

Positionen des Bundesverband spezielle Lebensmittel e.V. (DIÄTVERBAND)

Stand: Juni 2024

Positionspapier zur Krankenhausreform

Mangelernährung wirksam bekämpfen – Ernährungsscreening in den Leistungsgruppen etablieren

Krankheitsbedingte Mangelernährung betrifft jährlich über drei Millionen Menschen in deutschen Krankenhäusern. Diese entsteht durch eine ungenügende Aufnahme von Kalorien und lebensnotwendigen Nährstoffen infolge einer schweren oder chronischen Erkrankung, bspw. eine onkologische oder neurologische Krankheit. Die Folgen für die Patient:innen, unter anderem in Form von Mobilitätsverlust und erhöhter Letalität, und das Gesundheitssystem, in Form von hohen Kosten aufgrund verlängerter Krankenhausaufenthalte, sind schwerwiegend. Im Zentrum steht daher die rechtzeitige Diagnose, denn nur so kann rechtzeitig eine leitliniengerechte Therapie begonnen werden. Um mangelhafte Ernährungszustände rechtzeitig zu diagnostizieren, gibt es einfache und wissenschaftlich validierte Methoden, sog. Ernährungsscreenings. Doch leider führen nur wenige Kliniken ein Ernährungsscreening durch.

Ernährungsscreenings können anhand eines einfachen (digitalen) Fragebogens mit wenigen Fragen innerhalb von nur ca. vier Minuten durchgeführt werden. Ein interventionsbedürftiger Ernährungszustand ist nicht notwendigerweise optisch erkennbar, daher nimmt das flächendeckende Ernährungsscreening eine entscheidende Rolle für die rechtzeitige Ernährungstherapie ein. Die Deutsche Gesellschaft für Erfahrungsmedizin (DGEM) stellt hierzu validierte Bögen zur Verfügung, zum Beispiel den NRS 2002.

Die von Bund und Ländern angestrebte Krankenhausreform hat zum Ziel, die Patient:innen stärker in den Fokus zu rücken und eine flächendeckend qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Noch werden ernährungsmedizinische Aspekte dabei nicht berücksichtigt. Um eine rechtzeitige Diagnose und Behandlung krankheitsbedingter Mangelernährung zu garantieren, sollte die systematische Erfassung des Ernährungszustandes bei der stationären Aufnahme zur **Mindeststrukturvorgabe in den Leistungsgruppen** werden.

Zur Erfüllung der Anforderungen einer leitliniengerechten Therapie sollte das Strukturkriterium „Ernährungsscreening“ in den Leistungsgruppen anhand von **validierten Screeningbögen** für alle Patient:innen bei der stationären Aufnahme ins Krankenhaus erfolgen.

Dies umfasst auch die Durchführung eines Ernährungsscreening alle sieben Tages während des Krankenhausaufenthalts, wenn der Ernährungszustand bei Aufnahme unauffällig war als auch die Aufnahme des Ernährungsstatus in die ePA und im Entlassbrief für eine sektorenübergreifende Weiterversorgung.

Bei Feststellung eines interventionsbedürftigen Ernährungszustandes, kann so eine rechtzeitige Ernährungstherapie gestartet werden.

Die Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe sollen den aktuellen Stand der medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patient:innen sicheren medizinischen Versorgung beitragen (§135e Abs. 1 SGB V). Als Teil der leitliniengerechten Therapie zur Behandlung von Mangelernährung wird diese Vorgabe von Ernährungsscreenings erfüllt.

Die Kosten für unentdeckte ernährungsbedingte Mangelzustände belaufen sich auf etwa vier Milliarden Euro jährlich und entstehen durch daraus resultierende längere Krankenhausaufenthalte und mehr pflegerischen und medizinischen Versorgungsbedarf. Demgegenüber stehen nur 55 Millionen Euro jährlich für die Implementierung eines Ernährungsscreenings und damit die Vermeidung weiterer Komplikationen im Krankheitsverlauf.

Allgemeine Positionen zum Ernährungsscreening

Gesetz zur Implementierung verpflichtender Ernährungsscreenings

Da die regelmäßige Erfassung von Mangelernährung in den vergangenen Jahren in Deutschland auch nach Initiativen des Europarats durch Aufklärung und Best-Practice-Beispiele nicht erreicht werden konnte, **bedarf es zum Wohl der Patienten und zur Entlastung des Gesundheitssystems eines Gesetzes für die Implementierung verpflichtender Ernährungsscreenings**. Das Gesetz behebt die systemischen Probleme und schafft die notwendigen Anreize für die Versorger, die Erfassung des Ernährungszustandes flächendeckend und verpflichtend in deutschen Krankenhäusern zu etablieren.

Durch eine Aufnahme beispielsweise in Art. 6 § 5 Präventionsgesetz (PrävG) werden Ernährungsscreenings als kassenübergreifende zentrale Präventionsleistung etabliert. Außerdem muss die Bekämpfung von Mangelernährung als Gesundheitsziel im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in Art. 1 § 20 (3) PrävG aufgeführt werden. Die Prävention von Mangelernährung ist dabei die frühzeitige Erkennung von betroffenen und gefährdeten Patienten.

