



## **Resolution ResAP (2003)3 über die Verpflegung und Ernährungsversorgung in Krankenhäusern**

*(Verabschiedet vom Ministerkomitee am 12. November 2003  
im Rahmen der 860. Sitzung der Stellvertreter der Minister.)*

1. Das Ministerkomitee, das in seiner Zusammensetzung auf die Vertreter von Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Irland, Italien, Luxemburg, der Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, der Schweiz, Slowenien, Spanien, des Vereinigten Königreichs und Zypern, Mitgliedstaaten des Teilabkommens für Soziales und öffentliche Gesundheit, beschränkt ist, –
2. eingedenk der Resolution (59) 23 vom 16. November 1959 über die Ausdehnung der Tätigkeitsbereiche des Europarats auf Soziales und Kultur;
3. gestützt auf die Resolution (96) 35 vom 2. Oktober 1996, anlässlich welcher die Strukturen des Teilabkommens überarbeitet wurden und der Entschluss gefasst wurde, auf der Grundlage überarbeiteter Regeln, welche die Regeln der Resolution (59) 23 ersetzen, die bisher durchgeführten und gemäß dieser Resolution weiterentwickelten Tätigkeiten fortzuführen; diese Tätigkeiten zielen insbesondere auf
  - a. die Anhebung des Niveaus des gesundheitlichen Verbraucherschutzes im weitesten Sinne, einschließlich eines regelmäßigen Beitrags – im Bereich der Produkte, die direkte oder indirekte Auswirkungen auf die Nahrungsmittelkette des Menschen haben, sowie im Bereich Pestizide, Arzneimittel und Kosmetika – zur Harmonisierung von Gesetzgebung, Vorschriften und Praktiken zur Regelung von Qualitäts-, Wirksamkeits-, und Sicherheitskontrollen für Produkte einerseits und des sicheren Umgangs mit giftigen oder schädlichen Produkten andererseits;
  - b. die Integration von Menschen mit Behinderungen in die Gemeinschaft: durch die Festlegung eines kohärenten Politikmodells für Menschen mit Behinderungen sowie einen Beitrag zur Umsetzung dieses Modells auf europäischer Ebene unter Berücksichtigung der Prinzipien der vollen Bürgerschaft und der unabhängigen Lebensweise; durch einen Beitrag zur Beseitigung aller Integrationshindernisse, unabhängig davon, ob diese

psychologischen, erzieherischen, familiären, kulturellen, sozialen, beruflichen, finanziellen oder architektonischen Ursprungs sind;

4. in Anbetracht dessen, dass der Europarat das Ziel hat, einen engeren Zusammenschluss unter seinen Mitgliedern zu verwirklichen, um ihren wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt zu begünstigen;
5. in Anbetracht dessen, dass der Zugang zu sicheren und gesunden Nahrungsmitteln ein grundlegendes Menschenrecht ist;
6. im Bewusstsein der günstigen Auswirkungen von angemessener Verpflegung und Ernährungsversorgung in Krankenhäusern auf die Genesung und Lebensqualität von Patienten;
7. in Anbetracht der unakzeptabel hohen Zahl mangelernährter Krankenhauspatienten in Europa;
8. in dem Bewusstsein, dass Mangelernährung bei Krankenhauspatienten zu längeren Krankenhausverweildauern, längeren Rehabilitationszeiten, verminderter Lebensqualität und unnötigen Kosten für das Gesundheitswesen führt;
9. eingedenk der Empfehlung 1244 (1994) der Parlamentarischen Versammlung über Nahrung und Gesundheit;
10. gestützt auf den Ersten Aktionsplan Lebensmittel- und Ernährungspolitik der Europäischen Region der WHO (2000-2005) ,
11. empfiehlt, dass die Regierungen der Mitgliedsstaaten des Teilabkommens für Soziales und öffentliche Gesundheit unter gebührender Berücksichtigung ihrer verfassungsmäßigen Strukturen, nationalen, regionalen oder lokalen Gegebenheiten sowie ihrer wirtschaftlichen, sozialen und technischen Voraussetzungen:
  - a. auf Grundlage der im Anhang zu dieser Resolution detailliert beschriebenen Grundsätze und Maßnahmen nationale Empfehlungen hinsichtlich der Verpflegung und Ernährungsversorgung in Krankenhäusern erstellen und umsetzen;
  - b. die Umsetzung der im Anhang zu dieser Resolution beinhalteten Grundsätze und Maßnahmen in Bereichen, die außerhalb der direkten Zuständigkeit der betreffenden Regierung liegen, in denen öffentliche Stellen jedoch bestimmte Befugnisse haben oder eine Rolle spielen, fördern und Schritte setzen, damit diese Grundsätze und Maßnahmen zur Anwendung gelangen;
  - c. für die größtmögliche Verbreitung dieser Resolution unter allen Interessierten, insbesondere öffentlichen Stellen, Krankenhauspersonal, Angehörigen des primären Gesundheitssektors, Patienten, Forschern und in diesem Bereich tätigen Nichtregierungsorganisationen, sorgen.

