

Nahrungsversorgung im Krankenhaus – was ist bezahlbar?

edi 2009
Klaus W. Uedelhofen
Berlin, 27. Februar 2009

Qualität und Umfang der Nahrungsversorgung im Krankenhaus werden kritisch diskutiert

Ausgangssituation

- Die Kosten pro Beköstigungstag **schwanken** in den Kliniken **sehr stark**, bei den reinen Lebensmittelkosten zwischen 2,41€ und 8.04€
- Bezieht man die Personalkosten mit ein, zwischen 5,31€ und 22,49€ (Outsourcinggrad)
- Die **Qualität des Essens** wird häufig bemängelt und es wird kritisiert, dass ein Großteil der Kost Fertiggerichte sind
- **Durchgängiges Ernährungsmanagement und –screening** sind eher die Ausnahme als die Regel (wobei rühmliche Ausnahme die Regel bestätigen)
- Die Bereitstellung von detaillierten **Nährwertangaben** ist nicht immer gegeben
- **Trinknahrungsprodukte**, werden im Einzelfall von ernährungsmedizinischen Experten eingesetzt, übergreifende Leitlinien sind häufig nicht etabliert
- Die **Rolle der Ernährung** für die Dienstleistung „**Gesundheitsversorgung**“ wird unterschätzt
- Studien zeigen, dass beim **Thema Mangelernährung** hoher Handlungsbedarf besteht

Das Problem der krankheitsbedingten Mangelernährung ist in unserer Gesellschaft nach wie vor fast unbekannt

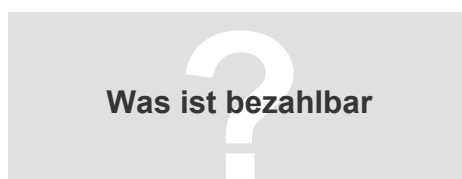
Hohe Prävalenz der Mangelernährung^{1,2)}

Übergewicht	Krankheitsbedingte Mangelernährung	Hungersnot
Problem !	Problem nicht wahrgenommen!	Problem !
	<ul style="list-style-type: none"> • Jeder zweite bis fünfte Krankenhauspatient (20-50%) • Über die Hälfte aller geriatrischen Patienten in der Klinik (56%) • Jeder dritte gastroenterologische Patient (33%) • Weit über ein Drittel der Krebs/Tumorpatienten (38%) 	

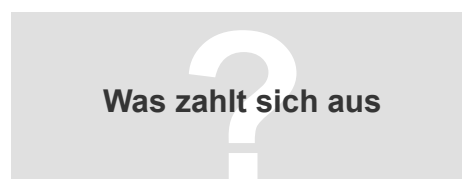
Quelle: CEPTON 1) Pirlich et al. (2006) 2) Prävalenz im Krankenhaus; SGA B/C (Subjective Global Assessment nach Detsky et al. (1987)) Aspekte d. Nahrungsversorgung im KH 3

Die Frage nach der Bezahlbarkeit muss bei knapper werdenden Mitteln, den Nutzen der Nahrungsversorgung mit einbeziehen

Outcomeorientierte Fragestellung



- Ressourcenbasiert
- Fehlendes Kriterium zur Mittelallokation
- Kein Bezug zum Gegenwert = Nutzen



- Ergebnis- / Outcomeorientiert
- Nutzenkategorie und –perspektive ist definiert
- Klares Kriterium zur Mittelallokation

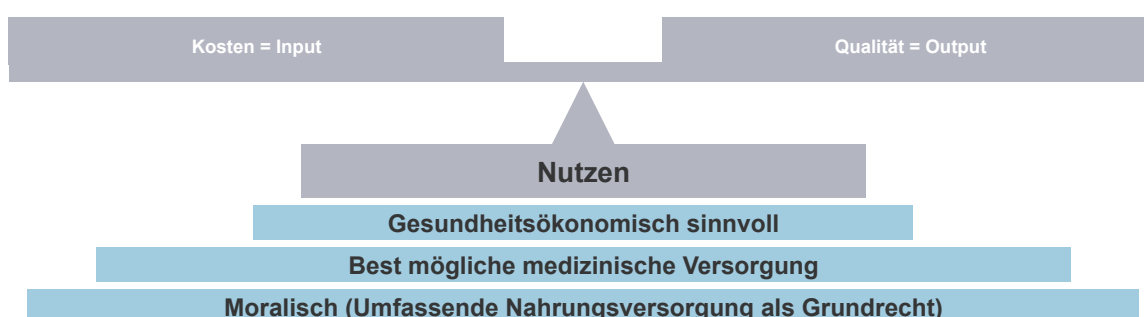
Knapper werdende Mittel

Der zugrunde zu legende Nutzenbegriff muss abhängig von der Perspektive definiert und abgewogen werden

