

Zur Entwicklung des Expertenstandards "Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege"
8.10.08, Konsensuskonferenz Osnabrück
Sabine Bartholomeyczik

Bevor ich zu einigen Aspekten der Arbeit komme, die wir im vergangenen Jahr geleistet haben, möchte ich kurz vorstellen, welche Strukturen sich hinter "wir" verbergen, denn ich selbst war nur eine von Vielen.

Wie bei jedem Standard gab es eine unabhängige wissenschaftliche Arbeitsgruppe, diesmal mit zeitweise zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und mir als Projektleitung. Sie ist an der Universität Witten/Herdecke angesiedelt.

Die 10 Teilnehmenden aus der Pflege in der Expertengruppe kommen aus unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung, dem Akutkrankenhaus, der Psychiatrie, von Altenpflegeeinrichtungen, aus der Beratung ambulanter Pflegedienste und von der selbständigen Ernährungsberatung. Zwei Expertinnen arbeiten ausschließlich im Wissenschaftsbereich, aber auch andere Mitglieder der Expertenrunde haben ein Studium abgeschlossen. Nicht stimmberechtigt mit Beratungsfunktion gab es zu Beginn zwei Teilnehmende, eine Ernährungswissenschaftlerin und ein Mitglied des MDS. Ein Experte verlor während der Arbeit sein Stimmrecht, weil er aus seiner Pflegeposition im Krankenhaus zu einem MDK wechselte. Wir wollten seine Expertise nicht verlieren und behielten ihn als externen Fachberater. Wichtig und außerordentlich förderlich war, dass wir eine Patientenvertreterin in der Expertenrunde hatten, die uns sehr konsequent immer wieder auf die Patienten- und auch Angehörigenperspektive hingewiesen hat.

Wir haben uns 4 mal getroffen und darüber hinaus einen regen telefonischen und eMail-Austausch gehabt.

Der Gegenstand des Standards soll in erster Linie anhand seines Titels hier etwas genauer charakterisiert werden. Der Kernbegriff ist der der Ernährung, der sich im Übrigen immer auf feste und flüssige Nahrung, also auch auf Getränke bezieht.

Die - wie der Titel es nennt - "Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung" beschreibt damit auch, was nicht passieren darf, dass nämlich eine ausreichende Ernährung nicht sichergestellt ist. Damit ist EINE Richtung festgelegt, nämlich dem Mangel vorzubeugen, eine Mangelernährung zu verhindern oder entsprechend darauf zu reagieren.

Gleichzeitig ist damit auch ein Ausschluss formuliert: der Standard befasst sich nicht damit, was bei Übergewicht speziell zur Reduktion des Gewichts getan werden sollte. Hierbei wären auch Bedürfnisse völlig anders zu interpretieren.

Mit dem Begriff der oralen Ernährung im Titel ist auch ausgedrückt, dass enterale oder parenterale Ernährung kein Schwerpunkt ist, denn dazu bedürfte es eines eigenen Standards. Der Standard befasst sich ebenfalls nicht mit spezifischen Ernährungsfragen bei Stoffwechselkrankheiten wie z.B. dem Diabetes Mellitus. Auch das Thema Schluckstörungen

ist zwar ein wichtiges Schnittstellenthema, aber nicht im Kern des entwickelten Standards enthalten, da hierzu eigene Kriterien formuliert werden müssen.

Wir haben außerdem eine ganze Gruppe von Menschen ausgeschlossen, bei denen dieses Thema zwar ebenfalls wichtig ist, aber noch viele andere Faktoren zu berücksichtigen wären, nämlich Kinder und Säuglinge.

Um Ihnen ansatzweise einen Eindruck von der Art der Diskussionen in der Expertengruppe und damit ihrer Arbeit zu vermitteln, möchte ich kurz die Formulierung des Titels etwas erläutern. Die erste Ankündigung zur Standardarbeit vor etwas 1,5 Jahren enthielt noch den Titel: "Bedarfsgerechte Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei pflegebedürftigen Menschen", die Ausschreibung für die Suche nach Experten lief unter "Bedürfnis- und bedarfsgerechte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei pflegebedürftigen Menschen" und heute haben wir "Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege".

