

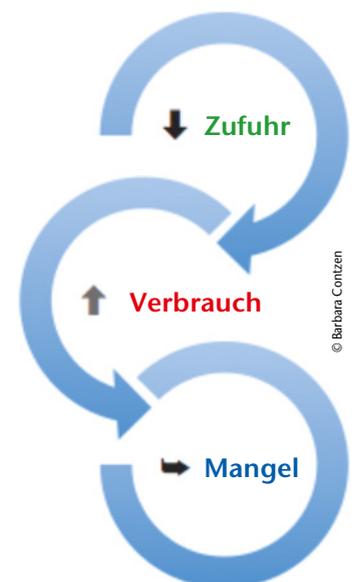
# „Das wird schon wieder“ ist ein Trugschluss!

## Versorgung mangelernährter TumorpatientInnen Interview mit Barbara Contzen

In diesem Herbst greift die ERNÄHRUNGS UMSCHAU das Thema Mangelernährung in der Onkologie auf. Im Beitrag von Dr. Marschal in der Septemбераusgabe wurden die schwerwiegenden strukturellen Probleme in der Versorgung der PatientInnen dargestellt. Der vorangehende Special-Beitrag erläutert Ursachen, Folgen und Therapiemöglichkeiten der Mangelernährung. Aber wie sieht die Situation aus der Sicht der ErnährungstherapeutInnen aus? Barbara Contzen, Diätassistentin in eigener Praxis, stellt sich den Fragen der ERNÄHRUNGS UMSCHAU.

**Frau Contzen, Sie haben viele Jahre Erfahrung mit der Betreuung onkologischer Patienten<sup>1</sup>. Welche konkreten Ernährungsprobleme haben diese Patienten, wenn Sie in Ihre Praxis kommen?**

Die Patienten klagen in der Regel über Anorexie, Übelkeit und Erbrechen, gastrointestinale Symptome im Sinne eines Wechsels zwischen Diarrhö und Obstipation, Schluckstörungen, Schleimhautentzündungen, Mundtro-



<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit werden in diesem Interview die männlichen Formen verwendet. Gemeint sind jeweils beide Geschlechter.

ckenheit – meist verbunden mit Schmerzen beim Essen, Reflux sowie unspezifischen Symptomen wie Schmerzen, erschwerter Atmung, Depression, Kräfteverfall, Schwäche, Müdigkeit, Gewichtsverlust, Unsicherheit und Angst. Oft liegt auch nur eine gering ausgeprägte Mangelernährung vor, der noch gut durch eine qualifizierte Ernährungstherapie begegnet werden kann. Allerdings bilden Mangelernährung und Kachexie eine unheilvolle Allianz: Viel zu oft kommen die Patienten zu spät und sind bereits in einem deutlich reduzierten Ernährungszustand. Durch vorangegangene z. B. Radio- und/oder Chemotherapie sind häufig schon Neben-

siv verändert. Eine regelmäßige Einnahme dem Krankheitsbild entsprechender Mahlzeiten ist dadurch nicht mehr gewährleistet. Oft wird das Abnehmen in dieser Situation als normal betrachtet und unbewusst hingenommen. Man ist ja schließlich auch krank. Gerne verdrängen Patienten die bereits eingetretene Mangelernährung nach dem Motto: „Das wird schon wieder.“ Leider wird auch immer wieder berichtet, dass aus Sicht des behandelnden Arztes eine Ernährungstherapie entbehrlich sei, weil sich das Gewicht wieder normalisieren würde, wenn die eingeleitete Therapie anschläge. Dann klappe auch das Essen wieder. Erweist sich das jedoch als

zeitig auch diejenigen, die hoch motiviert, aus eigenem Antrieb zu mir kommen, oft schon sogleich nach Diagnosestellung, wie z. B. präoperativ bei Gastrektomie aufgrund eines Magentumors. Letzteres bietet optimale Erfolgsaussichten für die gesamte Therapie, sowohl aus der Sicht des Patienten als auch aus Sicht des Arztes.

