KASSELER ERKLÄRUNG

anlässlich der Dreiländertagung „ERNÄHRUNG 2018" vom 21. bis 23. Juni 2018 in Kassel

Die vorliegende Erklärung fasst die von DGEM, BDEM und VDOE gemeinsam getragenen Überzeugungen und Kernforderungen in Bezug auf die Verbesserung der ernährungsmedizinischen Versorgung, Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland zusammen.

Kaum ein Teilgebiet der Medizin hat in den letzten Jahren so vielschichtige Paradigmenwechsel vollzogen wie die Ernährungsmedizin und Ernährungswissenschaft. Ernährungsmedizinische und therapeutische Konzepte sind nach heutigem Verständnis integraler, effektiver Bestandteil von Therapie und Prävention. Wissenschaftliche Studien belegen, dass die gezielte Ernährungsintervention im medizinischen Alltag bei vielen Erkrankungen eine vergleichbare Bedeutung hat wie die Verordnung krankheitsspezifischer Medikamente. Trotz der Relevanz *ernährungsmedizinischer Versorgung, Ernährungsberatung und Ernährungsbildung* zeigen sich folgende Defizite:

- Obwohl es seit 2016 ein Präventionsgesetz gibt, werden Ernährungsinterventionen nicht konsequent und effektiv für Prävention eingesetzt. Es fehlen verpflichtende Qualitätsstandards für Ernährungsbildung und Ernährungsversorgung an Kindertagesstätten und Schulen.
- Ernährungsmedizin ist ungenügend in medizinische Ausbildungscurricula von Studierenden und Fachärzten integriert.
- Es fehlt an Lehrstühlen für Ernährungsmedizin und Ernährungswissenschaft – ebenso wird ernährungsmedizinische und ernährungswissenschaftliche Forschung zu wenig gefördert, mit der Folge, dass in vielen Teilbereichen nicht ausreichende wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen (evidenzbasiert!).
- Es fehlen verpflichtenden Qualitätsstandards und Organisationsformen für eine an wissenschaftlichen Erkenntnissen ausgerichtete ernährungsmedizinische und ernährungstherapeutische Betreuung in Kliniken und Praxen.

- Es fehlen transparente nachhaltige (Transfer-)Strukturen, sowohl in den Kliniken und Institutionen als auch für die ambulante (häusliche) Versorgung.

Warum muss sich das ändern?

1. Übergewicht

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) betrachtet Adipositas weltweit als eine zentrale gesundheitliche Herausforderung des 21. Jahrhunderts. Bereits jetzt sind in der Bundesrepublik Deutschland gut 50 Prozent der Frauen und mehr als zwei Drittel der Männer übergewichtig (BMI > 25 kg/m^2) oder sogar adipös (BMI > 30 kg/m^2). Die Berechnungen der WHO sagen voraus, dass im Jahr 2040 in Deutschland 50 Prozent der Bevölkerung adipös, das heißt fettsüchtig, sein werden (WHO Obesity Report, 2000). Es ist wissenschaftlich belegt, dass langanhaltendes Übergewicht/Adipositas Stoffwechsel, Kreislauf und Gelenke erheblich belasten. Zahlreiche „Volkskrankheiten" wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Krebserkrankungen oder Gelenkverschleiß sind Folge der aktuellen Übergewichtsepidemie. Sie schränken die Lebensqualität der Patienten ein und verkürzen deren Lebenserwartung. Durch die bekannten medizinischen Folgen von Adipositas kommt es auch zu deutlich steigenden Kosten für das Gesundheitswesen sowie die Sozialversicherungssysteme.

