

Essen im Krankenhaus

Minister Lauterbach will die Zustände an den Kliniken verbessern – für die Verpflegung gilt das nicht

Seine Mangelernährung war bereits fortgeschritten. 30 Kilogramm hatte Thorsten Bachmann innerhalb kürzester Zeit verloren, als er zur Operation ins Krankenhaus ging. Mehrere Monate litt der Kunsttherapeut aus Berlin unter massiven Schluckbeschwerden. Bei ihm wurde eine Magenspiegelung gemacht, er erhielt schließlich die Diagnose Magenkrebs und bereitete seinen Körper mit einer zehrenden Chemotherapie auf den Eingriff vor. Im vergangenen Oktober entfernten Chirurgen seinen Magen.

Gut erinnert sich der 65-Jährige an die Zeit nach dem Aufwachen. „Als ich frisch operiert auf dem Bett lag, kam ein Mann mit Laptop ins Zimmer und fragte mich: ‚Was wollen Sie denn essen?‘ – dabei hätte eigentlich ich Beratung gebraucht, was ich jetzt beachten muss.“ Einige Tage nach dem Eingriff servierte ihm die Klinik bereits Leberkäse mit Erbsen, so ziemlich das Gegenteil von Schönkost. Die Mahlzeiten bekam der Patient weiterhin dreimal am Tag, anstelle von vielen kleinen Portionen, wie sie für Menschen geeignet wären, bei denen alle Nahrung ohne Zwischenschritte direkt im Darm landet. „Die haben da ihr Schema, von dem sie nicht abweichen“, sagt Bachmann.

Der Onkologe Markus Schuler, der Bachmann ambulant betreut, kennt solche Erfahrungen. Er spricht von der „klassischen Odyssee“ vieler Patient:innen: „Wir hätten viel weniger Komplikationen, Nebenwirkungen und auch psychologische Probleme, wenn die Kliniken sich um den Ernährungszustand ihrer Patienten kümmern würden. In vielen Fällen wird eine Mangelernährung gar nicht erkannt und behandelt.“

Geht es nach medizinischen Fachgesellschaften, soll sich das ändern. Auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) haben sie Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) aufgefordert, im Zuge seiner Krankenhausreform die Ernährungstherapie fest in den Kliniken zu verankern. 24 Gesellschaften unterstützen den Appell, darunter die Fachorganisationen für Innere Medizin und Geriatrie (Altersmedizin), die Krebs- und die Diabetesgesellschaft – ein ungewöhnlich breites Bündnis.

Studien zufolge gelten 20 bis 30 Prozent der Klinikpatient:innen als mangelernährt, also mit wichtigen Nährstoffen kritisch unterversorgt, argumentieren sie. In der Krebsmedizin oder bei älteren Menschen sind es sogar noch mehr. Betroffen seien bereits Säuglinge und Kinder, und auch vor stark übergewichtigen Patient:innen macht das Problem nicht Halt. Hier zeige sich der Mangel häufig durch den Verlust an Muskelmasse.

Das Problem: Von Mangelernährung Betroffene haben geringere Heilungschancen. Sie verkräften Operationen schlechter,



„Die haben da ihr Schema, von dem sie nicht abweichen.“ Blick in eine Krankenhausküche. IMAGO IMAGES

Erbsengericht nach Magen-OP

Ein Bündnis aus 24 medizinischen Fachgesellschaften beklagt Mangelernährung in Kliniken. Sie ist ein Problem vor allem für Krebskranke und alte Menschen

Von Martin Rücker

bei ihrer Behandlung kommt es häufiger zu Komplikationen, ihr Risiko zu sterben ist größer als bei normal Ernährten. Immer wieder belegen Untersuchungen, dass bis zu 20 Prozent der Todesfälle von Krebspatient:innen gar nicht auf ihre Erkrankung, sondern auf die Folgen einer Mangelernährung zurückgehen.

