

Interpretation zu NRS und Mangelernährungsdiagnose

GESKES-SVDE Update Ernährung unter SwissDRG, 24.01.2018

Workshop Knifflige Fälle

Maya Rühlin
Ernährungstherapie/-beratung / Departement Medizin
Kantonsspital Winterthur



KANTONSSPITAL WINTERTHUR

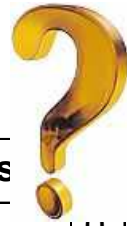
Fallbeispiel 1

Kurzdarm, IPS/Abteilung/Reha



- Frau A., 1951
- Polytrauma bei PW-Unfall
 - Abdominaltrauma
 - Multiple Relaparatomien und Darmresektionen: doppeläufiges Stoma
Restdünndarmlänge: 100 - 110 cm ab Treitz
- KG: 75 - 77 kg (164 cm), BMI 28 kg/m² (Adipositas-, Diätanamnese)
- Ernährung IPS: parenteral, enteral via FKJ, 100% bedarfsgerecht

Screening NRS (2002) ?



Verschlechterung des Ernährungszustandes		Schwere der Erkrankung (Stressmetabolismus)	
Keine Verschlechterung	0	Kein Stressmetabolismus	0
Grad 1 (leicht) Gewichtsverlust > 5% in 3 Monaten <i>oder</i> Hat während der letzten Woche etwas weniger gegessen (50-75%)	1	Grad 1 (leicht) Hüftfraktur, chronische Patienten mit akuten Komplikationen: z.B. Zirrhose, COPD <i>Chronische Hämodialyse, Diabetes, maligne Tumoren</i>	1
Grad 2 (mässig) Gewichtsverlust > 5% in 2 Monaten <i>oder</i> BMI 18.5 bis 20.5 + reduzierter AZ <i>oder</i> Hat während der letzten Woche weniger als die Hälfte gegessen (25-50%)	2	Grad 2 (mässig) Grosse Bauchoperationen Cerebrovaskuläre Insulte <i>Schwere Pneumonie, Hämoblastosen</i>	2
Grad 3 (schwer) Gewichtsverlust > 5% in 1 Monat <i>oder</i> BMI < 18.5 + reduzierter AZ <i>oder</i> Hat während der letzten Woche praktisch nicht gegessen (0-25%)	3	Grad 3 (schwer) Schädel - Hirn - Trauma Knochenmarkstransplantation <i>Intensivstationspatienten (APACHE > 10)</i>	3
		Alter > 70 j. : + 1 Punkt	

Kondrup J. et al. Clin Nutr 2003;22:415-421.



Ernährungszustand vor Übertritt Reha



- **Per os Vollkost, künstliche Ernährung sistiert**
- **Gesamtzufuhr: 2500 – 3000 kcal, 80 – 100 g Protein**
- Trinknahrung: 2-3 x 2 dl pro Tag
- Stomaoutputmenge: 1.5 – 2 Liter/d, unverdaute Nahrungsbestandteile 1-2 Stunden nach Nahrungszufuhr
- **KG: 70 kg (?Trockengewicht, ~ 7% KG-Verlust in 3 Monaten)**

Screening NRS (2002) ?



Verschlechterung des Ernährungszustandes		Schwere der Erkrankung (Stressmetabolismus)	
Keine Verschlechterung	0	Kein Stressmetabolismus	0
Grad 1 (leicht) Gewichtsverlust > 5% in 3 Monaten <i>oder</i> Hat während der letzten Woche etwas weniger gegessen (50-75%)	1	Grad 1 (leicht) Hüftfraktur, chronische Patienten mit akuten Komplikationen: z.B. Zirrhose, COPD <i>Chronische Hämodialyse, Diabetes, maligne Tumoren</i>	1
Grad 2 (mässig) Gewichtsverlust > 5% in 2 Monaten <i>oder</i> BMI 18.5 bis 20.5 + reduzierter AZ <i>oder</i> Hat während der letzten Woche weniger als die Hälfte gegessen (25-50%)	2	Grad 2 (mässig) Grosse Bauchoperationen Cerebrovaskuläre Insulte <i>Schwere Pneumonie, Hämoblastosen</i>	2
Grad 3 (schwer) Gewichtsverlust > 5% in 1 Monat <i>oder</i> BMI < 18.5 + reduzierter AZ <i>oder</i> Hat während der letzten Woche praktisch nicht gegessen (0-25%)	3	Grad 3 (schwer) Schädel - Hirn - Trauma Knochenmarkstransplantation <i>Intensivstationspatienten (APACHE > 10)</i>	3
		Alter > 70 j. : + 1 Punkt	

Kondrup J. et al. Clin Nutr 2003;22:415-421.

