

The background features abstract, overlapping green geometric shapes, primarily triangles and polygons, in various shades of green, creating a modern and dynamic visual effect.

Fallbeispiel Ernährungsmanagement

Neurochirurgie Intensiv

Darf ich vorstellen:

(Vorgeschichte)

- ▶ Frau M. , 34 Jahre jung
- ▶ Autounfall mit schwerem Schädelhirntrauma 27.07.2025
- ▶ Intensivmedizinische Therapie auf den Neurochirurgischen Intensivstation (27.07. - 20.08.25 = 25 Tag)
- ▶ Verlegung in die Frührehabilitation Phase B mit Weaning (20.08. - 01.09.25 = 12 Tage)
- ▶ Geplante Rückverlegung aus der Frührehabilitation zur Schädeldachplastik sowie zur operativen Deckung der Frontobasis 01.09.25

Primäre Diagnosen

(erster stationärer Aufenthalt)

- ▶ Schweres offenes Schädelhirntrauma mit:
- ▶ Epiduralhämatom rechts frontal
- ▶ Intraparenchymale Einblutung frontal und frontobasal bds.
- ▶ Diffuse traumatische Subarachnoidalblutung
- ▶ Mittelgesichtsfrakturen LeFort3

Vorerkrankungen

- ▶ Arterielle Hypertonie
- ▶ pAVK US beidseits
- ▶ Hypothyreose
- ▶ Hyperlipidämie
- ▶ Z. n. Ovarialzystektomie
- ▶ Endometriose

Therapie

(erster stationärer Aufenthalt)

- ▶ Hirndrucktherapie:
- ▶ Tiefe Sedierung mit 3-facher Kombination: Midazolam, Sufentanil, Ketanest
- ▶ RASS -5
- ▶ Beatmungstherapie, Tracheostomie im Verlauf
- ▶ Anlage einer Hirndrucksonde
- ▶ Osmotherapie mit Glyzerosteril 4x 125ml als Bolusgabe
- ▶ Hemikraniektomie rechts bei anhaltenden ICP Werten >20 und generalisiertem Hirnödem

Situation am Tag der Verlegung in die neurologische Frührehabilitation

- ▶ Hirndrucktherapie abgeschlossen
- ▶ Beatmungstherapie unter 3-fach Sedierung, kontrollierte Beatmung
- ▶ Tracheostoma- und PEJ-Anlage erfolgt
- ▶ Enterale Ernährung per PEJ mit 10ml/h Fresubin HP Energy
- ▶ Parenterale Ernährung mit Smofkabiven Ntense
- ▶ Reflux von ca 300- 500ml/d galligem Sekret
- ▶ Nächste Schritte in der Reha: Weaning, Mobilisation, enteraler Kostaufbau

Zustand am Aufnahmetag 01.09.2025

(geplante Wiederaufnahme aus der Frührehabilitation)

- ▶ Aufnahme auf die neurochirurgischen IMC um 09.30 Uhr
- ▶ Patientin wach, wirkt orientiert, kooperativ
- ▶ stabil kontaktfähig über Aufnahme von Blickkontakt
- ▶ Kommunikation über Kopfschütteln, Nicken möglich
- ▶ Tracheostomiert, spontan atmend über feuchte Nase, kein Sauerstoffbedarf
- ▶ Kardiopulmonal stabil
- ▶ Spontanmotorik aller Extremitäten, drückt beide Hände kräftig auf Aufforderung
- ▶ Pupillen isocor, mittelweit, prompt lichtreagibel. Kein Hirnnervendefizit
- ▶ Kraniektomielücke unter Kalottenniveau, weich, leicht pulsierend
- ▶ Stimmungslage depressiv, weinerlich, ängstlich, wechselhaft
- ▶ Ernährung: komplett enteral aufgebaut laut ärztlichem Verlegungsbrief
- ▶ Kein pflegerischer Verlegungsbrief anbei

Geplante Therapie

- ▶ Schädeldachplastik
- ▶ Operative Deckung der Frontobasis nach komplexen Mittelgesichtsfrakturen

Instrumentierung

- ▶ ZVK V. jugularis links 5lumig
- ▶ PEJ
- ▶ Dauerkatheter 16CH
- ▶ Tracheostoma

