

Stellungnahme

Januar 2024

Faktencheck zum Thema

Pflege soll Ernährungsberatung übernehmen

Sehr geehrte Kolleg:innen und sehr geehrter VDD,

der Aufschrei im Zusammenhang mit den aktuellen Plänen zum anstehenden Pflegekompetenzgesetzes ist/war groß. Die Publikationen (u.a. Zeit Online vom 19.12.23: <https://www.zeit.de/gesundheit/2023-12/pflegekompetenzgesetz-karl-lauterbach-pflegekraefte-kompetenzen-aerzte>) und der offene Brief von VDD, VDOE und Quethub geben Anlass zur Diskussion. Wir freiberuflichen Diätassistent:innen wollen die Aufregung der Kolleg:innen zu diesem Thema und der potenziellen Auswirkungen für unseren Beruf aufnehmen und uns dazu positionieren.

Worum geht es?

Pflegepersonen (insbesondere die akademisierten Fachkräfte gemäß § 14 PflBG) sollen gemäß den Plänen im Pflegekompetenzgesetz mehr medizinische und therapeutische Kompetenz erhalten und damit ihre pflegerische Kompetenz steigern – insgesamt soll damit auch der Pflegeberuf attraktiver gemacht werden. Alle notwendigen, sinnstiftenden Maßnahmen und mehr (medizinische und therapeutische) Entscheidungskompetenzen, die den Pflegeberuf attraktiv(er) und gleichermaßen effizienter machen, sind angebracht, und finden unsere uneingeschränkte Unterstützung. Interdisziplinarität ist elementar und uns Diätassistent:innen* ein unabdingbares Gut im Medizin- und Therapiealltag.

Dennoch sei die Frage erlaubt: Wer hat an der Uhr gedreht? Das gab es doch schon!!!

Wir alle wissen, wie unser Berufsbild entstanden ist: Professor Carl von Noorden (1894) und Professor Ludolph Brauer (um 1900) bezogen bereits um 1920 ausgebildete und berufserfahrene (Kranken-)Schwestern mit hauswirtschaftlichen Kenntnissen mit in ihre therapeutische Arbeit am Patienten mit ein. Diese damaligen (Kranken-) Schwestern entwarfen Speisepläne, Nährwertberechnungen und Rezepte, führten so genannte „Diätkurven“ – und führten die vorgesehenen Ernährungsberatungen durch. Irgendwann waren diese Arbeiten so intensiv, dass sie die Pflege nicht mehr optimal und qualitätsgesichert ausführen konnten. Unser daraus entstandene Beruf der Diätassistent:innen* kümmert sich seither – so es möglich ist – optimal und qualitätsgesichert um alle Belange der Ernährungstherapie inkl. -beratung in Klinik und Ambulanz, und zählt zu den nicht-ärztlichen Heilberufen (auch Gesundheitsfachberufen oder Medizinalfachberufen).

Warum also die Zeit zurückdrehen? Dafür bleibt keine Zeit.

Pflegefachkräfte haben heutzutage dafür keine Zeit (Stichwort Pflegenotstand) und sind für die speziellen Bedarfe moderner Ernährungstherapie und Diätetik unzureichend qualifiziert.

Wir finden: Die aktuellen Überlegungen im Pflegekompetenzgesetz sind nicht optimal und in keiner Weise qualitätsgesichert!

Der Pflegeberuf ist ein anerkannter Heilberuf – jedoch nicht in der Ernährungsberatung und -therapie. Pflegefachpersonen gehören zum interprofessionellen Team im Klinik- wie ambulanten Alltag, und tragen im Rahmen ihrer wertvollen pflegerischen Kompetenzen verantwortungsvoll zur optimalen Versorgung der Patient:innen bei. Sie fungieren als Nahtstelle zwischen allen Disziplinen im Klinikalltag, dabei übernehmen sie jedoch nicht die Aufgaben von beispielsweise Physio- oder Ergotherapeuten !

Für uns sind diese Pläne vergleichbar mit:

- Zahnarzhelfer:innen übernehmen künftig Wurzelbehandlungen?
- Autohändler:innen reparieren künftig die Autos, nicht Mechatroniker:innen...
- Medizinische Fachangestellte planen die Diagnostik bei Tumorpatient:innen?

Wir kennen unsere Qualifikation und Kompetenzen. Für honorierbare Leistungen müssen wir Zusatzqualifikationen erlangen, und alle drei Jahre nachweisen, dass wir noch leitlinienkonform und auf aktuellem Fach- wie Wissenschaftsstand arbeiten. Wir fragen Prof. Lauterbach in unserem Brief, wie er den Stellenwert unserer Qualifikation und Fach- und Methodenkompetenz argumentiert, wenn Pflegefachpersonen in einem einzigen Semester und einem Modulanteil in „Patienteneduktion“ unterwiesen werden, die weder Lebensmittelkunde noch Diätetik enthalten.

Wir fragen: Wo bleibt die Wertschätzung dieser Fach- und Methodenkompetenz?

Gerade in Zeit des demographischen Wandels, im Nachklang der vergangenen 100 Jahre, der Erkenntnisse moderner Forschung und Erfahrungen - und für die zukunftsorientierte Ausrichtung im Bereich Klinik und Ambulanz wurde deutlich, dass immer mehr medizin(technische), therapeutische und vor allem pflegerische Herausforderungen auf der Tagesordnung stehen. Rasante Veränderungen im Bereich Adipositas, Diabetes mellitus, Geriatrie, besonders in der Gerontopsychiatrie, Künstliche Ernährung, Onkologie, Palliativmedizin, Pädiatrie und Stoffwechsel zeigen sich schon jetzt auf allen Klinikstationen. Und auch, dass Ernährungstherapie keine Maßnahme ist und sein kann, die einzig mit dem Wissen und der Vermittlung über Blutzuckersenkende Vollkornprodukte effizient verbessert werden kann.

