

Münster, 25.03.2015

OPTIMIERTES MÜNSTERANER MODELL

ERNÄHRUNGSMEDIZIN

Hinweis

Zur sprachlichen Vereinfachung und damit zur verbesserten Lesbarkeit wird im Text lediglich eine Geschlechtsform verwendet. Das jeweils andere Geschlecht ist ausdrücklich mit gemeint.

1. ZIELSETZUNG

Das Ziel des Münsteraner Modelles ist eine auf den einzelnen Menschen abgestimmte Förderung des Heilungsprozesses. Dazu gehört eine persönliche Beratung und Begleitung, um das medizinische Handeln zu motivieren. Somit sollte eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau, auch angesichts begrenzter Mittel, gewährleistet sein. Die Arbeit ist an den Grundsätzen Kompetenz, Engagement und Mitgefühl ausgerichtet. Es gilt den Menschen zu helfen, gesund zu werden und gesund zu bleiben.

Die ernährungsmedizinische Versorgung der Patienten muss ein fester Bestandteil der ärztlichen Therapie sein. Mangel- aber auch Überernährung stellen unabhängige Parameter für das Outcome der Patienten dar. Das betrifft die Mortalität, die Morbidität, die Lebensqualität, die Länge des Krankenhausaufenthaltes sowie die Heilungsprozesse. Darüber hinaus kann eine ernährungsmedizinische Intervention die Pflege- und Behandlungszeiten sowie deren Kosten beeinflussen. Vor diesem Hintergrund ist es besonders für Kliniken wichtig, die ernährungsmedizinische Versorgung von Patienten im medizinischen Alltag zu etablieren. Zu den Ernährungsmedizinisch relevanten Patientengruppen gehören überwiegend ICU-Patienten, onkologische Patienten, chirurgische Patienten, gastroenterologische Patienten (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, Kurzdarmsyndrom), Diabetes Mellitus- und Adipositas-Patienten.

Trotz der Empfehlung von nationalen und internationalen Fachgesellschaften hinsichtlich einer Etablierung von exekutiven Ernährungsteams, existieren solche in lediglich 5% der deutschen Krankenhäuser.

Im Universitätsklinikum Münster wurden die ernährungsmedizinischen Erkenntnisse im optimierten Münsteraner Modell bereits erfolgreich in der Praxis etabliert. Die Ambulanz für Diabetologie und Ernährungsmedizin ist Teil der Medizinischen Klinik und Poliklinik B/ Allgemeine Innere Medizin sowie Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankungen und bildet hier eine eigenständige Organisationseinheit. Der Schwerpunkt des Münsteraner Modells ist die frühzeitige Erkennung von ernährungsbedingten Erkrankungen und die darauf individuell angepasste Behandlung. Des Weiteren stellen die gezielten Kooperationen mit den anderen Kliniken/Stationen des Hauses, den externen ärztlichen Praxen und Kliniken sowie die Beteiligung an wissenschaftlicher Forschung zur Generierung neuer ernährungsmedizinischer Erkenntnisse wichtige Faktoren in dem Modell dar.

2. STRUKTURELLER AUFBAU

Das optimierte Münsteraner Modell – Ernährungsmedizin ist wie folgt strukturiert:



Der strukturelle Aufbau des Münsteraner Modells ist ein zentraler Bestandteil des Gesamtkonzeptes für eine optimale, medizinische Behandlung. Es handelt sich um eine interdisziplinäre Struktur, aufgebaut durch Ärztliche Leitung und den ernährungsmedizinisch Beauftragten Clinical Nutrition B.Sc. Mitarbeiter. Diese sollen durch Pflegekräfte und Diätassistenten unterstützt werden. Das Ernährungsteam hat die Aufgabe, patientenspezifisch beratend tätig zu sein. Ferner beantwortet es Fragen bezüglich des Ernährungssupports innerhalb des gesamten Krankenhauses. Weitere Funktionsträger wie ausgebildete Psychologen, Physiotherapeuten, Logopäden sowie Sozialarbeiter werden mit in die Arbeit des Ernährungsteams integriert. Die multiprofessionellen Aufgaben des Ernährungsteams des Münsteraner Modells liegen der Ernährungsmedizin, der Diätetik und der Wissenschaft zugrunde. Die fachlichen Kompetenzen werden somit abgedeckt.

