

Kompetenznetzwerk Enterale Ernährung

Krankheitsbedingte Mangelernährung im Krankenhaus: Vorschläge zur Einführung eines flächendeckenden Ernährungsscreenings

Mangelernährung betrifft jährlich über drei Millionen Menschen in deutschen Krankenhäusern. Krankheitsbedingte Mangelernährung entsteht als Folge einer ungenügenden Aufnahme von Kalorien und lebensnotwendigen Nährstoffen infolge einer schweren oder chronischen Erkrankung. Die Folgen für die Patient:innen und das Gesundheitssystem sind schwerwiegend. Im Zentrum steht dabei die rechtzeitige Diagnose, denn nur so kann eine [leitliniengerechte Therapie](#) gestartet werden. Um mangelhafte Ernährungszustände rechtzeitig zu diagnostizieren, gibt es einfache und wissenschaftlich validierte Methoden, sogenannte Ernährungsscreenings.

Ernährungsscreenings können anhand eines einfachen (digitalen) Fragebogens mit drei bis vier 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](#) (DGEM, o.J.c).

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 (Kostenschätzung siehe Anhang; DGEM, o.J.b).

Die von Bund und Ländern angestrebte Krankenhausreform hat zum Ziel, die Patient:innen stärker in den Fokus zu rücken und eine flächendeckend hochwertige Versorgung sicherzustellen. Das *Kompetenznetzwerk Enterale Ernährung* unterstützt die geplante Weiterentwicklung der Krankenhausinfrastruktur und fordert eine stärkere Berücksichtigung ernährungsmedizinischer Aspekte. Im Zentrum steht dabei die rechtzeitige Diagnose krankheitsbedingter Mangelernährung und deren Behandlung, um patient:innenindividuelle und systemische Folgen zu verhindern.

Dies gelingt durch die Einführung einer **systematischen und flächendeckenden Erfassung des Ernährungszustandes** anhand der **validierten Screeningbögen** für alle Patient:innen bei der stationären Aufnahme ins Krankenhaus.

- Durchführung eines Ernährungsscreenings alle sieben Tage während des Krankenhausaufenthalts, wenn der Ernährungszustand bei Aufnahme unauffällig war
- Rechtzeitige ernährungsmedizinische Intervention nach DGEM-Leitlinie sowie Erstellung eines Therapieplans
- Dokumentation in der ePA für eine sektorenübergreifende Versorgung

Unterstützung findet die Forderung nach einer verbesserten ernährungsmedizinischen Versorgung in Krankenhäusern durch eine Vielzahl von Fachexpert:innen. 24 der führenden medizinische Fachgesellschaften unterstützen die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin zur geplanten Krankenhausreform: „[Ernährungsmedizin im Krankenhaus stärken](#)“. Auch der Ausschuss für Gesundheit im Deutschen Bundestag befasste sich im Juni 2023 mit dem Thema „[Mangelernährung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen](#)“. Die anwesenden Fachexpert:innen warnten vor den Folgen krankheitsbedingter Mangelernährung und wiederholten die Forderung nach einem verpflichtenden Ernährungsscreening in ganz Deutschland. 75 internationale Fachgesellschaften unterzeichneten 2022 zudem die „[Vienna Declaration on Nutritional Care](#)“.

Konsequenzen unbehandelter Mangelernährung für Patient:in und System

Unzureichende Energie- und Nährstoffzufuhr hat schwerwiegende Folgen für die Gesundheit der Betroffenen. Dies umfasst langsamere Wundheilung, beeinträchtigte Immunkompetenz, erhöhte Komplikationsraten, längere Genesungsphasen, abnehmende körperliche Mobilität und verminderte kognitive Fähigkeiten (DGE, 2019; Weimann et al., 2010). Unerkannte krankheitsbedingte Mangelzustände führen zu einer Verlängerung des Krankenhausaufenthalts um durchschnittlich zwei bis vier Tage (Barazzoni et al., 2022; Schuetz et al., 2020; Pirlich et al., 2006).

Risikogruppen für krankheitsbedingte Mangelernährung sind vielfältig und umfassen verschiedene Krankheitsbilder. Besonders betroffen sind geriatrische Patient:innen, Menschen mit onkologischen oder anderen chronischen Erkrankungen sowie Kinder- und Jugendliche. 20-30% aller Krebspatient:innen sterben jährlich an den Folgen ihrer mangelhaften Ernährung (Arbeitsgemeinschaft Prävention und Integrative Onkologie, 2016). Bei Kindern treten Wachstums- und Entwicklungsstörungen mit langfristigen negativen Auswirkungen auf (Koletzko et al., 2018).

