

Medizinische Ernährungstherapie bei onkologischen Patient:innen –

vom unterschätzten Risiko
zur strukturierten Versorgung

16 Handlungsvorschläge zur Etablierung
der medizinischen Ernährungstherapie
als integraler Bestandteil der
onkologischen Versorgung in Österreich

Juli 2026

Medizinische Ernährungstherapie bei onkologischen Patient:innen – vom unterschätzten Risiko zur strukturierten Versorgung

16 Handlungsvorschläge zur Etablierung
der medizinischen Ernährungstherapie
als integraler Bestandteil der
onkologischen Versorgung in Österreich

VORWORTE

Ernährung ist ein zentraler, oft unterschätzter Faktor für Gesundheit, Funktionsfähigkeit und Therapieerfolg – und das weit über einzelne Krankheitsbilder hinaus. Gerade bei älteren Menschen ist Mangelernährung kein Randphänomen, sondern in klinischen Settings häufig: Je nach Definition und Tool liegt das Risiko für Mangelernährung einer österreichischen Erhebung zufolge bei rund 16–24%, also in einer Größenordnung von „etwa jede:r Fünfte“. Damit wird klar: Ernährung ist nicht nur „Lifestyle“, sondern ein relevanter medizinischer Parameter, der systematisch erhoben und behandelt werden muss.

In der Onkologie wird diese Bedeutung besonders sichtbar. Krebs ist in Österreich mit einer hohen Krankheitslast verbunden. Das große Patient:innenkollektiv steht für ein enormes Potenzial, Behandlungsergebnisse nicht nur über Tumorthérapien im engeren Sinn zu verbessern, sondern auch über strukturierte Supportivmaßnahmen, die Therapieabbrüche reduzieren, Komplikationen vermeiden und dabei helfen, die Lebensqualität zu sichern. Medizinische Ernährungstherapie ist dabei ein integraler Bestandteil moderner, multimodaler Krebsbehandlung und ein tertiärpräventives Instrument in der Nachsorge onkologischer Patient:innen. Internationale Leitlinien empfehlen, Ernährungsrisiken ab Diagnosestellung systematisch zu erfassen und bei auffälligem Screening strukturiert abzuklären.

Damit ist die Stoßrichtung klar: Screening, frühe Intervention und interprofessionelle Umsetzung müssen vom „Kann“ zum „Standard“ werden. Wenn ein erheblicher Anteil von Patient:innen bereits mit einem Risiko für Mangelernährung in das System kommt, verschärfen Tumorerkrankung und Therapien (z.B. Operation, Systemtherapie, Radiotherapie) die Gefahr von Gewichtsverlust, Muskelabbau und Funktionsverlust – mit potenziellen Folgen für Verträglichkeit, Dosisintensität und Rehabilitationsfähigkeit. Dass dieser Handlungsbedarf nicht nur onkologisch, sondern systemisch ist, zeigt sich auch daran, dass Ernährung als Querschnittsthema explizit eine strukturierte Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen erfordert – von Ärzt:innen über die Diätologie bis zur Pflege.

Ziel sollte es sein, Ernährungstherapie entlang definierter Behandlungspfade – insbesondere in der Onkologie – verbindlich zu verankern: mit klaren Verantwortlichkeiten, nahtlosen Übergängen zwischen stationär und ambulant und messbaren Qualitätsindikatoren. Diese Publikation versteht sich daher als Beitrag, Ernährungstherapie aus der „Begleitmaßnahme“ herauszuholen und als das zu etablieren, was sie in der evidenzbasierten Versorgung ist: ein wesentlicher Wirkfaktor, der klinische Ergebnisse, Patient:innensicherheit und Lebensqualität substanziell mitprägt.



Prim. Doz. Dr. Hannes Kaufmann

*Abteilungsvorstand der Onkologie an der Klinik Favoriten
und Klinik Landstraße in Wien und Programmdirektor
beim Vienna Cancer Center, Fachstimme*

Bei schweren Erkrankungen wie Krebs richtet sich der Fokus verständlicherweise oft auf Diagnosen, Medikamente und Therapieverfahren. Weniger sichtbar bleiben dabei jene Faktoren, die maßgeblich mitentscheiden, wie gut Menschen eine Therapie bewältigen, wie gut sie diese vertragen und wie ihre Lebensqualität und Selbstständigkeit erhalten werden kann. Auch Ernährung zählt zu diesen Faktoren.

Die medizinische Versorgung onkologischer Patient:innen endet nicht bei Operation, Chemotherapie oder Bestrahlung. Moderne Onkologie bedeutet heute zunehmend auch, Patient:innen ganzheitlich zu begleiten und auf ihrem Behandlungsweg zu unterstützen – mit dem Blick aus verschiedenen gesundheitlichen Disziplinen. Im klinischen Alltag zeigt sich dabei, dass Mangelernährung deutlich häufiger vorkommt, als vielfach angenommen wird, insbesondere bei älteren und chronisch kranken Menschen. Sie wird oft erst spät erkannt oder nicht systematisch behandelt. Dass der Ernährungszustand nicht nur das individuelle Wohlbefinden, sondern auch Therapieerfolg, Komplikationsrisiken und den weiteren Krankheitsverlauf beeinflusst, ist heute durch zahlreiche wissenschaftliche Erkenntnisse gut belegt.

Und das Thema bleibt zunehmend relevant: Mit einer älter werdenden Bevölkerung und einer wachsenden Zahl chronischer Erkrankungen gewinnt die Frage, wie Menschen länger gesund, selbstständig und therapiefähig bleiben können, an Bedeutung. Ernährung ist dabei weit mehr als ein individueller Lebensstilfaktor: Sie ist ein wichtiger Baustein medizinischer Versorgung, Prävention und Lebensqualität.

Internationale Leitlinien und wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen klar, dass eine frühzeitige und strukturierte medizinische Ernährungstherapie positive Auswirkungen auf den Therapieverlauf und die Versorgung onkologischer Patient:innen haben kann. Dennoch bestehen in Österreich weiterhin strukturelle Unterschiede. Gerade hier zeigt sich, wie wichtig abgestimmte Prozesse, interprofessionelle Zusammenarbeit und niederschwellige Unterstützungsangebote sind. Die Verbindung aus wissenschaftlicher Evidenz und praxisnaher Erfahrung macht deutlich, dass Handlungsbedarf besteht.

Die Gesundheitspolitik steht heute vor der Aufgabe, Versorgung nicht nur leistungsfähig, sondern auch nachhaltig, qualitätsgesichert und patient:innenorientiert zu gestalten. Nicht nur für ein gestärktes Gesundheitssystem, sondern vor allem im Sinne der Betroffenen. Um gemeinsame, zielführende Schritte zu ergreifen, wird hier der Dialog über tragfähige strukturelle Lösungen gefördert, um die Versorgung in Österreich zukunftsorientiert weiterzuentwickeln.



Sektionschefin Dr.ⁱⁿ Katharina Reich

Chief Medical Officer und Leiterin der Sektion VII Öffentliche Gesundheit und Gesundheitssystem im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)

UNTERSTÜTZENDE FACHGESELLSCHAFTEN UND ORGANISATIONEN



Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und
onkologischer Pflegepersonen in Österreich



Österreichische Gesellschaft für
Hämatologie & Medizinische Onkologie



ÖSTERREICHISCHES
AKADEMISCHES
INSTITUT FÜR
ERNÄHRUNGSMEDIZIN

ZUSAMMENFASSUNG

Mangelernährung zählt zu den häufigsten und zugleich am meisten unterschätzten Begleiterscheinungen von Krebserkrankungen und stellt damit kein Randphänomen, sondern ein zentrales Versorgungsproblem in der Onkologie dar. Mangelernährung kann die Therapieverträglichkeit und Lebensqualität von Patient:innen wesentlich beeinflussen, wird jedoch häufig erst spät erkannt. Neben dem Körpergewicht spielen dabei auch Faktoren wie Muskelabbau (Sarkopenie) und das tumorbedingte Auszehrungssyndrom (Kachexie) eine klinisch relevante Rolle. Gleichzeitig fehlen vielerorts klare und durchgängige Strukturen für die ernährungstherapeutische Betreuung.

Internationale Leitlinien und aktuelle Evidenz verdeutlichen, dass eine frühzeitige und strukturierte medizinische Ernährungstherapie nach entsprechendem Mangelernährungs-Screening diese negativen Effekte reduzieren kann. Dennoch ist sie trotz vorhandener Evidenz bislang in vielen Bereichen noch nicht systematisch in die onkologische Versorgung integriert. In Österreich konzentrieren sich entsprechende Angebote vielfach auf den stationären Bereich, obwohl ein Großteil der Krebstherapien ambulant erfolgt. Dadurch entstehen insbesondere beim Übergang zwischen Krankenhaus und ambulanter Betreuung Versorgungslücken, die eine kontinuierliche ernährungstherapeutische Begleitung erschweren. Ein präventiver und frühinterventioneller Einsatz der medizinischen Ernährungstherapie ist damit oft nur eingeschränkt umsetzbar, obwohl die Literatur klar zeigt, dass gerade jener frühzeitige Einsatz klare Vorteile für die Patient:innen bringt. Neben Verbesserungen von Patient Outcomes wie Therapieverträglichkeit, Lebensqualität und Komplikationsraten kann die Vermeidung kostenintensiver Folgeereignisse auch zu einer effizienteren Nutzung gesundheitssystemischer Ressourcen beitragen.

Vor diesem Hintergrund besteht ein klarer Handlungsbedarf auf Systemebene. Die medizinische Ernährungstherapie, oft auch als klinische Ernährung bezeichnet, muss stärker als fester Bestandteil der onkologischen Behandlung etabliert werden – entlang des gesamten Versorgungspfads, niederschwellig, sektoren- und berufsgruppenübergreifend.

Im Zuge eines dreistufigen Beteiligungsprozesses mit Fachexpert:innen aus Medizin, Pflege, Diätologie, Forschung und Ökonomie wurde diese Publikation als Impuls für eine strukturierte Weiterentwicklung der medizinischen Ernährungstherapie in Österreich erarbeitet. Sie beleuchtet den Status Quo des Einsatzes in der Onkologie, ordnet die Evidenzlage ein, zeigt (internationale) Beispiele und unterschiedliche Versorgungsansätze auf und leitet daraus konkrete, konsensbasierte Handlungsempfehlungen für die Gesundheitspolitik und alle strukturell beteiligten Institutionen und relevanten Berufsgruppen ab.

Medizinische Ernährungstherapie ist nicht nur ein Zusatzangebot, sondern integraler Bestandteil einer qualitätsgesicherten onkologischen Versorgung. Eine konsequentere Integration in die Behandlungspfade bietet die Chance, Patient:innen-Ergebnisse zu verbessern, Ressourcen gezielter einzusetzen und die Versorgung angesichts steigender Krebsinzidenzen zukunftsfähig zu gestalten.

Die vorliegenden Handlungsvorschläge wurden gemeinsam von und mit den Prozessbeteiligten gestaltet und beschlossen. Ihre Zustimmung wird in der formulierten Konsenserklärung festgehalten.

Handlungsvorschläge zur Etablierung der medizinischen Ernährungstherapie als integraler Bestandteil der onkologischen Versorgung

- **Setzen eines einheitlichen Versorgungsstandards durch flächendeckende Initialscreenings bei Erstvorstellung im onkologischen Versorgungspfad und bedarfsgerechte Re-Screenings im weiteren Betreuungsverlauf**
 - Definition von Qualitätskriterien zur frühzeitigen und verlässlichen Identifikation ernährungsbezogener Risiken und konsequenter Überführung in Folgeprozesse
 - Einbindung digitaler Tools zur effizienten Risikobewertung und entscheidungsunterstützten, standardisierten Zuweisung (Clinical Decision Support)
 - Validiertes Mangelernährungsscreening in allen Krankenhäusern entlang des Versorgungspfades Diagnose/Therapie/Nachsorge, idealerweise nach abgestimmten Standards
 - Parallele Versorgungspfade in extramuralen Betreuungseinrichtungen
- **Integration der medizinischen Ernährungstherapie in multiprofessionelle Behandlungskonzepte und Aufbau von Ernährungsteams mit struktureller Verankerung im Stellenplan**
 - Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit von Ärzt:innen, Pflegepersonen/Cancer Nurses, Diätolog:innen und weiteren Gesundheitsberufen mit Definition klarer Verantwortlichkeiten auf dem koordinierten Behandlungspfad
 - Strukturierte Einbindung ernährungsmedizinischer Vorevaluation (Screenings/Assessments) in die Fallvorbereitung onkologischer Tumorboards mit dokumentiertem Befund als Hinweis
 - Stärkung der Rolle der Cancer Nurses als koordinierende Schnittstelle auf dem Behandlungspfad
 - Bedarfsgerechter Ausbau und zielgerichtete Bündelung diätologischer Ressourcen zur Sicherung der notwendigen Versorgungsstrukturen

■ **Verbesserter Übergang an der Nahtstelle vom intra- in den extramuralen Bereich**

- Aufbau diätologischer ambulanter Strukturen zur Förderung einer niederschweligen, wohnortnahen, kontinuierlichen und sektorenübergreifenden Versorgung onkologischer Patient:innen
- Bundesweite Abrechenbarkeit diätologischer Leistungen im niedergelassenen Bereich, etwa des diätologischen Erstberatungsgesprächs für onkologische Patient:innen
- Harmonisierung der Bewilligungsstandards für Trinknahrung, enterale und parenterale Ernährung anhand vorhandener Leitlinien und Evidenz

■ **Stärkung von Bewusstseinsbildung, Kompetenzaufbau und strukturierter Datenerhebung/-auswertung**

- Aufklärung von Patient:innen und Angehörigen zu Risiko und Warnsignalen von Mangelernährung und Verweis auf Anlaufstellen
- Gezielte evidenzbasierte und patient:innengerechte Kommunikation, um Falschinformation wie Ernährungsmythen und „Krebsdiäten“ entgegenzutreten
- Förderung des fachlichen Austauschs, der Sensibilisierung und medizinischen Aus- und Fortbildung zum Thema Ernährung innerhalb aller beteiligten Berufsgruppen
- Erhebung, Monitoring und Veröffentlichung valider Daten anhand definierter Qualitätsindikatoren als Voraussetzung für die Bewusstseinsbildung
- Sichtbarmachung und Evaluation der Versorgungsrealität zur Ableitung von Priorisierungen, Ressourcen- und Kapazitätsplanung

Die in dieser Publikation vorgeschlagenen Maßnahmen verstehen sich als Beitrag zur strukturierten Supportiv- und Nachsorgeversorgung innerhalb bestehender onkologischer Strukturen. Die onkologische Indikationsstellung, Therapieentscheidung und Gesamtverantwortung verbleiben uneingeschränkt bei den behandelnden Ärzt:innen bzw. den zuständigen onkologischen Zentren und Abteilungen. Ernährungsmedizinische Assessments und Interventionen ergänzen die ärztliche Behandlung im Rahmen der jeweiligen Berufsrechte und dienen der Verbesserung von Therapietoleranz, Funktionalität und Lebensqualität. Ziel ist ausdrücklich keine Etablierung niedergelassener onkologischer Primärversorgungsstrukturen, sondern die Stärkung einer qualitätsgesicherten diätologischen und ernährungsmedizinischen Versorgung und koordinierter Nachsorge.

INHALTSVERZEICHNIS

GRUNDLAGEN UND RELEVANZ DER MEDIZINISCHEN ERNÄHRUNGSTHERAPIE	12
1. ÜBERBLICK ZUR MEDIZINISCHEN ERNÄHRUNGSTHERAPIE	12
1.1. Das unterschätzte Problem der Mangelernährung	12
1.2. Mangelernährung bei onkologischen Patient:innen	13
1.3. Datenlage zur medizinischen Ernährungstherapie	17
1.4. Internationale Leitlinien zur Mangelernährung in der Onkologie	19
1.5. Vergleichende Betrachtung: nutritionDay-Ergebnisse	21
2. STATUS QUO IN ÖSTERREICH	21
2.1. Österreichische Leitlinien und Handlungsempfehlungen	21
2.1.1. <i>Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Ernährung (AKE)</i>	22
2.1.2. <i>Leitlinien des Tumorzentrums Oberösterreich</i>	23
2.1.3. <i>Ergänzende Empfehlungen: AHOP, Österreichische Krebshilfe und DIAETOLOGIE Austria</i>	24
2.1.4. <i>Zusammenfassung</i>	26
2.2. Umsetzung: Screening und Diagnostik in der Praxis	26
2.2.1. <i>Zusammenspiel von Pflege und Diätologie</i>	27
2.2.2. <i>Strukturelle Hürden in der praktischen Umsetzung</i>	28
2.3. Ökonomische Betrachtung: Medizinische Ernährungstherapie als wirtschaftlicher Hebel zur Kosteneinsparung	29
3. INTERNATIONALE ANSÄTZE ZUR IMPLEMENTIERUNG DER MEDIZINISCHEN ERNÄHRUNGSTHERAPIE	31
3.1. Deutschland	31
3.2. Vereinigtes Königreich/UK	32
3.3. Niederlande	32
3.4. Frankreich	33
3.5. Dänemark	34
3.6. Schlussfolgerungen: Perspektiven für Österreich	35

4. ZENTRALE ERKENNTNISSE UND AUSBLICK	36
INTERDISZIPLINÄRER BETEILIGUNGSPROZESS ZUR ENTWICKLUNG KONKRETER HANDLUNGSVORSCHLÄGE	37
5. AUFSCHLÜSSELUNG DER HANDLUNGSVORSCHLÄGE	37
5.1. Setzen eines einheitlichen Versorgungsstandards durch flächendeckende Initialscreenings bei Erstvorstellung im onkologischen Behandlungspfad und bedarfsgerechte Re-Screenings im Betreuungsverlauf	37
5.2. Integration der medizinischen Ernährungstherapie in multiprofessionelle Behandlungskonzepte und Aufbau von Ernährungsteams mit struktureller Verankerung im Stellenplan	42
5.3. Verbesserter Übergang an der Nahtstelle vom intra- in den extramuralen Bereich	46
5.4. Entwickeln von Kommunikationsinstrumenten zur Bewusstseinsbildung und Vorantreiben der Datenerhebung/-auswertung	51
5.5. Fazit	56
KONSENSERKLÄRUNG	57
STATEMENTS ZUR MEDIZINISCHEN ERNÄHRUNGSTHERAPIE	58
UNTERSTÜTZER:INNEN	62
REFERENZEN	64
IMPRESSUM	68

GRUNDLAGEN UND RELEVANZ DER MEDIZINISCHEN ERNÄHRUNGSTHERAPIE

1. ÜBERBLICK ZUR MEDIZINISCHEN ERNÄHRUNGSTHERAPIE

1.1. Das unterschätzte Problem der Mangelernährung

Mangelernährung ist ein häufiges klinisches Problem, das insbesondere bei älteren Menschen und Patient:innen mit chronischen und schweren Erkrankungen eine wesentliche Rolle spielt.^{1,2} Sie hat nicht nur starke Auswirkungen auf die Betroffenen selbst, sondern stellt auch eine erhebliche Belastung für das Gesundheits-, Sozial- und Altenpflegesystem dar.³ Mangelernährung ist mit erhöhter Morbidität und Mortalität, längeren und häufigeren Krankenhausaufenthalten sowie steigenden Gesundheitskosten assoziiert.^{2,3} In Europa weisen laut einer Metaanalyse aus dem Jahr 2019 etwa 25% und damit ein Viertel aller Personen über 65 Jahre ein Risiko für Mangelernährung auf.⁴ Deutlich höher dürfte die Prävalenz für Krankenhauspatient:innen sein, wobei die Angaben je nach Screeninginstrument, Patient:innenkollektiv (Alter, Komorbidität), Versorgungssetting und Erhebungszeitpunkt variieren.² Je nach Art der Erkrankung oder Behandlung kann das Risiko eines Ernährungsdefizits bis zu 75 oder sogar 80% betragen.^{5,6} Neben dem Begriff Mangelernährung, der in dieser Arbeit fokussiert verwendet wird, ist simultan auch oft von Unterernährung die Rede.⁵

Mangelernährung kann sowohl durch eine unzureichende Energiezufuhr als auch durch eine unzureichende Versorgung mit einzelnen Nährstoffen entstehen.^{1,2} Fachleute unterscheiden in der Regel zwischen quantitativer und qualitativer Mangelernährung. Menschen mit quantitativer Mangelernährung führen ihrem Körper nicht mehr ausreichend Kalorien zu. Dadurch entsteht eine Unterversorgung mit wichtigen Nährstoffen und in der Folge häufig ein Gewichtsverlust. Deutlich schwerer zu erkennen ist die qualitative Mangelernährung, bei der einzelne Nährstoffe wie Eiweiß, Vitamine oder Mineralstoffe nicht in ausreichender Menge zur Verfügung stehen.¹ Sie kann unabhängig vom BMI auftreten und daher auch Personen mit Übergewicht oder Adipositas betreffen.^{2,7} Ältere Menschen leiden häufig an einer Kombination aus beiden Formen.¹

Die Ursachen von Mangelernährung im Alter sind vielfältig und reichen von Immobilität und Schmerzen über Kau- und Schluckstörungen bis hin zu chronischen Erkrankungen wie Demenz, Erkrankungen des Verdauungstraktes und onkologischen Erkrankungen. Die Nahrungsaufnahme kann dabei direkt beeinträchtigt sein oder durch Appetitlosigkeit aufgrund der Einnahme bestimmter Medikamente reduziert werden.¹ Zusätzlich können chronische Erkrankungen mit entzündlichen Prozessen und erhöhtem Stoffwechselbedarf die Entstehung einer Mangelernährung begünstigen.^{2,7} Vergleichbare Mechanismen finden sich auch bei schwer erkrankten Patient:innen unabhängig vom Alter. Mangelernährung ist damit kein isoliertes geriatrisches Problem, sondern eine krankheitsübergreifende Versorgungsherausforderung mit hoher gesundheitspolitischer Relevanz.

Personen mit Mangelernährung weisen nicht nur ein höheres Mortalitätsrisiko auf, sondern zeigen allgemein einen schlechteren Gesundheitszustand und sind im Alltagsleben mit zunehmenden Einschränkungen konfrontiert.^{2,3} Dies hat direkte Auswirkungen auf Funktionalität, Therapieerfolg und Lebensqualität der Betroffenen, wie im weiteren Verlauf noch näher ausgeführt wird.

Zur Einordnung und Erkennung von Mangelernährung werden in der klinischen Praxis verschiedene leitliniengestützte Kriterien herangezogen.

Die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) „Terminologie in der klinischen Ernährung“ (2013) definiert eine krankheitsassoziierte Mangelernährung anhand folgender diagnostischer Kriterien:⁸

- **Body-Mass-Index (BMI) < 18,5 kg/m² ODER**
- **ungewollter Gewichtsverlust > 10% in den letzten 3–6 Monaten ODER**
- **BMI < 20 kg/m² und unbeabsichtigter Gewichtsverlust > 5% in den letzten 3–6 Monaten**
- **Für Erwachsene ab 65 Jahren: BMI < 20 kg/m², ungewollter Gewichtsverlust > 5% in 3 Monaten**

Zusätzlich wird eine Nüchternperiode von länger als sieben Tagen als unabhängiges Kriterium eines Mangelernährungsrisikos gesehen.⁸

Die „Global Leadership Initiative on Malnutrition“ (GLIM) schlägt eine zweistufige Definition zur Diagnose der Mangelernährung vor. Demnach sollte ein erhöhtes Risiko für Mangelernährung zunächst mithilfe validierter Screeninginstrumente wie dem Nutritional Risk Screening (NRS 2002) oder dem Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) bestimmt werden, gefolgt von der Feststellung mindestens eines phänotypischen und eines ätiologischen Kriteriums wie z. B. Gewichtsverlust und entzündlicher Aktivität. Ist das Screening auffällig, gilt jemand als „gefährdet“, nach weiterer (positiver) Abklärung als „mangelernährt“.^{7,9} Diese standardisierten Diagnoseansätze können eine Grundlage für eine strukturierte und frühzeitige ernährungstherapeutische Intervention bilden. Da bereits nach wenigen Tagen ein signifikanter Muskelabbau auftreten kann, ist der frühzeitige Therapiebeginn äußerst relevant.^{6,10}

1.2. Mangelernährung bei onkologischen Patient:innen

Besonders ausgeprägt ist das Problem der Mangelernährung bei onkologischen Patient:innen. Es ist davon auszugehen, dass bis zu 80% von Gewichtsverlust und seinen Auswirkungen betroffen sind.^{5,6} Die Ausprägung kann dabei je nach Tumorentität stark variieren (siehe Tab. 1).

