

Mangelernährung in deutschen Krankenhäusern wirksam bekämpfen

- **Mangelernährung ist definiert als das Ungleichgewicht zwischen Zufuhr und Bedarf von Energie, Protein oder anderen Nährstoffen einhergehend mit messbaren Veränderungen von Körperzusammensetzung- oder funktionen.**
- **Patientenindividuelle Folgen** von Mangelernährung sind z.B. erhöhte postoperative Komplikationsraten, verlängerte Rekonvaleszenz, verlangsamte Wundheilung, erhöhte Mortalität, beeinträchtigte Immunfunktion, abnehmende physische Mobilität sowie verminderte Lebensqualität und sogenannte ‚Drehtür-Effekte‘. Während Wachstum und Entwicklung hemmt Mangelernährung zusätzlich die neurologische Entwicklung. Das kann zu lebenslanger Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten führen. Die Sterblichkeitsrate von mangelernährten Patienten ist fast viermal so hoch als bei nicht mangelernährten Menschen.
- **Systemische Folgen** sind erhebliche Mehrkosten in Höhe von ca. 4 Milliarden Euro jährlich aufgrund verlängerter Krankenhausaufenthalte und mehr Arzt- und Pflegepersonalbedarf im Krankenhaus. Hinzu kommen Mehrkosten für einen höheren Pflegebedarf mangelernährter Patienten, erhöhte Wiederaufnahmeraten ins Krankenhaus sowie Entgelte für zusätzlich notwendige Behandlungen.

Problem: Die Behandlung von Mangelernährung wird systemisch verhindert

- Diagnose und Behandlung von Mangelernährung sind basierend auf einem systematisches Ernährungsscreening sowie durch Einleitung einer Ernährungstherapie grundsätzlich einfach und mit sehr geringen Kosten verbunden.
- Der erste Teil des Screenings kann bereits bei der Aufnahme ins Krankenhaus schnell, unkompliziert und durch eine Pflegekraft anhand von bspw. vier simplen Fragen erfolgen.
- Die Kosten für Ernährungsscreenings sind derzeit aber nur bei einer behandelten Mangelernährung partiell abrechenbar. Dies widerspricht dem Grundgedanken eines Screenings und führt dazu, dass notwendige Ernährungsscreenings bei nicht augenscheinlich Mangelernährten in deutschen Krankenhäusern bisher nur selten durchgeführt werden.
- Folglich erhält ein Großteil der mangelernährten Patienten aufgrund fehlender Diagnose derzeit keine angepasste Ernährungstherapie.

Lösung: Flächendeckende Ernährungsscreenings – präventiv und effektiv

Daher braucht es ein Gesetz zur Implementierung flächendeckender Ernährungsscreenings in allen deutschen Krankenhäusern, das folgende Punkte beinhaltet:

- Für alle stationär aufgenommenen Patienten bei der Aufnahme in das Krankenhaus mit einer Wiederholung des Ernährungsscreenings alle sieben Tage bei unauffälligem Ernährungsstatus und bei Nachweis eines Ernährungsrisikos mit anschließendem Ernährungsassessment sowie ggf. Einleitung einer Ernährungstherapie
- Unter der Beachtung der von der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin empfohlenen Screeningtools und der besonderen Berücksichtigung von Patienten in der Geriatrie, Pädiatrie, Gastroenterologie, Onkologie und Chirurgie sowie mit angeborenen chronischen Stoffwechselerkrankungen als Risikogruppen für Mangelernährung
- Mit der Bereitstellung von Fachpflegepersonal zur Begleitung der ernährungsmedizinischen Behandlung unter Gewährleistung einer Mindestbettenzahl
- Mit der Dokumentation des Ernährungsstatus und des Gewichtsverlaufs für die Sicherung einer sektorenübergreifenden Versorgung.

Unterstützt durch:

Priv. Doz. Dr. Michael Adolph

(Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.)

Prof. Dr. Jürgen Bauer

(Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.)

Tobias S. Hagedorn

(Deutsche Interessengemeinschaft für Phenylketonurie (PKU) und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen DIG PKU)

Prof. Dr. Martin Merkel & Margret Heddrich-Ellerbrock

(Arbeitsgemeinschaft für angeborene Stoffwechselstörungen in der inneren Medizin e.V.)

Prof. Dr. Julia Hennermann

(Arbeitsgemeinschaft für angeborene Stoffwechselstörungen in der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin)

Priv. Doz. Dr. Frank Jochum

(Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.)

Prof. Dr. Berthold Koletzko

(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.)

Frauke Lang

(Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diätetik, Ernährungsmedizinische Beraterin/ DGE)

Prof. Dr. Christian Löser

(Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin)

Gerda Kalle-Menne

(Selbsthilfegruppe Glykogenose Deutschland e.V.)

Annika Nowotny

(Deutsche Interessengemeinschaft für Phenylketonurie und verwandte angeborene Stoffwechselstörungen e.V., DIG PKU)

Prof. Dr. Johann Ockenga

(Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.)

Lars Selig

(Verband der Diätsassistenten Deutscher Bundesverband e.V.)

Prof. Dr. Mathias Plauth

(Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.)

Dr. Thomas Reinbold

(Klinikum Dortmund)

Prof. Dr. Dorothee Volkert

(Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg)

Andreas Waldenspuhl

(Deutsche Interessengemeinschaft Phenylketonurie und verwandte Stoffwechselstörungen, DIG PKU e.V.)

Prof. Dr. Dr. Johannes G. Wechsler

(Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e.V.)

Prof. Dr. med. Arved Weimann M.A.

(Klinikum St. Georg Leipzig)

Prof. Dr. med. Rainer Wirth

(Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.)