

Schweizerischer Verband
der Ernährungsberater/innen

Association suisse
des diététicien-ne-s

Associazione Svizzera
delle-dei Dietiste-i

SwissDRG und Ernährung

Abbildung der Ernährung im stationären
Schweizer Tarifsysteem

Arbeitsgruppe DRG und Ernährung GES-
KES/SVDE



GESKES SSNC

Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Metabolismus Schweiz
Société Suisse de Nutrition Clinique et Métabolisme
Società Svizzera di Medicina Nutrizionale e Metabolismo
Swiss Society for Clinical Nutrition and Metabolism



SVDE ASDD

Inhalt

1	Einleitung	2
2	Wie funktioniert das DRG-System?	2
3	Auswirkungen von SwissDRG auf das Gesundheitswesen und die Ernährungsberatung/-Therapie	4
4	Ernährungsbezogene Diagnosen und Prozeduren.....	5
4.1	Diagnosen	5
4.2	Ernährungstherapie im Prozedurenkatalog (CHOP)	12
5	Empfehlungen für Ernährungsberater/innen und Ernährungsfachärzte	15
5.1	Empfehlungen für das Dokumentieren	15
5.2	Empfehlungen für die Erfassung, Behandlung und Kodierung der Mangelernährung	16
5.3	Empfehlungen für die Zusammenarbeit mit Kodierern	17
5.4	Empfehlungen für die Psychiatrie und die Rehabilitation.....	17
6	Schlussfolgerungen	18
7	Quellen	19
8	Glossar	21

Impressum

Herausgeber

Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen SVDE
Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Metabolismus Schweiz GESKES SSNC

Redaktion

Vertreter/innen der Arbeitsgruppe DRG und Ernährung GESKES/SVDE, 2024

1 Einleitung

Aufgrund einer Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) wurden per Januar 2012 für stationäre Spitalleistungen Fallpauschalen eingeführt. Dieses Tarifsysteem basiert auf DRG (Diagnosis Related Groups) und wurde im akutsomatischen Bereich eingeführt. 2019 erfolgte die Einführung in der Psychiatrie und per 1.1. 2022 in der Rehabilitation.

2 Wie funktioniert das DRG-System?

Das Klassifikationssystem DRG benutzt für Diagnosen das WHO- Klassifikationssystem ICD-10-GM und für Prozeduren den Schweizerischen Operationsklassifikationscode (CHOP). Letzteres beinhaltet diagnostische und therapeutische Handlungen. Für die Gruppierung des stationären Falls werden folgende relevanten Informationen der Patient/innen berücksichtigt:

- Hauptdiagnose (gemäss ICD-Verzeichnis)
- Nebendiagnosen (gemäss ICD-Verzeichnis) z.B. auch Komplikationen
- Chirurgische und diagnostische Eingriffe oder Therapien gemäss CHOP
- Alter
- Geschlecht
- Austrittsart
- Geburtsgewicht (bei Neugeborenen)

Die DRGs beinhalten also die gesamte Behandlung von stationären Patient/innen mit einer bestimmten Erkrankung mit allen Interventionen. Eine Erfassung von bis zu 50 Diagnosen und 100 Behandlungen pro Fall sind möglich.

Diese Daten werden in den Spitälern von ausgebildeten Kodierern erfasst und die Gruppierung wird durch den „Grouper“ automatisch nach vorgegebenen Gruppierungsregeln vorgenommen. Die daraus folgende DRG ergibt den Betrag für den Spitalaufenthalt und wird den Kostenträgern in Rechnung gestellt.

