

**Anlage zur Literaturstudie zum Expertenstandard  
„Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung  
der oralen Ernährung in der Pflege“**

Maria Magdalena Schreier  
Daniela Hardenacke  
Mario Simon  
Sabine Bartholomeyczik

Suchstrategie  
Ausgeschlossenen Leitlinien  
Ein- und ausgeschlossene Studien

## Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	3
1. Suchstrategie .....	4
2. Einteilung der Evidenzklassen.....	5
3. Ausgeschlossene Leitlinien.....	6
4. Evidenzklassen der eingeschlossenen quantitativen Studien.....	7
5. Übersicht der ausgeschlossenen quantitativen Studien.....	8
6. Eingeschlossene Literatur .....	9
6.1 Themenfeld „Interaktion“ .....	9
6.2 Themenfeld „Methoden“ .....	12
6.3 Themenfeld „Umgebung“ .....	17
6.4 Themenfeld „Qualifikation Pflegende“ .....	23
6.5 Themenfeld „Rolle und Einstellung der Pflegenden“ .....	33
6.6 Themenfeld „Ethik“ .....	35
7. Ausgeschlossene Literatur .....	47
7.1 Ausgeschlossen: Themenfeld „Interaktion“ .....	47
7.2 Ausgeschlossen: Themenfeld „Methoden“ .....	51
7.3 Ausgeschlossen: Themenfeld „Umgebung“ .....	57
7.4 Ausgeschlossen: Themenfeld „Qualifikation Pflegende“ .....	62
7.5 Ausgeschlossen: Themenfeld „Rolle und Einstellung der Pflegenden“ .....	74
7.6 Ausgeschlossen: Themenfeld „Ethik“ .....	83
8. Literaturliste der eingeschlossenen Studie.....	86
9. Literaturliste der ausgeschlossenen Studien .....	89
10. Literaturliste der ausgeschlossenen Leitlinien .....	92

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Evidenzklassen.....	5
Tabelle 2: Ausgeschlossene Leitlinien.....	6
Tabelle 3: Quantitative Studien Themenfeld "Interaktion" .....	9
Tabelle 4: Qualitative Studien Themenfeld "Interaktion" .....	11
Tabelle 5: Quantitative Studien Themenfeld "Methoden" .....	12
Tabelle 6: Quantitative Studien Themenfeld "Umgebung" .....	17
Tabelle 7: Qualitative Studien Themenfeld "Umgebung" .....	19
Tabelle 8: Quantitative Studien Themenfeld "Qualifikation Pflegende" .....	23
Tabelle 9: Qualitative Studien Themenfeld "Qualifikation Pflegende" .....	30
Tabelle 10: Quantitative Studien Themenfeld "Rolle und Einstellungen der Pflegenden" .....	33
Tabelle 11: Qualitative Studien Themenfeld "Rolle und Einstellungen der Pflegenden" .....	34
Tabelle 12: Quantitative Studien Themenfeld "Ethik" .....	35
Tabelle 13: Qualitative Studien Themenfeld "Ethik" .....	37
Tabelle 14: Ausgeschlossen: Quantitative Studien Themenfeld "Interaktion" .....	47
Tabelle 15: Ausgeschlossen: Qualitative Studien Themenfeld "Interaktion" .....	48
Tabelle 16: Ausgeschlossen: Review Themenfeld "Interaktion" .....	49
Tabelle 17: Ausgeschlossen: Quantitative Studien Themenfeld "Methoden" .....	51
Tabelle 18: Ausgeschlossen: Review Themenfeld "Methoden" .....	54
Tabelle 19: Ausgeschlossen Quantitative Studien Themenfeld "Umgebung" .....	57
Tabelle 20: Ausgeschlossen: Qualitative Studien Themenfeld "Umgebung" .....	59
Tabelle 21: Ausgeschlossen: Review Themenfeld "Umgebung" .....	60
Tabelle 22: Ausgeschlossen Quantitative Studien Themenfeld "Qualifikation Pflegende" .....	62
Tabelle 23: Ausgeschlossen: Qualitative Studien Themenfeld "Qualifikation Pflegende" .....	70
Tabelle 24: Ausgeschlossen: Review Themenfeld "Qualifikation Pflegende".....	72
Tabelle 25: Ausgeschlossen: Quantitative Studien Themenfeld "Rolle und Einstellung der Pflegenden" .....	74
Tabelle 26: Ausgeschlossen: Qualitative Studien Themenfeld "Rolle und Einstellung der Pflegenden" .....	79
Tabelle 27: Ausgeschlossen: Review Themenfeld "Rolle und Einstellung der Pflegenden" .....	81
Tabelle 28: Ausgeschlossen: Quantitative Studien Themenfeld "Ethik" .....	83
Tabelle 29: Ausgeschlossen: Qualitative Studien Themenfeld "Ethik" .....	84
Tabelle 30: Ausgeschlossen: Review Themenfeld „Ethik“ .....	85

## 1. Suchstrategie

- **Datenbanken:**
  - Cinahl, Embase, Cochrane Library, Gerolit, Medline bzw. Pubmed, Somed
  - Fachzeitschriften
  - Onlinepublikationen relevanter Fachgesellschaften (DGEM, AKE, NGC, SIGN, RCN)
  - Bibliographien und Referenzlisten
  - Nach Guidelines, Nursing Standards und Leitlinien wurde zusätzlich auch bei folgenden Institutionen gesucht: Council of Europe Publishing, RCN, NICE, SIGN, NGC, AHCPR, DGEM, AWMF, WHO, Joanna Briggs Institute
  
- **Schlagwörter:**

Nutrition, nutritional intake, food, fluid, liquid, hydration

Malnutrition, undernutrition, nutritional deficiency, disorders, hydration, dehydration

Nursing, nurse, nursing experts in nutrition, nursing intervention and nutrition, care

Screening, assessment, detection of malnutrition

Education of nurses, specific qualification in nutrition, promotion/supporting mealtime

Mealtime, eating practice, assisting, support, feeding, feeding assistance

Environment, interaction and nutrition

Appetite, anorexia

Functional and cognitive ability/disorders with eating, drinking, swallowing, deglutition disorder

Functional and cognitive capacity, function, deficiency, dementia

Oral and dental health, care, disorders, problems

Nutritional status, situation, assessment, screening, monitoring

Patient, (nursing home) resident, elderly, aged, old aged, geriatrics

Long-term care, nursing home, hospital, community, acute care, outpatient care

Ethical issues in eating and drinking, food and fluid refusal

## 2. Einteilung der Evidenzklassen

**Tabelle 1: Evidenzklassen**

<b>Klasse</b>	<b>Stärke der Evidenz</b>
Ia	Metaanalyse von RCT's
Ib	Mindestens eine RCT
IIa	Mindestens eine gut konstruierte kontrollierte Studie ohne Randomisierung (CCT)
IIb	Mindestens eine gut angelegte quasi-experimentelle Studie
III	Eine gutkonstruierte nicht-experimentelle deskriptive Studie (z. B. Vergleichsstudie (Vorher-Nachher-Studie), Korrelationsstudie, Querschnittsstudie, Fall-Kontroll-Studie)
IV	Berichte, Meinungen von Expertengremien, Konsensuskonferenzen u./o. klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten

### 3. Ausgeschlossene Leitlinien

**Tabelle 2: Ausgeschlossene Leitlinien**

<b>Autor, Jahr/ Leitlinie</b>	<b>Gründe für Ausschluss</b>
Booth et al. 2005a, 2005b 'Best practice statement', Empfehlungen für die Ernährung alter, gebrechlicher Menschen im Krankenhaus	Die vorliegenden Leitlinien entsprechen nicht den Kriterien nach den Empfehlungen des Europarates und des IQWiG. Ihre inhaltlichen Empfehlungen stellen keine wesentliche Ergänzung zu den Empfehlungen der bereits bewerteten Studien dar, die für den Expertenstandard in der Pflege mit dem Thema Ernährung von Bedeutung sein könnten.
Brugler et al. 1999 Clinical Pathway (Algorhythmus) für die Sicherstellung der Ernährung erwachsener Patienten im Krankenhaus	
Brugler et al, 2000 Rahmenempfehlungen zur Prävention von Mangelernährung und Verbesserung der Ernährungssituation alter und pflegebedürftiger Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen	
DePorter et al., 2005 US-bundesstaatliche Festlegungen/Regelungen zur Ernährungsversorgung in Langzeitpflegeeinrichtungen	
Ferguson-Wolf et al., 2007 Aus Fallbeschreibung resultierende Empfehlungen für die Langzeitpflege demenzerkrankter Menschen	
Lee et al., 2004 Guideline zum Selbststudium für Pflegekräfte - Modul zum Thema Ernährung für Gesundheitsberufe in der stationären und ambulanten Pflege und Versorgung geriatrischer Patienten	
RCN 1993 Multidisziplinäre Empfehlungen zur Erfassung der Ernährungssituation, Unterstützung beim Essen und Trinken und Überwachung/Monitoring des Ernährungszustandes und ernährungsbezogener Maßnahmen bei alten Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen	
Committee of Experts on Nutrition, Food Safety and Consumer Protection, 2002 Empfehlungen zur Prävention von Mangelernährung bei Erwachsenen und Kindern im Krankenhaus hinsichtlich Strukturen, Verpflegung, Kostenaspekte, Umsetzung im Krankenhausalltag, Kooperation und Qualifikation der beteiligten Berufsgruppen	
Crogan & Evans 2001 Guidelines zur Sicherstellung der Ernährung alter Menschen in der Langzeitpflege	

## 4. Evidenzklassen der eingeschlossenen quantitativen Studien

<b>Autor, Jahr</b>	<b>Evidenzklasse</b>
Altus et al., 2002	III
Amella, 1999	III
Amella, 2002	III
Bachrach-Lindström et al., 2007	III
Beatti et al, 2004	III
Chang et al., 2005	Ib
Chang et al., 2006	Ib
Christensson et al. 2001	III
Crogan et al., 2000	III
Crogan et al., 2000a	III
Crogan et al., 2001	III
Crogan et al., 2001	III
Desai et al., 2007	III
Dube et al., 2004	III
Dunne et al., 2004	III
Eaton, 1986	Ib
Edwards et al., 2002	IIb
Elmstahl et al., 1987	III
Feuz et al., 1994	III
Goddaer et al., 1994	III
Irving et al., 1999	III
Jansson et al., 1989	III
Lange-Alberts et al., 1994	III
Locher et al., 2005	III
Low et al., 2003	III
McAuley et al., 2003	III
McCann et al., 1994	III
Mamhidir et al. 2007	III
Nijs et al., 2006	Ib
Olson et al., 1998	III
Osborn et al., 1993	III
Pedersen, 2005	IIa
Perry, 1997	III
Perry, 1997a	III
Remsburg et al. 2003	IIb
Shatenstein et al. 2000	III
Simmons et al. 2005	III
Simmons et al., 2001	III
Simmons et al., 2004	III
Simmons et al., 2006	III

## 5. Übersicht der ausgeschlossenen quantitativen Studien

<b>Autor, Jahr</b>
Backstrom et al. 1987
Biedermann, 2003
Christensson et al., 2003
Coyne et al., 1997
Evans et al., 2001
Gibbons et al., 2005
Hayward, 2003
Hickson et al., 2004
Holzappel, 1996
Keller, et al. 2006
Kolodny et al., 1991
Lennard-Jones et al., 1995
Mathey et al., 2001
Mentes et al., 2003
Morin et al., 2005
Nicolaides-Bouman et al., 2007
Nolan et al., 2004
Pokrywka, et al. 1997
Rasmussen et al., 1999
Remsburg, 2004
Ruigrok et al., 2006
Simmons et al., 2006a
Simmons et al., 2007a
Van Ort et al., 1995
Wright et al., 2006
Woo et al., 2005

## 6. Eingeschlossene Literatur

### 6.1 Themenfeld „Interaktion“

**Tabelle 3: Quantitative Studien Themenfeld "Interaktion"**

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung/ Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen
Amella, 1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie beeinflusst die verzehrte Menge an Essen die Patienten-Pflege-Interaktion?</li> <li>Beobachtungsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>53 Dyaden aus einem Pflegeheim</li> <li>USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Standardisierte Beobachtungen</li> <li>Standardisierte Interviews</li> </ul>	Deskriptive Analyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Neben Unterstützung/ Nahrungseingabe Interaktion zwischen Pflegenden u. Bewohner im Mittelpunkt pflegerischen Agierens zwar kein signifikanter Zusammenhang zwischen Verhalten d CNA u. Verzehrsmengen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trotz schwerer Demenz steuern Bew. die Unterstützung/Nahrungseingabe der CNA; personenbezogener Einfluss CNA: höhere Verzehrsmengen wenn CNA weniger Macht-/Kontrollbedürfnis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenzte Übertragbarkeit, da CNA waren sehr gut geschult und sehr empathisch</li> <li>Nur ein einziges Frühstück beobachtet; möglicher Studienbias nicht thematisiert</li> </ul>
Amella, 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>Untersuchung, ob Widerstände oder die Bereitschaft zum Annehmen von Assistenz bei den Mahlzeiten von dementen Personen durch verschiedene persönliche Interaktionen und kontextuelle Faktoren vorhergesagt werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>53 Pflegeheimbewohner mit fortgeschrittener Demenz</li> <li>USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Standardisierte Beobachtung</li> <li>Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Questionnaire (Ed-FED – Q)</li> <li>Interaction Behavior Measure (IBM)</li> <li>Interaction Behavior Measure – Modified (IBM-M)</li> <li>MMSE</li> <li>BMI</li> <li>Wiegen der Mahlzeit vor und nach dem Es-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cronbach´s alpha (Interne Konsistenz)</li> <li>Student´s t-Test</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wechselseitige Beeinflussung beider Interaktionspartner</li> <li>Demenzkranke: - verzehren weniger, - brauchen mehr Zeit für Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gesundheitsstatus (wirkt sich auf Essverhalten aus)</li> <li>Ablehnende Bew. haben schlechteren Ernährungszustand u kognitiven Zustand</li> <li>Interaktion der CNA wirkt sich auf annehmendes/ablehnendes Verhalten aus</li> </ul>	Nur ein einziges Frühstück beobachtet

	den kann.		sen				
Beatti, 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beobachtungsstudie</li> <li>• Nutzen einer systematischen Pflegeintervention auf das Verhalten von Alzheimerpatienten bei den Mahlzeiten</li> <li>• Beobachtungsstudie mit Intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallstudie mit 3 Teilnehmern</li> <li>• USA</li> </ul>	Standardisierte Beobachtung	Deskriptive Analyse	2 der 3 Teilnehmer verließen weniger häufig den Tisch während der Intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbale und eingreifende Verhaltensbeeinflussung Umherwandern reduzieren und Steigerung der Essmengen bewirken</li> <li>• Trotz mangelnder Signifikanz wird auf Stabilisierung des Gewichtsstatus geschlossen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit da zu geringe Fallzahl (n=3)</li> <li>• Nur Abendessen beobachtet, zu wenige Vorher-Nachher-Beobachtungszeitpunkte</li> <li>• Tageszeitliche Schwankungen könnten zu anderen Ergebnissen führen</li> <li>• Nur Abendessen beobachtet, zu wenige Vorher-Nachher-Beobachtungszeitpunkte</li> <li>• Tageszeitliche Schwankungen könnten zu anderen Ergebnissen führen</li> <li>• Dazu kommt zu geringe Fallzahl</li> </ul>
Dube et al., 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswirkungen auf den Ernährungsstatus durch Interaktion zwischen Patienten und den Anbieter der Mahlzeiten</li> <li>• Beobachtungsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1477 Beobachtungen bei 42 Patienten einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung</li> <li>• Kanada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardisierte Beobachtungen mit dem adaptierten Social Behavior Inventory</li> <li>• Comstock Scale</li> <li>• Energiegehalt und Größe der Mahlzeiten</li> <li>• Gesamtenergie- und Proteineinnahme/ Tag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regressionsbasierter Ansatz</li> <li>• Korrelation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je mehr Interaktionen um so mehr Abweichungen vom Verzehr</li> <li>• Mehr Energie und Eiweißzufuhr, wenn mehr positive Interaktion stattfindet</li> <li>• Höhere Verzehrsmengen unabhängig von quant/qual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl und Art interpersoneller Interaktionen bei den Mahlzeiten beeinflusst die Qualität der Mahlzeiteinnahme alter hospitalisierter Menschen</li> <li>• Die Ergebnisse geben Hinweise, wie die Gestaltung und Art der Mahlzeiten in der täglichen Pflege verbessert werden kann</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unberücksichtigt blieben Einflüsse durch Interaktion mit Angehörigen u. anderen Bewohnern, Auswirkungen der Dauer des Wohnens in Einrichtung u. Veränderungen im wohnheiminternen sozialen Umfeldes, andere Arten des interpersonellen Verhaltens, andere Popul/ PEM-Gefährdete</li> </ul>

**Tabelle 4: Qualitative Studien Themenfeld "Interaktion"**

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studien- grenzen
Van Ort, 1992	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschreibung und Kategorisierung von verschiedenen Situationen (z.B. Stress) bei der Nahrungseingabe</li> <li>• Qualitative Beobachtungsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 16 Pflegeheimbewohner</li> <li>• USA</li> </ul>	Teilnehmende Beobachtungen	Keine expliziten Angaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 Kategorien:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verführendes, lockendes Verhalten,</li> <li>2. Aufrechterhalten/unterstützen des Essvorgangs,</li> <li>3. Zerstörende/tilgende Verhalten</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Mahlzeitengestaltung mit Demenzkranken ist eine komplexe Situation, die sowohl das Verhalten der Bewohner als auch das der Pflegenden, das Abstimmen aufeinander + Interaktionsgestaltung umfasst</li> <li>• Störende Elemente: Lärm, Unruhe, schlechte Beleuchtung, inadäquate abhängigkeitsfördernde Unterstützungsstrategien</li> <li>• Keine Systematik/Begründung für pflegerische Interventionen</li> <li>• Interaktionsgestaltung ohne System, zufällig, einseitig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hawthorne-Effekt (Gefahr der externen Validität, da TN Beobachtung bewusst war)</li> <li>• Keine Angaben zur Reflexion/Diskussion des Datenmaterials des Forschers</li> <li>• Keine Angaben zur Herstellung der Reliabilität</li> <li>• Keine Angaben zu Charakteristika der Bew. u. Pflegenden</li> <li>• Fehlende ethische Aspekte</li> </ul>

## 6.2 Themenfeld „Methoden“

**Tabelle 5: Quantitative Studien Themenfeld "Methoden"**

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung/ Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen
Christensson, 2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung eines 3-Monats-Interventionsprogramm bzgl. einer individuellen Bewohnerdiät</li> <li>• Beobachtungsstudie mit Intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11 Teilnehmer aus einem Sample von 261 Bewohnern</li> <li>• Schweden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Energiezufuhr</li> <li>• Gewicht</li> <li>• Serumalbumin</li> <li>• Funktionelles Assessment</li> </ul>	Deskriptive Analyse	Ernährungsinterventionsprogramm auf individuelle Bedürfnisse, Ressourcen und Probleme von Altenheimbewohnern ausgerichtet, auf die Erfassung der Ernährungssituation im Rahmen der Pflegeplanung und Umsetzung von Maßnahmen in Abstimmung mit anderen beteiligten Berufsgruppen, trägt signifikant zur Verbesserung der Ernährungssituation von Altenheimbewohnern mit PEM bei	Pflegeplanung im Bereich der Ernährung ist eine wichtige Strategie bei der Prävention von Mangelernährung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit, da geringe TN</li> <li>• Verantwortung für die Durchführung der Pflegeplanung lag bei einem der Forscher, es ist damit nicht gesagt, wie die Ergebnisse aussehen, wenn die Durchführungsverantwortung allein bei den Pflegenden liegt</li> </ul>
Dunne, 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie beeinflusst eine kontrastreiche Manipulation die schlechte Nahrungszufuhr bei Alzheimererkrankten?</li> <li>• Beobachtungsstudie mit Intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9 Teilnehmer mit Alzheimererkrankung</li> <li>• USA</li> </ul>	Prozentuale Menge verzehrter Nahrung	Deskriptive Analyse	Steigerungen der Verzehrmengen (25% feste Nahrung; 84% flüssige Nahrung) durch kontrastreiches Geschirr	Kontrastreiches buntes Geschirr, vor allem „knallrotes“ Geschirr kann Verzehrmengen und Flüssigkeitsaufnahme bei Alzheimer-Demenzkranken Menschen erhöhen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangelnde Übertragbarkeit wg. geringer Fallzahl (n= 9)</li> <li>• Keine Testung bei Menschen mit anderer Demenzkrankheit</li> </ul>
Eaton et al., 1986	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung bzgl. der Förderung des</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 42 Bewohner (n = 21 Behandlungsg-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardisierte Beobachtung</li> <li>• Messung der verzehr-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ANOVA</li> <li>• Scheffe's simple effect</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freundlich auffordernde Berührung am</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positive Effekte der Intervention</li> <li>• Das Speisenan-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangelnde Übertragbarkeit wg. geringer TN (n= 21 in Interventions- u. in Kontroll-</li> </ul>

	<p>selbständigen Essens durch sanfte Berührung bei Bewohnern mit hirnganischen Veränderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RCT</li> </ul>	<p>gruppe; n = 21 Kontrollgruppe) von 4 Stationen einer Pflegeeinrichtung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomisierte Gruppenzuweisung</li> <li>• USA</li> </ul>	<p>ten Menge und Nahrungsreste auf den Tablett</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kalorienzufuhr</li> </ul>	test	<p>Unterarm als integraler Bestandteil menschlicher Interaktion zusätzlich zu verbaler Ansprache kann das Essverhalten und die Nahrungsaufnahme von alten kognitiv beeinträchtigten Menschen mit hirnganischem Syndrom verbessern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<p>gebot hat ebenfalls Einfluss auf Nahrungsaufnahme und sollte individuell auf die Wünsche der Bewohner abgestimmt werden</p>	<p>gruppe)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anderes Setting, andere Probanden nicht berücksichtigt</li> <li>• Unterschiedliche Speisenangebote in Subgruppen nicht berücksichtigt (Verzehrmengen stehen in Verhältnis zu den Speisenangeboten der jeweiligen Tage)</li> <li>• Gewöhnungseffekt nicht berücksichtigt (kein Follow-up)</li> <li>• Postinterventionsergebnis (nur verbale Aufforderung) weicht kaum von Interventionsergebnis (Berührung und verbale Aufforderung) ab, daher nicht sicher, ob die Berührung tatsächlich zusätzlich verstärkt</li> </ul>
Edwards, 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einflüsse einer tierassistierten Therapie auf die Nahrungszufuhr</li> <li>• Klinisch-kontrollierte Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 62 Bewohner mit Alzheimerkrankung</li> <li>• USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prozentuale Menge verzehrter Nahrung</li> <li>• Gewicht</li> </ul>	Deskriptive Analyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aquarium mit lebenden großen bunten Fischen hat positiven Einfluss auf Verzehrmengen und Gewichtszunahme bei Bewohnern mit Demenz</li> <li>• Bewohner sind ruhiger, bleiben länger am Tisch sitzen, anregende Wirkung auf passive Bewohner, essen ebenfalls mehr</li> </ul>	Tiergestützte Therapie hat positive Effekte auf Menschen mit Alzheimer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grenzen der Übertragbarkeit aufgrund des (Convenience) Samples, ethnische Besonderheiten anderer Gruppen nicht untersucht,</li> <li>• Auch andere Demenzformen, beeinflussende Umgebungseinflüsse oder Einfluss der Art und Qualität von Speisen wurden nicht berücksichtigt, die einen Einfluss auf Verzehrmengen und Gewichtszunahme haben könnten</li> </ul>
Goddaer et al, 1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einflüsse von beruhigender Musik auf agitiertes Verhalten von kognitiv beeinträchtigten Men-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 29 Pflegeheimbewohner</li> <li>• Belgien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardisierte Beobachtung (1. Woche)</li> <li>• Einführung beruhigender Musik (2. Woche)</li> <li>• Weglassen der Musik (3. Woche)</li> </ul>	Deskriptive Analyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insgesamt signifikante Reduktion agitierten Verhaltens, sowie körperlich nicht-aggressi-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensorische Stimulation durch entspannende kann herausforderndes Verhalten, Agitation, aggressives Ver-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grenzen der Übertragbarkeit: Wirkung verschiedener Musikrichtungen, tageszeitliche Schwankungen, andere beeinflussende Faktoren nicht berücksichtigt</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quasiexperimentelles Design</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiedereinführung der Musik (4. Woche)</li> <li>• Cohen-Mansfield Agitation Inventory</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• verbale agitierten Verhalten</li> <li>• Keine signifikante Senkung von aggressivem Verhalten, sowie beim Verstecken und Horten von Gegenständen</li> <li>• Agitation reduzierte sich in Woche 2, stieg Woche 3 wieder an und senkte sich wiederum in Woche 4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• halten) mindern und sich so günstig auf die Nahrungsaufnahme auswirken</li> <li>• PK werden mit weniger Arten des herausfordernden Verhaltens konfrontiert</li> </ul>	
Lange-Alberts et al., 1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Können Berührungen und verbale Hinweise eingesetzt werden, um eine Zunahme der Nahrungsmenge bei alten, kognitiv nicht beeinträchtigten Menschen zu erreichen?</li> <li>• Was ist verantwortlich für die Zunahme der Nahrungsmenge: Berührungen, verbale Hinweise oder eine Kombination von Beidem?</li> <li>• Beobachtungsstudie mit Intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelegenheitsstichprobe mit 20 Patienten einer Langzeitpflegestation eines größeren medizinischen Zentrums</li> <li>• USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Messung der Nahrungsreste auf dem Teller nach der Nahrungsaufnahme</li> <li>• Kilojoule- und Proteingehalt der Mahlzeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ANOVA</li> <li>• t-Test</li> <li>• Bonferroni – Adjustierung zur Reduzierung des Typ-1 Fehlers bei multipler Testung</li> </ul>	Das Essen und Trinken unterstützende verbale Aufforderungen und Berührungen bewirken bei alten Menschen mit schlechtem Ernährungszustand, aber ohne kognitiven Beeinträchtigungen, eine signifikante Steigerung der Verzehrsmengen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berührungen und verbale Hinweise sind effektive Maßnahmen und benötigen nur wenig Zeit des Personals und keine Geräte</li> <li>• Effekt könnte aber mit der Zeit nachlassen (Gewöhnungseffekt)</li> </ul>	Grenzen der Übertragbarkeit, da andere Population alter Menschen und Langzeit-/Gewöhnungseffekt nicht berücksichtigt wurde
Locher	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effekt bzgl. der</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 alte Men-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiefeninterviews und</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deskriptive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alte Men-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alte Menschen</li> </ul>	Zu wenig Messzeitpunkte (nur 3

et al., 2005	<p>Präsenz von anderen bei der Nahrungsaufnahme auf die Kalorienzufuhr bei alten Menschen, zuhause leben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beobachtungsstudie mit Intervention</li> </ul>	<p>schen, zuhause lebend und durch Pflegedienst versorgt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• USA</li> </ul>	<p>strukturierter Fragebogen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diät in 24-Stunden zu Beginn und in den nächsten 3 Wochen</li> </ul>	<p>Analyse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hierarchische lineare Modellierung</li> </ul>	<p>schen mit akuten oder chronischen Krankheiten, die in ihrer häuslichen Umgebung von Gesundheitsdiensten/Pflegediensten betreut werden, essen mehr, wenn sie während des Essens in Gesellschaft sind</p>	<p>essen allerdings nicht zwangsläufig mehr, wenn noch jemand in der häuslichen Gemeinschaft lebt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Ergebnisse bestätigen die Annahme, dass Mahlzeiten und Verzehrmenen von sozialen Aspekten abhängig sind und es in Gesellschaft besser schmeckt</li> </ul>	<p>Verzehrprotokolle), keine Follow up (keine weiteren Verzehrprotokolle bei TN, die in Hausgemeinschaft leben, nur bei den alleine lebenden TN), alte gesunden, d.h. nicht von Gesundheits-/Pflegedienst versorgte Menschen nicht berücksichtigt, Verzerrungsgefahr wg. Aspekt, dass kranke Menschen eher mit Mahlzeiten von Angehörigen/Versorgungsdienste mit Essen versorgt werden</p>
Osborn et al., 1993	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung bzgl. der Fähigkeit, selbstständig zu Essen</li> <li>• Beobachtungsstudie mit Intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 23 Bewohner</li> <li>• USA</li> </ul>	Standardisierte Beobachtung	Deskriptive Analyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fähigkeit, selbstständig essen steht im engen Zusammenhang mit der Ausprägung der kognitiven Beeinträchtigungen und der Lebenszeit</li> <li>• Die tatsächliche Umsetzung des selbstständigen Essens steht nicht immer im Einklang mit der Fähigkeit der Bewohner;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbale Aufforderung zum Essen unterstützt die Selbstständigkeit, nur nonverbale Ansprachen hat wenig Auswirkung darauf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eingeschränkte Übertragbarkeit wg. Fallzahl (23 Bew., 2 Mahlzeiten)</li> <li>• Störvariablen und unterschiedlicher Einfluss der Pflegen nicht ausreichend berücksichtigt</li> </ul>
Pedersen, 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effektivität des aktiven Einbezugs von Patienten bei der Pflege bzgl. der Ernährung</li> <li>• Quasiexperimentelles De-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 253 Patienten mit Hüftfrakturen oder Hüft-/ Knieersatz auf einer orthopädischen Station</li> <li>• Dänemark</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzehrte Menge der Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• f-Test</li> <li>• Student's t-Test für gepaarte und ungepaarte Daten (2-seitig)</li> <li>• Mann-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung der Ernährungssituation und Anstieg der Verzehrmenen durch aktives Einbeziehen der Pa-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach gründlicher Erfassung von Einschränkungen und individuellen Gesunderhaltungsstrategien messbar/sichtbar an Verzehrmen-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Möglicher Bias-Effekt wg. optimalen Ausgangsbedingungen? Pflegende waren bereits für Ernährung und Bedeutung der Erfassung der Ernährungssituation durch Vorläuferprojekt sensibilisiert, Primary Care Nurse System vorhanden</li> </ul>

