

White Paper Ernährungsscreening

Erkennung von Mangelernährung im deutschen Krankenhaussektor

Stand 25.10.2017
erstellt durch das

Kompetenznetzwerk Enterale Ernährung



erarbeitet und unterstützt von u.a.

Prof. Dr. Jürgen Bauer

(Deutsche Gesellschaft für Geriatrie)

Dr. Stephan Buderus

(St.-Marien-Hospital-Bonn)

Christine Gebauer & Frauke Lang

(Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diätetik)

Tobias S. Hagedorn

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

Prof. Dr. Martin Merkel & Margret Heddrich-Ellerbrok

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

Prof. Dr. Julia B. Hennermann

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

Gerda Kalle-Menne

(Selbsthilfegruppe Glykogenose Deutschland e.V.)

Prof. Dr. Johann Ockenga

(Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.)

Ina D. Lauer & Claudia Paul & Lars Selig

(Verband der Diätassistenten Deutscher Bundesverband e.V.)

Prof. Dr. Dorothee Volkert

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

Prof. Dr. Dr. Johannes G. Wechsler

(Praxisgemeinschaft Prof. Dr. med. J. G. Wechsler / Dr. med. W. Spann München)

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

(Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig)

Prof. Dr. med. Rainer Wirth

(Marien Hospital Herne, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum)

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	2
1. Mangelernährung in Deutschland.....	3
2. Erkennung von Mangelernährung durch Ernährungsscreenings	4
3. Politische Implementierung von Ernährungsscreenings	6
4. Ausblick	9
5. Literaturverzeichnis.....	10
6. Über das Kompetenznetzwerk Enterale Ernährung	11

Executive Summary

In Deutschland sind über 1,5 Millionen Menschen von Mangelernährung – also einem unzureichenden Ernährungszustand – betroffen, trotz guter Behandlungsmöglichkeiten in Form von Ernährungstherapien. Dies hat drastische gesundheitliche Folgen für die Betroffenen und verursacht jährliche Mehrkosten in Höhe von über neun Milliarden Euro im Gesundheitssystem. Um Mangelernährung erfolgreich zu behandeln bzw. vorzubeugen muss eine unzureichende Ernährungssituation rechtzeitig erkannt werden. Damit dies zuverlässig gelingt, ist die flächendeckende Einführung von verpflichtenden Ernährungsscreenings für Risikogruppen eine Grundvoraussetzung. Hierbei kann auf bereits existierende, einfach anzuwendende und wissenschaftlich evaluierte Methoden zurückgegriffen werden.

Zum Wohl der Patienten und zur Entlastung des Gesundheitssystems bedarf es eines politischen Impulses. Dieser sollte sowohl die Information der Bevölkerung und Fachwelt unterstützen, als auch Anreize zur Verbesserung der Versorgung setzen. Konkret bedeutet das, die Erfassung des Ernährungszustandes als Qualitätsmerkmal der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu etablieren. Die Implementierung von verpflichtenden Ernährungsscreenings für Risikogruppen zunächst im Krankenhaussektor würde einen entscheidenden Beitrag zur erfolgreichen Bekämpfung von Mangelernährung leisten.

1. Mangelernährung in Deutschland

Ernährung ist ein Grundbedürfnis des Menschen und als solches essentiell für die Gesundheit [22]. Wenn es um Probleme mit der Ernährung geht, fällt das Hauptaugenmerk der öffentlichen Aufmerksamkeit überwiegend auf Übergewicht und Adipositas. Das Thema Mangelernährung wird zu Unrecht allein im Bereich der Magersucht oder als Phänomen in Entwicklungsländern verortet. Fakt ist jedoch, dass in Deutschland über 1,5 Millionen Menschen einen unzureichenden Ernährungszustand aufweisen. Insbesondere im Krankheitsfall hat das gravierende Konsequenzen. So versterben ca. 20-30 % aller Krebspatienten, nicht an ihrer eigentlichen Grunderkrankung, sondern an den Folgen ihrer Mangelernährung [1]. Auf Grundlage der Angaben des Deutschen Krebsforschungszentrums sind das allein im Bereich der Onkologie etwa 55.000 Todesfälle jährlich aufgrund von Mangelernährung.

