

Beschreibung eines Malnutrition-Management-Programms für onkologische Patienten

Eine qualitative Meinungs- und Bedürfnisabklärung der Health Professionals im intra- und extramuralen Bereich

Silvia Kritzinger, Johann Auer

Mangelernährung kann im Kontext einer Tumorerkrankung auftreten und ist unter onkologischen Patienten weit verbreitet. Der Wechsel vom stationären zum ambulanten Versorgungssektor muss vielfältigen Ansprüchen gerecht werden und kann mit Informationsverlusten verbunden sein. Um dieser Schnittstellenproblematik mit einem effektiven Konzept zu begegnen, sollten Faktoren für ein nachhaltiges Ernährungsprogramm für mangelernährte onkologische Patienten eines akademischen Lehrkrankenhauses bestimmt werden.



Ineinergreifende Betreuung: Welche Faktoren sind wichtig für ein effektives Ernährungsprogramm in der Onkologie? © Adobe Stock/peshkova

Einleitung

Die Krebssterblichkeitsrate liegt in Österreich bei jährlich etwa 38 000 Neuerkrankungen. Sie stellt nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache dar [1]. Weltweit steigt die Zahl von neuen Krebsdiagnosen [2]. Häufig entwickelt sich bei Patienten mit aktiver Tumorkrankheit eine Mangelernährung. Der Gewichtsverlust begünstigt zahlreiche negative Nebenwirkungen wie verminderte Leistungsfähigkeit und reduzierte Lebensqualität, bedeutet aber auch schlechtere Toleranz für die antitumorale Therapie [3]. Des Weiteren besteht bei Mangelernährung in der Onkologie ein Zusammenhang mit einer verlängerten Krankenhausverweildauer [4]. Zahlreiche Studien belegen, dass zwischen 20 und 50 % aller hospitalisierten Patienten in den Industrieländern mangelernährt sind [5], [6]. Abhängig von der Tumorentität verlieren 31–87 % der onkologischen Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung an Gewicht. Bei 15 % kam es bereits in den letzten 6 Monaten vor Diagnosestellung zu einer ungewollten Reduktion von mehr als 10 % ihres Ausgangsgewichts [7]. Somit kann Mangelernährung im Kontext einer Tumorerkrankung auftreten und ist bei onkologischen Krankheitsbildern weit verbreitet. Der Wechsel vom stationären zum ambulanten Versorgungssektor muss vielfältigen Ansprüchen gerecht werden und kann mit Informationsverlusten verbunden sein. Ziel der Arbeit war es, Faktoren für ein nachhaltiges Ernährungsprogramm für mangelernährte onkologische Patienten in einem akademischen Lehrkrankenhaus (Krankenhaus Braunau, Österreich) zu ermitteln, um dieser Schnittstellenproblematik mit einem effektiven Konzept zu begegnen.

Methodik

Ist-Situation

Im Jahr 2015 betreute das Krankenhaus 459 onkologische Patienten. Diese Zahl umfasst ausschließlich Hauptdiagnosen (sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich). Des Weiteren wurden 152 Patienten chemotherapeutisch behandelt (stationär und tagesstationär); nicht enthalten sind ambulante orale Therapien.

In die Ist-Erhebung flossen Auskünfte über die Zuweisungssituation, Laborparameter, Screening-Maßnahmen etc. ein. Zur Basisdokumentation für Tumorkranke im Krankenhaus gehört die präzise Erfassung der Körpermaße. Eine exakte Aufzeichnung des Gewichts in der Onkologie findet bei jeder stationären Aufnahme der Patienten und somit auch vor jeder geplanten Chemotherapie statt.

Ein Ernährungsassessment für Mangelernährungsrisiko (Durchführung eines Ernährungsscreenings mittels AKE-Screening-Bogen [8] sowie bei Bedarf eine Verzehrkontrolle) wurde bisher nur in einigen wenigen Bereichen des Krankenhauses im Jahr 2013 implementiert. Aktuell er-

folgt jedoch kein Ernährungsscreening im gesamten onkologischen Sektor. Zuweisungssituation: Im stationären Setting ist eine psychologische Betreuung in ausreichendem Umfang vorhanden, eine Physiotherapie steht bedarfsweise zur Verfügung. Nicht routinemäßig erfolgt eine diätologische Konsultation.

