

# NEWSLETTER - September 2006

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.



Liebe Leserinnen und Leser,

in der monatlichen Information der DGEM e.V. geht es im September 2006 um folgende Themen:

- + **Gedeihstörungen bei Kindern: Stufenmodell Ernährungstherapie kann helfen**  
Regelmäßige Kontrolle von Gewicht und Größe ab Geburt wichtig
- + **Gesamtdaten Netzwerkstudie „Mangelernährung“ erschienen**  
Deutsche Zusammenfassung auf DGEM e.V. Homepage zu finden
- + **4. Gesundheitspflege-Kongress – Mangelernährung ein wichtiges Thema**  
27. und 28. Oktober 2006 in Hamburg
- + **Dt. Zusammenfassung Leitlinie enterale Ernährung erschienen**  
„Aktuelle Ernährungsmedizin“ 8/2006 – praxisorientierter Ausschnitt
- + **Anwendung Regelsteuersatz auf enterale Ernährung**  
Krankenkassen müssen 16 Prozent Mehrwertsteuer zahlen
- + **DGEM e.V. auf der Medica in Düsseldorf vertreten**  
Seminar „Untergewicht bei meinem Patienten: Was tun?“

Herausgeber:  
DGEM e.V.  
Präsident Prof. Dr.  
Georg Kreymann  
Olivaer Platz 7  
10707 Berlin  
infostelle@dgem.de  
Tel. 030/88 91-2852  
Fax 030/88 91-2839  
www.dgem.de  
© 2006 DGEM e.V.

---

## Gedeihstörungen bei Kindern: Stufenmodell Ernährungstherapie kann helfen

Regelmäßige Kontrolle von Gewicht und Größe ab der Geburt wichtig

Wenn ein Kind nicht im normalen Maße an Gewicht und Größe zunimmt, besteht eine so genannte Gedeihstörung. Eine solche Gedeihstörung kann nicht nur das Wachstum und die später erreichte Endgröße beeinträchtigen, sondern auch die Entwicklung der Organe und ihrer Funktionen stören und damit zu schwerwiegenden Schäden der langfristigen Gesundheit und Leistungsfähigkeit führen. Die Ursachen für kindliche Gedeihstörungen sind vielfältig. Zum Beispiel kann ein Kind einfach zu wenig oder falsch zusammengesetzte Nahrung zu sich nehmen (sog. Fehl- oder Mangelernährung) oder die Resorption und Verwertung der aufgenommenen Nahrung kann gestört sein. Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastrointestinaltrakt), wiederkehrendes Erbrechen, Herz- oder Lungenerkrankungen und viele andere Ursachen können eine Gedeihstörung verursachen. Besonders gefährdet sind Kinder mit Ess- und Schluckstörungen, wie sie auch bei kindlichen Behinderungen auftreten.

### Kontrolle von Geburt an wichtig

„Von der Geburt an und im gesamten Kindesalter ist es wichtig, regelmäßig Größe, Gewicht und Ernährungszustand zu überwachen und den Verlauf in einer Wachstumskurve für das einzelne Kind zu verfolgen, so wie es bei den Kinder-Vorsorgeuntersuchungen erfolgt,“ sagt Prof. Dr. Berthold Koletzko,

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM e.V.). Nur dann könne eine mögliche Gedeihstörung früh erkannt und ihr rechtzeitig begegnet werden. Während für Erwachsene der Body Mass Index (BMI) als Standard für die Einschätzung des Körpergewichtes gilt, zählt bei Kindern und Jugendlichen das Längen-Soll-Gewicht (LSG). Das LSG entspricht dem tatsächlichen Gewicht des Kindes im Verhältnis zum mittleren Normalgewicht für die Körpergröße, ausgedrückt in Prozent. Liegt das LSG zwischen 90 und 100 Prozent der Norm für die Größe, so ist das Kind normalgewichtig. Wenn dagegen das LSG unter 90 Prozent liegt, besteht Untergewicht, bei weniger als 85 Prozent eine leichte, bei weniger als 80 Prozent eine mäßige Mangelernährung. Eine schwere Mangelernährung liegt bei weniger als 75 Prozent vor.