Ernährungstherapie verringert Komplikationen

Dennoch verzichten viele Kliniken darauf, den Ernährungszustand der Patient:innen zu screenen. Das Essen gilt in vielen Einrichtungen als mangelhaft, wozu auch das Verpflegungsmanagement unzureichend mit den medizinischen Abteilungen verknüpft, wie DGEM-Präsident Matthias Pirlich im Gespräch mit der FR beklagt: „30 Prozent des Essens wird nicht gegessen. In manchen deutschen Krankenhäusern können Patienten wochenlang liegen, nichts essen – und keiner merkt es.“

Mit seiner Krankenhausreform will Minister Lauterbach nicht nur die prekäre Finanzlage der Krankenhäuser verbessern, sondern auch die Qualität: Man habe es mit der „Ökonomisierung übertrieben“, künftig müssten die kranken Menschen „wieder im Mittelpunkt stehen“, so der SPD-Politiker bei einer Pressekonferenz. Bis zum Sommer will er die Eckpunkte seiner Reform in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe abgestimmt haben. Die Vorarbeit lagerte er an Expert:innen seiner eigens gegründeten „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ aus.

Den Titel des Gremiums greifen nun die Fachgesellschaften auf: Eine „moderne“ und „bedarfsgerechte“ Versorgung – da darf aus ihrer Sicht die Ernährungstherapie nicht fehlen. Tatsächlich haben Wissenschaftler:innen in den vergangenen Jahren eine erdrückende Evidenz zu Gunsten der Ernährungstherapie festgestellt, dass sich damit Patient:innen helfen lässt. Allen voran mit der groß angelegten

und 2018 im Fachjournal „The Lancet“ veröffentlichten „EFFORT“-Studie (siehe auch Interview gegenüber).

Für den Versuch ließ ein Schweizer Forschungsteam mehr als 1000 Klinikpatient:innen mit Mangelernährung und unterschiedlichen Diagnosen – Infektionen, Krebs, Herz-Kreislauf-, Magen-Darm-, Lungen-, Nieren- oder Stoffwechselerkrankungen – zehn Tage lang ernährungstherapeutisch versorgen. Sie erhielten eine individuell abgestimmte Kost und kompetente Ernährungsberatung. Nach einem Monat stellten die Forscher:innen fest: Das Risiko der Patient:innen, in diesem Zeitraum zu sterben, war mithilfe dieser kurzen Intervention um 35 Prozent gesunken. Als Vergleich diente eine Kontrollgruppe, in der ebenfalls gut 1000 mangelernährte Patient:innen mit vergleichbaren Diagnosen die normale Krankenhauskost erhalten hatten. Durch die Ernährungstherapie verringerten sich auch Zahl und Schwere von Komplikationen.

Im Schnitt rund fünf Euro pro Tag und Person für Essen

Ein Beispiel: Nach Möglichkeit sollen Operationen bei Krebskranken mit schlechtem Ernährungszustand erst dann erfolgen, wenn diese über einige Tage hinweg mit hochkalorischer Nahrung gestärkt wurden – viele Kliniken verzichten aber darauf, so Schuler: „Die Strukturen der Krankenhäuser geben das gar nicht her.“

Für einige Kliniken mag ein gutes Ernährungsmanagement ein Unterscheidungsmerkmal im Wettbewerb um Patient:innen sein, für andere ist es vor allem ein Kostenfaktor. 2018 ergab eine Befragung des Deutschen Krankenhausinstituts, dass die Häuser im Schnitt rund fünf Euro pro Tag und Person für Lebensmittel ausgaben – inflationsbereinigt waren das 14 Prozent weniger als noch 2006. Auch die Stellen für Diätassistent:innen sind rückläufig, und trotz ihrer Bedeutung ist die Ernährungsmedizin bislang nur eine freiwillige Zusatzqualifikation für Ärzt:innen, aber kein fester Bestandteil des Medizinstudiums. In ihrer Stellungnahme bemängeln die 24 Fachgesellschaften eine insgesamt ungenügende „Ernährungskompetenz“ in den Kliniken.

