



Fachhochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Deutsches Netzwerk für
Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)

Auszug aus der abschliessenden Veröffentlichung

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

Entwicklung - Konsentierung - Implementierung

Die vollständige abschließende Veröffentlichung kann zu einem Preis von 24,- € (incl. MwSt., versandkostenfrei) **schriftlich** bestellt werden beim

Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
Fachhochschule Osnabrück
Postfach 19 40
49009 Osnabrück
Fax: (0541) 969-2971
E-Mail: dnqp@fh-osnabrueck.de
Internet: <http://www.dnqp.de>

Inhaltsverzeichnis

1	Entwicklung und Konsentierung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege	14
	<i>Doris Schiemann und Petra Blumenberg</i>	
1.1	Bildung der Expertenarbeitsgruppe und Vorgehen bei der Entwicklung des Expertenstandards	14
1.2	Konsentierung des Expertenstandards	15
1.2.1	Konzept der Konsentierung	15
1.2.2	Vorbereitung und Durchführung der Konsensus-Konferenz	16
1.2.2.1	Konferenzvorbereitung	16
1.2.2.2	Konferenzverlauf	16
1.2.3	Ergebnisse der Konsensus-Konferenz	20
1.2.3.1	Erarbeitung und Veröffentlichung der abschließenden Version des Expertenstandards	20
1.2.3.2	Schriftliche Befragung der Konferenz-Teilnehmer	21
2	Der Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege	24
	<i>Sabine Bartholomeyczik, Siegfried Borker, Ute Hansen, Daniela Hardenacke, Maria Henning, Stefan Ott, Barbara Pews, Petra Renz, Maria Magdalena Schreier, Andreas Sommer, Antje Tannen, Dorothee Wiederhold</i>	
2.1	Expertenarbeitsgruppe „Ernährungsmanagement“	24
2.2	Präambel zum Expertenstandard	28
2.3	Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege	31
2.4	Kommentierung der Standardkriterien	32
3	Literaturstudie	52
	<i>M. M. Schreier, D. Hardenacke</i>	
3.1	Gesundheitspolitische Relevanz von Mangelernährung	52
3.1.1	Definition von Mangelernährung	52
3.1.2	Risikofaktoren für eine Mangelernährung	53
3.1.3	Folgen von Mangelernährung für die betroffenen Menschen	55
3.1.4	Prävalenz von Mangelernährung	56
3.2	Methodisches Vorgehen bei der Literaturanalyse	58
3.2.1	Suchstrategien	59
3.2.2	Analyse und Bewertung der Studien zu pflegerischen Interventionen	60
3.2.3	Methodische Qualität der Leitlinien und Empfehlungen	64

3.3	Bedarfsdeckende und bedürfnisorientierte Ernährung	66
3.4	Perspektiven pflegebedürftiger Menschen, Einstellungen und Haltungen Pfleger sowie weitere ethische Aspekte des Ernährungsmanagements	69
3.4.1	Perspektiven und Vorstellungen schwerkranker und alter Menschen	69
3.4.2	Einstellungen und Haltungen Pfleger zur Ernährung und Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme	72
3.4.3	Einstellungen und Haltungen Pfleger zu ablehnendem Ernährungsverhalten pflegebedürftiger Menschen	74
3.5	Verbesserung der Ernährungssituation pflegebedürftiger Menschen	82
3.5.1	Effektivität und Nutzen einer kompetenten Pflege	83
3.5.2	Verfügbarkeit qualifizierter Pflegefachkräfte und anderer ausgebildeter Pflegepersonen während der Mahlzeiten	85
3.6	Aufgaben der Pflege, Kooperation und Schnittstellenmanagement	88
3.6.1	Rolle der Pflege im multiprofessionellen Team	89
3.6.2	Barrieren bei der Umsetzung einer guten Ernährungsversorgung	92
3.7	Systematische Erfassung der Ernährungssituation	95
3.7.1	Auswahl der Instrumente für Screening und Assessment	97
3.7.2	Bewertung der Screening- und Assessmentinstrumente	99
3.7.2.1	Zuordnung der Erfassungsinstrumente nach Art, Setting und Zielgruppe	100
3.7.2.2	Anwendergruppe	101
3.7.2.3	Zeitaufwand	102
3.7.2.4	Aufbau und Struktur	102
3.7.2.5	Inhalte	103
3.7.2.6	Wissenschaftliche Überprüfung	104
3.7.2.7	Praktikabilität	105
3.7.2.8	Reichweite und Grenzen häufig verwendeter Screening-Instrumente zur Risikoeinschätzung von Mangelernährung	106
3.7.3	Empfehlungen für die Erfassung der Ernährungssituation	110
3.7.3.1	Screening	110
3.7.3.2	Assessment	112
3.8	Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege	115
3.8.1	Interaktionsgestaltung bei den Mahlzeiten	116
3.8.1.1	Aktives Einbeziehen der Pflegebedürftigen in Pflegeplanung und Maß- nahmen	118
3.8.1.2	Unterstützung durch verbale Aufforderung und Berührung	118
3.8.1.3	Gesellschaft bei den Mahlzeiten	119
3.8.1.4	Sinnliche Anreize bei den Mahlzeiten	119