Medikation

- ▶ Propanolol mg Tbl, 20 - 0 - 20
- ▶ Quetiapin 25mg Tbl, 1 - 0 - 1
- ▶ Lorazepam 0,5mg Tbl, 1 - 1 - 1 - 1
- ▶ Novalgin 1g iv, 1 - 1 - 1 - 1
- ▶ Paracetamol 1g iv, 1 - 1 - 1 - 1
- ▶ Clexane 40mg sc. 0 - 0 - 1

Aufnahmelabor von 9.30 Uhr

- ▶ Leukozyten 17,8
- ▶ Crea 0,34
- ▶ Harnstoff 30,8
- ▶ CRP 0,31
- ▶ GOT 56,1
- ▶ GPT 141
- ▶ GGT 669
- ▶ Triglyzeride 105
- ▶ Alkal. Phosphatase 307
- ▶ Albumin 3,8
- ▶ Anorg. Phosphat 1,38

- ▶ Urin: Erys 122, Leukos 4487, Protein ++, Nitrit+

Start der Therapie

- ▶ Sterofundin zur Flüssigkeitssubstitution 100ml/h
- ▶ Ondansetron 8mg per Kurzinsfusion wegen Übelkeit, danach Start mit Sondenkost:
- ▶ HP Energy per PEJ als Bolusgabe mit einer Laufrate von 125ml/h
- ▶ Patientin führt 2x normal ab an diesem Tag

Tag 1: Tagesverlauf

- ▶ Gegen 18 Uhr zweimaliges Erbrechen
- ▶ Sättigungsabfall auf 83%, Dyspnoe
- ▶ Kaum Trachealsekret über Tracheostoma abzusaugen, keine Besserung
- ▶ Schüttelfrost
- ▶ Temperatur 37,8 DK
- ▶ 12l Sauerstoff, sättigt nur langsam wieder auf 97% auf
- ▶ CT Thorax

Übernahme auf ITS

- ▶ CT Thorax: Keine Lungenarterienembolie, keine Rechtsherzbelastungszeichen, deutlich entzündliche Infiltrate bipulmonal, dorsobasale Dystelektasen, keine Pleuraergüsse
- ▶ Anlage eines arteriellen Katheters
- ▶ Blutkulturen aus ZVK und Arterie
- ▶ Trachealsekret für Mikrobiologie
- ▶ Start mit Antibiose: Piperacillin/Tazobactam
- ▶ Sauerstofftherapie auf 3l deeskaliert
- ▶ Tachykardie bis 120/min, Start mit Clonidin als Perfusor
- ▶ Inhalation Salbutamol/Atrovent, Besserung der Atemnot
- ▶ Wechsel der Dauerkatheters

Labor

▶ 9.30 Uhr:

- ▶ Leukozyten 17,8
- ▶ CRP 0,31
- ▶ GOT 56,1
- ▶ GPT 141
- ▶ Alkal. Phosphatase 307
- ▶ Urin: Erys 122, Leukos 4487, Protein++, Nitrit+

▶ 23 Uhr:

- ▶ Leukozyten 26.7
- ▶ CRP 2,45
- ▶ Interleukin-6 34,4
- ▶ Procalcitonin 0,11
- ▶ Troponin T 29,1

Tag 2: Visite

- ▶ OP verschiebt sich aufgrund der erhöhten Entzündungsparametern
- ▶ Überlegung: ZVK Wechsel. Liegedauer unbekannt, da kein pflegerischer Verlegungsbrief anbei.
- ▶ Gefäßsituation schwierig, Abbocath-Anlage frustran
- ▶ Pflegerischer Verlegungsbrief von Reha nachgefordert
- ▶ Patientin hat sich selbst den arteriellen Katheter in der Nacht gezogen, keine Neuanlage erwünscht/indiziert

Tag 2: Labor

- ▶ GOT 49
- ▶ GPT 124
- ▶ GLDH 14.6
- ▶ GGT 527
- ▶ Alkal. Phosphatase 249
- ▶ LDH 221
- ▶ Lipase 95
- ▶ Troponin T 15,5
- ▶ NT Pro BNP 1079
- ▶ Urin: Erys neg., Leukos 269, Protein +, Nitrit+

