

Maria Magdalena Schreier, Dipl.-Pflegerin

Vortrag zur Bedeutung des Expertenstandards in der Pflege zum Thema Ernährung

Die Zielsetzung des Expertenstandards lautet: bei jedem Patienten/Bewohner mit pflegerischem Unterstützungsbedarf oder einem Risiko für oder Anzeichen von Mangelernährung ist die orale Nahrungsaufnahme entsprechend seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf sichergestellt.

Das begründet sich damit, dass Essen und Trinken die Lebensqualität beeinflussen, denn Essen und Trinken sind wichtige Bestandteile sozialer und kultureller Identität und dienen der Gesunderhaltung durch die Nährstoffaufnahme. Die Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung kann durch die frühzeitige Erfassung und Bewertung ernährungsrelevanter Gesundheitsprobleme, angemessene Unterstützung und Umgebungsgestaltung, spezifische Maßnahmen sowie ein geeignetes Nahrungsangebot eine Mangelernährung verhindern und bestehenden Defiziten entgegenwirken.



Das Vorkommen von Mangelernährung, oder besser: Mangelernährung verhindern – das ist sicher ein Grund, das Thema Ernährung in einem Expertenstandard aufzunehmen. Aber es ist nicht der einzige.

Denn Essen und Trinken ist ein Grundbedürfnis und dient nicht nur der Gesunderhaltung, sondern ist mit Lust und Genuss verbunden. Und dennoch isst der Mensch nicht immer so gesund, wie er es sollte und eigentlich auch weiss.

Es spielen wohl eine Menge an Einflussfaktoren eine Rolle, was wir zu welchem Zeitpunkt, in welcher Weise und mit welchen Menschen essen und trinken. Dass die Umgebung dabei eine wichtige Rolle spielt und der Appetit nicht nur unter extremen Bedingungen vergehen kann, ist uns gut bekannt. Wer wollte schon von schmutzigem Geschirr in unliebsamer Gesellschaft speisen? Aber selbst das feinste Menü in edelstem Ambiente kann einem verleidet werden, wenn das Essen ständig unterbrochen wird oder von unerträglichem Lärm begleitet wird. Wie schnell einem Kummer auf den Magen schlagen kann und das Essen vergeht, dass wissen wir auch alle.

Nun kommen bei kranken und beeinträchtigten Menschen noch weitere vielfältige Faktoren hinzu, die sich sowohl auf den Appetit als auch das Ernährungsverhalten und auch Ess- bzw. Trinkvermögen auswirken können. Sie können mit dem

Aufenthalt in einer Einrichtung und der ungewohnten Umgebung zusammenhängen. Oder die Einflussfaktoren können aus ganz persönlichen und situationsspezifischen Aspekten resultieren: eine mitgeteilte oder bevorstehende Diagnose, besondere Behandlungen und daraus resultierende Auswirkungen und Beeinträchtigungen, Scham, Angst, Konflikte mit Personen im näheren oder weiteren Umfeld - die Liste der Einflussfaktoren auf den Appetit, das Ernährungsverhalten und Ess-/Trinkvermögen könnte man auch hier wieder beliebig fortsetzen. Vor allem sind die vielfältigen Einflussfaktoren nicht nur individuell, sondern auch dynamisch und veränderbar – denn nicht jeder Tag ist gleich.

Mit der Sicherstellung einer optimalen Ernährungsversorgung soll eine Mangelernährung verhindert werden. Aber was genau ist eine Mangelernährung? Eine globalgültige Definition gibt es derzeit noch nicht, wir haben uns daher dazu entschieden, ähnlich wie im Qualitätsniveau die Definition der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin zu verwenden.

Demnach ist die *Mangelernährung*:

ein anhaltendes Defizit an Energie und/oder Nährstoffen im Sinne einer negativen Bilanz zwischen Aufnahme und Bedarf mit Konsequenzen und Einbußen für Ernährungszustand, physiologische Funktionen und Gesundheitszustand.

Auf die verschiedenen klinisch relevanten Formen von Mangelernährung wird im Einzelnen nicht weiter eingegangen.

Was die Dehydratation betrifft – im Grunde ist es ebenfalls eine Form von Mangelernährung, denn Flüssigkeit gehört zur Ernährung dazu – möchte ich nur kurz erwähnen, dass ein Mangel an Flüssigkeit, im Unterschied zu den übrigen Nährstoffen, viel schnellere und auch drastischere Auswirkungen haben kann.

