

Hochschule Osnabrück  
University of Applied Sciences

Deutsches Netzwerk für  
Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)

Ergebnisse der  
modellhaften Implementierung zum

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

2010

## **5 Implementierung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege**

Doris Schiemann, Martin Moers und Heiko Stehling

### **5.1 Konzept der Implementierung**

Ziel der modellhaften Implementierung des Expertenstandards ist die Analyse seiner Praxis-tauglichkeit in Einrichtungen des Gesundheitswesens und der stationären Altenhilfe. Die Ergebnisse der wissenschaftlich begleiteten Implementierung und des abschließenden Audits geben Hinweise auf Einflussfaktoren, die den Einführungsprozess des Expertenstandards fördern oder hemmen. Ebenso werden wertvolle Erkenntnisse über die Akzeptanz der Standardinhalte in der Pflege, aber auch in anderen Berufsgruppen gewonnen, da das Ernährungsmanagement ein koordiniertes Vorgehen aller beteiligten Berufsgruppen erfordert.

Das Konzept der Implementierung beinhaltet

- das Phasenmodell zur Standardeinführung in den Modellpflegeeinheiten,
- das Programm der fachlichen Beratung und wissenschaftlichen Begleitung während des Projektes und
- ein kriteriengeleitetes Auswahlverfahren der Einrichtungen, um eine ausgewogene Verteilung von Krankenhäusern, stationären Altenpflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten zu erreichen.

#### **5.1.1 Phasenmodell zur Standardeinführung**

Das Phasenmodell zur Einführung von Expertenstandards bildet die Grundlage für ein systematisches Vorgehen bei der Standardeinführung. Seine Anwendung wird nicht nur für die modellhafte Implementierung, sondern auch für die regelhafte Einführung von Expertenstandards empfohlen. Es ist an den Qualitätszyklus angelehnt, der zentraler Bestandteil der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung ist. Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, die über Erfahrungen mit dieser Methode verfügen, haben den Vorteil, dass das Pflegepersonal zu weiten Teilen mit den erforderlichen methodischen Kompetenzen vertraut ist (Schiemann & Moers 2004). Die Standardeinführung sollte in Form eines eigenständigen Projektes durchgeführt werden.

Die Phasen des Implementierungsprojektes erstrecken sich insgesamt über sechs Monate und stellen sich im Einzelnen wie folgt dar:

## **Phasen des Implementierungsprojekts: Zeitumfang 6 Monate**

### **Phase 1 Fortbildungen zum Expertenstandard (ca. 4 Wochen)**

Um möglichst viele Beteiligte zu erreichen, sollte eine „Kick-off“ Veranstaltung zu Beginn des Projektes für das Pflegepersonal der beteiligten Pflegeeinheit(en), die verantwortlichen Pflegeleitungen auf Abteilungs- und Betriebsebene sowie Vertreter anderer an der Standardumsetzung beteiligter Berufsgruppen, z. B. Ärzte, Diätassistenten, Hauswirtschaft, Logopäden und Sozialdienst, angeboten werden.

Anzahl und Themen der Fortbildungsveranstaltungen sollten dem jeweiligen Bedarf des Pflorgeteams entsprechen. Es empfiehlt sich daher, eine Bedarfs-erhebung bereits vor Projektbeginn vorzunehmen. Erwartbar ist in nahezu allen Einrichtungen Fortbildungsbedarf zu den Themen Assessment und zu Beratung/ Schulung. Unter Fortbildungen sind im Rahmen der Standardimplementierung auch themenrelevante Informationsweitergaben im Rahmen von Teamsitzungen, Bedside-Schulungen, Face-to-Face-Schulungen oder das Selbststudium von Teammitgliedern (z. B. das Lesen von Fachliteratur) zu verstehen. Fortbildungen finden dabei nicht ausschließlich in der ersten, sondern je nach Bedarf auch in späteren Implementierungsphasen statt. Neben organisatorischen Gründen erfordern neu entstehende Fortbildungsbedarfe häufig eine Nachjustierung des Fortbildungsangebots im Verlauf der Implementierungsphasen. Diese Bedarfe ergeben sich aus Anwendung und Umsetzung der Standardinhalte und können insbesondere auch durch supervidierte und begleitete Anleitung von Mentoren und Multiplikatoren aufgefangen werden.

### **Phase 2 Anpassung einzelner Standardkriterien an die besonderen Anforderungen der Zielgruppe oder der Einrichtung im Sinne einer Konkretisierung (ca. 8 Wochen)**

In dieser Phase stehen eine vertiefte inhaltliche Auseinandersetzung mit den Kriterienebenen des Standards und den Kommentierungen sowie die Klärung einzelner Umsetzungsfragen auf dem Programm. Eine Konkretisierung von Standardkriterien wird immer dann empfohlen, wenn besondere Bedingungen der Zielgruppe (z. B. diagnosebezogene oder kulturelle Besonderheiten) oder der Einrichtung (z. B. räumliche oder organisatorische Voraussetzungen) zu berücksichtigen sind. Eine Konkretisierung kann beispielsweise darin bestehen, zielgruppenspezifische Hilfsmittel oder Interventionen zu benennen. Wichtig ist, dass die Kernaussagen der einzelnen Kriterien unverändert bleiben und mit der Konkretisierung das angestrebte Qualitätsniveau des Standards nicht unterschritten wird. Dies stellt eine unabdingbare Voraussetzung für eine vergleichende Analyse der Auditergebnisse zwischen den beteiligten Projekteinrichtungen dar.

### **Phase 3 Einführung und Anwendung des Expertenstandards (ca. 8 Wochen)**

Um den Beginn der Standardeinführung für alle Beteiligten zu signalisieren, sollte eine weitere „Kick-off“ Veranstaltung angeboten werden. Darüber hinaus sollte den Pflegefachkräften Gelegenheit zu angeleiteter und supervidierter Erprobung der im Expertenstandard empfohlenen Handlungsschritte gegeben werden. Ebenso ist eine Prozessbegleitung für Rückfragen und Feedback zu gewährleisten. Die Standardeinführung muss mit viel Aufmerksamkeit für den Anleitungsbedarf und die Akzeptanz der Pflegefachkräfte vor Ort durchgeführt werden. Ausreichende personelle Ressourcen für die individuelle Anleitung sowie zeitliche Freiräume für das Ausprobieren der innovativen Elemente eines Expertenstandards sind dabei unverzichtbar.

### **Phase 4 Datenerhebung mit standardisiertem Audit-Instrument (ca. 4 Wochen)**

Das Auditverfahren bildet als letzte Phase den Abschluss des Implementierungsprojektes. Im Rahmen des Audits werden alle Kriterienebenen des Standards überprüft. Dabei wird auf drei Datenquellen zurückgegriffen, um ein möglichst umfassendes Bild zu erhalten: die Pflegedokumentation, die Patienten-/Bewohner-Befragung und die Personalbefragung. Alle Antwortvorgaben sind „Ja/Nein“-Optionen mit der Möglichkeit eines Kommentars. Durchgeführt wird das Audit von den Projektbeauftragten oder anderen Qualitätsexperten, die nicht in der zu auditierenden Pflegeeinheit als Pflegekräfte arbeiten, um eine Selbstbewertung auszuschließen.

Vor Beginn der Datenerhebung sollten alle Beteiligten detaillierte Informationen über Ziel, Instrument und die einzelnen Vorgehensschritte einschließlich eines Zeitplanes der Erhebung erhalten, um das Interesse und eine aktive Beteiligung des Pflegeteams der Modellpflegeeinheit(en) anzuregen und Kontrollängste weitgehend auszuräumen.

Die angestrebte Stichprobe liegt bei 40 Patienten/Bewohnern pro Einrichtung. Daher muss bei der Auswahl der Modellpflegeeinheit bzw. -einheiten in den Krankenhäusern darauf geachtet werden, dass im Auditzeitraum eine ausreichende Zahl von Patienten mit einem Ernährungsrisiko betreut wird. Die längere Betreuungsdauer in der stationären Altenhilfe ermöglicht es, Modellpflegeeinheiten mit so vielen Bewohnerplätzen zu wählen, dass 40 Bewohner mit einem entsprechenden Risiko auditiert werden können. Ähnlich günstige Planungsbedingungen gelten für die ambulante Pflege. Im Rahmen des personalbezogenen Audits werden alle Pflegefachkräfte der Modellpflegeeinheit(en) schriftlich nach ihrer Teilnahme an themenrelevanten Fortbildungsveranstaltungen in den vergangenen 24 Monaten und nach ihrem weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf gefragt.

**Abb. 3:** Phasen des Implementierungsprojekts

Eine sorgfältige **Vorbereitung des Implementierungsprojektes** ist für die erfolgreiche Umsetzung des Expertenstandards von maßgeblicher Bedeutung. Vor Beginn der Standardeinführung sollte daher eine Informationsveranstaltung zu Expertenstandard und Implementierungsprojekt für die Mitglieder des Pflegedienstes und interessierte Vertreter anderer Berufsgruppen angeboten werden, um weitgehende Unterstützung für das Projekt zu erreichen. Darüber hinaus ist ein Projektverantwortlicher zu benennen, geeignete Modellpflegeeinheiten auszuwählen und eine Arbeitsgruppe zu bilden, die damit beginnt, erste Vorbereitungen für die Entwicklung einer intra- und interprofessionellen Verfahrensregelung zu treffen und ein bedarfsgerechtes Fortbildungsprogramm zu entwickeln. Insbesondere die interprofessionellen Verfahrensregelungen benötigen dabei erfahrungsgemäß einige Zeit bis zur Freigabe durch die Betriebsleitung. Ohne eine solche Regelung ist die erfolgreiche Einführung eines Expertenstandards, der ja immer eine Reihe von Schnittstellen zu den Verantwortlichkeiten anderer Berufsgruppen aufweist, nicht zu gewährleisten, da der Pflegedienst an vielen Stellen auf die Kooperation dieser Berufsgruppen, allen voran die Medizin, angewiesen ist.

Bei der Auswahl der Projektverantwortlichen ist neben einschlägigen Projekterfahrungen in den Bereichen Pflege- und Qualitätsentwicklung eine pflegewissenschaftliche Qualifikation wünschenswert. Die Projektverantwortlichen sollten kein Mitglied eines Pflegeteams der am Projekt beteiligten Modellpflegeeinheiten sein, weil dies zu Akzeptanzproblemen und Rollenkonflikten führen kann. Zu den vorrangigen Aufgaben der Projektverantwortlichen gehören die Vorbereitung und Begleitung der einzelnen Projektphasen. Dies umfasst Beratungs-, Schulungs-, Moderations- und Dokumentationsaufgaben sowie die Durchführung und Auswertung des abschließenden Audits. Die Funktion der Projektbeauftragten besteht außerdem darin, koordinierendes Bindeglied zwischen Managementebenen, Pflegeteams und weiteren beteiligten Berufsgruppen der Einrichtung zu sein. Entsprechend der vielfältigen Aufgaben müssen hierfür angemessene Zeitressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Bei der Auswahl geeigneter Modellpflegeeinheiten sollte neben einer ausreichenden Anzahl von Adressaten für den Expertenstandard (Patienten/Bewohner mit einem Ernährungsrisiko) ein hoher Entwicklungsstand der Pflege ausschlaggebend sein. Gemeint ist die sichere Anwendung der Pflegeprozessmethode und das Vorhandensein eines patienten-/bewohnerorientierten Pflegeorganisationssystems. Für die Umsetzung der einzelnen Projektphasen müssen entsprechende Personal- und Zeitressourcen für Fortbildungen und Schulungen zur Verfügung stehen.

Die Arbeitsgruppen sind Dreh- und Angelpunkt der Standardeinführung, ihre Mitglieder übernehmen ebenso wie die Projektbeauftragten eine wichtige Funktion bei der Vorbereitung und Begleitung der Standardeinführung. Pflegeleitungen und besonders qualifizierte Mitglieder aus den Pflegeteams der Modellpflegeeinheiten sowie Vertreter anderer, an der Umsetzung des Expertenstandards zu beteiligende Berufsgruppen bilden eine Arbeitsgruppe. Die Größe der Arbeitsgruppe ist abhängig von der Anzahl der beteiligten Pflegeeinheiten. Bei drei Pflege-

einheiten wäre z. B. eine Gruppe von acht bis zehn Mitgliedern empfehlenswert. Aufgrund der wichtigen Multiplikatorenfunktion der einzelnen Mitglieder darf die Gruppe nicht zu klein sein. Für die Moderation der Arbeitsgruppen sind die Projektbeauftragten besonders geeignet.

### **5.1.2 Wissenschaftliche Begleitung der modellhaften Implementierung**

Die Aufgaben des wissenschaftlichen Teams des DNQP bestehen im Rahmen der modellhaften Implementierung in der

- Planung, Steuerung und Dokumentation des Projektverlaufs sowie der fachlichen und methodischen Begleitung der Projektbeauftragten;
- Entwicklung des Audit-Instruments zum Expertenstandard. Dies geschieht in engem Austausch mit den Projektbeauftragten. Das Instrument wird auf der Grundlage eines für alle Expertenstandards vorliegenden Rahmenkonzepts entworfen und steht den Einrichtungen für eigene Vortests zur Verfügung;
- Unterstützung der Projektbeauftragten bei der Erfassung relevanter Struktur- und Projektverlaufsdaten der Einrichtungen. Das laufend aktualisierte Erhebungsinstrument ist an dem Vier-Phasen-Konzept der Standardimplementierung orientiert und steht den Projektbeauftragten zur Dokumentation des Projektverlaufs zur Verfügung;
- anonymisierten Gesamtauswertung der erhobenen Daten (Audit-Ergebnisse und Projektverlaufsdokumentation) und Berichterstattung.

Die fachliche Beratung und methodische Begleitung der Projektbeauftragten erfolgte im Rahmen von vier ganztägigen Projektsitzungen der Projektbeauftragten der teilnehmenden Einrichtungen an der Fachhochschule Osnabrück im Zeitraum von November 2008 bis Juli 2009. Dabei fand die erste Sitzung bereits vor dem eigentlichen Projektstart statt, um die Projektbeauftragten auf inhaltliche und organisatorische Aufgaben zur Vorbereitung des Projekts, z. B. Arbeitsgruppenbildung und Fortbildungsplanung, vorzubereiten. Die weiteren Projektsitzungen orientierten sich zeitlich und inhaltlich an den Implementierungsphasen und dienten neben der Weiterentwicklung und Anpassung von Audit- und Erhebungsinstrumenten vor allem dem Austausch und den Beratungen über Projektfortschritte. Darüber hinaus fand auch zwischen den Sitzungen ein intensiver Dialog über aktuelle Fragestellungen oder Probleme mit den Projektbeauftragten statt. Schwerpunkt der abschließenden Projektsitzung im Juli 2009 war die Präsentation und Diskussion der Auditergebnisse aus den Praxiseinrichtungen. Die protokollierten Ergebnisse aller vier Sitzungen bilden neben den Projektverlaufsdokumentationen und den Auditprotokollen eine wichtige Datengrundlage für diesen Bericht.

### 5.1.3 Auswahl der Einrichtungen

Das wissenschaftliche Team und der Lenkungsausschuss des DNQP haben im Rahmen eines kriteriengeleiteten Auswahlverfahrens zur Gewinnung der Kooperationspartner des Implementierungsprojektes eine ausgewogene Verteilung aller drei Einrichtungsarten (Krankenhaus, stationäre Altenhilfe und ambulante Pflege) angestrebt. Berücksichtigung fanden darüber hinaus Aspekte der regionalen Verteilung, eine möglichst breite Auswahl der beteiligten Fachbereiche, Patienten-/Bewohnergruppen, verschiedenen pflegerischen Bedarfe und Versorgungsstufen. Maßgebliche Bedeutung für die Auswahl hatten zudem folgende Strukturkriterien:

- Hoher Entwicklungsstand der Pflege (z. B. systematische und theoriegeleitete Anwendung der Pflegeprozessmethode),
- Erfahrungen mit systematischer Qualitätsentwicklung in der Pflege (z. B. Anwendung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung),
- das Vorhandensein oder der Aufbau eines betriebsweiten Qualitätsmanagements,
- eine eigenständige Projektleitung für den Implementierungszeitraum,
- Zusage zur Bildung von Arbeitsgruppen in den Modellpflegeeinheiten und
- Bereitstellung von Ressourcen für zeitnahe Schulung und Anleitung der beteiligten Pflegefachkräfte.

Der erste Aufruf zur Bewerbung um die Teilnahme an der modellhaften Implementierung erfolgte im Rahmen der Konsensus-Konferenz zum Expertenstandard Ernährungsmanagement im Oktober 2008, weitere folgten über die Fachpresse und über Berufsverbände. Alle interessierten Einrichtungen - es waren insgesamt 64 - sind im Vorfeld der Bewerbung durch das Methodenpapier des DNQP (DNQP 2007a) und den Bericht zur modellhaften Implementierung des Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ (DNQP 2007b) über die Kriterien des Auswahlverfahrens und den Verlauf der modellhaften Implementierung informiert worden.

Insgesamt haben daraufhin 46 Einrichtungen qualifizierte Bewerbungen beim DNQP abgegeben, von denen 27 Einrichtungen für die Teilnahme an der modellhaften Implementierung ausgewählt wurden. Unter diesen Einrichtungen waren neun Krankenhäuser, dreizehn Einrichtungen der stationären Altenhilfe, fünf ambulante Pflegedienste und erstmalig bei einer modellhaften Implementierung des DNQP eine Einrichtung der Behindertenhilfe. Wie sich bereits bei Interessenbekundungen und durch die Bewerbungslage abzeichnete, stellten damit die Einrichtungen der stationären Altenhilfe erstmals bei einer modellhaften Implementierung die größte Gruppe der beteiligten Einrichtungen, was für die große Relevanz des Themas Ernährung in der stationären Altenhilfe spricht. Die wenigsten Bewerbungen kamen von ambulanten Pflegediensten. Als Grund hierfür wurden die im Standard genannten Struktur-

kriterien angegeben, die für ambulante Pflegedienste nicht als erfüllbar eingeschätzt wurden. Somit konnte trotz Berücksichtigung aller Bewerbungen von ambulanten Pflegediensten keine gänzlich ausgewogene Verteilung der Einrichtungsarten erreicht werden.

Von den 27 ausgewählten Einrichtungen mussten zwei Einrichtungen der stationären Altenhilfe und ein ambulanter Pflegedienst die Teilnahme im Projektverlauf abbrechen. In einer Einrichtung waren durch ein anderes, vorrangig behandeltes Projekt Personal- und Zeitressourcen gebunden und in den beiden anderen traten während der Umsetzung der Standardinhalte unvorhergesehene Personalprobleme auf, so dass eine systematische Standardeinführung nicht möglich war. Dies ist als ein besorgniserregender Hinweis auf den verstärkten Leistungsdruck in den Pflegeeinrichtungen zu sehen. Strukturdaten und Projektverlaufsergebnisse dieser Einrichtungen fließen nicht in den Bericht ein.

Die 24 Kooperationspartner des Projektes, von denen zwölf bereits an einem oder mehreren DNQP-Projekten zur modellhaften Implementierung von Expertenstandards beteiligt waren, sind in der folgenden Abbildung 4 aufgelistet.

## Kooperationspartner des Implementierungsprojekts

### Einrichtungen der stationären Altenhilfe

#### **CBT Wohnhaus St. Michael, Waldbröl**

Pflegedienstleitung: Iris Walterscheid

Projektbeauftragte: Iris Walterscheid

#### **Diakonie in Düsseldorf, Joachim-Neander-Haus (JNH), Otto-Ohl-Haus (OOH)**

Pflegedienstleitung JNH: Brigitte Gregoreck

Pflegedienstleitung OOH: Petra Heinen

Projektbeauftragte: Dr. Nada Ralic

#### **DRK Hildesheim, Alten- und Krankenhilfe gGmbH, Professor König-Heim, Hildesheim**

Pflegedienstleitung: Martin Fischer

Projektbeauftragte: Carolin Hofmeister

#### **Evangelische Altenhilfe Gesundbrunnen e. V., Altenhilfezentrum Ludwigsau**

Pflegedienstleitung: Cornelia Knierim

Projektbeauftragter: Dipl.-Pflegerwirt Denis Oswald

#### **Gerontopsychiatrisches Pflegezentrum Holtland**

Einrichtungsleitung: Dipl. Ökonomin Waltraud Fasel

Projektbeauftragter: Dipl. Sozialwirt Reinhard Janssen

#### **Maternus Senioren- und Pflegezentrum Dresdner Hof, Leipzig**

Pflegedienstleitung: Angela Konieczny

Projektbeauftragte: Angela Konieczny

#### **Phönix Sozialzentrum im Lerchenfeld, Jena**

Pflegedienstleitung: Corina Leidel

Projektbeauftragte: Silke Schowald; Rene Steinbrück

#### **Samariterstift Leonberg**

Pflegedienstleitung: Sylvia Reck, Branka Peric

Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerwirtin Barbara Laufer-Spindler, M.A.; Christoph John

#### **Stiftungsklinikum Mittelrhein: Altenpflegeheim Paulinenstift**

Pflegedienstleitung: Karin Oster

Projektbeauftragte: Beate Janina Vaupel-Heldt

#### **Vitanas Pflegen und Wohnen Betriebs GmbH,**

Pflegen und Wohnen an der Finkenau; Seniorenzentrum Bahrenfeld

Centrumsleitung Finkenau: Dipl.-Pflegerwirt Frank Haesloop

Centrumsleitung Bahrenfeld: Lore Kunckel

Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerwirtin Sabine Lange; Carola Lehmann

#### **Diakonie Stetten, Region Ostalbkreis /Göppingen, Elisabethenberg (Einrichtung der Behindertenhilfe)**

Regionalleitung: Erhard Beck

Fachbereichsleitung: Katja Bühler

Projektbeauftragte: Simone Eckstein

## **Ambulante Pflegedienste**

### **Augustinum Pflegegesellschaft, Wohnstift Kleinmachnow**

Pflegedienstleitung: Klaus Löffler  
Projektbeauftragter: Michael Hübl

### **Bliev to Huus, Häusliche Kranken- und Altenpflege, Kaltenkirchen**

Pflegedienstleitung: Ellen Kalweit, Marina Walla-Reichardt  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Andrea van Schayck

### **Krankenpflegedienst Roman Bick GmbH, Berlin**

Pflegedienstleitung: Christa Zielke  
Projektbeauftragte: Nicole Heider, BcN

### **Vita Pflegedienst, Osnabrück**

Pflegedienstleitung: Dipl.-Kfm. Andreas Schulz-Gödker  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Cornelia Barthold

## **Krankenhäuser**

### **Charité Universitätsmedizin, Berlin**

Pflegedirektorin: Hedwig François-Kettner  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Kristine Schmidt

### **Klinikum Augsburg**

Pflegedirektor: Johannes Wilhelms  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Helga Tebartz, MBA

### **Klinikum Braunschweig gGmbH**

Pflegedirektor: Ulrich Heller  
Projektbeauftragte: Gabriele Rietz

### **Klinikum Bremen-Ost gGmbH**

Pflegerische Geschäftsführung: Dipl. Volkswirtin Sabine Weinhold-Witt  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Hille Glaeseker

### **Klinikum Fichtelgebirge gGmbH, Marktredwitz & Selb**

Gesamtpflegedienstleitung: Elke Karl  
Projektbeauftragte: Tanja Lausch

### **Klinikum Fürth**

Pflegemanagerin: Dipl.-Krankenhausbetriebswirtin Irene Hößl  
Projektbeauftragter: Dipl.-Pfleger Peter Schaeffler

### **Klinikum Nürnberg**

Klinikpflegedienstleitungen: Ankiza Krizanovic; Brigitte Schultheis; Bernhard Szerbinski  
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Gertrud Müller

### **Klinikum am Weissenhof, Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, Weinsberg**

Pflegedienstleitung: Heiderose Neumaier  
Projektbeauftragter: Andreas Sommer

### **Universitätsklinikum Frankfurt**

Pflegedirektor: Martin Wilhelm  
Projektbeauftragte: Dipl. Soz. Christa Flerchinger, M.A.