Tag 2: Verlauf

- ▶ Sterofundin 150ml - 200ml/h
- ▶ Flüssigkeitssubstitution von 5800ml/24h, Plusbilanz 1600ml
- ▶ Kaliumsubstitution als Brausetablette
- ▶ Ondansetron erhalten als Bedarfsmedikation wegen Übelkeit, Unwohlsein, Schwitzen, Hitzewallungen
- ▶ Antibiose läuft
- ▶ HP Energy wurde ab 11 Uhr mit 10ml gestartet (nach Standard für Akutpatienten)
- ▶ Abführschema wurde angeordnet und verabreicht, d.h. 15 Tropfen Laxans, 10ml Bifiteral, 1 Tbl Moventig
- ▶ 4x breiig abgeführt
- ▶ Patientin beklagt Bauchschmerzen

Tag 2: Resümee des Tages

- ▶ Hohe Flüssigkeitssubstitution
- ▶ Sondenkost als Bolusgabe wird nicht vertragen
- ▶ Sondenkost wurde über den jejunalen Schenkel als Bolus verabreicht
- ▶ Kaliumbrause wurde als Bolus möglicherweise jejunal verabreicht
- ▶ Übelkeit, Brechreiz, Unwohlsein, Schweißkrisen können dadurch bedingt sein
- ▶ Abführschema wurde standardisiert angesetzt (Standard für Sedierte)
- ▶ Abführschema wurde nicht individuell bedacht und erstmal abgewartet, wie sich die Situation entwickelt
- ▶ Bauchschmerzen hängen höchstwahrscheinlich mit den überdosierten Abführmitteln zusammen

Tag 3: Ernährung

- ▶ Ernährungsseite wird nachträglich ausgefüllt, das beinhaltet:
- ▶ Größe 170cm
- ▶ Gewicht 56kg
- ▶ BMI 19,4
- ▶ Idealgewicht 62kg
- ▶ Check Risiko für Refeeding (nein)
- ▶ Check Kontraindikationen für enterale/parenterale Ernährung (nein)

Ernährung

Info

Alle Vorgaben, Grenz- und Zielwerte dienen allein als Orientierung und können/sollen/müssen in ihrem Nutzen sowie in ihren Wechsel-/Nebenwirkungen an individuell vorliegende Patientenzustände u. Erkrankungen adaptiert werden!

BGA & Labor

Geburtsdatum	Alter
Größe [cm]	BMI [kg/m²]
Gewicht [kg]	Idealgewicht [kg]
Temperatur	

Grundumsatz kcal/Tag

Grundumsatz kcal/Tag - ohne Temperatureinfluss

Risiko Refeeding?	
Kontraindikation?	

Akut

Chronisch

Regeneration

Standardkalorien aktive Phase

Reset

Standardprotein aktive Phase

Proteintabelle

Nach Krankheitsbild

Verordnungen

Ernährungs-
standard

Flussdiagramm

Überwachung

Häufige Kost

Sondenkostliste

Sondengabe

AidKlinik

Rechner

Diarrhö?

Obstipation?

Reflux?

Arztangaben

Neuer Eintrag

Datum/Uhrzeit

Ernährungsteam

Konsil Tel: 36780

Neuer Eintrag

Datum/Uhrzeit

Kalorimetrie

Voraussetzung?

Datum/Uhrzeit

REE

RQ

Endoskopieteam

Anmeldung ZOM Tel: 31811

Anmeldung ZIM/Kopfclinik Tel: 31932

Auftragsn		
Datum		
Uhrzeit		
Stationslabor (BGA)		
Probentyp..		
pH ..		
pO2 ..		
pCO2 ..		
HCO3mmol/L		
ABEmmol/L		
SBEmmol/L		
sO2 ..		
Kalium ..		
Natrium ..		
Calcium ..		
Hb ..		
Glucose ..		
Lactat ..		
Bili ..		