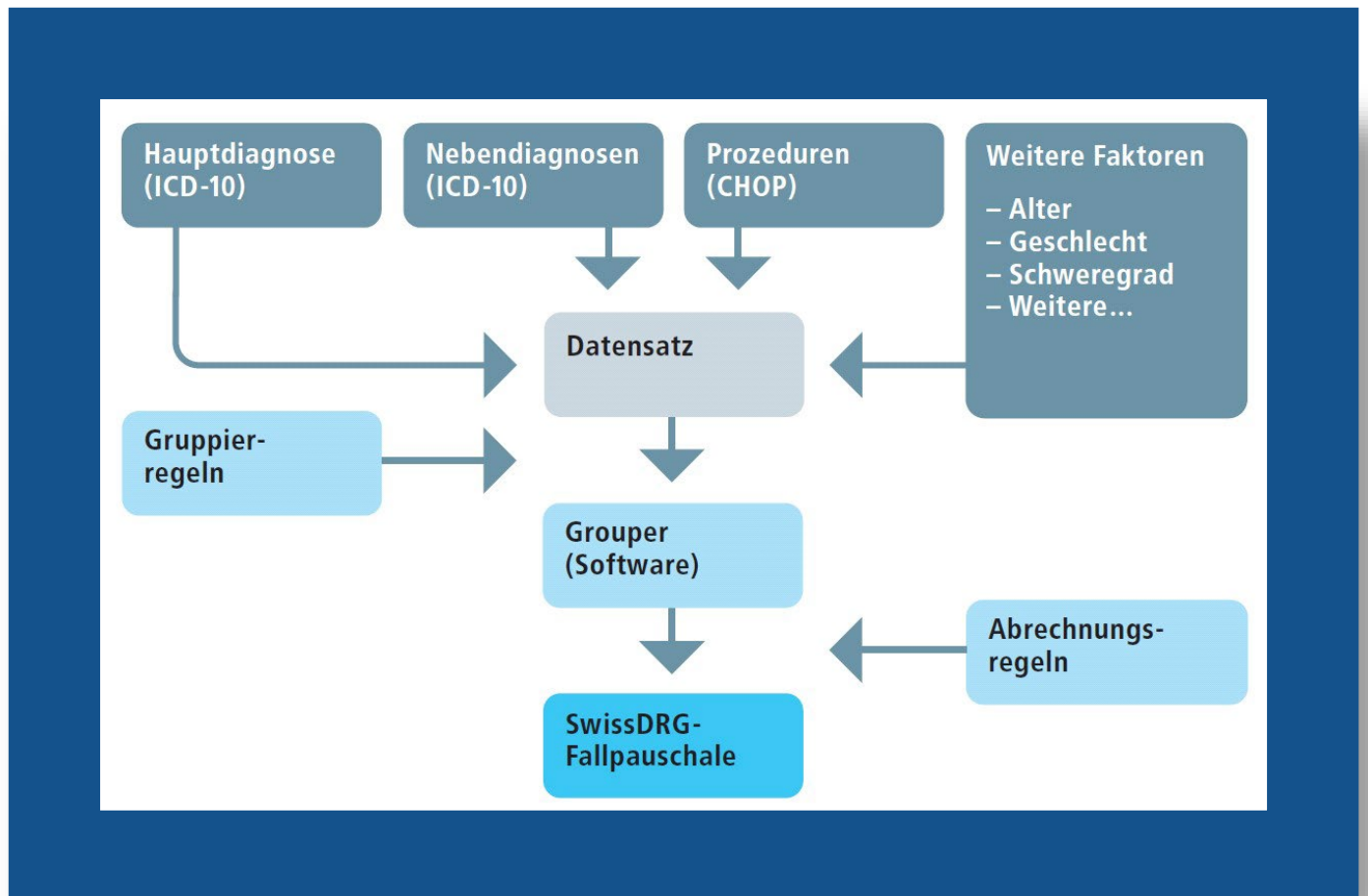


Abbildung 1: Funktionsweise des Schweizer DRG-Systems

3 Auswirkungen von SwissDRG auf das Gesundheitswesen und die Ernährungsberatung/-Therapie

Das Vergütungssystem hat zum Ziel, dass Patienten/innen unter Berücksichtigung einer hohen Qualität möglichst effizient behandelt werden.

Dies ist im Schweizerischen KVG wie folgt hinterlegt:

Art. 43, Absatz 6: „Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird.“

Art. 32, Absatz 1 und 2: „Die Leistungen (...) müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.“

Fallpauschalen schaffen Transparenz und Vergleichbarkeit. Der Massstab für die Bewertung solcher Leistungen beruht ausschliesslich auf Benchmarking.

Wichtig für Ernährungsberater/innen ist, dass auch alle stationären Leistungen dokumentiert werden. Nur dokumentierte Interventionen können in die Kodierung einbezogen werden und dienen u.a. auch als Beleg im Falle einer Überprüfung durch die Kostenträger. Idealerweise stehen alle Diagnosen, Operationen und Behandlungen im ärztlichen Austrittsbericht und/oder die Dokumentation erfolgt in einem elektronischen Patientendossier.

Hier gilt es zu beachten, dass die Mangelernährung eine erlösrelevante Diagnose sein kann und deshalb zwingend als eigenständige Diagnose erfasst, behandelt und in die Kodierung einbezogen werden muss.

4 Ernährungsbezogene Diagnosen und Prozeduren

4.1 Diagnosen

Die Ernährungsdiagnosen im ICD-10-Katalog sind im wesentlichen Diabetes mellitus, Adipositas und sonstige Überernährung, Stoffwechselstörungen, Fehl- und Mangelernährung sowie sonstige alimentäre Mangelzustände.