Pflegefachpersonen sollen ohne grundständig erlernte Kenntnisse im Bereich der Lebensmittelkunde und Diätetik Empfehlungen für oder gegen Lebensmittel und Speisen für Menschen ohne Appetit, mit Unverträglichkeiten und/oder Stoffwechselproblemen oder schlimmer -entgleisungen aussprechen? Die Medikamenten-Wechselwirkungen haben sie dabei selbstverständlich (wenn auch nur oberflächlich) im Blick – und heutzutage auch die Nachhaltigkeit und Lebensmittelverschwendung in der Zeit nach dem Klinikaufenthalt. Denn genau diese Kriterien sehen evidenzbasierte, leitlinienkonforme und zeitgemäße Ernährungstherapien und ihr Bestandteil „Ernährungsberatung“ nämlich vor.

Besonders das Thema der Mangelernährung im Klinikalltag wurde und wird in vielen Studien als ein brisantes Thema bestätigt. Viele Patient:innen weisen bereits bei Klinikeintritt ein Risiko für eine Malnutrition auf, oder sind bereits mangelernährt. Dies fällt aufgrund fehlender standardisierter und nicht zuverlässig durchgeführter Screenings oft nicht auf. Schlimmer noch, das Mangelernährungsrisiko bzw. die Mangelernährung nehmen bis zur Entlassung noch zu. Alle evidenzbasierten Ergebnisse der Malnutritionsforschung sprechen davon, dass nicht erkannte Mangelernährung bzw. nicht behandelte Malnutrition die Kosten steigert, insgesamt auch ein schlechteres, klinisches Outcome hat.

Wir fordern

1. Diätassistent:innen als Heilberufler*innen und qualifizierte Fachkräfte im Bereich Ernährung wahrnehmen!

Ziel muss also sein, das Ernährungsmanagement in den Kliniken rasch und effizient zu optimieren. Strukturiertes Risikoscreening, antientzündliche und gesundheitsförderliche Verpflegung, entsprechende zielgruppenorientierte Intervention(en) und optimales Entlassmanagement zeigen optimales klinisches Outcome und Senkung der Kosten. Qualifiziert ausgebildete/studiert Pflegefachpersonen stellen ein optimales Bindeglied in der interprofessionellen Kooperation dar, die für die genannten Parameter/Maßnahmen notwendig sind.

2. Pflegefachkräfte nicht noch mehr belasten, sondern aufzuwerten als wertvolles Bindeglied zwischen den verschiedenen Akteuren und Heilberufen!

Optimal ausgebildete Pflegefachpersonen mit mehr medizinischer und pflegerischer Kompetenz erfassen Risikosituationen, handeln eigenverantwortlich, und leiten an jeweilige Fach- oder Spezialkräfte, für den Bereich der Ernährungstherapie und -beratung an die Diätassistent:innen weiter. Von dieser interprofessionellen Arbeit profitieren sowohl die Pflegefachkräfte selbst, die interprofessionellen Berufsgruppenangehörigen und besonders die Patient:innen.

Pflege muss attraktiver werden – unbedingt ja

Doch dies geschieht nicht durch Übertragung zeitintensiver, fachfremder Aufgaben!

Pflegefachpersonen sind Schaltstellen im interdisziplinären Team – und müssen mehr Befugnisse erhalten. Durch enge Kooperation mit Diätassistent:innen in der Klinik gelingen ernährungstherapeutische Interventionen, die zum Wiedererlangen der Gesundheit für die Betroffenen grundlegend sind.

Unbestritten ist die Tatsache, dass ein wesentlicher Faktor für Genesung aber auch der Compliance menschliche (Beratungs-)beziehungen sind. Diese herzustellen und aufrechtzuerhalten, erfordert nicht nur Zeit, sondern auch ernährungspädagogisches und -psychologisches Wissen und Können. Patient*innen befinden sich oft in lebensbedrohlichen Ausnahmesituationen, welche die Ernährungssituation und -status beeinflussen und in Beratungen unbedingt berücksichtigt und mit in die Beratungen werden müssen. Zeitgemäße, eigenverantwortliche und systematische/prozessgeleitete Ernährungstherapie benötigt beste und grundständige Qualifikation – und nicht nur ein nett gemeintes, vermeintlich attraktives Add On im Studienmodul.

Professor Lauterbach sollte nicht an der (alten) Uhr drehen!

Er sollte

- den Kranken qualifizierte Pflege durch die besten – und nicht überlasteten - Pflegefachpersonen, die es gibt, und
- qualifizierte Ernährungsberatung und -therapie in der Klinik durch die dafür ausgebildeten und arbeitenden Diätassistent:innen.

ermöglichen.

Unser Fazit

Wir freiberuflichen Diätassistent:innen positionieren uns.

Die qualitätsgesicherte Ernährungstherapie durch grundständig ausgebildete Diätassistent:innen muss mehr Wertschätzung erfahren, in der Klinik und im ambulanten Sektor. Die dafür notwendigen Schritte wollen wir angehen, u.a. über Kontaktaufnahme und Kooperationen zu Pflegefachpersonen im Klinik- und ambulanten Alltag, um sie über die Überleitung zu uns Diätassistent:innen und Ihren Benefit dabei noch besser zu informieren. Wir freuen uns über jede sinnstiftende Unterstützung.

Kollegiale Grüße

Die freiberuflichen Diätassistent:innen e.V.

Birgit Blumenschein

Nicole Lins

Nancy Lau

info@ernaehrungsberatung-deutschland.de

www.ernaehrungsberatung-deutschland.de