

Kurzfassung des Vortrages von Dr. Gudrun Zürcher, Freiburg

„Ernährung im Krankenhaus“

Im April 1975 fand in Freiburg eine Arbeitstagung statt mit dem Ziel der Darstellung der aktuellen, wissenschaftlich begründeten Ernährungstherapie sowie auch zur Diskussion ihrer Realisierbarkeit, zunächst im klinischen, dann aber auch im ambulanten Bereich. Ein sich anschließendes Round - Table - Gespräch über "Rationelle Diätetik" war der erste Schritt auf dem Weg zur Erarbeitung eines "Rationalisierungsschemas". Die Mitglieder der am Ende der Sitzung gegründeten "Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Ernährung und Diätetik" (DAKED) stellten sich die Aufgabe ein derartiges Rationalisierungsschema zu erarbeiten, dessen erste Fassung im August 1978 veröffentlicht wurde.

Warum ein "Rationalisierungsschema" ?

Nach dem 2. Weltkrieg war die Diätetik, die Krankenernährung, die bis dahin ein wesentlicher Bestandteil der ärztlichen Therapie des Patienten war, durch die bahnbrechenden Erfolge neuer Pharmaka auf dem Gebiet ernährungsabhängiger Erkrankungen wie Hypertonie, Typ II Diabetes mellitus, Gicht und Hyperlipidämien zunehmend in den Hintergrund getreten. Eine große Zahl unwissenschaftlicher Diäten, insbesondere sogenannter Organschonkostformen, stellten einen wesentlichen Teil der Diäten in der Klinik dar. Erstes Ziel der "Rationellen Diätetik" war daher die Krankenhausernährung an den aktuellen Stand der Ernährungswissenschaft und Medizin anzupassen. Dem Arzt sollte mit dem Rationalisierungsschema ein Katalog wissenschaftlich fundierter Diätmaßnahmen zur Anwendung empfohlen werden. Dadurch erhoffte man sich eine Wiedergewinnung und Stärkung der Bedeutung gezielter Ernährungsmaßnahmen in Prävention und Therapie, besonders der ernährungsbedingten Erkrankungen. Nach der Elimination unwissenschaftlicher Diäten, war ein zweiter wichtiger Punkt die Verminderung der Zahl und der Stufen der Diäten. Durch diese Konzentrierung auf wenige Diäten und Diätstufen sollte die Diätetik in der Klinik, aber auch in der Praxis praktikabler gestaltet und vor allem eine Herstellung qualitätsgesicherter Diäten ermöglicht werden. Denn nur eine solche Diät konnte eine der Arzneimitteltherapie vergleichbare dosierte Behandlung sicher stellen. So sollte auch jede Klinik entsprechend ihren Möglichkeiten Qualitätssicherungsmaßnahmen einführen. Durch die Aufklärung über die neue "Rationelle Diätetik" erhoffte man sich auch eine häufigere Anwendung diättherapeutischer Maßnahmen. Als Voraussetzung für eine gute Diät - Compliance sollte

die Ernährungsberatung von Patienten zunächst in der Klinik gefördert, dann aber auch in die Nachsorge eingeschaltet werden. Dabei bestand die Vorstellung, daß bereits eine Verminderung der Küchenarbeit ohne Vermehrung der Zahl der Diätassistenten die Voraussetzung schaffen würde, mehr Diätassistenten zur Patientenberatung einzusetzen. Zudem sollte durch eine Verbesserung der Vollkostversorgung in ihrer Zusammensetzung und Akzeptanz die Zahl der Patienten, die eine spezielle Diät benötigten, vermindert werden. Zur Realisierung dieser Ziele empfahl die Arbeitsgemeinschaft deshalb auch allen Kliniken einen ernährungsbeauftragten Arzt zu ernennen, der wie der hygienebeauftragte oder strahlenbeauftragte Arzt spezielle Aufgaben zu erfüllen hatte. Dabei war in erster Linie an die Leitung des diätetischen Teams, vor allem der Diätassistenten und Ernährungsberater in der Klinik gedacht.