Der Mangelernährung gilt besondere Beachtung, weil diese 20-50 % der Spitalpatienten betrifft. Für die Abbildung einer Energie- und Eiweissmangelernährung stehen im ICD-10 Verzeichnis hauptsächlich folgende Codes zu Verfügung:

- Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung (E43)
- Mässige Energie- und Eiweissmangelernährung (E44.0)
- Leichte Energie- und Eiweissmangelernährung (E44.1)
- Nicht näher bezeichnete Energie und Eiweissmangelernährung (E46) (unspezifischer Kode)

Die spezifischen Energie- und Eiweissmangelernährungskodes E43, E44.0, E44.1 werden im ICD-10-GM-Verzeichnis definiert nach Standardabweichungen vom Mittelwert der Bezugspopulation. Die schweizerische Referenzpopulation und die entsprechenden Standardabweichungen sind nicht durch aktuelle Studien abgebildet. Diese Vorgaben sind weder aktuell noch praktikabel, was zu Interpretationsschwierigkeiten mit den Krankenversicherern führte. Aus diesem Grund hatte die Arbeitsgruppe DRG des SVDE (Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen) und der GESKES (Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Metabolismus Schweiz) im Jahr 2010 einen Antrag eingereicht zuhanden von SwissDRG zur Änderung der Definitionen der Mangelernährung im ICD-10-GM-Verzeichnis.

Weitere Information siehe unten unter Ausblick.

Die Kodierrichtlinien stehen dem ICD-Verzeichnis vor und sind für alle KodiererInnen verbindlich. Die Richtlinie hat zum Ziel, basierend auf der NRS- 2002-Erhebung, eine aktuelle und verbindliche Definition zur Kodierung der Mangelernährung zu bewirken. Weiter soll die Mangelernährung nur dann kodiert werden, wenn auch ein entsprechend relevanter Therapieaufwand erfolgt ist und dokumentiert wurde. Konkret betrifft dies Patienten mit einerseits enteraler und andererseits parenteraler Ernährung sowie Patienten, bei denen eine nach Gesundheitsberufegesetz GesBG anerkannte/r Ernährungsberater/in beziehungsweise ein interdisziplinäres Fachteam für eine zielgerichtete, adäquate und monitorisierte Ernährungstherapie involviert wurde. Durch die Kombination der Diagnosekodes mit den CHOP-Codes für Ernährungsinterventionen sollte die Qualität der Erfassung der Ernährungstherapie gewährleistet werden. Die an das Bundesamt für Statistik eingereichte Kodierrichtlinie wurde angenommen und ist seit März 2013 gültig. Per 1.1.2014 wurde die Kodierrichtlinie verschärft.

Details siehe folgende Ausführungen:

Kodierrichtlinie Bundesamt für Statistik

Definition der Stadien der Mangelernährung

S0407e Mangelernährung bei Erwachsenen

Kodierung:

- Die Diagnose muss vom behandelnden Arzt gestellt werden.
 - Eine Mangelernährung gemäss ICD -10 E43, nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung kann kodiert werden, wenn eine der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:
 - 89.0A.4- Multimodale Ernährungstherapie, nach Anzahl Behandlungstage oder
 - 89.0A.32 Ernährungsberatung und -therapie
 - Eine Mangelernährung gemäss ICD -10 E44.– Energie- und Eiweissmangelernährung mässigen und leichten Grades kann kodiert werden, wenn mindestens eine der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:
 - 89.0A.32 Ernährungsberatung und -therapie
 - 89.0A.4- Multimodale Ernährungstherapie, nach Anzahl Behandlungstage
 - 96.6 Enterale Infusion konzentrierter Nährstoffe (mindestens 5 Behandlungstage)*.
 - 99.15 Parenterale Infusion konzentrierter Nährlösungen (mindestens 5 Behandlungstage)*.
- *Diese 5 Tage wurden 2022 gestrichen. Der Grund ist unklar. Bei den Kindern sind sie weiterhin aufgeführt

Anmerkung: E43 und E44.– dürfen nur bei entsprechend erfüllten Kriterien gemäss Anhang kodiert werden. Bei nicht erfüllten Kriterien (Definition Mangelernährung und/oder Prozedur) wird E46 Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweissmangelernährung kodiert.

Sofern eine Energie- und Eiweissmangelernährung (E43, E44.0, E44.1, E46) und eine Kachexie (R64) dokumentiert sind, wird nur der E4– Mangelernährungskode abgebildet (keine Doppelkodierung).

Definition der Stadien der Mangelernährung bei Erwachsenen

E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung:

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

- NRS-Gesamtscore (Nutritional Risk Screening*) von mindestens 5 und
- BMI < 18.5 kg/m² bei reduziertem Allgemeinzustand oder
- ungewolltem Gewichtsverlust > 5% in 1 Monat und reduzierter Allgemeinzustand oder
- in der vergangenen Woche ungewollt praktisch keine Nahrung zugeführt** (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

- NRS-Gesamtscore von mindestens 4 und
- BMI 18.5 – 20,5 kg/m² bei reduziertem Allgemeinzustand oder
- ungewolltem Gewichtsverlust > 5% in 2 Monaten und reduzierter Allgemeinzustand oder
- in der vergangenen Woche ungewollt weniger als die Hälfte des Bedarfs zugeführt** (zwischen 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

- NRS-Gesamtscore von mindestens 3 und
- ungewolltem Gewichtsverlust > 5% in 3 Monaten oder
- in der vergangenen Woche ungewollt weniger als 50 – 75% des Bedarfs zugeführt** (entspricht der Verschlechterung des Ernährungszustandes Grad 1).

