

# Knifflige Fälle aus der Praxis

**16. Februar 2023**

**Update Ernährung unter SwissDRG**

**Nick Vonzun**

Niculin.Vonzun@ksgr.ch

**Maya Rühlin**

Maya.Ruehlin@ksw.ch

# Beispiel 1

## Ernährungstherapie durch Zusatzmodul, kodierbar?

### 89.0A.32 Ernährungsbearbeitung/therapie

Beachte: Die Ernährungsbearbeitung/therapie wird durch eine Ernährungsbearbeiterin / einen Ernährungsbearbeiter durchgeführt in mind. 2 Behandlungseinheiten und beinhaltet insgesamt:

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

### 89.0A.4 Multimodale Ernährungsbearbeitung/therapie, nach Anzahl Behandlungstage

Beachte: Mindestmerkmale:

- a) Multimodales Team unter der Leitung einer Internistin / eines Internisten und/oder einer Fachärztin / eines Facharztes Diabetologie/Endokrinologie FMH, zusätzlich eine Pflegefachfrau / ein Pflegefachmann und eine Ernährungsbearbeiterin / einen Ernährungsbearbeiter.
- 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

# Beispiel 1

## Antwort



Ja, ist analog zu betrachten, wie beschrieben in anderen Codes:

### 16 Verschiedene diagnostische und therapeutische

Mindestmerkmal Punkt 4, Behandlungsteam: B  
Multiprofessionelles Team unter der Leitung  
einer Fachärztin / eines Facharztes für  
Psychiatrie und Psychotherapie.  
Pflegefachfrau / Pflegefachmann mit  
Spezialisierung in der Psychiatrie (HF mit  
Schwerpunkt Psychiatrie, HF/FH-Vertiefung  
Psychiatrie) oder psychologische  
Psychotherapeutin / psychologischer  
Psychotherapeut oder durch Pflegepersonal  
unter der Verantwortung, resp. Aufsicht, von  
Pflegefachfrau / Pflegefachmann mit  
Spezialisierung in der Psychiatrie.

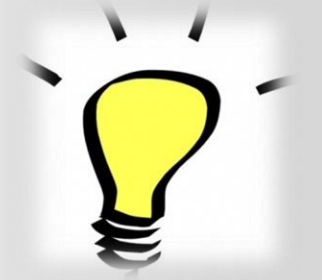
# Beispiel 2

## Erfolgreiche Verhinderung einer Malnutrition, kodierbar?

- 67-jährige Patientin, BMI: 24.2 kg/m<sup>2</sup>, normale Nahrungsaufnahme bis zur OP, kein Gewichtsverlust
- Hospitalisiert für eine Laryngektomie
- ET: präoperativ Immunonutrition, postoperativ Erstellung/Monitoring Sondenernährung, Begleitung Kostaufbau, Edukation Patientin, Bericht an Reha
- Durch die ernährungstherapeutischen Massnahmen war die Patientin bedarfsdeckend ernährt, es fand kein Gewichtsverlust statt

# Beispiel 2

## Antwort



### keine Mangelernährung kodierbar

- Dank frühzeitiger Ernährungsintervention keine Mangelernährungsdiagnose trotz bestehendem Risiko
- Prävention respektive Verhinderung/Verminderung von Energie-/Eiweissmangelernährung bleiben das Hauptziel und entspricht unserer Kernkompetenz

# Beispiel 3

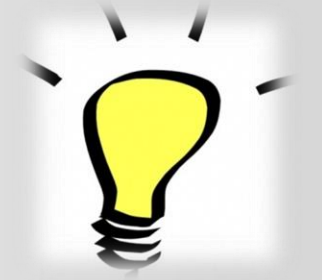
## Zeitpunkt NRS-Einschätzung

- Eintritts-NRS: **3** (1-1-1) 7% KG-Verlust in 3 Monaten, solider Tumor, 72 J.
- Nach 4 Tagen: Beginn Chemotherapie  
NRS: **4** (1-2-1) 7% KG-Verlust in 3 Monaten, Chemotherapie
- Nach 2 Tagen: Nahrungsaufnahme aufgrund Nausea: 20% des Bedarfes  
NRS: **6** (3-2-1) 20% des Bedarfes, Chemotherapie  
→ dann Start ET → 89.0A.32

**Welcher ICD-Kode, NRS?**

# Beispiel 3

## Antwort



**Zeitpunkt der NRS-Einschätzung ist nicht geregelt**

- Standardisierte Handhabung in den Teams empfohlen

# Beispiel 4

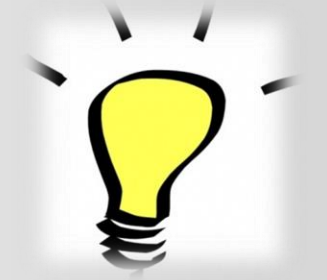
## Malnutrition bei Bariatrie, kodierbar?

- 52-jähriger Patient. Komplikation nach bariatrischer Operation: Anastomoseninsuffizienz
- 3-wöchige Hospitalisation mit anschließender Reha
- 6% ungewollter KG-Verlust während der Hospitalisation, Notwendigkeit einer Sondenernährung von 18 Tagen. Kriterien für 89.0A.32 sind erfüllt.



