

1. Mai 2026

Mangelernährung im Spital

Positionspapier des Schweizerischen Verbandes der Ernährungsberater/innen SVDE ASDD, der Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Metabolismus Schweiz GESKES SSNC und der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM SSMIG SSGIM

Die zielgerichtete und evidenzbasierte Therapie der Mangelernährung durch die Ernährungsberatung/-therapie ist ein wesentlicher Bestandteil der stationären Gesundheitsversorgung. Patient/innen sollten mittels flächendeckendem Screening (NRS 2002) erfasst und wenn indiziert, gezielt basierend auf evidenzbasierten Therapiekonzepten behandelt werden. Dadurch kann sowohl das Outcome (Lebensqualität, Komplikationen, Sterberate, Therapieansprechen) verbessert als auch die Versorgungsqualität gestärkt werden. Damit lassen sich zudem auch direkte Kosten sowie Folgekosten reduzieren. Ein etabliertes Controlling der Mangelernährung kann die Prozess- und Ergebnisqualität rund um die Mangelernährung unterstützen.

1. Mangelernährungsmanagement zur Stärkung der Patientensicherheit und als Qualitätsindikator

Mangelernährung stellt in der Betreuung von hospitalisierten Menschen ein zunehmendes Problem dar, welches Einfluss auf die Morbidität und Mortalität der Betroffenen nimmt. Interventionen zur Therapie der Mangelernährung sind verfügbar und wirksam. So konnte in der randomisierten schweizerischen multizentrischen Interventions-Studie Effort¹ nachgewiesen werden, dass eine individualisierte Ernährungstherapie einen positiven Einfluss auf die Morbidität, Mortalität und Rehospitalisationsrate mangelernährter Patienten/innen hat. Im Rahmen der Effort-Studie wurde ein Konzept zur Mangelernährungstherapie erarbeitet, welches als Standard in der Praxis breit anerkannt ist.² Die Patient/innen profitieren bereits während eines stationären Aufenthaltes von der individualisierten Ernährungstherapie durch eine Linderung der Symptome sowie einer nachhaltig verbesserten Funktionalität und Lebensqualität. So kam es in der Interventionsgruppe zu signifikant tieferen Komplikations- und Rehospitalisationsraten. Entsprechend hat die Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Metabolismus Schweiz (GESKES) im Juni 2023 das Management der Mangelernährung als Qualitätsverbesserungsmassnahme (QVM) für Spitäler und Kliniken publiziert.³ Die QVM Mangelernährung wird von wichtigen Akteuren im Schweizer Gesundheitswesen wie H+ und prio.swiss unterstützt und als offizielle QVM anerkannt. Das QVM Mangelernährung beschreibt dabei die Implementierung eines flächendeckenden, interprofessionellen Managements zur Identifikation und Behandlung von Mangelernährung bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten. Es richtet sich an die Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Ziel der QVM ist es, das Mangelernährungsmanagement als integralen Bestandteil der Behandlungsqualität im Qualitätsmanagement der Spitäler zu verankern. Dabei handelt es sich um einen vierstufigen Prozess, welcher vom Mangelernährungsscreening, über das Ernährungsassessment, die Ernährungstherapie zur Dokumentation und dem Austrittsmanagement die wichtigsten Aspekte und -handlungsschritte beschreibt.

2. Das ökonomische Potential des Mangelernährungsmanagements

Ein standardisiertes, flächendeckendes Mangelernährungsmanagement ist nicht nur wichtig für die Patientensicherheit und die Behandlungsqualität. Die aktuelle Evidenz zeigt zudem, dass aufgrund der tieferen Komplikations- und Rehospitalisationsraten auch die Kosten gesenkt werden können.

¹ Schuetz, P. et al. (2019). Individualized nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomized clinical trial. Lancet (London, England), 393(10188), 2312–2321. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32776-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32776-4)

² Clinicalnutrition.science (n.d.) Evidenzbasiertes Mangelernährungs-Management. Verfügbar unter: <https://clinicalnutrition.science/cms/upload/dateien/ernaehrungsalgorithmus.pdf>

³ Qualitätsverbesserungsmassnahme: Management der Mangelernährung, verfügbar unter: [Management der Mangelernaehrung.pdf](#)

Diese Kostensenkung konnte in einer Sekundäranalyse der Effort-Studie mithilfe gesundheitsökonomischer Berechnungen belegt werden.⁴ Gemäss dieser Studie gestalten sich die Kosteneinsparungen der individualisierten Ernährungstherapie wie folgt (pro Patient/in und Aufenthalt):

- Vermeidung einer schweren Komplikation: CHF 872.-
- Vermeidung eines Tages auf der Intensivstation: CHF 8'459.-
- Vermeidung eines Todesfalles: CHF 25'219.-