Mangelernährung tritt in allen Ländern der Europäischen Union in unterschiedlicher Häufigkeit (Prävalenz) und Zahl neu diagnostizierter Fälle (Inzidenz) auf [7]. Auch aus diesem Grund wird international von Vereinigungen wie der World Health Organisation (WHO), der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) sowie einzelnen Regierungen seit Jahren von der EU und ihren Mitgliedsstaaten verlangt, geeignete Maßnahmen zur Bekämpfung von Mangelernährung zu ergreifen [23]. Hierzu zählen bspw. die Aufklärung über die Ursachen und Folgen von unzureichenden Ernährungszuständen oder auch die Schulung und/oder Weiterbildung der medizinischen Fachkreise. Die wichtigste Forderung ist die Einführung von verpflichtenden Ernährungsscreenings zur zuverlässigen Aufdeckung eines therapiebedürftigen Ernährungszustandes [6].

Ernährungsscreenings würden in allen Sektoren des Gesundheitssystems zur erfolgreichen Erkennung von Mangelernährung führen. Dieses Papier befasst sich mit den Argumenten für eine Einführung im Krankenhausbereich, weil hier belastbare Daten vorliegen und der zu erwartende positive Effekt für Patienten und Gesundheitssystem aufgrund bereits vorhandener Strukturen kurz- und mittelfristig am schnellsten zu erreichen ist [5]. Um Mangelernährung effektiv einzudämmen und das Risiko dafür zu reduzieren, müssten Ernährungsscreenings im nächsten Schritt konsequenterweise auch im außerklinischen Bereich verbindlich eingeführt werden.

Definition

Grundsätzlich kann Mangelernährung als das Ungleichgewicht zwischen Zufuhr und Bedarf von Energie, Protein oder anderen Nährstoffen beschrieben werden [21], welches unweigerlich zu einem veränderten Stoffwechsel führt und den messbaren Verlust von Muskel- und Körpergewebe zur Folge hat [17]. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) beschreibt unzureichende Ernährungszustände als Defizit an Energie, Protein oder anderen Nährstoffen, das mit messbaren Veränderungen von Körperfunktionen verbunden ist, einen ungünstigen Krankheitsverlauf zur Folge hat und durch Ernährungstherapie reversibel ist [3].

Nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) zur „Terminologie in der klinischen Ernährung“ wird eine Mangelernährung durch drei klinisch einfach zu bestimmende Kriterien definiert: 1. einem Body-Mass-Index (BMI) unter $18,5\text{kg/m}^2$ oder 2. einem ungewollten Gewichtsverlust von mehr als zehn Prozent in den letzten drei bis sechs Monaten oder 3. einen BMI unter 20kg/m^2 und einem unbeabsichtigten Gewichtsverlust von mehr als fünf Prozent in den letzten drei bis sechs Monaten. [9]

Spezielle Formen der Mangelernährung werden durch angeborene oder erworbene seltene Stoffwechselerkrankungen ausgelöst. Unbehandelt können diese zu schweren geistigen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen, bei einigen Erkrankungen sogar zum Tod führen.

Folgen für Patient und Gesundheitssystem

Wenn Mangelernährung nicht in Form einer adäquaten ernährungstherapeutischen Behandlung begegnet wird, sind ihre Folgen für die Betroffenen gravierend. Ein unzureichender Ernährungszustand führt bspw. zu beeinträchtigter Immunkompetenz, verlangsamter Wundheilung [15], verlängerter Rekonvaleszenz [26], erhöhter Komplikationsrate und abnehmender physischer Mobilität. Zusammen führen diese Faktoren zu einer stark erhöhten Sterblichkeitsrate mangelernährter Patienten und machen die Bekämpfung unzureichender Ernährungszustände besonders im Krankenhaus zu einer hohen Priorität [24].

