



© Robert Kneschke - Fotolia.com

Ernährungstherapie in der Klinik

Neuer OPS-Kode: Erfolgversprechender Ansatz der Erlösrelevanz

Eine adäquate ernährungstherapeutische Patientenversorgung im klinischen Bereich sicherzustellen und gleichzeitig Lösungen für deren Finanzierbarkeit zu ermöglichen, stellt seit Jahren bundesweit eine große Herausforderung dar. Die am Klinikvorstand unmittelbar aufgehängte Stabsstelle Ernährungsmanagement mit dem Nutrition Support Team (NST) des Universitätsklinikums Tübingen (UKT) setzt auf den neuen OPS-Kode „Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung 8-98j“.

Dass die Ernährungstherapie fester Bestandteil einer effektiven Therapie vieler Erkrankungen ist, ist unter Experten unumstritten. Auch wenn beispielsweise rund 20 Prozent der Krebspatienten aufgrund einer krankheitsbedingten Mangelernährung versterben und nicht an ihrer Grunderkrankung, verfügen immer noch nur rund drei Prozent der Krankenhäuser über Ernährungsteams. Die Zahl dieser Teams, deren Zusammensetzung bisher nicht klar definiert ist, dürfte derzeit aufgrund der desolaten Erlössituation sogar eher rückläufig sein. Das Universitätsklinikum Tübingen (UKT) geht hier konsequent

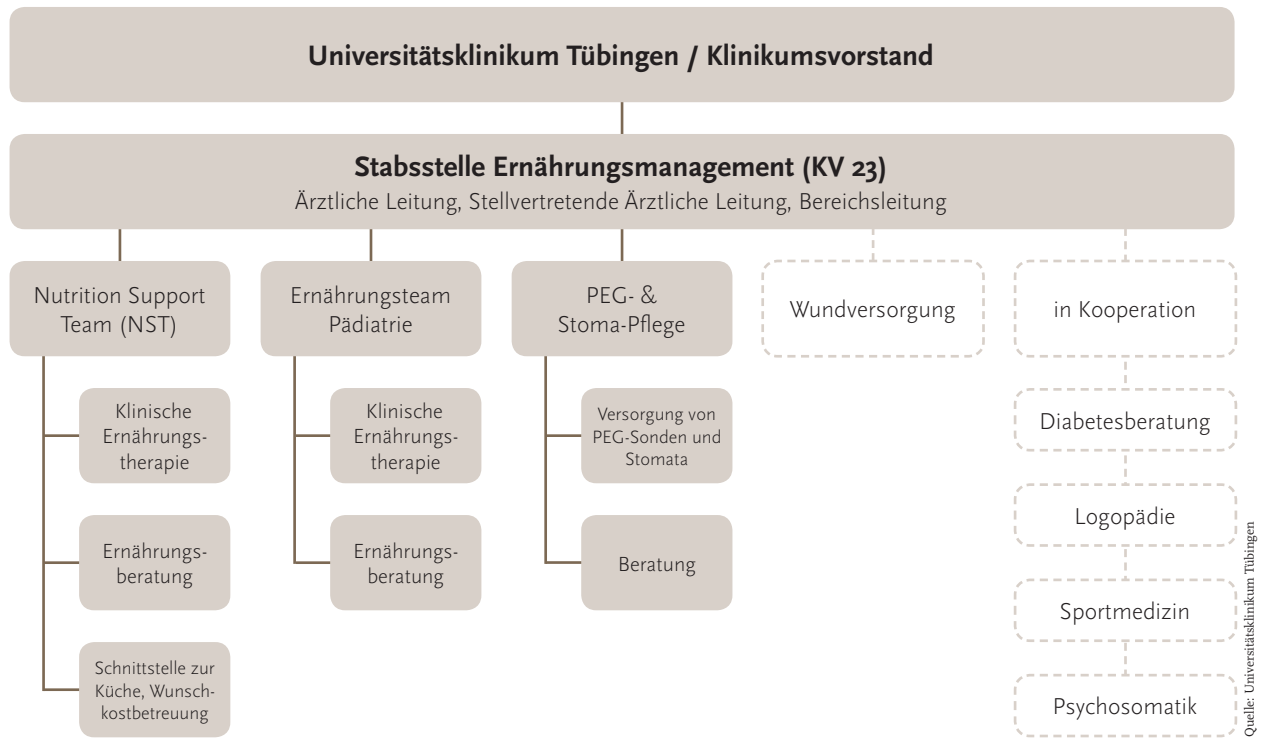
einen anderen Weg und hat inzwischen eine Vorstandsstabsstelle Ernährungsmanagement geschaffen. Dazu gehört auch das Nutrition Support Team (NST), welches krankenhausumfassend Patienten mit bedarfsgerechten Konzepten der oralen, enteralen und parenteralen Ernährung versorgt.

