

Konsultation von Diätassistentinnen im Krankenhaus

Predictors of dietitian consult on medical and surgical wards.

Keller H, Allard JP, Laporte M, Davidson B, Payette H, Bernier P, et al.

Clin Nutr 2014; pii: S0261-5614(14)00292-1

Schlegel-UW Research Institute for Aging, University of Waterloo, West Waterloo, ON, N2L 3G1, Canada.

Die gesundheitsfördernde Relevanz von Diätassistentinnen im klinischen Sektor, insbesondere bei mangelernährten Patienten, ist in mehreren Studien nachgewiesen worden (*Johansen N; Clin Nutr 2004; 23:539*). Dabei konnten der Ernährungsstatus von stationären Patienten und die Lebensqualität durch eine rechtzeitige Anforderung von Diätassistentinnen verbessert werden (*Persson M; Clin Nutr 2007; 26:216; O'Flynn J; Clin Nutr 2005; 24:1078; Starke J; Clin Nutr 2011; 30:194; Ravasco P; J Clin Oncol 2005; 23:1431*). Eine Studie von Ravasco P und Kollegen konnte zeigen, dass eine individuelle Ernährungsberatung bei Patienten mit Kopf-Hals-Karzinomen unter Chemotherapie die Toleranz der Chemotherapie und die Lebensqualität signifikant verbessert (*Head and Neck 2005; 27:659*).

Trotz dieser nachgewiesenen Effektivität verbleibt die Frage, ob Diätassistentinnen im klinischen Alltag im geeigneten Ausmaß angefordert werden. Frühere Studien zeigten, dass die klinische Expertise von Diätassistentinnen oft unterschätzt wird, was zu einem suboptimalen Anforderungsprofil führen könnte (*Kellerer H; J Hum Nutr Diet 2014; 27:192*).

Die Gründe und Einflussfaktoren für die Anforderung von Diätassistentinnen sind weitestgehend unbekannt. Die hier vorgestellte multizentrische Kohortenstudie untersuchte, welche Einflussfaktoren für die Konsultation

von Diätassistentinnen in internistischen und chirurgischen Stationen verantwortlich sind. 947 Patienten in 18 kanadischen Krankenhäusern der Akutversorgung wurden befragt.

Insgesamt erhielten 23% (n = 221) der Patienten eine diätetische Beratung während ihres Krankenhausaufenthaltes, davon 53,4% (n = 117) in den ersten drei Tagen, 35% (n = 77) zwischen dem dritten und dem zehnten Tag und 12,7% (n = 27) ab dem zehnten Tag.

Unabhängige Prädiktoren für die Anforderung einer Diätassistentin in den ersten drei Tagen nach Aufnahme waren eine bestehende Nierenerkrankung bei Einweisung (OR 5,75, P < 0,0001), eine bestehende konsistenzveränderte Kostform bei Einweisung (OR 5,38, P = 0,001), metabolische/endokrine Diagnosen (OR 3,91, P < 0,0001) und orale Supplementation vor der Einweisung (OR 2,33, P = 0,001). Als Trend wurde zudem eine schwere Mangelernährung herausgestellt (SGA-C, OR 1,88, P = 0,06). Das Alter war leicht negativ mit der Konsultation einer Diätassistentin assoziiert (OR 0,98, P = 0,01), was darauf schließen lässt, dass Patienten jüngeren Alters geringfügig häufiger eine diätetische Intervention erfahren als ältere Menschen.

Die Anzahl der medizinischen Diagnosen und Medikamente, der Gebrauch von Antibiotika, die Lebenssituation und das Geschlecht waren

dagegen nicht mit einer Konsultation assoziiert. Die Ergebnisse in den ersten drei Tagen des Aufenthaltes zeigen, dass der Fokus für ernährungstherapeutische Maßnahmen in speziellen Fachbereichen auf bestimmten Erkrankungen liegt. 75% der SGA-B- (moderat mangelernährt) und 60% der SGA-C-Patienten (schwer mangelernährt) wurden keiner Diätassistentin zugewiesen. Im Verhältnis dazu wurden für eine hohe Anzahl an SGA-A-Patienten (nicht mangelernährt) und in leichter Tendenz für jüngere Patienten Diätassistentinnen angefordert. Insbesondere Adipöse wurden mit einer Anforderung nicht signifikant in Verbindung gebracht.

Signifikante Prädiktoren für die Anforderung einer Diätassistentin ab dem vierten Aufenthaltstag waren die Entwicklung einer Dysphagie (OR 11,4, P < 0,0001), eine neue medizinische Diagnose (OR 2,31, P < 0,0001), schwere Mangelernährung bei Einweisung (OR 2,17, P = 0,02), die Entwicklung einer Obstipation (OR 2,16, P = 0,0002), mehr als eine medizinische Diagnose (OR 1,83, P < 0,0001) und Antibiotika-Einnahme (OR 1,62, P = 0,007). Das Alter, die Lebenssituation, eine metabolische Erkrankung, neu diagnostizierte Neoplasien, die Anzahl der Medikamente, Essensaufnahme in der ersten Woche im Krankenhaus, Diäten vor der Einweisung oder die Einnahme von Supplementen bei Einweisung wurden nicht mit der

SPENDEN
unter
projuventute.at
DANKE!

SCHENKEN SIE EIN
KINDERLACHEN.