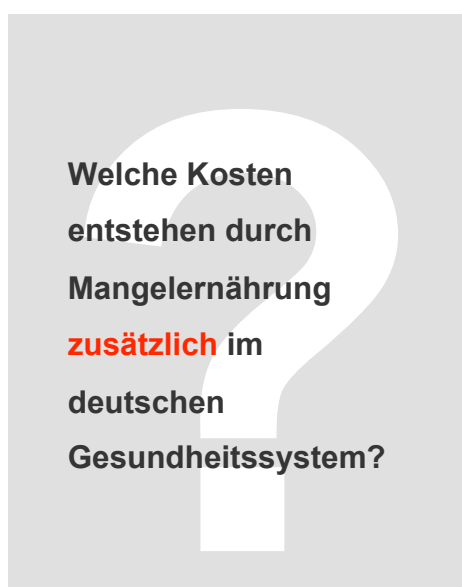
Kosten-Nutzen-Kategorien

- Kosten des Produkts
- Kosten der Dienstleistung
- Kosten der Therapie
- Folgekosten (z.B. Rehabilitation etc.)
- Begleitende Behandlungskosten (z.B. Arzneimitteltherapie)
- Dauer des Kostenanfalls (Krankheitsdauer)
- Länge des Arbeitsausfalls (indirekte Kosten)

- Verminderung des Krankheitszustands
- Abkürzung des Krankheitsverlaufs
- Verhinderung unerwünschter Nebenwirkungen
- Verbesserung der Lebensqualität (Schmerzfreiheit, Mobilität, Wahrnehmungsfähigkeit, Leistungsfähigkeit, Schlaf, soziale Kontakte etc.)
- Verlängerung des Lebens (Mortalität)
- Sicherheit/Erfolgsrate der Behandlung
- Risikominimierung
- Erhöhung des Umsatzes (Codierung)



Im Rahmen einer Cepton Studie wurden die zusätzlichen Kosten durch Mangelernährung umfassende untersucht