3.8.2	Umfeld und Umgebungsgestaltung	121
3.8.2.1	Mahlzeiten in vertrauter familiärer Weise - Schöpfsystem versus Tablettsystem	122
3.8.2.2	Einsatz von Trinknahrung	123
3.8.2.3	Personalbesetzung und Ort der Mahlzeiten	125
3.8.2.4	Esskultur, traditionelle Aspekte und Gewohnheiten	126
3.8.2.5	Teilhabe und Mitbestimmung	128
3.8.2.6	Bewältigungs- und Copingstrategien bei Unzufriedenheiten mit Mahlzeiten	128
3.9	Informieren, Beraten und Anleiten von Patienten/Bewohnern und ihren Angehörigen	130
3.10	Literaturverzeichnis	133
3.11	Glossar	144
4	Das Audit-Instrument zum Expertenstandard Ernährungsmanagement <i>Martin Moers, Doris Schiemann und Heiko Stehling</i>	148
4.1	Patienten- und bewohnerbezogene Erhebungsbögen	149
4.1.1	Allgemeine Hinweise zum erhebungspraktischen Vorgehen	149
4.1.2	Fragebogen 1: Patienten-/Bewohnerbezogene Daten	151
4.1.3	Hinweise zu den Fragen in Fragebogen 1	152
4.2	Personalbezogene Erhebungsbögen	154
4.2.1	Fragebogen 2: Personalbefragung	154
4.2.2	Ergebnisprotokoll 2: Personalbezogene Daten	155
5	Implementierung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege <i>Doris Schiemann, Martin Moers und Heiko Stehling</i>	157
5.1	Konzept der Implementierung	157
5.1.1	Phasenmodell zur Standardeinführung	157
5.1.2	Wissenschaftliche Begleitung der modellhaften Implementierung	161
5.1.3	Auswahl der Einrichtungen	162
5.2	Ergebnisse der modellhaften Implementierung	166
5.2.1	Die Auditergebnisse aller beteiligten Einrichtungen im Überblick	166
5.2.2	Ergebnisse der Einrichtungen der stationären Altenhilfe	169
5.2.2.1	Themenrelevante Strukturdaten der Einrichtungen der stationären Altenhilfe	169
5.2.2.2	Standardeinführung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe	170
5.2.2.3	Auditergebnisse der Einrichtungen der stationären Altenhilfe	174
5.2.2.4	Zwischenfazit zu den Ergebnissen der stationären Altenhilfeeinrichtungen	186
5.2.3	Ergebnisse der ambulanten Pflegedienste	188
5.2.3.1	Themenrelevante Strukturdaten der ambulanten Pflegedienste	188
5.2.3.2	Standardeinführung in den ambulanten Pflegediensten	188
5.2.3.3	Auditergebnisse der ambulanten Pflegedienste	192