Tabelle 1: Predictors of a registered dietitian visit \leq 3 days of admission
(nach Keller H; *Clin Nutr* 2014; pii: S0261-5614[14]00292-1)

Predictors of a registered dietitian visit \leq 3 days of admission (n = 931); random intercept logistic model, p-value for random term 0.033					
Predictors	Association analyses			Final multivariate model UPDATED	
	No RD visit, n = 835, a (%)	RD visit, n = 96, a (%)	p value	OR (95% CI)	p value
Demographic					
Age, linear years (\pm s.d.)	64.5 (16.1)	61.6 (18.0)	0.09	0.98 (0.97, 0.996)	0.01
Gender, male	434 (52.0)	47 (49.0)	0.6	0.82 (0.52, 1.29)	0.4
Assisted living or no permanent home	75 (9.0)	8 (8.3)	0.8		
Medical variables					
>1 diagnosis ^a	286 (34.3)	38 (39.6)	0.3		
Metabolic diagnosis	26 (3.1)	11 (11.5)	<0.0001	2.91 (1.71, 4.95)	0.001
Antibiotics prescription on admission	348 (41.7)	40 (41.7)	>0.9		
Number of medications prescribed on admission	10.8 (6.0)	11.4 (5.5)	0.3		
Nutrition related variables					
SGA at admission:			0.007		
SGA B ^b	277 (33.2)	31 (32.3)		0.98 (0.56, 1.66)	0.9
SGA C ^b	86 (10.3)	20 (20.8)		1.83 (0.96, 3.61)	0.06
Oral nutritional supplements on admission	159 (19.0)	36 (37.5)	<0.0001	2.11 (1.41, 3.87)	0.001
Diet variables					
Texture modified diet on admission	19 (2.3)	9 (9.4)	0.001	5.38 (2.19, 13.22)	0.0003
Renal diet on admission	16 (1.9)	10 (10.4)	<0.0001	5.75 (2.24, 14.73)	0.0001

Note: the sample size is 931 due to missing data on some variables.
^a Compared to 1 diagnosis.
^b Compared to SGA A.

Anforderung von Diätassistentinnen in Verbindung gebracht.

Ältere Menschen ab ca. 70 Jahren sind besonders vom Risiko einer Mangelernährung betroffen (Kyle UG; *Clin Nutr* 2003; 22:473). Daher verwundert es, dass tendenziell eher jüngere Patienten eine Ernährungsberatung erhielten. Die krankheitsspezifische Mangelernährung stellt einen relevanten Kostenfaktor für das Gesundheitssystem dar (Freijer K; *Clin Nutr* 2013; 32:136).

Das Fehlen von Anforderungskriterien für Diätassistentinnen rückt hierbei in den Mittelpunkt. Dabei wären festgelegte Kriterien und die Durchführung eines Mangelernährungsscreenings anhand von Risikofaktoren, wie Alter, BMI und Diagnose wichtig. Durch Diätassistentinnen könnten mehr Mangelernährte identifiziert und therapiert werden. Weniger mangelernährte Patienten würden sich gesundheitsökonomisch positiv (verkürzte Liegedauer, geringere Mortalität und Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme) auswirken (Correia MI; *Clin Nutr* 2003; 22:235; Müller MC; Bressler Druck 20; Ordonez AM; *Nutr*

Hosp 2013; 28:1313). Darüber hinaus erscheint die Konsultation einer Diätassistentin reaktiv und zufällig. Laut Studien kommt es häufig aufgrund von gastrointestinalen Erkrankungen zur Überweisung zu ernährungstherapeutischen Fachbereichen. Die Ursache für die bisher reaktive Handlungsweise könnte im systemlosen Einsatz von Ernährungstherapien liegen, da die Anforderungskriterien hierfür im Gegensatz zu anderen Gesundheitsberufen nicht festgelegt sind.

Hierzu ist schlussfolgernd mit Blick auf die genannten Studien anzunehmen, dass sich ein proaktiver, vorausdenkender Anforderungsprozess mit validen und einfach handhabbaren Screeningbögen positiv auf den Krankheitsverlauf des Patienten und somit auf die gesundheitsökonomischen Folgen auswirkt (Müller MC; Bressler Druck 20; Ordonez AM; *Nutr Hosp* 2013; 28:1313).

Studien belegen, dass Diätassistentinnen eine bedeutende Rolle in multidisziplinären Teams für die Identifikation von Mangelernährung spielen (Duerksen DR; *JPEN* 2015; 39:410; Thoresen L; *J Hum Nutr Diet* 2008; 21:239).

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Studie sowie die weiterführende Diskussion eine ungenügende Einbindung und mangelnde Transparenz der Tätigkeit von Diätassistentinnen im klinischen Sektor. Anhand eines allgemeingültigen Mangelernährungsscreenings und definierten Anforderungskriterien für Diätassistentinnen könnte Ärzten und anderen Gesundheitsfachberufen der Zugang zu dieser Berufsgruppe geschaffen werden. Eine interdisziplinäre Arbeit kann den Ernährungsstatus des Patienten verbessern und sich daraus resultierend gesundheitsökonomisch positiv auswirken. Für die Patienten ergäben sich durch die stärkere Einbeziehung von Diätassistentinnen im klinischen Sektor Vorteile in Bezug auf den Ernährungsstatus und die Lebensqualität, was zu einer verbesserten Patientenversorgung führt.

Interessenkonflikte: Keine

Julia von Grundherr zu Altenthan und Weyerhaus

Staatl. anerkannte Diätassistentin,
Studentin Studiengang Diätetik
Hochschule Neubrandenburg
julia.grundherr@gmx.de