

Pressemitteilung | 19. Mai 2016

Optimierung des Ernährungszustandes - ein integrativer Bestandteil der Chirurgie

Melsungen/Berlin. Die Ernährungsmedizin rückt auch in der Chirurgie zunehmend in den Fokus. Dies betrifft sowohl den präoperativen Ernährungszustand von chirurgischen Patienten als auch die perioperative und postoperative Ernährung. Mit relativ einfachen Maßnahmen hat man hier die Möglichkeit, die Prognose der Patienten zu verbessern, Komplikationen zu vermeiden und den Krankenhausaufenthalt zu verkürzen, was sich letztendlich auch in geringeren Kosten niederschlagen kann. „Die perioperative Ernährungsmedizin ist keine Paramedizin, sondern zentraler Baustein der Chirurgie“, betonte Dr. Carl Meißner vom Klinikum Magdeburg. In zahlreichen Studien wurde belegt, dass der präoperative Ernährungszustand und damit das metabolische Risiko stationärer Patienten erheblichen Einfluss auf Morbidität, Krankenhausverweildauer und Letalität hat [1-4]. Das Ausmaß des Problems machte der Ernährungsmediziner an folgenden Zahlen deutlich: Nach einer Studie von 2006 ist jeder vierte Patient in deutschen Krankenhäusern mangelernährt – betroffen sind vor allem geriatrische, onkologische und gastroenterologische Patienten. Die Mangelernährung führte zu einer signifikanten Verlängerung der Krankenhausverweildauer um 43% und damit zu erheblichen Mehrkosten von bis zu 3000 Euro [2].

Mangelernährung vor der Operation ausgleichen

In der S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) [5] wird daher auch eine präoperative routinemäßige Erfassung des Ernährungszustandes empfohlen. Bei elektiven Eingriffen sollte eine schwere Mangelernährung innerhalb von 10-14 Tagen vor dem Eingriff durch eine optimierte enterale Ernährung ausgeglichen werden – insbesondere bei Eingriffen wie Ösophagusresektion, Gastrektomie, Duodenopankreatektomie und

Optimierung des Ernährungszustandes – ein integrativer Bestandteil der Chirurgie

Seite 2 von 4

halschirurgischen Tumoroperationen auch unter Einsatz immunmodulierender Trinklösungen für 5-7 Tage. Falls sich dadurch der Kalorienbedarf nicht decken lässt, kann auch eine zusätzliche parenterale Ernährung in Erwägung gezogen werden. Bei nicht zeitkritischen Operationen ist eine Mangelernährung durchaus auch mal ein Grund, den Patienten erst einmal wieder nach Hause zu schicken, so Meißner.

Nach dem Eingriff so schnell wie möglich mit Ernährungsaufbau beginnen

Auch nach der Operation spielt die Ernährung eine wichtige Rolle, wie Dr. Verena Müller von der chirurgischen Klinik der Berliner Charité anhand onkologischer Patienten verdeutlichte. Nicht umsonst ist die Ernährung als wichtiger Bestandteil in das therapeutische Gesamtkonzept ERAS (Enhanced recovery after surgery) integriert. Nach den DGEM-Leitlinien sollte schon kurz nach der Operation mit dem Ernährungsaufbau begonnen werden – nach dem Grundsatz „Wenn der Darm funktioniert, soll man ihn auch benutzen“. Dies gilt auch für Eingriffe an Kolon und Rektum.

Eine klinische Ernährung ist indiziert, wenn abzusehen ist, dass der Patient mehr als sieben Tage postoperativ nicht in der Lage sein wird, orale Kost aufzunehmen. Auch hier sollte die Ernährung nach Möglichkeit enteral erfolgen - mit Beginn innerhalb von 24 Stunden nach dem Eingriff. Je nach Operation und voraussichtlicher Dauer der Notwendigkeit einer Sondenernährung können dabei nasojejunale, Feinnadelkatheter-Jejunostomie- (FKJ) oder PEG- (perkutane endoskopische Gastrostomie) Sonden zum Einsatz kommen, die schon während der Operation gelegt werden sollten.