Neben den daraus resultierenden persönlichen Schicksalen, hat Mangelernährung ebenfalls gesamtgesellschaftliche Auswirkungen. Allein durch verlängerte Krankenhausaufenthalte, erhöhten Pflegebedarf und intensiviertere ambulante ärztliche Betreuung mangelernährter Patienten entstehen dem deutschen Gesundheitssystem jährlich Mehrkosten in Höhe von über neun Milliarden Euro, allein fünf Milliarden im Krankenhaussektor. Aufgrund des demografischen Wandels werden die Gesamtkosten bis 2020 auf voraussichtlich elf Milliarden Euro ansteigen [5].

2. Erkennung von Mangelernährung durch Ernährungsscreenings

Um einen unzureichenden Ernährungszustand erfolgreich zu therapieren bzw. im Optimalfall vorzubeugen, muss er bzw. das Risiko dafür rechtzeitig erkannt werden. Denn während die Auswirkungen auf den Patienten schwerwiegend sein können, lässt sie sich über eine angemessene ernährungstherapeutische Intervention vergleichsweise einfach behandeln.

Fehlende Aussagekraft des Body Mass Index (BMI)

Ein bspw. von der WHO angeführter Indikator für die Erfassung und Analyse des Ernährungszustandes ist der Body Mass Index (BMI). Dieser kategorisiert den Ernährungszustand einer Person anhand ihres Gewichts im Verhältnis zu ihrer Körpergröße als Unter-, Normal oder Übergewicht. Laut WHO-Bemessungsgrenze weist demnach Untergewicht auf, wer über einen BMI von weniger als $18,5\text{ kg/m}^2$ verfügt [27]. Laut der letzten Erhebung des Statistischen Bundesamtes sind ca. 1,5 Millionen Menschen in Deutschland unterernährt [25].

Da Mangelernährung jedoch nicht auf Unterernährung beschränkt werden darf, ist der BMI als Bemessungsgrundlage zur Feststellung eines unzureichenden Ernährungszustandes, insbesondere bei älteren und übergewichtigen Menschen, als einziger Parameter ungeeignet und daher nur sehr eingeschränkt nutzbar. Denn durch die Errechnung des BMI allein kann weder der gesundheitsbedingte Nährstoffbedarf eines Menschen noch ein etwaiger Nährstoffmangel abgebildet werden. Dies lässt eine höhere Zahl Patienten mit unzureichendem Ernährungszustand in Deutschland vermuten [13] und verlangt zudem nach einer zuverlässigeren Methode der Erkennung [5].

Funktionsweise und Nutzen von Ernährungsscreenings

Zur genauen Erfassung des Ernährungszustandes und damit zur zuverlässigen Diagnose von Mangelernährung existieren bereits eine Reihe wissenschaftlich evaluierter Methoden, sogenannte Ernährungsscreenings (Abbildung 1).¹

Vorscreening:		
• Ist der Body Mass Index < 20,5 kg/m ² ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Hat der Patient in den vergangenen 3 Monaten an Gewicht verloren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• War die Nahrungszufuhr in der vergangenen Woche vermindert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Ist der Patient schwer erkrankt? (z.B. Intensivtherapie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
⇒ Wird <u>eine</u> dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet, wird mit dem Hauptscreening fortgefahren		
⇒ Werden alle Fragen mit „Nein“ beantwortet, wird der Patient wöchentlich neu gescreent.		
⇒ Wenn für den Patienten z.B. eine große Operation geplant ist, sollte ein präventiver Ernährungsplan verfolgt werden, um dem assoziierte Risiko vorzubeugen.		

Abbildung 1: Beispielhafte Darstellung eines Fragebogens anhand Nutritional Risk Screening [19].