## Anhang zu der Resolution ResAP(2003) 3

### 1. Ernährungsassessment und Ernährungstherapie im Krankenhaus

#### 1.1. *Mangelernährungsscreening*

- i. Bei der Beurteilung des Mangelernährungsrisikos eines Patienten sollen sein Ernährungszustand und der Schweregrad der Krankheit berücksichtigt werden.
- ii. Das Ernährungsscreeningverfahren soll evidenzbasiert sein, um die Erfassung von Patienten, die von einer Ernährungstherapie profitieren können, sicherzustellen.
- iii. Das für das Ernährungsscreening gewählte Verfahren soll einfach zu verstehen und leicht anzuwenden sein.
- iv. Bei der Bestimmung des Mangelernährungsrisikos eines Patienten sollen der Einfluss von Alter, Körpergröße und Geschlecht berücksichtigt werden.
- v. Die Erhebung des Mangelernährungsrisikos soll routinemäßig bei allen Patienten entweder vor oder bei der Aufnahme erfolgen.

Dieses Screeningverfahren soll während des Krankenhausaufenthalts regelmäßig wiederholt werden (wobei die Häufigkeit der Wiederholung vom Grad des Mangelernährungsrisikos abhängt).

- vi. Empfohlen wird die Durchführung von Studien zur Entwicklung und Validierung von einfachen Screeningverfahren für den Einsatz im Krankenhaus und im primären Gesundheitssektor.
- vii. Wird bei einem Patienten ein Mangelernährungsrisiko ermittelt, so soll ein profundes Ernährungsassessment erfolgen und ein Therapieplan erstellt werden, einschließlich der Festlegung von Ernährungszielen, der Überwachung von Nahrungsaufnahme und Körpergewicht und einer entsprechenden Anpassung des Therapieplans.
- viii. Auf nationaler und europäischer Ebene sollen Praxisstandards für die Beurteilung und Kontrolle des Mangelernährungsrisikos bzw. Ernährungsstatus entwickelt werden.

#### 1.2 *Ermittlung und Prävention von Mangelernährungsursachen*

- i. Alle möglichen vielfältigen Ursachen für krankheitsbedingte Mangelernährung sollen in jedem einzelnen Fall in Erwägung gezogen werden.

- ii. Der Einsatz von Medikationen und Kombinationen mit Nebenwirkungen, wie Anorexie, Brechreiz und anderen gastrointestinalen Symptomen, oder mit Wechselwirkungen zwischen Nahrung und Arzneimitteln oder medikationsbedingten Geschmacks- oder Geruchsveränderungen sollte gut begründet sein und möglichst vermieden werden, wobei Ärzte und Pflegepersonal sich dieser Nebenwirkungen bewusst sein sollten.
- iii. Nahrungskarenzen, Übernachtfasten und Darmreinigungsprotokolle mit Diäteeinschränkungen sollen nicht routinemäßig verordnet werden; empfohlen wird ein Literaturüberblick, um zu beurteilen, für welche Prozeduren solche Regimes erforderlich sind, und für Untersuchungen/Prozeduren, die Diäteeinschränkungen voraussetzen, soll die Dauer der Einschränkung genau festgelegt werden.
- iv. Die Definition von krankheitsbedingter Mangelernährung soll allgemein anerkannt werden und als klinischer Befund verwendet und dementsprechend behandelt werden.

