

workshop CHOP/ICD



Nick Vonzun

Leiter Ernährungstherapie Kantonsspital Graubünden

Medizinischer Kodierer

CHOP 89.0A32: Präzisierung zur Behandlungseinheit Ernährungsberatung/-therapie

Text CHOP Handbuch 2017:

89.0A.3 Ernährungsberatung und -therapie

89.0A.32 Ernährungsberatung und -therapie

Beachte: Durchführung von mind. 2 Behandlungseinheiten durch dipl.
Ernährungsberater/in HF/FH

Im Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer 2017 Nr.2 steht:

**3.6. Präzisierung des «Beachte» unter 89.0A.32 «Ernährungsberatung und –
therapie»**

Das «Beachte» unter 89.0A.32 wird wie folgt ersetzt:

89.0A.32 Ernährungsberatung und –therapie

Beachte: Die Ernährungsberatung und -therapie wird durch eine/n dipl.
Ernährungsberater/in HF/FH durchgeführt und beinhaltet:

1. Ernährungs-Assessment, -Diagnose, -Intervention, -Monitoring und Evaluation inklusive Dokumentation,
2. mindestens eine Absprache (mündlich oder schriftlich) mit dem/r behandelnden Arzt/Ärztin,
3. mindestens ein patientenbezogener Kontakt auf der Abteilung.

89.0A.32 Ernährungsberatung und -therapie

Beachte: Die Ernährungsberatung und -therapie wird durch eine/n dipl. Ernährungsberater/in HF/FH durchgeführt und beinhaltet:

1. Ernährungs-Assessment, -Diagnose, -Intervention, -Monitoring und Evaluation inklusive Dokumentation,
2. mindestens eine Absprache (mündlich oder schriftlich) mit dem/r behandelnden Arzt/Ärztin,
3. mindestens ein patientenbezogener Kontakt auf der Abteilung.

89.0A.4 Multimodale Ernährungstherapie, nach Anzahl Behandlungstage

Beachte: Mindestmerkmale:

- a) Multimodales Team unter der Leitung eines Internisten und/oder eines Facharztes Diabetologie/Endokrinologie FMH, zusätzlich eine dipl. Pflegefachperson und eine dipl. Ernährungsberater/in HF/FH.
- b) Durchführung und Dokumentation eines Ernährungsassessments
- c) Dokumentierte Teamabsprachen zu Behandlungsziel und -plan
- d) Sicherstellung einer angemessenen Ernährungs- und - wenn nötig - Insulin-Therapie (N.B. Die Verabreichung der enteralen und/oder parenteralen Ernährung ist gesondert zu kodieren)
- e) Verlaufskontrollen und Dokumentation der Behandlungsergebnisse
- f) Kontinuierliche interdisziplinäre Informationssicherung

89.0A.41 Multimodale Ernährungstherapie, mindestens 3 bis 6 Behandlungstage

89.0A.42 Multimodale Ernährungstherapie, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage

89.0A.43 Multimodale Ernährungstherapie, mindestens 14 bis 20 Behandlungstage

89.0A.44 Multimodale Ernährungstherapie, 21 und mehr Behandlungstage

Berufsbezeichnung?



Fall 1

67-jähriger Patient, verlor ungewollt 7 % KG in den letzten 2 Monaten, BMI: 26.9, deckte in der letzten Woche ungewollt nur 40% seines Bedarfes. COPD. Bekommt stationär eine PEG-Einlage. Telefonat von Pflege, wünschen Sondenplan. Aufgrund Stress keine Zeit auf Station vorbeizugehen. Anhand Angaben der Pflege am Telefon Sondenplan erstellt und geschickt.

Nach 3 Tagen Telefonat der Pflege mit der Frage, ob man EE reduzieren kann, aufgrund Diarrhoe. Anpassung des Planes durch ET und diesen wiederum auf Station geschickt.

Nach weiteren 3 Tagen Telefonat von der Pflege. Pat. tritt in Reha aus, werden Plan mitgeben.

Fragen:

- Welcher CHOP-Kode?
- Welcher ICD-Kode?

Kodierrichtlinie Bundesamt für Statistik: Gültig seit 01.01.2014

Tabelle zur Erläuterung der Zuordnung der ICD-Mangelernährungsdiagnose:

Grad der Verschlechterung des Ernährungszustandes		1	2	3
NRS-Gesamtscore	≥ 5	E44.1	E44.0	E43
	4	E44.1	E44.0	E44.0
	3	E44.1	E44.1	E44.1

Fall 2

76-jährige Patientin, verlor ungewollt 4 % KG in den letzten 3 Monaten, BMI: 24.5, deckte in der letzten Woche ungewollt nur 30 % ihres Bedarfes. Solider Tumor/Radiotherapie.