**Abb. 4:** Übersicht über die teilnehmenden Kooperationspartner

## **5.2 Ergebnisse der modellhaften Implementierung**

In einem ersten Schritt wird ein Gesamtüberblick der Ergebnisse des patienten-/bewohnerbezogenen und des personalbezogenen Audits gegeben und in einem zweiten Schritt folgt eine detailliertere Darstellung und Analyse getrennt nach Einrichtungsart: stationäre Altenhilfe, ambulante Pflege und Krankenhaus. Die Ergebnisdarstellung beinhaltet

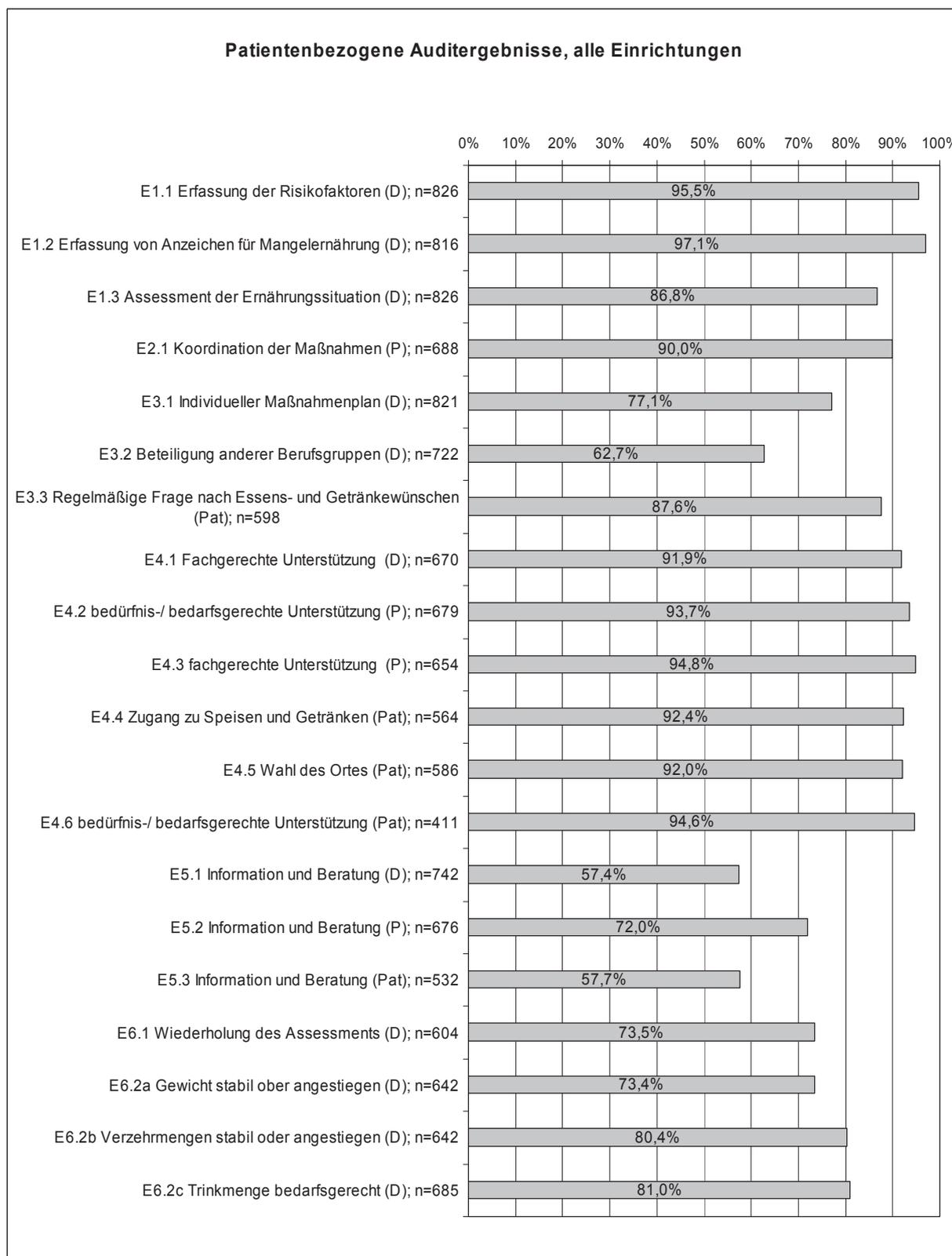
- *themenrelevante Strukturdaten der beteiligten Einrichtungen,*
- *die Einführung des Standards nach dem Phasenmodell,*
- *die Ergebnisse der abschließenden Auditmessung.*

Die vorliegenden Erkenntnisse über die Rahmenbedingungen in den Einrichtungen und die Erfahrungen der Standardumsetzung erlauben ebenso wie die Zielerreichungsgrade des patienten-/bewohnerbezogenen und des personalbezogenen Audits Rückschlüsse auf die Anwendbarkeit und Akzeptanz des Standards in den verschiedenen Praxisfeldern der Pflege. In einem abschließenden Kapitel werden Schlussfolgerungen aus dem Implementierungsprojekt gezogen und Empfehlungen für die regelhafte Implementierung des Expertenstandards und die Verstetigung seiner Anwendung ausgesprochen.

### **5.2.1 Die Auditergebnisse aller beteiligten Einrichtungen im Überblick**

Allen 24 Einrichtungen (elf Einrichtungen der stationären Altenhilfe, vier ambulante Pflegedienste und neun Krankenhäuser), deren Ergebnisse in diesen Bericht einfließen, ist es gelungen, den geplanten Zeitrahmen von sechs Monaten (Januar bis Juni 2009) für die Implementierung des Expertenstandards einzuhalten und das Projekt mit einem patienten-/bewohnerbezogenen und personalbezogenen Audit abzuschließen.

Die folgende Abbildung 5 zeigt einen Überblick über die Zielerreichungsgrade des patienten-/bewohnerbezogenen Audits aller beteiligten Einrichtungen. Zusammengenommen wurden in den 24 Einrichtungen 2119 Patienten- und Bewohnerakten hinsichtlich des Vorliegens eines Ernährungsrisikos durchgesehen und daraufhin 829 in das Audit einbezogen. Im Durchschnitt wurden pro Einrichtung 34 Patienten oder Bewohner auditiert. Die unterschiedlichen Fallzahlen (n) zu den einzelnen Items beruhen darauf, dass nicht immer alle Fragen zutreffend oder anwendbar waren. So konnten vielfach Patienten oder Bewohner aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen nicht befragt und Angehörige nicht erreicht werden. Auffällige Abweichungen werden kommentiert.



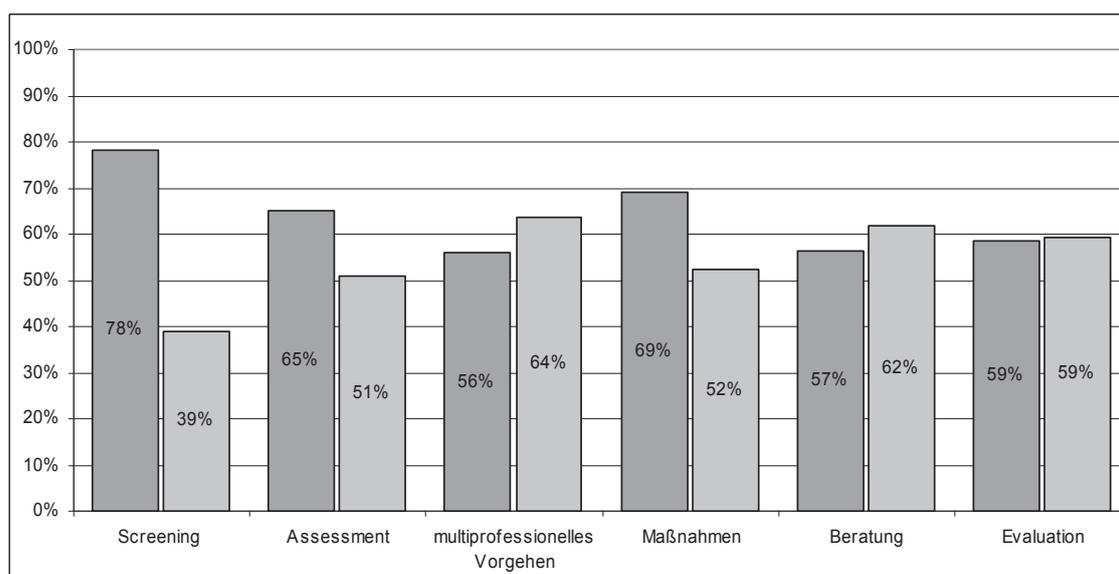
D: Dokumentenanalyse, P: Befragung der zuständigen Pflegefachkraft, Pat: Patienten-/Bewohnerbefragung

**Abb. 5:** Zielerreichungsgrade der Standardkriterien aller Einrichtungen, n = 829

Die übergreifende Analyse zeigt, dass höchste Zielerreichungsgrade bei der Erfassung von Risikofaktoren und Anzeichen für eine Mangelernährung sowie bei der fach-, bedürfnis- und bedarfsgerechten Unterstützung der Patienten/Bewohner erreicht werden konnten. Zu den Themen Beteiligung anderer Berufsgruppen am Ernährungsmanagement und Beratung der Patienten/Bewohner fallen die Zielerreichungsgrade deutlich geringer aus. Auffällig sind auch die Ergebnisse zur Stabilisierung bzw. zum Anstieg des Körpergewichtes, die zeigen, dass bei der beachtlichen Zahl von 26,6% der Patienten/Bewohner ein Gewichtsverlust zu verzeichnen war (E6.2a). Diesen Themen wird in der folgenden Einzeldarstellung der Einrichtungsarten besonders aufmerksam nachgegangen.

Die Ergebnisse des personalbezogenen Audits (Abb. 6) beruhen auf der Befragung von insgesamt 462 Pflegefachkräften zu ihrer Teilnahme an Fortbildungen zum Themenschwerpunkt Ernährungsmanagement und ihrem bestehenden Fortbildungsbedarf zu den jeweiligen Themen. Insgesamt sind in allen Einrichtungen 650 Fragebögen ausgegeben worden. Die Personalbefragung stellt einen wesentlichen Baustein des Audits dar, daher ist ein Rücklauf von 100% der ausgegebenen Bögen anzustreben. Auch, wenn gewisse Abstriche aufgrund von Krankheit und Urlaub zu erwarten waren, ist die in diesem Projekt erreichte Rücklaufquote von 71,1% verbesserungsfähig. Schließlich sind die Ergebnisse für das Pflegemanagement wichtige Grundlage für eine gezielte Personalförderung.

Die Auditergebnisse weisen auf einen relativ hohen bestehenden Fortbildungsbedarf zum Zeitpunkt des Audits hin. Das gilt einrichtungsübergreifend für nahezu alle Themen. Am ehesten sind das Screening und mit einem gewissen Abstand das Assessment sowie die Pflegemaßnahmen einigermaßen in das Wissensrepertoire der Pflegefachkräfte integriert. Dagegen weisen jeweils etwa 60% bestehende Fortbildungsbedarfe bei der Evaluation, dem multiprofessionellen Vorgehen sowie der Beratung auf besonders großen Entwicklungsbedarf hin.



**Abb. 6:** Personalbezogene Auditergebnisse, alle Einrichtungen, n=454

## **5.2.2 Ergebnisse der Einrichtungen der stationären Altenhilfe**

### **5.2.2.1 Themenrelevante Strukturdaten der Einrichtungen der stationären Altenhilfe**

Die elf Einrichtungen verfügten zwischen 58 und 439 Bewohnerplätzen. Im Rahmen der modellhaften Implementierung strebten neun kleinere Einrichtungen eine flächendeckende Einführung des Expertenstandards an, während sich zwei größere Einrichtungen für je zwei Modellpflegeeinheiten entscheiden. Unter den elf Einrichtungen waren ein gerontopsychiatrisches Pflegezentrum und eine Einrichtung der Behindertenhilfe. Die Ergebnisse der Einrichtung der Behindertenhilfe konnten trotz einiger struktureller Unterschiede, insbesondere hinsichtlich des Personalprofils und der Tagesstruktur der Bewohner, den Einrichtungen der stationären Altenhilfe zugeordnet werden, da es sich um eine stationäre Einrichtung der Langzeitversorgung mit pflegerischem Schwerpunkt handelt.

Als Pflegeorganisationsform war überwiegend die Bereichspflege eingeführt, zwei Einrichtungen arbeiteten nach dem Gruppenpflegesystem und in einer weiteren wurde Primary Nursing angewendet. In acht der elf Einrichtungen konnte auf multidisziplinäre Ernährungsteams zurückgegriffen werden, in denen neben Pflegefachkräften in der Regel Ärzte, Fachpersonal aus Hauswirtschaft und Küche, Logopäden, Ergotherapeuten, Ernährungsberater und in der Einrichtung der Behindertenhilfe pädagogische Fachkräfte beteiligt waren.

Der Personalschlüssel variierte zwischen 4,1 und 8,5 Bewohnern pro Pflegefachkraft und lag im Durchschnitt bei 5,5. Die Fachkraftquote, das Verhältnis dreijährig ausgebildeter Pflegefachkräfte zu geringer qualifizierten Pflegekräften, lag zwischen 40% und 60% und im Durchschnitt bei 56%.

Alle Einrichtungen hatten im Vorfeld Erfahrungen mit der Einführung von Expertenstandards gesammelt, sieben der elf Einrichtungen auch bereits im Rahmen von Implementierungsprojekten des DNQP. In allen Einrichtungen wurde mit den Expertenstandards Dekubitusprophylaxe und Sturzprophylaxe gearbeitet, in neun Einrichtungen mit dem Expertenstandard Kontinenzförderung und in acht mit den Expertenstandards Schmerzmanagement und Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Der Expertenstandard Entlassungsmanagement wurde trotz seiner krankenhausspezifischen Ausrichtung in vier Einrichtungen der stationären Altenhilfe angewendet, vornehmlich bei der Überleitung von Bewohnern aus der Kurzzeitpflege. In allen Einrichtungen wurden darüber hinaus verschiedene weitere Aktivitäten zur Pflegequalitätsentwicklung unternommen. Dazu gehören in neun Einrichtungen regelmäßige Qualitätszirkel, in vier Einrichtungen die Anwendung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung und vier Einrichtungen haben Zertifizierungsprozesse durchlaufen.

### **5.2.2.2 Standardeinführung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe**

#### *Bildung der Arbeitsgruppen*

In allen Einrichtungen wurden frühzeitig Arbeitsgruppen gebildet, in denen stets Pflegedienst- und/oder Wohnbereichsleitungen sowie Pflegefachkräfte der Modellpflegeeinheiten vertreten waren. Hinzu kamen in acht Einrichtungen Fachpersonal aus Hauswirtschaft und Küche und in sieben Einrichtungen Logopäden, Ergotherapeuten, Sozialdienstmitarbeiter oder Pädagogen. In einer Einrichtung war zudem ein Arzt Mitglied der Arbeitsgruppe. Somit waren die Arbeitsgruppen in neun von elf Einrichtungen multiprofessionell besetzt. In einer Einrichtung, deren Modellpflegeeinheiten in zwei unterschiedlichen Häusern lagen, wurde neben den Arbeitsgruppen der Modellpflegeeinheiten eine koordinierende, multiprofessionelle Steuerungsgruppe installiert. Hinsichtlich der Zusammensetzung der Arbeitsgruppen bestätigten alle Projektbeauftragten, dass es für den Einführungsprozess von großem Vorteil war, die Pflegedienstleitung und die Hauswirtschaftsleitung zu beteiligen, um größtmögliche Entscheidungs- und Koordinierungskompetenzen einzubinden. Durch transparente Einführungsprozesse konnte so in allen beteiligten Berufsgruppen für einen hohen Multiplikationsfaktor der Standardinhalte gesorgt werden.

#### *Phase 1: Fortbildungen zum Expertenstandard*

Durchgehend haben Kick-Off Veranstaltungen stattgefunden, um die Projektbeteiligten über den Expertenstandard und das Implementierungsprojekt zu informieren. Diese Veranstaltungen dienten auch dem Aufbau oder der Intensivierung von Kontakten mit Hausärzten.

Das Fortbildungsprogramm entwickelten die Projektbeauftragten in ihren Einrichtungen auf Basis des zuvor ermittelten Fortbildungsbedarfs der Pflegefachkräfte. Fortbildungsschwerpunkte waren Screening und Assessment von Mangelernährung, allgemeine Maßnahmen zum Ernährungsmanagement (z. B. Hilfsmittel, Distributionsformen, Milieugestaltung), Maßnahmen bei besonderen Erkrankungen (z. B. Ernährung bei Schluckstörungen, basale Stimulation) sowie spezifische Erfordernisse der Ernährung alter und kognitiv beeinträchtigter Menschen. Eingeflossen sind auch die Ernährungslehre und zu einem geringen Grad Aspekte der Beratung, Schulung und Anleitung von Menschen mit bestehender Mangelernährung oder dem Risiko für eine Mangelernährung.

Positiv auf Interesse und Motivation der Teilnehmer haben sich die als hoch eingeschätzte Relevanz des Themas, eine transparente Kommunikation der Projektinhalte und -ziele sowie die zeitliche Organisation der Fortbildungen, z. B. in ganzen Fortbildungstagen oder während der Dienstzeit, ausgewirkt. Ein motivationsmindernder Faktor bestand laut einer Projektbeauftragten darin, dass sich einige Fortbildungsinhalte nicht sofort in der Praxis umsetzen ließen, weil die Fortbildungen vor dem eigentlichen Anwendungsbeginn des Expertenstandards stattfanden. Diesem Umstand konnte dadurch Rechnung getragen werden, dass der Praxis-

bezug durch Fallbeispiele hergestellt wurde. So wurde in einer Einrichtung die Anwendung der Screening- und Assessmentinstrumente unter Übungsbedingungen geschult, was neben der Kompetenzerweiterung gleichzeitig auch den Effekt hatte, dass die Teilnehmer durch Verbesserungsvorschläge die Anwendungsfreundlichkeit der Instrumente erhöhen konnten. Im Verlauf des Projekts auftretender Fortbildungsbedarf machte es in nahezu allen Einrichtungen zusätzlich notwendig, auch über die erste Projektphase hinaus analog zu den Schritten der Implementierung weitere begleitende Schulungen anzubieten.

Der Zeitaufwand für die Fortbildungen der Pflegekräfte lag in den Einrichtungen bei durchschnittlich 281 Stunden und variierte abhängig von Fortbildungsangebot und Teilnehmerzahlen zwischen 34 und 577 Stunden. Jeder Pflegefachkraft wurden durchschnittlich 6,4 Stunden Fortbildungszeit zur Verfügung gestellt, die geringste Zeit bestand in 1,6 und die höchste in 20 Stunden. Zudem wurden für jede Pflegehilfskraft durchschnittlich 4,3 Stunden und für jeder nicht ausgebildete Pflegekraft (z. B. Alltagshelfer oder Präsenzkkräfte) 5,5 Stunden. Aus nahezu allen Einrichtungen wurde berichtet, dass auch andere Berufsgruppen an den Fortbildungen beteiligt waren, sowohl als Dozenten (z. B. Logopädie und Ergotherapie), als auch als Teilnehmer. Die für Fortbildungen anderer Berufsgruppen aufgewendete Zeit wurde nicht in den durchschnittlichen Zeitaufwand einberechnet. Der Zeitaufwand der Projektbeauftragten für Vor- und Nachbereitung, Teilnahme und Durchführung von Fortbildungen betrug zwischen zwölf und 40 Stunden und durchschnittlich 24 Stunden.

*Phase 2: Anpassung einzelner Kriterien an die besonderen Anforderungen der Zielgruppe oder der Einrichtung im Sinne einer Konkretisierung*

Die Arbeitsgruppen identifizierten in ihren Einrichtungen durchgehend einen hohen Anpassungsbedarf an die Anforderungen des Standards hinsichtlich der Screening- und Assessmentinstrumente (siehe E1), der ernährungsbezogenen Pflegemaßnahmen und der berufsgruppenübergreifenden Verfahren des Ernährungsmanagements.

In allen Einrichtungen wurden hausintern gemeinsam mit allen am Ernährungsmanagement beteiligten Berufsgruppen und unter Beteiligung der Betriebs- und Pflegeleitungen Verfahrensregeln entwickelt, deren Aufgabe die Darstellung von Schnittstellen und Zuständigkeiten im Ernährungsmanagement ist. So wurde in ihnen das Verfahren des pflegerischen Ernährungsmanagements festgelegt und beschrieben, wann und auf welchem Weg die Pflegefachkräfte andere Berufsgruppen über Ernährungsrisiken der Bewohner informieren und in Maßnahmenplanungen und -umsetzungen einbeziehen. Unterstützend wirkten sich zudem multiprofessionelle Besetzungen der Arbeitsgruppen und vorliegende Verpflegungskonzepte der Einrichtungen auf die Verfahrensregelentwicklungen aus. In Zusammenarbeit mit Vertretern aus Hauswirtschaft und Küche wurden alternative Möglichkeiten der Mahlzeitenangebote, der Darreichungsformen, z. B. einer Umstellung von Tablett- auf Schüsselsystem, und der Umgebungsgestaltung diskutiert und initiiert. Hierzu hat beispielsweise eine Arbeits-

gruppe in einer Einrichtung eine unangekündigte, teilnehmende Beobachtung von Mahlzeiten in den Modellpflegeeinheiten durchgeführt, um Rahmenbedingungen der Mahlzeiten und Prozesse der Speisendistribution auf Verbesserungspotentiale zu untersuchen. Im Zuge der gemeinsamen Anpassung der Standardkriterien verbesserten oder intensivierten sich darüber hinaus die Kooperationen zwischen Küche, Hauswirtschaft und Pflegefachkräften, wie viele Projektbeauftragte beschrieben.

Sprachliche Konkretisierungen und Ergänzungen der Standardaussagen dienten darüber hinaus der Akzeptanzsteigerung der Standardinhalte. Als zusätzliche Umsetzungshilfen hat sich zudem zusätzliches Informationsmaterial bewährt. Dies galt auch für geringer qualifizierte Pflegekräfte und andere beteiligte Berufsgruppen, die durch die Adressierung der Pflegefachkräfte im Expertenstandard ihre eigene Rolle im Ernährungsmanagement nicht widergespiegelt sahen. So wurden zum Beispiel in einer Einrichtung ergänzend zu den Aufgaben der Pflegefachkräfte auch die Aufgaben geringer qualifizierter Pflegekräfte und des Personals aus Hauswirtschaft und Küche benannt.

Der zeitliche Aufwand der Projektbeauftragten lag in dieser Phase zwischen vier und 40 Stunden und betrug durchschnittlich 26 Stunden. Auf jedes Arbeitsgruppenmitglied entfielen zwischen zwei und 42 und im Durchschnitt 10 Stunden.

### *Phase 3: Einführung und Anwendung des Expertenstandards*

Zur Verdeutlichung des Anwendungsbeginns fanden in allen Pflegeeinrichtungen Kick-off Veranstaltungen statt oder es wurden Teambesprechungen genutzt, um die Ergebnisse der Anpassungsphase vorzustellen. Hinzu kamen in einer Einrichtung Organisationsgespräche mit Hauswirtschaftspersonal und die Vorstellung der konkretisierten Standardinhalte sowie des geplanten Vorgehens in internen Leitungssitzungen. Zur Unterstützung der Pflegefachkräfte bei Anwendung der Assessmentverfahren und der Entwicklung von Maßnahmenplänen standen die Projektbeauftragten und die Arbeitsgruppenmitglieder zur Verfügung. In einer Einrichtung erwiesen sich für die Pflegefachkräfte die Bereitstellung von Musterunterlagen, Informationsmaterialien und die Zugriffsmöglichkeit auf Verfahrensregelungen und Dokumente im Intranet als erleichternd. Übergabegespräche und Teambesprechungen wurden in dieser Phase als Plattform für Kurzfortbildungen genutzt. In dieser Phase standen weiterhin positive Erfahrungen bei der Zusammenarbeit mit Hauswirtschaft und Küche im Mittelpunkt. So berichten Projektbeauftragte dabei von Umstellungen des Nahrungsangebots, Unterstützung der Pflegefachkräfte durch die Bereitstellung von Nährwertberechnungstabellen und der Initiierung interdisziplinärer Fallkonferenzen.

Der Zeitaufwand der Projektbeauftragten variierte in dieser Phase zwischen vier und 41 Stunden und lag durchschnittlich bei 16 Stunden. Jedes Arbeitsgruppenmitglied hat zwischen einer und acht Stunden in dieser Phase investiert, durchschnittlich waren es 2,4 Stunden pro Kopf.

#### *Phase 4: Audit*

Das abschließende Audit wurde in fünf Einrichtungen ausschließlich von den Projektbeauftragten und in sechs Einrichtungen gemeinsam mit einer weiteren Person durchgeführt. Dies waren Mitarbeiter des Qualitätsmanagements, Mitglieder der Arbeitsgruppe, Pflegefachkräfte oder Referentinnen bzw. Fachberater des Einrichtungsträgers. Selbstüberprüfungen wurden ausgeschlossen, indem darauf geachtet wurde, dass die Auditoren nicht auf den auditierten Pflegeeinheiten tätig waren. Aufgaben der Projektbeauftragten in der Auditphase bestanden in der Information der Pflegefachkräfte über das Audit, die Organisation der Datenerhebung der bewohner- und personalbezogenen Daten, die Durchführung der Datenerhebung und die einrichtungsbezogene Auswertung.

In den elf Einrichtungen wurden 398 Bewohner in das Audit einbezogen. Drei Einrichtungen haben die Zielgröße von 40 Bewohnern erreicht bzw. überschritten, sechs Häuser konnten zwischen 30 und 40 Bewohner einbeziehen und zwei Häuser lagen darunter. Bei 386 Bewohnern liegen Aussagen über die Ausprägung ihres Ernährungsrisikos vor. Von ihnen wiesen 336 (87%) das Risiko für eine Mangelernährung und 50 (13%) zum Zeitpunkt des Audits eine vorliegende Mangelernährung auf. Vor dem Hintergrund, dass nahezu jedem Bewohner der stationären Altenhilfe ein Ernährungsrisiko attestiert werden kann, erscheint die Anzahl von insgesamt 736 zur Stichprobenbildung durchgesehenen Bewohnerakten überraschend hoch. Sie ist dadurch zu erklären, dass die Auditoren mit dem Ziel, allen Auditfragen eine größtmögliche Aussagekraft zu verleihen, ausschließlich solche Bewohner in die Stichprobe aufgenommen haben, bei denen das Risiko für eine Mangelernährung über das in der stationären Pflege übliche Maß hinaus ging. Nur bei diesen Bewohnern war eine umfassende Umsetzung des Ernährungsmanagements zu erwarten, während bei anderen Bewohnern ihr geringeres Risiko bereits durch den Lebensalltag in der Pflegeeinrichtung kompensiert war und sich darüber hinausgehende ernährungsbezogene Maßnahmen auf ein regelmäßiges Assessment der Ernährungssituation beschränken konnten.