---

	sign mit Be- handlungs- und Kotrollgruppe			Whitney Test	tienten in die tägliche Pfl- ge;	gen • Prävention auf- grund rechtzeiti- ger u. intensiven Risikoerfassung möglich	
--	---	--	--	-----------------	--	--	--

## 6.3 Themenfeld „Umgebung“

**Tabelle 6: Quantitative Studien Themenfeld "Umgebung"**

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung/ Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen
Altus, 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einflüsse durch eine veränderte Umgebung bei den Mahlzeiten</li> <li>Beobachtungsstudie mit Intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 Bewohner einer Demenzpflegestation</li> <li>USA</li> </ul>	Standardisierte Beobachtung	Deskriptive Analyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teilnehmende Pflegehilfskraft CNA lobt vor allem häufiger nach Schulung, aber auch häufiger als bei Tablett-System, ist zufriedener</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mahlzeiten in familiärer Atmosphäre/wie Zuhause und zusätzlich noch einmal nach Schulung der Pflegekräfte steigern die Beteiligung (Partizipation) von Demenzkranken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenzte Übertragbarkeit wg. geringer Tön-Zahl (Pilotstudie)</li> <li>Nur eine Mahlzeit, tageszeitliche Schwankungen (bei Demenzkranken von hoher Bedeutung)</li> <li>Anderes Setting (andere Wohngruppengröße, Altenheimbedingungen, Speiseräume) nicht berücksichtigt</li> <li>Bias-Effekt aufgrund der Qualifikation die CNA und dreijährige Erfahrung mit der Wohngruppe nicht berücksichtigt</li> </ul>
Desai et al., 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vergleich eines cafeteriaähnlichen Services und des herkömmlichen Tablettversorgungssystems bzgl. der Energiezufuhr bei kognitiv beeinträchtigten Menschen</li> <li>Fall-Kontrollstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>49 Teilnehmer (n = 26 → Cafeteriaservice; n = 23 → herkömmliches Tablettsystem) in einer Langzeitpflegeeinrichtung</li> <li>Kanada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Energiegehalt der Mahlzeiten</li> <li>Bestimmung der Makronährstoffe</li> <li>BMI</li> <li>London Psychogeriatric Rating Scale</li> </ul>	ANOVA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Signifikant höhere Energiezufuhr über 24-Stunden und bei den Mahlzeiten in der Gruppe mit dem Cafeteria-service</li> <li>Größere Protein- und Kohlenhydratzufuhr (nicht aber Fettzufuhr) bei Teilnehmern mit geringem BMI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mahlzeiten in Umgebung wie zuhause / wohnlich-häuslicher Umgebung und Restaurant-/Cafeteria-Ambiente führen zu signifikant höherer Energie und Proteinaufnahme bei Alzheimerdemenzkranken</li> <li>Insbesondere Bewohner mit niedrigem BMI, der mit schlechterem kognitiven Zustand verbunden ist, profitie-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenzte Übertragbarkeit wg. der kleinen Stichprobe</li> <li>Umzug/Settingsveränderung als mögl. Störvariabel nicht berücksichtigt</li> <li>Anderes Setting und andere Population nicht berücksichtigt</li> <li>Gewöhnungseffekt nicht untersucht, keine Follow-up-Messung</li> </ul>

						<p>ren von dieser Mahlzeitengestaltung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Abends werden signifikant mehr Energie und Proteine aufgenommen</li> </ul>	
Elmstahl, 1987	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einflüsse einer veränderten Umgebung bei den Mahlzeiten auf Patienten</li> <li>Beobachtungsstudie mit Intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>16 Patienten</li> <li>Schweden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Standardisierte Beobachtung</li> <li>Energie- und Proteinzufuhr</li> <li>Gewicht</li> <li>Serumkreatinin und Retinol</li> </ul>	Deskriptive Analyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anpassen der Umgebung am gewohnten Wohn-Stil von Altenpflegeheimbewohnern und Mahlzeiten wie von zuhause gewohnt (führt signifikant zur Steigerung der Verzehrmenen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veränderung der Essgewohnheiten: es werden im Gegensatz zu vorher Speisen (Suppe, Gemüse) gegessen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenzte Übertragbarkeit wg. kleine Stichprobe (n=16/n=12)</li> <li>Andere Population, Setting nicht berücksichtigt</li> <li>Ethisch zu hinterfragen, da positive Intervention wieder rückgängig gemacht wurde</li> <li>Gewöhnungseffekt nicht untersucht (kurz Follow-up)</li> </ul>
Nijs et al., 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>Effekte der Mahlzeitengestaltung im Familienstil auf die Lebensqualität, körperliche Verfassung und Körpergewicht bei Pflegeheimbewohnern ohne Demenz</li> <li>RCT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>178 Bewohner auf je 2 Stationen in 5 Pflegeheimen (n = 95 Interventionsgruppe; n = 83 Kontrollgruppe)</li> <li>Cluster-Randomisierung</li> <li>Niederlande</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quality of life of somatic nursing home residents questionnaire</li> <li>Physical performance test</li> <li>Körpergewicht</li> <li>Beobachtung der verzehrten Menge der Mahlzeiten über 3 Tage</li> </ul>	Intraklassen-Korrelation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Umgebungsgestaltung und angenehmes Ambiente bei den Mahlzeiten hat signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität, funktionale Fähigkeiten/Aktivitäten, Gewicht und Verzehrmenen</li> </ul>	Durch die Umfeldgestaltung kann die Lebensqualität, körperliche Verfassung und das Körpergewicht der Bewohner erhalten werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenzte Übertragbarkeit da andere Setting nicht berücksichtigt (z. B. Demenz)</li> <li>Auswahl der Menüs zu unterschiedliche Zeitpunkten in Interventionsgruppe (kurz vor Intervention) /Kontrollgruppe (Tage vorher)</li> <li>Gewöhnungseffekt nicht überprüft</li> <li>Hoher Abbrecherquote, aber im Rahmen der Powerkalkulation</li> </ul>
Shatenstein et al., 2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beurteilung der Auswirkungen eines individuellen Mahlzeitenversorgungssystems im Vergleich zum herkömmlichen zentralen Versorgungssystems auf den Ernährungssta-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>34 Bewohner eines Pflegeheimes</li> <li>Kanada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Standardisierte Beobachtung der verzehrten Mahlzeiten</li> <li>Energiegehalt</li> <li>Größe</li> <li>Gewicht</li> <li>Bizepsumfang</li> <li>Oberarmumfang</li> <li>BMI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Univariate Analyse</li> <li>Gepaarter t Test</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dezentrale Speiserversorgung im Altenpflegeheim führt zu signifikanter Steigerung der Verzehrmenen bei Bewohnern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mahlzeiten so wie von zuhause in vertrauter Weise angeboten werden, vermutlich mehr angeboten wird und ein persönlicher Kontakt zu den Personen besteht, die das Menü servieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenzte Übertragbarkeit wg. Pilotstudie, geringer TN-Zahl, Gewöhnungseffekt nicht untersucht</li> <li>Gründe für das Phänomen, dass mehr gegessen wird wurde nicht genauer untersucht (Unberücksichtigt blieb, dass mehr Speisen/individuelle Portionen angeboten und persönlich angereicht wurden)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>tus der Bewohner</li> <li>• Prä/ Posttestdesign</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>• kurze Schulung von Pflegekräften - valide visuelle Verzehrmengefassung möglich</li> </ul>	
Simmons, et al, 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effekte der Essensumgebung auf die Ernährungsqualität in Pflegeheimen</li> <li>• Beobachtungsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 761 Bewohner in 34 Pflegeheimen</li> <li>• USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimum Data Set's</li> <li>• Standardisierte Beobachtungen und Interviews</li> </ul>	Logistische Regressionsanalyse	<p>Signifikante Zusammenhänge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegende erkennen und dokumentierte (10% höher) verminderte Verzehrmengef</li> <li>• Pflegende unterstützten Bew., die weniger 50% essen, länger als 1 Minute</li> <li>• Pflegende unterstützen länger als 5 Minuten gezielt bei zuvor erkannten Unterstützungsbedarf</li> <li>• Bewohner bekommen Ergänzungsnahrung/Zusatznahrung</li> </ul>	<p>Umgebungsstrukturen, wie die Personalbesetzung und der Ort wo Speisen eingenommen werden, wirken sich auf die Ernährungssituation/ungewollten Gewichtsverlust und die angebotene Unterstützung aus; Pflegende erkennen und dokumentieren die Verzehrmengef der Bewohner und unterstützen sie adäquat, wenn Personalbesetzung angemessen ist und Bewohner in Speiseraum essen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionale Begrenzung, geringe Teilnahme der angefragten Einrichtungen und Bewohner,</li> <li>• Viele bereits belegte Einflussfaktoren auf Ernährungsverhalten (z. B. verbale Aufforderung zum Essen, Einfluss der Mitbewohner im Speiseraum, Einrichtung/Ausgestaltung der Speiseräume) nicht berücksichtigt</li> <li>• Gewöhnungseffekt der veränderten Personalsituation nicht berücksichtigt</li> <li>• Keine randomisierte kontrollierte Untersuchung zum Effekt einer höheren Personalbesetzung</li> </ul>

**Tabelle 7: Qualitative Studien Themenfeld "Umgebung"**

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen
Crogan, 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedeutung der Mahlzeiten/ Essensvorsor-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9 Bewohner eines Pfl-</li> </ul>	Narrative Interviews	Inhaltsanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essen und Verpflegung steht im engen Bezug</li> </ul>	Mitsprache der Bew. durch regelmäßige Befragung zur Zufrie-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit wg. geringer TN (bei</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpretativ-phänomenologische Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegeheim USA</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• zur Umgebung Speisen und der Geschmack der Speisen ist für viele Bewohner ein Ausdruck ethnischer Zugehörigkeit</li> <li>• Von großer Bedeutung ist das Nachahmen von alten Zeiten, das Essen wie früher bei der Mutter oder in der eigenen Familie;</li> <li>• Die Qualität der Speisen ist von Bedeutung</li> </ul>	denheit mit Ernährungssituation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• qualitative Studien aber auch nicht erforderlich)</li> <li>• Keine genauen Angaben zu TN (z. B. Beeinträchtigungen, Unterstützungsbedarf bei den Mahlzeiten, wie lange in der Einrichtung)</li> <li>• Keine genauen Angaben zur Reflexion der Interviewsituation (z. B. soz. Erwünschtheit)</li> <li>• Keine Angaben zu Ethik, informierter Zustimmung u. Bewertung der Studienbias</li> </ul>
Evans et al., 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschreibung von Copingstrategien bzgl. der Mahlzeitenversorgung bei Pflegeheimbewohnern</li> <li>• Phänomenologische Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 Bewohner eines Pflegeheims</li> <li>• USA</li> </ul>	Halbstrukturierte Interviews	Qualitative Analyse nach Miles und Huberman	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bew. entwickeln mechanische, psychologische u. beziehungsbezogene Copingstrategien, um mit inadäquater Ernährungsversorgung u. Service/Unterstützung umzugehen</li> <li>• Copingstrategien zuhause anders als in Einrichtung,</li> <li>• Pflegende haben Angst, durch Fragen an die Bew. über deren Vorstellungen indiskret zu wirken und fragen oft nicht nach</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copingstrategien richten sich immer danach, in welcher Rolle man sich befindet;</li> <li>• Veränderungen durch Management sind nötig, die sich ökonomisch lohnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit wg. geringe TN, andere Setting nicht berücksichtigt</li> <li>• Quantitative Überprüfung der Ergebnisse stünde an</li> </ul>
Kofod et al., 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung über Akzeptanz der</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 Pflegeheime</li> </ul>	Halbstrukturierte Interviews und teilnehmende	Inhaltsanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SELs (betreute Wohngemein-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterschiedliche Sichtweise über</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit wg. ge-</li> </ul>

	<p>Pflegeheimbewohnern Mahlzeiten, sowie deren Ernährungsstatus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitative Studie zur Hypothesentestung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dänemark</li> </ul>	<p>Beobachtung</p>		<p>schaften für Senioren) können zur Verbesserung der Ernährungssituation beitragen</p>	<p>das Leben und Mahlzeitengestaltung zwischen Service-/Gesundheitsassistenten und Bewohnern:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Hälfte der teilnehmenden Bewohner empfinden gemeinsame Mahlzeiten als Verlegenheit und gehen danach wieder ihre eigenen Wege,</li> <li>• Bewohner fühlen sich nicht genug einbezogen in Vorbereitung der Mahlzeiten</li> <li>• Mitarbeiter sehen Möglichkeiten, Leben und Mahlzeiten der Bew. wie bei ihnen zuhause zu gestalten</li> </ul>	<p>ringer TN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht alle Bew. interviewt, BMI kein verlässlicher Indikator anderes Setting nicht berücksichtigt (z.B. Altenheim, verschiedene funktionale o. kognitive Einschränkungen)</li> <li>• Die Auswahl des Designs wurde nicht begründet</li> </ul>
<p>Sidenvall et al., 1993</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung bzgl. des Erlebens der Mahlzeiten bei geriatrischen Patienten, die Absichten und Einschätzung der Pflegenden</li> <li>• Erwartungen, die die Mahlzeitsituation bzgl. Verhalten, Essenskompetenz und Diät beeinflussen</li> <li>• Ethnografische Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 Teilnehmer einer geriatrischen Station</li> <li>• Schweden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnehmende Beobachtung</li> <li>• Offene Interviews</li> <li>• Dokumentenanalyse der Pflegedokumentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviewanalyse nach Agar</li> <li>• Vergleich der Interviewanalyse mit den Beobachtungen und Dokumenten</li> </ul>	<p>Bei der individuellen pflegerischen Planung, Gestaltung und Evaluation von Mahlzeiten in Bezug zu den Bedürfnissen und Fähigkeiten beim Essen und Trinken der Patienten wurde festgestellt, dass es sowohl um die Ernährungssituation in kultureller und sozialer Hinsicht als auch um die pflegerische Unterstützung geht</p>	<p>Pflegende müssen einerseits die Bedürfnisse der Patienten kennen und verstehen und andererseits deren Bedürfnisse und Bedarfe erkennen und sie in der täglichen Pflege einbinden</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verallgemeinerung und Übertragung der Ergebnisse begrenzt, da zu wenig Teilnehmer und Studiendesign (qual Stud) dies nicht vorsieht</li> <li>• Interviewsituation kann zu Verzerrung der Ergebnisse führen (Studienbias)</li> </ul>
<p>Sidenvall et al., 1994</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung bzgl. des Erlebens der Mahlzeiten bei geriatrischen Patienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 Teilnehmer einer geriatrischen Station</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnehmende Beobachtung</li> <li>• Offene Interviews</li> <li>• Dokumentenanalyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviewanalyse nach Agar</li> <li>• Vergleich der Interviewanalyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterschiede in der Esskulturen zwischen Pflegenden und Patienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ältere Patienten in der Langzeitpflege und die ihnen als Bezugs-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Verallgemeinerung und Übertragung der Ergebnisse, da zu</li> </ul>

	<p>ten, die Absichten und Einschätzung der Pflegenden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erwartungen, die die Mahlzeitsituation bzgl. Verhalten, Essenskompetenz und Diät beeinflussen</li> <li>• Ethnografische Studie</li> </ul>	<p>tion Schweden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schweden</li> </ul>	<p>der Pflegedokumentation</p>	<p>mit den Beobachtungen und Dokumenten</p>	<p>tienten bergen Konfliktpotentiale auf beiden Seiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bew. sehen kaum eine Möglichkeit, an der Gestaltung mitzuwirken</li> <li>• Bew. fordern keine Hilfe ein,</li> </ul>	<p>kraft zugeteilten Pflegekräfte repräsentieren unterschiedliche Esskulturen in den Einrichtungen</p>	<p>wenig Teilnehmer und Studiendesign (qual Stud) dies nicht vorsieht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviewsituation kann zu Verzerrung der Ergebnisse führen (Studienbias)</li> </ul>
<p>Sidenvall et al., 1999</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung bzgl. des Erlebens der Mahlzeiten bei geriatrischen Patienten, die Absichten und Einschätzung der Pflegenden</li> <li>• Erwartungen, welche die Mahlzeitsituation bzgl. Verhalten, Essenskompetenz und Diät beeinflussen</li> <li>• Ethnografische Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 Teilnehmer einer geriatrischen Station</li> <li>• Schweden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnehmende Beobachtung</li> <li>• Offene Interviews</li> <li>• Dokumentenanalyse der Pflegedokumentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviewanalyse nach Agar</li> <li>• Vergleich der Interviewanalyse mit den Beobachtungen und Dokumenten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mahlzeiten sind nicht an Vorstellungen oder individuellen Einschränkungen der Bewohner angepasst</li> <li>• fast keine PK fragt die Bewohner, wie es ihnen mit der Situation im Speisesaal geht, wie sie sich dort fühlen, welche Erfahrungen sie dort machen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ess-/Mahlzeitenkultur in Langzeitpflegeeinrichtungen wird von 3 wesentlichen institutionalisierten Normen geprägt: 1. Heimelige Mahlzeitsituation 2. Gerechter ordentlicher Service; 3. Ordnung und Verantwortung/Zuverlässigkeit</li> <li>• Bewohner fühlen sich nicht zuhause sondern als Gast und verhalten sich aufgrund ihrer Sozialisation so, wie sie denken, dass man es von ihnen erwartet;</li> <li>• ihre Fachlichkeit macht Pflegekräfte blind dafür</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verallgemeinerung und Übertragung der Ergebnisse begrenzt, da zu wenig Teilnehmer und Studiendesign (qual Stud) dies nicht vorsieht</li> <li>• Interviewsituation kann zu Verzerrung der Ergebnisse führen (Studienbias)</li> </ul>

## 6.4 Themenfeld „Qualifikation Pflegende“

**Tabelle 8: Quantitative Studien Themenfeld "Qualifikation Pflegende"**

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung/ Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen
Chang et al, 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entwicklung eines Schulungsprogramms bzgl. der Essenseingabe für Pflegeassistenten</li> <li>Testung der Effekte bzgl. Wissen, Einstellung und Verhalten der Assistenten, sowie die Outcomes bei Demenzpatienten</li> <li>Quasi-experimentelle Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gelegenheitsstichprobe von 2 Langzeitpflegeeinrichtungen mit Demenzspezialisierung mit 67 Pflegeassistenten (Behandlungsgruppe n = 31; Kontrollgruppe n = 36)</li> <li>n = 36 Assistenten und n = 36 Patienten mit Demenz (n = 20 Behandlungsgruppe; n = 16 Kontrollgruppe) wurden beobachtet</li> <li>Taiwan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formal Caregivers' Knowledge of Feeding Dementia Patient Questionnaire</li> <li>Formal Caregivers' Attitude toward Feeding Dementia Patient Questionnaire</li> <li>Formal Caregivers' Behaviours toward Feeding Dementia Patients Observation Checklist</li> <li>Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED)</li> <li>Gesamtzeit zum Verzehr der Mahlzeit</li> <li>Prozentuale Menge verzehrter Mahlzeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deskriptive Analyse</li> <li>Student's t – Test</li> <li>ANOVA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schulung von Pflege-Hilfskräften hat Auswirkungen auf Wissen, Einstellung und Verhalten während der Unterstützung Demenzkranker</li> <li>Demenzkranke werden mehr zur Selbstständigkeit angeleitet, bekommen mehr Zeit zum Essen und werden häufiger verbal zum Essen aufgefordert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wissen, Einstellung und Verhalten der Assistenten verändert sich durch das Programm</li> <li>Patienten mit Demenz haben mehr Zeit zum Essen durch besser ausgebildete Pflegeassistenten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verzehrmengen kein guter Indikator für effektive Schulungsmaßnahmen</li> <li>Begrenzte Übertragbarkeit, da Art und Größe Stichprobe (Conv. Sampel, n= 32/31 Interv., n= 36 Kontroll.) , evtl. soz. Erwünschtheit durch Druck der Einrichtungsleitung auf Pflegekräfte</li> </ul>
Chang et al, 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>Effekte eines Schulungsprogramms für Pflegeassistenten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gelegenheitsstichprobe von 2 Langzeitpflegeeinrichtungen mit Demenzspezialisierung mit 67 Pflegeassistenten (Behandlungsgruppe n = 31;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formal Caregivers' Knowledge of Feeding Dementia Patient Questionnaire</li> <li>Formal Caregivers' Attitude toward Feeding Dementia Patient Questionnaire</li> <li>Formal Caregivers' Perceived Behavior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ANOVA</li> <li>ANCOVA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schulung von Pflege-Hilfskräften hat Auswirkungen auf Wissen, Einstellung und Verhalten während der Unterstützung Demenzkranker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wissen, Einstellung und Verhalten der Assistenten verändert sich durch das Programm</li> <li>Patienten mit Demenz haben mehr Zeit zum Essen durch besser ausgebildete</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verzehrmengen kein guter Indikator für effektive Schulungsmaßnahmen</li> <li>Begrenzte Übertragbarkeit wg. Art und Größe Stichprobe (Conv. Sampel, n= 32/31 Interv., n= 36 Kontroll.) , evtl. soz. Erwünschtheit durch Druck der Einrichtungsleitung auf Pflegekräfte</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Kontrollgruppe n = 36)</li> <li>n = 36 Assistenten und n = 36 Patienten mit Demenz (n = 20 Behandlungsgruppe; n = 16 Kontrollgruppe) wurden beobachtet</li> <li>Taiwan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control Scale</li> <li>IntentionScale</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>ker</li> <li>Demenzkranke werden mehr zur Selbstständigkeit angeleitet, bekommen mehr Zeit zum Essen und werden häufiger verbal zum Essen aufgefordert</li> </ul>	Pflegeassistenten	
Crogan et al., 2000b	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hindernissen/Barrieren für adäquate Ernährung von Altenheimbewohnern aus Sicht der Pflegehilfskräfte</li> <li>Querschnittsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 Pflegeassistenten zur Beurteilung des neu entwickelten Erhebungsinstrumentes</li> <li>99 von 225 möglichen Pflegeassistenten hatten Bogen ausgefüllt zurück gesendet</li> <li>USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Total Design Method</li> <li>Standardisierter Fragebogen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deskriptive Analyse</li> <li>Pearson's r</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hindernissen/Barrieren für adäquate Ernährung von Altenheimbewohnern Überlastung/Workload , angemessene Supervision, Überwachungsdruck bei Pflegehilfskräften durch Fachkräfte, mangelnde Teamintegration u. schlechtes Verhältnis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Je länger Pflegehilfskräfte in der Altenpflege/ im Beruf, umso eher besteht die Einsicht, dass Bew. so nicht im ausreichenden Maß unterstützt werden können</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenzte Übertragbarkeit wg. Stichprobengröße</li> <li>Evtl. haben nur die „besseren“ und motivierten Pflegefach-/Pflegehilfskräfte an Studie teilgenommen, zum dem wurde die Teilnahme belohnt</li> <li>Kein Anhalt, ob Ernährungszustand korrekt eingeschätzt wurde (Validität des Fragebogens nicht begründet)</li> <li>Studie schwer verständlich</li> <li>Geringe Rücklaufquote</li> <li>Oberflächliche, kurze Diskussion der Ergebnisse</li> </ul>
Crogan et al., 2000a	<ul style="list-style-type: none"> <li>Untersuchung bzgl. des Wissens von Pflegekräften, dass einen möglichen Einfluss auf Protein- und Kcal-Mangelernährung von Bewohnern hat</li> <li>Querschnittsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>44 von 105 möglichen Teilnehmern sendeten den Fragebogen zurück</li> <li>USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Total Design Method</li> <li>Standardisierter Fragebogen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deskriptive Analyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registrierte Pflegefachkräfte (RN) und nicht registrierten PFK (LPN) mangelt es an Wissen über die Ernährung und Mangelernährung (PEM) bei älteren, pflege-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>sowohl in der Erstausbildung als auch in der Weiter-/Fortbildung, insbesondere praxisbezogene On-The-Job-Fortbildungen nötig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenzte Übertragbarkeit wg. geringem Rücklauf (42%)</li> <li>Verzerrung möglich, da evtl. nur motivierte, bezahlte PK geantwortet haben</li> <li>Studie schwer verständlich</li> <li>Geringe Rücklaufquote</li> <li>Oberflächliche, kurze Diskussion der Ergebnisse</li> </ul>