Privatdozent Dr. med. Michael Adolph ist ärztlicher Leiter der Stabsstelle Ernährungsmanagement UKT, Diätassistentin Daniela Schweikert hat die Bereichsleitung der Stabsstelle und die Teamleitung des Nutrition Support Teams inne. In einem Ge-

spräch mit der Redaktion der D&I berichten die beiden Experten über den Aufbau des Ernährungsmanagements und den neu geschaffenen „Ernährungsmedizinischen Komplexcode 8-98j“. Dieser ist seit dem 01.01.2019 unter bestimmten strukturellen Bedingungen anwendbar und bietet einen neuen erfolgversprechenden Ansatz der Erlösrelevanz.

Struktur des Ernährungsteams

Bereits im ersten Quartal 2015 starteten PD Dr. Michael Adolph und Diätassistentin Daniela Schweikert das Ernährungsmanagement mit



Quelle: Universitätsklinikum Tübingen

Abbildung 1: Aufbau und Struktur der Stabsstelle Ernährungsmanagement

der Projektplanung und der Schaffung von Strukturen. Unterstützt durch den Klinikvorstand, wurde rund ein Jahr später das NST mit einem ärztlichen Leiter und dessen Stellvertreter sowie einer Diätassis-

tentin gegründet. 2016 begann das NST die Versorgung mangelernährter Patienten mit Hilfe enteraler und parenteraler Ernährungstherapie. Mit der Gründung wurde bereits das Ziel definiert, durch konsequente Kodierung der im Fokus stehenden Mangelernährung die Stelle der Diätassistentin zu finanzieren.

Schnell wurde deutlich, dass eine Diätassistentin auf dem Uni-Campus nicht ausreichend sein kann. Von Jahr zu Jahr konnten weitere Diätassistentinnen eingestellt werden. So ist das NST sukzessive in kleinen Schritten gewachsen. Mit dem Beschluss einer Vorstandsstabsstelle erfuhr das Ernährungsmanagement Anfang 2018 eine deutliche Aufwertung. Die zunächst sechs Diätassistentinnen und zwei Ärzte versorgten über Kliniken hinweg Patienten mit bedarfsgerechten Konzepten der oralen, enteralen und parenteralen Ernährung.

Dazugekommen sind inzwischen die Diätassistentinnen für die orale Ernährungsberatung, die zuvor

dem Verpflegungsmanagement zugeordnet waren, die Diätfachkräfte der Kinderklinik sowie die PEG- und Stomatherapeuten. Begonnen hat das Team mit der Betreuung von Patienten der radioonkologischen Klinik. Rasch wurde die Versorgung auf weitere Fachabteilungen ausgedehnt, u. a. Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie sowie operative Intensivstation. Weitere Kliniken folgten mit Aufbau der Teamgröße zeitnah (Abbildung 1).

Die Stabsstelle Ernährungsmanagement ist der Hauptansprechpartner in Sachen Ernährung am Klinikum. Sie umfasst aktuell 15 Personen und verzeichnet eine deutliche Wachstumstendenz, Personalerweiterungen sind in Planung. Das Ernährungsteam übernimmt die Ernährungsberatung und ernährungstherapeutische Versorgung des gesamten Universitätsklinikums mit seinen 1.500 stationären Betten. Neben der Mangelernährung werden alle diätetischen Fragestellungen bedient.

