

ERNÄHRUNGSTHERAPIE IM KRANKENHAUS – TEAMWORK VOM FEINSTEN

TEXT: UTA KÖPCKE

ZUM HINTERGRUND

Ernährungs(mit)bedingte Erkrankungen betreffen einen großen Anteil von Patienten in stationären Gesundheitseinrichtungen wie Kliniken, Rehabilitationszentren und Pflegeeinrichtungen. Ernährungstherapie wird immer dann notwendig, wenn die individuelle Sicherstellung der Ernährungsversorgung nicht gewährleistet ist. Diese umfasst alle ernährungsbezogenen Maßnahmen zum Erhalt bzw. zur Wiederherstellung von Gesundheit und Wiedererlangung des Handlungsvermögens des Patienten und stellt eine Interventionsform dar, die individuell definiert und zielgerichtet ist. Sie inkludiert orale, enterale und parenterale Ernährung. Teil der Ernährungstherapie sind ernährungsbezogene kommunikative Maßnahmen wie Ernährungsberatung, Ernährungsschulung, aber auch Ernährungsaufklärung und -information. Professionelle Ernährungstherapie erfolgt prozessgeleitet. Das in Deutschland geltende Prozessmodell ist der German-Nutrition Care Prozess (G-NCP, Abbildung 1).

Diätassistent*innen sind der auf Ernährung spezialisierte Gesundheitsfachberuf, die gemäß Ausbildungsziel des Diätassistentengesetzes für die eigenverantwortliche Durchführung diättherapeutischer und ernährungsmedizinischer Maßnahmen auf ärztliche Anordnung oder im Rahmen ärztlicher Verordnung [...] befähigt sind sowie dazu, bei der Prävention und Therapie von Krankheiten mitzuwirken und ernährungstherapeutische Beratungen und Schulungen durchzuführen. Die 3jährige Ausbildung mit staatlicher Prüfung an einer der ca. 30 Berufsfachschulen für Diätassistent*innen umfasst 3.050 Std. theoretischen und praktischen Unterricht mit Grundlagenfächern wie Anatomie, Physiologie, Biochemie, Krankheitslehre, Psychologie, Soziologie, Ernährungswissenschaften, Lebensmittelkunde. Davon entfallen allein 1.250 Std. auf Diätetik und Diät- und Ernährungsberatung. Die praktische Ausbildung im Umfang von 1400 Stunden erfolgt in allen Sektoren des Gesundheitswesens und inkludiert Diätetik, Koch- und Küchentechnik und Diät- und Ernährungsberatung.

Seit 2013 ist es möglich, die in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen mit einem Bachelorabschluss in Diätetik zu erweitern, dafür existieren duale und additive Studiengangsmodelle. Neben Diätassistent*innen betreuen auch darauf spezialisierte Absolventen ökotrophologischer oder ernährungswissenschaftlicher Studiengänge Patienten ernährungstherapeutisch.

Ernährungstherapie ist - wie Logopädie und Physiotherapie - ein Heilmittel i. S. von § 27 Abs. 1 Nr. 3, § 32 SGB V. Der Behandlungsanspruch von stationär aufgenommenen Patienten wird in § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V geregelt, schließt Heilmittelversorgung und somit die zur Sicherung des Behandlungserfolges

notwendige Ernährungstherapie und Ernährungsberatung inklusiv einer bedarfsgerechten Ernährung ein.

WIE ARBEITEN DIÄTASSISTENT*INNEN?

Analog zum Pflegeprozess wird in der professionellen Diätetik der German-Nutrition Care Prozess als systematische Arbeitsmethode zur Problemerkennung, Planung, Durchführung und Evaluierung ernährungstherapeutischer Maßnahmen verstanden, die in allen Prozessschritten eng mit der Zusammenarbeit diverser Akteure im klinischen Setting gekoppelt ist.

ERNÄHRUNGSSCREENING

Am Anfang stehen die ärztliche Delegation und/oder das Ernährungsscreening. Die Delegation erfolgt im Krankenhaus oft im Rahmen eines Konsils, häufig mit der Indikation Mangelernährung. Idealerweise wird ein Mangelernährungsscreening im Rahmen der Patientenaufnahme durchgeführt, um derart gefährdete Patienten sofort zu identifizieren. Zum Einsatz kommen validierte Screeningtools (z.B. NRS-2002 oder SGA bzw. PG-SGA SF, in der Geriatrie auch der MNA-SF oder MUST). Natürlich können auch entgleisende Blutzuckerspiegel, prädialytischer Zustand, Nahrungsmittelallergien usw. zur Notwendigkeit einer Ernährungstherapie führen.

