

JOURNAL FÜR ERNÄHRUNGSMEDIZIN

VALENTINI L, JADRNA K
*Zehn Jahre Ernährungsteams in Österreich: Definitionen, Aufgaben
und Perspektiven*

*Journal für Ernährungsmedizin 2004; 6 (2) (Ausgabe für
Österreich), 17-23*

Homepage:

**[www.kup.at/
ernaehrungsmedizin](http://www.kup.at/ernaehrungsmedizin)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Mit Nachrichten der



Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Zehn Jahre Ernährungsteams in Österreich: Definitionen, Aufgaben und Perspektiven

L. Valentini¹, K. Jadrna²

Ernährungsteams sind interdisziplinäre Gruppierungen im Krankenhaus oder Pflegeheimbereich. Ihre Aufgabe ist es, chronischen oder akuten Mangelernährungszuständen bei Patienten mit den Mitteln einer fachgerechten Ernährungstherapie vorzubeugen oder sie, gegebenenfalls, zu therapieren. Die Grundkonzepte für Ernährungsteams stammen aus dem angloamerikanischen Raum, wo sie schon in den 1970er Jahren Eingang in die intramurale Betreuungsstruktur gefunden haben. 1992 wurde das erste österreichische Ernährungsteam im LKH Salzburg gegründet. Ca. 10 Jahre später, 2003, verfügen bereits 45 % der größeren österreichischen Krankenhäuser (> 250 Betten) über eine Ernährungsteamstruktur.

Schlüsselwörter: Ernährungsteam, Mangelernährung, Ernährungssupport, Krankenhaus, Pflegeheim

Ten Years of Nutrition Support Teams in Austria: Nutrition support teams are interdisciplinary groups of health care professionals in hospitals or nursing homes. Their main task is the prevention or treatment of chronic or acute malnutrition in patients by means of professional nutritional care. The concepts for nutrition support teams were developed in the U.S.A. and United Kingdom and became an established part of in-hospital care during the late seventies and eighties of the last century. In Austria the first nutrition support team was established at the St. Johann's Hospital, Salzburg, in 1992. Now, about 10 years later, 45 % of the larger Austrian hospitals (> 250 beds) have already integrated a nutrition support team. **J Ernährungsm** 2004; 6 (2): 17–23.

Key words: Nutrition Support Team, NST, malnutrition, undernutrition, nutritional support, hospital, nursing home

Die vielen Facetten der Ernährungstherapie verlangen Fachkenntnisse, die kaum von einer Berufsgruppe allein bereitgestellt werden können. Sie verlangen nach Engagement, Individualisierung der Therapie, Erfahrung, Kommunikation und kontinuierlicher Weiterbildung. Sie verlangen nach einem einfachen Mangelernährungsscreening bei der Aufnahme des Patienten ins Krankenhaus, in dem auch das aktuelle Körpergewicht und Gewichtsverluste in den letzten Monaten dokumentiert werden. Kurz: Sie verlangen nach einem interdisziplinären Team.

Im September 2003 hatten bereits 45 % aller österreichischen Krankenanstalten mit mehr als 250 Betten eine Ernährungsteam- und/oder Ernährungskommissionsstruktur integriert: Eine sehr positive Entwicklung, wenn man bedenkt, daß im Jahr 1999 erst 10 Ernährungsteams und keine Ernährungskommissionen in Österreich existierten.

Ursprung und internationale Entwicklung von Ernährungsteams

Mangelernährung wird zum Thema

Im Jahr 1974 sorgten Fallberichte, publiziert in einer eher unbedeutenden Zeitschrift namens „Nutrition Today“ für regen Widerhall. Unter dem Titel „The Skeleton in the Hospital Closet“ [1] legte Dr. George Butterworth, University of Alabama, anhand von fünf Patientenverläufen die negativen Auswirkungen einer nicht oder unzureichend erfolgten Ernährungsintervention dar. Zwei Ärzte der renommierten Harvard-Universität, Dr. George Blackburn und Dr. Bruce Bistrian, unterstrichen seine Aussagen, indem sie die Bedeutung und das beträchtliche Ausmaß der Protein-Energie-Malnutrition in ihrem eigenen Patientenkollektiv zur Publikation freigaben [2]. Damit war die Mangelernährung bei Patienten erstmals ein Thema, und der Ruf nach adäquater Ernährungsbetreuung mittels parenteraler und enteraler Therapien wurde laut.

