

Qualitätsverbesserungsmassnahme: Management der Mangelernährung

Ablauf Antrag	Datum
Eingereicht	17.10.2022
fachliche Anerkennung	09.11.2022
vertragliche Anerkennung	31.05.2023
Publikation	Juni 2023

Allgemeines
<p>Qualitätsverbesserungsmassnahmen sind konkrete, systematische und von den Vertragspartnern anerkannte Massnahmen in Bezug auf Strukturen und Prozesse innerhalb eines Spitals oder einer Klinik. Sie haben zum Ziel, einen Teilaspekt der Behandlungsqualität und der Sicherheit von Patientinnen und Patienten in einem Handlungsfeld zu verbessern. Deren Wirkung in einem spezifischen Spital oder einer spezifischen Klinik wird im Rahmen des übergeordneten Qualitätskonzeptes des Handlungsfelds evaluiert und kontinuierlich verbessert. Die QVM wird in den PDCA-Zyklus des Qualitätskonzeptes des Handlungsfelds integriert. Diese Integration muss im Qualitätskonzept festgehalten und beschrieben sein.</p>

Änderungen	Datum
Kap. 1d: Anpassung Themenbereiche in Handlungsfelder aufgrund des überarbeiteten Qualitätsvertrags	18.09.2023
Kap. 2b: Abstand eingefügt zwischen Mangelernährung und Leitlinienkonform	05.12.2023

1. Abgrenzung der Qualitätsverbesserungsmassnahme (QVM)

a) Name der Qualitätsverbesserungsmassnahme
Management der Mangelernährung
b) Einordnung
<p>Mangelernährung ist ein bedeutender Risikofaktor bei Spitalpatient:innen und verschlechtert bewiesenermassen den klinischen Outcome unabhängig von der Patientenpopulation. Circa 20% der internistischen Patient:innen in der Schweiz haben ein erhöhtes Risiko oder eine bereits manifeste Mangelernährung bei Eintritt ins Spital. In anderen Patientenpopulationen (z.B. Viszeralchirurgie, Akutgeriatrie) kann das Risiko deutlich höher bei circa 50% liegen.</p> <p>Grosse randomisiert-kontrollierte Studien haben gezeigt, dass ein Screening für Mangelernährung gefolgt von einem Ernährungsassessment und einer Ernährungstherapie die negativen Folgen der Mangelernährung reduzieren lässt. Diese kosteneffiziente und effektive Methode verbessert die Behandlungsqualität und zahlt sich auch ökonomisch aus.</p> <p>Ziel ist es deshalb, im Spital ein flächendeckendes Management der Mangelernährung zu implementieren, bestehend aus einem Mangelernährungs-Screening, einem risiko-adaptierten und individuellen Ernährungsassessment und, wenn indiziert, einer Ernährungstherapie.</p> <p>Grundvoraussetzung ist eine entsprechende, spitalweit gültige interdisziplinäre Leitlinie. Diese wird in Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegefachpersonen und Ernährungsberatung/-therapie erstellt.</p> <p>Ein Management der Mangelernährung sollte langfristig bei allen Spital-Patient:innen eingesetzt und als integraler Bestandteil im Qualitätsmanagement der Spitäler und Kliniken verankert und entsprechend von der Spitalleitung unterstützt werden.</p>
c) Ziel der Qualitätsverbesserungsmassnahme
<p>Mit einem Mangelernährungsmanagement können folgende Ziele erreicht werden:</p> <ul style="list-style-type: none">- Systematisches Erkennen von Patient:innen mit erhöhtem Risiko für Mangelernährung, respektive bereits manifester Mangelernährung- Frühzeitiger Start einer Ernährungstherapie bei Patient:innen mit Risiko für respektive mit manifester Mangelernährung, um Komplikationen und Spitalsterblichkeit zu reduzieren- Reduktion von Folgekosten, die durch die Mangelernährung bedingt sind (z.B. Stürze mit Frakturen, lange Klinikaufenthalte, Rehospitalisationen, Dekubitus, schlechte Wundheilung und andere Komplikationen)- Verbesserung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit- Verbesserung der Lebensqualität der Patient:innen und der Funktionalität im Alltag
d) Handlungsfelder
<input type="checkbox"/> Qualitätskultur <input checked="" type="checkbox"/> Patientensicherheit <input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Entscheidungsfindung <input type="checkbox"/> Patientenzentriert
e) Fachbereich(e)
<input checked="" type="checkbox"/> Akutsomatik <input checked="" type="checkbox"/> Psychiatrie <input checked="" type="checkbox"/> Rehabilitation

f) Abgrenzung: Abteilungen/Bereiche, Professionen etc.