Tab. 1: Prävalenz der Mangelernährung nach onkologischer Grunderkrankung, adaptiert nach Vavrovsky et al.^{11,12,13,14}

KREBSERKRANKUNG	PATIENTEN MIT JEGLICHER MANGELERNÄHRUNG / GEFÄHRDET	PATIENTEN MIT SCHWERER MANGELERNÄHRUNG
Bauchspeicheldrüse	80 – 85 %	30 – 40 %
Magen / oberer GI-Trakt (einschließlich Speiseröhre)	65 – 85 %	25 – 30 %
Kopf und Hals	65 – 75 %	25 – 30 %
Lunge	45 – 60 %	15 – 20 %
Kolorektal (unterer GI-Trakt)	30 – 60 %	10 – 20 %
Gehirn	~ 60 %	~ 15 – 20 %
Hämatologische Malignome	30 – 50 %	10 – 15 %
Brust	15 – 30 %	< 10 %
Prostata	15 – 25 % (oft niedrigste Gruppe)	< 10 %

Mangelernährung wirkt sich maßgeblich auf den Krankheitsverlauf und die Versorgung onkologischer Patient:innen aus und geht mit einer verminderten Lebensqualität einher.^{15,16} Sie ist mit höherer Toxizität, Komplikationen, Therapieunterbrechungen bzw. Dosisreduktionen und schlechterer Lebensqualität assoziiert; dadurch kann die onkologische Therapieintensität und damit das Outcome beeinträchtigt werden. Zudem kommt es auch häufiger zu Rehospitalisierungen und darüber hinaus zu einer höheren Mortalität.¹⁵ Damit wird der Ernährungsstatus bereits bei Behandlungsbeginn zu einem relevanten Prognosefaktor, wie etwa die NUTRIONCO-Studie belegt.⁵

Besonders deutlich zeigt sich die klinische Relevanz bei bestimmten Tumorentitäten und Therapiesituationen: Bei Personen mit Speiseröhrenkrebs ist ein schlechter Ernährungsstatus bzw. manifeste Mangelernährung mit signifikant ungünstigeren Outcomes und häufig auch längeren Krankenhausaufenthalten assoziiert; das Risiko kann sich im Verlauf intensiver multimodaler Therapien zusätzlich verstärken. Bei kurativ operierten Ösophaguskarzinomen war Sarkopenie nach der Vorbehandlung vor der Operation mit einem mehr als halbierten medianen Gesamtüberleben assoziiert.¹⁷

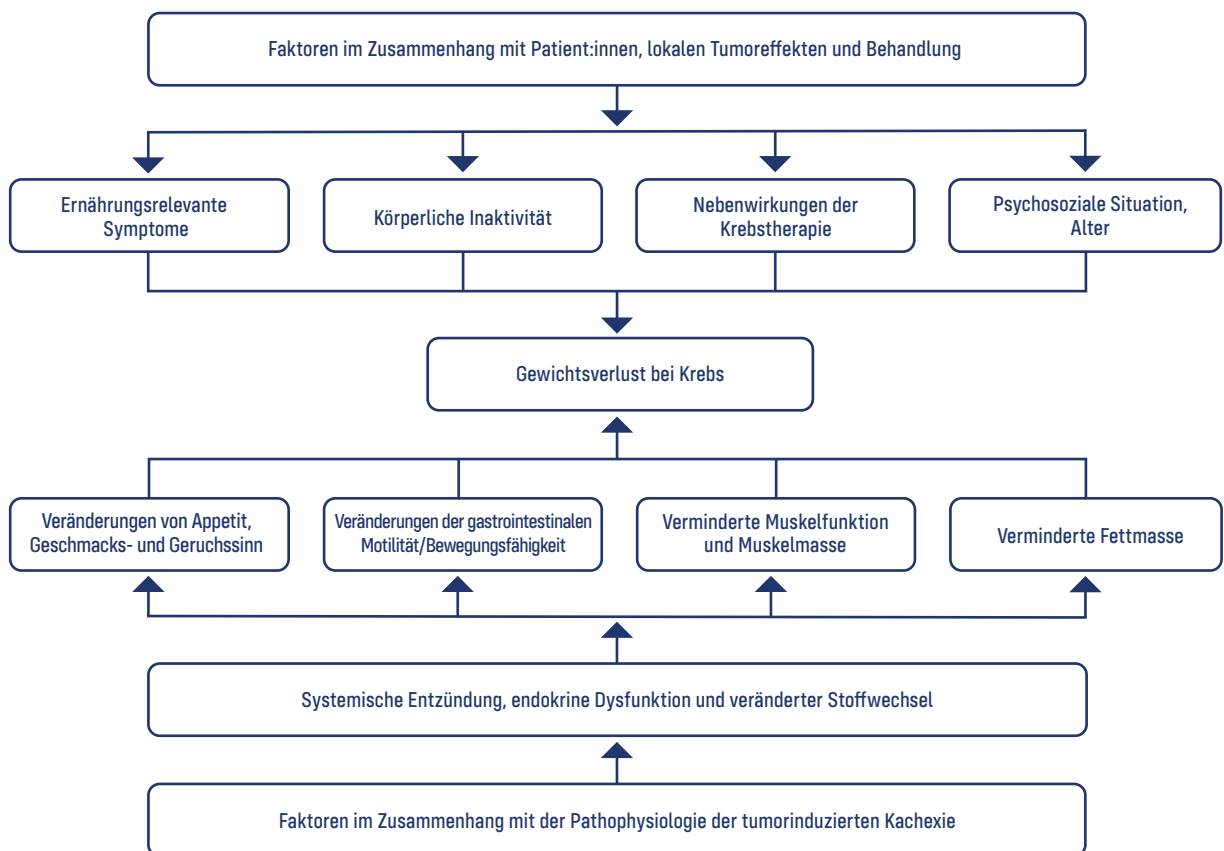
Auch nach Operationen an gastrointestinalen Tumoren wie Gastrektomie, Pankreatektomie, Dünndarmoperationen sowie bei hochgelegenen Stomata oder therapiebedingter Diarrhoe ist das Risiko für Mangelernährung besonders ausgeprägt. Nahezu 80% der Patient:innen mit diesen Tumorentitäten und etwa 30% aller Krebspatient:innen verlieren bereits vor der Diagnose an Gewicht.¹⁸

Laut der PreMiO-Studie, bei der die Häufigkeit von Mangelernährung bei onkologischen Patient:innen in Italien untersucht wurde, sind bereits 51% dieser Personen vor ihrem ersten Termin in der Onkologie mangelernährt. Zugleich wiesen 43% das Risiko einer Mangelernährung auf.¹⁹

Ein weiterer Hinweis auf die klinische Relevanz ist, dass Schätzungen zufolge bis zu 20% der onkologischen Patient:innen an den Folgen von Mangelernährung und Kachexie sterben – und nicht primär an ihrer Krebserkrankung.²⁰ Die ESPEN-Guidelines nennen konkret einen Anteil von 10–20%, weisen jedoch auf die schwierige Abgrenzung zur Tumorerkrankung hin.⁶ Mangelernährung stellt entsprechend einen beeinflussbaren Risikofaktor mit direkter Auswirkung auf das Überleben dar. Umso wichtiger ist das Verständnis der zugrunde liegenden Mechanismen.

Die Ursachen von Gewichtsverlust und Mangelernährung bei onkologischen Patient:innen sind multifaktoriell (siehe Abb. 1). Neben einer tumorassoziierten systemischen Inflammation mit Veränderungen der Appetitregulation können auch Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen oder therapiebedingte Nebenwirkungen die Nahrungsaufnahme reduzieren. Andererseits können funktionelle oder mechanische Einschränkungen, etwa durch Malignome verursachte Verengungen im Gastrointestinaltrakt, die ausreichende Nahrungsaufnahme erschweren.^{21,22}

Abb. 1: Multifaktorielle Ursachen des Gewichtsverlusts bei onkologischen Patient:innen, adaptiert nach Arends et al.²¹



Maßgeblich sind dabei tumor- und entzündungsbedingte Stoffwechselveränderungen, die den Abbau von Körpermasse zusätzlich fördern können. Eine Folge dieser Prozesse ist die Kachexie, ein multifaktorielles Auszehrungssyndrom, das durch einen fortschreitenden Verlust von Muskel- und Fettmasse gekennzeichnet ist. Häufig gehen damit Gewichtsverlust, Appetitmangel, Müdigkeit und körperliche Schwäche einher. Charakteristisch ist, dass die Veränderungen durch konventionelle Ernährungstherapie allein nicht vollständig reversibel sind.^{8,23} Die Prävalenz der Kachexie wird in der Literatur – abhängig von Tumorart und verwendeten Diagnosekriterien – auf etwa 24–75% geschätzt.²⁴ Im Krankheitsverlauf werden häufig die Stadien Präkachexie, Kachexie und refraktäre Kachexie unterschieden.²⁵

Zusätzliche Belastungen wie Stress, Depression oder begleitende Infektionen können den Prozess weiter verstärken.^{15,25} Dies hat unmittelbare klinische Folgen für die Betroffenen. Sie sind unter anderem anfälliger für bestimmte Infektionen wie Lungenentzündungen oder Harnwegsinfekte und für Wundheilungsstörungen.^{6,15} Bei refraktärer Tumorkachexie kann die zu erwartete Überlebenszeit auf weniger als drei Monate reduziert sein.²⁵

Eng mit diesen Veränderungen verbunden ist der Verlust von Skelettmuskulatur, die sogenannte Sarkopenie. Sie beschreibt den fortschreitenden Abbau von Muskelmasse und Muskelkraft und damit der Muskelfunktion, ohne dass gleichzeitig Fettmasse verloren gehen muss. Sarkopenie kann insbesondere bei länger bestehender Mangelernährung auftreten. Mit nachlassender Kraft und Beweglichkeit wird es für Betroffene zunehmend schwieriger, Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig durchzuführen.²⁶ Bei onkologischen Patient:innen ist Sarkopenie mit einer verminderten körperlichen Belastbarkeit, einer schlechteren Lebensqualität sowie ungünstigeren klinischen Outcomes assoziiert. Der Anteil Betroffener wird auf etwa 38–70% geschätzt, wiederum abhängig von Tumorart und verwendeten Diagnosekriterien.²⁴

Verantwortlich dafür sind einerseits entzündungsfördernde Botenstoffe, andererseits die häufig reduzierte körperliche Aktivität. Diese kann den Muskelabbau im Zusammenspiel mit tumorbedingten Stoffwechselveränderungen und therapieassoziierten Faktoren zusätzlich verstärken.^{6,23} In der Folge leiden viele Betroffene an allgemeiner Schwäche, körperlicher Erschöpfung und funktionellen Einschränkungen. Das kann sich, wie bereits dargestellt, unmittelbar auf Lebensqualität, Therapietoleranz und -toxizität und Funktionalität auswirken kann.²⁴

Über die funktionellen Einschränkungen hinaus gibt es in onkologischen Kohorten Hinweise, dass Sarkopenie bzw. ungünstige Körperzusammensetzung mit einer erhöhten körperlichen Symptombelastung assoziiert sein können – einschließlich stärker ausgeprägter Schmerzsymptome. Dadurch bedingte weitere Einschränkungen der körperlichen Aktivität können bestehende funktionelle Defizite zusätzlich verstärken. Dies unterstreicht die Relevanz früher Maßnahmen zur Muskel- und Funktionserhaltung wie Bewegungstherapie oder ernährungsmedizinische Interventionen.²⁷

Die hohe Relevanz von Mangelernährung und ihren Folgeerscheinungen zeigt sich auch im epidemiologischen Kontext: Jährlich erkranken in Österreich etwa 46.000 Personen an Krebs.²⁸ Rund 400.000 Menschen leben hierzulande im Jahr 2026 mit der Erkrankung. Aufgrund des demografischen Wandels mit steigender Lebenserwartung und einem wachsenden Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung nimmt die absolute Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen

(Krebsinzidenz) langfristig weiter zu, während die altersstandardisierte Erkrankungsrate leicht rückläufig ist, vor allem bei Männern.²⁹ Das Risiko, bis zum 75. Lebensjahr an einem bösartigen Tumor zu erkranken, lag im Jahr 2023 bei 31,9% für Männer und 25,2% bei Frauen.²⁸

Bereits heute sind rund zwei Drittel aller Personen mit einer Krebsneudiagnose 65 Jahre oder älter. Prognosen gehen davon aus, dass dieser Anteil bis 2040 auf rund drei Viertel ansteigen wird. Mit höherem Alter nehmen auch Begleiterkrankungen, funktionelle Einschränkungen und die Komplexität der Behandlung zu. Dadurch wird die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Mangelernährung als beeinflussbarer Risikofaktor zusätzlich relevant.³⁰

Trotz rückläufiger Mortalität sterben in Österreich laut Todesursachenstatistik weiterhin rund 21.500 Menschen jährlich an einer onkologischen Erkrankung. Krebs ist damit nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache.²⁹

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die onkologische Versorgung über die Tumorthherapie hinaus gedacht werden muss. Angesichts der Krankheitslast gewinnt die Frage nach einer umfassenden, qualitätsgesicherten Versorgung zunehmend an Bedeutung. Dabei kommt auch der medizinischen Ernährungstherapie eine wichtige Rolle zu. Internationale Studien liefern umfangreiche Hinweise auf die Wirksamkeit einer frühzeitigen und strukturierten ernährungstherapeutischen Behandlung.

1.3. Datenlage zur medizinischen Ernährungstherapie

Eine Möglichkeit, der Mangelernährung therapeutisch entgegenzuwirken, ist die medizinische Ernährungstherapie. Sie umfasst ein abgestuftes Spektrum an Maßnahmen, das von der Ernährungsberatung und -anreicherung über den Einsatz oraler Nahrungssupplemente (ONS) bis hin zur enteralen und parenteralen Ernährung reicht.² Ziel ist es, eine bedarfsgerechte Energie- und Nährstoffzufuhr sicherzustellen und so den Ernährungszustand gezielt zu stabilisieren oder zu verbessern.^{6,15} Die Auswahl der Maßnahmen erfolgt abhängig von Bedarf und klinischer Situation und kann im Therapieverlauf stufenweise angepasst oder kombiniert werden.²

Die Datenlage zur medizinischen Ernährungstherapie hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verdichtet und unterstreicht den klinisch relevanten Nutzen gezielter ernährungsmedizinischer Interventionen:

Die Evidenz für klinisch relevante Effekte medizinischer Ernährungstherapie ist besonders dort konsistent, wo Komplikationen und Verweildauer adressiert werden. In der randomisierten, multizentrischen EFFORT-Studie führte eine protokollbasierte, individualisierte Ernährungstherapie bei hospitalisierten Patient:innen mit Ernährungsrisiko zu einer signifikanten Reduktion schwerwiegender Komplikationen; die 30-Tage-Mortalität war im Gesamtkollektiv numerisch niedriger.³¹

Für onkologische Patient:innen mit erhöhtem Ernährungsrisiko zeigte eine darauf aufbauende Sekundäranalyse einen Mortalitätsvorteil sowie bessere funktionelle und Lebensqualitäts-Endpunkte unabhängig vom Tumortyp, was die Relevanz strukturierter Ernährungstherapie in dieser Hochrisikogruppe unterstützt.³²

Noch deutlicher sind Effekte in spezifischen Settings: Eine 2025 publizierte Metaanalyse zeigte, dass (hoch-)proteinreiche orale Nahrungssupplemente bei Krebspatient:innen Komplikationen reduzieren und die Verweildauer verkürzen können. Insgesamt wurden 101 Komplikationen weniger pro 1.000 Patient:innen beobachtet. Die „Number Needed to Treat“ lag bei 12 – das heißt, durch die Behandlung von zwölf Patient:innen kann statistisch eine zusätzliche Komplikation verhindert werden. Dass die medizinische Ernährungstherapie die Länge des Krankenhausaufenthaltes reduzieren konnte²⁰, deutet auf potenzielle Entlastungseffekte für das Gesundheitssystem hin.

Auch im perioperativen Setting rund um einen chirurgischen Eingriff liegt positive Evidenz vor: Eine 2024 publizierte Metaanalyse zeigte, dass immunmodulierende Ernährungskonzepte (Immunonutrition) bei onkologischen Operationen postoperative, insbesondere infektiöse Komplikationen reduzieren und die Krankenhausverweildauer verkürzen können.³³

Hinweise auf positive Effekte über akute klinische Outcomes hinaus lieferte eine Schweizer Kohortenstudie mit mehr als 32.000 hospitalisierte onkologischen Patient:innen mit Mangelernährung. Jene Gruppe, der eine medizinische Ernährungstherapie mit spezifischen ernährungsmedizinischen Interventionen verordnet worden war, wies eine um rund 25–30% niedrigere Mortalität im Spital auf. Darüber hinaus mussten Personen in der Interventionsgruppe seltener in Pflegeeinrichtungen entlassen werden.³⁴

Die Bedeutung ernährungsmedizinischer Unterstützung beschränkt sich nicht auf das stationäre Setting. Einen Blick auf ausgewählte Patient:innengruppen gewährt eine retrospektive Propensity-Score-Analyse bei Patient:innen mit metastasiertem kolorektalem Karzinom unter zielgerichteter Systemtherapie. Dabei war eine ergänzende „home parenteral nutrition (HPN)“, also eine parenterale Ernährung im häuslichen Umfeld, mit einem längeren Gesamtüberleben assoziiert (53,4 vs. 34,6 Monate). Auch wenn sich diese Ergebnisse auf eine spezifische Patient:innengruppe beziehen, legen sie nahe, dass ernährungstherapeutische Maßnahmen auch im extramuralen Bereich eine wichtige Rolle für die kontinuierliche Versorgung und Prognose onkologischer Patient:innen spielen kann.³⁵

Neben spezialisierten ernährungsmedizinischen Interventionen kommt auch niederschwellige Maßnahmen eine wichtige Rolle zu. In einem Review konnte 2024 nachgewiesen werden, dass strukturierte ernährungstherapeutische Interventionen wie Ernährungsberatung und Maßnahmen zur Umstellung der Ernährungsgewohnheiten das Körpergewicht während der Behandlung wirksam regulieren konnten; unabhängig davon, ob es darum ging, das Körpergewicht zu erhöhen, den Gewichtsverlust zu minimieren oder die Zunahme von Fettmasse zu reduzieren. Drei Viertel der Ernährungsberatungen oder spezifischen Ernährungsweisen führten zudem zu einer Linderung der krebssbedingten Müdigkeit, auch Fatigue genannt.³⁶

Sie zählt entlang des gesamten Krankheitsverlaufs zu den häufigsten und für Betroffene belastendsten Symptomen und ist per Definition eine subjektive, anhaltende körperliche, emotionale und/oder kognitive Erschöpfung, die in keinem angemessenen Verhältnis zur Aktivität steht.³⁷ Während der System- und/oder Strahlentherapie berichten sehr viele Patient:innen über Fatigue; sie kann zudem auch nach Abschluss der Akuttherapie bei einem relevanten Anteil langfristig

bestehen bleiben.^{37,38} Fatigue beeinträchtigt Lebensqualität, Alltagsfunktion und häufig auch die berufliche Reintegration wesentlich, weshalb interventionsnahe Maßnahmen mit potenziellem Effekt auf Fatigue klinisch besonders relevant sind.³⁸

Von besonderer Bedeutung sind frühzeitige ernährungsmedizinische Maßnahmen im Kontext der Prävention tumorassoziierter Kachexie. Entscheidend für die Prävention ist es, die Lücke zwischen empfohlener und tatsächlicher Nahrungsaufnahme zu schließen, insbesondere bei Patient:innen mit Chemo(radio)therapie. In einer Meta-Analyse wurde bereits 2018 gezeigt, dass der gezielte Einsatz oraler medizinischer Ernährung einen positiven Einfluss auf die Gewichtsentwicklung während der Behandlung hat.³⁹

Trotz der zunehmenden Evidenz zeigt sich jedoch weiterhin eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem bekannten Nutzen ernährungsmedizinischer Maßnahmen und deren tatsächlicher Umsetzung im Versorgungsalltag. Dies lässt sich aktuellen patient:innenbezogenen Erhebungen entnehmen: In einer europaweiten Befragung von mehr als 2.500 onkologischen Patient:innen berichteten zwar rund 70% über ein Bewusstsein für die Bedeutung der Ernährung während der Krebstherapie, jedoch erhielt nur etwa ein Viertel strukturierte ernährungsbezogene Informationen durch Gesundheitsfachkräfte. Lediglich 14% wurden im Behandlungsverlauf ernährungsmedizinisch überwacht. Gleichzeitig gaben 37% an, dass Ernährungsprobleme ihre Lebensqualität moderat bis schwer beeinträchtigten. Wenn ernährungsbezogene Unterstützung gegeben war, berichteten 41% von einer Verbesserung ihrer Lebensqualität, wobei lediglich eine:r von fünf Patient:innen auch nach Abschluss der Behandlung entsprechende Hilfe erhielt. Die geringsten Nachsorgetaten wurden in Nord- und Westeuropa verzeichnet. Damit ist ernährungsmedizinische Unterstützung aus Patient:innensicht trotz bestehender Evidenz und Leitlinienempfehlungen noch nicht flächendeckend als integraler Bestandteil der onkologischen Versorgung etabliert.¹⁶

Die umfassende Evidenz zur medizinischen Ernährungstherapie spiegelt sich auch in internationalen Leitlinien wider.

1.4. Internationale Leitlinien zur Mangelernährung in der Onkologie

Die Bedeutung der Ernährungstherapie in der Onkologie ist auch auf strategischer und leitlinienbasierter Ebene verankert. Im Europäischen Plan zur Krebsbekämpfung wird seit mehreren Jahren ein multidisziplinärer Ansatz unter Einbeziehung der Ernährungstherapie als supportive Maßnahme vorgeschlagen.⁴⁰ Bereits seit 2003 existiert zudem eine Deklaration des Europarates, laut der Krankenhauspatient:innen systematisch auf Ernährungsrisiken untersucht werden sollen.⁴¹

Darüber hinaus wurden auf internationaler Ebene evidenzbasierte Leitlinien zum Umgang mit Mangelernährung bei onkologischen Patient:innen entwickelt. Empfehlungen der American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN)⁴², der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)^{6,43} und die deutsche S3-Leitlinie „Klinische Ernährung in der Onkologie“¹⁵ betonen übereinstimmend die Notwendigkeit eines frühzeitigen Screenings auf Mangelernährung, idealerweise bereits ab Diagnosestellung, sowie einer regelmäßigen Wiederholung im weiteren Krankheitsverlauf. Ein auffälliges Screening sollte gemäß den Leitlinien eine weiterführende, strukturierte ernährungsmedizinische Diagnostik durch qualifizierte Fachkräfte

nach sich ziehen. Konkret empfiehlt ESPEN ein regelmäßiges Monitoring von Nahrungsaufnahme, Gewichtsverlauf und BMI ab dem Zeitpunkt der Krebsdiagnose. Bei auffälligem Mangelernährungs-Screening soll eine objektive, quantitative Abklärung erfolgen, die auch ernährungsrelevante Symptome, Muskelmasse und funktionelle Parameter umfasst.

Die Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM)^{7,9} ergänzt diese Empfehlungen um international konsentrierte diagnostische Kriterien und setzt auf den bereits erwähnten zweistufigen Ansatz (siehe Kap. 1.1.).

Über das Screening und die Diagnostik hinaus empfehlen die Leitlinien übereinstimmend eine individualisierte medizinische Ernährungstherapie als integralen Bestandteil der onkologischen Behandlung. Zudem wird die Bedeutung multidisziplinärer Teams und klar definierter Versorgungsprozesse hervorgehoben. Die zentralen Elemente einer evidenzbasierten ernährungsmedizinischen Versorgung gelten damit international weitgehend als konsentriert.

Ergänzend beschreibt die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)⁸ ein praxisorientiertes Stufenschema der medizinischen Ernährungstherapie. Dieses orientiert sich am individuellen Bedarf, Krankheitsverlauf und den jeweiligen Therapiezielen der Patient:innen (siehe Tab. 2).⁸

Tab 2: Stufenschema der Ernährung, adaptiert nach DGEM⁸

STUFE	FORM DER ERNÄHRUNG ODER DES ERNÄHRUNGSSUPPORTS
I	Normalkost oder Sonderformkost, bei Bedarf Anreicherung der Speisen (z. B. mit Eiweiß, Kohlenhydraten, Fett, Vitaminen oder Spurenelementen), Diätberatung
II	Stufe I + orale bilanzierte Diäten (OBD), z. B. Trinknahrung (ONS)
III	Stufe I-II + ergänzende enterale Ernährung (Sondennahrung) und/oder parenterale Ernährung (Nährstoffzufuhr per Infusion)
IV	Ausschließlich enterale Ernährung über eine Sonde
V	Kombination aus enteraler Ernährung (Sondennahrung) + parenteraler Ernährung (Infusion)
VI	Überwiegend parenterale Ernährung (Infusion) bei gleichzeitiger minimaler enteraler Ernährung (Sondennahrung)
VII	Ausschließlich parenterale Ernährung, Nährstoffzufuhr ausschließlich über Infusionen

1.5. Vergleichende Betrachtung: nutritionDay-Ergebnisse

Einen Einblick in die praktische Umsetzung ernährungstherapeutischer Maßnahmen im internationalen Vergleich mit Bezug zu Österreich bietet der sogenannte „nutritionDay“. Dabei handelt es sich um ein internationales Forschungsprojekt zur Erfassung der Ernährungssituation in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und auf Intensivstationen. Der nutritionDay wurde 2006 an der Medizinischen Universität Wien initiiert und wird heute gemeinsam mit internationalen Partnern durchgeführt.⁴⁴

Weltweit werden dabei an einem festgelegten Tag im Jahr standardisierte Daten zum Ernährungsstatus, zur Nahrungsaufnahme, zum Ernährungssupport und zu relevanten Umfeldfaktoren erhoben. Die teilnehmenden Einrichtungen erhalten im Anschluss an die zentrale Auswertung einen Ergebnisbericht mit Vergleichsdaten ähnlicher Stationen derselben Fachrichtung.⁴⁵

Die Ergebnisse für Österreich verdeutlichen bestehende strukturelle Herausforderungen: 2024 nahmen fünf Zentren, 24 Abteilungen und 412 Patient:innen an der Erhebung teil. Drei der fünf Zentren gaben an, eine Ernährungsstrategie im Krankenhaus implementiert zu haben; gleichzeitig fehlten jedoch häufig klare Kriterien für die Identifikation von Patient:innen mit Ernährungsrisiko. Leitlinien werden in weniger als der Hälfte der Abteilungen regelmäßig eingesetzt. Zudem enthält nur rund ein Drittel der Entlassungsbriefe Empfehlungen zur Ernährung.⁴⁶

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass zwischen den vorhandenen wissenschaftlichen Empfehlungen und ihrer Umsetzung im klinischen Alltag weiterhin Lücken bestehen. Gleichzeitig unterstreichen sie den Bedarf an einer breiteren und systematischeren Datengrundlage in Österreich, um Versorgungsrealität, Outcomes und strukturelle Entwicklungen besser erfassen und bewerten zu können.