Also, Mangelernährung verhindern heißt auch, eine Dehydratation zu verhindern!

Eine Mangelernährung muss auch deswegen verhindert werden, weil sie für den Betroffenen mit erheblichen gesundheitlichen Einbußen verbunden ist. Sämtliche Stoffwechsel- und Organfunktionen können beeinträchtigt werden, es kann zu Wundheilungsstörungen, zur verlängerten Rekonvaleszenz und zu Infektanfälligkeit kommen, aber auch psychische Erkrankungen oder kognitive Beeinträchtigungen (beispielsweise bei einer Demenz) können verstärkt werden. Bei Mangelernährung ist auf jeden Fall mit einer erhöhten Komplikationsrate zu rechnen, die

Krankheitshäufigkeit und auch die Sterblichkeit ist bei einer Mangelernährung erhöht. Dass in Anbetracht der Folgen von Mangelernährung dadurch auch die Lebensqualität beeinträchtigt wird, ist gut nachvollziehbar und wird auch in deutschen Studien bestätigt.

Aber um eine Mangelernährung verhindern zu können, muss ich zunächst die Risikofaktoren kennen.

Besonders gefährdet sind Menschen, die aufgrund einer Krankheit und den daraus resultierenden funktionalen wie kognitiven Einschränkungen nicht in der Lage sind, ihren täglichen Bedarf an Nährstoffen zu decken – dazu zählt natürlich auch die Flüssigkeit!

Obwohl – und das haben Hochaltrigkeitsstudien sehr gut belegen können – betagte und hochbetagte Menschen nicht zwangsläufig eine Mangelernährung bekommen müssen, zählen sie dennoch zu der Gruppe der besonders gefährdeten Menschen. Von den verschiedenen altersassoziierten Veränderungen sind insbesondere der Appetitmangel im Alter und auch die herabgesetzte Kompensation von Gewichtsverlust von besonderer Bedeutung. Bereits geringfügig belastende Ereignisse können dazu führen, dass der Appetit noch geringer wird und über einen längeren Zeitraum ganz unbemerkt eine Mangelernährung entstehen kann. Das müssen nicht immer Krankheiten sein, es kann auch der Verlust des Lebenspartners bzw. sozialer Bindungen oder der zunehmend beschwerlicher werdende Weg zum nächsten Einkaufsladen sein.

Ein anderer häufig unterschätzter Aspekt ist ein krankheitsbedingter Anstieg des Energiebedarfs in jeder Altersgruppe, der bei verschiedenen Stoffwechsel- oder Tumorerkrankungen vorkommen kann. Wir wissen aus dem intensivmedizinischen Bereich, dass bei einem schweren Trauma oder einer Sepsis der Energiebedarf bis zu 50% ansteigen kann.

Allerdings ist ein erhöhter Energiebedarf auch bei demenzkranken Menschen ohne weitere gesundheitliche Einschränkungen zu beobachten, und zwar nicht nur bei den verstärkt umherlaufenden Demenzkranken, sondern auch bei in sich gekehrten und passiv wirkenden Demenzkranken. Meist wird ein erhöhter Energiebedarf jedoch erst bemerkt, wenn schon zuviel Gewicht verloren wurde. Den Gewichtsverlust wieder auszugleichen ist allerdings nicht nur bei alten Menschen sehr mühsam, vor allem können Folgen einer Mangelernährung den Gesundheitszustand schon erheblich beeinträchtigt haben.

Den Gefahren für eine Mangelernährung können im Hinblick auf die Lebenssituationen oder das Setting, in dem sich Menschen befinden bzw. leben, unterschiedliche Bedeutung beigemessen werden. Zum Beispiel kann ein mangelnder Lebensmittelvorrat bei selbstständig lebenden Menschen auf ein Risiko hinweisen, wogegen dieser Aspekt in der stationären Vollversorgung keine Rolle spielen sollte.

Wie sieht es denn nun mit der Häufigkeit von Mangelernährung tatsächlich aus?

Bislang gibt es in Deutschland nur wenige Daten zur Prävalenz. Dabei besteht insbesondere in der stationären Langzeit- und Altenpflege ein großer Forschungsbedarf. Für die häusliche Versorgung von pflegebedürftigen und alten Menschen liegen überhaupt keine Daten vor.

