



Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft (dgh) e.V.

Stellungnahme der dgh zum Entwurf des DNQP- Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“

Konsensuskonferenz am 8. Oktober 2008 in Osnabrück

Wir haben den Entwurf zum neuen Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ mit großem Interesse gelesen und begrüßen die damit verbundene Absicht dem Thema Ernährung den ihm gebührenden Stellenwert zu geben. Die Expertenstandards der Pflege haben in der Vergangenheit die von ihnen betrachteten Themen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt und die Qualität beim entsprechenden Thema entscheidend verbessert.

Wir begrüßen auch die vielfältigen Ansätze zur berufsübergreifenden Kooperation beim Thema Ernährung, die die notwendige, überprofessionelle Zusammenarbeit in den sozialen Einrichtungen widerspiegelt.

Folgende Punkte möchten wir aus unserer Sicht zum vorliegenden Arbeitstext anmerken:

**1. Der Titel ist zu ändern in:
„Mangelernährung in der Pflege“ oder „Management der Mangelernährung in der Pflege“**

Begründung:

Betrachtet man die Beschreibung des Expertenstandards (S. 27, Kap. 3.2) wird deutlich, dass es inhaltlich um die Behandlung von Mangelernährung geht. Dies ist auch in der Zielsetzung des Standards ausdrücklich so beschrieben. Der Titel des Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ ist damit irreführend, da man eine Behandlung des gesamten, sehr viel mehr umfassenden Themas „Ernährung“ erwartet.

2. Der Standard ist um „Prävention von Mangelernährung“ zu ergänzen

Begründung:

Vorbeugung von Mangelernährung ist eine zentrale Aufgaben in Einrichtungen und Diensten für alte Menschen und Menschen mit Behinderungen. Sie darf aus unserer Sicht in einem Standard zur Mangelernährung nicht ausgeblendet werden.

Die Präambel sowie die Ergebnisse der Literaturstudie beschränken sich auf die Feststellung und Behandlung von Mangelernährung. Die Prävention von Mangelernährung wird nur am Rande betrachtet, in den beschriebenen Studien wird darauf hingewiesen, aber im Standard selbst bleibt das Thema unerwähnt.

3. Dieser Standard soll sich konzentrieren auf alte, pflegebedürftige Menschen mit Mangelernährung

Begründung:

Als Zielgruppe des Standards werden erwachsene und alte Menschen genannt, die der Pflege bedürfen und ganz oder teilweise in der Lage sind, oral Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen (S. 24).

Die Formulierungen des Standards, wie auch die Ergebnisse der Literaturrecherche geben dies nicht wieder.

Die Literaturrecherche unter Kapitel 4.7 nennt Maßnahmen für allgemein ernährungsrelevante Fragen. Der Focus der herangezogenen Untersuchungen liegt hierbei auf alten, pflegebedürftigen Menschen, insbesondere auf Menschen mit Demenz. Mangelernährung steht nicht immer im Zentrum der ausgewählten Untersuchungen. Nicht ausreichend berücksichtigt sind erwachsene Menschen mit Behinderung, z. B. Erwachsene nach Apoplex, mit Tetraplegie, mit Spastiken. Auch Menschen mit psychischen Erkrankungen, die möglicherweise deshalb mangelernährt sind, wurden nicht einbezogen.

Die Terminologie des Pflegeprozesses entspricht der in der Altenhilfe gebräuchlichen Praxis. In Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Behinderungen werden andere Begriffe verwendet.

4. Der Standard soll nur für Menschen in stationären Altenhilfeeinrichtungen gelten

Begründung:

Der Rahmen, in dem die Arbeit der Pflegemitarbeitenden stattfindet, unterscheidet sich in ambulanten und stationären Pflegediensten und in Krankenhäusern so sehr, dass es fachlich unmöglich erscheint, dieses in einem einzelnen Standard adäquat zu bearbeiten.