Ernährung bei Austritt Reha / Wiedereintritt Spital

- **Per os Vollkost, künstliche Ernährung sistiert**
- **Gesamtzufuhr: 2500 – 3000 kcal, 90 – 100 g Protein**
- **Trinknahrung: 2 - 3 x 2 dl pro Tag**
- **Stomaoutputmenge: 1.5 – 2 Liter/d, unverdaute Nahrungsbestandteile 1-2 Stunden nach Aufnahme**
- **KG: 60 kg (~ 15% KG-Verlust in 1 Monat), BMI 22.3 kg/m²**



Screening NRS (2002) ?



Verschlechterung des Ernährungszustandes		Schwere der Erkrankung (Stressmetabolismus)	
Keine Verschlechterung		Kein Stressmetabolismus	0
Grad 1 (leicht) Gewichtsverlust > 5% in 3 Monaten <i>oder</i> Hat während der letzten Woche etwas weniger gegessen (50-75%)	1	Grad 1 (leicht) Hüftfraktur, chronische Patienten mit akuten Komplikationen: z.B. Zirrhose, COPD <i>Chronische Hämodialyse, Diabetes, maligne Tumoren</i>	1
Grad 2 (mässig) Gewichtsverlust > 5% in 2 Monaten <i>oder</i> BMI 18.5 bis 20.5 + reduzierter AZ <i>oder</i> Hat während der letzten Woche weniger als die Hälfte gegessen (25-50%)	2	Grad 2 (mässig) Grosse Bauchoperationen Cerebrovaskuläre Insulte <i>Schwere Pneumonie, Hämoblastosen</i>	2
Grad 3 (schwer) Gewichtsverlust > 5% in 1 Monat <i>oder</i> BMI < 18.5 + reduzierter AZ <i>oder</i> Hat während der letzten Woche praktisch nicht gegessen (0-25%)	3	Grad 3 (schwer) Schädel - Hirn - Trauma Knochenmarkstransplantation <i>Intensivstationspatienten (APACHE > 10)</i>	3
Alter > 70 j. : + 1 Punkt			

Kondrup J. et al. Clin Nutr 2003;22:415-421.



E 44.0 Mässige Energie- und Eiweissmangelernährung

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

NRS-Gesamtscore von mindestens 4

und

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 des Bedarfs** zugeführt* (25 - 50% des Bedarfs)

(entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 2)

*entspricht jeglicher Ernährungsform: parenteral, enteral, per os

Fazit Fallbeispiel 1



- IPS-Patienten sind immer Risikopatienten
- Einschätzung bei Erstassessment auf Abteilung (mit aktualisiertem Krankheitsfaktor)
- Im Falle von erschwerter Einschätzung bei hohen Nährstoffverlusten (Malabsorption/Digestion), kaschiertem «Trockengewicht» (Flüssigkeitseinlagerungen) kann Einschätzung im Verlauf d.h. bei Vorliegen der objektivierbaren Parameter erfolgen

Fazit Fallbeispiel 1



- Der Energie- und Nährstoffbedarf muss beim Kurzdarmpatient individuell angepasst werden (+ 30 – 100% vgl. Richtwerte ohne Malabsorption/-digestion)
- KG-Verlust aufgrund von Immobilität/Muskelverlust in die Einschätzung zu Verschlechterung des Ernährungszustandes einbeziehen

Fallbeispiel 2

Untergewicht



- Frau D., 1921
- Klinisch ausgedehnter Herpesinfekt gluteal sowie des Oberschenkels rechts DD Herpes Zoster DD HSV Infekt
- Koronare und hypertensive Herzkrankheit
- Labor: CRP 1 mg/l
- KG: 39.5 kg, BMI 16.5 kg/m²
- NRS: ärztliche Einschätzung 3 + 1 + 1 (entsprechend E 43)

