

Mangelernährung in Krankenhäusern effektiv bekämpfen – noch fehlt in Deutschland der politische Wille

Der Umgang mit mangelernährten Patienten ist ebenso wie die allgemeine Verpflegung der Patienten in deutschen Krankenhäusern nicht einheitlich geregelt. Einige Krankenhausleitungen haben jedoch die Bedeutung eines schlechten Ernährungszustands für die Heilung ihrer Patienten erkannt und eigenständig Konzepte entwickelt, um Mangelernährung zu beheben und damit die Qualität der Therapie zu verbessern. Die Medizinische Klinik im Roten Kreuz Krankenhaus Kassel unter der Leitung ihres Chefarztes Prof. Christian LÖSER hat dies getan und mit dem „Kasseler Modell“ ein ernährungsmedizinisches Gesamtkonzept für den Klinikalltag entwickelt. Die ERNÄHRUNGS UMSCHAU sprach mit Prof. LÖSER über die Vorteile seines Konzepts und die Herausforderungen, die eine Verbesserung der Ernährungssituation in deutschen Krankenhäusern mit sich bringt.

Herr Prof. Löser, wie kam es zur Entwicklung des „Kasseler Modells“ in Ihrem Krankenhaus?

LÖSER: Ich beschäftige mich schon seit über 25 Jahren klinisch wie wissenschaftlich mit dem Thema Unter-/Mangelernährung und habe hierzu eine Vielzahl von klinischen Studien durchgeführt sowie Fachartikel und Bücher veröffentlicht. Mittlerweile gibt es über 200 gut durchgeführte Studien, die eindeutig die hochsignifikanten klinischen Folgen von Mangelernährung belegen, und es gibt mittlerweile auch ca. 150 prospektive, kontrollierte Interventionsstudien sowie Metaanalysen, die überzeugend belegen, dass die rechtzeitige Erfassung einer Mangelernährung sowie eine frühzeitige professionelle Ernährungsintervention signifikante klinische Effekte auf Morbidität, Mortalität, Lebensqualität, Krankenhausverweildauer, Kosten und Prognose der Patienten haben. Für uns ist gezielt individuelle Ernährungsintervention – insbesondere bei mangelernährten Patienten – nicht Teil einer notwendigen Grundversorgung, sondern integraler und effizienter Bestandteil der ärztlichen Therapie und Prävention. Also lag es nahe, profes-

sionelle Strukturen zu entwickeln, die moderne ernährungsmedizinische Erkenntnisse effektiv und nachhaltig im klinischen Alltag umsetzen. So wurde das „Kasseler Modell“ geboren und konsequent weiterentwickelt.

Wann wurde es eingerichtet?

LÖSER: Als ich vor 14 Jahren Chefarzt der Medizinischen Klinik am Roten Kreuz Krankenhaus in Kassel wurde, haben wir schrittweise angefangen, das „Kasseler Modell“ zu entwickeln. Da ein komplexes Ernährungssystem die Zusammenarbeit vieler verschiedener Berufsgruppen voraussetzt, muss man am Anfang etwas Geduld haben und Schritt für Schritt planen. Außerdem ist ein modernes, multiprofessionelles Ernährungssystem wie das „Kasseler Modell“ nie ganz fertig und unterliegt ständigen Modifikationen und vor allen Dingen Weiterentwicklungen.

Was waren anfangs die größten Hürden bei der Implementierung des Modells?

LÖSER: Wenn man moderne ernährungsmedizinische Erkenntnisse im Krankenhaus etablieren will, ist die wichtigste Aufgabe, die betriebswirt-



Prof. Christian LÖSER, Chefarzt der Medizinischen Klinik im Roten Kreuz Krankenhaus Kassel

schaftlich wie medizinisch Verantwortlichen von der medizinischen und ökonomischen Sinnhaftigkeit dieser Maßnahme zu überzeugen. Das heißt, Sie müssen dem Verwaltungsdirektor und den Chefarzten überzeugend klarmachen, dass Mangelernährung ein unabhängiger klinischer Risikofaktor und vor allen Dingen Kostenfaktor ist und dass frühzeitiges Erkennen von Mangelernährung und eine gezielte Behandlung signifikant den klinischen Verlauf beeinflussen und relevant Kosten sparen helfen. Hierfür gibt es mittlerweile überzeugende Literatur, die man im Kreise der Krankenhaus-

verantwortlichen und der Mitarbeiter ausführlich und sachlich kommunizieren sollte.