ERNÄHRUNGSASSESSMENT

Ergibt sich ein Anlass für Ernährungstherapie, erfolgt als erster Therapieschritt ein genaues Ernährungsassessment nach dem ICF-Ansatz. Es dient dazu, die Ernährungsprobleme zu identifizieren. Der Umfang wird aufgrund der aktuellen klinischen Situation fachlich beurteilt und so angepasst und durchgeführt, dass die für die unmittelbare klinische Situation relevanten Daten zur Bewertung des Ernährungszustandes und der aktuellen Ernährungssituation vorliegen. Es beinhaltet beispielsweise:

- Körperfunktionen und -strukturen (Schädigungen) z.B. Größe, Gewicht, BMI, Taillenumfang, Laborparameter, körperliche, kognitive, mentale und emotionale Befunde, Energie- und Nährstoffbedarf und Ernährungsstatus, z.B. Anteil Körperfettmasse und aktive Zellmasse
- Aktivitäten z.B. Fähigkeit Nahrung zuzubereiten und aktuelle Nahrungsaufnahme, aber auch das Bewegungsverhalten und die Fähigkeiten zur Kommunikation Partizipation (Teilhabe) z.B. Beteiligung an Aspekten des sozialen Lebens, persönliche Beziehungen, Teilhabe an Bildung und Arbeit

- Umweltfaktoren z.B. Zugang zu Zusatznahrung, Sondennahrung, Hilfsmitteln, Unterstützung aus dem sozialen oder gesellschaftlichen Umfeld
- Personbezogene Faktoren z.B. Alter, Beruf, familiäre Situation, Religionszugehörigkeit, Adhärenz und Einstellungen

Während die Datenerhebung im ambulanten Setting meist im direkten Kontakt mit den Patient*innen bzw. ihren Angehörigen erfolgt, werden im stationären Bereich Daten und notwendige Informationen zunächst zu einem großen Teil aus der Patientendokumentation entnommen. Ein enger Austausch mit Pflegekräften ist unabdingbar, weil diese wesentlich intensivere Kontakte zum Betroffenen haben. Eine persönliche Visite ist dennoch wichtig: Der persönliche Kontakt dient nicht nur zum Aufbau der therapeutischen Beziehung, sondern ist wichtiger Teil des Assessments. Unabdingbar ist das Einholen eines optischen Eindrucks (z.B. Körperhaltung, Hautbeschaffenheit, optische Beurteilung von Muskel- und Fettverteilung usw.), zudem können Messungen zur Körperzusammensetzung, Gespräche zum Befinden, zu bisherigen Ernährungsgewohnheiten, aber auch Aufklärung zu den Möglichkeiten der Ernährungstherapie und das Erfassen von Wünschen und Vorstellungen der Patienten angezeigt sein. Ebenso ist wichtig, die Ursachen für Ernährungsprobleme herauszufinden.

ERNÄHRUNGSDIAGNOSE

Im Schritt der Ernährungsdiagnose werden die im Ernährungsassessment erhobenen Daten systematisiert und als PESR-Statement zusammengefasst. Der G-NCP folgt dabei der gleichen Systematik wie der Pflegeprozess und gliedert die Diagnose nach Problem (P) - Ursache (E) - Symptomen (S) und Ressourcen und Barrieren (R). Ernährungsdiagnosen und ernährungsbezogene Pflegediagnosen können eine gewisse Schnittmenge aufweisen, auch hier ist ein enger Austausch sinnvoll und relevant. Die Ernährungsdiagnosen sollten in die Patientendokumentation aufgenommen werden.

ERNÄHRUNGSTHERAPIE PLANEN UND UMSETZEN

Die Therapieziele ergeben sich im klinischen Alltag vor allem aus dem therapeutischen Auftrag, zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation beizutragen. Sie sind daher nur in begrenztem Maß verhandelbar. Selbstverständlich ist, dass der Patient bei der Ausgestaltung der Ziele (Ausprägungsgrad, Weg zum Ziel) beteiligt wird. Zumeist dauern stationäre Aufenthalte nur wenige Tage, so dass eine Priorisierung vorgenommen muss. Vorrangig geht es darum, den Patienten soweit zu stabilisieren und (ggf. Angehörigen) zu befähigen, dass die Ernährung im klinischen Setting nach der Entlassung im häuslichen Umfeld sichergestellt werden kann. Zur Sicherstellung der bedarfs- und bedürfnisgerechten Ernährung

