

Vortrag	Zusammenfassung
<p>Fette und Fettsäuren in der pädiatrischen Diätetik-leicht verdaulich serviert Uta Meyer</p>	<p>Angeborene Stoffwechselerkrankungen werden zumeist direkt innerhalb der Stunden nach der Geburt, festgestellt.</p> <p>Bsp.: Mukoviszidose bzw. CF (cystische Fibrose) Hier ist ein Gen defekt, welches den Salz-Wasser-Haushalt der Zelle reguliert. Ernährungstherapeutisch benötigt man u.a. mehr Energie- u. Flüssigkeit und ggf. Verdauungsenzyme falls die Bauchspeicheldrüse mit betroffen sein sollte. Auf eine ausreichende Salzzufuhr sollte geachtet werden. Ggf. ist eine Anreicherung der Nahrung mit energiereichen Pulvern bzw. Trinknahrung, sinnvoll. Weitere Tipps s.h. im Internet unter: Mukoviszidose.eV</p> <p>Fettsäuren können in kurz-, mittel- und langkettige Fettsäuren eingeteilt werden. Besonderheit der mittelkettigen Fettsäuren (MCT-Fette) ist die Gallensäureunabhängige Verstoffwechslung, sowie einen Lymphunabhängigen Transport. Sie gelten als „leicht verdaulich“ und werden gezielt in der Ernährungstherapie von Fettstoffwechselstörungen und gastrointestinalen Erkrankungen wie z.B. beim Kurzdarmsyndrom eingesetzt. Es gibt MCT-Fette als Öle, Margarine und Emulsionen (Cave: Kokosöl kann nicht genutzt werden, Aufgrund des hohen Anteils an langkettigen Fettsäuren). MCT-Fette kann man im Reformhaus kaufen, allerdings sind sie seit neustem auch Verordnungsfähig (bei Diagnose: Fettstoffwechselstörung).</p> <p>Bsp.: β- Oxidationsstörung Hier liegt eine Störung des Transportmechanismus im Mitochondrium vor. Langkettige Fettsäuren können nicht abgebaut werden, sammeln sich an (an Carnitin gebunden) und werden z.T. über den Urin ausgeschieden. Ernährungstherapeutisch arbeitet man hier mit einer strengen (+ 0,1%) oder moderaten (+ 1,5%) Fettreduktion. Kohlenhydrate und MCT-Fette dienen als Energiequelle und sollten anfangs, in regelmäßigen, kleinen Mahlzeitenabständen zugeführt werden. Essentielle Fettsäuren, wie z.B. Lein-, Soja- und Wallnussöl sollten ergänzend in kleinen Mengen genutzt werden. Sie werden direkt vom Körper verarbeitet/genutzt, da sie essentiell sind.</p>

	<p>Bsp.: Glykogenose Typ 1 Bei dieser Erkrankung kann Glykogen nicht abgebaut werden. Somit ist auch keine Freisetzung von Glucose aus der Leber möglich. Des Weiteren kann auch keine Glucose aus Fructose, Galaktose, etc. genutzt werden. Somit drohen Unterzuckerungen! Deshalb benötigt man in der Ernährungstherapie u.a. regelmäßige kohlenhydratreiche Mahlzeiten zunächst alle 2-3h, danach alle 3-4h. Eine nächtliche Kohlenhydratzufuhr muss durch Stärkedrinks oder z.B. Dauersonde, gesichert werden. (...) Beim Glucoseabbau entsteht Acetyl-Coenzym A (Acetyl-CoA), welches in Triglyzeride umgewandelt werden kann. Deshalb sollte hier, sichtbares Fett gegen MCT-Fette ausgetauscht werden. In der Leber kann aus Acetyl-CoA auch Keton gebildet werden. Dieser Vorgang wird in der ketogenen Diät (Fettreich, ausreichend Proteine, Kohlenhydratarm) genutzt, hat laut Studienlage aber nur eine positive Auswirkung bei Epilepsie.</p>
<p>Jeden Tag ein Ei?- Ernährungstherapie bei angeborenen Fettstoffwechselstörungen vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter Ulrike Och (UKM)</p>	<p>Bsp.: familiäre Hypercholesterinämie Ist eine angeborene Störung am LDL-Rezeptor, die zu einem hohen Cholesterinspiegel führt, welches zu einer Arteriosklerose führen kann. Durch die LDL-Rezeptorstörung, staut sich Cholesterin im Blut an. Zusätzlich gibt die Zelle einen Impuls an die Leber LDL zu bilden, um den Zellinternen „Cholesterinmangel“ auszugleichen. Eine Ernährungsumstellung erfolgt nach Leitlinien, ab einem LDL Wert von >130mg/dl im Blut. In der Regel darf ca. 200-250mg Cholesterin/d zugeführt werden. Dies entspricht z.B. 1 Ei (ca. 240mg Cholesterin) + 1 Glas fettarme Milch (ca. 8mg Cholesterin). Meist erfolgt die Ernährungstherapie in Kombination mit einer medikamentösen Therapie (Fallabhängig).</p> <p>Bsp.: familiäre Hypertriglyzeridämie Hier können Chylomikronen nicht gespaltet werden. Dies sorgt dafür, dass nicht das Arterioskleroserisiko steigt, sondern das Pankreatitisrisiko. Triglyzeride liegen bei über 1000mg/dl im Blut. Ernährungstherapeutisch sollte eine möglichst fettarme Ernährung erfolgen, wobei MCT-Fette genutzt werden und die essentiellen Fettsäuren nicht vergessen werden sollten. Bei der MCT- Zufuhr sollte darauf geachtet werden, niemals mit der Gesamt-MCT-Fettmenge zu starten, da dies gastrointestinale Beschwerden auslösen kann. Die MCT-Menge ist auch nicht beliebig erhöhbar, da eine hohe MCT-Zufuhr eine hepatische Triglyzeridproduktion fördert/steigert. Um zu überprüfen, ob ein Linolsäuremangel vorliegt, kann die Meadsche Säure überprüft werden.</p>