Empirische Analyse

Der empirische Teil der Arbeit erfolgte mit einer qualitativen Analyse in Form von 8 Experteninterviews.

Auswahl der Interviewpartner

Die befragten Experten wurden durch eine bewusste Entscheidung ausgewählt und damit nicht durch eine Stichprobe ermittelt.

Kriterien für diese Wahl waren:

- Bezug zur Thematik Onkologie
- möglichst erfahrene Personen aus den unterschiedlichsten Disziplinen
- Gesprächspartner je zur Hälfte vom intramuralen Bereich und zur anderen Hälfte vom extramuralen Sektor

Entsprechend dieser Anhaltspunkte konnten Personen für die Befragung aus 8 Berufsfeldern bzw. Tätigkeitsbereichen herangezogen werden (s. ► **Tab. 1**).

Ablauf der Interviews

Die Kontaktaufnahme erfolgte entweder per E-Mail oder per Telefon. So konnten mit den Befragten zum Teil bereits auf diesem Wege auch Vorgespräche geführt werden. Diese dienten auch dazu, Informationen über die Inhalte der Arbeit bereitzustellen. Zunächst unterzeichneten alle Interviewten eine schriftliche Einverständniserklärung. Im Vorfeld wurden 2 verschiedene Interviewleitfäden anhand der Forschungsfrage konzipiert. Die Interviewsituationen haben sich sehr offen gestaltet. Je nach Schwerpunkt des Erzählens erfolgte die Fragenstellung stellenweise in unterschiedlicher Reihenfolge. In Absprache mit den Interviewpartnern wurden die Gespräche zu Auswertungszwecken mittels eines digitalen Aufnahmegeräts auf Tonband aufgezeichnet. Überdies wurden unmittelbar nach der Befragung handschriftliche Notizen festgehalten. Wesentlich war außerdem, dass nach jedem Interview Gedächtnisprotokolle erstellt wurden [9].

INTERVIEWLEITFADEN 1 ALS BASIS FÜR DIE GEFÜHRTEN BEFRAGUNGEN

Allgemeines/Einstieg

- Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?
- Wie lange arbeiten Sie bereits mit onkologischen Patientinnen und Patienten?
- Welchen Zugang hatten Sie bisher zum Thema Mangelernährung in der Onkologie?

Hauptteil

- Welche Faktoren muss man Ihrer Meinung nach in der Konzeptentwicklung berücksichtigen?
- Welchen Beitrag könnten möglicherweise Sie leisten?
- Wie sehen Sie die Rolle der Diätologin?
- Wo sehen Sie Schnittstellenprobleme bzw. Verbesserungspotenzial im intra- / extramuralen Bereich?
- Welche Disziplinen sollten enger zusammenarbeiten?
- Wie könnte aus Ihrer Sicht die Nachbetreuung aussehen?
- Gibt es zur Konzeptentwicklung noch Anregungen / Anmerkungen von Ihrer Seite?

Zusätzlich extramuraler Bereich

- Wird ein Ernährungsscreening (auf Mangelernährung) verwendet?

INTERVIEWLEITFADEN 2 FÜR DEN VERTRETER DER GEBIETSKRANKENKASSE

Allgemeines/Einstieg

- Ihr Tätigkeitsbereich?

Hauptteil

- Welche Möglichkeiten der Finanzierung wären Ihrer Meinung nach denkbar?
- Ist ein Budget dafür vorgesehen in der GKK?
- Wäre eine Kostenübernahme für ambulante Ernährungsberatungen möglich, beziehungsweise wer könnte diese übernehmen?
- Programme Mangelernährung GKK: Existieren solche bereits oder sind welche in Planung?
- Kennen Sie österreichweit vergleichbare Programme?
- Gibt es zur Konzeptentwicklung noch Anregungen oder Anmerkungen von Ihrer Seite?

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring wurde zur Auswertung der Daten herangezogen [10]. Im Mittelpunkt standen dabei die sukzessive systematische Aufgliederung des Datenmaterials sowie ein theoriegeleitetes ausgearbeitetes Kategoriensystem. Bei dieser Zusammenfassung

► **Tab. 1** Übersicht der Interviewpartner und Codierung.