Deren Dauer beträgt im Schnitt lediglich vier Minuten und kann im Krankenhaus bereits bei der Aufnahme im Rahmen der Anamnese erfolgen. Anhand von drei bis sechs einfachen Fragen werden hier der Gewichtsverlauf und andere relevante Faktoren beim Patienten ermittelt und vermerkt. Besonders Mitarbeiter in der patientennahen Versorgung, welche später maßgeblich für die adäquate Ernährung der Patienten zuständig sind, werden auf diese Weise früh auf etwaige Ernährungsdefizite aufmerksam gemacht. Eine umfangreiche Schulung oder Ausbildung ist zur Durchführung eines Ernährungsscreenings nicht notwendig.

Erhebungen aus den letzten Jahren unter Verwendung der hier genannten Screening-Tools haben gezeigt, dass allein im Krankenhaussektor nicht 735.000, wie unter Verwendung des BMI als Berechnungsgrundlage ermittelt, sondern rund drei Millionen Patienten Mangelernährung aufweisen.² Trotz dessen finden routinemäßige Ernährungsscreenings in der klinischen Praxis bisher eher selten Anwendung. Nur ein Bruchteil der Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte verfügt über Daten zu Gewicht und Gewichtsverlauf ihrer Patienten [5].

¹ Zu diesen Tools zählen beispielsweise das Nutritional Risk Screening (NRS), das Mini Nutritional Assessment (MNA), das Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) oder das Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).

² Errechnet aus der Prävalenz von Mangelernährung im deutschen Krankenhaussektor [4] und der Erhebung zum BMI durch das Statistische Bundesamt [25].

Der Versorgungsstandard, das Problembewusstsein und ein wirksames Qualitätsmanagement hinsichtlich unzureichender Ernährungszustände sollte flächendeckend in Deutschland etabliert werden [4]. Dies gilt in besonderem Maße für die Pädiatrie. Denn Kinder sind mit einer Prävalenz von bis zu 25% von Mangelernährung betroffen - mit schwerwiegenden Folgen für ihre Lebensqualität und weitere Entwicklung [18].

Potentielle Einsparungen

Mangelernährung wirkt sich nicht nur negativ auf den einzelnen Betroffenen aus. Sie stellt auch eine finanzielle und personelle Belastung für das Gesundheitssystem dar. Begründet liegt dies vor allem in der bereits im vorangegangenen Kapitel ausgeführten Verschärfung bestehender Krankheiten. Eine langsamere Genesung, erhöhte Komplikationsraten etc. führen beispielsweise zu einer längeren Verweildauer im Krankenhaus, jedoch auch zu einem gesteigerten Betreuungsbedarf, höheren Ausgaben für Medikamente und zusätzlich erforderlichen Behandlungen. Die dadurch entstehenden Mehrkosten sind dreimal so hoch, verglichen mit denen nicht mangelernährter Patienten [16].

Im Krankenhaussektor könnte durch eine frühzeitige Erkennung und Behandlung von unzureichenden Ernährungszuständen, ein großer Teil der jährlich entstehenden Kosten von etwa fünf Milliarden Euro eingespart werden [5]. Dies ist unter anderem möglich, weil die Erkennung und Behandlung von Mangelernährung vergleichsweise kostengünstig und effektiv ist [12], [14]. Ernährungsscreenings führen somit nicht nur zu einer Steigerung der Qualität in der Patientenversorgung, sondern lohnen sich auch finanziell für die einzelnen Krankenhäuser und das gesamte Gesundheitssystem [2]. Die Entlastung des Klinikpersonals und die Einsparung von Folgekosten stellen weitere Vorteile dar [11].

Politischer Handlungsbedarf: Zum Wohl der Patienten und zur Entlastung des Gesundheitssystems sollte dem bestehenden Missstand dringend durch die Einführung verpflichtender Ernährungsscreenings entgegengewirkt werden

3. Politische Implementierung von Ernährungsscreenings

Den Argumenten für die Einführung von Ernährungsscreenings im Krankenhaussektor stehen im Wesentlichen zwei Hürden entgegen: die unzureichende Wahrnehmung von Mangelernährung und ihren gravierenden Folgen sowie die geringen Anreize zur Implementierung präventiver Maßnahmen.