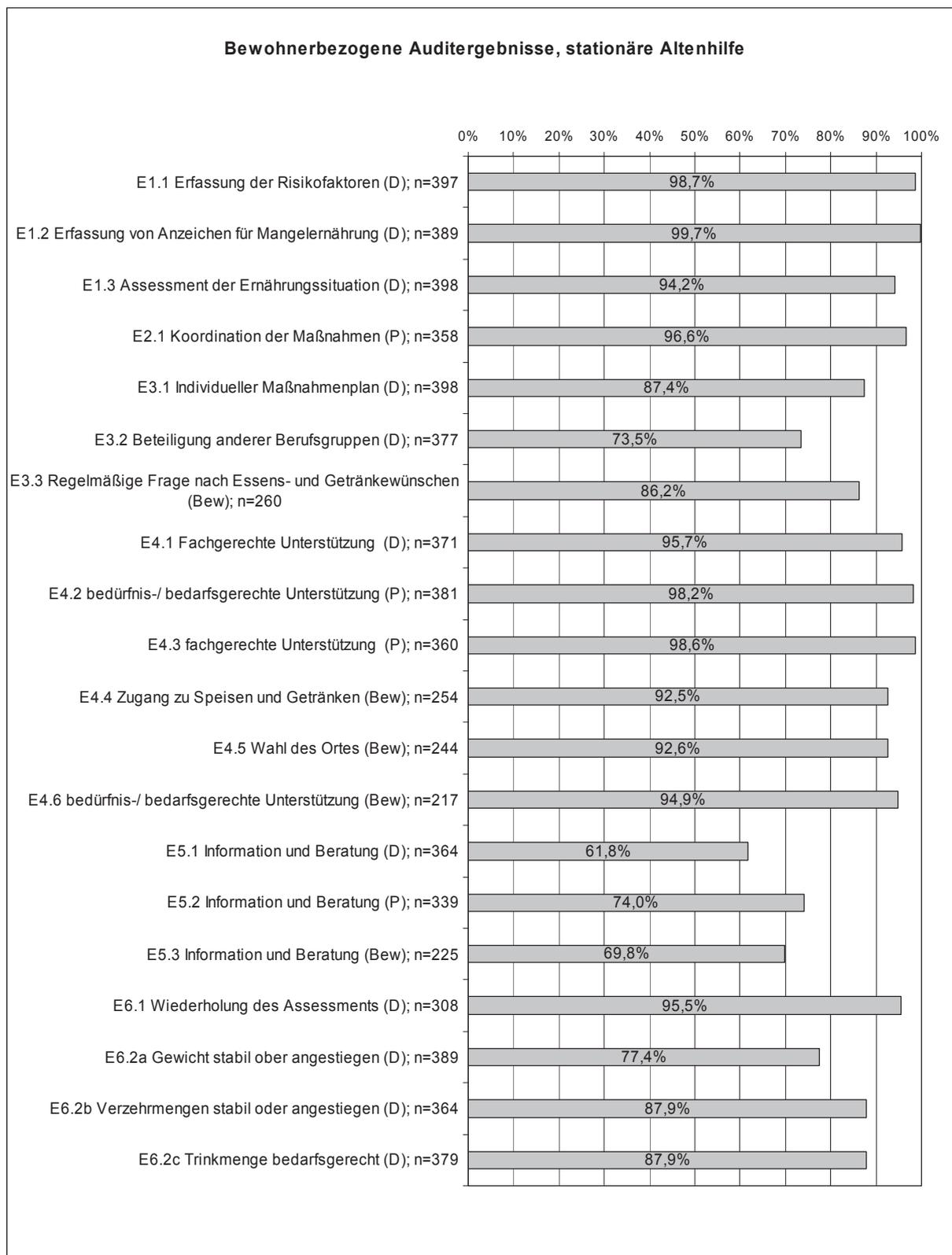
Für das personalbezogene Audit zur Ermittlung des Fortbildungsstandes konnten Fragebögen von 173 Pflegefachkräften ausgewertet werden. Insgesamt haben die Projektbeauftragten 218 Bögen ausgegeben, die Rücklaufquote lag bei 79%.

Der Zeitaufwand der Projektbeauftragten lag in der Auditphase durchschnittlich bei 34 Stunden. Auf die dreischrittige Datenerhebung eines bewohnerbezogenen Audits - Dokumentenanalyse, Befragung der zuständigen Pflegefachkraft und Befragung des Bewohners - entfielen davon durchschnittlich 35 Minuten. Während sich Dokumentenanalyse und Befragung der zuständigen Pflegefachkraft problemlos gestalten ließen, fiel einigen Auditoren die Befragung der Bewohner schwerer, weil sie nicht Erhebungsmethode vertraut waren, Unsicherheiten bei der sprachlichen Anpassung der Fragen abbauen mussten und einige Bewohner aufgrund

kognitiver Einschränkungen keine eindeutigen Angaben machen konnten. Auf die Befragung der Bewohner entfiel auch nach Angabe erfahrener Projektbeauftragter und Auditoren der größte Zeitbedarf der Datenerhebung.

### **5.2.2.3 Auditergebnisse der Einrichtungen der stationären Altenhilfe**

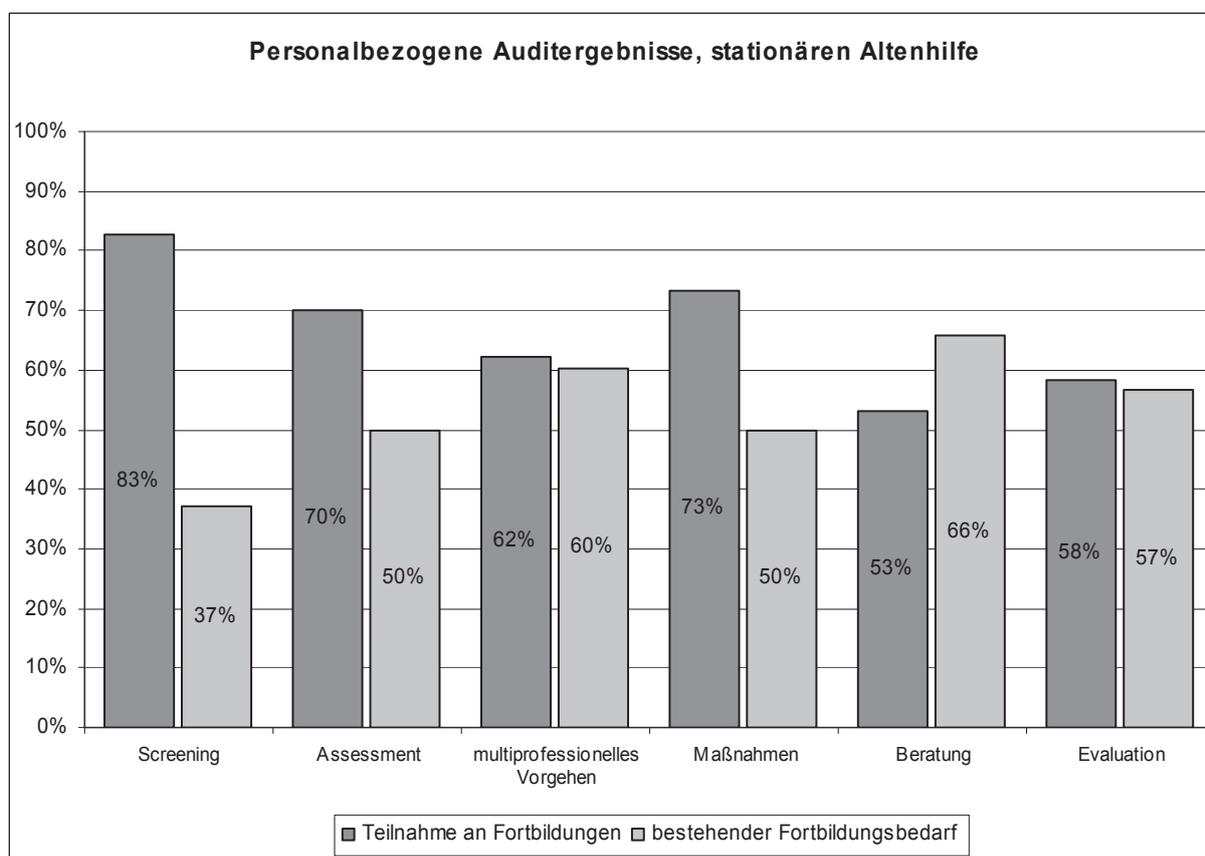
Die Auditergebnisse unterstreichen, ebenso wie die Auswertung der Projektverlaufsdokumentationen, dass das Thema Ernährungsmanagement in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe intensiv bearbeitet wurde (Abb. 7). Die Einrichtungen sahen sich mit einem hohen Bedarf an Ernährungsmanagement ihrer Bewohner konfrontiert, dem sie mit abgestuften Handlungskonzepten begegneten. Spezifische und umfangreichere Maßnahmen kamen besonders gefährdeten oder bereits unter einer Mangelernährung leidenden Bewohnern zugute. Sie bestanden in der Gestaltung individuell auf die Bewohner abgestimmter Mahlzeitsituationen und der gezielten Unterstützung unter Einbeziehung anderer Berufsgruppen und der Angehörigen. Bei Bewohnern mit einem weniger ausgeprägten Risiko für eine Mangelernährung herrschten Routinemaßnahmen vor. Während des Projektes verbesserte sich vielfach die Kooperation mit der Hauswirtschaft und auch in das Thema Information und Beratung kam Bewegung. Gleichwohl zeigt sich, dass die Gefahr einer Mangelernährung allgegenwärtig ist.



D: Dokumentenanalyse, P: Befragung der zuständigen Pflegefachkraft, Bew: Bewohnerbefragung,

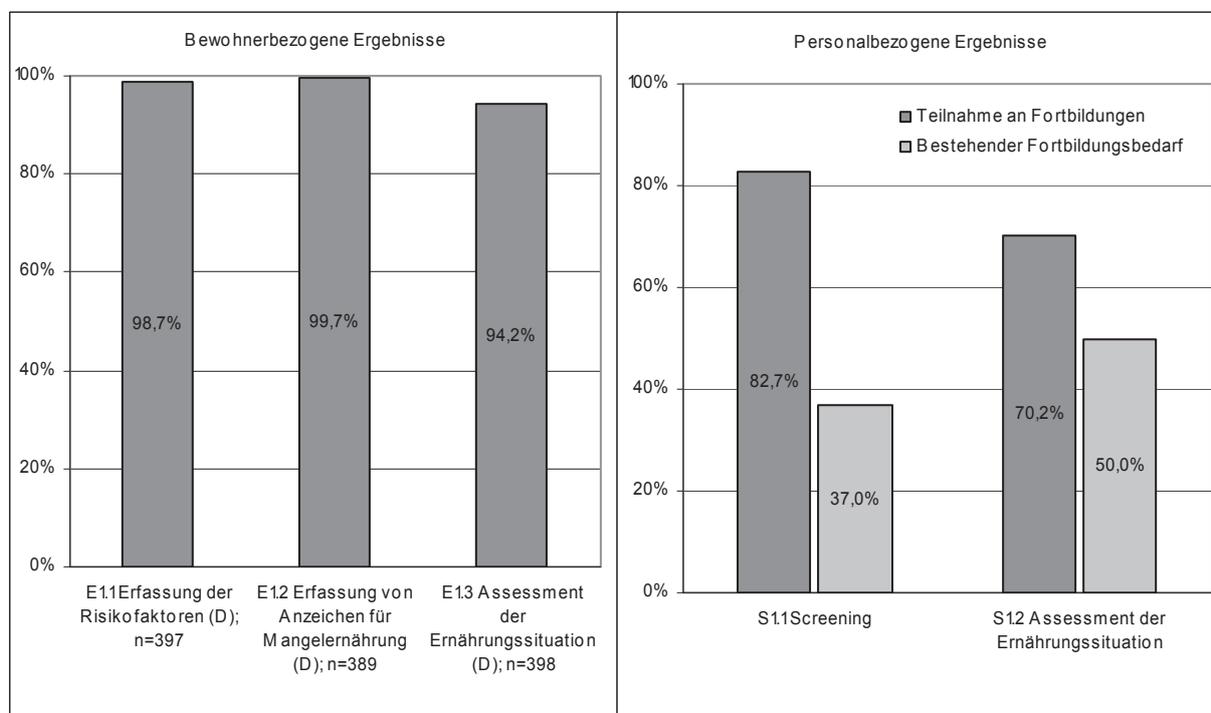
**Abb. 7:** Zielerreichungsgrade der Standardkriterien, Einrichtungen der stationären Altenhilfe, n=398

Bei den Fortbildungen der Pflegefachkräfte lag das Augenmerk zunächst auf der Einschätzung der Ernährungsproblematiken und auf ernährungsbezogenen Maßnahmen. Dies spiegelt sich in den Ergebnissen der Personalbefragung dadurch wider, dass zu diesen Fortbildungsthemen die höchsten Teilnahmequoten und die geringsten weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarfe zu verzeichnen sind (Abb. 8). Höherer bestehender Fortbildungsbedarf zu den Themen multiprofessionelles Vorgehen und Beratung weist auf Entwicklungsbedarf hin. Insgesamt ist davon auszugehen, dass eine Verstetigung der Umsetzung des Expertenstandards nur mit dauerhaften Fortbildungen der Pflegefachkräfte möglich sein wird. Diese Fortbildungen sollten auch dem Umstand Rechnung tragen, dass ein höheres Maß an Individualität des Ernährungsmanagements erreicht und ritualisierte Handlungsweisen zunehmend einer kritischen Reflexion unterzogen werden sollten. Die Auditergebnisse zu den einzelnen Standardkriterien werden im Folgenden differenziert dargestellt.



**Abb. 8:** Teilnahme an Fortbildungen und weiterhin bestehender Fortbildungsbedarf in der stationären Altenhilfe, n=173

**E1 – Für alle Bewohner liegt ein aktuelles Screening-Ergebnis zur Ernährungssituation vor. Bei Bewohnern mit einem Risiko für oder Anzeichen von Mangelernährung ist ein Assessment mit handlungsleitenden Informationen erfolgt.**



**Abb. 9:** Ergebnisse zu Standardebene 1 - stationäre Altenhilfe

### *Bewohnerbezogene Ergebnisse*

In allen Einrichtungen lagen nach Abschluss der Implementierung des Expertenstandards zielgruppenspezifische Einschätzungsinstrumente vor (S1b), die eine strukturierte Erfassung und Analyse der Ernährungsproblematiken der Bewohner ermöglichten. Eine Einrichtung hat sich dabei für den weiteren Einsatz des MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) entschieden, mit dem dort bereits vor der Einführung des Standards erfolgreich gearbeitet wurde und das den Pflegefachkräften vertraut war. In den zehn weiteren Einrichtungen wurde bei der Auswahl eines geeigneten Screening- und Assessmentinstrumentes das Instrument zur pflegerischen Erfassung von Mangelernährung und deren Ursachen (PEMU) favorisiert, das explizit für die Anwendung in der stationären Altenhilfe entwickelt worden ist. Bereits in den ersten Anwendungstests des Instruments zeigte sich allerdings, dass mit dem Screening-Instrument des PEMU nicht alle Risiken für eine Mangelernährung von Bewohnern der stationären Altenhilfe erfasst werden können. Dies gilt insbesondere für die Risiken, die durch das Leben der Bewohner in der Pflegeeinrichtung im Allgemeinen und pflegerische Interventionen im Besonderen bereits kompensiert worden sind. Hierzu zählen zum Beispiel kognitive Einschränkungen oder Mobilitätsprobleme. Als Konsequenz entschieden alle Einrichtungen, das Screening-Instrument um eine Frage nach kognitiven Einschränkungen des Bewohners und/

oder nach dem Ergebnis der klinischen Einschätzung der Ernährungssituation der Bewohner auf Basis der ersten Risikoerfassung durch die Pflegefachkraft zu ergänzen. Hieraus resultierte wiederum, dass nahezu jedem Bewohner ein Ernährungsrisiko attestiert werden musste.

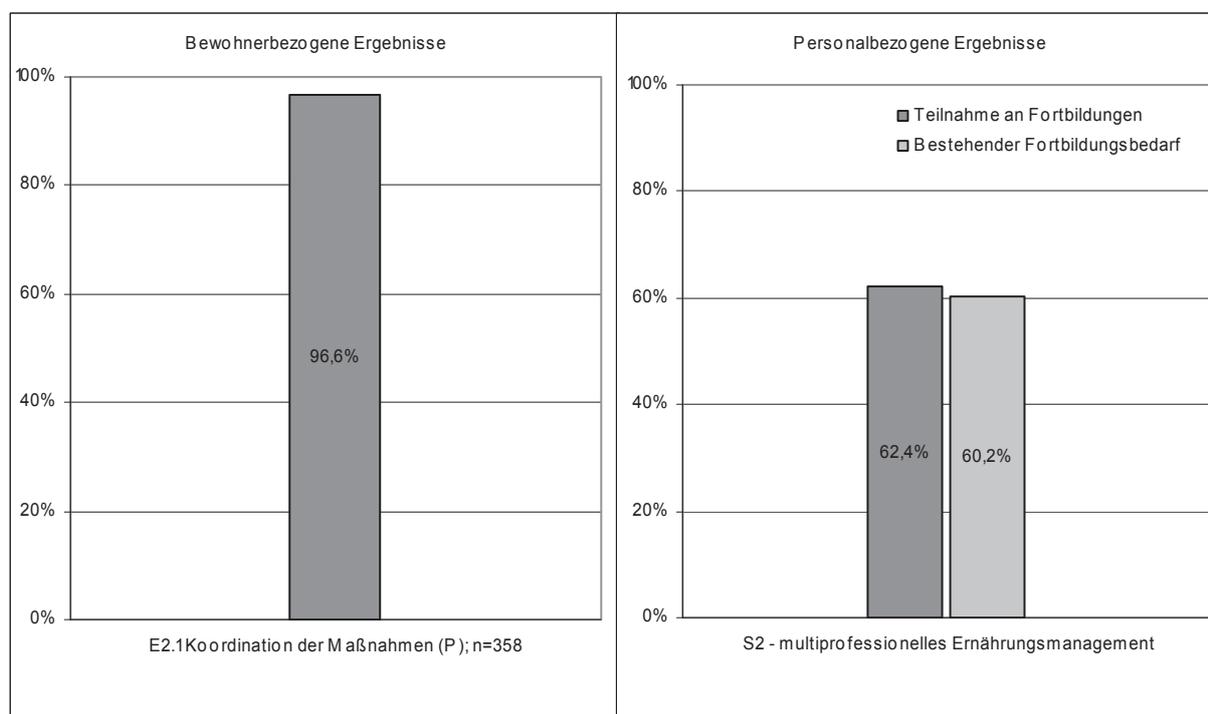
Bei nahezu allen auditierten Bewohnern (n=398) wurden in der Dokumentation eine Erfassung der Risikofaktoren (E1.1: 98,7%) sowie von Anzeichen für Mangelernährung (E1.2: 99,7%) gefunden. Ein Assessment der Ernährungssituation lag bei 94% vor (E1.3). Screening und Assessment waren als Instrumente Teile der Pflegeanamnese, die von den Pflegefachkräften systematisch bearbeitet werden.

Die tiefergehende Einschätzung mittels des PEMU-Assessments eignete sich zur Erfassung der Ernährungssituation der Bewohner, deren Pflegeanamnese nicht bereits aussagekräftige Erkenntnisse ergab, und konnte dann als guter Hinweisgeber für die Pflege- und Maßnahmenplanung eingesetzt werden. Einige Projektbeauftragte stellten allerdings fest, dass das Assessment bei Bewohnern, die bereits seit längerer Zeit in einer Einrichtung leben, häufig keine neuen handlungsleitenden Aspekte ergab, die in bereits bestehende Pflege- oder - im Falle der Einrichtung der Behindertenhilfe - Hilfepläne aufgenommen werden mussten.

#### *Personalbezogene Ergebnisse*

Screening- und Assessmentinstrumente sowie das Vorgehen bei der Einschätzung waren zentrale Bestandteile der Fortbildungsprogramme in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Von allen befragten Pflegefachkräften gaben 82,7% an, eine Fortbildung zu Screeningverfahren und 70,2% zu Assessmentverfahren besucht zu haben. Der Umgang mit systematischen Einschätzungsinstrumenten hat Eingang in die Pflegedokumentation gefunden. Dies gilt auch trotz des weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarfs, den 37% der Pflegefachkräfte zur Einschätzung von Risikofaktoren und Anzeichen einer Mangelernährung (Screening) und 50% zur tiefer gehenden Einschätzung (Assessment) bei sich erkennen. Diesem Fortbildungsbedarf, der sich, wie mehrere Projektbeauftragte bestätigten, auch aus Unsicherheiten bei der Anwendung der Instrumente ergab, kann durch Kurzschulungen und Begleitung durch Mentoren oder Arbeitsgruppenmitglieder begegnet werden. Auch Folgeschulungen nach Abschluss der Implementierung sollten als Mittel zur Verstetigung der Standardanwendung eingesetzt werden.

**E2 – Die multiprofessionellen Maßnahmen sind koordiniert, gegebenenfalls ethisch begründet und ihre Umsetzung ist überprüft.**



**Abb. 10:** Ergebnisse zu Standardebene 2 - stationäre Altenhilfe

***Bewohnerbezogene Ergebnisse***

Zentrale Kooperationsbereiche waren in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe die Zusammenarbeit zwischen Pflegefachkräften und Mitarbeitern aus Küche und Hauswirtschaft bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen des Ernährungsmanagements und der Kontakt mit den Hausärzten der Bewohner sowie in einzelnen Einrichtungen zu Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden und Ernährungsberatern. Verfahrensregeln lagen zum Zeitpunkt des Audits in allen Einrichtungen vor (S2b).

Bei 96,6% aller auditierten Bewohner konnten die Pflegefachkräfte ihre Koordinationsfunktion mit unterschiedlichem Ausprägungsgrad wahrnehmen (E2.1). Die Projektbeauftragten berichten, dass im Zuge der Standardanwendung positive Erfahrungen bei der Zusammenarbeit mit Hauswirtschaft und Küche gemacht wurden. So ergaben sich zum Beispiel Kooperationen bei Umstellungen des Nahrungsangebots, Maßnahmen zur Milieugestaltung sowie bei interdisziplinären Fallkonferenzen. Auch erhielten Pflegefachkräfte Unterstützung durch die Bereitstellung von Nährwertberechnungstabellen.

Die Kooperation mit Hausärzten war allerdings von Schwierigkeiten gekennzeichnet, da sie Einladungen zu Veranstaltungen oder zur Teilnahme an Arbeitsgruppen nicht oder zögerlich wahrgenommen haben. In der Folge reduzierte sich der Kontakt zu Hausärzten auf Informationsweitergaben über die Einschätzung der Ernährungszustände der Bewohner durch die Pflegefachkräfte.

#### *Personalbezogene Ergebnisse*

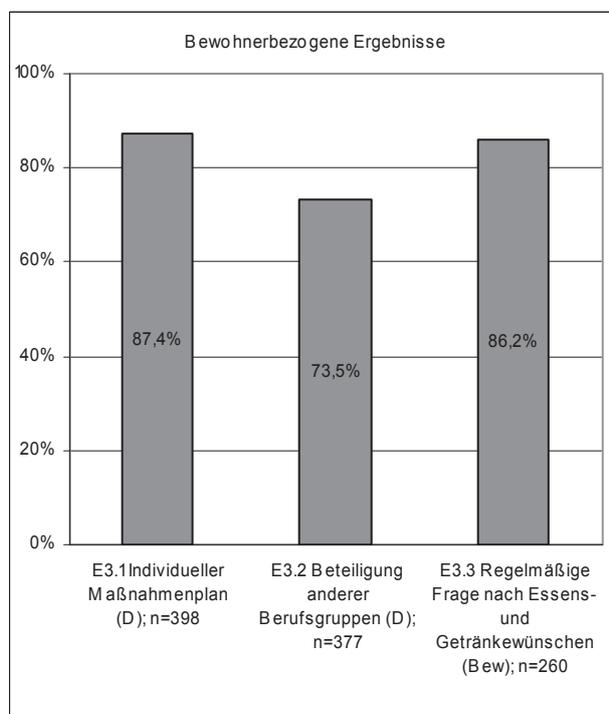
Fortbildungen zur Verfahrensregel und zur Wahrnehmung von Koordinierungsaufgaben haben 62,4% der befragten Pflegefachkräfte besucht, 60,2% gaben einen bestehenden Fortbildungsbedarf an. Dieser hohe Wert verweist auf die Tatsache, dass Schnittstellen und Kooperationsbereiche mit Hauswirtschaft, Küche und therapeutischen Berufsgruppen bisher in vielen Einrichtungen keine derart explizite Bearbeitung und Beschreibung erfahren haben, wie es nun der Fall ist. Der großen Bedeutung des multiprofessionellen Vorgehens für die Ernährungssituation der Bewohner sollte in weiteren Fortbildungsprogrammen vor dem Hintergrund der ermutigenden Erfahrungen des Implementierungsprojektes vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden.

### **E3 – Ein individueller Maßnahmenplan zur Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung liegt vor.**

#### *Bewohnerbezogene Ergebnisse*

In 87,4% aller durchgesehenen Pflegedokumentationen der Bewohner der stationären Altenhilfe wurden Hinweise auf Maßnahmen zum Ernährungsmanagement gefunden (E3.1). Allerdings wiesen die geplanten und dokumentierten Maßnahmen eine unterschiedliche Ausprägung individueller Elemente auf. Dies war insbesondere bei den Bewohnern der Fall, die laut Screening ein Risiko für eine Mangelernährung aufwiesen, das durch regelmäßige und pflegefachlich betreute Mahlzeiten kompensiert war.

Bei 73,5% aller auditierten Bewohner waren andere Berufsgruppen an der Planung der Maßnahmen beteiligt (E3.2). Dies waren insbesondere Fachpersonal



**Abb. 11:** Ergebnisse zu Standardebene 3 - stationäre Altenhilfe

aus Hauswirtschaft und Küche, Hausärzte, Logopäden und Ergotherapeuten. Das Ausmaß ihrer Beteiligung war von der Ursache und der Höhe des Ernährungsrisikos der Bewohner abhängig. Bestand bei den Bewohnern eine Mangelernährung, wurden häufiger ein Maßnahmenplan angelegt (96% der Bewohner) und andere Berufsgruppen, insbesondere Hausärzte einbezogen (86%), als bei einem bloßen Risiko (85,7% bzw. 70,4%).

Die Pflegeleitungen aller Einrichtungen gaben an, dass in ihrer Einrichtung nach einem Verpflegungskonzept gearbeitet wird, das einrichtungswelt gültig ist und die Leistungen der Einrichtung im Verpflegungsbereich transparent beschreibt (S3b). Es bildete auf diese Weise eine Basis für die Planung von Maßnahmen, zur individuellen und bedarfsgerechten Ernährungsversorgung der Bewohner. Die Bewohner der stationären Altenhilfeeinrichtungen gaben zu 86,2% an, regelmäßig nach Essens- und Getränkewünschen gefragt worden zu sein (E3.3).