3. PERSONELLER AUFBAU/ERNÄHRUNGSTEAM

Nach dem optimierten Münsteraner Modell untersteht die Ambulanz dem dazugehörigen ärztlichen Leiter. Diesem untersteht wiederum der Beauftragte für Clinical Nutrition B.Sc. Der Beauftragte für Clinical Nutrition B.Sc. ist befähigt, eigenständig das ernährungsmedizinische Handeln in der Klinik und der Ambulanz sowie das ihm unterstellte Ernährungsteam zu delegieren. Eine adäquate ernährungsmedizinische Kompetenz sowie der Strukturierung von Verantwortungsbereichen ist somit gegeben. Das restliche Ernährungsteam ist fachlich und inhaltlich in zwei Arbeitsbereiche gegliedert. Dies ermöglicht eine Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsbilder und

ernährungsmedizinische Interventionen und sichert so die bestmögliche und effiziente Versorgung der Patienten. Die Ambulanz nach dem optimierten Münsteraner Modell ist in eine ernährungsmedizinische und diätetische Abteilung gegliedert. Der Aufbau einer wissenschaftlichen Abteilung ist bereits in Planung.

Ernährungsmedizinische Abteilung

Hier arbeiten insbesondere qualifizierte Ernährungsmanagement/ Clinical Nutrition B.Sc. Absolventen. Arbeitsschwerpunkte liegen in der Erfassung des Ernährungszustandes, der Diagnostik, Beurteilung und Therapie hinsichtlich der Verordnung sowie in der Durchführung und Überwachung einer enteralen oder parenteralen Ernährungstherapie. Des Weiteren gehören qualitätssichernde Maßnahmen zu den Schwerpunkten sowie die Prävention von Mangelernährung, dessen Patientenstamm sowohl stationär als auch ambulant medizinisch betreut wird. Durch klinische Versorgungsnetzwerke werden auch stationäre Patienten anderer Abteilungen/Stationen über konsiliarische Leistungsprozesse ernährungsmedizinisch versorgt. Die Clinical Nutrition B.Sc. Absolventen, die für das Münsteraner Modell eingesetzt werden, haben mindestens eine achtwöchige Hospitation in der Ernährungsmedizin des Universitätsklinikums Münster absolviert und erlernen somit die klare Arbeitsverteilung, die interne Kommunikation und Dokumentation sowie die Arbeits- und Qualitätsstandards. Für die adäquate Umsetzung moderner ernährungsmedizinischer Erkenntnisse im Krankenhaus, wurde in dem Universitätsklinikum Münster ein qualifiziertes Ernährungsteam aufgebaut um die richtigen Strukturen, Organisationen und Aufgaben zu etablieren und dieses Wissen weiter zu geben.

Diätetische Abteilung

Hier arbeiten im Besonderen qualifizierte Diätassistenten. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zum Monitoring und zur Evaluierung der angewendeten ernährungsmedizinischen Interventionen. Sie arbeiten mit bundesweit einheitlichen Leistungs- und Qualitätsstandards und haben die Aufgabe, eine Beratung und Schulung der Patienten in dem Bereich Diätetik zu übernehmen. Der Arbeitsschwerpunkt liegt in der Ernährungsberatung und –modifikation für Patienten mit bestimmten Erkrankungen und/oder Diätvorgaben (z.B. Kurzdarmpatienten, Diabetes mellitus Patienten, Patienten mit relevanten Intoleranzen etc.). Hinzu kommt die Ernährungsberatung adipöser Patienten. Diese kann in Einzelberatungen sowie auch in erarbeiteten Programmen, wie etwa im Rahmen eines modifizierten Optifast-Programmes, stattfinden.