Das Screening für Mangelernährung sollte flächendeckend erfolgen und pro Abteilung müssen $\geq 90\%$ der Patient:innen gescreent werden. Das Spital darf spezifische, begründbare Ausnahmen definieren, wo das Screening wenig Nutzen bringt (z.B. Gebärabteilung, Pädiatrie, Notfallstationen). Das Mangelernährungsmanagement sollte interprofessionell organisiert werden anhand eines Spitalprotokolls in Zusammenarbeit von Arztdienst, Pflegedienst und Ernährungsberatung/-therapie sowie der Spitalküche.

2. Methodik, Entwicklung und Wirkung

a) Methodik der Qualitätsverbesserungsmassnahme

Das Mangelernährungsmanagement im Spital basiert auf einem 4-stufigen Prozess:

- a) *Mangelernährungsscreening*
- b) *Ernährungs-Assessment*
- c) *Ernährungs-Therapie bei Risikopatienten/manifester Mangelernährung*
- d) *Erfassen/Ausweisen der spezifischen Mangelernährungsdiagnose im Austrittsbericht*

a) Mangelernährungsscreening

Der erste Schritt besteht aus dem Erkennen der Patient:innen, welche ein erhöhtes Risiko für Mangelernährung haben. Bei hospitalisierten Patient:innen muss deshalb innerhalb der ersten 1-2 Tage nach Spitaleintritt ein erstes Screening durchgeführt werden, das in regelmässigen Abständen wiederholt werden sollte. Im klinischen Alltag hat sich das in der Schweiz bereits heute weitverbreitete Screening-Instrument «Nutritional Risk Screening» (NRS-2002), welches auch international eingesetzt wird, durchgesetzt. Es basiert auf der Annahme, dass das Mangelernährungsrisiko sowohl vom Ernährungszustand als auch von der Krankheitsschwere und dem Alter abhängig ist. Um mit dem NRS-2002 den Ernährungszustand abschätzen zu können, wird der unbeabsichtigte Gewichtsverlust während der letzten 1-3 Monaten, das aktuelle Gewicht (BMI, Body Mass Index) und die unbeabsichtigte verminderte Nahrungszufuhr der letzten Woche erfasst. Bei einem NRS von ≥ 3 Punkten (maximale Punktzahl: 7) wird von einem erhöhten Mangelernährungsrisiko ausgegangen. Das Screening mittels NRS-2002 ist optimal praktikabel und benötigt zur Durchführung nur wenige Minuten. Es weist zudem eine hohe Sensitivität auf. Für die Spezifität ist ein ausführliches Ernährungsassessment notwendig (siehe b).

b) Ernährungs-Assessment

Der nächste Schritt besteht darin, die Diagnose der Mangelernährung zu erhärten und medizinische Gründe (z.B. Medikamenten-Nebenwirkungen, metabolische Störungen wie Diabetes oder Hyperthyreose, Malabsorptionssyndrom im Darm) auszuschliessen. Wenn sich die Diagnose einer Mangelernährung erhärtet, muss eine individuelle Ernährungstherapie gestartet werden.

c) Ernährungs-Therapie bei Risikopatient:innen/manifester Mangelernährung

Sobald eine krankheitsbedingte Mangelernährung diagnostiziert wurde, müssen mit dem Patienten individuelle Ernährungsziele – einschliesslich der Zufuhr von Energie, Protein und Mikronährstoffen – und andere krankheitsspezifische Ziele definiert werden. Nach Festlegung der Ziele und des kalorischen respektive Nährstoffbedarfs muss mit Hilfe einer anerkannten und klinisch ausgewiesenen Ernährungsberater:in ein individualisierter Ernährungsplan zur Erreichung dieser Ziele erstellt werden –wenn immer möglich soll dabei die orale Ernährung (inkl. oralen Supplementen) bevorzugt werden. Wenn die Energie- und Proteinzufuhrziele oral nicht erreicht werden können, sollte die Ernährungsunterstützung auf enterale (per Sonde) oder parenterale Ernährung ausgeweitet werden.