Im klinischen geriatrischen Bereich sind vier deutsche Studien von Bedeutung. Die älteste ist von 1980, die aktuellste von 2007. Die Prävalenz von Mangelernährung in den Studien liegt zwischen 11% und 70%, wobei die Spannweite auch durch die unterschiedliche Verwendung von Erfassungsparametern zurückzuführen ist. Es werden sowohl Screeninginstrumente als auch einzelne Parameter wie der BMI eingesetzt. Interessant war bei einer Studie, dass die Energieaufnahme mit 1000 kcal weit unter den Empfehlungen der DGE von 1700 – 1900 kcal pro Tag lag.

Für den Altenheimbereich in Deutschland gibt es nur zwei Untersuchungen, die nicht ausreichen, um sich ein angemessenes Bild über die Situation in den Heimen zu machen. Dennoch sollte erwähnt werden, dass in der neueren Studie bei 57% von 114 untersuchten älteren Heimbewohnern eine Mangelernährung festgestellt wurde.

Zur Situation im Krankenhaus liegen vier relativ neue Studien von 2001 bis 2007 für Deutschland vor. Es sind größere Studien mit über 1000 Patienten und auch hier schwankt die Prävalenz zwischen 15 bis 27 %. In der Studie mit Prävalenz von 27% sind die über 70 jährigen mit 43% betroffen.

Obwohl die aktuelle Datenlage keine sicheren Aussagen zur Prävalenz von Mangelernährung in unseren Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen erlauben, zeigen die Untersuchungen, dass Mangelernährung in der Gesundheits- und Pflegeversorgung ein ernstzunehmendes Problem ist.

Zwar haben vor allem Skandalmeldungen über Menschen, die in einem reichen Land ohne ausreichende Nahrung leben oder im Altenheim verhungern in der Presse während der letzten Jahre das Thema nicht nur in den Fokus öffentlicher Diskussion gerückt, sondern auch verstärkt zum Thema in der Pflege werden lassen.

Aber Essen und Trinken sind bei weitem nicht so banal, als dass man das Thema nicht auch ohne Skandalmeldungen in den Vordergrund pflegerischen Handelns rücken müsste.

Ganz offensichtlich sind Ernährung und Unterstützung bei den Mahlzeiten allerdings kein so begehrtes Thema in der Pflege, sondern werden häufig als Aufgaben für Hilfskräfte angesehen.

Der geringe Stellenwert, den Ernährung in der Gesundheitsversorgung hat, wird international beklagt, sei es in Veröffentlichungen aus Skandinavien, Australien, USA oder GB.

Bereits Florence Nightingale äußerte sich entsetzt darüber, dass aufgrund mangelnder Fürsorge die Patienten verhungern, und schrieb dies insbesondere der Unachtsamkeit bei der Krankenversorgung zu. Sie sah es als eine Pflicht der Krankenpflege, die Patienten nicht nur beim Essen und Trinken zu unterstützen, sondern auch auf einen guten Ernährungszustand zu achten. In ihren „Notes on Nurses“ verfasste Florence Nightingale 1860 für Pflegenden klare Handlungsvorgaben einschließlich Hinweise zur Zusammensetzung der Krankenkost – heute würde man vielleicht Aufbaukost dazu sagen.

Die Pflegekraft muss zwar keine Krankenkost mehr zubereiten, da es inzwischen Berufe in Bereich der Lebensmittel- und Hauswirtschaft gibt, in deren Verantwortungsbereich die diätetische Beratung und die besondere Zubereitung bestimmter Speisen liegen. Dennoch gehört nach wie vor die Sicherstellung einer angemessenen Ernährungsversorgung zu den Verantwortungsbereichen der Pflege. Hier ist sowohl das Agieren an den Schnittstellen, die Kooperation mit Diätassistenz, Küche, Hauswirtschaft, Medizin und anderen therapeutischen Berufsgruppen, als auch die direkte Unterstützung der pflegebedürftigen Menschen beim Essen und Trinken gemeint.

Wesentlich für uns in der Pflege ist, dass sich aus den unterschiedlichen Aspekten, die einen Einfluss auf das Essen und Trinken von pflegebedürftigen Menschen

haben können, auch unterschiedliche pflegerische Interventionsnotwendigkeiten ergeben können.