Nutrition Support Teams (NST) in den USA

Gegen Ende der 1970er Jahre entstand mit dem erhöhten Einsatz von parenteralen Ernährungstherapien auch das

Konzept der interprofessionellen Zusammenarbeit in Form von Nutrition Support Teams (NST) mit dem Ziel, parenterale Nährlösungen sicher und komplikationsarm zu verabreichen. Die NST entwickelten institutionsspezifische Politiken, Abläufe und Protokolle, in der Folge wurde die enterale Ernährung mit in das Konzept einbezogen. Im Jahr 1983 gab es einer Schätzung zufolge in 8,3 % der Krankenanstalten ein NST, 1991 verfügten bereits 29 % der Krankenhäuser mit mehr als 150 Betten über diese Serviceeinrichtung [3].

1982 wurde in den USA das Medicare Rückvergütungssystem für stationäre Patienten von einem kostenbasierten, retrospektiven auf ein prospektives Fixpreisbezahlungssystem (Diagnose related groups, DRG) geändert. Das neue System zwang die Krankenhäuser zu einer Neubewertung der angebotenen Serviceleistungen. Einige Institutionen dezentralisierten ihre NST und gestalteten daraus informelle Kommissionen oder reduzierten sie auf einen reinen Konsultationsservice. Das neue, prospektive Zahlungssystem stellte damit für NST eine existentielle Herausforderung und damit einen Anreiz dar, die Kosteneffektivität von enteralen und parenteralen Therapien zu ermitteln. So wurden Ernährungsscreening-Programme in den Spitälern etabliert, um möglichst früh und präzise Risikopatienten für eine Mangelernährung zu erkennen. Heute wird in 90 % der Spitäler bei allen Patienten ein standardisiertes Ernährungsscreening innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme durchgeführt [3].

Clinical Nutritional Support Teams (CNST) im United Kingdom

Im UK wurde ebenfalls Mitte der 1970er Jahre mit der Bildung von spezialisierten Teams zur Verbesserung der parenteralen Ernährung begonnen, motiviert durch die Einsicht, daß Komplikationen bei Kathetersetzungen, kathe-terassozierte Infektionen und metabolische Abnormalitäten vermieden werden können. Auch hier wurde der Aufgabenkreis zuerst um die enterale Ernährung erweitert, um dann auch Schulungen und das Monitoring von heim-enteral bzw. parenteral ernährten Patienten zu integrieren. Die Britische Gesellschaft für parenterale und enterale

Aus der ¹Arbeitsgemeinschaft Klinische Ernährung, Wien und der ²Apotheke, Hanusch-Krankenhaus, Wien

Korrespondenzadresse: Dr. Luzia Valentini, Wissenschaftliches Sekretariat der Arbeitsgemeinschaft Klinische Ernährung, 1180 Wien, Staudgasse 43/18; E-Mail: luzia.valentini@gmx.net

Ernährung (BAPEN) war die erste, die zum Konzept des CNST das der Ernährungskommission (Nutrition Steering Committee, NSC) hinzufügte [4, 5]. Näheres zur Ernährungskommission – auf österreichische Verhältnisse adaptiert – später im Artikel.

Die genaue CNST-Anzahl im UK ist nicht bekannt. Es wird geschätzt, daß derzeit ca. 90–100 Ernährungsteams in insgesamt über 1000 Krankenhäusern existieren, was einer Prävalenz von ca. 10 % entspricht [6].

„Not re-inventing but adjusting the wheel“ – Die Bedeutung der US-amerikanischen und britischen Modelle für Österreich

Die NST-Struktur und -Organisation in den USA kann auf österreichische Verhältnisse nur bedingt übertragen werden. Gründe dafür sind, daß die NST als Serviceeinrichtungen mit eigenen Kostenstellen für die Mitarbeiter etabliert wurden, eine für Österreich leider zur Zeit nicht realisierbare Wunschvorstellung. Weiters ist ein routinemäßiges Ernährungsscreening mit darauffolgendem Ernährungsassessment bei der Aufnahme von Patienten in ein Spital in Österreich nicht üblich und wäre in der US-amerikanischen Form bei den bestehenden Personalressourcen zu zeitintensiv und daher nicht 1:1 übertragbar.

Das Modell der CNST-Struktur und -Organisation in Großbritannien ist für Österreich relevanter, doch traten dort Umsetzungsschwierigkeiten in der Praxis auf, die zu Akzeptanz- und Etablierungsschwierigkeiten führten. Österreich hat den Vorteil, durch den späteren Beginn der Ernährungsteamentwicklung diese Erfahrungen berücksichtigen zu können. Damit sind aber auch hier Modifikationen des ursprünglichen Modells nötig.

Die Situation in Deutschland

Deutschland hat ähnlich wie Österreich relativ spät mit der Bildung von Ernährungsteams begonnen. Zur Zeit haben 5,6 % der größeren Krankenhäuser (> 250 Betten) ein Ernährungsteam (ET) integriert [7]. 38,3 % dieser ET beobachten eine Abnahme an Komplikationen und 34 % stellen Kostenersparnisse durch die ET-Arbeit fest. Es besteht noch großer Bedarf an weiteren Ernährungsteams, weiters wird kritisiert, daß es an Umsetzungsstandards, Ernährungsrichtlinien und Dokumentationsstandards mangelt [7].

Ernährungsteams (ET) in Österreich

Im Jahr 1992 wurde das erste österreichische Ernährungsteam am LKH Salzburg gegründet. Da dieses Modell in Form von Vorträgen und Informationsveranstaltungen von dessen Mitgliedern österreichweit vorgestellt worden war, konnte es als Vorbild und Anreiz für die Bildung weiterer Ernährungsteams dienen. Nach einer eher zögerlichen Anfangsphase – bis zum Jahr 1998 hatten sich nur 3 weitere Ernährungsteams gebildet – ging es mit der Entwicklung rapide aufwärts. 1998 wurden 4 ET gegründet, 1999 waren es 6, im Jahr 2000 waren 13 Neugründungen zu verzeichnen. Im Mai 2001 hatte die Arbeitsgemeinschaft Klinische Ernährung (AKE) insgesamt 35 ET registriert, im August 2003 waren es bereits 47 (Tab. 1). Statistisch gesehen verfügen derzeit 13 % aller österreichischen Krankenhäuser über ein ET; betrachtet man nur die größeren Häuser mit einer Bettenanzahl über 250, so sind es 45 %.

Im Jahr 1999 begann die AKE die Etablierung von ET aktiv zu fördern. Es wurden regelmäßig Workshops zum Thema „Wie gründe ich ein Ernährungsteam“ durchgeführt, in dem die InitiatorInnen von bereits bestehenden ET ihre Erfahrungen weitergaben. Etwa 50 % der Teilneh-

merInnen gründeten nach dem Besuch des Workshops ein eigenes ET. Im Jahr 2000 wurden von der AKE die „Empfehlungen für die parenterale und enterale Ernährungstherapie des Erwachsenen“ [8] herausgegeben. Die Empfehlungen finden breite Akzeptanz und Anwendung, nicht nur in Österreich, sondern auch in der Schweiz und in Deutschland. Eine englischsprachige Übersetzung wurde bereits verlegt, tschechische, russische und ungarische Versionen sind in Vorbereitung.

In Zusammenarbeit von fünf österreichischen ET mit der AKE wurde 2000 und 2001 der Ernährungszustand von chirurgischen und internistischen Patienten bei der Aufnahme ins Krankenhaus erhoben [9]. 2002 wurde ebenfalls in Kooperation von AKE und 10 ET eine multizentrische Anwendungsbeobachtung an Intensivabteilungen zur Evaluierung der Ernährungstherapie mit Schwerpunkt Hyperglykämie durchgeführt (Veröffentlichung in Arbeit).

Die AKE verfügt über einen Verteiler aller ET in Österreich und kontaktiert diese regelmäßig mit Hinweisen auf aktuelle Literatur oder zur Abstimmung von Anfragen. Eine engere Vernetzung der bereits bestehenden ET wird angestrebt.

In Österreich wurden die meisten ET durch sachinteressierte und engagierte „Einzelkämpfer“ ins Leben gerufen. Mag. Helena Karger, Gründerin des ersten österreichischen ET im LKH Salzburg, definiert den Beginn der Ernährungsteamarbeit wie folgt: „Zusammenarbeit eröffnet neue Perspektiven durch das Zusammenfließen unterschiedlicher Teilaspekte aus verschiedenen Disziplinen. Zu Beginn einer Zusammenarbeit herrscht Freude, Neugierde, doch zugleich macht sich Angst breit – Angst vor Fremden und neuen Kollegen; Angst, kontrolliert zu werden, und besonders Angst vor Kompetenzverlust.“

Sensible Kommunikation ist einer der wichtigsten Aspekte am Beginn jeder Realisation einer neuen Idee. Sachlich sensible Kommunikation, um den eigenen Enthusiasmus, das „Überzeugtsein von der Sache“, zu vermitteln sowie die neuen Möglichkeiten in der Therapie und den Benefit für den Patienten zu zeigen – und nicht zuletzt die Angst vor dem Unbekannten zu nehmen. Emotional sensible Kommunikation, um Kollegen zur Mitgestaltung zu gewinnen, sie zum Einbringen der eigenen Ideen zu motivieren und ihnen die Angst zu nehmen, daß über ihre Köpfe hinweg entschieden wird. Jedes ET hat diesbezüglich seine eigene, mit viel Einsatz, Kreativität, Durchhaltevermögen und Diplomatie, mit Höhen und Tiefen verbundene Entstehungsgeschichte.

Österreichische Modellversuche zur Strukturierung des Ernährungssupports

Folgende Modelle wurden als Resultat internationaler und österreichischer Erfahrungen für den Ernährungssupport bzw. für Ernährungsteams und Ernährungskommissionen entwickelt.

Definition „Ernährungssupport“

Ernährungsteams und -kommissionen gehören zur Struktur des sogenannten „nutritional supports“ – ein angloamerikanischer Begriff, für den leider kein ausreichendes deutsches Sprachpendant existiert. Es wird daher notgedrungen die Teilübersetzung „Ernährungssupport“ verwendet, da „Ernährungsunterstützung“ weder elegant wirkt noch leicht auszusprechen ist.

Die Zielpatienten des Ernährungssupports sind bereits malnutrierte Patienten, aber auch, im Sinne des prophylaktischen Handelns, Patienten, bei denen die Entstehung einer Mangelernährung im Kursus der zugrundeliegenden

akuten oder chronischen Erkrankung angenommen werden kann. Bis dato ist leider keine konkrete und allgemein akzeptierte Definition zur Beschreibung eines „Malnutritionszustandes“ bekannt [10]. Einig ist man sich jedoch, daß diesem Begriff nicht nur klinisch oder laboriagnostisch detektierbare Mangelernährungszustände zugeordnet werden, sondern auch subklinische und latente, die durch eine fachgerechte Ernährungsoptimierung positiv beeinflussbar sind.

Die Definition der Malnutrition umfaßt damit, neben der bekannten klassischen chronischen Protein-Energie-Malnutrition, zum Beispiel auch akute Malnutritionen. Akute Malnutritionen sind vorwiegend das Resultat kurzzeitiger Nahrungskarenzen. Diese wirken sich negativ auf das Immunsystem aus, erhöhen das Infektionsrisiko und verzögern die Wundheilung [11–13]. Akute Malnutritionen können in der Regel ohne Fragebogentechniken – wie häufig im Ernährungsscreening und/oder -assessment ver-

Tabelle 1: Ernährungsteams in Österreich (Stand 01. 09. 2003)

Anstalt	Kontaktperson	Kontakt
Ernährungsteams in Wien		
AKH-Wien	Univ.-Prof. Dr. Kurt Widhalm	kurt.widhalm@akh-wien.ac.at
Geriatrizentrum am Wienerwald	Prim. Dr. Georg Wense	weg@03M.gzw.magwien.gv.at
Hanuschkrankenhaus	Dr. Klara Jadrna	klara.jadrna@wgkk.sozvers.at
Kaiser-Franz-Josef-Spital	Mag. Monika Schwap	monika.schwap@kfj.magwien.gv.at
Kaiserin-Elisabeth-Spital	Mag. Andrea Hofbauer	andrea.hofbauer@KES.magwien.gv.at
KH der Barmherzigen Brüder	Mag. Andrea Schmutz	apotheke@bb.wien.at
KH Lainz	Dr. W. Tillinger (Stv. Dr. A. Mader)	wolfgang.tillinger@billrothhaus.at
KH Rudolfstiftung	Susanne Schilling, DDA & EMB	susanne.schilling@wienkav.at
Otto-Wagner-Spital	Mag. Christine Müller-Reich	christine.mueller-reich@ows.magwien.gv.at
SMZ-Sophienspital	Prim. Prof. Dr. Franz Böhmer	franz.boehmer@wienkav.at
SMZ-Ost	Ingrid Thanner, Ltd. DDA & EMB	ingrid.thanner@smz.magwien.gv.at
St.-Anna-Kinderspital	OA Dr. Christa Binder	christa.binder@univie.ac.at
Unfallkrankenhaus Meidling	OA Dr. Inge Gerstorfer	Inge.Gerstorfer@auva.sozvers.at
Wilhelminenspital	Dr. Susanne Pippich	susanne.pippich@apo.wil.magwien.gv.at
Ernährungsteams im Burgenland		
KH Güssing	OA Dr. Veronika Tajmel	veronika.tajmel@utanet.at
KH Oberwart	OA Dr. Wolfgang M. Stangl	w.m.stangl@1012surfnet.at
Ernährungsteams in Kärnten		
A.ö. KH des Deutschen Ordens (i. Aufbau)	Mag. Brigitte Engl (z. Z. Karenz)	natur@krankenhaus-friesach.at
LKH Klagenfurt	OA Dr. Noisternig	g.noisternig@lkh-klu.at
KH Spittal an der Drau	J. Zohmann, DGKP, B. Oblak, DGKS	office@khspittal.com
Ernährungsteams in Niederösterreich		
KH Baden	Prim. Dr. Franz Schwameis	schwameis@kh-baden.at
KH Horn	OA Dr. Theresia Hentschel	t.hentschel@wvk.at
KH Klosterneuburg (im Aufbau)	Elisabeth Horak, DDA & EMB	horak@kh-klosterneuburg.at
KH Korneuburg	Bruny Angelika, DGKS	Tel.: 02262/780-0
KH St. Pölten	Gabriele Karner, Ltd. DDA & EMB	g.karner@kh-st-poelten.at
KH Tulln	Prim Dr. Herwig Feik	anaesthesie@khtulln.noe.gv.at
KH Scheibbs	Martina Haider, DDA & EMB	diabetes@khscheibbs.at
KH Waidhofen an der Ybbs	Daniela Reitbauer, DDA & EMB	daniela.reitbauer@kh-waidhofen.at
KH Wiener Neustadt	Mag. Marianne Lederer	apo@kh-wrn.ac.at
LKH Mödling	Mag. Gerlinde Kellerer	gerlinde.kellerer@lkh-moedling.noe.gv.at
Landesnervenklinik Mauer	Sabine Wenzl, DDA & EMB	sabine.wenzl@comteam.at
Ernährungsteams in Oberösterreich		
KH der Barmherzigen Schwestern	OA Dr. Wolfgang Sieber	wolfgang.sieber@bhs.at
KH Braunau	Andrea Reisinger, DDA & EMB	andrea.reisinger@khbr.or.at
KH Grieskirchen	OA Dr. Christian Fadinger	christian.fadinger@netway.at
KH Ried im Innkreis	Mag. Elisabeth Kuc	elizabeth.kuc@bhs.at
KH Wels	OA Dr. Johannes Spiel	johann.spiel@utanet.at
LKH Bad Ischl (im Aufbau)	Viktoria Allex, DDA & EMB	viktoria.allex@bi.lkh.ooe.gv.at
LKH Linz	OA Dr. Grafinger	peter.grafinger@akh.linz.at
Ernährungsteams in Salzburg		
Christian-Doppler-Klinik Salzburg	Martina Kreutzer, DDA & EMB	m.kreutzer@lks.at
Kardinal-Schwarzenberg'sches-KH	Sigrid Steiner, DDA & EMB	sigrid.schrempf@kh-schwarzach.at
KH Hallein	Monika Zeiner, DDA & EMB	monika.zeiner@kh-hallein.at
LKH Salzburg	Maria Benedikt, Ltd. DDA & EMB	m.benedikt@lks.at
Ernährungsteams in der Steiermark		
LKH Graz	Anna Eisenberger, Ltd. DDA & EMB	anna.eisenberger@klinikum-graz.at
LKH Leoben	OA Dr. Anton Lampel	anton.lampel@lkh-leoben.at
Ernährungsteams in Tirol		
Univ.-Klinik Innsbruck	Univ.-Prof. Dr. Michael Joannidis	michael.joannidis@uibk.ac.at
KH Kufstein	Irene Koidl, Ltd. DDA & EMB	irene.koidl@bkh-kufstein.at
KH Schwaz (im Aufbau)	Christine Scheiber, DDA & EMB	diaet@kh-schwaz.at
KH Zams	OA Dr. Josef Stadlwieser	j.stadlwieser@aon.at

wendet – schwer erfaßt werden, da sie sich weder groboptisch in der Körperzusammensetzung noch labor diagnostisch widerspiegeln.

Die Entwicklung des Ernährungssupports hat ihren Ursprung in den enteralen und parenteralen – den sogenannten „künstlichen“ – Ernährungstechniken. Die überwiegende Mehrheit der Patienten wird jedoch ganz oder teilweise über die Krankenhausküche ernährt. Da es eine grundlegende Forderung des Ernährungssupports ist, daß die Nahrung auf dem natürlichstmöglichen Weg zugeführt werden soll, wird nun auch das Angebot der Krankenhausküche mit in die Konzeption des Ernährungssupports integriert. Das Nahrungsangebot im Krankenhaus sollte nicht nur hygienisch einwandfrei, sondern auch zeitgerecht und ernährungsphysiologisch „gesund“ sein, in geeigneter Geschwindigkeit zum Patienten gelangen, gut schmecken sowie in der richtigen Form und in attraktiver Art dargeboten werden. Dies fordert nicht nur der Ernährungssupport, sondern auch, in einem rezenten Positionspapier, die WHO: Durch die starke Zunahme von mit Adipositas assoziierten Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung (KHK, Bluthochdruck, Gicht, DM Typ II) sollte im Sinne der Sekundärprophylaxe die Krankenhausverpflegung Vorbildcharakter haben [14].

Zusammengefaßt ist das allgemeine Ziel des Ernährungssupports der fachgerechte Einsatz von oralen, enteralen und parenteralen Ernährungen, um den Stoffwechsel und die immunologischen Funktionen des Patienten zu optimieren und das Krankheitsgeschehen positiv zu beeinflussen, den Abheilungsprozeß zu beschleunigen und klinische Komplikationen, wie Infektionen, zu vermindern. Mangelernährungssituationen soll bevorzugt vorgebeugt werden, in jedem Fall sollen sie aber therapiert werden. Aufgabe des Ernährungssupports ist es somit, dem erkrankten Menschen die optimale Menge an Energie und Proteinen, essentiellen Nahrungsbestandteilen inklusive Mikronährstoffen in möglichst natürlicher Form und möglichst über den natürlichen Zugangsweg zur Verfügung zu stellen.

Zweigeteilte Struktur des Ernährungssupports

Die Britische Gesellschaft für Parenterale und Enteral Ernährung (BAPEN) [4] empfiehlt, in jeder Krankenanstalt sowohl eine Ernährungskommission als auch ein Ernährungsteam zu etablieren, wobei die Ernährungskommission den „legislativen“ Teil darstellt und das Ernährungsteam den „exekutiven“ Teil übernimmt. Dieses Konzept ist für Österreich relevant, da Grundstrukturen des Ernährungssupportmanagements, wie Ernährungsscreening oder Patientenüberweisungsabläufe, für das gesamte Krankenhaus gelten und daher von den Entscheidungsträgern des Krankenhauses bewilligt werden müssen. Ernährungskommissionen bestehen in Österreich derzeit erst in wenigen Krankenhäusern, wie den Universitätskliniken in Wien, Graz und Innsbruck und dem LKH Salzburg. Besteht in einem Krankenhaus ein Ernährungsteam ohne dazugehörige Ernährungskommission, so sollen die Aufgaben der Ernährungskommission vom Ernährungsteam in Zusammenarbeit mit der kollegialen Führung des Krankenhauses übernommen werden.

Die Ernährungskommission

Die Ernährungskommission ist eine Gruppe von Entscheidungsträgern des Krankenhauses, die zusammen mit ausgewählten hausinternen Ernährungsexperten und Delegierten des Ernährungsteams Standards für den Ernährungssupport ausarbeiten, die auf Krankensebene verbindlich umgesetzt werden sollen.

Empfohlene Mitglieder der Ernährungskommission sind ärztliche Direktoren, Verwaltungsdirektoren, Pflegedirektoren, die Apothekenleitung, die leitende Diätassistentin, Delegierte des Ernährungsteams, die Küchenleitung, das Controlling und der Einkauf; dazu können projektabhängig MitarbeiterInnen aus dem Krankenhaus miteinbezogen werden. Es wird empfohlen, daß sich die Ernährungskommission mindestens zweimal im Jahr trifft.

Verantwortlichkeiten und Aufgaben der Ernährungskommission im Überblick (adaptiert und erweitert nach [4]):

- Schaffung einer krankenhausinternen Struktur zur Durchführung eines einfachen Ernährungsscreenings (Dokumentation von Gewicht – möglichst nicht nur geschätzt –, Körpergröße, Body-Mass-Index, rezente ungewollte Gewichtsverluste) bei allen Patienten (möglichst integriert in die KH-interne computerunterstützte Patientendokumentation).
- Etablierung eines Ernährungsteams.
- In Zusammenarbeit mit dem Ernährungsteam Erstellung von Handlungsalgorithmen und Kommunikationsstrukturen, die zum effizienten Ablauf nach Identifikation von Risikopatienten führen.
- Gewährleistung der Logistik des Transfers von Patienten, bei denen eine heimenterale oder -parenterale Ernährung indiziert ist.
- Evaluierung der Spitalsverpflegung aus ernährungswissenschaftlicher Sicht unter Berücksichtigung des Makro- und Mikronährstoffangebots. „Wasting“-Reduzierung (lt. Studien 40–50 % der angebotenen Nahrung [15, 16]); Betonung des Einkaufs hochwertiger Produkte.

Das Ernährungsteam

Das ET entspricht dem ausführenden Teil der Ernährungsstruktur, ihm obliegt es, patientenspezifisch beratend tätig zu sein und als Ansprechpartner für konkrete Ernährungssupportanfragen zur Verfügung zu stehen. Diese Serviceeinrichtung kann hochspezialisierte Informationen und Dienstleistungen ausarbeiten und anbieten (z. B. im Rahmen der enteralen und parenteralen Ernährungen) sowie in Zusammenarbeit mit Entscheidungsträgern des Krankenhauses (im Rahmen einer Ernährungskommission) allgemeine Maßnahmen zur Verbesserung des Nahrungsangebotes und der Ernährungssituation erarbeiten (z. B. Ernährungsscreening und -monitoring).

Internationale Erfahrungen zeigten, daß ein ET, das die enterale und parenterale Ernährung kontrolliert und supervidiert, zu einer besseren Durchführungsqualität gelangt als ein Team, das nur Empfehlungen ausspricht. Für die österreichische Situation wäre empfehlenswert, daß die Ernährungskommission diesen Aspekt der Durchführungspolitik übernimmt, das eigentliche ET in der Beratungsfunktion startet und erst nach erfolgreicher Etablierung und Akzeptanz eine Kontroll- und Supervisionsrolle übernimmt.

Von seiten der Ernährungskommission bzw. der kollegialen Führung muß klargestellt werden, welche Kompetenzen den Empfehlungen des ET gegeben werden. Langfristig ist eine gesetzliche Verankerung von ET anzustreben. In der Regel haben Vorschläge der ET-Mitarbeiter keinen verbindlichen Charakter.

Die interprofessionelle Ausrichtung des ET wird durch die Vielschichtigkeit der Ernährung *per se* und konkret durch ihre Komplexitätserhöhung in Verbindung mit der zugrundeliegenden Erkrankung vorgegeben. Sowohl medizinisches, pharmazeutisches als auch pflegerisches Wissen muß in der spezifischen Krankheitssituation in das eigentliche Ernährungswissen einfließen.

Der Kern des ET besteht aus Vertretern der Ärzteschaft, Pflegekräften, Pharmazeuten, Diätassistenten und Ernährungswissenschaft. Da die Ernährungsteamarbeit freiwillig zusätzlich zur Routinearbeit bewältigt werden muß, hängt das mögliche Engagementvolumen stark vom Zeitbudget der beteiligten Personen ab. Jeder Berufsgruppe sind bestimmte Aufgaben und Kernkompetenzen zugeordnet, die Praxis zeigt jedoch, daß sich die Aufgaben überlappen können und die Grenzen nicht immer scharf zu ziehen sind. Für spezielle Aufgabenstellungen ist es auch sinnvoll, zum Beispiel Physiotherapeuten, Psychologen und Hygienebeauftragte etc. in das ET zu integrieren.

Die Aufgaben des Ernährungsteams

- Ist-Zustand der parenteralen und enteralen Ernährung erfassen, dokumentieren und Entwicklungsfelder definieren.
- Erstellen und präsentieren von hausinternen Standards nach den allgemeingültigen Empfehlungen und dem Standard entsprechende Produktauswahl treffen (Präparate, Pumpen- und Zubehöerauswahl).
- Festsetzen der Kompetenzen und Zuständigkeitsbereiche der einzelnen Mitglieder und Wahl eines Mitglieds zum fixen Ansprechpartner für Stationen (Voraussetzung: gute Erreichbarkeit tagsüber) und zur Koordination von Anfragen unter den Teammitgliedern, Etablierung einer Hotline für akute Ernährungsanfragen von Stationen.
- Bekanntmachen der Arbeitsgruppe im Krankenhaus; Informationsveranstaltungen.
- Durchführung von multidisziplinären Ernährungsvisiten (1mal wöchentlich) und Besprechung von Problemfällen.
- Aufbau eines Netzwerkes in Form von verantwortlichen Ansprechpartnern in jeder Abteilung.
- Hausinterne Schulungen und Informationsveranstaltungen zur Verbesserung des Zuweisungsmanagements und der Durchführungsqualität von oralen, enteralen und parenteralen Ernährungstherapien sowie Mischformen.
- Zentrale Stelle für die Schulung und das Entlassungsmanagement von Patienten mit heimenteralen und -parenteralen Ernährungstherapien. Kontaktaufnahme mit dem zuständigen niedergelassenen Arzt und anderen ambulanten Diensten.
- Übernahme von Risikopatienten für Mangelernährung bzw. mangelernährten Patienten zur Durchführung eines genauen Ernährungsassessments und zur Formulierung eines Therapievorschlages.
- Überwachung der Patienten mit enteraler oder parenteraler Ernährungstherapie. Dies gilt vor allem für Stationen, in denen selten enteral und/oder parenteral ernährt wird. Mitarbeiter aus Intensivstationen, die im täglichen Umgang mit der parenteralen und enteralen Ernährung versiert sind, sind wertvolle Mitglieder des Ernährungsteams und können ihr Wissen Kollegen von Stationen, wo diese Ernährungspraktiken seltener notwendig sein, zur Verfügung stellen. Intensivstationen wird empfohlen, eine eigene interprofessionelle Zusammenarbeit für die tägliche praktische Arbeit zu entwickeln.

Es liegt im Einflußbereich der Krankenhausverwaltung und der ärztlichen Direktion, Strukturen zur Identifikation von Mangelernährungsrisikopatienten und eine Plattform der interprofessionellen Zusammenarbeit für die klinische Ernährung zu gewähren und zu fördern, und es ist die individuelle Entscheidung jedes einzelnen, am Patientenbett

diese Aspekte der Therapie und Möglichkeiten der Verbesserung des Ernährungsstatus anzunehmen und in der Praxis umzusetzen. Die klinische Ernährung in all ihrer Komplexität (und Banalität) sollte ein Gebiet des hochprofessionalisierten Einsatzes sein. Erst dann können die klinischen und ökonomischen Vorteile sichtbar gemacht werden.

Literatur:

1. Butterworth C. The Skeleton in the Hospital Closet. *Nutrition Today* 1974; 4–8.
2. Blackburn GL, Bistrian B. A report from Boston. *Nutrition Today* 1974; 30.
3. Buzby K, Colaizzo-Anas T. The Nutrition Support Team. In: Matarese LE, Gottschlich MM (eds). *Contemporary Nutrition Support Practice*. W.B. Saunders, Philadelphia, 1998; 3–16.
4. Silk DBA. Organisation of Nutritional Support in Hospitals. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition, Maidenhead, UK, 1994.
5. Howard P. Organizational aspects of starting and running an effective nutritional support service. *Clin Nutr* 2001; 20: 367–74.
6. Pers. Kommunikation Pat Howard, Mai 2001.
7. Senkal M, Dormann A, Stehle P, Shang E, Suchner U. Survey on structure and performance of nutrition-support teams in Germany. *Clin Nutrition* 2002; 21: 329–35.
8. Druml W, Jadrna K, Roth E. Empfehlungen für die parenterale und enterale Ernährungstherapie des Erwachsenen. Arbeitsgemeinschaft Klinische Ernährung (AKE), Wien, 2000.
9. Valentini L, Tajmel V, Fadinger C, et al. Malnutrition in Austrian Hospitals: Impact of BMI, age and nutritional questionnaire for identifying patients at nutritional risk. Eingereicht in *Nutrition*, 2003.
10. Stratton RJ, Green CL, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. CABI Publishing, Oxon, UK, 2003; 1–34.
11. Haydock DA, Hill GL. Impaired wound healing in surgical patients with varying degrees of malnutrition. *JPEN* 1986; 10: 550–4.
12. Clark MA, Plank LD, Hill GL. Wound healing associated with severe surgical illness. *World J Surg* 2000; 24: 648–54.
13. Windsor JA, Knight GS, Hill GL. Wound healing response in surgical patients: recent food intake is more important than nutritional status. *Br J Surg* 1988; 75: 135–7.
14. Joint WHO/FAO expert consultation. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series 916, 2002: Geneva, Switzerland. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf
15. Norman K, Pichler B, Kulmer H, Haisjackl M, Schindler K. Food wastage in hospital – A pilot study. *Akt Ernährungsmedizin* 2003; 28: 198–9.
16. Almdal T, Viggers L, Beck AM, Jensen K. Food production and wastage in relation to nutritional intake in a general district hospital – wastage is not reduced by training the staff. *Clin Nutr* 2003; 22: 47–51.