

Offener Brief: Ernährung im Krankenhaus – wichtig für Gesundheit und Umwelt

Verfasser*innen:

Dr. Kristin Hünninghaus (Universitätsmedizin Essen), Prof. Dr. Gustav Dobos (Universitätsmedizin Essen), Dr. Markus Keller (Forschungsinstitut für pflanzenbasierte Ernährung), PD Dr. Christian Kessler (Charité Universitätsmedizin Berlin), Prof. Dr. Claus Leitzmann (Justus-Liebig-Universität Giessen), Prof. Dr. Andreas Michalsen (Charité Universitätsmedizin Berlin), Prof. Dr. Johann Ockenga (Klinikum Bremen Mitte, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.), Niklas Oppenrieder (Physicians Association for Nutrition), Dr. Lisa Pörtner (Potsdam Institut für Klimafolgenforschung, Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit), Dr. Nicole Schweitzer (Charité Universitätsmedizin Berlin), Prof. Dr. Georg Seiffert (Charité Universitätsmedizin Berlin), Dr. Peter von Philipsborn (Ludwig-Maximilians-Universität München), Bernd Quoß (Krankenhaus Waldfriede Berlin)

Sehr geehrter Herr Minister Prof. Lauterbach,

Sehr geehrter Herr Minister Özdemir,

heute wenden wir uns mit einem wichtigen Thema an Sie welches Ihre Ressorts betrifft: das Essen für Patient*innen und Personal in den deutschen Krankenhäusern.

Kurz zusammengefasst:

- Krankenhäuser sollten in jederlei Hinsicht eine **gesundheitsförderliche Vorbildfunktion** einnehmen. **Gesunde Ernährung** ist ein **zentrales Element für die Prävention und Therapie** zahlreicher hochprävalenter und kostenintensiver chronischer Erkrankungen.
- Die aktuelle deutsche Krankenhausernährung ist in der Regel nicht gesundheitsfördernd und nachteilig für Menschen, Tiere und Umwelt.
 - Sie steht damit im Widerspruch zum Präventions- und Heilungsauftrag der Krankenhäuser.
 - Sie ist entscheidend mitverantwortlich für die negative Umweltbilanz deutscher Krankenhäuser.
- Die Ernährung in Krankenhäusern zählt in Deutschland zu den sogenannten „Nicht-Medizinischen Leistungen“ im DRG-System. Ihre Finanzierung konkurriert mit insgesamt 12 weiteren so klassifizierten Leistungen.
 - Für die Ernährung in Krankenhäusern steht aus gesundheitlicher und ökologischer Sicht ein zu geringes Budget zur Verfügung.

Es besteht großer Handlungsbedarf! - Daher fordern wir:

- **Gesundheitsförderliche Ernährung in Krankenhäusern** muss ein **wichtiges Thema der neuen nationalen Ernährungsstrategie** sein.
- Die Speisenversorgung in Krankenhäusern sollte sichtbare Beiträge zu Gesundheitsförderung, Prävention und Therapie sowie zum Klima- und Umweltschutz leisten.
- **Verpflichtende Standards** für eine vollwertige, pflanzenbetonte und nachhaltige Ernährung **in Krankenhäusern** müssen etabliert werden.
- Die **Finanzierung der Ernährung im Krankenhaus im DRG-System** bedarf einer grundsätzlichen **inhaltlichen und budgetären Verbesserung**.
- Der Stellenwert der Ernährungsmedizin muss im deutschen Gesundheitssystem gestärkt werden. Hierfür sollten sogenannte Ernährungsteams in jedem Krankenhaus etabliert werden.

Der Hintergrund:

Aufgrund ihres Genesungs- und Präventionsauftrags sollte jedes Krankenhaus in Deutschland den Anspruch haben, eine Vorbildfunktion im Bereich gesundheitsförderlicher Ernährung einzunehmen. Parallel hierzu ist es laut § 1 der ärztlichen Berufsverordnung die Aufgabe der deutschen Ärzteschaft, „an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken“. Eine gesunde und ökologisch nachhaltige Ernährung spielt in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle.

Die aktuelle Verpflegung in unseren Krankenhäusern steht in einem deutlichen Widerspruch zu diesen gesellschaftlichen und gesetzlichen Aufträgen. Ein Großteil des in Kliniken ausgegebenen Essens ist sowohl nachteilig für die individuelle Gesundheit von Patient*innen und Personal, als auch für die planetare Gesundheit¹.

