

Ernährungsmedizin im Krankenhaus stärken

Vorschläge für eine Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität

Hintergrund

Mangelernährung wird in einer übergewichtigen Gesellschaft oft unterschätzt, ist jedoch ein häufiges Phänomen bei chronischen oder gravierenden Erkrankungen. Sie findet sich bei etwa 20-30 % aller Menschen, die stationär behandelt werden müssen¹. Die Sarkopenie, eine Abnahme der Muskelmasse, ist zudem eine häufige Manifestation der Mangelernährung, die auch bei adipösen PatientInnen vorkommt.

Da ältere Menschen ein besonders hohes Risiko für die Entwicklung einer Mangelernährung haben, ist durch den demografischen Wandel von einer zunehmenden Prävalenz auszugehen. Betroffen sind aber auch bereits Säuglinge, Kinder und Jugendliche.

Mangelernährung verschlechtert die Prognose hinsichtlich vermehrter Behandlungskomplikationen, schlechterer Lebensqualität, Verlust von Selbständigkeit und erhöhter Sterblichkeit¹. Bei pädiatrischen PatientInnen ist zusätzlich von langfristigen negativen Auswirkungen auf Wachstum, Entwicklung und Gesundheit auszugehen². Für palliative PatientInnen ist eine engmaschige ernährungstherapeutische Begleitung ein wesentlicher supportiver Beitrag zur Verringerung der Symptomlast.

Mangelernährung ist ein von der Krankheitsschwere unabhängiger Risikofaktor für einen ungünstigen Krankheitsverlauf und erhöht die Behandlungskosten in allen Altersgruppen signifikant. Die Folgekosten von Mangelernährung werden auf mehrere Milliarden Euro pro Jahr allein in Deutschland geschätzt³. Diese Zusammenhänge wurden eindrucksvoll während der COVID-19 Pandemie bestätigt⁴.

Aktuelle Studien von hoher Qualität zeigen, dass eine Ernährungstherapie die klinische Prognose einschließlich der Sterblichkeit verbessern kann und dabei kosteneffektiv ist^{5,6}. Im Vergleich zu anderen medizinischen Maßnahmen sind ernährungstherapeutische Interventionen verhältnismäßig kostengünstig. Trotzdem wird eine Ernährungstherapie derzeit nicht kostendeckend im DRG-System vergütet. Ein systematisches Screening auf Mangelernährung ist bereits mit wenig Aufwand zu realisieren. Aufgrund mangelnder personeller Ressourcen und insbesondere auch aufgrund einer fehlenden Vergütung erfolgt dies derzeit nicht flächendeckend und nur in ungenügendem Ausmaß. Dadurch werden viele PatientInnen mit Mangelernährung nicht erkannt und entsprechend auch nicht behandelt. Ebenso fehlt es an strukturell verankerter Ernährungskompetenz in deutschen Kliniken.

Verbesserung der Ernährungsversorgung von KlinikpatientInnen

Bereits 2003 hat der Europarat eine Resolution zur Verbesserung der Ernährungsversorgung in Krankenhäusern verabschiedet, die einen detaillierten Katalog an Maßnahmen umfasst⁷. Die Umsetzung dieser Resolution und auch der korrespondierenden



Empfehlungen medizinischer Fachgesellschaften (z.B. im aktuellen Positionspapier der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin⁸) ist bislang nur bruchstückhaft erfolgt.

Im September 2022 unterzeichneten 75 internationale Fachgesellschaften und Organisationen einschließlich der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) „The International Declaration on the Human Right to Nutritional Care“ („Vienna Declaration“), die ähnliche Forderungen erhebt⁹.

Die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ verweist in ihrer 3. Stellungnahme vom 06.12.22 auf Mindeststrukturvoraussetzungen, die zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung in den drei definierten Versorgungsstufen realisiert werden sollen.

