

## Ernährung im Krankenhaus

Seit geraumer Zeit ist bekannt, dass nahezu alle Patienten in Krankenhäusern - unabhängig von der Erkrankung, die zur Aufnahme geführt hat - während der stationären Behandlung an Gewicht abnehmen, dies umso mehr, je länger der Aufenthalt erforderlich ist.

Nachgewiesen wurde in mehreren Erhebungen, dass nicht nur der prä-morbide Ernährungsstatus (15 - 40% der Patienten sind zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme mangel- oder fehlernährt!), sondern insbesondere auch die qualitative und quantitative Nahrungsaufnahme während der Krankenhausbehandlung einen wesentlichen Einfluss auf den Gesundheitsprozess hat. Chronisch, aber auch akut mangelernährte Menschen haben längere Rekonvaleszenzzeiten, postoperative Wundheilungskomplikationen treten häufiger auf. Schuld an der Entstehung von Dekubitalgeschwüren sind nicht nur mangelnde pflegerische Fürsorge, sondern häufig eine Fehl- oder Mangelernährung (Eiweiß-, Vitamin- und Spurenelementmangel).



Diese Kenntnis hat in den letzten Jahren insbesondere in geriatrischen Akut- und Rehabilitationskliniken dazu geführt, Daten zum Ernährungsstatus älterer Patienten zu sammeln. Mit möglichst einfachen Screening-Untersuchungen sollten Aussagen zum Ernährungsstatus möglich sein, aus denen ein Risikoprofil ermittelt werden kann, um mit entsprechenden Maßnahmen drohenden Komplikationen vorzubeugen bzw. günstigere Verläufe und kürzere Verweildauern zu gewährleisten.

So spielt sowohl die ärztliche klinische Untersuchung des Patienten mit anschließender symptomorientierter apparativer und Labordiagnostik als auch die Beurteilung des Aufnahmestatus durch das Pflegepersonal selbst eine wichtige Rolle. Neben der Ermittlung des Körpergewichts und der Dokumentation des Haut- und Turgorzustands sind Norton- und Braden-Skala, aber auch der Fragebogen des MiniNutritional Assessment (MNA) heutzutage unverzichtbar, um Risiken zu erkennen, nicht zuletzt auch aus forensischen Gründen.

Ursache nichtausreichender Ernährung, insbesondere bei älteren Menschen, sind nicht in erster Linie eine Erkrankung des Magen-Darmtrakts oder Tumorerkrankungen, sondern häufig Depressionen, demenzielle Entwicklungen, Fehlen sozialer Kontakte, Kau- und Schluckstörungen sowie häufig Nebenwirkungen der verordneten, oft zahlreichen Medikamente.

In 2003 wurde eine Resolution des Europarates über die Verpflegung und Ernährungsversorgung in Krankenhäusern verabschiedet, die von 18 Staaten unterzeichnet wurde. Da es jedoch bislang keine größeren, standardisierten Untersuchungen

zu diesem Brennpunktthema und der Umsetzung der vereinbarten Ziele gab, wurde im Rahmen eines internationalen Ernährungskongresses in Spanien 2005 der Entschluss gefasst, eine europäische Studie durchzuführen. Diese über 3 Jahre angelegte Untersuchung begann am 19.01.2006 mit dem NutritionDay. Europaweit nahmen ca. 600 Stationen unterschiedlicher Fachdisziplinen, in erster Linie jedoch internistische und geriatrische Abteilungen, teil. Deutschland beteiligte sich mit 76 Stationen, zwei davon, eine geriatrische und eine neurologische, aus der St. Mauritius Therapieklinik.

Aufgenommen in die Studie unseres Hauses wurden 25 geriatrische (Station B2) und 32 neurologische Patienten (Station B3). Ermittelt wurden bei den Patienten: Geschlecht, Alter, Körpergröße, Gewicht, vorausgegangener Gewichtsverlauf, Haupt- und wesentliche Nebendiagnosen, eventuell vorausgegangene Operationen, Gesamt-Krankenhaus- und davon intensivstationäre Aufenthaltsdauer (bei Rehabilitationskliniken auch die Vorverweildauer). Von Interesse war das subjektiv vom Patienten eingeschätzte Ess- und Trinkverhalten, die tägliche Medikamenteneinnahme (z.B. Anzahl der Tabletten), der Mobilitätsstatus und der Kontakt zu Angehörigen während der stationären Behandlung. In einem weiteren Fragebogen wurde die personelle Situation (Anzahl und Qualifikation der auf der Station tätigen Pflegekräfte, Therapeuten, Ärzte, Hilfspersonal) erfragt. Wichtigste Parameter am Erhebungstag selbst waren jedoch die Dokumentation der real aufgenommenen Speisen- (s. u.) und die Tagestrinkmenge, die entweder vom Patienten selbst in den Dokumentationsbogen eingetragen wurden oder objektiv von unseren Diätassistenten



**Dr. med. Heribert Woelki**  
Chefarzt der Geriatrie  
St. Mauritius Therapieklinik  
Arzt für Innere Medizin  
Klinische Geriatrie

Telefon (02159) 679-15 23  
Telefax (02159) 679-15 14  
geriatrie@stmtk.de  
[www.stmtk.de](http://www.stmtk.de)

## Fortsetzung

tinnen Frau Elham oder Frau Wittmann akribisch erfragt, überwacht und notiert wurden.