### **Wie oft erhalten Patienten mit Mangelernährung Ihrer Erfahrung nach von Ärzten die Empfehlung, eine Ernährungstherapie aufzusuchen? Wie oft erhalten sie die für die Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse benötigte Notwendigkeitsbescheinigung?**

Hierbei muss man unterscheiden, ob eine ambulante oder stationäre Behandlung vorangegangen ist.

Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus gab es in der Vergangenheit eine solche Empfehlung vergleichsweise selten, da die dortigen Strukturen eine externe Ernährungstherapie selten zuließen. Die im ambulanten Bereich erforderliche Notwendigkeitsbescheinigung ist leider vielen Ärzten fremd.

So kommen die Patienten oft mit Überweisungen oder Rezepten zur Ernährungstherapie. Hier wird deutlich, dass dem behandelnden Arzt häufig nicht klar ist, dass die Ernährungstherapie für eine diagnostizierte Mangelernährung nicht im Heilmittelkatalog steht, sondern eine sog. „Kann-Leistung“ der gesetzlichen Krankenkasse ist, die nicht sein Budget belastet.

Es kommt ganz selten vor, dass ein Patient schon eine ausgefüllte Notwendigkeitsbescheinigung vom Arzt erhalten hat. In meiner Praxis erhält der Patient, zusammen mit dem Angebot über die ernährungstherapeutischen Leistungen nach § 43 SGB V Abs. 1 die vorbereitete Notwendigkeits-

---

*„Das hängt davon ab, inwieweit der Arzt sich für Ernährung interessiert, aber auch von der Fähigkeit, die Notwendigkeit einer Ernährungstherapie zu erkennen.“*

---

wirkungen eingetreten, die ein normales Essen erschweren oder unmöglich machen.

Die oftmals bestehende refraktäre Kachexie, verbunden mit einem *Protein-Energy-Wasting*, stellt ein Sonderproblem dar, weil die Erkrankung in diesem Zustand bereits eine irreversible Eigendynamik entwickelt hat.<sup>2</sup> Hieran wird deutlich, wie wichtig eine rechtzeitige Ernährungstherapie ist.

### **Sehen mangelernährte Patienten ihre eigene Ernährungssituation überhaupt als problematisch an?**

Die Folgen des Verlustes an Körper- bzw. Muskelmasse werden häufig erst dann als persönliches Problem erkannt, wenn der Patient dadurch seine Lebensqualität eingeschränkt sieht.

Patienten werden aufgrund der Krebsdiagnose mit einem Fächer an Problemen konfrontiert. Dabei werden der bisherige Alltagsrhythmus und damit auch der Ernährungsrhythmus mas-

Trugschluss, beginnt der Patient die Fragen der Ernährung ernst zu nehmen und denkt an eine qualifizierte Ernährungstherapie. Oft haben die Betroffenen dabei eine hohe Erwartungshaltung bezüglich der Möglichkeiten einer Ernährungstherapie, die es zu erfüllen, aber auch auf realistische Möglichkeiten zu reduzieren gilt.

### **Auf welchem Weg kommen Patienten mit Krebserkrankungen zu Ihnen? Werden sie von einem behandelnden Arzt geschickt oder kommen auch Patienten von sich aus und suchen Rat?**

Das ist recht unterschiedlich. Jeder, der in der ambulanten Ernährungstherapie arbeitet, wird bestätigen, dass von Ärzten „geschickte“ Patienten meist Spätzügler sind. Zu dieser Gruppe gehören oft ältere Patienten oder solche, deren Krankheitsbilder schon ziemlich fortgeschritten sind.

Dagegen sind Patienten, die ihr Krankheitsbild annehmen, gleich-

<sup>2</sup>  Erickson et al. in diesem Special, S. M686

bescheinigung zur Vorlage bei seinem Arzt. Ich habe es noch nicht erlebt, dass ein Patient aus der gesetzlichen Krankenkasse eine Ablehnung seines Antrags bezüglich einer Ernährungstherapie erhalten hätte.

wichtsverlust oder der Karnofsky-Index<sup>4</sup> wird erwähnt. Das Wissen über das Vorhandensein von validierten Screening-Tools scheint mir wenig verbreitet und ausgeprägt. Außer Acht gelassen wird dabei, dass in Hinblick auf den Medizi-

externen Ernährungstherapeuten. Außerdem spielt die Ernährung bei der Entlassung nur eine untergeordnete Rolle. Ursache dafür ist in meinen Augen die Tatsache, dass sich in der Klinik niemand wirklich verantwortlich fühlt. Ähnlich verhält es sich im ambulanten Bereich. Dadurch kann es auch keine oder nur eine unvollständige Übergabe von Informationen bzw. Therapieempfehlungen geben.

