

## NEWSLETTER 3 | September 2013

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.



- + **Trinknahrung in Klinik und bei ambulanter Versorgung von Erwachsenen – praktische Handlungsanweisung kann Verordnung, Einsatz und Patientenzufriedenheit verbessern**
- + **Verbesserung der Patientenversorgung – Hilfestellung konkret: Neue „DGEM Leitlinien Klinische Ernährung“ für acht Krankheitsbereiche**
- + **Mangelernährung wird in Klinik und Praxis nur bedingt behandelt – Warum richtige Codierung so wichtig ist.**
- + **Veranstaltungen**

Herausgeber:  
DGEM e.V.  
Olivaer Platz 7  
10707 Berlin  
infostelle@dgem.de  
Tel. 030/3198 31 5006  
Fax 030/3198 31 5008  
www.dgem.de  
©2013 DGEM e.V.

---

### **Trinknahrung in Klinik und bei ambulanter Versorgung von Erwachsenen – praktische Handlungsanweisung kann Verordnung, Einsatz und Patientenzufriedenheit verbessern**

Vom 31.8. bis 3.9.13 fand unter Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) in Leipzig der 35. Kongress der Europäischen Gesellschaft für Klinische Ernährung und Metabolismus (ESPEN) mit Prof. Dr. Arved Weimann, Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie, Klinikums St. Georg Leipzig, als Kongresspräsidenten statt. Dieser auf diesem Gebiet weltweit führende wissenschaftliche Kongress versammelte interdisziplinär und interprofessionell 2.500 Experten aus 80 Ländern zu neuesten Ergebnissen der auf krankheitsassoziierte Ernährungsprobleme, aber auch Adipositas fokussierenden Stoffwechselforschung und ihrer Anwendung im klinischen Alltag. „Einer der klinischen Schwerpunkte ist der Nutzen einer Trinknahrung vor allem auch in der ambulanten Versorgung von Erwachsenen“, sagt Prof. Arved Weimann. Hierzu hat die DGEM im Vorfeld der Neuauflage ihrer Leitlinien „Klinische Ernährung“ einen Algorithmus erstellt. Diese konkrete Handlungsanweisung legt bei ambulanten erwachsenen Patienten die Indikationen für eine Verordnung von Trinknahrungen fest, beschreibt die Verlaufskontrolle und definiert auch das Absetzen. Voraussetzung ist neben der medizinischen Indikation immer der persönliche Wunsch des Patienten. Bei fortgeschrittenen Erkrankungen sind auch ethische Aspekte zu berücksichtigen. Hintergrund für die Erstellung des Algorithmus war die Überarbeitung der Arzneimittelrichtlinie zur enteralen Ernährung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

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**  
**03/September 2013**  
**Seite 2**

und die damit aufkommende Diskussion, inwieweit Trinknahrungen im ambulanten Bereich durch die Kostenträger erstattungsfähig sind.

Erschwert werden Verordnung und Erstattung von Trinknahrungen im ambulanten Bereich besonders durch folgende Punkte:

1. Fehlen einer einheitlichen Diagnose, um bei krankheitsbedingter Mangelernährung Trinknahrungen im ambulanten Bereich zu verordnen.
2. Trinknahrungen werden rechtlich wie Medikamente behandelt, sind es pharmakologisch jedoch nicht. Sie fallen dennoch in das Arzneimittelbudget des verordnenden Arztes.
3. Die Zielpunkte für eine ambulante Ernährungstherapie sind konsensuell nicht festgelegt.

Das soll sich mit dem Algorithmus positiv verändern. Er muss nun im klinischen Einsatz evaluiert werden.