Gesundheitsministerium: Kein Handlungsbedarf

„Wir brauchen politische Regulierung“, fordert DGEM-Präsident Pirlich. Die Forderungen der Fachgesellschaften: Patient:innen sollten bei der Aufnahme in ein Krankenhaus „routinemäßig“ auf Mangelernährung untersucht und bei Bedarf eine individuelle Ernährungstherapie samt bedarfsgerechter Verpflegung erhalten. Zudem müssten die Kliniken „interprofessionelle Ernährungsteams“ einrichten. In solchen Teams arbeiten beispielsweise Ernährungsmediziner:innen, Diätassistent:innen, Ökotropholog:innen und geschulte Pflegekräfte eng abgestimmt mit den Kranken, die ein Risiko für Mangelernährung tragen. Expert:innen schätzen, dass bisher jedoch weniger als jede zehnte Klinik in Deutschland ein Ernährungsteam hat. Für Pirlich eine unverständliche Lücke: „Das ist so, als würden wir auf Hygienemaßnahmen verzichten“, so der Internist.

Im Gesundheitsministerium stoßen die Forderungen bislang nicht gerade auf offene Ohren. „Die Bundesregierung plant nicht, verpflichtende Ernährungsteams in Kliniken vorzuschreiben“, erklärt eine Sprecherin Lauterbachs auf Anfrage. Auch bei der Verpflegung sieht der Minister offenbar keinen politischen Handlungsbedarf: „Die Kliniken sind im Rahmen ihrer Organisationshoheit selbst für die Verpflegung im Krankenhaus verantwortlich“, so die Sprecherin.

Was das bedeuten kann, hat Thorsten Bachmann nach seiner Magen-OP erfahren. Dabei hatte er noch Glück: Die ambulante Praxis von Markus Schuler konnte ihn in ein Studienprojekt aufnehmen. Das ermöglichte engmaschigere Untersuchungen, zudem vermittelte der Onkologe ihm eine Ernährungsberatung. Bachmann holte sich auf diesem Wege selbst jene Ernährungskompetenz, die er im Krankenhaus vermisste. Die meisten anderen Patienten können nach dem Stand der Dinge nicht auf eine ähnliche Begleitung hoffen.

„Wir könnten viele Todesfälle vermeiden“

Der Medizinprofessor Philipp Schütz über die Ignoranz in Kliniken und Politik – und was Deutschland von der Schweiz lernen kann

Ein Interview von Martin Rücker

Professor Schütz, mit Ihrer Forschung konnten Sie belegen, dass Ernährungstherapie im Krankenhaus Leben retten kann. Warum gehört sie nicht längst zum Standard?

Der Hauptpunkt ist Ignoranz, im Klinikmanagement und in der Politik. Wir geben viel Geld für Medikamente aus, die viel teurer und viel weniger effizient sind. Dagegen ist die Ernährungstherapie lange in eine falsche Ecke gedrängt worden. In der Medizin hatte sie einen Ruf wie Homöopathie, dass sie wahrscheinlich nicht viel bringt. Lange Zeit fehlten gute klinische Studien. Das hat sich aber geändert: Wir haben die Evidenz, dass die Mortalität durch Ernährungsmaßnahmen im Krankenhaus sinkt und Patienten auch punkto Lebensqualität und Funktionalität profitieren. Seitdem nimmt die Skepsis in der Ärzteschaft ab, die Kliniken setzen sich damit auseinander. Es braucht aber noch einige Aufklärungsarbeit. Wir könnten viele Todesfälle vermeiden.

Mancher Krankenhausverantwortliche bezweifelt, dass Änderungen bei der Ernährung in den wenigen Tagen im Krankenhaus so viel bewirken.