Codierung	Beruf/Tätigkeit/Organisation	Erfahrung
Intramuraler Bereich		
P 1	DGKS, Onkologie-Ambulanz	Seit 13 Jahren in der Onkologie-Ambulanz tätig.
P 2	Klinischer Gesundheitspsychologe	Absolvierte vor 4 Jahren die Spezialausbildung Psycho-Onkologie. Mitarbeit im Palliativteam.
P 3	Physiotherapeut	Seit 9 Jahren unter anderem auch für onkologische Patienten zuständig. Mitarbeit im Palliativteam.
P 4	Oberarzt Onkologie	Seit 6 Jahren in der Onkologie tätig. Facharztausbildung Onkologie und Hämatologie.
Extramuraler Bereich		
P 5	DGKS, mobiles Hospiz	Seit 2010 beim mobilen Hospiz, davor in der Hauskrankenpflege tätig.
P 6	DGKS, Hauskrankenpflege – Teamkoordinatorin	Seit 1989 als DGKS in der Hauskrankenpflege tätig. Immer wieder Betreuung von onkologischen Patienten.
P 7	Allgemeinmediziner, Internist	1990 erster Kontakt mit onkologischen Patienten als Famulant. Als Hausarzt betreut er nicht nur onkologische Patienten, sondern begleitet diese auch teilweise in der terminalen Phase.
P 8	Vertragspartnerportal der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse	Gespräch zur Ermittlung der Finanzierungsmöglichkeiten einer diätologischen Nachbetreuung beziehungsweise eines Therapieangebots.
DGKS: diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester		

nach Mayring ist die Zielsetzung der Analyse so definiert, das Material in solchem Maße einzugrenzen, dass die Kernaussage immer noch erhalten bleibt [10].

Ergebnisse

Bei der Auswertung der Einzelinterviews ließen sich nachfolgende Kategorien herausarbeiten, welche einen wesentlichen Beitrag für die Konzeptbeschreibung darstellten:

Individuelle Aufklärung und Schulung

Ärztenschaft und Pflege werden in den letzten Jahren vermehrt mit unkonventionellen Ernährungsmethoden konfrontiert. Von den meisten Interviewpartnern (speziell von der Teamleitung der Hauskrankenpflege) wurde darauf hingewiesen, dass eine Aufklärung seitens des Fachpersonals erforderlich sei. Die Möglichkeit einer Ernährungsberatung sollte bewusst unterbreitet werden. Elementar sei an dieser Stelle für den Allgemeinmediziner die Berücksichtigung des soziokulturellen Hintergrunds der Patienten. Insofern sollten die Ernährungsempfehlungen individualisiert, nach den Ressourcen des zu beratenden Klienten bereitgestellt werden. Zielführend sei nach Meinung des Onkologen ein Ernährungskonzept, welches auf alle Stationen mit onkologischen Patienten ausgedehnt werden solle. Bereits vorhandene Strukturen könnten um eine weitere Therapiestrategie ergänzt werden: ein fix verankertes Ernährungskonsil. Darüber hinaus sehe er vornehmlich einen individuellen Beratungsbedarf bei Chemotherapie-induzierten Nebenwirkungen.

Lebensqualität

Ein Zugewinn an Lebensqualität im Rahmen einer onkologischen Behandlung sei für viele Krebspatienten von erheblicher Relevanz. Psychosoziale Belastungen würden nicht nur seitens der Betroffenen, sondern auch von deren Angehörigen thematisiert. Lebensqualität stehe in der physiotherapeutischen Behandlung offensichtlich im Kontext mit „Unabhängigkeit“ und dem Wunsch, den Großteil der alltäglichen Tätigkeiten selbstständig erbringen zu können. Ebenso liege der Fokus bei den in der mobilen Hauskrankenpflege betreuten Klienten in der Aufrechterhaltung ihres Wohlbefindens.