Typisch ist hier, wie Begriffe reflektiert werden und auch werden müssen. Beim ersten Titel fehlten die Bedürfnisse, die ja gerade in diesem Themenbereich und in der Pflege allemal von großer Bedeutung sind. Unter ethischen Gesichtspunkten sollten die Bedürfnisse auch immer zuerst genannt werden. Außerdem fanden wir, dass der Begriff der Zufuhr in dem Fall von Nahrung und Flüssigkeit einen völlig passiven Patienten oder Pflegebedürftigen heraufbeschwört, der eigentlich nur als zu befüllendes Gefäß fungiert. Diese Kritik führte dann zur Aktivität der Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit und zwar bedürfnis- und bedarfsgerecht. blieb noch die Bezeichnung "pflegebedürftige Menschen", die zwar inhaltlich genau das wiedergibt, worum es geht, nämlich um Menschen, die entweder aus akuten Krankheitsgründen oder wegen sonstiger Einschränkung der Selbstpflegefähigkeiten irgendwo - und nicht nur bei der Nahrungsaufnahme - pflegerische Unterstützung benötigen. Aber leider ist dieser Begriff durch die Pflegeversicherung etwas einseitig besetzt. Und es soll bei dem Standard gerade nicht nur um die Langzeitpflege gehen, wird doch das Problem der Mangelernährung im Krankenhaus viel eher negiert als in der Altenpflege. Außerdem fehlte im zweiten Titel die Aussage, dass es bei dem Standard ausschließlich um die orale Ernährung geht. Es ist zwar bekannt, dass enterale und parenterale Ernährung in der Pflege wichtige Themen sind, sie erfordern aber noch ein ganz anderes Spektrum an Maßnahmen als die orale Ernährung, so dass sie nicht einfach in einem Standard mit abgehandelt werden können.

Der nunmehr im Titel verwendete Begriff Ernährungsmanagement wurde auch lange diskutiert. Bei der Nennung von "Management" entsteht leicht die Assoziation, nur organisatorische Aufgaben seien hier wichtig. Management kennzeichnet aber immer auch die Gesamtheit aller Handlungen, die auf die bestmögliche Erreichung eines Ziels gerichtet ist. Zum Ernährungsmanagement gehört folglich auch die Art der Unterstützung bei der

Ernährung, die natürlich im Standard einen herausragenden Stellenwert erhält. Es geht allerdings noch um einiges Mehr. Die Flüssigkeit kommt im Titel auch nicht mehr vor, wie bereits begründet beinhaltet die Ernährung feste und flüssige Nahrung.

Schließlich taucht noch ein neuer Begriff auf, nämlich der der Sicherstellung. Dieser Begriff wurde nach einigen Diskussionen gewählt, weil er zunächst alle Bemühungen umfasst, die damit verbunden sind, dass Personen bedürfnis- und bedarfsgerecht ernährt sind und keine Mangelernährung haben. Das Ergebnis selbst, nämlich dass sie tatsächlich auch entsprechend ernährt sind, kann mit diesem Standard nicht garantiert werden. Dies hängt damit zusammen, dass für den Ernährungszustand einer Person noch viele andere Einflüsse von großer Bedeutung sind, die durch die beste Pflege nicht beeinflusst werden können. Das kann an zehrenden Krankheiten liegen wie z.B. manche Krebserkrankungen oder AIDS. Die weitaus schwieriger zu bewältigende Herausforderung gibt es aber, wenn Patienten oder Pflegebedürftige trotz aller im Standard genannten Bemühungen die Nahrung nicht aufnehmen - unabhängig davon, ob sie es nicht können oder nicht wollen.

Der Begriff "Sicherstellung" bedeutet hier, dass nach allen Regeln der Kunst gepflegt werden muss. Wenn dennoch eine Mangelernährung nicht vermieden werden konnte, dann sind andere Einflüsse als die der Pflege wirksam. Auch hier ergeben sich Schnittstellen zu anderen Professionen, vor allem aber zeigt sich in derartigen Situationen die Notwendigkeit sehr differenzierte ethische Überlegungen anzustellen. Die orale Nahrungsaufnahme hat Grenzen, die evtl. mit anderen Ernährungsmethoden - enterale oder parenterale Ernährung - überschritten werden müssen.