Wissenschaft

Für größere und universitäre Kliniken bietet sich die Möglichkeit einer wissenschaftlichen Projektgruppe an. Durch diese wird den Patienten ein Zugang zu einer moderneren Diagnostik und Therapie gegeben. Diese sollte, je nach Größe und finanzieller Mittel, von dem ärztlichen Leiter oder dem Beauftragten für Clinical Nutrition/ Ernährungsmanagement B.Sc. mit der entsprechenden Qualifikation (Promotion, Habilitation, zertifizierte Prüferkurse) geleitet werden. Aufgrund der akademischen Ausbildung ist die Arbeit in dem Bereich der angewandten oder epidemiologischen Forschung sichergestellt. Dabei liegt die Planung, Durchführung und Auswertung von klinischen Studien im Verantwortungsbereich der Clinical Nutrition B.Sc. Absolventen. Weiterhin können auch qualifizierte Oecotrophologen (Dipl./M.Sc.) eingebunden werden. Eine eigene Forschungsgruppe bietet auch die Möglichkeit der Promotionsbetreuung im medizinischen oder naturwissenschaftlichen Bereich.

Die Größe der Ambulanz und Anzahl der Mitarbeiter ergibt sich aus den Gegebenheiten des Krankenhauses. Zur Koordination der Ambulanz- und Konsiliarischen Abläufe und zur Unterstützung bei Untersuchungen ist - entsprechend der Größe der Ambulanz - ein Team aus Arzthelferinnen und Arzthelfern, ggfs. Gesundheits- und Krankenpflegern, unabdingbar. Somit kann eine interdisziplinäre Struktur geschaffen werden.

Optional kann der Bereich der Diabetologie mit in den Aufbau einer Ernährungsmedizin, durch das Münsteraner Modell aufgenommen werden. Sollte bereits eine Diabetologie mit dazugehörigem Fachpersonal in der Klinik vorhanden sein, kann eine interdisziplinäre Anbindung mit der Ernährungsmedizin erfolgen und eine innerklinische Kooperation starten.

4. AUSSTATTUNG

Die ernährungsmedizinische Ambulanz sollte über Geräte und Methoden zur Bestimmung des Ernährungszustandes verfügen. Dies beinhaltet neben einer geeigneten Methode zur Bestimmung der Körpergröße und des Körpergewichtes auch ein Gerät zur Bioelektrischen Impedanzanalyse (BIA). Ist die Anbindung zu einer Diabetologie vorhanden, so gehören Geräte zur Bestimmung des Blutglukosespiegels und des HbA1c Wertes mit zu der Ausstattung. Eine Kooperation mit der Laboratoriumsmedizin ist erforderlich, um weitere diagnostische Blutparameter bestimmen zu können. Für eine optimierte und individualisierte Ernährungstherapie bietet sich auch die Bestimmung des Ruheenergieumsatzes mittels indirekter Kalorimetrie an. Darüber

hinaus sollten diagnostische Mittel zur Bestimmung von Laktose- oder Fruktoseintoleranzen (H₂-Atemtest) zur Verfügung stehen. Screeningbögen zur Erfassung des Ernährungszustandes (SGA, NRS2002, MUST) sollten vorrätig sein.