Ein weiteres Beispiel wäre der §39 SGB V, in dem die qualifizierte Einschätzung des Ernährungsstatus in die Grundsätze der Krankenhausbehandlung sinnvoll ergänzt werden könnte. Die Ergänzung in Satz 6 in § 39 Abs. 1 SGB V ermöglicht, dass das Ernährungsscreening als fester Bestandteil der Krankenhausbehandlung gilt.

Im Gesetz bedarf es praxisrelevanter Berücksichtigungen. Diese sind untenstehend in vier Bausteine gegliedert und garantieren, dass das Gesetz in den Krankenhäusern umgesetzt werden kann. Dadurch wird die Patientenversorgung praxistauglich verbessert. Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte diese Bausteine in entsprechenden Rahmenbedingungen berücksichtigen und konkret definieren.

Baustein 1: Berücksichtigung der unterschiedlichen Patientengruppen und der Screeningtools

Zur zuverlässigen Erfassung des Ernährungszustands haben sich im Bereich der „Erwachsenenmedizin“ vier maßgebliche validierte Screening-Instrumente etabliert – das Mini Nutritional Assessment (MNA), das Subjective Global Assessment (SGA), das Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) und das Nutritional Risk Screening (NRS 2002), die von der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin empfohlen werden (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin, o.J.c). Die Wahl der jeweils geeigneten Screening-Methode zur Erkennung ernährungskritischer Zustände ist dabei teilweise von der Patientengruppe abhängig, weswegen die Besonderheiten der einzelnen Fachbereiche berücksichtigt werden sollten. Statt der Festlegung auf eine Methode wird daher die genannte Auswahl zur Verfügung gestellt, aus der je nach Bedarf gewählt werden kann. Im Zweifel sollte als Standard auf das NRS zurückgegriffen werden, da dieses, abgesehen von der Pädiatrie, mit leichten Abstrichen für alle Patienten geeignet ist. Das NRS besteht aus einem Vor- und einem Hauptscreening. Für ausgewählte Patientengruppen, wie z.B. Kinder- und Jugendliche, ist ggf. auch die Anwendung anderer Instrumente sinnvoll. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin empfiehlt bei der Erfassung des Ernährungszustandes eine umfassende Anamnese und körperliche Untersuchung mit Beurteilung von Entwicklung und Pubertätsstatus sowie Bestimmung von Körpergewicht und Körperlänge/ -höhe, in den ersten zwei Lebensjahren stets auch des Kopfumfangs bei Kindern (Bührer et al., 2020). Krankenhäuser, die bereits Ernährungsscreenings in ihren Klinikalltag implementiert haben, können ihr etabliertes Instrument weiter nutzen, sofern es sich um eine validierte Methode handelt.

In der Kinder- und Jugendmedizin wird der Abgleich der individuellen Messdaten (Körpergewicht, Körperlänge- bzw. -höhe und Kopfumfang) mit altersbezogenen Perzentilenkurven inklusive der Betrachtung des individuellen Verlaufs bei mehreren verfügbaren Messpunkten als verlässliche Methode angesehen.

Das Screening sowie die nachfolgende Therapie müssen unter Berücksichtigung der Leitlinien der entsprechenden ärztlichen Fachgesellschaften erfolgen. Einen Überblick über die entsprechenden Leitlinien bietet die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) (Deutsche Gesellschaft für

Kommentiert [AH1]: Der ganze Text stammt aus dem älteren Positionspapier. An dieser Stelle habe ich nur noch als weiteres Beispiel den § 39 eingefügt, womit dieser auch abgedeckt wäre.

Ernährungsmedizin, o.J.a) und die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (Jochum et al., 2014).

Baustein 2: Ernährungsscreenings in den gesamten Behandlungspfad einbetten

Das Ernährungsscreening besteht aus Vor- und Hauptscreening im Zuge der stationären Aufnahme. Um die schnellstmögliche Einleitung der Ernährungstherapie im Falle eines auffälligen Screening-Ergebnisses zu gewährleisten, muss die Untersuchung des Ernährungszustandes früh und an verschiedenen Punkten in den stationären Behandlungspfad eingebunden werden. **Das Ernährungsscreening erfolgt daher direkt bei der Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus.** Für die einfache und schnelle Durchführung des Screenings ist das Fachpflegepersonal zuständig.

Wird keine Mangelernährung oder ein entsprechendes Risiko festgestellt, ist das Ernährungsscreening während des stationären Aufenthalts alle sieben Tage zu wiederholen, um Veränderungen im Ernährungszustand rechtzeitig aufzudecken. Sollte sich der gesundheitliche Allgemein- oder Ernährungszustand des Patienten vor Ablauf dieser Frist verschlechtern, muss eine frühzeitige Neubewertung vorgenommen werden.