Zusatzmodul B-Studentin geht selbstständig vorbei. Führt mit Patientin Assessment durch, stellt eine Ernährungsdiagnose, verordnet nach Absprache mit dem AA: Trinknahrung, Anreicherung der Speisen und ein Essprotokoll. Nach 2 Tagen geht sie wieder bei der Pat. vorbei, wertet Essprotokoll aus und sieht aufgrund dessen, dass die Pat. bedarfsdeckend ernährt wird. Dritter Besuch: Instruktion/Organisation der ET vor Austritt ebenfalls durch die Studentin.

Fragen:

- Welcher CHOP-Kode?
- Welcher ICD-Kode?

Fall 3

78-jährige Patientin, kann nicht adäquat Auskunft geben über Gewichtsverlauf der letzten Monate und Nahrungsaufnahme in der letzten Woche, BMI: 18.8. Hüftfraktur, Demenz, lebte bis vor kurzem alleine zuhause mit Unterstützung der Tochter.

Abprache mit chirurgischem Assistenzarzt und der Pflege.
Anpassung der Kostform, zusätzliche Zwischenmahlzeiten, Trinknahrung, Essprotokoll.

Die ET führte eine Gespräch mit der Tochter und war 3 weitere Male auf der Station um den Ernährungsverlauf zu monitorisieren. Ernährungs-Assessment, -Diagnose, - Intervention, -Monitoring und Evaluation wurde dokumentiert.

Fragen:

- Welcher CHOP-Kode?
- Welcher ICD-Kode?

Fall 4

57-jähriger Patient, verlor ungewollt 8 % KG im letzten Monat, BMI: 23.1, deckte in der letzten Woche ungewollt nur 20 % seines Bedarfes. Metastasierendes Pankreaskarzinom.

ET geht auf der Palliativstation vorbei. Führt mit Patient Assessment durch, stellt eine Ernährungsdiagnose, verordnet nach Absprache mit dem AA: energiereiche Getränke und Zwischenmahlzeiten. Nach 2 Tagen verstirbt der Patient.

Fragen:

- Welcher CHOP-Kode?
- Welcher ICD-Kode?

Fall 5

Sachbearbeiterin der KK fordert Dokumentation an, um die Kodierung des Falles zu überprüfen.

Wie vorgehen?

Auskunftspflicht

- Die Krankenkassen können anhand KVG Art. 32 (Grundlage „WZW“), Art. 42 (Grundsatz Überprüfung Leistungserbringung) und Art. 57 (Vertrauensarzt) jede Art der Dokumentation einfordern.
- Die Datenübermittlung erfolgt beim KVG immer an den Vertrauensarzt. Ausnahme ist hier lediglich das UVG – hier ist es erlaubt Unterlagen direkt an Sachbearbeiter weiterzuleiten.

Mail Kodierung:

Lieber Nick

Wegen einer Anfrage der Krankenkasse benötige ich vom Fall 11810773 eine Zusammenfassung der Ernährungstherapeutischen Massnahmen und Mittel (auch Mengenangaben), damit wir die Hauptdiagnose über den Aufwand nachweisen können.
Im KIS sind 5 Termine dokumentiert.

Danke Dir vielmals und
Einen guten Tag

Fall 6

9-jähriger Patient, KG in den letzten Monaten stabil, BMI: 10.9, deckte in der letzten Woche ungewollt <25 % seines Bedarfes. Mehrfachbehinderung, kommt für PEG-Einlage stationär ET geht auf Kinderstation vorbei. Führt mit Mutter Assessment durch, stellt eine Ernährungsdiagnose, verordnet nach Absprache mit dem AA Sondenkost.

Das Monitoring zeigte guten Verlauf, Austritt nach 5 Tagen unter enteraler Ernährung.

Fragen:

- Welcher CHOP-Kode?
- Welcher ICD-Kode?

Kodierrichtlinie Malnutrition in der Pädiatrie

Gültig seit 01.01.2016

- Die Definitionen sind gemäss PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score)
- Die Kombination mit den Ernährungstherapie-CHOP-Kodes ist analog der Kodierrichtlinie Malnutrition Erwachsene

http://www.svde-asdd.ch/wp-content/uploads/2017/06/Handout_Melina-Nigg.pdf

Definition der Stadien der Mangelernährung bei Kindern

Die Definitionen sind für Kinder und Jugendliche im Alter von 1 – 16 Jahre gültig. Im Säuglingsalter (0 – 12 Monate) ist der PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score*) nicht anwendbar und es reicht für die Diagnosestellung, wenn eines der drei Argumente erfüllt wird.

