

## Ernährungstherapie nur im Krankenhaus?

Behandlungskontinuität durch standardisierte Informationsweitergabe



**Stefanie Kohl, BSc MSc**  
Diätologin  
LKH – Univ. Klinikum Graz

# Empirischer Hintergrund

- ca. 2,8 Millionen Menschen/Jahr verlassen das akut Krankenhaus → 30 – 35% sind diätbedürftig (Statistik Austria 2015)
- LKH - Univ. Klinikum Graz:

Top-Down-Analyse im Rahmen der Einführung des systemischen klinischen Risikomanagements

→ unzureichende Weitergabe von Diätempfehlungen an den extramuralen, weiterbetreuenden Bereich

# Empirischer Hintergrund

- Arztbriefe → häufigste und wichtigste Kommunikationsmittel (Spießl H. et al. Dtsch Medizinische Wochenschrift. 2001)
- Optimale Patienten/innenversorgung → abhängig von der Kommunikation zwischen intramuralem und extramuralem Bereich (BQLL. 2012)
- unvollständige Informationsweitergaben:
  - ↓ Qualität der Versorgung
  - ↓ Möglichkeiten fundierte Entscheidungen zu treffen(Pirkle CM et al. Int J Qual Heal Care. 2012)

# Empirischer Hintergrund

- **Integrierte Versorgung:**
  - vertraglich geregelte Zusammenarbeit verschiedener ambulanter und stationärer Leistungserbringer



*(Integrierte Versorgung [Internet]. Psychrembel. 2016)  
(Heduschka K. Wismar Discussion Papers. Wismar; 2005)*



# Empirischer Hintergrund

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Medizinische Universität Graz

- Ernährungsmedizin innerhalb der integrierten Versorgung
  - wenig Platz
  - nur in einigen wenigen Versorgungsverträgen

(Söldner H. DMP - Integrierte Versorgung. Wolfsburg; 2006)

- **Jedoch:** Ernährungsmedizin gewinnt in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention an Bedeutung

(Estruch R et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016;4(8):666–76)

(Dehghan M et al. Circulation. 2012;126(23):2705–12)

(Schoenberg MH. Visc Med. 2016;32(3):199–204)

(BMGF. Ernährung kann was – schon kleine Schritte bringen Erfolge. 2017)

# Empirischer Hintergrund

- **Um den Nutzen der Ernährungstherapie in den Präventionsstufen zu sichern, ist es notwendig die Therapie im extramuralen Bereich fortzusetzen**
  - vollständige Dokumentationen mit essentiellen Informationen
  - wissenschaftliche Methoden und standardisierte Sprachen und Terminologien

↑ Legitimität, Glaubwürdigkeit und Vergleichbarkeit  
von Ernährungsinterventionen

(Cederholm T et al. Clin Nutr. 2016;1–16)

(DGEM. Entlassung aus der Klinik [Internet]. 2016)  
(Hakel-Smith N et al. J Am Diet Assoc. 2005;105(10):1582–9)

# Empirischer Hintergrund

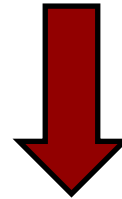
- **Amerika oder Niederlande → NCP**
  - ↑ Qualität in der Diättherapie und Diätberatung (Lacey K et al. J Am Diet Assoc. 2003;103(8):1061–72)
  - Grundlage für die diätetische Dokumentation (Porter J et al. Nutr Diet. 2015;72(3):205–12)
- **Österreich → Diätologische Prozess**
  - **Derzeit:** keine einheitliche ernährungsmedizinische Dokumentation im deutschsprachigem Raum

## Entwicklung einer einheitlichen Dokumentation

- erleichterte Informationsweitergabe
- Gewährleistung der Behandlungskontinuität
- Steigerung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy)

# Umsetzung des Projektes

**WEITERGABE RELEVANTER  
ERNÄHRUNGSMEDIZINISCHER INHALTE**



## Multiprofessionelle Arbeitsgruppe

Diätologen/innen der KAGes

Klinische Ärzte/innen

Hausärzte/innen

Europaweite Experten/innen im Bereich der Ernährungsmedizin

EDV Beauftragte/in



# Umsetzung des Projektes - Zielsetzung

S

Entwicklung einer ernährungsmedizinischen Dokumentation für den Arztbrief (standardisiert, evidenzbasiert, relevant)