<p>d) Erfassen/Ausweisen der spezifischen Mangelernährungsdiagnose im Austrittsbericht</p> <p>Das Erfassen/Ausweisen der spezifischen Mangelernährungsdiagnose und des Austrittsgewichts im Austrittsbericht ist ebenfalls ein wichtiger Schritt und hilft, die Probleme bei künftigen Spitalaufenthalten frühzeitig zu erkennen. Dies sollte gemäss Kriterien der Kodier Richtlinie als eigenständige Diagnose erfolgen inkl. Dokumentation der relevanten Ernährungsinterventionen.</p> <p>Im Austrittsmanagement muss ebenfalls definiert werden, ob ein Weiterführen der Therapie nach Spitalaustritt (sinnvoll) indiziert ist.</p>		
<p><i>Beilagen zur Methodik der Qualitätsverbesserungsmassnahmen</i></p>		
<p>keine</p>		
<p>b) Gestaltungsspielraum</p>		
<p>Insgesamt sollte das Management der Mangelernährung Leitlinien-konform und evidenzbasiert stattfinden mit Einbezug von Ärzten, Pflegefachpersonen und Ernährungsberatung/Therapie. In der Umsetzung der Massnahmen gibt es Gestaltungsspielraum, um das Konzept den Spitalbedürfnissen entsprechend anzupassen.</p>		
<p>c) Übertragbarkeit auf andere Abteilungen und/oder Spitäler</p>		
<p>Keine Angaben.</p>		
<p>d) Entwicklungsphase</p>		
<p>Selbstdeklaration: Die Qualitätsverbesserungsmassnahme ist...</p>		
<p><input checked="" type="checkbox"/> ...praxisnah entwickelt worden.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> ...und ist durch mindestens ein <u>Pilotprojekt</u> erprobt.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nicht erfüllt</p>
	<p><i>Als ein Pilotprojekt gilt, wenn die QVM in mind. einem Spital oder Teilbereich eines Spitals umgesetzt und Erfahrungen dazu gesammelt wurden.</i></p>	
<p>e) Erwünschte Wirkung auf die Behandlungsqualität und/oder die Sicherheit von Patientinnen und Patienten</p>		
<p>Der Anteil der bei Spitaleintritt mangelernährten Patient:innen ist beträchtlich. Weil diese eine höhere Mortalität und Morbidität als normalernährte Patient:innen aufweisen, wurden in den letzten Jahren viele Anstrengungen unternommen, die Wichtigkeit dieses Problems in der Bevölkerung hervorzuheben. Daraus resultierend wurden Strategien entwickelt, die Mangelernährung in Spitälern mittels standardisierten Screenings frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, um damit die Komplikationen der Mangelernährung zu vermeiden.</p> <p>Verschiedene randomisiert-kontrollierte Studien und Metaanalysen von solchen Studien konnten die Vorteile der Ernährungstherapie auf klinische Endpunkte bei Patient:innen mit Risiko oder manifester Mangelernährung beweisen. Zum Beispiel zeigte die schweizweit durchgeführte EFFORT-Studie (Lancet 2019) bei >2000 eingeschlossenen, hospitalisierten medizinischen Patienten mit Mangelernährungsrisiko einen starken und positiven Effekt der Ernährungstherapie auf Komplikationen und Mortalität. Entsprechende Kostenanalysen aus dieser Studie konnten auch die Kosten-Effizienz der Ernährungsstrategie aufzeigen. Basierend auf dieser Fülle von klinischen Studien und Daten gibt es auch verschiedene internationale Richtlinien, welche das Screening, die Abklärung und Therapie der Mangelernährung empfehlen.</p>		