Die Unterstützung bei Mahlzeiten ist z. B. im ambulanten Bereich nicht generell durch die Pflegekraft möglich. Hier müssen andere Bezugspersonen miteinbezogen werden, Angehörige, Nachbarn, hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen u.a. Im vorliegenden Expertenstandard werden nur Beispiele aus der stationären Altenpflege genannt. Wenn ambulant **und** stationär betrachtet werden soll, muss dies in der Tabelle sichtbar werden und unterschiedlich behandelt werden.

Ebenso verhält es sich mit hier herangezogenen Untersuchungen aus dem Krankenhaussektor. Sie können nicht direkt auf Altenpflegeeinrichtungen übertragen werden. Die Aufgaben und der Stellenwert der Pflegefachkraft im Krankenhaus sind nicht zu vergleichen mit denen der Pflegemitarbeiterinnen und Pflegemitarbeiter in Altenhilfeeinrichtungen.

Darüber hinaus verlangt der derzeitige Wandel in der konzeptionellen Ausrichtung der Altenhilfe - er geht einher mit einer neuen Betrachtung von Alltag und Normalität - , als Bezugspersonen für die Mahlzeiten nicht nur Pflegenden, sondern ebenso Präsenzkkräfte, Alltagsbegleiter aus Pflege, Hauswirtschaft oder Ehrenamt einzubeziehen.

**5. Unter S 4 a ist einzufügen:
„Die Einrichtung verfügt über ein förderliches Verpflegungssystem...“**

Begründung:

Der Standard betrachtet ausschließlich die Beziehung zwischen Pflegemitarbeitern und zu pflegenden Personen. Es fehlt die Betrachtung des institutionellen Rahmens, innerhalb dessen diese Beziehung stattfindet. Um die behandelten Ansätze umsetzen zu können, braucht es ein Verpflegungssystem, das an den Bedürfnissen und Bedarfen pflegebedürftiger Menschen ausgerichtet ist. Individuelle Mahlzeiten sind nur möglich, wenn es das Verpflegungssystem der Einrichtung zulässt. In den ausgewerteten Studien (s. Kapitel 4.7) werden Ansätze abgeleitet, die im Standard selbst nicht zum Tragen kommen.

**6. Unter S 2 c ist zu ergänzen:
„Die Einrichtung hat ein multiprofessionelles Ernährungsteam aus ... gebildet.“**

**7. Gleichzeitig dazu ist P 2 zu ändern in:
„Die Pflegefachkraft moderiert das Ernährungsteam in der Entwicklung der Maßnahmenplanung für eine...“**

Begründung:

Zum Rahmen gehört auch die funktionierende Zusammenarbeit zwischen Hauswirtschaft und Pflege (S2b). Ernährung ist so komplex, dass sie interdisziplinär betrachtet werden muss (s. Kapitel 4.5, S.53). Der Pflegefachkraft sollte ein Ernährungsteam aus verschiedenen beruflichen Disziplinen beigeordnet werden. Die Pflegefachkraft verantwortet aufgrund ihrer Nähe zum Zupflegenden Screening und Assessment und moderiert die Fallbesprechung im Ernährungsteam. Im Ernährungsteam sollen alle relevanten Kompetenzen zum Thema zusammenkommen (Wissen über Ernährungsverhalten, Verpflegung, Schluckmotorik...)

Die Notwendigkeit die Wissensbasis zu erweitern (S.25) gilt damit für alle am Ernährungsteam beteiligten Berufsgruppen.

**8. Die Fußnote auf S. 25 ist zu ergänzen um:
„die Fachhauswirtschafter/in“ und um „Heil- und Sonderpädagogische Berufe“**

Begründung:

Die Breite der Zielgruppe des Standards macht es notwendig, die Definition der Pflegefachkraft (S. 25) um die Fachhauswirtschafterin und um Heil- und Sonderpädagogische Berufe zu erweitern.

Aus den herangezogenen Untersuchungen aus dem Krankenhaussektor, insbesondere aus den USA, ist nicht abzuleiten, dass die Federführung bei der Sicherstellung der Ernährungsversorgung bei der Pflegefachkraft liegt. Es werden dort auch andere Berufsgruppen als Bezugspersonen genannt.

Osnabrück, 6. Oktober 2008

Prof. Dr. Alrun Niehage
Vorsitzende der dgh e.V.