*„Das Wissen über das Vorhandensein von validierten Screening-Tools scheint mir wenig verbreitet und ausgeprägt.“*

**Gibt es aus Ihrer Erfahrung Fachärzte, die häufiger an Ernährungsfachkräfte verweisen als andere?**

Ja, das hängt davon ab, inwieweit der Arzt sich für Ernährung interessiert, aber auch von der Fähigkeit, die Notwendigkeit einer Ernährungstherapie zu erkennen. Wie gesagt, ist vielen Ärzten nicht bekannt, dass es für den Verweis an eine Ernährungstherapie eine Notwendigkeitsbescheinigung gibt und diese ihr Budget nicht belastet.<sup>3</sup>

Ich selbst habe gute Erfahrungen mit Fachärzten für Allgemeinmedizin und für Innere Medizin gemacht. Diese Ärzte sehen die Ernährungstherapie als zusätzliche Stütze der gesamten Therapie an und haben die Vorteile, die damit verknüpft sind, erkannt. Onkologen scheinen dagegen nach meiner Beobachtung mehr auf das eigene Behandlungskonzept fixiert zu sein.

**Werden denn von niedergelassenen Ärzten und Kliniken die vorhandenen Screening-Tools ausreichend oft und früh genug eingesetzt?**

Das ist schwer zu beurteilen, weil es bisher in meiner Praxis lediglich einmal vorgekommen ist, dass ein Arztbrief ein Screening-Tool enthalten und Screening-Ergebnisse wiedergegeben hat. Ab und an finde ich in den Unterlagen einen Hinweis zum Body Mass Index, einen Satz zum Ge-

nischen Dienst der Krankenkassen ein validiertes Screening-Tool von großer Bedeutung ist. Ein Screening detektiert die Mangelernährung. Ist diese mittels eines Screenings dokumentiert, können auch weitere Therapien darauf aufbauen, wie z. B. die Verordnung einer Trinknahrung o. ä. Das gilt sowohl für die ambulante als auch für die klinische Versor-

*„Es fehlt eigentlich an einer Schnittstelle zwischen Ärzten und externen Ernährungstherapeuten.“*

gung. Hier fehlt es an Information und es muss deutlich geregelt werden, wer wofür genau verantwortlich ist. Hier besteht also dringender Handlungsbedarf!

**Die Schnittstelle zwischen Ärzten bzw. Kliniken und der Ernährungstherapie weist demzufolge ja gewichtige und folgenschwere Lücken auf. Können Sie Ursachen für dieses Problem benennen?**

Ja. Zunächst einmal ist die Ernährung etwas Alltägliches und wird nicht mit der Erkrankung in Verbindung gebracht. Außerdem wird ihre therapeutische Wirkung unterschätzt. In den Kliniken kommt hinzu, dass Ernährung in der Regel Sache der Pflege ist. Der Arzt ist also nicht automatisch unmittelbar damit befasst. Insofern fehlt es eigentlich an einer Schnittstelle zwischen Ärzten und

**Was können Ernährungsfachkräfte in eigener Praxis konkret tun, um die Zusammenarbeit an dieser Schnittstelle zu verbessern?**

Ernährungsfachkräfte müssen den Kontakt zu den ambulanten und Klinikärzten suchen und diese unmittelbar auf die Leistungsfähigkeit und Effizienz der Ernährungstherapie aufmerksam machen. In wirtschaftlicher Hinsicht

ist die Notwendigkeitsbescheinigung zu erläutern und ihre neutrale Wirkung auf das Budget. Dabei sollten kurz und überzeugend die Vorteile für Patient und Arzt vorgestellt werden wie z. B. Portfolioerweiterung, Qualitätsmanagement usw.

