

7. Konsensuskonferenz in der Pflege, 8.10.2008, Osnabrück

Thema: Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zum DNQP-Expertenstandard

von Prof. Dr. Stephan C. Bischoff

unter Mitarbeit von Dr. Tatjana Schütz und Dr. Luzia Valentini

Die DGEM und die AWMF begrüßen die Aktivitäten des DNQP, den Expertenstandard zum Thema "Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege" zu entwickeln und damit zur Sicherung der ernährungsmedizinischen Betreuung von Risikopatienten beizutragen. Aus ärztlicher Sicht möchte die DGEM diese Aktivitäten ausdrücklich unterstützen und bedankt sich für die Einladung, an der Entwicklung dieses Expertenstands mitzuwirken, zumal es sich um einen Bereich handelt, der verschiedene Berufsgruppen wie Pflegekräfte, Ärzte, Ernährungsfachkräfte, Küchenpersonal etc. einbeziehen sollte.

Der am 8.10.2008 in Osnabrück in seiner aktuellen Fassung vorgestellte Pflegestandard entspricht in vielen Punkten den Vorstellungen der DGEM und wird von dieser als wesentlicher Fortschritt empfunden. Nur in einzelnen Punkten, die im Folgenden ausgeführt werden, sehen wir Korrekturbedarf:

1. Screening auf mangelernährungsbedingtes Risiko

In den letzten Jahren wurden von den medizinischen Fachgesellschaften auf deutscher (DGEM) und europäischer (ESPEN) Ebene für den Alltag praktikable, verschiedene Personengruppen berücksichtigende und vor allem wissenschaftlich validierte Instrumente (Scores) entwickelt, die ein effektives Screening auf ein mangelernährungsbedingtes Risiko erlauben. Diese umfassen die Dokumentation von Körpergröße und Körpergewicht, Gewichtsveränderungen in den letzten drei bis sechs Monaten und die Nahrungszufuhr sowie wenige andere, personengruppenspezifische Parameter. Es handelt sich um folgende drei Scores, die Outcome-bezogen validiert, in deutscher Sprache verfügbar, sowie schnell und einfach durchzuführen sind. Sie werden seit mehreren Jahren erfolgreich eingesetzt:

- Nutrition Risk Screening (NRS-2002) für Krankenhauspatienten
- Malnutrition Universal Screening Tool (MUST Score) für ambulante Patienten
- Mini Nutritional Assessment (MNA Score) für Patienten in geriatrischen Einrichtungen

Diese Parameter bzw. Scores sollten dringend in den Pflegestandard aufgenommen werden, zumal die Anwendung der Scores in erster Linie durch die Berufsgruppe der Pflegekräfte erfolgen soll.

2. Assessment von Mangelernährung

Wenn der Patient im Screening als Risikopatient identifiziert worden ist, muss in einem zweiten Schritt ein Assessment erfolgen. Dieses Ernährungs-Assessment unterscheidet sich vom Pflegeassessment und hat zwei Ziele: zum einen muss das der Mangelernährung zugrunde liegende Problem genauer charakterisiert werden, zum anderen muss ein Maßnahmenkatalog für eine gezielte ernährungsmedizinische Behandlung entwickelt werden. Diese kann eine Modifikation der oralen Ernährung, eine Modifikation von Umgebungsparametern, aber auch die zusätzliche Gabe von Trinknahrung bis hin zur künstlichen Ernährung umfassen. Letzteres sollte hier benannt werden, weil die Pflegekräfte

auch bei der Anwendung von Trinknahrung und künstlicher Ernährung beteiligt sind und weil diese Maßnahmen von den rein "Oralen Maßnahmen" bei der fachgerechten Behandlung von Mangelernährung nicht trennbar sind (siehe Leitlinien der DGEM).

Dieser zweite Schritt wird von verschiedenen Berufsgruppen idealerweise in einem "Ernährungsteam" bewerkstelligt. Dies sollte im Expertenstandard verankert werden. Die Pflegekraft ist an zentraler Stelle beteiligt, sie muss jedoch das Ernährungs-Assessment, im Gegensatz zum Screening, in der Regel nicht allein durchführen. Hier muss die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen, insbesondere Pflege und Ärzte, aber auch Ernährungsfachkräfte, Küche etc. gefordert und die Zuständigkeiten definiert werden.