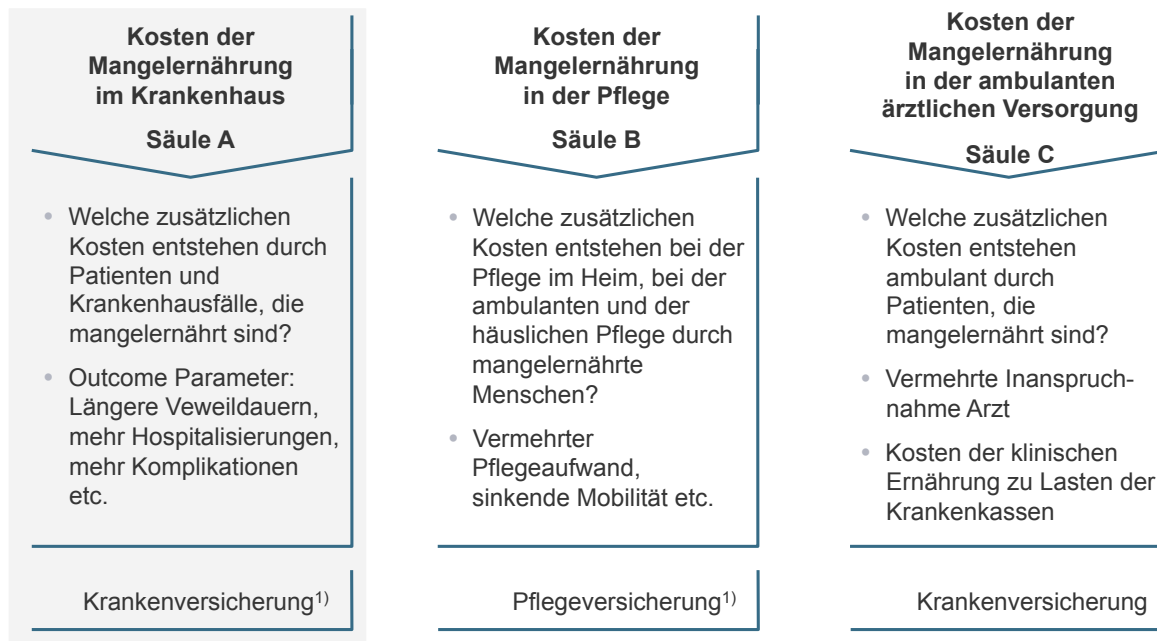


Hindernisse

- Geringe **Anzahl** von **Studien** und unterschiedliche Betrachtungsansätze
- **Sektorbezogene** Betrachtungen
- Geringe **statistische Datenbasis**
- **Qualität** der Studien (aufgrund der Kosten) z.T. geringer als beispielsweise bei pharmazeutischen Studien
- Generelles Problem der **Multifaktorialität** von Krankheit und Ernährung insb. bei der Intervention

Die Gesamtkosten der Mangelernährung setzen sich näherungsweise aus den in den einzelnen „Sektoren“ anfallenden Kosten zusammen

Vorgehensweise

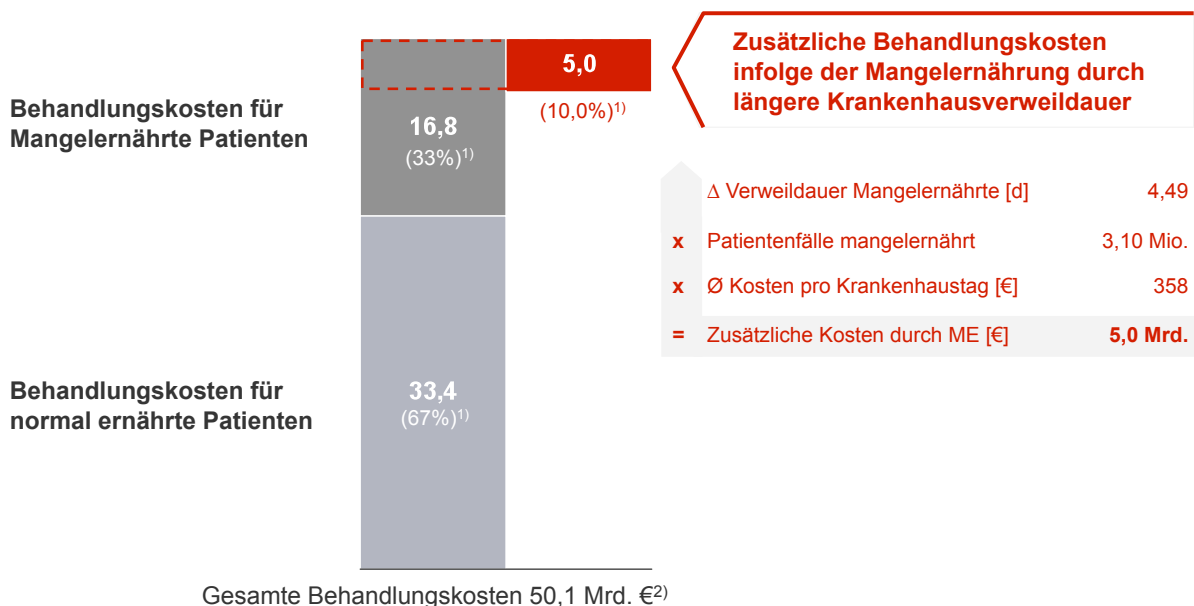


Quelle: CEPTON 1) inkl. Private Beteiligung

Aspekte d. Nahrungsversorgung im KH 7

Die zusätzlichen Kosten in Höhe von 5 Mrd. € sind auf den verlängerten Krankenhausaufenthalt mangelernährter Patienten zurückzuführen

Kosten der Mangelernährung im Krankenhaus, Modell A.III [Mrd.€]²⁾



Quelle: CEPTON 1) Prozentualer Anteil an der Gesamtbehandlungskosten
Abweichungen von den Ergebnissen der Berechnungstabellen sind auf Rundungsfehler zurückzuführen

