

## **Mangelernährung in deutschen Kliniken – Wie kann die Küche die Ernährungsmedizin der Klinik unterstützen?**

Jomo Symposium "MehrWert durch die Küche – Perspektiven für mehr Profit durch Profil in der Klinikversorgung"

Klaus W. Uedelhofen

November 2009

## **Bedeutung der Mangelernährung in Deutschland**

## Das Problem der krankheitsbedingten Mangelernährung ist in unserer Gesellschaft nach wie vor fast unbekannt

Hohe Prävalenz der Mangelernährung<sup>1,2)</sup>

Übergewicht

Problem !

Krankheitsbedingte Mangelernährung

Problem nicht wahrgenommen!

Hungersnot

Problem !

- **Jeder zweite bis fünfte Krankenhauspatient (20-50%)**
- **Über die Hälfte aller geriatrischen Patienten in der Klinik (56%)**
- **Jeder dritte gastroenterologische Patient (33%)**
- **Weit über ein Drittel der Krebs/Tumorpatienten (38%)**

## Mangelernährung wird in Deutschland kaum thematisiert, weil sie nicht „gesehen“ wird

**1** Mangelernährung tritt hauptsächlich in Lebensbereichen auf, die als bedrohlich empfunden und **gemieden** werden

### Lebensumstände

- Älter werden
- Armut
- Trauer
- Isolation

### Krankheit

- Chronische Krankheiten
- Operationen
- Physische Behinderungen
- Psychische Probleme
- Medikamenteneffekte

### Medizinische Einrichtungen

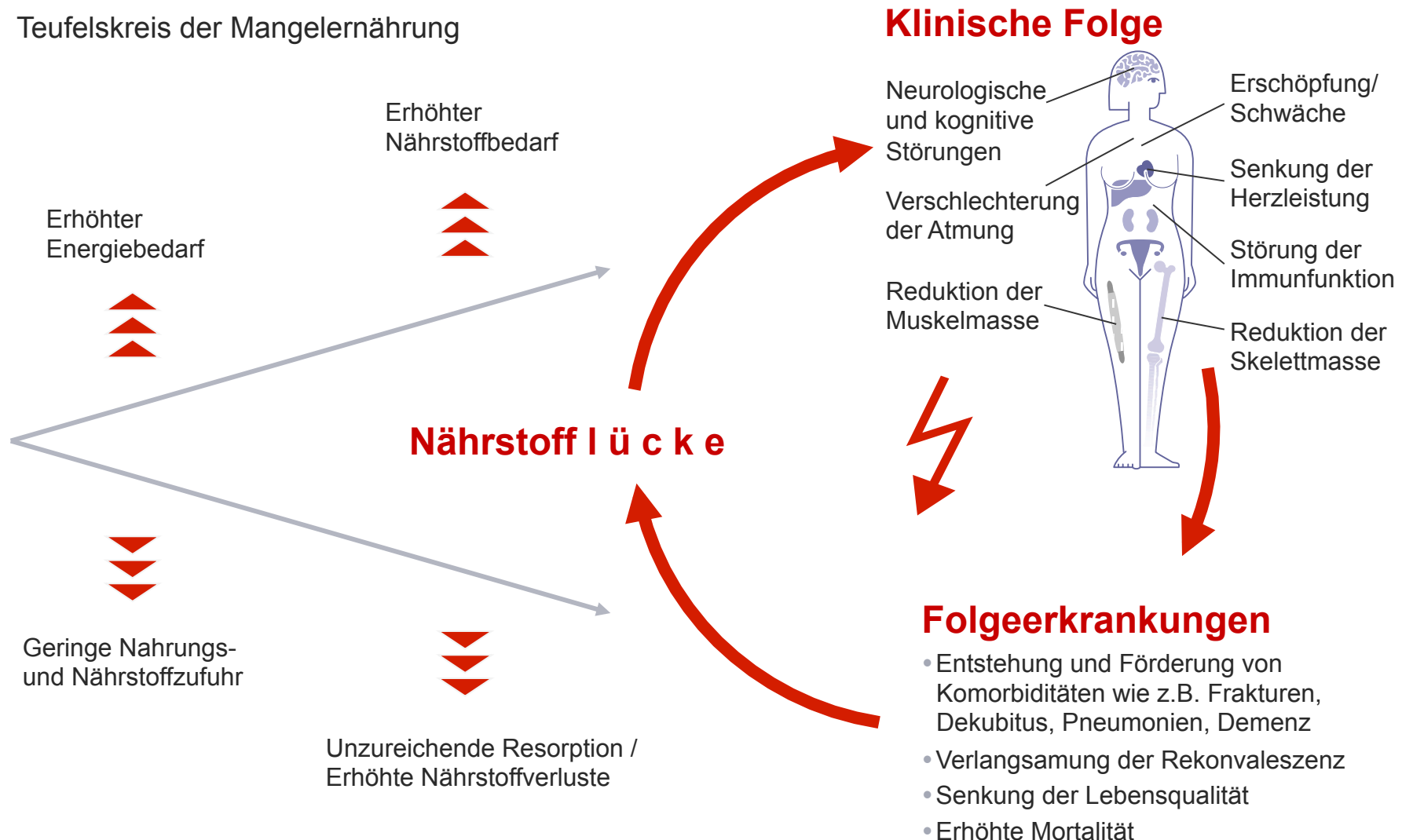
- Krankenhäuser
- Pflegeeinrichtungen
- Therapiezentren

