

# Ernährung fürs Leben

Einfach wichtig – Mangelernährung kodieren



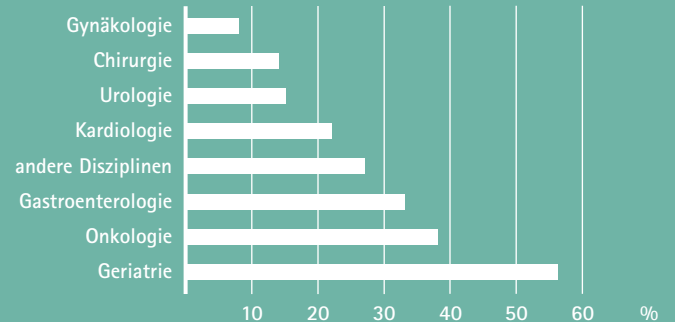
# Prävalenz und ökonomische Relevanz der Mangelernährung

## Wo tritt Mangelernährung gehäuft auf?

Mangelernährung ist besonders bei onkologischen und geriatrischen Patienten ein häufiges Problem mit relevantem Einfluss auf das klinische Outcome der Patienten.

Obwohl fast jeder vierte Patient in deutschen Kliniken mangelernährt ist, wird die Mangelernährung in der Praxis vielfach nicht ausreichend berücksichtigt und nicht diagnostiziert.

Prävalenz der Mangelernährung in deutschen Kliniken (SGA Status B und C)<sup>1</sup>



## Hohe Kosten durch Mangelernährung<sup>2</sup>

Mangelernährte Patienten verursachen jährlich in deutschen Kliniken Kosten in Höhe von 5 Mrd. Euro.

### Gründe für die hohen Kosten:

- Therapieversagen
- Höhere Komplikationsraten
- Häufigere Komorbiditäten (Immunkompetenz, Frakturen, Dekubitus, Pneumonien)
- Zunehmende Pflege- und Hilfsbedürftigkeit
- Mangelernährte Patienten haben eine 42,5 Prozent längere Krankenhausverweildauer

## Liegezeiten bei Klinikpatienten mit und ohne Mangelernährung<sup>1</sup>

... ohne Mangelernährung (SGA A)	10,5 Tage	➔	<b>Mangelernährte Patienten bleiben durchschnittlich 4,5 Tage länger im Krankenhaus!</b>
... mit Mangelernährung (SGA B oder C)	15,0 Tage		

Im DRG-System hat die Liegezeit einen direkten Einfluss auf die Kostenkompensation der Klinik. Je mehr die Liegezeit sich der oberen Grenzverweildauer annähert, desto größer ist der Verlust für das Krankenhaus.

## Lösung

Step 1  
Screenen

Step 2  
Dokumentieren  
+ Therapieren

Step 3  
Kodieren

## Step 3 Kodieren

Fallbeispiel: Erlössicherstellung bei der Kodierung der Mangelernährung

Bis zu einem Patient Clinical Complexity Level (PCCL) von 3 ist eine Kostenkompensation zu realisieren.<sup>5</sup>