Aufklärung über Mangelernährung

Aufmerksamkeit für Mangelernährung und ihrer Folgen fehlt nicht nur in breiten Bevölkerungsschichten. Auch in medizinischen Fachkreisen ist sie als Indikation zwar bekannt, in ihrer Bedeutung jedoch von vielen unterschätzt. Begründet liegt dies unter anderem in der geringen Bedeutung der Ernährungstherapie in der Ausbildung medizinischen Fachpersonals

sowie im Fehlen flächendeckender Angebote zur Weiterbildung und Schulung im Krankenhausalltag. Daraus resultiert eine zu seltene und späte Erkennung therapiebedürftiger Ernährungszustände sowie eine oft nur punktuelle bzw. verzögerte Einleitung geeigneter ernährungstherapeutischer Maßnahmen. Die umfassende Aufklärung über Mangelernährung, bspw. in Form einer umfassenden Kampagne, und eine Förderung der medizinischen Forschung sind daher von höchster Dringlichkeit.³

Finanzierung von Ernährungsscreenings

Grundsätzlich sind die Kosten für die flächendeckende Umsetzung von Ernährungsscreenings und den daraus folgenden Ernährungstherapien verglichen mit den Mehrkosten durch Mangelernährung gering. Entsprechende Investitionen würden sich innerhalb des Gesundheitssystems bereits nach kurzer Zeit amortisieren und sich in einer verbesserten Patientenversorgung sowie in Kostenersparnissen äußern [5], [26].

Zurzeit werden Ernährungsscreenings und Ernährungstherapien im Krankenhaus jedoch nur vergütet, wenn eine bestehende Mangelernährung behandelt wird. Dies ist darin begründet, dass Ernährungsscreenings nicht separat, sondern als Teil der Diagnose- und Behandlungspauschalen abgerechnet werden. Zur Prävention von Mangelernährung, bzw. zur frühzeitigen Erkennung ihres Risikos, ist es erforderlich, Ernährungsscreenings bei allen Risikogruppen durchzuführen. Nur so lassen sich unzureichende Ernährungszustände bei allen relevanten Patientengruppen effektiv vermeiden. Zu den Risikogruppen für Mangelernährung zählen z.B.: Senioren, Tumor- und Intensivpatienten sowie Patienten der Pädiatrie, Geriatrie und Chirurgie [12], [26].

Das verpflichtende Ernährungsscreening bei allen Risikopatienten hätte allerdings zur Folge, dass auch Personen untersucht würden, bei denen keine weitere ernährungstherapeutische Behandlung nötig ist. Dadurch entstünden Kosten, die zwar gering sind, aber derzeit nicht durch die Krankenkassen vergütet werden. Für diesen Aufwand müssten folglich die Krankenhäuser aufkommen. Um die bereits angespannten Haushalte nicht noch stärker zu belasten, sollte die Durchführung von Ernährungsscreenings und damit die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Mangelernährung über einen anderen Weg abgesichert werden.

Politischer Handlungsbedarf: Ein Impuls zur Bekämpfung von Mangelernährung durch die Einführung von Ernährungsscreenings sollte auf zwei Ebenen ansetzen: 1. Aufklärung der Bevölkerung und der Fachkreise über die Folgen unzureichender Ernährungszustände, 2. Schaffung von Anreizen zur Verbesserung der Versorgung.

³ Leuchtturmprojekte zur verpflichtenden Implementierung von Ernährungsscreenings werden u. a. bereits von der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie sowie der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin durchgeführt. In entsprechenden Zertifizierungssystemen und Lehrkliniken ist die Durchführung von Ernährungsscreenings im Zuge der Aufnahme und Behandlung von Patienten obligatorisch.