					bedürftigen Menschen an		
Crogan et al., 2001b	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung wissensbasierter Kompetenz bzgl. Ernährung von Pflegenden</li> <li>• Querschnittsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 44 Pflegekräfte aus 5 Pflegeheimen</li> <li>• USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardisierter Fragebogen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deskriptive Analyse</li> </ul>	<p>Pflegefachkräfte mit Registrierung haben im Vergleich zu PK ohne Registrierung insgesamt ein größeres Wissen über die Ernährung bei alten pflegebedürftigen Menschen, die Auswertung der Daten in Anlehnung an Benner's Pflegeexperten-Modell ergab allerdings, dass Fachkräfte mit dem Level von Profis und selbst Pflegeexperten (höchste Stufe nach Benner) keinen signifikant größeren Wissensvorsprung vor den Profis bzw. Experten bei LPN (nichtregistrierten PK) haben. Berufsjahre, Einrichtungsart, Häufigkeit der Erstellung eines Ernährungsassessments und zusätzliche Ernährungsfortbildungen verändern den Score vom Wissenstest nicht signifikant</p>	<p>Fortbildungsbedarfe sind in allen vier Domänen (Auswirkung Alter auf Ernährung, Assessment, Ernährungsdefizite, PEM) nötig</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit, geringer TN-Rücklauf und unterschiedlich Gruppengröße (n=18 nichtregistrierte LPN, n=35 RN)</li> <li>• Benner's Modell nicht validiert</li> <li>• Evtl. haben nur die motiviertesten RN/LPN teilgenommen, soziale Erwünschtheit bei Belohnung</li> <li>• Andere Einflussfaktoren nicht berücksichtigt</li> <li>• Die Studienergebnisse widersprechen Benner's Modell vom Wissenszuwachs und beruflichen Expertisen durch den Zuwachs im Verlauf der Berufsjahre; sie lassen eher den Schluss zu, dass der Bildungshintergrund (allgemein oder pflegespezifisch wurde nicht genau differenziert) pflegespezifisch verantwortlich für höheres Wissen ist, allerdings sind sie aufgrund der begrenzten Stichprobe nicht verallgemeinerbar</li> </ul>
Crogan et al. 2001a	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sichtweisen von Pflegekräften bzgl. Bedürfnisse bei der Ernährung von Pflegeheimbewohnern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 99 Pflegeassistenten</li> <li>• 44 Pflegekräfte</li> <li>• USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardisierter Fragebogen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deskriptive Analyse</li> </ul>	<p>Barrieren/Hindernisse für adäquate Ernährung von Altenheimbewohnern: mangelnde Schulung, zu wenig Personal, unzureichende Nut-</p>	<p>Sowohl in der Erstausbildung als auch in der Weiter-/Fortbildung, insbesondere praxisbezogene On-The-Job-Fortbildungen nötig</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit wg. Stichprobengröße, geringer Rücklauf</li> <li>• Keine Beschreibung der Auswahlkriterien der TN</li> <li>• Evtl. haben nur die „besseren“ und motivierten Pflegefach-/Pflegehilfskräfte an Studie</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Querschnittsstudie</li> </ul>				<p>zung der Hilfskräfte als Brücke zw. Personal und Bew., Speisenqualität, unzureichende Kollegialität/Kommunikation zw. Fachkräften und Hilfskräften in der Pflege</p>		<p>teilgenommen, soziale Erwünschtheit wg. Belohnung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Angaben zu Störvariablen oder Anhalt, ob Ernährungszustand korrekt eingeschätzt wurde</li> </ul>
Irving et al., 1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beziehung zwischen kognitiver Funktion und Ernährungszustand</li> <li>• Schulungsprogramm für das Personal</li> <li>• Beobachtungsstudie mit Intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 28 Teilnehmer</li> <li>• Schweden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BMI</li> <li>• Armumfang</li> <li>• Subjective Global Assessment</li> <li>• Serumalbumin und IGF-1</li> <li>• MMT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deskriptiv</li> <li>• Korrelation</li> </ul>	<p>Schulung von Betreuern in Wohnanlagen für Senioren (Service Flats SF) scheint deren Wissen zum Thema Ernährung und Mangelernährung zu erhöhen. Es scheint auch einen positiven Effekt auf den Zustand der Bewohner zu haben, Bewohnern in der 6-monatigen Follow-up-Phase stabil, der BMI bei den männlichen TN und das Albumin bei beiden Geschlechtern stieg sogar an</p>	<p>Programm führt zu einem Wissenszuwachs beim Personal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit wg. insgesamt geringe TN</li> <li>• hohe Abbrecherquote bei SF-Personal</li> <li>• Nur Vorher-Nachher-Messung, Follow-up von 6 Monaten nicht als solche zu verstehen, Untersuchungszeitraum als Follow-up zu kurz</li> <li>• BMI und Albumin alleine keine verlässliche Parameter</li> <li>• Andere Einflussfaktoren auf Ernährungsverhalten nicht berücksichtigt (Interventionseffekt durch Ansprache, Aufmerksamkeit, andere parallele Versorgungsstrukturen wie Angehörige)</li> <li>• Es kann nur angenommen werden, dass es sich bei den Betreuungspersonen in den SF um qualifizierten Pflegekräften handelt, wenn man das Gesundheitssystem in Schweden kennt</li> </ul>
Mamhidir et al., 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung von Gewichtsverlusten bei Patienten mit mittelschwerer und schwerer Demenz mit Schulungsprogramm für das Personal als In-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 33 Patienten (n = 18 Interventionsgruppe; n = 15 Kontrollgruppe)</li> <li>• Schweden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MMSE</li> <li>• GBS-Scale</li> <li>• DD-Scale</li> <li>• Gewichtsmessung vor und nach Intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Student's t-Test</li> <li>• Spearman - Korrelation</li> </ul>	<p>Schulung von Pflegekräften</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zur Förderung der Integrität, Autonomie, Selbstständigkeit und Kompetenz der Demenzkranken</li> </ul>	<p>Förderung der fachlichen Kompetenz der Pflegekräfte, sowie eine positive Umgebungsgestaltung verbessert die Ernährungssituation mangelernährter Menschen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangelnde Übertragbarkeit, da zu wenig TN und unterschiedliche Gruppengröße Interventionsgruppe n = 18, Kontrollgruppe n = 15</li> <li>• Einflussfaktoren nicht genau untersucht (Gewichtssteigerung durch Umgebungsgestaltung oder Interaktionsgestaltung???)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention</li> <li>• Beobachtungsstudie</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zur Interaktionsgestaltung</li> <li>• Zur Umgebungsgestaltung</li> </ul> <p>führen zur Gewichtszunahme bei Demenzkranken und zur besseren Atmosphäre während der Mahlzeiten</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Follow-up fehlt, Gewöhnungseffekt nicht untersucht</li> <li>• Gewichtsmessung nur nach den Mahlzeiten</li> </ul>
Olsson et al., 1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschätzung der Energiezufuhr bei Patienten, die ein Risiko für Mangelernährung, sowie das Wissen und Meinungen der Pflegenden bzgl. der ernährungsbedingten Patientenbedürfnisse, vor und nach Schulungsmaßnahme</li> <li>• Beobachtungsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 230 Patienten (matched pairs)</li> <li>• 170 Pflegendende</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragebogen für Pflegendende vor und nach Intervention</li> <li>• Nutritional assessment form</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deskriptive Analyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Energieaufnahme von Patienten verbessert sich nach Schulung</li> <li>• Pflegefachkräfte zeigen mehr Interesse für optimale Energieaufnahme, zeigen mehr Interesse für Erfassung von Patienten mit Gefahr für Mangelernährung, Dokumentieren den Ernährungszustand besser</li> <li>• PK motivieren die Patienten eher zur optimalen Ernährung</li> </ul>	Obwohl Interventionseffekt zu erwarten ist, können aus der Studie längerfristige Effekte resultieren, wenn CNS die Veränderungen zu ihrer Sache machen, denn sie haben großen Einfluss auf Veränderungen bei der Versorgung der Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Setting begrenzt auf Krankenhaus</li> <li>• Altersspanne sehr groß, evtl. Unterschiede in den Altersgruppen</li> <li>• Andere Einflussfaktoren auf Essverhalten nicht berücksichtigt (z. B. soziokulturelle Aspekte, bes. Kostformen, Wunschkost, Gesellschaft beim Essen)</li> <li>• Keine Follow up, Nachhaltigkeit nicht untersucht</li> <li>• Nicht die selben Patienten zu t1 und t2 (unverbundene Stichprobe)</li> </ul>
Perry, 1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung über Wissen und praktisches Handeln von Pflegenden bzgl. Mangelernährung</li> <li>• Querschnittstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 141 Pflegedokumentensets</li> <li>• 110 Pflegendende</li> <li>• Großbritannien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardisierte Dokumentenanalyse</li> <li>• Standardisierter Fragebogen</li> </ul>	Deskriptive Analyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur die Hälfte konnte angemessen auf die Fragen zu wichtige Grundlagen der Ernährung</li> <li>• Es wird ein signifikanter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualifikation/Bildung fördert das kritische Einschätzen von Situationen</li> <li>• sieht man Pflegeplanung als repräsentativen Ausdruck für die</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die befragten Pflegekräfte stellen ihre Sichtweise im Interview dar, Gefahr der Antworten gemäß sozialer Erwünschtheit</li> <li>• Anderes Setting, andere Einflussfaktoren auf Ernährung nicht berücksichtigt</li> </ul>

					<p>Zusammenhang zwischen der besseren Qualifikation von Pflegekräften und der korrekten Antworten zu Grundlagen der Ernährung sichtbar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die PK geben an, dass sie nicht ausreichend zum Thema Ernährung fortgebildet sind</li> <li>• Dokumentationslücken</li> <li>• Signifikanter Unterschied zeigt sich auch in der Ansicht der PK auf internistischen Stationen,</li> <li>• Viele PK erachten auch Verzehrmenen als wichtigen Indikator für den Ernährungszustand,</li> </ul>	<p>Pflege(praxis), dann ist es bedenklich, wie wenig Pflegende diesen Aspekt unterstützen, wichtige Aspekte einfach nicht dokumentieren, zu wenig Zeit dafür aufwenden – warum auch immer</p>	
Perry, 1997a	•	•	•		•	•	vgl. Perry 1997, Gleiche Angaben
Simmons et al., 2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung zu Bedürfnissen des Personals bzgl. der Assistenz bei den Mahlzeiten</li> <li>• Beobachtungsstudie mit Intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 74 Bewohner und 74 Pflegende aus 3 Pflegeheimen</li> <li>• USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Messung der prozentualen Menge der verzehrten Mahlzeit</li> <li>• Messung des auffordernden Verhaltens der Pflegenden</li> </ul>	Deskriptive Analyse	Nicht jeder Bewohner spricht auf 1:1 Unterstützung und verbale Aufforderung an	<p>Größere Anzahl qualifizierter Pflegekräfte als auch die Verbesserung der Arbeitsorganisation sind notwendig, um Qualität der Versorgung von Altenheimbewohnern während der Mahlzeiten sicherzustellen (Beachtung dabei der Ein-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit aufgrund geringer TN und eingegrenztes Setting</li> <li>• Andere Einflussfaktoren nicht berücksichtigt (z. B. Umgebungsgestaltung, Tischgesellschaft)</li> <li>• Interventionszeitraum mit 2 Tagen sehr kurz</li> <li>• Interventionszeitraum mit 2 Tagen sehr kurz</li> </ul>

						schätzung, Qualifizierung u. Speisenangebot)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Angaben zu ethischen Überlegungen</li> </ul>
Simmons, Schnelle, 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beurteilung eines Übungsprogramms auf Appetit und Verdauung bei Pflegeheimbewohnern</li> <li>Beobachtungsstudie mit Intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>130 Teilnehmer aus 2 Pflegeheimen (n = 66 Interventionsgruppe; n = 64 Kontrollgruppe)</li> <li>Randomisierte Zuweisung</li> <li>USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MMSE</li> <li>BMI</li> <li>Funktionelle Leistung</li> <li>Menge der verzehrten Speisen durch Beobachtung</li> <li>Stuhleerungsfrequenz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deskriptive Analyse</li> <li>F - Test</li> <li>T - Test</li> </ul>	Es gibt Bewohner, die bereits auf die Unterstützung (1:1) mit verbaler Aufforderung mit Verzehrmengesteigerung ansprechen, von mind. 15% kamen sprachen aber signifikant auf Zwischenmahlzeiten an und konnten damit die Verzehrmenge und die Energiezufuhr steigern	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eine Unterstützung (1:3) mit einer Pflegekraft und drei Pflegebedürftigen in einer Gruppe bzw. Tischgemeinschaft kann durch eine qualifizierte Fachkraft ebenso zielführend und erfolgreich sein</li> <li>Die durchschnittliche Unterstützungsdauer beträgt je nach Bedarf der Bewohner zwischen 35 und 42 Minuten;</li> <li>Organisation als Schlüssel für effektive Versorgung</li> <li>Erfassung u. Einschätzung des Betreuungsbedarfs wichtig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenzte Übertragbarkeit aufgrund geringer TN und eingegrenztes Setting</li> <li>Andere Einflussfaktoren nicht weiter ausgeführt bzw. berücksichtigt (z. B. Umgebungsgestaltung, Tischgesellschaft)</li> <li>Interventionszeitraum mit 2 Tagen sehr kurz</li> <li>Verzerrungsgefahr, da TN der Interventionen 1 und 2 unterschiedlich sind</li> <li>Keine Angaben zu ethischen Überlegungen</li> </ul>
Simmons et al., 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>Untersuchung zu den zeitlichen Anforderungen an das Personal für eine adäquate Nahrungsgabe</li> <li>Beobachtungsstudie mit Intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>91 Pflegeheimbewohner</li> <li>USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resource Utilization Group System RUGS</li> <li>Mealtime Feeding Assistance Protocol</li> <li>Menge der verzehrten Mahlzeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deskriptive Analyse</li> <li>ANOVA</li> <li>T - Test</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pflegebedürftige Altbewohner mit Unterstützungsbedarf profitieren von der Unterstützung durch Pflegekräfte</li> <li>Die Verzehrmenge sind signifikant höher bei Betreuungsschlüssel 1:1,</li> </ul>	Die Bemessung der Zeit nach dem RUGS (RAI III) scheint den tatsächlichen Zeitbedarf für eine angemessene Unterstützung bei den Mahlzeiten vor allem dann zu unterschätzen, wenn Bewohner nur teilweise körperliche Hilfe benötigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenzte Übertragbarkeit aufgrund geringer TN und eingegrenztes Setting</li> <li>Andere Einflussfaktoren nicht weiter ausgeführt bzw. berücksichtigt (z. B. Umgebungsgestaltung, Tischgesellschaft)</li> </ul>

**Tabelle 9: Qualitative Studien Themenfeld "Qualifikation Pflegende"**

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studien-grenzen
Kayser-Jones et al., 1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faktoren, die die Flüssigkeitszufuhr bei mangelernährten Bewohnern beeinträchtigen</li> <li>Deskriptive, prospektive anthropologische Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>40 Pflegeheimbewohner</li> <li>USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teilnehmende Beobachtungen</li> <li>Flüssigkeitszufuhr</li> <li>Mental and Functional Status Assessment</li> <li>Assessment of Level of Family/Advocate</li> <li>Dysphagiescreening</li> <li>Pflegedokumentationsanalyse</li> </ul>	Eventanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Flüssigkeitszufuhr ist bei vielen Altenheimbewohnern mit Problemen bei der Nahrungsaufnahme (50% dehydriert) nicht ausreichend</li> <li>Vor allem Schluckstörungen, sprachliche Barrieren und inadäquate Personalbesetzung, aber auch kognitive Beeinträchtigungen mit mangelnder Ausdrucksmöglichkeit, unbehandelte Schmerzen, schlechte Sitzposition beim Trinken und soziale/kulturelle Aspekte</li> </ul>	Eine Dehydration könnte mit einfachen Mitteln verhindert werden (ausreichendes Anbieten individuelle abgestimmter/gewünschter Getränke), wenn genügend qualifiziertes Pflegepersonal, die von Fachkraft/Supervisor überprüft werden, in den Altenpflegeeinrichtungen verfügbar wäre und die Bewohner unterstützen würde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenzte Übertragbarkeit da geringe TN (bei qual Studien aber auch nicht vorgesehen)</li> <li>Trinkmenge zw. 22:00 – 7:00 Uhr und Medikamente mit Einfluss auf Wasserhaushalt nicht berücksichtigt</li> <li>Quantitative Erhebung zu gering (nur 3 Tage)</li> <li>Ethische Aspekte unzureichend berücksichtigt</li> <li>Ethische Aspekte nicht dargelegt, Reflexion des Forschers und Subjektive Risikobewertung des Studien-Bias aus Darstellung nicht deutlich ersichtlich</li> </ul>
Kowanko et al., 1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>Untersuchung zu Wissen und Einstellungen von Pflegenden bzgl. der Ernährungs- und Essensversorgung im Krankenhaus</li> <li>Qualitative Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>7 Pflegende in einem Krankenhaus</li> <li>Australien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Halbstrukturierte Interviews</li> </ul>	Qualitative Inhaltsanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Bedeutung der Ernährung im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit ist den befragten Pflegekräften nicht so bewusst, wie es sein sollte</li> <li>Sie unterschätzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pflegekräfte weisen unterschiedliche Wahrnehmungen hinsichtlich ihrer Verantwortung für die ernährungsbezogene Versorgung auf;</li> <li>Pflegekräfte sollten sich der Bedeutung der Ernährung von</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mangelnde Übertragbarkeit, da zu wenig TN</li> <li>Aspekte mit Einfluss auf das Wissen der PK (z.B. Schulungen, Erfahrungen mit Thematik, besonderen Bezug zu</li> </ul>

					<p>die Häufigkeit der Mangelernährung; obwohl Pflegekräfte mit den Gefahren für Mangelernährung vertraut sind, wenden sie ihr Wissen in der Praxis nicht an und nehmen gefährdete Patienten oft nicht wahr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>die Ernährung und Unterstützung von Pflegebedürftigen bei den Mahlzeiten hat keinen hohen Stellenwert bei den Pflegenden</li> </ul>	<p>pflegebedürftigen Menschen bewusst werden</p>	<p>Bewohnern) wurden nicht berücksichtigt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anderes Setting nicht berücksichtigt</li> <li>Die befragten Pflegekräfte stellen ihre Sichtweise im Interview dar, Gefahr der Antworten gemäß sozialer Erwünschtheit</li> </ul>
<p>Pasman et al., 2003</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beschreibung der Ursachen, denen Pflegenden bei der Essenseingabe von Menschen mit schwerer Demenz begegnen und wie sie damit umgehen</li> <li>Qualitative Fallstudien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>94 Patienten</li> <li>11 Pflegenden</li> <li>Niederlande</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teilnehmende Beobachtung</li> </ul>	<p>Qualitative Fallanalyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interpretation und Umgang mit ablehnendem herausforderndem Verhalten demenzkranker Altenheimbewohner beim Essen und Trinken durch Pflegekräfte sind sehr verschieden</li> <li>Interpretation des Verhaltens der Demenzkranken, die Essen ablehnen, bleibt Pflegekräften überlassen, da Bew. sich häufig verbal nicht mehr äußern können</li> <li>PK tauschen sich zu selten über Probleme und ablehnendes Essverhalten aus,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es sollte interdisziplinäre Fallbesprechungen einschließlich Angehörige stattfinden</li> <li>Es wird ein Bedarf an Schulungen/Qualifikation und an optimalen Organisationsstrukturen aufgezeigt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenzte Übertragbarkeit (bei qual Stud. aber auch nicht vorgehen)</li> <li>Andere Einflussfaktoren nicht berücksichtigt</li> <li>Es fehlen detaillierte Angaben zu TN (Bew., PK)</li> </ul>
<p>Pelletier, 2005</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Untersuchung der Meinung von Pflegeassistenten bzgl. der</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>20 Pflegeassistenten in einem Pflegeheim</li> <li>USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Q Methodologie</li> <li>Halbstrukturierte Interviews</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Q – Analyse</li> <li>Faktorenanalyse</li> </ul>	<p>A) social feeder = Pk, die Beziehungsgestaltung, individuelle Situation der Pflegebedürftigen mit</p>	<p>1. eine Bewertung von gut oder schlecht unterstützenden Pflegekräften ist nicht ziel-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenzte Übertragbarkeit da geringe und ausgewählte TN</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essenseingabe Qualitative Interventionsstudie</li> </ul>				<p>Fähigkeiten und Grenzen im Mittelpunkt ihres Handelns sehen und B) technical feeder = PK, die optimale und bedarfsdeckende Ernährung im Fokus ihres Handelns haben</p>	<p>führend, da kaum Kriterien dafür festgelegt werden können, CNA's sollen gut geschult und in der Praxis von Pflegefachkräften begleitet/überwacht werden,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überwiegend erfahrene CNA's, kein Vergleich mit Berufsanfänger</li> <li>• Andere Einflussfaktoren nicht berücksichtigt</li> <li>• Ethische Aspekte nicht dargestellt</li> </ul>
--	---	--	--	--	---	---	--

## 6.5 Themenfeld „Rolle und Einstellung der Pflegenden“

**Tabelle 10: Quantitative Studien Themenfeld "Rolle und Einstellungen der Pflegenden"**

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung/ Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen
Bachrach-Lindström et al., 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung der Einstellungen von Pflegenden bzgl. wichtiger Faktoren hinsichtlich der Ernährung und Pflege</li> <li>• Querschnittsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 252 Pflegenden und Pflegehelfer aus der geriatrischen Rehabilitation, inneren Medizin und Pflegeheimen</li> </ul>	Deskriptive Analyse	Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care Geriatric scale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegefachkräfte (RN) im Vergleich zu Pflegehilfskräften (NA) zwar häufiger eine positive Einstellung und Haltung zur Notwendigkeit einer guten Ernährungsversorgung von geriatrischen Patienten in der Langzeitpflege,</li> <li>• Insgesamt von RN und NA am häufigsten positiv bewertet wird Notwendigkeit der Unterstützung bei den Mahlzeiten und die Haltung zu adäquater Verpflegung/Speisen</li> </ul>	Pflegende zeigen keine eindeutige positive Einstellung zur ernährungsbezogenen Verantwortlichkeit; hierfür wird die Qualifikation insgesamt und beim Unterschied zwischen RN und NA die bessere Qualifikation der RN verantwortlich gemacht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit, da TN nur aus drei Einrichtungen</li> <li>• 64 Pflegehilfskräfte aus dem Altenheim nicht repräsentativ für Altenheim, da Fachkräfte fehlen</li> <li>• Andere Einflussfaktoren (z. B. Demenz) oder anderes Setting nicht berücksichtigt</li> <li>• Keine Angaben zu Charakteristika und Ein-/Ausschlusskriterien</li> <li>• Verzerrungseffekt aufgrund Zeitdruck bei der Befragung oder Antworten wegen soziale Erwünschtheit: das gute Ergebnis zur positiven Einschätzung zur Unterstützung und Qualität der Verpflegung könnte aus dem derzeitige öffentlichen Druck und die Diskussion über Mangelernährung bei alten Menschen resultieren</li> </ul>

**Tabelle 11: Qualitative Studien Themenfeld "Rolle und Einstellungen der Pflegenden"**

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studien-grenzen
Savage et al., 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung der Beteiligung Pflegenden bei der Ernährung</li> <li>• Ethnografische Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 Pflegenden im Krankenhaus</li> <li>• Großbritannien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnehmende Beobachtung</li> <li>• Halbstrukturierte Interviews</li> </ul>	Qualitative Inhaltsanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Bedeutung der Ernährung für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Krankenhauspatienten ist Pflegekräfte u. a. Mitarbeitern zwar bewusst, allerdings wird dies nicht immer berücksichtigt, und auch die Sicherstellung der Ernährung ist den Umständen entsprechend weniger optimal</li> <li>• Pflegeplanung/Beobachtung zeigt, dass für Pflegenden technische und behandlungsorientierte Tätigkeiten höheren Stellenwert haben, als die psychische Betreuung und Beziehungsgestaltung</li> <li>• Pflegeplanung/-dokumentation unvollständig geführt,</li> <li>• Pflegekräfte sind häufig frustriert,</li> <li>• Stationsleitung (Modern Matron), kümmert sich eher um organisatorische Dinge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegekräfte sollten sich ihrer Rolle und ihrer Verantwortung bei der Sicherstellung der Ernährung im Krankenhaus bewusster werden</li> <li>• Es besteht Bedarf an Schulungen zur Schärfung der Sensibilität und adäquaten Unterstützung bei besonderen Einschränkungen (z. B. Schluckstörungen) sowie zur Erfassung der Ernährungssituation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit, da wenig TN, nur eine Station und Befragung während Haupturlaubszeit (andere Perspektiven möglicherweise spannend) (für qual Design akzeptabel)</li> <li>• Möglicher Störfaktor Patienten-Interviews mit Lärmkulisse im Hintergrund</li> </ul>

## 6.6 Themenfeld „Ethik“

**Tabelle 12: Quantitative Studien Themenfeld "Ethik"**

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung/ Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studien- grenzen
Jansson, Norberg, 1989	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entscheidungsprozesse Pfleger bei Essproblemen in der terminalen Lebensphase</li> <li>Querschnittsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>20 Pflegenden</li> <li>Schweden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fragebogen</li> </ul>	Keine expliziten Angaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pflegende ändern ihre Haltung gegen zwangsweise Eingabe der Nahrung, wenn Order von medizinischer Leitung kommt oder das ganze Team sich für die Nahrungseingabe bei schwerer Krankheit ausspricht;</li> <li>Die 20 befragten Pflegekräfte (RN mit teilw. Zusatzquali.) lehnen bis auf eine Pflegenden die aktive Sterbehilfe ab</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es wird Autonomie der Pat. auf Ablehnung der Nahrung zwar respektiert, aber gleichzeitig ist der Wunsch der Pflegenden da, Pat. am Leben zu erhalten;</li> <li>Entscheidungsgrundlage der befragten Pflegekräfte für die Bewertung und das Handeln in Situationen der Nahrungsablehnung alter krebskranker Menschen ist in erster Linie die eigene ethische Grundhaltung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine detaillierten Angaben zur statistischen Auswertung</li> <li>Begrenzte Übertragbarkeit wegen Setting und TN-Zahl</li> <li>Mögliche Störvariablen nicht hinreichend genug berücksichtigt/thematisiert</li> </ul>
Low, 2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>Präferenzen und Wahlmöglichkeiten alter Menschen vor dem Hintergrund mit einer schweren Demenz im Endstadium, bei einer Aspirationspneumonie</li> <li>Querschnittsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>52 Pflegeheimbewohner, kognitiv nicht beeinträchtigt</li> <li>Australien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fragebogen</li> </ul>	Deskriptive Analyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Befragte würden Altenheimbewohner im Fall einer Pneumonie im Endstadium einer schweren Demenz eine Behandlung befürworten!</li> <li>73% würden eine parenterale Antibiotikatherapie annehmen;</li> <li>75% würden eine angepasste Kostform und 59% auch orale Ernährung,</li> </ul>	Weitere Untersuchungen wäre notwendig, um Ansätze für Entscheidungssituationen zu erhalten	Begrenzte Übertragbarkeit wg. begrenztes Setting u TN-Zahl