2. STATUS QUO IN ÖSTERREICH

2.1. Österreichische Leitlinien und Handlungsempfehlungen

Während internationale Studien und Leitlinien den Nutzen medizinischer Ernährungstherapie klar belegen, stellt sich die Frage nach der konkreten Umsetzung im österreichischen Versorgungssystem. Ein Blick auf die nationale Ebene zeigt, dass die Datenlage in Österreich bislang begrenzt ist und sich vielfach auf internationale Vergleichsdaten stützt. Parallel bestehen auch hierzulande Anknüpfungspunkte, die eine stärkere Verankerung ernährungstherapeutischer Versorgung unterstützen könnten.

Internationale Leitlinien, die auch in Österreich Anwendung finden, bilden bereits eine wesentliche fachliche Grundlage für die medizinische Ernährungstherapie. Ergänzend bestehen nationale und regionale Empfehlungen sowie lokale Versorgungskonzepte, deren Umsetzung jedoch unterschiedlich ausgeprägt ist.

2.1.1. Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Ernährung (AKE)

Die Arbeitsgemeinschaft für Klinische Ernährung (AKE) ist eine interdisziplinäre Fachgesellschaft, die Ärzt:innen, Diätolog:innen, Pflegepersonen, in der Forschung und im Gesundheitsbereich tätige Personen mit dem Ziel vereint, die Ernährungsmedizin als festen Bestandteil der medizinischen Versorgung zu etablieren und weiterzuentwickeln. Sie bildet unter anderem mit ihren Empfehlungen („AKE Recommendations“) einen zentralen fachlichen Referenzrahmen für die medizinische Ernährungstherapie in Österreich. Die Empfehlungen fokussieren sich insbesondere auf die Prävention, Diagnostik und Therapie der Mangelernährung entlang des gesamten Versorgungspfads. Spezifische Leitlinien für (onkologische) Patient:innen mit Mangelernährung^{25,47} sind frei abrufbar.

Für onkologische Patient:innen empfiehlt die AKE ein strukturiertes Vorgehen entlang des Behandlungsverlaufs im Spital:²⁵

- » **Mangelernährungsscreening im Rahmen der Diagnose**
- » **Möglichst frühzeitiger Beginn der Ernährungsintervention bei Diagnose einer Mangelernährung oder einem Risiko für Mangelernährung im Screening**
- » **Dokumentation von Größe, Gewicht, Gewichtsverlust, veränderter Nahrungsaufnahme**
- » **Regelmäßige Beurteilung des Ernährungszustandes (alle 2–3 Wochen) während der Therapie**
- » **Beachtung von Nahrungskarenz und verminderte Nahrungszufuhr infolge diagnostischer Untersuchungen**

um folgende Ziele zu erreichen:

- » **Verbesserung der Effektivität und Toleranz der onkologischen Therapie**
- » **Verminderung therapiebedingter Nebenwirkungen**
- » **Verhinderung bzw. Therapie einer Mangelernährung**
- » **Steigerung der subjektiven Lebensqualität**
- » **Möglichkeit der erhöhten Überlebenswahrscheinlichkeit**

Im allgemeinen Kapitel „Ernährungs-Screening und Assessment“, das nicht ausschließlich auf die Onkologie bezogen ist, werden konkrete Screeningfragen und -instrumente empfohlen, unterteilt in die Kategorien Krankenhaus, häuslicher Bereich und Geriatrie. Für den Spitalsbereich sollten der AKE zufolge die validen und reliablen Screeningtools Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Graz Malnutrition Screening

(GMS), Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) oder Malnutrition Screening Tool (MST) herangezogen werden, für kritisch kranke Patient:innen die Instrumente NRS 2002 oder der NUTRIC-Score plus Assessment.⁴⁸ Damit wird ein strukturierter und standardisierter Zugang zur Identifikation gefährdeter Patient:innen gefördert. Eine zentrale Aussage der AKE lautet dabei: „Um Mangelernährung frühzeitig zu erkennen, sollte jede:r Patient:in gescreent werden.“⁴⁷ Dies gilt unabhängig von Gewicht und BMI. Mangelernährungsscreenings sollten im Krankheitsverlauf regelmäßig wiederholt werden.⁴⁸ Gleichzeitig wird verstärkend erwähnt, dass Mangelernährung im klinischen Alltag häufig nicht oder zu spät erkannt wird, was eine frühzeitige Intervention erschwert.

Neben der Diagnostik beschreibt die AKE auch konkrete Grundprinzipien der medizinischen Ernährungstherapie bei onkologischen Patient:innen. Ausgangspunkt ist dabei eine umfassende Erhebung der Ernährungssituation sowie therapieassoziierte Symptome, die die Nahrungsaufnahme beeinflussen können.²⁵ Grundsätzlich wird eine orale Ernährung bevorzugt, wobei diese durch gezielte Ernährungsberatung und, wenn notwendig, durch orale Nahrungssupplemente ergänzt werden soll. Der kombinierte Einsatz von Ernährungstherapie und Supplementen zur Deckung des Energiebedarfs zeigt dabei nachweisliche Vorteile im klinischen Outcome. Ist eine ausreichende orale Zufuhr nicht möglich, etwa bei Dysphagie oder ausgeprägter Mucositis, empfiehlt die AKE eine stufenweise Eskalation der Ernährungstherapie: zunächst enteral, bei unzureichender Versorgung schließlich parenteral, gegebenenfalls auch im Rahmen einer heimparenteralen Ernährung. Ergänzend werden spezifische ernährungsmedizinische Maßnahmen empfohlen, etwa die Anpassung der Fettzufuhr bei Tumorkachexie (z. B. Omega-3-Fettsäuren) sowie die Berücksichtigung hygienischer Anforderungen bei immunsupprimierten Patient:innen.

Ein bedeutendes Element ist zudem der Verweis auf multiprofessionelle Teams. Die Aufgabe von Ernährungsteams besteht unter anderem darin, die genannten Prozesse systematisch in klinische Abläufe zu integrieren, laufend zu evaluieren und anzupassen. Welche Berufsgruppen in einem Ernährungsteam tätig sind ist nicht festgelegt, wobei die kontinuierliche Einbindung von Diätolog:innen als feste Ansprechpartner:innen im Behandlungsprozess hervorgehoben wird. Weitere Berufsgruppen wie Logopädie und Phoniatrie werden bei spezifischen Indikationen wie HNO-Tumoren genannt. Darüber hinaus finden sich weitere Empfehlungen bei tumorspezifischen Besonderheiten. Die AKE unterstützt bei der Vernetzung von Ernährungsteams in Österreich, um den Aufbau neuer Teams zu erleichtern und Synergismen bestehender Teams zu nutzen.²⁵

Damit decken die AKE-Empfehlungen den gesamten Versorgungspfad von Screening und Diagnostik bis hin zur konkreten ernährungstherapeutischen Intervention ab. Die medizinische Ernährungstherapie wird dabei ausdrücklich als integraler Bestandteil der Behandlung verstanden und nicht als ergänzende Maßnahme.

2.1.2. Leitlinien des Tumorzentrums Oberösterreich⁴⁹

Strukturierte einrichtungs- oder bundeslandübergreifende Versorgungskonzepte sind bislang nur punktuell etabliert. Ein konkretes Beispiel für eine regional verankerte und fachübergreifende Umsetzung stellen die Leitlinien des Tumorzentrums Oberösterreich dar:

Darin wird ein idealer Behandlungsprozess abgebildet, der alle wesentlichen Schritte vom Screening auf Mangelernährung über das Assessment bis hin zur ernährungstherapeutischen Intervention umfasst. Ein wesentlicher Punkt ist dabei das Schnittstellen- bzw. Nahtstellenmanagement – angelehnt an Begrifflichkeiten der erfolgten thematischen Bearbeitung im Beteiligungsprozess zu dieser Publikation –, um eine enge Kooperation zwischen verschiedenen medizinischen und therapeutischen Fachbereichen sicherzustellen.

Der ideale Screeningprozess im Tumorzentrum Oberösterreich sieht ein Mangelernährungsscreening innerhalb von 24 Stunden nach der stationären Aufnahme vor, idealerweise sogar im Vorfeld. Dieses soll so gestaltet sein, dass es auch von nicht speziell geschultem Personal durchgeführt werden kann. Empfohlen wird der Einsatz validierter Screening-Instrumente, darunter die von den ESPEN-Guidelines empfohlenen Tools Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002), Mini Nutritional Assessment (MNA), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) oder Malnutrition Screening Tool (MST) sowie die zusätzlich in Österreich angewandten Instrumente wie das AKE-Screening, Vinzenz Ernährungsscreening Tool (VEST) und Grazer Mangelernährungsscreening (GMS).

Um die Vergleichbarkeit und Konsistenz der Ergebnisse sicherstellen zu können, empfehlen die Leitlinien, Screening-Instrumente mit ähnlichen Strukturen und Inhalten zu verwenden und halten gleichzeitig fest: „Das effektivste Screening-Tool ist jenes, das regelmäßig und konsequent angewendet wird, da nur so eine umfassende Identifikation und Versorgung gefährdeter Patient:innen sichergestellt werden kann.“⁴⁹

Wird ein Risiko identifiziert, schließt sich laut den Leitlinien des Tumorzentrums Oberösterreich die Zuweisung an die Diätologie an, gefolgt von einem Assessment durch das Ernährungsteam und bei Bedarf weiterführenden Maßnahmen. Während des gesamten Spitalsaufenthalts ist ein wöchentliches Re-Screening vorgesehen. Wertgelegt wird außerdem auf eine lückenlose Dokumentation der geplanten Ernährungsintervention. Die Leitlinien definieren zusätzlich sogenannte „Yellow Flags“ wie bevorstehende Operationen oder auffällige Laborwerte, die das Behandlungsteam unabhängig vom Mangelernährungsscreening erkennen soll.

Ein weiterer zentraler Bestandteil ist das interprofessionelle Versorgungskonzept, das eine Vielzahl von Berufsgruppen einbezieht, darunter Medizin, Pflege, Diätologie, Therapie, Pharmazie, klinische Psychologie sowie Sozialdienst und Entlassungsmanagement. Ziel ist eine durchgängige Betreuung entlang des gesamten Versorgungspfads.

2.1.3. Ergänzende Empfehlungen: AHOP, Österreichische Krebshilfe und DIAETOLOGIE Austria

Ergänzend zu den Empfehlungen der AKE und des Tumorzentrums Oberösterreich existieren in Österreich auch praxisorientierte Informationsangebote für Pflegepersonen und Patient:innen, konkret durch die Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und onkologischer Pflegepersonen in Österreich (AHOP)⁵⁰ und die Österreichische Krebshilfe.⁵¹

Die Österreichische Krebshilfe richtet sich direkt an Betroffene und bietet leicht zugängliche, praxisnahe Ernährungsempfehlungen für den Alltag. Im Fokus stehen konkrete Hilfestellungen bei häufig auftretenden Beschwerden onkologischer Patient:innen wie Übelkeit und Erbrechen, Appetitlosigkeit, Geschmacksveränderungen, Schleimhautproblemen, Verdauungsstörungen wie Durchfall oder Verstopfung, Gewichtsveränderungen, Erschöpfung, Infekten oder Verlust an Knochenmasse. Die Empfehlungen adressieren dabei nicht nur ungewollten Gewichtsverlust und Mangelernährung, sondern thematisieren auch die Bedeutung eines gesunden Körpergewichts und Lebensstils im Kontext von Krebsprävention und Langzeitgesundheit. Darüber hinaus werden Betroffenen spezifische Ernährungsempfehlungen für bestimmte Krankheits- oder Therapiesituationen bereitgestellt, etwa nach operativen Eingriffen im Gastrointestinaltrakt und einem damit einhergehenden Verlust des Hungergefühls.⁵¹

Neben der Vermittlung konkreter Empfehlungen verfolgt die Krebshilfe auch das Ziel, Patient:innen in ihrer Selbstwirksamkeit zu stärken. Betroffene sollen dabei unterstützt werden, aktiv zu ihrem Wohlbefinden, ihrer Lebensqualität und dem Umgang mit therapiebedingten Belastungen beizutragen. Solche Angebote können einen wichtigen Beitrag leisten, um mit dem beeinflussbaren Riskofaktor Mangelernährung bestmöglich umzugehen

Ein zentrales Element ist außerdem die Aufklärung über kursierende Ernährungsmythen: Es existiert keine evidenzbasierte „Krebsdiät“, die onkologische Therapien in ihrer Wirksamkeit verlässlich verbessert. Im Gegenteil können solche Mythen den Patient:innen sogar schaden und zu zusätzlicher und teils erheblicher Verunsicherung führen.⁵¹ Unkritisch propagierte Konzepte und „Wunderdiäten“ können zu Mangelernährung, Funktionsverlust und zusätzlicher Belastung führen; empfohlen wird daher eine evidenzbasierte, individuell begleitete Ernährungstherapie statt pauschaler Diätversprechen.

Demgegenüber stellt die AHOP Materialien bereit, die sich primär an onkologische Pflegepersonen richten und diese in der Betreuung von Krebspatient:innen unterstützen. Neben allgemeinen Aspekten des Alltags mit einer Krebserkrankung werden dabei auch ernährungsrelevante Fragestellungen aufgegriffen, insbesondere im Kontext therapiebedingter Nebenwirkungen und des Symptomanagements im Pflegealltag. Die Aktivitäten der AHOP tragen damit zur fachlichen Unterstützung und Kompetenzentwicklung onkologischer Pflegepersonen bei.⁵⁰ Dies wird in weiterer Folge vor allem rund um sogenannten Cancer Nurses noch verdeutlicht.

Eine elementare Rolle in der praktischen Umsetzung der medizinischen Ernährungstherapie kommt darüber hinaus der Diätologie zu. Der Berufsverband DIAETOLOGIE Austria befasst sich im Rahmen eines eigenen Arbeitskreises mit dem Thema Onkologie und bündelt fachliche Expertise für die ernährungstherapeutische Betreuung von Patient:innen.⁵² Die Diätologie ist als Berufsgruppe maßgeblich an der Umsetzung, individuellen Anpassung und kontinuierlichen Begleitung im Rahmen der Ernährungstherapie beteiligt und stellt damit einen wesentlichen Bestandteil der multiprofessionellen Versorgung dar. Die einzelnen Schritte der ernährungstherapeutischen Betreuung werden im „Diätologischen Prozess“ beschrieben, der das professionelle Vorgehen in Assessment, Planung, Intervention und Evaluation strukturiert abbildet.⁵³

2.1.4. Zusammenfassung

Die begrenzte Auffindbarkeit öffentlich verfügbarer, einrichtungsübergreifender Richtlinien in Österreich lässt unterschiedliche Interpretationen zu: Einerseits stehen internationale evidenzbasierte Leitlinien – etwa von ESPEN oder die S3-Leitlinie, die jeweils auch unter österreichischer Beteiligung entstanden – bereits zur Verfügung und werden auch national als Referenzrahmen genutzt, andererseits zeigt sich in der praktischen Umsetzung weiterhin ein heterogenes Versorgungsbild mit regionalen und institutionellen Unterschieden hinsichtlich Screening, Zuständigkeiten, Dokumentation, interprofessioneller Zusammenarbeit und Nahtstellenmanagement.

Statt öffentlich zugänglicher und einheitlich abgestimmter Versorgungskonzepte haben sich in der Praxis häufig punktuelle Lösungen wie interne Richtlinien einzelner Krankenhäuser oder Träger entwickelt, die sich in Struktur und Umsetzung unterscheiden können. Parallel dazu wurden in verschiedenen Spitälern bereichsübergreifende Teams gebildet, die sich der Ernährung bzw. der medizinischen Ernährungstherapie bei onkologischen Patient:innen intensiver widmen. Da diese Initiativen überwiegend lokal umgesetzt werden, sind sie jedoch nicht standardisiert, nur eingeschränkt aufeinander abgestimmt und bleiben vielfach von einzelnen Personen oder Institutionen abhängig.

Dass die Bedeutung eines systematischen Vorgehens bereits früh erkannt wurde, zeigt der Nationale Aktionsplan Ernährung (NAP.e, 2013)⁵⁴, der unter anderem die „Einführung von strukturierten Mangel- und Fehlernährungs-Screenings sowie Monitoring in stationären Einrichtungen“ vorsieht. Auch wenn der Fokus nicht spezifisch auf der Onkologie liegt, wurden neben den Vorteilen für die Patient:innen auch Effizienzgewinne für die Krankenhaus-, Pflege- und Versicherungsträger erwartet. Eine nachhaltige Implementierung dieser Entwicklungen bleibt bisher aus. Der Meilenstein zur Aktualisierung des Nationalen Aktionsplans Ernährung mit 2020 ist unerreicht.⁵⁵

In der Gesamtbetrachtung ergibt sich weniger ein Mangel an fachlicher Evidenz als vielmehr an strukturell abgestimmter und flächendeckend implementierter Versorgungspraxis. Ein stärker koordinierter Ansatz könnte dazu beitragen, bestehende Fragmentierungen zu reduzieren, Verantwortlichkeiten klarer zu definieren und die ernährungstherapeutische Versorgung entlang des gesamten Behandlungspfads konsistenter zu gestalten.

Wie diese Anforderungen in der Praxis konkret abgebildet werden, zeigt sich bei der tatsächlichen Umsetzung von Screening und Diagnostik.

2.2. Umsetzung: Screening und Diagnostik in der Praxis

Ob und wie onkologische Patient:innen in der Praxis gescreent und einer medizinischen ernährungstherapeutischen Behandlung zugeführt werden, hängt derzeit maßgeblich von der jeweiligen Einrichtung beziehungsweise dem Bundesland ab, in dem sie behandelt werden. Auch hier zeigt sich somit ein entsprechend heterogenes Bild ohne einheitlich systemisch verankerte Vorgehensweise. Die Identifikation von Risikopatient:innen bleibt damit in vielen Fällen potenziell unvollständig.

Als wichtiger Ansatzpunkt für ein frühzeitiges Erkennen ernährungsbezogener Risiken gilt die Pflegeanamnese, da Gewichtsverläufe und Essgewohnheiten (z. B. Tellerprotokoll) dort niederschwellig erfasst werden. Hinweise auf Auffälligkeiten können unmittelbar in die weiteren Versorgungsschritte einfließen, sofern die entsprechenden Prozesse und Zuständigkeiten etabliert sind.

2.2.1. Zusammenspiel von Pflege und Diätologie

Mit der Hervorhebung des multidisziplinären Ansatzes rücken auch klar definierte Rollen stärker in den Fokus. Innerhalb dieses Gefüges fungieren insbesondere spezialisierte Pflegepersonen als wesentliche Anlaufstelle für Patient:innen und stehen in besonders engem Kontakt mit ihnen. Dadurch übernehmen sie eine koordinierende Schlüsselrolle als „Drehscheibe“ im Behandlungsverlauf sowie zwischen Patient:innen und anderen beteiligten Berufsgruppen. Dies gilt vor allem für Funktionen wie Cancer Nurses bzw. Onko Nurses oder Advanced Practice Nurses in der Onkologie.⁵⁶

Pflegepersonen verfügen durch ihren intensiven Kontakt zu den Patient:innen über einen guten Überblick zum individuellen Therapieverlauf und sind häufig die ersten Ansprechpartner:innen bei Beschwerden im Zusammenhang mit der Ernährung. Daraus ergibt sich eine wichtige Funktion bei der frühzeitigen Identifikation von Risikopatient:innen und der weiterführenden, zeitnahen Einbindung ernährungsmedizinischer bzw. diätologischer Expertise. Darüber hinaus tragen Pflegepersonen zur Koordination weiterer Behandlungsschritte bei und übernehmen organisatorische Aufgaben im Versorgungsprozess.

Diätolog:innen nehmen eine zentrale Funktion in der weiterführenden Abklärung und Behandlung von Mangelernährung ein. Zu ihren Aufgaben im Rahmen des diätologischen Prozesses zählen neben dem diätologischen Assessment die fachspezifische diätologische Diagnose, die individuelle Therapieplanung einschließlich Zieldefinition sowie die Durchführung der Intervention mit den Patient:innen. Monitoring und Ergebnis-Evaluation schließen sich an.⁵³ Die AKE empfiehlt Diätolog:innen ausdrücklich als konkrete Ansprechpersonen.²⁵ Auch internationale Leitlinien wie jene von ESPEN^{6,43} und NICE⁵⁷ aus dem Vereinigten Königreich betonen die Einbindung ernährungsspezifischer Fachkräfte als festen Bestandteil multidisziplinärer Behandlungsteams. Hierzulande fällt diese Rolle Diätolog:innen zu. Sie sind in Österreich neben Ärzt:innen als einzige Berufsgruppe befugt, Menschen bei Vorliegen oder Verdacht einer Erkrankung ernährungstherapeutisch zu behandeln.⁵⁸

Voraussetzung für eine wirksame ernährungstherapeutische Versorgung ist, dass auffällige Patient:innen frühzeitig und systematisch identifiziert und zugewiesen werden. Wo diätologische Expertise zeitnah erreichbar ist, verkürzen sich Wege von der ersten Auffälligkeit zur gezielten Intervention. Dies entspricht auch den in internationalen Leitlinien beschriebenen strukturierten Versorgungspfaden, in denen Screening, Zuweisung und diätologische Abklärung eng miteinander verknüpft sind. Es braucht daher klare Abläufe im Zusammenspiel der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen unter Berücksichtigung der jeweiligen rechtlichen Rahmenbedingungen, um eine zeitnahe und bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.

Eine zunehmend wichtige Position nehmen Cancer Nurses als Teil eines interprofessionellen Teams ein. Die speziell ausgebildeten Pflegekräfte gelten als wertvolle Ressource, die Versorgung durch Koordination, Patient:innenaufklärung und frühzeitige Bedarfserkennung unterstützt und die Kontinuität entlang komplexer Versorgungspfade verbessern kann. Während sie in Österreich im Jahr 2026 nur teilweise etabliert sind⁵⁰, haben sie in anderen Ländern wie dem Vereinigten Königreich bereits eine Art Lots:innenfunktion inne und begleiten Patient:innen durch verschiedene Phasen der Versorgung.⁵⁹

Ein gemeinsames Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und onkologischer Pflegepersonen in Österreich (AHOP) und der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (OeGHO) beschreibt Cancer Nurses als spezialisierte Pflegepersonen mit erweiterten Kompetenzen in Beratung, Koordination und Symptommanagement. Sie fungieren als koordinierende Schnittstelle zwischen Patient:innen und den beteiligten Berufsgruppen und in interprofessionellen Teams – mit Schwerpunkt auf strukturierter Patient:innenaufklärung, Navigation komplexer Versorgungspfade und frühzeitiger Erkennung von Unterstützungsbedarfen, einschließlich ernährungsbezogener Risiken. Damit wird ihre Rolle vor allem als Beitrag zur Versorgungskontinuität und zur besseren Abstimmung zwischen den beteiligten Berufsgruppen verstanden. Vor diesem Hintergrund wird eine stärkere strukturelle Verankerung dieser Funktion im österreichischen Versorgungssystem befürwortet.⁵⁶ Die Förderung entsprechender Weiterbildungs- und Spezialisierungsangebote und die Verankerung im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) werden im Ziel 8 des Nationalen Krebsrahmenprogramms bereits aktiv gefordert, um die stärkere Implementierung in die Praxis voranzutreiben.²⁹ Auch in weiteren Publikationen wird der Ausbau entsprechender Strukturen durch die Krankenanstaltenträger explizit gefordert.²⁸

Für die Ernährung bedeutet das konkret: Wo Mangelernährungs-Screening und Verlaufserhebung standardisiert im Pflegeassessment verankert sind und definierte Zuweisungswege bestehen, steigt die Vollständigkeit und Zuverlässigkeit der Erfassung. Ohne klare Prozessstandards, gesicherte Ressourcen und Managementsupport bleibt die Umsetzung hingegen personengebunden und damit vulnerabel.