Eine ernsthafte Gedeihstörung zeigt sich durch ein zu niedriges Gewicht (LSG) oder durch eine zu geringe Gewichtszunahme. Bei schwerem Verlauf bildet sich das Unterhautfettgewebe zurück, und die betroffenen Kinder werden matt und kraftlos. Bei Kindern mit Gedeihstörung ist eine sorgfältige kinderärztliche Untersuchung notwendig, um zugrundeliegende Ursachen aufzudecken und diese effektiv zu behandeln. Meist ist eine gezielte, stufenförmige Ernährungstherapie notwendig. Für viele Kinder wird effektive Hilfe durch eine gezielte Ernährungsberatung auf der Grundlage eines detailliert geführten Ernährungsprotokolls möglich.

### **Stufenmodell Ernährungstherapie**

In dem über mehrere Tage geführten Nahrungsprotokoll werden die Ernährungsgewohnheiten erfasst und die Zufuhr der einzelnen Nährstoffe analysiert. Auf dieser Grundlage kann eine gezielte Steigerung der Energie- und Nährstoffzufuhr mit häuslichen Mitteln erreicht werden, z.B. mit zusätzlichen energiereichen Snacks und Milchshakes oder der Zugabe von Stärkeprodukten und Fetten zu den häuslich zubereiteten Speisen. Als nächste Stufe kann trinkbare Supplementnahrung gegeben werden. Die Zusammensetzung ist für die unterschiedlichen Alterstufen angepasst und sie werden mit kindgerechtem Geschmack angeboten. Einige Kinder, die eine ausreichende Zufuhr nicht durch Essen und Trinken selbst zuführen können, benötigen eine Ernährung über eine Magensonde des Nachts oder auch tagsüber. Bei langfristig notwendiger Sondenernährung wird in aller Regel ein Magenschlauch durch die Bauchhaut über eine so genannte Perkutane Endoskopische Gastrostomie (PEG) verabreicht, welche die Kinder weniger belastet und mit der sie sogar schwimmen gehen können. Die Sondennahrungen werden aus natürlichen Lebensmitteln (z.B. Milchbestandteilen) hergestellt, wie die normale Nahrung im Verdauungstrakt ganz oder teilweise abgebaut und vom Dünndarm in den Blutkreislauf aufgenommen. Eine enterale Ernährung mit Trink- oder Sondennahrung kann immer dann eingesetzt werden, wenn der Magen-Darm-Trakt funktionstüchtig ist.

Bei schweren Darmerkrankungen, heftigem Erbrechen oder schweren Stoffwechselerkrankungen und anderen Störungen kann eine kontinuierliche Sondenernährung oder eine intravenöse (parenterale) Ernährung verordnet werden. Hierbei werden die Nährstofflösungen direkt in die Venen verabreicht, es ist also keine Verdauungsleistung mehr notwendig. Parenterale Ernährung kann ergänzend zu einer vorhandenen, aber nicht ausreichenden Ernährung über den Magendarmtrakt oder als komplette parenterale Ernährung gegeben wer-



Deutsche  
Gesellschaft für  
Ernährungsmedizin e.V.

**NEWSLETTER**  
**September 2006**  
**Seite 3**

den. Die heute zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben es, kindliche Unterernährung effektiv zu behandeln und ihre schweren Langzeitfolgen zu verhüten.

Weitere Informationen:  
Prof. Dr. Berthold Koletzko  
Dr. von Haunersches Kinderspital München  
e-mail: [Berthold.Koletzko@med.uni-muenchen.de](mailto:Berthold.Koletzko@med.uni-muenchen.de)

---

### **Gesamtdaten Netzwerkstudie „Mangelernährung“ erschienen** Deutsche Zusammenfassung auf DGEM e.V. Homepage zu finden

Die Gesamtdaten der Netzwerkstudie „Mangelernährung in deutschen Krankenhäusern“ sind jetzt in der August-Ausgabe der Zeitschrift „Clinical Nutrition“ erschienen. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse auf deutsch finden Sie unter [www.dgem.de/material/pdfs/Abstr\\_Mangelern\\_Praev\\_deutsch.pdf](http://www.dgem.de/material/pdfs/Abstr_Mangelern_Praev_deutsch.pdf)

Die Wissenschaftler kamen zu dem Ergebnis, dass in deutschen Krankenhäusern jeder vierte Patient bereits bei der Einlieferung mangelernährt ist und dieses zu einem längeren Krankenhausaufenthalt führen kann. Höheres Alter, Krebs- und Mehrfacherkrankungen wurden als Hauptfaktoren für eine Mangelernährung ermittelt.