5.2.3.4	Zwischenfazit zu den Ergebnissen der ambulanten Pflegedienste	204
5.2.4	Ergebnisse der Krankenhäuser	206
5.2.4.1	Themenrelevante Strukturdaten der Krankenhäuser	206
5.2.4.2	Standardeinführung in den Krankenhäusern	207
5.2.4.3	Auditergebnisse der Krankenhäuser	211
5.2.4.4	Zwischenfazit zu den Ergebnissen der Krankenhäuser	223
5.3	Schlussfolgerungen zum Gesamtergebnis	224
	Informationen zum „Networking for Quality“	226

Anhang	Vor der Expertenarbeitsgruppe als Beispiele genannte Instrumente	228
---------------	--	-----

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Risiken für eine Mangelernährung	33
Tab. 2	Einteilung der Evidenzstärke in Evidenzklassen	64
Tab. 3	Ausgewählte und bewertete Erfassungsinstrumente	98
Tab. 4	Kriterien zur Bewertung der ausgewählten Erfassungsinstrumente zur Einschätzung der Ernährungssituation bzw. von Mangelernährung	99
Tab. 5	Instrumente zur Kurzeinschätzung im Sinne eines Screenings	100
Tab. 6	Instrumente für ein Assessment in der stationären Altenhilfe	101
Tab. 7	Angaben zum Zeitaufwand für einige Instrumente	102
Tab. 8	Inhaltliche Ausrichtung der Items in den Erfassungsinstrumenten	103
Tab. 9	Vergleichsparameter bei der Instrumententestung	105
Tab. 10	Kriterien für die Risikoerfassung von Mangelernährung	111
Tab. 11	Settingspezifische Gefahren für Mangelernährung	112
Tab. 12	Kriterienliste für die Untersuchung von Gründen für Mangelernährung bzw. Risiken (Assessment)	114/115

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Programm der 7. Konsensus-Konferenz	19
Abb. 2	Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege	31
Abb. 3	Phasen des Implementierungsprojekts	158/159
Abb. 4	Übersicht über die teilnehmenden Kooperationspartner	164/165
Abb. 5	Zielerreichungsgrade der Standardkriterien aller Einrichtungen	167
Abb. 6	Personalbezogene Auditergebnisse, alle Einrichtungen	168

Abb. 7	Zielerreichungsgrade der Standardkriterien, Einrichtungen der stationären Altenhilfe	175
Abb. 8	Teilnahme an Fortbildungen und weiterhin bestehender Fortbildungsbedarf in der stationären Altenhilfe	176
Abb. 9	Ergebnisse zu Standardebene 1 - stationäre Altenhilfe	177
Abb. 10	Ergebnisse zu Standardebene 2 - stationäre Altenhilfe	179
Abb. 11	Ergebnisse zu Standardebene 3 - stationäre Altenhilfe	180
Abb. 12	Ergebnisse zu Standardebene 4 - stationäre Altenhilfe	181
Abb. 13	Ergebnisse zu Standardebene 5 - stationäre Altenhilfe	183
Abb. 14	Ergebnisse zu Standardebene 6 - stationäre Altenhilfe	185
Abb. 15	Zielerreichungsgrade der Standardkriterien, ambulante Pflegedienste	193
Abb. 16	Teilnahme an Fortbildungen und weiterhin bestehender Fortbildungsbedarf in den ambulanten Pflegediensten	194
Abb. 17	Ergebnisse zu Standardebene 1 - ambulante Pflegedienste	195
Abb. 18	Ergebnisse zu Standardebene 2 - ambulante Pflegedienste	197
Abb. 19	Ergebnisse zu Standardebene 3 - ambulante Pflegedienste	198
Abb. 20	Ergebnisse zu Standardebene 4 - ambulante Pflegedienste	200
Abb. 21	Ergebnisse zu Standardebene 5 - ambulante Pflegedienste	202
Abb. 22	Ergebnisse zu Standardebene 6 - ambulante Pflegedienste	203
Abb. 23	Zielerreichungsgrade der Standardkriterien, Krankenhäuser	212
Abb. 24	Teilnahme an Fortbildungen und weiterhin bestehender Fortbildungsbedarf in den Krankenhäusern	213
Abb. 25	Ergebnisse zu Standardebene 1 - Krankenhäuser	214
Abb. 26	Ergebnisse zu Standardebene 2 - Krankenhäuser	216
Abb. 27	Ergebnisse zu Standardebene 3 - Krankenhäuser	217
Abb. 28	Ergebnisse zu Standardebene 4 - Krankenhäuser	219
Abb. 29	Ergebnisse zu Standardebene 5 - Krankenhäuser	220
Abb. 30	Ergebnisse zu Standardebene 6 - Krankenhäuser	222