Glucose

Phosphat

Creatinin

Harnstoff

Harnsäure

Triglyceride

Albumin

BGA

Labor

	26.10.2025	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00
Ernährung																									

Verordnung: Ernährung

Tag 3: Ernährungsplan wird erstellt

- ▶ Kalorisches Ziel: 30 - 35kcal/kg/KG (Regenerationsphase)
= 1680 - 1960 kcal/d
- ▶ Proteinziel: 1,4g bis 1,6g/kg/KG
= 78,4g - 89,6g/d
- ▶ Enterale Ernährung mit HP Energy auf 40ml/h angehoben
= 1440 kcal/d
= 72g Proteine/d
- ▶ Bolusgaben abgesetzt (125ml/h)
- ▶ Arzt informiert, damit Anordnungen aktualisiert werden
- ▶ Stuhlgang: 6x abgeführt, normal und breiig

Formeln zur kalorischen Bedarfsermittlung im Vergleich

Grundumsatz ermitteln

- ▶ Harris-Benedikt-Formel

= 1350 kcal

Streßfaktor 1,3 = 1755 kcal

+ PAL 1,2 = 2025 kcal

- ▶ Formel nach Basarot: 23,5 kcal/kg/KG

= 1316 kcal

Streßfaktor 1,3 = 1710 kcal

+ PAL 1,2 = 1974 kcal

Tag 4: Labor

Labor vom 02.09.

- ▶ GOT 49
- ▶ GPT 124
- ▶ GLDH 14.6
- ▶ GGT 527
- ▶ LDH 221
- ▶ Alkal. Phosphatase 249
- ▶ Lipase 95
- ▶ Amylase 118

Labor vom 04.09.

- ▶ Leukzyten 12,4
- ▶ GOT 27,2
- ▶ GPT 82, 9
- ▶ GGT 503
- ▶ LDH 213
- ▶ Triglyzeride 234
- ▶ Albumin 3,8
- ▶ CRP 6,34

Tag 4: Ernährung

- ▶ Enterale Ernährung mit HP Energy 50ml/h
= 1800 kcal/d
= 90g Proteine/d
- ▶ Stuhlgang: 1x breiig
- ▶ Einstieg mit Optifibre 2 x 5g in 150ml Wasser als gastraler Bolus
- ▶ Wiedergewöhnung an wasserlösliche, leicht verdauliche Ballaststoffe
- ▶ Verbesserung der Diarrhoe
- ▶ Wasserlösliche Ballaststoffe als Nahrungsquelle für die Darmflora (Prebiotikum)
- ▶ Probiotikum bei liegendem ZVK nicht erwünscht
- ▶ Übelkeit hat nachgelassen

Tag 4: Psychiatrisches Konsil

- ▶ Diagnose: Anpassungsstörung, ängstlich-depressives Syndrom
- ▶ Kommunikation über Schrift und Flüstersprache
- ▶ Befund: Patientin wach, orientiert, deutlich angespannt und ängstlich, belastet, nicht suizidal. Keine Hinweise auf Wahn oder Halluzination. Schlafstörungen. Keine Selbst- oder Fremdgefährdung
- ▶ Medikationsempfehlung: Pipamperon fortführen, Lorazepam absetzen
- ▶ Pipamperon 40 Tbl: 0 - 0 - 1
- ▶ Quetiapin 25mg Tbl: 1 - 1 - 1 - 1

Tag 5: Ernährung

- ▶ Enterale Ernährung: HP Energy wurde wieder als Bolus per PEJ gegeben mit 125ml (2x 500ml am heutigen Tag)
- ▶ Optifibre erhöht auf 3 x 5g
- ▶ Diarrhoe 12x flüssig abgeführt
- ▶ Kein Reflux
- ▶ Keine Dokumentation über Übelkeit

Tag 5: Resümee des Tages

- ▶ Erneute Bolusgaben trotz Ernährungsplan
- ▶ Ernährungsplan wurde nicht gesehen, auch nicht kommuniziert in der pflegerischen Übergabe
- ▶ Ärzte hatten die Bolusgaben der Ernährung aus der digitalen Kurve nicht gelöscht, das sorgte für Verwirrung
- ▶ Es fand keine Rücksprache der noch unerfahrenen Pflegekraft statt über die verwirrende/doppelte Anordnung (Enterale Ernährung als Bolusgabe oder kontinuierlich)
- ▶ Diarrhoe ausgelöst durch Bolusgabe sehr wahrscheinlich, zuzüglich sensibler Darm unter Antibiose (Dysbiose)

Problem Diarrhoe - mögliche Ursachen

- ▶ Unüberlegter Abführstandard ab dem 1. Tag, unreflektierte Dosierung/falscher Standard (Standard für tief sedierte Patienten)
- ▶ Bolusgaben über PEJ
- ▶ Kalinorbrause vermutlich jejunal als Bolus
- ▶ Antibiose - Dysbiose
- ▶ Zu schneller Kostaufbau bereits in der Reha im Turbotempo