**2** Mangelernährung wird **nicht als spezifisches Phänomen erkannt**, weil sie in Verbindung mit anderen Beschwerden auftritt

**3** Mangelernährte **entsprechen nicht** unseren **Vorstellungen** von besonders dünnen Menschen

# Ein Nährstoffdefizit führt in den Teufelskreis der Mangelernährung – zunehmende Verschlechterung der Patientensituation

Teufelskreis der Mangelernährung



## Zahlreiche Ursachen – nicht selten in Kombination – können Auslöser für eine Mangelernährung sein

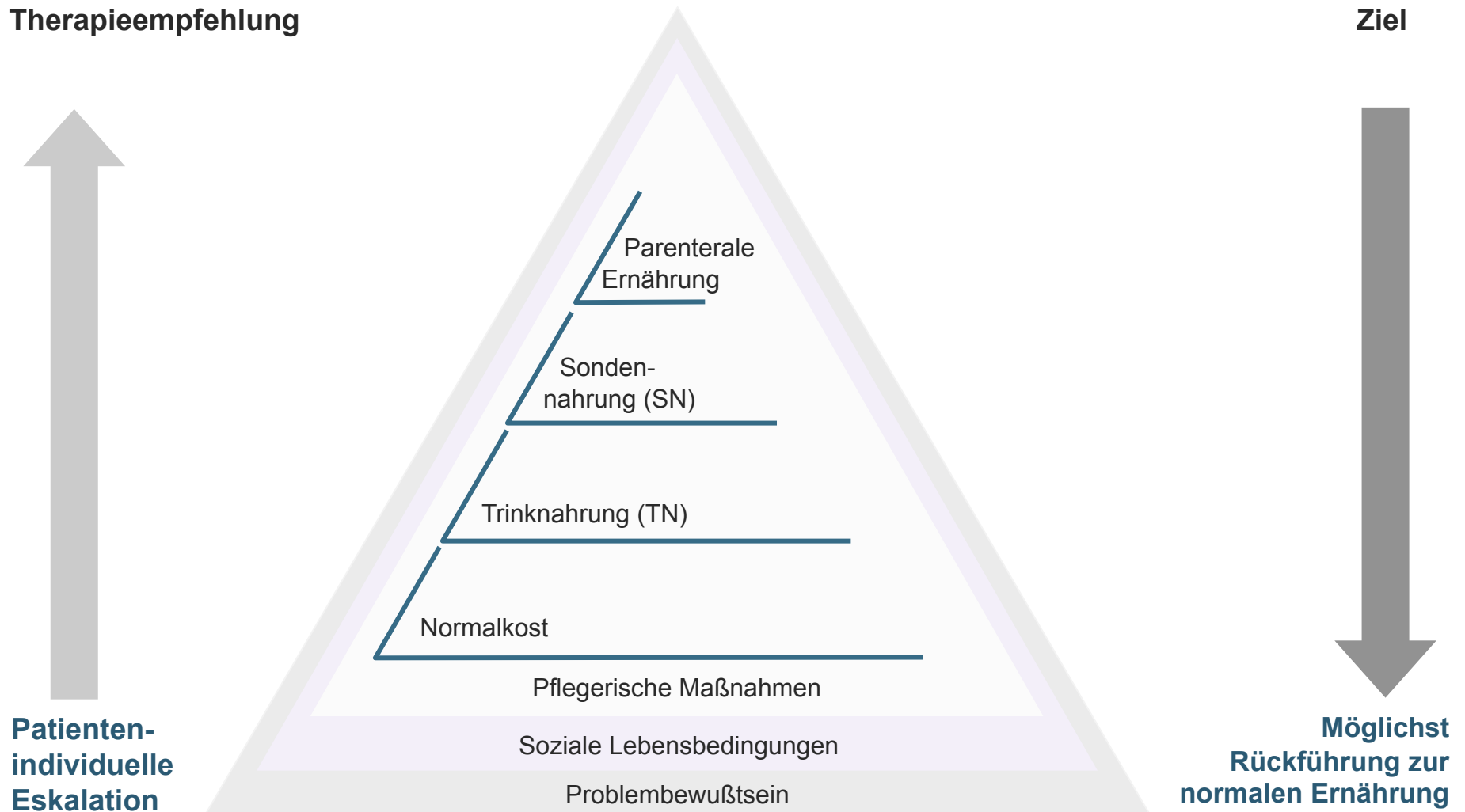
Ursachen der Mangelernährung