Beispiel OHNE E44.1   Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung							
MDC	07	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas					
DRG	H41C	Komplexe therapeutische ERCP ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne photodynamische Therapie, Alter > 2 Jahre, ohne komplexen Eingriff oder andere ERCP					
PCCL	2	Status: normales Grouping (GetDRG-Grouper 2012) (GetDRG V11.0.3)					
Verweildauer	aktuelle VWD:	5	1. Tag Abschlag:	1	1. Tag Zuschlag:	13	
	mittl. VWD (arith.):	5.3	untere GVWD:	2	obere GVWD:	12	
Kostengewicht	Basiskostengewicht:	0.79	eff. Kostengewicht:	0.79	(Zuschlag: 0)		
Entgelt	Basisentgelt:	2363.31 €	eff. Entgelt:	2363.31 €	(Zuschlag: 0.00 €, Basisfallpreis: 2991.53 €)		
Diagnosen	Kode	Bezeichnung				Verw.	CCL
(ICD-10-GM 2012)	K83.1	Verschluss des Gallenganges				N	0
	C24.0	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang				N	2
	Z43.4	Versorgung anderer künstlicher Körperöffnungen des Verdauungstraktes				N	0
	Z92.6	Zytostatische Chemotherapie wg. bösartiger Neubildung in der Eigenanamnese				N	0
Prozeduren	Kode	Bezeichnung				Verw.	OR/NOR
(OPS Version 2012)	5-514.k3	Andere Operationen an den Gallengängen: Wechsel von nicht selbstexpandierenden Prothesen: Perkutan-transhepatisch				J	NOP
	5-513.d	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Bougierung				N	NOP
	8-900	Intravenöse Anästhesie				N	NOP

Beispiel MIT E44.1   Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung							
MDC	07	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas					
DRG	H41B	Komplexe therapeutische ERCP mit schweren CC, ohne photodynamische Therapie oder Alter < 3 Jahre oder komplexer Eingriff					
PCCL	3	Status: normales Grouping (GetDRG-Grouper 2012) (GetDRG V11.0.3)					
Verweildauer	aktuelle VWD:	5	1. Tag Abschlag:	2	1. Tag Zuschlag:	18	
	mittl. VWD (arith.):	8.7	untere GVWD:	3	obere GVWD:	17	
Kostengewicht	Basiskostengewicht:	1.237	eff. Kostengewicht:	1.237	(Zuschlag: 0)		
Entgelt	Basisentgelt:	3700.52 €	eff. Entgelt:	3700.52 €	(Zuschlag: 0.00 €, Basisfallpreis: 2991.53 €)		
Diagnosen	Kode	Bezeichnung				Verw.	CCL
(ICD-10-GM 2012)	K83.1	Verschluss des Gallenganges				J	2
	C24.0	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang				N	3
	Z43.4	Versorgung anderer künstlicher Körperöffnungen des Verdauungstraktes				N	2
	Z92.6	Zytostatische Chemotherapie wg. bösartiger Neubildung in der Eigenanamnese				N	0
	E44.1	Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung				N	2
Prozeduren	Kode	Bezeichnung				Verw.	OR/NOR
(OPS Version 2012)	5-514.k3	Andere Operationen an den Gallengängen: Wechsel von nicht selbstexpandierenden Prothesen: Perkutan-transhepatisch				J	NOP
	5-513.d	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Bougierung				N	NOP
	8-900	Intravenöse Anästhesie				N	NOP

## Zusammenfassung

### Fallbeispiel OHNE E44.1

#### Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung

DRG	H41C
PCCL	2
eff. Kostengewicht	0.79
<u>eff. Entgelt</u>	<u>2363.31 €</u>

## Zusammenfassung

### Fallbeispiel MIT E44.1

#### Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung

DRG	H41B
PCCL	3
eff. Kostengewicht	1.237
<u>eff. Entgelt</u>	<u>3700.52 €</u>
<u>Kostenkompensation</u>	<u>1337.21 €</u>

## Kodierung der Mangelernährung

Basierend auf der Dokumentation mittels NRS-2002 kann die Mangelernährung mit folgenden ICD-Schlüssel, die alle erlösrelevant sind, kodiert werden.

