

Editorial

Mangelernährung in deutschen Krankenhäusern – ein Skandal

Schon heute sterbe alle 15 Sekunden ein Mensch an Mangel- und Unterernährung, so aufgeführt von Bayer-Chef Marijn Dekkers bei einer Pressekonferenz vor 140 Journalisten aus mehr als 20 Ländern anlässlich der Vorstellung der Forschungsanstrengungen des Chemie- und Pharmariesen. Mangelernährung ist nicht, wie viele denken, nur ein Problem entfernter und unterentwickelter Länder, sondern ein aktuelles und bislang ungelöstes Problem auch in Deutschland. So betrifft die klinisch erkennbare Mangelernährung etwa 20 bis 50% der Patienten, die in deutschen Krankenhäusern versorgt werden, wie dies kürzlich in einer großen deutschlandweiten multizentrischen Studie der Charité gezeigt werden konnte. Anhand einer standardisierten und validierten Evaluierung (Subjective Global Assessment, SGA) war die Mangelernährung im Mittel bei 27% der Neuaufnahmen an universitären und nicht-universitären Häusern unterschiedlicher Versorgungsebenen nachweisbar. Hierbei zeigte sich die höchste Prävalenz bei geriatrischen, gastroenterologischen bzw. onkologischen Krankheitsbildern. Diese Zahlen sind von großer klinischer und sozioökonomischer Bedeutung, da die Mangelernährung erhebliche negative Einflüsse auf die Komplikationsraten von Erkrankungen, die Verweildauer im Krankenhaus, die



Prof. Thomas Frieling

Sterblichkeit der Patienten und letztlich die Krankenhauskosten relativ unabhängig vom primären Krankheitsbild hat. So wiesen in dieser deutschen Studie die Patienten mit Mangelernährung einen über 40%ig längeren Krankenhausaufenthalt auf.

Obwohl in zahlreichen Untersuchungen gezeigt wurde, dass eine adäquate und konsequente Ernährungstherapie die Prognose der Patienten mit Mangelernährung verbessert und die Sterblichkeit senkt, liegt die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland, in denen Mindestanforderungen eines Ernährungsteams vorgehalten werden, nur bei etwa 3% und nur weniger als die Hälfte der beteiligten Ärzte verfügt über eine ernährungsspezifische qualifizierte Zusatzausbildung.

Dies ist im Gegensatz zu anglo-amerikanischen Ländern, in denen qualifizierte Ernährungsteams (Nutritional Support Teams) in etwa 35% der Krankenhäuser mit strukturierten Aufgaben und der Folge entsprechender Kosteneinsparungen etabliert sind. Diese Situation in Deutschland ist nicht akzeptabel und mit der im November 2003 beschlossenen Resolution des Ministerrats des Europäischen Parlaments bzw. der Prager Erklärung von 2009 unvereinbar. So sollte bei allen Patienten routinemäßig der Ernährungszustand mit einem ein-

fach zu erhebenden Score bestimmt und bei den Patienten, bei denen der Ernährungszustand ein Risiko darstellt, ein Ernährungsplan aufgestellt werden.

Wie kommen wir aus diesem Dilemma heraus? Zunächst ist die Bildung von Ernährungsteams und die Aufklärung und Fortbildung aller Beteiligten zur Umsetzung des Konzepts der systematischen und frühzeitigen Erfassung einer Mangelernährung bereits bei jeder Patientenaufnahme wichtig („Bottom up“-Strategie). Hierbei ist die intensive Zusammenarbeit der Mediziner, der Pflege und des Ernährungsteams mit regelmäßigen Informationen und Schulungen der Mitarbeiter bzw. die Präsenz der Ernährungsteams auf den Stationen für die Identifikation und therapeutischer Behandlung der Mangelernährten notwendig. Als Screening Instrumente können hierbei einfache Scores zur Mangelernährung bzw. standardisierte individuelle Ernährungstherapien verwendet werden. Wichtig erscheint die Implementierung der Mangelernährung in das Krankenhausinformationssystem (KIS) System, um eine systematische Erfassung der Mangelernährung bei jeder Patientenaufnahme sicherzustellen.