### 1.3 Ernährungstherapie

- i. Ernährungstherapie soll als systematischer Teil der medizinischen Behandlung verstanden werden.
- ii. Der Ernährungstherapieplan eines Patienten soll zumindest wöchentlich mittels Angaben über Nahrungsaufnahme, Gewichtsveränderungen und andere relevante ernährungsspezifische oder klinische Variablen kontrolliert und gegebenenfalls adaptiert werden.
- iii. Die Ernährungstherapie soll bedarfsgerecht auf den einzelnen Patienten abgestimmt werden. Die Menge an infundierter künstlicher Nahrung und gegebenenfalls nicht verabreichter Nahrung ist sorgfältig zu dokumentieren.
- iv. Ohne die entsprechende Evaluierung von Indikationen, Risiken und Nutzen und die mündige Zustimmung des Patienten sowie eine genaue Überwachung von Nebenwirkungen sollte kein Patient künstliche Ernährung erhalten.
- v. Spezifische immunmodulierende Nährpräparate sind auf jene Patienten zu beschränken, die angesichts von verfügbaren randomisierten Studien davon profitieren können.
- vi. Patienten, die Ernährungstherapie benötigen, sollen (soweit möglich) vor ihrer Aufnahme beziehungsweise so früh wie möglich während des Krankenhausaufenthalts und nach ihrer Entlassung die entsprechende Therapie erhalten.
- vii. Die Dokumentationen über die ärztliche und pflegerische Aufnahmeuntersuchung und Entlassung sowie alle Aufzeichnungen über die ambulante Behandlung von Patienten sollen

Angaben über den Ernährungsstatus sowie den körperlichen und psychischen Zustand des jeweiligen Patienten unter Berücksichtigung seiner Nahrungsaufnahme enthalten.

- viii. Empfohlen wird die Durchführung von randomisierten Studien und systematischen Übersichtsstudien durch klinische Ernährungsexperten zwecks Evaluierung der Auswirkungen der Ernährungstherapie auf den Ernährungszustand, die klinische Prognose und den körperlichen und psychischen Zustand des jeweiligen Patienten.
- ix. Randomisierte Studien zur Evaluierung der Auswirkungen von normaler Kost auf die klinische Prognose sollen dabei Priorität erhalten.
- x. Nach Bedarf sollen auf nationaler Ebene Praxisstandards für das Assessment and Ernährungsmanagement bei Patienten mit Dysphagie entwickelt werden. Nationale Deskriptoren für die Modifikation der Nahrungskonsistenz sollen entwickelt werden.

#### 1.4. *Normale Kost*

- i. Normale Kost, die oral eingenommen wird, ist die erste Wahl zur Behebung oder Prävention von Mangelernährung.
- ii. Bewährte Verfahren, mit denen die Aufnahme von normaler Kost durch die Patienten sichergestellt wird, sollen beobachtet und dokumentiert werden. In diesem Zusammenhang wesentlich ist die Dokumentation und Einschätzung der Aufnahme von normaler Kost durch jene Patienten, bei denen ein Mangelernährungsrisiko festgestellt wurde.
- iii. Trinknahrung sollte nicht als Ersatz für die entsprechende normale Kostzufuhr dienen und nur dort zum Einsatz kommen, wo klare klinische Indikationen bestehen.
- iv. Künstliche Ernährung soll nur begonnen werden, wenn der Einsatz von normaler Kost gescheitert oder ungeeignet ist.

#### 1.5 *Künstliche Ernährung*

- i. Auf nationaler und europäischer Ebene sollen Praxisstandards für den Aufbau, die sichere Verabreichung und die aseptische Handhabung von künstlicher Ernährung sowie die Pflege der Überleitungssysteme und Überwachung und Beendigung aller künstlichen Ernährungsmaßnahmen entwickelt und eingeführt werden.
- ii. Für Patienten, die in die Heimpflege entlassen werden, sollen Praxisstandards für den Aufbau, die Vorbereitung, Schulung, Bereitstellung der Hilfsmittel und des Zubehörs und die sichere Verabreichung und Überwachung der künstlichen Ernährung entwickelt werden.

## 2. Ernährungsverantwortliche

### 2.1 Verteilung der Verantwortung für die Ernährungsversorgung in Krankenhäusern

- i. Das Gesundheitsministerium, die regionalen Behörden und die jeweilige Krankenhausverwaltung sollen ihre gemeinsame Verantwortung für die Ernährungsbetreuung und Ernährungstherapie und die Verpflegungssysteme anerkennen.
- ii. Ganz wesentlich ist das Zusammenwirken von Krankenhausverwaltung, Ärzten, Pharmazeuten, Pflegepersonal, Diätassistenten und Verpflegungsdienstmitarbeitern, wobei sich die Krankenhausverwaltung dieser Kooperation entsprechend widmen soll.
- iii. Die Pflichten der verschiedenen Personalgruppen im Rahmen der Ernährungsbetreuung und für den Verpflegungsdienst sollen klar zugewiesen werden.
- iv. Die Krankenhäuser sollen geeignete Strukturen entwickeln, um Maßstäbe für die Ernährungsversorgung und -therapie zu setzen, insbesondere in Bezug auf Kosten, Auftragspezifikationen, Mangelernährungsscreenings und -überprüfungen. Diese Maßstäbe sind sodann durch Steuerung, Überwachung und Überprüfung der Ernährungsversorgung und Ernährungstherapie anzuwenden.
- v. Die Verfahren für das Screening, Assessment und Monitoring des Mangelernährungsrisikos sollen in die Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser aufgenommen werden.