Aus unserer Sicht ist dieses Thema von nationaler Tragweite und damit auch Aufgabe der Bundesregierung. Gesunde und nachhaltige Ernährung in Krankenhäusern in Deutschland muss deutlich an Stellenwert gewinnen, um sichtbare Beiträge zur medizinischen Behandlung und zu Klima- und Umweltschutz zu leisten.

Die aktuellen durchschnittlichen Ausgaben für die Krankenhausverpflegung pro Patient*in pro Tag liegen bei 5,14€ [1]. Mit diesem Betrag müssen drei Hauptmahlzeiten (Frühstück, Mittag- und Abendessen) sowie Zwischenmahlzeiten finanziert werden und dabei auch auf die besonderen Bedürfnisse der Patient*innen geachtet werden. Dieser viel zu niedrige Betrag lässt keinerlei finanziellen Spielraum für die notwendige Erhöhung der Qualität von Speisen. Der Hauptgrund für diesen Notstand ist die Eingliederung der Ernährung in Krankenhäusern in das DRG-System. Ernährung fällt unter die sogenannten „Nicht-medizinischen Leistungen“ und steht daher in Konkurrenz mit 12 weiteren so klassifizierten Leistungen (u.a. mit Aus- und Fortbildung, EDV, Verwaltung, Wäscheversorgung, Controlling und Reinigung). Diese Eingliederung in das Abrechnungssystem ist auch aus wissenschaftlich-medizinischer und humanitärer Sicht falsch. Durch die steigenden Personal- und Lebensmittelkosten sinkt der Wert des verfügbaren Betrags für die Ernährung kontinuierlich, sodass vor allem die Qualität der Ernährung in Krankenhäusern leidet. Das Angebot einer gesundheitsförderlichen Ernährung ist keine nicht-medizinische Leistung, sondern im Gegenteil essentieller Teil einer evidenzbasierten medizinischen Behandlung. Ernährung ist Medizin.

Hier besteht dringender Handlungsbedarf: Es muss ein adäquates Budget für eine vollwertige pflanzenbetonte und klimafreundliche Ernährung ermittelt und implementiert werden. Hierfür muss im DRG-System eine entsprechend sichtbare und adäquate Vergütung etabliert werden. Beispielhaft könnte die DRG um eine 9. Kostenart oder 14. Kostengruppe erweitert und um einen zu definierenden Betrag erhöht werden. Sehr gerne stehen wir Ihnen zur konkreten Ausarbeitung jederzeit beratend zur Verfügung.

Die oben aufgeführte Problematik gewinnt vor dem Hintergrund der schnell voranschreitenden Klimakrise, der Überschreitung weiterer planetarer Grenzen und aktuell auch des Ukraine-Kriegs dramatisch an Dringlichkeit. Krankenhäuser sind für einen enormen Ressourcenverbrauch verantwortlich und haben eine entsprechend große Klimawirkung. Das deutsche Gesundheitssystem ist für ca. 5,2 % der nationalen Treibhausgas-Emissionen verantwortlich [2]. Gleichzeitig hat das

¹ Das Konzept der „Planetaren Gesundheit“ beschreibt die Wechselwirkungen zwischen Umweltveränderungen und menschlicher Gesundheit. So haben beispielsweise Klimakrise, Artensterben und Verschmutzung von Luft und Wasser massive negative Auswirkungen auf die Gesundheit heutiger und zukünftiger Generationen.

deutsche Gesundheitssystem den Anspruch bis 2030 klimaneutral zu werden (siehe Beschluss des 125. Ärztetags). Die Verpflegung ist für ca. 17 % der Klimawirkung eines Krankenhauses verantwortlich [3] - eine effektive Transformation der Speisenversorgung in Krankenhäusern ist daher essenziell für das Erreichen der Klimaziele des Gesundheitssektors. Hierfür müssen gesunde Lebensmittel wie frisches Gemüse und Obst, Vollkornprodukte, Hülsenfrüchte, Nüsse und Saaten gegenüber Fleisch- und Wurstwaren, insbesondere rotem und verarbeitetem Fleisch, gestärkt werden. Zudem sollte auch bei der Beschaffung der Lebensmittel auf Nachhaltigkeitsaspekte geachtet werden. So sollten Produkte bevorzugt werden, die ökologisch hergestellt wurden und sowohl saisonal als auch regional verfügbar sind. Bei tierischen Lebensmitteln sollten zudem in Hinblick auf das Tierwohl Mindeststandards eingehalten werden.