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

* Modifiziert nach Kondrup Guidelines for Nutrition Risk Screening 2002. Clin Nutr (2003) ; 22(3) : 321 – 336

** Nahrungszufuhr entspricht jeglicher Ernährungsform (parenteral, enteral, per os).

S0408e Mangelernährung bei Kindern

Kodierung:

- **Die Diagnose muss vom behandelnden Arzt gestellt werden.**
- Eine Mangelernährung gemäss ICD -10 E43 nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung kann kodiert werden, wenn eine der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:
 - 89.0A.4- Multimodale Ernährungstherapie, nach Anzahl Behandlungstage oder
 - 89.0A.32 Ernährungsberatung und -therapie
- Eine Mangelernährung gemäss ICD -10 E44.- Energie- und Eiweissmangelernährung mässigen und leichten Grades kann kodiert werden, wenn mindestens eine der untenstehenden Prozeduren durchgeführt wurde:
 - 89.0A.32 Ernährungsberatung und -therapie
 - 89.0A.4- Multimodale Ernährungstherapie, nach Anzahl Behandlungstage
 - 96.6 Enterale Infusion konzentrierter Nährstoffe (mindestens 5 Behandlungstage)
 - 99.15 Parenterale Infusion konzentrierter Nährlösungen (mindestens 5 Behandlungstage)

Anmerkung: E43 und E44.– dürfen nur bei entsprechend erfüllten Kriterien gemäss Anhang kodiert werden. Bei nicht erfüllten Kriterien (Definition Mangelernährung und/oder Prozedur) wird *E46 Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweissmangelernährung* kodiert.

Sofern eine Energie- und Eiweissmangelernährung (*E43, E44.0, E44.1, E46*) und eine **Kachexie (R64)** dokumentiert sind, wird nur der *E4-* Mangelernährungskode abgebildet (keine Doppelkodierung).

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 reduziertem Allgemeinzustand
 - c) Ab 175 cm Knaben bzw. 163 cm 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)

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 reduziertem 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-Gesamcore (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 reduziertem 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)

Ausblick

GLIM

Die Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) mit Repräsentanten der vier weltweit wesentlichen Fachgesellschaften für Klinische Ernährung und Metabolismus (ESPEN, ASPEN, FELANPE, PENSA) haben 2020 einen Antrag eingereicht z.H. der WHO/ICD-11 zur Aufnahme des Diagnosecodes für Mangelernährung (Erwachsene) auf der Basis der GLIM-Kriterien. Bisher gab es noch keinen wegweisenden Beschluss zum Antrag. Eine Annahme würde bedeuten, dass wir die heutige Kodierrichtlinie für Energie- und Eiweissmangelernährung bei Erwachsenen auch im Schweizer Kodiersystem überdenken müssten.

Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung

Die AG DRG GESKES/SVDE bereitet zusammen mit GESKES einen Antrag zur Umwandlung der Multimodalen Ernährungstherapie in eine Komplexbehandlung vor.

Dieser Antrag wird aufgrund der Realisierung des ärztlichen anerkannten Facharzttitel mit Zusatztitel interdisziplinärem Schwerpunkt Ernährungsmedizin (iSP) möglich. Die Zukunft wird zeigen, ob der Antrag von SwissDRG aufgenommen wird

4.2 Ernährungstherapie im Prozedurenkatalog (CHOP)

Die Ernährungstherapie mit Assessment und Mehrfachinterventionen wie Anpassung der oralen Ernährung, Anreicherungen, Einsatz von Trinknahrung, Betreuung und Beratung durch gesetzlich anerkannte Ernährungsberater/innen wurde bis 2010 im CHOP nicht abgebildet. Ein entsprechender Antrag für 2 Kodes wurde von der AG DRG als Subkommission der Tarif- & DRG-Kommission des SVDE mit der Schweizerischen Fachgesellschaft der Inneren Medizin 2009 eingereicht. Dieser Antrag wurde angenommen und ist seit dem CHOP-Katalog 2011 hinterlegt.

Die AG DRG SVDE/ GESKES haben im September 2010 einen Umformulierungsantrag zusammen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie bei SwissDRG eingereicht zur besseren Abbildung der Ernährungstherapie im CHOP. Dieser Antrag wurde angenommen und ab dem CHOP-Katalog 2012 umgesetzt.

Im Verlauf wurde die Definition weiter präzisiert und lautet nun wie folgt:

89.0A.3 Ernährungsberatung und -therapie

89.0A.32 Ernährungsberatung und -therapie

Beachte: Die Ernährungsberatung und -therapie wird durch ein/e gesetzlich nach KVV Art. 50a und GesBG anerkannte/n Ernährungsberaterin/-berater 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 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 ein/e gesetzlich nach KVV Art. 50a und GesBG anerkannte/n Ernährungsberaterin/-berater durchgeführt.
- 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

Ausblick: Aufgrund der Einführung des interdisziplinären Schwerpunktes Ernährungsmedizin (iSP) wird die Anpassung der Multimodalen Ernährungstherapie in eine Ernährungsmedizinische/-therapeutische Komplexbehandlung diskutiert. Eine Umsetzung könnte jedoch frühestens 2025/26 realisiert werden.