2 Der Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege

Sabine Bartholomeyczik, Siegfried Borker, Ute Hansen, Daniela Hardenacke, Maria Henning, Stefan Ott, Barbara Pews, Petra Renz, Maria Magdalena Schreier, Andreas Sommer, Antje Tannen, Dorothee Wiederhold

2.1 Expertenarbeitsgruppe „Ernährungsmanagement“

Wissenschaftliche Leitung und Moderation:	Sabine Bartholomeyczik, Witten
Wissenschaftliche Mitarbeit/Literaturanalyse:	Maria Magdalena Schreier, Salzburg Daniela Hardenacke, Limburg a. d. Lahn
Patientenvertreterin:	Gisela Flake, Rotenburg/Wümme
Externe Fachberater:	Jürgen Brüggemann (MDS), Essen Christian Kolb (MDK), Fürth Dorothee Volkert (Ernährungswissenschaft), Erlangen

Sabine Bartholomeyczik

Prof. Dr. rer. pol. (West-Berlin), Dipl. Soziologin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Federführung bei der Erarbeitung des Qualitätsniveau II der Buko-QS zum Thema „Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung“, Veröffentlichungen zum Thema, Lehrstuhl Epidemiologie-Pflegewissenschaft, Institut für Pflegewissenschaft, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Universität Witten/Herdecke.

Siegfried Borker

Dr. rer. medic., Dipl.-Kaufmann (Krankenpflegemanagement), Gesundheits- und Krankenpfleger, Promotion zum Thema „Nahrungsverweigerung“ an der medizinischen Fakultät der Universität Witten/Herdecke, Veröffentlichungen zum Thema, Qualitätsmanagement-Beauftragter im Marienhospital Ankum-Bersenbrück und Qualitätsmanagement-Koordinator für den Katholischen Krankenhausverband der Diözese Osnabrück.

Jürgen Brüggemann

Dipl.-Sozialwissenschaftler, Gesundheits- und Krankenpfleger, TQM-Auditor, Projektleitung zur Erstellung der Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen des MDS (2003), Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema, Leiter des Fachgebietes Qualitätsmanagement Pflege beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS).

Gisela Flake

Dipl.-Unterrichtsschwester, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Hebamme, Pharmazeutisch-technische Assistentin, Hygienefachschwester, Pflegedienstleitung i.R., 4 Jahre im Vorstand des Bundesselbsthilfeverbandes für Osteoporose e. V., Patientenvertreterin in der Fachgruppe Pflege der BQS, Patientenvertreterin im Zulassungsausschuss Ärzte und Psychologen KV Verden.

Ute Hansen

MScN, Gesundheits- und Krankenpflegerin, seit 2002 als Qualitätsbeauftragte in einer Stabsstelle der Geschäftsführung der Johanniter Altenpflegeeinrichtungen in Sachsen-Anhalt und Thüringen; Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Strategien zur Prävention von Mangelernährung und Dehydratation.

Daniela Hardenacke

MScN, Gesundheits- und Krankenpflegerin, seit 2007 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke.

Maria Henning

Dipl. Pflegewissenschaftlerin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Fachkrankenschwester für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie, Qualitätsbeauftragte im Gesundheitswesen, Pflegedienstleitung und stellv. Heimleitung im Altenheim St. Johannes in Senden, hat als Qualitätsbeauftragte in der eigenen Einrichtung Konzepte für Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung entwickelt.