# Die frühe und adäquate ernährungstherapeutische Intervention ist ein entscheidender Erfolgsfaktor bei der Vermeidung von Mangelernährung

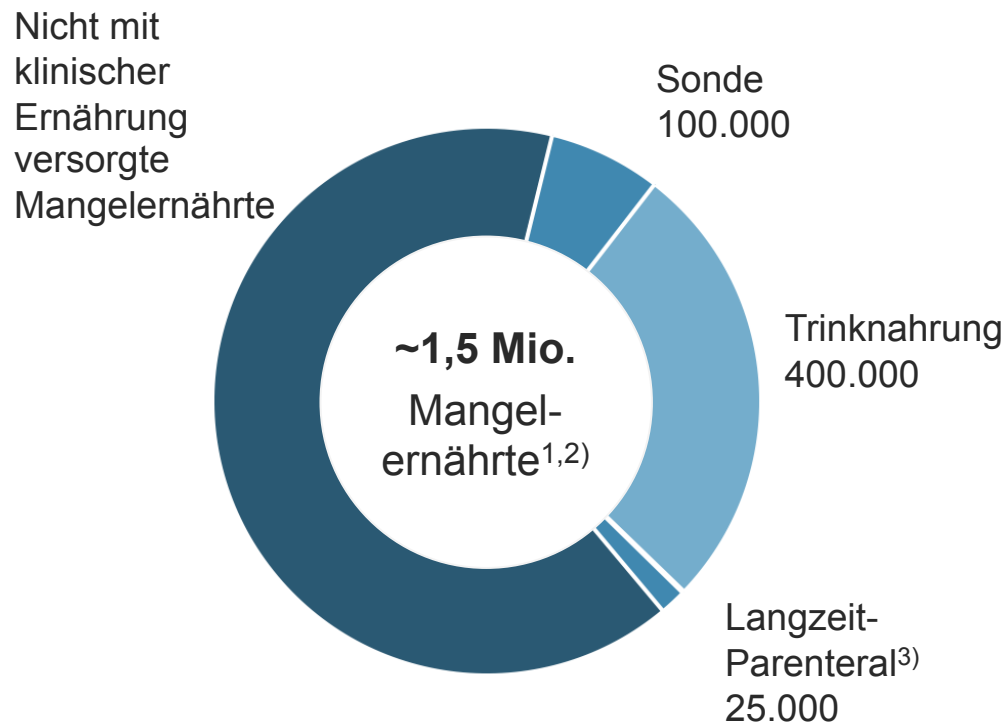
Therapieempfehlung

Ziel



## Selbst bei Anwendung der WHO-Bemessungsgrundlage für Mangelernährung erhält nur ca. ein Drittel eine klinische Ernährungstherapie

Schätzung Patientenanzahl / Jahr mit klinischer Ernährung



- Schwerstfälle, die lebenslänglich auf klinische Ernährung angewiesen sind
- Temporäre krankheitsbedingte klinische Ernährung
- Temporäre klinische Ernährung zur Beseitigung akuter Mangelernährungszustände