Die Sekundäranalyse der Effort-Studie hat dabei die Mehrerlöse durch eine adäquate Codierung nicht mit einberechnet. Ein entscheidender ökonomischer Faktor ist die korrekte Erfassung und Kodierung der Mangelernährungsdiagnose sowie der durchgeführten Behandlungen gemäss dem schweizerischen Kodierhandbuch. Dadurch kann der Aufwand im DRG-System (Diagnosis Related Groups) abgebildet und entsprechend die erbrachte Leistung finanziert werden. Die Mangelernährung wird im akutstationären Setting unter SwissDRG mit ICD-10-Codes (siehe Tabelle) erfasst. Vorgegeben durch das Kodierhandbuch des Bundesamtes für Statistik⁵ ist zu der Diagnose eine Erfassung des Mangelernährungsrisikos mithilfe eines im Spitalsetting gut validierten Screening-Tools (NRS-Score)⁶ nötig, inklusive Dokumentation und Initiierung ernährungstherapeutischer Interventionen durch die Ernährungsberatung/-therapie.

E43	Erhebliche Mangelernährung
E44.0	Mässige Mangelernährung
E44.1	Leichte Mangelernährung
E46	Unspezifische Mangelernährung

Die korrekte Codierung von Mangelernährung kann eine erhebliche Auswirkung auf die Erlöse der Krankenhäuser haben. Aktuell sind E43 und E44.0 DRG-relevant, resp. haben einen CCL-Wert.

Ein weiterer wichtiger ökonomischer Aspekt ist die Regelung zur Weitergabe von Vergünstigungen im Bereich von Medikamenten und medizinischen Gütern.⁷ Grundsätzlich sind Spitäler und Kliniken in der Schweiz gesetzlich verpflichtet, erhaltene Vergünstigungen zu 100 % an die Versicherten weiterzugeben. Es gibt jedoch eine spezifische Vereinbarung zwischen dem Spitalverband H+ und den Versicherern (prio.swiss), sodass Spitäler einen Teil der ausgehandelten Vergünstigungen (max. 49 %) zurückbehalten dürfen. Diese zurückbehaltenen Gelder dürfen nicht frei verwendet werden, sondern sie müssen zwingend zur Verbesserung der Behandlungsqualität eingesetzt und dürfen nur für offiziell anerkannte und publizierte QVMs gemäss dem Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG, wie beispielsweise das QVM Mangelernährung, eingesetzt werden. Diese Gelder können u.a. für die Deckung von Personalkosten (z.B. erhöhter personeller Ressourcenbedarf durch Erhöhung der Screeningrate und entsprechend ernährungstherapeutische Behandlung) oder auch die Kosten von effektiven Massnahmen (z.B. erhöhter Bedarf an Trinknahrungen, Zwischenmahlzeiten etc.) eingesetzt werden.

3. Praktische Implikationen und Handlungsmöglichkeiten

Die folgenden Handlungsmöglichkeiten in der Tabelle zeigen auf, wie im Praxisalltag der Prozess der Mangelernährungsbehandlung evaluiert oder initiiert werden könnten. Der Fokus liegt einerseits auf der Behandlungsqualität und Patientensicherheit. Andererseits wird in der Tabelle auch erläutert welche Handlungsmöglichkeiten mittels der Zusammenarbeit mit der Codierung und somit mittels der korrekten Codierung bestehen.

⁴ Schütz, P. et al. (2020). Economic evaluation of individualized nutritional support in medical inpatients: Secondary analysis of the EFFORT trial. Clinical Nutrition 39 (2020) 3361e3368. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.02.023>

⁵ Medizinisches Kodierhandbuch <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/36144081/master>

⁶ Kondrup, J. et al. (2003). ESPEN Guidelines for nutrition screening 2002. Verfügbar unter: [https://doi.org/10.1016/s0261-5614\(03\)00098-0](https://doi.org/10.1016/s0261-5614(03)00098-0)

⁷ H+ Ihre Spitäler, Weitergabe von Vergünstigungen, [H+ Ihre Spitäler - Weitergabe von Vergünstigungen](#)