Abkürzungen

DGEM	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V.
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
ICD	International Statistical Classification of Diseases an Related Health Problems = Internationale Klassifikation von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
NST	Nutrition Support Team
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
UKT	Universitätsklinikum Tübingen

Interview

Neuer Ansatz für die Erlösrelevanz einer Ernährungstherapie

D&I: Konnte das Ziel, Diätassistenten über die ICD-Kodierung zu finanzieren, erreicht werden?

PD Dr. Michael Adolph: Zunächst ja. Schnell ist jedoch eine Schieflage in der Erlössituation entstanden, weil seit 2014 die ICD-Kodes für Ernährung ständig und drastisch abgewertet worden sind. Mit den vorhandenen Diagnosekodes können die von der DGEM geforderten Qualitätsstandards nicht abgebildet werden. Ein Grund liegt in der derzeit gültigen Definition von Mangelernährung innerhalb des DRG-Systems, wonach sich nur eine schwere Mangelernährung kodieren lässt.

Daniela Schweikert: Voraussetzung ist außerdem, dass das Screening aller Patienten sehr gut sein muss, damit Risikopatienten nicht „durchflutschen“. Das wiederum setzt gut geschultes Pflegepersonal und ein effektives Schnittstellenmanagement von Pflege und Ernährungsteam voraus. Wenn das alles richtig gemacht wird, können damit gerade so Personalstellen gedeckt werden. Alle sogenannten Overheadkosten, vom Büro bis zur apparativen Grundausstattung, sind damit nicht mehr finanzierbar.

PD Dr. Michael Adolph: Hier sind wir uns einig: Mit den ICD-Kodes für Ernährung kommen wir nicht mehr zurecht. Die DGEM, deren Präsidiumsmitglied ich bin, hat sich bisher vergeblich für eine Veränderung der Definition einer Mangelernährung eingesetzt. Erfolgreich waren wir dagegen mit einem Antrag beim DIMDI, einen OPS-Komplexcode zu schaffen, der auch die Struktur- und Prozessqualität abbildet. Seit dem 01.01.2019 ist die Ernährungsmedizinische Komplextherapie unter bestimmten strukturellen Bedin-

gungen kodierbar. Auf diesen Erfolg sind wir sehr stolz. Ein langer Atem war nötig, denn erst nach drei Jahren wurde diesem inzwischen dritten Antrag stattgegeben.

D&I: Bitte erläutern Sie uns, was genau sich hinter dem OPS-Komplexcode Ernährung verbirgt.

PD Dr. Michael Adolph: In Kode 8-98j ist die Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung, und zwar mit einer Struktur- und Prozessqualität, beschrieben. Vereinfacht gesagt, wird hier definiert, was ein Ernährungsteam erfüllen muss. Ich sehe das zunächst einmal als Grundstruktur, in der die Mindestmerkmale definiert sind, wahrscheinlich kommen noch Ausführungsbestimmungen hinzu. Denn der MDK wird überprüfen, ob diese Vorgaben vorhanden sind. So ist beispielsweise ein Ernährungsteam definiert: Es besteht mindestens aus einer fachärztlichen Leitung mit der Fortbildung oder Zusatzweiterbildung „Ernährungsmedizin“ und einem Diätassistenten oder Ökotrophologen. Dieses Ernährungsteam muss werktags eine mindestens 7-stündige Verfügbarkeit aufweisen.

Weitere Mindestmerkmale sind ein standardisiertes Screening des Ernährungsstatus sowie ein standardisiertes ernährungsmedizinisches Basisassessment durch ein Mitglied des Ernährungsteams zu Beginn der Behandlung. Gefordert wird die Erstellung eines Behandlungsplans ebenso wie eine Verlaufs- und Zielkontrolle sowie wöchentliche Teambesprechungen und Empfehlungen für die Überleitung.

D&I: Bei den Mindestmerkmalen zur personellen Ausstattung des Ernäh-



Privatdozent Dr. med. Michael Adolph, ärztlicher Leiter der Stabsstelle Ernährungsmanagement UKT



Diätassistentin Daniela Schweikert, Bereichsleitung der Stabsstelle und Teamleitung des Nutrition Support Teams am UKT.

rungstteams und deren Verfügbarkeit werden viele Kliniken an ihre Grenzen stoßen.

