



Schweizerischer Verband
dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH
Association Suisse des
Diététicien-ne-s diplômé-e-s ES/HES
Associazione Svizzera
Dietiste-i diplomate-i SSS/SUP



Stellungnahme der AG DRG (Vertreter/innen von SVDE und GESKES): zur Fragestellung Auslegung der Kodierrichtlinie Mangelernährung bei parenteraler Ernährung

September 2016

Chère Mette
Chère Laurence

Nachstehend nehmen wir Bezug auf die Anfrage von Mette zur Klärung der Auslegung der Kodierrichtlinie Mangelernährung bei Patienten unter parenteraler Ernährung:

« Le correctif dans la définition de la malnutrition protéino-énergétique introduite dans le manuel du codage de 2016, visait à éviter un abus d'utilisation du code de malnutrition chez des patients ne présentant pas les critères.

Il est possible de coder la malnutrition protéino-énergétique présente lors de la prise en charge nutritionnelle s'il y a au moins un critère nutritionnel, soit défaut de couverture de la cible calorique au niveau du per os + nutrition artificielle, soit perte pondérale, soit BMI insuffisant.

Exemple : patient avec AVC et troubles de la déglutition sévère ne couvrant pas ces besoins depuis plus d'une semaine suite à son AVC ou ayant perdu X kg avant prise en charge nutritionnelle ou ayant un BMI inférieur à 18.5 kg/m² au moment de la prise en charge, etc. Si le même patient est pris en charge 24h après l'AVC et que nous mettons en place un support de nutrition artificiel, mais qu'il n'a pas perdu de poids, un BMI dans les normes et qu'il mangeait jusqu'à l'événement, il ne présente pas de critère de malnutrition, mais un risque majeur.

Les codeurs doivent utiliser les codes CHOP, soit au moins 2 interventions nutritionnelles + nutrition entérale ou prise en charge multimodale si critères remplis (équipe multimodale dirigée par un interniste et/ou un diabétologue/endocrinologue FMH et complétée d'un(e) infirmier(ère) diplômé(e) et d'un(e) diététicien(ne) diplômé(e) ES/HES + documentation et précision de la durée du suivi) + nutrition entérale.

La situation de l'intestin court avec un patient dépendant d'un support de nutrition artificielle sur un long terme pose effectivement problème, car si celui-ci n'a pas perdu de poids avant l'intervention ou s'il a un BMI dans les normes ou s'il couvrirait ces besoins per os jusqu'à l'intervention, on ne peut pas coder une malnutrition. **Il y a un risque majeur, mais pas une malnutrition.**

Par contre, les codeurs doivent utiliser les codes CHOP appropriés pour que la prise en charge nutritionnelle soit visible lors du codage : ce type de patient nécessite une prise en charge de type multimodale par une équipe compétente dirigée par un interniste et/ou un

diabétologue/endocrinologue FMH et complétée d'un(e) infirmier(ère) diplômé(e) et d'un(e) diététicien(ne) diplômé(e) ES/HES + documentation et précision de la durée du suivi sur plusieurs semaines d'affilées jusqu'à stabilisation de l'état nutritionnel puis pour surveillance du support de nutrition artificielle.

Les détails relevés au codage permettront une reconnaissance de notre travail.

Si on le voit après mise en place d'une nutrition artificielle et qu'il couvre ces besoins à 100%, mais présente une perte pondérale ou un BMI insuffisant, on peut bien sûr ajouter aux CHOP multimodale et de nutrition artificielle celui du diagnostic de malnutrition.

Wir hoffen, mit diesen Ausführungen zur Klärung des Anliegens beigetragen zu haben und stehen für weitere Fragen gerne zur Verfügung.

Mit besten Wünschen und herzlichen Grüßen

Für die AG DRG

Anna-Barbara Sterchi (Vorsitzende AG DRG)
Valerie Viatte (Vertretung SVDE und Westschweiz)
Nick Vonzun (Vertretung SVDE)
M. Rühlin (Vertretung GESKES)
Dr. med. Reinhard Imoberdorf (Vertretung GESKES)