					<ul style="list-style-type: none"> <li>annehmen</li> <li>25% künstliche Ernährung über nasogastrale Sonde und 23% über PEG</li> <li>Nicht signifikant, aber immerhin würde für 61% auch eine Krankenhausbehandlung in Frage kommen und 42% würden einer künstlichen Beatmung zustimmen.</li> </ul>		
McAuley et al., 2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auswertung einer Bundesweiten Survey in Langzeitpflegeeinrichtungen USA zu Patientenverfügungen - einfach (Reanimation) oder erweitert (genauere lebenserhaltenden Interventionen am Lebensende wie künstliche Ernährung) - als Basis einer vorausschauenden Pflegeplanung</li> <li>Querschnittsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stratifizierte Stichprobe von 3448 Daten aus dem Medical Expenditure Panel Study-Nursing Home Component</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medical Expenditure Panel Study- Nursing Home Component</li> </ul>	Logistische Regressionsanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>rund 60 % der Altenheimbewohner haben eine Patientenverfügung,</li> <li>nur 9% haben darin die konkreten Interventionen geregelt ( lediglich 7% haben eine klare Order, eine Therapie, Medikation und Ernährungsfortführung am Lebensende zu unterlassen</li> <li>nur 4 % sprechen sich ausdrücklich gegen eine Krankenhauseinweisung aus</li> </ul>	Die erweiterten Patientenverfügungen mit konkreten Aussagen zu gewünschte oder abgelehnte Interventionen am Lebensende sind für eine vorausschauende Pflegeplanung sehr hilfreiche, eine Aufklärung der Bevölkerung wird empfohlen	Begrenzte Übertragbarkeit wg Setting u. andere Kultur
McCann et al., 1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>Häufigkeit von Hunger, Durst und Mundtrockenheit bei krebserkrankten, geistig wachen Menschen und Effekt forcierter Nahrungs-/Flüssigkeitszuf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>32 Bewohner in der Langzeitpflege</li> <li>USA</li> </ul>	Standardisierter Erhebungsbogen	Deskriptive Analyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>63% der Patienten hatten nie Hungergefühle, nur 34% hin und wieder</li> <li>62% hatten sogar keinen bzw. lediglich ab und zu in der Sterbephase Durst</li> <li>Allen Patienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es kann daraus geschlossen werden, dass terminal kranke Menschen nicht unter Hunger und Durst leiden und ein eher seltenes Hunger-/Durstgefühl bereits mit wenige Angebote gestillt werden kann</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenzte Übertragbarkeit wg. Setting und TN-Zahl</li> <li>Mögliche Störvariablen nicht ganz auszuschließen</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uhr Querschnittsstudie</li> </ul>				<p>konnten Hunger- und Durstgefühle mit kleinen Speisen- und Getränkeangeboten, gestillt werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behaglichkeit und Wohlbefinden während der Versorgung/Pflege wurde mit Schmerzmedikamenten und Narkotika bei 94% der Patienten erzielt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Wohlbefinden und die Behaglichkeit während der Sterbephase, spielt eine weitaus größer Rolle, als das Verhindern von Austrocknung</li> </ul>	
--	--	--	--	--	--	---	--

**Tabelle 13: Qualitative Studien Themenfeld "Ethik"**

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studien-grenzen
Akerlund et al., 1985	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung zu Einstellungen, Gefühlen und Meinungen Pflegender bzgl. der Nahrungseingabe bei Patienten mit schwerer Demenz</li> <li>• Phänomenologische Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 39 Pflegende, Gerontopsychiatrie</li> <li>• Schweden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Halbstrukturierte Interviews</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitative Inhaltsanalyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die befragten Pflegenden definierten Zwangvolle Nahrungseingabe von Überreden bis zum gewaltsamen Mundöffnen und Kopf festhalten</li> <li>• Double-bind-Konfliktsituation: Pat. am Leben erhalten wollen – ihm aber auch keine Gewalt antun wollen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trotz Zugeständnisse für Autonomie oft bestimmendes, paternalistisches Verhalten der Pflegenden</li> <li>• Zur Konfliktlösung wichtige Fragestellungen für Pflegende:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Was hat Priorität: Autonomie des Pat oder ihn am Leben erhalten auch durch Zwang?</li> <li>- Welche Ursachen haben ablehnende Verhaltensweisen der Pat, nicht essen können oder nicht wollen?</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kein Hinweis auf Ethikkommission, informierte Zustimmung der TN</li> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit da nur Setting Gerontopsych</li> </ul>
Athlin et al., 1987	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung bzgl. der Einstellung der</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 Bewohner mit schwerer Demenz</li> <li>• 4 Pflegende</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnehmende Beobachtung</li> <li>• Halbstrukturierte Interviews</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitative Inhaltsanalyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellung Pflegender zu schwer demenzkranken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je länger Pflegende die gleichen demenzkranke Menschen bei</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Angaben zu ethischen Überlegungen und</li> </ul>

	<p>Pflegenden bei der Essenseingabe innerhalb eines Patientenzuteilungssystems</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Phänomenologische Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegeheim</li> <li>• Schweden</li> </ul>			<p>Menschen und deren Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme ändert sich nach Einführung eines Patientenzuteilungssystems</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es resultiert eine bessere Beziehungsgestaltung, die größere Zufriedenheit der Pflegenden und Patienten nach sich zieht</li> </ul>	<p>Mahlzeiten unterstützen, um so eher erkennen sie die Situation und Möglichkeiten zur positiven Stimulierung)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Interesse an den demenzkranken Menschen wächst mit der Kontinuität der Betreuung durch gleiche Beziehungsperson während der Mahlzeiteingabe</li> </ul>	<p>informierter Zustimmung der Teilnehmer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangelhafte Angaben zum Reflexionsprozess der Studienevaluation</li> </ul>
<p>Borker, 2002</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ursachen für Nahrungsverweigerung</li> <li>• Qualitative deskriptive - analytische Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 Fallberichte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnehmende Beobachtung</li> <li>• Halbstrukturierte Interviews</li> <li>• Fotodokumentation</li> </ul>	<p>Analyse angelehnt an Grounded Theory</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschieden auslösende Faktoren bei ablehnendem Verhalten gegenüber Essen und Trinken pflegebedürftiger Menschen („Nahrungsverweigerung“) z</li> <li>• Pflegenden: <ul style="list-style-type: none"> <li>- fühlen sich moralisch verpflichtet, Mensch am Leben zu halten; reflektieren selten über mögliche Gründe; langsames Essen behindert ihre Abläufe und andere Arbeiten;</li> </ul> </li> <li>• Verhalten der ablehnenden Pat./Bewohner: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ablehnendes Verhalten zeigt sich u. a. durch Mundzusammenkneifen, Unterlippe vorschieben, Stirnkrausen;</li> </ul> </li> <li>• Eingehende Unter-</li> </ul>	<p>Pflegende sollten ihre Einstellung zur Unterstützung bei Mahlzeiten reflektieren und dabei die Perspektive der Betroffenen einnehmen; Rahmenbedingungen für angemessene Unterstützung in den müssen in den Einrichtungen geschaffen werden</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit d. begrenztes Setting u. TN (bei qual Stud nicht vorgesehen)</li> <li>• Fotodokumentationsanalysen nur begrenzt aussagekräftig</li> </ul>

					suchung notwendig, ob Pat./Bew. nicht essen können oder wollen		
Hopkinson, 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung über den Umgang mit veränderten Essgewohnheiten bei Krebspatienten</li> <li>• Explorative Fallstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 Clinical Nurse Specialists aus 2 Home Care – Teams</li> <li>• Großbritannien</li> </ul>	• Halbstrukturierte Interviews	Wolcott's framework for qualitative data analysis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch Krebserkrankung verändertes Ernährungsverhalten hinsichtlich Menge und Speisenauswahl, worüber sich Pat. sehr ärgern u. frustriert sind</li> <li>• Pat entwickeln eigene Bewältigungsstrategien trotz guter Beratung und Tipps: -</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zweck/Nutzen der Selbstbewältigungsstrategien: - Kontrolle behalten, Selbstwertgefühl, Autonomie u. Selbstbestimmung steigern/erhalten</li> <li>• Palliativ-Philosophie und Förderung der Selbsthilfe/Selbstbewältigung sind wichtige Aspekte in der Versorgung Krebskranker</li> <li>• Für Pflegende oft eine Gradwanderung zwischen Hilfestellung einerseits und Befähigung zur eigenständigen Problembewältigung und Autonomie</li> <li>• Förderung der Selbstbewältigung statt gut gemeinten Empfehlungen</li> <li>• Haltung/Modell notwendig, dass die biomedizinischen Aspekte mit der Selbstbewältigung der Betroffenen verbindet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Ausführungen zur Beziehung des Forschers und Studienteilnehmer</li> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit aufgrund eingeschränktes Setting und TN (für Qual Studien nicht vorgesehen)</li> </ul>
Mattiasson et al., 1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellungen und Erfahrungen im Umgang des Pflegeheimpersonals bzgl. Bewohner, die bewusst die Nahrungszufuhr ablehnen</li> <li>• Qualitative Studie mit Metho-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 13 Pflegeheime</li> <li>• Schweden</li> </ul>	• Teilweise standardisierte Interviews im Rahmen einer Fallbeschreibung	Deskriptive Analyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 46% der befragten Pflegekräfte gesteht den Betroffenen auch bei geistiger Verwirrtheit die Selbstbestimmung über Ablehnen von Ernährung mit möglicher Todesfolge zu</li> <li>• die Entscheidungs-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Sichtweise über die Patientenautonomie im Falle einer Ablehnung der Ernährung mit möglicher Todesfolge hängt scheinbar auch von den Berufsjahren/-erfahrung ab: je länger im Beruf, umso eher wurde der</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit wg. Setting u. TN-Zahl</li> <li>• Angaben zu forschungsethischen Aspekten fehlen</li> </ul>

	denmix				findung im Stationsteam bevorzugen 19% der Befragten, nur 2 % würden die Entscheidung alleine dem Arzt und 8% den Angehörigen überlassen, 20% äußern sich neutral und äußern keine konkrete Meinung	Wunsch zu sterben respektiert <ul style="list-style-type: none"> <li>Da offensichtlich keine Leit-/Richtlinien für den Umgang mit solchen Situationen vorlagen, muss es für die Betroffenen unbefriedigend sein, dass die Entscheidungen zur Unterstützung eines würdevollen Todes im Hinblick auf das Ablehnen von Essen und Trinken in der Finalphase von der Willkür abhängt</li> </ul>	
Norberg et al., 1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie konzeptualisieren Pflegende Nahrungsverweigerung und Zwangsernährung von Patienten?</li> <li>Phänomenologische Studie mit Methodemix</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>143 Pflegehelfer</li> <li>48 Pflegenden</li> <li>Schweden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fragebogen</li> <li>Halbstrukturierte Interviews</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine expliziten Angaben zur qualitativen Analyse</li> <li>Deskriptive Analyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Def. von „Zwangsernährung“ in der Altenpflege unterschied.</li> <li>Umgang mit ablehnendem Verhalten pflegebedürftiger alter Menschen bei den Mahlzeiten sowohl mit als auch ohne Zwang und Gewalt.</li> <li>Viele PFK und HK würden Gewalt anwenden, um Ernährung zu sichern.</li> <li>Es wird fast nie hinterfragt, warum die Menschen nicht essen.</li> <li>Pflegende können meist nicht unterscheiden, ob nicht gegessen werden kann oder die Menschen nicht wollen</li> <li>Schluckfähigkeit/-unfähigkeit kann oft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es ist eine weitreichende Erfassung der Ernährungssituation und Diagnostik von Einschränkungen und Hilfebedarf notwendig.</li> <li>Die Unterstützung sollte durch qualifizierte Pflegenden durchgeführt werden und Kontinuität durch Bezugspflege gewährleistet sein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenzte Übertragbarkeit wg. Setting, TN-Zahl, Kultur (bei Qual Stud nicht vorgesehen)</li> <li>Mangelhafte Angaben zu ethischen Aspekten, Beziehung zw. Forscher und TN, zur Methodologie und Studienbias.</li> </ul>

					nicht differenziert werden		
Norberg et al., 1987	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung zu Einstellungen und Erfahrungen bzgl. der Zwangsernährung von dementen Patienten</li> <li>• Qualitativ-explorative Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 Mitarbeiter im Health Care- Bereich</li> <li>• Schweden/ Israel</li> </ul>	Gruppeninterviews	Qualitative Inhaltsanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haltung und Einstellung israelischer Pflegenden jüdischen Glaubens steht die Tatsache, dass der Patient ein Mensch ist, der moralischen Entscheidung für die Lebenserhaltung um jeden Preis Vordergrund</li> <li>• Die ethische Regel gebietet auch unter Zwang zu ernähren</li> <li>• Die ethische Theorie sieht im Leben etwas Heiliges, das Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung ist der Heiligkeit des Lebens nachgeordnet</li> <li>• Neben den jüdisch-religiösen Aspekten spielt allerdings auch die von Verfolgung und Entbehrung geprägte Geschichte des jüdischen Volkes eine große Rolle;</li> <li>• Im Vergleich zwischen schwedischen und israelischen Pflegenden zeigen sich große Unterschiede in Haltung und Einstellung zur gewaltsamen Nahrungseingabe schwer demenzkranker Menschen</li> </ul>	Diese unterschiedlichen Sichtweisen zeigen, wie wichtig eine differenzierte Betrachtung hinsichtlich kultureller und religiöser Hintergründe in schwieriger ethischer Entscheidungssituationen ist	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit wg. Setting und TN-Zahl (bei Qual Stud nicht erforderlich)</li> <li>• Mangelnde Angaben zu Reliabilitätsnachweis, zu Auswertung und Interpretationsprozess, zu Beziehung zwischen Forschers und TN und zu ethischen Aspekten</li> </ul>

					am Ende ihres Lebens,		
The et al., 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung bzgl. der Aussetzung künstlicher Ernährung bei Pflegeheimbewohnern mit Demenz</li> <li>• Ethnografische Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 35 Menschen mit Demenz</li> <li>• 8 Ärzte</li> <li>• 43 Pflegende</li> <li>• 32 Familien</li> <li>• Niederlande</li> </ul>	Qualitative Interviews	Qualitative Inhaltsanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entscheidungsfindung bei der Vorenthaltung von künstlicher Ernährung bei schwer demenzkranken Menschen hängt von verschiedenen Situationen und Bedingungen ab</li> <li>• Entscheidungsgewalt für oder gegen medizinische Maßnahmen incl. Ernährung liegt in erster Linie bei den Ärzten, Pflege spielen allerdings neben den Angehörigen eine große Rolle dabei</li> </ul> <p>Die Entscheidungsfindung der Ärzte ist berechtigter Weise in erster Linie von medizinischen Aspekten geprägt, allerdings ist auch der Wille und die Lebensqualität der betroffenen demenzkranken Menschen zu berücksichtigen;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientenverfügungen sind daher sehr hilfreich in schwierigen Entscheidungsprozessen</li> </ul>	Aufgrund der häufig unabhsehbaren Verläufe und Vielschichtigkeit der Situationen sollten daher auch viel häufiger und vor allem viel eher die Angehörigen in die Entscheidungsprozesse für oder gegen lebenserhaltende Maßnahmen und künstlicher Ernährung einbezogen werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit wg. Setting und TN-Zahl (bei Qual Stud nicht erforderlich)</li> <li>• Mangelnde Angaben zu Reliabilitätsnachweis, zu Auswertung und Interpretationsprozess, zu Beziehung zwischen Forschern und TN und zu ethischen Aspekten</li> </ul>
Wilmot et al., 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung bzgl. dem Umgang von Pflegekräften mit ethischen Konfliktsituationen hinsichtlich der Essenseingabe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal von 3 Pflegestationen im Pflegeheim</li> <li>• Großbritannien</li> </ul>	Fokusgruppeninterviews	Analyse angelehnt an Grounded Theory (Strauss)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wesentliche Themenbereiche: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wohlbefinden u. Essen als Genuss i. Kontext zu Unterstützungsmethoden</li> <li>2. Autonomie der Pat bei Unterstüt-</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drei wesentliche Gründe für ethische Konflikte Pfleger: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. individuelle moralische Verpflichtung und persönliche Verantwortung</li> <li>2. Unternehmensphi-</li> </ol> </li> </ul>	begrenzte Übertragbarkeit aufgrund des begrenzten Settings und Teilnehmerzahl (bei qual Studien nicht unbedingt vorgesehen)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grounded Theory</li> </ul>				<p>zungsart und Speisenauswahl</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Leben erhalten, selbstgewolltes Verhungern vermeiden wollen</li> <li>4. Recht und juristische Aspekte von Pat.-Autonomie</li> <li>5. Autonomie der Pat u. Essen ablehnen dürfen</li> <li>6. Autonomie beim Ablehnen von Essen u. Trinken</li> </ol>	<p>losophie(-grundsätze) (fast ebenso verpflichtend wie persönliche Haltung)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. professionelle/berufsethische Aspekte (weniger vordergründig)</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• angesichts Unterschiede professioneller ethischer Grundsätze die v.a. auch aus Unternehmensphilosophie resultieren weitere Diskussionen in der professionellen Pflege notwendig</li> </ul>	
Davidson et al., 1990	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multicenter Studie zur Untersuchung der ethischen Entscheidungsfindung qualifizierter (RN) Pflegekräfte für oder gegen Ernährung in der terminalen Phase geistig wachen Krebspatienten, die Nahrung ablehnen</li> <li>• Qualitative Multicenterstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnehmer aus 7 Ländern</li> <li>• Schweden, Israel, Finnland, Australien, Kanada, USA, China</li> </ul>	Qualitative Interviews	Qualitative Inhaltsanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kulturelle Unterschiede waren sowohl in Hinsicht ihrer Entscheidungen als auch in der Rechtfertigung der Entscheidung zu finden</li> <li>• Die Mehrheit der Pflegefachkräfte, die eine Ernährung nicht weiter führen würden begründen dies mit dem Respekt vor der Autonomie des Betroffenen</li> <li>• Bedingungen, unter denen die Pflegekräfte ihre Entscheidung für oder gegen die Fortführung der Ernährung ändern würden, ist die Weisung durch den Arzt oder die mangelnde Unterstützung der Entscheidung durch das</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interessant und von übrigen sehr abweichend die Ergebnisse sowohl hinsichtlich der Entscheidung für die Ernährung gegen den Willen des Patienten als auch in der Rechtfertigung der Entscheidung in China: RN würden ohne Begründung gegen den Willen die Ernährung fortführen, Nahrung auch mit Zwang eingeben</li> <li>• Die Weisung des Arztes würde dazu beitragen, dass sie ihre Meinung ändern würden, für den Fall, dass sie den Willen des Patienten respektieren und die Ernährung nicht fortführen würden</li> </ul>	Keine Angaben zu ethischen Überlegungen, zu Reflexion des Auswertungsprozesses und Diskussion/Interpretation der Ergebnisse, Reliabilitätsnachweise

					Team		
Feuz et al., 1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appetitlosigkeit bei Patienten mit Krebs im Endstadium</li> <li>• Deskriptive, prospektive Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 116 Patienten</li> <li>• Kanada</li> </ul>	Fragebogen	Deskriptive Analyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernährungsverhalten durch Veränderungen in der Behandlung kann günstig beeinflusst werden</li> <li>• Wichtigste Interventionen waren Schmerzmanagement und Reduzieren der Symptome sowie Anpassung der Speisen an die Fähigkeiten und Geschmack der Patienten</li> <li>• 92% der Patienten konnten bis zum Tag ihres Todes essen</li> <li>• 13% der Krebspatienten hatten eine Abneigung gegen Fleisch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Ernährungsverhalten dieser Patienten glich sehr dem von alten Patienten ohne Krebserkrankung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit wg. Setting und TN-Zahl</li> <li>• Mögliche Störvariablen nicht ganz auszuschließen</li> </ul>
Holden, 1991	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie reagieren Pflegende auf den Appetitverlust von sterbenden Patienten?</li> <li>• Qualitative Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 Pflegende</li> <li>• USA</li> </ul>	Halbstrukturierte Interviews	Keine expliziten Angaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appetitverlust ist tatsächlich ein Grund für Beunruhigung und Angst und kann auch zu Konflikten in der Familie beitragen</li> <li>• Die Verzehrsmengen gelten als Messlatte für die Konstitution und den Zustand des Patienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beunruhigung und Angst wurde eher bei den weiblichen Pflegenden zu finden ist,</li> <li>• Appetitlosigkeit meistens im Vergleich zu anderen kein so großes Problem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit wg. Setting und TN-Zahl (bei Qual Stud nicht erforderlich)</li> <li>• Mangelnde Angaben zu Reliabilitätsnachweis, zu Auswertung und Interpretationsprozess, zu Beziehung zwischen Forschern und TN und zu ethischen Aspekten</li> <li>• Mögliche Störvariablen nicht ganz auszuschließen</li> </ul>

Pasma et al., 2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschreibung der Ursachen, denen Pflegenden bei der Essenseingabe von Menschen mit schwerer Demenz begegnen und wie sie damit umgehen</li> <li>• Qualitative Fallstudien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 94 Patienten</li> <li>• 11 Pflegenden</li> <li>• Niederlande</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnehmende Beobachtung</li> </ul>	Qualitative Fallanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpretation und Umgang mit ablehnendem herausforderndem Verhalten demenzkranker Altenheimbewohner beim Essen und Trinken durch Pflegekräfte ist sehr verschieden</li> <li>• Pflegenden wenden Tricks und manchmal sanften Zwang bei der Nahrungseingabe an,</li> <li>• Interpretation des Verhaltens der Demenzkranken, die Essen ablehnen, bleibt Pflegekräften überlassen, da Bew. sich häufig verbal nicht mehr äußern können</li> <li>• PK tauschen sich zu selten über Probleme und ablehnendes Essverhalten aus, allerdings zeigen genügend Beispiele, dass ein Austausch, v.a. auch interdisziplinär, zur Verbesserung der Interaktionsgestaltung und gezielter Unterstützung bei den Mahlzeiten beiträgt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interdisziplinäre Fallbesprechungen, einschließlich Angehörige, sollten stattfinden</li> <li>• Es wird ein Bedarf an Schulungen/Qualifikation und an optimalen Organisationsstrukturen aufgezeigt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit (bei qual. Stud. aber auch nicht vorgesehen)</li> <li>• Andere Einflussfaktoren nicht berücksichtigt</li> <li>• Es fehlen detaillierte Angaben zu TN (Bew., PK)</li> </ul>
Wikby et al., 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifizierung und Beschrei-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 alte Menschen aus Pflegeheimen</li> </ul>	Leitfadeninterviews	Mehrstufiges Kodieren	Beim Appetit der befragten Personen sind sieben	Die Lebensqualität scheint entscheiden dafür zu sein,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit wg.</li> </ul>

	<p>bung von Faktoren, die relevant für den Appetit alter Menschen sind</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grounded Theory</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schweden</li> </ul>		<p>Faktoren von Bedeutung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kernkategorie: Bereitschaft zu essen, um am Leben zu bleiben (scheint eine besondere Bedeutung zu haben)</li> <li>- Internale Faktoren sind die Stimmung/Laune und das persönliche Werteverständnis (rund ums Essen),</li> <li>- Externale Faktoren sind Wohlbefinden/Gesundheit, Speisen/Menüs, Umgebung und Gesellschaft bei den Mahlzeiten</li> </ul>	<p>ob gegessen wird, oder nicht, wonach ein Zusammenhang zwischen Lebenswille und Wille zu essen hergestellt werden kann.</p>	<p>geringe TN (n=15)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausschlusskriterium MMSE cut off bedenklich</li> <li>• Andere Einflussfaktoren auf Appetit, settingbedingte Aspekte nicht berücksichtigt</li> </ul>
--	--	--	--	--	---	---

## 7. Ausgeschlossene Literatur

### 7.1 Ausgeschlossen: Themenfeld „Interaktion“

**Tabelle 14: Ausgeschlossen: Quantitative Studien Themenfeld "Interaktion"**

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung/ Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen/ Gründe für Ausschluss
Van Ort et al., 1995	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effekte kontext- und verhaltensbezogener Interventionen auf den Ernährungsstatus</li> <li>• Interventionsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 Bewohner (n = 3 kontextbezogene Intervention; n = 4 verhaltensbezogene Intervention) auf einer Pflegestation</li> <li>• USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardisierte Beobachtung</li> <li>• Gewicht</li> <li>• Folstein Mini-Mental Status Examination (MMSE)</li> </ul>	ANOVA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umgebungsgestaltung und Ambiente führen zu höherem Verzehr in der gleichen Zeit</li> <li>• Bewohner interagieren häufiger mit Pflegenden, greifen häufiger zum Essen und fordern Essen häufiger ein</li> <li>• Interaktionsgestaltung bewirkt intensiven Austausch zwischen Pflegenden und Bewohnern</li> <li>• Bewohner beteiligen sich mehr, sind aktiver, brauchen längere Zeit für Essen und Mahlzeiten dauern länger</li> <li>• Gezielte Aufforderung durch Pflegenden fördert Selbständigkeit und Nahrungsaufnahme</li> </ul>	Ein individueller Verhaltensplan, der sich an den Stärken der Bewohner orientiert, fördert das selbständige Essen. Zwar ist dies Zeitaufwendig, aber die Langzeitvorteile überwiegen. Auch muss das Personal weniger bei der Nahrungsaufnahme assistieren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangelnde Übertragbarkeit wegen zu kleiner Stichprobe (n = 7)</li> <li>• Keine ausreichende Darstellung von Charakteristika der Studienteilnehmer, Variablen und Basmessung</li> <li>• Keine ausreichende Beschreibung der statistischen Auswertung</li> <li>• Keine Ergebnisdarstellung der statistischen Auswertung</li> </ul>

Tabelle 15: Ausgeschlossen: Qualitative Studien Themenfeld "Interaktion"

