

Ein Diskussionsbeitrag

Ernährung in der Spitalmedizin

KD Dr. med. Elisabeth Weber^a, PD Dr. med. Andreas D. Kistler^b, PD Dr. med. Lars C. Huber^a^a Klinik für Innere Medizin, Stadtspital Triemli, Zürich; ^b Klinik für Innere Medizin, Kantonsspital Frauenfeld

Die EFFORT-Studie [1] hat das Thema Ernährung in der Spitalmedizin wieder verstärkt in den Fokus gerückt. Die zusammengefassten Resultate einer interprofessionellen Diskussionsrunde wurden kürzlich an dieser Stelle publiziert [2]. Als wichtiger Faktor im Genesungsprozess verdient das Thema Ernährung Sensibilisierung. Die Einführung eines zusätzlichen SIWF-Schwerpunktes «Klinische Ernährung» – wie vorgeschlagen – ist dazu aber nicht zielführend.

Viel zu oft gehen im Schatten des technischen Fortschritts in der Medizin und der wachsenden Zahl pharmakologischer Therapien die einfachen, aber wesentlichen Grundvoraussetzungen für die Genesung wie Ernährung, Bewegung und Zuwendung vergessen. Es verdient daher Beachtung, dass über die Ernährung differenziert diskutiert und auf methodisch hohem Niveau geforscht wird. Wir können nur unterstützen, dass diese Themen vermehrt in den Fokus der Forschung rücken und – bei nachgewiesener Evidenz – in die ärztliche Aus- und Weiterbildung einfließen. Auch wenn – oder gerade weil damit kein Geld zu verdienen ist. Wir möchten aber ein paar Punkte zur Diskussion beitragen, auch weil im erwähnten Artikel [2] mehrere Aspekte angesprochen werden, die für die heutigen Entwicklungen in der Medizin über das Thema der Ernährung hinaus von Bedeutung sind:

Ganzheitliche Behandlung fördern

Erstens wagen wir die Sinnhaftigkeit eines «Schwerpunkttitels Klinische Ernährung», wie er von den Autoren propagiert wird, anzuzweifeln. Es gehört unseres Erachtens zu den ärztlichen Kernkompetenzen, die multiplen Entstehungsfaktoren akuter und chronischer Erkrankungen wie auch die mannigfaltigen Auswirkungen dieser Erkrankungen zu erkennen und in die Behandlung miteinzubeziehen. Dies gilt in besonderem Masse für Internisten, denn ohne diese integrative Leistung werden wir einem unserer wichtigsten Ansprüche, nämlich dem Schutz des Patienten vor Über-, Unter- und Fehlversorgung, nicht gerecht. Multifaktorielle Diagnosen und Begleiterkrankungen sind das tägliche Brot des Internisten: Mangelernährung, chronische Schmerzen, venöse Thromboembolie, Elektrolytstörungen, Gebrechlichkeit – die Liste ist

endlos. Das Lösen dieser Probleme durch eigens dafür geschaffene Schwerpunktträger führt zu einer Fragmentierung der Medizin, der wir sehr kritisch gegenüberstehen. Wir sind mit den Autoren einig, dass viele medizinische Fachrichtungen sich oft auf die Therapie der Grunderkrankung konzentrieren und Begleitprobleme wenig berücksichtigen. Ziel sollte demnach sein, das Bewusstsein für die Relevanz dieser Themen bei allen Ärzten und Pflegenden zu fördern – und eben gerade nicht an einen weiteren Spezialisten zu delegieren. So kann sich der behandelnde Arzt dem Patienten multidimensional widmen und einzelne Aspekte davon – im Sinne von «choosing wisely» und «shared decision making» – in die ganzheitliche Behandlung einbeziehen. Am Beispiel der Mangelernährung kann dies im Einzelfall auch heissen, dass die Bedürfnisse des Patienten diametral zur Ernährungsintervention stehen.

Evidenzlage

Zweitens wird die aktuell immer noch unzureichende Evidenz zum Thema Mangelernährung bei internistischen Patienten von den Autoren zwar erwähnt, im Windschatten der in diesem Jahr vom gleichen Autor publizierten EFFORT-Studie [1] scheint diese Tatsache aber etwas in den Hintergrund geraten zu sein. Während es sich bei der erwähnten Studie um eine der wenigen qualitativ hochstehenden und positiven Interventionsstudien zu diesem Thema handelt, haben zwei grosse Metaanalysen [3, 4] bis auf eine signifikant kürzere Hospitalisationsdauer und den Trend zu einer reduzierten Rehospitalisierungsrate keinen Nutzen zeigen können. Interessanterweise konnten gerade diese beiden Signale von der EFFORT-Studie nicht bestätigt werden. Wir finden: Neue Evidenz muss in die

medizinische Entscheidungsfindung und in die Patientenbehandlung einfließen. Zugleich haben wir aber Bedenken, wenn die medizinische Praxis aufgrund einer einzelnen positiven Studie geändert wird. Generell plädieren wir dafür, neue Erkenntnisse immer im Gesamtkontext des bisherigen Wissensstandes zu beurteilen.