Kann man Ihr Konzept „hierarchisieren“? – Gibt es unverzichtbare Bestandteile und solche, die sozusagen „on Top“ bei Ihnen dazukommen?

LÖSER: Unverzichtbare Bestandteile eines modernen ernährungsmedizinischen Konzeptes im Krankenhaus sind die konsequente Erfassung von Unter-/Mangelernährung unmittelbar bei der Aufnahme des Patienten, die Entwicklung standardisierter Behandlungspfade, genannt „*clinical pathways*“, für Patienten mit nachgewiesener Mangelernährung, die Erarbeitung eines für die Küche bzw. den Caterer verbindlichen Kostformenkatalogs mit verschiedenen Menülinien für mangelernährte Patienten sowie die Etablierung eines qualifizierten Ernährungsteams und die Konstitution einer multiprofessionellen Ernährungskommission zur konsequenten Überprüfung und Weiterentwicklung des Konzeptes.

Mal aus Sicht der Verwaltung gesehen: Rechnet sich Ihr Modell bereits – durch kürzere Krankenhausaufenthaltszeiten, weniger teure Therapien und ähnliches?

LÖSER: Eindeutig ja. Hierzu gibt es mittlerweile auch eine Vielzahl von Studien und vor allen Dingen auch Metaanalysen, die überzeugend belegen, dass z.B. die Gabe von Trinknahrung signifikant die Krankenhausverweildauer, die Komplikationsrate und auch die Kosten bei mangelernährten Patienten senkt. Es gibt auch überzeugende Studien, die gar nicht von Ärzten, sondern von Gesundheitsökonomern und international renommierten gesundheitsökonomischen Institutionen publiziert wurden. Darüber hinaus können Sie durch individuell gezielte Ernährungsintervention die normalerweise große Menge an täglich verworfenem Essen deutlich reduzieren und durch konsequente Kodierung auch eine gewisse Erlössteigerung im DRG-System erreichen.

Zentrale Bestandteile des „Kasseler Modells“ – Praktische Umsetzung moderner ernährungsmedizinischer Erkenntnisse im Krankenhaus¹

- Etablierung eines multiprofessionellen Ernährungsteams nach den gültigen Empfehlungen
- Entwicklung krankenhauses intern verbindlicher Standards und Ablaufpläne („*clinical pathways*“) für mangelernährte Patienten
- Aufbau krankenhauses interner Strukturen für eine standardisierte ernährungsmedizinische Betreuung inklusive Investitionen in Räumlichkeiten, Ausstattung und qualifiziertes Personal
- Konsequentes Screening auf Mangelernährung bei allen Patienten im Rahmen der Patientenaufnahme mit Wiederholung des Screenings nach 7 Tagen
- Professionalisierung der Krankenhausernährung nach modernen Standards; Etablierung eines verbindlichen Kostformenkatalogs für den Caterer/die Küche, Bereitstellung von speziellen Menülinien für energie- und nährstoffreiche Kost
- Abwechslungsreiche tägliche Angebote energie- und nährstoffreicher Zwischenmahlzeiten inklusive verschiedener in der Küche frisch zubereiteter Shakes („ProEnergy-Konzept“)
- Gezielte ärztliche Anordnung zum Führen von Ess- oder Trinkprotokollen bei unklarer Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- Motivation, Instruktion und gezielte Weiterbildung von Mitarbeitern
- Durchführung von individuellen Ernährungskonsilen bei komplexen Ernährungsproblemen, Ernährungsvisiten
- Etablierung einer multiprofessionellen krankenhauses internen „Ernährungskommission“, die im interdisziplinären Ansatz alle Fragen und Probleme rund um das „Kasseler Modell“ kommuniziert und das Konzept konsequent weiterentwickelt
- Aufbau von weiterführenden Kooperationsstrukturen (Hausärzte, Homecare-Services etc.), regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen und Seminare

Nun noch ein paar Fragen zur Umsetzung: Wie setzt sich Ihr Ernährungsteam zusammen?