Qualitätsindikatoren im Krankenhaus

Der Schlüssel für die Verbesserung der Früherkennung von Mangelernährung durch Ernährungsscreenings im Krankenhaus kann in der Einbettung im System der Qualitätsindikatoren liegen. Diese stellen bereits seit langem ein Qualitätssicherungsverfahren im deutschen Gesundheitssystem dar. Die Krankenhäuser sind aufgefordert, zu bestimmten Bereichen ihrer Versorgung einen Bericht zu verfassen und beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Bewertung einzureichen. Durch die Auswertung der Ergebnisse entstand so ein Qualitätsranking innerhalb der Krankenhäuser, das den Patienten zur Orientierung bei der Auswahl ihres Behandlungsortes dienen sollte. Seit dem 01.01.2016 sieht das Krankenhausstrukturgesetz (KHS-G) nun zwei Erweiterungen vor – die Einführung von planungsrelevanten und zu- und abschlagsrelevanten Qualitätsindikatoren.



Abbildung 2: Übersicht des (jährlichen) Erarbeitungsprozesses eines Qualitätsindikators im G-BA

Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ermöglichen den bundeseinheitlichen Einstieg in eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung, in dem ausgewählte Faktoren als ausschlaggebend für die Aufnahme in den oder den Ausschluss von Krankenhäusern bzw. Abteilungen aus dem Krankenhausplan der Länder gelten. Es handelt sich hier um ein ausschließlich negatives Anreizverfahren. Zu- und abschlagsrelevante Qualitätsindikatoren ermöglichen hingegen ein Anreizsystem, bei dem die qualitative Ausprägung bestimmter Faktoren durch Kürzung oder Erweiterung der Krankenhausvergütung quittiert wird, vergleichbar mit einem Bonus-/Malus-System.

Politischer Handlungsbedarf: Um Mortalitäts- und Komplikationsraten in deutschen Krankenhäusern zu senken, die Verweildauer zu verkürzen, die Lebensqualität von Patienten zu verbessern und das Gesundheitssystem zu entlasten, sollten verpflichtende Ernährungsscreenings innerhalb eines zu- und abschlagsrelevanten Qualitätsindikators etabliert werden.

Potenzielle Ausgestaltung eines Qualitätsindikators Ernährungsscreening

Im Krankenhausstrukturgesetz werden drei Dimensionen der Qualitätsmessung im Krankenhaus vorgeschlagen. Ein Qualitätsindikator Ernährungsscreening kann und sollte jede davon abdecken (Abbildung 3).

Anforderungen an Qualitätsindikatoren (QI)	Eigenschaften QI Ernährungsscreening	Kriterien zur erfolgreichen Umsetzung
Strukturqualität (bspw. technische /personelle Ausstattung)	Verpflichtung eines Screenings aller Risikopatienten innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme	Anpassung Anamneseverfahren, Etablierung von interdisziplinären Ernährungsteams
Prozessqualität (bspw. Voruntersuchungen, Prävention)	Screening anhand eines validierten Instruments (MNA / SNAQ / MUST / NRS)	Durchführung durch das Pflegepersonal mit Hilfe von geprüften Analysemethoden
Ergebnisqualität (bspw. Komplikationsraten)	Bewertung der Versorgung mangelernährter Patienten 4 Tage nach Aufnahme und bei Entlassung	Senkung der Komplikations- und Sterblichkeitsraten durch Behandlung von Mangelernährung

Abbildung 3: Vorschlag zur Ausgestaltung eines möglichen QI Ernährungsscreening

Bereits 2006 wurde in den Niederlanden unter ähnlichen Rahmenbedingungen ein vergleichbarer Qualitätsindikator etabliert. Flankiert von begleitenden Maßnahmen (Hilfen zur optimierten Behandlung von Mangelernährung, Etablierung von interdisziplinären Ernährungsteams in Krankenhäusern, Einführung von Aus- und Weiterbildungsprogrammen) [8] wurde das Auftreten unzureichender Ernährungszuständen signifikant zurückgedrängt [20].