Nächste „Andockstelle“ ist der zentrale Anlaufpunkt der Patienten – die Rezeption oder die Pflegefachkräfte, um bei diesen den Bekanntheitsgrad der Ernährungstherapie zu verbessern. Bei stationär behandelten oder zur Entlassung anstehenden Patienten ist ein guter Kontakt zur Pflege und deren qualifizierte Schulung unerlässlich. Entsprechendes gilt

<sup>3</sup> vgl. hierzu auch  „Mangelernährung bei Tumorpatienten“ von O. Marschal in ERNÄHRUNGS UMSCHAU 9/2018

<sup>4</sup> Skala zur Einordnung des Allgemeinzustandes von Tumorpatienten, z. B.: [www.gbg.de/de/rechner/karnofsky.php](http://www.gbg.de/de/rechner/karnofsky.php)

im ambulanten Bereich für die Pflegefachkräfte in den onkologischen Facharztpraxen.

Eine erhöhte Sensibilität für die Ernährungstherapie sollte seitens der Ernährungsfachkräfte also bei Ärzten wie auch bei Pflegefachkräften vermittelt werden.

### **Was können Ihrer Meinung nach auf der anderen Seite Ärzte in eigener Praxis und in Kliniken konkret tun, um die Zusammenarbeit zu verbessern?**

Ärzte sollten dafür Sorge tragen, dass jeder Patient sowohl in ihrer Praxis als auch in der Klinik auf Mangelernährung gescreent wird. Das kann schon bei der Aufnahme durch die Pflegefachkräfte erledigt werden und entspricht dem DNQP<sup>5</sup>-Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“.

Im Entlassungsbrief sollte es neben der Diagnose einen deutlichen Hinweis für den ambulant betreuenden Arzt geben, wie der Ernährungszustand des Patienten ist, ob eine ernährungstherapeutische Maßnahme einzuleiten oder eine bereits bestehende weiterzuführen ist. Keine Diagnose ohne Konsequenz! Niedergelassene Ärzte sollten über eine Liste von örtlich nahe gelegenen Ernährungsfachkräften verfügen, die sie dem Patienten aushändigen, damit dieser den Kontakt herstellen kann.

Umgekehrt würde der behandelnde Arzt von einem aussagekräftigen Therapiebericht der Ernährungsfachkraft profitieren. Es empfiehlt sich deshalb für den Arzt, auf der Notwendigkeitsbescheinigung eine Bitte um einen solchen Therapiebericht zu vermerken. Dann kann die Erstellung eines individuellen Behandlungsplans gemeinsam mit dem Arzt abgesprochen und umgesetzt werden. Meist profitiert der Arzt von der Durchführung einer Ernährungstherapie, denn durch den Therapiebericht erhält er zusätzliche, wichtige Informa-

tionen, die er aufgrund von Zeitknappheit oftmals gar nicht in Erfahrung bringen kann.

### **Welche Maßnahmen auf übergeordneter Ebene – also u. a. der Gesundheitspolitik – würden dazu beitragen, die Situation zu verbessern?**

Aufgabe der Gesundheitspolitik ist es, ein eindeutiges Zeichen zu setzen, damit das Screening auf Mangelernährung bei onkologischen Patienten mehr in den Fokus der Medizin rückt, wie dies z. B. für das Brustkrebs-Screening gilt. Ernährungstherapie sollte zum integrativen Bestandteil der Medizin werden und auch entsprechend honoriert werden. Denn nur eine

### **... und die Verbände der Ernährungsfachkräfte?**

Es wäre zu begrüßen, wenn die Verbände der Ernährungsfachkräfte zu Ärztefachkongressen oder regionalen Ärzte-Fortbildungen eingeladen werden, um mit Kurzvorträgen das Prozedere des Ernährungsmanagements vorzutragen und Kooperationslösungen aufzuzeigen. Eine zentrale Aufgabe bestünde zusätzlich darin, überregionale Fachverbände für Ärzte und Ernährungsfachkräfte zu veranlassen, gemeinsame Formulierungsvorschläge zu entwickeln, damit das Erstellen der Notwendigkeitsbescheinigungen und die Formulierungen in Arztbriefen ähnlich standardisiert

---

*„Meist profitiert der Arzt von der Durchführung einer Ernährungstherapie, denn durch den Therapiebericht erhält er zusätzliche wichtige Informationen, die er aufgrund von Zeitknappheit oftmals gar nicht in Erfahrung bringen kann.“*

---

Arbeit, die entsprechend wertgeschätzt wird, hat die Chance, eine gute Qualität zu liefern.