Christian Kolb

Gesundheits- und Krankenpfleger, Veröffentlichungen und Dozententätigkeit zum Thema, bis Mai 2008 stellv. Stationsleitung am Klinikum Nürnberg, Praxisanleiter, Ethikberater, seit Juni 2008 Pflorgeteam für Sonderaufgaben (Ressort Pflege MDK Bayern).

Stefan Ott

Gesundheits- und Krankenpfleger, Ganzheitlicher Ernährungsberater, Naturkostfachberater, EU-Qualifizierung „Public Health in Nursing“, selbständige Tätigkeit als Ernährungsberater, Dozententätigkeit zum Thema Gesundheit und Ernährung, bis September 2008 Mitglied des Ernährungsteams der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau, ab Oktober 2008 Fachexperte im Beratungszentrum für Ernährung und Verdauung Querschnittgelähmter in der Manfred-Sauer-Stiftung, Lobbach.

Barbara Pews

Dipl.-Pflegerin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Dozententätigkeit zum Thema, Leiterin des Qualitätsmanagement bei der CURA Seniorenwohn- und Pflegeheime Dienstleistungs-GmbH, praxisorientierte Entwicklung von pflegerischen Lösungen im Zusammenhang mit Mangelernährung.

Petra Renz

Dipl. Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Dozententätigkeit, Veröffentlichungen zum Thema, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg in Forschungsprojekten mit den Schwerpunkten Anorexia-Nausea-Emesis-Syndrom bei Chemotherapie, Alltagsautonieförderung onkologischer Patienten mit anhaltendem Schmerz sowie Nebenwirkungsmanagement bei Stammzelltherapie; wissenschaftliche Leiterin von Arbeitsgruppen zur Implementierung von Expertenstandards im Zentralen Pflegedienst des Universitätsklinikums Halle (Saale) A. ö. R.

Maria Magdalena Schreier

Dipl.-Pflegerin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Mitarbeit am Qualitätsniveau II der Buko-QS zum Thema „Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung“, Veröffentlichungen zum Thema, seit August 2008 Universitätsassistentin am Institut für Pflegewissenschaft der Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg.

Andreas Sommer

Gesundheits- und Krankenpfleger, Fachweiterbildung Gerontopsychiatrie, Praxisanleiter, tätig im Klinikum am Weissenhof in Weinsberg.

Antje Tannen

Dr. rer. cur., Master Public Health (MPH), Diplom-Pflegepädagogin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Veröffentlichungen und Dozententätigkeit zum Thema, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Charité Universitätsmedizin Berlin am Institut für medizinische Soziologie, bei der Pflegedirektion in der AG pflegerische Versorgungsforschung und am Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, wissenschaftliche Beratung des Qualitätsmanagementteams der Charité Berlin.

Dorothee Volkert

Priv.-Doz. Dr., Ernährungswissenschaftlerin, Mitarbeit beim Qualitätsniveau II der Bundeskonferenz Qualitätssicherung (Buko-QS) zum Thema „Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung“, Veröffentlichungen zum Thema, Leitung Medizinisch-wissenschaftliche Information bei Pfrimmer Nutrica in Erlangen.

Dorothee Wiederhold

Diplom-Pflegeexpertin (HöFa II, CH), Gesundheits- und Krankenpflegerin, Leitung Wohnen, Pflege und Therapie im Eilenriedestift e. V. in Hannover, führt im Rahmen ihrer Tätigkeit Pflegefachvisiten Ernährung durch.

2.2 Präambel zum Expertenstandard

Essen und Trinken sind menschliche Grundbedürfnisse und spielen daher eine zentrale Rolle für Gesundheit und Wohlbefinden. Kranke und pflegeabhängige Menschen können sich selbst oft nicht angemessen ernähren und benötigen daher besondere Unterstützung. Findet keine adäquate Unterstützung statt, besteht die Gefahr einer Mangelernährung – in Anlehnung an die Definition der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) verstanden als anhaltendes Defizit an Energie und/oder Nährstoffen im Sinne einer negativen Bilanz zwischen Aufnahme und Bedarf mit Konsequenzen und Einbußen für Ernährungszustand, physiologische Funktion und Gesundheitszustand. Die Folgen von Mangelernährung ziehen häufig sehr aufwändige und langwierige Behandlungen und pflegerische Versorgung nach sich.