PD Dr. Michael Adolph: Die Ernährungstherapie muss einen deutlich höheren Stellenwert bekommen, das ist richtig. Für ein Ernährungsteam ist neben einem fach-

ärztlichen Ernährungsmediziner als Leitung ein ernährungsmedizinischer Stellvertreter notwendig, ebenso klar ist, dass eine Diätassistentin nicht ausreicht. In einem Stellenplan müssen alle Urlaubs- und Krankheitstage mit eingerechnet werden – ist das Ernährungsteam nicht mit den geforderten Zeitkapazitäten verfügbar, kann auch nicht kodiert werden. Ich möchte jedoch wirklich alle Kliniken ermutigen und motivieren, mit der Kodierung

des Komplexkodes zu beginnen, sofern sie die geforderten Grundstrukturen vorhalten. Erst dann wird in den Häusern deutlich werden, was eventuell schon vorhanden ist und wo möglicherweise nachgeschärft werden muss.

Daniela Schweikert: Ich möchte das noch bestärken. Einerseits haben nur wenige Kliniken Ernährungsteams und andererseits sind die wenigen vorhandenen teilweise nur in einer oder zwei Fachabteilungen

eingesetzt. Sinnvoll ist aber eine Ausdehnung auf die gesamte vorgehaltene Klinikstruktur. Dies wird aber nur gelingen, wenn eine nahezu kostendeckende Finanzierung möglich ist.

D&I: Wann ist denn mit einer Erlösrelevanz über den OPS-Komplexcode zu rechnen?

PD Dr. Michael Adolph: Da ist leider Geduld gefragt. Zwar kann und sollte der Komplexcode seit Januar 2019 angegeben werden, doch 2019 und auch 2020 ist noch nicht mit Geld zu rechnen. Die betriebswirtschaftliche Bewertung durch das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) wird erst ab 2021 zu einem finanziellen Zufluss über den Komplexcode führen. Ich möchte dennoch nochmals betonen: Vorhandene Ernährungsteams sollten bereits jetzt beginnen, den Komplexcode 8-98j anzugeben.

Ernährungsteam: Ernährungstherapie aus einer Hand

D&I: Welcher Zeitraum ist für den Aufbau eines Ernährungsteams zu veranschlagen? Welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht?

Daniela Schweikert: Das kann man sicher nicht so pauschal beantworten. Wie schon beschrieben, haben wir hier in Tübingen 2015 mit meiner Stelle begonnen und das Team dann sukzessive in kleinen Schritten aufgestockt. Der Vorstand des Klinikums hat uns auch, verbunden mit der Stabsstelle, den Auftrag erteilt, eine tragfähige Organisationsform für die Zukunft zu entwickeln. Als Ernährungsteam am UKT sind wir unserem Ziel inzwischen sehr nah, nicht nur Mangelernährung im Fokus zu haben, sondern die Ernährungstherapie am gesamten Klinikum aus einer Hand zu bedienen. Ein Großteil der Arbeit zu Beginn entfiel auf Fragen der Organisation. Dazu gehörten auch Fragen der Schnittstellenoptimierung und des Teambuildings. Mit dem Begriff

Quelle: OPS Version 2019, Systematisches Verzeichnis, Hsrg.: DIMDI, Stand 19.10.2018

8-98j Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung

Hinweise

- ▶ Dieser Kode ist auch bei intensivmedizinisch versorgten Patienten anzugeben. Die Art der Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung ist gesondert zu kodieren (8-015 ff., 8-016).
- ▶ Die Art der Ernährungstherapie als medizinische Nebenbehandlung ist bei nicht intensivmedizinisch behandelten Patienten gesondert zu kodieren (8-017 ff., 8-018 ff.).