**E4 – Der 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 Bewohners.**

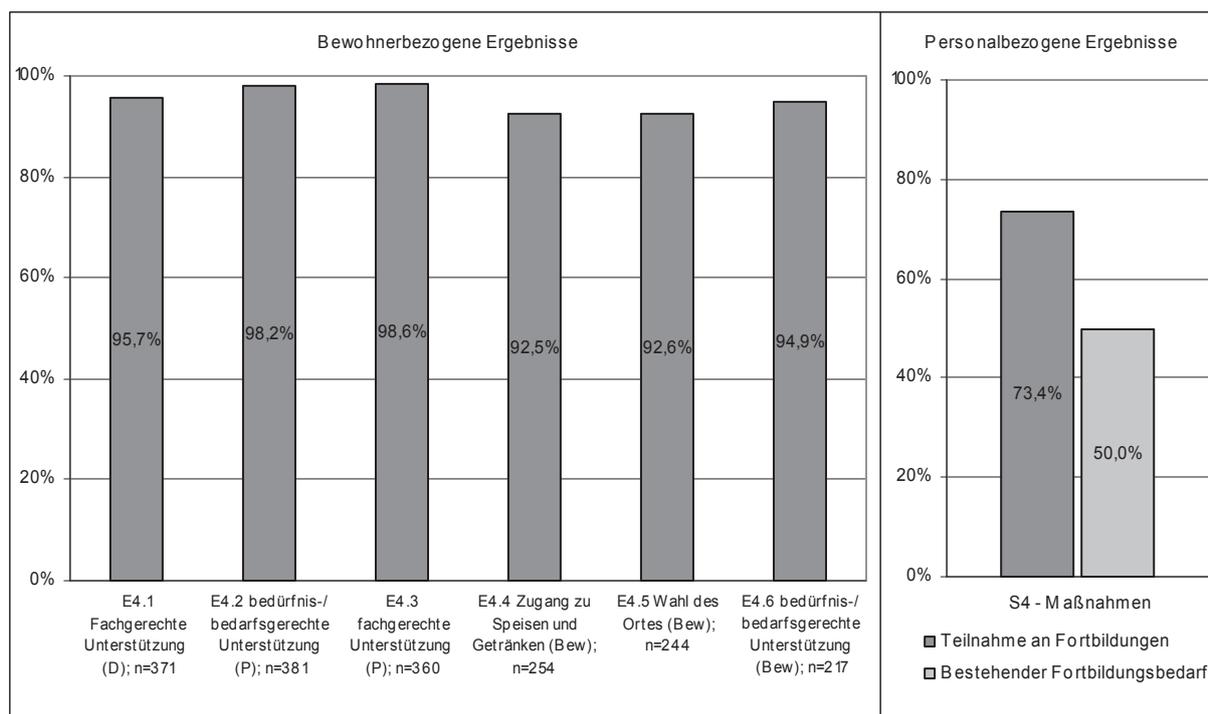


Abb. 12: Ergebnisse zu Standardebene 4 - stationäre Altenhilfe

### *Bewohnerbezogene Ergebnisse*

Aus der Analyse der Pflegedokumentationen geht hervor, dass in 95,5% aller Fälle eine fachgerechte Unterstützung während der Mahlzeiten (E4.1) geleistet wurde. Diese Unterstützung wurde durch Pflegefachkräfte, Logopäden, Ergotherapeuten, geringer qualifizierte Pflegekräfte, Assistenzkräfte und zuvor angeleitete Angehörige gewährt. Für die professionellen Helfer gilt dabei, dass das zu Grunde liegende Gesundheitsproblem der Bewohner bestimmte, welchen Qualifikationsgrad die unterstützende Person hatte und in welchem Ausmaß Hilfe geleistet werden musste. So bestätigten die Pflegefachkräfte in 98,6% aller Fälle, dass eine fachgerechte Unterstützung bei Gesundheitsproblemen der Bewohner (E4.3) gewährleistet werden konnte. Die Gesundheitsprobleme bestanden zumeist in Schluckstörungen mit oder ohne Aspirationsgefahr, Hemiparesen, kognitiven Störungen, psychischen Erkrankungen, Demenz und Mobilitätsstörungen, aber auch in Krebserkrankungen, multipler Sklerose und Morbus Parkinson. Die Bewohner wurden durch Hilfestellungen wie Anreichen von Speisen und Getränken oder therapeutischen Interventionen wie Kau- und Schlucktraining bei den Mahlzeiten ebenso unterstützt, wie durch Sicherheit gewährendes und Selbständigkeit ermöglichendes Begleiten der Mahlzeiten ohne direkten Kontakt zwischen Pflegenden und Bewohnern.

In 98,1% der Fälle bestätigten die Pflegefachkräfte, dass die Unterstützung bedürfnis- und bedarfsgerecht gestaltet werden konnte (E4.2). Zu diesen Maßnahmen zählten auch die Milieu- und Situationsgestaltung, z. B. durch untermalende Musik, Tischgestaltung durch Decken, Servietten, Geschirr und Besteck und kreativen Einsatz von Hilfsmitteln. Auch, wenn es einigen Pflegekräften schwer fiel, sich von ritualisierten Handlungsweisen zu lösen, stellten mehrere Projektbeauftragte fest, dass Pflegefachkräfte und Servicemitarbeiter zunehmend für das Ernährungsmanagement sensibilisiert wurden und sich dadurch auch die Kooperation mit Personal aus Hauswirtschaft und Küche und dem therapeutischen Team verbesserten. Auch die befragten Bewohner erlebten die gewährte Unterstützung in hohem Maße bedürfnis- und bedarfsgerecht (E4.6: 94,7%). Ebenso positiv beurteilten sie ihre Möglichkeit, jederzeit Zugang zu Speisen und Getränken zu haben (E4.4: 92,2%) und den Ort wählen zu können, an dem sie essen möchten (E4.6: 92,3%).

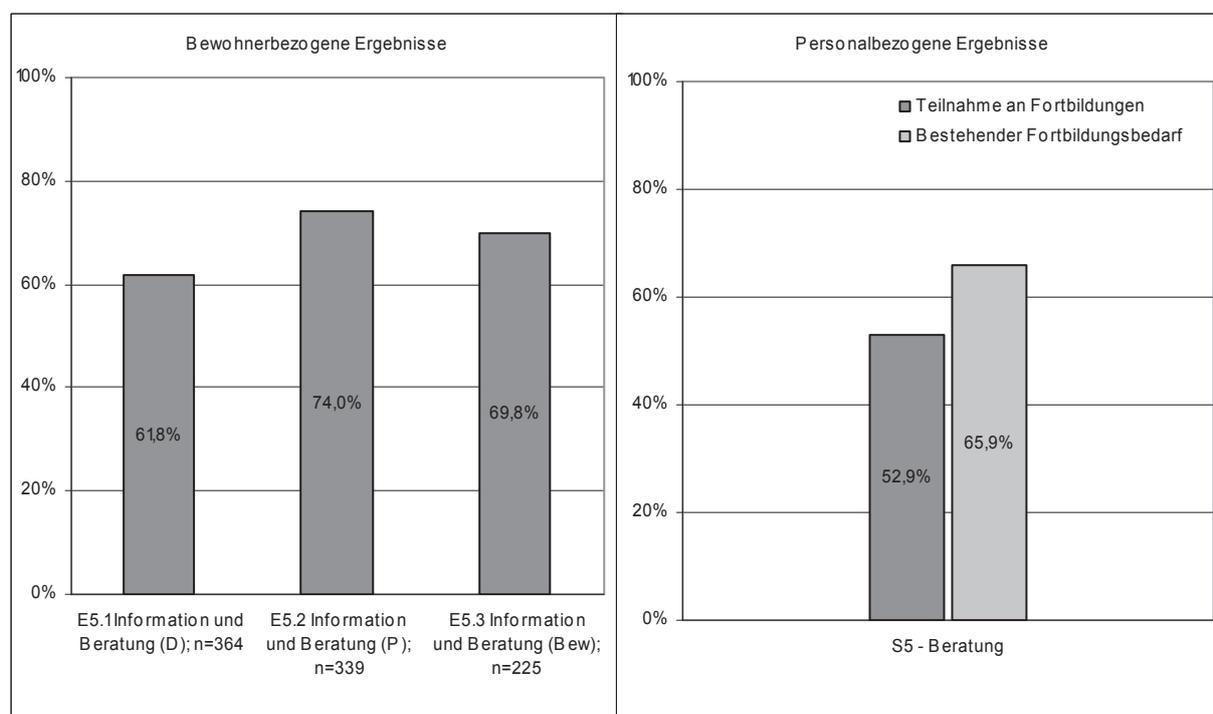
Alle Einrichtungen verfügen laut Aussage der Pflegeleitungen über räumliche Voraussetzungen für eine bewohnerorientierte Mahlzeiten- und Interaktionsgestaltung (S4), allerdings wurde durch die Projektbeauftragten nicht berichtet, worin die räumliche Ausstattung konkret bestand, z. B. ob mehrere Speiseräume oder Sitzgruppen zur Verfügung standen und wie sie zur Mahlzeitengestaltung genutzt wurde, z. B. durch den Einsatz von Buffets oder Schöpfsystemen.

### *Personalbezogene Ergebnisse*

Maßnahmen zur Unterstützung oraler Ernährung wurden in allen Einrichtungen als Fortbildungsinhalte thematisiert. Dies geschah zu spezifischen Themen wie z. B. Milieugestaltung, zum Umgang mit speziellen Gesundheitsrisiken und zu Grundlagen des Ernährungsmanagements. 73,4% der befragten Pflegefachkräfte gaben an, eine entsprechende Fortbildung besucht zu

haben. 50% der Pflegefachkräfte attestierten sich weiteren Fortbildungsbedarf zu diesem Thema. Ursachen dieses relativ hohen weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarfs liegen vermutlich in der Vielfältigkeit der Maßnahmen und dem Innovationsgrad, der dem Ernährungsmanagement innewohnt. Projektbeauftragte bestätigten, dass bei vielen Pflegekräften Unsicherheiten in Bezug auf die Durchführung von Maßnahmen bestanden, die ihnen neu waren und bisher als Aufgabengebiete anderer Berufsgruppen wahrgenommen wurden, z. B. dem Schlucktraining, der Anleitung zum Umgang mit Hilfsmitteln oder der Auswahl von Nahrungszusätzen. Kontinuierliche direkte Unterstützung in Pflegesituationen kann diese Unsicherheiten minimieren.

**E5 – Der Bewohner und seine Angehörigen sind über Risiken und Folgen einer Mangelernährung und über mögliche Interventionen informiert, beraten und gegebenenfalls angeleitet.**



**Abb. 13:** Ergebnisse zu Standardebene 5 - stationäre Altenhilfe

*Bewohnerbezogene Ergebnisse*

Im Mittelpunkt der Informations- und Beratungsleistungen standen Anleitungen und Schulungen zum Umgang mit Hilfsmitteln und Absprachen über mögliche Pflegemaßnahmen. Angehörige erhielten Anleitung zur Unterstützung der Bewohner während der Mahlzeiten und zum Umgang mit spezifischen Gesundheitsproblemen. Dies geschah in der Regel im pflegerischen Alltags-

handeln und weniger in expliziten Beratungseinheiten. So wurden beispielsweise während der Menüabfrage wichtige Informationen über festgestellte Ernährungsprobleme an den Bewohner weitergegeben.

Zur Unterstützung der Pflegefachkräfte bei der Beratung wurden in einigen Einrichtung Beratungsmappen oder Informationsblätter entwickelt, deren Anwendung den Beratungsprozess erleichtern sollte und die gleichzeitig als Dokumentationsnachweis für Beratungsgespräche dienten. Solche oder ähnliche Materialien zur Beratung, Schulung und Anleitung lagen in acht der elf stationären Pflegeeinrichtungen vor.

In den Pflegedokumentationen fanden sich bei 61,2% der Bewohner Hinweise auf durchgeführte Beratungsgespräche oder Anleitungen (E5.1), während die zuständigen Pflegefachkräfte in 73,3% der Fälle angaben, dass sie die Möglichkeit hatten, die Bewohner oder die Angehörigen in Bezug auf die Ernährungssituation zu beraten (E5.2). Die Differenz kann darauf zurückgeführt werden, dass im Rahmen anderer Pflegehandlungen angebotene Beratungen nicht gesondert dokumentiert wurden.

Lag bei einem Bewohner eine Mangelernährung vor, schenkten die Pflegefachkräfte der Beratung eine höhere Beachtung. In 82,2% der Pflegedokumentationen fand sich bei vorliegender Mangelernährung der Bewohner (n=50) ein Hinweis auf eine Beratung, während dies bei einem bestehenden Ernährungsrisiko (n=336) nur zu 58,4% der Fall war.

Die Bewohner und ihre Angehörigen bestätigten in 69,8% der Fälle, Information und Beratung zu ihrer Ernährungssituation erhalten zu haben (E5.3). Es zeigt sich, dass die Informationsweitergaben und Anleitungen zu einem großen Teil von den Bewohnern und ihren Angehörige auch als solche wahrgenommen wurden.

#### *Personalbezogene Ergebnisse*

Beratung und Anleitung wurde in den Fortbildungsprogrammen vieler Einrichtungen zum Implementierungsprojekt als Thema vernachlässigt, da allgemeine Fortbildungen zu Beratung und Gesprächsführung in den regulären Fortbildungsprogrammen angeboten wurden und nicht explizit zur Standardeinführung wiederholt werden konnten. Dies hat zur Folge, dass nur 52,9% der befragten Pflegefachkräfte angaben, eine entsprechende Fortbildung besucht zu haben, während 65,9% einen bestehenden Fortbildungsbedarf bei sich sahen, der sich auch auf eine Sensibilisierung der Pflegefachkräfte für das Thema im Laufe der Standardeinführung zurückführen lässt. Insgesamt besteht bei dem Thema noch Entwicklungsbedarf, die Entwicklungen im Projektverlauf geben dabei Anlass zu vorsichtigem Optimismus.

## E6 – Die orale Nahrungsaufnahme des Bewohners ist entsprechend seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf sichergestellt.

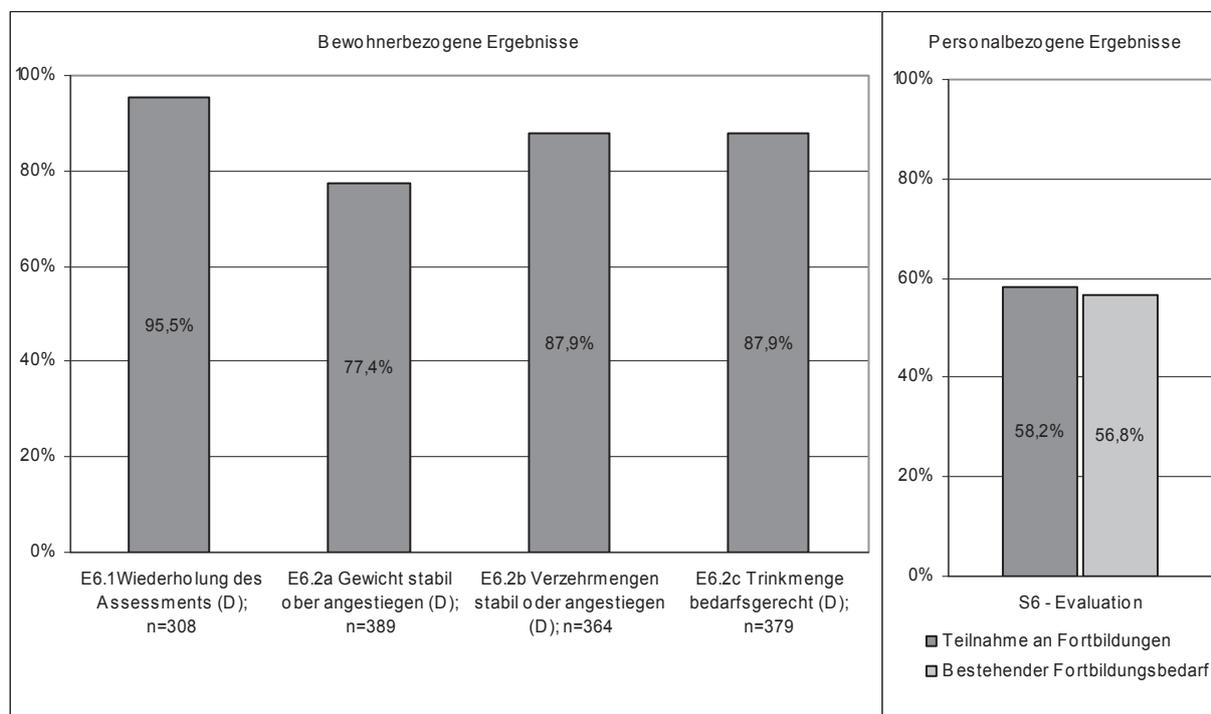


Abb. 14: Ergebnisse zu Standardebene 6 - stationäre Altenhilfe

### *Bewohnerbezogene Ergebnisse*

Zur Evaluation der Maßnahmen des Ernährungsmanagements wurde bei 95,3% aller auditierten Bewohner ein erneutes Assessment der Ernährungssituation durchgeführt (E6.1). Die erneute Anwendung des PEMU-Assessmentbogens kam dabei ebenso zum Einsatz wie die Auswertung von Ess- und Trinkprotokollen sowie mündliche Zufriedenheitsabfragen der Bewohner, zum Beispiel über Speisenangebot, Maßnahmen oder Hilfsmittel.

Gewichtskontrollen wurden in allen Einrichtungen regelmäßig durchgeführt. Das Gewicht von 77,4% aller auditierten Bewohner ist im Verlauf der ersten Anwendungsphase des Expertenstandards stabil geblieben oder angestiegen (E6.2a). Bei Bewohnern, die ein Risiko für eine Mangelernährung hatten lag dieser Anteil bei 77,8% und bei denen, die eine Mangelernährung aufwiesen bei 68,1%. Konnte ein Anstieg oder die Stabilität des Gewichtes nicht erreicht werden, so lagen hierfür in der Regel krankheitsbedingte Gründe vor, z. B. Krebserkrankungen oder gesteigerte körperliche Aktivität bei Demenz oder psychischen Erkrankungen. In Einzelfällen waren die Gewichtsverluste auch erwünschte Therapieeffekte, insbesondere bei Diuretikatherapien zur Ödembehandlung. Offen bleibt insgesamt auch das genaue Ausmaß der Gewichtsverluste. Nach Aussagen von Projektbeauftragten handelt es sich dabei in der

Regel nicht um gravierende Gewichtseinbußen, sondern um leichte bis mittlere Abnahmen um wenige Kilogramm, die sich also noch im Rahmen von natürlichen Gewichtsschwankungen bewegen könnten.

Verzehr- und Trinkmengen sind bei den auditierten Bewohnern zu jeweils 87,9% stabil geblieben oder angestiegen (E6.2b/c). Dies zeigt, dass unterstützende Maßnahmen des Ernährungsmanagements in hohem Maße zur Stabilisierung der Ernährungssituation beigetragen haben, jedoch die Tendenz zu Gewichtsabnahmen nicht vollständig auffangen konnten.

#### *Personalbezogene Ergebnisse*

Fortbildungen zur Möglichkeiten der Evaluation von Maßnahmen des Ernährungsmanagements waren in nahezu allen Einrichtungen Teil der Fortbildungen zu Screening- und Assessmentinstrumenten. 58,2% der befragten Pflegefachkräfte gaben an, im Rahmen der Fortbildungen das Thema Evaluation der Maßnahmen betrachtet zu haben. 56,8% der Pflegefachkräfte gaben bestehenden Fortbildungsbedarf an. Dazu äußerten Projektbeauftragte, dass Pflegefachkräften die Umstellung von BMI-Werten, die bisher als Verlaufsparemeter genutzt wurden, auf andere Kriterien zur Bestimmung des Ernährungszustandes, z. B. Gewicht oder Verzehrmenngen, schwer gefallen ist. Außerdem stellten sie fest, dass der Evaluation von Maßnahmen als letzter Schritt des Pflegeprozesses themenunabhängig im Allgemeinen zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird und eine ergebnisorientierte Anpassung des Pflegehandelns noch zu selten erfolgt. Für zukünftige Fortbildungsprogramme erscheint daher eine gesonderte Beachtung dieses Themenbereichs empfehlenswert.

#### **5.2.2.4 Zwischenfazit zu den Ergebnissen der stationären Altenhilfeeinrichtungen**

Die Ergebnisse der Umsetzung des Expertenstandards in den stationären Altenhilfeeinrichtungen bestätigen seine hohe Relevanz. Es wurde ein sehr hoher Bedarf an Ernährungsmanagement deutlich, da nahezu jeder Bewohner eine Ernährungsproblematik aufwies. Bewohner mit einem höhergradigen Risiko erhielten vermehrt spezifische Maßnahmen, die auf ihre individuelle Ernährungsproblematik abgestimmt waren. Screening- und Assessmentinstrumente wurden dabei als sinnvolle Ergänzung empfunden, weil sie zusätzliche, bisher nicht beachtete Informationen lieferten und bei der Maßnahmenplanung handlungsleitend waren. Darüber hinaus erleichterten tragfähige Kooperationen zwischen Pflegefachkräften und Fachpersonal aus Hauswirtschaft und Küche die Individualisierung von Speisenangeboten, Essenszeiten und Distributionsformen. Allerdings sind verstärkte Anstrengungen notwendig, die Kooperationen mit den Hausärzten der Bewohner so auszugestalten, dass ein gemeinsames Ernährungsmanagement möglich wird.

Angesichts der immerhin noch knapp 23% der Bewohner, deren Gewicht nicht stabil gehalten werden konnte, lassen sich Entwicklungspotenziale bei der individuellen Ernährungsgestaltung vermuten, z. B. durch die in der Literaturstudie angeführten Maßnahmen wie Schöpfsystem oder Umgebungsgestaltung. Auch wenn davon ausgegangen werden muss, dass bei dem für gewöhnlich hochaltrigen und multimorbiden Klientel der stationären Altenhilfe ein vollständiger Erhalt des Körpergewichts nicht zu erreichen sein wird, zeigen die Auditergebnisse, dass dem pflegerischen Ernährungsmanagement gar nicht genug Aufmerksamkeit geschenkt werden kann, um Abwärtsentwicklungen zu verhindern oder zu verlangsamen.

Es konnte ein hoher Fortbildungsbedarf zu allen Kriterienebenen des Expertenstandards festgestellt werden. Die Ergebnisse der Personalbefragung zeigen, dass zum Ende des Projekts ein weiterhin bestehender Fortbildungsbedarf insbesondere zu den Themen multiprofessionelles Vorgehen beim Ernährungsmanagement, Beratung und Evaluation eingeleiteter Maßnahmen bestand. Dieser Fortbildungsbedarf ist ein deutlicher Hinweis auf die Notwendigkeit verstärkter und dauerhafter Fortbildungsangebote.

### **5.2.3 Ergebnisse der ambulanten Pflegedienste**

#### **5.2.3.1 Themenrelevante Strukturdaten der ambulanten Pflegedienste**

Von den vier ambulanten Pflegediensten betreuten drei ihre Patienten im häuslichen Setting, einer betreute zusätzlich Patienten einer Alterswohngemeinschaft und der vierte Pflegedienst ausschließlich Patienten, die in einem angeschlossenen Wohnstift leben. Alle Pflegedienste haben den Expertenstandard flächendeckend implementiert. Sie betreuten im Projektzeitraum zwischen 65 und 140 Patienten. In drei Einrichtungen war das Pflegesystem Bereichspflege und in einem das Primary Nursing eingeführt. In zwei Pflegediensten, darunter auch die Einrichtung mit dem angeschlossenen Wohnstift, konnte ein multidisziplinäres Ernährungsteam eingeschaltet werden, das sich jeweils aus Pflegefachkräften, Ärzten und Ernährungsberatern zusammensetzte. In diesen beiden Einrichtungen waren bereits vor Einführung des Expertenstandards umfangreichere Maßnahmen zum Ernährungsmanagement unternommen worden.

Der Personalschlüssel der Einrichtungen variierte zwischen 3,8 und 20 Patienten pro Pflegefachkraft und lag im Durchschnitt bei 10,5. Der Pflegedienst mit dem angeschlossenen Wohnstift wies aufgrund seiner Sonderstellung den besten Personalschlüssel auf. Die Fachkraftquote bewegte sich zwischen 18% und 100% und lag im Durchschnitt bei 55%. Nach Aussage einer Projektbeauftragten gibt dies einen aussagekräftigen Hinweis auf wachsende Personalprobleme, da es zunehmend weniger gelingt, freie Stellen mit qualifiziertem Personal zu besetzen.

Alle vier ambulanten Dienste haben erstmalig an einer modellhaften Implementierung teilgenommen, weisen allerdings Erfahrungen mit der Implementierung und Anwendung der Expertenstandards auf. So wird der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in allen Pflegediensten angewendet, darüber hinaus wurden in drei Diensten die Expertenstandards Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe und Kontinenzförderung sowie in einem auch der Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden implementiert. Zwei Dienste nutzen auch Anteile des Expertenstandards Entlassungsmanagement bei der Überleitung von Patienten aus dem Krankenhaus. Weitere Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung bestanden in drei Diensten in Qualitätszirkelarbeit und zwei Diensten darüber hinaus in der Anwendung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung.

#### **5.2.3.2 Standardeinführung in den ambulanten Pflegediensten**

##### *Bildung der Arbeitsgruppen*

Die Arbeitsgruppen bestanden aus Pflegedienstleitungen, dem Projektbeauftragten und Pflegefachkräften. Sie waren durchgehend monodisziplinär zusammengesetzt und ihre Mitgliederzahl lag bei drei bzw. fünf Personen. Ein ambulanter Pflegedienst hat sich für eine größere Arbeitsgruppe entschieden, in die auch Pflegehilfskräfte eingebunden waren. Dieser

Qualifikationsmix, der die Personalstruktur der Einrichtung widerspiegelt, hat sich dort bewährt und unterstützte durch die unterschiedlichen Blickwinkel eine konstruktive Diskussionskultur. Außerdem waren in dieser Einrichtung zunächst auch eine Ernährungsmedizinerin und eine Ernährungsberaterin von Kostenträgerseite Mitglieder der Arbeitsgruppe. Allerdings gestalteten sich Terminkoordination und Teilnahmekontinuität schwieriger als erwartet, sodass die Teilnahme im Projektverlauf beendet wurde.