### **Screening noch keine Routine**

Bisher ist ein Patientenscreening auf Mangelernährung bei der Aufnahme in ein Krankenhaus, wie von der Ministerkonferenz der Europäischen Union seit 2007 gefordert, noch nicht klinische Routine geworden. Dies liegt daran, dass Defizite, die krankheitsassoziiert auch in einer primär überernährten Gesellschaft bestehen können, nicht realisiert werden. So werden viele Risikopatienten nicht erkannt, eine Ernährungstherapie nicht eingeleitet. Der Ernährungszustand kann dann auch nicht in die Analyse des Falls einschließlich eingetretener Komplikationen, gegebenenfalls verlängerter Krankenhausverweildauer und die resultierenden ökonomischen Implikationen eingehen. Diese potenzielle Rationalisierungsreserve ist im klinischen Alltag noch nicht genügend angekommen. So werden einseitig Risiken und Kosten einer künstlichen Ernährung diskutiert, ohne dagegen die Nichterkennung eines Ernährungsdefizits und damit das Unterlassen einer indizierten Ernährungstherapie medizinisch, ethisch und letztlich auch ökonomisch abzuwägen. Beim Kongress vorgestellte Ergebnisse des Klinikums St. Georg, das 2010 ein Screening für alle Patienten bei der Krankenhausaufnahme einführte, zeigen, dass der erhöhte Aufwand auch im DRG System refinanziert wird. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin hat unter ihrem der-

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  
Deutsche  
Gesellschaft für  
Ernährungsmedizin e.V.

**NEWSLETTER**  
**03/ September 2013**  
**Seite 3**

zeitigen Präsidenten Prof. Dr. Stephan C. Bischoff eine Aktualisierung ihrer S3-Leitlinien vorgenommen. Gerade abgeschlossen wurden die Leitlinien für die „Geriatric“ und „Neurologie“.

Kontakt:

Prof. Dr. med. Arved Weimann M.A.  
Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie  
Klinikum St. Georg gGmbH, Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig  
E-September: Arved.Weimann@sanktgeorg.de

---

### **Verbesserung der Patientenversorgung – Hilfestellung konkret: Neue „DGEM Leitlinien Klinische Ernährung“ für acht Krankheitsbereiche**

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) ist eine Fachgesellschaft, die multidisziplinär alle Berufsgruppen vereint, die sich mit Ernährungsmedizin befassen. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, die Verbreitung des Wissens auf dem Gebiet der Ernährungsmedizin unter anderem mit der Entwicklung klinischer Leitlinien zu fördern. Schwerpunkte der DGEM liegen in der wissenschaftlichen und praktischen Etablierung von Methoden sowohl zur Erfassung der Unter-/Mangelernährung als auch der künstlichen Ernährung. Die künstliche Ernährung umfasst die orale Supplementation mit Trinknahrung, die enterale Ernährung (Sondenernährung) als auch die parenterale Ernährung. Dazu erstellt die DGEM seit 2003 Leitlinien, die über die Website der Gesellschaft abrufbar sind ([www.dgem.de](http://www.dgem.de)).

Vor etwa zwei Jahren begann die DGEM, die bisherigen Leitlinien zu aktualisieren und komplett zu überarbeiten. Das Ziel war ein Update und eine Erweiterung mit gleichzeitiger Zusammenführung bereits bestehender Leitlinien der DGEM und der europäischen Dachgesellschaft ESPEN zu den Themen enterale und parenterale Ernährung zu einer einheitlichen Leitlinie „Klinische Ernährung“. „Das ist uns nun gelungen. Für insgesamt acht Krankheitsbereiche hat eine Überarbeitung der S3-Leitlinien stattgefunden: Chirurgie, Neurologie, Geriatric, Intensivmedizin, Gastroenterologie, Onkologie, Nephrologie und Pädiatrie“, sagt Prof. Dr. Stephan C. Bischoff, Präsident DGEM, anlässlich des großen europäischen Kongresses „ESPEN“, der vom 31.8 bis 3.9.2013 in Leipzig stattfand. Die bereits erschienenen Leitlinien sind in der Aktuellen Ernährungsmedizin (Thieme Verlag) und im

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**  
**03/ September 2013**  
**Seite 4**

Downloadbereich der [www.dgem.de](http://www.dgem.de) Seite zu finden. „Besonders wichtig bei der Überarbeitung der Leitlinien ist es gewesen, viele unterschiedliche Disziplinen und Gesellschaften unter ein Dach zu bringen“, sagt Prof. Bischoff. „Die neuen Leitlinien sind nach Krankheitsbildern, nicht mehr nach enteraler oder parenteraler Therapie, gegliedert.“

Die neuen Zielsetzungen wurden erstmals in der Leitlinie Geriatrie umgesetzt, die im Frühjahr 2013 unter Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) publiziert wurde. Sie umfasst 60 handlungsorientierte Empfehlungen für einen Bereich, der aufgrund der demographischen Entwicklung der Bevölkerung mehr und mehr Bedeutung erfährt.