Fächerübergreifendes Arbeiten und Wertschätzung

Denkbar für alle Experten sei aber auch die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Sektoren. Überdies könne laut Psychologen die Zusammenarbeit im Team durch den stattfindenden Dialog zu einer positiven Veränderung der zwischenmenschlichen Grundhaltung beitragen. Wenn gleich auch von Seiten des extramuralen Bereichs ein Bestreben hinsichtlich einer sektorerweiternden Vernetzung besteht, werden dennoch deutliche Vorbehalte aufgrund von fehlenden zeitlichen Ressourcen geäußert, speziell von den Befragten aus dem extramuralen Bereich. Eine Kooperation mit allen Bereichen „wäre willkommen“ laut Allgemeinmediziner und im konkreten Einzelfall könne nach gemeinsamen Lösungen gesucht werden. Als eine wichtige Voraussetzung für ein erfolgreiches Agieren werden genannt:

- eine gute Kommunikationsstruktur
- Wertschätzung und Akzeptanz

- ein relativ hierarchie- und angstfreies Zusammenarbeiten im interprofessionellen Kontext

Angehörigenbetreuung

Die Interviewpartner aus allen Gesundheitsberufen betonen, dass sie die Integration der Angehörigen in einem Ernährungskonzept befürworten. Angehörige würden gerade nach der Diagnosestellung einer Tumorerkrankung immer wieder ein Gefühl der Ohnmacht (respektive Einflusslosigkeit) erleben. Durch das verstärkte Einbeziehen hätten laut Allgemeinmediziner diese so die Möglichkeit, auch einen wesentlichen Beitrag zu leisten – gerade in gewissen Phasen der Autonomieeinschränkung der Patienten. Offensichtlich werde das Thema Ernährung mit Gefühlen, Erwartungen, aber auch Ängsten in Zusammenhang gebracht, sind sich die Interviewpartner einig.

Der Klinische Gesundheitspsychologe erwähnt, dass in manchen Familien speziell die Angehörigen ein Problem mit den körperlichen Veränderungen der Patienten hätten. Insbesondere die Mangelernährung werde als stark belastend wahrgenommen. Gemäß seiner Auffassung solle ein Ernährungskonzept über eine Beratung hinausgehen, gewissermaßen als Begleitung. Diese solle im Idealfall frühzeitig begonnen werden, ähnlich einer psychoonkologischen Begleitung.

... im palliativen Setting – mobiles Hospiz und Hausarztpraxis

Besonders im mobilen Hospiz spiele Essen und Trinken eine entscheidende Rolle und werde häufig mit „Leben aufrechterhalten“ assoziiert. Eine inadäquate Energie-/ Nährstoffzufuhr stelle so in vielen Fällen eine Besorgnis gerade für pflegende Angehörige dar. Nicht selten findet die Palliativversorgung über die hausärztliche Ordination statt. So sollten entsprechend des Allgemeinmediziners bereits implementierte Ernährungssysteme in einer Phase der irreversiblen Verschlechterung wieder langsam reduziert werden. In vielen Fällen würde dies eine spürbare Herausforderung und einen sensiblen Umgang bedeuten. So sollten die Angehörigen von Patienten mit unheilbar chronisch-progredienten Erkrankungen bereits im Vorfeld auf diese Situation vorbereitet werden.

Effizientes Schnittstellenmanagement – Dokumentation

Eine forcierte Dokumentation in der Ernährungsberatung ist für die meisten Interviewpartner wünschenswert. Gemäß Oberarzt der Onkologie könne diese effizientere Dokumentation wiederum die Transparenz verstärken. Demzufolge würde der extramurale Bereich nicht nur Ernährungsratschläge, sondern gegebenenfalls auch ärztliche Empfehlungen hinsichtlich Labor- oder Gewichtskontrollen bei Mangelernährung wünschen. Ebenfalls sei es für die Hauskrankenpflege mehrfach schwierig, den richtigen Ansprechpartner zu finden; weiterführende Ernährungsin-



Auch die Angehörigen sind dankbar, mit dem Ernährungskonzept dem Erkrankten konkret und direkt helfen zu können. © ccvision

formationen in schriftlicher Form für den Patienten seien für den extramuralen Sektor begrüßenswert.

Nachbetreuung

Zusammenfassend sprechen sich alle Interviewpartner für das Angebot einer Nachbetreuung aus. So solle frühzeitig mit den Patienten Kontakt gehalten werden und die Nachsorge folglich individuell an deren Bedürfnisse angepasst werden. Des Weiteren sollten nach Einschätzung der Befragten im Rahmen der Ernährungsberatung Konzepte der Symptomkontrolle (Emesis, Diarrhö) stehen. Das Angebot eines verbindlichen zweiten Termins schaffe nicht nur eine gewisse Struktur für die Krebspatienten, sondern gebe aus Sicht der Psychologie eine gewisse Sicherheit und ein Zeichen von Wertschätzung. Hauskrankenpflege und mobiles Hospiz würden zudem auch eine telefonbasierte Nachbetreuung begrüßen.