### **Sehen Sie auch Aufgaben für die Kassenärztliche Vereinigung?**

Ja, auch die Kassenärztliche Vereinigung sollte sich um eine strukturierte Ernährungsmedizin kümmern. Eine fachlich fundierte Ernährungstherapie verringert die Komplikationsraten und reduziert damit die Kosten. Wenn z. B. eine wichtige Therapie oder eine dringende Operation aufgrund eines zu schlechten Ernährungszustands verschoben werden muss, verlängert das die Liegezeit in der Klinik und treibt die Kosten in die Höhe. Für stationäre bzw. ambulante Ärzte könnte das Bereitstellen von validierten Screening-Tools eine gute Chance bieten, um mittels dieser Dokumentation die Gefahr von Regressen zu reduzieren.

werden wie es in anderen Fachdisziplinen bereits erfolgt ist.

Die Verbände der Ernährungsfachkräfte sind aufgefordert, kompakte Schulungskonzepte für Kliniken und Arztpraxen anzubieten, um z. B. medizinische Fachkräfte bezüglich der Handhabung von Screening-Bögen zu schulen und eine verstärkte *Awareness* für das Thema Ernährung zu schaffen.

### **Und abschließend: Die Umsetzung welcher dieser Ideen und Lösungsvorschläge würden Sie sich am dringendsten wünschen bzw. wäre am einfachsten schnell zu realisieren?**

Oberste Priorität sollte sein, dass alle Patienten automatisch bei Aufnahme in die Klinik oder in der ambulanten Praxis ein validiertes

<sup>5</sup> Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege

Screening auf Mangelernährung erhalten. Damit werden erste Anzeichen recht- und frühzeitig erkannt. Konsequenterweise sollte unmittelbar danach mittels einer Notwendigkeitsbescheinigung eine individuelle fachlich qualifizierte Ernährungstherapie eingeleitet werden, um dem Fortschreiten der Mangelernährung entgegenzuwirken. Die Ernährungsfachkraft beurteilt den genauen Ernährungszustand mittels eines Ernährungsassessments und gibt ihre Einschätzung zusammen mit dem Therapiebericht zurück an den behandelnden Arzt.

Ernährungstherapie ist nicht die Aufgabe nur einer Berufsgruppe. Es ist eine interdisziplinäre Aufgabe! Menschen, die krankheitsbedingt Gewicht verlieren und unter Mangelernährung leiden, sind vergleichbar mit einer Kerze, die von beiden Seiten brennt. Das „Brennen an 2 Enden“ kann nur unterbunden werden, wenn es ein Ablaufschema bzw. einen Algorithmus [Anm. d. Redaktion: s. ♦ Kasten] gibt, an dem sich alle beteiligen und der für alle verbindlich ist!

**Frau Contzen, wir bedanken uns für dieses sehr aufschlussreiche Gespräch.**

Das Interview für die ERNÄHRUNGSUMSCHAU führte Dr. Sabine Schmidt.