#### *Phase 1: Fortbildungen zum Expertenstandard*

Mit dem Ziel, ein bedarfsgerechtes Fortbildungsangebot zu gestalten, wurde der standardbezogene Fortbildungsbedarf der Pflegekräfte mit unterschiedlichem Strukturierungsgrad erhoben. Den Schwerpunkt der Fortbildungsprogramme bildeten Angebote zu Grundlagen der Ernährung im Alter und der Gefahren für Mangelernährung sowie zum Umgang mit Screening- und Assessmentinstrumenten. Des Weiteren wurden in den Einrichtungen Fortbildungen zum Expertenstandard allgemein, zu Maßnahmen des Ernährungsmanagements und zu Beratung und Schulung betroffener Patienten und ihrer Angehörigen durchgeführt. In den Einrichtungen wurden zwischen zwei und fünf Veranstaltungen angeboten, die sowohl themenzentriert als auch überblicksartig gestaltet waren. Bewährt haben sich dabei Fortbildungen mit einer Dauer von einer bis anderthalb Stunden. Hinzu kamen in einer Einrichtung ebenfalls sehr positiv aufgenommene Kurzfortbildungen im Rahmen von Übergaben bzw. Teambesprechungen durch die Projektbeauftragte. Die Motivation der Pflegeteams zur Fortbildungsteilnahme wurde von den Projektbeauftragten insgesamt als hoch beschrieben. Gleichzeitig äußerten die Teilnehmer im Rahmen der Fortbildungsveranstaltungen aber auch die Sorge um zunehmende zeitliche Engpässe durch die Anwendung der Screening- und Assessmentinstrumente. In der Einführungs- und Anwendungsphase konnten erste Erfahrungen im Umgang mit den Instrumenten und wiederholte Schulungen zu einem deutlichen Nachlassen dieser Befürchtungen beitragen.

Der gesamte Zeitaufwand für Fortbildungen lag je nach Teilnehmerzahl in den Einrichtungen zwischen 53 und 127 Stunden und im Durchschnitt bei 78,4 Stunden. Das bedeutet, dass jede Pflegefachkraft der Modellpflegeeinheiten durchschnittlich 3,6 (1,5 - 7,3) Stunden und jede Pflegehilfskraft durchschnittlich eine Stunde an Fortbildungen teilgenommen hat. Der Zeitaufwand der Projektbeauftragten lag im Durchschnitt bei 30 Stunden und variierte zwischen 16 und 60 Stunden. Dieser Zeitbedarf resultierte in der Regel aus Vor- und Nachbereitung, Teilnahme an und Durchführung von Fortbildungen.

#### *Phase 2: Anpassung einzelner Kriterien an die besonderen Anforderungen der Zielgruppe oder der Einrichtung im Sinne einer Konkretisierung*

Die Projektbeauftragten berichteten, dass die Analyse der Standardaussagen in den Arbeitsgruppen zunächst Fragen hinsichtlich der Anwendbarkeit des Expertenstandards in der ambulanten Pflege aufwarfen, die insbesondere auf die Umsetzungsmöglichkeiten der ein-

richtungsbezogenen Strukturkriterien S3b (Vorhandensein eines Verpflegungskonzeptes) und S4a (räumliche Voraussetzungen für eine patienten-/bewohnerorientierte Mahlzeiten- und Interaktionsgestaltung) zurückzuführen waren. Das Strukturkriterium S3b erwies sich für die ambulanten Pflegedienste dabei in der Regel als nicht anwendbar. Als Ausnahme ist die Einrichtung mit dem angeschlossenen Wohnstift anzusehen, die über eine eigene Küche und einen Speisesaal und damit auch über ein Verpflegungskonzept verfügt. Auf räumliche Voraussetzungen zur Mahlzeitengestaltung können die ambulanten Pflegedienste nur begrenzt Einfluss nehmen, indem sie die Patienten und ihre Angehörigen beraten und ihnen Hinweise zur Optimierung von Raum- und Essplatzgestaltung geben.

In allen ambulanten Pflegediensten wurden monodisziplinäre Verfahrensregeln entwickelt. Sie lagen zum Zeitpunkt des Audits in drei Einrichtungen vor, während in einer Einrichtung noch die Freigabe des zentralen Qualitätsmanagements des Trägers ausstand. Neben der pflegerischen Umsetzung des Ernährungsmanagements beschreiben sie die Schnittstellen zu ärztlichen Zuständigkeiten, z. B. das Vorgehen bei der Informationsweitergabe bei Vorliegen eines Ernährungsproblems. Sie fanden die Akzeptanz der Pflegefachkräfte und konnten im Projektverlauf angewendet werden. Die mangelnde Beteiligung der Hausärzte an der Entwicklung der Verfahrensregeln erwies sich allerdings als Schwierigkeit, da trotz Kontaktaufbau und Informationsweitergabe auf schriftlichem oder mündlichem Weg und Einladungen zu angebotenen Fortbildungen kein Dialog über angemessene Vorgehensweisen, Zuständigkeiten und gemeinsame Maßnahmengestaltung geführt werden konnte (siehe E2).

Weiterer Anpassungs- und Konkretisierungsbedarf zu den Kriterienebenen des Standards bestand hinsichtlich der einzusetzenden Instrumente bei Screening- und Assessment, der Verfahren des Ernährungsmanagements, und der Möglichkeit, ernährungsbezogene Maßnahmen im häuslichen Setting durchzuführen. Hierbei ist es allen Arbeitsgruppen gelungen, adäquate Screening- und Assessmentinstrumente einzuführen, die eine zielgruppengerechte Einschätzung der Ernährungssituation ermöglichen (siehe E1).

Die Anpassungen wurden außer von den Projektbeauftragten und den Arbeitsgruppen in zwei Einrichtungen auch unter Einbeziehung der Pflgeteams vorgenommen, während Angehörige anderer Berufsgruppen nicht beteiligt waren. Der Zeitbedarf lag für die Projektbeauftragten zwischen 10 und 40 Stunden und betrug durchschnittlich 26 Stunden. Pro Arbeitsgruppenmitglied betrug der Zeitbedarf durchschnittlich 12 Stunden, allerdings waren die Mitglieder einer Arbeitsgruppe mit etwa 40 Stunden pro Person innerhalb von etwa acht Wochen zeitlich deutlich mehr involviert als die der übrigen drei Gruppen, die etwa 2 Stunden pro Person aufgewendet haben. In diesen Einrichtungen hatten wiederum die Projektbeauftragten einen höheren Zeitbedarf, was einen deutlichen Hinweis auf die Arbeitsverteilung in den Arbeitsgruppen gibt.

### *Phase 3: Einführung und Anwendung des Expertenstandards*

Die Pflgeteams der beteiligten Einrichtungen waren während des Anpassungsprozesses über die geplanten Vorgehensweisen informiert, als Signal für den Anwendungsbeginn waren demnach kurze Kick-Off-Veranstaltungen ausreichend. Die Mitglieder der Arbeitsgruppen und insbesondere die Projektbeauftragten standen im Verlauf der Einführungsphase als Ansprechpartner bei Problemen und Unklarheiten zur Verfügung. Dieses Angebot wurde insbesondere zum Umgang mit den Screening- und Assessmentinstrumenten wahrgenommen.

Insgesamt berichten die Projektbeauftragten, dass bereits in der Anwendungsphase eine erhöhte Sensibilisierung der Pflegekräfte für die Ernährungssituation der Patienten feststellbar war, was sich insbesondere in der Akzeptanz der Instrumente und der Pflegedokumentation widerspiegelte. Der Zeitbedarf der Projektbeauftragten betrug in der Phase der Einführung und Anwendung des Expertenstandards zwischen acht und 30 Stunden und lag im Durchschnitt bei 15 Stunden. Die Arbeitsgruppenmitglieder waren mit 1,3 bis vier Stunden und im Durchschnitt mit 2,2 Stunden an der Umsetzung der Phase beteiligt.

### *Phase 4: Audit*

Das abschließende Audit wurde in zwei ambulanten Diensten von den Projektbeauftragten, in einem von einer erfahrenen Altenpflegefachkraft und in dem vierten Dienst von einer Mitarbeiterin des Qualitätsmanagements des Einrichtungsträgers durchgeführt. Der Zeitaufwand der Auditphase lag pro Einrichtung bei durchschnittlich 24 Stunden für die organisatorische Vor- und Nachbereitung der Erhebung von patienten- und personalbezogenen Daten, die Durchführung der Datenerhebung und die Auswertung der Audits. Auf die reine Datenerhebung des patientenbezogenen Audits entfallen laut der vorliegenden Auditprotokolle dabei durchschnittlich 40 Minuten pro Patient. Zeitaufwändig war insbesondere die Befragung der Patienten. Die Auditoren waren den befragten Patienten häufig nicht persönlich bekannt und einige von ihnen weigerten sich daher, eine fremde Person in ihre Wohnungen zu lassen. Zudem erwies es sich teilweise als schwierig, einigen Gesprächspartnern das Ziel der Befragung zu vermitteln. Zum Abbau von Misstrauen hat es sich in einer Einrichtung bewährt, die Befragung mehrfach telefonisch anzukündigen und in einer anderen Einrichtung, die Pflegedienstleitung bei der Kontaktaufnahme einzubinden.

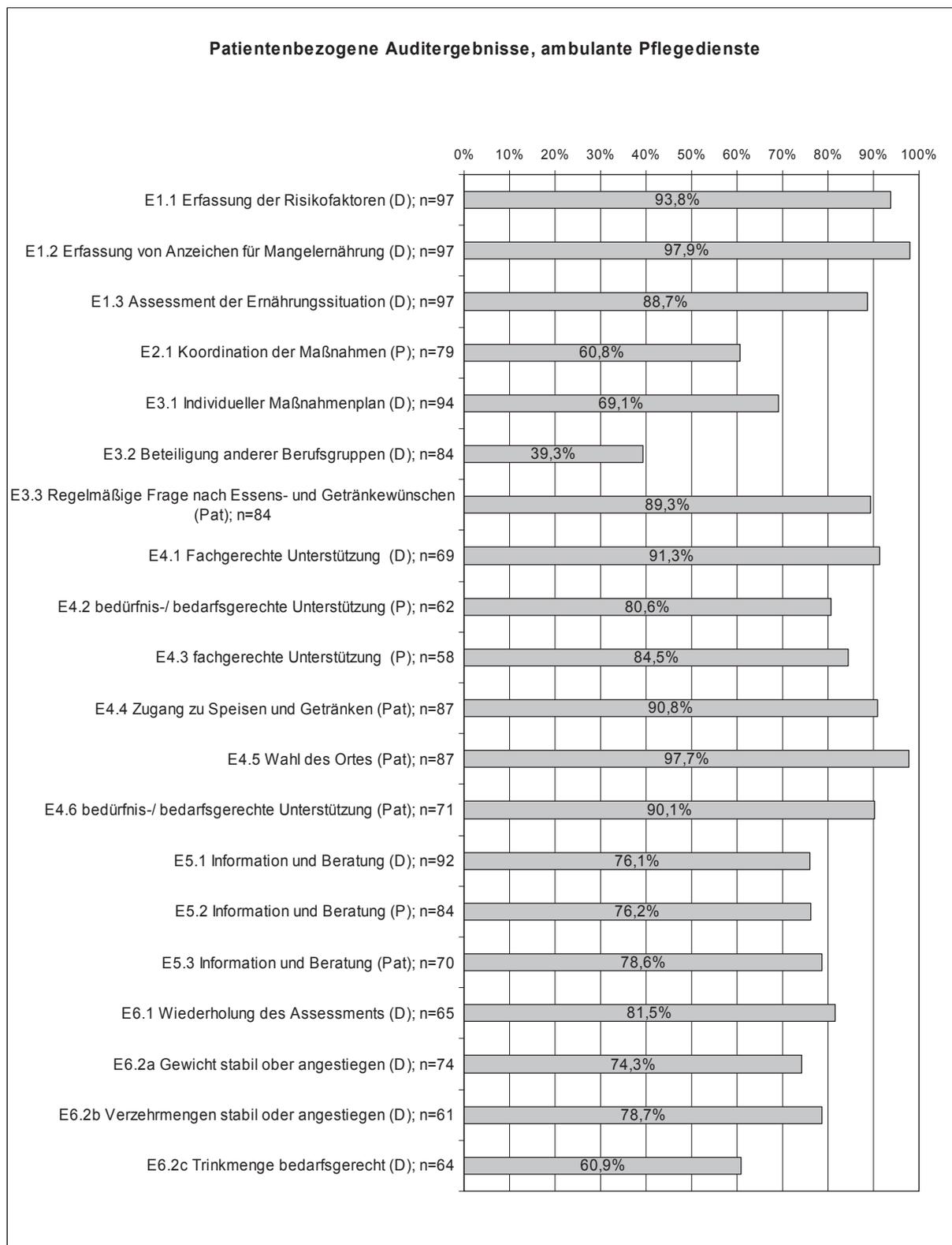
In keinem Pflegedienst konnte die angestrebte Stichprobengröße von 40 auditierten Patienten erreicht werden. Trotz fehlender Zahlen zur Prävalenz von Risiko oder Vorliegen von Mangelernährung in der ambulanten Pflege kann davon ausgegangen werden, dass eine solche Stichprobengröße bei den Patientenzahlen der beteiligten Pflegedienste (zwischen 65 und 140 Patienten, vgl. Kap. 5.2.4.1) nicht zu erreichen war. Insgesamt wurden 348 Patientenakten hinsichtlich eines potentiellen Ernährungsproblems analysiert, daraufhin wurden 97 Patienten in das Audit einbezogen. Die Einrichtungen konnten 15, 23, 29 und 30 Patienten

auditieren. Aus drei Einrichtungen liegen Zahlen zur Ausprägung der Ernährungsproblematik vor. Demnach hatten 55 der auditierten Patienten (82%) das Risiko für eine Mangelernährung und zwölf (18%) wiesen zum Zeitpunkt des Audits eine Mangelernährung auf.

Das personalbezogene Audit umfasst eine einrichtungsübergreifende Stichprobe von insgesamt 42 Pflegefachkräften. Die Projektbeauftragten haben 60 Fragebögen an die Pflegefachkräfte verteilt, die Rücklaufquote lag demnach bei 70%. Auch, wenn diese Zahl zunächst positiv bewertet werden kann, wurde aus einer Einrichtung zurückgemeldet, dass ein höherer Rücklauf möglich gewesen wäre, wenn auch Pflegehilfskräfte in die Befragung einbezogen worden wären, da sie, insbesondere vor dem Hintergrund sinkender Fachkraftquoten, gleichfalls einen großen Anteil der Aufgaben im Ernährungsmanagement übernehmen. Die Projektbeauftragte der Einrichtung geht davon aus, dass einige Pflegefachkräfte aus Solidarität keine Angaben gemacht haben. Hierzu ist anzumerken, dass sich aus den geringen Fachkraftquoten strukturelle Probleme ergeben, da mit den Aufgaben des Expertenstandards die Pflegefachkräfte adressiert werden und sie die Verantwortung für die Aufgaben übernehmen müssen. Die Herausforderung besteht somit in der richtigen Auswahl adäquater Fortbildungen, in der Aufgabenverteilung im pflegerischen Team und in der Entscheidung für eine adäquate Pflegeorganisationsform.

### **5.2.3.3 Auditergebnisse der ambulanten Pflegedienste**

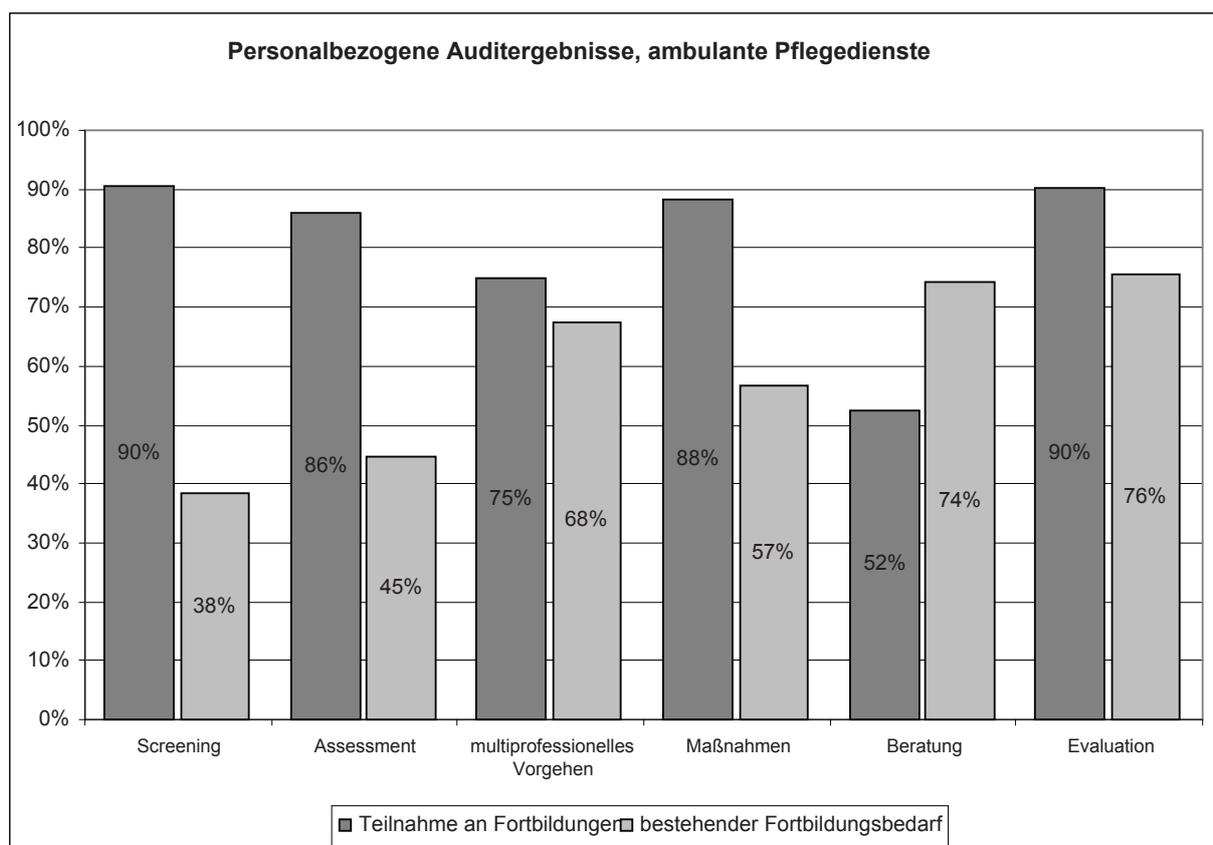
Den vier ambulanten Pflegediensten ist es gelungen, mit dem Thema Ernährungsmanagement ihr Aufgabenspektrum wenn auch unter schwierigen Bedingungen um einen hoch relevanten Aspekt zu erweitern. Sie standen dabei vor der Herausforderung, dass Screening und Assessment bei vielen ihrer Patienten ernährungsbezogenen Handlungsbedarf aufzeigten, ein entsprechender pflegerischer Auftrag jedoch nicht vorlag. Somit war es ihnen nicht immer möglich war, ein umfassendes bedürfnis- und bedarfsgerechtes Ernährungsmanagement anzubieten. Die Pflegefachkräfte haben vielfach versucht, spezifische Maßnahmen mit anderen Aufgaben zu kombinieren und durch Information der Hausärzte eine Verordnung entsprechender Leistungen zu erreichen. Bei allen Patienten durchgeführte Maßnahmen bestanden in der regelmäßigen Analyse der Ernährungssituation sowie der Beratung und Information der Patienten und ihrer Angehörigen. Auf diese Weise konnte der Expertenstandard, dies verdeutlichen die Ergebnisse des Audits (Abb. 15), trotz erschwelter Bedingungen zu wichtigen Teilen umgesetzt werden.



D: Dokumentenanalyse, P: Befragung der zuständigen Pflegefachkraft, Pat: Patientenbefragung

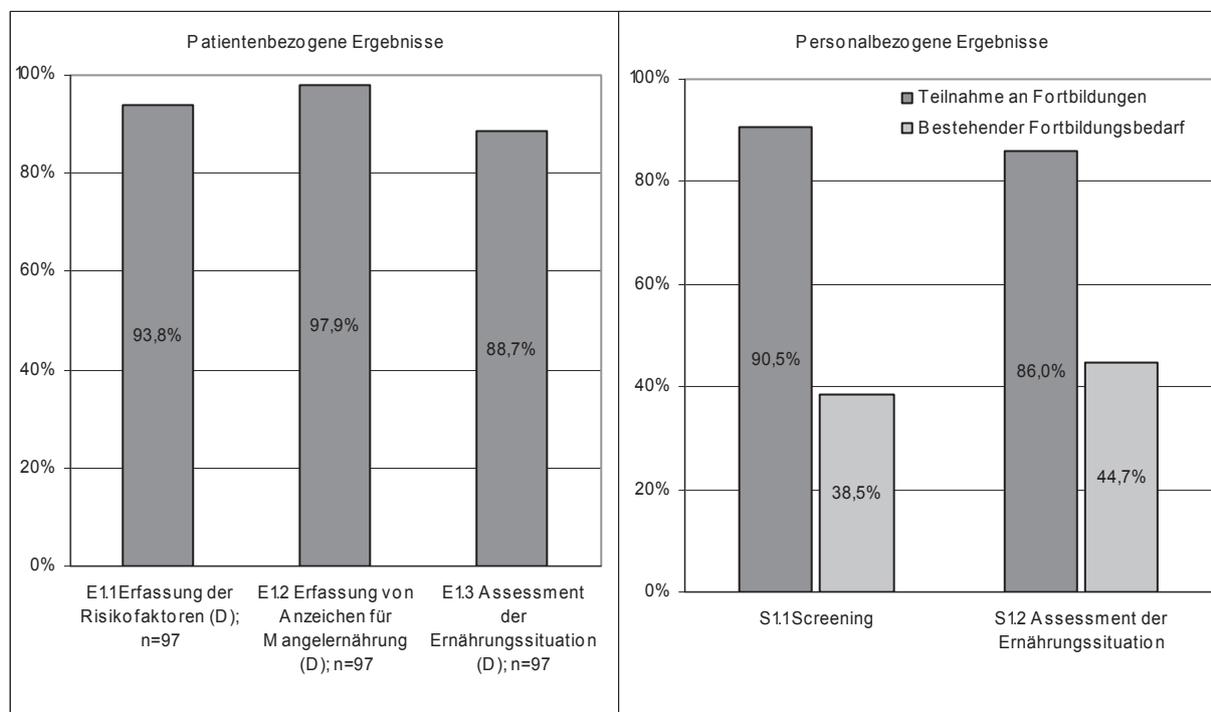
**Abb. 15:** Zielerreichungsgrade der Standardkriterien, ambulante Pflegedienste, n= 97

Die Ergebnisse des personalbezogenen Audits zeigen hohe Teilnahmequoten an standardbezogenen Fortbildungen (Abb. 16). Allerdings weisen der weiterhin bestehende Fortbildungsbedarf und die Einschätzungen der Projektbeauftragten darauf hin, dass die Pflegefachkräfte zu den Themen Information und Beratung besonders hohen weiteren Qualifizierungsbedarf haben. Gerade vor dem Gesichtspunkt, dass die Beratung der betroffenen Patienten und ihrer Angehörigen oftmals die zentrale ernährungsbezogene Interventionsmöglichkeit in der ambulanten Pflege darstellt, sollte diesem Bedarf besondere Beachtung geschenkt werden. Gleiches gilt für die Evaluation ernährungsbezogener Maßnahmen. Im Folgenden werden die Auditergebnisse für jedes Standardkriterium differenziert dargestellt.



**Abb. 16:** Teilnahme an Fortbildungen und weiterhin bestehender Fortbildungsbedarf in den ambulanten Pflegediensten, n=42

**E1 – Für alle Patienten liegt ein aktuelles Screening-Ergebnis zur Ernährungssituation vor. Bei Patienten mit einem Risiko für oder Anzeichen von Mangelernährung ist ein Assessment mit handlungsleitenden Informationen erfolgt.**



**Abb. 17:** Ergebnisse zu Standardebene 1 - ambulante Pflegedienste

*Patientenbezogene Ergebnisse*

In drei der vier ambulanten Pflegedienste standen nach Aussage der Projektbeauftragten jeweils zwei Instrumente zur Wahl: das Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), das in der Kommentierung zum Standardkriterium S1b als für den Einsatz in der ambulanten Pflege empfohlenes Instrument genannt ist, und das Instrument zur pflegerischen Erfassung von Mangelernährung und deren Ursachen (PEMU), das zwar für den Einsatz in der stationären Altenhilfe entwickelt worden ist, aber mit Ergänzungen auch für die ambulante Pflege praktikabel erschien. In dem vierten Dienst bestanden bereits Erfahrungen mit dem Mini Nutritional Assessment (MNA), sodass dieses Instrument dort genutzt wurde. Zwei Einrichtungen haben das MUST getestet und festgestellt, dass einerseits die gefährdeten Patienten nicht ausreichend erfasst wurden und andererseits bestimmte Einschätzungskriterien, z. B. die Messung des Armumfangs, von Patienten nicht akzeptiert wurden, weil sie sich als Objekte behandelt fühlten. Da auch das PEMU in seiner ursprünglichen Form den Anforderungen der ambulanten Pflege nicht gerecht wurde, haben die Einrichtungen Ergänzungen an dem Instrument vorgenommen. Eine Anpassung an settingspezifische Problemlagen der ambulante Pflege konnte durch Erweiterungen, z. B. um Aspekte der selbständigen Lebensführung (Einkaufen, Nahrung zubereiten, fehlende finanzielle Mittel) und eine bessere Praktikabilität durch redaktionelle Anpassung des Instrumentes (Zusammenfassung der Assessments zu Nahrungs- und Flüssig-

keitsmangel) erreicht werden. Es blieb das Problem bestehen, dass einige Patienten, die nach Einschätzung der Pflegefachkräfte ein Risiko für eine Mangelernährung aufwiesen, durch das Instrument nicht als gefährdet erfasst wurden. Die Pflegefachkräfte waren deshalb dazu aufgefordert ihr Fach- und Erfahrungswissen zu berücksichtigen. In einer Einrichtung wurde das Instrument zur Dokumentation dieser Einschätzung um eine entsprechende Spalte erweitert. Als Ergebnis lagen zum Zeitpunkt des Audits in allen Einrichtungen Instrumente vor, die eine zielgruppenspezifische Einschätzung von Ernährungsproblematiken erlaubten, so dass das Strukturkriterium S1b erfüllt war.