### 2.2 Kommunikation

- i. Die Organisationsstrukturen und -abläufe sollen evaluiert werden, um die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Personalgruppen zu beurteilen und zu verbessern.
- ii. Verpflegungsdienstmitarbeiter, Stationspersonal und Patienten sollen zusammenarbeiten und gemeinsam Vorlagen für die Speisenbestellung entwickeln, erproben und implementieren.
- iii. Zwischen dem Stations- und dem Verpflegungsdienstpersonal soll ein regelmäßiger Informationsaustausch stattfinden.
- iv. Es soll auf jeder Station und in der Küche einen (oder mehrere) Ansprechpartner geben, der (die) für den Austausch von ernährungsrelevanten Informationen verantwortlich ist (sind).

- v. Zwischen dem Krankenhaus und dem niedergelassenen Bereich bzw. der ambulanten Gesundheitsversorgung soll ein regelmäßiger Informationsaustausch stattfinden.

### 2.3 *Ausbildung und Ernährungskompetenz auf allen Ebenen*

- i. Für alle Mitarbeiter, die an der Ernährung der Patienten beteiligt sind, soll ein Weiterbildungsprogramm über allgemeine Ernährungsfragen und Methoden der enteralen und parenteralen Ernährungstherapie eingeführt werden.
- ii. Klinische Ernährung soll als Studienfach in das Medizinstudium und in die postgraduale Ausbildung von Ärzten aufgenommen werden.
- iii. Lehrstühle für klinische Ernährung sollen eingerichtet werden.
- iv. Klinische Ernährung für Erwachsene wie für Kinder soll als Fachdisziplin von den medizinischen Fakultäten anerkannt werden. Die Lehre soll sowohl präventive als auch therapeutische Aspekte der Ernährungsversorgung und -therapie abdecken.
- v. Empfohlen wird die Verbesserung der Ausbildung für Pflegefachkräfte im Bereich der klinischen Ernährung mit besonderer Schwerpunktsetzung auf Ernährungsassessment, -monitoring und Zufuhrtechniken.
- vi. Die Ausbildung zu klinischen und/oder allgemeinen Diätassistenten soll auf Hochschulebene angesiedelt sein, um allen europäischen Diätassistenten die Möglichkeit zu geben, eine zentralere Rolle in der Ernährungsbetreuung und -therapie zu spielen.
- vii. Die Ausbildung von Diätassistenten soll aufgewertet werden, insbesondere im Managementbereich.
- viii. Die Ausbildung und Schulung von Verpflegungsdienst-Managern/Leitern soll sich von der Hotelmanagementausbildung unterscheiden, indem sie die Studierenden auf die Verpflegung kranker Menschen vorbereitet.
- ix. Die Ernährungsschulung von nichtklinischem Krankenhauspersonal, wie zum Beispiel pflegerischen Hilfstzeitkräften oder hauswirtschaftlichem Stationspersonal, und die Definition ihrer Verantwortungsbereiche sollen besondere Schwerpunkte bilden.
- x. Auf die Schulung und Information der Öffentlichkeit (Patienten) über die Bedeutung von gesunder Ernährung soll besonderes Augenmerk gelegt werden.
- xi. Europäische Initiativen für eine Zusatzausbildung in klinischer Ernährung sollen gefördert werden.
- xii. Die Kooperation zwischen klinischen Ernährungsgesellschaften in den verschiedenen Ländern soll ausgeweitet werden.

### **3. Verpflegungspraktiken**

#### *3.1 Organisation des Verpflegungsdiensts im Krankenhaus*

- i. Es soll eine klare Aufteilung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für die Ernährung der Krankenhauspatienten zwischen den Mitarbeitern aus den Gesundheitsberufen und der Krankenhausverwaltung geben.
- ii. Auf Ebene des Krankenhauses beziehungsweise auf regionaler Ebene soll eine Verpflegungspolitik beschlossen und umgesetzt werden.
- iii. Die Leiter des Krankenhauses sollen sich gebührend mit gewöhnlicher klinischer Ernährung sowie mit enteralen und parenteralen Ernährungsmethoden befassen.
- iv. Alle – klinischen und nichtklinischen – Krankenhausmitarbeiter sollen den Verpflegungsdienst als wichtigen Bestandteil der Behandlung und Versorgung der Patienten anerkennen.