Sollte nach dem Ernährungsscreening bei Aufnahme des Patienten ein mögliches Risiko für Mangelernährung festgestellt werden, wird ein Assessment des Ernährungszustandes durchgeführt. Hiermit werden die Ursachen und der Grad der Mangelernährung erfasst und aktuelle anthropometrische Daten erhoben und es folgt je nach Situation zusätzlich eine Sichtung und Bewertung ernährungsrelevanter Laborparameter. Die Durchführung des Assessments sollte durch eine Ernährungsfachkraft erfolgen. Bei Bestätigung einer akuten oder drohenden Mangelernährung wird unter fachärztlicher Leitung eine dem Gesundheitszustand angemessene und durch bestehende Fallpauschalen abgedeckte Ernährungstherapie eingeleitet.

Baustein 3: Personal zur Begleitung ernährungstherapeutischer Behandlung sicherstellen

Im Fall der Identifikation eines Patienten mit Mangelernährung oder einem Risiko für die Entwicklung einer Mangelernährung wird eine für den Patienten individualisierte Ernährungstherapie eingeleitet. Hier stellen Ernährungsteams, bestehend aus einer ärztlichen Leitung mit der Zusatzqualifikation Ernährungsmedizin sowie ein oder mehrere Diätassistenten, Ökotrophologen oder Ernährungswissenschaftler sowie Absolventen in Clinical Nutrition, einen Qualitätsanker dar.

Das Ernährungsteam ist sowohl für die patientenindividuelle Struktur der Therapie als auch für die nachhaltige Dokumentation des Ernährungszustandes verantwortlich. Die Anzahl der Ernährungsfachkräfte richtet sich nach der Anzahl der Betten im jeweiligen Krankenhaus in Relation zu den im jeweiligen Krankenhaus vorhandenen Fachbereichen (wie. z.B. Geriatrie, Onkologie, Kinder- und Jugendmedizin). Bedingt durch die unterschiedliche Inzidenz von Patienten mit Mangelernährung in verschiedenen Fachbereichen entsteht ein unterschiedlicher Bedarf für die Anzahl der Personen im Ernährungsteam im jeweiligen Krankenhaus. Für die verpflichtende Bereitstellung eines Ernährungsteams durch das Krankenhaus gilt eine Mindestbettenanzahl, so dass den unterschiedlichen Gegebenheiten und der Aufstellung in den Häusern Rechnung getragen wird. Die genauen Bestimmungen soll der Gemeinsame Bundesausschuss als zentrales Gremium der Selbstverwaltung beschließen

Die stationäre Anknüpfung des Ernährungsteams innerhalb des Krankenhauses kann im Rahmen bereits bestehender Strukturen, zum Beispiel als Anschluss an eine Abteilung, oder nach den jeweiligen Möglichkeiten des Hauses individuell, zum Beispiel als eigenständiger Funktionsbereich, erfolgen.

Baustein 4: Dokumentation zur Sicherstellung und Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung

Der Ernährungszustand des Patienten wird von verschiedenen Faktoren, wie zum Beispiel der Art und der Schwere der Erkrankung sowie des Alters beeinflusst. Der Ernährungszustand ist dabei sehr volatil und auch kleine Verschlechterungen der allgemeinen Gesundheitssituation können sich schnell und unmittelbar auf ihn auswirken. Umso wichtiger ist daher ein Monitoring mit der Dokumentation des Screenings, damit der primär behandelnde Arzt oder das Ernährungsteam den Verlauf des Ernährungszustandes präzise nachverfolgen und so die adäquate und medizinisch notwendige Behandlung

gewährleisten sowie im Bedarfsfall anpassen kann. Im Weiteren ist die Dokumentation auch notwendig, um die Informationen an nachbehandelnde Strukturen übermitteln zu können. So ist die Nachverfolgbarkeit auch beim Übergang der Patienten aus der stationären Behandlung in den ambulanten Behandlungsbereich, beispielsweise beim Hausarzt, oder Pflegesektor unerlässlich, um eine eingeleitete Therapie aufrechtzuerhalten und/oder für eine Anschlussbehandlung oder Versorgung in einer Pflegeeinrichtung auf das Risiko einer Mangelernährung hinzuweisen und über eingeleitete Maßnahmen zu informieren.

Um die sektorenübergreifende Dokumentation sicherzustellen, wird das Ergebnis jedes Ernährungsscreenings verpflichtend in der (elektronischen) Patientenakte und im Entlassungsbrief festgehalten. Zu übermittelnde Informationen sind Größe, Gewicht und Gewichtsverlauf der Patienten sowie das genutzte Screening-Instrument und der jeweils erzielte Wert.

Die daraus systemisch gewonnenen Daten der Ernährungsscreenings können und sollen in zukünftigen Studien dazu genutzt werden, die Screening-Instrumente und die Ernährungstherapie weiter zu evaluieren und ggf. auch an die neuen Bedürfnisse der Patienten anzupassen. Darüber hinaus dient die Datenerhebung der Qualitätssicherung im Krankenhaus (Bührer et al., 2020).