Eine Erfassung möglicher Ernährungsrisiken und ein Screening zur Erfassung von Anzeichen für eine Mangelernährung wurden mit Beginn der Anwendung des Expertenstandards bei nahezu allen auditierten Patienten (n=97) durchgeführt (E1.1: 93,8%; E1.2: 97,9%) und darauf folgend bei 88,7% der Patienten eine tiefer gehende Einschätzung ihrer Ernährungssituation vorgenommen (E1.3). Diese hohen Zielerreichungsrate sind Folge der Festlegung, dass die Einschätzung der Ernährungssituation als Teil der Pflegeanamnese regelhaft durchgeführt wird. Diese Aufgabe wurde von den Pflegefachkräften durchgängig angenommen, insbesondere da sich anfänglich geäußerte Befürchtungen, der Zeitbedarf für die Durchführung von Screening und Assessment wäre in den vorhandenen Zeitressourcen nicht vorhanden, nur in wenigen Ausnahmen bestätigten.

#### *Personalbezogene Ergebnisse*

Fortbildungen zur Einschätzung von Risikofaktoren und Anzeichen einer Mangelernährung (Screening) und zur tiefer gehenden Einschätzung (Assessment) standen bereits zu Beginn der modellhaften Implementierung im Mittelpunkt des Interesses der Pflegefachkräfte und wurden mit Einführung und Anwendung der Standardinhalte erneut nachgefragt. Der hohe Anteil an Fortbildungsteilnahmen von 90,5% bzw. 86%, bestätigt die Relevanz dieser Veranstaltungen. Screening und Assessment der Ernährungssituation wurden bisher nicht in dem Umfang in den Pflegeanamnesen beachtet, wie es mit Anwendung des Expertenstandard geboten ist. 38,5% bzw. 44,7% der Pflegefachkräfte gaben weiteren Fortbildungsbedarf an, der, wie Projektbeauftragte berichten, auf Fragen oder Unsicherheiten zurückgeführt werden kann, die im Zuge der Instrumentenanwendung entstanden sind.

## E2 – Die multiprofessionellen Maßnahmen sind koordiniert, gegebenenfalls ethisch begründet und ihre Umsetzung ist überprüft.

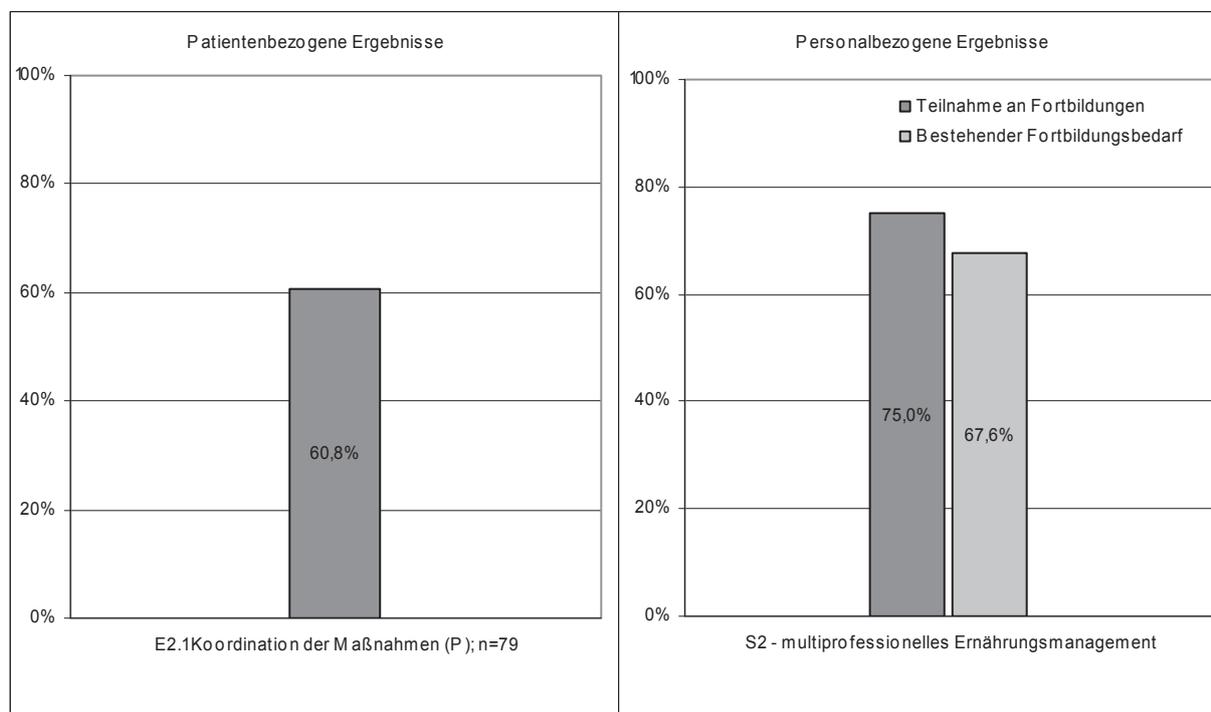


Abb. 18: Ergebnisse zu Standardebene 2 - ambulante Pflegedienste

### *Patientenbezogene Ergebnisse*

Ein multidisziplinäres Ernährungsmanagement war vornehmlich bei den Patienten notwendig, die ein ausgeprägteres Risiko für eine Mangelernährung oder eine bestehende Mangelernährung aufwiesen. Die Koordinierungsfunktion der Pflegefachkräfte, die sie auf Basis der entwickelten Verfahrensregeln bei 60,8% aller auditierten Patienten wahrnahmen (E2.1), beschränkte sich in der Regel auf die Informationsweitergabe über auffällige Screening- und Assessmentergebnisse an die Hausärzte und gegebenenfalls auf Absprachen bezüglich Verordnung von Zusatznahrung oder anderer Maßnahmen. Außerdem wurden Patientenbesuche der kooperierenden Ernährungsberater organisiert. Eine Projektbeauftragte benannte das Problem, dass unter den Hausärzten über diese Inhalte auch kein Konsens besteht, was ein strukturiertes Vorgehen zusätzlich erschwert. Gleichzeitig stellte eine andere Projektbeauftragte fest, dass unter einigen Pflegefachkräften eine Scheu vorherrscht, Kontakt mit Hausärzten zu suchen. Die Einrichtungen sind bestrebt, nach Abschluss des Implementierungsprojektes durch dauerhafte Informationsweitergabe und Kontaktaufnahme eine verbesserte Einbeziehung der Hausärzte zu erreichen.

### Personalbezogene Ergebnisse

Fortbildungen zu multiprofessionellem Vorgehen beim Ernährungsmanagement waren in der Regel Informationsveranstaltungen zu Verfahrensregeln. 75% der Pflegefachkräfte gaben an, an einer solchen Fortbildung teilgenommen zu haben, 67,6% sahen bei sich einen bestehenden Fortbildungsbedarf. Dieser Fortbildungsbedarf kann auf die geringen Möglichkeiten zur Anwendung eines multiprofessionellen Vorgehens und die bereits beschriebenen Schwierigkeiten, mit den Hausärzten in den Dialog zu treten, zurückgeführt werden.

## E3 – Ein individueller Maßnahmenplan zur Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung liegt vor.

### Patientenbezogene Ergebnisse

Ein individueller Maßnahmenplan lag bei 69,1% aller Patienten vor (E3.1), allerdings mit unterschiedlichem Umfang. Ein differenzierter Maßnahmenplan wurde vornehmlich bei den Patienten angelegt, bei denen ein erheblicheres Risiko für eine Mangelernährung oder eine vorliegende Mangelernährung spezifische Maßnahmen notwendig machten. Bei anderen Patienten wurden eher einzelne Maßnahmen geplant, die eine Reduzierung isolierter Risikofaktoren ermöglichten, z. B. das Bereitstellen von Getränken in Griffweite allein lebender, bettlägeriger Patienten. Lag kein Maßnahmenplan vor, wurden hierfür knappe Zeitressourcen, fehlende Assessmentergebnisse oder die Geringfügigkeit des festgestellten Risikos, z. B. anamnestisch bekanntes geringes Körpergewicht, als Gründe genannt.

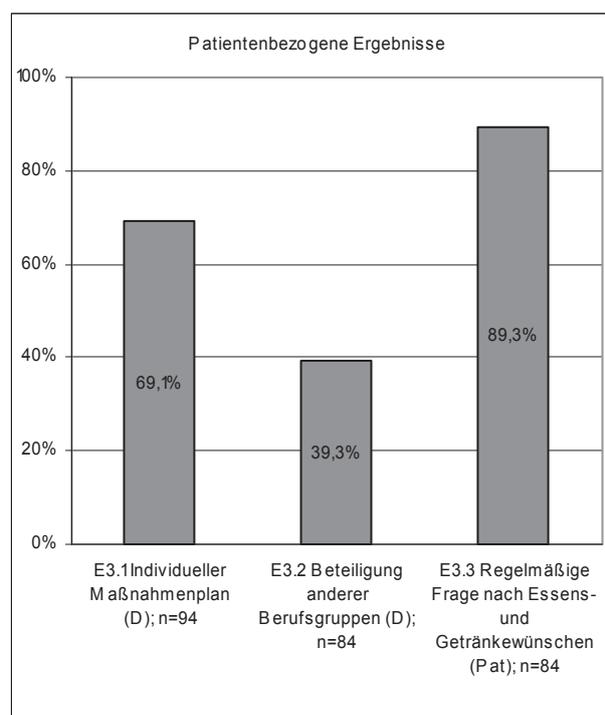


Abb. 19: Ergebnisse zu Standardebene 3 - ambulante Pflegedienste

Ein entscheidendes Kriterium für die Entwicklung von Maßnahmenplänen und in der Folge den Umfang ernährungsbezogener Maßnahmen bestand für die ambulanten Pflegedienste darüber hinaus darin, ob das Ernährungsmanagement Teil ihres pflegerischen Auftrags der Versorgung der jeweiligen Patienten war. Eine Projektbeauftragte gab an, dass dies bei knapp 9% ihrer Patienten und damit eher selten der Fall war. Bei den nachgefragten Leistungen handelte es sich dann allerdings nur selten um ein umfassendes Ernährungsmanagement, sondern eher

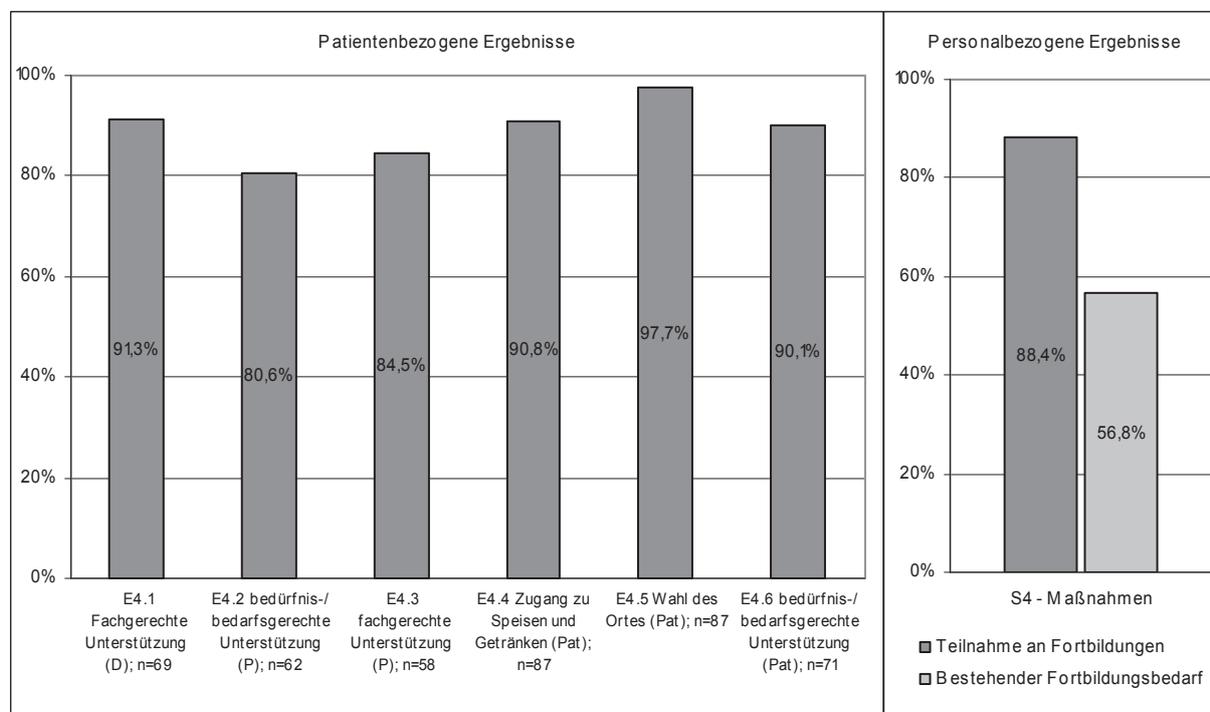
um flankierende Maßnahmen, wie z. B. die wöchentliche Begleitung zum Einkaufen. Diese Maßnahmen wurden in der Regel durch Hilfskräfte durchgeführt, dienten aber nach Angabe einer Projektbeauftragten auch der Anbahnung weiterer ernährungsbezogener Maßnahmen. Lag kein pflegerischer Auftrag vor, standen den ambulanten Pflegediensten für Maßnahmen des Ernährungsmanagements keine finanziellen, zeitlichen oder personellen Ressourcen zur Verfügung. Den Pflegefach- und Pflegehilfskräften blieb in diesem Fall zunächst nur die Möglichkeit, bei festgestelltem Risiko entsprechende Maßnahmen zu planen, die kreativ in ihre Aufgaben integriert werden konnten, z. B. die Kühlschrankkontrolle bei insulinpflichtigen Patienten oder das regelmäßige Erinnern an und Bereitstellen von Speisen und Getränken. Dies galt sowohl für Patienten, die Hilfe im Rahmen der Pflegeversicherung erhielten, als auch für Patienten, denen ausschließlich Leistungen nach dem SGB V (z. B. Verbandwechsel) verordnet waren.

Entsprechend der bereits dargestellten Probleme, andere Berufsgruppen in das Ernährungsmanagement einzubinden, gelang dies bei der Entwicklung der Maßnahmenpläne nur zu 39,3%. Beteiligt wurden Hausärzte, Ernährungsmediziner und kooperierende Ernährungsberater (E3.2). Als problematisch erwies sich, dass in Einzelfällen Hausärzte nicht bereit waren, Maßnahmen zu unterstützen und z. B. Trinknahrung über einen ausreichend langen Zeitraum oder in ausreichendem Umfang zu verordnen.

Ein Verpflegungskonzept stand nur in dem Pflegedienst zur Verfügung, der in einem Wohnstift lebende Patienten betreut. Bei den anderen Diensten war dieses Kriterium (S3) aufgrund der Strukturen der ambulanten Pflege nicht anwendbar.

89,3% der Patienten gaben an, regelmäßig nach Essens- und Getränkewünschen gefragt worden zu sein. Dies geschah unabhängig davon, ob das Ernährungsmanagement zu den zentralen Aufgaben der Pflegefachkräfte gehörte (E3.3). Damit wird deutlich, dass es den Pflegefachkräften trotz ihrer eingeschränkten Möglichkeiten in hohem Maße gelungen ist, individuelle Wünsche, Vorlieben und Bedarfe der Patienten in ihre Planung einzubeziehen.

**E4 – Der Patient 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.**



**Abb. 20:** Ergebnisse zu Standardebene 4 - ambulante Pflegedienste

### *Patientenbezogene Ergebnisse*

Im Mittelpunkt der Maßnahmen standen die Anleitung der Patienten, z. B. zur Anwendung von Hilfsmitteln, der Anleitung von Angehörigen, z. B. zum Anreichen und Positionieren von Nahrung oder vor- und nachbereitende Tätigkeiten wie das Richten der Mahlzeiten für allein lebende Patienten und Hilfestellungen zur Gestaltung geeigneter räumlicher Voraussetzungen und einer förderlichen Umgebung (S4a). Diese Maßnahmen ermöglichten auch bei eingeschränkten zeitlichen Ressourcen eine kontinuierliche Beachtung der Ernährungsrisiken des Patienten. Nur in geringerem Umfang und bei Vorliegen eines pflegerischen Auftrags waren es den Pflegefachkräften möglich, direkte Hilfestellungen während der Mahlzeiten, z. B. das Zubereiten und Anreichen von Nahrung, zu gewähren. In Einzelfällen berichten Projektbeauftragte von der Finanzierung zusätzlicher Maßnahmen, Pflegezeiten oder Servicekräfte/Hilfskräfte durch die Patienten oder Angehörige zu Sicherstellung von ernährungsbezogenen Hilfen, weisen aber auch daraufhin, dass das Gros der Patienten diese Möglichkeit nicht habe und einer Unterversorgung nur durch die Verordnung entsprechender Leistungen durch die Hausärzte entgegengewirkt werden könne.

In 91,3% aller gesichteten Pflegedokumentationen finden sich Hinweise auf fachgerechte Unterstützung der Patienten während der Mahlzeiten, zu denen neben der fachpflegerischen Unterstützung auch Hilfestellungen durch im Vorfeld angeleitete Angehörige gezählt wurden (E4.1). Die zuständigen Pflegefachkräfte bestätigten, dass sie bei spezifischen Gesundheitsproblemen der Patienten in 84,5% der Fälle fachgerechte Unterstützung leisten konnten (E4.3) und es ihnen in 80,6% der Fälle möglich war, Patienten bedürfnis- und bedarfsgerecht zu unterstützen (E4.2). Dies bestätigten 90,1% der befragten Patienten (E4.6). Ebenso positiv fallen die Antworten auf die Fragen nach ihren Möglichkeiten aus, jederzeit Speisen und Getränke bekommen (E4.4: 90,8%) und den Ort der Nahrungsaufnahme frei wählen zu können (E4.5: 97,7%). Diese Antworten zeigen, dass die Maßnahmen trotz ihrer Begrenztheit eine selbst bestimmte und Eigenaktivität fördernde Nahrungsaufnahme vieler Patienten ermöglichten.

#### *Personalbezogene Ergebnisse*

Fortbildungen zu Maßnahmen zur individuellen Unterstützung bei oraler Ernährung wurden von 88,4% der teilnehmenden Pflegefachkräfte besucht, 56,8% sahen bei sich bestehenden Fortbildungsbedarf. Bei diesen Fortbildungen standen eher flankierende Maßnahmen, wie z. B. die Umfeldanpassung und der Einsatz von Hilfsmitteln, im Mittelpunkt. Der hohe bestehende Fortbildungsbedarf deutet an, dass die Pflegefachkräfte durchaus die Notwendigkeit sehen, sich zu Maßnahmen der pflegerischen und therapeutischen Begleitung während der Mahlzeiten, z. B. Maßnahmen bei Schluckstörungen oder zum Esstraining, fortzubilden. Auch, wenn diese Maßnahmen in der ambulanten Pflege seltener eingesetzt werden, sollte ihnen in den Fortbildungsprogrammen Aufmerksamkeit geschenkt werden.

## E5 – Der Patient und seine Angehörigen sind über Risiken und Folgen einer Mangelernährung und über mögliche Interventionen informiert, beraten und gegebenenfalls angeleitet.

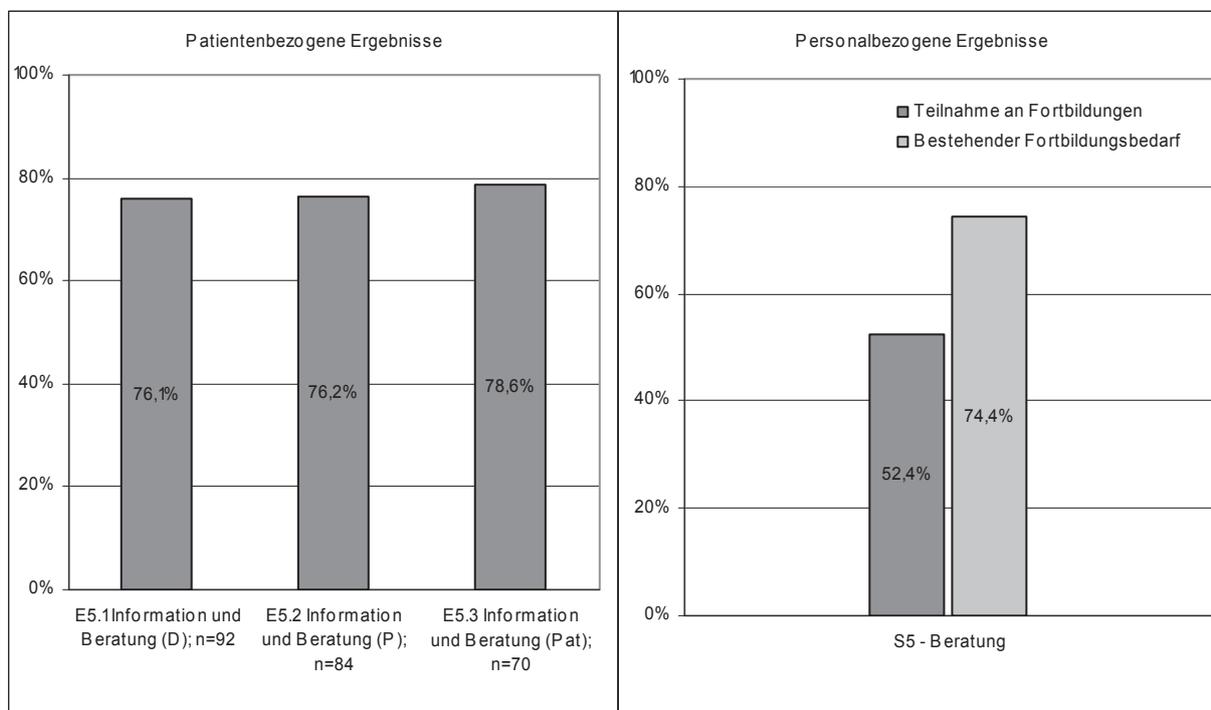


Abb. 21: Ergebnisse zu Standardebene 5 - ambulante Pflegedienste

### *Patientenbezogene Ergebnisse*

Patienten und Angehörige brauchen aufgrund der nur partiellen Anwesenheit der Pflegekräfte während der Mahlzeiten der Patienten umfangreiche Informationen zu Ernährungsproblemen und benötigen umfassende Hilfestellung und Anleitung beim Umgang mit körperlichen Einschränkungen, Hilfsmitteln oder zu sinnvollen Umgebungsanpassungen. Hinzu kommt für die Patienten und Angehörigen die Aufgabe der Dokumentation, z. B. das Führen von Nahrungsprotokollen. Eine Projektbeauftragte benannte Beratung und Information entsprechend der limitierten direkten Einflussmöglichkeiten auf die Ernährungssituation der Patienten als wichtigen Schwerpunkt der Umsetzung des Standards in der ambulanten Pflege.

In 76,1% der Pflegedokumentationen fanden sich Hinweise darauf, dass Patienten und Angehörige Informationen und Beratung über die festgestellten Ernährungsproblematiken und über mögliche Maßnahmen erhalten haben (E5.1). 76,2% der Pflegefachkräfte bestätigten, dass sie entsprechende Beratungen anbieten konnten (E5.2) und 78,5% der Patienten, dass sie Informationen erhalten haben (E5.3). In allen Einrichtungen hatten die Pflegefachkräfte Gelegenheit, Beratungsmaterialien, z. B. Informationsflyer, zur Unterstützung heranzuziehen (S5).

Eine Schwierigkeit sahen die Projektbeauftragten darin, dass einige Pflegefachkräfte das Ernährungsmanagement als Einmischung in das Privatleben der Patienten erleben und sich in einer Gastrolle in den Haushalten der Patienten fühlen. Dies führte dazu, dass ihnen die Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen Probleme bereitete und sie keine Möglichkeit sahen, die Ernährungssituation der Patienten positiv zu beeinflussen. Im Projektverlauf wurde dementsprechend erhöhter Fortbildungsbedarf zum Themengebiet Beratung und Anleitung bei den Pflegefachkräften wahrgenommen.

### Personalbezogene Ergebnisse

Obgleich die hohe Relevanz des Themengebiets für die ambulante Pflege deutlich war, wurde Fortbildungen zu Beratung Schulung und Anleitung zum Thema Ernährung im Rahmen der Fortbildungsprogramme wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Entsprechend dem geringen Angebot gaben nur 52,4% der Pflegefachkräfte an, eine Fortbildung zu diesem Themengebiet besucht zu haben. Wie wichtig das Thema zur Gestaltung eines patientenorientierten Ernährungsmanagements für die Pflegefachkräfte ist, zeigt der hohe Anteil von 74,4% der Pflegefachkräfte, die bei sich einen bestehenden Fortbildungsbedarf sahen.

## E6 – Die orale Nahrungsaufnahme des Patienten ist entsprechend seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf sichergestellt.