Finanzierung GKK (Gebietskrankenkasse)

Derzeit besteht keine Vertragspartnerschaft zwischen der GKK und den Diätologinnen in Österreich. Diese sind

somit im ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, Basis Österreichische Sozialversicherung von 1956) nicht angeführt. Beratungstätigkeiten übernehmen aktuell die Hausärzte, eine Partnerschaft mit den Diätologinnen ist gegenwärtig und auch künftig nicht in Planung. Schwerpunkte werden seitens der GKK derzeit auf den Bereich Gesundheitsförderung im Setting mit Schulen und Betrieben gelegt. Onkologische oder Mangelernährungsprogramme sind nicht vorhanden.

Diskussion

Die Auswertung zeigte zunächst, dass ein Konzept für mangelernährte onkologische Patienten bei allen befragten Experten Zustimmung findet und diese auch an einer Zusammenarbeit interessiert sind. Unter Berücksichtigung der Interviewauswertung, der Ist-Situation und der Literatur zur Thematik wurde ein Gesamtbetreuungskonzept beschrieben (bezugnehmend auf den ernährungsmedizinischen Part im akutstationären Versorgungsbereich). Onkologische Patienten sollen künftig die Möglichkeit eines strukturierten Ernährungsprogramms standardisiert wahrnehmen können.

Eine besondere Bedeutung wird einer effektiven Nachbetreuung beigemessen. Hierfür wurden unterschiedliche Möglichkeiten für Maßnahmen angeregt. So könnten Kommunikationswege nach dem Modell von diversen Disease-Management-Programmen Anwendung finden. An dieser Stelle erfolgt die strukturierte Nachbetreuung zum Teil telefonbasiert oder findet auch per E-Mail statt [11].

Die verschiedenen Kernelemente des Ernährungskonzepts

Identifikation von Mangelernährung

Implementierung und Ausweitung des Screening-Programms (AKE-Ernährungsscreening [8]) auf alle Krankenhausbereiche, in denen onkologische Patienten betreut werden.

Kontrolle mittels Teller-Monitoring

Evaluierung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr und in weiterer Folge das Einleiten einer gezielten individuellen Ernährungsintervention; die Anpassung des bereits gegenwärtigen Ernährungsregimes (im stationären Setting: Führen eines 3-Tage-Protokolls, im ambulanten Setting: retrospektives 1-Tagesprotokoll).

Beratung und individualisierte Patientenschulung

An den jeweiligen Bedarf der Patienten angepasste Ernährungstherapie (Stufenmodell der Ernährungstherapie [12]), Abklären der Verpflegungssituation im häuslichen Bereich, Organisation von Trink-/Sondennahrung und/oder heim-parenteraler Ernährung.

Dokumentation zur Qualitätssicherung

Die Dokumentation dient dazu, vermehrte Transparenz für andere Professionen herzustellen. Dokumentation von:

- Ernährungsstatus und Verlauf
- Beratungsinhalten
- Ernährungsmaßnahmen
- Folgetermin
- Kontaktdaten

Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit

Maßnahmen für die sektorübergreifende Kooperation:

- Kontaktlisten mit Ansprechpersonen
- Einführen einer telefonbasierten Ernährungssprechstunde zum konstruktiven Austausch mit dem extramuralen Bereich

Evaluation der Ernährungstherapie

Diese sollte in regelmäßigen Abständen auf ihre Angemessenheit überprüft und gegebenenfalls optimiert werden. Inhaltliche Aspekte der Evaluation:

- Dokumentation von Gewichtsverlauf und Ernährungsstatus
- Überprüfung der erreichten Ziele

Limitationen

Als Limitation kann die Anzahl der Interviewpartner genannt werden. Der Anteil der für den Gegenstand der Forschung wesentlichen Personen musste aufgrund des beachtlichen Zeitaufwandes eingegrenzt werden. Daher besteht laut Mayring ein Problem der Verallgemeinerbarkeit [10]. Des Weiteren können subjektive Einflüsse im qualitativen Forschen nicht restlos ausgeschlossen werden. Weitere Limitationen: keine Patientenbefragung zur Bedürfnisabklärung (aus Mangel an zeitlichen Ressourcen) und die Finanzierbarkeit durch die Kostenträger. Aktuell kann eine langfristige ernährungsmedizinische Nachbetreuung vom Krankenhaus nicht übernommen werden.