# Beispiel 4

## Antwort



**Kodierbar, aber wahrscheinlich differenzierte Begründung erforderlich**

# Beispiel 5

## Schwere der Erkrankung, klare Zuordnung?

Anfrage bei Rückweisung durch Krankenkasse:

"Wir haben bei einem Patienten mit einem septischen Schock bei akutem Schub eines komplizierten Morbus Crohn's mit 2d IPS und Kreislaufinstabilität eine Woche nach Spitaleintritt auf Normalstation einen NRS von 4 (2-2-0) gegeben. Die Versicherung beanstandet nun den Stresslevel 2 und möchte dort nur 1 Punkt, nachfolgend eine leichte anstatt mässige Mangelernährung"

# Beispiel 5

**Table 2** Final screening

Impaired nutritional status		Severity of disease (≈ increase in requirements)	
Absent Score 0	Normal nutritional status	Absent Score 0	Normal nutritional requirements
Mild Score 1	Wt loss >5% in 3 mths or Food intake below 50–75% of normal requirement in preceding week	Mild Score 1	Hip fracture* Chronic patients, in particular with acute complications: cirrhosis*, COPD*. <i>Chronic hemodialysis, diabetes, oncology</i>
Moderate Score 2	Wt loss >5% in 2 mths or BMI 18.5 – 20.5 + impaired general condition or Food intake 25–60% of normal requirement in preceding week	Moderate Score 2	Major abdominal surgery* Stroke* <i>Severe pneumonia, hematologic malignancy</i>
Severe Score 3	Wt loss >5% in 1 mth (>15% in 3 mths) or BMI <18.5 + impaired general condition or Food intake 0–25% of normal requirement in preceding week in preceding week.	Severe Score 3	Head injury* Bone marrow transplantation* <i>Intensive care patients (APACHE&gt;10).</i>
Score:	+	Score:	= Total score
Age	if ≥ 70 years: add 1 to total score above	= age-adjusted total score	
Score ≥3: the patient is nutritionally at-risk and a nutritional care plan is initiated			
Score <3: weekly rescreening of the patient. If the patient e.g. is scheduled for a major operation, a preventive nutritional care plan is considered to avoid the associated risk status.			

NRS-2002 is based on an interpretation of available randomized clinical trials. \*indicates that a trial directly supports the categorization of patients with that diagnosis. Diagnoses shown in *italics* are based on the prototypes given below.

Nutritional risk is defined by the present nutritional status and risk of impairment of present status, due to increased requirements caused by stress metabolism of the clinical condition.

A nutritional care plan is indicated in all patients who are

(1) severely undernourished (score = 3), or (2) severely ill (score = 3), or (3) moderately undernourished + mildly ill (score 2 + 1), or (4) mildly undernourished + moderately ill (score 1 + 2).

Prototypes for severity of disease

Score = 1: a patient with chronic disease, admitted to hospital due to complications. The patient is weak but out of bed regularly. Protein re-

quirement is increased, but can be covered by oral diet or supplements in most cases.

Score = 2: a patient confined to bed due to illness, e.g. following major abdominal surgery. Protein requirement is substantially increased, but can be covered, although artificial feeding is required in many cases.

Score = 3: a patient in intensive care with assisted ventilation etc. Protein requirement is increased and cannot be covered even by artificial feeding. Protein breakdown and nitrogen loss can be significantly attenuated.

# Beispiel 5

The score for severity of disease reflects increased nutritional requirements due to stressmetabolism, and for most of the patient categories in Tables 1 and 2, several studies show increased utilization of energy and/or protein, roughly agreeing with the scores 1–3.

In the lack of a sufficient number of clinical trials in all patient categories, the right half of Table 1 is meant as examples for hospital departments to modify, according to their patient categories. This is shown for some patient groups in italics in Table 1, based on available evidence on nutritional requirements or '**clinical judgment**'. As a prototype, we see patients with a score=1 in severity of disease as patients admitted to hospital due to complications associated with a chronic disease. The patient is weak but out of bed regularly. Protein requirement is increased, but can be covered by oral diet or supplements in most cases. The prototype of score=2 is a patient confined to bed due to illness, e.g. following major abdominal surgery or due to severe infection. Protein requirement is substantially increased but can be covered, albeit artificial feeding is required in many cases.

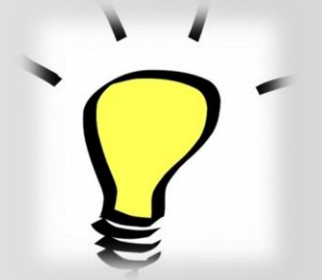
# Beispiel 5

The prototype of score=3 is the intensive care patient with assisted ventilation, inotropic drugs, etc. Protein requirement is increased to the extent that in most cases it cannot be covered even by artificial feeding, but protein breakdown and N loss can be attenuated significantly. The categorization of patients in Table 1, as based on the randomized studies specified, should **not be taken to mean that a patient with a particular diagnosis always belongs to the same category.**

.....A patient with cirrhosis, for example, who is admitted to intensive care because of a severe infection, should be given a score of 3, rather than 1. It also includes old age as a risk factor, based on RCTs in elderly patients

# Beispiel 5

## Antwort



**Diagnose mässige Mangelernährung mit NRS 4 (2 (?3) – 2 – 0)  
begründet**

- Die Schwere der Erkrankung resp. Kategorisierung gemäss "Prototypen" sind exemplarisch zu verstehen und beruhen auf "**clinical judgment**"
- Zeitpunkt NRS-Einschätzung ist nicht geregelt (? Score 3 bei Eintritt)

# Beispiel 5

## NRS nach Aufenthalt Intensivstation?

- Zeitpunkt NRS-Einschätzung nicht geregelt (? Score 3 bei Eintritt)

# Beispiel 5

## NRS nach Aufenthalt Intensivstation?

### Antwort



- Patienten auf der Intensivstation sind «immer» Risikopatienten für Energie-, Eiweissmangelernährung → Schwere der Erkrankung: Score 3
- Ermittlung von NRS und der Mangelernährungsdiagnose auf der Abteilung empfohlen
- KG-Verlust aufgrund von Immobilität in die Einschätzung Verschlechterung des Ernährungszustandes einbeziehen



# Knifflige Fälle aus Ihrem Praxisalltag

