

Vergleich der Erfassung des Nutritional Risk Scores zwischen Ärzten und Ernährungstherapeutinnen

Eine quantitative Erhebung an der Klinik für Innere Medizin am Kantonsspital Winterthur

Anita Joos, Claudia Kaufmann
Studiengang Ernährung und Diätetik (BSc), ERB12

Einleitung

Bei Spitaleintritt ist jeder fünfte Patient mangelernährt [1]. In der Schweiz dient das Nutritional Risk Screening (NRS-2002) als Grundlage für die Erkennung sowie für eine einheitliche Klassifizierung und Kodierung der Mangelernährung (ME) [2, 3]. In der Klinik für Innere Medizin am Kantonsspital Winterthur (KSW) wird der Nutritional Risk Score (NRS) seit 2012 standardmässig elektronisch durch die Assistenzärzte im Rahmen der Kurzanamnese erfasst und bei einem Risiko für ME ($NRS \geq 3$) sollte die Anmeldung zur Ernährungstherapie erfolgen. Die Ernährungstherapeutin führt ein Ernährungsassessment durch, überprüft den NRS und lässt diesen gegebenenfalls anpassen. Basierend auf diesem standardisierten Mangelernährungsmanagements stellt sich folgende Frage:

Wie gross ist die prozentuale Diskrepanz der Erfassung des NRS von Assistenzärzten, welche den NRS mittels Screening (NRS-2002) erheben, verglichen mit Ernährungstherapeutinnen, welche den NRS nach erfolgtem Ernährungsassessment erfassen?

Methode

- Erfassungsphase: 4 Wochen
- Stichprobe: NRS Daten von 78 Patientenfällen, welche zur Ernährungstherapie angemeldet wurden
- Vergleich der NRS Erfassung beider Berufsgruppen
- Einfache Verblindung (Assistenzärzte nicht informiert)
- Statistische Auswertung: Microsoft Excel 2010®
- Signifikanztest: Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test, SPSS®

Ergebnisse

Die Resultate zeigen eine signifikante Diskrepanz ($p=0.017$) der Erfassung des NRS von 50% (39; $n=78$).

Dies bedeutet: Jeder zweite NRS, ermittelt durch Assistenzärzte mittels Screening, stimmt nicht mit der Einschätzung der Ernährungstherapeutin nach erfolgtem Ernährungsassessment überein und wird dementsprechend angepasst.