LÖSER: Für Struktur, Organisation und Aufbau eines Ernährungsteams gibt es heute klare Empfehlungen. Unser Ernährungsteam besteht aus ernährungsqualifizierten Ärzten, ernährungsgeschulten Schwestern, Diätassistentinnen und Ökotrophologinnen. Wichtig ist aber auch eine „Ernährungskommission“, die sich unabhängig von der täglichen praktischen Arbeit um alle Belange rund um das gemeinsam getragene Ernährungskonzept kümmert und dies konsequent weiterentwickelt. In dieser „Ernährungskommission“ sitzen neben Ärzten und Schwestern Vertreter der Küche, die Pflegedienstleitung, das Qualitätsmanagement der Klinik, Ökotrophologinnen, der Apotheker und im Bedarfsfall auch Ver-

treter des klinikinternen Controllings. Diese Ernährungskommission ist sehr wesentlich, um allen beteiligten Berufsgruppen ein Forum zu geben und die vielen interprofessionellen Schnittstellen so transparent und professionell zu gestalten wie irgend möglich.

Können Sie uns kurz beschreiben, was ein „Tellerdiagramm“ ist?

LÖSER: Für eine bestmögliche medizinische Betreuung ist es unabdingbar, dass der behandelnde Arzt weiß, ob, was und wie viel der von ihm betreute Patient isst. Das bekommt er eigentlich nur mit, wenn er den Patienten und die betreuende Pflege gezielt danach fragt, denn in deutschen Krankenhausakten finden sich sonst dazu keine routinemäßigen

¹Weitere detailliertere Informationen siehe Löser C (2011) *Aktuel Ernährungsmed* 36: 351–360

Eintragungen. Wenn ich als behandelnder Arzt genau wissen will, wie viel mein Patient täglich isst, ordne ich ein so genanntes Essprotokoll an, bei dem die betreuende Schwester für die Hauptmahlzeiten anhand eines in Viertel Portionen aufgeteilten Tellerdiagramms abschätzt und einträgt, wie viel der gereichten Portion vom Patienten wirklich verzehrt wurde. Zusätzlich wird die Menge der gereichten und verzehrten Zwischenmahlzeiten kurz protokolliert. Dieses einfache Abschätzen in Viertelpartionsgrößen anhand eines „Tellerdiagramms“ ist schnell und unkompliziert durchführbar und in Bezug auf die klinische Zuverlässigkeit in mehreren Studien überzeugend evaluiert.

Sie stellen den Patienten eine eigene Menülinie mit nährstoff- und energiereicher Kost und zusätzlich täglich frisch hergestellte, energiereiche „Shakes“ zur Verfügung. Ist wirklich beides nötig? Wie sind Ihre Erfahrungen hiermit?

LÖSER: Beides ist notwendig und ergänzt sich idealerweise. Aus vielen unterschiedlichen Gründen können mangelernährte Patienten meist nur wenig zu den Hauptmahlzeiten essen. Daher ist es wichtig, Hauptmahlzeiten energie- und nährstoffdicht in einer für den Patienten geschmacklich und optisch angenehmen Form anzubieten. Die klinische Erfahrung zeigt aber, dass die tägliche Nahrungsaufnahme insbesondere bei schwer mangelernährten Patienten noch effektiver gesteigert werden kann, je mehr Zwischenmahlzeiten sie zusätzlich angeboten bekommen. Hierfür verwenden wir nicht nur frisch hergestellte Shakes, sondern eine Vielzahl von verschiedenen, energiereichen Zwischenmahlzeiten, wie Fingerfood, pikante Energiehappen, Suppen, Desserts, Muffins etc. Für diese Patienten mit schwerer Mangelernährung haben wir mit dem „ProEnergy-Konzept“ eine eigene Menülinie entwickelt, bei denen die Patienten aus einer eigenen, schön illustrierten Speisekarte aus 46 verschiedenen Zwischenmahlzeiten je nach ihrer Geschmackspräferenz

verschiedene Produkte aussuchen können. Das sind weit mehr als unsere 12 täglich frisch hergestellten Shake-Variationen und Sie können sich gar nicht vorstellen, wie attraktiv diese reichhaltige Auswahl energiereicher Zwischenmahlzeiten für unsere Patienten ist und wie positiv dies von ihnen und ihren Angehörigen aufgenommen wird.