#### *3.2 Externe Gemeinschaftsverpflegung im Krankenhaus*

- i. Für die Ausgliederung der Krankenhaugemeinschaftsverpflegung sollen Richtlinien und Standards entwickelt werden.
- ii. Die entsprechenden Verträge sollen detailliert sein und spezielle Diäten nach medizinischen und individuellen Indikationen, energie- oder proteinreiche Nahrung und die Bereitstellung von Snacks und/oder Mahlzeiten auf Stations- oder ähnlicher Ebene beinhalten. Weiters sollen sie konsistenzveränderte Nahrung für das Ernährungsmanagement bei Dysphagie abdecken.
- iii. Die Kosten für eine angemessene Erfüllungskontrolle sollen in den Vertrag aufgenommen werden.
- iv. Der klinische Ernährungsdienst/-bereich, die Ernährungskommission, das Ernährungsteam oder eine entsprechend qualifizierte Kraft soll die Verantwortung dafür tragen, dass der Vertrag den Ernährungsstandards entspricht.

#### *3.3 Ausgabe der Mahlzeiten und Essensatmosphäre*



- i. Das Serviersystem soll auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt sein und ihren körperlichen und psychischen Zustand berücksichtigen. Das erfordert oft unterschiedliche Serviersysteme.
- ii. Alle Patienten sollen selbst wählen können, wo sie ihre Speisen einnehmen.
- iii. Alle Patienten sollen die Möglichkeit haben, während der Hauptmahlzeiten an einem Tisch zu sitzen.
- iv. Die Essensatmosphäre im Krankenhaus soll verbessert werden, wobei auf die Umgebung und die Anwesenheit von Personal ein Schwerpunkt gelegt werden soll und keine unangenehmen Gerüche/Düfte vorhanden sein sollen.
- v. Adäquat geschultes Personal soll zur Verfügung stehen, um Patienten mit körperlich oder psychisch bedingten Essschwierigkeiten zu helfen. Nach Bedarf sollen geeignet adaptierte Vorrichtungen vorhanden sein, um das selbstständige Essen zu unterstützen beziehungsweise zu ermöglichen.

#### *3.4 Temperatur der Speisen und Hygiene*

- i. Alle Patienten sollen Krankenhauskost bekommen, die so gelagert, zubereitet und transportiert worden ist, dass Hygiene, Sicherheit, Schmackhaftigkeit, Esskultur und ein Nährstoffgehalt auf hohem Niveau gewährleistet sind.
- ii. Alle warmen Mahlzeiten sollen mit einer Temperatur von zirka 60-70° C serviert werden.
- iii. Die Ernährungskommission, das Ernährungsteam oder eine entsprechend qualifizierte Kraft soll für die hygienischen Aspekte des Verpflegungsdiensts zuständig sein.
- iv. Das Küchen- und Stationspersonal soll die entsprechenden Schulungen in Lebensmittelhygiene erhalten, und die Überwachung der Hygiene im Rahmen der Herstellung von Krankenhauskost sollte genutzt werden, um die Krankenhausverwaltung in ein breiteres Konzept von klinischer Ernährung einzubinden.

#### *3.5 Konkrete Verbesserungen der Nahrungsversorgung im Krankenhaus zur Prävention von Mangelernährung*

- i. Standards für Verpflegungsdienstsysteme auf Basis der Bedürfnisse der Patienten und nicht des Krankenhauses sollen entwickelt werden.
- ii. Ungeachtet der Wahl des verwendeten Serviersystems ist eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Patienten, den Angehörigen und dem Pflegepersonal, den

Ernährungsspezialisten und den Mitarbeitern des Verpflegungsdiensts erforderlich, um eine adäquate/optimierte Nahrungsaufnahme des Patienten zu gewährleisten.

- iii. Die Bereitstellung der Mahlzeiten soll flexibel und bedarfsgerecht erfolgen. Alle Patienten sollen jederzeit Essen beziehungsweise zusätzliche Portionen bestellen können und über diese Möglichkeit informiert sein.
- iv. Die Mahlzeiten sollen konkret auf die verschiedenen Patientengruppen abgestimmt sein.
- v. Geeignete Esshilfen sollen bereitgestellt werden.
- vi. Erfolgreiche Maßnahmen zur Prävention von Mangelernährung sollen öffentlich bekannt gemacht werden.