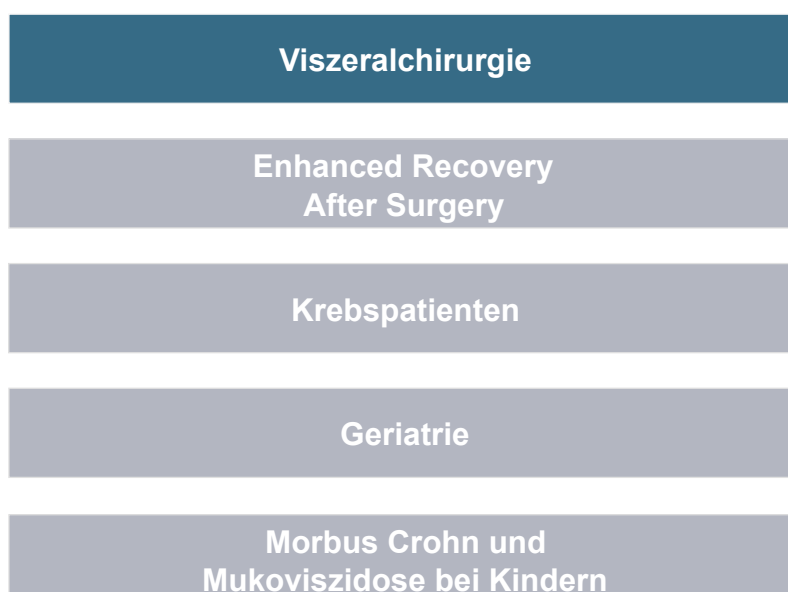
Aspekte d. Nahrungsversorgung im KH 8

Nicht alle Fälle von Mangelernährung und entstehende Zusatzkosten sind vermeidbar

Anmerkungen zur Cost of illness-Betrachtung

- Berechnungen für den **Krankenhausbereich** basieren auf den Kosten, die **im Krankenhaus** und nicht dem Kostenträger **entstehen**
- Die **Zusatzkosten können nicht zu 100% vermieden werden**, da ein gewisser Grad an Mangelernährung naturgemäß unvermeidbar bleiben
- Den dauerhaft vermeidbaren Zusatzkosten stehen jedoch **initiale Investitionen** in das System (Ernährungsteams, etc.), die Versorgung (Ernährungsprodukte) und die Forschung gegenüber
- Grundsätzlich bleibt das Problem der sektorübergreifenden Effekte in Bezug auf die Entstehung und die Investition in der Vermeidung von Mangelernährung

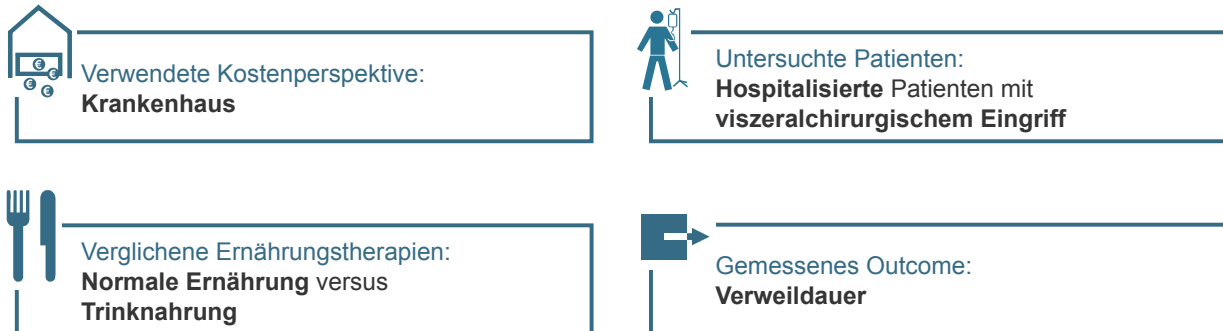
Die Studie hat auch für einzelne Indikationen klinische und gesundheitsökonomische Effekte detailliert betrachtet



Modell I bewertet die Kostenersparnis durch Trinknahrung an Hand der verkürzten Verweildauer

Aufbau Kosten-Nutzen-Modell I zur Viszeralchirurgie

BACKUP



- Verweildauer: mittlere Verweildauer auf der Basis von 6 randomisierten klinischen Studien¹⁾
- Kosten / Tag: errechnet nach Angaben des Statist. Bundesamtes für 2005 (Bereinigte Kosten pro Fall / mittlere Verweildauer)
- Kosten Verweildauer = Kosten pro Tag x durchschnittliche Verweildauer
- Kosten TN nach Herstellerangaben
- Kosten TN gesamt = Kosten TN pro Tag x Verweildauer x Anzahl Patienten
- Gesamtkosten = Kosten Verweildauer + Kosten TN gesamt