2.2.2. Strukturelle Hürden in der praktischen Umsetzung

Eng damit verknüpft ist die Ressourcensituation als bislang ungelöstes Kernproblem: Die diätologischen und pflegerischen Kapazitäten sind in vielen Spitälern bereits stark ausgelastet. Eine Ausweitung systematischer Screenings würde daher zusätzlichen Betreuungsbedarf sichtbar machen, der mit den bestehenden Ressourcen nur eingeschränkt abgedeckt werden kann. Bereits jetzt zeigt sich, dass Zuweisungen zur Diätologie vielerorts verzögert erfolgen oder ganz ausbleiben.

Was in Österreich bislang vor allem punktuell beschrieben wird, wird im Vereinigten Königreich durch öffentliche Berichte verdeutlicht. Sie belegen, dass der steigende Bedarf an ernährungstherapeutischer Betreuung häufig nicht durch entsprechende personelle Ressourcen gedeckt werden kann. Die British Dietetic Association verweist sowohl auf ihrer Website⁶⁰ als auch im Rahmen schriftlicher parlamentarischer Einreichungen⁶¹ auf die wachsende Diskrepanz zwischen benötigten und verfügbaren Kapazitäten.

Auch die Etablierung spezialisierter Pflegefunktionen wie der Cancer Nurses muss noch voranschreiten: Im Krebsreport 2025 ist ersichtlich, dass nur rund 10% der befragten Pflegepersonen in einer eigenständigen Rolle als Cancer Nurse oder Breast Care Nurse tätig sind, während ein größerer Anteil diese Aufgaben in Kombination mit anderen Funktionen wahrnimmt.³⁰ Dies deutet darauf hin, dass vorhandene Qualifikationen bislang nicht flächendeckend in entsprechende Versorgungsstrukturen überführt werden, auch wenn sie einen positiven Trend darstellen. Gleichzeitig verweist der Krebsreport auf laufende Entwicklungen, etwa die geplante Verankerung der Cancer Nurse als Spezialisierung im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz.

Ergänzend zeigt sich auch ein Bedarf an Bewusstseinsbildung. Einerseits um den Stellenwert der Ernährung bzw. der medizinischen Ernährungstherapie zu untermauern, andererseits um insbesondere Falschinformationen entgegenzuwirken, wie bereits in Kapitel 2.1.3. erwähnt wurde.

Das zuvor dargestellte heterogene Versorgungsbild wird durch diese Eindrücke weiter bestätigt. Zugleich zeigt sich, dass eine systematische Weiterentwicklung klare Zuständigkeiten und insbesondere ausreichende personelle Ressourcen voraussetzt.

2.3. Ökonomische Betrachtung: Medizinische Ernährungstherapie als wirtschaftlicher Hebel zur Kosteneinsparung

Die dargestellten strukturellen Herausforderungen betreffen nicht nur die Versorgungsqualität, sondern haben auch eine klare ökonomische Dimension. Bereits der Aktionsplan Ernährung hielt 2013 fest, dass systematisches Screening, kontinuierliches Monitoring und frühzeitige ernährungstherapeutische Maßnahmen nicht nur medizinisch relevant, sondern auch gesundheitsökonomisch sinnvoll sind, da kostenintensive Folgen reduziert werden können.⁵⁴

Vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen im Gesundheitssystem rücken Fragen nach Effizienz und Einsparungspotenzial zunehmend in den Fokus. Für die medizinische Ernährungstherapie weisen gesundheitsökonomische Analysen auf ein sehr günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis hin.¹¹ Insbesondere durch die Reduktion von Komplikationen, Therapieabbrüchen, verlängerten Krankenhausaufenthalten und Wiederaufnahmen ergeben sich potenzielle wirtschaftliche Einsparungseffekte.

Zusätzliche Kosten entstehen unter anderem dann, wenn Patient:innen aufgrund eines schlechten Ernährungszustands Therapien nicht wie geplant fortführen können, länger stationär behandelt oder nach Entlassung wiederaufgenommen werden müssen. Eine systematische Identifizierung von Patient:innen mit Risiko für Mangelernährung und eine darauf aufbauende ernährungstherapeutische Intervention können dazu beitragen, solche Versorgungsunterbrechungen zu vermeiden und Ressourcen gezielter einzusetzen.

Die gesundheitsökonomische Analyse (mit Stand 07/2026 zur Publikation eingereicht)¹¹ kommt anhand modellbasierter Berechnungen zu dem Ergebnis, dass ein Einsatz von 197.550 Euro für medizinische Ernährungstherapie bei 1.000 Hochrisikopatient:innen Bruttoeinsparungen in Höhe von 2,14 Millionen Euro zur Folge hat (siehe Tab. 3). Dies entspricht im dargestellten Szenario einer Ausgabenvermeidung von rund 11 Euro pro investiertem Euro und rechnerisch ca. 2.142 Euro pro Patient:in pro Monat.

Die medizinische Ernährungstherapie ist damit nicht nur kostensparend, sie kann vielmehr als zentrales Instrument zur wirtschaftlichen Stabilisierung des Krankenhausbudgets wirken.

Tab. 3: Kostenanalyse von Standardpflege und medizinischer Ernährungstherapie bei onkologischen Patient:innen, adaptiert nach Vavrovsky et al.¹¹

KOSTENKATEGORIE	SZENARIO A: STANDARDPFLEGE	SZENARIO B: ERNÄHRUNGSTHERAPIE	DIFFERENZ (NETTO)
Interventionskosten	€ 0	€ 197.550	€ 197.550
Therapieabbrüche und Dosisreduktion onkologischer Therapien	€ 540.000	€ 270.000	- € 270.000
Rate	12 %	6 %	
Kosten	€ 4.500		
Unerwünschte Ereignisse (Infektion/Toxizität)	€ 805.528	€ 685.714	- € 119.814
Rate	27 %	23 %	
Kosten	€ 3.000		
Krankenhausaufenthalte	€ 7.020.000	€ 5.070.000	- € 1.950.000
Tage	9	6,5	
Kosten	€ 780		
GESAMTKOSTEN	€ 8.365.528	€ 6.223.264	- € 2.142.264
NETTO-ROI			10,8 X ROI

* Modelliert wurden die Kosten für jeweils 1.000 onkologische Patient:innen mit einem hohen Risiko für Mangelernährung über einen Versorgungszeitraum von 30 Tagen. Für eine Gruppe wurde eine unterstützende medizinische Ernährungstherapie angenommen, für die andere nicht.¹¹

3. INTERNATIONALE ANSÄTZE ZUR IMPLEMENTIERUNG DER MEDIZINISCHEN ERNÄHRUNGSTHERAPIE

Ein Blick auf andere Gesundheitssysteme zeigt, dass Screening, Diagnostik und ernährungstherapeutische Versorgung in mehreren Ländern durch verbindliche Vorgaben, standardisierte Abläufe und institutionalisierte Zuständigkeiten klarer geregelt sind. Die folgenden Beispiele verdeutlichen unterschiedliche Ansätze zur Implementierung medizinischer Ernährungstherapie. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass formale Vorgaben und nationale Leitlinien allein nicht zwangsläufig eine flächendeckend konsistente Versorgung im klinischen Alltag gewährleisten. Patient:innenbezogene Erhebungen weisen auch in Ländern mit vergleichsweise stark regulierten Systemen auf Unterschiede in der praktischen Umsetzung, im Zugang zu ernährungsmedizinischer Betreuung und in der Kontinuität der Nachsorge hin.¹⁶

Während Deutschland bereits im Zusammenhang mit der S3-Leitlinie sowie den Aktivitäten der DGEM fand und zuletzt vor allem durch gesundheitspolitische Reformbestrebungen aufgegriffen, verdeutlichen die Beispiele aus dem Vereinigten Königreich, den Niederlanden, Frankreich und Dänemark, wie direkt oder indirekt verpflichtende Standards für Screening, Diagnostik und Durchführung der medizinischen Ernährungstherapie ausgestaltet sein können. Gemeinsam ist diesen Ansätzen insbesondere die konsequente Ausrichtung auf frühzeitige Identifikation von Risikopatient:innen sowie die Einbindung multidisziplinärer Teams.

3.1. Deutschland

Deutschland nimmt im dargelegten internationalen Vergleich eine Zwischenrolle ein. Es liegen umfassende evidenzbasierte Empfehlungen zur medizinischen Ernährungstherapie vor, die auch onkologische Patient:innen adressieren und die Bedeutung eines frühzeitigen Screenings sowie einer strukturierten ernährungstherapeutischen Betreuung hervorheben.¹⁵ Im Unterschied zu mehreren der anderen aufgeführten Ländern erfolgt die Umsetzung in Deutschland derzeit überwiegend leitlinienbasiert und ist bislang nicht flächendeckend durch verpflichtende strukturelle Vorgaben abgesichert.

Gleichzeitig gewinnt die medizinische Ernährungstherapie in Deutschland zunehmend an gesundheitspolitischer Bedeutung: Mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG)⁶², das der Deutsche Bundestag am 06. März 2026 beschlossen hat, wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, eine Richtlinie zur Erkennung und wirksamen Behandlung von Mangelernährung im Krankenhaus zu entwickeln. Diese soll insbesondere Anforderungen an die systematische Erkennung betroffener Patient:innen bei stationärer Aufnahme, an die personellen Voraussetzungen sowie an die Planung und Durchführung der Behandlung festlegen. Die Fertigstellung der Richtlinie ist bis zum 31. Dezember 2027 vorgesehen.

Die gesetzliche Initiative greift damit ein Versorgungsproblem auf, das insbesondere in der Onkologie seit Jahren beschrieben wird.^{6,15,45}

Mit diesem Vorstoß zeigt sich ein System im Übergang von einem primär leitlinienbasierten Ansatz in Richtung stärker verbindlicher struktureller Rahmenbedingungen.

3.2. Vereinigtes Königreich/UK

Im Vereinigten Königreich ist die medizinische Ernährungstherapie über nationale Leitlinien des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) bereits strukturell in die Versorgung eingebunden. Zwar gibt es keine spezifischen NICE-Guidelines ausschließlich für Mangelernährung bei onkologischen Patient:innen, allerdings schließen die allgemeinen Empfehlungen zur medizinischen Ernährungstherapie⁵⁷ auch die onkologischen Patient:innen mit ein.

Die Leitlinien sehen ein systemisches Screening vor: Alle stationären Patient:innen sollen bei der Aufnahme und alle ambulanten Patient:innen bei ihrem ersten Termin in der Klinik erfasst werden. Die Erhebung soll bei stationären Patient:innen wöchentlich und bei ambulanten Patient:innen bei klinischem Verdacht wiederholt werden.

Die Erfassung von Mangelernährung beziehungsweise eines entsprechenden Risikos muss von entsprechend qualifiziertem Fachpersonal durchgeführt werden und bei Bedarf eine adäquate ernährungstherapeutische Intervention nach sich ziehen. Darüber hinaus betonen die Empfehlungen, dass alle an der Versorgung beteiligten Gesundheitsberufe eine angemessene Schulung und Fortbildung erhalten sollen.

Patient:innen mit Bedarf an Ernährungsunterstützung oder medizinischer Ernährungstherapie müssen eine koordinierte Versorgung durch ein multidisziplinäres Team erhalten, dessen Zusammensetzung je nach Einrichtung und regionalen Gegebenheiten variieren kann. In allen Krankenhäusern ist zudem ein sogenannter Ernährungslenkungsausschuss vorgesehen.

In der praktischen Umsetzung zeigt sich allerdings, dass die NICE-Vorgaben trotz breiter Vorgabenbasis nicht durchgehend umgesetzt werden. So wird bei einem Teil der Spitalspatient:innen – hierbei explizit nicht nur auf die Onkologie bezogen – offenbar dennoch kein adäquates Screening durchgeführt oder es erfolgt keine Überweisung an eine diätologische Fachkraft. Die Ursachen werden unter anderem in mangelndem Know-how, unklaren Zuständigkeiten, strukturellen Defiziten sowie begrenzten personellen Ressourcen gesehen.^{63,64}

3.3. Niederlande

Die Niederlande verfolgen einen Ansatz, bei dem Leitlinien über Qualitätssicherung und Akkreditierungsprozesse in Richtung einer faktischen Verbindlichkeit wirken können. Grundlagen bilden die multidisziplinären Leitlinien „Ondervoeding bij patiënten met kanker“⁶⁵ (Mangelernährung bei Krebspatient:innen). Sie gelten als professioneller Standard und werden in vielen Krankenhäusern in lokale Protokolle und Versorgungsabläufe integriert – auch um eine leitlinienbasierte Versorgung im Rahmen von Qualitätssicherung bzw. Akkreditierung nachvollziehbar darzustellen.

Empfohlen wird ein frühzeitiges Screening durch Pflegekräfte, Ärzt:innen, Fachkrankenschwestern:innen oder andere Gesundheitsberufe. Grundsätzlich werden alle Patient:innen bei der Krankenhausaufnahme oder bereits davor in der haus- oder fachärztlichen Praxis auf Mangelernährung gescreent. Im weiteren Krankheitsverlauf wird dieses Screening regelmäßig wiederholt.

Bei auffälligen Ergebnissen erfolgt eine vertiefende ernährungsmedizinische Beurteilung durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte, auf deren Basis eine individuelle medizinische Ernährungstherapie eingeleitet wird.

Insbesondere bei Tumorentitäten mit erhöhtem Risiko für Mangelernährung und Ernährungsprobleme, wie z. B. Kopf-Hals-Tumore und gastrointestinale Tumore, ist eine frühzeitige und kontinuierliche Betreuung, Schulung und Beratung durch Diätolog:innen vorgesehen.

Ein wesentliches Merkmal des niederländischen Ansatzes sind die konsequente interdisziplinäre Zusammenarbeit und die sektorübergreifende Abstimmung zwischen stationärer Versorgung, Langzeitpflege, ambulanter Betreuung oder auch dem häuslichen Umfeld. Medizinische Ernährungstherapie wird damit als integraler Bestandteil eines durchgängigen Versorgungspfades verstanden.

3.4. Frankreich

Frankreich zählt zu den Ländern mit einer starken regulatorischen Verankerung der medizinischen Ernährungstherapie. Sie ist sowohl fachlich als auch gesundheitspolitisch klar positioniert. Eine zentrale Grundlage bilden die Empfehlungen der heutigen Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNCM, früher SFNEP) zur klinischen Ernährung bei erwachsenen onkologischen Patient:innen unter nicht-chirurgischer Behandlung.⁶⁶ Die SFNCM ist eine multidisziplinäre Fachgesellschaft für klinische Ernährung und Metabolismus, die Fachpersonen unterschiedlicher Gesundheitsberufe und wissenschaftlicher Disziplinen vereint. Dementsprechend wird Ernährungstherapie in den Leitlinien ausdrücklich als teamübergreifende Aufgabe verstanden.

Die Empfehlungen bilden zugleich die wissenschaftliche Grundlage nationaler ernährungsbezogener Richtlinien, die mit den französischen Krebsplänen „Cancer 2009–2013“⁶⁷ und verstärkt im „Plan Cancer 2014–2019“⁶⁸ weiterentwickelt wurden. In diesem Kontext wurden ernährungsbezogene Maßnahmen in öffentlichen und zertifizierten Einrichtungen als wesentlicher Bestandteil der onkologischen Versorgung verankert.

Damit ist formal vorgesehen, dass der Ernährungsstatus bei Klinik- oder Ambulanzkontakten in Frankreich systematisch erhoben und dokumentiert wird. Definitionen für Mangelernährung und das Risiko für Mangelernährung sind standardisiert festgelegt. Ernährungsmedizinische Maßnahmen werden über alle Tumorstadien hinweg als integraler Bestandteil der Supportivtherapie verstanden.

Die Ergebnisse von Mangelernährungsscreening und Therapie sollen dokumentiert und in nationale Qualitäts- und Steuerungssysteme eingebracht werden; diese Dokumentation ist in der Logik der Qualitäts- und Finanzierungsmechanismen von hoher Relevanz. Darauf aufbauend sind ernährungstherapeutische Strukturen – einschließlich Ernährungsteams und die Sicherstellung des Zugangs zu spezialisierten unterstützenden Fachbereichen – in Frankreich breit implementiert.^{66,68}

Trotz dieser weitreichenden strukturellen und regulatorischen Rahmenbedingungen gibt es Hinweise darauf, dass die praktische Umsetzung – insbesondere die Konsequenz der Überwachung und Meldung von Unterernährung – zwischen Einrichtungen variieren kann. Als mögliche Ursachen werden unter anderem unterschiedliche Schulungsstände sowie Personal- und Zeitdruck genannt.⁶⁹ Damit wird deutlich, dass verbindliche Vorgaben eine notwendige Grundlage sind, jedoch durch kontinuierliche Qualifizierung, klare Prozesse und ausreichende Ressourcen flankiert werden müssen, um eine konsistente Umsetzung im Versorgungsalltag zu gewährleisten.

3.5. Dänemark

Dänemark gilt als Beispiel für einen systemisch integrierten Ansatz zur medizinischen Ernährungstherapie. Das Land verfolgt ein national koordiniertes Konzept, das alle Versorgungsbereiche einbezieht. Grundlage bildet eine landesweite Leitlinie zur Erkennung, Behandlung und Nachverfolgung von Mangelernährung, die sowohl im stationären als auch im ambulanten und kommunalen Bereich Anwendung findet. Zentrale Elemente sind ein systematisches Mangelernährungsscreening, klar definierte Prozessschritte von der Diagnostik bis zur kontinuierlichen Verlaufskontrolle sowie eine abgestimmte Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen. Die Leitlinie beschreibt dafür einen standardisierten Ablauf aus Screening, weiterführender Diagnostik, individueller Ernährungstherapie und fortlaufender Evaluation des Therapieverlaufs.⁷⁰

Ein wesentliches Merkmal des dänischen Ansatzes ist die sektorübergreifende Organisation der Versorgung: Die Verantwortung für die Ernährungstherapie wird nicht ausschließlich im Krankenhaus verortet, sondern erstreckt sich auch auf extramurale Strukturen und die Primärversorgung. Damit soll eine lückenlose Betreuung über den gesamten Behandlungsverlauf hinweg sichergestellt werden. Auch im nationalen Krebsplan („Kræftplan V“⁷¹) wird die Bedeutung einer durchgängigen, bedarfsgerechten Unterstützung betont, in der ernährungsmedizinische Maßnahmen als Teil der Rehabilitation und der supportiven Versorgung mitgedacht werden.

Ein zentrales Ziel des dänischen Modells ist die Sicherstellung eines möglichst gleichberechtigten Zugangs zur Ernährungstherapie unabhängig vom Behandlungssetting. Dabei ist auch die internationale Initiative „Optimal Nutritional Care for All“ (ONCA) von Bedeutung, an der Dänemark aktiv beteiligt ist. Der Zusammenschluss verfolgt eine stärkere strukturelle Verankerung, verbesserte Datengrundlagen und Qualitätssicherung.⁷²

Insgesamt zeigt sich eine sektorenübergreifende Verankerung der medizinischen Ernährungstherapie entlang des gesamten Versorgungspfads.

3.6. Schlussfolgerungen: Perspektiven für Österreich

Die internationalen Beispiele zeigen, dass verbindliche Vorgaben allein keine konsistente Versorgung garantieren. Entscheidend sind vielmehr deren strukturelle Verankerung, ausreichende personelle Ressourcen, klar definierte Verantwortlichkeiten sowie eine sektorenübergreifend koordinierte Umsetzung. Für Österreich lassen sich aus den internationalen Beispielen mehrere Lernfelder ableiten:

1. Verbindliche Standards

In Österreich ist das Screening oft vom jeweiligen Krankenhaus oder der Initiative einzelner Personen und Teams abhängig. Mangelernährungsscreenings als verbindlichen Standard der onkologischen Basisversorgung mit klar definierten Zuständigkeiten zu setzen, könnte dazu beitragen, die Screeningraten und die Versorgungskontinuität in Österreich zu verbessern.

2. Frühes Screening, wiederholt und teambasiert

Die Identifikation von Risikopatient:innen erfolgt derzeit uneinheitlich und vielfach ohne definierte Zeitpunkte im Behandlungsverlauf bzw. ohne klare Zuweisungspfade. Ein standardisiertes Initialscreening zu einem festgelegten Zeitpunkt und Wiederholung an kritischen Punkten (z. B. Diagnose, Therapiestart, -wechsel und Entlassung) könnten Ansätze für Österreich darstellen.

3. Strukturierte, multidisziplinäre Ernährungsteams

Internationale Beispiele verdeutlichen, dass multidisziplinäre Ernährungsteams nur dann wirksam arbeiten können, wenn ihre Aufgaben strukturell verankert und personell sowie finanziell abgesichert sind. Derzeit ist die ernährungstherapeutische Versorgung in Österreich stark von lokalen Strukturen abhängig. Die flächendeckende Etablierung multiprofessioneller Ernährungsteams wurde bereits betont: Sie stellt einen zukunftsweisenden Entwicklungsschritt dar.

4. Nahtlose intra- und extramurale Versorgung

Auf dem Versorgungspfad kommt es vor allem bei Sektorenübergängen (stationär/ambulant/extramural) häufig zu Versorgungs-Abbrüchen. Die Ländereinblicke zeigen, dass Übergaben durch standardisierte Prozesse und sektorenübergreifende Koordination stabilisiert werden können. Für eine kontinuierliche ernährungstherapeutische Betreuung braucht es daher klare Zuständigkeiten, definierte Übergabepunkte und einen nachvollziehbaren Follow-up-Pfad, der an die onkologische Behandlung angebunden ist.

5. Daten, Qualitätssicherung und Finanzierung

Derzeit fehlen systematische nationale Daten zur Ernährungssituation, um Versorgungslücken sichtbar zu machen, Qualität vergleichbar zu erfassen und Finanzierung bedarfsgerechter abzubilden. Eine standardisierte Erhebung von Mangelernährungsscreeningdaten sowie deren Integration in Qualitätssicherung und Finanzierung könnten sowohl die Versorgung verbessern als auch die Ressourcendiskussion fundieren.

4. ZENTRALE ERKENNTNISSE UND AUSBLICK

Die Analyse im ersten Teil dieser Publikation zeigt ein klares Gesamtbild: Medizinische Ernährungstherapie ist durch eine breite Evidenzbasis gestützt und in diversen Leitlinien als Bestandteil der onkologischen Supportivtherapie verankert. Internationale Beispiele verdeutlichen, dass vor allem frühes und wiederholtes Screening, multidisziplinärer Zusammenarbeit und klar definierte Abläufe und Verantwortlichkeiten entscheidend dafür sind, dass Ernährungstherapie im Versorgungsalltag wirksam umgesetzt werden kann.

Für Österreich zeigt sich demgegenüber eine Umsetzungslücke: Die Versorgung ist durch regionale Unterschiede und heterogene institutionelle Strukturen geprägt. Screening und Diagnostik erfolgen nicht einheitlich, Zuständigkeiten sind teilweise unklar und die Integration in bestehende Behandlungspfade ist nicht durchgängig standardisiert. Einzelne Elemente sind vielerorts vorhanden, sie sind jedoch bislang nicht konsistent zu einem durchgängigen Versorgungspfad verknüpft – insbesondere an der Nahtstelle zwischen intra- und extramuraler Versorgung.

Damit stellt sich weniger die Frage nach der grundsätzlichen Wirksamkeit der medizinischen Ernährungstherapie, sondern nach ihrer konsequenten, systematischen und sektorenübergreifenden Implementierung in der bestehenden Versorgungslandschaft.

Der zweite Teil dieser Publikation leitet anhand dieser Erkenntnisse und verbunden mit einem interdisziplinären Beteiligungsprozesses ab, welche strukturellen Voraussetzungen, Rollenmodelle und Umsetzungsschritte erforderlich sind, um aus evidenzbasierten Empfehlungen eine verlässliche Versorgungspraxis zu machen.

INTERDISZIPLINÄRER BETEILIGUNGS- PROZESS ZUR ENTWICKLUNG KONKRETER HANDLUNGSVORSCHLÄGE

5. AUFSCHLÜSSELUNG DER HANDLUNGSVORSCHLÄGE

In drei Stakeholder-Workshops mit Expert:innen aus Medizin, Pflege, Diätologie, Wissenschaft und Ökonomie wurden die folgenden Handlungsvorschläge zur Etablierung der medizinischen Ernährungstherapie als integraler Bestandteil der onkologischen Versorgung in Österreich diskutiert, evaluiert und im Rahmen dieser Publikation anhand der Erfahrungen und Expertise der Teilnehmer:innen weiter ausformuliert. Die dargestellten Aussagen und Einschätzungen entstammen diesem Beteiligungsprozess.