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung/ Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen/ Gründe für Ausschluss
Kayser-Jones et al., 1997	Beeinflussung des Erlebens der Mahlzeiten und der Pflegequalität bei Heimbewohnern durch das Personal  Ergebnisse sind Teil einer 4jährigen anthropologischen Studie	2 Pflegeheime  USA	Teilnehmende Beobachtung  Tiefeninterviews mit Hausärzten (n = 36); Pflegepersonal (n = 50); Bewohner (n= 58) und Angehörige der Bewohner (n = 50)	Qualitative Analyse beschrieben durch Bernard, Spradley, Morse, Strauss und Corbin	Positive Beziehungsgestaltung/Interaktion und effektive Unterstützungsstrategien wirken sich positiv auf den Ernährungszustand aus, negative Interaktion und ineffektive Unterstützung sind eine Gefahr für Mangelernährung	Um die Pflegequalität bei den Mahlzeiten zu verbessern, ist es wichtig, dass Pflegenden mit gerontologischer Weiterbildung Bewohner einschätzen und Kollegen in der richtigen Nahrungszufuhr von Bewohnern mit komplexen Ernährungsproblemen unterweisen.	Keine ausreichende Beschreibung der Studierendurchführung und Auswertung
Sandman, 1988	Interaktion von Alzheimerpatienten während der Mahlzeiten	Keine expliziten Angaben	Keine expliziten Angaben	Keine expliziten Angaben	Interaktion und Selbstständigkeit von AD-Demenzkranken während der Mahlzeiten in kleinen Tischgruppe verbessert sich, wenn Pflegekräfte die Gruppe nicht stört, sich passiv verhält und nur bei Bedarf auf Aufforderung eingreifen/unterstützen	Weniger beeinträchtigte Demenzkranke unterstützen stärker beeinträchtigte, übernehmen die Gruppenführung/Rolle der Pflegekräfte; bessere, wenn auch nicht immer zielgerichtete Kommunikation zwischen den demenzkranken Menschen während der Mahlzeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nur eine Tischgruppe mit fünf TN über drei Wochen beobachtet</li> <li>Keine genauen Angaben zu Charakteristika der TN (Pat. nur unzureichend, keine Angaben zu PK)</li> <li>Keine genauen Angaben zur Datenanalyse und Auswertung</li> <li>Keine Angaben zur Reflexion der Ergebnisse u. Diskussion der Interpretation</li> </ul>
Schell et al., 1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verbale und non-verbale Interaktionen zwischen Pflegenden und Bewohnern, die in ihrer Ernährung abhängig von anderen sind</li> <li>Qualitative Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 Teilnehmer</li> <li>USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beobachtungen</li> <li>Halbstrukturierte Interviews</li> </ul>	Inhaltsanalyse	Wenn hermeneutische Kompetenz der Pflegenden (Fähigkeit, in die Rolle des Bew. zu schlüpfen u. aufgrund der veränderten Sichtweise Bedürfnisse erkennen, auf sie reagieren zu können) verbessert wird, verbessert sich auch die erlebte Qualität der Mahlzeiten und die Nahrungsaufnahme der Altenheimbewohner	Bedarf an besserer Qualifikation hinsichtlich der hermeneutischen Kompetenz und Interaktionsgestaltung von Pflegenden nötig, Bedarf an permanenter Betreuung der Pflegehilfskräfte durch professionelle Vorbilder/Supervisor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mangelnde Übertragbarkeit wg. Stichprobe</li> <li>Keine ausreichende Beschreibung der Studierendurchführung und Auswertung</li> <li>Keine Anhalte, ob sich um Objektivität und Reliabilität bemüht wurde</li> <li>Kein Anhalt, ob Kontrolle der Auswertungen, Interpretationen u. Ergebnis-</li> </ul>

							se erfolgt ist
Wagener et al., 1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konstellationen während der Mahlzeiten bei Alzheimerpatienten</li> <li>• Qualitative Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 Teilnehmer</li> <li>• BRD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Videogestützte Beobachtung</li> </ul>	Qualitative Inhaltsanalyse	In der Interaktion versuchen Demenzkranken aktiv zu werden, haben Fähigkeit Umgebung wahrzunehmen, senden Signale aus, die von Pflegenden oft nicht wahrgenommen/erkannt werden; taktile Reize zusätzlich zu verbaler Ansprache und nonverbaler Anreizen nötig	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbale Ansprache alleine reicht nicht aus</li> <li>• Essen und Trinken behinderndes Verhalten sind Unterbrechungen durch geschäftiges Umherwandern von Pflegekräften</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangelnde Übertragbarkeit wg. Stichprobe</li> <li>• Keine ausreichende Beschreibung der Studiendurchführung und Auswertung</li> <li>• Kein Anhalt, ob Kontrolle der Auswertungen, Interpretationen u. Ergebnisse erfolgt ist</li> </ul>
Wagener et al., 1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konstellationen während der Mahlzeiten bei Alzheimerpatienten</li> <li>• Qualitative Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 Teilnehmer</li> <li>• BRD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Videogestützte Beobachtung</li> </ul>	Qualitative Inhaltsanalyse	In der Interaktion versuchen Demenzkranken aktiv zu werden, haben Fähigkeit Umgebung wahrzunehmen, senden Signale aus, die von Pflegenden oft nicht wahrgenommen/erkannt werden; taktile Reize zusätzlich zu verbaler Ansprache und nonverbaler Anreizen nötig	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verbale Ansprache alleine reicht nicht aus</li> <li>• Essen und Trinken behinderndes Verhalten sind Unterbrechungen durch geschäftiges Umherwandern von Pflegekräften</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangelnde Übertragbarkeit wg. Stichprobe</li> <li>• Keine ausreichende Beschreibung der Studiendurchführung und Auswertung</li> <li>• Kein Anhalt, ob Kontrolle der Auswertungen, Interpretationen u. Ergebnisse erfolgt ist</li> </ul>

**Tabelle 16: Ausgeschlossen: Review Themenfeld "Interaktion"**

Autor, Jahr	Fragestellung	Methodik	Ergebnisse/ Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen/ Gründe für Ausschluss
Norberg, 1987	Beschreibung eines theoretischen Modells zur Interaktion von Parkinsonpatienten und Pflegenden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine expliziten Angaben</li> <li>• Narratives Review</li> </ul>	Unterstützung von Parkinson-Patienten während der Mahlzeit erfordert besondere Kenntnisse, kommunikatives Geschick und hohes Maß an hermeneutischer Kompetenz; Pflegekräfte müssen verstehen, dass sie v. Pat. v.a. als Instrument zur Unterstützung wahrgenommen werden, was wie Ignoranz erscheinen kann; verbale Kommunikation sehr eingeschränkt möglich wegen leichter Überforderung des Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überprüfung des Konzeptes, Anwendbarkeit und Validitätstestung fehlt</li> <li>• Experten-/Erfahrungswissen aber keine Überprüfung der Interventionsvorschläge</li> </ul>

## 7.2 Ausgeschlossen: Themenfeld „Methoden“

**Tabelle 17: Ausgeschlossen: Quantitative Studien Themenfeld "Methoden"**

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung/ Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen/ Gründe für Ausschluss
Biedermann, 2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essen als Basale Stimulation</li> <li>• Querschnittsstudie</li> </ul>	Keine expliziten Angaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beobachtung</li> <li>• Befragung</li> </ul>	Keine expliziten Angaben	Essen und Trinken als Basale Stimulation ist geeignet, Menschen mit schweren/schwersten kognitiven Einschränkungen an ihrer Selbstversunkenheit zu wecken; durch olfaktorische Reize die Lust Speisen-/Getränkeangebote zu steigern und generell die Verzehrmenen zu erhöhen	Pflegekräfte haben wenig persönlichen Bezug zu Patienten, da keine Bezugspflege, Essenreichen wird als angenehme Pflegetätigkeit empfunden, weil man dabei sitzen/sich ausruhen kann; Schulungen der Mitarbeiter sind nötig	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine ausreichende Darstellung der Vorhermessung, Sampling/Studienpopulation und Ausschlusskriterien</li> <li>• Keine ausreichende Beschreibung der statistischen Auswertung</li> <li>• Keine Ergebnisdarstellung der statistischen Auswertung</li> </ul>
Coyne, 1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestimmung der Kurz- und Langzeitwirksamkeit direkter verbaler Aufforderung und positiver Verstärkung bzgl. des Grades an Unabhängigkeit beim Essen bei Pflegeheimbewohnern mit Demenz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demenzstation mit 60-Betten in einer Pflegeeinrichtung</li> <li>• Eingeschlossen wurden Bewohner mit einer diagnostizierten Demenz, die mehr als die ihre Mahlzeiten in einem der 2 Speisesäle, und mehr als die</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 Experimental- und 3 Kontrollgruppen durch randomisierte Zuweisung der Teilnehmer.</li> <li>• Messung mittels der „level of eating independent-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenvergleich bzgl. der Variablen Alter, kognitive Funktion und Aufenthaltsdauer mittels t-Test.</li> <li>• Hypothesentestung: ANOVA</li> <li>• Homogeni-</li> </ul>	Zunahme von selbstständig/unabhängig durchgeführten Ess-/Trinkzyklen Demenzkranker durch unterstützende, positive verbale Aufforderung der Pflegekraft	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewohner mit Demenz können verloren gegangene Fähigkeiten wieder erlangen</li> <li>• Positive Verknüpfung zwischen Qualität und kosteneffektiver Pflege</li> </ul>	Begrenzte Übertragbarkeit, da Stichprobe/ Gruppengröße zu klein (n= 12 pro Gruppe).

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hypothese: Teilnehmer der Experimentalgruppe weisen höhere Unabhängigkeits- und Häufigkeitsscores beim Essen fester und flüssiger Nahrung auf, als die Kontrollgruppe in der Posttestmessung T2 (Kurzzeiteffekt) und T3 (Langzeiteffekt)</li> <li>RCT mit Prä- und Posttestmessung</li> </ul>	<p>Hälfte an Menge verzehrten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Von 32 wurden 24 Teilnehmer anhand der Auswahlkriterien eingeschlossen</li> <li>USA</li> </ul>	ence scale“	tät der Annahmen: Boxes M und Mauchly’s Sphärizitäts - Test			
Holzapfel et al., 1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einflüsse der Nahrungsgabe in sitzender vs. stehender Position</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>26 Teilnehmer 13 Interventions-; 13 Kontrollgruppe)</li> <li>USA</li> </ul>	Verzehrmengen	Deskriptive Analyse	Die Position Stehen oder Sitzen der Pflegehilfskräfte während der Nahrung-/Flüssigkeitseingabe bei Altenheimbewohner wirkt sich nicht auf deren Verzehrsmengen aus; es wurden während der Untersuchung bedeutsame Einfluss-/Störfaktoren während der Mahlzeiten erfasst:	Geringste Veränderungen, Lärm, Umfeldgestaltung, Unachtsamkeit der, NA’s, verursacht Angst/Unsicherheit bei Bewohner und beeinflussen damit die Nahrungsaufnahme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die randomisierte Zuteilung der Untersuchungspersonen könnte (störenden) Einfluss auf die Wahrnehmung/Verzehrmengen der Bewohner bei Mahlzeiten haben</li> <li>Begrenzte Übertragbarkeit, da Stichprobe/Gruppengröße zu klein ( n= 13 pro Gruppe)</li> </ul>
Keller et al., 2003	Bereitstellung von Daten bzgl. des Risikos von Mangelernährung in verschiedenen Gruppen alter Men-	<ul style="list-style-type: none"> <li>367 Senioren in einer Gemeinde innerhalb einer Gelegen-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Standardisierte Interviews mit 108 ge-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deskriptive Analyse</li> <li>Varimax-Rotation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Männer haben ein geringeres Risiko für Mangel-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gewichtsverlust bei Demenzkranken kann verhindert werden, wenn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grenzen der Übertragbarkeit wegen geringer TN, anderes Setting nicht berücksichtigt, Agitation/ Umherwandern nicht ausreichend untersucht</li> <li>Kein wirklicher Vergleich möglich, da unter-</li> </ul>

	<p>schen</p>	<p>heitsstichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kanada</li> </ul>	<p>schosenen Fragen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestimmung des Ernährungsrisikos mittels SCREEN</li> </ul>	<p>(orthogonal) bzgl. der gefundenen Faktoren.</p>	<p>nahrung als Frauen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geringe Einnahme von Obst und Früchten (48%)</li> <li>• Vermeidung gesunder Ernährung (45%)</li> <li>• Schwierigkeiten beim Kochen (42%)</li> <li>• Kaufprobleme (35%)</li> <li>• Gewichtsveränderungen innerhalb von 6 Monaten (33%), davon Gewichtsverlust: 67%</li> </ul>	<p>genügendes Personal und Zeit für Durchführung von Erfassung der Ernährungssituation und Überwachung der Verzehrsmengen während der Mahlzeiten, sowie angemessenes Speisenangebot vorhanden ist</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assessment und Monitoring wurde hier von Diätassistenten durchgeführt, wäre aber auch durch Pflegerinnen möglich</li> </ul>	<p>schiedliche Gruppen und Untersuchungsbedingungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine soziodemographischen Hintergründe zur Population</li> <li>• Forschungsfrage bezieht sich nicht auf die Berufsgruppe Pflege, sondern auf Berufsgruppe Diätassistenten</li> </ul>
<p>Mentes et al., 2003</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutzen einer Intervention zum Flüssigkeitsmanagement</li> <li>• Quasi-Experimentelles Design mit Kontrollgruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 49 Teilnehmer aus 4 Langzeiteinrichtungen mit randomisierter Gruppenzuweisung</li> <li>• USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitlinie zum Flüssigkeitsmanagement als Basis für die Intervention</li> <li>• MMSE</li> <li>• Dehydration risk appraisal</li> <li>• Acute confusion assessment</li> <li>• Dokumentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deskriptive Analyse</li> <li>• Kaplan-Meier-Überlebenskurve mit log rank-Test</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Effektivität des untersuchten Programms konnte nicht signifikant nachgewiesen werden</li> <li>• Behandlungsgruppe hatte ein erhöhtes Risiko für akute Verwirrtheit als die Kontrollgruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gutes Flüssigkeitsmanagement bei Altenheimbewohnern kann Dehydration und daraus folgende Infektionskrankheiten vermeiden</li> <li>• Ziel sollte dennoch ein kontinuierliches und angemessenes Flüssigkeitsangebot für funktional und kognitiv beein-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit, da zu wenig TN, zu kurze Follow-up-Phase (8 Wochen)</li> <li>• Ergebnisdarstellung nicht klar nachvollziehbar</li> <li>• Teilnehmer zu unterschiedlich, keine Homogenität bei Teilnehmer</li> <li>• Studien-Bias zu hoch; mögliche Störvariablen (z. B. kognitive Beeinträchtigung als Grund für Verwirrung) nicht berücksichtigt</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>von Infektionen</li> <li>Kontrolle von Urinfarbe und spezifischem Gewicht</li> </ul>			<p>trächtige Altenheimbewohner sein, um Dehydratation und Folgen daraus zu verhindern</p>	
Nolan, et al., 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auswirkungen von kontinuierlichen Informationsangeboten auf agitiertes Verhalten bei den Mahlzeiten</li> <li>Umwelt-Interventions-Design</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>35 Bewohner im Pflegeheim</li> <li>USA</li> </ul>	Keine expliziten Angaben	deskriptiv	Reduzierung Ernährungsbezogener Fragen seit Beginn der Intervention	<p>Für Pflegekräfte lästiges, frustrierendes und sich permanent wiederholendes Fragen Demenzkranker zu Mahlzeiten kann durch große Uhren und Bilder zur Kennzeichnung der Speiseräume gemindert werden</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenzte Übertragbarkeit da Zusammenhänge der Fragen und Hirnschädigungen nicht untersucht, auch keine Berücksichtigung möglicher anderer Kommunikationsaspekte (Nähe suchen), anderer Gründe für Frustration der Pflegenden oder des Langzeiteffektes bzw. Nachlassenden Effektes der Uhren/Kennzeichnungen (Faszination des Neuen versus Langeweile)</li> <li>Studien-Bias zu hoch; mögliche Störvariablen (z. B. Seheinschränkungen, Speisenduft, Ablenkung durch neue visuelle Reize) nicht berücksichtigt</li> <li>Keine Angaben zu kognitiven Einschränkungen der Bewohner</li> <li>Ethisch bedenklich, dass der Aspekt der Beziehungsgestaltung nicht berücksichtigt wurde, sondern das Fragen der Demenzkranken nur als lästig empfunden wird</li> <li>Kein Signifikanzniveau angegeben (P = .0087 sehr hoch)</li> </ul>

**Tabelle 18: Ausgeschlossen: Review Themenfeld "Methoden"**

Autor, Jahr	Fragestellung	Methodik	Ergebnisse/ Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen/ Gründe für Ausschluss
Bienstein, 2005	Keine expliziten Angaben	Keine expliziten Angaben	Basale Stimulation als Konzept zur Förderung der Wahrnehmung-/Sensibilitätsfähigkeit und (Re)Aktivierung von Menschen mit schweren/schwersten funktionalen und kognitiven Beeinträchtigungen; Konzeptbeschreibung mit konkreten Empfehlungen für Maßnahmen zur	Experten-/Erfahrungswissen aber keine Überprüfung der Interventionsvorschläge

			oralen Stimulation	
Bradley, 2003	Bericht über einen Anteil einer Implementierungsstrategie	Patienten in einer traumatologischen Rehabilitationsklinik, die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme benötigen, erhielten ein rotes Tablett bei den Mahlzeiten, um für das Personal schneller sichtbar zu sein.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernährungsassessments bleiben bei der Arbeit keine Theorie, sondern werden praktisch angewandt</li> <li>• Rote Tablett in Verbindung mit zuvor erfolgter Risikoeinschätzung für Mangelernährung und Überwachung als geeignete einfache Methode erkannt, um Mangelernährung zu vermeiden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine ausreichende Beschreibung der statistischen Auswertung</li> <li>• Keine Ergebnisdarstellung der statistischen Auswertung</li> <li>• Diskriminierungsaspekt der Roten Tablett aus Sicht der Patienten nicht untersucht</li> </ul>
Davis, 2007	Narrativer Bericht	Keine expliziten Angaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Farbsystem erleichtert Pflegenden die Einschätzung der Ernährungsbedürfnisse der Bewohner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine ausreichende Beschreibung der statistischen Auswertung</li> <li>• Keine Ergebnisdarstellung der statistischen Auswertung</li> <li>• Diskriminierungsaspekt der Roten Tablett aus Sicht der Patienten nicht untersucht</li> </ul>
Marken, 2004	Narrativer Bericht (Konzeptvorstellung)	Keine expliziten Angaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geschulte freiwillig engagierte Hilfskräfte und Angehörige können zur Verbesserung der Ernährungssituation beitragen, wenn sie unter Aufsicht professioneller Pflegekräfte beeinträchtigte Altenpflegeheim-Bewohner bei den Mahlzeiten unterstützen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektbeschreibung ohne Angaben zu Überprüfung/Evaluation hinsichtlich Effektivität</li> </ul>
Murray, 2006	Projektbeschreibung	Keine expliziten Angaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualifizierung von „Ward hostkess“ zu „Nutration Support assistant“ (vgl. Patientenservice (Hilfs-) Kräfte für den Bereich Ernährung) können zur Verbesserung der Ernährungssituation und Vermeidung von Mangelernährung im Krankenhaus beitragen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektbeschreibung ohne Darstellung Überprüfung, Ergebnisse basieren nicht auf nachvollziehbaren Untersuchungsergebnissen</li> </ul>
Osborn et al., 1992	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine expliziten Angaben</li> <li>• Interventionen zur Förderung der Selbständigkeit der Bewohner beim Essen</li> </ul>	Keine expliziten Angaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es reicht nicht aus, im Assessment nur zu erfassen, ob Bew. alleine oder mit Unterstützung essen und trinken können oder wie viel sie verzehrt haben</li> <li>• Eine Erfassung und Analyse der Ursachen hinter den Problemen bei Mahlzeiten nötig, um Fähigkeiten der Bew. maximal fördern zu können</li> <li>• Selbstständigkeit b. Essen/Trinken oft von Umgebung abhängig (z. B. Sitzgelegenheit, Störungen, Speisenkonsistenz, anregende Tischgemeinschaft, Funktionalität, kognitive Beeinträchtigung (z.B. Speisen nicht oder nur erkennen können, wenn sie in dafür vorgesehene Behälter sind, Milch im Glas aber nicht im Tetrapack), unterschiedliche Unterstützungsstrategien d. Pflegenden,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine ausreichende Systematik für Review-Kriterien,</li> <li>• Aber gute, Literaturbasierte Expertenmeinung</li> </ul>

---

			<p>tageszeitl. Schwankungen (sundowning)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Unterstützung ist ein sozialer Prozess, der nur gemeinsam mit Bew. interaktiv gestaltet werden kann, Bew. muss aktiv in Unterstützung einbezogen werden, seine Selbstständigkeit max. gefördert werden, angepasst an seine momentane Verfassung (z. B. Anbahnung, Aufforderung, Lob, mechanische Unterstützung), und das braucht Zeit und qualifiziertes Personal</li><li>• Pflegeprozess/adäquate Versorgung nur mit Infos in einem vollständigen Assessment möglich; es geht ums Essen und Trinken und nicht nur um bedarfsdeckende Versorgung.</li></ul>	
--	--	--	--	--

### 7.3 Ausgeschlossen: Themenfeld „Umgebung“

**Tabelle 19: Ausgeschlossen Quantitative Studien Themenfeld "Umgebung"**

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung/ Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen/ Gründe für Ausschluss
Evans et al., 2001	Beschreibung einer Qualitätsverbesserungsinitiative innerhalb eines Schulungsprogramms als Intervention	100 Pflegehelfer und 40 lizenzierte Pfleger in einem 150 Betten- Pflegeheim	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prä-/ Posttestmessung</li> <li>• 36 standardisierte Beobachtungen bei 10 Bewohnern während der Mahlzeiten im Speisesaal</li> </ul>	Deskriptive Auswertung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifizierung von 10 Problemen, die einer Qualitätsverbesserung bedürfen</li> <li>• Die Schulung von RN (6 Std.) und NA (4 Stunden) wirkt sich verbessernd auf die Gestaltung bei den Mahlzeiten und Umgebung aus.</li> <li>• Alternative Speisenangebote und Getränke vor dem Essen werden häufiger angeboten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es mangelt immer noch an guter Konversation und Interaktionsgestaltung zwischen den Pflegekräften und den Bewohnern sowie an der Überwachung der Verzehrmenen bei gefährdeten Menschen für Mangelernährung.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Beschreibung der Studienteilnehmer, Personal variiert</li> <li>• Studienziel bzw. Hypothese wird nicht ganz klar</li> <li>• Studiendurchführung, Validität der Durchführung und Interrater-Reliabilität nicht klar beschrieben</li> <li>• Studienauswertung/Ergebnisdarstellung nicht klar (warum nicht Kaugummi kauen oder mitsen, kann doch evtl. Stimulierend auf Bew. wirken)</li> </ul>
Gibbons et al., 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einflüsse der Umgebung beim Essen auf die Nahrungszufuhr</li> <li>• Interventionsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 49 Teilnehmer</li> <li>• Großbritannien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Energiezufuhr</li> <li>• Prozentuale Menger verzehrter Speisen</li> </ul>	Deskriptive Analyse	In angenehmer Umgebung schmeckt es besser und es wird signifikant mehr verzehrt	Positiver Effekt der Intervention kann zur Verbesserung im Ernährungszustand beitragen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit wg. geringer TN, anderes Setting nicht berücksichtigt (z.B. Altenheim, verschiedene funktionale o. kognitive Einschränkungen)</li> <li>• Gewöhnungseffekt nicht untersucht</li> <li>• Studienteilnehmer entsprechen nicht der Zielpopulation des Expertenstandards (alte Menschen ohne Versorgungs-</li> </ul>

							/Pflege/Unterstützungsbedarf)
Keller et al., 2006	Tischgemeinschaften als mögliche Intervention, um potentielle Ernährungsprobleme zu identifizieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 37 Bewohner einer Langzeitpflegeeinrichtung</li> <li>• Kanada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Scale (EdFed)</li> <li>• MMSE</li> </ul>	Deskriptive Analyse (Daten von EdFed und MMSE wurden miteinander korreliert)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine expliziten Angaben</li> <li>• vgl. auch Keller 2003, Ergebnisse beziehen sich auf diese Studie</li> </ul>	Tischgemeinschaften bieten gute Gelegenheit, mit Hilfe von Erfassungsinstrumenten (z. B. EdFED) Probleme beim Essen und Trinken und auffälliges Verhalten von Demenzkranken während der Mahlzeiten zu erfassen und mit den Informationen eine Mangelernährung vorzubeugen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit wg. geringer TN, anderes Setting nicht berücksichtigt (z.B. Altenheim, verschiedene funktionale o. kognitive Einschränkungen)</li> <li>• Keine klaren Angaben zu TN</li> <li>• Studiendurchführung und Auswertung nicht klar beschrieben, Ergebnisse daher auch nicht angemessen zu interpretieren</li> </ul>
Mathey, 2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestimmung der Effekte einer verbesserten Umgebung beim Nahrungsverzehr auf den Gesundheits- und Ernährungsstatus</li> <li>• Interventionsstudie mit Parallelgruppendesign</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 22 Bewohner eines Pflegeheims</li> <li>• Niederlande</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Körpergewicht</li> <li>• Menge verzehrter Nahrung</li> <li>• Blutabnahme als biochemischer Indikator des Gesundheitszustandes</li> <li>• Sickness impact profile und Philadelphia Geriatric Center Moral Scale zur Messung der Lebensqualität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ungepaarter t Test für Gruppenunterschiede</li> <li>• Gepaarter t Test zum Vergleich von Baseline und Follow-up</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Körpergewicht der Behandlungsgruppe hatte sich signifikant erhöht</li> <li>• Der Gesundheitszustand und die Lebensqualität blieben in der Behandlungsgruppe weitgehend stabil</li> </ul>	Umgebungsgestaltung hat positiven Einfluss auf Ernährungssituation von Altenheimbewohnern, wenn 1. Atmosphäre in Speiseräume verbessert wird, 2. Speisenangebot ansprechend angeboten werden, 3. Genug qualifiziertes Pflegepersonal während der Mahlzeiten zur Unterstützung anwesend sind,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit, anderes Setting und Gewöhnungseffekt nicht berücksichtigt</li> </ul>
Ruigrok et al., 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie kann die Ernährungsaufnahme und –zustand, sowie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 23 Bewohner einer Pflegeeinrichtung</li> <li>• Irland</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine expliziten Angaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine expliziten Angaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbständigkeit der Bewohner wurde durch</li> </ul>	Durch minimale Veränderungen der Mahlzeitengestaltung ist das Pflege-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wurden keine Angaben zu den Charakteristika der ausgewählten Teilnehmer gemacht</li> <li>• Zu kleine Stichprobe</li> <li>• Keine Ein/Ausschlusskriterien</li> </ul>