Diese erfordern fundiertes Wissen der Pflegenden – sowohl hinsichtlich der Erfassung und Bewertung von Ernährungsrisiken und eines sich möglicherweise ergebenden Unterstützungsbedarfs, als auch hinsichtlich der Durchführung und Einschätzung der Wirksamkeit erfolgter Interventionen.

Trotz der festgestellten Pflegebedürftigkeit und des daran sichtbar werdenden Pflegebedarfs kann es sein, dass eine Unterstützung durch die Pflege oder eine einzuleitende Intervention anderer Berufsgruppen von der betreffenden Person nicht gewünscht wird.

Das macht es schwierig, insbesondere, wenn sich aus der Ablehnung von Unterstützung oder von Ernährungsangeboten ein gesundheitlicher Nachteil wie Mangelernährung ergeben könnte.

Nicht essen und trinken zu wollen hat immer einen Grund. Bei schwerkranken Menschen ist es auch nicht immer klar zu erkennen, ob die Ernährung tatsächlich abgelehnt wird oder ob einfach nicht gegessen oder getrunken werden kann.

In jedem Fall muss mit allen Beteiligten abgeklärt werden, wo die Gründe für das ablehnende Verhalten liegen. Es muss alles versucht werden, um Ursachen für das Verhalten zu beheben. Wenn die Ursachen darin liegen, dass es sich tatsächlich um einen Teil des Sterbeprozesses handelt, ist gemeinsam mit den Betroffenen, ihren Angehörigen, den gesetzlichen Vertretern und den beteiligten Berufsgruppen abzuklären, wie weiter zu verfahren ist.

Vorsicht ist bei der weitläufigen Annahme geboten, dass bei schwerer Krankheit und fortgeschrittener Demenz generell eine Behandlung oder das Fortführen der Ernährung von den Betroffenen nicht gewünscht wird. Die Befragung von 52 Altenheimbewohnern durch Low und Kollegen (2003) ist zwar nicht repräsentativ, aber interessant ist: die Befragten wünschten sich im Fall einer fortgeschrittenen Demenz und schweren akuten Erkrankung mit einem Anteil von 61 % eine Krankenhausbehandlung, 73% eine Therapie mit Antibiotikum. Auch einer Fortführung der bevorzugt oralen Ernährung würden viele der Befragten zustimmen, selbst wenn die Gefahr von Verschlucken bestünde, aber auch die künstliche Ernährung wäre für einen Teil der Teilnehmer wünschenswert.

In ethisch schwierigen Situationen muss Autonomie und Selbstbestimmung der Patienten und Bewohner an erster Stelle stehen. Sie kann aber auch an Grenzen stoßen, wenn die Autonomie und Selbstbestimmung anderer Personen im Umfeld beeinträchtigt wird oder ein berufliches Arbeiten nicht mehr möglich ist, weil grundsätzlich eine professionelle Unterstützung abgelehnt wird. Diese besonderen Situationen bedürfen dann einer gemeinsamen Konfliktlösung mit allen Beteiligten. Jeder Einzelfall muss individuell beraten, die Entscheidungen gut abgewogen und genau begründet werden.

Ich danke Ihnen ganz herzlich für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf die Diskussionen zu einem der ältesten Themen in der Pflege!

7. Konsensuskonferenz in der Pflege

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

Zielsetzung und Begründung

Zielsetzung: Bei jedem Patienten/Bewohner mit pflegerischem Unterstützungsbedarf oder einem Risiko für oder Anzeichen von Mangelernährung ist die orale Nahrungsaufnahme entsprechend seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf sichergestellt.

Begründung: Essen und Trinken beeinflussen die Lebensqualität, sind wichtige Bestandteile sozialer und kultureller Identität und dienen der Gesunderhaltung durch die Nährstoffaufnahme. Die Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung kann durch die frühzeitige Erfassung und Bewertung ernährungsrelevanter Gesundheitsprobleme, angemessene Unterstützung und Umgebungsgestaltung, spezifische Maßnahmen sowie ein geeignetes Nahrungsangebot eine Mangelernährung verhindern und bestehenden Defiziten entgegenwirken.

Essen und Trinken

ist ein Grundbedürfnis,
dient nicht nur der Gesundherhaltung,
sondern
ist mit Lust und Genuss
verbunden!

Eine **Vielfalt an Faktoren** beeinflusst,
was wir
zu welchem Zeitpunkt,
in welcher Weise
und
mit welchen Menschen
essen und trinken!