1) 2,3% (~1,5 Mio.) in der deutschen Bevölkerung  $\geq 18$  Jahre haben einen BMI  $< 18,5 \text{ kg/m}^2$  (Statistisches Bundesamt, 2003)

2) Der BMI als alleiniges Kriterium zur Diagnose der Mangelernährung ist nach gängiger wissenschaftlicher Auffassung nicht ausreichend bei krankheitsbedingter Mangelernährung. Es müssen zusätzliche Faktoren, wie ungewollter Gewichtsverlust, etc. hinzugezogen werden

3) Langzeit-parenteral ernährte Patienten im ambulanten Bereich (Punktprevalenz von 3.000 Patienten, über 6 Wochen ernährt)

Quelle: Herstellerangaben / CEPTON

## **Die Europäische Union hat zum Handeln aufgefordert und Empfehlungen zur Reduktion der Mangelernährung abgegeben**

Council of Europe Resolution, 2003

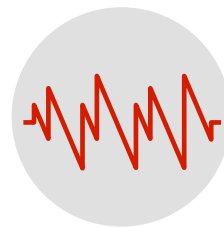
**“Der Europarat verweist auf die inakzeptabel hohe Zahl unternährter Krankenhauspatienten und fordert die europäischen Regierungen zur Verbesserung der ernährungsmedizinischen Praxis auf”<sup>1)</sup>**

- **Klar geregelte Diagnostik**
- **Verbesserung der ernährungstherapeutischen Qualifikation**
- **Individuelle Ernährungstherapie und Patientenschulung**
- **Integrierte Versorgung durch Kooperationen**
- **Integration der Ernährung in den klinischen Therapieplan**

## **Kostenabschätzung für Mangelernährung**

## In der Cepton-Studie wurde erstmals eine umfassende „Cost of Illness“ Betrachtung angestellt

Welche Kosten  
entstehen durch  
Mangelernährung  
zusätzlich im  
deutschen  
Gesundheitssystem?