4. Ausblick

Mangelernährung ist ein gesellschaftsrelevantes Querschnittsthema, das politisch sowohl den Bereich Gesundheit als auch Ernährung betrifft. Nur wenn alle relevanten Akteure involviert sind, wird die Bekämpfung von Mangelernährung gelingen. Das niederländische System gilt heute international als Best-Practice-Beispiel. Der Erfolg ist vor allem auf die enge Zusammenarbeit zwischen Politik, medizinischer Praxis und Wissenschaft zurückzuführen.

Die Einführung von verpflichtenden Ernährungsscreenings im Krankenhaussektor über den Hebel der Qualitätsindikatoren ist dabei eine große Chance. Im Rückgriff auf bestehende Strukturen könnte im Zuge ihrer jährlichen Neubewertung eine schnelle Einführung und somit auch Verbesserung in der Versorgung der Patienten erfolgen.

Ein erster Schritt dahin könnte ein Aufgreifen der Thematik Mangelernährung in den Ausschüssen für Gesundheit und Ernährung des Deutschen Bundestages sein. Wünschenswert wäre auch ein Einbeziehen weiterer zuständiger Politiker, beispielweise des Patientenbeauftragten und Abgeordnete aus den Ausschüssen für Familie und Verbraucherschutz. Daraufhin könnte ein Entschließungsantrag im Bundestag erfolgen, in Form eines konkreten Auftrags an die Bundesregierung und speziell an das Bundesministerium für Gesundheit. Die Exekutive könnte im Folgenden die erforderlichen Schritte einleiten.

Entscheidend ist, dass gehandelt wird: Gemeinsam gegen Mangelernährung in Deutschland.

5. Literaturverzeichnis

- [1] **Arbeitsgemeinschaft Prävention und Integrative Onkologie (PRIO) (ed.)** (2016): Improving nutritional care for cancer patients in Germany. Joint position paper from the German Cancer Society's (GCS) Working Group on Prevention and Integrative Oncology (PRIO), in collaboration with other associations. *Ernährungs Umschau* 63(02): 43–47
- [2] **Aust, J. et al** (2016): Ergebnisse der Einführung eines allgemeinen „Screening auf Mangelernährung“ in einem großen Versorgungskrankenhaus. Thieme Verlag: Stuttgart.
- [3] **Bausch, K. et al** (2014): Mangelernährung im Alter. DGE-Praxiswissen. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.: Bonn.
- [4] **Bucher, H./ Hufnagel, G.** (2004): Sondenernährung. Versorgungslage ist defizitär, in *Deutsches Ärzteblatt* 101, Ausgabe 246.
- [5] **Cepton Strategies** (2007): Mangelernährung in Deutschland. Eine Studie zu den ökonomischen Auswirkungen krankheitsbedingter Mangelernährung und beispielhafter Darstellung des Nutzenbeitrags enteraler Ernährungskonzepte. Cepton GmbH: München.
- [6] **Council of Europe** (2003): Resolution on food and nutritional care in hospitals. ResAP (2003)3 adopted at the 860th meeting of the Ministers' Deputies: Strasbourg.
- [7] **Czech Ministry of Health** (2009): Prague Declaration on disease-related malnutrition and diseases due to malnutrition. Prague.
- [8] **De van der Schueren, M.** (2013): Screening and treatment of malnutrition in the Netherlands. Dutch Malnutrition Steering Group: Amsterdam.
- [9] **DGEM** (2017): Leitlinien zu Terminologie in der klinischen Ernährung: <http://www.dgem.de/mangelern%C3%A4hrung> (letzter Aufruf am 16.05.2017).
- [10] **Dupertuis, Y.M. et al** (2003): Food intake in 1707 hospitalised patients. A prospective Comprehensive hospital survey, in *Clin Nutr* 22, S. 23-115.
- [11] **Elia, M. et al** (2016): A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in community and care home settings, in *Clin Nutr.* 35 (1), S. 37-125.
- [12] **Elia, M. et al** (2016): A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in the hospital setting, in *Clin Nutr.* 35 (2), 80-370.
- [13] **Elia, M.** (2009): The economics of malnutrition. S. Karger AG: Basel.
- [14] **Franz, K./ Norman, K.** (2017): Trinknahrung zur Therapie der Mangelernährung nach Krankenhausentlassung, in *Nutrition News* 1, S. 5-6.
- [15] **Haydock, D.A./ Hill, G.L.** (1986): Impaired wound healing in surgical patients with varying degrees of malnutrition, in *Parenter Enteral Nutr* 10, S. 4-550.
- [16] **Isabel, M. et al** (2003): The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis, in *Clinical Nutrition* 22 (3), S. 239-235.
- [17] **Kinosian, B./ Jeejeebhoy, K.N.** (1995): What is malnutrition? Does it matter?, in *Nutrition* 11, S. 7-196.