Der vorliegende Expertenstandard beschreibt den pflegerischen Beitrag zum Ernährungsmanagement und zielt darauf ab, eine bedürfnisorientierte und bedarfsgerechte orale Ernährung von kranken und pflegeabhängigen Menschen zu sichern und zu fördern. Mit einer angemessenen Unterstützung bei der Aufnahme von Speisen und Getränken sowie der Gestaltung der Mahlzeiten ist zu gewährleisten, dass eine Mangelernährung verhindert oder bereits bestehenden Ernährungsdefiziten begegnet wird.

Es kann allerdings die Situation eintreten, dass trotz der Möglichkeit zur oralen Nahrung- und Flüssigkeitsaufnahme zeitweise oder dauerhaft der Bedarf an Energie, Nährstoffen und Flüssigkeit durch Essen und Trinken alleine nicht ausreichend gedeckt wird. In solchen Fällen und auch in Situationen, die eine spezifische Behandlung erfordern, z. B. eine ergänzende oder vollständige künstliche Ernährung, ist rechtzeitig eine ernährungstherapeutische Beratung und Behandlung durch Fachexperten¹ einzuleiten. Dennoch wird im Expertenstandard als Zielsetzung und Ergebnis formuliert, dass die orale Nahrungsaufnahme des Patienten/Bewohners entsprechend seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf sichergestellt ist, da die Fälle, in denen dies nicht möglich ist, begründbare und begründungspflichtige Ausnahmen darstellen.

Ausgerichtet ist der Expertenstandard auf die Zielgruppe der erwachsenen Menschen, die der Pflege bedürfen und ganz oder teilweise in der Lage sind, oral Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Die Einbeziehung von Angehörigen bei der pflegerischen Anamnese, der Umsetzung von Interventionen sowie im Rahmen der Information, Beratung und Anleitung zum Thema Ernährung ist dabei von großer Bedeutung.

Es gibt eine Reihe von Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit Ernährung, die in diesem Expertenstandard nicht angesprochen sind. Dazu gehört die Übergewichtigkeit mit therapeutisch indizierter Gewichtsreduktion, denn diese würde völlig andere Maßnahmen als

¹ Zur sprachlichen Vereinfachung und damit zur verbesserten Lesbarkeit wird im Text lediglich eine Geschlechtsform verwendet. Das jeweils andere Geschlecht ist ausdrücklich mit gemeint.

die hier empfohlenen erfordern. Nicht übersehen werden darf dabei allerdings, dass auch übergewichtige Menschen eine Mangelernährung aufweisen können, die nicht selten aufgrund der Gewichtsverhältnisse übersehen wird. Daher ist bei der Erfassung der Ernährungssituation übergewichtiger Menschen ebenso auf Veränderungen von Gewicht, Essverhalten oder krankheitsbedingt erhöhtem Nährstoffbedarf zu achten wie bei normal- oder untergewichtigen Menschen. Im Expertenstandard ebenfalls unberücksichtigt bleiben Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche, da sich bei ihrer Ernährungsversorgung im Vergleich zu Erwachsenen deutlich andere pflegerische, medizinische und diätetische Anforderungen ergeben. Darüber hinaus ist das spezielle Ernährungsmanagement bei ernährungsbezogenen Krankheiten (z. B. Diabetes mellitus, Anorexia nervosa) nicht Gegenstand des vorliegenden Expertenstandards. Schließlich gibt es noch einige komplexe ernährungsbezogene Themenbereiche, die im Rahmen einer sinnvollen Themeneingrenzung im Standard nur als Schnittstelle angesprochen werden. Dazu gehören die künstliche (enterale/parenterale) Ernährung, das Erkennen von und der Umgang mit Schluckstörungen sowie Problemen der Mundgesundheit.