M

Erstellung von evidenzbasierten Textbausteinen (n=62)

A

Kurz und prägnant und alle relevanten Inhalte einer ernährungsmedizinischen Dokumentation beinhalten

R

**MASTERTHESE** zur wissenschaftlichen Untermauerung (bis 23.02.2017)

T

Implementierung und Anwendung bis 24.04.2017

# Umsetzung des Projektes - Masterthese

**Umfassende Literaturrecherche**  
(MEDLINE (PubMed), Embase, Cochrane Library, Google Scholar, Google, Handsuche)



**Erhebung von ernährungsrelevanten Inhalten**

**Geschlossene Fragen**

**Delphi – Verfahren**  
mit europaweiten Experten/innen der Ernährungsmedizin

**Offene Fragen**

**Fragebogenerhebung**  
mit klinischen Ärzten/innen

**Evaluierung**  
der erhobenen  
**Inhalte**

**Fragebogenerhebung**  
mit Hausärzten/innen



# Umsetzung des Projektes

- 2 Akzeptanzprüfungen bei KAGes Diätologen/innen
- Implementierung der Textbausteine in das Dokumentationssystem openMEDOCS
- Erleichterte Übernahme aus openMEDOCS in den Arztbrief - Generator Version 2



# Ergebnisse des Projektes

- Textbausteine  
= Grundgerüst einer standardisierten und evidenzbasierten Dokumentation KAGes-weit
- Abschlussbericht:
  - Bei Entlassung eines/r betreuten Patienten/in  
→ Dokumentation durch Textbausteine
  - Textbausteine können individuell angepasst werden

# Ergebnisse – Beispiel

- **Abschlussbericht**

T4

Ernährungszustand: <|TEXT|>

Anamnese: Versorgungform:<|TEXT|>

Ernährungsform: <|TEXT|>

Ernährungstherapieempfehlung: <|TEXT|>

# Ergebnisse – Beispiel

Kürzel	Ernährungszustand
Ez1	gut
Ez2	Risiko Mangelernährung ( <i>&lt;Größe&gt;cm / &lt;Gewicht&gt;kg / BMI &lt;Text&gt;/ &lt;Gewichtsverlauf&gt;kg</i> )
Ez3	Mangelernährung ( <i>&lt;Größe&gt;cm / &lt;Gewicht&gt;kg / BMI &lt;X&gt;/ &lt;Gewichtsverlauf&gt;kg</i> )
Ez4	Übergewicht ( <i>BMI &lt;Text&gt;</i> )
Ez5	Adipositas Grad I, II, III ( <i>BMI &lt;Text&gt;</i> )
Ez6	freie Beurteilung

# Ergebnisse – Beispiel

EM  
34

**Ernährungszustand:** Mangelernährung

**Anamnese:**

Versorgungsform: von Angehörigen versorgt

Ernährungsform: breiig gemixte Kost

**Ernährungstherapieempfehlung bei Mangelernährung:**

- Energiereiche (= 1800 kcal/d) und eiweißreiche (= 80 g/d) Kost.
- Mehrere kleine Mahlzeiten (5-6/d).
- Energieanreicherung von Speisen (z.B. Öle, Obers, Butter, Maltodextrin).
- Wöchentliche Gewichtskontrollen durchführen.
- Einsatz von Zusatznahrungen (1-2 Flaschen Allin/d = 500kcal / 32g Eiweiß)
- Beratungsbroschüren wurden besprochen und ausgehändigt.
- Weiterführende diätologische Betreuung empfohlen

([www.diaetologen.at/suche](http://www.diaetologen.at/suche)).

- Kostform: Hochkalorische, eiweißreiche Kost (HKAL)



# WAS wird erwartet?

- Sektorenübergreifende Informationsaustausch (tertiärem Krankenhaus und Primärversorgung)
  - Informationsverlusten entgegenzuwirken
  - Behandlungskontinuität des/der Patienten/in gewährleisten
  - Nachhaltigkeit der getroffenen ernährungsmedizinischen Maßnahmen im Gesundheitssystem





**DANKE für IHRE  
AUFMERKSAMKEIT**