	<p>die Lebensqualität verbessert werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Case Study</li> </ul>				<p>mundgerechte Vorbereitung des Essens und direkte Aufforderung durch das Personal gefördert</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Befragung von Bewohnern und Pflegekräften ergab auch, dass häufig unnötig pürierte Kost angeboten wird, Zahnpflege bzw. Zahn-sanierung nötig ist</li> </ul>	<p>personal in der Lage, ästhetische und soziale Faktoren mit Bedeutung für die Mahlzeiten zu erkennen und zu erfassen. Die Bedeutsamkeit von Unterstützung der Bewohner beim Essen, Sitzposition, Anpassung der Essenzeiten und Tischgemeinschaften wurde durch die Untersuchung deutlich.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Statistische Auswertung wurde nicht beschrieben</li> <li>• Die Ergebnisdarstellung ist unklar</li> </ul>
Wright et al., 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effekte eines Speisesaals mit Aufsicht auf den Ernährungsstatus</li> <li>• CCT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 48 Patienten (n = 30 Interventionsgruppe; n = 18 Kontrollgruppe) einer geriatrischen Akutstation</li> <li>• Großbritannien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewichtskontrollen</li> <li>• Standardisierte Erfassung der zugeführten Nahrungsmittel (Dietplan5)<sup>TM</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T test</li> <li>• Mann Whitney U Test</li> <li>• Chi-Quadrat Test</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signifikant höhere Energiezunahme in der Interventionsgruppe, aber keine signifikante Gewichtszunahme, jedoch nahm die Interventionsgruppe tendenziell mehr zu</li> </ul>	<p>Ein Speisesaal mit Aufsicht hat einen positiven Effekt auf den Ernährungsstatus und kann zu einer möglichen Gewichtszunahme führen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventionseffekt möglich (PK wussten von der Erhebung)</li> <li>• Unterschiedliche Erhebungszeiträume in beiden Gruppen (Verzerrungseffekt)</li> <li>• Erhebungszeitraum zu kurz, keine Follow-up Phase</li> <li>• Andere Einflussfaktoren auf Ernährungsverhalten nicht berücksichtigt (z.B. Zimmernachbar, psychische Situation, Krankheiten, verbale Aufforderung durch Pflegekräfte)</li> </ul>

**Tabelle 20: Ausgeschlossen: Qualitative Studien Themenfeld "Umgebung"**

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung/ Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen/ Gründe für Ausschluss
-------------	-----------------------	---------------------	---	-----------------	------------	--------------------	--

<p>Sydney et al., 2005</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beeinflussung der Mahlzeiten durch Organisationsstrukturen und Ablaufroutinen des Personals in verschiedenen Pflegekontexten</li> <li>Qualitative Beobachtungsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4 Altenzentren in 2 Stadtteilen von Stockholm</li> <li>Schweden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teilnehmende Beobachtung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suche nach charakteristischen Themen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verpflegungsangebote und Mahlzeitengestaltung für alte und pflegebedürftige Menschen sind geformt von dem Lebensumfeld der Individuen, den Einrichtungen und Versorgungsstrukturen, in denen die Personen leben bzw. sich bewegen.</li> <li>Im Gegensatz zu unabhängigen Menschen haben beeinträchtigte und gleichzeitig für Mangelernährung gefährdete Menschen weitweniger Auswahl-/Einflussmöglichkeiten.</li> <li>Pflegekräfte in (Vollzeit)Pflegeeinrichtungen Bewohner häufig als zu versorgende Objekte ansehen,</li> <li>Restaurants hatten zwar mehr Wahlmöglichkeiten und flexiblere Essenszeiten</li> </ul>	<p>Die Veränderungen bei den Wohnstrukturen und Versorgungsmodellen für pflegebedürftige Menschen, in denen sie als autonome und selbstbestimmte Subjekte angesehen werden, wo sie Mahlzeitengestaltung und Verpflegungsangebote mitbestimmen, können auch als Präventionsansatz für Mangelernährung angesehen werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es wurden keine ausreichenden Angaben zu den Charakteristika der ausgewählten Teilnehmer gemacht (Krankheiten oder andere Einschränkungen mit Auswirkung auf Ernährungsverhalten)</li> <li>Zu kleine Stichprobe für CCT (&lt; 20 in Kontrollgruppe)</li> <li>Extrem unterschiedliche Gruppengröße (Interventionsgruppe n = 30, Kontrollgruppe n= 18)</li> <li>Unterschiedliche Krankheiten ohne genaue Angaben</li> </ul>
----------------------------	--	---	--	--	---	--	--

**Tabelle 21: Ausgeschlossen: Review Themenfeld "Umgebung"**

Autor, Jahr	Fragestellung	Methodik	Ergebnisse/ Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen/ Gründe für Ausschluss
-------------	---------------	----------	--------------------------------	--

---

Pfeiffer et al., 2005	Vorstellung aktueller Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation	Keine expliziten Angaben	Beschreibung innovativer Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation in Altenpflegeeinrichtungen (z. B. Raumgestaltung, Tischgemeinschaften, Aromatherapie, ansehnlich authentisch aussehende pürierte Kost)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kein systematisches Review (9 Literaturquellen ohne erkennbarer Evidenz)</li><li>• Beschreibung von Konzepten in verschiedenen Altenpflegeeinrichtungen in USA ohne Angaben zu Evaluation</li></ul>
-----------------------	--	--------------------------	---	---

## 7.4 Ausgeschlossen: Themenfeld „Qualifikation Pflegenden“

**Tabelle 22: Ausgeschlossen Quantitative Studien Themenfeld "Qualifikation Pflegenden"**

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung/ Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen/ Gründe für Ausschluss
Hickson et al., 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung klinischer Outcomes von alten Patienten bei der Nahrungsgabe durch ausgebildete Assistenten</li> <li>• RCT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 592 Patienten aus 3 akutinternistisch-geriatrischen Stationen</li> <li>• Großbritannien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Größe</li> <li>• Gewicht und BMI</li> <li>• Armumfang</li> <li>• Serumalbumin</li> <li>• Barthel-Score</li> <li>• Abbreviated Mental Test</li> <li>• Einschätzung der Nahrungsmenge</li> </ul> <p>Zusätzlich bei Entlassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infektionsraten</li> <li>• Intravenöse und subkutane Flüssigkeit</li> <li>• Verweildauer</li> <li>• Sterblichkeitsrate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intention-to-treat</li> <li>• Mann-Whitney U-Test</li> <li>• Chi-Quadrat-Test</li> <li>• Fisher's exakter t Test (2-seitig)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Behandlungsgruppe benötigte signifikant weniger intravenöse Antibiotika</li> <li>• Keine Gruppenunterschiede bzgl. Ernährungsstatus und Verweildauer</li> </ul>	Die zusätzliche Anstellung von Assistenten ist keine effektive Maßnahme, um den Ernährungsstatus bei älteren Patienten zu verbessern oder dem Gewichtsverlust vorzubeugen.	Nicht pflegespezifisch und zu fachspezifisch, da Supplemente!
Kolanowski et al., 1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung zu störenden Verhalten institutionalisierter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daten stammen aus einem größeren Projekt</li> <li>• 586 Bewohner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychogeriatric Dependency Rat-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regressionsanalyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 persönliche Variablen zeigen signifikante Be-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verminderte Kompetenz älter Menschen wirkt sich auf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kein Bezug zur Ernährung, nur allgemein zu herausforderndes Verhalten bei Demenz</li> </ul>

	<p>alter Menschen und die Identifikation umweltbezogener und persönlicher Charakteristika</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>aus einem Pflegeheim</li> <li>139 Bedienstete von 13 Pflegestationen</li> <li>USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ing Scale (PGDRS)</li> <li>Zimmertyp</li> <li>Staff mix</li> <li>Burn out-Scores der Angestellte</li> <li>Perceptions of Restraint Use Questionnaire (PRUQ)</li> <li>Funktionsstatus</li> <li>MMSE</li> <li>Comell Scale for Depression</li> </ul>		<p>ziehung mit agitiertem psychomotorischem Verhalten</p>	<p>die Umgebung aus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pflegende müssen die Umgebung der Bewohner so gestalten, dass sich störendes Verhalten minimiert</li> </ul>	
<p>Kolodny et al., 1991</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verbesserung der Fertigkeiten der Pflegenden bzgl. der Essenseingabe</li> <li>Erhaltung oder Wiedererlangung der Selbstständigkeit der Bewohner beim Essen</li> <li>Querschnittsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Startifiziert-randomisierte Auswahl von 14 Pflegenden</li> <li>35 Bewohner einer Pflegestation</li> <li>am Schulungsprogramm nahmen 22 Beschäftigte teil</li> <li>Kanada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fragebogen zum Ausfüllen</li> <li>Standardisierte Beobachtungen mittels einer Verhaltenscheckliste</li> <li>Daraus Entwicklung eines Schulungsprogramms (Wissensbogen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine expliziten Angaben → deskriptive Auswertung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mittelwertunterschiede in den Kategorien des Wissensbogens</li> <li>Lediglich 72% der Pflegenden erkannten Veränderungen bei den Bewohnern,</li> <li>Mehr als 90% des pflegerischen Personals schätzten die Bewohner richtig ein</li> <li>Nur 40% schätzten den Zahnstatus der Bewohner bzgl. der</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bedarf an praxisnahen Schulungen/Wissenstransfer in die Praxis zur Unterstützung und Förderung der Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen bei den Mahlzeiten;</li> <li>Eine einzige Pflegekraft hat sich zum Nahrungsreichen gesetzt und damit signalisiert, dass sie sich Zeit nimmt, die übrigen Pflegekräfte bleiben beim Nah-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mangelnde Übertragbarkeit, da zu wenig TN</li> <li>Keine Angaben zu Störvariablen</li> <li>Systematik der Beobachtung (Beobachtungszeitraum) nicht dargelegt, Verzerrung möglich</li> <li>Aspekte mit Einfluss auf das Wissen der PK (z.B. Schulungen, Erfahrungen mit Thematik, besonderen Bezug zu Bewohnern) wurden nicht berücksichtigt</li> <li>Anderes Setting nicht berücksichtigt</li> <li>Verhalten der Pflegekräfte nach der schriftlichen Befragung möglicherweise ein anderes als vorher</li> <li>Keine ausreichende Angaben zur Auswahl u. zu Charakteristika der ausgewählten Teilnehmer</li> <li>Keine differenzierte Diskussion zu den Ergebnissen</li> <li>Keine Angaben zu Vor-/Nachteilen für Studienteilnehmer (z.B. Sanktionen bei schlechten Ergebnissen des Fragebogens)</li> <li>Keine literaturbasierte Diskussion zur Relevanz der Studie</li> </ul>

					<p>Ernährung richtig ein</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 29% erkannten die Notwendigkeit der richtigen Körperposition</li> <li>• 82% erkannten Teelöffel als geeignetes Mittel, um die Menge gegessener Nahrung besser kontrollieren zu können</li> <li>• 60% kannten geeignete Techniken, um die Selbstständigkeit der Bewohner zu erhalten</li> <li>• 58% kannten Techniken, um Bewohner ein sicheres Schlucken zu ermöglichen</li> </ul>	<p>rungsreichen stehen, da sie befürchten, man würde sie als faul oder träge bezeichnen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insgesamt werden zwar wesentliche ernährungsrelevante Aspekte erkannt, es mangelt aber insbesondere an Wissen zu Schluckstörungen, Bedeutung des Zahnstatus, der Sitzposition beim Essen/Trinken und der Bedeutung der Fähigkeit zur verbalen Kommunikation oder von soziokulturellen und umgebungsbedingten Aspekten.</li> </ul>	
Prokrykwa, 1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung bzgl. der Genauigkeit bei der Einschätzung der Bewohner durch Pflegenden mit Überprüfung der Dokumentation</li> <li>• Querschnittsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doku von 27 Pflegeheimbewohnern</li> <li>• USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Energiezufuhr</li> <li>• Prozentual verzehrte Menge</li> </ul>	Deskriptive Auswertung	<p>Es werden signifikante Abweichungen bei der Einschätzung von Verzehrmenen bei Altenheimbewohnern durch das Pflegepersonal ermittelt</p>	<p>Aufgrund der großen Abweichungen wird daraus geschlossen, dass die Dokumentationen der Verzehrmenen als Indikator für den Ernährungszustand nicht korrekt durchgeführt werden</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Angaben zur Auswahl der Teilnehmer und Charakteristika der Studienteilnehmer</li> <li>• Andere Einflussfaktoren oder Störvariablen nicht berücksichtigt</li> <li>• Übertragbarkeit eingeschränkt</li> <li>• Vor-/Nachteile für Studienteilnehmer (z. B. keine Angaben zu Datenschutz, mögliche Folgen für teilnehmende Pflegenden aufgrund des schlechten Ergebnisses nicht thematisiert)</li> <li>• Keine Hinweise zu ethischen Überlegungen, informed consent der TN oder Antrag bei Ethikkommission</li> <li>• Es wird von Kohortenstudie gesprochen, obwohl</li> </ul>

							es eine Querschnittstudie ist
Remsburg, 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nutzen von bezahlten Hilfskräften, die einzig zur Assistenz bei Bewohnern, mit einem Risiko für Mangelernährung, eingesetzt werden</li> <li>Verbesserung des Ernährungsstatus</li> <li>Querschnitts-/ Beobachtungsstudie mit Intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>30 Hilfskräfte in einer akademischen Langzeiteinrichtung mit 255-Betten</li> <li>40 Bewohner</li> <li>Randomisierte Zuweisung</li> <li>USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nahrungsmenge</li> <li>Gewicht</li> <li>Biochemische Ernährungsmarker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vergleich der Variablen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einige Hilfskräfte waren außergewöhnlich kreativ im Umgang mit Bewohnern, die schwierig bei der Nahrungseingabe waren</li> <li>Zudem führte die angenehme Atmosphäre im Speisesaal zu einem Anstieg der verzehrten Menge bei den Bewohnern</li> <li>Einige andere Hilfskräfte zeigten sich desinteressiert und kommunizierten in einer unangemessenen Weise mit den Bewohnern und waren zu schnell bei der Nahrungseingabe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Speziell geschultes Pflegepersonal zur Unterstützung der Mahlzeiten pflegebedürftiger Menschen in der Langzeitpflege, dass die Unterstützung nicht für andere pflegerische Tätigkeiten unterbrechen muss, kann zur Verbesserung der Ernährungssituation beitragen</li> <li>Allerdings beim Einsatz von speziell geschulten Zeitarbeitskräften die Qualität und die Kontinuität der Versorgung aufgrund der Unzuverlässigkeit und Verfügbarkeit problematisch, hinzu kommt, dass für Zeitarbeits- bzw. Stundenjobs häufig nur unzureichend qualifizierte Arbeitskräfte zur Verfügung stehen, die viel intensiver von Pflegefachkräften</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenzte Übertragbarkeit, da geringe TN, sehr hohe Abbrecherquote</li> <li>Keine Angaben zu Charakteristika der TN</li> <li>Keine Angaben und Ausführungen zur Erhebung, angewendete Instrumente und deren Güte</li> <li>Keine Angaben zur statistischen Auswertung des Materials und Diskussion der Ergebnisse</li> </ul>

						ten während ihres Einsatzes überwacht werden müssen	
Riviere et al., 2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schulungsprogramm, um dem Gewichtsverlust bei Alzheimerpatienten vorzubeugen</li> <li>Klinisch-multizentrische Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>225 Alzheimerpatienten, mit ihren pflegenden Angehörigen (151 Behandlungsgruppe, 74 Kontrollgruppe)</li> <li>Frankreich, Italien, Spanien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einschätzung des Ernährungsstatus durch Ärzte, Diätassistenten oder das medizinische Team</li> <li>Blandford Scale</li> <li>Schulung der Angehörigen</li> <li>Follow-up: <ul style="list-style-type: none"> <li>- MNA</li> <li>- MMSE</li> <li>- ADL</li> <li>- IADL</li> <li>- CMAI</li> <li>- Blandford Scale</li> <li>- Gewicht</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Student's t Test</li> <li>Kruskall Wallis Test</li> <li>Chi-Quadrat Test</li> <li>ANOVA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das Gewicht der TN in der Behandlungsgruppe nahm zu, Ernährungsstatus insgesamt blieb stabil, während die TN in der Kontrollgruppe abnahmen (jedoch ohne Signifikanz zwischen den Gruppen) und der Ernährungsstatus insgesamt signifikant abnahm</li> <li>Der Kognitionsstatus in der Kontrollgruppe nahm ab.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das Schulungsprogramm für pflegende Angehörige hat positive Effekte auf den Ernährungsstatus und Kognition der Betroffenen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nicht auf Pflegeprofession bezogen, Schulung für pflegende Angehörige</li> </ul>
Simmons et al., 2006 (A continuos..)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pilotstudie zur Qualitätsverbesserung ernährungsbezogener Pflege</li> <li>Beobachtungsstudie mit Intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Langzeiteinrichtung mit 48 Betten</li> <li>Keine expliziten Angaben zur Teilnehmeranzahl</li> <li>USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beobachtungsprotokoll</li> <li>MDS</li> <li>Scoringprotokoll</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine expliziten Angaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nach der Einführung konnte eine signifikante Steigerung der Verzehrsmengen und eine Zunahme an pflegerischer Unterstützung bei den Mahlzeiten festgestellt werden; Be-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trotz Studienlimitierung (Pilotstudie) kann festgestellt werden, dass ein Qualitätsindikator (QI) zur Verbesserung der Ernährungssituation von pflegebedürftigen Altenheimbewohnern (Beobachtungs-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Angaben zu TN Pflege (Qualifikation, Erfahrung im Beruf, Alter Herkunft etc.), kaum zu Bew.; Zielpopulation mangels Ein-/Ausschlusskriterien unklar</li> <li>Keine Angaben zur statistischen Auswertung und Interpretationsprozess der Ergebnisse</li> <li>Keine Angaben zu ethischen Überlegungen</li> </ul>

					<p>wohner mit Supplementen wurde statt der Trinknahrung normales Essen angeboten und mehr Zeit für die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme investiert</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Zunahme der Unterstützung bei Bewohnern mit geringen Verzehrsmengen und mit im MDS bereits festgestelltem funktionellem Unterstützungsbedarf war zu verzeichnen</li> </ul>	<p>/Assessmentbo- gen) mit wenig Aufwand erfolgreich eingeführt werden kann</p>	
<p>Simmons et al., 2007 (Quality Improve...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beurteilung eines staatlichen Förderprogramms bzgl. Bezahler Kräfte zur Nahrungseingabe</li> <li>• Querschnittsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelegenheitsstichprobe von 7 Pflegeheimen</li> <li>• USA</li> </ul>	<p>Standardisierte Beobachtungen und Befragungen</p>	<p>deskriptiv</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die überwiegende Zahl der PFA sind nicht aus der Pflege, ein geringer Anteil sind CNA (8%) und nur wenige sind Zeitarbeitskräfte, die von der Behörde vermittelt werden (8%)</li> <li>• Fachkräfte</li> </ul>	<p>Qualität der Unterstützung durch PFA ist genau so gut wie die der CNA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Zustimmung zu Schlussfolgerungen des Autors, Qualität der Unterstützung durch PFA sei gleich der von CNA</li> <li>• Keine genauen Angaben zu Studienteilnehmer (z. B. Beeinträchtigungen, Gesundheits-/Ernährungszustand der Bewohner; keine beruflichen Hintergründe, Qualifikationen, Berufserfahrung der Pflegekräfte; fehlende Infos zu PFA hinsichtlich Motivation/Beweggründe für diese Tätigkeit)</li> <li>• Nicht genauer untersucht, warum Pflegeleitung/Management und professionelle Pflegekräfte den Einsatz der PFA so enthusiastisch begrüßen (z.B. wirtschaftlicher Faktor/Personaleinsparung; mangelnde Wertschätzung der Unterstützung beeinträchtigter Menschen bei den Mahlzeiten und Chance für CNA,</li> </ul>

					<p>waren während der Mahlzeiten meist nicht anwesend</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 19% der Bewohner die &lt; 50% verzehrten, wurden unterstützt</li> <li>• Ein geringer Anteil der PFA hilft auch bei anderen Pflegetätigkeiten (Mobilisation, Toilettengänge)</li> <li>• Einsatz von (PFA) geschulten Teilzeitkräften für die Unterstützung während der Mahlzeiten von Pflegeheimbewohnern wird von Leitungen und professionellen Pflegekräften begrüßt</li> </ul>	<p>die unliebsame Pflegetätigkeit an Hilfskräfte delegieren zu können; Macht-/Hierarchiefaktoren)</p>
<p>Suominen et al., 2007</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung und Evaluierung eines Schulungsprogramms für professionelle Beschäftigte auf einer Demenzstation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 28 professionelle Kräfte (23 Pflegenden und 5 Angestellte aus dem Küchenbereich)</li> <li>• Assessment von 21 Bewohnern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MNA, BMI vor und nach Schulung</li> <li>• Halbstrukturierte Fragebögen nach der Schulung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chi-Quadrat Test</li> <li>• Student's t Test</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortbildungs-/Schulungsprogramme für Pflegekräfte haben zur signifikanten besseren Energieaufnahme de-</li> <li>• Schulungsmaßnahme ist ein effektives Mittel für den Ernährungszustand der Bewohner</li> <li>• Ein weiteres effektives Mit-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit, da für quantitative Auswertung zu geringe TN (für qual nicht vorgesehen)</li> <li>• Keine genauen Angaben zu den Studienteilnehmern (Krankheiten, Beeinträchtigungen der Bew., Qualifikation und Berufserfahrung der PK)</li> <li>• Keine Angaben zu Ethik u. Studienbias (Studienbias vermutlich hoch, weil keine Störfaktoren)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interventionsstudie mit Pre-/Posttestung, Triangulation mit</li> <li>qualitativen Interviews</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5 Pflegeeinrichtungen</li> <li>Finnland</li> </ul>	lung		<p>menzkranker Altenheimbewohner geführt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Schulung wurde von den Teilnehmern positiv bewertet,</li> <li>Die Pflegenden haben gelernt, die Mahlzeiten hinsichtlich der Ernährungsempfehlungen zu bewerten</li> <li>Vor allem Übungen zur Verzehrmenügenerfassung und -analyse sowie das zunächst als schwierig angesehene Ernährungs-Assessment wurden als sehr hilfreich bewertet</li> <li>Am Ineffektivsten wird das Selbststudium angesehen</li> </ul>	<p>tel ist das Führen und Analysieren von Ernährungstagebüchern</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ren v. Autor beachtet wurden z. B. Krankheit) Haushaltskräfte wurden in die Auswertung einbezogen, keine Differenzierung</li> <li>Keine genauen Angaben zur qualitativen Auswertung</li> <li>Keine Hinweise auf Reliabilitätsprüfung./ Pretest des Interviewbogens</li> <li>Keine Angaben zur Reflexion des Forschers bzgl. Interpretation u. Auswertung der Ergebnisse</li> <li>MNA/BMI alleine fragliche Outcomeparameter</li> </ul>
Woo et al., 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>Untersuchung von Zusammenhängen zwischen der Personaldichte und Mangelernährung in Einrichtungen der</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stratifizierte Stichprobe (öffentlich subventionierte und gewinnorientierte Einrichtungen) von 14 Langzeit-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RAI</li> <li>BMI</li> <li>Alter</li> <li>Geschlecht</li> <li>Funktionsstatus</li> <li>Orale Probleme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Multiple logistische Regression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insgesamt 26% hatten einen BMI &lt;18,5kg/m<sup>2</sup>, häufiger in gewinnorientierten Einrichtungen,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>In öffentlich subventionierten Pflegeeinrichtungen liegen eher Gewichtsverläufe vor</li> <li>Regelmäßige</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anderes Setting (z.B. Altenheime mit weniger als 100 Bew.)</li> <li>Bei Sekundäranalyse: Keine Diskussion, wie hochwertig die Primärstudie war</li> <li>Mehr als doppelt so viele private Heime im Vergleich zu den öffentlich subventionierten Einrichtungen, Vergleichsgruppe BMI &lt; 18 unterschiedlich), keine Diskussion der Ergebnisse</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Langzeitpflege Querschnittsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1914 Bewohner eingeschätzt, davon Rücklaufquote 95% (1820 Bewohner), bei 1699 waren Informationen bzgl. der Ernährung verfügbar</li> <li>Ausschluss: parenterale oder Sondenernährung</li> <li>Hong Kong, China</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geschmacksprobleme</li> <li>Physische Erkrankungen</li> <li>Psychisches Wohlbefinden</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>mit Gewichtsverlust in der Vorgesichte und mehr als 25% der Mahlzeitenmenge wurde nicht verzehrt</li> <li>Mangelernährung stand in Verbindung mit Atemwegserkrankungen, Abhängigkeit bei der Essenseingabe, Geschlecht (Frauen) und Hochaltrigkeit</li> </ul>	<p>Gewichtskontrollen sollten als wichtigster Indikator für die Ernährungssituation durchgeführt werden;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Störvariablen nicht ausreichend berücksichtigt (z. B. strukturelle Unterschiede der Einrichtungen, Personalbemessung)</li> <li>Keine genauen Angaben zu den Pflegekräften (z.B. berufliche Qualifikation, Berufserfahrung u. Einstellung bzgl. Ernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen)</li> <li>Kein Hinweis auf ethische Überlegungen (Ethikkommission, informierte Zustimmung)</li> <li>BMI alleine kein verlässlicher Indikator für EZ</li> </ul>
--	---	---	--	--	--	--	---

**Tabelle 23: Ausgeschlossen: Qualitative Studien Themenfeld "Qualifikation Pflegende"**

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung/ Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen/ Gründe für Ausschluss
Kayser-Jones et al. 1997 (The Effect of Staffing...)	Beeinflussung des Erlebens der Mahlzeiten und der Pflegequalität bei Heimbewohnern durch das Personal  Ergebnisse sind Teil einer 4jährigen anthropologischen Studie	2 Pflegeheime  USA	Teilnehmende Beobachtung  Tiefeninterviews mit Hausärzten (n = 36); Pflegepersonal (n = 50); Bewohner (n= 58) und	Qualitative Analyse beschrieben durch Bernard, Spradley, Morse, Strauss und Corbin	Positive Beziehungsgestaltung/Interaktion und effektive Unterstützungsstrategien wirken sich positiv auf den Ernährungszustand aus, negative Interaktion und ineffektive Unterstützung sind Gefahren für Mangelernährung	Um die Pflegequalität bei den Mahlzeiten zu verbessern, ist es wichtig, dass Pflegenden mit gerontologischer Weiterbildung Bewohner einschätzen und Kollegen in der richtigen	Ziel der Studie, Methode, Auswahl der Teilnehmer, Datenanalyse nicht beschrieben

