren

## 3. SCHRITT: KODIEREN

Diagnosen ICD-10-GM 2012

GRAD DER VERSCHLECHTERUNG DES ERNÄHRUNGSZUSTANDES	1	2	3
<b>NRS-Gesamtscore</b>	≥ 5	E44.1	E44.0
	4	E44.1	E44.0
	3	E44.1	E44.1

ICD-10-GM	Mangelernährung (E40-E46)	OP./ Med. CCL
<b>E43</b>	Nicht näher bezeichnete <b>erhebliche</b> Energie- und Eiweissmangelernährung a) NRS-Gesamtscore von mindestens 5 UND b) BMI < 18.5 kg/m <sup>2</sup> bei reduziertem Allgemeinzustand ODER ungewollter Gewichtsverlust > 5% in 1 Monat und reduzierter Allgemeinzustand ODER in der vergangenen Woche ungewollt praktisch nicht gegessen (0 – 25% des Bedarfs = Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 3)	2, 3, 4/ 2, 3
<b>E44.0</b>	<b>Mässige</b> Energie- und Eiweissmangelernährung a) NRS-Gesamtscore von mindestens 4 UND b) BMI 18.5 – 20.5 kg/m <sup>2</sup> bei reduziertem Allgemeinzustand ODER ungewollter Gewichtsverlust > 5% in 2 Monaten und reduzierter Allgemeinzustand ODER in der vergangenen Woche ungewollt weniger als die Hälfte nicht gegessen (25 – 50% des Bedarfs = Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 2)	2, 3, 4/ 2, 3
<b>E44.1</b>	<b>Leichte</b> Energie- und Eiweissmangelernährung a) NRS-Gesamtscore von mindestens 3 UND b) ungewollter Gewichtsverlust > 5% in 3 Monaten ODER in der vergangenen Woche ungewollt weniger gegessen (50 – 75% des Bedarfs = Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 1)	2, 3, 4/ 2, 3
<b>E45</b>	Entwicklungsverzögerung durch Energie- und Eiweissmangelernährung Alimentäre Entwicklungshemmung, alimentärer Kleinwuchs, körperliche Retardierung durch Mangelernährung	2, 3, 4/ 2, 3
<b>E46</b>	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweissmangelernährung Inkl.: Mangelernährung ohne nähere Angaben, Störung der Protein-Energie-Balance ohne nähere Angaben Bei nicht erfüllten Kriterien (Definition Mangelernährung und /oder Prozedur) wird E46 kodiert	2, 3, 4/ 1, 2, 3

GM = German Modification | ICD = International Classification of Diseases and Related Health Problems | NRS = Nutritional Risk Screening 2002  
onA = ohne nähere Angaben | CCL = Complication and/or Comorbidity Level (Schweregrad der Diagnose, operativ/medizinisch)

## KODIERHILFE ERNÄHRUNGSTHERAPIE SWISSDRG

Prozeduren-Kodierung CHOP 2014

Für die **Kodierung der Mangelernährung** gemäss ICD-10-GM E43-E45 muss eine der unten stehenden Prozeduren durchgeführt worden sein.

CHOP-Kode	Definition
<b>89.0A.3</b>	<b>Ernährungsberatung und -therapie</b>
89.0A.32	Ernährungsberatung und -therapie Beachte: Durchführung von mind. 2 Behandlungseinheiten durch dipl. Ernährungsberater/in HF/FH
<b>89.0A.4</b>	<b>Multimodale Ernährungstherapie</b> Beachte Mindestmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> <li>Multimodales Team unter der Leitung eines Internisten und /oder eines Fachztes Diabetologie/Endokrinologie FMH, zusätzlich eine dipl. Pflegefachperson und ein/eine dipl. Ernährungsberater/in HF/FH</li> <li>Durchführung und Dokumentation eines Ernährungsassessments</li> <li>Dokumentierte Teamabsprachen zu Behandlungsziel und -plan</li> <li>Sicherstellung einer angemessenen Ernährungs- und – wenn nötig – Insulin-Therapie (N.B. Die Verabreichung der enteralen und /oder parenteralen Ernährung ist gesondert zu kodieren)</li> <li>Verlaufskontrollen und Dokumentation der Behandlungsergebnisse</li> <li>Kontinuierliche interdisziplinäre Informationssicherung</li> </ul>
89.0A.40	Multimodale Ernährungstherapie, n.n.bez.
89.0A.41	Multimodale Ernährungstherapie, 3 bis 6 Tage
89.0A.42	Multimodale Ernährungstherapie, 7 bis 13 Tage
89.0A.43	Multimodale Ernährungstherapie, 14 bis 20 Tage
89.0A.44	Multimodale Ernährungstherapie, mind. 21 Tage
89.0A.49	Multimodale Ernährungstherapie, sonstige
96.6	Enterale Infusion konzentrierter Nährstoffe
99.15	Parenterale Infusion konzentrierter Nährlösungen Hyperalimentation, periphere parenterale Ernährung, totale parenterale Ernährung