Die unterzeichnenden Fachgesellschaften begrüßen dieses Vorhaben ausdrücklich und fordern gleichzeitig, die vom Europarat und in der Vienna Declaration formulierten Forderungen für eine verbesserte ernährungsmedizinische Versorgung von KlinikpatientInnen umzusetzen. Konkret geht es um folgende Maßnahmen:

- Routinemäßiges Screening auf Mangelernährung aller kurativen und palliativen PatientInnen bei der Aufnahme in die Klinik mit einem einfachen und validierten Instrument.
- Ernährungsassessment bei PatientInnen mit Mangelernährungsrisiko, Erstellung eines Therapieplanes inklusive Anpassung an den klinischen Verlauf, Evidenz-basierte Ernährungstherapie und Überwachung der Maßnahmen.
- Einrichtung von interprofessionellen Ernährungsteams unter Leitung eines/r Facharztes/ärztin mit curriculärer Fortbildung oder Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin in allen Kliniken der Versorgungsstufen II und III.
- Sicherstellung der Ernährungskompetenz mit ausreichender personeller und finanzieller Ausstattung auf allen Ebenen im Krankenhaus.

Die Neustrukturierung des deutschen Krankenhaussystems bietet die einmalige Chance, die derzeit unzureichende Ernährungsversorgung der besonders vulnerablen PatientInnengruppen zu verbessern.

Wir fordern ein systematisches Screening auf Mangelernährung und eine im Qualitätsmanagement verankerte Ernährungskompetenz als Teil der Mindeststrukturvoraussetzungen in allen drei Versorgungsstufen. Zugleich muss dieses Präventions- und Therapiekonzept vom DRG-System abgebildet und entsprechend vergütet werden.



Referenzen:

1. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. Clin Nutrition 2008; 27: 5-15.
2. Jochum F, Nomayo A, Petersen H, Otten L. Krankheitsassoziierte Unterernährung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Signifikantes Problem der Unter- oder Mangelernährung. Monatsschr Kinderheilkd 2022; Ausgabe 2, 1-7.
3. Frejer K, Tan SS, Koopmanschap MA et al. The economic costs of disease related malnutrition. Clin Nutrition 2013; 32: 136-141.
4. Barazzoni R, Breda J, Cuerda C et al. COVID-19: Lessons on malnutrition, nutritional care and public health from the ESPEN-WHO Europe call for papers. Clin Nutrition 2022; 41: 2858-2868.
5. Schutz P, Fehr R, Baechli V et al. Individualized nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. The Lancet 2019; 393 (10188): 2312-2321.
6. Schutz P Sulo S, Walzer S et al. Economic evaluation of individualized nutritional support in medical inpatients: secondary analysis of the EFFORT trial. Clin Nutrition 2020; 39: 3361-3368
7. Europarat: Resolution ResAp (2003)3 über die Verpflegung und Ernährungsversorgung in Krankenhäusern.
8. Weimann A, Hartl WH, Adolph M et al. Erfassung und apparatives Monitoring des Ernährungsstatus von Patient*innen auf der Intensiv- und Intermediate Care Station. Med Klin Intensivmed Notfmed 2022; 117 (Suppl 2): S37-S50
9. Cardenas MI, Hardy G, Barazzoni R. The International Declaration on the Human Right to Nutritional Care, "Vienna Declaration", September 2022. https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Vienna%20Declaration%20%20FINAL%205_2022.pdf

Unterstützende Fachgesellschaften:

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM)
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e. V. (DGHO)
Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e. V. (GPGE)
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG)
Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e. V. (DGVS)
Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin e. V. (DGNI)
Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG)
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI)
Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE)
Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU)
Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG)
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V. (DGRh)
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK)
Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e. V. (DGfN)
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP)
Deutsche Dermatologische Gesellschaft e. V. (DDG)
Deutsche Gesellschaft für Senologie e. V. (DGS)
Deutsche Gesellschaft für Parkinson und Bewegungsstörungen e. V. (DPG)
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)
Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft e. V. (DSG)
Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. (DGA)
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) e.V.

Veröffentlichung: 17.04.2023 | infostelle@dgem.de

Gesellschaft ergänzt 12.05.23