In der Leitlinie Neurologie, die im Sommer 2013 erschien, sind 75 Empfehlungen aufgenommen, die unter anderem Schlaganfall und die damit verbundene besondere Ernährungssituation, aber auch Morbus Parkinson einschließlich sozialer Aspekte dieser Erkrankung, Multiple Sklerose sowie zahlreiche andere neurologische Erkrankungen hinsichtlich Ernährungstherapie behandelt. „Es ist die erste Leitlinie zur Klinischen Ernährung bei neurologischen Erkrankungen überhaupt, selbst unsere Dachgesellschaft ESPEN hat dazu noch keine Leitlinie“, sagt Prof. Bischoff. Noch in diesem Jahr werden die Leitlinien zur künstlichen Ernährung im ambulanten Bereich und in der Chirurgie publiziert werden.

Kontakt:

DGEM  
Präsident Prof. Dr. Stephan C. Bischoff  
Universität Hohenheim, 70593 Stuttgart, Germany  
[https://ernaehrungsmed.uni-hohenheim.de/  
bischoff.stephan@uni-hohenheim.de](https://ernaehrungsmed.uni-hohenheim.de/bischoff.stephan@uni-hohenheim.de)

---

### **Mangelernährung wird in Klinik und Praxis nur bedingt behandelt – Warum richtige Codierung so wichtig ist.**

Mangelernährung ist ein häufiges klinisches Problem. Bei etwa 20 bis 50 Prozent der Patienten - je nach Fachabteilung – liegt eine Mangelernährung vor. Sie hat oftmals einen relevanten Einfluss auf das klinische Outcome der ambulanten und stationären Patienten. Es gibt gute Evidenz (S3 Leitlinie der

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**  
**03/ September 2013**  
**Seite 5**

DGEM), dass ernährungsmedizinische Interventionen Erkrankungen (Morbidität) und Sterblichkeit (Mortalität) der mangelernährten Patienten reduzieren beziehungsweise verhindern können. Um eine adäquate Ernährungstherapie umsetzen zu können, bedarf es entsprechender Strukturen und Ressourcen. „Unter dem Eindruck eines gedeckelten Gesundheitsbudgets ist es unumgänglich, dass die vorhandenen Ressourcen gemäß ihrer medizinischen Notwendigkeit abgebildet und verteilt werden“, sagt Prof. Dr. Johann Ockenga, Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Wirtschaftliche Aspekte erhalten einen zunehmenden Einfluss auf Entscheidungsabläufe im Krankenhaus und auch in ambulanten Bereichen. Begriffe wie Priorisierung werden erstmals öffentlich diskutiert und aufgrund der demografischen Entwicklung auch in Zukunft einen großen Raum in der Diskussion um das Gesundheitswesen einnehmen. Erfahrungsgemäß sind es insbesondere die Personalkosten, die deutlich abgesenkt werden, was zu einer zunehmenden Arbeitsverdichtung und Verknappung von Personalressourcen führt. Ernährungsmedizinische Diagnosen und Prozeduren müssen im ambulanten und stationären Bereich in diesem System adäquat abgebildet sein, sonst werden diese wichtigen medizinischen Maßnahmen bald noch weniger oder gar nicht mehr in deutschen Krankenhäuser oder Arztpraxen erbracht. Das hat unmittelbare negative Effekten für die Patientenversorgung. Bereits auf der Herbsttagung der DGEM in Irsee vom 26. bis zum 27. Oktober 2013 wird es schwerpunktmäßig um die Themen Mangelernährung – Screening – Codierung – Verbesserung der Erlösseite gehen. Siehe auch Veranstaltungshinweise.