<p>Heilmittel Ernährungstherapie- die ersten Schritte sind getan! „Must haves“-aktuelle Fakten zur Thematik. Uta Köpcke</p>	<p>Die Rahmenempfehlungen zum §125 SGBV wurden aktiv durch die Berufsverbände (VDD, VDOE..) mitgestaltet. Zur Zulassungsempfehlung nach §124 SGBV hatten die Berufsverbände nur ein Stellungsnahtmerecht. Die Kostenverhandlungen mit den Krankenkassen sind erfolgt und es gibt eine Einigung auf Bundesebene. Allerdings sind diese nicht bindend, sodass sich Krankenkasse nicht anschließen müssen. Somit sind nicht alle Krankenkassen „dabei“. Genaueres kann man auf der VDD-Homepage finden. Wenn man die Ernährungstherapie als Heilmittel für z.B. Ambulanzen im Krankenhaus beantragen möchte, muss die Beantragung über die Krankenhausgesellschaft erfolgen.</p>
<p>Optimierung unter schwierigen Rahmenbedingungen- deutscher Krankenhausmarkt Prof. Dr. Andreas Beivers (Gesundheitsökonom/Hochschule Fresenius) beivers@hs-fresenius.de</p>	<p>Ausgangslage: Deutlich regionale Unterschiede bei Fallzahlen für stationäre Aufenthalte. Baden-Württemberg hat hier die niedrigsten Fallzahlen.</p> <p>Dabei haben wir eine Zunahme an „Notfällen“, da der Anspruch der Patienten steigt. Niedergelassene Ärzte im Dienst werden nicht wahr- bzw. in Anspruch genommen (Notfallambulanzen). In Planung sind hier wohl 24h-Hotlines, wobei abgeklärt werden kann, wo man/Patient hingehen sollte.</p> <p>Bei der Auswahl der Rehaklinik, kann auf einen Filter zurückgegriffen werden, wie bei einer Urlaubsbuchung (am Meer, Wandern möglich, etc.)- der Patient sucht aus, wo es hingehen soll.</p> <p>Strukturwandel, was haben DRGs gebracht? Es gibt weniger Krankenhäuser, weniger Betten, die Verweildauer, Kapazität ist gesunken..... aber die Fallzahlen sind gestiegen. Im Durchschnitt ist die Auslastung der Krankenhäuser gesunken, d.h. die Krankenhäuser befinden sich im Wettbewerb um die Patienten. DRGs gibt es seit den 70-ern in den USA. Deutschland hat sie relativ spät eingeführt. Ein erhofftes Kosten senken hat nicht geklappt.</p> <p>NRW hat eine Einwohnerdichte, wie die Niederlande, dabei aber viel mehr Krankenhäuser, vor allem viele kleine Krankenhäuser.</p> <p>In Baden-Württemberg geht es vielen Krankenhäusern schlecht (geringe Fallzahlen). Bisher schließen sie noch nicht- können es sich noch leisten.</p> <p>Case-Mix-Punkte sind je nach Trägerschaft unterschiedlich.</p> <p>Personal- u. Sachkosten steigen an. Gibt es hier in der</p>

Zukunft vielleicht eine „Smartsolution“ oder Pflegeroboter? Werden im Zeitalter der Digitalisierung (eHealth) und künstlicher Intelligenz bald Radiologen oder Wirtschaftsprüfer überflüssig???!

Duale Krankenhausfinanzierung aus Staat (Bundesländer) + Krankenkassen (Fallpauschalen). Früher gab es viele kleine Krankenhäuser, Fachkliniken und einige Unikliniken. Heute gibt es viele ambulante Op-Zentren und es werden direkt Krankenhäuser mit der gewünschten, fachlichen Qualität (große Krankenhäuser/Unikliniken) vom Patienten ausgewählt (nicht unbedingt Wohnortnah). Ca. 34% der Patienten suchen sich ein Wohnortsnahes Krankenhaus aus. Ca. 65,7% der Patienten suchen sich ein spezial Krankenhaus (großes Krankenhaus) aus.