Soweit zum Titel, dessen Entwicklung einige Aspekte der inhaltlichen Schwerpunktsetzung des Standards ganz gut sichtbar werden lässt.

Die Arbeit an diesem Standard gestaltete sich mühsamer und langwieriger, als wir vorher angenommen hatten. In Witten hatten wir ja schon mehrfach am Thema Ernährung in der Pflege intensiv gearbeitet. So gab es bereits 2004 eine veröffentlichte Literaturanalyse, auch wenn diese natürlich für den Expertenstandard hätte ergänzt und überarbeitet werden müssen. Außerdem hatten wir gemeinsam mit dem KDA im Auftrag der BUKO QS bis 2006 ein Qualitätsniveau erarbeitet, das allerdings sowohl inhaltlich als auch strukturell ganz anders aufgebaut ist. Dazu komme ich aber noch. Beide Vorarbeiten waren fruchtbar und Ergebnisse daraus gingen auch in den Standard ein, dennoch machten auch wir die Erfahrung, die wahrscheinlich bei jedem Standard gemacht wird, dass der genaue Umfang der Arbeit schwer vorherzusehen ist und auch Vorarbeiten wie in unserem Fall noch einmal gründlich mit neuen Kriterien überarbeitet werden müssen.

Neu bei unserer Standardentwicklung war, dass die Literatur - in dieser Form erstmalig bei einem DNQP-Expertenstandard - parallel und unabhängig voneinander von zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen, Frau Schreier und Frau Hardenacke, begutachtet

wurde. Da der Arbeitsaufwand größer als vorhergesehen war, konnte die Doppelbewertung nicht vollständig durchgeführt werden.

Zunächst wurden verschiedene international genutzte Beurteilungsmuster parallel an Beispielen getestet. Als Ergebnis wurde ein System mit sechs Stufen für quantitative Studien und eines für qualitative Studien gewählt, das nur zwischen guten und schlechten Studien unterscheidet, also keine Stufen vorsieht. Zur Überprüfung von Leitlinien wurde das AGREE-Instrument und Empfehlungen des IQWiG genutzt. Anhand der Beurteilungssysteme wurden ausführlichere Beurteilungsbögen entwickelt, um einen höheren Grad an Transparenz für die jeweilige Beurteilung zu erreichen. Diese können als Vorarbeit für nachfolgende Standardentwicklungen genutzt werden. Zusammengefasst muss festgehalten werden, dass die so sehr zu begrüßende Doppelbewertung der Literatur durch die erforderliche nachfolgende Abstimmung und Weiterentwicklung mehr Zeit erfordert als die methodisch unsicherere Bewertung durch eine einzige Person. Nach den vorliegenden Erfahrungen ist zu begrüßen, dass das Methodenpapier des DNQP die methodische Doppelbewertung der Literatur fordert. Für die endgültige Veröffentlichung zum Standard ist geplant, Literaturlisten mit Bewertungen und einigen weiteren Informationen tabellarisch aufzuführen.

Dass die Zusammenführung von einerseits Forschungsergebnissen und andererseits subjektiven beruflichen Erfahrungen und Methoden den nicht immer einfach zu lösenden Kernbestandteil der Arbeit in der Expertengruppe ausmacht, ist bei allen Standardentwicklungen ähnlich.

Da wir - wie gesagt - bereits ein anders geartetes Qualitätsverfahren, genannt Qualitätsniveau - das sog. QN 2 - zu einem fast gleichen Themenbereich entwickelt haben, möchte ich die Unterschiedlichkeit, Anschlussfähigkeit und Überschneidungen kurz darstellen.

Das QN 2 heißt genauer: "Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung" und war vor gut 2,5 Jahren fertiggestellt. Auftraggeber hierfür war die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen (BUKO QS), finanziert über das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Gemeinsam ist den beiden Werken, dem Expertenstandard und dem QN 2, dass sie sich mit Ernährung befassen und dass sie die professionelle Pflege einbeziehen. Außerdem ist die Entstehung ähnlich insofern, als eine Literaturanalyse und eine Expertenrunde die wichtigsten Säulen bei der Entwicklung der Empfehlungen waren. Es gibt also Inhalte, die sich überschneiden. Aus diesem Grunde wurde z.B. das Glossar mit Definitionen aus dem QN 2 für den Standard übernommen, ebenso wurde als mögliches Beispiel für die stationäre Langzeitpflege ein im Zusammenhang mit dem QN 2 entwickeltes Screening und Assessmentinstrument übernommen. Und selbstverständlich unterscheiden sich die

Empfehlungen, sofern sie sich auf die professionelle Pflege beziehen, inhaltlich nicht. Damit hören die Gemeinsamkeiten aber auf.

Die Titel der beiden Werke zeigen den Unterschied im Setting: Das QN 2 der BUKO QS ist ausschließlich für die stationäre Langzeitpflege gedacht, während der Expertenstandard - wie andere Expertenstandards auch - für alle Orte gilt, an denen sich Menschen mit einem Pflegebedarf befinden und wo sie von professionell Pflegenden gepflegt werden. Die Strukturen der beiden Instrumente sind völlig unterschiedlich. Das QN enthält fünf übergeordnete Ziele und zur Erreichung dieser Ziele dazu relativ differenziert formulierte Empfehlungen für alle Adressaten, die mit dem Themenbereich befasst sind, die verschiedenen Berufsgruppen, die Betroffenen selbst und ihre Angehörigen. Es gibt also keine Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien, auch wenn sie in manche Ausführungen hineinzudeuteln wären.

Damit ist dann auch der wichtigste Unterschied zwischen beiden Instrumenten benannt: Während sich die Expertenstandards immer an Pflegefachpersonen richten, ist das QN 2 multidisziplinär ausgerichtet und entwickelt. Es richtet sich nicht nur an die professionellen oder beruflich Arbeitenden, sondern - wie gesagt - an alle Akteure im thematischen Zusammenhang, von der Hauswirtschaft über die Heimleitung und die Pflegefach- und Hilfskraft, therapeutische Berufe bis zu den Ärzten, aber auch an die Pflegeabhängigen und die Angehörigen. Der Expertenstandard könnte also Teil des QN 2 sein. Die Expertenrunde des QN 2 war entsprechend der Zielrichtung auch multidisziplinär besetzt.

Die DNQP Expertenstandards sind dagegen immer monodisziplinär, sie richten sich an die Professionellen in der Pflegeversorgung. Die Disziplinarität spiegelt sich auch in der Expertengruppe, die aus Pflegeexperten besteht, sich allerdings fachlichen Rat holt; beim heute zu besprechenden Standard z.B. aus der Ernährungswissenschaft. Gegenstand des Standards sind die Kriterien, die für eine professionelle Pflege auf diesem Gebiet zu erfüllen sind. Damit beschreiben sie die eigenverantwortlichen Bereiche der Pflege und nicht die anderer Professionen; notwendige Kooperationen mit anderen Berufen, die natürlich immer wesentlich sind, werden als Schnittstellenthemen angesprochen.

Von Seiten der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wird gefordert, dass Leitlinien alle Akteure des Themenfeldes einbeziehen sollten, um das berufsgruppenübergreifende Zusammenspiel zu garantieren. Die Forderung nach Interdisziplinarität von Qualitätsinstrumenten ist natürlich nicht falsch. Insbesondere muss vermieden werden, dass durch nicht abgestimmte Empfehlungen Unvereinbarkeiten auftreten, Doppeldokumentationen entstehen oder Verfahrensempfehlungen zur Zusammenarbeit nicht akzeptiert werden, also ein Gegeneinanderarbeiten entsteht, was sich nur zu Lasten von Patienten oder Pflegebedürftigen auswirken muss. Aus diesen Gründen sind die Vertreter der Disziplinen,

die ebenfalls mit dem Thema aus ihrer jeweiligen Sicht heraus befasst sind, notwendigerweise zu der Konsentierung heranzuziehen. Bei jeder Konsensuskonferenz, so auch heute, sind Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Gesellschaften und Berufsgruppen eingeladen, ihre Stellungnahme abzugeben. Diese werden dann bei der Nachbearbeitung der Konsensuskonferenz für die Standardformulierungen und Begründungen miteinbezogen. Auch die probeweise Implementierung ist ohne die entsprechende Unterstützung kooperierender Berufsgruppen nicht möglich.