Weitere Anforderungen zur Ausstattung, inkl. einer additiven Diabetologie sind:

- manuelle Blutdruckmessung (Blutdruckmanschetten in unterschiedlichen Größen und die Blutdruckmessgeräte entsprechend den Standards der Dt. Hochdruckliga)
- 24 Stunden RR- Langzeitmessung (zumindest im Klinikum durchführbar)
- Instrumente zur Prüfung der Neuropathie (Vibrationsgabel, Monofilament, Nadel (Spitz-Stumpf), Tiefensensibilität (kalt/warm), Reflexhammer)
- Schulungsunterlagen (Schulungsunterlagen für Einzel- und Modulschulungen)
- entsprechende Medien (Blutzuckertagebücher, Informationsmaterial, ggfs. Beamer, Flip Chart, etc. Netzzugriff über WLAN)
- Lösungen und Injektionen (Glucagon- Set, Traubenzucker/ Not- BE, Glucose i.v., Notfall- Set für Pumpenpatienten)
- Messstreifen für Blut- und Uringlucose, Ketonstreifen
- Hoch- bzw. Normokalorische Trinknahrung für verschiedene Indikationen und in verschiedenen Geschmäckern
- Sicherheits-Portnadeln im Huberschiff
- Informationsmaterial für enterale und parenterale Ernährung

5. RÄUMLICHKEITEN

Zur Gewährleistung der Patientenversorgung, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, müssen die räumlichen Gegebenheiten vorhanden sein. Hierzu ist ein Empfang inklusive eines Arbeitsplatzes mit PC, Drucker, Telefon etc. zur Koordinierung und Terminregelung notwendig. Darüber hinaus sind Räumlichkeiten der Patientenbesprechung und weitere Räumlichkeiten zur körperlichen Untersuchung und Vermessung der Patienten erforderlich. Ebenfalls benötigt werden ein Lager zur Aufbewahrung von ggf. Blutzuckermessgeräten, Trinknahrung und Untersuchungsmaterialien sowie ein Kühlschrank zur evtl. Aufbewahrung von Insulin.

Die Anzahl der Räumlichkeiten, im speziellen die der Besprechungsräume, ist der Größe der Ambulanz und des Krankenhauses anzupassen.

6. KOOPERATIONEN

Verschiedene interdisziplinäre Kooperationspartner sichern die bestmögliche Versorgung der Patienten und ermöglichen konsiliarische Leistungsprozesse innerhalb der Klinikums.

Kooperationspartner innerhalb des Klinikums sind:

- Chirurgie
- Kardiologie
- Neurologie
- Nephrologie
- Labormedizin
- Podologie
- Augenheilkunde
- Pädiatrie
- Angiologie
- Gefäßchirurgie
- Orthopädie
- Gynäkologie/Geburtshilfe
- Psychologie
- Onkologie
- Gastroenterologie/Endoskopie

Kooperation und Kontakt mit Hausärzten, onkologischen und diabetologischen Praxen sind erforderlich. Die Kooperation mit den Ärzten verläuft zum einen hausintern über die persönliche Kontaktaufnahme, telefonisch oder per E Mail, zum anderen wird der Hausarzt oder der niedergelassene Facharzt immer in Form eines Arztbriefes informiert. In besonderen Fällen kann eine telefonische Kommunikation stattfinden. Hausinterne Kooperationspartner sind durch das sogenannte ORBIS- System ansprech- und abrufbar: Arbeitsaufträge werden in Online Arbeitslisten transparent und verschriftlicht. Kooperationen mit externen Pflegediensten zur Betreuung von beispielsweise heimparenteraler oder heimenteraler Ernährung sollten ebenfalls aufgebaut werden.

7. BEHANDLUNG

Jeder ambulant sowie stationär aufgenommene Patient wird von dem Fachpersonal und/oder den ärztlichen Mitarbeitern persönlich begutachtet. Dies ge-