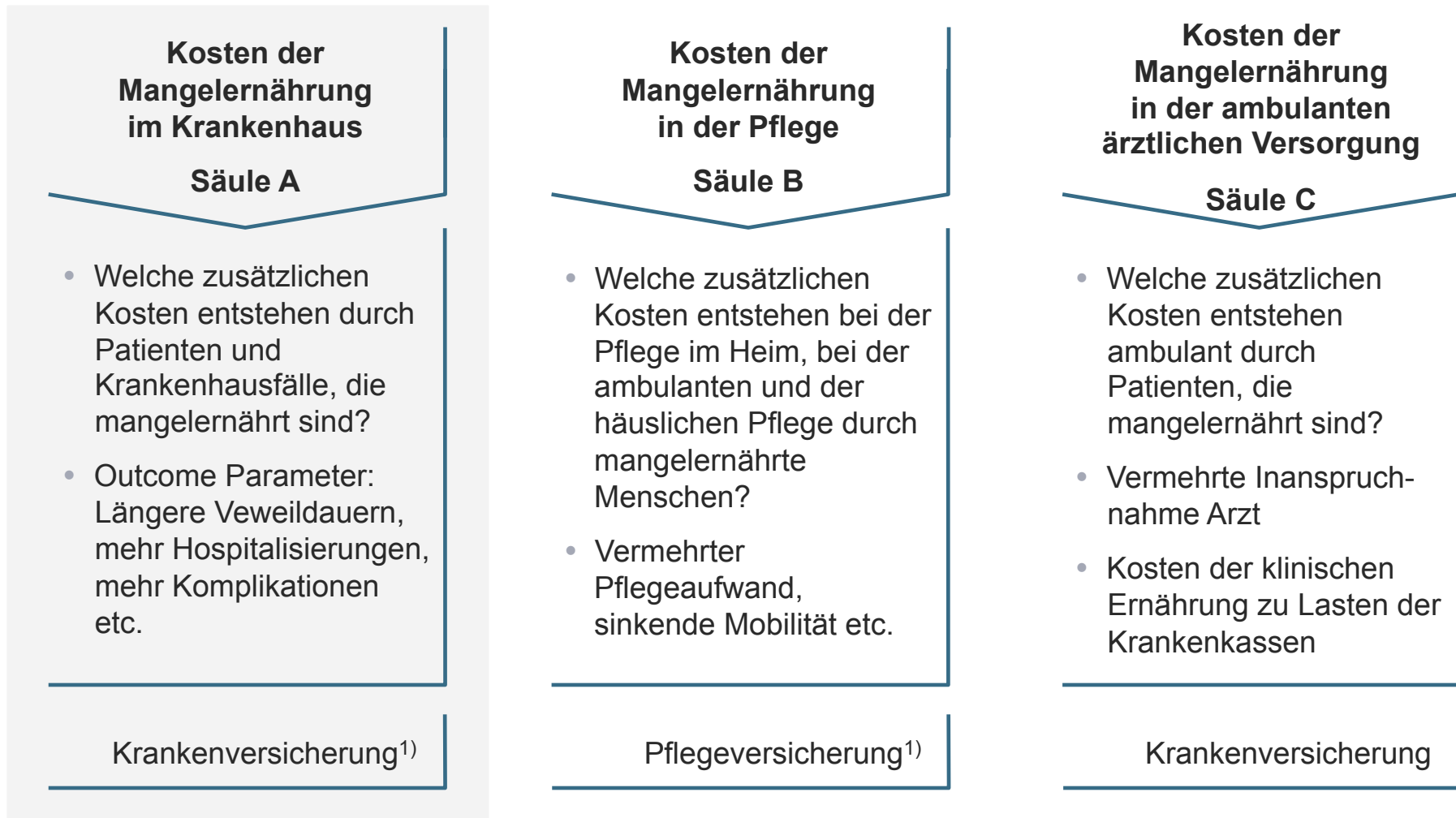


### Hindernisse

- Geringe **Anzahl** von **Studien** und unterschiedliche Betrachtungsansätze
- **Sektorbezogene** Betrachtungen
- Geringe **statistische Datenbasis**
- **Qualität** der Studien (aufgrund der Kosten) z.T. geringer als beispielsweise bei pharmazeutischen Studien
- Generelles Problem der **Multifaktorialität** von Krankheit und Ernährung insb. bei der Intervention

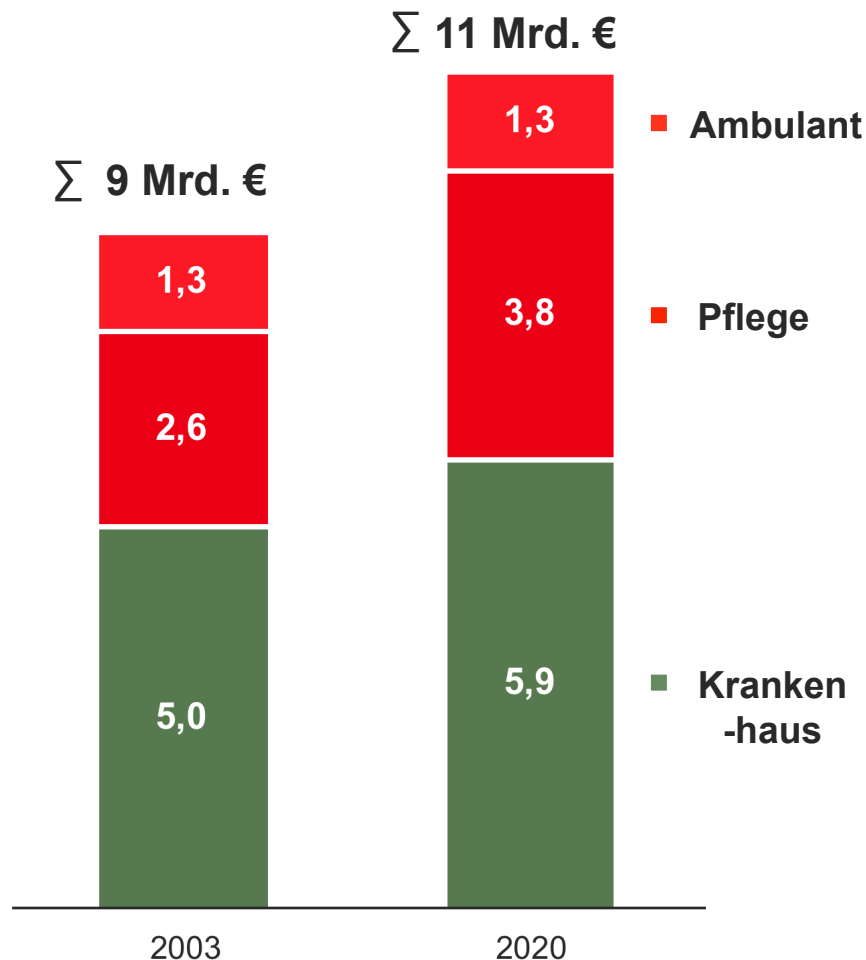
# Die Gesamtkosten der Mangelernährung setzen sich näherungsweise aus den in den einzelnen „Sektoren“ anfallenden Kosten zusammen