Der wissenschaftlichen Notwendigkeit entsprechend erfolgten Überarbeitungen des "Rationalisierungsschemas 1978" in den Jahren 1990, 1994 sowie 2000. Herausgeber der Rationalisierungsschemata 1994 und 2000 war die "Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin" (DGEM), die 1991 durch den Zusammenschluß von DAKED und DAKE (Deutsche Gesellschaft für künstliche Ernährung) entstanden war.

Repräsentativumfragen der DAKED in den Jahren 1981 und 1984 sowie der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin im Jahre 1993/1994 an Kliniken der Grund- und Regelversorgung, Schwerpunkt - Krankenhäusern, Kliniken der Maximalversorgung, Spezialkrankenhäusern sowie Kur- und Rehabilitationskliniken zeigten, inwieweit die Ziele verwirklicht waren. So war 1993/94 im Vergleich zu 1981 und 1984 die Häufigkeit unwissenschaftlicher Diäten von einem Anteil von 10% der Verordnungen auf unter 1% zurückgegangen. Der "Rationelle Diätkatalog" mit einer minimierten Anzahl von Diäten und Diätstufen bestand aus vier Teilen, 1. der "Vollkost" und "Leichten Vollkost", 2. den "Energiedefinierten Kostformen" (Diabeteskost, Reduktionskost, Lipidsenkende Kost, Purinreduzierte Kost), 3. den "Eiweiß- und elektrolytdefinierten Kostformen" (Eiweißdefinierte Kost, Natriumdefinierte Kost) und 4. den "Gastroenterologischen Diäten und Sonderdiäten". Nach der letzten Erhebung von 1993/94 arbeiteten 58% der Kliniken nach diesem Diätkatalog der DAKED/DGEM. Wie erhofft waren die Diätverordnungen von 25% auf 29% angestiegen. Die stationäre Ernährungsberatung konnte ausgebaut werden. Innerhalb von 10 Jahren arbeiteten 12% gegenüber 5% der Diätassistenten in der Ernährungsberatung. 1993/94 führten 69% der befragten Krankenhäuser eine Qualitätssicherung durch, davon immerhin 23% eine chemische Qualitätskontrolle. Auch die Optimierung der Vollkostformen im Bezug auf die Wahlmöglichkeit war insgesamt befriedigend. Was die Ernennung eines ernährungsbeauftragten Arztes (EBA) betraf, so

hatte sich zwischen den beiden Befragungen 1984 und 1993/94 die Gesamtzahl der EBA's zwar nicht verändert, doch war die Zunahme wichtiger Kompetenzen deutlich verändert. Während 1984 nur 45% mit der Leitung des diätetischen Dienstes betraut waren, war dies 1993/94 bei 76% der Fall.

Mit der Inauguration des über vier Jahre entwickelten "Modell - Lehrklinik - Projektes" hat die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin jetzt einen weiteren Schritt zur Umsetzung der Erkenntnisse der Ernährungsmedizin in deutschen Krankenhäusern getan. In den derzeit 19 Lehrkliniken (11 Reha - Zentren, 8 Akutkliniken) wurde zunächst das in der Praxis verwirklicht, was im "Rationalisierungsschema" als Minimalkriterien für die optimale Funktion einer Klinik auf dem ernährungsmedizinischen Sektor gefordert wird. Die Kriterien wurden als Leitlinien zusammengefaßt (Abb.1). Dabei bedeutet "jetzt" die Situation zum Zeitpunkt der Zertifizierung als Lehrklinik, "früher" die Ausgangssituation. Wichtiger Punkt ist, daß als Leiter der klinischen Ernährungsmedizin jetzt ein "Ernährungsmediziner DAEM/DGEM" fungiert. Mit dem Projekt hat ein neues Kapitel in der Krankenhausernährung begonnen, das für die Implementierung und Weitergabe der Prinzipien einer gesunden Ernährung und auch der Diättherapie an die Krankenhauspatienten sowie zudem für die Ausbreitung der Ernährungsmedizin von Bedeutung ist.