Im Verlauf der Workshops wurde deutlich, dass einzelne ernährungstherapeutische Maßnahmen nicht isoliert betrachtet werden sollten, sondern insbesondere ihr strukturiertes Zusammenspiel entscheidend ist: Frühe Risikoidentifikation, klar definierte Folgeprozesse, multiprofessionelle Zusammenarbeit, sektorenübergreifende Kontinuität sowie eine konsistente, faktentreue Kommunikation, ausgeweitete Ausbildung und belastbare Datengrundlage wurden als Ankerpunkte für die nachhaltige Verankerung der medizinischen Ernährungstherapie in Österreich beschrieben.

Entsprechend sind die Handlungsvorschläge in vier Themenfelder eingebettet und verstehen sich als Ansatzpunkte, um diese Entwicklungen zu fördern. Der Expert:innenrunde war es ein Anliegen, realistische, praxisnahe und finanzierbare Möglichkeiten aufzuzeigen, anhand derer die Entwicklung der medizinischen Ernährungstherapie vorangetrieben werden kann.

Erläuterungen zu den Entwicklungsfeldern finden sich in den folgenden Kapiteln.

5.1. Setzen eines einheitlichen Versorgungsstandards durch flächendeckende Initialscreenings bei Erstvorstellung im onkologischen Behandlungspfad und bedarfsgerechte Re-Screenings im Betreuungsverlauf

Ein systematisches Mangelernährungsscreening wurde von den beteiligten Expert:innen als zentrale Voraussetzung für eine strukturierte medizinische Ernährungstherapie beschrieben. Diskutiert wurde dabei insbesondere, wie Risikopatient:innen frühzeitig, verlässlich und im klinischen Alltag praktikabel identifiziert werden können. Es bestand breite Einigkeit darüber, dass ein Initialscreening zur Risikostratifizierung bei der Erstvorstellung im onkologischen Versorgungspfad erfolgen sollte – unabhängig davon, ob diese im stationären oder ambulanten Setting stattfindet (z. B. Ambulanz/Erstkontakt, Therapiebeginn oder Aufnahme). Für die Zielsetzung in dieser Publikation wurde konkret der intramurale Bereich als Startpunkt gewählt. Je nach Risiko und individuellem Behandlungsverlauf sollte es dann bedarfsgerechte Re-Screenings geben, um Veränderungen des Ernährungszustands frühzeitig zu erkennen und ernährungstherapeutische Maßnahmen rechtzeitig einleiten bzw. anpassen zu können.

Im fachlichen Austausch wurde deutlich, dass sich bestehende Screeningprozesse in Österreich regional und institutionell teils erheblich unterscheiden. Einzelne Datenauswertungen deuten darauf hin, dass Mangelernährungsscreenings bei Aufnahme im klinischen Alltag bislang nicht durchgängig dokumentiert bzw. standardisiert durchgeführt werden. In diesem Zusammenhang wurde aus einem Bundesland berichtet, dass in einer regionalen Erhebung nur in einem von über 100 untersuchten Fällen ein Screening bei Aufnahme dokumentiert gewesen sei. Einzelne Einrichtungen verfügen hingegen bereits über verpflichtende oder strukturell verankerte Prozesse: Als Beispiele wurden standardisierte NRS-2002-Screenings an der Medizinischen Universität Innsbruck sowie verpflichtende Abläufe im Rahmen von Zertifizierungen im HNO-Bereich (OnkoZert) genannt.

Im österreichischen Versorgungskontext ist die Umsetzung eines solchen Screenings besonders gut anschlussfähig, weil Diagnostik und Initialtherapie (einschließlich systemischer Therapie) in der Regel intramural gebündelt und damit organisatorisch in einer Hand verankert sind. Dadurch können Screening, Zuweisung und ernährungstherapeutische Folgeprozesse entlang der initialen Behandlungsschritte klar integriert und einheitlicher gesteuert werden als in stärker fragmentierten Systemen. Vor diesem Hintergrund wurde eine verbindliche Verankerung des Screenings befürwortet, weil nur so der klinische Nutzen einer frühen Risikostratifizierung (rechtzeitige Intervention, bessere Therapietoleranz, weniger Komplikationen) im Versorgungsalltag verlässlich realisiert werden kann.

Entscheidend ist jedoch nicht nur die Erhebung selbst, sondern vor allem die Weiterverarbeitung der Ergebnisse. Als wesentliches Problem wurde beschrieben, dass erhobene Daten häufig nicht konsequent in Folgeprozesse überführt werden. Digitale Lösungen und Zuweisungssysteme wurden deshalb als zentrale Chance gesehen. In der Steiermark und nachfolgend auch in Oberösterreich werden bereits KI-gestützte Systeme zur automatisierten Risikoerkennung eingesetzt. Durch die Nutzung bestehender Routinedaten können mit dem Personalised Risk Tool (PRT) gefährdete Patient:innen frühzeitig identifiziert und weitere Maßnahmen unmittelbar angestoßen werden. Dies kann dazu beitragen, klinische Abläufe besser zu koordinieren und personelle Ressourcen gezielter für die eigentliche Behandlung und Betreuung der Patient:innen einzusetzen. Erste österreichische Validierungsdaten zeigen hierfür vielversprechende Ergebnisse.

KI unterstützt somit bereits die klinische Entscheidungsfindung sowie eine effizientere Zuweisung unter der Verantwortung der behandelnden Ärzt:innen und im Rahmen interprofessioneller Zusammenarbeit. Wunsch des Plenums war eine entscheidungsunterstützte, standardisierte Zuweisung zur Diätologie ab einem festgestellten Risiko für Mangelernährung und damit einem nachgewiesenen ernährungstherapeutischen Handlungsbedarf. Der Score unterscheidet sich dabei je nach angewendetem Screeningtool: Beim NRS 2002 oder dem Grazer Mangelernährungsscreening wäre dies ab einem Wert von 3 der Fall.

Die OeGHO erfasst mit Stand 07/2026 in Form einer Umfrage, welche digitalen Hilfsmittel in österreichischen Spitälern verwendet werden. Anhand des daraus entstehenden Überblicks soll es möglich sein, Potenziale für eine Ausweitung entsprechender Lösungen zu bewerten.

Im Plenum wurde mehrfach die klare Forderung nach einheitlichen Screenings ausgesprochen. In der Praxis gilt es bei all diesen Überlegungen allerdings, die regionalen Systemlandschaften zu berücksichtigen. Viele Krankenhäuser arbeiten bereits mit etablierten Instrumenten und

digitalen Lösungen, deren langjährige Vorarbeit nicht verloren gehen darf. Die Tools sind im Krankenhausinformationssystem (KIS) eingebunden; ein Wechsel wird mit Hinweisen auf EDV und hausinterne Spezifikationen oft gar nicht erst erwogen.

Dass eine Vereinheitlichung dennoch große Vorteile bringen würde, steht außer Frage. Datenerhebungen und Qualitätsvergleiche würden erleichtert, Abläufe klarer und Zuweisungspfade transparenter. Zugleich könnte eine bessere Vergleichbarkeit zwischen Einrichtungen geschaffen sowie die Kontinuität an Versorgungsschnittstellen verbessert werden. Auch Schulungsprozesse, digitale Integration und die Evaluation ernährungstherapeutischer Ergebnisse könnten durch abgestimmte Standards vereinfacht werden.

Der Expert:innenrunde war es in diesem Zuge zusätzlich wichtig, die Gegebenheiten der Scores genauer zu beleuchten. Nicht jedes Screening ist für alle Patient:innen gleichermaßen sinnvoll und aussagekräftig. Grundsätzlich erfordern unterschiedliche Settings unterschiedliche Instrumente. Im Zusammenhang mit Mangelernährung rückten damit auch Pflegeeinrichtungen, egal ob Langzeitpflege oder betreutes Wohnen, stärker in den Fokus. Die diskutierten Abläufe und Qualitätskriterien sollten dabei sowohl für intramurale als auch für extramurale stationäre Einrichtungen gelten, abgestimmt auf die jeweiligen Bedürfnisse. Das MNA (Mini Nutritional Assessment) etwa wäre in Pflegeeinrichtungen gut einsetzbar, allerdings nicht im Akutkrankenhaus. Bei bestimmten medizinischen Indikationen zeigen sich zudem Auffälligkeiten, die dazu führen, dass ein klassisches Screening die Mangelernährung bei einem signifikanten Teil der Betroffenen nicht erfasst. Ein Beispiel dafür war ein hepatozelluläres Karzinom mit Leberzirrhose; diese Kombination kommt in etwa 90% der Fälle vor. Von internationalen europäischen Gesellschaften wird dafür das RFH-NPT (Royal Free Hospital Nutritional Prioritizing Tool) empfohlen, dem klar definierte Folgeschritte angehängt sind (etwa Tellerprotokoll und Zuweisung zur Diätologie).

Da eine übergreifende Vereinheitlichung österreichweit bislang nicht realistisch erscheint, sollte zumindest auf gemeinsame Qualitätskriterien oder einen abgestimmten „Werkzeugkasten“ validierter Instrumente geachtet werden, um Vergleichbarkeit und Datengrundlagen zu verbessern. Vorgeschlagen wurden folgende Ansätze:

- » **zeitgerechte Durchführung standardisierter Mangelernährungsscreenings bei der Erstvorstellung im onkologischen Versorgungspfad**
- » **im stationären Setting idealerweise innerhalb der ersten 24 Stunden**
- » **Einsatz validierter Screening-Instrumente, orientiert an aktuellen Guidelines im jeweiligen Fachbereich und Setting**
 - » NRS 2002 als klare Empfehlung bei Neuetablierungen aufgrund vorhandener Evidenz und breiter internationaler Verwendung
 - » Sonderscores für bestimmte Patient:innengruppen entsprechend ihrer gesundheitlichen Grundvoraussetzungen

- » transparent geregelte Handlungspfade/Folgeprozesse bei positivem Screening
- » enge interdisziplinäre Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen
- » bedarfsgerechte Re-Screenings entlang definierter Behandlungsschritte und bei relevanten klinischen Veränderungen
- » ergebnisorientierte Indikatoren zur Evaluation der Versorgungsqualität, etwa hinsichtlich Komplikationen, Verlaufsparemtern oder Verweildauer im Spital
- » vollständige und qualitätsgesicherte Datenerhebung und -auswertung mit klarem Aufruf zur Publikation, um das Wissen der Allgemeinheit zur Verfügung zu stellen

Abb. 2: Bausteine eines qualitätsgesicherten Mangelernährungsscreenings



Für den onkologischen Bereich wurde festgehalten, dass ein einmaliges initiales Mangelernährungsscreening allein nicht ausreicht. Es wurde in der Erarbeitung daher auch als „erste Säule“ bezeichnet. Je nach Tumorentität, Krankheitsstadium und Therapieverlauf braucht es ergänzende Verlaufserhebungen sowie spezifische Vertiefungen für besonders vulnerable Patient:innengruppen. Fachgesellschaften könnten hier Empfehlungen für geeignete Tools und Erhebungszeitpunkte entlang des gesamten Versorgungspfads – von Diagnosestellung über Therapie bis zur

Nachsorge – bereitstellen. „Bedarfsgerecht“ ist hierbei ein wichtiger Zusatz, da die Ressourcensituation, die im Weiteren genauer beschrieben wird, eine gezielte Priorisierung erforderlich macht. Es braucht daher klare Kriterien dafür, welche Patient:innen zu welchem Zeitpunkt ein Screening oder weiterführendes Ernährungs-Assessment erhalten sollen.

Dabei wurde besonders die Betrachtung jener Patient:innenkollektive hervorgehoben, die nicht unmittelbar als klassische Risikogruppen wahrgenommen werden. Während bestimmte Spezialbereiche – etwa HNO-Patient:innen mit bekannten Schluckbeschwerden – bereits vergleichsweise klaren Behandlungsschritten folgen, geraten andere große onkologische Gruppen leichter in den Hintergrund. Beschrieben wurden etwa Mammakarzinom-Patient:innen, bei denen ernährungsmedizinische Risiken häufig weniger offensichtlich auftreten. Das gemeinsame Ziel müsse daher sein, eine manifeste Kachexie möglichst frühzeitig zu verhindern und vulnerable Patient:innen nicht erst in fortgeschrittenen Krankheitsstadien zu identifizieren.

Anknüpfungspunkte für Re-Screenings könnten sich dabei praxisnah entlang bestehender Behandlungsschritte ergeben. Als Beispiel wurde angeführt, Patient:innen im Rahmen ohnehin geplanter Verlaufskontrollen oder bildgebender Untersuchungen zu erfassen, um zusätzliche Termine und organisatorische Hürden möglichst gering zu halten. Der Appell ging dabei erneut in Richtung übergreifender Prozesse und einer bestmöglichen Verknüpfung der Abläufe.

Mit der zunehmenden Verlagerung in den ambulanten und tagesklinischen Bereich rücken Fragen der Versorgungskontinuität stärker in den Vordergrund. Mehrfach wurde betont, dass Patient:innen auch nach der Entlassung aus dem Spital weiterhin strukturiert begleitet werden müssen, insbesondere an den Nahtstellen zwischen intra- und extramuralem Bereich. Ein Mangelernährungsscreening wurde daher als Ausgangspunkt für eine kontinuierliche ernährungstherapeutische Begleitung mit klaren Übergängen und dokumentierten Folgeprozessen verstanden, die sich über den gesamten Therapieverlauf erstreckt. Das dient als gezielter Einstieg in weiterführende Betreuung und Behandlung. Entsprechend wurde auch die stärkere Verankerung ernährungsbezogener Aspekte im Entlassungsmanagement hervorgehoben. Entscheidend seien dabei insbesondere definierte Folgeprozesse, regelmäßige Re-Evaluationen sowie klare Verantwortlichkeiten bei Auffälligkeiten.

Aus der Fachdiskussion wurden folgende Handlungsvorschläge als konkrete Maßnahmen abgeleitet:

- **Definition von Qualitätskriterien zur frühzeitigen und verlässlichen Identifikation ernährungsbezogener Risiken und konsequenter Überführung in Folgeprozesse**
- **Einbindung digitaler Tools zur effizienten Risikobewertung und entscheidungsunterstützten, standardisierten Zuweisung (Clinical Decision Support)**
- **Validiertes Mangelernährungsscreening in allen Krankenhäusern entlang des Versorgungspfads Diagnose/Therapie/Nachsorge, idealerweise nach abgestimmten Standards**
- **Parallele Versorgungspfade in extramuralen Betreuungseinrichtungen**

5.2. Integration der medizinischen Ernährungstherapie in multiprofessionelle Behandlungskonzepte und Aufbau von Ernährungsteams mit struktureller Verankerung im Stellenplan

Trotz klarer Evidenz zur Wirksamkeit medizinischer Ernährungstherapie bleibt ein erheblicher Anteil der onkologischen Patient:innen unterversorgt. Selbst bei bereits durchgeführten Screenings folgt nicht automatisch eine weiterführende ernährungstherapeutische Betreuung. Dieses Versorgungsdefizit wurde im Beteiligungsprozess vor allem auf strukturelle Lücken, unklare Verantwortlichkeiten und begrenzte personelle Ressourcen zurückgeführt. Dadurch stellte sich zunehmend die Frage, wie auffällige Screeningergebnisse in konkrete therapeutische Maßnahmen und kontinuierliche Betreuung überführt werden können – abgestimmt zwischen den beteiligten Berufsgruppen und Verantwortungsbereichen.

Im fachlichen Austausch wurde aufgezeigt, dass nicht das Screening selbst die größte Herausforderung darstellt, sondern die daraus resultierenden Folgeprozesse und die langfristige Betreuung der Patient:innen. Vor diesem Hintergrund gewinnt die systematische Weiterverarbeitung auffälliger Befunde in praktikable und dauerhaft tragfähige Versorgungsschritte zunehmend an Bedeutung.

Es wurde ausdrücklich hervorgehoben, dass eine wirksame Ernährungstherapie nur als Teil multiprofessioneller Behandlungskonzepte funktionieren kann. Einzelne Berufsgruppen können die Komplexität des Behandlungsprozesses nicht allein abbilden. Vielmehr braucht es ein abgestimmtes Zusammenspiel von Medizin, Pflege/Cancer Nurses, Diätologie und weiteren Gesundheitsberufen wie Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie, ergänzt durch psychosoziale und sozialarbeiterische Unterstützung. Auch Bewegung und körperliche Aktivierung wurden als wesentliche Bestandteile beschrieben, insbesondere mit Blick auf Muskelerhalt, Funktionalität und Therapieverträglichkeit. Die Einbringung der sozialen Perspektive erfolgte mit Verweis darauf, dass zunehmend auch finanzielle Belastungen von Patient:innen eine Rolle spielen, etwa wenn ausreichende oder geeignete Ernährung schwer leistbar wird und entsprechende finanzielle Unterstützung fehlt. Auch solche gesellschaftlichen Entwicklungen können den Ernährungszustand zusätzlich beeinflussen.

Als besonders gelungen wurde in diesem Zuge das Behandlungskonzept spezialisierter „Ernährungsteams“ betont, die gemeinsam Verantwortung für Screening, Assessment, Therapie und Verlaufskontrolle übernehmen. In vergleichbaren multiprofessionellen Strukturen erfolgt die Betreuung entlang klar definierter Verantwortlichkeiten und etablierter Kommunikationswege. Die beteiligten Berufsgruppen sind in anderen Ländern auch entsprechend personell abgebildet. Anders sehe das in Österreich aus, wo bisherige Ansätze solcher Teams bedeuten, dass die Beteiligten die zusätzlichen Aufgaben neben oder nach ihren regulären Jobs ausführen. Ausdrücklicher Wunsch war daher eine strukturelle Verankerung im Stellenplan, wenn es um den Aufbau von Ernährungsteams geht. Es sei absolut klinisch relevant, dass man sich als Unternehmensführung darum bemüht, diese Stellen zu schaffen.

Im Sinne festgelegter Abläufe und Zuständigkeiten wurde in der Expert:innenrunde ein **idealtypischer Ablauf** skizziert: Demnach würden Patient:innen bei onkologischer Vorstellung im Spital (oder vergleichsweise in einer ambulanten Einrichtung) zunächst systematisch gescreent, bei auffälligem Risiko unmittelbar diätologisch evaluiert und die Ergebnisse strukturiert in die weitere

Therapieplanung eingebracht werden. So käme es in weiterer Folge zur gezielten individuellen Behandlung, abklärendem Monitoring während und nach der ernährungstherapeutischen Intervention und ggfs. zur Wiederholung des Ablaufs. Der Stellenwert der Interdisziplinarität wurde auch hier besonders hervorgehoben, um die „richtige“ medizinische Ernährungstherapie (oral, enteral, parenteral) sicherzustellen. Voraussetzung dafür seien funktionierende Kommunikations- und Abstimmungsstrukturen zwischen den beteiligten Berufsgruppen. Informationsaustausch wurde dabei als Grundlage einer gelungenen multiprofessionellen Zusammenarbeit beschrieben.

Um zu verhindern, dass relevante Informationen im klinischen Alltag verloren gehen, kamen standardisierte Folgeprozesse, klare Zuständigkeiten und strukturierte Weiterleitungen zur Sprache. Als besonders hilfreich galten regelmäßige, kurz gehaltene Abstimmungen im klinischen Alltag, etwa durch die Einbindung der Diätologie in relevante tagesaktuelle Besprechungen (z. B. Morgen-/Tagesbesprechungen oder fallbezogene multidisziplinäre Runden) sowie zeitnahe Rückmeldungen zu auffälligen Befunden und Therapieanpassungen. Gerade im ambulanten und tagesklinischen Bereich erfolge dies häufig telefonisch, da Diätolog:innen gleichzeitig mehrere Ambulanzen betreuen und eine flächendeckende Präsenz personell oft nicht möglich sei.

Als praxistauglicher Standard wurde daher ein digitaler, im KIS verankerter Übergabe-/Zuweisungsprozess diskutiert: ein verpflichtendes, strukturiertes „Feldset“ (Screeningresultat, Risikostufe, Red Flags, definierte Folgeaktion), das automatisiert dokumentiert, nachvollziehbar weitergeleitet und im Verlauf aktualisiert werden kann – unter Berücksichtigung unterschiedlicher lokaler IT-Systeme und bestehender Workflows.

Auch wenn von interprofessioneller Kooperation die Rede ist, muss klar sein, dass therapeutische Entscheidungen und die Gesamtverantwortung weiterhin bei den behandelnden Ärzt:innen liegen. Dennoch kann erfolgreiche ernährungstherapeutische Versorgung nur als „Miteinander“ im Sinne eines strukturierten Zusammenspiels der beteiligten Berufsgruppen funktionieren. Maßnahmen müssen gemeinsam geplant und abgestimmt werden, die Umsetzung medizinischer Ernährungstherapie in enger Zusammenarbeit mit der Diätologie erfolgen. Bereits bei der Zuweisung sollten daher standardisierte Kerninformationen (Zielsetzung, aktueller Behandlungsstand, relevante Symptome/Probleme, Priorität/Dringlichkeit und geplanter nächster Kontaktpunkt) vorliegen, um eine koordinierte Betreuung zu ermöglichen.

Die erwähnte Rolle als „Drehscheibe“ im multiprofessionellen Behandlungskonzept nimmt die Pflege ein. Mangelernährungsscreenings werden in vielen Häusern primär durch Pflegepersonen durchgeführt und sind so im stationären Setting vielfach bereits etabliert. Gleichzeitig verändert die fortschreitende Ambulantisierung bestehende Abläufe und verstärkt den Bedarf an abgestimmten Zuständigkeiten und funktionierender Informationsweitergabe. Gerade vor diesem Hintergrund wurde die Notwendigkeit einer eindeutigen Rollenverteilung auf dem Behandlungspfad herausgestellt – und mit ihr die spezialisierten Cancer Nurses.

Wie im ersten Teil dieser Publikation bereits ausgeführt, begleiten sie Patient:innen häufig über längere Zeiträume, übernehmen Nebenwirkungsmanagement, Beratungen und Schulungen und erleben unmittelbar, wie Patient:innen mit ihrer Erkrankung umgehen. So erkennen Cancer Nurses funktionelle Veränderungen, Gebrechlichkeit (Frailty) oder Verschlechterungen des Allgemeinzustands oft frühzeitig. Dafür sei die tatsächliche Kenntnis der Patient:innen im

klinischen Alltag wesentlich, da formale Einschätzungen wie der ECOG-Performance-Status sonst mitunter zu günstig ausfallen können, wenn sie sich primär auf Einzelbeobachtungen oder weitergegebene Informationen stützen. Dadurch können Cancer Nurses als verbindendes Element zwischen den Berufsgruppen wirken und wurden als mögliche koordinierende Schnittstelle bzw. „Case Manager“ beschrieben, die den Überblick über Informationen, Folgeprozesse und Zuständigkeiten behalten.

Die AHOP arbeitet bereits aktiv daran, das Rollenbild der Cancer Nurses österreichweit weiterzuentwickeln und zu stärken. Dazu gehört auch die Diskussion über eine entsprechende finanzielle Anerkennung und eine Aufwertung dieser spezialisierten Tätigkeit. Weitere Details zu den Cancer Nurses finden sich in Kapitel 2.2.1.

Entsprechend des vorangegangenen Kapitels wurde im weiteren Verlauf der Diskussion betont, dass multiprofessionelle Zusammenarbeit nur dann wirksam greifen kann, wenn ernährungsmedizinische Aspekte frühzeitig erkannt, strukturiert erhoben und in bestehende Entscheidungsprozesse eingebunden werden – idealerweise bereits ab Erstdiagnose und im Vorfeld onkologischer Tumorboards. Aus Oberösterreich und Tirol wurde berichtet, dass Patient:innen mit einer onkologischen Neudiagnose unabhängig vom Screening-Ergebnis routinemäßig einen Erstvorstellungstermin in der Diätologie erhalten. Im Comprehensive Cancer Center in Innsbruck ist dafür sogar eine eigene Diätologin vorgesehen. Viele Betroffene hätten bereits unmittelbar nach Diagnosestellung Fragen zur Ernährung im Verlauf der Therapie und würden von Beginn an Orientierung benötigen. Zugleich geht es darum, Risiken für Mangelernährung möglichst rasch entgegenzuwirken. In den weiteren Verlaufskontrollen erfolgt eine enge Abstimmung zwischen Ärzt:innen, Diätolog:innen und Cancer Nurses.

Wie die Ergebnisse einfließen sollten, wurde verstärkt hinsichtlich onkologischer Tumorboards besprochen. Dabei handelt es sich um interdisziplinäre, ärztlich zentrierte Fallkonferenzen, in denen Ärzt:innen verschiedener Fachrichtungen gemeinsam individuelle Therapieentscheidungen besprechen und den weiteren Behandlungsverlauf von Krebspatient:innen planen. Der Ernährungszustand beeinflusst die Therapieverträglichkeit, funktionelle Situation und klinischen Patient:innen-Ergebnisse wesentlich und sollte daher auch in diesem Rahmen berücksichtigt werden. Allerdings wurde von Beteiligten berichtet, dass in onkologischen Tumorboards häufig erheblicher Zeitdruck herrscht und viele Fälle innerhalb kurzer Zeit behandelt werden müssen. Ernährungsrelevante Informationen können unter diesen Bedingungen nur dann sinnvoll in Therapieentscheidungen einfließen, wenn sie bereits im Vorfeld dokumentiert und leicht auffindbar sind. Entscheidend seien dabei weniger dauerhaft anwesende zusätzliche Berufsgruppen – auch wenn dies in Sonderfällen wie bei HNO-Patient:innen mit Radiochemotherapie zum Teil mitgedacht werde – als vielmehr klar definierte Verantwortlichkeiten und ein funktionierender Informationsfluss im Vorfeld der Fallbesprechung.