Durch frühzeitige Intervention in Form einer individuell angepassten Ernährungstherapie lässt sich ein unzureichender Ernährungszustand vergleichsweise leicht behandeln (Schuetz et al., 2019). Studien haben gezeigt, dass eine ernährungstherapeutische Behandlung bei akut bedrohten Patient:innen die Sterblichkeitsrate um 30% senken kann. Darüber hinaus wird das Risiko für eine Wiedereinlieferung in das Krankenhaus („Drehtüreffekt“) reduziert. Auch das Risiko des Verlusts funktioneller Fähigkeiten minimiert sich bei einer individuell abgestimmten Ernährungstherapie (Schuetz et al., 2019).

Die fehlende finanzielle Abbildung der direkten Kosten eines präventiven Ernährungsscreenings durch das DRG-System in deutschen Krankenhäusern setzt aktuell keine Anreize ein flächendeckendes Ernährungsscreening durchzuführen. Denn das Screening wird aktuell nur vergütet, wenn in der Folge auch eine diagnostizierte Mangelernährung behandelt wird (DGEM, o.J.b; Bühner et al., 2020).

Die Kosten für flächendeckende Ernährungsscreenings belaufen sich auf schätzungsweise 55 Millionen Euro und sind damit vergleichsweise gering. Dagegen zu stellen sind Kosten in Höhe von ca. 4,2 Milliarden Euro für längere Krankenhausaufenthalte und erhöhten Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung aufgrund undiagnostizierter Mangelernährung (s. Anhang; DGEM, o.J.b).

Ein flächendeckendes Ernährungsscreening als Bestandteil der Anamnese und eine darauf aufbauende individuelle Ernährungstherapie sind entscheidend, um die Versorgung mangelernährter Patient:innen in deutschen Krankenhäusern zu verbessern. Für eine ganzheitliche Versorgung müssen diese Elemente jedoch fest in den Klinikalltag implementiert werden. Die aktuelle Neustrukturierung des deutschen Krankenhaussystems von Bund und Ländern bietet die einmalige Chance, die ernährungsmedizinische Versorgung zu verbessern.

Über uns

Das Kompetenznetzwerk Enterale Ernährung ist ein strukturoffenes und ehrenamtliches Netzwerk mit dem Ziel im interdisziplinären Austausch mit Ärzteschaft, Fach- und Pflegekräften, Organisationen von Betroffenen sowie politischen Entscheidungstragenden die ernährungstherapeutische Versorgung von Patient:innen über die Sektorengrenzen hinweg zu verbessern.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Barazzoni R, Breda J, Cuerda C et al. (2022): COVID-19: Lessons on malnutrition, nutritional care and public health from the ESPEN-WHO Europe call for papers, in: Clin Nutrition 2022; 41: 2858-2868.

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.

Bührer, C., et al. (2020): Standards der ernährungsmedizinischen Versorgung in der ambulanten und stationären Pädiatrie durch spezialisierte Einrichtungen der Kinder- und Jugendmedizin – Stellungnahme der Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), Monatsschrift Kinderheilkunde.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) (2019): 14. DGE-Ernährungsbericht, Bonn, unter: <https://www.dge.de/wissenschaft/ernaehrungsberichte/14-dge-ernaehrungsbericht/>, zuletzt abgerufen am: 25. August 2023.

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (o.J.a): Leitlinien der DGEM, unter: <https://www.dgem.de/leitlinien>, zuletzt abgerufen am: 25. Februar 2020.

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (o.J.b): OPS-Kodes in der Ernährungsmedizin, unter: <https://www.dgem.de/ops-kodes>, zuletzt abgerufen am: 25. Februar 2020.

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (o.J.c): Screening auf Mangelernährung – den Ernährungszustand richtig einschätzen, unter: <https://www.dgem.de/screening>, zuletzt abgerufen am: 25. Februar 2020.

Koletzko, B., et al. (2018): Untergewicht und Mangelernährung bei pädiatrischen Patienten, in: Monatsschrift Kinderheilkunde 11, S. 1022-1026.

Pirlich, M., Schutz, T., Norman, K. et al. (2006): The German hospital malnutrition study, Clinical Nutrition 25, S. 563-572.

Schuetz, P., et al. (2019): Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32776-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32776-4/fulltext)).

Schuetz, P., et al. (2020): Economic evaluation of individualized nutritional support in medical inpatients: Secondary analysis of the EFFORT trial, in Clinical Nutrition.

Weimann, A., et al (2010): Krankheitsbedingte Mangelernährung. Eine Herausforderung für unser Gesundheitssystem. Pabst: Lengerich.