Literatur:

1. Hermann,Th. A.Gebhardt, R.Kluthe: Ernährung und Diätetik in deutschen Krankenhäusern. Ernährungs - Umschau 43 (1996) 202-207
2. Kasper,H, R.Kluthe, R.Bosche: Erhebung zur Häufigkeit des Einsatzes wissenschaftlich gesicherter Diäten und zu den personellen Voraussetzungen für die Anwendung diätetischer Therapie an Krankenhäusern in der Bundesrepublik. Akt. Ernähr.- Med.8 (1983) 56-58
3. Kist,L., K.Vollmer: Kostformen (Vollkost und Diäten) in den Krankenhäusern der BRD in Relation zum Versorgungssystem und der personellen Ausstattung. In: Kluthe,R. (Band-Hrsg):Ernährungsmedizin 1987. In: H.Kasper, R.Kluthe, D.Sailer, J.Schrezenmeir, K.-H.Vestweber,G.Wolfram (Hrsg.):Ernährungsmedizin in Klinik und Praxis. Band 1. Düstri - Verlag, München - Deisenhofen 1988
4. Kluthe,R.: 20 Jahre "Rationelle Diätetik".Akt.Ernähr.- Med. 21 (1996) 268 - 273
5. Kluthe,R.,G. Schäffer (Hrsg):Rationelle Diätetik: Arbeitstagung über Fortschritte der Ernährungstherapie in Freiburg i. Br. April 1975. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1978
6. Kluthe,R.,A.Gebhardt,H.Kasper: Die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin beschreibt neue Wege. Akt.Ernähr.- Med 26 (2001) 35 - 38
7. Rationalisierungsschema der Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung und Diätetik e. V. für die Ernährung und Diätetik im Krankenhaus. Akt. Ernähr.- Med. 4 (1978) 144 -148
8. Rationalisierungsschema 1990 der Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung und Diätetik e.V. für die Ernährung und Diätetik in Klinik und Praxis. Akt.Ernähr.- Med. 15 (1990) 97 - 102
9. Rationalisierungsschema 1994 der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Akt.Ernähr.- Med 19 (1994) 1 - 6
- 10.Rationalisierungsschema 2000 des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM),

der Deutschen Adipositas Gesellschaft, der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM), der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) und des Verbandes der Diätassistenten-Deutscher Berufsverband (VDD). Akt.Ernähr.-Med.25 (2000)263-270

		jetzt	früher
1	Ernährungsmediziner DAEM/DGEM als Leiter der klinischen Ernährungsmedizin	+	∅
2	Kompetenzen der Ernährungsmedizin in einem Organigramm festgelegt	+	∅
3	Der Ernährungsmedizin zugeordnete personell speziell ausgestattete Ernährungsberatung mit Weisungsbefugnis für Vollkostküche	+	∅
4	Qualitätsbeauftragter für Qualitätssicherung	+	∅
5	Regelmäßige interne und externe Qualitätssicherung	+	(+)
6	In einem festen Rhythmus tagende Ernährungskommission	+	∅
7	Diätkatalog in Anlehnung an das Rationalisierungsschema 2000	+	∅
8	Standardisierte Diagnostik und Therapie in Anlehnung an die Vorgaben der Ernährungsgesellschaften	+	(+)
9	Patientenschulung anhand strukturierter Programme	+	(+)
10	Überprüfbare System- und Ergebnisdokumentation	(+)	(+)
11	Aufbau poststationärer Betreuung	(+)	(+)
12	Regelmäßige Mitarbeiterschulung	+	(+)

Abb. 1: Das Modellprojekt klinische Ernährungsmedizin der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin