

EUROPARAT

MINISTERKOMITTEE

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 unter 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 Gesundheitsversorgungssektors, 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 Ernährungsrisikos sollen der 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 Ernährungsrisikos eines Patienten sollen der Einfluß von Alter, Körpergröße und Geschlecht berücksichtigt werden.
- V. Die Erhebung des Ernährungsrisikos 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 Ernährungsrisikos 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 Ernährungsrisiko ermittelt, so sollen ein profundes Ernährungsassessment, ein Therapieplan, einschließlich Ernährungsziele, Kontrolle von Nahrungsaufnahme und Körpergewicht und die Anpassung des Therapieplans folgen.
- VIII. Auf nationaler und europäischer Ebene sollen Praxisstandards für die Beurteilung und Kontrolle von Ernährungsrisiko/-zustand entwickelt werden.

1.2 Ermittlung und Prävention von Mangelernährungsursachen

- I. Die multiplen Ursachen, die zu krankheitsbedingter Mangelernährung führen können, sollen bei jedem Patienten stets in Betracht 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 Diäteinschränkungen sollen nicht routinemäßig eingesetzt werden; empfohlen wird ein Literaturüberblick, um zu beurteilen, für welche Prozeduren solche Regimes erforderlich sind, und für Untersuchungen/Prozeduren, die Diäteinschränkungen voraussetzen, soll die genaue Dauer der Einschränkung bestimmt werden.

IV. Die Definition von krankheitsbedingter Mangelernährung soll allgemein anerkannt werden und als klinischer Befund verwendet und dementsprechend behandelt werden.

1.3 Ernährungstherapie

I. Die Ernährungstherapie soll systematisch als Teil der Behandlung des Patienten betrachtet werden.

II. Der Ernährungstherapieplan soll zumindest wöchentlich mittels Angaben über die Nahrungsaufnahme, Gewichtsveränderungen und andere relevante ernährungsspezifische oder klinische Variablen des Patienten überprüft und gegebenenfalls adaptiert werden.

III. Die Ernährungstherapie soll bedarfsgerecht auf den einzelnen Patienten abgestimmt sein. Die Menge an infundierter künstlicher Nahrung und gegebenenfalls nicht verabreichter Nahrung soll sorgfältig dokumentiert werden.

IV. Kein Patient sollte ohne die entsprechende Evaluierung von Indikationen, Risiken und Nutzen und die mündige Zustimmung des Patienten sowie eine genaue Überwachung der Nebenwirkungen künstliche Ernährung erhalten.

V. Spezifische immunmodulierende Nährpräparate sollen auf jene Patienten beschränkt werden, die angesichts von verfügbaren randomisierten Studien davon profitieren können.

VI. Patienten, die Ernährungstherapie benötigen, sollen eine entsprechende Therapie vor ihrer Aufnahme (sofern das möglich ist) beziehungsweise so früh wie möglich während des Krankenhausaufenthalts und nach der Entlassung erhalten.

VII. Die Dokumentation über die ärztliche und pflegerische Aufnahmeuntersuchung, die Entlassung und die ambulante Behandlung von Patienten soll in jedem Fall Angaben über den Ernährungsstatus, sowie den körperlichen und psychischen Zustand des jeweiligen Patienten unter Berücksichtigung, der Nahrungsaufnahme enthalten.

VIII. Empfohlen wird die Durchführung von randomisierten Studien und systematischen Übersichtsstudien durch klinische Ernährungsexperten zwecks Evaluierung der Auswirkungen von 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 von Patienten mit Dysphagie entwickelt werden. Nationale Deskriptoren für die Modifikation der Nahrungskonsistenz sollen entwickelt werden.

1.4. *Normale Kost*

I. Die erste Wahl zur Behebung oder Prävention von Mangelernährung soll normale Kost sein, die oral eingenommen wird.

II. Bewährte Verfahren, mit denen die Aufnahme von normaler Kost durch die Patienten sichergestellt wird, sollen verfolgt und dokumentiert werden. Die Dokumentation und Beurteilung der Aufnahme von normaler Kost durch jene Patienten, bei denen ein Ernährungsrisiko festgestellt wurde, ist von essentieller Bedeutung.

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 aufgenommen 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 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 *Verantwortungsverteilung für die Ernährungsversorgung in Krankenhäusern*

- I. Das Gesundheitsministerium, die Regionalbehörden und die jeweilige Krankenhausverwaltung sollen ihre Verantwortung in Bezug auf die Ernährungsbetreuung und -therapie und die Verpflegungssysteme anerkennen.
- II. Die Krankenhausverwaltung, Ärzte, Pharmazeuten, Pflegepersonal, Diätassistenten und Verpflegungsdienstmitarbeiter sollen im Rahmen der Ernährungsversorgung zusammenarbeiten und die Krankenhausverwaltung soll sich mit dieser Kooperation gebührend befassen.
- III. Die Verantwortlichkeiten der verschiedenen Personalgruppen in Bezug auf die Ernährungsbetreuung und -therapie sowie den Verpflegungsdienst sollen eindeutig zugeteilt werden.
- IV. Die Krankenhäuser sollen geeignete Strukturen entwickeln, um Maßstäbe für die Ernährungsversorgung und -therapie, insbesondere in Bezug auf Kosten, Auftragspezifikationen, Ernährungsscreenings und -Überprüfungen, zu setzen und diese Maßstäbe durch Steuerung, Überwachung und Überprüfung der Ernährungsversorgung und -therapie umzusetzen.
- V. Screening, Assessment und Überwachung des Ernährungsrisikos sollen in die Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser aufgenommen werden.

2.2 *Kommunikation*

- I. Zur Beurteilung und Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Personalgruppen sollen Organisationsstrukturen und -abläufe evaluiert werden.
- II. Mitarbeiter des Verpflegungsdienstes, Stationspersonal und Patienten sollen gemeinsam Vorlagen für die Speisenbestellung entwickeln, erproben und implementieren. "
- III. Zwischen dem Stations- und 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 (...oder ambulanten Gesundheitsversorgung) sollen regelmäßige Kontakte hergestellt werden.

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 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. Die Ausbildung von Pflegepersonen in klinischer Ernährung mit besonderer Schwerpunktsetzung auf Ernährungsassessment, -monitoring und Zufuhrtechniken sollen verbessert werden.
- 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 Ernährungsversorgung und -Unterstützung zu spielen.
- VII. Die Ausbildung von Diätassistenten soll aufgewertet werden, insbesondere im Managementbereich.
- VIII. Die Ausbildung und Schulung von Verpflegungsdienst-Managern/Leitem 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 pflegerische Hilfstelzeitkräfte oder hauswirtschaftliches 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 ein besonderes Schwergewicht gelegt werden.
- XI. Europäische Initiativen für 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 Verpflegungsdienstes im Krankenhaus

- I. Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für die Verpflegung im Krankenhaus sollen klar zwischen den Mitarbeitern aus den Gesundheitsberufen und der Krankenhausverwaltung aufgeteilt werden.
- II. Auf Ebene des Krankenhauses beziehungsweise auf regionaler Ebene sollen Verpflegungsdienstgrundsätze beschlossen und umgesetzt werden.
- III. Die Krankenhausmanager sollen sich ausreichend mit der normalen Krankenhausernährung 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 *Ernährungsgatering (Outsourcing der Gemeinschaftsverpflegung im Krankenhaus)*

- I. Richtlinien und Standards für eine Ausgliederung der Gemeinschaftsverpflegung im Krankenhaus sollen entwickelt werden.
- II. Die Verträge sollen ausreichend 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.
- II. Die Kosten für eine angemessene Erfüllungskontrolle sollen in den Vertrag aufgenommen werden.
- IV. Der klinische Ernährungsdienstbereich, die Ernährungskommission, das Ernährungsteam oder eine entsprechend qualifizierte Person soll die Verantwortung dafür tragen, daß der Vertrag die Ernährungsstandards widerspiegelt.