Evaluationsschritt	Evaluation der bestehenden Prozesse	Initiierung
Screening	- Screeningprozess evaluieren: - o Screeningrate in der definierten Population evaluieren - o Zuständigkeit für Screening evaluieren - Zeitpunkt NRS Erfassung evaluieren - Evaluieren ob erneute Schulungen nötig - Evaluieren ob neue Weisungen nötig, updaten der Weisungen nötig - Evaluieren ob Hinterlegung von Tools, Hilfestellung etc. nötig	- Screening definieren und implementieren: - o Screeningtool definieren (Empfehlung: NRS-2002) und in elektronischem Tool integrieren - o Zielpopulation definieren (z.B. alle Patient*innen ≥ 18 Jahre, die mind. 48 Std. stationär sind) - o Zuständigkeit des Screening definieren (welche Profession auf welcher Ausbildungsstufe) - o Zeitpunkt definieren (z.B. innert 24-48 Std.) - o Re-Screening definieren (z.B. nach 7 Tagen) - Schulung aller beteiligter Berufsgruppen definieren und aufgleisen - Nötige Weisungen, Tools (ggf. elektronisch) erarbeiten, hinterlegen
Ernährungsassessment	- Zuständigkeit für Anmeldung Ernährungsberatung evaluieren (Pflege oder Ärzteschaft) - Zeitdauer bis zur Anmeldung evaluieren - Zeitpunkt Erstkontakt Ernährungsberatung nach NRS-Erfassung evaluieren - Qualität des Ernährungsassessment evaluieren	- Zuständigkeit für Anmeldung Ernährungsberatung definieren (Pflege oder Ärzteschaft) - Zeitpunkt Erstkontakt Ernährungsberatung nach NRS-Erfassung definieren - Mindeststandard für Ernährungsassessment definieren
Ernährungstherapie	- Ernährungstherapiestandard evaluieren - Möglichkeit zu zweiter Intervention evaluieren. Falls nicht stattgefunden hat, Grund eruieren - Vollständige Dokumentation evaluieren	- Ernährungstherapiestandard definieren - Möglichst jeweils 2. Ernährungstherapie integrieren - Vollständige Dokumentation Vorgaben erarbeiten zusammen mit Codierung

Evaluationsschritt	Evaluation der bestehenden Prozesse	Initiierung
Diagnosestellung inkl. Mangelernährungsdiagnose im Austrittsbericht	- Absprache Ernährungsberatung und behandelnde Ärzteschaft evaluieren - Zuständigkeit für Diagnosestellung im Austrittsbericht evaluieren	- Absprache Ernährungsberatung und behandelnde Ärzteschaft definieren - Standard und Zuständigkeit für Diagnosestellung in Austrittsbericht definieren
Codierung	- Zusammenarbeit mit Medizincodierung und -controlling evaluieren - Dokumentation der Ernährungstherapie evaluieren, damit «Geleistetes» adäquat dokumentiert und entsprechend codiert und in Rechnung gestellt werden kann - Evaluation der E46 Codes ○ Evaluieren, ob effektiv alle codierten E46 nicht anders dokumentiert und entsprechend codiert hätten werden können - Ziel: möglichst wenige E46 Codes	- Zusammenarbeit mit Medizincodierung und -controlling aufgleisen - Dokumentation der Ernährungstherapie definieren, damit «Geleistetes» adäquat dokumentiert und entsprechend codiert und in Rechnung gestellt werden kann
Allgemein	- Unterstützung durch die Spitalleitung, Klinikleitung sichern - Involvierung Prozess-/Qualitätsmanagement. Prozess als QVM aufgleisen, damit dies als Qualitätsmassnahme über die zurückbehaltenen Gelder/Einkaufsrabatte finanziert werden kann - Interprofessionelle Projektgruppe bilden (Vertretung von Ernährungsberatung, Pflege, Ärzteschaft, Spitalküche) - Standardisierungen / Definierung von Standards inklusive Etablierung von Kontrollen - Technische Unterstützungsmöglichkeiten der Prozesse / Pflichtfelder / Pop-ups	

Die ICD-10-Codes können als Prozess- und Ergebniscontrolling verwendet werden. Die Anzahl Mangelernährungen können mit Prozentsätzen von anderen Spitälern im Benchmark oder mit Prävalenzdaten verglichen werden. Es zeigt sich beispielsweise, dass Spitäler mit etabliertem NRS-Screening höhere Mangelernährungserfassungen aufweisen als solche, die nur punktuell die Mangelernährung erfassen. Nehmen wir die Diagnose E46 genauer unter die Lupe, so könnte man finanziell hypothetisch annehmen, dass die Wahl einer unspezifischen Diagnose verglichen mit einer mässigen oder schweren Mangelernährung ein Verpassen von einem ein Zusatzlös von CHF 6'100'000.- im Jahr 2020 möglich gewesen wäre.⁸ Ob dies einem

⁸ Vonzun N et al. (2024). Wie sich die Kodierung der Mangelernährung auf den Krankenhauserlös auswirkt. Aktuelle Ernährungsmedizin. 2024 ;49 :208–211

Verlust zugerechnet werden soll oder nicht, klärt sich im etablierten Controlling und Aufarbeiten mit der Klinik. Der unspezifische Code E46 kann als Prozess-Controllings-Kennzahl benutzt werden, da dieser Kode dann von der medizinischen Kodierung erfasst wird, wenn die Mangelernährungsdiagnose zwar gestellt wurde, aber nicht alle Kriterien zur Erfassung erfüllen, beispielsweise die Mindestkriterien von mindestens zwei Kontakten mit der Ernährungsberatung.

Optimierte Abläufe sind bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 4 Tagen in der Schweiz Grundlage von Optimierungen in den Spitälern. Leistungen und Ressourcen vom Behandlungsteam sollen optimal abgestimmt werden an den Bedürfnissen des Patientenguts.