Dennoch halte ich es für die Pflege für unverzichtbar, dass monodisziplinäre Standards entwickelt werden. Ich behaupte, dass erst seit der pflegespezifischen, also disziplinär ausgerichteten Wissenschaftsentwicklung der Pflege die Fragen eigenständiger Verantwortungsbereiche einer professionellen Pflege von angrenzenden Disziplinen wie der Medizin oder der Gerontologie wahrgenommen werden. Früher wurde die Pflege immer mitgedacht, aber nie explizit erwähnt. Bestes Beispiel dafür sind die DRG, die auf medizinischen Diagnosen und Behandlungsmaximen aufbauen und die spezifischen Bereiche der Pflege vergessen haben. Es ist also zentral wichtig, dass die Qualitätsmaßstäbe der Pflege wissenschaftsbasiert erarbeitet und in monodisziplinären Expertenstandards niedergelegt werden. Eine ihrer wichtigen Funktionen ist ja auch, die Verantwortungsbereiche der Pflege deutlich zu definieren. Das kann auch nur gelingen, wenn das wissenschaftliche Team wirklich unabhängig arbeitet, die Entwicklung fachlicher Standards also auch nicht von Interessen der Kostenträgern oder Leistungsanbietern abhängig gemacht wird.

Die nicht nur auf diese Weise, aber ganz wesentlich so geführte Weiterentwicklung der Disziplin Pflege halte ich für eine der wichtigsten Voraussetzungen, um interdisziplinär arbeiten zu können. Trotz der Abstimmung mit medizinischen oder anderen Fachgesellschaften können sich allerdings manchmal Probleme dadurch ergeben, dass pflegerische Erfordernisse zuweilen nicht mit den in anderen Disziplinen entwickelten Instrumenten übereinstimmen, was nicht immer einfach zu vermitteln ist. Ein Beispiel dafür sind bekannte Assessmentinstrumente zum Thema Mangelernährung, die aus ernährungswissenschaftlicher oder medizinischer Sicht entwickelt wurden, aber wenig handlungsleitende Informationen für die Pflege enthalten. Derartige Erkenntnisse können dazu führen, dass für die Pflege anderes empfohlen wird, als von anderen Disziplinen bereits veröffentlicht wurde.

Ich wünsche uns jetzt eine intensive Diskussion des neuen Expertenstandards.



Zur Entwicklung des Expertenstandards "Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege"

im Auftrag des DNQP

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Institut für Pflegewissenschaft

Universität Witten/Herdecke



Gegenstand: Konkretisierungen

- Ernährung umfasst flüssige und feste Nahrung
- Sicherstellung der Ernährung soll Mangel vorbeugen, Mangelernährung verhindern
- Nicht fokussiert werden
 - Übergewicht
 - enterale und parenterale Ernährung
 - Stoffwechselkrankheiten
 - Schluckstörungen (wichtiges Schnittstellenthema)
 - Kinder und Säuglinge