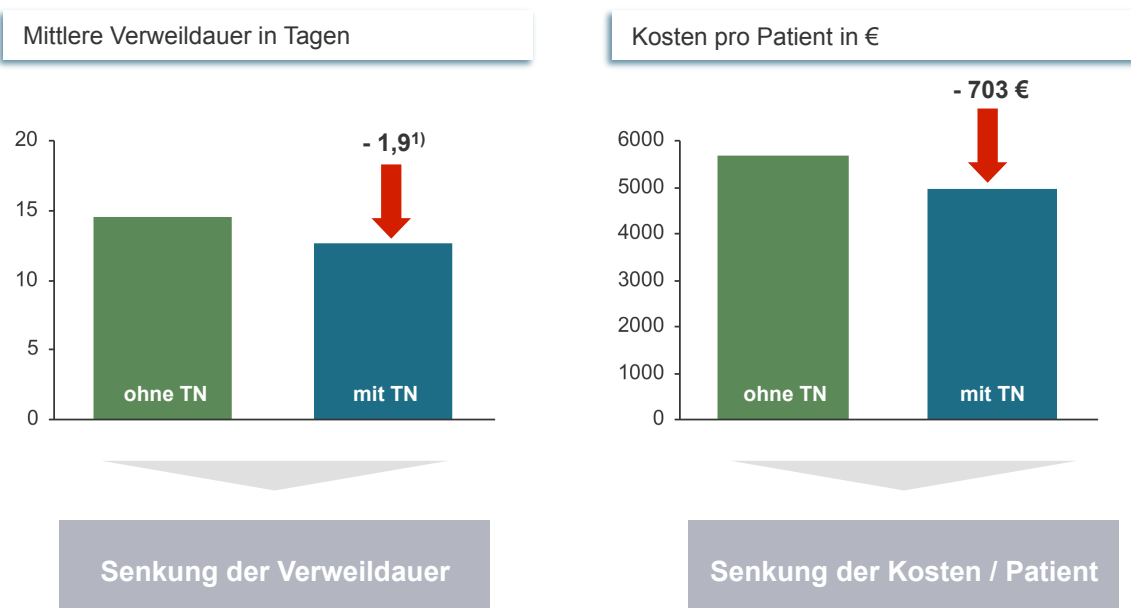
Quelle: CEPTON 1) Elia et al. (2005)

Aspekte d. Nahrungsversorgung im KH

11

Die perioperative Gabe von Trinknahrung spart Behandlungskosten in Höhe von ca. 700 € pro Patient durch eine Verringerung der Verweildauer

Ergebnisse Kosten-Nutzen-Modell I zur Viszeralchirurgie



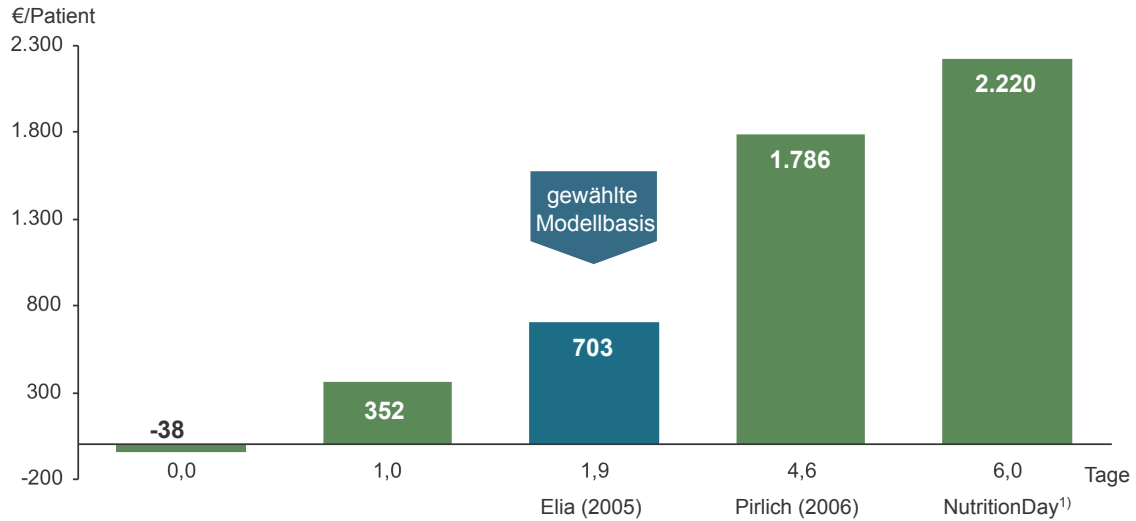
Quelle: CEPTON 1) Basis: Elia et al. (2005)