Der Expertenstandard richtet sich an Pflegefachkräfte² in der Krankenhausversorgung, der stationären Altenhilfe und der ambulanten Pflege. Bei der Ernährungsversorgung und der Unterstützung bei den Mahlzeiten ergeben sich hohe Anforderungen an Pflegefachkräfte. Für die Umsetzung des Expertenstandards ist es daher wesentlich, dass die Wissensbasis von professionell Pflegenden in Aus-, Fort- und Weiterbildungen zum Thema Ernährung vertieft und verbreitert wird. Pflegefachkräften kommt im multidisziplinären Team eine Schlüsselrolle im Rahmen des Ernährungsmanagements zu. Aufgrund der Nähe zu den Patienten/Bewohnern während der täglichen Versorgung nehmen sie weite Einblicke in Risikobereiche, sie kennen die Beeinträchtigungen und den Unterstützungsbedarf und können die Copingstrategien der Patienten/Bewohner in schwierigen Situationen einschätzen und in die Interventionen oder Alltagsbewältigung einbinden.

Aus der Literaturanalyse zum Expertenstandard geht hervor, dass Pflegende großen Einfluss auf das Ernährungsverhalten pflegebedürftiger Menschen nehmen können. So kann Appetitlosigkeit schwerkranker und alter Menschen durch die Umgebungs- und Beziehungsgestaltung maßgeblich beeinflusst werden. Unzureichende Unterstützung durch die Pflegenden ist in erster Linie auf Zeitmangel und Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal einschließlich personaler Kontinuität während der Mahlzeiten zurückzuführen, aber es werden auch unzureichende Qualifikationsangebote für Pflegefachkräfte in diesem Kontext angeführt. Um Patienten bei den Mahlzeiten angemessen unterstützen und ihre Selbständigkeit und Autonomie fördern

² Im Standard werden unter dem Begriff „Pflegefachkraft“ die Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger) angesprochen. Darüber hinaus werden auch diejenigen Fachkräfte im Pflegedienst angesprochen, die über eine grundständige Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.

zu können, bedarf es angemessener personeller und zeitlicher Ressourcen. Ein personenorientiertes Organisationssystem, wie z. B. Primary Nursing, stellt darüber hinaus eine wichtige Voraussetzung für die Kontinuität der Pflege dar.

Eine optimale Ernährungsversorgung ist nur in enger berufsübergreifender Zusammenarbeit erreichbar. Dies sollte in jeder Einrichtung gleich zu Beginn der Einführung des Expertenstandards durch eine multiprofessionell geltende Verfahrensregelung festgelegt werden. Zur Implementierung des Standards bedarf es gemeinsamer Anstrengungen der leitenden Managementebene und der Pflegefachkräfte sowie der Kooperationsbereitschaft der beteiligten Berufsgruppen. Die Managementebene trägt die Verantwortung für die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen (z. B. berufliche Qualifikation, Besprechungszeit, bedürfnis- und bedarfsgerechte Mahlzeiten- und Zwischenmahlzeitenangebote), der Festlegung hausinterner Verfahrensgrundsätze und der Schaffung eines geeigneten Kooperationsklimas. Die Pflegefachkräfte tragen die Verantwortung für den Wissens- und Kompetenzerwerb zur Umsetzung des Standards.