Titel von

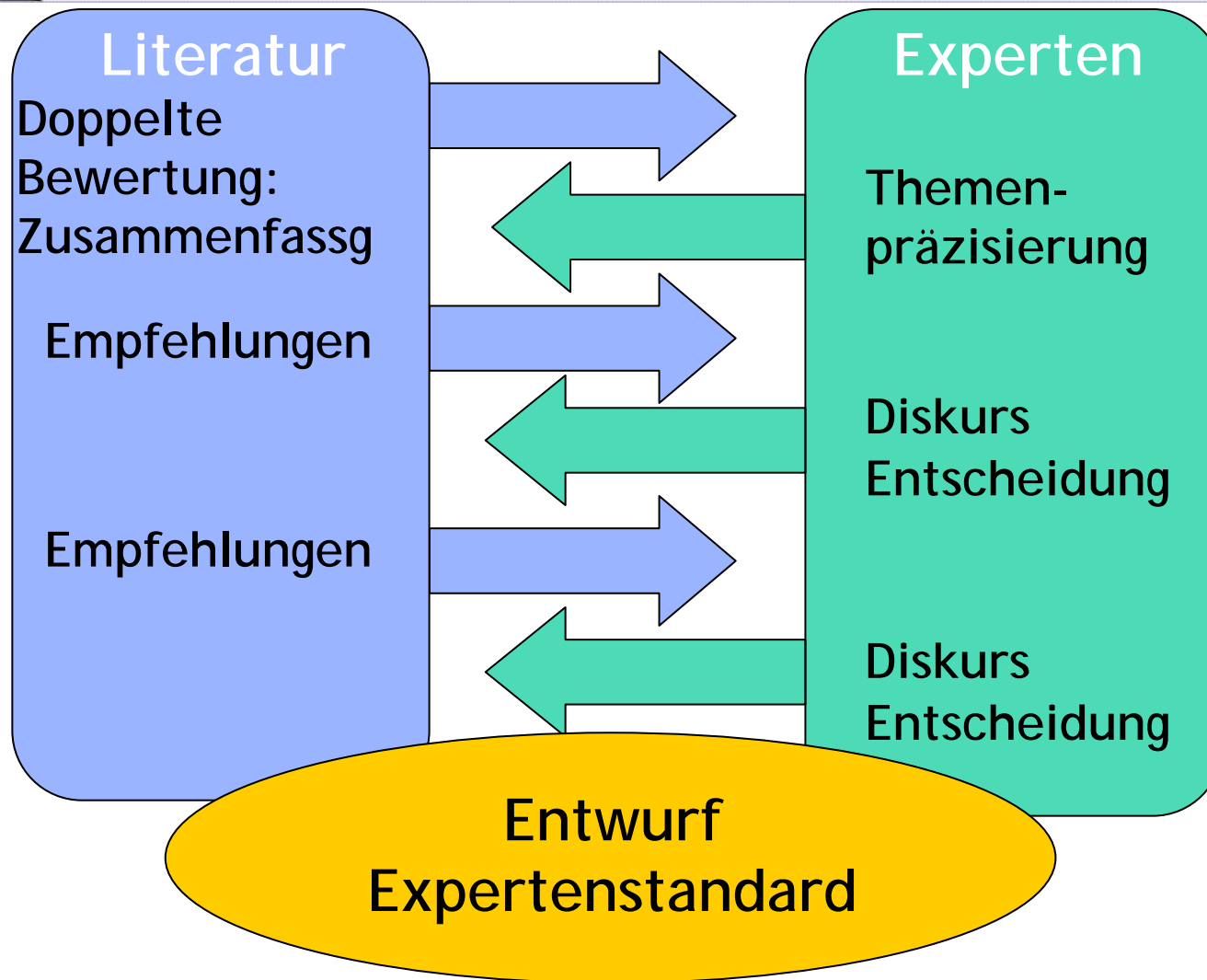
Bedarfsgerechte Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei
pflegebedürftigen Menschen

über

Bedürfnis- und bedarfsgerechte Nahrungs- und
Flüssigkeitsaufnahme bei pflegebedürftigen
Menschen

bis

**Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und
Förderung der oralen Ernährung in der Pflege**





QN II

Bartholomeyczik, Schreier, Volkert, Bai:

Qualitätsniveau II (QN II):

Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von
Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung

Economica 2008

im Auftrag der BUKO QS

gefördert durch das BMFSFJ



Expertenstandard und QN II

	Expertenstandard	QN II
Setting	Alle Settings (außer Kinder)	Stationäre Langzeitpflege
Struktur	6 Ebenen, Struktur- Prozess-Ergebnis	5 Ziele Einzelempfehlungen
Adressaten	Pflegefachpersonen	Alle: Berufe, intern, extern; Betroffene, Angehörige
Experten bei Entwicklung	Monodisziplinär mit externer Beratung	Multidisziplinär



- AWMF: Leitlinien sollten interdisziplinär sein
- Interdisziplinarität soll Unvereinbarkeiten und Gegeneinanderarbeiten vermeiden

ABER

- erst spezifische Pflegewissenschaft führt zu Sichtbarkeit eigenverantwortlicher Bereiche
- Wiss. Erarbeitung von Qualitätsinstrumenten muss unabhängig von Interessen der Kosten- und Leistungsträger erfolgen
- Voraussetzung für **Interdisziplinarität** ist entwickelte **Disziplinarität**



Arbeit, Arbeit.....



Ernährungs- management