Das ist empirisch eindeutig belegt. In unserer Studie haben wir große Effekte in nur zehn Tagen erreicht. Wichtig ist, gleich bei der Klini-

kaufnahme ein Screening auf Mangelernährung durchzuführen, damit wir keine Zeit verlieren. Ob kranke Menschen jeden Tag 200 Kilokalorien und 30 Gramm Eiweiß mehr oder weniger essen, das summiert sich. Zudem sinkt die Rehospitalisierungsrate, wenn wir die Patienten auch für die Zeit nach ihrer Entlassung beraten. Ernährungstherapie lohnt sich also in jeder Hinsicht. Das Problem ist, dass viele Kliniken unterfinanziert sind. Es ist daher nicht die günstigste Zeit, um neue Programme ins Leben zu rufen.

Wenn Sie von Ernährungstherapie sprechen: Welche Änderungen wären am wichtigsten?

Als erstes das Screening der Patienten, um Mangelernährung früh zu erkennen. Für die Betroffenen muss dann im Team der Ernährungsberater und der Krankenhausküche ein individuell zugeschnittener Therapieplan erstellt werden. Die Probleme liegen sehr unterschiedlich: Die einen haben Schluckbeschwerden, andere eine Diabetes- oder Schilddrüsenerkrankung, oder ihnen fehlt wegen ihrer Krankheit einfach der Appetit. Entsprechend angepasst muss auch die Verpflegung sein. Außerdem ist Essen etwas sehr Persönliches. Es ist deshalb wichtig, die Patienten mit einzubeziehen. Nur so können wir ihnen etwas mitgeben, was

ZUR PERSON



Philipp Schütz (46) ist Chefarzt am Kantonsspital Aarau und Professor für Innere Medizin und Endokrinologie an der Universität Basel. In seiner weltweit beachteten „Effort-Studie“ von 2018 zeigte er, welchen Nutzen Ernährungstherapie im Krankenhaus hat. mrü KANTONSSPITAL AARAU

sie auch nach der Entlassung aus der Klinik umsetzen können.

Hat Ihre Forschung in der Schweiz zu Verbesserungen geführt?

Wir sehen deutliche Fortschritte. Neu wird das Mangelernährungsmanagement in der Klinik in den Qualitätsvertrag zwischen Kliniken und dem Bundesamt für Gesundheit aufgenommen. Wir sind gerade dabei, mit dem Dachverband der Krankenhäuser spezifische Kriterien festzulegen. Zum Beispiel werden die Kliniken mindestens 90 Prozent ihrer Patienten auf Mangelernährung screenen und ihnen dann eine Er-

nährungsberatung anbieten müssen. Erreichen sie die Vorgaben aus dem Qualitätsvertrag nicht, werden finanzielle Abschläge fällig. Das wird das Interesse der Kliniken weiter steigern. Schon heute haben wir in der Schweiz etwas bessere Bedingungen als in Deutschland, weil die Ernährungstherapie bei den Fallpauschalen besser vergütet wird. Deshalb gibt es in fast allen größeren Kliniken interdisziplinäre Ernährungsteams, die sich um die Patienten kümmern.

Viele Tumorpatient:innen, aber auch Menschen mit Diabetes oder Adipositas, erhalten in Deutschland keine Ernährungstherapie. Müsste sich auch ambulant etwas ändern?

Es wäre für die Patienten enorm wichtig, dass eine Ernährungsberatung von den Kassen bezahlt wird. Es gibt in der Gesundheitspolitik immer die Angst vor Kostensteigerungen. Für die Ernährungstherapie in der Klinik konnten wir zeigen, dass sie nicht nur den Patienten hilft, sondern auch sehr kosteneffizient ist. Ich denke, dass wir auch mit ambulanter Ernährungsberatung die Mortalität senken und zudem Kosten sparen können, weil die spätere Behandlung ohne diese Prävention teurer wird. Diese These überprüfen wir gerade mit einer neuen Studie, dem „EFFORT II“-Versuch.



Dem Krankenhausessen fehlen oft wichtige Nährstoffe – auch wenn diese Mahlzeit hier ganz gut aussieht. IMAGO IMAGES