Der Leistungskatalog CHOP enthält weitere ernährungsrelevante Codes wie z.B.:

- 89.39.22 für die indirekte Kalorimetrie
- 96.6 „Enterale Infusion konzentrierter Nährstoffe“
- 99.15 „Parenterale Infusion konzentrierter Nährlösungen“
- 00.95.2 Patientenschulung bei neu diagnostiziertem oder entgleistem Diabetes mellitus
- 99.B5.3 Multimodale Komplexbehandlung Diabetes mellitus bei Kindern (Typ 1 und 2), nach Anzahl Behandlungstage

Weiter ist der Fachbereich Ernährungstherapie/Ernährungsberatung in vielen Komplexcodes enthalten oder wurde auf Antrag hin ergänzt:

- 93.9A.1 Pneumologische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage
- 94.7X Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch- psychosomatische Therapie

- 99.BA.1 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Hirnschlags in Stroke Center nach Behandlungsdauer in Stunden
- 99.B1 Leberkomplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage
- 93.89.9 Geriatrische Akutrehabilitation, nach Anzahl Behandlungstage
- 93.8A.2 Palliativmedizinische Komplexbehandlung, nach Anzahl Behandlungstage
- 93.8A.3 Spezialisierte Palliative Care
- 94.3G Komplexbehandlung bei Anorexie in der Psychiatrie
- 99.B3 Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie, nach Anzahl Behandlungstage
- 99.BD Integrierte Komplexbehandlung bei Anorexie, nach Anzahl Behandlungstage
- BA Basisleistungen in der Rehabilitation:
 - BA1 Neurologisch
 - BA2 Psychosomatisch
 - BA3 Pulmonal
 - BA4 Kardial
 - BA5 Muskuloskelettal
 - BA6 Internistisch und onkologisch
 - BA7 Pädiatrisch
 - BA8 Geriatrisch
- BB.2 Zusatzleistungen der Therapie in der Rehabilitation, nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche

5 Empfehlungen für Ernährungsberater/innen und Ernährungsfachärzte

Das DRG-Tarifsysteem entwickelt sich stets weiter. Dies bedeutet, dass sich die im Spital tätigen Ernährungsberater/innen stets auf dem neusten Stand halten sollten. Hierfür gibt es folgende Möglichkeiten:

Websites: alle abgerufen am 19.12.2023

www.svde-asdd.ch	www.geskes.ch	www.swissdrg.org
www.santesuisse.ch	www.hplus.ch	www.fmh.ch
www.icd10.ch	www.bfs.admin.ch	www.bag.admin.ch

Er ist wichtig, dass durch einen aktiven Austausch innerhalb der GESKES sowie des SVDE z.B. in der Tarif- & DRG-Kommission, den verschiedenen SVDE-Interessengruppen, den SVDE-Fachgruppen oder den SVDE-Regionalgruppen der Austausch und die gegenseitige Information zum Thema DRG aktiv gefördert wird.

5.1 Empfehlungen für das Dokumentieren

Wie unter Punkt 3 erwähnt, ist es wichtig, die Rückverfolgbarkeit der Leistungen der Ernährungsberater/innen in den Patientendossiers zu gewährleisten.

Empfehlung:

- Verlaufsdokumentation der ernährungstherapeutischen Intervention z.H. des behandelnden Arztes
- Berichterstellung zum Verlauf der Ernährungsberatungen unter Einbezug der ernährungsrelevanten Ernährungsdiagnosen z.H. des behandelnden Arztes. Im elektronischen Patientendossier sollen diese Berichte integriert werden.
- Erfassen aller stationären Leistungen der Ernährungsberatung resp. -therapie gemäss Leitfaden zur Leistungserfassung in den Spitälern. Nur so können die Kosten für die stationären Leistungen abgebildet werden.
- Bei Komplexbehandlungen müssen die Anzahl Therapien dokumentiert werden. Dies muss spitalintern mit der fallführenden Klinik besprochen werden.

5.2 Empfehlungen für die Erfassung, Behandlung und Kodierung der Mangelernährung

Die Mangelernährung kann als Hauptdiagnose bezeichnet werden, wenn dies der Hospitalisierungsgrund war oder den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln erforderte. Häufiger kommt sie jedoch als Nebendiagnose als Komorbidität oder Komplikation vor, die eine Aufenthaltsverlängerung und/oder eine intensivere Therapie erfordert. Die Grunderkrankung, die administrativen Patientendaten, der Schweregrad der Mangelernährung sowie die Massnahmen wie Operationen/Eingriffe/Therapien können das Kostengewicht vor allem bei komplexen Erkrankungen der finalen DRG signifikant beeinflussen resp. erhöhen. Deshalb ist es wichtig, dass die Kodierer des Spitals alle erlösrelevanten ernährungsbezogenen Diagnosen und Prozeduren erfassen. Dies kann unmittelbar die Spitaleinnahmen beeinflussen.