Außerdem ist zu erwähnen, dass eine wissenschaftliche Diskussion mit erfolgreichen Konzepten aus anderen Spitälern beziehungsweise der Literatur nicht im Diskussions teil angeführt ist, da dies nicht Gegenstand der Arbeit war.

Schlussfolgerung

Zusammenfassung des 5-Stufen-Malnutrition-Behandlungsplans

Zu Beginn steht ein alle Bereiche des Hauses umfassendes Screening-Programm mit anschließender Dokumentation der oralen Aufnahme. In Hauptphase 3, der die größte Bedeutung zukommt, steht eine Patienten- und Angehörigenberatung. Diese umfasst sowohl vielschichtige Aspekte (wie beispielsweise Persönlichkeit, soziales Umfeld, soziokultureller Hintergrund etc.) als auch die weiterführende Sicherstellung im privaten Umfeld. Ein weiterer unerlässlicher Bestandteil des Ernährungskonzepts ist das konsequente schriftliche Erfassen aller gesetzten Ernährungsinterventionen. Um das Konzept in seiner Gesamt-

heit erfolgreich umsetzen zu können, ist eine Überprüfung in regelmäßigen Intervallen essenziell. Als additives Kernelement ist abschließend das interdisziplinäre Agieren aller involvierten Professionen zu nennen.

Fazit

In dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass bei den unterschiedlichen Gesundheitsberufen ein Interesse an der Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team im Bereich onkologisch mangelernährter Patienten besteht.

Merke

Eine partizipative Kommunikation stellt einen unerlässlichen Bestandteil für eine erfolgreiche Implementierung dar.

Zugleich gilt es, für eine nachhaltige Etablierung des Konzepts ein Bewusstsein unter den beteiligten beziehungsweise handelnden Personen zu schaffen. Die Gesamtanalyse der Interviews zeigte, dass es in diesem Zusammenhang auch wichtig ist, dass es eine Ansprechstelle für Ernährungsprobleme gibt. Dies betrifft sowohl die Patienten als auch den Schnittstellenbereich zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Bei onkologischen Krankheitsbildern wäre, ähnlich wie bei anderen chronischen komplexen Krankheiten, nicht nur eine einmalig stattfindende ernährungsmedizinische Beratung erforderlich, sondern eine individuelle Begleitung.

Als mögliche Schwierigkeit kann genannt werden, dass eine längerfristige ambulante Nachbetreuung im Setting Krankenhaus finanziell derzeit nicht abgedeckt werden kann. Somit wird möglicherweise die Leistungserbringung künftig eine Herausforderung für das Gesundheitssystem. Die Finanzierung beeinflusst die Umsetzung eines Konzepts maßgeblich. Hier wären etwa Vertragspartnerschaften und Verrechnungskonzepte erforderlich. Aktuell bestehen keinerlei Einzelverträge mit den Trägern der GKK. Der Ausgangspunkt diesbezüglich ist das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG). Im § 135 Absatz 1 Z 1 ASVG werden diverse Leistungen der Gruppe von Nichtärzten angeführt und diese sind im Rahmen der Krankenbehandlung der ärztlichen Hilfe gleichgestellt [13]. Die Berufsgruppe der Diätologinnen ist jedoch nicht Teil dessen. Demzufolge ist keine Rückerstattung durch die GKK möglich. Die OÖ Ärztekammer weist jedoch darauf hin, dass zukünftig Primärversorgungseinheiten gegebenenfalls neue Chancen ermöglichen würden.

KERNAUSSAGEN

Im Mittelpunkt des empirischen Teils der Arbeit standen Experteninterviews. Es erfolgten 8 halbstandardisierte Befragungen mit Personen aus dem intra- und extramuralen Sektor. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring wurde zur Auswertung der Daten herangezogen.