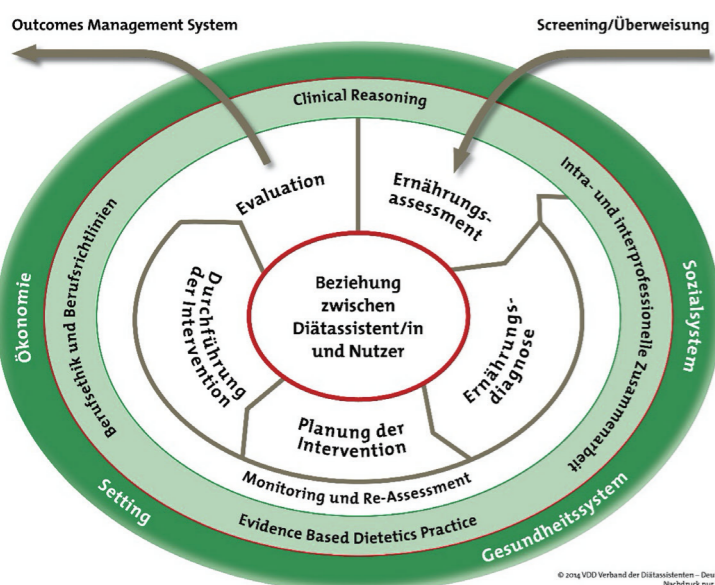
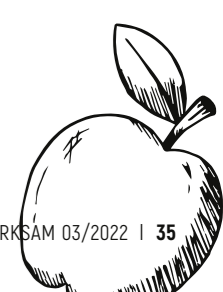
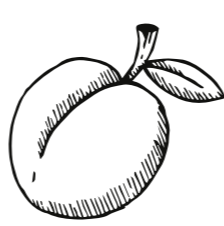
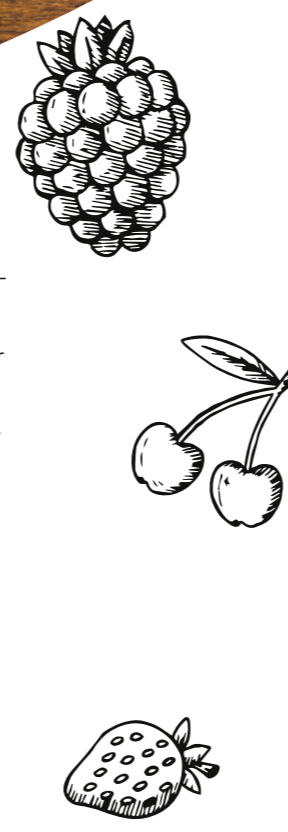
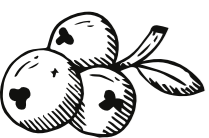
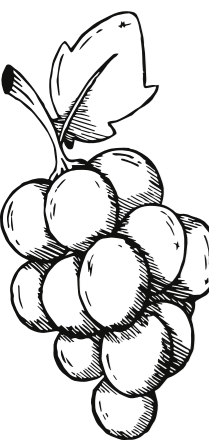


ABBILDUNG 1: PROZESSMODELL G-NCP

findet eine enge Zusammenarbeit mit dem Verpflegungsmanagement, der Krankenhausapotheke und der Pflege statt. Die Umsetzung der Ernährungstherapie kann je nach örtlichen Gegebenheiten, dem bestehenden Diätkatalog, Wahlmöglichkeiten zwischen Menülinien, Flexibilität usw. bei gleichen Ernährungsdiagnosen sehr unterschiedlich sein.



Das ernährungsbezogene Monitoring ist wie das Pflegemonitoring Teil des klinischen Monitorings und erfolgt in enger Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen. Gerade im Bereich des Monitorings gibt die Pflege entscheidenden Input. Tellerprotokolle, Informationen zu Verträglichkeit von Sondennahrung oder zu langen untersuchungsbedingten Ernährungspausen sind Beispiele dafür.



Erfahrungen zeigen, dass die Ernährungstherapie dann am wirksamsten ist, wenn sie durch ein interdisziplinäres Ernährungsteam geplant, gelenkt und umgesetzt wird. Diätassistenten gehören zwingend dazu. Leider gibt es derartige Team noch in viel zu wenig stationären Einrichtungen.