Tag 6: Ernährung

- ▶ HP Energy wurde wieder als Bolus gegeben mit 125ml/h (1x 500ml)
- ▶ Ab Spätdienst reduziert auf 50ml/h kontinuierliche Gabe
- ▶ Stuhlgang 7x flüssig

Tag 7: Ernährung

- ▶ HP Energy wurde auf 40ml/h reduziert (aus unerklärlichen Gründen)
- ▶ Stuhlgang 4x flüssig

Tag 8: Op-Tag

- ▶ Nahrungskarenz
- ▶ Nach 6 Stunden postoperativ wieder mit Ernährung begonnen:
HP Energy 50ml/h
- ▶ Stuhlgang keine Dokumentation

Tag 8: Labor

04.09.

- ▶ Leukozyten 12,4
- ▶ GOT 27,2
- ▶ GPT 82,9
- ▶ Triglyzeride 234
- ▶ Albumin 3,8

08.09.

- ▶ Leukozyten 8,0
- ▶ CRP <0,1
- ▶ GOT 27,7
- ▶ GPT 50,5
- ▶ Alkal. Phosphatase 148
- ▶ Triglyzeride 195

Tag 9 bis 10:

- ▶ HP Energy 50ml/h
- ▶ Optifibre auf 4 x 5g erhöht
- ▶ Kein Reflux, keine Übelkeit mehr
- ▶ Umstellung der Sondenkost von jejunal auf gastral
- ▶ Stuhlgang breiig, Frequenzen reduzieren sich auf meist 2x, max 3x täglich
- ▶ ZVK wurde am 09.09 gezogen, Abbocath liegt seit OP
- ▶ 09.09 Verlegung auf IMC

Tag 11 und 12:

- ▶ Abbocath para, intravenöse Flüssigkeitssubstitution abgesetzt
- ▶ Flüssigkeitssubstitution enteral
- ▶ Erhält am heutigen Tag 500ml Wasser zuzüglich zur Sondenkost
- ▶ HP Energy 50ml/h

Tag 13: Änderung Ernährungsplan

- ▶ HP Energy 2x 500ml
- ▶ Isosource Standard Optifibre 1x 500ml (=10g Optifibre)
- ▶ Laufrate 62ml/h
- ▶ Optifibre als Pulver reduziert auf 2x 5g
 - = 2000 kcal/d
 - = 100g Eiweiß/d
- ▶ Leider in der Nacht Ernährungspause, statt dessen Wasser in der gleichen Laufrate von 62ml/h (Denkfehler der Pflegekraft)
- ▶ Stuhlgang 1x breiig

Tag 13: Lernaufgabe ans Team gestellt

- ▶ **Wie hoch ist der Flüssigkeitsbedarf der Patientin und wie decken wir ihn?**
- ▶ $35\text{ml/kg/KG} = 1960\text{ml/d}$
- ▶ $1500\text{ml Sondenkost/d} = 1200\text{ml Flüssigkeit enthalten}$
- ▶ 800ml sollten zuzüglich als Wasser bolusweise 150ml per PEG zugeführt werden oder angedickt getrunken
- ▶ Wegen Diarrhoe 500ml Wasser mehr

Tag 13: FEES - Prüfung des Schluckakts

- ▶ Kein Anhalt für relevante Dysphagie oder Aspiration
- ▶ Oraler Kostaufbau erlaubt mit breiiger Kost und sirupartig angedickten Getränken

Tag 13: Start Abtrainieren von der Trachealkanüle

- ▶ Stundenweise Entblockung der TK, anfänglich 0,5 bis 1 h für 2-3x täglich
- ▶ Tageweise das Intervall der Entblockung erhöhen auf 2-3x 1 h z. Bsp.
- ▶ Ziel: Entblockung zunächst tagsüber und Blockung zur Nacht, im weiteren Verlauf Entblockung über 24h
- ▶ Vor Tracheostomaverschluß muss ein luftdichtes Abkleben des Stomas für mehr als 48 Stunden toleriert werden
- ▶ Kommt es während dem Entblocken zu vermehrtem Husten oder vermehrter Sekretion mit der Notwendigkeit des vermehrten Absaugens sollte das Entblockungsintervall reduziert werden