Da sich Adipositas oft bereits im Kindes- und Jugendalter entwickelt und viele Menschen dann lebenslang begleitet, kommt der Adipositas-Prävention eine überragende Bedeutung zu. Die Unterzeichner der Kasseler Erklärung fordern daher den Gesetzgeber auf, einerseits einen angepassten Therapieumfang für Adipöse in der Gesetzgebung zu verankern und andererseits verhältnispräventive Maßnahmen zu ergreifen. Die Adipositas kann nur im Einklang mit der Entwicklung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen für Bewegung und Stressmanagement eingedämmt werden. Um der Zunahme von Übergewicht und Adipositas entgegenzuwirken, müssen Wissenschaft, Politik, Städteplaner, Gesellschaft und Medien eng zusammenarbeiten:

- Präventionsmaßnahmen müssen in alle Lebensbereiche Eingang finden, so zum Beispiel in Kitas, Schulen, Gastronomie und Supermärkten.
- Adipositas muss als (chronische) Krankheit mit multifaktoriellen Ursachen (Psychopharmaka, Stigma, Armut, Arbeitsbedingungen etc.) anerkannt werden.
- Die Adipositas muss als ernstzunehmende Herausforderung von der Gesundheitspolitik angenommen werden.
- Die Therapie der Adipösen muss auf den Bedarf und die Möglichkeiten des Betroffenen angepasst werden. Die Betreuung ist analog zu chronisch Kranken lebenslang.

2. Mangelernährung

Ein weiteres medizinisch wie ökonomisch relevantes Problem ist die Mangelernährung. Gut 25 Prozent aller stationär in Deutschland in ein Krankenhaus aufgenommenen Patienten weisen ein hohes Risiko oder bereits vorhandene relevante Zeichen einer Mangelernährung auf. Besonders gefährdet sind chronisch Kranke und Krebspatienten. Wissenschaftliche Studien belegen überzeugend, dass Mangelernährung ein hoch relevanter unabhängiger klinischer Risiko- und Kostenfaktor mit vielschichtigen signifikanten Folgen für den Patienten in Bezug auf seine Immunfunktion, Komplikationsrate, Rekonvaleszenz, Krankenhausverweildauer, Prognose und vor allen Dingen auch Lebensqualität und Sterblichkeit ist. Aktuelle Untersuchungen gehen davon aus, dass sich in der EU die jährlich anfallenden unmittelbaren Kosten für Mangelernährung auf circa 170 Milliarden Euro belaufen.

Bereits 2003 hat der Europarat in seiner wegweisenden Resolution klar formuliert, dass die hohe Anzahl von mangelernährten Patienten in europäischen Krankenhäusern inakzeptabel sei und hat auf die gravierenden medizinischen und vor allen auch sozialen und gesundheitsökonomischen Folgen und Kosten verwiesen. Die EU hat vor diesem Hintergrund ein großes Aktionsprogramm „Stop Malnutrition" inauguriert, das in Deutschland im Gegensatz zu anderen europäischen Staaten wie Niederlande, Frankreich und Skandinavien nur zögerlich realisiert wird.

Mangelernährung ist bei rechtzeitigem Erkennen meistens schnell, effizient und nachhaltig behandelbar – mit wissenschaftlich überzeugend belegten signifikanten Verbesserung des klinischen Verlaufes der betroffenen Patienten sowie einem enormen Einsparpotenzial für unsere Ressourcen im Gesundheits- und Sozialsystem. Alle (Patienten, Arzt, Krankenhaus, Gesundheits-/Sozialsystem) würden erheblich davon profitieren, wenn wir – wie die EU fordert – unsere modernen wissenschaftlichen Erkenntnisse auch in Deutschland konsequent umsetzen würden. Die längst vorliegenden Leitlinien der Fachgesellschaften (www.dgem.de) zur Diagnostik und Behandlung von Mangelernährung müssen endlich konsequent angewendet werden. Das bedeutet konkret:

- konsequentes Umsetzen moderner ernährungsmedizinischer Erkenntnisse im Krankenhaus und im ambulanten Sektor u.a. durch:
    - Anwendung des bereits etablierten einfachen, schnellen, wissenschaftlich evaluierten Ernährungsscreening
    - konsequente Einführung eines Ernährungsmanagements (zum Beispiel mit einem Ernährungsteam) in Kliniken, Reha- und Betreuungseinrichtungen inklusive der dafür notwendigen strukturellen Voraussetzungen