Vorgehensweise



## Mangelernährung ist mit 9 Milliarden zusätzlich verursachten Kosten ein ökonomisch bedeutendes Problem für das deutsche Gesundheitssystem

Zusätzliche Kosten durch krankheitsbedingte Mangelernährung in Deutschland



- Zusatzkosten für Mangelernährung haben **bedeutenden Anteil** an den Gesamtbehandlungskosten (8%)
- Stationärer Bereich mehr als die Hälfte (jedoch **cave crosssektorale Verschiebungen!**)
- Bis 2020 **deutlicher Anstieg** auf 11 Mrd. € (+22%)
- Größter Anstieg **Pflegebereich** (+46%)
- Im Vergleich zu den Kosteneinsparpotentialen sind die Kosten für Ernährungstherapie gering

**Die Studie hat auch für einzelne Indikationen klinische und gesundheitsökonomische Effekte detailliert betrachtet**

**Viszeralchirurgie**

**Enhanced Recovery  
After Surgery**

**Krebspatienten**

**Geriatric**

**Morbus Crohn und  
Mukoviszidose bei Kindern**

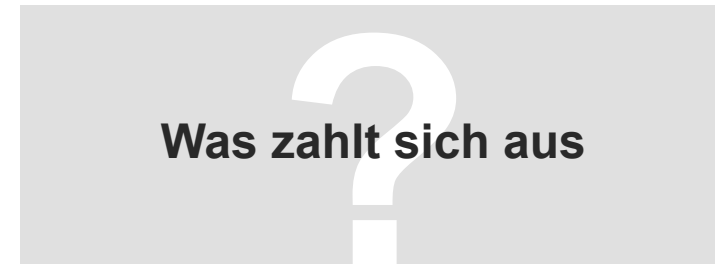
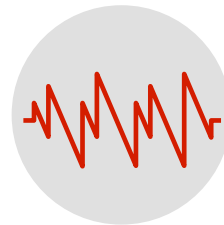
## **Handlungsfelder für die Klinik und für die „Küche“**

## Perspektiven ergeben sich aus dem Wechsel von einer reinen Kosten- hin zu einer Mehrwertbetrachtung

Outcomeorientierte Fragestellung



- Ressourcenbasiert
- Fehlendes Kriterium zur Mittelallokation
- Kein Bezug zum Gegenwert = Nutzen