Dabei könne es allerdings auch ein „zu früh“ geben: Teilweise befinden sich Patient:innen zum Zeitpunkt des Tumorboards noch in diagnostischer Abklärung ohne genaue Diagnose, wodurch gezielte ernährungstherapeutische Maßnahmen erschwert werden. Darüber hinaus wurde berichtet, dass verpflichtende diätologische Einbindungen nach Tumorboards zwar teilweise in Geschäftsordnungen vorgesehen seien, die praktische und flächendeckende Umsetzung jedoch häufig an strukturellen Rahmenbedingungen, personellen Grenzen und arbeitszeitrechtlichen Vorgaben scheitere.

Als unrealistisch wurde folglich beschrieben, den Ernährungsstatus aller onkologischen Patient:innen bereits vor dem Tumorboard umfassend diätologisch evaluieren zu wollen. Stattdessen müsse der Fokus darauf liegen, besonders gefährdete, „kritische“ Patient:innen rechtzeitig zu identifizieren und gezielt weiterzuleiten. Die Verantwortung dafür wurde primär bei jener ärztlichen Person gesehen, die Patient:innen im Tumorboard vorstellt und klinisch einschätzen kann. Mehrfach wurde betont, dass diese Person die Patient:innen tatsächlich kennen oder zumindest über verlässliche klinische Informationen verfügen müsse, um funktionellen Status, Ernährungszustand und Risikosituationen angemessen beurteilen zu können. Ansonsten wäre eine angemessene Beurteilung nicht möglich.

Kern der weiterführenden Diskussion war somit ein abgestuftes Vorgehen: Erste Einschätzungen und Screenings könnten bereits durch die Pflege erfolgen, während beispielsweise koordinierende Cancer Nurses auffällige Befunde weiterverfolgen und entsprechende Folgeprozesse anstoßen. Auf Basis dieser Informationen sollte im Rahmen nachvollziehbarer Eskalationswege entschieden werden, ob eine gezielte diätologische Vorevaluation notwendig ist. Insbesondere im chirurgischen Bereich wurde dies als relevant beschrieben, um Patient:innen im Sinne einer Prähabilitation möglichst stabil in operative Eingriffe zu führen. Auch diese Maßnahmen würden allerdings häufig an Ressourcen- und Finanzierungsfragen scheitern.

In den Expert:innenrunden wurde überaus deutlich, dass die bestehenden personellen Ressourcen derzeit nicht ausreichen, um eine umfassende Versorgung in Österreich sicherzustellen. Selbst in Zentren mit etablierten Screeningstrukturen können nicht alle Patient:innen mit auffälligem Risiko zeitnah diätologisch betreut werden, da die Zahl der identifizierten Risikopatient:innen die vorhandenen Kapazitäten übersteigt. Hinzu kommt, dass Diätolog:innen neben der Onkologie gleichzeitig zahlreiche weitere Bereiche, etwa Stoffwechsel-, Diabetes- oder Adipositaspatient:innen, betreuen.

Vor diesem Hintergrund wurden personelle, organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen als Bausteine für effizienterer und klar definierte Prozesse beschrieben. Viele der bereits genannten Maßnahmen können dazu beitragen, Klarheit zu schaffen und Strukturen zu bilden, um Ressourcen gezielter einzusetzen. Langfristig erfordere eine Ausweitung von Screening-, Beratungs- und Betreuungsangeboten neben entsprechender Reorganisation allerdings auch entsprechende personelle Kapazitäten. Doch neben Ressourcen ist auch die Organisation der Prozesse entscheidend. Einzelne standardisierte Tätigkeiten wie Screening und Basis-Assessment könnten – im Rahmen berufsrechtlicher Möglichkeiten und definierter Qualitätsstandards – stärker arbeitsteilig organisiert werden (z. B. strukturierte Erhebung einzelner Parameter wie Handkraftmessung), um diätologische Kapazitäten gezielter für Assessment, Beratung, Therapieplanung und Verlauf zu nutzen. Voraussetzung dafür sind klare Zuständigkeiten, standardisierte Dokumentation im KIS sowie transparent definierte Folgeprozesse, die Ergebnisse konsequent in Interventionen überführen.

Mit Blick auf den intramuralen Bereich wurde darauf hingewiesen, dass medizinische Ernährungstherapie im österreichischen LKF-System bislang nur eingeschränkt sichtbar gemacht wird. Dadurch bleiben sowohl tatsächlich erbrachte Leistungen als auch potenzielle gesundheitsökonomische Effekte vielfach schwer quantifizierbar. Mehrfach wurde diskutiert, dass eine stärkere

strukturelle Berücksichtigung ernährungstherapeutischer Maßnahmen langfristig auch für Kostenträger relevant sein kann, da frühzeitige Interventionen Komplikationen, Folgeerkrankungen und zusätzliche Krankenhausaufenthalte reduzieren können.

Insgesamt zeigte sich, dass eine wirksame Umsetzung strukturierter Ernährungstherapie insbesondere dann gelingt, wenn (1) Screening und Risikostratifizierung in den klinischen Ablauf integriert sind, (2) definierte Zuweisungs- und Priorisierungskriterien bestehen und (3) die Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen durch klare Prozesse und geeignete Rahmenbedingungen unterstützt wird. Dabei wurde auch die Bedeutung der Abrechenbarkeit und sektorübergreifenden Anschlussfähigkeit betont, da die Versorgung in Ambulanz und Tagesklinik derzeit vielfach organisatorisch und finanziell erschwert ist. Ernährungstherapie wurde nicht als einmalige Maßnahme, sondern als kontinuierlicher Prozess entlang des Behandlungspfads verstanden.

Aus der Fachdiskussion wurden folgende Handlungsvorschläge als konkrete Maßnahmen abgeleitet:

- **Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit von Ärzt:innen, Pflegepersonen/ Cancer Nurses, Diätolog:innen und weiteren Gesundheitsberufen mit Definition klarer Verantwortlichkeiten auf dem koordinierten Behandlungspfad**
- **Strukturierte Einbindung ernährungsmedizinischer Vorevaluation (Screenings/ Assessments) in die Fallvorbereitung onkologischer Tumorboards mit dokumentiertem Befund als Hinweis**
- **Stärkung der Rolle der Cancer Nurses als koordinierende Schnittstelle auf dem Behandlungspfad**
- **Bedarfsgerechter Ausbau und zielgerichtete Bündelung diätologischer Ressourcen zur Sicherung der notwendigen Versorgungsstrukturen**

5.3. Verbesserter Übergang an der Nahtstelle vom intra- in den extramuralen Bereich

Der Übergang zwischen klinischer, stationärer und ambulanter Versorgung wurde von den beteiligten Expert:innen als eines der größten strukturellen Problemfelder beschrieben, denn viele Voraussetzungen für reibungslose Abläufe wären noch nicht ausreichend vorhanden. Während im Krankenhaus häufig erste ernährungstherapeutische Maßnahmen gesetzt werden können, bricht die Betreuung nach der Entlassung vielfach ab. Dass ein Großteil onkologischer Therapien mittlerweile ambulant erfolgt, während ernährungstherapeutische Angebote weiterhin überwiegend im stationären Bereich verankert sind, zeigt das Ungleichgewicht. Dadurch entsteht insbesondere an der Nahtstelle zwischen intra- und extramuralem Bereich eine Versorgungslücke.

Gerade deshalb wurde die medizinische Ernährungstherapie wiederholt als ganzheitliches Versorgungskonzept erklärt, das über den stationären Aufenthalt hinausgedacht und strukturell abgesichert werden müsse. Dabei gehe es nicht nur darum, wer wie überleitet, sondern auch, wie im weiteren Verlauf mit den Betroffenen umgegangen wird. Denn dafür brauche es auch entsprechende fachliche Qualifikationen und Ausbildungsstrukturen.

Ein zentraler Faktor für gelingende Übergänge ist die sektorenübergreifende Kommunikation und Zusammenarbeit. Strukturierte Übergaben, Arztbriefe und eine klare Informationsweitergabe seien entscheidend dafür, ob die begonnene Ernährungstherapie überhaupt fortgeführt werden kann. Es bedarf einer engeren Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärzt:innen und Diätolog:innen hinsichtlich des weiteren Managements nach der Entlassung. Künftige Überlegungen könnten etwa in Richtung eines Ernährungs- oder Pflegeberichts als Teil einer ELGA-Struktur gehen, um die Schnittstellenproblematik zu reduzieren. Als unterstützendes Element wurden außerdem Homecare-Strukturen erwähnt, die den Übergang vom stationären in den häuslichen Bereich begleiten und die Versorgung mit notwendigen ernährungsmedizinischen Produkten koordinieren können. Insbesondere, da die Fortführung ernährungstherapeutischer Maßnahmen im extramuralen Bereich teilweise auch durch Fragen der Erstattungsfähigkeit und Finanzierung erschwert werden.

Trotz dieser strukturellen Herausforderungen wurden in den Expert:innenrunden auch einzelne bestehende Modelle genannt, die zeigen, wie ernährungstherapeutische Betreuung außerhalb des Spitals aussehen kann. Diese Angebote unterscheiden sich jedoch regional deutlich und beruhen vielfach auf lokalen Initiativen oder projektbezogenen Lösungen. In Innsbruck können Patient:innen teilweise auch ambulant weiterbetreut werden, solange sie an klinische Einrichtungen wie Strahlenambulanz oder Comprehensive Cancer Center angebunden bleiben. Ein weiteres Beispiel wurde aus Vorarlberg mit dem Verein aks gesundheit (Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin) genannt. Onkologische Patient:innen können dort ambulant diätologisch betreut werden. Das Angebot wird teilweise über eine Querfinanzierung der Österreichischen Krebshilfe mitgetragen, wodurch die Betreuung zu einem geringen Selbstkostenpreis angeboten werden kann. Erwähnt wurden zudem der Arbeitskreis für Vorsorgemedizin (Avomed) in Tirol und die vom Land Tirol finanzierten Beratungsstellen sowie AVOS in Salzburg mit einem bundeslandübergreifenden Beratungsangebot zu Gesundheitsthemen, darunter auch onkologische.

In der Steiermark gibt es kostenfreie Beratungsmöglichkeiten über die Bezirkshauptmannschaft, welche sich primär an sozioökonomisch schwache Personen richten. Hinzu kommen außerdem immer wieder gestützte Regionalbetreuungen auf Projektbasis. Onkologische Patient:innen würden aber insbesondere die Österreichische Krebshilfe als zentrale Anlaufstelle sehen, die auch selbst Beratungen anbietet. Solche Strukturen wurden als äußerst wertvoll beschrieben, gleichzeitig aber auch als regional begrenzte Einzellösungen. Hilfreich könnte es sein, Patient:innenhilfsorganisationen künftig stärker organisatorisch und wo möglich auch räumlich an Krebszentren anzubinden. Dies könnte dazu beitragen, Unterstützungsangebote unmittelbar vor Ort sichtbar zu machen und Übergänge zwischen medizinischer Behandlung und ergänzender Beratung zu erleichtern.

Denn gesamtheitlich betrachtet zeigt sich, dass diätologische Strukturen außerhalb der Spitäler in Österreich bislang nur begrenzt vorhanden sind. Mehrfach wurde berichtet, dass intramurale Ressourcen teilweise kompensatorisch eingesetzt werden, um Defizite im niedergelassenen Bereich aufzufangen. Dieser müsste deutlich gestärkt werden: Bestehende ambulante Angebote für onkologische Patient:innen sind häufig nicht rechtzeitig zugänglich, lange Wartezeiten erschweren frühzeitige und präventive ernährungstherapeutische Interventionen. Dabei bleibt die Problematik rund um die Ernährung bei vielen Patient:innen auch nach der Entlassung bestehen. Gleichzeitig wird freiberufliche diätologische Betreuung – anders als etwa Physiotherapie oder Logopädie – im niedergelassenen Bereich bislang nicht regelhaft von den Krankenkassen übernommen. Dieser Umstand ist bereits seit Jahren ein viel diskutiertes Thema.

Die fehlende bundesweite Abrechenbarkeit diätologischer Leistungen wurde daher als zentrales strukturelles Problem beschrieben. Es betrifft nicht nur die Berufsgruppe selbst, sondern insbesondere Patient:innen, die sich eine längerfristige Betreuung häufig privat nicht leisten können. Gerade vulnerable Patient:innen laufen dadurch Gefahr, nach der Entlassung aus der strukturierten Versorgung herauszufallen. Die Bedeutung der genannten Unterstützungsangebote und Initiativen wird damit zusätzlich unterstrichen.

Aus Sicht der Expert:innenrunden wäre eine breitere ernährungstherapeutische Versorgung grundsätzlich für alle Personen mit einem Risiko für Mangelernährung sinnvoll. Dabei sollte im Idealfall die gesamte Therapie abgedeckt werden. Ernährung wurde dabei wiederholt auch als Public-Health-Thema verstanden. Eine stärkere Verankerung ernährungstherapeutischer Leistungen im ambulanten und niedergelassenen Bereich würde nicht nur onkologischen Patient:innen zugutekommen, sondern auch anderen chronischen Erkrankungen mit hohem Versorgungsbedarf. Rechtzeitiges Ansetzen könnte Folgeerkrankungen, Komplikationen und zusätzliche Belastungen des Gesundheitssystems reduzieren.

Im Rahmen der Zielsetzung dieser Publikation wurde jedoch bewusst ein konkreter Schwerpunkt gesetzt: Mit Blick auf onkologische Patient:innen soll die bundesweite Abrechenbarkeit eines diätologischen Erstgesprächs im extramuralen Bereich gefordert werden. Die medizinische Ernährungstherapie selbst stellt einen wesentlichen und obligaten Bestandteil des onkologischen Behandlungsverlaufs dar. Wie andere unterstützende medizinische Therapien sollte sie nicht als nachgelagerte Zusatzleistung verstanden werden. Ihr frühzeitiger Einsatz kann Therapieverläufe stabilisieren und das Überleben von Patient:innen verbessern. Das diätologische Erstgespräch kann daher eine große Wirkung auf die Lebensqualität der Betroffenen haben.

Einen weiteren Schwerpunkt bildeten die regional sehr unterschiedlichen Bewilligungspraktiken für enterale und parenterale Ernährung, speziell Trinknahrung (ONS). Mehrfach wurde berichtet, dass Genehmigungsprozesse zwischen Bundesländern und einzelnen Stellen erheblich variieren und teilweise zusätzlichen administrativen Aufwand verursachen. Im Jahr 2026 wurden bestimmte Abläufe ÖGK-seitig zentral in Wien gebündelt und werden seither von dort zur Bearbeitung in die Bundesländer weitergegeben. Dadurch stünde man seltener als früher im direkten Kontakt und es würden erhebliche personelle Ressourcen in Rückfragen und Kommunikationsprozesse fließen.

Besonders bei erklärungsbedürftigen Fällen wurde der fehlende persönliche Austausch als Hindernis erlebt. Bei einigen Beteiligten besteht das Gefühl, dass sich Bewilligungsentscheidungen vielfach primär an der zugrunde liegenden Erkrankung orientieren. Offensichtliches wie Schluckstörungen oder chronisch entzündliche Darmerkrankungen würden meist akzeptiert, Fälle mit höherem Erklärungsbedarf hingegen häufiger aufgrund fehlender Indikation zurückgewiesen.

Als besonders problematisch wurden Situationen beschrieben, in denen mangelernährte oder sarkopene Patient:innen aufgrund eines gleichzeitig bestehenden Übergewichts keine Bewilligung für proteinreiche Trinknahrung erhalten. In einem anderen Fall ging es um ein Kind, das Sondennahrung benötigte, wobei sich die Notwendigkeit nicht allein aus der formalen Indikation ableiten ließ. Erst ein persönliches Gespräch führte schließlich zur Bewilligung. Diese Beispiele verdeutlichen nicht nur regionale Unterschiede, sondern auch bestehende Wissensdefizite im Bereich der Ernährungsmedizin und die Herausforderung anonymisierter Entscheidungsprozesse.

In der täglichen Praxis zeigt sich ein zunehmend strengeres und restriktiveres Vorgehen. Ein oft genanntes Argument von chefärztlicher Seite hinsichtlich der medizinischen Ernährungstherapie sei, für das tägliche Essen der Patient:innen sei man auch nicht zuständig. Doch die Betroffenen benötigen diese Maßnahmen, um ihren Energie- und Nährstoffbedarf ausreichend decken zu können. Es handle sich nicht um eine „Wellnessbehandlung“, sondern um die Sicherstellung der Grundversorgung schwerkranker Menschen. Dies wird durch Daten gestützt, die zeigen, dass eine orale Zusatzernährung einen Vorteil für die Patient:innen bedeutet.

Die Auswirkungen dieser Prozesse zeigen sich nicht nur auf Ebene der Kostenträger, sondern auch unmittelbar im klinischen Alltag der Behandlungsteams. Dort wurde die Herausforderung der komplexen (Folge-)Antragsstellung als zusätzliche Ressourcenbelastung beschrieben. Neben Fragen der Sensibilisierung und Erfahrung im Umgang mit den jeweiligen Vorgaben wurde insbesondere die hohe Wiederholungsrate administrativer Abläufe betont. Als Beispiel wurden Bewilligungsverfahren für Trinknahrung genannt, bei denen wiederkehrende Verordnungen und Genehmigungen einen zusätzlichen organisatorischen Aufwand verursachen können.

Dabei wurden zwischen den Bundesländern teils deutliche Unterschiede hinsichtlich der Bewilligungszeiträume beschrieben. Während in einzelnen Regionen vergleichsweise häufig neue Anträge erforderlich sind, werden in anderen die definierten Bewilligungszeiträume breiter gefasst. Eine höhere Wiederholungsrate von Bewilligungsprozessen kann mit zusätzlichen Abstimmungsschleifen zwischen Diätolog:innen, Ärzt:innen und Kostenträgern einhergehen – etwa bei unvollständigen Anträgen oder neuerlich einzubringenden Bewilligungen.

Eine Vereinfachung der Verordnungs- und Bewilligungsprozesse und eine stärkere Orientierung an Evidenz und Leitlinien wurden als wichtige Ansätze zur Entlastung der beteiligten Berufsgruppen gesehen. Gerade vor diesem Hintergrund wurde erneut die Bedeutung der koordinierenden Navigationsfunktionen der Cancer Nurses betont. Sie sehen sich auch für Follow-ups zuständig, wenn etwas nicht wie vorgesehen funktioniert. Es wurde der Appell ausgesprochen, dieses Schnittstellenmanagement bewusst mitzudenken und einzubeziehen.

Im Angesicht all dieser Faktoren wurde die Harmonisierung von Bewilligungsstandards als wesentlich beschrieben. Einheitliche Leitfäden, bereitgestellte Indikationslisten für einen einfacheren Überblick und abgestimmte Kriterien könnten Orientierung schaffen, Prozesse beschleunigen und die Versorgungssicherheit verbessern. Dies betreffe orale Nahrungssupplemente ebenso wie enterale und parenterale Ernährung. Mehrfach wurde betont, dass valide Daten zur Wirksamkeit und zum Nutzen ernährungstherapeutischer Maßnahmen künftig auch helfen könnten, Entscheidungs- und Bewilligungsprozesse zu fundieren. Die Expert:innen zeigten große Bereitschaft, in Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen gemeinsame, sinnvolle Prozesse aufzubauen, die den Ressourcen auf allen Seiten zugutekommen.

Langfristige Verbesserungen können allerdings nicht allein über organisatorische Anpassungen erreicht werden: Nachhaltige ambulante Versorgungsstrukturen setzen auch entsprechende Ausbildungs- und Qualitätsstrukturen voraus. Dass Ernährungsmedizin in Österreich bislang nur begrenzt strukturell verankert ist, zeigt sich auch in der fachlichen Ausbildung. Das Defizit beginne bereits in der Ausbildung der Medizinstudent:innen, wie im nächsten Kapitel vertieft wird. Ergänzend wurden zertifizierte Qualitätszirkel, spezifische Fortbildungsangebote und klar definierte Standards als mögliche Instrumente genannt, um fachliche Qualität und sektorenübergreifende Zusammenarbeit nachhaltig abzusichern. Dabei wurde ausdrücklich erwähnt, dass nicht jede Berufsgruppe sämtliche Leistungen übernehmen müsse, wohl aber alle relevanten Professionen ihren festen Platz innerhalb ambulanter und niedergelassener Versorgungsstrukturen benötigen.

Als Beispiel für die zunehmende wissenschaftliche Auseinandersetzung mit sektorenübergreifender Ernährungstherapie wurde auch auf mit Stand 07/2026 laufende Studien wie EFFORT II verwiesen, bei der untersucht wird, ob eine fortgesetzte, individualisierte Ernährungstherapie nach der Spitalsentlassung zusätzliche langfristige Vorteile bringt.

Aus diesen Ergebnissen wurden folgende Ableitungen für konkrete Maßnahmen getroffen:

- **Aufbau diätologischer ambulanter Strukturen zur Förderung einer niederschweligen, wohnortnahen, kontinuierlichen und sektorenübergreifenden Versorgung onkologischer Patient:innen**
- **Bundesweite Abrechenbarkeit diätologischer Leistungen im niedergelassenen Bereich, etwa des diätologischen Erstberatungsgesprächs für onkologische Patient:innen**
- **Harmonisierung der Bewilligungsstandards für Trinknahrung, enterale und parenterale Ernährung anhand vorhandener Leitlinien und Evidenz**

5.4. Entwickeln von Kommunikationsinstrumenten zur Bewusstseinsbildung und Vorantreiben der Datenerhebung/-auswertung

Die Themen Datenlage und Kommunikation wurden in nahezu allen vorangegangenen Diskussionen als maßgebliche Elemente genannt. Dies unterstreicht ihre grundlegende Bedeutung für die Weiterentwicklung der medizinischen Ernährungstherapie in Österreich. Daten schaffen Sichtbarkeit, ermöglichen Vergleichbarkeit und bilden die Grundlage für strukturelle Entscheidungen sowie für die Bewertung von Versorgungseffekten. Kommunikation wiederum schafft Bewusstsein, verbessert die Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen und ist wesentlich, um Patient:innen evidenzbasiert zu informieren und Falschinformationen entgegenzuwirken.

Während die Wirksamkeit medizinischer Ernährungstherapie durch eine umfangreiche internationale Evidenzbasis gut belegt ist, bestehen in Österreich weiterhin Wissenslücken hinsichtlich ihrer tatsächlichen Umsetzung im Versorgungsalltag. Daher geht es insbesondere um Erfassung, Bewertung und Qualitätssteuerung in der Praxis. Belastbare Daten zu Versorgungsprozessen, regionalen Unterschieden und Patient:innen-Ergebnissen unter Real-World-Bedingungen sind bislang nur eingeschränkt verfügbar. Dies erschwert eine fundierte Versorgungsplanung und kann dazu beitragen, dass Mangelernährung und medizinischer Ernährungstherapie im Gesundheitssystem weiterhin unterschätzt werden.

Mit Stand 07/2026 existieren kaum umfassende nationale Daten zur Prävalenz von Mangelernährung oder zu Effekten strukturierter Ernährungstherapie – weder im klinischen noch im niedergelassenen Bereich. Genannt wurden lediglich einzelne österreichische Untersuchungen, etwa aus Pflegeeinrichtungen, die Zusammenhänge zwischen Ernährungszustand und Mortalität analysierten. Vergleichbare Datengrundlagen für Krankenhäuser oder sektorenübergreifende Versorgungspfade fehlen bislang weitgehend. Erschwert wird eine gemeinsame Erhebung durch die historisch gewachsenen regionalen Strukturen, die zur fragmentierten Systemlandschaft geführt haben.

Der nutritionDay wurde im ersten Teil dieser Publikation bereits ausgeführt. Im Plenum wurde er als wichtige Initiative beschrieben, die Informationen aus zahlreichen Ländern sammelt und zumindest einen ersten Überblick auch über Österreich ermöglicht. Zwar wurde hervorgehoben, dass punktuelle Erfassungen nur begrenzte Aussagen zulassen – so reiche die Analyse der Nahrungsaufnahme an einzelnen Tagen nicht aus, um Mangelernährung oder deren Verlauf umfassend abzubilden –, aber basierend darauf wurde ein konkreter Ansatz entwickelt: Es entstand die Idee einer österreichweiten Erhebung nach Vorbild des nutritionDay. Einrichtungen würden dabei trotz unterschiedlicher, aber zumindest abgestimmter validierter Tools innerhalb eines gemeinsam definierten Zielzeitraums Erhebungen durchführen und die Ergebnisse zur Verfügung stellen. Dies wurde nicht nur als möglicher Schritt zu besserer Abstimmung und Auswertbarkeit gesehen, sondern auch als Instrument zur Bewusstseinsbildung und stärkeren Integration des Themas in den klinischen Alltag.