Kommen wir abschließend noch einmal zur allgemeinen Situation: Aus welchen Gründen, glauben Sie, können viele andere Krankenhäuser bislang kein oder nur ein unzureichendes ernährungsmedizinisches Konzept vorweisen?

LÖSER: In der Tat hinken wir hier in Deutschland dem Standard anderer vergleichbarer Länder weit hinterher. Bisher war in Deutschland Ernährungsmedizin weder im Curriculum des humanmedizinischen Studiums noch in der Facharztausbildung nachhaltig integriert. Das steht im krassen Widerspruch zu unseren heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Auch politische Gremien wie der Europarat sowie verschiedene Deklarationen der EU fordern seit Jahren, unsere modernen ernährungsmedizinischen Erkenntnisse endlich im praktisch-klinischen Alltag konsequent umzusetzen und betonen neben den eindeutig nachgewiesenen klinischen Vorteilen insbesondere die auch aus gesundheitspolitischer Sicht überzeugenden finanziellen, gesundheitsökonomischen und sozialen Vorteile.

Gibt es Ihrer Meinung nach ausreichende Leitlinien bzw. Empfehlungen zur Durchführung der Ernährungstherapie im Krankenhaus?

LÖSER: Ja, die gibt es aus meiner Sicht schon. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin DGEM hat gerade aktuell neue S3-Leitlinien in der „Aktuellen Ernährungsmedizin“ publiziert. Auch haben politische Institutionen wie der Europarat und die EU wie bereits angesprochen im Rahmen vieler klar formulierter Deklarationen hierzu überzeugend Position bezogen. Unsere Erkenntnisse

müssen jetzt in die medizinische Praxis integriert werden; hier sind die zuständigen Organisationen, Fachgesellschaften und politischen Verbände in der Pflicht. Moderne Konzepte wie das „Kasseler Modell“ oder unser „ProEnergy-Konzept“ sind anschauliche Beispiele dafür, wie man unser komplexes modernes Wissen gut strukturiert, effektiv und nachhaltig in den praktischen klinischen Alltag integrieren kann.

Was müsste in Deutschland von den Fachgesellschaften und politischen Verbänden konkret getan werden, damit ein strukturiertes ernährungsmedizinisches Konzept eine Selbstverständlichkeit in allen deutschen Krankenhäusern würde?

LÖSER: Eigentlich müssten wir in Deutschland gesundheitspolitisch nur das umsetzen, was die Gesundheitspolitiker der EU schon lange fordern („STOP Malnutrition“). Die zuständigen Stellen und Organisationen müssen mit Nachdruck unser Wissen über die klinische und budgetäre Effizienz einer gezielten ernährungsmedizinischen Intervention aktiv in der Breite kommunizieren.

Dann wird es entscheidend davon abhängen, wann auch in Deutschland die gesundheitspolitisch verantwortlichen Stellen diese modernen klinischen und ökonomischen Erkenntnisse strukturell vorgeben und organisatorisch einfordern. Durch den zunehmenden gesundheitspolitischen Druck der EU und die immer überzeugender werdende Evidenzlage in Bezug auf die betriebs- und volkswirtschaftliche Effizienz findet gerade auch in Deutschland ein Prozess des Umdenkens statt. Einige wenige Kliniken haben hier bereits Vorbildliches geleistet, entscheidend für eine adäquate flächendeckende Umsetzung wird aber der politische Wille der hierfür Verantwortlichen sein.

Herr Prof. Löser, wir danken Ihnen für dieses sehr aufschlussreiche Gespräch.

Das Gespräch für die Ernährungs Umschau führte Dr. Sabine Schmidt.