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 Person soll für die hygienischen Aspekte des Verpflegungsdienstes 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 Krankenhausernährung einzubinden.

3.5 Konkrete Verbesserungen der Nahrungsversorgung im Krankenhaus zur Prävention von Mangelernährung

- I. Es sollen Standards für Verpflegungsdienstsysteme auf Basis der Bedürfnisse der Patienten und nicht des Krankenhauses 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 Verpflegungsdienstes erforderlich, um eine adäquate/optimierte Nahrungsaufnahme des Patienten zu erreichen.
- III. Die Bereitstellung der Mahlzeiten soll flexibel und bedarfsgerecht erfolgen. Alle Patienten sollen die Möglichkeit haben, jederzeit Essen beziehungsweise zusätzliche Portionen zu bestellen, und über diese Möglichkeit informiert sein.

IV. Die Mahlzeiten sollen konkret auf die verschiedenen Patientengruppen abgestimmt sein.

V. Geeignete Esshilfen sollen bereitgestellt werden.

VII. Erfolgreiche Maßnahmen zur Prävention von Mangelernährung sollen öffentlich

bekannt gemacht werden.

4. *Krankenhauskost*

4.1 *Krankenhausmahlzeiten und Diäten nach medizinischen Indikationen*

I. Durch die Entwicklung nationaler Richtlinien und Standards für die Nahrungsversorgung in Krankenhäusern sollen bewährte Verfahren eingeführt 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 stets den Ernährungszustand der Patienten kennen und nur Diäten mit wissenschaftlich gesicherten Auswirkungen verordnen.

V. Alle Mitarbeiter aus den Gesundheitsberufen sollen Kenntnis davon haben, wenn ein Patient „Alternativkost“ zu sich nimmt, und die Auswirkungen derselben auf den Ernährungszustand kennen.

VI. An das Küchen- oder Stationspersonal gerichtete prompte Rückmeldungen der Patienten über ihre Zustimmung oder die Ablehnung bezüglich des Essens sollen gefördert werden.

VII. Nährstoffgehalt und Portionsgrößen des Essens und das Ausmaß an nicht verzehrten Nahrungsrestmengen am Teller sollen jährlich geprüft werden.

VIII. Der ausreichende Nährstoffgehalt einer Mahlzeit soll bereits im Planungsstadium dokumentiert werden. Der klinische Ernährungsdienst/-bereich, das Ernährungskomitee beziehungsweise das Ernährungsteam oder eine entsprechend qualifizierte Person soll für die Einhaltung der ernährungsphysiologischen Anforderungen verantwortlich sein.

IX. In jeder Verpflegungsdienstabteilung soll eine Datenbank über den Nährstoffgehalt von Mahlzeiten/Menüs und Portionsgrößen eingerichtet werden, die zwecks Beurteilung des

ausreichenden Nährstoffgehalts der Mahlzeiten und Überwachung der Nahrungsaufnahme durch die Patienten zur Verfügung stehen soll.

X. Es sollen Untersuchungen zur Erstellung von zuverlässigeren Informationen über die

Nährwertverluste bei unterschiedlichen Verpflegungsdienstsystemen durchgeführt 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 den Großteil der Wachzeiten der Patienten abdecken.

III. Unterbrechungen der Essenszeiten der Patienten durch Visiten, Lehrpraktika oder Untersuchungsprozeduren sollen so gering wie möglich gehalten werden.

IV. Snacks und Trinknahrungen sollen nach Bedarf zwischen den Mahlzeiten angeboten werden und auf jeder Station zur Verfügung stehen.

V. Die Mitwirkung von Angehörigen bei der Nahrungsaufnahme soll, soweit angebracht, 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 von Patienten soll durch Schätzprotokolle oder andere semiquantitative Systeme dokumentiert werden.