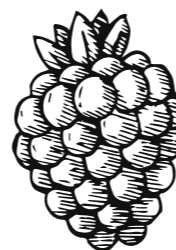
ÜBERLEITUNGSMANAGEMENT

Für einen nachhaltigen Erfolg der Ernährungstherapie und die Versorgung der Patienten zu Hause oder im nachfolgenden Behandlungssetting ist ein gutes Überleitungsmanagement wichtig. Automatisiert gelangen häufig nur Diagnosen in den Arztbrief, die im DRG-System als OPS kodiert wurden. Da Ernährungstherapie in der Regel nicht erlösrelevant ist und sich kaum über OPS-codes abbilden lässt, wird sie in der Entlassdokumentation nicht aufgeführt. Daher ist optimal, wenn Ernährungsdiagnosen, ernährungsbezogene Therapieziele, bereits durchgeführte Ernährungsintervention und ihre Ergebnisse manuell in den Brief an den Hausarzt inkludiert werden. Soll die Ernährung mit Nahrungssupplementen, ggf. enteral oder parenteral auch im häuslichen Umfeld durchgeführt werden, übernehmen Diätassistent*innen in Zusammenarbeit mit entsprechend weitergebildeten Pflegekräften häufig die Absprache mit einem in Betracht kommenden Homecare-Unternehmen.

ERNÄHRUNGSTHERAPIE IST TEAMWORK

In allen Prozessschritten führt eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit nicht nur zur größeren Zufriedenheit der beteiligten Berufsgruppen, sondern auch zu größerer Effektivität und Effizienz in der Versorgung und aus Patientensicht zu einer gut abgestimmten ganzheitlichen Behandlung.

Wer kennt das nicht – Patient nach Magenresektion erhält das beliebteste Gericht des jeweiligen Speiseplans und hat konsequenterweise unangenehme Komplikationen. Schuldige für eine solche Situation zu benennen, ist schnell geschehen, hilft jedoch nicht weiter. Besser ist es, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu optimieren und entsprechende Strukturen zu schaffen. Hier könnte ein Projektteam bestehend aus Pflege, Verpflegungsmanagement, Servicekräften, IT, Ärzteschaft, Entlassmanagement und beratender Diätassistent*in helfen, Rollen, Verantwortungen und Funktionen für die Ernährungsversorgung vom Eintritt der Patienten ins Haus bis zum Überleitungsmanagement zu besprechen, festzulegen und zu automatisieren. Wichtig ist vor allem auch die enge Zusammenarbeit der Pflege mit Diätassistent*innen im Verpflegungsmanagement. Auch bzw. ganz besonders wenn die Verpflegung über einen Dienstleister gewährleistet wird, ist ein enger Austausch notwendig. Diätassistent*innen sind in der Versorgungseinheit verantwortlich für die Umsetzung der Ernährungstherapie auf dem Teller. Dazu gehört neben der Speisplangestaltung und Qualitätssicherung die Planung und Anleitung von Personal, Allergenmanagement und Einkauf. Sie sind angewiesen auf einen kollegialen Informationsfluss, um trotz fehlendem direkten Patientenkontakt oder Einsicht in die Patientenakte eine adäquate Versorgung sichern zu können.



FALLBEISPIEL IM KLINISCHEN ALLTAG

Patient Helmut K., 72 Jahre, Witwer, Lungen-CA, ambulant zur Radio-Chemo-Therapie, 1,70m, bei Therapiebeginn normalgewichtig gemäß BMI, jedoch unbeabsichtigter 7,7% Gewichtsverlust in 3 Monaten → Mangelernährung
Helmut K. wird stationär wegen Verschlechterung des Allgemeinzustandes aufgenommen,

Screening (NRS = 5) bei Aufnahme zeigt:

- ➔ Patient hat Schluckbeschwerden während Bestrahlung entwickelt
- ➔ dadurch Nahrungsaufnahme max. 50%
- ➔ ursprünglich 65 kg (BMI 22,5), über 5 kg in 4 Wochen abgenommen (7,7 % Gewichtsverlust), jetzt BMI 20,8

Stationärer Behandlungspfad

- ➔ Pflege: NRS-Screening bei Aufnahme, informiert Arzt, tauscht sich mit Diätassistent*in aus:
- ➔ Symptomkontrolle /-beobachtung Monitoring der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme, Abstimmung mit Diätassistent*in,