Verordnung zur Ernährungstherapie/-beratung (gem Art. 9b KLV)

Krankheit

- Stoffwechselkrankheiten
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krankheiten des Verdauungssystems
- Nierenerkrankungen
- Fehl- sowie Mangelernährungszustände
- Nahrungsmittelallergien / -intoleranzen
- Anderes:

Überweisungsgrund/Fragestellung

Verbesserung der Ernährungszustand

Verordnende/r Ärztin/Arzt

18.12.2017, K

Tel.: 40 47

Freundliche Grüsse

Fallbeispiel 2

Erstassessment



- Gewicht anamn. (inkl. Fremdanamnese) stabil
- Appetit und Nahrungsaufnahme: unvermindert objektiviert → 1800 – 1900 kcal, 65 – 75 g Protein
- Keine Hinweise auf Verluste, Mehrbedarf

Screening NRS (2002)



Verschlechterung des Ernährungszustandes		Schwere der Erkrankung (Stressmetabolismus)	
Keine Verschlechterung	0	Kein Stressmetabolismus	0
Grad 1 (leicht) Gewichtsverlust > 5% in 3 Monaten <i>oder</i> Hat während der letzten Woche etwas weniger gegessen (50-75%)	1	Grad 1 (leicht) Hüftfraktur, chronische Patienten mit akuten Komplikationen: z.B. Zirrhose, COPD <i>Chronische Hämodialyse, Diabetes, maligne Tumoren</i>	1
Grad 2 (mässig) Gewichtsverlust > 5% in 2 Monaten <i>oder</i> BMI 18.5 bis 20.5 + reduzierter AZ <i>oder</i> Hat während der letzten Woche weniger als die Hälfte gegessen (25-50%)	2	Grad 2 (mässig) Grosse Bauchoperationen Cerebrovaskuläre Insulte <i>Schwere Pneumonie, Hämoblastosen</i>	2
Grad 3 (schwer) Gewichtsverlust > 5% in 1 Monat <i>oder</i> BMI < 18.5 + reduzierter AZ <i>oder</i> Hat während der letzten Woche praktisch nicht gegessen (0-25%)	3	Grad 3 (schwer) Schädel - Hirn - Trauma Knochenmarkstransplantation <i>Intensivstationspatienten (APACHE > 10)</i>	3
Alter > 70 j. : + 1 Punkt			

Kondrup J. et al. Clin Nutr 2003;22:415-421.



Fazit Fallbeispiel 2



- Vorbestehendes, stabiles Untergewicht bedeutet nicht automatisch = Energie-/Eiweissmangelernährung
Diagnose muss gestrichen werden
- Assessment trotzdem wichtig – bei Erkrankung/hohem Stressmetabolismus → zeitnahe Ernährungsintervention

Fallbeispiel 3

Anorexie-Kachexie-Syndrom

- Herr G., 1956
- Sarkom der Pleura (ED 03/16)
 - Primäre Chemotherapie, Pleurektomie
 - Palliatives Therapieschema bei Tumorprogression seit 10,17
- KG vor Erkrankung: 74 kg (174 cm), BMI 24.4 kg/m²
 - KG 5.10.17: 65 kg; 1.12.17: 55 kg BMI 18.2 kg/m²
 - = > 15% KG-Verlust in 2 Mte
- Nahrungsaufnahme/Energie-/Proteinabdeckung:
 - Trinknahrung: 1600 kcal, 80 g Protein
 - Mahlzeiten/Komponenten: 500 kcal, 10 g Protein



Screening NRS (2002)