Validierte Instrumente zum Assessment in dem beschriebenen Sinn liegen derzeit nicht vor. Insofern ist eine Neuentwicklung und Validierung solcher Instrumente aus der interdisziplinären Zusammenarbeit der o.g. Berufsgruppen anzustreben. Derzeit kommen verschiedene Methoden zum Einsatz, da es keinen Goldstandard zur Bestimmung des Ernährungszustandes gibt,

3. Ernährungsmanagement im Überleitungsbereich von stationärer zu ambulanter Behandlung oder zur Weiterbehandlung in Pflegeeinrichtungen

Diese wichtige Schnittstelle sollte im Expertenstandard genauer dargestellt werden.

Klinische Einrichtungen, in denen die Patienten in der Regel nur kurze Zeit verbringen, sind kaum mehr in der Lage, mehr als Screening und Assessment zu leisten. Die Ausführung der Maßnahmen muss meistens nach dem Krankenhausaufenthalt erfolgen. Im poststationären Bereich ist die Pflegekraft vielfach auf sich gestellt und kann nur eingeschränkt auf ein Ernährungsteam zurückgreifen. Deshalb sind für den ambulanten Bereich und für die Pflegeeinrichtungen detaillierte Handlungsanweisungen obligat. **Dazu gehört auch die Verlaufskontrolle, d.h. die** Dokumentation und die Prüfung sowie Neubewertung der eingeleiteten Maßnahmen in regelmäßigen Zeitabständen.

4. Outcome

Ein Pflegestandard ist immer nur so gut, wie er gelebt und umgesetzt wird. Deshalb sind Schulungen und Motivationsinstrumente notwendig und sollten im Standard vorgesehen werden. Zweitens sollten Effektivität (z.B. medizinischer Benefit und Lebensqualität der Behandelten) und Effizienz (Kosten-Nutzen-Analyse) der Maßnahmen im Sinne eines dynamischen Qualitätsmanagement erfasst und im Verlauf nach wissenschaftlichen Kriterien bewertet werden. Dieser Aspekt ist derzeit nicht ausreichend im Expertenstandard berücksichtigt.

Mit wenigen gezielten Modifikationen lässt sich der Expertenstandard nochmals wesentlich verbessern und hinsichtlich der von der DGEM geplanten Zertifizierung optimieren (siehe Anlage). Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Stuttgart, den 18. Nov. 2008

gez. Prof. Dr. Stephan C. Bischoff
Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin, Geschäftsführender Direktor
des Instituts für Ernährungsmedizin, Universität Hohenheim in Stuttgart

Anlage: Konkrete Änderungsvorschläge der DGEM hinsichtlich Zertifizierung

Ergänzende Änderungsvorschläge der DGEM zum Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“

Die DGEM plant, in naher Zukunft Zertifizierungsmöglichkeiten für das stationäre Ernährungsmanagement anzubieten. Aufgrund der zentralen Rolle der Pflegekräfte im stationären Ernährungsmanagement möchte die DGEM auf Punkte hinweisen, die eine Zertifizierung des stationären Ernährungsmanagements erschweren könnten.

1) orale Ernährung:

Die DGEM spricht sich dringend für die Inklusion von oraler Zusatz-/Trinknahrungen (im Folgenden zusammengefasst als Trinknahrungen) im vorliegenden Expertenstandard aus (s. Seite 24, 4. Absatz).

Begründung:

Die DGEM gibt zu Bedenken, dass die Exklusion von Trinknahrungen zwangsläufig suggeriert, dass Pflegekräfte für die Gabe und das Management von Trinknahrungen nicht primär verantwortlich seien. Darüber hinaus wird suggeriert, dass Trinknahrungen kein integrativer Bestandteil der oralen Ernährungsversorgung sind, sondern eine spezialisierte, gesondert zu betrachtenden Ernährungstherapie darstellen. Beide Annahmen sind unrichtig.

Trinknahrungen sind ein integrativer Bestandteil der oralen Ernährungsversorgung von mangelernährten Patienten bzw. Patienten mit einem Mangelernährungsrisiko. Sie sind an das orale Aufnahmevermögen des Patienten individuell anzupassen und stellen nie eine von der Gemeinschaftsverpflegung unabhängige Indikation dar. Um wichtiger ist es, Trinknahrungen in den bestehenden Expertenstandard zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege einzugliedern. Die Exklusion von Trinknahrungen könnte dazu führen, dass in der Kaskade der Ernährungstherapie der nichtinvasive Weg über Trinknahrungen zugunsten invasiverer Methoden, wie Sondennahrungen, übersprungen wird. Im Sinne einer fach- und patientengerechten Ernährungsversorgung würde dies zu einer suboptimalen Ernährungsversorgung führen, die zudem kostenaufwendiger und komplikationsreicher ist.