Über einen Zeitraum von fast vier Jahren (Januar 2000 bis November 2003) wurde bei 1.886 nacheinander aufgenommenen Patienten in 13 Krankenhäusern in ganz Deutschland und einem Zentrum in Wien der Ernährungszustand erhoben. Es wurden die Risikofaktoren für eine Mangelernährung und der Einfluss des Ernährungszustandes auf die Krankenhausverweildauer untersucht.

43 Prozent der Patienten über 70 Jahre waren mangelernährt, dazu litten im Vergleich nur 7,8 Prozent der Patienten unter 30 Jahren an Mangelernährung. Die meisten Fälle von Mangelernährung wurden in geriatrischen (56,2 %), onkologischen (37,6 %) und gastroenterologischen (32,6 %) Abteilungen beobachtet. Insgesamt mussten mangelernährte Patienten mit einer 43-prozentigen Verlängerung ihres Krankenhausaufenthaltes rechnen.

Die gesamte Studie finden Sie in: „Clinical Nutrition“, Volume 25, Issue 4, August 2006, p. 563 - 572, The German Hospital Malnutrition Study.

Weitere Informationen:

PD Dr. Matthias Pirlich, e-mail: [matthias.pirlich@charite.de](mailto:matthias.pirlich@charite.de)  
Dr. Tatjana Schütz, e-mail: [elke-tatjana.schuetz@charite.de](mailto:elke-tatjana.schuetz@charite.de)

Abdruck honorarfrei.  
Belegexemplar erbeten.

Wenn Sie den Newsletter digital abonnieren oder abbestellen wollen, senden Sie bitte eine Info an [dgem-news@dgem.de](mailto:dgem-news@dgem.de)



Deutsche  
Gesellschaft für  
Ernährungsmedizin e.V.

**NEWSLETTER**  
**September 2006**  
**Seite 4**

#### **4. Gesundheitspflege-Kongress – Mangelernährung ein wichtiges Thema**

27. und 28. Oktober 2006 in Hamburg

Beim 4. Gesundheitspflege-Kongress am 27. und 28. Oktober 2006 in Hamburg wird es unter anderem auch um die Mangelernährung in Krankenhäusern gehen. Themen sind zum Beispiel:

- Klinische Ernährung im Krankenhaus
- Das Risiko richtig einschätzen – BMI und klinische Scores zum Screening auf Mangelernährung
- Verdursten im Bett – Pflegemaßnahmen zur Vermeidung von Dehydratation
- Sachgerechter Umgang mit enteraler Ernährung

Nähere Informationen zum Kongress unter  
<http://www.heilberufe-kongresse.de/kap02/index.html>

---

#### **Dt. Zusammenfassung Leitlinie enterale Ernährung erschienen** „Aktuelle Ernährungsmedizin“ 8/2006 – praxisorientierter Ausschnitt

Eine Zusammenfassung der ESPEN-Leitlinien Enterale Ernährung liegt nun auch in deutscher Sprache vor. Sie ist in der August-Ausgabe 2006 von „Aktuelle Ernährungsmedizin“ erschienen. An der Erstellung der gesamten Leitlinien waren 13 Arbeitsgruppen mit insgesamt 88 Experten der klinischen Ernährung aus 20 Ländern beteiligt. Die Zusammenfassung stellt einen Ausschnitt aus den neuen ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition dar und soll die Anwendung der ESPEN-Leitlinien in der Praxis erleichtern, für Hintergründe und Grundlagen sei auf den englischen Text verwiesen.