Verschlechterung des Ernährungszustandes		Schwere der Erkrankung (Stressmetabolismus)	
Keine Verschlechterung		Kein Stressmetabolismus	0
Grad 1 (leicht) Gewichtsverlust > 5% in 3 Monaten <i>oder</i> Hat während der letzten Woche etwas weniger gegessen (50-75%)	1	Grad 1 (leicht) Hüftfraktur, chronische Patienten mit akuten Komplikationen: z.B. Zirrhose, COPD <i>Chronische Hämodialyse, Diabetes, maligne Tumoren</i>	1
Grad 2 (mässig) Gewichtsverlust > 5% in 2 Monaten <i>oder</i> BMI 18.5 bis 20.5 + reduzierter AZ <i>oder</i> Hat während der letzten Woche weniger als die Hälfte gegessen (25-50%)	2	Grad 2 (mässig) Grosse Bauchoperationen Cerebrovaskuläre Insulte <i>Schwere Pneumonie, Hämoblastosen</i>	2
Grad 3 (schwer) Gewichtsverlust > 5% in 1 Monat <i>oder</i> BMI < 18.5 + reduzierter AZ <i>oder</i> Hat während der letzten Woche praktisch nicht gegessen (0-25%)	3	Grad 3 (schwer) Schädel - Hirn - Trauma Knochenmarkstransplantation <i>Intensivstationspatienten (APACHE > 10)</i>	3
Alter > 70 j. : + 1 Punkt			

Kondrup J. et al. Clin Nutr 2003;22:415-421.

Screening NRS (2002) ?



Verschlechterung des Ernährungszustandes		Schwere der Erkrankung (Stressmetabolismus)	
Keine Verschlechterung		Kein Stressmetabolismus	0
Grad 1 (leicht) Gewichtsverlust > 5% in 3 Monaten <i>oder</i> Hat während der letzten Woche etwas weniger gegessen (50-75%)	1	Grad 1 (leicht) Hüftfraktur, chronische Patienten mit akuten Komplikationen: z.B. Zirrhose, COPD <i>Chronische Hämodialyse, Diabetes, maligne Tumoren</i>	1
Grad 2 (mässig) Gewichtsverlust > 5% in 2 Monaten <i>oder</i> BMI 18.5 bis 20.5 + reduzierter AZ <i>oder</i> Hat während der letzten Woche weniger als die Hälfte gegessen (25-50%)	2	Grad 2 (mässig) Grosse Bauchoperationen Cerebrovaskuläre Insulte <i>Schwere Pneumonie, Hämoblastosen</i>	2
Grad 3 (schwer) Gewichtsverlust > 5% in 1 Monat <i>oder</i> BMI < 18.5 + reduzierter AZ <i>oder</i> Hat während der letzten Woche praktisch nicht gegessen (0-25%)	3	Grad 3 (schwer) Schädel - Hirn - Trauma Knochenmarkstransplantation <i>Intensivstationspatienten (APACHE > 10)</i>	3
Alter > 70 j. : + 1 Punkt			

Kondrup J. et al. Clin Nutr 2003;22:415-421.