Aspekte d. Nahrungsversorgung im KH

12

Große aktuelle Studien zeigen sogar deutlichere Verweildauervorteile, die potentielle Einsparungen bis über 2.000 € pro Patient bedeuten würden

Einsparpotential durch TN in Abhängigkeit von Verweildauerverkürzung



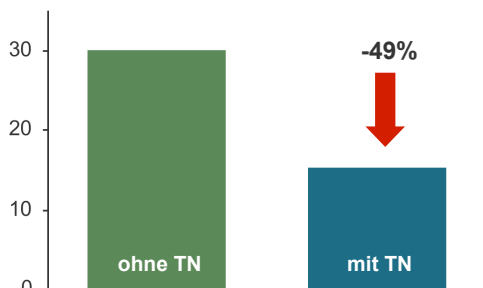
Sensitivitätsanalyse

Das Ergebnis ist selbst bei einer Verkürzung der Verweildauer um nur 0,1 Tage stabil, das heißt neutral zugunsten der Gabe von TN

Die perioperative Gabe von Trinknahrung trägt zur deutlichen Vermeidung von postoperativen Komplikationen bei und spart Kosten

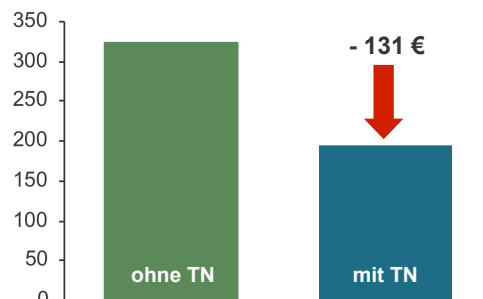
Ergebnisse Kosten-Nutzen-Modell II zur Viszeralchirurgie

Komplikationen in % der Patienten



Senkung der Komplikationen

Kosten pro Patient in €

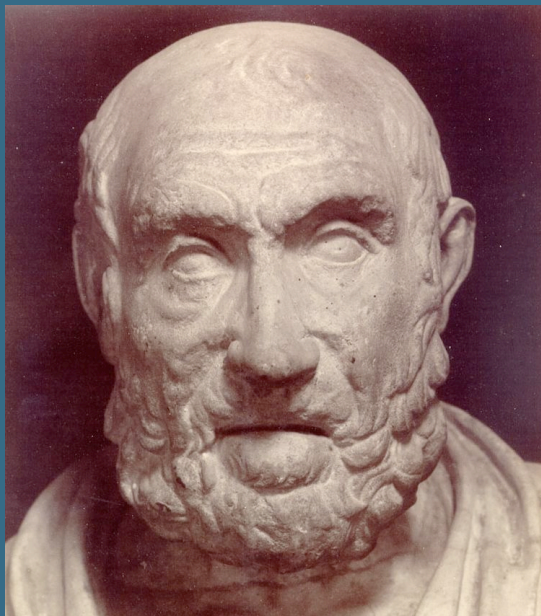


Senkung der Kosten / Patient

Im Bereich der Nahrungsversorgung und des Ernährungsmanagements bestehen im Krankenhaus Potenziale

Fazit

- Die Nahrungsversorgung im Krankenhaus muss im **Kontext eines gesamthaften ernährungsmedizinischen Managements** und nicht nur als Teilbereich der Beschaffung gesehen werden
- Durch Ernährungsmanagement lassen sich **gesundheitsökonomisch sinnvolle Potentiale** realisieren, d.h. Kosten können durch eine Verbesserung der klinischen Effektivität und Effizienz verringert werden
- Dadurch entstehen **Differenzierungsmöglichkeiten** für die einzelne Klinik über eine Erlösoptimierung hinaus
- Die **Investitionen** in die Nahrungsversorgung und das Ernährungsmanagement erscheinen auf Basis der vorliegenden Untersuchungen als **gerechtfertigt**
- Last not least ist die **Nahrungsversorgung und der Ernährungszustand ein wahrnehmbarer Faktor der klinischen Leistung** und hat somit hohe Bedeutung für das Qualitätsmanagement und das Marketing eines Hauses



Hippokrates von Kós, Arzt
460 – 375 v. Chr.

“Deine Nahrungsmittel
seien deine Heilmittel”



Aspekte d. Nahrungsversorgung im KH



Nahrungsversorgung im Krankenhaus – was ist bezahlbar?

edi 2009
Klaus W. Uedelhofen
Berlin, 27. Februar 2009