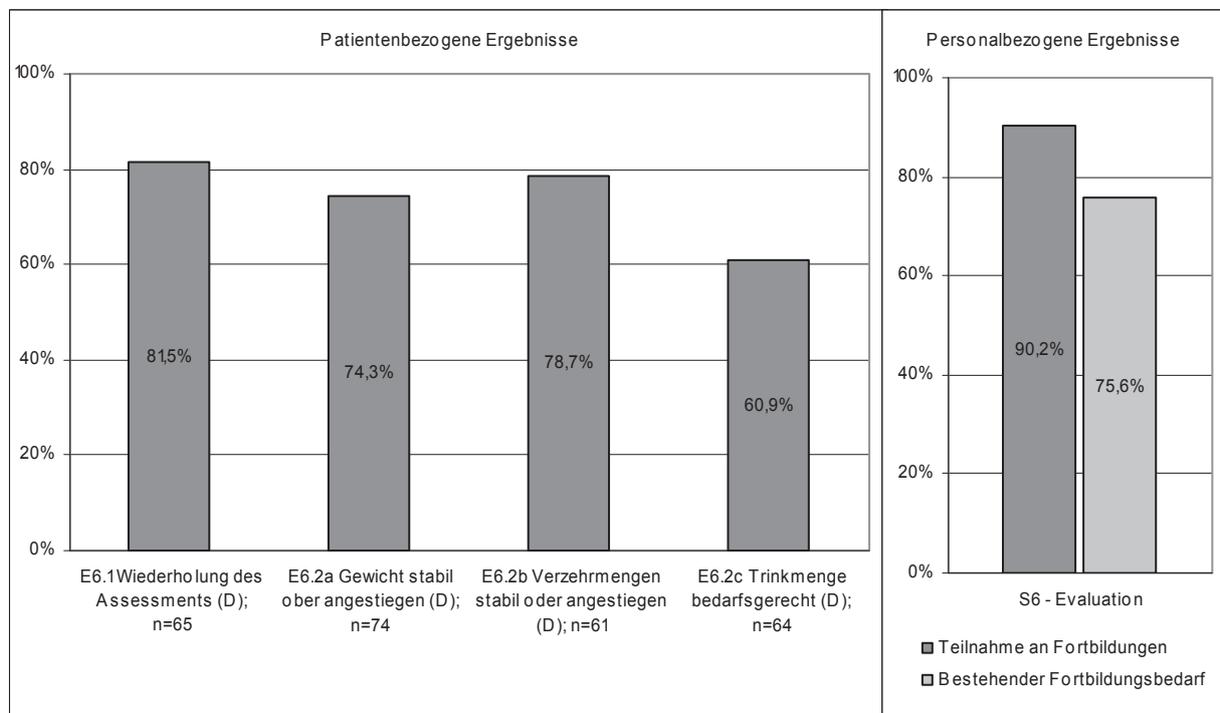


Abb. 22: Ergebnisse zu Standardebene 6 - ambulante Pflegedienste

### *Patientenbezogene Ergebnisse*

In 81,5% aller anwendbaren Fälle wurde das Assessment wiederholt (E6.1). Bei 74,3% der Patienten konnte festgestellt werden, dass ihr Gewicht stabil geblieben oder sogar angestiegen ist und bei 78,7%, dass sie gleich bleibend viel oder mehr gegessen haben. Gewichtsabnahmen begründeten sich hauptsächlich in akuten Erkrankungen der Patienten, ihren Ernährungsgewohnheiten oder traten trotz eingeleiteter Maßnahmen auf, z. B. bei Patienten mit Demenz, die bereitgestellte Nahrung vergaßen.

Die Evaluation der Maßnahmen gestaltet sich in der ambulanten Pflege schwierig, weil die Pflegefachkräfte in der Regel nicht, wie in der Kommentierung des Standardkriteriums P6 vorgeschlagen, die Angemessenheit der Maßnahmen in der konkreten Situation überprüfen können. Die Pflegefachkräfte waren bei den Assessments auf die Unterstützung der Patienten und Angehörigen angewiesen, die nach Anleitung Verzehrsmengen beurteilen und Trinkmengen dokumentieren. Einige Pflegefachkräfte bezweifeln dabei allerdings eine durchgehend sichere Anwendung der Instrumente. Sie vermuten, dass Angehörige die Protokolle nicht verlässlich ausfüllen, sondern sie z. B. beschönigen oder Einträge vergessen. Letzteres hat vermutlich Einfluss auf den geringen Zielerreichungsgrad bei der Frage nach der bedarfsgerechten Trinkmenge (E6.2c: 60,9%).

### *Personalbezogene Ergebnisse*

Fortbildungen zur Evaluation der Angemessenheit und Wirksamkeit von Maßnahmen des Ernährungsmanagements fanden in der Regel gemeinsam mit Fortbildungen zum Umgang mit Screening- und Assessmentinstrumenten statt, da der Kern der Evaluation in der wiederholten Anwendung dieser Einschätzungsinstrumente stand. Hinzu kamen Inhalte, die Evaluation von Maßnahmen und die Beurteilung ihrer Angemessenheit thematisierten. Zum Thema Evaluation gaben 90,2% der Pflegefachkräfte eine Fortbildungsteilnahme und 75,6% weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf an. Es ist zu vermuten, dass dieser hohe bestehende Bedarf eine fehlende Spezifizierung des Themas in den gemeinsamen Fortbildungen der Themengebiete Screening, Assessment und Evaluation ausdrückt und offene Fragen, zum Beispiel zur Auswertung von Ernährungsprotokollen oder durch die beschriebenen Messprobleme in der häuslichen Situation erst im Zuge der Standardanwendung auftraten.

#### **5.2.3.4 Zwischenfazit zu den Ergebnissen der ambulanten Pflegedienste**

Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards hat seine Anwendbarkeit in den ambulanten Pflegeeinrichtungen nachgewiesen. Den Einrichtungen ist es gelungen, mit Hilfe unterschiedlich ausgeprägter Maßnahmen einen Beitrag zur Stabilisierung der Ernährungssituation von Risikopatienten zu leisten. Darüber hinaus konnte eine Sensibilisierung für das Thema Ernährung unter den Pflegekräften erreicht werden. Sie haben festgestellt, dass insbesondere durch ihre nur partielle Anwesenheit bei den betroffenen Patienten und ihren

Angehörigen deren Beratung von großer Bedeutung ist. Hier ist allerdings Bedarf an einer Kompetenzerweiterung der Pflegefachkräfte sichtbar geworden. Nicht beziehungsweise nur eingeschränkt anwendbar sind hingegen die Strukturkriterien S3b (Vorliegen eines Verpflegungskonzeptes) und S4a (Gewährleistung räumlicher Voraussetzungen). Während ein Verpflegungskonzept in den ambulanten Pflegediensten nicht vorliegen kann, kann auf die Schaffung räumlicher Voraussetzungen in der Häuslichkeit der Patienten nur beratend Einfluss genommen werden.

Deutlich wurde im Rahmen der Standardanwendung allerdings auch, dass für ein umfassendes Ernährungsmanagements ein ausreichender pflegerischer Auftrag vorhanden sein muss, der die finanziellen und pflegerischen Ressourcen sichert, die für die Umsetzung individueller Maßnahmen notwendig sind. Dieser Auftrag muss dem präventiven Charakter des Expertenstandards gerecht werden und bereits vor Eintritt einer Mangelernährung der Patienten bestehen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist die strukturierte Erfassung der Ernährungssituation der Patienten ebenso unerlässlich, wie tragfähige Kooperationen mit Hausärzten und Kostenträgern. Ohne einen solchen Auftrag, der die Finanzierung des pflegerischen Assessments und der ernährungsbezogenen Maßnahmen sicherstellt, ist eine regelhafte Anwendung des Expertenstandards in der ambulanten Pflege nicht möglich und kann dementsprechend auch nicht in die Prüfkataloge des Medizinischen Dienstes (MDK) aufgenommen werden.

## **5.2.4 Ergebnisse der Krankenhäuser**

### **5.2.4.1 Themenrelevante Strukturdaten der Krankenhäuser**

Unter den neun Krankenhäusern waren fünf Einrichtungen der Maximalversorgung, zwei der Schwerpunkt-/Zentralversorgung, ein Haus der Regelversorgung und ein Fachkrankenhaus. Die Größe variierte zwischen 460 und 3200 Betten. Die Krankenhäuser haben für die modellhafte Implementierung je zwei bis vier Modellstationen ausgewählt, die zusammen zwischen 50 und 109 Betten und im Durchschnitt 68 Betten aufwiesen.

Die am häufigsten angewendete Pflegeorganisationsform der Modellpflegeeinheiten war die Bereichspflege, in einem Krankenhaus war die Gruppenpflege und in einem weiteren Primary Nursing eingeführt. Zu den beteiligten Fachrichtungen gehörten die Innere Medizin, Gastroenterologie, Diabetologie, Pulmologie, Gynäkologie, Herzchirurgie, Kardiologie, Onkologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Die Verweildauer der Gerontopsychiatrie lag im Durchschnitt bei 21 und die der übrigen Fachrichtungen bei durchschnittlich 9 Tagen. Der Personalschlüssel der Modellpflegeeinheiten, definiert als das Verhältnis von Betten bzw. Behandlungsplätzen zu Pflegefachkräften, lag zwischen 1,5 und 2,5 und im Durchschnitt bei 2,1 Betten/Behandlungsplätzen pro Pflegefachkraft.

In drei Krankenhäusern stand ein multidisziplinäres Ernährungsteam zur Verfügung. Diese Teams setzten sich jeweils aus Pflegefachkräften mit Zusatzqualifikationen, Diätassistenten, Ärzten und in einem Fall Logopäden und in einem weiteren Fall einer Ökotrophologin zusammen.

Alle Krankenhäuser haben umfangreiche Erfahrungen in der Anwendung pflegequalitätsentwickelnder und -sichernder Maßnahmen. Die Expertenstandards Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement und Sturzprophylaxe kommen in allen Krankenhäusern zur Anwendung, außerdem sind die Expertenstandards Schmerzmanagement in acht, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden in sieben und Kontinenzförderung in sechs Häusern eingeführt worden. In fünf Einrichtungen bestehen Erfahrungen mit der Beteiligung an Projekten zur modellhaften Implementierung von Expertenstandards. Außerdem wird in fünf Einrichtungen die Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung angewendet. Alle Einrichtungen verfügen über ein Qualitätsmanagementsystem und haben Erfahrungen mit internen Qualitätsaudits und Dokumentenanalysen.

#### **5.2.4.2 Standardeinführung in den Krankenhäusern**

##### *Bildung der Arbeitsgruppen*

In der Vorbereitungsphase des Projektes wurden in allen Krankenhäusern Arbeitsgruppen gebildet. In sechs Krankenhäusern waren sie multidisziplinär besetzt und in dreien waren ausschließlich Pflegefachkräfte in den Arbeitsgruppen vertreten. Die Bildung der Arbeitsgruppen geschah entweder durch gezielte Einladung der Teilnehmer durch Pflegedienstleitung und Projektbeauftragte oder nach vorheriger Interessensbekundung von Mitgliedern der beteiligten Pflgeteams unter Berücksichtigung ihrer ernährungsbezogenen Fachexpertise. Neben Pflegefachkräften und Pflegeleitungen der Projektstationen waren außerdem Diätassistenten, Diabetesberater, Fachpersonal aus Küche und Hauswirtschaft, Logopäden, Ergotherapeuten, eine Ernährungswissenschaftlerin und eine Medizinpädagogin sowie in fünf Arbeitsgruppen Stations- und Oberärzte beteiligt.

Die frühzeitige Einbeziehung anderer Berufsgruppen in die Einführung des Expertenstandards wirkte sich positiv auf den Einführungsprozess aus, da auf diese Weise notwendige Kooperationen angebahnt werden konnten und ein gezielter Austausch über die verschiedenen Zuständigkeiten im Ernährungsmanagement möglich wurde. Dies gelang auch den Einrichtungen mit monodisziplinär besetzten Arbeitsgruppen, indem Vertreter anderer Berufsgruppen themenspezifisch in die Arbeitsgruppen eingeladen wurden, zum Beispiel zur Entwicklung der Verfahrensregeln, an denen immer auch die Betriebs- und Pflegeleitungen beteiligt wurden.

Ein Problem der Arbeitsgruppen bestand in einigen Häusern in ihrer wechselnden Besetzung, da aufgrund knapper Personalressourcen die Arbeitsgruppen-Mitglieder nicht immer zu den Sitzungsterminen freigestellt werden konnten. Versuche, die entstehenden Informationslücken zu füllen, erwiesen sich als wenig erfolgreich. So wurde beispielsweise in einem Krankenhaus ein Pool von Pflegefachkräften als potentielle Arbeitsgruppenmitglieder benannt, die abhängig von ihrem Dienstplan für Arbeitsgruppen-Sitzungen zur Verfügung standen und in einem anderen versucht, Informationsverlusten mit ausführlichen Protokolle entgegenzuwirken.

##### *Phase 1: Fortbildungen zum Expertenstandard*

In allen Krankenhäusern wurde der Projektbeginn durch eine Kick-off Veranstaltung gekennzeichnet, zu der alle am Ernährungsmanagement beteiligten Berufsgruppen gezielt eingeladen wurden. In vielen Einrichtungen deutete sich bei der Teilnahme an der Veranstaltung bereits an, dass therapeutische Berufsgruppen und Vertreter aus Hauswirtschaft und Küche motiviert und an einer aktiven Mitarbeit im Rahmen der Standardeinführung interessiert waren, während sich Ärzte eher zurückhaltend zeigten. Dies sollte die interdisziplinäre Zusammenarbeit auch im weiteren Verlauf der Standardeinführung und -anwendung kennzeichnen.

Die Abfrage des themenbezogenen Fortbildungsbedarfs der Pflegefachkräfte wurde mit bestehenden Fortbildungsplänen abgeglichen. Zentrale Fortbildungsthemen waren Screening und Assessment von Ernährungsproblemen, Maßnahmen des Ernährungsmanagements, Grundlagen der Ernährungslehre und der Expertenstandard im Allgemeinen. Kaum Beachtung fanden im Rahmen des Implementierungsprojekts die Fortbildungsthemen Beratung bei Ernährungsproblemen und Evaluation des Ernährungsmanagements, da pflegerische Beratung in den meisten Einrichtungen Thema allgemeiner Fortbildungsangebote war und das Thema Evaluation in die Fortbildungen zu Screening- und Anamneseverfahren integriert wurde. Im weiteren Verlauf des Projektes wurde das Fortbildungsangebot um Informationen zur entwickelten Verfahrensregel zum Expertenstandard und die praktische Umsetzung der Standardinhalte ergänzt.

Motivation und Interesse der Pflegefachkräfte an den Fortbildungen wurden von den Projektbeauftragten unterschiedlich bewertet. Durch besonders hohe Motivation zeichneten sich insbesondere die Arbeitsgruppenmitglieder der Modellpflegeeinheiten und Mitglieder der Pflgeteams aus, in denen ernährungsbezogene Fragen grundsätzlich eine höhere Relevanz haben. Generell negativen Einfluss auf die Motivation zur Fortbildungsteilnahme hatten knappe Personalbesetzungen, hohe Arbeitsdichte, hohe Patientenfluktuation und subjektiv empfundene Angst vor Überforderung. Eine Projektbeauftragte stellte fest, dass der eigentliche Fortbildungsbedarf erst gegen Ende des Projektes transparent und von den Pflegefachkräften auch geäußert wurde. Insbesondere Screening und Assessment, sowie die Anwendung von Essprotokollen wurden daraufhin teilweise in Einzelanleitung nachgeschult.

Der Zeitaufwand angebotener Fortbildungen variierte in den Krankenhäusern abhängig von Umfang, Anzahl und Teilnehmerzahl zwischen 51 und 256 Stunden und betrug im Durchschnitt 116 Stunden. Jeder einzelnen Pflegefachkraft der beteiligten Pflegeeinheiten wurden zwischen einer und sechs und durchschnittlich 2,6 Stunden Fortbildungszeit zur Verfügung gestellt. Über Fortbildungsteilnahmen von geringer qualifizierten Pflegekräften oder Hauswirtschaftsmitarbeitern wurde aus drei Einrichtungen berichtet. Ihnen wurde durchschnittlich etwa 2,3 Stunden Zeit für Fortbildungen angeboten. Die Projektbeauftragten haben für die Organisation, teilweise Durchführung und Evaluation der Fortbildungen zwischen 20 und 80 Stunden aufgewendet, der durchschnittliche Zeitbedarf lag bei 44 Stunden.

#### *Phase 2: Anpassung einzelner Kriterien an die besonderen Anforderungen der Zielgruppe oder der Einrichtung im Sinne einer Konkretisierung*

Der Abgleich des bisherigen ernährungsbezogenen Vorgehens der Modellpflegeeinheiten mit den Standardinhalten erbrachte für die Arbeitsgruppen vornehmlich Klärungsbedarf bezüglich anwendbarer Screening- und Assessmentverfahren (siehe E1). Außerdem haben alle Arbeitsgruppen inhaltliche und sprachliche Konkretisierungen der Standardkriterien vorgenommen,

indem beispielsweise Einschätzungsintervalle festgelegt, Bezeichnungen für Materialien und Instrumente dem hausinternen Sprachgebrauch angeglichen und Dokumentationsorte benannt wurden.

Eine weitere zentrale Aufgabe bestand in der interdisziplinären Entwicklung der Verfahrensregel. Insbesondere die zu Projektbeginn unerwartet hohe Kooperationsbereitschaft der Berufsgruppen aus Hauswirtschaft und Küche erleichterte auf diesem Gebiet die Beschreibung der ernährungsbezogenen Prozesse und ihrer Zuständigkeiten. Ebenso konnten auch Ergotherapie, Logopädie, Diätassistenten, Sozialdienst, und EDV-Abteilung in einigen Häusern aktiv beteiligt werden. Weniger erfolgreich war zunächst die Beteiligung der Ärzte an den Entwicklungen der Verfahrensregeln. Dies führte in einigen Einrichtungen zu wiederholten Überarbeitungen der Verfahrensregel, da die theoretisch dargestellten Prozesse in der Realität nicht umsetzbar waren. Die Verfahrensregeln benennen erneut die festgelegten Dokumentationsorte, -materialien und Zeitintervalle der Ernährungsanamnesen und beschreiben darüber hinaus Verfahren zur Einschaltung weiterer Berufsgruppen durch die Pflegenden, z. B. bei Hinweisen auf das Vorliegen einer Mangelernährung in der pflegerischen Ernährungsanamnese. Zum Auditzeitpunkt lagen in sieben Krankenhäusern gültige Verfahrensregeln vor, in zwei Häusern befanden sie sich noch in Entwicklung bzw. Überarbeitung.

Vor dem Hintergrund, dass insbesondere geringe Verweildauern der Patienten die Möglichkeit der Beeinflussung vorliegender Ernährungsproblematiken einschränken, wurde der Expertenstandard in zwei Häusern um eine konkrete Verzahnung mit dem Entlassungsmanagement ergänzt. Durch die gezielte Weitergabe von Screening- und Assessmentergebnissen sowie Informationen über geplante und eingeleitete Maßnahmen an nachsorgende Einrichtungen sollen einrichtungsübergreifend längerfristige Maßnahmen des Ernährungsmanagements gesichert werden.

In dieser Phase der Standardeinführung ergab sich für die Projektbeauftragten ein Zeitbedarf zwischen acht und 83 Stunden, ihr durchschnittlicher Zeitbedarf betrug 45 Stunden. Für jedes Arbeitsgruppenmitglied ergab sich ein durchschnittlicher Zeitbedarf von 17 Stunden.

### *Phase 3: Einführung und Anwendung des Expertenstandards*

Eine erneute Kick-Off Veranstaltung markierte in sechs Krankenhäusern den Beginn der Standardanwendung. Sie diente der Präsentation und Diskussion der Arbeitsergebnisse der Anpassungsphase und den Absprachen für das weitere Vorgehen. Auch zu dieser Veranstaltung wurden wiederum alle am Ernährungsmanagement beteiligten Berufsgruppen eingeladen. In den drei Häusern, die auf eine Kick-Off Veranstaltung verzichtet haben, wurden insbesondere Stationsleitungsbesprechungen für die Vorinformation zum Anwendungsbeginn genutzt.

In den ersten Anwendungswochen haben die AG-Mitglieder in allen Einrichtungen hohe Präsenz auf den Modellpflegeeinheiten gezeigt, um ständige Ansprechbarkeit bei Fragen oder Problemen zu gewährleisten und den Pflegefachkräften die Gelegenheit für Einzelschulungen und speziellen Hilfestellungen zu geben. Daneben wurden schriftliches Informationsmaterial zum Ernährungsmanagement und Aushänge zur Information der Pflegefachkräfte genutzt. Darüber hinaus haben die Projektbeauftragten gute Erfahrungen mit Dokumentenanalysen und „Miniaudits“ gemacht, da auf diese Weise Fortbildungs- und Unterstützungsbedarf der Pflegefachkräfte identifiziert werden konnte, Nachbesserungsbedarf an den Verfahrensregeln deutlich wurde und diese bei Bedarf kontinuierlich angepasst werden konnten. Besonderen Fortbildungs- und Unterstützungsbedarf der Pflegefachkräfte bei der Umsetzung der Standardinhalte haben die Projektbeauftragten dabei aufgrund komplexer Pflegeprobleme bei alten Menschen mit multimorbiden und psychiatrischen Erkrankungen festgestellt. Interesse der Pflegefachkräfte an den Standardinhalten und Motivation sie umzusetzen wurde von Projektbeauftragten positiv wahrgenommen. Dass geringe Zeitressourcen, erhebliche Personalengpässe und subjektiv empfundene Mehrbelastung durchaus hemmenden Einfluss auf die Umsetzung hatten, wurde aus allen Einrichtungen berichtet. Einige Projektbeauftragte gaben zudem an, dass eine mangelnde Verinnerlichung der Pflegeprozessmethode den Ausgangspunkt vieler Schwierigkeiten in der Standardumsetzung darstellte. So dienten z. B. Ergebnisse der tiefer gehenden Assessments nicht als Grundlage der Maßnahmenpläne oder es wurden Pflegemaßnahmen und ihre Ergebnisse nicht dokumentiert.

Der Zeitaufwand der Projektbeauftragten betrug in dieser Phase zwischen drei und 80 Stunden und lag im Durchschnitt bei 21 Stunden. Die Arbeitsgruppenmitglieder haben pro Kopf durchschnittlich vier Stunden aufgewendet. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass viele Arbeitsgruppenmitglieder gleichzeitig Mitarbeiter der Modellpflegeeinheiten waren und somit auch während ihrer Tätigkeiten auf den Stationen die Weitergabe der Standardinhalte und die Unterstützung ihrer Kollegen sichergestellt haben. Diese aufgewendete Zeit wurde nicht extra angegeben.

#### *Phase 4: Audit*

Das abschließende Audit wurde in sieben Krankenhäusern durch die jeweiligen Projektbeauftragten durchgeführt und dabei zeitweise mit Unterstützung von Kollegen aus Stabstellen der Pflegedirektion, aus dem Qualitätsmanagement, der Pflegeentwicklung oder aus einem Fort- und Weiterbildungszentrum. In den übrigen Häusern waren die Projektbeauftragten nicht an der Datenerhebung des Audits beteiligt, einmal, weil eine Projektbeauftragte selbst Mitarbeiterin der Modellpflegeeinheit war und einmal aus Ressourcengründen. Den Auditprotokollen lässt sich entnehmen, dass bei der Erhebung der patientenbezogenen Daten mit einem durchschnittlichen Zeitbedarf von etwa 30 Minuten pro Einzelaudit gerechnet werden muss und dieser in Einzelfällen auch bis 50 Minuten ansteigen kann. Besonderer Zeitbedarf ergab sich dabei aus nicht verfügbaren, unvollständigen oder mangelnden Pflegedokumentationen und

frühzeitige Entlassungen der Patienten, ohne dass sie befragt werden konnten. Auditoren, die mit den Arbeitsabläufen und Pflegedokumentationen der Modellpflegeeinheiten vertraut und ihrerseits den Mitarbeitern bekannt waren, hatten es nach Aussage von Projektbeauftragten leichter, die patientenbezogenen Daten zu erheben.

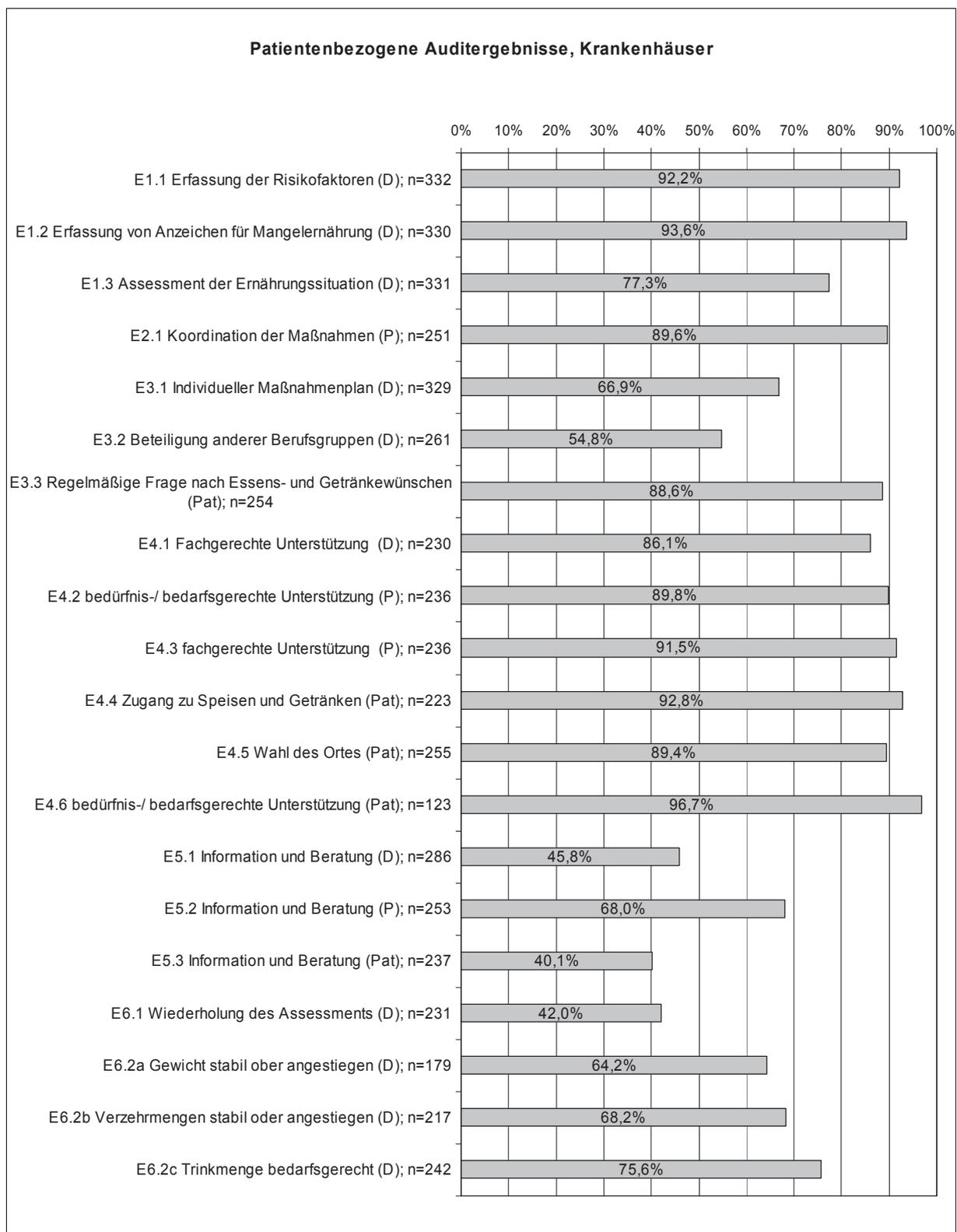
Aus den Krankenhäusern liegen Daten von 334 Patienten vor. Für das patientenbezogene Audit wurden 1035 Patientenakten auf Hinweise für das Vorliegen einer Ernährungsproblematik durchgesehen. Die Auditoren haben sinnvoller Weise nur die Patienten in das Audit einbezogen, bei denen durch ein initiales Screening ein Risiko oder das Vorliegen einer Mangelernährung identifiziert wurde. Das Screening übernimmt also im Sinne des Expertenstandards die Funktion des Risikoausschlusses. Der Genauigkeit halber sei angemerkt, dass aus den vorliegenden Daten nicht nachvollzogen werden kann, ob in allen 1035 durchgesehenen Akten ein Screening vorgelegen hat. Vier Häuser konnten mit diesem Verfahren die angestrebte Stichprobengröße von 40 Patienten erreichen, vier weitere zwischen 30 und 40 Patienten auditieren, und ein Haus etwas weniger als 30. Von 315 auditierten Patienten liegen Daten über die Ausprägung ihrer Ernährungsproblematik vor. Demnach wiesen 234 (74%) von ihnen ein Risiko für eine Mangelernährung auf und bei immerhin 81 (26%) wurde eine vorliegende Mangelernährung identifiziert.