- **E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung**

Eine erhebliche Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

- **1. Bedingung:** PYMS-Gesamtscore (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) von mindestens 4

und **2. Bedingung:** zusätzlich eines der folgenden 3 Kriterien:

- a) Bis 120 cm: Gewicht für Länge ≥ -3 SD (standard deviation) z-Score bzw. $< P$ 0.5 WHO Perzentilen Kurven bei reduziertem Allgemeinzustand
- b) Ab 120 – 175 cm Knaben und 120 – 163 cm Mädchen: Längen-Sollgewicht (Wellcome Klassifikation) $< 70\%$ bei reduzierter Allgemeinzustand
- c) Ab 175 cm Knaben bzw. 163 Mädchen: BMI ≥ -3 SD z-Score unter dem entsprechenden Wert für Alter und Geschlecht bzw. $< P$ 0.5 WHO Perzentilen Kurven bei reduziertem Allgemeinzustand **oder** ungewollter Gewichtsverlust $\geq 10\%$ bei reduziertem Allgemeinzustand **oder** in der vergangenen Woche ungewollt reduzierte Nahrungsaufnahme (0 – 25% des Bedarfs)

Definition der Stadien der Mangelernährung bei Kindern

- **E44.0 Mässige Energie- und Eiweissmangelernährung**

Eine mässige Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

- **1. Bedingung:** PYMS-Gesamtscore (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) von mindestens 3 und **2.**

Bedingung: zusätzlich eines der folgenden 3 Kriterien:

- a) Bis 120 cm: Gewicht für Länge ≥ -2 bis $-2,9$ SD (standard deviation) z-Score bzw. $< P$ 3 WHO Perzentilen Kurven bei reduziertem Allgemeinzustand
- b) Ab 120 – 175 cm Knaben und 120 – 163 cm Mädchen: Längen-Sollgewicht (Wellcome Klassifikation) 70 – 79% bei reduzierter Allgemeinzustand
- c) Ab 175 cm Knaben bzw. 163 cm Mädchen: BMI -2 bis $-2,9$ SD z-Score unter dem entsprechenden Wert für Alter und Geschlecht (BMI Perzentilen) bei reduziertem Allgemeinzustand **oder** ungewollter Gewichtsverlust $\geq 7,5\%$ bei reduziertem Allgemeinzustand **oder** in der vergangenen Woche ungewollt reduzierte Nahrungsaufnahme (26 – 50% des Bedarfs)

- **E44.1 Leichte Energie- und Eiweissmangelernährung**

Eine leichte Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

- **1. Bedingung:** PYMS-Gesamtscore (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) von mindestens 2 und **2.**

Bedingung: zusätzlich eines der folgenden 3 Kriterien:

- a) Bis 120 cm: Gewicht für Länge -1 bis $-1,9$ SD (standard deviation) z-Score bzw. $< P$ 16 WHO Perzentilen Kurven bei reduziertem Allgemeinzustand
- b) Ab 120 – 175 cm Knaben und 120 – 163 cm Mädchen: Längen-Sollgewicht (Wellcome Klassifikation) 80 – 89% bei reduzierter Allgemeinzustand
- c) Ab 175 cm Knaben bzw. 163 cm Mädchen: BMI -1 bis $-1,9$ SD z-Score des entsprechenden Wertes für Alter und Geschlecht bei reduziertem Allgemeinzustand **oder** ungewollter Gewichtsverlust $\geq 5\%$ bei reduziertem Allgemeinzustand **oder** in der vergangenen Woche ungewollt reduzierte Nahrungsaufnahme (51 – 75% des Bedarfs)

Berechnung

<https://www.pedz.de/de/rechner.html>

PYMS: Übersetzung in Deutsch (3)