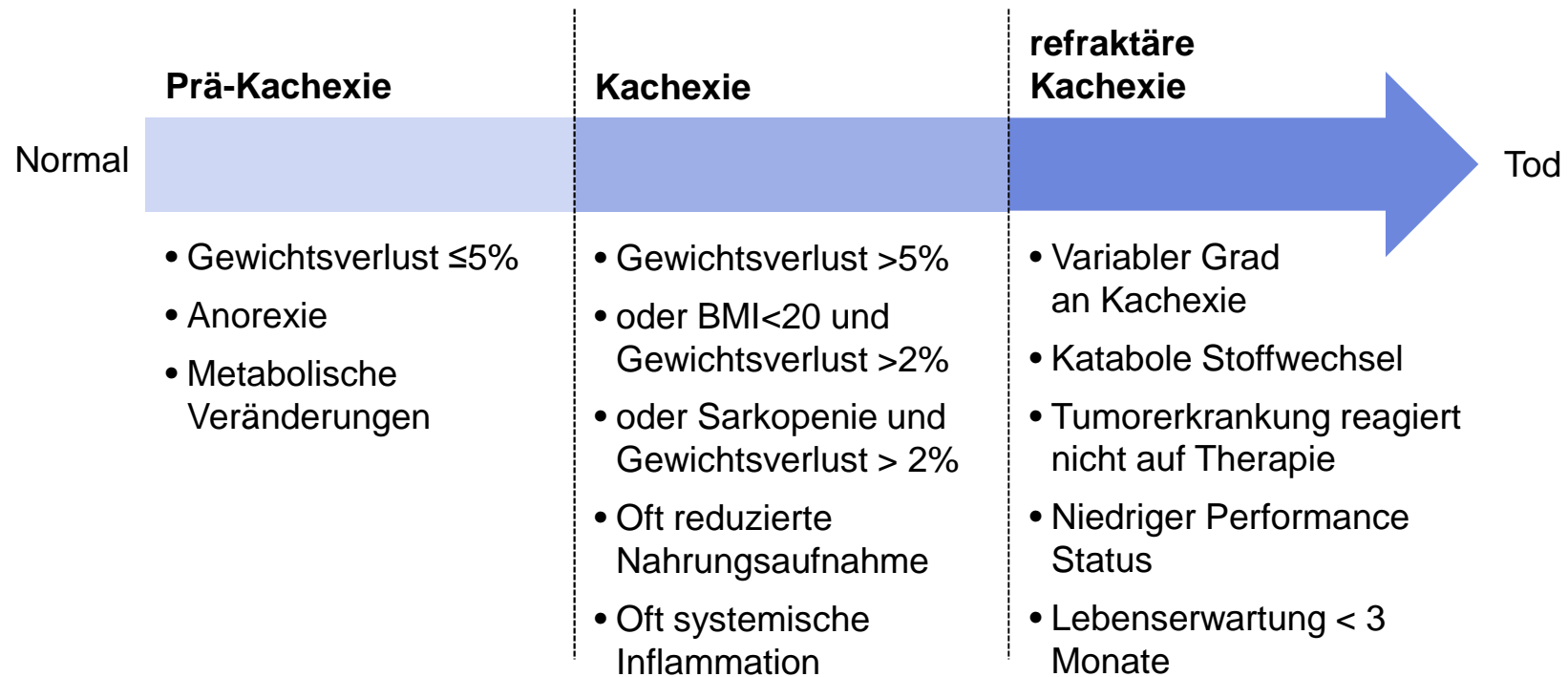
Fallbeispiel 3

AT-Bericht: dokumentierte Diagnose:

- 1.
- 2.
3. **Anorexie-Kachexie-Syndrom, mit Sarkopenie**
 - schwere Inappetenz
 - dokumentierter Gewichtsverlust von 10 kg ($\geq 15\%$ KG) seit Ende 10/2017 (in 2 Monaten)
 - tumorbedingt, Chemotherapie, sekundär bei Stomatitis, Dyspnoe
- 4.
- .
- .
8. **Erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung (NRS 5 / Verschlechterung Ernährungszustand Grad 3)**



Tumorkachexie





AT-Bericht: Vorschlag Diagnoseaufstellung



**Erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung (NRS 5 /
Verslechterung Ernährungszustand Grad 3)**

- **Anorexie-Kachexie-Syndrom, mit Sarkopenie**
 - schwere Inappetenz
 - dokumentierter Gewichtsverlust von 10 kg ($\geq 15\%$ KG) seit Ende 10/2017 (in 2 Monaten)
 - tumorbedingt, Chemotherapie, sekundär bei Stomatitis, Dyspnoe

Fazit Fallbeispiel 3



- Diagnose Energie-/Eiweissmangelernährung immer zusätzlich zum Anorexie-Kachexie-Syndrom erfassen
- Anorexie-Kachexie-Syndrom als Teil/Ausprägung der Diagnose Energie-/Eiweissmangelernährung dokumentieren



Fallbeispiel 4

Frühzeitige Ernährungsintervention

- Frau W., 1950
- Seröses high-grade Tubenkarzinom (ED 10, 2016)
 - Hysterektomie, Peritonektomie, Omentektomie
 - Zweitlinienchemotherapie mit Carboplatin und Gemzar
 - Progrediente Peritonealkarzinose mit zunehmender Aszitesbildung und Dünndarmileus/Subileus
- KG: stabil 48.5 kg (BMI 18.9 kg/m²); aktuell 47.3 kg (BMI 18.5 kg/m²)
- Ernährungsassessment:
 - 3 Tage ohne Nahrungszufuhr, vorgängig unverminderte Zufuhr, stabiles KG