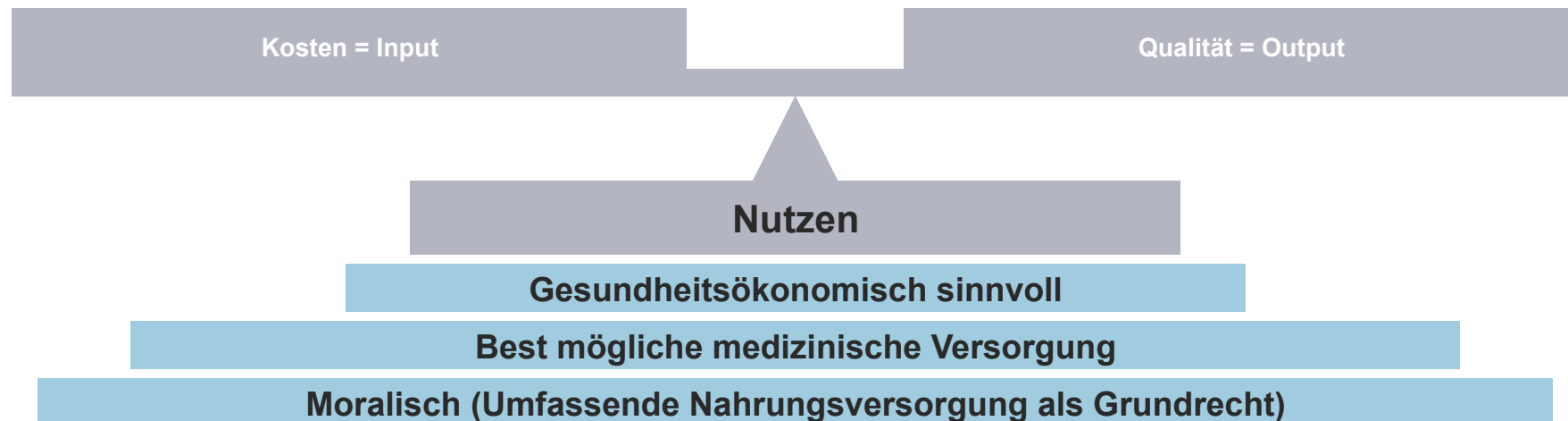


- Ergebnis- / Outcomeorientiert (Mehrwert)
- Nutzenkategorie und –perspektive ist definiert
- Klares Kriterium zur Mittelallokation

**Knapper werdende Mittel**

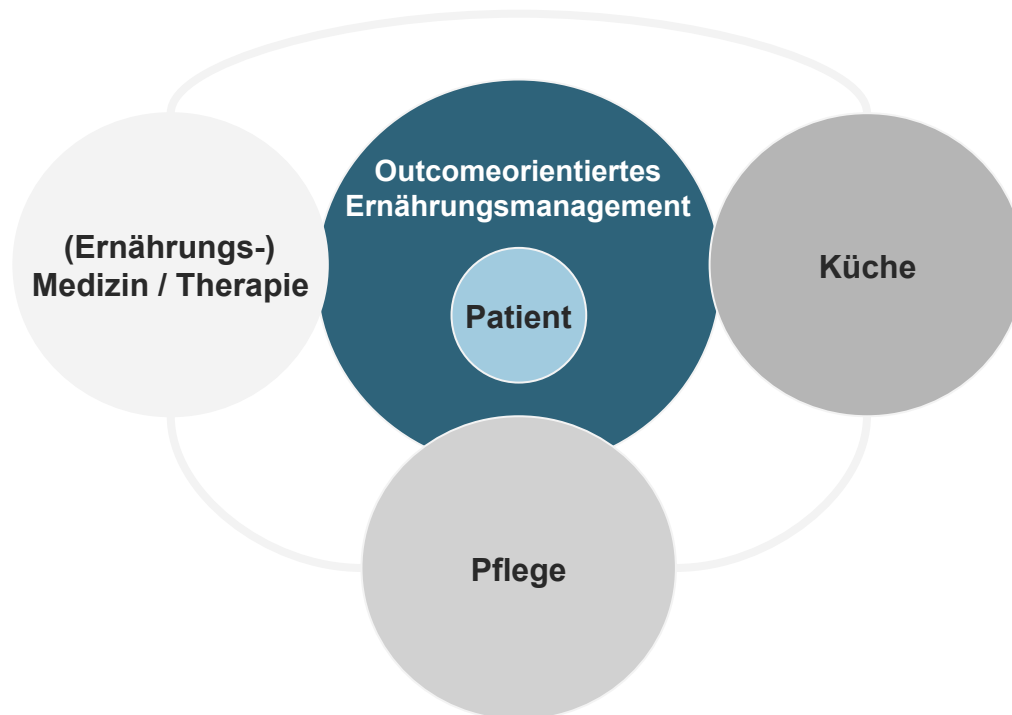
## Für viele Therapien existieren direkte und indirekte Nutzeneffekte, die durch Ernährung(smedizin) mit beeinflusst werden

- Kosten des Produkts
- Kosten der Dienstleistung
- Kosten der Therapie
- Folgekosten (z.B. Rehabilitation etc.)
- Begleitende Behandlungskosten (z.B. Arzneimitteltherapie)
- Dauer des Kostenanfalls (Krankheitsdauer)
- Länge des Arbeitsausfalls (indirekte Kosten)
- Verminderung des Krankheitszustands
- Abkürzung des Krankheitsverlaufs
- Verhinderung unerwünschter Nebenwirkungen
- Verbesserung der Lebensqualität (Schmerzfreiheit, Mobilität, Wahrnehmungsfähigkeit, Leistungsfähigkeit, Schlaf, soziale Kontakte etc.)
- Verlängerung des Lebens (Mortalität)
- Sicherheit/Erfolgsrate der Behandlung
- Risikominimierung