Arbeitsgruppe DRG Pädiatrie Mangelernährung – DRG Erfassung

Erfassung des Mangelernährungs-Risiko bei Kindern (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score PYMS)		Patientenetikette			
Diagnose:					
Operation:					
Größe (cm): Gewicht (kg):					
BMI (kg/m ²):					
			Datum		
Schritt 1	Ist der BMI unter dem Grenzwert der untenstehenden Tabelle?	Nein	0		
		Ja	2		
Schritt 2	Hat das Kind kürzlich an Gewicht verloren?	Nein	0		
		Ja	1		
		<ul style="list-style-type: none"> - Ungewaltiger Gewichtsverlust - Lockere Kleider - unregelmäßiger - Gewichtsverlust (bei Kindern < 2 Jahre) 			
Schritt 3	Hat das Kind in der vergangenen Woche eine reduzierte Nahrungszufuhr?	Nein (üblicher Zufuhr)	0		
		Ja (verminderte Zufuhr in der vergangenen Woche)	1		
		Ja (keine Nahrungszufuhr oder nur wenige Bissen in der vergangenen Woche)	2		
Schritt 4	Wird die Ernährung in der kommenden Woche durch die aktuelle Hospitalisation/ den aktuellen Gesundheitszustand beeinträchtigt sein?	Nein	0		
		Ja in kommender Zeit	1		
		<ul style="list-style-type: none"> - Verminderte Zufuhr und/oder - Erhöhter Verbrauch und/oder - Vermehrt Verluste 			
		Ja, keine Zufuhr (d.h. nur wenige Bissen) in kommender Woche	2		
Spitalregion Luzern/Nidwalden	Berechne die Gesamtpunktzahl (Score aus Schritt 1-4)	Total PYMS Punktzahl			

99.BD Integrierte Komplexbehandlung bei Anorexie, nach Anzahl Behandlungstage

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 1, Kurzbeschreibung: Interdisziplinäre Behandlung der Patienten mit Grunddiagnose Anorexia nervosa mit einem akut-somatischen Problem in einem Akutspital unter der Leitung eines Facharztes für Innere Medizin, Intensivmedizin, Pädiatrie, Endokrinologie/Diabetologie oder eines Arztes mit Fähigkeitsausweis Psychosomatik.

Mindestmerkmal Punkt 2, Indikation: Akut-somatisches Problem als Behandlungsanlass bei Grunddiagnose Anorexia nervosa, stationäre Therapie zur Stabilisierung bei akuter Dekompensation, akut bedrohlicher somatisch-psychischer Situation aufgrund des Ernährungszustandes, ev. kombiniert mit zusätzlicher internistischer Komplikation wie z.B. Diabetes, Infektion oder zusätzlicher Psychopathologie, Grunderkrankung behandelt nach den Regeln der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin. Mindestmerkmal Punkt 3, Zusammensetzung und Qualifikation des Behandlungsteams:

Interdisziplinäre Behandlung. Folgende Therapeutengruppen sind dabei u.a. je nach Behandlungsplan und klinischem Zustandsbild einzubeziehen: Ärzte (Innere Medizin, Intensivmedizin, Pädiatrie, Endokrinologie, Diabetologie, Psychosomatik, Psychiatrie), Ernährungstherapeuten/-berater, Psychologen, Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeuten, Physiotherapeuten (inkl. physikalischer Therapie), Ergotherapeuten, (Heil-)pädagogen, Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeuten, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter. Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlung:

- a) Tägliche Visite durch fallführende Fachdisziplin, in den ersten 21 Tagen an 7/7 Tagen klinische Visite (wegen Refeeding-Gefahren, z.B. Lungenödem), anschließend i.d.R. 5/7 Tagen (d.h. normaler Spitalwochenendservice, wo symptomgetriggert visitiert wird).
- b) Frühzeitiges Beiziehen sowie tägliche Visite von Psychologen und/oder Psychiater oder Arzt mit Fähigkeitsausweis Psychosomatik mit nachweisbarem klinischen Erfahrungswissen hinsichtlich Umgang mit schweren Essstörungen zur psychologischen Begleitung.
- c) Ernährungstherapie durch dipl. Ernährungsberater HF/FH. – Interdisziplinäre wöchentliche Fallbesprechung.
- d) 24h-Betreuung durch geschultes Pflegepersonal anhand schriftlich vorliegender Pflegestandards. Die Schulung des Pflegepersonals zeigt sich in Form von schriftlichen Pflegebehandlungsstandards und nachweisbaren Pflegefortbildungsveranstaltungen oder Fallbesprechungen.
- e) Ergo- und Physiotherapie Sitzungen (Einzel- und/oder Gruppentherapie) von mindestens 30 min Dauer täglich, mindestens 1 Einheit pro Tag an 5/7 Tagen, Therapiebeginn entsprechend dem klinischen Zustand.