Neben dem Ziel einer umfangreicheren Datenerhebung und Interpretation inklusive einem Benchmarking der einzelnen teilnehmenden Stationen und Länder zueinander, deren erste Ergebnisse im Juli 2006 erwartet werden können, zeigte sich jedoch bereits während der Testdurchführung ein weiteres, nicht primär definiertes, aber erhofftes Etappenziel in den teilnehmenden Kliniken: Die Bewusstmachung der Ernährungssituation und das Bemühen, diese im Blickpunkt zu behalten und möglichst zu verbessern.

Wir sind europaweit wahrscheinlich eine der wenigen, wenn nicht die einzige teilnehmende Klinik (Klinikverbund), die bei jedem Patienten genau angeben kann, aus wie viel Kalorien und mit welchen Grundnährstoffen (Kohlenhydrate, Fette, Eiweiß) sich der für jeden Patienten zusammengestellte Tagesspeiseplan zusammensetzt. In mühsamer Arbeit war nämlich bereits vor Gründung und Eröffnung der Großküche E.C.S. in Lank-Latum durch unsere Diätassistentin sowohl der Brennwert (kcal und kJ) aller Lebensmittel als auch die jeweilige Nährstoffzusammensetzung im Computer hinterlegt worden und für jedes neu verwendete Lebensmittel wird dies nachgeholt.

Durch Eingabe des Patienten-Tagesmenüwunschs durch die Pflegekräfte oder die Ernährungsberaterinnen im JOMO\_CE-Programm bekommt unsere Großküche den Auftrag für die Zusammenstellung und Vorbereitung der Mahlzeiten. Anschließend können Pflegekräfte, aber insbesondere auch deren behandeln-

de Ärztinnen und Ärzte überprüfen, ob die Kalorien- / BE-Menge des bestellten Essens ausreicht, ob die diätetischen Empfehlungen (Fettreduktion, Eiweißsubstitution) umgesetzt wurden und somit ein ausreichendes Ernährungsangebot gewährleistet ist.

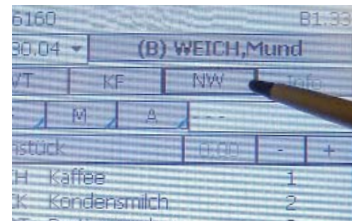
Was wir bei früheren Überprüfungen dieser Eingaben erkennen konnten, war überraschend, teils erschreckend: Die Gesamtkalorienmenge der im Auftrag des Patienten oder nach Einschätzung des eingebenden Pflegepersonals bestellten Speisen lag oft, besonders aber bei den schlecht ernährten Patienten, deutlich unter einer als notwendig erachteten Kalorienmenge von 1500 kcal. Alle Pflegekräfte „können ein Lied davon singen“, dass insbesondere diejenigen Patienten, die es nötig hätten, selbst bei intensivem personellen Einsatz und Zuwendung und unabhängig vom Geschmack der angebotenen Speisen diese nicht oder nur teilweise aufessen. Die am NutritionDay ermittelte Tagesbilanz bestätigte dies in eindrucksvoller Weise.

Woran liegt es nun, dass die Speisen nicht angenommen und gegessen werden? Oft wird kritisiert, dass es zu wenig Abwechslung im Speisenangebot, insbesondere dem Brotbelag, und keine Beilagen gäbe, dass das Essen keinen Geschmack hätte etc. Diese oft geäußerten Hinweise wurden allerdings interessanterweise nicht in der von uns vermuteten Häufung in der im März 2006 durch die E.C.S. erfolgten ersten Patientenbefragung in der St. Mauritius Therapieklinik gefunden – die Benotung in allen Items war durchweg gut bis zufriedenstellend. In der Tabelle sind die Punkte aufgeführt, auf die insbesondere zu achten ist.

Der nächste NutritionDay ist im Januar 2007. Ab November 2006 werde ich zur Teilnahme auffordern.

Wer sich schon jetzt mit diesem Thema befassen möchte: Literatur kann bei mir angefordert werden.

Dr. med. Heribert Woelki



Durch den Einsatz übersichtlicher und handlicher Pen-Computer können vom Personal Menüwünsche erfasst werden, bei gleichzeitiger individueller Speiseangebotsberatung und Nährstoff- und Grenzwertkontrolle.

## Worauf ist somit zu achten?

- Qualitativ und quantitativ verbessern können wir das Nahrungsangebot und Essverhalten allein durch Variieren der Speisenzusammensetzung, häufigeres Erfragen der Wünsche unserer Patienten und Neueingabe in der Jomo\_CE-Menü-Wunscherfassung.
- Wichtig ist, die Nahrungsaufnahme zu überwachen, die Menge nachzuweisen und unseren Patienten dabei die notwendige geeignete Hilfestellung zu geben.
- Voraussetzung für die Nahrungsaufnahme sind ein funktionsfähiges Gebiss bzw. eine korrekt sitzende Zahnprothetik und tägliche Mundhygiene.
- Eine Eiweißsupplementierung sollte (nicht nur bei nachgewiesenem Proteinmangel) bei allen schweren Krankheitsverläufen und in der postoperativen Phase erfolgen. Dies könnte nach Rücksprache mit den Diätassistentinnen über eine geeignete Aufwertung der von der Küche gelieferten Speisen erfolgen oder durch zusätzliche Trinknahrung (z.B. Bioplus = 12 g EW/200 ml Päckchen).
- Wichtigster Wunsch wäre allerdings, dass den Diät- /Ernährungsassistentinnen und der interessierten Ärzteschaft eine geeignete PC-Software und EDV-Anbindung an das JOMO\_CE-Programm zur Verfügung gestellt wird, mit der die Abfrage und Ernährungsüberwachung vereinfacht würde. Dies über die PDAs zu tun, ist äußerst mühsam, und eine notwendige Überprüfung, geschweige denn eine Studie, sind hiermit kaum möglich.