# Dienstleistungen die ein integriertes Ernährungsmanagement unterstützen schaffen Mehrwert für Patient und Klinik

Ansätze für Mehrwertdienste

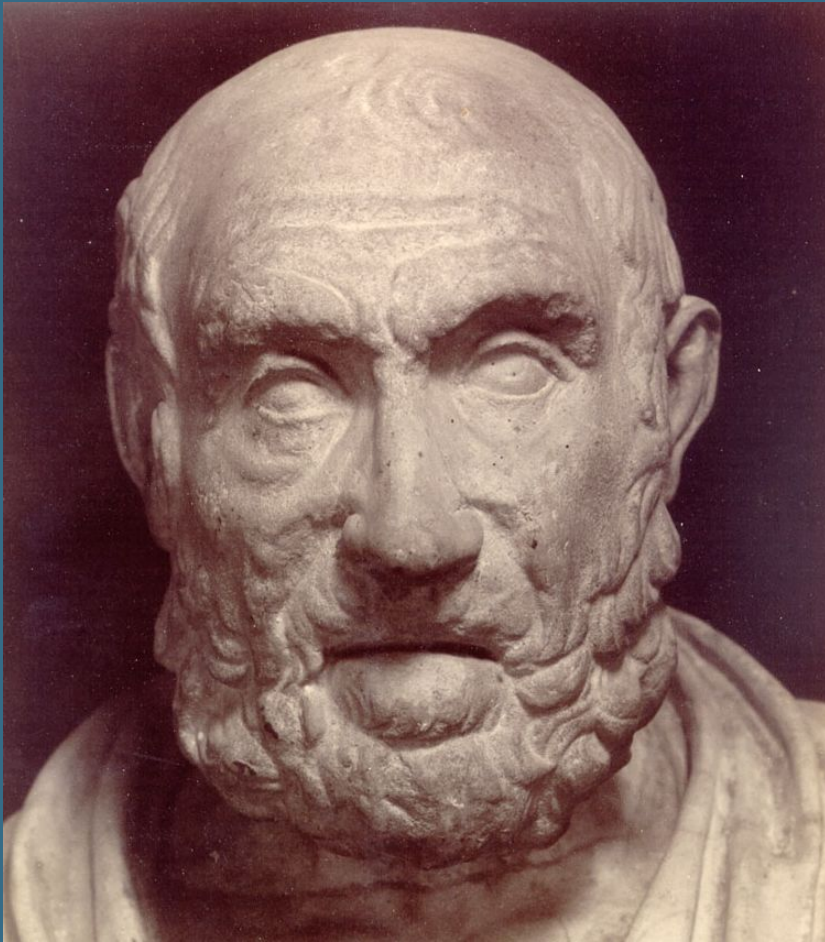


## Inhalte

- Ernährungsscreening
- Individueller Ernährungsplan
  - Abstimmung m. Therapie
  - Einschl. klin. Ernährung
  - Perioperatives Nahrungsmanagement
  - Etc.
- Umsetzungskontrolle
- Erfolgskontrolle

## Prinzipien

- Interdisziplinär
- Patientenzentriert
- Flexibel
- Umsetzungsorientiert
- Erfolgsbasiert



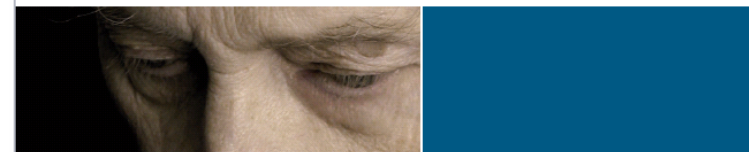
Hippokrates von Kós, Arzt  
460 – 375 v. Chr.

**“Deine Nahrungsmittel  
seien deine Heilmittel”**



## Mangelernährung in Deutschland

Eine Studie zu den ökonomischen Auswirkungen krankheitsbedingter Mangelernährung und beispielhafte Darstellung des Nutzenbeitrags enteraler Ernährungskonzepte



**Mangelernährung in deutschen Kliniken – Wie kann die Küche die Ernährungsmedizin der Klinik unterstützen?**

Jomo Symposium "MehrWert durch die Küche – Perspektiven für mehr Profit durch Profil in der Klinikversorgung"

Klaus W. Uedelhofen

November 2009