#### **4. Krankenhauskost**

##### *4.1 Krankenhausmahlzeiten und Diäten nach medizinischen Indikationen*

- i. Mit Hilfe von nationalen Richtlinien und Standards für die Nahrungsversorgung in Krankenhäusern sollen bewährte Verfahren etabliert werden, um den Bedarf aller Patientengruppen, einschließlich spezieller Diäten, vegetarischer, konsistenzveränderter und energie- sowie proteinreicher Kost, zu decken.
- ii. Empfohlen wird die Durchführung von Studien zur Evaluierung der Auswirkungen von energie- und proteinreichen Mahlzeiten auf die Nahrungsaufnahme und die Patientenprognose.
- iii. In jedem Krankenhaus soll eine Palette an energie- und proteinangereicherten Gerichten zur Verfügung stehen, die auf Patienten mit krankheitsbedingter Mangelernährung abgestimmt sind.
- iv. Der Arzt soll immer über den Ernährungszustand der Patienten im Bild sein und nur Diäten mit wissenschaftlich gesicherten Auswirkungen verordnen.
- v. Alle relevanten Mitarbeiter sollen Kenntnis davon haben, wenn ein Patient „Alternativkost“ zu sich nimmt, und die Auswirkungen derselben auf den Ernährungszustand kennen.
- vi. Die Patienten sollen dazu ermutigt werden, prompte Rückmeldungen über das Essen an das Küchen- oder Stationspersonal zu richten.
- vii. Nährstoffgehalt und Portionsgrößen des Essens und die Mengen an nicht verzehrten Nahrungsresten sind jährlichen Prüfverfahren zu unterziehen.
- viii. Bereits im Planungsstadium soll der ausreichende Nährstoffgehalt einer Mahlzeit dokumentiert werden. Für die Einhaltung der ernährungsphysiologischen Anforderungen soll

der klinische Ernährungsdienst/-bereich, die Ernährungskommission beziehungsweise das Ernährungsteam oder eine entsprechend qualifizierte Kraft verantwortlich sein.

- ix. In jeder Verpflegungsdienstabteilung soll eine Datenbank für die Erfassung des Nährstoffgehalts von Mahlzeiten/Menüs und von Portionsgrößen eingerichtet werden, die zwecks Beurteilung des ausreichenden Nährstoffgehalts der Mahlzeiten und zur Überwachung der Nahrungsaufnahme durch die Patienten zur Verfügung stehen soll.
- x. Durch Beobachtung und Untersuchungen sollen möglichst zuverlässige Informationen über Nährwertverluste bei unterschiedlichen Verpflegungsdienstsystemen gewonnen werden.

#### 4.2 *Mahlzeitschemen*

- i. Die Ausgabezeiten sind dahingehend zu überprüfen, dass zwischen den einzelnen Mahlzeiten vormittags, nachmittags und abends ausreichend Zeit für Snacks verbleibt.
- ii. Die Essenszeiten sollen so verteilt werden, dass sie sich über den Großteil der Wachzeiten der Patienten erstrecken.
- iii. Unterbrechungen der Essenszeiten der Patienten durch Visiten, Lehrpraktika oder Untersuchungsprozeduren sollen so gering wie möglich gehalten werden.
- iv. Nach Bedarf sollen Snacks und Trinknahrungen zwischen den Mahlzeiten angeboten werden und auf jeder Station zur Verfügung stehen.
- v. Die Mitwirkung von Angehörigen bei der Nahrungsaufnahme soll gegebenenfalls gefördert werden.
- vi. Trinknahrungen sollen gezielt verwendet werden und für die Verteilung und das Monitoring der Trinknahrungen sollen Handlungsalgorithmen entwickelt und umgesetzt werden.

#### 4.3 *Überwachung der Nahrungsaufnahme*

- i. Das Stationspersonal soll im Monitoring von Nahrungsaufnahme geschult sein.
- ii. Die Nahrungsaufnahme der Patienten soll durch Schätzprotokolle oder andere semiquantitative Systeme dokumentiert werden.
- iii. Das Einsammeln der Tablettts soll zwecks Kontrolle der Nahrungsaufnahme genau überwacht werden.