schieht zunächst über anthropometrische Messungen, eine bioelektrische Impedanzanalyse, ein Ernährungsscreening mittels geeigneter Ernährungsscores (z.B. SGA oder NRS 2002), ggfs. eine Blutzucker- und HbA1c-analyse sowie ein Anamnesegespräch. Nachdem sämtliche Daten und Diagnosen gesammelt wurden, erhält der Patient eine individualisierte Therapie entsprechend der Leitlinien. Es empfiehlt sich in den meisten Fällen die Angehörigen des Patienten miteinzu beziehen. Dabei sollte eine realistische Zielklärung mit dem Patienten und den Angehörigen besprochen werden, es ist wichtig den medizinischen Nutzen der Therapie zu erläutern und auf die Wünsche und Erwartungen des Patienten einzugehen. Anschließend wird die Therapie des Patienten eingeleitet, ggfs. chirurgische Termine vereinbart (beispielsweise für eine Portanlage) und/oder externe Pflegedienste zur Betreuung der Patienten zuhause kontaktiert. Die Patienten kommen im Rahmen ihrer Erkrankung zur Weiterbetreuung spätestens alle drei Monate, sowie beim Auftreten jedweder Komplikationen/Verschlechterungen in die ernährungsmedizinische Ambulanz.

Zeigt sich bei den Arztvisiten auf anderen Stationen ein ernährungsmedizinischer oder bei einer additiven Diabetologie, ein diabetologischer Beratungsbedarf der Patienten, werden diese direkt an die Ernährungsmedizin/Diabetologie gemeldet und ein Ernährungskonsil angeordnet. Die Versorgung der Patienten verläuft hier ebenso wie bei den ambulanten Patienten. Langfristig bietet es sich an, in dem gesamten Klinikum, wenigstens aber in Risikoabteilungen ein routinemäßiges Ernährungsscreening aller Patienten durchzuführen.

Ein Optifast-Programm zur Gewichtsreduktion bei übergewichtigen und adipösen Patienten sieht Einzel- und Gruppentermine vor. Die Betreuung erfolgt über 52 Wochen und beinhaltet körperliche Untersuchungen, Sport und psychologische Sitzungen.

8. DOKUMENTATION

Das Universitätsklinikum Münster arbeitet mit der Software ORBIS nice. Alle Patientendaten, Anamnesen etc. können somit dokumentiert und gespeichert werden. Die konsiliarischen Anforderungen werden ebenfalls beantwortet und gespeichert. Alle Mitarbeiter mit entsprechenden Zugriffsrechten können den Befund lesen. Externe oder handschriftliche Patientendaten können manuell eingescannt und in das Orbis nice System mit aufgenommen werden. Für die Diabetologie/ Ernährungsmedizin ist in ORBIS nice eine eigene Formularsammlung für

Anamnese, Medikation, Befunderhebung und Verlaufskontrollen entwickelt worden. In dieser Akte können ermittelte Informationen sowie Gesprächssituationen zwischen den Beratenden und den Patienten dokumentiert und gespeichert werden. Wichtige Parameter werden zusätzlich zur Qualitätssicherung als EDV- Datei in einem „QMED“ Bogen eingegeben. Die Leitlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft und die Richtlinien des Disease-Management-Programms wurden in das Datenerfassungsprogramm– EDE berücksichtigt. Auf den Inhalt der EDE-Akte hat nur die Diabetologie/Ernährungsmedizin Zugriff. Voruntersuchungen werden hier ärztlich erfasst und können in den Behandlungsplan mit einbezogen werden.

Der Diagnostikprozess ist im Qualitätshandbuch der Abteilung dokumentiert. Im UKM findet nicht nur eine elektronische Archivierung der Patientendaten statt. Jeder Patient erhält noch eine papiergebundene Akte zur Befunderfassung und allgemeinen Dokumentation. Diese wird in einem Lager bis zu zehn Jahre archiviert und danach in eine Mikroverfilmung umgewandelt. Eine nachhaltige Kodierung und gezieltes Erlösmanagement für stationäre Leistungsprozesse sowie individuell ausgehandelte Verträge mit Krankenkassen für diätetische Beratung erlauben ebenfalls eine konsequente Abrechnung.

Da es verschiedene Krankenhausinformationssysteme gibt, sollte dies natürlich den Gegebenheiten des Klinikums angepasst werden, um einen internen reibungslosen Ablauf und eine Qualitätssicherung des Klinikums zu gewährleisten.