2.3 Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege

Abb. 2

Stand: Januar 2009

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

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

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>Die Pflegefachkraft S1a - verfügt über Kompetenzen zur Identifikation von Risikofaktoren und Anzeichen für eine Mangelernährung (Screening) und zur tiefer gehenden Einschätzung der Ernährungssituation und der sie beeinflussenden Faktoren (Assessment). Die Einrichtung S1b - stellt sicher, dass die erforderlichen Instrumente und Hilfsmittel zur Einschätzung und Dokumentation zur Verfügung stehen.</p>	<p>Die Pflegefachkraft P1 - erfasst bei allen Patienten/Bewohnern zu Beginn des pflegerischen Auftrags im Rahmen der Pflegeanamnese, bei akuten Veränderungen und in regelmäßigen Abständen Risiken und Anzeichen einer Mangelernährung (Screening). - führt bei vorliegendem Risiko oder Anzeichen einer Mangelernährung eine tiefer gehende Einschätzung der Ernährungssituation und der sie beeinflussenden Faktoren durch (Assessment). P2 - koordiniert auf Grundlage der Verfahrensregelung in enger Kooperation mit Küche und Hauswirtschaft sowie in Absprache mit den anderen Berufsgruppen (z. B. Ärzten, Logopäden, Diätassistenten) Maßnahmen für eine individuell angepasste Ernährung</p>	<p>E1 Für alle Patienten/Bewohner liegt ein aktuelles Screening-Ergebnis zur Ernährungssituation vor. Bei Patienten/Bewohnern mit einem Risiko für oder Anzeichen von Mangelernährung ist ein Assessment mit handlungsleitenden Informationen erfolgt. E2 Die multiprofessionellen Maßnahmen sind koordiniert, gegebenenfalls ethisch begründet und ihre Umsetzung ist überprüft.</p>
<p>Die Einrichtung S2a - verfügt über Fachwissen zur Planung und Steuerung berufsgruppenübergreifender Maßnahmen zur Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung einschließlich der Kompetenz zur Entscheidungsfindung bei ethisch komplexen Fragestellungen.</p>	<p>P3 - plant gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen Maßnahmen zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme, zur Gestaltung der Umgebung, zu geeigneten, flexiblen Speisen- und Getränkeangeboten sowie Darreichungsformen und bezieht bei Bedarf weitere Berufsgruppen mit ein.</p>	<p>E3 Ein individueller Maßnahmenplan zur Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung liegt vor.</p>
<p>Die Einrichtung S2b - verfügt über eine multiprofessionell geltende Verfahrensregelung zur berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit beim Ernährungsmanagement. Die Pflegefachkraft S3a - verfügt über Kompetenzen zur Planung einer individuellen Mahlzeiten- und Interaktionsgestaltung. Die Einrichtung S3b - verfügt über ein geeignetes Verpflegungskonzept.</p>	<p>P4 - gewährleistet eine, die Selbstbestimmung und Eigenaktivität des Patienten/Bewohners fördernde Unterstützung (z. B. Begleitung zum Speisesaal, genügend Zeit) und eine motivierende Interaktions- und Umgebungsgestaltung (z. B. personale Kontinuität, erwünschte Tischgemeinschaften, Platz für Gehhilfen) während der Mahlzeiten. - unterstützt den Patienten/Bewohner mit spezifischen Gesundheitsproblemen (z. B. Dysphagie, Demenz) fachgerecht.</p>	<p>E4 Der Patient/Bewohner hat eine umfassende und fachgerechte Unterstützung zur Sicherung der bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung während und auch außerhalb der üblichen Essenszeiten erhalten. Die Umgebung bei den Mahlzeiten entspricht den Bedürfnissen und dem Bedarf des Patienten/ Bewohners.</p>
<p>Die Pflegefachkraft S4b - verfügt über spezifische Kompetenzen zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme einschließlich besonderer Risikosituationen bzw. bei speziellen Beeinträchtigungen.</p>	<p>P5 - informiert und berät den Patienten/Bewohner und seine Angehörigen über Gefahren einer Mangelernährung und Möglichkeiten einer angemessenen Ernährung (z. B. Art der Unterstützung) und leitet gegebenenfalls zur Umsetzung von Maßnahmen an (z. B. im Umgang mit Hilfsmitteln). P6 - überprüft gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen in individuell festzulegenden Abständen den Erfolg und die Akzeptanz der Maßnahmen und nimmt gegebenenfalls eine Neueinschätzung und entsprechende Veränderungen im Maßnahmenplan vor.</p>	<p>E5 Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen sind über Risiken und Folgen einer Mangelernährung und über mögliche Interventionen informiert, beraten und gegebenenfalls angeleitet. E6 Die orale Nahrungsaufnahme des Patienten/Bewohners ist seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf entsprechend sichergestellt.</p>
<p>S6 - verfügt über die Kompetenz, die Angemessenheit und Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen zu beurteilen.</p>		