Auch bei ambulanten onkologischen Patienten Ernährung optimieren

Auch nach der Krankenhausentlassung darf man den Ernährungszustand insbesondere bei onkologischen Patienten nicht außer Acht lassen, betonte Prof. Dr. Marc Martignoni vom Klinikum rechts der Isar in München. Wenn es bei kachektischen Patienten nicht gelingt, den vermehrten Kalorienbedarf durch die enterale Ernährung zu decken, sollte man auch hier nicht vor einer zusätzlichen parenteralen Ernährung zurückschrecken, so der Experte. In Studien wurde bei kritisch kranken Patienten gezeigt, dass eine zusätzliche parenterale Ernährung

Optimierung des Ernährungszustandes – ein integrativer Bestandteil der Chirurgie

Seite 3 von 4

mit einer besseren Kalorienbilanz und einer deutlich reduzierten Rate an nosokomialen Infektionen einhergeht und keine wesentlichen Nachteile gegenüber der alleinigen enteralen Ernährung aufweist [6,7]. Auch im ambulanten Bereich können Patienten von einer parenteralen Ernährung profitieren und zeigen eine stärkere Gewichtszunahme und einen besseren Ernährungs-Score (Nutritional risk Score) [8].

Konsequente Kodierung ernährungsrelevanter Diagnosen kann den Erlös steigern

Ein konsequentes Ernährungsscreening und die Einleitung entsprechender Maßnahmen, muss für Krankenhäuser kein Verlustgeschäft sein, wie Marco Fahrt darstellte. Wenn alle ernährungsrelevanten Diagnosen mit entsprechenden ICD-10 Codes kodiert werden, kann das in einigen Fällen durchaus relevant im G-DRG-System sein und zu einer Refinanzierung betragen, wie eine Modellrechnung am Beispiel des Klinikums Magdeburg gezeigt hat. Hinzu kommen OPS-Codes für ernährungsmedizinische Prozeduren und die Berücksichtigung im Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS). Auch die durch eine optimierte Ernährung verkürzte Krankenhausverweildauer könne dazu beitragen, dass die DRG-Erlöse ansteigen.

Das Satellitensymposium „Ernährungstherapie beim chirurgischen Patienten: Chancen und Risiken aus medizinischer und ökonomischer Sicht“ ist am 28.04.2016 auf dem 133. Chirurgenkongress ausgerichtet worden. Die Veranstaltung hat die B. Braun Melsungen AG unterstützt.

B. Braun Melsungen AG
Carl-Braun-Str. 1
D-34212 Melsungen
Tel.: 0 56 61 71 33 99
E-Mail: info.de@bbraun.com

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte direkt an:
Andrea Thöne
Tel. (0 56 61) 71 3541
Fax (0 56 61) 75 3541
andrea.thoene@bbraun.com

Optimierung des Ernährungszustandes – ein integrativer Bestandteil der
Chirurgie

Seite 4 von 4

Literatur

1. Hiesmayr M et al; Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalized patients – The nutrition Day Survey 2006; Clin Nutr (2009); 28: 484-91
2. Pirlich M et al; The german hospital malnutrition study; Clin Nutr (2006); 25: 563-74
3. Rittler P et al; Krankheitsbedingte Mangelernährung – Eine Herausforderung für unser Gesundheitssystem; in: Pabst Science Publication; Lengerich (2010); p 45-49
4. Sorensen J et al; EuroOOPS study group; EuroOOPS: An international multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. Clin Nutr (2008); 27: 340-9
5. Weimann A et al; S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin – Klinische Ernährung in der Chirurgie; Aktuel Ernährungsmed (2013); 38; e155-e197
6. Heidegger CP et al; Optimization of energy provision with supplemental parenteral nutrition in critically ill patients: a randomized controlled clinical trial. Lancet. (2013); 381: 385–393
7. Harvey SE et al; Trial of the route of early nutritional support in critically ill adults. N Engl J Med. (2014); 371(18):1673-84
8. Senesse P et al; A prospective observational study assessing home parenteral nutrition in patients with gastrointestinal cancer: benefits for quality of life; J Pain Symptom Manage (2015); 49(2):183-191.e2