Mindestmerkmale

- ▶ Ernährungsteam, bestehend aus einer fachärztlichen Leitung mit der strukturierten curricularen Fortbildung oder Zusatzweiterbildung „Ernährungsmedizin“ und einem Diätassistenten oder Ökotrophologen
- ▶ Werktags (von Montag bis Freitag) mindestens 7-stündige Verfügbarkeit des Ernährungsteams
- ▶ Standardisiertes Screening des Ernährungsstatus innerhalb der ersten 48 Stunden nach stationärer Aufnahme (z. B. NRS 2002, MNA oder NUTRIC Score)
- ▶ Standardisiertes ernährungsmedizinisches Basisassessment zu Beginn der Behandlung durch ein Mitglied des Ernährungsteams, bestehend aus:
 - Ernährungsanamnese inkl. aktueller Nahrungsaufnahme
 - Handkraftmessung
 - Bestimmung der Körperzusammensetzung mittels Bio-Impedanz-Analyse oder Bestimmung des Energieumsatzes mittels indirekter Kalorimetrie
 - Energie- und Nährstoff-Bedarfsermittlung unter Berücksichtigung von Verträglichkeit und Gesamtbilanz
- ▶ Erstellung eines individuellen Behandlungsplanes (oral/enteral/parenteral nach einem Stufenschema der Ernährung) zu Beginn der Behandlung
- ▶ Mindestens zweimal pro vollständige Woche Verlaufs- und Zielkontrolle der dokumentierten Nahrungsaufnahme (oral, Trinknahrung, enteral und/oder parenteral), davon einmal mit Durchführung folgender Verfahren:
 - Handkraftmessung oder Bio-Impedanz-Analyse oder indirekte Kalorimetrie
 - Erfassung von Gewicht/Body-Mass-Index
- ▶ Wöchentliche Teambesprechung
- ▶ Untersuchungen wie z. B. Body-Mass-Index oder Handkraftmessungen sind entbehrlich, wenn sie aus medizinischen Gründen (Amputationen, Lähmungen, Sedierung o. Ä.) nicht durchführbar sind
- ▶ Indikationsabhängige Empfehlungen für den weiterversorgenden Arzt und/oder Homecare-Dienstleister UKT

Change Management wird sicher deutlich, dass zur Veränderung gewachsener Strukturen viel Kommunikation notwendig wird. Dabei spielt auch die Digitalisierung in vielen Bereichen eine große Rolle. Viele Kollegen und Abteilungen waren es beispielsweise gewohnt, Dienstpläne, Anforderungen für Dienstleistungen etc. in Papierform zu erledigen.

Aufwertung der Ernährungsmedizin und -therapie

D&I: *Wie wird sich die OPS-Kodierung „Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung“ auf die Ernährungsmedizin bzw. Ernährungstherapie im klinischen Sektor auswirken? Welche Bedeutung hat sie für Ärzte, welche für Diätassistenten?*

PD Dr. Michael Adolph: Nach langen Jahren des Schattendaseins gibt es für die Ernährungsmedizin seit einiger Zeit endlich Licht am Horizont. Die Ernährungstherapie, sei es beispielsweise im Zusammenhang mit Onkologie und Mangelernährung, wird zunehmend von der Politik und auch von den Medien wahrgenommen. Wenn beispielsweise von Experten bereits im Morgenmagazin ein Zusammenhang zwischen Ernährung und der Verträglichkeit der Strahlentherapie berichtet wird, hilft uns das sehr auf dem Weg, die Bedeutung von Ernährungstherapie in die Köpfe zu bekommen.

Der OPS-Komplexcode formuliert die Voraussetzungen, die ein Arzt in einem Ernährungsteam mitbringen muss. Dass die Ernährungsmedizin als Zusatzweiterbildung in die Musterweiter-

bildungsordnung für Ärzte aufgenommen wurde, bedeutet eine enorme Aufwertung für dieses Fachgebiet. Wir setzen nun auf möglichst viele Kollegen, die diese Zusatzweiterbildung in Zukunft absolvieren und dann helfen, Ernährungsteams in Kliniken zu bilden bzw. zu verstärken.

Daniela Schweikert: Auch für den Beruf der Diätassistenten sehe ich eine Aufwertung durch die im Komplexcode formulierten Mindestmerkmale. Es wird schnell deutlich, dass eine Diätassistenten-Stelle in der Klinik nicht ausreicht, um die geforderte Verfügbarkeit abzudecken. Daher ist eine Aufstockung der Personalkapazitäten notwendig, um die Chancen der Finanzierung über den Komplexcode zu nutzen. Wir hier am UKT verzeichnen durch die ganze Struktur der Stabsstelle Ernährungsmanagement eine deutliche Wachstumstendenz.