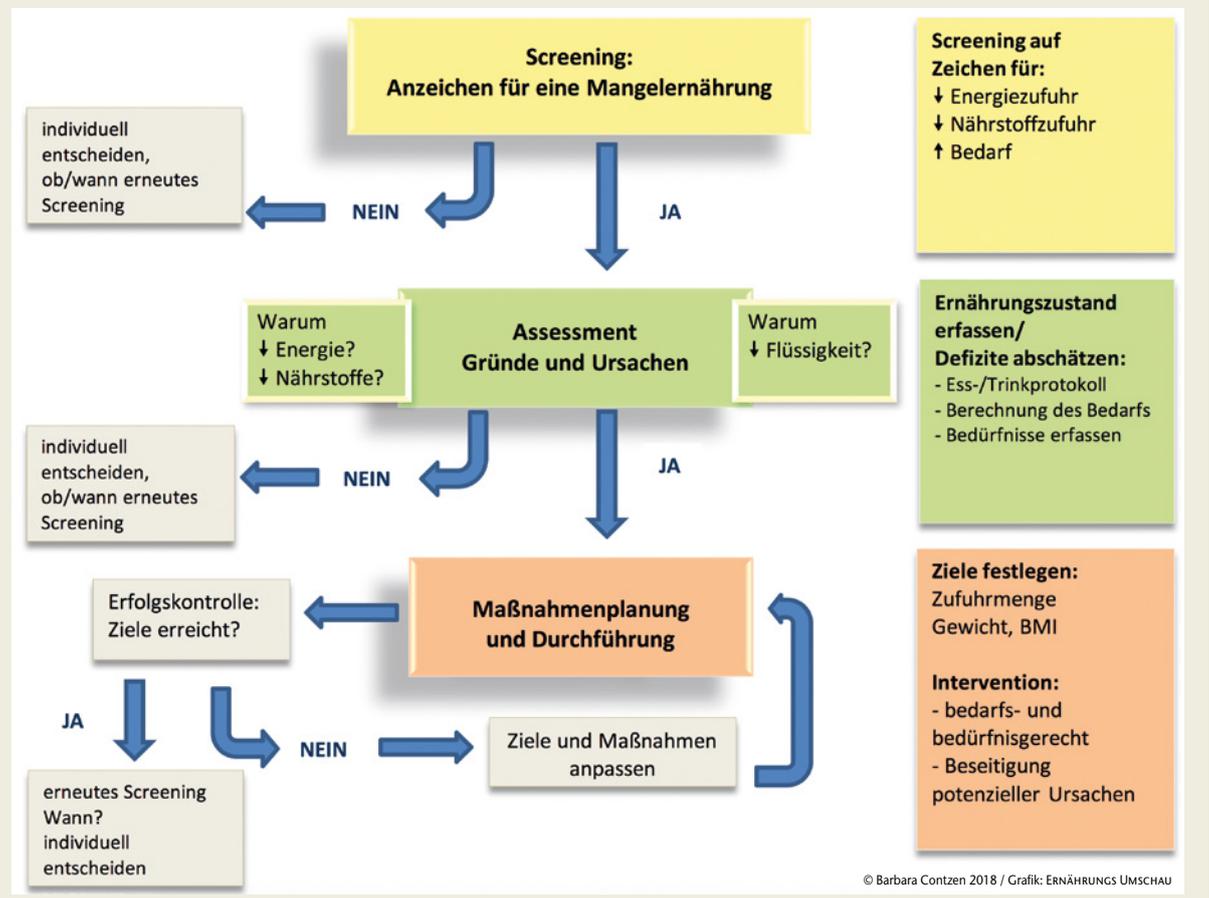
**Barbara Contzen**

Staatl. anerk. Diätassistentin, VDD-zertifiziert  
Meine Ernährungswerkstatt  
info@meine-ernaehrungswerkstatt.de

### Algorithmus zur Erkennung und Behandlung von Mangelernährung

Stationär wie ambulant ist folgender Dreiklang abzuarbeiten:

1. Anzeichen einer Mangelernährung erkennen: verbindliches standardisiertes Screening des Ernährungsstatus
2. Planung der ernährungstherapeutischen Maßnahme unter Mitwirkung einer Ernährungsfachkraft. Assessment des Ernährungsproblems durch die Ernährungsfachkraft
3. Handlung: Ernährungsfachkraft führt ein Ernährungsassessment wie z. B. den PG-SGA (*Patient Generated Subjective Global Assessment*, s. auch S. M689) und die Einleitung einer individuell auf die Bedürfnisse und den Bedarf des Patienten abgestimmte Ernährungstherapie durch. Sie erstellt einen Therapiebericht mit indikationsabhängigen Informationen für den weiterversorgenden Arzt.



© Barbara Contzen 2018 / Grafik: ERNÄHRUNGSUMSCHAU