Kosten vs. Sinnhaftigkeit einer Intervention

Schliesslich – und das ist unser dritter Punkt – greifen die Autoren die Kostenfrage auf, die sich unweigerlich bei solchen Themen im Spital stellt. Es steht ausser Frage, dass in Zeiten steigender Gesundheitskosten therapeutische Interventionen nicht nur hinsichtlich ihres Nutzens, sondern auch hinsichtlich des Aufwandes beurteilt werden. In diesem Sinne muss sicherlich darauf geachtet werden, dass der vom Spital geleistete Aufwand durch das DRG-Entgelt vollständig gedeckt wird. Strategische Entscheide zur Angebotserweiterung von Spitälern scheinen aber zunehmend nicht durch die medizinische Sinnhaftigkeit, also den Nutzen für die Patienten, sondern durch die Aussicht auf höhere DRG-Erträge gesteuert zu sein. Wir sind grundsätzlich der Meinung, dass weder das Argument eines steigenden Gesamterlöses noch die Angst vor ungedeckten und nicht übernommenen Kosten darüber entscheiden soll, ob eine medizinisch sinnvolle Intervention umgesetzt wird. Gemäss einer weiteren Schweizer Arbeit – in welcher Kosten und Ertrag differenziert aufgerechnet werden – kann zumindest im

Falle der Diagnose Mangelernährung von einer adäquaten Kostendeckung ausgegangen werden: d.h. ohne Verlust, aber auch ohne Ertragssteigerung [5]. Zusammenfassend plädieren wir – sowohl zum Thema Ernährungstherapie, aber auch in einem umfassenderen Sinn – dafür, dass

- 1) wir Ärzte uns unserer Patienten umfassend annehmen, Begleiterkrankungen beachten und auch nichtpharmakologische Ansätze verfolgen. Gleichzeitig sollten wir ebendiese Aspekte im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung nicht an «Schwerpunktträger» delegieren.
- 2) neue wissenschaftliche Erkenntnisse immer im Kontext der bisherigen Evidenz gesehen werden – «take everything with a grain of salt».
- 3) nicht der DRG-Ertrag über die Sinnhaftigkeit einer therapeutischen Intervention entscheidet.

Literatur

- 1 Schuetz P, Fehr R, Baechli V, Geiser M, Deiss M, Gomes F, et al. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. *Lancet*. 2019;8:393:2312–21.
- 2 Schuetz P, Haberthür C. «Lass die Nahrung Deine Medizin sein und Medizin Deine Nahrung». *Schweiz Ärztesztg*. 2019;100(26):901–2.
- 3 Bally MR, Blaser Yildirim PZ, Bounoure L, Gloy VL, Mueller B, Briel M, et al. Nutritional support and outcomes in malnourished medical inpatients: a systematic review and metaanalysis. *JAMA Intern Med*. 2016;176:43–53.
- 4 Feinberg J, Nielsen EE, Korang SK, Halberg Engell K, Nielsen MS, Zhang K, et al. Nutrition support in hospitalised adults at nutritional risk. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;5:CD011598.
- 5 Aeberhard C, Abt M, Endrich O, Reber A, Leuenberger, M, Schuetz P, et al. Auswirkung der Kodierung der Mangelernährung im SwissDRG-System. *Aktuelle Ernährungsmedizin*. 2018;43:92–100.

Das Wichtigste in Kürze

- Als wichtiger Faktor im Genesungsprozess verdient das Thema Ernährung Sensibilisierung. Die Einführung eines zusätzlichen SIWF-Schwerpunktes «klinische Ernährung» ist dazu aber nicht zielführend.
- Das Lösen multifaktorieller medizinischer Probleme – wie sie polymorbide Patienten immer mit sich bringen – kann nicht durch eine Delegation dieser Probleme an eigens dafür geschaffene Schwerpunktträger erfolgen. Die damit unweigerlich einhergehende Fragmentierung des Patienten und seiner Symptome führt zu einer Konsilien- und Organmedizin, die wenig patientenzentriert und kaum ökonomisch ist.
- Aktuell bleibt unklar, ob die Datenlage die Etablierung neuer oder zusätzlicher Ernährungsinterventionen rechtfertigt.
- Über die Umsetzung neuer Interventionen sollten nicht primär Erlöse, sondern immer der medizinische Nutzen entscheiden.

L'essentiel en bref

- Facteur important du processus de guérison, la nutrition mérite un effort de sensibilisation. Mais l'introduction d'une formation approfondie ISFM supplémentaire «alimentation clinique» ne permettra pas de réaliser cet objectif.
- Les problèmes médicaux multifactoriels, tels qu'en présentent toujours les patients polymorbides, ne peuvent être résolus en les déléguant à des titulaires de formation approfondie créée spécialement à cet effet. La dispersion du patient et de ses symptômes qui en découlerait inévitablement conduirait à une médecine conciliaire et d'organes peu centrée sur le patient et peu économique.
- Il n'est pour l'instant pas certain que l'état des données justifie la mise en place d'interventions nutritionnelles nouvelles ou supplémentaires.
- La mise en œuvre de nouvelles interventions devrait en premier lieu dépendre de l'utilité médicale et non des recettes.

KD Dr. med. Elisabeth Weber
 Stellvertretende Chefarztin
 Departement Innere
 Medizin Stadtspital Waid
 und Triemli
 Klinik Innere Medizin
 Standort Triemli
 Birmensdorferstrasse 497
 CH-8063 Zürich
 Elisabeth.Weber[at]
 triemli.zuerich.ch