Die DGEM fordert/empfehl:

- *Hinzufügung der Begriffsdefinition für „orale Ernährung“, inklusive oraler Zusatz-/Trinknahrungen.*

- *Seite 24, 4. Absatz: Änderung von „... sowie Zusatz-/Trinknahrung“ in „—mit Ausnahme von Zusatz-/Trinknahrungen“*

2) „4.6.4 Empfehlungen für die Erfassung der Ernährungssituation“

Die DGEM sieht die Empfehlungen für die Erfassung der Ernährungssituation (Screening und Assessment) als unzureichend an (4.6.4., Seite 70). Sie empfindet sie als zu wenig konkret, mit nationalen und internationalen Empfehlungen nicht konform und nicht fördernd für die interprofessionelle Prozess- und Dokumentationsqualität im stationären Ernährungsmanagement.

Begründung:

Es fehlen die konkreten Mindestanforderung an ein Screening im Rahmen der Pflegeanamnese bei Krankenhausaufnahme bzw. Einzug in die institutionelle Langzeitversorgung. Ebenso sind die angegebenen Abstände für die Wiederholung des

Ernährungszustandscreenings im Sinne eines Monitorings zu weit gesetzt. Zusätzlich fehlen konkrete Empfehlungen zum interprofessionellen Umgang von als mangelernährt eingestuften Patienten.

Die DGEM fordert/empfiehlt:

- Erweiterung von P1 im Expertenstandard in:
Die Pflegekraft
 - erfasst bei allen Patienten/Bewohnern zu Beginn des pflegerischen Auftrags im Rahmen der Pflegeanamnese zumindest das aktuelle Körpergewicht und die Körpergröße, Gewichtsverluste in den letzten sechs Monaten sowie Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme (reduzierter Appetit, Kau- und Schluckstörungen).
 - führt in der Langzeitpflege mindestens einmal monatlich bei allen Patienten/Bewohnern ein dokumentiertes Ernährungszustandsmonitoring durch, welches zur Erfassung von Risiken und Anzeichen einer Mangelernährung führt. Zum Screening der Mangelernährung eignen sich die validierten Scores NRS (Krankenhaus), NMA (geriatrische Einrichtungen), und MUST (ambulanter Bereich)
 - setzt nach einem vereinbarten stationseigenen Algorithmus und im Sinne eines multiprofessionellen Vorgehens sofort nach Erkennung einer Mangelernährung den zuständigen Arzt oder die zuständige Diätassistentin in Kenntnis und führt nach interprofessionell vereinbarten Kriterien eine tiefergehende Einschätzung der Ernährungssituation und der sie beeinflussenden Faktoren durch.
 - handelt bei akuten Veränderungen sofort und überwacht die Ernährung und den Ernährungsstatus in geeigneten Abständen.
- Ebenso fände die DGEM es sinnvoll, das Vorhandensein mindestens einer kalibrierten Waage (Körpergewicht) und eines Stadiometers (Körpergröße) pro Station in den Expertenstandard zu integrieren.

3) Integration eines Statements zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit bzw. Förderung der ernährungsmedizinischen Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften.

Im Sinne der Förderung interdisziplinärer Verfahrensregeln (stationsbezogener Ernährungsteams) schlägt die DGEM den Einschluss folgender Strukturanforderungen in den Expertenstandard-Entwurf vor:

Die Einrichtung:

S. xx

– Die Einrichtung unterstützt die Förderung interprofessioneller Strukturen im stationären Ernährungsmanagements (stationärer Ernährungsteams). Insbesondere unterstützt sie die ernährungsmedizinische Fortbildung mindestens einer Pflegekraft pro Station.

Die Hinzufügung dieses Zusatzes würde eine wichtige Basis für die Zertifizierung des stationären Ernährungsmanagements schaffen. Voraussichtlich werden in Kürze von der DGEM zertifizierte ernährungsmedizinische Fortbildungen für Pflegekräfte angeboten werden.