- Anerkennung der wissenschaftlich evidenzbasierten Behandlungs- und Präventionsqualität einer gezielten professionellen Ernährungsintervention bei mangelernährten Patienten durch die Gesundheitspolitik und die Kostenträger
- Zugangsmöglichkeit zu einer professionellen Ernährungsberatung im ambulanten Sektor
- Fördern von wissenschaftlichen Studien
- Transfermanagement für eine weiterführende ambulante Ernährungstherapie muss strukturell umgesetzt werden
- konsequentes Umsetzen moderner ernährungsmedizinischer Erkenntnisse im Krankenhaus
- verpflichtende Verbesserungen der sektorenübergreifenden Versorgungsqualität, zum Beispiel durch entsprechende Qualitätsindikatoren in der Qualitätsmanagement-Richtlinie

3. Problemfeld: Ernährung und Krebs

Auch wenn die Lebenserwartung in Deutschland nach wie vor weiter steigt, nimmt die Zahl der chronisch Kranken deutlich zu – mit den bekannten medizinischen, sozialen und ökonomischen Folgen. Viele Tumorpatienten kommen nach Auftreten der Erkrankung bald in Mangelernährungszustände. Jeder zweite Krebspatient hat bereits bei Diagnosestellung einen nachweislichen Gewichtsverlust. Es gibt wissenschaftliche Untersuchungen, die belegen, dass bei Vorliegen einer Mangelernährung die Operationen komplikationsreicher sind, die Wundheilung schlechter ist, die Immunkompetenz eingeschränkt ist, die Chemotherapie schlechter vertragen wird, mehr Infektionen auftreten und sinnvolle und notwendige Therapiemaßnahmen dadurch pausiert oder gar vorzeitig abgebrochen werden müssen. Auch hier muss die Forderung nach einem regelmäßigen, verpflichtenden Ernährungsscreening sowie der Zugang zu einem professionellen Ernährungsmanagement als effektiver, integraler Bestandteil einer modernen multimodalen Krebstherapie gestellt werden.

Forderungen von DGEM, VDOE und BDEM

1. *Ernährungsmedizin, Ernährungsberatung und -betreuung müssen in der Ausbildung, in Klinik und Praxis fest etabliert werden.*

2. *Ernährungstherapie muss zur definierten Leistung der gesetzlichen Krankenversicherungen werden, die damit auch eine wichtige Präventionsaufgabe realisiert.*

3. *Die Politik muss Leistungserbringern, Verbraucherschutz und Patientenvertretern*

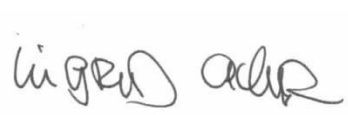
die Möglichkeit bieten, gemeinsam den Rahmen für eine integrierte qualitätsgesicherte Ernährungsversorgung zu definieren. Hierin ist die qualitätsgesicherte Ernährungstherapie als ein strukturelles Therapieinstrument gegeben. Hieraus müssen gesetzliche Strukturen geschaffen werden, die eine sektorenübergreifende und interdisziplinäre Umsetzung der entwickelten Rahmenbedingungen gewährleistet.

Um die partnerschaftliche, multidisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Ernährungsmedizin und Ernährungswissenschaft/Oecotrophologie und anverwandten Disziplinen im Sinne einer optimalen Versorgung für Patienten in Zukunft weiter zu entwickeln, wird eine Steuerungsgruppe aus Delegierten von DGEM, VDOE, BDEM sowie VDD (Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.) eingesetzt, deren Aufgabe es sein wird, die in dieser Erklärung beschriebenen Themengebiete und Forderungen weiter zu konkretisieren und spezifizieren.

Kassel, 21. Juni 2018

Prof. Dr. med. Christian Löser
Kongresspräsident DGEM e.V.

Prof. Dr. med. Johann Ockenga
Präsident DGEM e.V.



Ingrid Acker
Kongresspräsidentin VDOE e.V.

Kerstin Wriedt
Vorstandsvorsitzende VDOE e.V.

Prof. Dr. med. Johannes G. Wechsler
Kongresspräsident BDEM e.V.