Viele weitere Gründe sprechen dafür, den Stellenwert von Ernährung in Krankenhäusern deutlich zu erhöhen. So kann die Krankenhausverpflegung einen sehr wertvollen Beitrag zur Verhältnis- und Verhaltensprävention leisten. Gerade hospitalisierte Patient*innen können aus der Krankheitskrise heraus etwas über gesunde Ernährung lernen und diese langfristig als Teil der Selbstfürsorge in ihrem Alltag etablieren. So könnte vielen chronischen ernährungs(mit)bedingten Erkrankungen vorgebeugt werden und dadurch ein Beitrag zur Entlastung unseres Gesundheitssystems geleistet werden.

Aufgrund des demographischen Wandels unserer Gesellschaft gibt es eine zunehmende Anzahl chronisch erkrankter und multimorbider Menschen. Ein Großteil dieser oft hochprävalenten Erkrankungen sind wiederum ernährungs(mit)bedingt, wie z.B. Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Fettstoffwechselstörungen, Hypertonie und andere kardiovaskuläre Erkrankungen sowie einige Krebserkrankungen.

Viele Erkrankungen führen wiederum in fortgeschrittenen Krankheitsstadien häufig zu einer Mangelernährung. Von rund 20 Millionen Menschen, die jährlich in ein deutsches Krankenhaus eingeliefert werden, ist mindestens jeder Vierte (bei onkologischen und geriatrischen Patient*innen werden weitaus höhere Zahlen beschrieben) bereits bei der Aufnahme hiervon betroffen. Dadurch haben diese Patient*innen eine schlechtere Prognose als normal ernährte Patient*innen, u.a. durch eine erhöhte Infektanfälligkeit, Sturzneigung und Wundheilungsstörungen. Dies führt wiederum zu längeren durchschnittlichen Krankenhausaufenthalten und deutlich höheren Kosten [4-6]. Die Mangelernährung ist eine weitere ernährungsmedizinische und hochprävalente Erkrankung, der im deutschen Gesundheitswesen viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Vor diesem Hintergrund sollten in jedem Krankenhaus professionell ausgebildete Ernährungsteams etabliert werden und verpflichtende Screenings auf Mangelernährung bereits bei Aufnahme erfolgen. Bei Bedarf könnten so individualisierte ernährungsmedizinische Behandlungen auf der Basis der besten verfügbaren Evidenz eingeleitet werden.

Wir begrüßen ausdrücklich, dass die Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung für Kliniken von 2020 [7] die ökologischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Aspekte der Verpflegung in Gemeinschaftseinrichtungen umfassender als bislang berücksichtigen und bereits eine zunehmende Annäherung an die Empfehlungen der EAT-Lancet-Kommission, der sog. *Planetary Health Diet*, abbilden [7]. Die Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung für Kliniken sollten so zügig wie möglich (z. B. mit einer Frist von maximal 3 Jahren) verpflichtend in allen Krankenhäusern in Deutschland eingeführt werden. Dabei sollten zudem die Voraussetzungen für eine DGE-Zertifizierung deutlich verschärft und den genauen Vorgaben der Qualitätsstandards für Kliniken angepasst werden.

Parallel zu der verpflichtenden Einführung sollten die Standards gemäß der neuesten Evidenz und mit Blick auf die planetaren Grenzen stetig weiterentwickelt werden.

Bei gleichzeitiger Bemühung um die Reduzierung von Lebensmittelabfällen in Krankenhäusern und einem zieladaptierten Finanzrahmen für die Speisenversorgung kann eine zukunftsweisende, multiprofessionelle und sektorenübergreifende nachhaltige Transformation der Ernährung in Krankenhäusern gelingen. Diese Transformation würde wegweisende Beiträge für die planetare Gesundheit leisten. Zusätzlich wäre diese Entwicklung ein wesentlicher und effektiver Beitrag zur Verhältnisprävention in Deutschland und hätte Vorbildfunktion für die Menschen in Deutschland und darüber hinaus.

Wir bitten Sie daher nachdrücklich, dieses gesellschaftlich hochrelevante Thema ressortübergreifend in die nationale Ernährungsstrategie aufzunehmen.

Gerne stehen wir Ihnen jederzeit für persönliche Hintergrundgespräche bzw. weiterführende Informationen zur Verfügung.

Hochachtungsvoll

Dr. med. Kristin Hünninghaus (Universitätsmedizin Essen)

PD Dr. med. Christian Keßler, M.A. (Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie)

Prof. Dr. med. Gustav Dobos (Universitätsmedizin Essen)

Dr. med. Lisa Pörtner (Charité – Universitätsmedizin Berlin, Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung (PIK))

Niklas Oppenrieder (Physicians Association for Nutrition (PAN e.V.))