Tag 14: Ernährung

- ▶ HP Energy 2x 500ml
- ▶ Isosource Standard Optifibre 1x 500ml (enthält 10g Optifibre)
- ▶ Optifibrepulver 2x 5g
- ▶ Laufrate 62ml/h
 - = 2000 kcal/d
 - = 100g Eiweiß/d
- ▶ Substitution von Wasser: 1200ml
- ▶ Oraler Kostaufbau gestartet mit breiiger Kost und sirupartig angedickten Getränken
- ▶ Stuhlgang 3x wenig breiig
- ▶ Heute zum ersten Mal Sprechaufsatz auf TK angebracht

Tag 15 und 16: Ernährung

- ▶ HP Energy 1x 500ml
- ▶ Isosource Standard Optifibre 2x 500ml
- ▶ Laufrate 62ml/h
- ▶ Optifibre Pulver abgesetzt
 - = 1850 kcal/d
 - = 78,5g/d
- ▶ Flüssigkeitssubstitution ca 1000 -1200ml/d
- ▶ Oral: breiige Kost und sirupartig angedickte Getränke
- ▶ Stuhlgang 2x flüssig, breiig

Tag 17: HNO Konsil

- ▶ Patientin nimmt seit mehreren Tagen problemlos orale Kost zu sich
- ▶ Kein Hinweis auf Aspiration
- ▶ Trachealkanüle wird entfernt
- ▶ Tracheostoma wird abgeklebt
- ▶ (Wiedervorstellung im Verlauf zur Planung des Tracheostoma-Verschlusses)

Tag 17: Ernährung

- ▶ Isosource Standard Optifibre 3x 500ml
- ▶ Laufrate 62ml/h
= 1650 kcal/d
= 61,5g Proteine/d
- ▶ Flüssigkeitssubstitution 1200ml
- ▶ Orale Kost: morgens 1 Scheibe Brot, mittags kleine Portion weiche Kost, abends 1 Scheibe Brot mit Streichkäse
- ▶ Stuhlgang 3x breiig