Definition Mangelernährung

Unter Mangelernährung versteht man ein anhaltendes Defizit an Energie und/oder Nährstoffen im Sinne einer negativen Bilanz zwischen Aufnahme und Bedarf mit Konsequenzen und Einbußen für Ernährungszustand, physiologische Funktionen und Gesundheitszustand.

(DGEM 2003)

Dehydratation



Eine Form von Mangelernährung,
hat
aber
viel schnellere
und
drastischere Auswirkungen.

**Mangelernährung verhindern
heißt auch eine Dehydratation verhindern!**

Folgen je nach Ausmaß und Schweregrad u. a.:

- Infektanfälligkeit, Wundheilungsstörungen
- Verlängerte Rekonvaleszenz
- Müdigkeit, allgemeine Leistungsminderung
- Kognitive Beeinträchtigungen
- Haut-/Schleimhautdefekte
- Beschleunigung von altersphysiologischen Veränderungen
- Verstärken von psychischen Erkrankungen
- **Zunahme des Morbiditäts- und Mortalitätsrisikos**
- **Einschränkungen der Lebensqualität**

Häufige Risikofaktoren:

- Akute und chronische Krankheiten
- Funktionale und kognitive Einschränkungen
- Erhöhter Energie- und Nährstoffbedarf
- Eingeschränkte Sinneswahrnehmung
- Appetitlosigkeit
- Soziale Einflüsse, Verlust sozialer Bindungen
- Finanzielle Not und Armut
- Unzureichende Gesundheitsversorgung
- Mangelnde Erreichbarkeit von Lebensmitteln
- Mangelndes Wissen über gesunde Ernährung
- Schlechte Ernährungsversorgung in Gesundheits-/Pflegeeinrichtungen

Risiken für Mangelernährung



je nach
Lebenssituationen oder Setting
unterschiedliche Bedeutung

Prävalenz von Mangelernährung

<u>Prävalenz Geriatrie</u>	<u>Prävalenz Altenheim</u>	<u>Prävalenz Krankenhaus</u>
<ul style="list-style-type: none">• 55% von 309 TN (Gofferje et al. 1980)• 18% Männer, 11 % Frauen von 300 TN, Energieaufnahme 1000 kcal (Volkert et al. 1992)• 33% von 1575 TN (Wirth et al. 2007)• 40% - 70% von 121 TN (Bauer et al. 2005)	<ul style="list-style-type: none">• 57% von 114 Bewohner (Norman 2006)• zufriedenstellender Ernährungszustand (Volkert 1992)	<ul style="list-style-type: none">• 15-22% von 1288 TN (Löser 2001)• 3% - 38 % 219 TN (Kohlenberg-Müller et al. 2004)• 19% von 541 TN (Ockenga 2005)• 27% von 1186 TN, 43% der über 70jährigen betroffen (Pirlich et al. 2006)

Ernährung und

Unterstützung beeinträchtigter Menschen beim Essen und
Trinken

bei vielen professionell Pflegenden

unbeliebt,

hat

an Bedeutung verloren.

(Xia/ McCutcheon 2006; Pierson 1999; Kowanko 1997; Dewing 1996; Backstrom/ Norberg/ Norberg 1987)



Every careful observer of the sick
will agree in this
that
**THOUSANDS OF PATIENTS
ARE ANNUALLY
STARVED
IN THE MIDST OF PLENTY,**
from want
of attention
to the ways
which alone make it possible for them
to take food.

(Nightingale 1860)

Bei kranken und beeinträchtigten Menschen kommen
zusätzliche Faktoren mit Einfluss auf

- **Appetit**
- **Ernährungsverhalten** und
- **Ess- bzw. Trinkvermögen**

hinzu!



Daraus können sich
unterschiedliche Interventionsnotwendigkeiten
ergeben!

**Nicht essen und trinken zu wollen
hat immer einen Grund!**

Bei schwerkranken Menschen



nicht immer klar zu erkennen,

ob die Ernährung tatsächlich abgelehnt wird

oder

ob einfach nicht gegessen oder getrunken werden kann.

Autonomie und Selbstbestimmung

muss

an erster Stelle stehen,
kann aber auch
an Grenzen stoßen!

In ethischen Konfliktsituationen

jeden Einzelfall
individuell beraten,
Entscheidungen gut abwägen und
genau begründen!

Ernährung geht die Pflege schon lange etwas an!