- [18] **Koletzko, B./ Dokoupil, K./ Koletzko, S. (2016):** Gedeihstörung und Untergewicht bei kindlichen Erkrankungen, in *Monatsschr Kinderheilkd* 164, S. 19-30. Springer-Verlag: Berlin und Heidelberg.
- [19] **Kondrup, J. et al (2002):** ESPEN Guidelines for nutrition screening: <http://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Screening/Nutritional%20Risk%20Screening.pdf> (letzter Aufruf am 16.05.2017).
- [20] **Kruizenga, H. (2011):** Malnutrition screening and treatment in the Netherlands and its potential exploitability elsewhere. Presentation at the ESPEN Congress 2011: Gotheburg.
- [21] **Lochs, H. et al (2006):** Introductory to the ESPEN Guidelines on enteral nutrition. Terminology, Definitions and general Topics, in *Clin Nutr* 25, S. 6-180.
- [22] **Norman, K. et al (2008):** Prognostic impact of disease-related malnutrition, in *Clinical Nutrition* 27, S. 5-15.
- [23] **Polish Ministry of Health (2011):** Warsaw Declaration on The Fight Against Malnutrition. Final Declaration: Warsaw.
- [24] **Rai, J. et al (2002):** The Influence of preoperative nutritional status in wound healing after replacement arthroplasty, in *Orthopedics* 25, 21-417.
- [25] **Statistisches Bundesamt (2013):** Körpermaße nach Altersgruppe und Geschlecht. Mikrozensus 2013: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/GesundheitszustandRelevantesVerhalten/Tabellen/Koerpermasse.html> (letzter Aufruf am 16.05.2017).
- [26] **Weimann, A. et al (2010):** Krankheitsbedingte Mangelernährung. Eine Herausforderung für unser Gesundheitssystem. Pabst: Lengerich.
- [27] **World Health Organisation (2017):** Body mass index: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> (letzter Aufruf am 16.05.2017).

6. Über das Kompetenznetzwerk Enterale Ernährung

Das Kompetenznetzwerk Enterale Ernährung ist ein strukturoffenes und ehrenamtliches Expertennetzwerk, welches 2011 vom Diätverband (Bundesverband der Hersteller von Lebensmitteln für eine besondere Ernährung e.V.) initiiert wurde. Schwerpunkte der Netzwerkaktivitäten bestehen in der Förderung des fachübergreifenden Dialogs und der Information von Patienten, Angehörigen, Ärzten und Fachkräften sowie Politik. Dem Netzwerk ist sehr an der fachlichen Unabhängigkeit der Partner gelegen, weshalb die Zusammenarbeit ehrenamtlich und ohne Vergütung erfolgt.

Ziel des Netzwerks ist es, im interdisziplinären Austausch mit Ärzten, Fach- und Pflegekräften, Patientenorganisationen sowie politischen Entscheidern die ernährungstherapeutische Versorgung von Patienten über die Sektorengrenzen hinweg zu verbessern.