Weg zur Qualität:

Patientenbefragungen werden veröffentlicht. Intern gibt es Indikations-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Bisher kommt erst die (z.T. sehr teure) Diagnostik und dann der MDK zum Streichen (Fallpauschale). Für die Zukunft sollte zunächst die Fragestellung sein, braucht der Patient die spezielle Diagnostik bzw. sollte man vorher abchecken, ob die Behandlung, die der Patient bekommt, Not tut.

Krankenhausstrukturgesetz:

DRGs waren nicht ausreichend, deshalb muss es jetzt eine messbare Qualität geben. Das IQTIG (Institut für Qualitätssicherung) und Transparenz im Gesundheitswesen überprüft, ob die Strukturvorgaben umgesetzt werden. Krankenhäuser dürfen nur existieren, wenn ausreichend Ärzte + (Intensiv-) Betten vorhanden sind (Versorgungsrelevanz). Ziel ist es, dass es mehr Zentren nach Strukturvorgabe gibt.

Eine kürzere Verweildauer verdichtet das Leistungsgeschehen.

Konzept der Wettbewerbskräfte heißt, dass ein Krankenhaus gucken muss, ob es neue Krankenhäuser/Rehas in der Nähe gibt (Wettbewerb), ob es neue Lieferanten gibt (z.B. externes Essen), Aufgrund der ambulanten OP-Zentren fehlen die Einweiser, der Kunde sind/ist die Krankenkasse (hier: Was will der Kunde?!)......

Bisher gab es eine horizontale Integration, indem die Krankenhäuser gekauft haben zB. Asklepios, Helios.... Für die Zukunft gibt es eine vertikale Integration, d.h. das „Krankenhaus managed Care“ (Krankenhaus + ambulanter Bereich /Vor- und Nachsorge des Patienten). Dies bedeutet eine Restrukturierung des Personals,

	<p>welches den Patienten zu/um versorgt, entlang der Wertschöpfungskette des Patienten. Dies in Zeiten des Pflege- u. Ärztemangels. Restrukturierung von Arbeitsprozessen muss erfolgen hinsichtlich Kosten senken, Qualitätsverbesserung, Personalgewinnung und –bindung durch Berufszufriedenheit.</p> <p>Therapeutische Berufsfelder (z.B. Ernährungstherapie, Physiotherapie...) kommen im neuen Koalitionsvertrag zu kurz- hier sollten wir (Berufsverbände) kämpfen um bei der nächsten Reform berücksichtigt zu werden!</p> <p>Wann kommt die nächste Reform? Man hat herausgefunden, dass ca. 1,5 Jahre nach den Bundestagswahlen neue Reformen beschlossen werden. Somit ist in 2019 mit Neuerungen zu rechnen.</p> <p>(Anmerkung: Vortrag wurde via Skype gehalten. Trotzdem sehr interessanter, mitnehmender Vortrag. Hält häufiger Skypevorträge. Kontakt via E-Mail ok. E-Mail Adresse s.h. oben)</p>
<p>Institutionelles Ernährungsmanagement- Erfahrung aus dem Klinikum Augsburg Susanne Nau</p>	<p>Multiprofessionales Team aus Arzt, Diätküche, Ernährungswissenschaftlerin, Pflege und Apotheke kümmern sich um den Patienten- vom Essen bis zur parenteralen Ernährung.</p> <p>Projekt Mangelernährung sieht bei Ihnen wie folgt aus: NRS: im Orbis hinterlegt + Work-flow : alle Patienten werden bei Aufnahme gescreent, danach wöchentliche Wiederholung. Bei 3 Punkten orale Nahrungssupplemente durch die Stationen, bei mehr als 3 Punkten wird ein Ernährungskonsil gestellt. Nach Ernährungsempfehlung (oral/eN/pN) wird automatisch eine Kodierungsempfehlung erstellt + besondere Zwischenmahlzeit entspricht hier angereicherten Suppen/Nachtischen mit ca. 1100kcal/d(erheben gerade eine Studie dazu; Kosten ca. 3,50€/d für die besonderen Zwischenmahlzeiten; ca. 2,80€ für 3x Trinknahrung/d) + Codierung der Nebendiagnose Mangelernährung als Grundlage dient der NRS-Bogen und die dokumentierte (!) Leistung. Dies wird durch den MDK/MDS kontrolliert Insgesamt gehen die Erlöse (Codierung Mangelernährung) seit den letzten Jahren, runter.</p> <p>Woran kann es haken in der Ernährungsmedizin? Laut einer Umfrage in der Schweiz, fehlen: erkenntliche Ernährungsdaten, Ärzterelevanz zum Ernährungszustand, die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen.... Außerdem ist die Menübestellung unflexibel, etc.....</p>

	<p>In der Zukunft bildet die Basis, eine adäquate Patientengastronomie. Eine praktische Umsetzung ernährungsmedizinischer Erkenntnisse im Kontext mit medizinisch/ökonomischen Aspekten. Die Krankenhausleitung muss ernährungsmedizinische Intervention als Bestandteil der medizinischen Therapie konsequent fördern.</p> <p>Im Zeichen der Standardisierung könnte es eine übergeordnete Ernährungskommission geben, die verbindliche Standards einführt bzw. kontrolliert.</p>