			Angehörige der Bewohner (n = 50)			Nahrungszufuhr von Bewohnern mit komplexen Ernährungsproblemen unterweisen.	
Pierson, 1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstorganisation und unausgesprochenes Wissen von Pflegenden bzgl. der Ernährung</li> <li>• Phänomenologische Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 Mahlzeiten im Pflegeheim</li> <li>• USA</li> </ul>	Teilnehmende Beobachtung	Ethnomethodologische Analyse als Bezugsrahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Qualitätsanspruch der Altenpflegeeinrichtung misst der Ernährung zwar Bedeutung zu, das Unterstützen bei den Mahlzeiten und Anreichen der Nahrung beeinträchtigter alter Menschen hat allerdings keinen hohen Stellenwert</li> <li>• Die Unterstützung bei den Mahlzeiten durch Pflegehilfskräfte scheint zu banal, wird als selbstverständlich hingenommen und ist es nicht wert, überprüft zu werden; gefährliche Pflegepraktiken (z. B. Feeding-Tables, übervolle Löffel, Gefahren des Verschluckens nicht erkannt, Griffe zum gewaltsamen Öffnen des Mundes, gefühlsmäßige Bewertung der Speisen spiegeln sich in Doku wieder)</li> <li>• Die Pflegedoku spiegelt den Mangel an Wissen über die Bedeutung der Ernährung in bedarfsdeckender, bedürfnisbefriedigender und sozialer Hinsicht sowie die unreflektierte Pflegepraxis wieder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung bei den Mahlzeiten und Essenreichen sollte nicht als banale Selbstverständlichkeit abgewertet werden, ebenso wenig, wie sie als standardisierter Teilbereich eines interaktiven Prozesses oder technische Ablauf gesehen werden darf, sonder stets als komplexer Akt der Unterstützung in seiner Gesamtheit, bei dem es immer individuelle Abweichungen gibt</li> <li>• Ein möglicher erster Schritt zur Veränderung dieser Tatsache und Einführung weiterer Maßnahmen sollte Schulungen und möglicherweise das ernsthaftere Führen der Doku</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit aufgrund des Settings (auch einige Praktiken)</li> <li>• Andere Einflussfaktoren auf Stellenwert und Handeln der Pflegenden nicht berücksichtigt (z. B. Personalschlüssel, Störungen während der Mahlzeiten durch andere Professionen)</li> <li>• PK wussten, dass ihre Arbeit beobachtet wird</li> <li>• Ansicht über Zweck Pflegeplanung nicht näher beleuchtet (z.B. Absicherung bei Behörden oder Planungshilfe für Pflege)</li> <li>• Keine Ausführungen zur Reflexion zwischen Forscher und Studienteil-</li> </ul>

							nehmer <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studienbias nicht diskutiert</li> <li>• Keine Hinweise zu ethischen Überlegungen, informed consent oder Antrag bei Ethikkommission</li> <li>• Keine detaillierten Angaben zu den TN</li> </ul>
--	--	--	--	--	--	--	--

**Tabelle 24: Ausgeschlossen: Review Themenfeld "Qualifikation Pflegende"**

Autor, Jahr	Fragestellung	Methodik	Ergebnisse/ Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen/ Gründe für Ausschluss
Alfengard, 2005				Schwedische Veröffentlichung (keine Übersetzung verfügbar)
Arrowssmith, 1998	Keine expliziten Angaben	Keine expliziten Angaben	Die Rolle der NNS (Nutrition nurse specialist) in Großbritannien, die sich aus der BAPEN entwickelt hat (British Association of Parenterale und Enteral Nutrition, vergleichbar mit der DGEM Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin), deren Aufgaben die klinische Praxis, Schulung, Management, Patienten-Anwalt und wissenschaftliche Arbeit umfassen, wird als eine wichtige, spezifische pflegerische Expertise und Bestandteil von multiprofessionellen Ernährungsteams zur Sicherstellung der Ernährungsversorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen gesehen. Allerdings ist der Tätigkeitsbereich sehr einseitig und zu sehr auf enterale und parenterale Ernährung ausgerichtet, die orale Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bleibt im wesentlichen unberücksichtigt und sollte Bestandteil der Aufgabenbereiche einer NNS sein.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zu spezifisch, da auf ein Berufsbild bezogen, dass es bei und so nicht gibt</li> <li>• Keine ausreichende Systematik für Review-Kriterien</li> <li>• Aber gute, Literaturbasierte Expertenmeinung</li> </ul>

McGillivray, 1999	Keine expliziten Angaben	Keine expliziten Angaben	<p>Aufgrund inadäquater Versorgung durch mangelnde Qualifikation und Wissensdefizite im Bereich Ernährung und Unterstützung kognitiv u. funktional beeinträchtigter Menschen und ungeeignete Versorgungsstrukturen/Pflegeorganisationsstrukturen sind Mahlzeiten für Demenzkranke in Einrichtungen der Langzeitpflege in gleicher Weise gestresst, wie die unterstützenden Pflegenden; Mängel, Unkenntnisse auch insbesondere im Bereich Assessment/Erfassung der Ernährungssituation, Essverhalten und Probleme beim Essen und Trinken der demenzkranken Menschen; Sensibilität für die unangenehme und schambesetzte Situationen der Demenzkranken/Hilfebedürftigen fehlt den Pflegenden; Hilfskräfte sind sich selbst überlassen, keine Begleitung/Überwachung durch Pflegefachkräfte;          Qualifizierung/Schulung von Pflegefach- und Pflegehilfskräften, Betreuung/Überwachung von Hilfskräfte während der Mahlzeiten und Verbesserung der Pflegeorganisation durch Organisationssystem Primary Nursing kann Ernährungssituation von demenzkranken Menschen in der Langzeitpflege verbessern</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht alle Empfehlungen sind hinreichend genug untersucht</li> <li>• Systematik bei der Auswahl und Bewertung der Studien nicht ausreichend beschrieben</li> </ul>
Simmons et al., 2007 (A Preliminary...)	Keine expliziten Angaben	Keine expliziten Angaben	<p>Statement, bezogen auf die Ergebnisse aus den Studien von Simmons (2001, 2004, 2006a/b) zur Sicherstellung der Versorgung von Pflegeheimbewohnern bei den Mahlzeiten durch Verbesserung der Personalsituation (mehr Pflegepersonal mit besserer Qualifikation) und Einführung von QI Qualitätsindikatoren (Assessment der Ernährungssituation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine ausreichende Systematik für Review-Kriterien, aber gute, literaturbasierte Expertenmeinung</li> </ul>

## 7.5 Ausgeschlossen: Themenfeld „Rolle und Einstellung der Pflegenden“

**Tabelle 25: Ausgeschlossen: Quantitative Studien Themenfeld "Rolle und Einstellung der Pflegenden"**

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung/ Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen/ Gründe für Ausschluss
Christensson et al., 2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testung der Hypothese, dass ein Schulungs- und Implementierungsprogramm die Einstellung der Pflegenden verändert</li> <li>• Vorher-/ Nachher- experimentelles Design</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 185 Pflegenden und Pflegehelfer von 8 Stationen in Alten- und Pflegeheimen in Gemeinden Südschwedens angefragt</li> <li>• Vorhermessung: 176 TN (75 Experimentalgruppe, 101 Kontrollgruppe)</li> <li>• Nachhermessung: 192 TN (86 Experimentalgruppe, 106 Kontrollgruppe)</li> <li>• 62 TN in der Experimentalgruppe und 89 TN in der Kontrollgruppe nahmen an beiden Messungen teil</li> <li>• Schweden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SANN Scale vor und nach Intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mann-Whitney U-Test</li> <li>• Wilcoxon's Rangsummentest für gepaarte Daten, sowie für Scoreunterschiede zwischen den Dimensionen der Scala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellung zur Ernährung und pflegerische Versorgung bei ernährungsrelevanten Problemen hat sich nach der Intervention (Schulung Pflegekräfte) nicht signifikant verändert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Mehrheit der Pflegekräfte in Experimental- und Kontrollgruppe hat zwar eine positive Einstellung, allerdings vor allem hinsichtlich der Bedeutung von Speisen und weniger hinsichtlich der Fähigkeiten und Selbstständigkeit der Patienten oder der Erfassung der Ernährungssituation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Methode, Studiendurchführung und Teilnehmerzuweisung nicht klar beschrieben</li> <li>• Keine Angaben zur Schulung (Inhalte)</li> <li>• Keine Angaben wie beruflichen Hintergründen der Pflegekräfte (Qualifikation, Berufserfahrung, Fortbildungen/Erfahrungen mit dem Thema Ernährung) mögliche Störvariable</li> <li>• Möglicher Verzerrungseffekt aufgrund soziale Erwünschtheit: das gute Ergebnis zur positiven Einschätzung zur Unterstützung und Qualität der Verpflegung könnte auch in dieser Studie aus dem öffentlichen Druck und die Diskussion über Mangelernährung bei alten Menschen resultieren</li> </ul>
Hayward, 2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung bzgl. der Einführung von Ernährungskoordinatoren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine genauen Angaben</li> <li>• 2 Health Care Assistants</li> <li>• Großbritannien</li> </ul>	Keine expliziten Angaben	Keine expliziten Angaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positive Effekte auf den Ernährungszustand</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung von Stations-Ernährungs-Koordinatoren (WNC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zu geringe TN (1 von 2 WNC am Ende der Intervention)</li> <li>• Keine genauen Angaben zu Charakteristika der Studienteilnehmer</li> <li>• Keine Angaben zur Methode und statistische</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interventionsstudie</li> </ul>					<p>kann zur Verbesserung der Ernährungsversorgung von Patienten im Krankenhaus führen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ergänzung zur Hauswirtschaft und unterstehen Nutrition Nurse Specialists</li> <li>allerdings nur eine Ergänzung in der Pflege und ersetzen die professionelle Pflege nicht, bestimmte pflegerische Tätigkeiten bleiben der Pflege vorbehalten</li> </ul>	Auswertung/Evaluation
Lennard-Jones, 1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>Befragung bzgl. der zuletzt aufgenommenen Patienten</li> <li>Querschnittstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>454 Pflegenden</li> <li>319 Ärzte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fragebogen</li> </ul>	Deskriptive Analyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Ergebnisse zeigen ein mangelndes Bewusstsein von Pflegekräften und Ärzten über die Bedeutung der Erfassung des Ernährungszustandes zur Identifizierung von Patienten mit Ge-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es zeigt sich, dass Pflegekräfte zwar häufiger Gewichte erheben und nach Gewichtsverlust oder Verzehrsmengen fragen als Ärzte, aber sie dokumentieren weniger häufig als die Ärzte, wenn diesen Ernährungszustand erfassen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Angaben zu TN (Qualifikation, Berufserfahrung, spez. Fortbildungen zu Ernährung)</li> <li>Verzerrungseffekt: Ausfüllen der Fragebogen erfolgte im Beisein oder durch Abfrage des Forschers (soziale Erwünschtheit)</li> <li>Verzerrung durch Frage ob Ernährungszustand erfasst wird (soziale Erwünschtheit)</li> <li>Keine genauen Angaben zur statistischen Auswertung</li> <li>Keine Angaben zu Pretest (z.B. Reliabilitätsnachweis)</li> </ul>

					<p>fahr für Mangelernährung bei Krankenhausaufnahme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1/3 der Pflegekräfte und 1/2 der Ärzte, die angeben, dass sie nicht wiegen bzw. nicht wissen ob Gewichte vorliegen, finden Gewichtsmessungen unwichtig</li> </ul>		
<p>Morin et al., 2005</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung, ob eine Kürzung der Pflegestunden um 30%, pflegespezifische Dimensionen enthalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 104 Pflegenden von Pflegestationen in 3 Langzeitpflegeeinrichtungen</li> <li>• Kanada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragebögen</li> <li>• 3 Fallbeschreibungen</li> </ul>	<p>Keine expliziten Angaben</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausgehend davon, dass nur 70% des Pflegebedarfs bezahlt und daher Zeit bei vorgegebenen Pflegebereichen der Pflegebedarf (Pflegeaufwand) gekürzt werden soll, haben Pflegekräfte bei den drei Fallbeispielen vor allem in den Bereichen Körperpflege, Kom-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Da alle vorgegebenen Pflegebedarfskategorien in der Verantwortung der Pflege liegen, wird als Grund für die unterschiedlichen Kürzungen angenommen, dass insbesondere die Ernährung, Ausscheidung nicht gekürzt werden kann, da sie unmittelbar die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen beeinträchtigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TN mit unterschiedlichen Qualifikationen</li> <li>• Keine weiteren Pflegebedarfe berücksichtigt</li> <li>• Nur drei Fallbeispiele, die sehr ungenau beschrieben sind, nur Minutenbedarfe</li> <li>• Sehr spezifisch auf Gesundheitssystem und finanzielle Organisation in Kanada auf die Region um Quebec begrenzt bezogen</li> <li>• Keine Empfehlungen für Expertenstandard ableitbar</li> </ul>

					<p>munikation und Mobilisation mit &gt;30% benachteiligend gekürzt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Pflegebedarf in den Bereichen Ernährung, Ausscheidung, Behandlungspflege und med. Diagnostik wurde mit &lt;30% gekürzt</li> </ul>	können;	
Nicolaides-Bouman et al., 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation von Inhalt, Patientenakzeptanz, und Erfahrungen der Teilnehmer eines Hausbesuchsprogramms für Patienten, mit selbstberichteten Gesundheitsproblemen</li> <li>• RCT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stichprobe wurde aus einer postalischen Befragung von 4901 Menschen zwischen 70 – 84 Jahre gezogen (Rücklaufquote: 76%)</li> <li>• 160 alte Menschen (Behandlungsgruppe), 170 alte Menschen (Kontrollgruppe)</li> <li>• zu Hause lebend</li> <li>• in diesem Artikel liegt der Fokus auf der Behandlungsgruppe</li> <li>• Niederlande</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardisiertes Besuchsprotokoll</li> <li>• EasyCare Questionnaire</li> <li>• ADL</li> <li>• IADL</li> </ul>	Deskriptive Analyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausbesuche durch spezialisierte Pflegekräfte bei Zuhause lebenden Senioren haben positiven Effekt</li> <li>• Es werden Gesundheitsprobleme identifiziert</li> <li>• Am häufigsten sind allgemeine Erkrankungen (87%), gefolgt von psychischen (66%), muskuloskeletalen (63%) und sozialen Problemen;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besuchsprogramm erweist sich als ein praktikables Mittel und wird von den Menschen gut akzeptiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine genauen Angaben zu Ernährungsproblemen und Interventionen, und TN mit Problemen im Bereich Ernährung mit 6% zu gering, um auf Effekt schließen zu können</li> <li>• Fokus der Studie liegt <u>nicht</u> auf den Bereich der Ernährung, daher kann nur aus der Schlussfolgerung mit Hintergrundwissen zu Mangelernährung auf ein Präventionspotential für Mangelernährung geschlossen werden</li> </ul>

Rasmussen et al., 1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einsatz der klinischen Ernährung in dänischen KH's und Vergleich mit Leitlinien</li> <li>Querschnittsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>857 Teilnehmer</li> <li>Dänemark</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fragebogen</li> </ul>	Deskriptiv Analyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Umsetzung der klinischen Ernährung, d.h. die Erfassung der Ernährungssituation und Reaktion auf Ernährungsproblemen in Dänischen Krankenhäusern erfüllt nicht den Standard der JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation)</li> <li>Mit Ausnahme der Intensivstation gibt es eine große Diskrepanz zwischen der Haltung bzw. Einstellung und der tatsächlichen Umsetzung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es sollten Leitlinien eingeführt werden, Ernährungsteams gebildet werden, die Mitarbeiter gut geschult sein und zudem geeignete Screening-Instrumente verfügbar sein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Empfehlungen zielen auf Entwicklung von Guidelines/Leitlinien ab</li> <li>Keine Angaben zur Qualifikation, Berufserfahrung der Pflegekräfte oder zu spez. Fortbildungen zu Ernährung bei Pflegekräften und Ärzten (hierzu keine Ein-/Ausschlusskriterien)</li> <li>Verzerrungseffekt: Fragen zu Verantwortlichkeit oder Haltung könnte im Sinne sozialer Erwünschtheit beantwortet werden</li> <li>Keine Angaben zu Validitäts-/Reliabilitätsnachweis</li> <li>Biaseffekt (s. sich widersprechende Antworten der Pflegekräfte und Ärzte hinsichtlich der Verantwortung)</li> <li>Rücklauf gering (43%)</li> <li>Keine Angaben zu ethischen Überlegungen, Überlegungen zu Vor-/Nachteile der TN nicht angegeben</li> </ul>
Xia et al., 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>Untersuchung zu den Aufgaben der Pflegenden bei den Mahlzeiten</li> <li>Deskriptive, quantitative Studie, mit qualitativem Methodenmix</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>50 Pflegenden und 48 Bewohner auf zwei internistischen Stationen</li> <li>Australien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Standardisiertes Beobachtungsprotokoll</li> <li>8 halbstrukturierte Interviews (4 Pflegenden/ 4 Patienten)</li> </ul>	Keine expliziten Angaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>die Unterstützung Pflegbedürftiger bei den Mahlzeiten erfolgt inadäquat oder verspätet (bis zu 37 Minuten nach dem Verteilen der Tabletts)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ernährung scheint einen geringen Stellenwert bei Pflegenden zu haben</li> <li>Nur die mengenmäßige Zunahme des Pflegepersonals scheint keine Lösung, Pflege-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenzte Übertragbarkeit wg. geringe TN</li> <li>Keine genauen Angaben zu TN (Einschränkungen soz.-demograph Daten der Pat., berufliche Hintergründe u. Erfahrungen, Qualifikationen, Auseinandersetzung mit Thema der Pflegekräfte)</li> <li>Keine Angaben zu ethischen Aspekten (Ethikantrag, informierte Zustimmung der TN)</li> <li>Keine Angaben zu Studien-Bias, Reflexion der Forscher hinsichtl. der Interviewsituation und mögliche störende Einflussfaktoren</li> <li>Keine genauen Angaben zur Auswertung (we-</li> </ul>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Essen wird vom Küchenpersonal gebracht und abgetragen, Pflegekräfte achten erst auf Verzehrsmengen, wenn bereits Auffällige Gewichtsveränderungen vorliegen</li> <li>• Speisen sehen oft unappetitlich aus</li> <li>• Es wird wenig Wert auf eine angemessene Umgebungsgestaltung gelegt (z. B. Unterbrechung der Mahlzeiten durch med. Visiten, es wird über Pat hinweg gesprochen,</li> </ul>	<p>gekräfte müssen auch geschult und sensibilisiert werden, um die Einstellung zur Bedeutung der Ernährung bei pflegebedürftigen Patienten verändern, auf ernährungsrelevante Veränderungen achten und angemessen unterstützen zu können</p>	<p>der zu quant noch zu qual Methode)</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

**Tabelle 26: Ausgeschlossen: Qualitative Studien Themenfeld "Rolle und Einstellung der Pflegenden"**

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung/ Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen/ Gründe für Ausschluss
-------------	-----------------------	---------------------	---	-----------------	------------	--------------------	--

<p>Dewing, 1996</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten/ Pflegenden Erfahrungen bei der Nahrungseingabe</li> <li>• Phänomenologische Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 Teilnehmer</li> <li>• USA</li> </ul>	<p>Interviews</p>	<p>Inhaltsanalyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Probleme beim Essen und Trinken, die Unterstützungsbedarf erfordern, sind für Patienten eine sehr schwierige und unangenehme Situation</li> <li>• Pflegekräfte unterstützen Patienten nicht individuell und adäquat;</li> <li>• der Stress und Routineabläufe im Krankenhausalltag und weniger die Patienten stehen im Mittelpunkt des Geschehens</li> <li>• Gewichtsverläufe werden nicht dokumentiert</li> <li>• Privatsphäre beeinträchtigter Menschen beim Essen/Trinken (z. B. bei Schluck-/Kautstörungen) nicht immer gewährleistet; einige Bewohner fühlen sich genötigt, die Mahlzeiten in Gesellschaft einzunehmen, würden lieber alleine essen</li> <li>• Hilfe und Unterstützung wird von den Patienten nur ungern eingefordert, sie wollen den Pflegenden nicht zur Last fallen;</li> </ul>	<p>Unterstützung bei den Mahlzeiten hat keinen hohen Stellenwert bzw. geringe Priorität bei Pflegekräften; es gibt zwar Primary Nursing/Team Nursing, aber es mangelt an Verständnis und an Wissen über die Bedeutung der Ernährung für pflegebedürftige Menschen und an Unterstützungsmethoden bei Ernährungsproblemen; es erfolgt kein Re-Assessment zur Erfassung von Veränderungen bei bereits festgestellten ernährungsrelevanten Einschränkungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte Übertragbarkeit wg. geringer TN (für qual. Stud. auch nicht vorgesehen)</li> <li>• Anderes Setting, Beeinflussende Faktoren bei Ernährung nicht berücksichtigt</li> <li>• Begrenzte Anzahl der Mahlzeiten, nur auf Mittagessen bezogen</li> <li>• Keine genauen Angaben zu Charakteristika der Studienteilnehmer (Pat., Pflegekräfte)</li> <li>• Beschreibung des Settings fehlt</li> <li>• Keine Angaben zur Reflexion des Forschers bzgl. Interpretationsprozess Studienbias</li> <li>• Keine Ethikkommission befragt, allerdings informierte Zustimmung</li> </ul>
<p>Ryan et al. 2006</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine expliziten Angaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 Pflegenden von 3 spezialisierten Stationen für Essstörungen aus 2 städtischen Krankenhäusern</li> <li>• Australien</li> </ul>	<p>Halbstrukturierte Interviews</p>	<p>Diskursiv-analytische Auswertung der Interviews</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 wesentliche Aspekte für den Erfolg von pflegerischer Intervention bei Patienten mit Essstörungen scheinen von Bedeutung: Pflege/Pflegekraft             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. als liebevolle empathische Unterstützung,</li> <li>2. als Autorität, die diszipliniert und zur Durchführung der Behandlung anhält, und</li> <li>3. als kontinuierlicher, verlässlicher Ansprechpartner/Begleiter rund um die Uhr</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegenden sind entscheidend für die Beziehungsgestaltung mit den Patienten</li> <li>• Es können jedoch aus den Ergebnissen keine Empfehlungen für eine Intervention abgeleitet werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verallgemeinerung und Übertragung der Ergebnisse nur eingeschränkt, da zu wenige, sehr spezifische Teilnehmer und Studiendesign (qual Stud) nicht dafür geeignet</li> <li>• Zu spezifische Probandengruppe: Anorexia Nervosa</li> </ul>
<p>Pearson,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegenden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnehmende</li> </ul>	<p>Keine expliziten</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aus Sicht der Pflegenden und</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Methoden zur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Angaben zu</li> </ul>

2003	bzgl. der Aktivitäten von Pflegenden bei der Nahrungseingabe <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitative Studie mit phänomenologischem Ansatz</li> </ul>	und Bewohner einer Pflegestation <ul style="list-style-type: none"> <li>• USA</li> </ul>	Beobachtung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Halbstrukturierte Interviews</li> </ul>	Angaben	der Bewohner können Probleme während der Mahlzeiten minimiert werden, wenn entsprechende Möglichkeiten bestehen, eine Beziehung zwischen Pflegekräften und Bewohnern herzustellen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bew. trauen sich eher ihre Wünsche oder Unzufriedenheit zu äußern und Pflegenden können dann auch darauf reagieren</li> <li>• PK wissen auch eher über tatsächlichen Unterstützungsbedarf oder Fähigkeiten der Bew. Bescheid, kennen Vorlieben und Abneigungen; wenn Beziehung erst einmal aufgebaut ist, können auch fragwürdige Unterstützungstechniken abgeschafft werden und ein partnerschaftliches Verhältnis entstehen;</li> </ul>	Förderung der Interaktion zwischen den Bewohnern sollten in allen Pflegeheimen eingeführt werden <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegenden sind zwar bemüht und interessiert an besserer Beziehungs- und Mahlzeitengestaltung, aber geprägt durch die Kultur der Einrichtung nehmen sie viele Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner nicht wahr</li> <li>• Forschungsbedarf besteht, ob Kontinuität bei der Unterstützung tatsächlich zur Verbesserung der Ernährungssituation beiträgt</li> </ul>	Charakteristika der TN (Bewohner, Pflegekräfte) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine genauen Angaben zur Analyse und Interpretationsprozess</li> <li>• Keine Angaben zum Nachweis der Reliabilität (Interview, Beobachtung); Keine Angaben zur Auswertung, Interpretation und Ergebnisse des Forschers</li> <li>• Beziehungsreflexion beschränkt sich auf die 3 Tage Eingewöhnungsphase</li> <li>• Keine Angaben zur Diskussion des möglichen Studienbias</li> </ul>
------	---	--	--	---------	--	--	--

**Tabelle 27: Ausgeschlossen: Review Themenfeld "Rolle und Einstellung der Pflegenden"**

Autor, Jahr	Fragestellung	Methodik	Ergebnisse/ Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen/ Gründe für Ausschluss
Cortis, 1997	Keine expliziten Angaben	Keine expliziten Angaben	Statements und Begründung seitens öffentlicher Gesundheitseinrichtungen und Ministerien in UK zur Rolle der Pflege bei der Ernährung, Prävention von Mangelernährung und Unterstützung von Patienten im Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zu spezifisch, da es sich auf das britische Gesundheitssystem bezieht</li> <li>• Keine ausreichende Systematik für Review-Kriterien, aber gute, literaturbasierte Expertenmeinung</li> </ul>

Halek, 1997	Keine expliziten Angaben	Keine expliziten Angaben	Strategien zur pflegerischen Versorgung von Patienten mit Problemen beim Essen und Trinken, Prävention von Mangelernährung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine literaturbasierte Expertenmeinung</li> </ul>
Kowanko, 1997	Keine expliziten Angaben	Keine expliziten Angaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pat.-Outcome im Hinblick auf die Ernährungssituation/-zustand bei Patienten im Krankenhaus kann verbessert werden, wenn sich Pflege an der Sicherstellung der Ernährung beteiligt</li> <li>Erfassung von Risiken für Mangelernährung, tiefergehendes Assessment, Unterstützung bei Menüauswahl, bei den Mahlzeiten, Motivation der Pat. zu Essen/Trinken, Überwachung des Ernährungszustandes, der Verzehrmenngen u. ernährungsrelevanter Interventionen, für angenehme Atmosphäre bei Mahlzeiten sorgen, Pat. zum Speiseraum bringen, Koop./Koord. mit anderen Berufsgruppen</li> <li>Das Thema Ernährung und die Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen hat in der Pflege keinen hohen Stellenwert; Wissensdefizite Pflegender können in den Bereichen Assessment, Monitoring, Unterstützung bei spezifischen Beeinträchtigungen, Gestaltung der Mahlzeiten pflegebedürftiger Patienten oder Kooperation/Koordination mit Berufsgruppen festgestellt werden</li> <li>Für eine adäquate Beteiligung der Pflege bei der Sicherstellung der Ernährung ist die Sensibilisierung und Schulung von Pflegekräften nötig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fragestellung nicht genau angegeben</li> <li>Keine Angaben zu Recherchen und Methodik bei der Studienbewertung</li> <li>Sehr gute, literaturbasierte Expertenmeinung, allerdings zu spezifisch da es sich ausschließlich auf das britische Gesundheitssystem bezieht</li> </ul>
Nightingale, 1860	Keine expliziten Angaben	Keine expliziten Angaben		<ul style="list-style-type: none"> <li>Empfehlungen sind in den meisten Fällen nicht mehr übertragbar, da durch wissenschaftliche Erkenntnisse überholt</li> <li>Situation mit der heutigen nicht vergleichbar, Zuständigkeit der Pflege im Bereich der Ernährungsversorgung hat sich durch Ernährungswissenschaft, Diätassistenten, Küche und Hauswirtschaft verändert</li> </ul>