Wenn die Mangelernährung diagnostiziert, behandelt und dokumentiert wird, können die Ernährungsberater/innen wesentlich dazu beitragen, dass das Spital ein korrektes Kostengewicht der DRG erreicht und den entsprechenden Aufwand abbilden, respektive den Betrag fakturieren kann.

Empfehlungen:

- Einführen und etablieren des Nutritional Risk Screening 2002 zur systematischen Erkennung der Mangelernährung. Es ist wichtig, die Krankheitsschwere beim Screening gemäss Originalliteratur «Kondrup J., ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002; Clin Nutr 2003; 22(4): 415–421» einzuteilen. Aufgrund dessen Erfassung der Diagnose „Mangelernährung“ im ärztlichen Patientendossier.
- Die diagnostizierte Mangelernährung wird gemäss den in der Kodierrichtlinie definierten Stadien zugeordnet und muss im ärztlichen Patientendossier, vor allem aber in Überweisungs- oder Austrittsberichten aufgeführt werden. Weiter ist das ambulante, nachbetreuende ernährungsbezogene Fachteam (insbesondere auch der Hausarzt/Hausärztin) der/des Patientin/Patienten über die Mangelernährung informiert und können diese weiterbehandeln.
- Behandeln der Patient/innen mit Mangelernährung gemäss anerkannter Richtlinien wie ESPEN-Guidelines, Richtlinien der DGEM und der GESKES usw.
- Dokumentieren jeder ernährungstherapeutischen Intervention durch gesetzlich anerkannte Ernährungsberater/innen, wenn möglich im elektronischen Patientendossier. Die Ernährungstherapie/-beratung sowie die austrittsrelevanten ernährungstherapeutischen Massnahmen sollten ebenfalls im Austrittsbericht notiert sein.

5.3 Empfehlungen für die Zusammenarbeit mit Kodierern

Es ist wichtig, dass die Ernährungstherapie/-beratung in engem Kontakt mit der Kodierabteilung ist. Dies trägt dazu bei, dass die Ernährungsfachsprache korrekt interpretiert und gemeinsam nach Lösungen gesucht wird, wie die Kodierer zu allen wichtigen Informationen kommen. Gemeinsam mit den Kodierern sollen gute Voraussetzungen geschaffen werden, damit alle ernährungsbezogenen Diagnosen und Prozeduren (gemäss CHOP) in Austrittsberichten und/oder im elektronischen Patientendossier erfasst werden können.

5.4 Empfehlungen für die Psychiatrie und die Rehabilitation

Tarpsy

Der TARPSY wird seit 1.1.2019 angewendet. Es ist eine Schweizer Tarifstruktur und generiert ein Kostengewicht/Tag. Mit steigender Aufenthaltsdauer sinkt das Kostengewicht/Tag. Es wird das Alter, Hauptdiagnose, Nebendiagnose, HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) berücksichtigt. Zusatzentgelte werden analog der Akutsomatik berechnet. Die AG DRG hat beschlossen Anträge wie folgt einzureichen:

Die Diagnose Mangelernährung soll als Nebendiagnose in die Nebendiagnosetabelle integriert werden.

Die Prozeduren der Ernährungsberatung/-therapie sollen als Prozeduren integriert werden, nach NCP-Kriterien

Die ernährungstherapeutischen Massnahmen dürfen nur durch gesetzlich anerkannte ErnährungsberaterInnen gemäss Gesundheitsberufegesetz umgesetzt werden.

Die Anträge sollen für das jeweilige Antragsverfahren (siehe unter Glossar) und über die Fachgesellschaft Endokrinologie und Diabetologie in Absprache mit der Fachgesellschaft für Psychiatrie eingereicht werden.

STReha

Der Anwendungsbereich für STReha-Pauschalen umfasst die Vergütung aller stationären Rehabilitations-Aufenthalte in Rehabilitationskliniken oder Rehabilitationsabteilungen.

Die Abgrenzung zwischen den Tarifstrukturen erfolgt massgeblich gemäss den Leistungsaufträgen der kantonalen Spitallisten. Demzufolge war es Auftrag der SwissDRG AG für alle Fälle der stationären Rehabilitation eine Tarifstruktur zu entwickeln. Am 1.1.2022 wurde die der STReha eingeführt. Es gibt auch für den STReha ein Antragsverfahren.

6 Schlussfolgerungen

Mit SwissDRG ist ein standardisiertes flächendeckendes Screening von Patienten/innen, mit dem Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) zur Erfassung der Diagnose der Mangelernährung unerlässlich. Die fachkompetente, interdisziplinäre Ernährungstherapie nach evidenzbasierten Prinzipien und deren Dokumentation ist eine wichtige Voraussetzung. Ernährungsberater/innen und Ernährungsmediziner/innen müssen zusammen mit dem Spitalmanagement, der Kodierabteilung und den Kliniken stets von neuem die Voraussetzungen schaffen, damit unter SwissDRG Patienten/innen mit Mangelernährung durch eine zielführende und adäquate Ernährungstherapie konsequent und klinikübergreifend diagnostiziert und behandelt werden.