Die daraus entstehende Grundlage würde nicht nur Angaben aus unterschiedlichen Institutionen und Bundesländern liefern, sondern könnte dadurch auch aufzeigen, welche Erhebungs- und Auswertungswege über unterschiedliche Systeme es braucht, um zu vergleichbaren Daten zu gelangen. Solange dies nicht flächendeckend möglich ist, sei es zumindest wesentlich,

Mangelernährung systematisch wahrzunehmen und validierte Instrumente zu definierten Zeitpunkten einzusetzen, wie bereits im Zusammenhang mit Screeningprozessen erwähnt wurde. Erwünscht werden langfristige und differenziertere Daten – etwa zur Körperzusammensetzung, Gewichtsverlauf, funktionellen Parametern sowie Zusammenhängen zwischen Ernährungsstatus, Therapie und klinischen Outcomes.

Für eine gemeinsame Auswertungsgrundlage geht es aber nicht nur um die Parameter, sondern auch darum, wie die Erfassungen gesammelt, ausgewertet und verfügbar gemacht werden können. Mit Messungen allein sei es nicht getan; es brauche auch hier klare Prozesse, definierte Zuständigkeiten und strukturierte Datenpfade. Einheitliche Messinstrumente würden eindeutig die beste Vergleichbarkeit schaffen. Darüber hinaus müssen die Erhebungen korrekt erfolgen und in weiterer Folge weiterverwertet werden.

In der Regel seien auch jetzt schon Daten vorhanden – aus dem klinischen Alltag wird allerdings eher von einem „Daten-Nirvana“ berichtet: Ernährungsrelevante Informationen werden im Krankenhausinformationssystem (KIS) gesammelt, bislang erfolge jedoch keine gezielte Auswertung. Die Schaffung von Registern wurde in diesem Zuge als attraktive Möglichkeit gesehen, das Anliegen mit wissenschaftlich belastbaren Real-World-Daten als Grundlage für Qualitätsentwicklung, Ressourcenplanung und Evaluation voranzutreiben. Klar ist, dass Zeit und Ressourcen dafür aufgewendet werden müssen – vielerorts wird auch dafür auf individuelles Engagement gesetzt. Der daraus resultierende Erkenntnisgewinn könnte jedoch dazu beitragen, Versorgungssituationen sichtbar zu machen und ernährungstherapeutische Maßnahmen besser zu evaluieren.

Daten im onkologischen Bereich werden verpflichtend gesammelt und gehen ins Nationale Krebsregister ein. Größe, Gewicht und Nutrition Scores wie der NRS 2002 sind allerdings nicht dabei. Im Plenum wurde diskutiert, ob bestehende onkologische Registerstrukturen künftig um ernährungsrelevante Parameter ergänzt werden könnten. Genannt wurde in diesem Zusammenhang unter anderem das Tumorzentrum Oberösterreich, das trägerunabhängig Daten sammelt und eine gemeinsame Tumordatenbank für ganz Oberösterreich eingerichtet hat. Die erhobenen Informationen können dort für Qualitätssicherung und Versorgungsanalysen genutzt werden.

Egal, welcher Weg beschritten wird: Es wurde festgehalten, dass zukünftige Datenerhebungen ausreichend granular sein müssen, um unterschiedliche Krankheitsbilder, Tumorentitäten, Stadien und Therapieverläufe differenziert betrachten zu können. Ein Vergleich von HNO-Tumoren mit Mammakarzinomen oder frühen mit palliativen Stadien greife ebenso zu kurz wie die isolierte Betrachtung des Ernährungsstatus ohne Bezug zur jeweiligen Therapie oder Ernährungsintervention.

Neben der Datenlage wurde insbesondere die Bedeutung von Kommunikation, Sensibilisierung und fachlicher Ausbildung hervorgehoben. Ernährungstherapie wird in der Praxis trotz vorhandener Evidenz und bestehender Empfehlungen vielfach noch nicht ausreichend mitgedacht. Das beginne bereits in der Ausbildung: Ernährungsmedizin ist in Österreich bislang nur begrenzt in medizinischen Lehrplänen verankert. Im Jahr 2026 gibt es keinen eigenen Lehrstuhl für Ernährungsmedizin und keine eigenständige universitäre Forschungsabteilung auf diesem Gebiet. Sowohl an staatlichen als auch an privaten Universitäten sei das Thema in den Curricula nicht ausreichend präsent; auch in den Ausbildungen vieler Gesundheitsberufe spiele sie weiterhin

eine vergleichsweise untergeordnete Rolle. Fachgesellschaften, Trägerorganisationen und die Österreichische Ärztekammer wurden als wichtige Akteure genannt, wenn es um die nachhaltige Integration ernährungsmedizinischer Inhalte in geht.

Gleichzeitig wurden bestehende Initiativen ausdrücklich positiv hervorgehoben. Das Österreichische Akademische Institut für Ernährungsmedizin (ÖAIE) engagiert sich seit vielen Jahren in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzt:innen im Bereich Ernährungsmedizin. Im Rahmen des ÖÄK-Diploms für Ernährungsmedizin haben bereits mehr als 2.400 Ärzt:innen eine entsprechende Zusatzausbildung absolviert. Als Partner der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) und der Akademie der Ärzte trägt das ÖAIE damit zur strukturierten Vermittlung ernährungsmedizinischer Kompetenzen im ärztlichen Bereich bei.

Auch Kooperationen zwischen AKE, OeGHO und AHOP – etwa im Rahmen gemeinsamer Fortbildungsformate, Frühjahrstagungen und Kongresse – wurden als wichtige Schritte zur stärkeren Verankerung ernährungsmedizinischer Inhalte beschrieben. Darüber hinaus wurde die Bedeutung des internationalen fachlichen Austauschs hervorgehoben: Dieser wird unter anderem stark von der jungen DGEM gefördert, die als sehr engagiert gilt. Sie hat in der Vergangenheit bereits verschiedene Vorlesungsunterlagen erstellt, um Ernährungsmedizin im deutschsprachigen Raum zunehmend zu etablieren. Medizinische Fachgesellschaften wurden insgesamt als wichtige Multiplikatoren für die Verbreitung aktueller Erkenntnisse und die Förderung ernährungsmedizinischer Kompetenzen angesehen. Gemeinsam tragen solche Initiativen dazu bei, ernährungsmedizinisches Wissen sichtbar zu machen und dessen Verankerung in Ausbildung, Fortbildung und klinischer Praxis zu fördern.

Zusätzlich zu offiziellen Fortbildungen wurden auch niedrigschwellige Informationsformate, multidisziplinäre Fallbesprechungen und Schulungstage sowie der kontinuierliche fachliche Austausch als wertvolle Maßnahmen genannt, um Bewusstsein, Abläufe und Zusammenarbeit nachhaltig zu verbessern. Dabei solle nicht mit „Moralkeulen geschwungen“ werden; vielmehr müsse sich die Relevanz des Themas in der täglichen Versorgungspraxis widerspiegeln. So könne auch ein gemeinsames Grundverständnis über Berufsgruppen hinweg erreicht werden.

Einen großen Stellenwert haben Kommunikation und niederschwellige Informationsangebote auch im Feld der Patient:innen. Dazu wurde in der Expert:innenrunde ein konkreter Patientinnenfall geschildert:

Eine Patientin mit Ösophaguskarzinom wurde in einem anderen Bundesland operiert als jenem, in dem sie wohnte. Der stationäre Aufenthalt verlief komplikationslos, die Patientin fühlte sich gut betreut und erhielt umfangreiche Unterlagen mit nach Hause. Kurz darauf entwickelte sie jedoch bald starken Durchfall, ohne dass sie die Beschwerden einordnen konnte. Obwohl die medizinische Versorgung im Krankenhaus erfolgreich verlaufen war, fehlte für die Zeit danach eine für die Patientin klar erkennbare Ansprech- und Betreuungsstruktur. Durch die Behandlung über Bundesländergrenzen hinweg waren Zuständigkeiten und Nachsorgewege nicht eindeutig nachvollziehbar. In dieser Situation fühlte sich die Patientin überfordert. Erst als sie später erneut ein Krankenhaus aufsuchte und dort auf eine Mitarbeiterin traf, die wiederum Kontakt zu einer freiberuflichen Diätologin in ihrer Nähe herstellen konnte, gelang die Weitervermittlung in eine ernährungstherapeutische Betreuung. Innerhalb einer Woche konnten die Beschwerden

durch symptomorientierte ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Stabilisierung der Verdauungssituation, darunter der Einsatz einer oralen Rehydrationslösung und zusätzliche individuell angepasste Interventionen, deutlich verbessert werden. Im weiteren Verlauf konzentrierte sich die diätologische Betreuung auf die Unterstützung einer Gewichtszunahme sowie die Verbesserung des Ernährungszustands.

Der Fall wurde als Beispiel dafür genannt, wie an den Schnittstellen zwischen stationärer Behandlung, Nachsorge und regionalen Versorgungsstrukturen vermeidbare Umwege entstehen können. Es ging dabei nicht um die Qualität der einzelnen Versorgungseinrichtungen, sondern um Zuständigkeiten, Kommunikationswege und Nachbetreuungsstrukturen über Sektor- und Bundesländergrenzen hinweg. Aus der Praxis wurde ergänzt, dass sich rund um spezialisierte Zentren und Kliniken häufig regionale Unterstützungs- und Betreuungsangebote etablieren. Erfolgt die Behandlung jedoch außerhalb des Wohnumfelds, können diese Strukturen nach der Entlassung nicht immer ohne Weiteres genutzt werden. Dies kann die Kontinuität der Betreuung beeinträchtigen und einer zugänglichen, wohnortnahen Versorgung entgegenstehen.

Das geschilderte Beispiel der Patientin ist kein Einzelfall. Es unterstreicht die Notwendigkeit klarer, dokumentierter Nachsorge- und Kontaktwege (z. B. definierte Ansprechstelle/Nachsorgezentrum), ohne dass damit eine Verlagerung onkologischer Therapieentscheidungen in den extramuralen Bereich verbunden ist. Vielen Betroffenen sind umfassende Informationen in Krisensituationen zu viel. Zudem sind direkte Ansprechpersonen, die Orientierung geben und Ängste nehmen, äußerst wertvoll. Spitäler können diese Betreuung nach der Entlassung nicht leisten, was den Punkt funktionierender Nahtstellen und die Bedeutung niederschwelliger Informationsstrukturen zusätzlich betont.

Viele Patient:innen und Angehörige wissen häufig nicht, wo sie geeignete ernährungstherapeutische Unterstützungsangebote finden können. Öffentlich zugängliche Informationen sind nicht immer evidenzbasiert: Patient:innen sehen sich häufig mit widersprüchlichen Informationen, Ernährungsmythen und alternativen Krebsdiäten konfrontiert, wie in Kapitel 2.1.3. bereits erwähnt. Dies wurde von den Expert:innen als besonders sensibles Feld beschrieben. Einige Anbieter:innen würden behaupten, Tumorerkrankungen durch bestimmte Ernährungsformen beeinflussen oder behandeln zu können. Gerade in belastenden Krankheitssituationen seien Patient:innen für solche Versprechen besonders empfänglich.

Klar herausgestellt wurde daher, wie wichtig eine frühzeitige, wissenschaftlich fundierte und zugleich verständliche Aufklärung der Patient:innen sei. Positiv hervorgehoben wurde in diesem Zusammenhang insbesondere das Engagement der Österreichischen Krebshilfe, die entsprechende Broschüren bereitstellt. Das Ziel ist, Falschinformationen durch evidenzbasierte Ernährungsaufklärung entgegenzuwirken. Entsprechende Informationsangebote sollten Patient:innen im Krankheitsverlauf begleiten. Da Informationen unmittelbar nach Diagnosestellung häufig nur eingeschränkt aufgenommen werden können, wurde auch die wiederholte Ansprache zu geeigneten Zeitpunkten als wichtig erachtet. Ziel sei es, Orientierung zu bieten, Unsicherheiten abzubauen und Patient:innen dabei zu unterstützen, wissenschaftlich fundierte Informationen von unbelegten Versprechen und alternativen Ernährungskonzepten unterscheiden zu können. DIAETOLOGIE Austria ist für die Österreichische Krebshilfe ein wichtiger Kooperationspartner in der Patient:inneninformation.

Darüber hinaus organisieren einzelne Krankenhäuser und Abteilungen bereits Awareness- und Informationstage, etwa im Rahmen von Krebstagen, bei denen auch laienverständliche Vorträge zu Ernährung und unterstützenden Maßnahmen angeboten werden. Zusätzlich wurde angeregt, dass auch Sozialversicherungsträger künftig verstärkt Informationsarbeit leisten könnten – insbesondere über digitale Angebote und soziale Medien, die für Patient:innenaufklärung zunehmend an Bedeutung gewinnen. Genannt wurde dabei unter anderem die ÖGK, die bereits verstärkt Online-Informationsangebote zu Gesundheitsthemen nutzt und damit positiv auffiel. Ernährung als Bestandteil von Krebsprävention und unterstützender Therapie könnte dabei künftig stärker einfließen.

Insgesamt wurde betont, dass Bewusstseinsbildung nur gemeinsam gelingen könne. Fachgesellschaften, Gesundheitsberufe, Patient:innenorganisationen, Krankenhäuser, Sozialversicherungsträger und weitere beteiligte Institutionen müssten zusammen daran arbeiten, evidenzbasierte Informationen zugänglich zu machen. Denn auch wenn Ernährung Tumorerkrankungen nicht „heilt“, hat der Ernährungszustand wesentlichen Einfluss auf die Therapieverträglichkeit, den funktionellen Status, klinische Outcomes und die Lebensqualität. Diese Zusammenhänge sollten Patient:innen frühzeitig vermittelt werden, um Unsicherheiten abzubauen und ihre aktive Mitwirkung an ernährungstherapeutischen Maßnahmen zu fördern.

Abschließend wurde festgehalten, dass sowohl die kontinuierliche Erhebung valider Daten als auch die nachhaltige Verankerung von Ernährungstherapie langfristige strukturelle Prozesse darstellen. Zwischen theoretischen Konzepten und ihrer tatsächlichen Umsetzung im klinischen Alltag bestehe weiterhin eine deutliche Lücke. Kommunikation wurde dabei nicht nur als Instrument der Wissensvermittlung verstanden, sondern auch als zentrale Voraussetzung dafür, Ernährungstherapie langfristig sichtbar zu machen, Verantwortlichkeiten zu stärken und eine strukturierte Versorgung im klinischen Alltag tatsächlich zu verankern.

Aus diesen Ergebnissen wurden folgende Ableitungen für konkrete Maßnahmen getroffen:

- **Aufklärung von Patient:innen und Angehörigen zu Risiko und Warnsignalen von Mangelernährung und Verweis auf Anlaufstellen**
- **Gezielte evidenzbasierte und patient:innengerechte Kommunikation, um Falschinformation wie Ernährungsmythen und „Krebsdiäten“ entgegenzutreten**
- **Förderung des fachlichen Austauschs, der Sensibilisierung und medizinischen Aus- und Fortbildung zum Thema Ernährung innerhalb aller beteiligten Berufsgruppen**
- **Erhebung, Monitoring und Veröffentlichung valider Daten anhand definierter Qualitätsindikatoren als Voraussetzung für die Bewusstseinsbildung**
- **Sichtbarmachung und Evaluation der Versorgungsrealität zur Ableitung von Priorisierungen, Ressourcen- und Kapazitätsplanung**

5.5. Fazit

Insgesamt zeigte sich über Berufsgruppen, Einrichtungen und Bundesländer hinweg ein konsistentes Bild struktureller Herausforderungen. Trotz regional unterschiedlicher Lösungsansätze wurden ähnliche Problembereiche beschrieben – insbesondere hinsichtlich Folgeprozessen, Nahtstellenmanagement, ambulanter und extramuraler Weiterbetreuung in diätologischen Supportiv- und Nachsorgestrukturen, personeller und organisatorischer Rahmenbedingungen und der Messbarkeit von Versorgungsqualität. Gleichzeitig bestand breite Einigkeit darüber, dass die Wirksamkeit medizinischer Ernährungstherapie wissenschaftlich umfassend belegt ist und die zentrale Herausforderung vor allem in ihrer konsequenten Umsetzung im Versorgungsalltag liegt. Medizinische kann Ernährungstherapie vor allem dort wirksam umgesetzt werden, wo sie frühzeitig, strukturiert und multiprofessionell entlang des gesamten Versorgungspfads verankert ist. Die Aufgabenteilung erfolgt damit supportiv im Rahmen berufsrechtlichen Befugnissen in einem abgestimmten Team mit entsprechender fachlicher Kompetenz.

Die diskutierten Handlungsvorschläge zielen daher insbesondere auf verbindlichere Prozesse, klar definierte Zuständigkeiten, bessere sektorenübergreifende Zusammenarbeit, eine stärkere Nutzung von Qualitätsindikatoren und Versorgungsdaten und eine nachhaltige strukturelle Verankerung der medizinischen Ernährungstherapie im österreichischen Gesundheitssystem ab. Sie gilt als wesentlicher Bestandteil einer qualitätsvollen onkologischen Versorgung und eines modernen, ganzheitlichen Behandlungskonzepts.

KONSENSERKLÄRUNG

Die an dieser Publikation beteiligten Akteur:innen des österreichischen Gesundheitssystems sehen die medizinische Ernährungstherapie als unverzichtbaren Bestandteil einer modernen, evidenzbasierten onkologischen Versorgung. Ihr Nutzen für Patient:innen gilt als wissenschaftlich umfassend belegt. Ernährung soll in Form der medizinischen Ernährungstherapie daher nicht als ergänzende oder nachgelagerte Maßnahme verstanden werden, sondern als integraler Bestandteil des Behandlungspfads von der Diagnosestellung über die Therapie bis zur Nachsorge.

Die Unterzeichnenden teilen das Ziel, ernährungsbezogene Risiken frühzeitig zu erkennen und Betroffene auf Basis verbindlicher und möglichst einheitlicher Prozesse zeitgerecht einer bedarfsgerechten Unterstützung zuzuführen. Onkologische Therapieentscheidungen und die Gesamtverantwortung für die Behandlung verbleiben dabei im ärztlichen Bereich. Die medizinische Ernährungstherapie ergänzt diese im Rahmen der jeweiligen Berufsrechte als wichtiger supportiver Bestandteil einer multiprofessionellen Versorgung. Dafür müssen Rollenbilder und Kapazitäten gestärkt, Prozesse angepasst, Digitalisierung vorangetrieben und Abrechenbarkeit gesichert.

Besonderes Augenmerk gilt der Sicherstellung einer kontinuierlichen Betreuung über Einrichtungs- und Sektorengrenzen hinweg. Patient:innen sollen unabhängig vom Behandlungsort Zugang zu qualifizierter ernährungstherapeutischer Unterstützung erhalten. Dafür braucht es transparente Versorgungswege, nachvollziehbare Zuständigkeiten und tragfähige Strukturen mit einer verbesserten Abstimmung zwischen den Versorgungsbereichen.

Die Etablierung und der Ausbau der medizinischen Ernährungstherapie erfordern gemeinsames Handeln von Gesundheitsberufen, Fachgesellschaften, Trägerorganisationen, Patient:innen und Entscheidungsträger:innen. Neben einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung der vorhandenen Kapazitäten erfordert sie insbesondere die konsequente Verankerung klarer Prozesse, die Nutzung digitaler Möglichkeiten, die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patient:innen sowie die Förderung ernährungsmedizinischer Inhalte in Aus-, Fort- und Weiterbildung. Ziel ist ein Versorgungssystem, das medizinische Ernährungstherapie zunehmend als valides und effizientes Element der Behandlungsqualität versteht, implementiert und entsprechend organisiert.

Die unterzeichnenden Akteur:innen sprechen sich dafür aus, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit medizinische Ernährungstherapie künftig noch stärker als selbstverständlicher Bestandteil qualitätvoller onkologischer Versorgung wahrgenommen, umgesetzt und weiterentwickelt wird.

STATEMENTS ZUR MEDIZINISCHEN ERNÄHRUNGSTHERAPIE

*Die in dieser Publikation enthaltenen Statements geben die persönliche Meinung der jeweils zitierten Expert:innen wieder. Sie erscheinen in alphabetischer Reihenfolge.

„Da die Ernährungstherapie ein essenzieller Baustein der Onkologie ist, ist es besonders wichtig, hier das Bewusstsein aller an den Therapien beteiligten Berufsgruppen zu schärfen. Die Aufklärung und Begleitung der onkologischen Patient:innen ist ebenso ein wesentlicher Erfolgsfaktor für gezielte ernährungsmedizinische Maßnahmen.“



Mag.ª Dr.ª Elisabeth Bräutigam, MBA
Vorständin der NÖ Landesgesundheitsagentur

„Die medizinische Ernährungstherapie stellt einen zentralen Bestandteil der onkologischen Behandlung dar und hat einen direkten Einfluss auf Therapieerfolg, Verträglichkeit und Lebensqualität. Eine strukturierte Implementierung und frühzeitige Identifikation von Risikopatient:innen sind daher essenziell. Besonders wichtig ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die systematische Integration in klinische Abläufe. Die vorliegenden Handlungsempfehlungen leisten hierzu einen sehr wertvollen Beitrag für die Praxis.“



OA Dr. Patrick Clemens
Facharzt für Strahlentherapie und Radioonkologie, Arzt für Allgemeinmedizin, Leitung Ernährungsteam LKH Feldkirch, Leitung Junge AKE, Mitglied der Arbeitsgruppe

„Krebsversorgung endet nicht bei Diagnose und Therapie. Entscheidend ist ein ganzheitlicher Ansatz, der Prävention, Behandlung, Nachsorge und unterstützende Maßnahmen gleichermaßen umfasst. Die medizinische Ernährungstherapie ist dabei ein wichtiger Baustein, der stärker in strukturierte Versorgung integriert werden muss. Im Burgenland verfolgen wir den Anspruch, Gesundheit umfassend zu denken und Patientinnen und Patienten bestmöglich zu begleiten. Wir setzen dabei bewusst auf integrierte Versorgungskonzepte, die den Menschen in den Mittelpunkt stellen und Gesundheit über die rein medizinische Behandlung hinaus denken. Mit dem österreichweit ersten Maggie's Centre schaffen wir dafür ein konkretes Beispiel: einen Ort der Begleitung, Unterstützung und Orientierung für Betroffene und Angehörige – ergänzend zur medizinischen Versorgung.“



Mag. Hans Peter Doskozil
Landeshauptmann des Burgenlandes

„Gesundheit und Ernährung sind untrennbar miteinander verbunden. An den Salzburger Landeskliniken (SALK) besteht seit nunmehr 40 Jahren ein hochqualifiziertes Diätologieteam, das diesen Ansatz täglich gestaltet und weiterentwickelt. Die medizinische Ernährungstherapie ist heute integraler Bestandteil moderner Behandlungsstrategien, etwa bei Adipositas, Tumorerkrankungen, chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen und seltenen Stoffwechselerkrankungen – und leistet einen nachweislichen Beitrag zu besseren Therapieergebnissen. Im Krankenhaus erhöht sie das Überleben, senkt Komplikationen und verbessert die Therapietoleranz, insbesondere in der Onkologie.“



Mag.^a Daniela Gutschi

Landesrätin für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Gesundheit, Frauen, Diversität und Chancengleichheit, Land Salzburg

„Diese Publikation unterstreicht die zentrale Bedeutung der medizinischen Ernährungstherapie in der Onkologie und zeigt, dass eine frühzeitige, strukturierte Begleitung nicht nur die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessert, sondern auch den Therapieerfolg moderner Krebstherapien wesentlich unterstützt. Besonders hervorzuheben sind die praxisnahen Vorschläge. Sie machen deutlich, dass durch bessere Koordination und gezielte Strukturmaßnahmen rasch spürbare Verbesserungen in der Versorgung erreicht werden können. Mein Dank gilt allen Beteiligten, die mit ihrem Engagement einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Ernährungstherapie als selbstverständlichen Bestandteil einer modernen, patientenorientierten Krebsversorgung in Österreich zu verankern.“



Mag.^a Christine Haberlander

Landeshauptmann-Stellvertreterin und Landesrätin für Gesundheit, Bildung und Frauen, Land Oberösterreich

„Spitzenmedizin rettet Leben, aber sie entfaltet ihre volle Kraft erst dann, wenn wir auch einfache und hochwirksame Begleittherapien wie die medizinische Ernährung konsequent nutzen. Als Landesrätin begrüße ich die Initiative, damit wir Patientinnen und Patienten von der ersten Sekunde an ganzheitlich stärken. Gemeinsam stellen wir die Weichen für die Zukunft und machen Tirol zum Vorreiter für eine menschliche und moderne Krebsmedizin.“



MMag.^a Dr.ⁱⁿ Cornelia Hagele

Landesrätin für Gesundheit, Pflege, Bildung, Wissenschaft und Forschung, Land Tirol