### **Das DRG-System**

Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen wurde für die deutschen Krankenhäuser gemäß Paragraf 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem eingeführt. Grundlage hierfür bildet das G-DRG-System (German-Diagnosis Related Groups-System), wodurch jeder stationäre Behandlungsfall mittels einer entsprechenden DRG-Fallpauschale vergütet wird. Hierfür werden von jedem Krankenhauspatienten bestimmte Kenndaten und Diagnosen erhoben, deren Kombination dann die Eingruppierung und damit die Höhe der Vergütung, auf der Basis einer jährlich überprüften Daten

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



und Kostenanalyse, festlegt.

Die Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des neuen Vergütungssystems haben die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen – die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung – der InEK GmbH (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) als deutsches DRG-Institut übertragen. Die Erstellung der Klassifikation ist Aufgabe des DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information). Die Selbstverwaltungspartner nach Paragraph 17b KHG haben für die erfolgreiche Weiterentwicklung des G-DRG-Klassifikationssystems und zur Förderung dessen Akzeptanz ein Vorschlagsverfahren eingerichtet, welches es den Fachgesellschaften erlaubt, in einen strukturierten Dialog zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes mit dem InEK zu treten ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)).

Deutsche  
Gesellschaft für  
Ernährungsmedizin e.V.

**NEWSLETTER**  
**03/ September 2013**  
**Seite 6**

### **Erstmals als medizinische Nebenbehandlung erfasst**

Die DGEM hat sich auch dieses Jahr – wie in den Jahren davor – an diesem Dialog beteiligt. Im Jahr 2012 konnte auf diesem Weg eine differenzierte Abbildung der künstlichen enteralen und parenteralen Ernährung während einer stationären Behandlung umgesetzt werden. Ab 2012 kann eine künstliche enterale und parenterale Ernährung auch dann als eigenständige Prozedur erfasst werden, wenn sie als medizinische Nebenbehandlung im stationären Umfeld erfolgt. Damit kann jetzt zum ersten Mal der Mehraufwand für eine künstliche enterale oder parenterale Ernährung als Teil einer multimodalen Therapie im stationären Umfeld außerhalb der Intensivstationen als kostenintensive Therapie differenziert abgebildet und in die Erlöskalkulation einbezogen werden.

Für 2013 wurden zum wiederholten Male Vorschläge zur weiteren Konkretisierung der Diagnose Mangelernährung im ICD-10-GM (German Modification) eingebracht. Hier besteht aufgrund der klinischen Relevanz weiterhin Nachbesserungsbedarf. Diese Initiativen wurden abgestimmt mit der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. sowie dem Bundesverband Geriatrie e.V., und zum

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**  
**03/ September 2013**  
**Seite 7**

Vorschlag Diagnose Mangelernährung zusätzlich mit der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankung (DGVS), der Sektion Metabolismus und Ernährung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP), der Deutsche Sepsisgesellschaft e. V., der Deutschen Sepsis-Hilfe e. V., der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsmedizin der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO).

### **Andere Länder machen mehr**

Die aktuellen modifizierten Vorschläge zur Kodierung der Mangelernährung beziehungsweise Ernährungsstörungen wurden vom DIMDI leider nicht übernommen. Hier gelten auch 2013 die in veralteten und nicht der klinischen Realität angepassten ICD-10-GM-Codes. Das ist aber nicht überall so! Erwähnenswert ist, dass mit der Einführung des Swiss DRG System im Frühjahr diesen Jahres in der Schweiz ein fast inhaltsgleicher Vorschlag (basierend auf DGEM Vorschlag) zur Erfassung der Mangelernährung im Gesundheitswesen implementiert wurde. Auch in anderen europäischen Ländern (z.B. Spanien) ist dieses zum Teil umgesetzt.