Wir konnten nachfolgende Kategorien herausarbeiten: individuelle Schulung, Lebensqualität, fächerübergreifendes Arbeiten, effizientes Schnittstellenmanagement, Dokumentation und Nachbetreuung. Die Auswertung zeigte, dass ein Konzept für mangelernährte onkologische Patienten bei allen befragten Experten Zustimmung findet und diese auch an einer Zusammenarbeit interessiert sind. Basierend auf jenen Ergebnissen wurde ein Ernährungskonzept für den stationären Bereich dargestellt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine Ansprechstelle sowohl für den Patienten als auch für den intra-/extramuralen Schnittstellenbereich gewünscht wird. Entscheidende Faktoren für eine Konzeptumsetzung sind Partizipation und Bewusstsein der Beteiligten. Als Problematik muss jedoch die finanzielle Leistungserbringung in diesem Zusammenhang genannt werden, was möglicherweise künftig für das Gesundheitssystem eine Herausforderung darstellen könnte.

Über die Autoren



Silvia Kritzinger

Silvia Kritzinger, MSc nutr. med. Diätologin. 1999–2000 Studium der Ernährungswissenschaften, Universität Wien. 2000–2003 Berufsfachschule für Diätetik in München. Seit 2003 Diätologin im A.ö. Krankenhaus St. Josef in Braunau. 2005

Hospitation am Uniklinikum Graz: Schwerpunkt künstliche Ernährung. 2015–2017 Studium der Angewandten Ernährungsmedizin, Medizinische Universität Graz in Kooperation mit der FH Joanneum.



Johann Auer

Seit 2007 Primarius der Abteilung für Innere Medizin 1 mit Kardiologie, Intensivmedizin und Akutgeriatrie am Krankenhaus Braunau, Österreich. Nach dem Studium der Medizin an der Universität Wien mit Promotion folgte die Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin

und für das Zusatzfach Kardiologie. 2003 Habilitation für Innere Medizin/Kardiologie an der Universität Graz. 2007 Zusatzfach Internistische Intensivmedizin. Herausgeber und Autor von medizinischen Fachbüchern sowie Autor von mehr als 350 Publikationen in nationalen und internationalen Zeitschriften; Reviewer- und Gutachtertätigkeit bei Fachjournals.

Korrespondenzadresse

Prim. Univ.-Prof. Dr. Johann Auer

A.ö. Krankenhaus St. Josef Braunau GmbH
Ringstraße 60
5280 Braunau am Inn, Österreich
E-Mail: johann.auer@khbr.at

Literatur

- [1] Bundesministerium für Gesundheit – Krebsrahmenprogramm Österreich [Internet]. 2014. Available from: <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/7/0/CH1480/CMS1412233312313/krebsrahmenprogramm.pdf>
- [2] Baldwin C, Spiro A, Ahern R, Emery PW. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: a systematic review and metaanalysis. *J Natl Cancer Inst* 2012; 104: 371–385
- [3] Arends J. Ernährung von Tumorpatienten. *Aktuel Ernährungsmed* 2012; 37: 61–108
- [4] Pressoir M, Desnè S, Berchery D et al. Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition in French Comprehensive Cancer Centres. *Br J Cancer* 2010; 102: 966–971
- [5] Pirlich M, Schütz T, Norman K et al. The German hospital malnutrition study. *Clin Nutr* 2006; 25: 563–572
- [6] Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr* 2008; 27: 5–15
- [7] Bozzetti F, Arends J, Lundholm K et al.; European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines on parenteral nutrition: non-surgical oncology. *Clin Nutr* 2009; 28: 445–454
- [8] AKE. Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung. Screeningtools [Internet]. 2004 [cited 2017 Jan 24]. Available from: <http://ake-nutrition.at/uploads/media/ScreeningAllg.pdf>
- [9] Gläser J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009: 171–192
- [10] Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. Weinheim, Basel: Beltz Verlag; 2002
- [11] Nagy H. Disease Management in Österreich. Soziale Sicherheit. *Fachzeitschrift der Österreichischen Sozialversicherung*; 2013; 3: 133–138
- [12] S3-Leitlinie: Klinische Ernährung in der Onkologie [Internet]. Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin; 2015. Available from: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/073-006_S3_Klin_Ern%C3%A4hrung_in_der_Onkologie_2015-10.pdf
- [13] Gesetzestext. § 135 Ärztliche Hilfe [Internet]. [cited 2017 Jan 24]. Available form: http://www.jusline.at/135_Aerztliche_Hilfe_ASVG.html

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-119503>
Ernährung & Medizin 2018; 33: 119–126
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 1439-1635