„Ernährung ist ein wesentlicher Faktor für die Gesundheit, Prävention und im Rahmen von Therapien, wie bei onkologischen Erkrankungen. Diätolog*innen nehmen eine wichtige Rolle in der Umsetzung der ernährungsmedizinischen Therapie von onkologischen Patient*innen ein. Durch eine individuelle Ernährungstherapie unterstützen sie die Prävention und Behandlung von Mangelernährung und helfen bei therapiebedingten Beschwerden. Dadurch wird ein wesentlicher Beitrag zur Lebensqualität sowie zum Behandlungserfolg der betroffenen Patient*innen geleistet. Trotz der vorliegenden Evidenzen ist die ernährungsmedizinische Therapie noch immer keine Selbstverständlichkeit in der onkologischen Versorgung in Österreich.“



Prof.ⁱⁿ Andrea Hofbauer, MSc, MBA

Präsidentin DIAETOLOGIE Austria

„Die medizinische Ernährungstherapie und das ernährungsmedizinische Beratungsgespräch spielen in der onkologischen Versorgung eine wichtige Rolle. Gleichzeitig kommen entsprechende Leistungen auch bei zahlreichen anderen Erkrankungen und Indikationen wie Adipositas, Diabetes mellitus, chronischen Nierenerkrankungen und bei Gedeihstörungen im Säuglingsalter zum Einsatz. Derzeit gibt es hierfür keine eigenständige Kassenleistung im niedergelassenen Bereich und die Diätologie ist bislang auch nicht im ASVG abgebildet. Diätologische Beratungsleistungen werden jedoch im stationären Bereich wie auch in Gesundheitszentren angeboten. Ein Ausbau dieser Versorgungsangebote ist im Sinne der ÖGK. Vor diesem Hintergrund könnten auch die künftig geplanten Pflege- und Therapiepraxen einen Beitrag dazu leisten, diätologische Betreuung niederschwellig und wohnortnah anzubieten.“



Andreas Huss, MBA

Arbeitnehmer:innen-Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK)

„Die medizinische Ernährungstherapie ist ein bislang noch vielfach unterschätzter Baustein einer qualitativ hochwertigen und wirksamen onkologischen Versorgung. Ihre stärkere Berücksichtigung – vor allem frühzeitig – bietet die Chance, Versorgungsqualität und Patient:innenorientierung nachhaltig zu verbessern, indem der Ernährungszustand von Betroffenen erhalten, die Verträglichkeit von Therapien verbessert und insgesamt die Lebensqualität gesichert werden kann.“



Dr.ⁱⁿ Beate Prettner

Landesrätin für Gesundheit, Krankenanstalten, Pflegewesen und Tierschutz, Land Kärnten

„Eine moderne onkologische Versorgung bedeutet, den Menschen ganzheitlich zu begleiten. Ernährung und Bewegung sind dabei wesentliche Eckpfeiler, um die Lebensqualität zu stärken, Therapien bestmöglich zu unterstützen und Patient:innen nachhaltig zu begleiten.“



Martina Rüscher, MBA, MSc

Landesrätin für Gesundheit und Sport, Land Vorarlberg

„Als Präsident der AHOP sehe ich die medizinische Ernährungstherapie als unverzichtbaren Bestandteil einer qualitätsvollen onkologischen Versorgung, da sie wesentlich zum Therapieerfolg, zur Lebensqualität und zur Sicherheit von Patient:innen beiträgt. Onkologische Pflegepersonen und insbesondere Cancer Nurses übernehmen in der Versorgung eine zentrale Rolle, indem sie Ernährungsrisiken frühzeitig erkennen, Betroffene kontinuierlich begleiten und die interprofessionelle Versorgung koordinieren. Voraussetzung dafür sind standardisierte Screeningprozesse, ausreichende diätologische Ressourcen sowie eine nahtlose Versorgung über alle Sektoren hinweg.“



Harald Titzer, BSc, MSc

Präsident der Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und onkologischer Pflegepersonen in Österreich (AHOP)

„Der Ernährungszustand von Patient:innen mit onkologischen Erkrankungen spielt hinsichtlich des Outcomes und der Verträglichkeit der unterschiedlichsten Therapien eine fundamentale Rolle: Ein direkter Zusammenhang zwischen beiden Größen ist wissenschaftlich gut abgesichert. In der Praxis wird diesem Thema oft nicht die ihr zustehende Bedeutung geschenkt. Das heißt in concreto: Bei jeder Diagnose einer onkologischen Erkrankung ist die Beurteilung des Ernährungszustandes ein wesentlicher Aspekt. Das vorliegende Papier beleuchtet die vielfältigen Mechanismen der Diagnostik im Spitals- und ambulanten Setting und soll dazu beitragen, verschiedene Berufsgruppen zu einer gemeinsamen evidenzbasierten Vorgangsweise zum Wohle der Patient:innen zu erreichen.“



Univ.-Prof. Dr. Kurt Widhalm

Leiter des Österreichischen Akademischen Instituts für Ernährungsmedizin (ÖAIE), emeritierter Universitätsprofessor für Ernährungsmedizin, Mitglied der Arbeitsgruppe

„Das Assessment der Ernährungssituation und die kontinuierliche Überprüfung des Ernährungsstatus sind für Krebspatientinnen und Krebspatienten von besonderer Wichtigkeit. Im Sinne einer optimalen Prähabilitation werden Betroffene durch Screening und ernährungstherapeutische Maßnahmen besser auf eine Operation vorbereitet, die Adhärenz und Verträglichkeit von Systemtherapien kann gesteigert werden. In der Rekonvaleszenzphase wird der Erholungsprozess nach einer Therapie beschleunigt. Durch die erfolgreiche Kooperation mit der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Ernährung (AKE) und weiteren Gesellschaften und Institutionen konnte die Österreichische Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (OeGHO) einen neuen Schwerpunkt setzen, um die Awareness zu erhöhen.“



Prim. Prof. Dr. Ewald Wöll

Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO), Mitglied der Arbeitsgruppe

UNTERSTÜTZER:INNEN

*Mitglieder der Arbeitsgruppe aus den Workshops sind entsprechend ausgewiesen.

Univ.-Prof. Dr. Thomas Bauernhofer

Professor für Innere Medizin, Programmdirektor für Uroonkologie, Klinische Abteilung für Onkologie, Medizinische Universität Graz

Stefanie Berger, BSc MSc

Fachbereichsleitung Diätologie, LKH-Univ. Klinikum Graz

Jane Bergthaler, BSc MSc nutr. med.

Diätologin LKH-Univ. Klinikum Graz, Krebshilfe Steiermark und freiberufliche Tätigkeit – Schwerpunkt Onkologie und Sporternährung, Mitglied der Arbeitsgruppe

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Elisabeth Bräutigam, MBA

Vorständin der NÖ Landesgesundheitsagentur

Monika Bröder, MSc

Leitende Diätologin Universitätsklinikum Salzburg, Landeskrankenhaus, Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsges. m.b.H, Mitglied der Arbeitsgruppe

OA Dr. Patrick Clemens

Facharzt für Strahlentherapie und Radioonkologie, Arzt für Allgemeinmedizin, Leitung Ernährungsteam LKH Feldkirch, Leitung Junge AKE, Mitglied der Arbeitsgruppe

Mag. Hans Peter Doskozil

Landeshauptmann des Burgenlandes

Marlene Fitzek, BScN MA MSc

Advanced Practice Nurse Hämatologie und Onkologie, LKH-Univ. Klinikum Graz, Mitglied der Arbeitsgruppe

Mag.^a Daniela Gutschi

Landesrätin für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Gesundheit, Frauen, Diversität und Chancengleichheit, Land Salzburg

Mag.^a Christine Haberlander

Landeshauptmann-Stellvertreterin und Landesrätin für Gesundheit, Bildung und Frauen, Land Oberösterreich

MMag.^a Dr.ⁱⁿ Cornelia Hagele

Landesrätin für Gesundheit, Pflege, Bildung, Wissenschaft und Forschung, Land Tirol

Prof.ⁱⁿ Andrea Hofbauer, MSc, MBA

Präsidentin DIAETOLOGIE Austria

Andreas Huss, MBA

Arbeitnehmer:innen-Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK)

Prim. Doz. Dr. Hannes Kaufmann

Abteilungsvorstand der Onkologie an der Klinik Favoriten und Klinik Landstraße in Wien und Programmdirektor beim Vienna Cancer Center, Fachstimme

Julia Lobenwein, BSc

Leitung Arbeitskreis „Ernährung und Onkologie“, DIAETOLOGIE Austria, Mitglied der Arbeitsgruppe

Christine Pall

Vizepräsidentin DIAETOLOGIE Austria, Landesgruppenleitung Tirol, Mitglied der Arbeitsgruppe

Michaela Perndl, BSc

Leitende Diätologin, Kepler Universitätsklinikum Linz, Mitglied der Arbeitsgruppe

Dr.ⁱⁿ Beate Prettner

*Landesrätin für Gesundheit, Krankenanstalten,
Pflegerwesen und Tierschutz, Land Kärnten*

Martina Rüscher, MBA, MSc

*Landesrätin für Gesundheit und Sport,
Land Vorarlberg*

Denise Schäfer, DGKP, BSc

*Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und onko-
logischer Pflegepersonen in Österreich (AHOP),
Advanced Practice Nurse (Hepatology) Ordens-
klinikum Linz GmbH, Barmherzige Schwestern,
Mitglied der Arbeitsgruppe*

Harald Titzer, BSc, MSc

*Präsident der Arbeitsgemeinschaft hämatologischer
und onkologischer Pflegepersonen in Österreich
(AHOP)*

Univ.-Prof. Dr. Kurt Widhalm

*Leiter des Österreichischen Akademischen Instituts
für Ernährungsmedizin (ÖAIE), emeritierter Univer-
sitätsprofessor für Ernährungsmedizin, Mitglied der
Arbeitsgruppe*

Ines Wiesbauer, BSc

*Diätologin, LKH Univ. Klinikum Graz, Mitglied der
Arbeitsgruppe*

Christine Wildling, DGKP, MSc

*LKH-Univ. Klinikum Graz, Österreichische Krebshilfe
Steiermark, Mitglied der Arbeitsgruppe*

Prim. Prof. Dr. Ewald Wöll

*Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Häma-
tologie & Medizinische Onkologie (OeGHO), Mitglied
der Arbeitsgruppe*

REFERENZEN

- 1 Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK). Mangelernährung im Alter. 15.09.2025.
Abrufbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/altern/ernaehrung-im-alter/mangelernaehrung-senioren.html>
(abgerufen am 15.04.2026)
- 2 Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*. 2017;36(1):49–64.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004>
- 3 Dent E, Wright O, Woo J, et al. Malnutrition in older adults. *The Lancet*. 2023;401:951–966.
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02612-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02612-5)
- 4 Leij-Halfwerk S, Verwijs MH, van Houdt S, et al. Prevalence of protein-energy malnutrition risk in European older adults in community, residential and hospital settings, according to 22 malnutrition screening tools validated for use in adults ≥65 years: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*. 2019;126:80–89.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.05.006>
- 5 Muscaritoli M, Caccialanza R, De Lorenzo F, et al. The Impact of NUTRITIONAL Status at First Medical Oncology Visit on Clinical Outcomes: The NUTRIONCO Study. *Cancers*. 2023;15(12):3206.
DOI: <https://doi.org/10.3390/cancers15123206>
- 6 Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clinical Nutrition*. 2021;40(5):2898–2913.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.02.005>
- 7 Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical Nutrition*. 2019;38(1):1–9.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.002>
- 8 Valentini L, Volkert D, Schütz T, et al. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) – Klinische Ernährung in der Onkologie. *Aktuelle Ernährungsmedizin*. 2013;38(2):97–111.
DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0032-1332980>
- 9 Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Diagnostische Kriterien einer Mangelernährung. o. D.
Abrufbar unter: <https://www.dgem.de/diagnostische-kriterien>
(abgerufen am 17.04.2026)
- 10 Britton B, Baker AL, Wolfenden L, et al. Eating As Treatment (EAT): A Stepped-Wedge, Randomized Controlled Trial of a Health Behavior Change Intervention Provided by Dietitians to Improve Nutrition in Patients With Head and Neck Cancer Undergoing Radiation Therapy (TROG 12.03). *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*. 2018;103(2):353–362.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2018.09.027>
- 11 Vavrovsky A, et al. Medizinische Ernährungstherapie in Österreich: ein kostensparendes Instrument zur Erlös- und Kapazitätssicherung in der Onkologie. Wien: Academy for Value in Health GmbH (AVH); 2026. (zur Publikation eingereicht)
- 12 Stauder R, Augschoell J, Hamaker ME, Koinig KA. Malnutrition in Older Patients With Hematological Malignancies at Initial Diagnosis – Association With Impairments in Health Status, Systemic Inflammation and Adverse Outcome. *HemaSphere*. 2020;4(1):e332.
DOI: <https://doi.org/10.1097/hs9.0000000000000352>
- 13 Hosseini SM, Salari N, Darvishi N, et al. Prevalence of severe malnutrition in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2025;44(1):252.
DOI: <https://doi.org/10.1186/s41043-025-01006-x>
- 14 Bossi P, De Luca R, Ciani O, et al. Malnutrition management in oncology: An expert view on controversial issues and future perspectives. *Frontiers in Oncology*. 2022;12:910770.
DOI: <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.910770>
- 15 Arends J, Ockenga J, Bozzetti F, et al. S3-Leitlinie „Klinische Ernährung in der Onkologie“. Leitlinienprogramm Onkologie (AWMF Register-Nr. 073-006OL). Langversion 1.0. 2026.
Abrufbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/073-006OLL_S3_Klinische-Ernaehrung-in-der-Onkologie_2026-02.pdf
(abgerufen am 15.04.2026)
- 16 Cancer Patients Europe. Nutrition in Cancer Care: Closing the Gap Between Awareness and Action. Brüssel: Cancer Patients Europe; 2026.
Abrufbar unter: <https://cancerpatientseurope.org/nutrition-in-cancer-care-white-paper/>
(abgerufen am 01.05.2026)
- 17 Wakefield CJ, Hamati F, Karush JM, et al. Sarcopenia after induction therapy is associated with reduced survival in patients undergoing esophagectomy for locally-advanced esophageal cancer. *Journal of Thoracic Disease*. 2021;13(2):861–869.
DOI: <https://doi.org/10.21037/jtd-20-2608>
- 18 Beirer, A. Malnutrition and cancer, diagnosis and treatment. memo – Magazine of European Medical Oncology. 2021;14:168–173.
DOI: <https://doi.org/10.1007/s12254-020-00672-3>
- 19 Muscaritoli M, Lucia S, Farcomeni A, et al. Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: the PreMiO study. *Oncotarget*. 2017;8(45):79884–79896.
DOI: <https://doi.org/10.18632/oncotarget.20168>
- 20 Delsoglio M, Capener R, Smith TR, et al. High-protein oral nutritional supplement use in patients with cancer reduces complications and length of hospital stay: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Nutrition*. 2025;12:1654637.
DOI: <https://doi.org/10.3389/fnut.2025.1654637>

- 42 Trujillo EB, Kadakia KC, Thomson C, et al. Malnutrition risk screening in adult oncology outpatients: An ASPEN systematic review and clinical recommendations. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2024;48(8):874–894. DOI: <https://doi.org/10.1002/jpen.2688>
- 43 Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*. 2017;36(1):11–48. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.015>
- 44 Medizinische Universität Wien. nutritionDay: Aktionstag wider Mangelernährung im Spital. 28.10.2019. Abrufbar unter: <https://www.meduniwien.ac.at/web/ueberuns/news/detailseite/2019/news-im-oktober-2019/nutritionday-aktionstag-wider-mangelernaehrung-im-spital/medizin-wissenschaft> (abgerufen am 01.05.2026)
- 45 nutritionDay worldwide. About nutritionDay. o. D. Abrufbar unter: <https://www.nutritionday.org/#about> (abgerufen am 25.04.2026)
- 46 nutritionDay worldwide. National report Austria 2024. 2024. Abrufbar unter: https://www.nutritionday.org/wp-content/uploads/2024_nDay_national_report_Austria.pdf (abgerufen am 25.04.2026)
- 47 Arbeitsgemeinschaft Klinische Ernährung (AKE). Patient:innen mit Mangelernährung. o. D. Abrufbar unter: <https://empfehlungen.ake-nutrition.at/1-grundlagen-der-klinischen-ernaehrung/1-1-grundlagen/1-1-2-patientinnen-mit-mangelernaehrung/> (abgerufen am 17.04.2026)
- 48 Arbeitsgemeinschaft Klinische Ernährung (AKE). Ernährungs-Screening und Assessment. o. D. Abrufbar unter: <https://empfehlungen.ake-nutrition.at/1-grundlagen-der-klinischen-ernaehrung/1-3-methoden-der-ernaehrungsplanung-und-durchfuehrung/1-3-2-ernaehrungs-screening/> (abgerufen am 29.04.2026)
- 49 Tumorzentrum Oberösterreich. Leitlinie zur Identifikation, Therapieinitiierung und zum Monitoring von Mangelernährung. 14.07.2025. Abrufbar unter: <https://public.treetop-medical.com/public/GL-malnutrition-management-b620f24f> (abgerufen am 17.04.2026)
- 50 Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und onkologischer Pflegepersonen in Österreich (AHOP). Über AHOP. o. D. Abrufbar unter: <https://www.ahop.at/ueber-ahop/> (abgerufen am 05.06.2026)
- 51 Österreichische Krebshilfe. Ernährung bei Krebs. Wien: Österreichische Krebshilfe; 2025. Abrufbar unter: https://www.krebshilfe.net/fileadmin/user_upload/Dachverband/Brosch%C3%BCren/2025146_Ern%C3%A4hrung_bei_Krebs___web.pdf (abgerufen am 17.04.2026)
- 52 DIAETOLOGIE Austria. Arbeitskreis Onkologie. o. D. Abrufbar unter: <https://diaetologie.at/verband/arbeitskreise/arbeitskreis-onkologie/> (abgerufen am 17.04.2026)
- 53 DIAETOLOGIE Austria. Der Diaetologische Prozess. o. D. Abrufbar unter: <https://diaetologie.at/fuer-diaetologinnen/der-diaetologische-prozess/> (abgerufen am 05.06.2026)
- 54 Bundesministerium für Gesundheit. Nationaler Aktionsplan Ernährung inkl. Maßnahmenübersicht und Planung 2015. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2015. Abrufbar unter: https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr%3A52974577-829c-42e6-86f1-8349d76delb6/nap_e_20130909.pdf (abgerufen am 01.05.2026)
- 55 Bundeskanzleramt. Wirkungsmonitoring in Österreich: (1) Nationaler Aktionsplan Ernährung (NAP.e) und (2) Stärkung der Gesundheitskompetenz. o. D. Abrufbar unter: <https://wirkungsmonitoring.gv.at/massnahme-detail/1-nationaler-aktionsplan-ernaehrung-nap-e-und-2-staerkung-der-gesundheitskompetenz-8545-941/> (abgerufen am 01.05.2026)
- 56 Hilbe W, Titzer H, Eglau K, et al. Cancer Nurse – Drehscheibe der Krebsversorgung. Positionspapier. Wien: AHOP/OeGHO; 2023. Abrufbar unter: https://www.oegho.at/fileadmin/Benutzer/AHOPOeGHO_Cancer_Nurse_Positionspapier.pdf (abgerufen am 01.05.2026)
- 57 National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. London: NICE; 2006. Abrufbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32> (abgerufen am 21.04.2026)
- 58 DIAETOLOGIE Austria. Gesetzliche Grundlagen. o. D. Abrufbar unter: <https://diaetologie.at/diaetologie/gesetzliche-grundlagen/> (abgerufen am 05.06.2026)
- 59 Macmillan Cancer Support. Addressing the Gap: Highlighting the need for growing the specialist cancer nursing workforce. London: Macmillan Cancer Support; 2020. Abrufbar unter: <https://www.macmillan.org.uk/dfsmedia/1a6f23537f7f4519bb0cf14c45b2a629/9598-10061/addressing-the-gap-report> (abgerufen am 01.05.2026)
- 60 British Dietetic Association (BDA). Strengthening the dietetic workforce. o. D. Abrufbar unter: <https://www.bda.uk.com/news-campaigns/campaigns/strengthening-diversifying-the-dietetic-workforce.html> (abgerufen am 01.05.2026)
- 61 British Dietetic Association (BDA). Written evidence submitted by the British Dietetic Association (RTR0043). Birmingham: British Dietetic Association; 2022. Abrufbar unter: <https://committees.parliament.uk/writtenevidence/42664/pdf/> (abgerufen am 01.05.2026)

- 62 Bundesministerium für Gesundheit (federführend). Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreform-anpassungsgesetz – KHAG). Bundesgesetzblatt I. Nr. 98. Berlin: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz; 2026. Abrufbar unter: <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2026/98/VO.html> (abgerufen am 01.05.2026)
- 63 Matthews LS, Wootton SA, Davies SJ, et al. Screening, assessment and management of perioperative malnutrition: a survey of UK practice. *Perioperative Medicine*. 2021;10:30. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13741-021-00196-2>
- 64 Alshammari A, Alshammari F, Alotaibi M, et al. Is malnutrition screening and risk assessment being conducted according to NICE guidance for patients admitted to care of Elderly wards in Kettering General Hospital? *Future Healthcare Journal*. 2024;11(Suppl):100101. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.fhj.2024.100101>
- 65 Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). *Ondervoeding bij patiënten met kanker. Richtlijndatabase*. Utrecht: Integraal Kankercentrum Nederland.; 2017. Abrufbar unter: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/ondervoeding_bij_patiënten_met_kanker/ondervoeding_-_korte_beschrijving.html (abgerufen am 20.04.2026)
- 66 Senesse P, Bachmann P, Bensadoun RJ, et al. Clinical nutrition guidelines of the French Speaking Society of Clinical Nutrition and Metabolism (SFNEP): Summary of recommendations for adults undergoing non-surgical anticancer treatment. *Digestive and Liver Disease*. 2014;46(8):667–674. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dld.2014.01.160>
- 67 Ministère de la Santé et des Sports. *Plan Cancer 2009–2013*. Paris: Ministère de la Santé et des Sports; 2009. Abrufbar unter: https://www.cancer.fr/content/download/5600/file/PlanCancer20092013_02112009.pdf?version=3 (abgerufen am 01.05.2026)
- 68 Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Plan Cancer 2014–2019: Guérir et prévenir les cancers: donner les mêmes chances à tous, partout en France*. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2014. Abrufbar unter: https://www.cancer.fr/content/download/7493/file/Plan_cancer_2014-2019-PNRT.pdf?version=7 (abgerufen am 01.05.2026)
- 69 Khalatbari-Soltani S, Marques-Vidal P. Adherence to hospital nutritional status monitoring and reporting guidelines. *PLoS One*. 2018;13(9):e0204000. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204000>
- 70 Hejgaard T. New Danish guidelines for disease-related malnutrition care including the entire patient journey. Danish Health Authority. Präsentation bei der ONCA Conference, Kopenhagen, 16.–17.05.2022. Abrufbar unter: <https://european-nutrition.org/wp-content/uploads/2022/05/New-Danish-guidelines-ONCA22.pdf> (abgerufen am 01.05.2026)
- 71 Indenrigs- og Sundhedsministeriet. *Kræftplan V: Et bedre liv med og efter kræft*. Kopenhagen: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2025. Abrufbar unter: <https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/2025-05/Et-bedre-liv-med-og-efter-kræft-kræftplan-V-TILG.pdf> (abgerufen am 01.05.2026)
- 72 European Nutrition for Health Alliance. *Country Profile Denmark*. o. D. Abrufbar unter: <https://european-nutrition.org/countries/denmark/> (abgerufen am 01.05.2026)

IMPRESSUM

HÖRHAN Strategy Consultants wurde von Fresenius Kabi mit der Erstellung der Fachpublikation beauftragt. Die inhaltliche Ausarbeitung erfolgte unabhängig und ohne inhaltliche Einflussnahme durch Fresenius Kabi.

Redaktion und Projektkoordinierung:

Katharina Börries d'Harnoncourt, HÖRHAN Strategy Consultants



HÖRHAN Strategy Consultants GmbH, Plankengasse 2 | Top 12, 1010 Wien, Österreich;
Firmensitz Wien – UID: ATU 78495969 | FN 587070 p | Handelsgericht Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Alle Beteiligten unter dem Vorsitz des medizinischen Fachbeirats (Prim. Priv.-Doz. Dr. Hannes Kaufmann)

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe erhielten für ihre Beteiligung keine finanzielle Vergütung. Die Unterstützung der Publikation erfolgte freiwillig und ebenfalls ohne Honorierung.

Bildnachweise:

Doskozil: © Manfred Weiss; Gutschi: © Land Salzburg/Neumayr/Leopold;
Haberlander: © Land OÖ; Hagele: © Land Tirol/Sedlak; Hofbauer: © DIAETOLOGIE Austria/
Ludwig Schedl; Prettner: © LPD/Helge Bauer; Rüscher: © VLK/Studio Faschin;
Widhalm: © ÖAIE/citronenrot.at; Wöll: © OeGHO/Hörmandinger

Das Weißbuch zur Medizinischen Ernährungstherapie für onkologische Patient:innen in Österreich wurde im Rahmen eines AHF-NetUps am 01. Juli 2026 präsentiert. Das Video-on-Demand und der Eventbericht sind über folgende QR-Codes abrufbar:

QR-Code zum Event



QR-Code zum Video-on-Demand