III. Das Einsammeln der Tablettts soll zwecks Kontrolle der Nahrungsaufnahme genau beaufsichtigt werden.

IV. Das Ausmaß an Nahrungszufuhr soll zur Beurteilung des Bedarfs der Patienten an Ernährungstherapie herangezogen werden.

V. Die Nahrungsaufnahme von Patienten mit einem Ernährungsrisiko, die Ernährungstherapie erhalten, soll mittels Ernährungsprotokollen erfaßt werden.

- VI. Im Rahmen der Überwachung der Nahrungsaufnahme der Patienten sollen dem Stationspersonal Informationen aus der Küche und aus der Nährwertdatenbank bezüglich der Portionsgröße und des Energiegehalts der Krankenhauskost zur Verfügung stehen.
- 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 Untersuchungen durchgeführt werden.

4.4 Information und Einbindung des Patienten

- I. Die positive Rolle der Ernährung als Therapie soll der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden, um ein allgemeines Bewußtsein und Unterstützung zu erzeugen.
- II. Die Patienten sollen bei oder vor der Aufnahme über die Bedeutung von guter 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 haben.
- VI. Die Patienten sollen bei der Bestellung des Essens Beratung und Hilfe 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, religiösen, ethnischen oder kulturellen Ansprüchen entsprechende Mahlzeit zu erhalten.
- IX. Methoden zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit sollen entwickelt und eingeführt werden.

5. Gesundheitsökonomie

5.1 Kostenwirksamkeit und Kosten-Nutzen-Überlegungen

- I. Kosten-Nutzen-Rechnungen und Kalkulationen über die Kostenwirksamkeit der Ernährungstherapie sollen auch auf Krankenhausebene durchgeführt werden.
- II. An den Kosten-Nutzen-Rechnungen und Kalkulationen über die Kostenwirksamkeit der Ernährungstherapie sollen Gesundheitsökonomie-Experten 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 die funktionelle Leistungsfähigkeit und Lebenszufriedenheit der Patienten im Ergebnis Berücksichtigung finden.

5.2 *Kosten des Verpflegungsdienstes und Nahrungsmittelverlustes*

- I. Der Einfluß der Verpflegungsdienstpraktiken auf den Nahrungsmittelverlust soll untersucht werden.
- 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 bewertet werden.
- V. Krankenhausmanager sollen bei der Beurteilung der Kosten von Ernährungsbetreuung und -therapie die potentiellen Kosten von Komplikationen und längeren Krankenhausverweildauern aufgrund von Mangelernährung berücksichtigen.
- VI. Maßnahmen zur Reduzierung des dokumentierten Verlustes von Lebensmitteln, Trinknahrung und künstlichen Ernährungsprodukten sollen gesetzt werden.

6. **Begriffsbestimmungen**

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.

Diät

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

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.

Energie- und proteinreiche Mahlzeit

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

Verpflegungsdienst (engl.: Food Service)

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

Krankenhauskost

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

Ernährungsassessment (engl.: Nutritional assessment)

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

Ernährungsversorgung (engl.: Nutritional care)

Die elementare Aufgabe, den Patienten ausreichend mit geeigneten Nahrungsmitteln und

Getränken beziehungsweise gegebenenfalls künstlicher Ernährung zu versorgen.

Ernährungsrisiko

Das Risiko von vermehrt auftretenden ernährungsassoziierten Komplikationen im Rahmen der Erkrankung oder des Therapieverlaufs bedingt durch einen momentan schon eingeschränkten Ernährungszustand - und in Folge bei Nichtbeachtung und weiterer Verschlechterung des Ernährungstatus mit Ausbildung einer Mangelernährung kommen kann.

Ernährungsscreening

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.

Ernährungskommission (engl.: Nutritional Steering Committee, NSC)

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

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 der Ernährungsweges 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.

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

Ein multidisziplinäres Team (feine Einheit) mit Fachkompetenz im Ernährungswesen, das (die) 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.