93.89.9 Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage

Kod. eb.: Falls durchgeführt Ernährungsberatung und (multimodale) Ernährungstherapie (89.0A.3-, 89.0A.4-)

Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung sind gesondert zu kodieren

EXKL. Kode weglassen – Fachübergreifende Frührehabilitation, nach Anzahl der Behandlungstage (93.86.-) Kode weglassen – Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (93.89.1-) Standardisiertes geriatrisches Assessment (93.89.A)

Beachte: Mindestmerkmal Punkt 1, Assessments:

Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens 2 Bereichen (Selbstständigkeit, Mobilität). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen, - Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/ausserhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen).

Mindestmerkmal Punkt 2, Behandlungsteam und Therapie: Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung eines Schwerpunktträgers Geriatrie (FMH). Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: A.) Physiotherapie/Physikalische Therapie, B.) Ergotherapie, C.) Logopädie/faziorale Therapie und/oder Ernährungsberatung/Ernährungstherapie, D.) Psychologie/Neuropsychologie, sowie tägliche (7 von 7 Tagen der Woche) aktivierend- und begleitendtherapeutische Pflege (ABTP) durch besonders geschulte Pflegefachpersonen.

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapieplanung und -kontrolle: Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

93.89.93 Geriatrische Akutrehabilitation, bis 6 Behandlungstage

93.89.94 Geriatrische Akutrehabilitation, mindestens 7 bis 13 Behandlungstage

Beachte: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 10 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens 8 Einzeltherapien.

93.89.95 Geriatrische Akutrehabilitation, mindestens 14 bis 20 Behandlungstage

Beachte: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens 16 Einzeltherapien.

93.89.96 Geriatrische Akutrehabilitation, 21 und mehr Behandlungstage

Beachte: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 30 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens 24 Einzeltherapien.

Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer: 2018/ Nr.1

0851/1 Beginn der geriatrischen Akutrehabilitation und zählen der Behandlungstage

- Als Behandlungstag gilt jeder Tag, an dem mindestens ein Bestandteil der im CHOP 93.89.9- genannten Merkmale (Teambesprechung, aktivierend-therapeutische Pflege, Einsatz der Therapiebereiche) einzeln oder in Kombination erbracht wurde. Behandlungstage sind darum alle Tage ab Beginn des ersten dokumentierten Assessments.
- Das Assessment muss innerhalb von 4 Tagen abgeschlossen sein. Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile in diesem Zeitfenster nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen. Folgt die geriatrische Rehabilitation auf einen chirurgischen Eingriff, kann der Operationstag nicht als geriatrisch akutrehabilitativer Behandlungstag gezählt werden.

Fragen



Kodierrichtlinie Bundesamt für Statistik

Gültig seit 01.01.2014

1. Definition der Stadien der Mangelernährung:

E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung

Eine erhebliche Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

- a) NRS-Gesamtscore (Nutritional Risk Screening 2002) von mindestens 5
- und**
- b) BMI <18.5 kg/m² 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)
(entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 3)

E44.0 Mässige Energie- und Eiweissmangelernährung

Eine mässige Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

- a) NRS-Gesamtscore von mindestens 4
- und**
- b) BMI 18.5 - 20.5 kg/m² bei reduziertem Allgemeinzustand
- oder** ungewollter Gewichtsverlust >5% in 2 Monaten und reduzierter Allgemeinzustand
- oder** in der vergangenen Woche ungewollt weniger als die Hälfte gegessen (25 - 50% des Bedarfs)
(entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 2)

E44.1 Leichte Energie- und Eiweissmangelernährung

Eine leichte Mangelernährung liegt vor, wenn folgende 2 Bedingungen erfüllt sind:

- 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)
(entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 1)

Kodierrichtlinie Bundesamt für Statistik

2. Kodierung:

a) Eine Mangelernährung gemäss ICD-10 E43 kann kodiert werden, wenn **eine** der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:

89.0A.4- Multimodale Ernährungstherapie

oder

89.0A.32 Ernährungsberatung und -therapie:

Dies beinhaltet mind. 2 Behandlungseinheiten durch dipl. Ernährungsberaterin HF/FH

b) Eine Mangelernährung gemäss ICD-10 E44 kann kodiert werden, wenn **mindestens eine** der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:

89.0A.32 Ernährungsberatung und -therapie

89.0A.4- Multimodale Ernährungstherapie

96.6 Enterale Infusion konzentrierter Nährstoffe, mindestens 5 Behandlungstage

99.15 Parenterale Infusion konzentrierter Nährlösungen mindestens 5 Behandlungstage