Fallbeispiel 4



- Ernährungsinterventionen
 - PICC, Aufbau parenterales Ernährungsregime
 - Bedarfsgerechte Energie-, Eiweissabdeckung nach 1 Woche (parenteral + per os)

Screening NRS (2002)



Verschlechterung des Ernährungszustandes		Schwere der Erkrankung (Stressmetabolismus)	
Keine Verschlechterung	0	kein Stressmetabolismus	0
Grad 1 (leicht) Gewichtsverlust > 5% in 3 Monaten <i>oder</i> Hat während der letzten Woche etwas weniger gegessen (50-75%)	1	Grad 1 (leicht) Hüftfraktur, chronische Patienten mit akuten Komplikationen: z.B. Zirrhose, COPD <i>Chronische Hämodialyse, Diabetes, maligne Tumoren</i>	1
Grad 2 (mässig) Gewichtsverlust > 5% in 2 Monaten <i>oder</i> BMI 18.5 bis 20.5 + reduzierter AZ <i>oder</i> Hat während der letzten Woche weniger als die Hälfte gegessen (25-50%)	2	Grad 2 (mässig) Grosse Bauchoperationen Cerebrovaskuläre Insulte <i>Schwere Pneumonie, Hämoblastosen</i>	2
Grad 3 (schwer) Gewichtsverlust > 5% in 1 Monat <i>oder</i> BMI < 18.5 + reduzierter AZ <i>oder</i> Hat während der letzten Woche praktisch nicht gegessen (0-25%)	3	Grad 3 (schwer) Schädel - Hirn - Trauma Knochenmarkstransplantation <i>Intensivstationspatienten (APACHE > 10)</i>	3
Alter > 70 j. : + 1 Punkt			

Kondrup J. et al. Clin Nutr 2003;22:415-421.



Fallbeispiel 4



- KG AT: 46 kg, BMI 18.0 kg/m²
- AT-Bericht/Dokumentation:
 - Keine Mangelernährungsdiagnose trotz Risiko (NRS >3)
 - «Begleitend zur Chemotherapie haben wir eine **parenterale Ernährung** begonnen. Für die Chemotherapiegabe und Verabreichung einer parenteralen Ernährung mit Vitaminzusätzen und Flüssigkeit haben wir eine PICC-Einlage in die Wege geleitet.»

Fazit Fallbeispiel 4



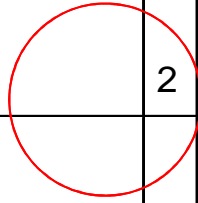
- Dank frühzeitiger Ernährungsintervention keine Mangelernährungsdiagnose trotz bestehendem Risiko (NRS >3)
- Prävention respektive Verhinderung/Verminderung von Energie-/Eiweissmangelernährung bleiben das Hauptziel respektive unsere Kernkompetenz

Einschätzung Schwere der Erkrankung



Verschlechterung des Ernährungszustandes		Schwere der Erkrankung (Stressmetabolismus)	
Keine Verschlechterung	0	Kein Stressmetabolismus	0
Grad 1 (leicht) Gewichtsverlust > 5% in 3 Monaten oder Hat während der letzten Woche etwas gegessen (50-75%)		akuten Komplikationen,	1
Grad 2 (mässig) Gewichtsverlust > 5% in 2 Monaten oder BMI 18.5 bis 20.5 + reduzierter AZ oder Hat während der letzten Woche weniger als die Hälfte gegessen (25-50%)		Schwere Pneumonie, Hämoblastosen	2
Grad 3 (schwer) Gewichtsverlust > 5% in 1 Monat oder BMI < 18.5 + reduzierter AZ oder Hat während der letzten Woche praktisch nicht gegessen (0-25%)	3	Grad 3 (schwer) Schädel - Hirn - Trauma Knochenmarkstransplantation Intensivstationspatienten (APACHE > 10)	3
Alter > 70 j. : + 1 Punkt			

Pankreaskopfkarzinom
 1 Woche nach Whipple



Kondrup J. et al. Clin Nutr 2003;22:415-421.