7 Quellen

Rolf Malk, Thorsten Kampmann & Peter Indra (Hrsg.) (2006). DRG-Handbuch Schweiz. Bern: Huber.

Bundesamt für Gesundheit (2009). Bericht des Bundesrates: Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen: Stand der Umsetzung und Erfahrungen in den Kantonen sowie im Ausland. In Erfüllung des Postulates 09.3061 Goll Christine. Bern: EDI.

Rühlin, Maya & Stanga, Zeno (2010). Wie bildet SwissDRG den unterernährten Patienten ab? Chance oder Risiko für die Klinische Ernährung? Informations-Bulletin Dezember 2010 erschienen in Nutrition News 4/2010, S. 5-6.

Cuttat, Aurélie (2010). DRG et prise en charge nutritionnelle. Quelle place pour les diététiciens en 2012 ? Bachelor-Arbeit. Genève : HES filière Nutrition et diététique.

Vonzun Nick, Rühlin Maya, Sterchi Anna (2014). Mangelernährung im Zeitalter von DRG. Therapeutische Umschau 2014; 71 (3): DOI 10.1024/0040-5930/a000501

N. Vonzun, A.-B. Sterchi, R. Imoberdorf, M. Rühlin (2014). Mangelernährung und DRG – Die Schweizer Lösung Malnutrition and DRG – the Swiss Solution, Aktuel Ernährungsmed 2014; 39: 392–396

Carla Aeberhard, Mirjam Abt, Olga Endrich, Emilie Aubry, Michèle Simone Leuenberger, Philipp Schütz, Anna-Barbara Sterchi, Zeno Stanga (2018) Auswirkung der Kodierung der Mangelernährung im SwissDRG... Aktuel Ernährungsmed 2018; 43: 92–100

Aktueller CHOP-Katalog: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.assetdetail.13772937.html>, abgerufen am 19.12.2023

ICD-10-Katalog: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/>, abgerufen am 19.12.2023

ESPEN Endorsed Recommendation GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition e A consensus report from the global clinical nutrition community* T. Cederholm a, b, *, 1, G.L. Jensen c, 1, M.I.T.D. Correia d, M.C. Gonzalez e, R. Fukushima f, T. Higashiguchi g, G. Baptista h, R. Barazzoni i, R. Blaauw j, A. Coats k, l, A. Crivelli m, D.C. Evans n, L. Gramlich o, V. Fuchs-Tarlovsky p, H. Keller q, L. Llido r, A. Malone s, t, K.M. Mogensen u, J.E. Morley v, M. Muscaritoli w, I. Nyulasi x, M. Pirlich y, V. Pisprasert z, M.A.E. de van der Schueren aa, ab, S. Siltharm ac, P. Singer ad, ae, K. Tappenden af, N. Velasco ag, D. Waitzberg ah, P. Yamwong ai, J. Yu aj, A. Van Gossum ak, 2, C. Compher al, 2, GLIM Core Leadership Committee, GLIM Working Group³, Clinical Nutrition Volume 38, Issue 1, February 2019, Pages 1-

www.rosenfluh.ch/ernaehrungsmedizin-2023-02/glim-kriterien-in-der-aerztlichen-praxis-was-bringen-die-neuen-diagnosekriterien-der-mangelernaehrung-im-alltag, abgerufen am 19.12.2023

8 Glossar

Anpassungen der Kostengewichte für Ausreisser. Das effektive Kostengewicht für Ausreisser ergibt sich aus einer tagesbezogenen Anpassung des Kostengewichts für Inlier. Die Zu- und abschlagspflichtigen Tage ergeben sich aus der Differenz zwischen der Aufenthaltssdauer des Patienten und der Grenzverweildauer der jeweiligen DRG. Das effektive Kostengewicht der Inlier entspricht dem Kostengewicht der DRG. Die tagesbezogenen Zu- und Abschlagssätze der einzelnen DRG ergeben sich aus dem Fallpauschalenkatalog.

Antragsverfahren. Durch das Antragsverfahren zur Weiterentwicklung des SwissDRG-Systems haben Leistungserbringer, Versicherer und Kantone die Möglichkeit, Anträge zur Anpassung der Tarifstruktur zu stellen. Die SwissDRG AG prüft diese Anträge systematisch auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler und informiert den Antragsteller über das Ergebnis der Prüfung. Auf diese Weise ist der Einbezug der Expertise der Gesundheitsfachleute gewährleistet. Das Antragsverfahren findet im jährlichen Rhythmus statt. Das Antragsformular wird jeweils auf der Homepage der SwissDRG AG veröffentlicht.