Wir Diätassistenten haben den Vorteil, dass wir nach der abgeschlossenen Ausbildung sofort in der Ernährungstherapie eingesetzt werden können. Deshalb wünsche ich mir bei vielen Kolleginnen mehr Mut, sich dieses Aufgabengebiet zuzutrauen. Mir hat beispielsweise der „VDD-Z-Kurs enterale und parenterale Ernährungstherapie“ viel Sicherheit gegeben. Ich gebe zu: Der Anfang ist oft schwer. Aber wir können auch bei der Arbeit am Patienten viel lernen. Zudem sind wir Diätassistenten, nicht zuletzt durch unseren Berufsverband, deutschlandweit als Team vernetzt für die Patientenversorgung.

*Die Fragen stellte
Ulrike Grohmann*

Bodymed – Sicherheit und Effizienz in der Ernährungsberatung

Über 20 Jahre Erfahrung in der Beratung Adipöser und die kontinuierliche Weiterentwicklung unter Einbezug aktuellster wissenschaftlicher Erkenntnisse machen die innovativen und medizinisch-wissenschaftlich fundierten Gesundheitsprogramme von Bodymed so erfolgreich.

Das **Bodymed Ernährungsprogramm** ist insbesondere für adipöse Patientinnen und Patienten geeignet und nachhaltig wirksam. Auch jene, die bereits am metabolischen Syndrom oder an Typ-2-Diabetes erkrankt sind und somit an einer Stoffwechselerkrankung leiden, können ihr Gewicht nachhaltig reduzieren.

Bodymed ist es gelungen, mit der DAK-Gesundheit einen bundesweiten Versorgungsvertrag Adipositas zu schließen.

Mehr Informationen unter: www.bodymed.com/dak

In der S3-Leitlinie zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ wird Bodymed ganz konkret für eine Gewichtsabnahme bei einem BMI zwischen 30,0 und 39,9 kg/m² (Adipositas Grad I und II) empfohlen.

Erfolgskriterien für ambulante Adipositasprogramme ¹	Studienergebnisse Bodymed Programm ^{2,3}
Es muss ein Gewichtsverlust ein Jahr nach Beginn ...	Erzielter Gewichtsverlust nach einem Jahr:
<ul style="list-style-type: none"> ■ ... bei 50 % der teilnehmenden Personen von mindestens 5 % und ■ ... bei 20 % der teilnehmenden Personen von mindestens 10 % erreicht werden. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ bei fast 80 % der teilnehmenden Personen von mindestens 5 % und ■ bei fast 50 % der teilnehmenden Personen von mindestens 10 %.

Leberfasten nach Dr. Worm® greift insbesondere bei nichtalkoholischer Fettlebererkrankung (NAFLD), nichtalkoholischer Fettleberhepatitis (NASH), Insulinresistenz, Typ-2-Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen.

Profitieren Sie als Diätassistent/in von Bodymed

Sie wissen was Ihre Patienten brauchen und Bodymed bietet Ihnen individuelle Lösungen zu verschiedenen Therapie-Schwerpunkten:

- Übergewicht und Adipositas
- Nichtalkoholische Fettlebererkrankung
- Typ-2-Diabetes mellitus
- Metabolisches Syndrom
- Mangelernährung
- Vitalstoffmangel

Wir freuen uns auf Sie in unserem Netzwerk von über 1.000 Partnern! Rufen Sie einfach an unter +49 6849 60020 oder senden Sie uns eine E-Mail an info@bodymed.com

Quellen:

¹ Hauner H. et al.: Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme. Eine gemeinsame Initiative der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin, Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin. Adipositas, 2000; 10: 5–8.

² Walle H. et al.: LEAN-Studie II: 1-Jahres-Ergebnisse eines ambulanten, ärztlich betreuten Ernährungs-konzepts. Adipositas, 2011; 5: 15–24.

³ Becker C. et al.: Ärztlich betreut, ambulant gegen Adipositas: Aktuell Ernährungsmed, 2014; 39: 256-269.