NRS Erfassung – einfach und systematisiert

Phoenix v6.32.3.4 [KSWPhoenix_Schulun
Patient Fall Bearbeiten Formulare Extras Pr...

01.01.2000
ins HIS übertragen)

Bei einem stationären Fall bitte die mit Blau markierten Felder noch eruieren!

Systemanamnese

Familienanamnese

Persönliche Anamnese

Soziales

Ernährungszustand
Verschlechterung Schwere der Erkrankung

Grad 1: 1 Punkt
Gewichtsverlust > 5% in 3 Monaten oder
hat in der vergangenen Woche ungewollt weniger als 50-75% zugeführt **

Grad 2: 2 Punkte
BMI 18.5 - 20.5 kg/m² + reduzierter AZ oder
Gewichtsverlust >5% in 2 Monaten + reduzierter AZ oder
hat in der vergangenen Woche ungewollt weniger als die Hälfte zugeführt ** (25 - 50%)

Grad 3: 3 Punkte
BMI <18.5 kg/m² + reduzierter AZ
Gewichtsverlust >5% in 1 Monat + reduziertem AZ oder
hat in der vergangenen Woche ungewollt praktisch keine Nahrung zugeführt ** (0 - 25%)

** (parenteral und/oder enteral und/oder per os)

Grad 1 (leichter Stressmetabolismus): 1 Punkt
Patient ist mobil und kann das Bett verlassen
(z.B. chron. Hämodialyse, Hüftfraktur)

Grad 2 (mässiger Stressmetabolismus): 2 Punkte
Patient ist bettlägerig (z.B. grosse Bauchoperation,
Zerebrovaskulärer Insult, schwere Pneumonie)

Grad 3 (schwerer Stressmetabolismus): 3 Punkte
Patient liegt auf der Intensivstation (z.B. Schädel-Hirn-Trauma,
Kochermarkstransplantation, schwere Verbrennung, Intensivpatienten APACHE >10)

Problem / Verlauf MED_PROBLEMVERI

Startpatient His-Testpatient, 15.02.1978 Austrittsmanagement

Probleme (wichtigstes Problem oben - die Reihenfolge kann mit den gelben Pfeilen rechts verändert werden) mutiert: 1 / 1

E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung (NRS ≥ 5 Punkte)	i	cnn
1		29.04	14:43
ICD		Nebendiaç	

NRS Erfassung – einfach und systematisiert

Phoenix v6.32.3.4 [KSWPhoenix_Schulun

Patient Fall Bearbeiten Formulare Extras Proc

Meine Patienten

- Demo Yvonne, 14.04.1914
 - Problem / Verlauf
 - Kurve
 - Medikation
 - Verordnungen
 - Kurzanamnese**
 - Anamnese allgemein
 - solide Tumoren
 - Status allg
 - Ernährung
 - Untersuchung
 - Austritt
 - Ambulante
 - Berichte
 - Externe Doc
 - Pflege
 - Archiv
- Startpatient H
- Testpatient Le

01.01.2000

ins HIS übertragen)

Bei einem stationären Fall bitte die mit Blau markierten Felder noch eruieren!

Systemanamnese

Grad 1 (leichter Stressmetabolismus): 1 Punkt

Patient ist mobil und kann das Bett verlassen
(z.B. chron. Hämodialyse, Hüftfraktur)

Grad 2 (mässiger Stressmetabolismus): 2 Punkte

Patient ist bettlägerig (z.B. grosse Bauchoperation,
Zerebrovaskulärer Insult, schwere Pneumonie)

Grad 3 (schwerer Stressmetabolismus): 3 Punkte

Patient liegt auf der Intensivstation (z.B. Schädel-Hirn-Trauma,
Kochenmarkstransplantation, schwere Verbrennung, Intensivpatienten APACHE >10)

Problem / Verlauf

Startpatient His-Testpatient, 15.02.1978

Austrittsmanagement

Probleme (wichtigstes Problem oben - die Reihenfolge kann mit den gelben Pfeilen rechts verändert werden)

mutiert: 1 / 1

ICD	Problem	mutiert
E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung (NRS \geq 5 Punkte)	cnn
1		29.04 14:43
		Nebendiaç