Die Zusammenfassung gibt Informationen zu Intensivmedizin, Chirurgie einschließlich Organtransplantation, nichtchirurgischer Onkologie, Gastroenterologie, Pankreas, Lebererkrankungen, Nierenversagen beim Erwachsenen, Kardiologie und Pulmonologie, Wasting bei HIV und anderen chronischen Infektionskrankheiten sowie Geriatrie. Die ESPEN-Leitlinien enterale Ernährung reflektieren das aktuelle Wissen auf dem Gebiet der enteralen Ernährungstherapie und können als Informations- und Entscheidungshilfe dienen, wann enterale Ernährung indiziert ist und welche therapeutischen Ziele erreicht werden können.

Im Internet unter [www.dgem.de/material/pdfs/ESPEN\\_LL\\_deutsch.pdf](http://www.dgem.de/material/pdfs/ESPEN_LL_deutsch.pdf) und [www.espen.org](http://www.espen.org)

Abdruck honorarfrei.  
Belegexemplar erbeten.

Wenn Sie den Newsletter digital abonnieren oder abbestellen wollen, senden Sie bitte eine Info an  
[dgem-news@dgem.de](mailto:dgem-news@dgem.de)



Deutsche  
Gesellschaft für  
Ernährungsmedizin e.V.

#### NEWSLETTER

September 2006

Seite 5

## Anwendung des Regelsteuersatzes auf enterale Ernährung

Krankenkassen müssen 16 Prozent Mehrwertsteuer zahlen

Die Krankenkasse ist als Lieferempfänger zum Ausgleich der Mehrwertsteuer für enterale Ernährung verpflichtet. Darauf hat der Bundesverband Medizintechnologie, BVMed, in Berlin nach einem Urteil des Sozialgerichts Nürnberg hingewiesen. Weder der Lieferant noch die Krankenkasse als Endabnehmer haben eine Dispositionsmöglichkeit bezüglich des Umsatzsteuersatzes für die gelieferten Produkte. So lautet das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 07. Juli 2006 (AZ: S 11 KR 329/03).

In der Vergangenheit wurde enterale Ernährung mit dem ermäßigten Steuersatz belegt. Nach einer Entscheidung der Finanzbehörden sind die Lieferanten verpflichtet, den Regelsteuersatz in Rechnung zu stellen. Nach der Umstellung durch die Lieferanten war es in der Vergangenheit immer wieder zu Rechenungskürzungen bei den Lieferanten durch die Krankenkassen aufgrund der Anwendung des Regelsteuersatzes gekommen.

Die Lieferanten sind nunmehr angehalten, ihre offenen Forderungen vor Eintritt der Verjährung gegenüber den Krankenkassen geltend zu machen.

Quelle: BVMed vom 7. August 2006

---

## DGEM e.V. auf der Medica 2006 in Düsseldorf vertreten

Seminar „Untergewicht bei meinem Patienten: Was tun?“

Die DGEM e.V. ist auf der größten Medizinmesse Deutschlands, der Medica 2006 in Düsseldorf, vertreten. Zum Thema: „Praktische Ernährungsmedizin: Untergewicht bei meinem Patienten - Was tun?“ wird es am Mittwoch, den 15. November 2006 im Raum 7b, CCD Süd von 14.30 bis 17.30 Uhr mehrere Vorträge geben.

- Untergewicht: ist es wirklich ein Problem? – Prof. Dr. Peter Stehle, Bonn
- Einschätzung des Ernährungszustandes in der Praxis und differentialdiagnostische Überlegungen – PD Dr. Matthias Pirlich, Berlin
- Untergewicht bei Jugendlichen und Kindern – Prof. Dr. Berthold Kletzko, München
- Häusliche Ernährung mit Sondenkost: Prinzipien und praktische Durchführung – Prof. Dr. Stephan C. Bischoff, Hohenheim

Abdruck honorarfrei.  
Belegexemplar erbeten.

Weitere Informationen zur Medica unter [www.medica.de](http://www.medica.de)

Wenn Sie den Newsletter digital abonnieren oder abbestellen wollen, senden Sie bitte eine Info an [dgem-news@dgem.de](mailto:dgem-news@dgem.de)