## 7.6 Ausgeschlossen: Themenfeld „Ethik“

**Tabelle 28: Ausgeschlossen: Quantitative Studien Themenfeld "Ethik"**

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung/ Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studiengrenzen/ Gründe für Ausschluss
Backström et al., 1987	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verhalten von beeinträchtigten Patienten bei der Nahrungseingabe</li> <li>Querschnittstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>214 Patienten</li> <li>Schweden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Standardisierte Beobachtungen</li> </ul>	Deskriptive Analyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>94% waren innerhalb 20 Min. fertig mit der Mahlzeit</li> <li>2% lehnten Nahrungsaufnahme ab (Inzidenz)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dienstanweisungen für Pflegende könnte möglicherweise die Ernährungssituation für Patienten verbessern</li> </ul>	Situation von Altenheimbewohnern während der Mahlzeiten, starker Wechsel von Pflegenden bei starken Beeinträchtigungen
Montleoni et al., 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bericht über Qualitätsverbesserungsstrategie zur Reduzierung von Ernährungs sonden bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz</li> <li>Interventionsstudie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Städtisches 652-Betten-Krankenhaus</li> <li>USA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retrospektive Dokumentenanalyse</li> <li>Keine expliziten Angaben zu Methoden der Datenerhebung bzgl. der Intervention</li> </ul>	Keine expliziten Angaben	Anzahl der Ernährungs sonden bei Demenzpatienten konnte weitgehend reduziert werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Multidisziplinäre Herangehensweise ist der beste Ansatz zur Verbesserung</li> <li>Fokus auf ein bestimmtes Problem führt zu einer gemeinsamen Kultur des beteiligten Personals</li> <li>Notwendigkeit, einheitliche Ziele für die Patienten zu setzen</li> </ul>	Entscheidungsfindung und Umgehensweise bei der Versorgung mit künstlicher Ernährung/PEG

Tabelle 29: Ausgeschlossen: Qualitative Studien Themenfeld "Ethik"

Autor, Jahr	Fragestellung, Design	Stichprobe, Setting	Methoden der Datenerhebung/ Instrumente	Analysemethoden	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Kommentare der Reviewer/ Studien- grenzen/ Gründe für Ausschluss
Duggal et al., 2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ablehnen von Essen und Trinken als Ausdruck psychosozialen Verhaltens im Alter</li> <li>Fallbeschreibungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zwei 82jährige Frauen (eine im Pflegeheim/ eine im Krankenhaus)</li> <li>Großbritannien</li> </ul>	2 Fallbeschreibungen, ohne expliziten Angaben zur Methodik	Keine expliziten Angaben	Ablehnung von Nahrung ist nicht notwendigerweise Ausdruck einer Essstörung, sondern eine Form von Protest oder Hungerstreik	Verhaltensmethoden und Einbezug der Betroffenen in der Entscheidungsfindung als Lösung für das Problem	Ablehnen von Essen und Trinken als Ausdruck psychosozialen Verhaltens im Alter
The et al., 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>Untersuchung bzgl. Praxis der Vorenthaltung von Nahrung und Flüssigkeit bei älteren Patienten mit Demenz</li> <li>Ethnographische Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>35 Patienten mit Demenz</li> <li>8 Ärzte</li> <li>43 Pflegendende</li> <li>32 Familien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teilnehmende Beobachtung</li> <li>Qualitative Analyse medizinischer Akten</li> <li>Halbstrukturierte Interviews</li> </ul>	Fallstudienanalyse mit Vergleich von ähnlichen und unterschiedlichen Fällen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entscheidungsfindung bei der Vorenthaltung von künstlicher Ernährung bei schwer demenzkranken Menschen hängt von verschiedenen Situationen und Bedingungen ab (z.B. Nahrungsvorzicht bei sichtbarem Zerfall)</li> <li>Entscheidungsgewalt für oder gegen medizinische Maßnahmen incl. Ernährung liegt in erster Linie bei den Ärzten, Pflege spielen allerdings neben den Angehörigen eine große Rolle dabei (Entscheidungsprozess begründet sich auf Patientenverfügung, Willensäußerungen, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufgrund der häufig unabsehbaren Verläufe und Vielschichtigkeit der Situationen sollten daher auch viel häufiger und vor allem viel eher die Angehörigen in die Entscheidungsprozesse für oder gegen lebenserhaltende Maßnahmen und künstlicher Ernährung einbezogen werden</li> <li>Patientenverfügungen als hilfreiches Instrument in der Entscheidungsfindung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begrenzte Übertragbarkeit wg. Setting und TN-Zahl (bei Qual Stud nicht erforderlich)</li> <li>Mangelnde Angaben zu Reliabilitätsnachweis, zu Auswertung und Interpretationsprozess, zu Beziehung zwischen Forschern und TN und zu ethischen Aspekten</li> </ul>
Haufe, 2004							Zu spezifisch, nur auf eine ethnische Gruppe jüdischer Altenheimbewohner bezogen
Kronsteiner, 2004							Zu spezifisch, nur auf eine ethnische Gruppe jüdischer Altenheim-



## 8. Literaturliste der eingeschlossenen Studie

- Altus, D. E., Engelman, K. K., & Mathews, R. M. (2002). Using family-style meals to increase participation and communication in persons with dementia. *J Gerontol Nurs*, 28(9), 47-53.
- Amella, E. J. (1999). Factors influencing the proportion of food consumed by nursing home residents with dementia. *J Am Geriatr Soc*, 47(7), 879-885.
- Amella, E. J. (2002). Resistance at mealtimes for persons with dementia. *J Nutr Health Aging*, 6(2), 117-122.
- Bachrach-Lindstrom, M., Jensen, S., Lundin, R., & Christensson, L. (2007). Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care. *J Clin Nurs*.
- Beattie, E. R., Algase, D. L., & Song, J. (2004). Keeping wandering nursing home residents at the table: improving food intake using a behavioral communication intervention. *Aging Ment Health*, 8(2), 109-116.
- Chang, C. C., & Lin, L. C. (2005). Effects of a feeding skills training programme on nursing assistants and dementia patients. *J Clin Nurs*, 14(10), 1185-1192.
- Chang, C. C., Wykle, M. L., & Madigan, E. A. (2006). The effect of a feeding skills training program for nursing assistants who feed dementia patients in Taiwanese nursing homes. *Geriatr Nurs*, 27(4), 229-237.
- Christensson, L., Ek, A. C., & Unosson, M. (2001). Individually adjusted meals for older people with protein-energy malnutrition: a single-case study. *J Clin Nurs*, 10(4), 491-502.
- Croghan, N. L., Evans, B., Severtsen, B., & Shultz, J. A. (2004). Improving nursing home food service: uncovering the meaning of food through residents' stories. *J Gerontol Nurs*, 30(2), 29-36.
- Croghan, N. L., & Shultz, J. A. (2000). Nursing assistants' perceptions of barriers to nutrition care for residents in long-term care facilities. *J Nurses Staff Dev*, 16(5), 216-221.
- Croghan, N. L., & Shultz, J. A. (2000). Comparing nutrition knowledge exam scores with reported nutrition topics of interest among nursing home nurses. *J Nurses Staff Dev*, 16(6), 277-281.
- Croghan, N. L., Shultz, J. A., Adams, C. E., & Massey, L. K. (2001). Barriers to nutrition care for nursing home residents. *J Gerontol Nurs*, 27(12), 25-31.
- Croghan, N. L., Shultz, J. A., & Massey, L. K. (2001). Nutrition knowledge of nurses in long-term care facilities. *J Contin Educ Nurs*, 32(4), 171-176.
- Desai, J., Winter, A., Young, K. W., & Greenwood, C. E. (2007). Changes in type of foodservice and dining room environment preferentially benefit institutionalized seniors with low body mass indexes. *J Am Diet Assoc*, 107(5), 808-814.
- Dube, L., Paquet, C., Ma, Z., McKenzie, D. S., Kergoat, M. J., & Ferland, G. (2007). Nutritional implications of patient-provider interactions in hospital settings: evidence from a within-subject assessment of mealtime exchanges and food intake in elderly patients. *Eur J Clin Nutr*, 61(5), 664-672.
- Dunne, T. E., Neargarder, S. A., Cipolloni, P. B., & Cronin-Golomb, A. (2004). Visual contrast enhances food and liquid intake in advanced Alzheimer's disease. *Clin Nutr*, 23(4), 533-538.
- Edwards, N. E., & Beck, A. M. (2002). Animal-assisted therapy and Nutrition in Alzheimer's disease. *West J Nurs Res*, 24(6), 697-712.
- Elmstahl, S., Blabolil, V., Fex, G., Kuller, R., & Steen, B. (1987). Hospital nutrition in geriatric long-term care medicine. I. Effects of a changed meal environment. *Compr Gerontol [A]*, 1(1), 29-33.
- Evans, B. C., Croghan, N. L., & Shultz, J. A. (2004). Resident coping strategies in the nursing home: an indicator of the need for dietary services change. *Appl Nurs Res*, 17(2), 109-115.
- Goddaer, J., & Abraham, I. L. (1994). Effects of relaxing music on agitation during meals among nursing home residents with severe cognitive impairment. *Arch Psychiatr Nurs*, 8(3), 150-158.

- Irving, G. F., Olsson, B. A., & Cederholm, T. (1999). Nutritional and cognitive status in elderly subjects living in service flats, and the effect of nutrition education on personnel. *Gerontology*, 45(4), 187-194.
- Kayser-Jones, J., Schell, E. S., Porter, C., Barbaccia, J. C., & Shaw, H. (1999). Factors contributing to dehydration in nursing homes: inadequate staffing and lack of professional supervision. *J Am Geriatr Soc*, 47(10), 1187-1194.
- Kofod, J., & Birkemose, A. (2004). Meals in nursing homes. *Scand J Caring Sci*, 18(2), 128-134.
- Kowanko, I., Simon, S., & Wood, J. (1999). Nutritional care of the patient: nurses' knowledge and attitudes in an acute care setting. *J Clin Nurs*, 8(2), 217-224.
- Lange-Alberts, M. E., & Shott, S. (1994). Nutritional intake. Use of touch and verbal cuing. *J Gerontol Nurs*, 20(2), 36-40.
- Locher, J. L., Robinson, C. O., Roth, D. L., Ritchie, C. S., & Burgio, K. L. (2005). The effect of the presence of others on caloric intake in homebound older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 60(11), 1475-1478.
- Mamhidir, A. G., Karlsson, I., Norberg, A., & Mona, K. (2007). Weight increase in patients with dementia, and alteration in meal routines and meal environment after integrity promoting care. *J Clin Nurs*, 16(5), 987-996.
- Nijs, K. A., de Graaf, C., Kok, F. J., & van Staveren, W. A. (2006). Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. *Bmj*, 332(7551), 1180-1184.
- Olsson, U., Bergbom-Engberg, I., & Ahs, M. (1998). Evaluating nurses' knowledge and patients energy intake after intervention. *Clin Nurse Spec*, 12(6), 217-225.
- Osborn, C. L., & Marshall, M. J. (1993). Self-feeding performance in nursing home residents. *J Gerontol Nurs*, 19(3), 7-14.
- Pasman, H. R., The, B. A., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Wal, G., & Ribbe, M. W. (2003). Feeding nursing home patients with severe dementia: a qualitative study. *J Adv Nurs*, 42(3), 304-311.
- Pedersen, P. U. (2005). Nutritional care: the effectiveness of actively involving older patients. *J Clin Nurs*, 14(2), 247-255.
- Pelletier, C. A. (2005). Feeding beliefs of certified nurse assistants in the nursing home: a factor influencing practice. *J Gerontol Nurs*, 31(7), 5-10.
- Perry, L. (1997). Nutrition: a hard nut to crack. An exploration of the knowledge, attitudes and activities of qualified nurses in relation to nutritional nursing care. *J Clin Nurs*, 6(4), 315-324.
- Perry, L. (1997). Fishing for understanding: nurses knowledge and attitudes in relation to nutritional care. *Int J Nurs Stud*, 34(6), 395-404.
- Remsburg, R. E., Luking, A., Bara, P., Radu, C., Pineda, D., Bennett, R. G., et al. (2001). Impact of a buffet-style dining program on weight and biochemical indicators of nutritional status in nursing home residents: a pilot study. *J Am Diet Assoc*, 101(12), 1460-1463.
- Savage, J., & Scott, C. (2005). Patients' nutritional care in hospital: An ethnographic study of nurses' role and patients' experience (Study Report ). London: RCN, A Report to NHS Estates
- Shatenstein, B., & Ferland, G. (2000). Absence of nutritional or clinical consequences of decentralized bulk food portioning in elderly nursing home residents with dementia in Montreal. *J Am Diet Assoc*, 100(11), 1354-1360.
- Sidenvall, B. (1999). Meal procedures in institutions for elderly people: a theoretical interpretation. *J Adv Nurs*, 30 (2), 319-328.
- Sidenvall, B., & Ek, A. C. (1993). Long-term care patients and their dietary intake related to eating ability and nutritional needs: nursing staff interventions. *J Adv Nurs*, 18(4), 565-573.
- Sidenvall, B., Fjellstrom, C., & Ek, A. C. (1994). The meal situation in geriatric care--intentions and experiences. *J Adv Nurs*, 20(4), 613-621.
- Simmons, S. F., & Levy-Storms, L. (2005). The effect of dining location on nutritional care quality in nursing homes. *J Nutr Health Aging*, 9(6), 434-439.

- 
- Simmons, S. F., Osterweil, D., & Schnelle, J. F. (2001). Improving food intake in nursing home residents with feeding assistance: a staffing analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56(12), M790-794.
- Simmons, S. F., & Schnelle, J. F. (2004). Individualized feeding assistance care for nursing home residents: staffing requirements to implement two interventions. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 59(9), M966-973.
- Simmons, S. F., & Schnelle, J. F. (2006). Feeding assistance needs of long-stay nursing home residents and staff time to provide care. *J Am Geriatr Soc*, 54(6), 919-924.
- Van Ort, S., & Phillips, L. (1992). Feeding nursing home residents with Alzheimer's disease. *Geriatr Nurs*, 13(5), 249-253.

## 9. Literaturliste der ausgeschlossenen Studien

- Alfengard, K., & Klevsgard, R. (2005). Nutrition in somatic and social care investigation of routines and needs for education about nutrition in somatic care at hospitals and somatic and social care of elderly patients in one county in the south of Sweden. *Nursing Science and Research in the Nordic Countries*, 25(2), 42-47.
- Arrowsmith, H. (1998). The Nutrition Nurse Specialist. In G. M. Casteldine, Paula (Ed.), *Nursing Practice* (pp. 163-169). Oxford: Blackwell Science.
- Backstrom, A., Norberg, A., & Norberg, B. (1987). Feeding difficulties in long-stay patients at nursing homes. Caregiver turnover and caregivers' assessments of duration and difficulty of assisted feeding and amount of food received by the patient. *Int J Nurs Stud*, 24(1), 69-76.
- Biedermann, M. (2003). *Essen als basale Stimulation*: VINCENTZ Verlag.
- Bienstein, C., & Fröhlich, A. (2007). *Basale Stimulation in der Pflege*. Düsseldorf: Eberhard Friedrich Verlag GmbH.
- Bradley, L., & Rees, C. (2003). Reducing nutritional risk in hospital: the red tray. *Nurs Stand*, 17(26), 33-37.
- Christensson, L., Unosson, M., Bachrach-Lindstrom, M., & Ek, A. C. (2003). Attitudes of nursing staff towards nutritional nursing care. *Scand J Caring Sci*, 17(3), 223-231.
- Cortis, J. D. (1997). Nutrition and the hospitalized patient: implications for nurses. *Br J Nurs*, 6(12), 666-667, 670-664.
- Coyne, M. L., & Hoskins, L. (1997). Improving eating behaviors in dementia using behavioral strategies. *Clin Nurs Res*, 6(3), 275-290.
- Davis, C. (2007). Mealtime solutions. *Nurs Stand*, 21(41), 21-23.
- de Raeve, L. (1994). To feed or to nourish? Thoughts on the moral significance of meals in hospital. *Nurs Ethics*, 1(4), 237-241.
- Dewing, J. (1996). Patients and Nurses Experiences of Feeding: a Phenomenological Study. In F. C. Biley & C. Maggs (Eds.), *Contemporary Issues in Nursing* (pp. 113-169). New York, Edinburgh, London, Madrid, Melbourne, San Francisco, Tokyo: Churchill Livingstone.
- Duggal, A., & Lawrence, R. M. (2001). Aspects of food refusal in the elderly: the "hunger strike". *Int J Eat Disord*, 30(2), 213-216.
- Evans, B. C., & Crogan, N. L. (2001). Quality improvement practices: enhancing quality of life during mealtimes. *J Nurses Staff Dev*, 17(3), 131-136.
- Gibbons, M. D., & Henry, C. J. (2005). Does eating environment have an effect on food intake in the elderly? *J Nutr Health Aging*, 9(1), 25-29.
- Halek, C. (1997). Eating disorders--the role of the nurse. *Nurs Times*, 93(28), 63-66.
- Hayward, J. (2003). Ward nutrition coordinators to improve patient nutrition in hospital. *Br J Nurs*, 12(18), 1081-1089.
- Hickson, M., Bulpitt, C., Nunes, M., Peters, R., Cooke, J., Nicholl, C., et al. (2004). Does additional feeding support provided by health care assistants improve nutritional status and outcome in acutely ill older in-patients?--a randomised control trial. *Clin Nutr*, 23(1), 69-77.
- Holzappel, S. K., Ramirez, R. F., Layton, M. S., Smith, I. W., Sagl-Massey, K., & DuBose, J. Z. (1996). Feeder position and food and fluid consumed by nursing home residents. *J Gerontol Nurs*, 22(4), 6-12.
- Hughes, N., & Neal, R. D. (2000). Adults with terminal illness: a literature review of their needs and wishes for food. *J Adv Nurs*, 32(5), 1101-1107.
- Jotkowitz, A. B., Clarfield, A. M., & Glick, S. (2005). The care of patients with dementia: a modern Jewish ethical perspective. *J Am Geriatr Soc*, 53(5), 881-884.
- Kayser-Jones, J. (1997). Inadequate staffing at mealtime. Implications for nursing and health policy. *J Gerontol Nurs*, 23(8), 14-21.
- Kayser-Jones, J., & Schell, E. (1997). The effect of staffing on the quality of care at mealtime. *Nurs*

- Outlook*, 45(2), 64-72.
- Keller, H. H., Gibbs-Ward, A., Randall-Simpson, J., Boccock, M. A., & Dimou, E. (2006). Meal rounds: an essential aspect of quality nutrition services in long-term care. *J Am Med Dir Assoc*, 7(1), 40-45.
- Kolanowski, A., Hurwitz, S., Taylor, L. A., Evans, L., & Strumpf, N. (1994). Contextual factors associated with disturbing behaviors in institutionalized elders. *Nurs Res*, 43(2), 73-79.
- Kolodny, V., & Malek, A. M. (1991). Clinically enhancing nursing practice. Improving feeding skills. *J Gerontol Nurs*, 17(6), 20-24.
- Kowanko, I. (1997). The role of the nurse in food service: a literature review and recommendations. *Int J Nurs Pract*, 3(2), 73-78.
- Lennard-Jones, J. E., Arrowsmith, H., Davison, C., Denham, A. F., & Micklewright, A. (1995). Screening by nurses and junior doctors to detect malnutrition when patients are first assessed in hospital. *Clin Nutr*, 14(6), 336-340.
- Mathey, M. F., Vanneste, V. G., de Graaf, C., de Groot, L. C., & van Staveren, W. A. (2001). Health effect of improved meal ambiance in a Dutch nursing home: a 1-year intervention study. *Prev Med*, 32(5), 416-423.
- McGillivray, T., & Marland, G. R. (1999). Assisting demented patients with feeding: problems in a ward environment. A review of the literature. *J Adv Nurs*, 29(3), 608-614.
- Mentes, J. C., & Culp, K. (2003). Reducing hydration-linked events in nursing home residents. *Clin Nurs Res*, 12(3), 210-225; discussion 226-218.
- Monteleoni, C., & Clark, E. (2004). Using rapid-cycle quality improvement methodology to reduce feeding tubes in patients with advanced dementia: before and after study. *Bmj*, 329(7464), 491-494.
- Morin, D., & Leblanc, N. (2005). Less money, less care: how nurses in long-term care allocate hours of needed care in a context of chronic shortage. *Int J Nurs Pract*, 11(5), 214-220.
- Murray, C. (2006). Improving nutrition for older people. *Nurs Older People*, 18(6), 18-22.
- Nicolaides-Bouman, A., van Rossum, E., Habets, H., Kempen, G. I., & Knipschild, P. (2007). Home visiting programme for older people with health problems: process evaluation. *J Adv Nurs*, 58(5), 425-435.
- Nightingale, F. (1860). *Notes on Nursing - What it is and what it is not*. Mineola: Dover Publications, Inc., 1980.
- Nolan, B. A., & Mathews, R. M. (2004). Facilitating resident information seeking regarding meals in a special care unit: an environmental design intervention. *J Gerontol Nurs*, 30(10), 12-16; quiz 55-16.
- Norberg, A., & Athlin, E. (1987). The interaction between the parkinsonian patient and his caregiver during feeding: a theoretical model. *J Adv Nurs*, 12(5), 545-550.
- Osborn, C. L., & Marshall, M. J. (1993). Self-feeding performance in nursing home residents. *J Gerontol Nurs*, 19(3), 7-14.
- Pfeiffer, N. A., Rogers, D. A., Roseman, M. R., Jarema, L. C., Reimann, A., & Combs-Jones, D. (2005). What's new in long-term care dining? *N C Med J*, 66(4), 287-291.
- Pierson, C. A. (1999). Ethnomethodologic analysis of accounts of feeding demented residents in long-term care. *Image J Nurs Sch*, 31(2), 127-131.
- Pokrywka, H. S., Koffler, K. H., Remsburg, R., Bennett, R. G., Roth, J., Tayback, M., et al. (1997). Accuracy of patient care staff in estimating and documenting meal intake of nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*, 45(10), 1223-1227.
- Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Ladefoged, K., & Staun, M. (1999). Clinical nutrition in danish hospitals: a questionnaire-based investigation among doctors and nurses. *Clin Nutr*, 18(3), 153-158.
- Remsburg, R. E. (2004). Pros and cons of using paid feeding assistants in nursing homes. *Geriatr Nurs*, 25(3), 176-177.
- Riviere, S., Gillette-Guyonnet, S., Voisin, T., Reynish, E., Andrieu, S., Lauque, S., et al. (2001). A

- nutritional education program could prevent weight loss and slow cognitive decline in Alzheimer's disease. *J Nutr Health Aging*, 5(4), 295-299.
- Ruigrok, J., & Sheridan, L. (2006). Life enrichment programme; enhanced dining experience, a pilot project. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 19(4-5), 420-429.
- Ryan, V., Malson, H., Clarke, S., Anderson, G., & Kohn, M. (2006). Discursive constructions of eating disorders nursing: an analysis of nurses' accounts of nursing eating disorder patients. *European Eating Disorders Review*, 14(2), 125-135.
- Schell, E. S., & Kayser-Jones, J. (1999). The effect of role-taking ability on caregiver-resident meal-time interaction. *Appl Nurs Res*, 12(1), 38-44.
- Simmons, S. F. (2007). Quality improvement for feeding assistance care in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc*, 8(3 Suppl), S12-17.
- Simmons, S. F., Bertrand, R., Shier, V., Sweetland, R., Moore, T. J., Hurd, D. T., et al. (2007). A preliminary evaluation of the paid feeding assistant regulation: impact on feeding assistance care process quality in nursing homes. *Gerontologist*, 47(2), 184-192.
- Simmons, S. F., & Schnelle, J. F. (2006). A continuous quality improvement pilot study: impact on nutritional care quality. *J Am Med Dir Assoc*, 7(8), 480-485.
- Suominen, M. H., Kivisto, S. M., & Pitkala, K. H. (2007). The effects of nutrition education on professionals' practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards. *Eur J Clin Nutr*.
- Sydney, Y. M., & Fjellstrom, C. (2005). Food provision and the meal situation in elderly care - outcomes in different social contexts. *J Hum Nutr Diet*, 18(1), 45-52.
- Van Ort, S., & Phillips, L. R. (1995). Nursing interventions to promote functional feeding. *Journal of gerontological nursing*, 21 (10), 6-14.
- Wagener, R., Berkemeyer, C., Hock, G., Schneider, A., Winterberg, C., & Ulmer, E. M. (1998). [Eating and drinking in patients with Alzheimer dementia. A study of interactions]. *Pflege*, 11(2), 89-95.
- Wagener, R., Ulmer, E. M., & Margraf, K. (1999). [Feeding of patients with Alzheimer's disease]. *Pflege Aktuell*, 53(6), 357-360.
- Woo, J., Chi, I., Hui, E., Chan, F., & Sham, A. (2005). Low staffing level is associated with malnutrition in long-term residential care homes. *Eur J Clin Nutr*, 59(4), 474-479.
- Wright, L., Hickson, M., & Frost, G. (2006). Eating together is important: using a dining room in an acute elderly medical ward increases energy intake. *J Hum Nutr Diet*, 19(1), 23-26.
- Xia, C., & McCutcheon, H. (2006). Mealtimes in hospital--who does what? *J Clin Nurs*, 15(10), 1221-1227.

## 10. Literaturliste der ausgeschlossenen Leitlinien

- Booth, J., et al.: *Implementing a best practice statement in nutrition for frail older people: Part 1*. Nurs Older People, 2005. 16(10): p. 26-28.
- Booth, J., et al., *Implementing a best practice statement in nutrition for frail older people: Part 2*. Nurs Older People, 2005. 17(1): p. 22-24.
- Brugler L., DiPrinzio M.J., Bernstein L.: *The five-year evolution of a malnutrition treatment program in a community hospital*. Jt Comm J Qual Improv, 1999. 25(4): p. 191-206.
- Burger S.G., Kayser-Jones J., Prince Bell J.: *Malnutrition and Dehydration in Nursing Homes: Key Issues in Prevention and Treatment*. 2000, National Citizens' Coalition for Nursing Home Reform.
- Crogan N.L., Evans B.: *Guidelines for improving resident dining experiences in long-term care facilities*. J Nurses Staff Dev, 2001. 17(5): p. 256-259.
- DePorter C.H.: *Regulating food service in North Carolina's long-term care facilities*. N C Med J, 2005. 66(4): p. 300-303.
- Europarat: *Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis - Empfehlungen des Europarates und erläuterndes Memorandum*. 2001 [cited; Available from: <http://www.azq.de/publikationen/download/view>].
- Ferguson-Wolf M.: *Focus on caregiving. Mary W: a nutrition case study: when a patient with dementia stops eating and begins to lose weight, the physical and mental ramifications can be devastating*. Provider, 2007. 33(2): p. 39-41.
- Lee V.K.: *Problems with eating and nutrition: geriatric self-learning module*. Medsurg Nurs, 2004. 13(6): p. 405-408.
- RCN: *Nutrition Standards and the Older Adult*. 1993, Royal College of Nursing: London.