Basierend auf mehreren nationalen und internationalen Studien und Empfehlungen der europäischen und amerikanischen Fachgesellschaften umfasst der DGEM Vorschlag unter anderem, den ungewollten Gewichtsverlust – und nicht das absolute Körpergewicht - stärker als bisher als Kriterium der Mangelernährung zu etablieren. Zur Verdeutlichung wie unrealistisch die aktuelle Definition ist folgendes Beispiel: Um mit der aktuellen Definition die Kriterien für eine erhebliche Ernährungsstörung (g-ICD-10: E43) zu erfüllen, bedarf es für einen 50-jährigen Mann eines Bodymass Indexes von 15 kg/m<sup>2</sup>, welches bei einer Körpergröße von 175 cm, einem Gewicht von 45,9 Kilogramm entspricht! Es ist nachvollziehbar, dass dieses nicht die Realität abbildet.

Ernährungsmedizin ist in vielen Bereichen der Medizin ein integraler Bestandteil einer multimodalen Therapie. Es ist unverzichtbar entsprechende

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**  
**03/ September 2013**  
**Seite 8**

Strukturen für ernährungsmedizinische Leistungen vorzuhalten, damit die Aspekte dieses Querschnittsfaches adäquat berücksichtigt werden und zum Wohl der Patienten eingesetzt werden. Daher bedarf es unbedingt einer adäquaten Abbildung ernährungsmedizinischer Aspekte im G-DRG System, damit diese Leistungen auch finanzierbar sind.

Sowohl die DGEM als auch die ESPEN stellen sich dieser Problematik. Neben den bisherigen Aktivitäten wird die Abbildung der Mangelernährung im G-DRG System auf der DGEM Herbsttagung in Irsee vom 25. – 26.10.2013 ein Thema sein. Der Kontakt zum DIMDI wird in erneuten Gesprächen vertieft. Ferner ist die DGEM an der ‚ESPEN Initiative on Diagnostic Criteria for Undernutrition (EDU)‘ beteiligt, die zum einen eine Definition für die Mangelernährung erarbeitet, zum anderen teilnimmt an der Überarbeitung der WHO Klassifizierung von Erkrankungen (WHO-ICD-11), welche die Grundlage für eine weltweite Harmonisierung aller Krankheitsklassifizierungssysteme darstellt. Auch auf dem ESPEN Kongress war dieses Thema in mehreren Sitzungen präsent.

Kontakt:  
Prof. Dr. Johann Ockenga  
Klinikum Bremen Mitte  
Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Gastroenterologie,  
Endokrinologie und Ernährungsmedizin  
St. Juergen Straße 1  
28177 Bremen  
Tel.: +49 (0)421 497 5354  
[johann.ockenga@klinikum-bremen-mitte.de](mailto:johann.ockenga@klinikum-bremen-mitte.de)

---

## Veranstaltungen

### **27. Irseer Fortbildungsveranstaltung Perioperative und intensivmedizinische Ernährung**

25. bis 26. Oktober 2013 im Schwäbischen Tagungs- und Bildungszentrum Kloster Irsee

Die Themen sind unter anderem: Erfolgreiche Implementierung von Ernährungsmanagement in der Klinik, Abbildung im DRG-System, neueste Studien der letzten zwölf Monate, der kritisch Kranke und die Energiezufuhr.

Programm unter

<http://www.dgem.de/material/pdfs/Programm%20Irsee%202013.pdf>

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



**Vorschau: Ernährung 2014 – Ernährungsmedizin ist Partnerschaft  
26. bis 28. Juni 2014 Forum am Schlosspark, Ludwigsburg**

13. Dreiländertagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM), der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft Klinische Ernährung (AKE) und der Gesellschaft für Klinische Ernährung der Schweiz (GESKES).  
Jahrestagung 2014 des Verbandes der Oecotrophologen e.V. (VDOE) und  
15. Jahrestagung des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V. (BGEM)

Weitere Informationen unter <http://www.ernaehrung2014.de>

Deutsche  
Gesellschaft für  
Ernährungsmedizin e.V.

**NEWSLETTER**  
**03/September 2013**  
**Seite 9**

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