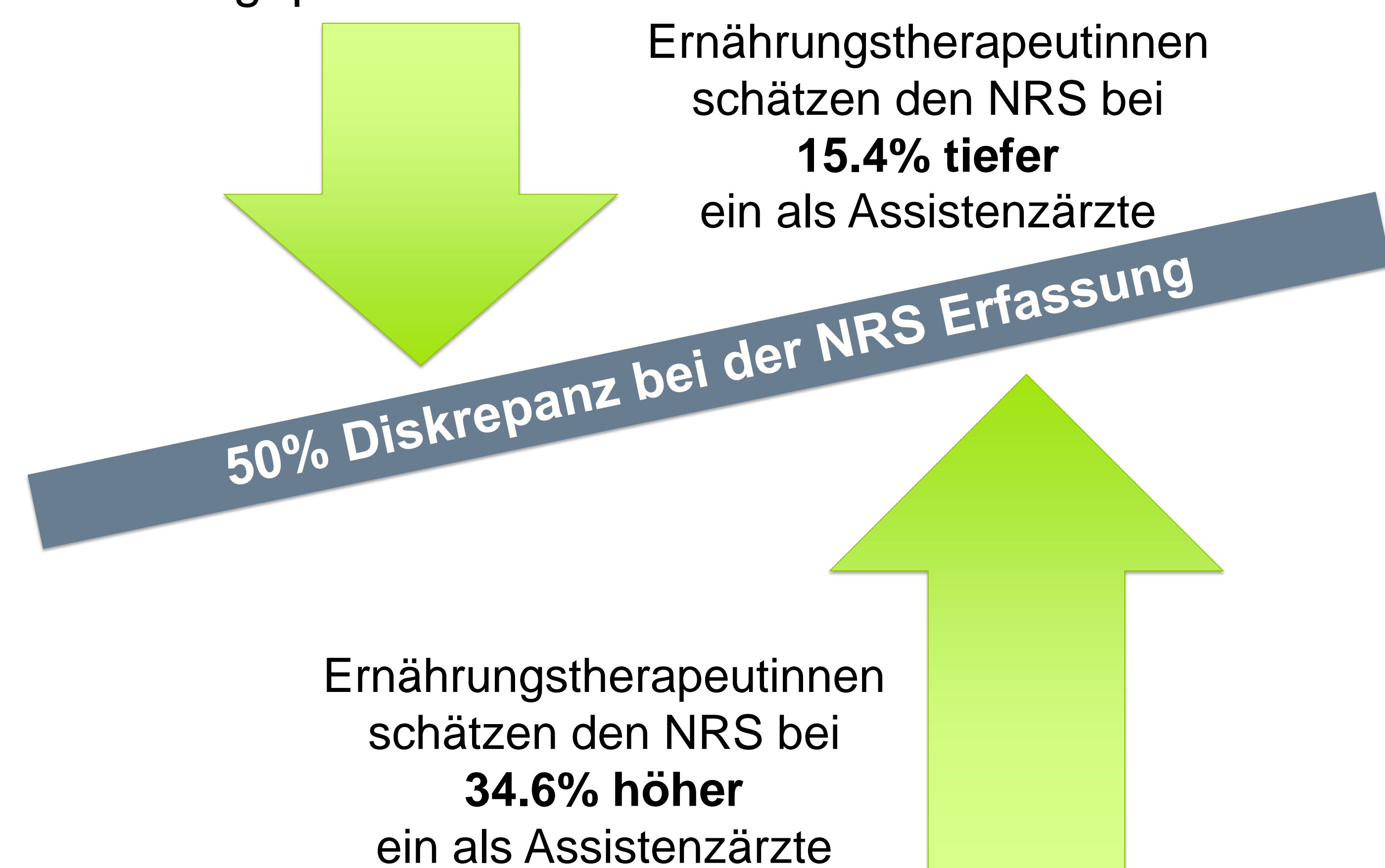


Abb. 1: Anpassung des initialen NRS bei Patientenfällen, welche nach erfolgtem Ernährungsassessment durch Ernährungstherapeutinnen eine Diskrepanz aufweisen.

Diskussion

Methode

- Praxisnahe Studie (ohne Veränderung des Vorgehens der NRS Erfassung beider Berufsgruppen)
- Begrenzte Erfassungsdauer (4 Wochen)
- Nur NRS Daten von Patienten, welche zur Ernährungstherapie angemeldet wurden, können berücksichtigt werden

Ergebnisse

- Das NRS-2002 ist ein validiertes sensitives Screeningtool für die Erkennung der ME [3]
- Die erkannte Diskrepanz zwischen Screening und Assessment zeigt, dass sich das NRS-2002 nicht als alleinige Grundlage für die Klassifizierung und Kodierung der ME eignet
- Die Ergebnisse sind repräsentativ und aussagekräftig für die Klinik für Innere Medizin am KSW

Abb. 2: Darstellung der Diskussionspunkte

Schlussfolgerung

Der initial erfasste NRS sollte bei Patienten mit Risiko für ME beziehungsweise manifester ME zwingend mit einem Ernährungsassessment durch die Ernährungstherapeutin auf seine Richtigkeit überprüft respektive angepasst werden, um die Diagnose ME korrekt auszuweisen oder zu widerlegen.

Literatur

- [1] Imoberdorf, R., Meier, R., Krebs, P., Hangartner, P. J., Hess, B., Stäubli, M., ...Ballmer, Peter E. (2010). Prevalence of under-nutrition on admission to Swiss hospitals. *Clinical Nutrition*, 29(1), 38–41.
- [2] Vonzun, N., Sterchi, A., Imoberdorf, R., & Rühlin, M. (2014). Mangelernährung und DRG – Die Schweizer Lösung. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 39(6), 392-396.
- [3] Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), 415–421.