- iv. Die Nahrungszufuhr soll zur Beurteilung des Ernährungstherapiebedarfs herangezogen werden.
- v. Bei Patienten mit einem Mangelernährungsrisiko, die Ernährungstherapie erhalten, soll die Nahrungsaufnahme mittels Ernährungsprotokoll dokumentiert werden.
- vi. Im Rahmen der Überwachung der Nahrungsaufnahme der Patienten sollen dem Stationspersonal Informationen bezüglich der Portionsgröße und des Energiegehalts der Krankenhauskost zur Verfügung stehen, die sie aus der Küche und aus der Nährwertdatenbank beziehen.
- vii. Die Angaben über die Nahrungsaufnahme durch die Patienten sollen dazu verwendet werden, geeignete Mahlzeiten für Zielgruppen zu entwickeln.
- viii. Zur Entwicklung und Validierung einfacher Methoden der Nahrungsdokumentation sollen entsprechende Studien durchgeführt werden.

#### *4.4 Information und Einbindung des Patienten*

- i. Die positive Rolle der Ernährung als Therapie soll der Öffentlichkeit näher gebracht werden, um ein allgemeines Bewusstsein zu erzeugen und breite Unterstützung zu schaffen.
- ii. Die Patienten sollen bei oder vor der Aufnahme in das Krankenhaus über die Bedeutung von gesunder Ernährung für den Behandlungserfolg aufgeklärt werden.
- iii. Die Patienten sollen mündlich oder schriftlich ausreichend über das Angebot an Gerichten und Kost informiert werden.
- iv. Gerichte sollen genau beschrieben werden, damit die Patienten eine einigermaßen gute Vorstellung davon haben, was sie erwarten dürfen.
- v. Die Patienten sollen Informationen über die Nährstoffzusammensetzung der verschiedenen Nahrungsmittel und Getränke erhalten.
- vi. Die Patienten sollen bei der Bestellung des Essens Beratung und Hilfestellung vonseiten des Stationspersonals erhalten.
- vii. Die Patienten sollen in die Planung ihres Essens miteinbezogen werden und bis zu einem gewissen Grad Einfluss auf die Speisenauswahl haben.
- viii. Die Patienten sollen die Möglichkeit haben, eine ihrem Alter und ihren religiösen, ethnischen bzw. kulturellen Ansprüchen entsprechende Mahlzeit zu bekommen.
- ix. Methoden zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit sollen entwickelt und eingeführt werden.

## **5. Gesundheitsökonomie**

### *5.1 Kostenwirksamkeit und Kosten-Nutzen-Überlegungen*

- i. Auch auf Krankenhausebene sollen Kosten-Nutzen-Rechnungen und Kalkulationen über die Kostenwirksamkeit der Ernährungstherapie angestellt werden.
- ii. An den Kosten-Nutzen-Rechnungen und Kalkulationen über die Kostenwirksamkeit der Ernährungstherapie sollen Gesundheitsökonominnen mitwirken.
- iii. Bei der Ermittlung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses und der Kostenwirksamkeit soll die Wahl der Ernährungstherapie berücksichtigt werden.
- iv. Bei der Ermittlung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses und der Kostenwirksamkeit der Ernährungstherapie sollen weiters die funktionelle Leistungsfähigkeit und Lebenszufriedenheit der Patienten in das Ergebnis einbezogen werden.

### *5.2 Kosten von Verpflegungsdienst und Nahrungsmittelabfall*

- i. Es soll untersucht werden, welchen Einfluss die Praxis des Verpflegungsdiensts auf eine mögliche Verschwendung von Nahrungsmitteln hat.
- ii. Bezüglich der Menüauswahl der Patienten und der Serviergrößen soll Flexibilität gewährleistet sein.
- iii. Bei der Beurteilung der Kosten der verschiedenen Nahrungszubereitungssysteme soll die Zufriedenheit der Patienten mit dem Essen berücksichtigt werden.
- iv. Das Nahrungsmittelbudget soll als Teil der Budgetaufwendungen für klinische Betreuung und Therapieleistungen eingestuft werden.
- v. Die Krankenhausleitung soll bei der Beurteilung der Kosten von Ernährungsbetreuung und -therapie die potentiellen Kosten von Komplikationen und längeren Krankenhausverweildauern aufgrund von Mangelernährung berücksichtigen.
- vi. Bei nachgewiesener Verschwendung von Lebensmitteln, Trinknahrung und künstlichen Ernährungsprodukten sollen entsprechend Maßnahmen zur Abhilfe gesetzt werden.

## **6. Begriffsbestimmungen**

*Diät*

Verordnete Verzehrmenge von Nahrung oder Nährstoffen auf oralem Weg im Rahmen der Behandlung von Krankheiten, zum Beispiel fettsenkende Diät, Diabetikerdiät, energiereduzierte Diät.