ICD-10	Mangelernährung
E41	Alimentärer Marasmus
E42	Kwashiorkor-Marasmus
E43	Nnb <b>erhebliche</b> Energie- und Eiweißmangelernährung
E44.0	<b>Mäßige</b> Energie- und Eiweißmangelernährung
E44.1	<b>Leichte</b> Energie- und Eiweißmangelernährung
E46	Nnb Energie- und Eiweißmangelernährung
R64	Kachexie
ICD-10	Nahrungsverweigerung
R63.3	Ernährungsproblem und unsachgemäße Ernährung
ICD-10	Folge von ...
E64.8	Folgen sonstiger alimentärer Mangelzustände
ICD-10	Beratung
Z71	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke anderer Beratung in Anspruch nehmen, inkl. Ernährungsberatung
Z13.2	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Ernährungsstörungen

## Operationen- und Prozedurenschlüssel Ernährung

Seit 2012 kann auch die enterale und parenterale Ernährungstherapie als eigenständige Prozedur erfasst werden, wenn sie als medizinische Nebenbehandlung erfolgt. Somit kann erstmals der Mehraufwand für die Ernährungstherapie differenziert abgebildet werden. Im ersten Jahr (2012) ist die mögliche Verschlüsselung der Prozeduren nicht erlösrelevant.<sup>6</sup>

- Dennoch ist es besonders wichtig diese Codes anzuwenden, da in 2013 eine retrospektive Betrachtung und Kostenkalkulation der in 2012 erhobenen Daten erfolgt. Diese ist Basis einer Entscheidung über den Bestand der Codes und einer Erlöskalkulation.<sup>6</sup>

Eine Kodierhilfe für den ICD-10 Schlüssel und den relevanten Operationen- und Prozedurenschlüssel Version 2012 für die Ernährungstherapie ist separat für Sie zusammengestellt.

# Step 1 und Step 2 Screenen und Dokumentieren


## Expertenstandard verpflichtet!

Um die Kosten, die durch die Mangelernährung verursacht werden, erlösrelevant im DRG abzubilden ist eine umfassende Dokumentation sowohl des Nachweises der Mangelernährung als auch der durchgeführten Ernährungsmaßnahme erforderlich.

Seit 2008 ist der Expertenstandard Ernährungsmanagement verbindlich (§113a SGB XI) und wird zunehmend vom MDK geprüft. Dieser legt unter anderem fest:

„Für alle Patienten liegt ein aktuelles Screening-Ergebnis zur Ernährungssituation vor. Bei Patienten mit einem Risiko für oder Anzeichen von Mangelernährung ist ein Assessment mit handlungsleitenden Informationen erfolgt. (E1)“<sup>3</sup>

Mit Hilfe eines klinisch evaluierten und international anerkannten Ernährungsscore wie der NRS 2002<sup>4</sup> kann die Mangelernährung diagnostiziert und gleichzeitig dokumentiert werden.

NRS 2002			
<b>Vorscreening</b>			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ist der Body Mass Index < 20,5 kg/m <sup>2</sup> ?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hat der Patient in den vergangenen 3 Monaten an Gewicht verloren?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	War die Nahrungsaufnahme in der vergangenen Woche vermindert?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ist der Patient schwer erkrankt (z. B. Intensivtherapie)?	
Werden alle Fragen mit „Nein“ beantwortet, wird der Patient wöchentlich neu gescreent			
 Wird eine Frage mit „Ja“ beantwortet, weiter mit dem Hauptscreening			
<b>Hauptscreening</b>			
Störung des Ernährungszustandes	Punkte	Krankheitsschwere	Punkte
<b>Keine</b>	<b>0</b>	<b>Keine</b>	<b>0</b>
<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> und 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			
<b>Auswertung</b>			
> 3 Punkte	<i>Behandeln</i> – Ernährungsrisiko liegt vor, Erstellung eines Ernährungsplanes		
< 3 Punkte	<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		

#### Quellen:

1. Pirlich M, et al. The German hospital malnutrition study. Clin Nutr 2006; 563-572
2. Cepton Strategies, Mangelernährung in Deutschland
3. Schieman et al. Expertenstandard Ernährungsmanagement ..., Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Mai 2010
4. ESPEN-Leitlinien 2002. Aktuell. Ernähr. Med. 2005; 30:99-102
5. <http://drg.uni-muenster.de>
6. Ockenga J., Abbildung von Mangelernährung..., Aktuel Ernährungsmed 2011; 36: 337-340