- Logopädie und Service, Übergabe an Überleitungsmanagement
- ➔ Arzt: ordnet Ernährungstherapie und Abklärung der Schluckstörung durch die Logopädie an,
- ➔ Sozialdienst: Abklären Pflegegrad, Zuzahlungbefreiung?
- ➔ Diätassistent*in:
- ➔ Ernährungsassessment:
 - ➔ **Körperfunktionen /-strukturen:** Überprüfen der Kriterien für Mangelernährung GLIM; Kriterien Sarkopenie: EWGSOP2, Energie-, Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarf und -aufnahme, Appetit bestehen ggf. zusätzlich psychische Faktoren als Auslöser für Appetitlosigkeit wie Sorgen, Angst Appetit vermindert, ebenfalls verminderter Speichelfluss und veränderte Geschmacksempfindung
 - ➔ **Aktivitäten:** Ernährungsversorgung im häuslichen Umfeld, Aufnahme von Energie-, Nährstoff- und Flüssigkeitsaufnahme (Menge, Mahlzeitenfrequenz), werden bestimmte Ernährungsformen dort eingehalten? Konsistenzen angepasst? Wie viele Ruhepausen (Schlafen) auf Grund möglicher Fatigue ?
 - ➔ **Partizipation:** Nutzen von Netzwerken im häuslichen Umfeld, z.B. Nachbarschaftshilfe usw.] Wie sozial eingebunden? Freunde, Nachbarn, Lebenspartner*in?
 - ➔ **Personenbezogene Faktoren:** Alter, Geschlecht, Ethnizität, Sprachkompetenz, Vorerkrankungen, Ernährungsgewohnheiten, Vorlieben, Wünsche und Bedürfnisse, Wissen zum Zusammenhang eines guten Ernährungsstatus und Prognose, Selbstkompetenz Kognitive und Körperliche Leistungsfähigkeit
 - ➔ **Umweltfaktoren:** Hilfsmittel zur Nahrungproduktion im Häuslichen Umfeld (Pürierstab usw.), Zugang zu Unterstützung wie "Essen auf Rädern" Einkaufshilfe, Netzwerk, Familie (Geschwister, Kinder), Haushaltshilfe

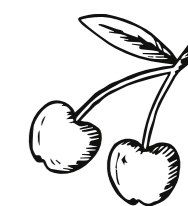
Ernährungsdiagnose:

Energiedefizit und Eiweißdefizit auf Grund unzureichender Energie- und Nährstoffaufnahme. Dies ist bedingt durch eine Reduktion der Mahlzeitengröße und -frequenz. Zusätzlich bereiteten die Appetits- und Geschmacksveränderungen ein Hindernis in der Energie- und Nährstoffdeckung. Durch Bestrahlungsschäden aufgetretene Schluckstörung Grad 2 erschweren den Patienten zusätzlich eine sichere Nahrungsaufnahme.

Ernährungsziel ist eine ausreichende Energie- und Eiweißaufnahme

Dieses wird zusammen mit dem Patienten besprochen, festgelegt und Interventionen vor Ort und für das häusliche Umfeld entsprechend der Gegebenheiten, Bedarfe und Bedürfnisse besprochen.

1. **Intervention für adäquate Versorgung vor Ort:** Absprache einer passenden Kostform mit Patient/Pflege/ Servicekraft, Absprache mit der Pflege: Monitoring der gegessenen Mahlzeiten per Tellerprotokoll ggf. Anpassung der Konsistenz (in Abstimmung mit der Logopädie/Pflege), bei Bedarf Auswahl passender Trinknahrung / Supplemente. Erfassung der tgl. Trinkmenge ggf. stationäre Supplementation via Port
2. **Intervention für die Überleitung:** Beratung des Patienten zur häuslichen Versorgung. Einbinden des Sozialdienstes um einen Pflegegrad bzw. eine Höherstufung zu beantragen. Organisation eines Entlassrezeptes für die Trinknahrung, Übung der Handhabung von Andickungspulver und Übergabe an Überleitungsmanagement / Homecare
 - ➔ **Servicekraft:** bestellt passende Kostform in der Küche nach Absprache mit Pflege / Diätassistent*in/gemäß Kostformkatalog
 - ➔ **Verpflegungsmanagement:** Bereitstellung passender Kostform (Menüplanung, Qualitätssicherung, Einkauf, Personalplanung usw. durch Diätassistent*in im VM)
 - ➔ **Überleitungsmanagement und Sozialdienst:** Information an den ambulanten Onkologen, Informationsmaterial zur häuslichen Versorgung z.B. mit "Essen auf Rädern", ggf. Homecare-Dienst



Uta Köpcke
Präsidentin VDD e.V.