*Energie- und proteinreiche Mahlzeit*

Mahlzeit mit hoher Nährstoffdichte aufgrund der Verwendung von Lebensmittelprodukten mit einem hohen Fett- und Proteingehalt.

*Ernährungsassessment* (engl.: Nutritional assessment)

Eine umfassende Erhebung des Ernährungszustands, einschließlich eines oder mehrerer der folgenden Parameter: Krankengeschichte, Ernährungsanamnese, körperliche Untersuchung, anthropometrische Messungen und Labordaten.

*Ernährungskommission* (engl.: Nutritional Steering Committee, NSC)

Ein beratender Ausschuss, bestehend aus Mitarbeitern aller Disziplinen, einschließlich des an der Ernährungsversorgung des Patienten beteiligten Managements.

*Ernährungsteam* (engl.: Nutritional support team/unit, NST)

Ein multidisziplinäres Team mit Fachkompetenz im Ernährungswesen, das bei der Ernährungstherapie mitwirkt und dessen Funktion je nach lokalen Gegebenheiten, Interessen und Ressourcen variieren kann; spielt gewöhnlich eine aktive Rolle in der Ernährungstherapie und übernimmt eine Qualitätskontrollfunktion, indem Verfahren standardisiert, neue Informationen gesammelt und Angehörige anderer Gesundheitsberufe ausgebildet werden.

*Ernährungstherapie* (engl.: Nutritional support)

Assessment des gegenwärtigen Ernährungszustands, Ermittlung des Ernährungsbedarfs, Verordnung und ausreichende Zufuhr von Energie, Makro- und Mikronährstoffen, Elektrolyten und Flüssigkeiten (in Form von normaler Krankenhauskost (erste Wahl), Trinknahrung und/oder mittels künstlicher Ernährung), Überwachung der Nahrungszufuhr in Zusammenhang mit dem klinischen Zustand, wobei stets die optimale Wahl des Ernährungswegs sichergestellt sein soll. Die Ernährungsunterstützung ist Teil der medizinischen Therapie zum Zweck der Erhaltung oder Verbesserung des Ernährungszustands und der Begünstigung und Beschleunigung der Genesung eines Patienten

*Ernährungsversorgung bzw. Ernährungsbetreuung* (engl.: Nutritional care)

Die elementare Aufgabe, den Patienten ausreichend mit geeigneten Nahrungsmitteln und Getränken beziehungsweise gegebenenfalls künstlicher Ernährung zu versorgen.

*Krankenhauskost*

Die in Krankenhäusern dargereichten Mahlzeiten – einschließlich Diäten nach medizinischen Indikationen.

*Krankheitsbedingte Mangelernährung* (engl.: Disease-related undernutrition)

Zustand von unzureichender Zufuhr, Verwertung oder Absorption von Energie und Nährstoffen aufgrund individueller oder systemischer Faktoren, der zu rezentem oder rapidem Gewichtsverlust und Änderungen von Organfunktionen führt und potentiell mit einer schlechteren Prognose der Krankheit beziehungsweise der Therapie assoziiert wird. Mangelernährte Patienten können nach ihrem Body-Mass-Index (BMI) übergewichtig oder adipös sein.

*Künstliche Ernährung* (engl.: Artificial nutritional support)

Verabreichung von speziell zusammengesetzten flüssigen Nährstoffen, die mittels eines Schlauchs direkt in den Magen-Darm-Trakt (enterale Ernährung) oder über eine Vene (parenterale Ernährung) gegeben werden.

*Mangelernährungsrisiko* (engl.: Nutritional risk)

Das Risiko von vermehrt auftretenden ernährungsassoziierten Komplikationen im Rahmen der Erkrankung oder des Therapieverlaufs.

*Mangelernährungsscreening* (engl.: Nutritional risk screening)

Verfahren zur Bestimmung von Kenndaten, die mit ernährungsbedingten Komplikationen assoziiert sind. Zweck ist die Vorauswahl von Risikopatienten, die mit Hilfe von Ernährungstherapie unter Umständen eine Verbesserung der klinischen Prognose erfahren.

*Verpflegungsdienst* (engl.: Food service)

System, in dem unter Berücksichtigung bestimmter ernährungsmedizinischer Kriterien Mahlzeiten für Krankenhauspatienten hergestellt und serviert werden; es umfasst die Betriebsstätten des Verpflegungsdiensts, Zubereitungs- und Verteilungstechnik sowie das an dem Management, der Herstellung, Verteilung und Darreichung der Speisen beteiligte Personal.