Baserate / Basispreis. Der Betrag, der für einen bestimmten Fall vergütet wird, wird berechnet, indem das Kostengewicht der DRG, welcher der betreffende Fall zugeordnet ist, mit dem Basispreis (Baserate) multipliziert wird. Die Baserate bezeichnet den Betrag, der im DRG-System für einen Behandlungsfall bezahlt wird, dessen Kostengewicht 1,0 beträgt. Der Basispreis wird durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) festgelegt.

Case Mix und Case Mix Index (CMI). Der Case Mix beschreibt den gesamten Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals. Er ergibt sich aus der Summe der Kostengewichte der Fälle eines Spitals. Dividiert man die Summe aller Kostengewichte durch die Anzahl Fälle, erhält man den Case Mix Index, d.h. den durchschnittlichen Schweregrad eines Spitals.

CHOP. Schweizerische Operationsklassifikation. Sie wird zur Verschlüsselung von Operationen und Behandlungen verwendet.

Definitionshandbuch. Das Definitionshandbuch hält fest, wie die Grouper-Software die DRG-Zuordnung vornimmt.

DRG, Diagnosis Related Groups. Dabei handelt es sich um ein Patientenklassifikationssystem, das Patienten anhand von medizinischen und weiteren Kriterien, wie z.B. Diagnosen, Behandlungen, Aufenthaltsdauer usw., in möglichst homogene Gruppen einteilt.

Fallpauschalenkatalog. Die berechneten Kostengewichte pro DRG sowie weitere DRG- bezogene, abrechnungsrelevante Daten sind dem sogenannten Fallpauschalenkatalog zu entnehmen.

Grenzverweildauer und Ausreisser. Durch die Grenzverweildauer werden für jede DRG die normale Aufenthaltsdauer für das gegebene Krankheitsbild definiert. Diese Werte basieren auf den Referenzdaten der Netzwerkspitäler. Jene Fälle, deren Aufenthaltsdauer mindestens bei der unteren und maximal bei der oberen Grenzverweildauer liegt, gelten als „Normallieger/Inlier“. Patient/innen mit einer Aufenthaltsdauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer bezeichnet man als „Kurzlieger/Low Outlier“ und Patient/innen mit einer Aufenthaltsdauer oberhalb der oberen Grenzverweildauer als „Langlieger/High Outlier“. Die untere und obere Grenzverweildauer kann dem Fallpauschalenkatalog entnommen werden.

Grouper. Die Zuweisung einer Hospitalisierung zu einer bestimmten DRG erfolgt über eine Gruppierungssoftware, den so genannten „Grouper“. Der Klassifizierungsalgorithmus basiert auf den medizinisch-administrativen Falldaten.

ICD-10. Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision. Sie wird zur Verschlüsselung von Diagnosen in der medizinischen Versorgung eingesetzt.

Kostengewicht. Jeder Fallgruppe (DRG) wird ein empirisch ermitteltes, relatives Kostengewicht zugeordnet, das den durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Fallgruppe beschreibt. Die Kostengewichte werden auf der Grundlage der Fallkostendaten ausgewählter Spitäler, den so genannten Netzwerkspitälern ermittelt. Hierzu werden die durchschnittlichen Kosten der Inlier einer DRG durch die durchschnittlichen Kosten sämtlicher Inlier aller Netzwerkspitäler dividiert, der so genannten Bezugsgrösse. Sind die durchschnittlichen Kosten einer DRG gleich der Bezugsgrösse, ergibt sich ein Kostengewicht von 1,0. Die Kostengewichte werden in der Regel jährlich anhand von aktualisierten Daten neu berechnet. Die berechneten Kostengewichte pro DRG sind ersichtlich aus dem sogenannten Fallpauschalenkatalog.

Leistungsorientierte Abgeltung. Diese Form der Vergütung entschädigt die Leistungserbringer für die Therapie als Ganzes. Das bedeutet: Die Leistungserbringer erhalten keine Entschädigung für einzelne Schritte der Behandlung (wie bei Tarmed) oder für die Dauer einer Behandlung (Tagespauschalen in Spitälern). Stattdessen erhalten sie einen gewissen Betrag für beispielweise eine Blinddarmsoperation oder eine Gallensteinentfernung. Die Tarife orientieren sich dabei nicht an den Kosten des Spitals, sondern an einer effizienten Durchführung der Behandlungen.



GESKES SSNC

Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Metabolismus Schweiz
Société Suisse de Nutrition Clinique et Métabolisme
Società Svizzera di Medicina Nutrizionale e Metabolismo
Swiss Society for Clinical Nutrition and Metabolism

GESKES SSNC
Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Metabo-
lismus Schweiz
3000 Bern

Telefon: +41 77 483 7379
(Montag und Donnerstag von 9 - 12 Uhr)

E-Mail: info@geskes.ch



SVDE ASDD

SVDE ASDD
Altenbergstrasse 29
Postfach 686
CH-3000 Bern 8

T 031 313 88 70

service@svde-asdd.ch
www.svde.ch / www.asdd.ch