Die Erfahrung zeigt leider, dass durch diese „bottom up“-Strategie ein Bewusstsein für die Bedeutung von Mangelernährung in der Breite nur unzureichend erzeugt werden kann. So sollte der Ernährungsstatus genauso wie z.B. Blutdruck, Herzfrequenz und Temperatur bei

Aufnahme des Patienten regelhaft erfasst werden. Ein wesentliches Problem ist hierbei die unzureichende Zuweisung von verpflichtenden Verantwortungsbereichen für die beteiligten Berufsgruppen. Zur effektiven Erfassung und Therapie von Mangelernährung erscheint daher zusätzlich eine „Top down“-Strategie notwendig. Diese Strategie kann aus einer entsprechenden Dienstanweisung mit betrieblicher Regelung zur flächendeckenden Durchführung des Screenings auf Mangelernährung bei Patientenaufnahme für den ärztlichen Dienst, den Pflegedienst und das Ernährungsteam bestehen, die bei Verstößen zu personalrechtlichen Konsequenzen führen kann („Krefelder Modell“). Die ökonomische Relevanz durch Verkürzung der Verweildauern, die Verminderung von Komplikationsraten und die verminderte Wiederaufnahmen von mangelernährten Patienten mag neben dem budgetrelevanten Mehrerlös durch die Kodierung von Mangelernährung mit Erhöhung des Casemix-Wertes zusätzliche Motivation erzeugen.

Pirlich M, Schütz T, Norman K, Gastell S, Lübke HJ, Bischoff SC, Bolder U, Frieling T, Guldenzoph H, Hahn K, Jauch KW, Schindler K, Stein J, Volkert D, Weimann A, Werner H, Wolf C, Zurcher G, Bauer P, Lochs H. The German hospital malnutrition study. Clinical Nutrition 2006; 25:563-572

Prof. Dr. Thomas Frieling
Medizinische Klinik II,
HELIOS Klinikum Krefeld

Ist dagegen immer noch kein Kraut gewachsen?

Evidenz-basierte Therapie funktioneller Magen-Darmerkrankungen

Symposium zur Verleihung des Ludwig-Demling-Medienpreises 2012

Funktionelle Dyspepsie: Versetzt Glaube Berge oder gibt es evidenz-basierte Therapiekonzepte?

Unter einer funktionellen Dyspepsie versteht man ein chronisches Krankheitsbild mit typischen dyspeptischen im Oberbauch lokalisierten Beschwerden (frühzeitiges Sättigungsgefühl, postprandiales Völlegefühl, epigastrischer Schmerz, Übelkeit, Aufstoßen,

Sodbrennen, Aufgeblähtsein etc.) bei denen man mit der klinischen Routinediagnostik keine pathogenetische Erklärung finden kann. Die funktionelle Dyspepsie ist somit ein chronisches oder chronisch rezidivierendes Krankheitsbild, das zu einer erheblichen Einschränkung

der Lebensqualität bei den Patienten führt.

Von den unterschiedlichen postulierten pathogenetischen Erklärungen kommen derzeit der viszeralen Hypersensibilität auf Dehnung und

Fortsetzung auf Seite II➔

Inhalt

Editorial	Seite I
Evidenz-basierte Therapie funktioneller Magen-Darmerkrankungen – Funktionelle Dyspepsie – Reizdarmsyndrom	Seite I-II Seite II
Leitfaden für Patienten Hepatitis C	Seite III
Morbus Crohn und Colitis ulcerosa: Entzündung stoppen – Lebensqualität verbessern	Seite IV
Nachgefragt – ein Service für Patienten	Seite IV
Jetzt für den Ludwig-Demling-Medienpreis 2013 bewerben	Seite IV
Termine	Seite IV
Personalien	Seite IV
Impressum	Seite IV