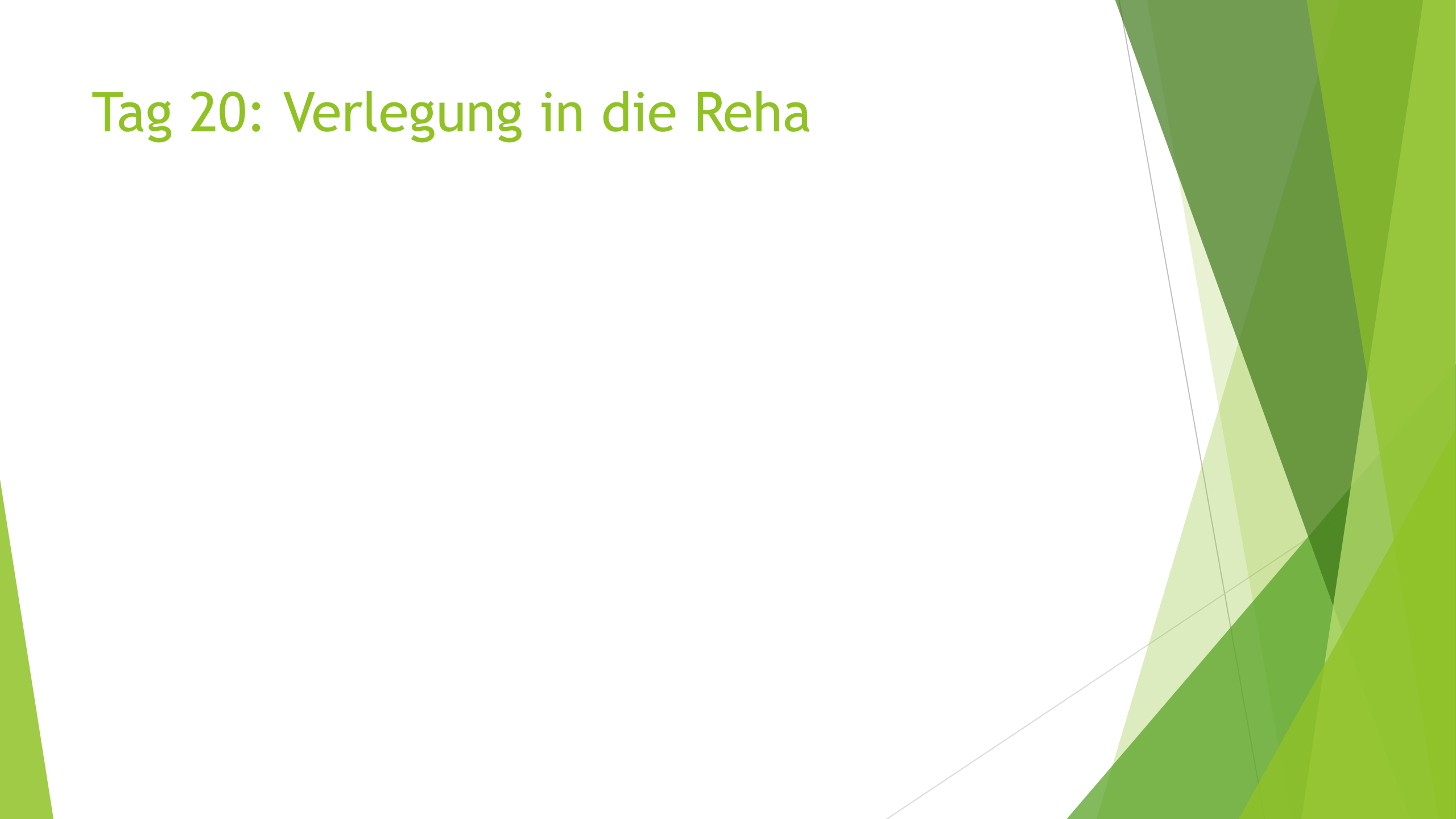
Tag 18: Dekanülierung

- ▶ Patientin ist überglücklich 😊

Tag 18 und 19: Ernährung

- ▶ Isosource Standard Optifibre 1x 500ml
- ▶ **Fresubin Soja fibre 1x 500ml**
- ▶ Laufrate 62ml/h
= 1050 kcal/d
= 40g/d
- ▶ Flüssigkeitssubstitution 1200ml/d
- ▶ Orale Kost wie Vortag, zu Mittag wird 1/3 der Portion geschafft
- ▶ Guter Appetit und Lust auf Essen, Proteinpudding Schoko wird gut angenommen
- ▶ Stuhlgang 2x breiig
- ▶ Ernährungspause in der Nacht

Tag 20: Verlegung in die Reha



Welche Aufgaben ergeben sich aus dieser Fallgeschichte?

Erkenntnis -> es gibt noch allerhand zu tun 😊

Aufgabenbereich Schnittstellen

- ▶ Bei Zuverlegungen aus Reha auf mitgesendeten Pflegebericht achten. Pflegebericht ggf nachfordern
- ▶ Hauseigener Pflegebericht zur Verlegung extern muss nachgebessert werden. Alternativ Empfehlung für Ernährung mitschicken
- ▶ Bei Aufnahme Screening auf Mangelernährung. Check Risiko Refeeding reicht hierfür nicht aus
- ▶ Aufnahmegewicht/Entlaßgewicht ermitteln, ebenso Verlaufskontrollen

Aufgaben im Team

- ▶ Fallbesprechungen in der Teambesprechung (durchgeführt)
- ▶ Problempatienten mit den zuständigen Pflegekräften durchsprechen
- ▶ Email an Stationsleitungen und Oberarzt bei besonderen Patienten (eingeführt)
- ▶ Ernährungsvisite (eingeführt)
- ▶ Korrekte Dokumentation der gegessene Portionsgrößen
- ▶ Porrigde/Haferbrei als Frühstücksoption eingeführt mit Rezepturen
- ▶ Wiegetage auf ICM eingeführt (Sitzwaage)
- ▶ Bettwaage anschaffen
- ▶ 2026 Start indirekte Kalorimetrie geplant

Aufgaben Klinikum

- ▶ Ernährungsstandard evaluieren
- ▶ Screening Mangelernährung einfügen
- ▶ Copraseite: Tellerdiagramm einfügen (ist in Arbeit)
- ▶ Bettwaagen anschaffen
- ▶ Regelmäßige Ernährungstreffs etablieren (Ernährungsbeauftragte der Stationen)
- ▶ Hausinterne Fortbildungen für Pflegekräfte und Ärzte
- ▶ Zukunftsvision: Zertifizierung anstreben 😊