Beilagen zur Wirkung bzw. Evidenz

1. Gomes F, Schuetz P, Bounoure L, Austin P, Ballesteros-Pomar M, Cederholm T, et al. ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients. Clin Nutr. 2018;37(1):336-53.
2. 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;393(10188):2312-21.
3. Schuetz P, Seres D, Lobo DN, Gomes F, Kaegi-Braun N, Stanga Z. Management of disease-related malnutrition for patients being treated in hospital. Lancet. 2021;398(10314):1927-38.
4. Imoberdorf R, Meier R, Krebs P, Hangartner PJ, Hess B, Staubli M, et al. Prevalence of undernutrition on admission to Swiss hospitals. Clin Nutr. 2010;29(1):38-41.
5. Gomes F, Baumgartner A, Bounoure L, Bally M, Deutz NE, Greenwald JL, et al. Association of Nutritional Support With Clinical Outcomes Among Medical Inpatients Who Are Malnourished or at Nutritional Risk: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2019;2(11):e1915138.
6. Schuetz P, Sulo S, Walzer S, Vollmer L, Stanga Z, Gomes F, et al. Economic evaluation of individualized nutritional support in medical inpatients: Secondary analysis of the EFFORT trial. Clin Nutr. 2020;39(11):3361-8.

3. Umsetzung und Kosten

a) Register		
Sieht die QVM das Führen eines Registers oder mehrerer Register vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
b) Zertifizierung		
Sieht die QVM eine Zertifizierung vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input checked="" type="checkbox"/> Je nach Umsetzung	
c) Lizenzen		
Sieht die QVM Lizenzen vor (z.B. Fragebogen, IT-System)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
d) Abschätzung des personellen und finanziellen Aufwands zur Umsetzung der Qualitätsverbesserungsmassnahme		
<p>Das Mangelernährungsmanagement im Spital ist mit einem gewissen personellen Aufwand verbunden. Insbesondere sollte bei jedem Patienten ein Screening mittels Fragebogen durchgeführt werden (4 spezifische Fragen, relativer geringer Zeitaufwand pro Patient:in). Bei entsprechendem Risiko braucht es weiterführende Abklärungen und möglicherweise den Start einer Therapie (Aufwand variabel je nach Situation, ca. 30-60 Minuten pro Patient:in). Dieses Vorgehen wird heute bereits in vielen Spitälern praktiziert und ist Teil der «Good Clinical Practice». Wichtig ist auch zu betonen, dass verschiedene Studien beweisen konnten, dass der finanzielle Aufwand des Screenings und der Therapie mehr als kompensiert wird durch die Abnahme von Komplikationen. Ebenfalls kann dieser Aufwand im DRG-System durch korrekte Abbildung und Kodierung der Mangelernährungsdiagnose/-behandlung nach den geltenden Kriterien des schweizerischen Kodierhandbuches zur direkten Vergütung beitragen. Die</p>		

Kosteneffizienz respektive Refinanzierbarkeit aller Aufwände konnte verschiedentlich gezeigt werden.

4. Überprüfung der Integration in das betriebsinterne Qualitätskonzept

Die externe Prüfstelle überprüft, ob die QVM in das interne Qualitätskonzept (PDCA-Zyklus) integriert ist. Für eine zielführende und faire Überprüfung dieser Integration sind hier **Kriterien** festgelegt.

Die Überprüfung des Mangelernährungsmanagements kann anhand einer Checkliste erfolgen mit folgenden Elementen:

- Schriftliches Konzept bezüglich Mangelernährungsmanagement besteht.
- Ein NRS Screening wird aktiv durchgeführt und dokumentiert ($\geq 90\%$ der Patient:innen). Ausnahmen sind die unter Punkt 1e definierten Patientenpopulationen.
- Eine multidisziplinäre Ernährungskommission mit entsprechender Entscheidungskompetenz ist vorhanden.
- Eine Ernährungsberatung (mit klinischer Expertise) ist im Hause vorhanden mit aktivem Einbezug gemäss den Kernkompetenzen in Bezug auf die individualisierte Ernährungstherapie (alle Ernährungsinterventionen umfassend). Die Massnahmen werden regelmässig mit Arztdienst und Pflegedienst resp. allen im Ernährungsmanagement involvierten Fachpersonen abgesprochen.

Die Diagnose «Mangelernährung» ist im Austrittsbericht mit den relevanten ernährungstherapeutischen Massnahmen beschrieben und werden entsprechend den Richtlinien codiert.

5. Antragsteller und Interessenskonflikte

Antragssteller (Institution)	Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Metabolismus Schweiz (GESKES)
<i>Beschrieb von allfälligen Interessenskonflikten des Antragstellers</i>	
keine	