Prof. Dr. med. Johann Ockenga (Klinikum Bremen Mitte)

Prof. Dr. med. Georg Seifert (Charité – Universitätsmedizin Berlin
Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Onkologie und Hämatologie)

Prof. Dr. med. Andreas Michalsen (Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie)

Dr. Markus Keller (Forschungsinstitut für pflanzenbasierte Ernährung)

Prof. Dr. Claus Leitzmann (Justus-Liebig-Universität Giessen)

Dr. Nicole Schweitzer (Charité – Universitätsmedizin Berlin)

Dr. Peter von Philipsborn (Ludwig-Maximilians-Universität München)

Bernd Quoß (Krankenhaus Waldfriede Berlin)

Prof. Dr. med. Jost Langhorst (Sozialstiftung Bamberg
Klinikum Bamberg, Klinik für Integrative Medizin und Naturheilkunde)

Dr. med. Martin Herrmann (Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit KLUG e.V.)

Prof. Dr. Dr. med. Sabine Gabrysch (Charité – Universitätsmedizin Berlin, Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung (PIK))

Prof. Dr. Dr. Anja Bosy-Westphal (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
DGEM e.V.)

Prof. Dr. med. Gerd Bönner (Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V.)

Prof. Dr. Martin Smollich (Institut für Ernährungsmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein)

Dipl.Oec.troph. Monika Bischoff (Berufsverband Ökotrophologie e.V. (VDOE))

Prof. Dr. Eva Rehfuss (Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung, Ludwig Maximilians-Universität München und Pettenkofer School of Public Health München)

Prof. Dr. Benno Brinkhaus (Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie)

Prof. Dr. Claudia Witt (Charité – Universitätsmedizin Berlin

Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie)

Prof. Dr. Stefanie Joos (Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung)

Prof. Dr. Tobias Esch (Universität Witten-Herdecke)

PD Dr. Holger Cramer (Universität Essen-Duisburg)

Prof. Dr. Hans Hauner (Technische Universität Münster
Direktor des Else Kröner-Fresenius-Zentrums für Ernährungsmedizin)

Prof. Dr. Hartmut Schmidt (Universitätsmedizin Essen)

Prof. Dr. Christian Löser (Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel)

Prof. Dr. Jochen A. Werner (Ärztlicher Direktor, Universitätsmedizin Essen)

Prof. Dr. Eckart von Hirschhausen (Stiftung Gesunde Menschen – Gesunde Erde gGmbH)

Quellen:

[1] Deutschen Krankenhausinstitut, 5. Care Studie, 2019

[2] Bericht „Health care climate footprint report“, Health Care Without Harm (HCWH), ARUP, 2019

[3] Regula Lisa Keller et al., From bandages to buildings: Identifying the environmental hotspots of hospitals, *Journal of Cleaner Production*, Volume 319, 2021, 128479, ISSN 0959-6526, <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2021.128479>.

[4] Christian Löser, Unter- und Mangelernährung im Krankenhaus, Klinische Folgen, moderne Therapiestrategien, Budgetrelevanz, *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107(51-52): 911-7; DOI: 10.3238/arztebl.2010.0911

[5] Beirer, A. Malnutrition and cancer, diagnosis and treatment. *memo* 14, 168–173 (2021).

<https://doi.org/10.1007/s12254-020-00672-3>

[6] Hinke M. et al., Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients, *The American Journal of Clinical Nutrition*, Volume 82, Issue 5, November 2005, Pages 1082–1089, <https://doi.org/10.1093/ajcn/82.5.1082>

[7] DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG E.V. . 2020. *DGE - Qualitätsstandard für die Verpflegung in Kliniken* [Online]. Available: https://www.station-ernaehrung.de/fileadmin/user_upload/medien/DGE-QST/DGE-Qualitaetsstandard_Kliniken.pdf [Accessed 25.04.2022].

[8] Willett W. et al., Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *Lancet*. 2019 Feb 2;393(10170):447-492. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31788-4. Epub 2019 Jan 16. Erratum in: *Lancet*. 2019 Feb 9;393(10171):530. Erratum in: *Lancet*. 2019 Jun 29;393(10191):2590. Erratum in: *Lancet*. 2020 Feb 1;395(10221):338. Erratum in: *Lancet*. 2020 Oct 3;396(10256):e56. PMID: 30660336.



Universitätsmedizin Essen
Universitätsklinikum



DAEM
Deutsche Akademie für
Ernährungsmedizin e.V.



DGEM
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
ERNÄHRUNGSMEDIZIN E.V.



**Gesunde
Erde
Gesunde
Menschen**



KLUG

Deutsche Allianz
Klimawandel und Gesundheit



PAN Physicians
Association
for Nutrition