Am personalbezogenen Audit, das den Fortbildungsstand ermittelt, haben sich aus allen Krankenhäusern 250 Pflegefachkräfte beteiligt. Die Projektbeauftragten haben in den Modellpflegeeinheiten insgesamt 372 Fragebögen verteilt, die Rücklaufquote lag somit bei 67,2% und muss als relativ gering und insgesamt verbesserungswürdig bezeichnet werden.

Der gesamte Zeitbedarf der Projektbeauftragten betrug in der Auditphase zwischen 20 und 48 Stunden und lag im Durchschnitt bei 31 Stunden. Neben der Durchführung der Datenerhebung entsteht dieser Zeitbedarf durch die organisatorische Vor- und Nachbereitung der Datenerhebungen und die einrichtungsinternen Auswertungen.

#### **5.2.4.3 Auditergebnisse der Krankenhäuser**

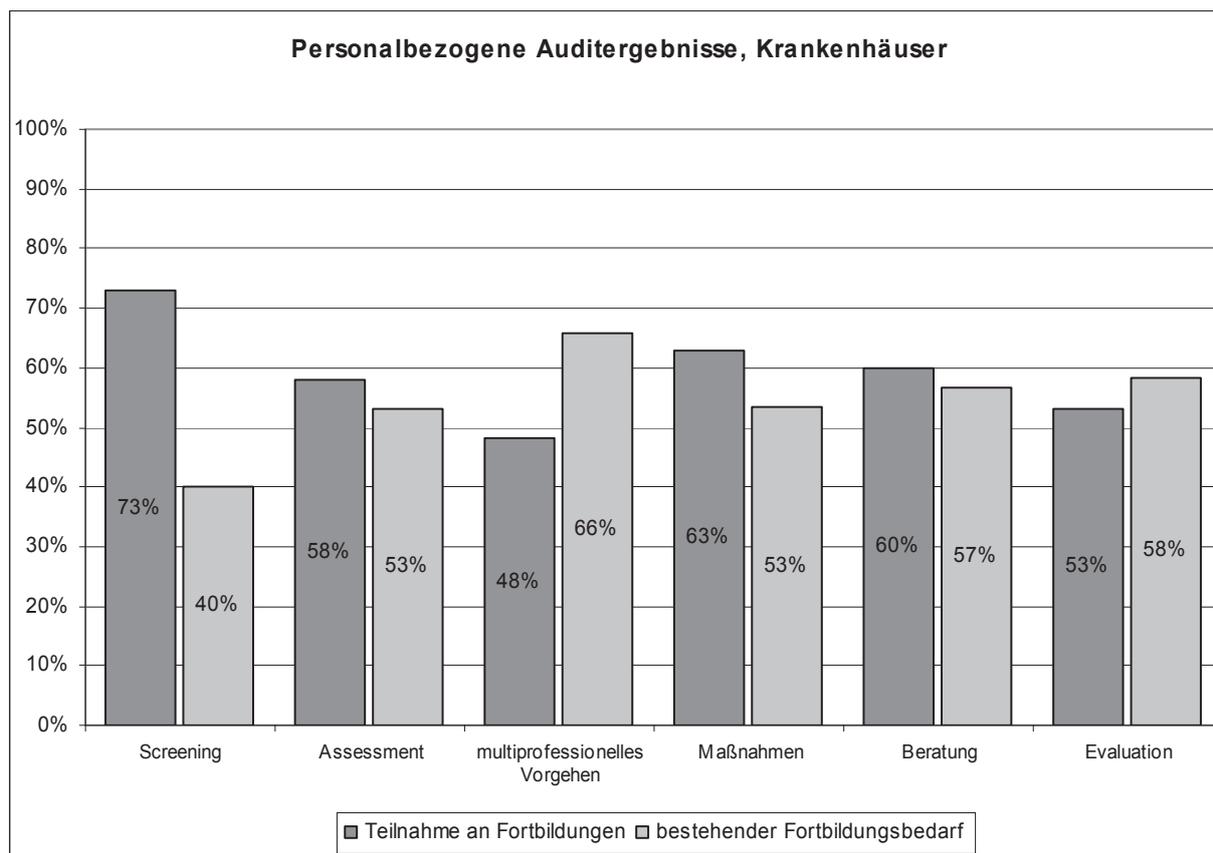
Bisher ist das Thema Ernährungsmanagement in Krankenhäusern insbesondere in Abteilungen mit einem engen Ernährungsbezug, z. B. Diabetologie oder Gastroenterologie, stärker verankert. Allerdings finden sich auch in anderen Abteilungen und Fachgebieten Patienten mit krankheits- oder lebenssituationsbezogenen Ernährungsproblematiken, die häufig nicht im Fokus der Aufmerksamkeit der Pflegefachkräfte stehen, wie auch die Literaturstudie zeigt. Demgegenüber hat die modellhafte Implementierung die hohe Relevanz des Expertenstandards Ernährungsmanagement auch auf diesen Abteilungen verdeutlicht.



D: Dokumentenanalyse, P: Befragung der zuständigen Pflegefachkraft, Pat: Patientenbefragung

**Abb. 23:** Zielerreichungsgrade der Standardkriterien, Krankenhäuser, n=334;

Bei nahezu allen standardbezogenen Fortbildungsthemen hielt sich der Anteil von Teilnahme an Fortbildungen und weiterhin bestehendem Fortbildungsbedarf die Waage (vgl. Abb. 24). Dies deutet auf den wissensbezogenen Nachholbedarf der Pflegefachkräfte hin, der mit dem steigenden Bewusstsein für die Relevanz des bisher vernachlässigten Themas Ernährungsmanagement in den Krankenhäusern einhergeht. Vor diesem Hintergrund zeigt insbesondere der hohe Anteil an bestehendem Fortbildungsbedarf zu multiprofessionellem Vorgehen die über das Implementierungsprojekt hinausgehenden Entwicklungspotenziale dieser Thematik.



**Abb. 24:** Teilnahme an Fortbildungen und weiterhin bestehender Fortbildungsbedarf in den Krankenhäusern; n=250

**E1 – Für alle Patienten liegt ein aktuelles Screening-Ergebnis zur Ernährungssituation vor. Bei Patienten mit einem Risiko für oder Anzeichen von Mangelernährung ist ein Assessment mit handlungsleitenden Informationen erfolgt.**

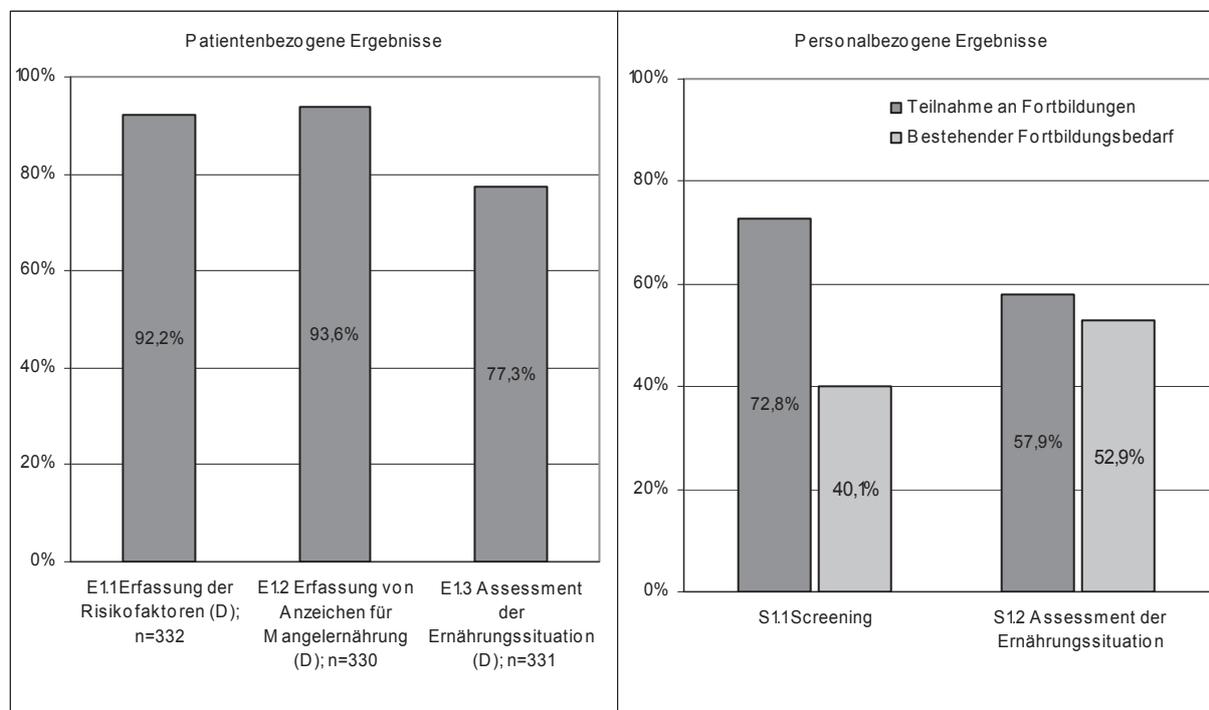


Abb. 25: Ergebnisse zu Standardebene 1 - Krankenhäuser

*Patientenbezogene Ergebnisse*

Zur systematischen Erfassung der Ernährungssituation der Patienten wurden in den Krankenhäusern unterschiedliche Lösungen gefunden und auf den Modellpflegeeinheiten erfolgreich angewendet. So wurde in vier Krankenhäusern das NRS (Nutritional Risk Screening), in zwei Häusern das PEMU (Pflegerische Erfassung von Mangelernährung und deren Ursachen) und in einem Haus sowohl das NRS als auch das PEMU genutzt. In zwei Häusern wurden auf Basis der oben genannten Instrumente eigene entwickelt. Somit lagen entsprechend des Strukturkriteriums S1b in allen Häusern Einschätzungsinstrumente vor.

Das PEMU kam auf geriatrischen Abteilungen zum Einsatz und wurde dort von den Projektbeauftragten und den Arbeitsgruppen so überarbeitet, dass eine möglichst hohe Akzeptanz des Instruments bei den Pflegefachkräften erreicht wurde. Hierzu wurden die Fragen des Instruments unverändert übernommen, aber mit Ankreuzmöglichkeiten versehen oder so kombiniert, dass eine Reduktion der Seitenanzahl erreicht werden konnte, um den Zeitbedarf für die Anwendung bei größtmöglichem Informationsgewinn gering zu halten.

Das NRS kam in den Krankenhäusern sowohl als Teil EDV-gestützter Dokumentationssysteme als auch in Papierform zum Einsatz. Aus einem Haus wurde im Zusammenhang mit dem NRS berichtet, dass Hilfsinstrumente, wie z. B. BMI-Tabellen, dessen Anwendung erleichtern.

Die Screening-Instrumente wurden bei Aufnahme jedes Patienten als Teil der Pflegeanamnese regelhaft eingesetzt. Das führte zu hohen Zielerreichungsgraden hinsichtlich der Erfassung der Risikofaktoren (E1.1: 92,2%) und zum Vorliegen eines Screenings zur Erfassung von Anzeichen für Mangelernährung (E1.2: 93,6%).

Der um ca. 15% geringere Zielerreichungsgrad für das Vorliegen eines Assessments (E1.3: 77,3%) weist auf ein Ressourcenproblem hin. Einige Krankenhäuser haben in ihren Verfahrensregeln festgelegt, nur bei älteren Patienten und Patienten mit sichtbar höheren Risiken ein tiefer gehendes Assessment durchzuführen. Dies wirkte für die Anwendung der Instrumente angesichts knapper zeitlicher Ressourcen zwar Akzeptanz steigernd, birgt aber die Gefahr, dass relevante Risiken übersehen werden.

#### *Personalbezogene Ergebnisse*

Die Ergebnisse zeigen, dass 72,8% der Pflegefachkräfte eine Fortbildung zu Screening-Instrumenten und 57,9% eine Fortbildung zu Assessment-Instrumenten besucht haben. Gleichzeitig geben 40,1% der Pflegefachkräfte im Rahmen des Audits an weiterhin Bedarf an Fortbildungen zu Screening-Instrumenten. Einen Bedarf an Fortbildungen zu Assessment-Instrumenten attestieren sich 52,9%. Dieser durchaus trotz durchgeführter Fortbildungen und supervidierter Anwendung der Instrumente bestehende Fortbildungsbedarf gibt einen Hinweis auf die Notwendigkeit regelmäßiger Fortbildungen und längerfristiger Unterstützung der Pflegefachkräfte nach Einführung des Standards, da die Anwendung der Instrumente innerhalb der ersten Monate weiterhin offene Fragen aufwirft.

## E2 – Die multiprofessionellen Maßnahmen sind koordiniert, gegebenenfalls ethisch begründet und ihre Umsetzung ist überprüft.

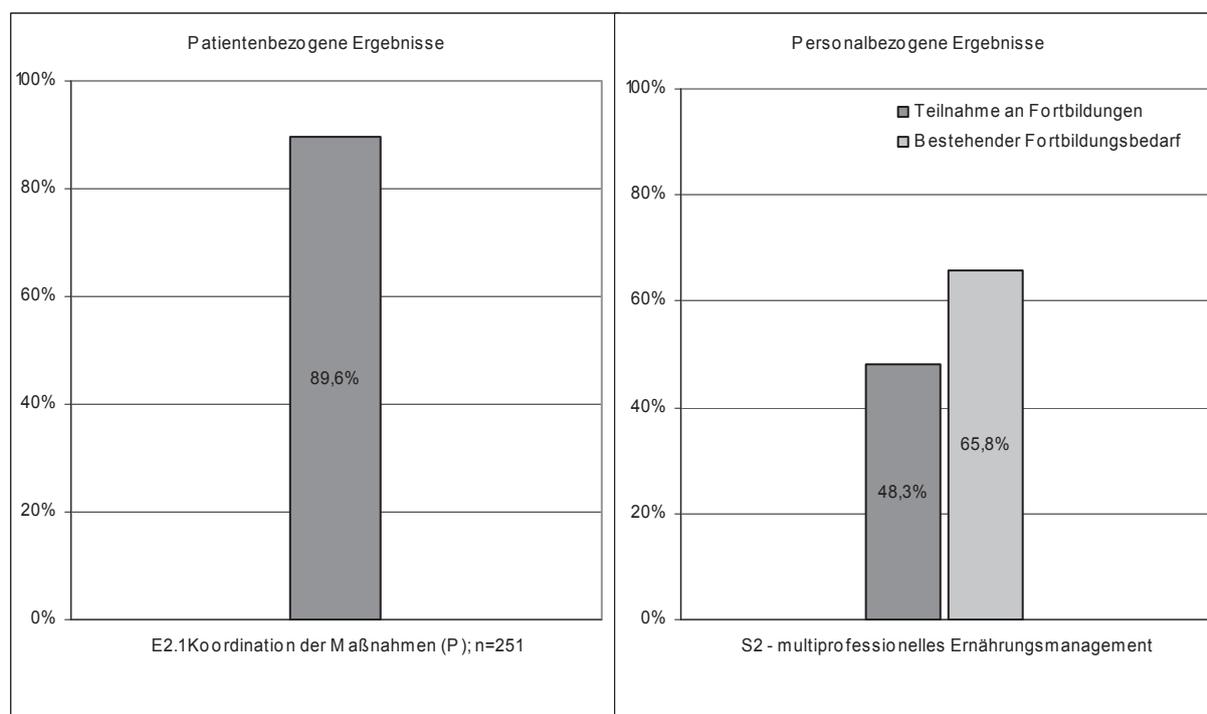


Abb. 26: Ergebnisse zu Standardebene 2 - Krankenhäuser

### *Patientenbezogene Ergebnisse*

Die Kooperation der Pflegefachkräfte mit allen für das Ernährungsmanagement relevanten Berufsgruppen hatte für die Standardumsetzung in den Krankenhäusern zentrale Bedeutung. Schnittstellen ergaben sich für die Pflegefachkräfte insbesondere mit Küche und Hauswirtschaft im Rahmen der Speisenversorgung und -verteilung, mit Ergotherapeuten und Logopäden zur Koordination bedarfsgerechter Maßnahmen und mit Ärzten, wenn es um die Behandlung und Therapie mangelernährter Patienten oder die Verordnung spezifischer Maßnahmen zur Prävention einer Mangelernährung ging. Mit der Anbahnung tragfähiger Kooperationen haben die Projektbeauftragten in Verbindung mit den Pflegedienst- und Stationsleitungen der Modellpflegeeinheiten frühzeitig begonnen, indem bereits in der Phase der Projektvorbereitung Einladungen zu Informationsveranstaltungen und Fortbildungen ausgesprochen und die Beteiligung an den Arbeitsgruppen angeregt wurden. Die Projektbeauftragten berichten, dass die Kooperation gesteigert und verbessert werden konnte und sich ein größeres Verständnis für die Arbeitsweisen der jeweils anderen Berufsgruppen entwickelte. Insbesondere die Zusammenarbeit mit Küche und Hauswirtschaft gelang aus Sicht der Pflegefachkräfte besser, als im Vorfeld angenommen. Allerdings gab es aufgrund von Zeit- und Organisationsdefiziten Schwierigkeiten, das Speisenangebot im Hinblick auf Umfang, Art und Uhrzeit zu flexibilisieren. Aus einer Einrichtung wird berichtet, eine Flexibilisierung durch den Einsatz von Servicekräften unter Anleitung von Pflegefachkräften erreicht werden konnte.

Insgesamt bestätigten die Pflegefachkräfte, dass es ihnen möglich war, in 89,6% der Fälle multiprofessionelle Maßnahmen zu koordinieren (E2.1), was in diesem Umfang zu Projektbeginn nicht zu erwarten war und deshalb als Erfolg angesehen werden kann. Insbesondere Ernährungsteams trugen zur verstärkten Zusammenarbeit mit den Ärzten bei. In einer Einrichtung wurde zudem zur Förderung einer gemeinsamen Umsetzung ernährungsbezogener Maßnahmen mit den Ärzten der Screening-Bogen mit Erfolg um eine Spalte für ärztliche Anordnungen erweitert. Kooperationen mit Ärzten ließen sich auf Abteilungen mit größerer medizinischer Relevanz der Ernährungssituation der Patienten, z. B. der Diabetologie, erwartungsgemäß besser erreichen lassen als auf anderen Abteilungen, z. B. in chirurgischen Kliniken.

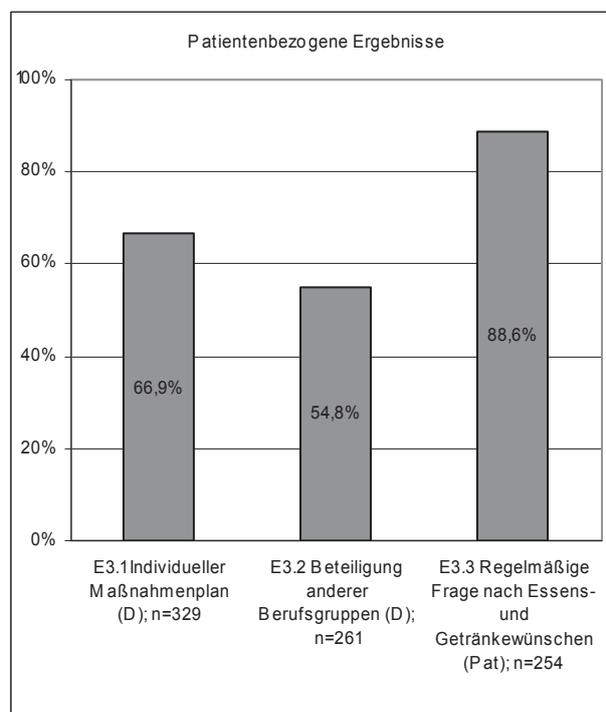
### *Personalbezogene Ergebnisse*

Fortbildungen zu Verfahrensregeln und Möglichkeiten des multidisziplinären Ernährungsmanagements haben 48,3% der befragten Pflegefachkräfte besucht. Diesem Thema wurde in Fortbildungsveranstaltungen keine Priorität eingeräumt, jedoch spiegelt der bestehende Fortbildungsbedarf, den 65,8% der Pflegefachkräfte angeben, ihre gesteigerte Sensibilität für die Notwendigkeit multidisziplinären Handelns wider.

## **E3 – Ein individueller Maßnahmenplan zur Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung liegt vor.**

### *Patientenbezogene Ergebnisse*

Nur bei 66,9% aller auditierten Patienten konnten in den Pflegedokumentationen Hinweise auf geplante ernährungsbezogene Maßnahmen gefunden werden (D3.1) und es bestand ein erheblicher Unterschied hinsichtlich des Ausmaßes berücksichtigter Individualität, der zudem auch von den Auditoren der Einrichtungen in unterschiedlicher Art und Weise gewertet wurde. So wurde diese Frage von einigen Auditoren nur bei deutlicher Berücksichtigung individueller Belange mit „ja“ beantwortet, während die Mehrzahl bereits das Vorliegen allgemeiner Einzelmaßnahmen oder zu koordinierender Aufgaben (z. B. Anforderung von Wunschkost) als Positivkriterium angesehen hat. Das bedeutet,



**Abb. 27:** Ergebnisse zu Standardebene 3 - Krankenhäuser

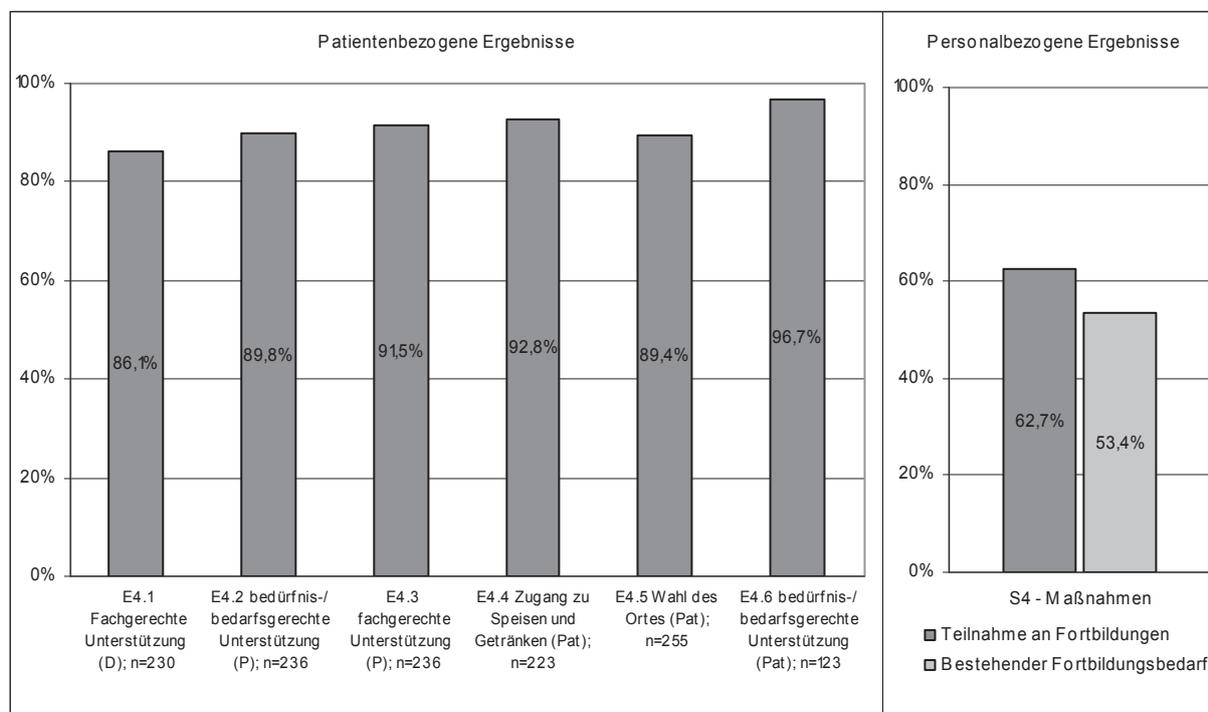
dass auf Basis dieser Auditergebnisse keine generelle Aussage über den Anteil individueller Maßnahmenpläne getroffen werden kann und verdeutlicht zugleich das Problem, dass Pflegefachkräfte bei der Umsetzung dieses Standardkriteriums in den Krankenhäusern haben. So sind bei einer Reihe von Patienten durchaus Ernährungsrisiken festzustellen, allerdings sind keine ausgeprägt individualisierten Maßnahmen notwendig, die über eine übliche Ernährungsversorgung hinaus gehen, um diesen Risiken im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes zu begegnen. Dies gilt beispielsweise für Patienten, deren Risiko mit ihrer akuten Erkrankung in Verbindung steht oder im häuslichen Bereich durch Angehörige kompensiert wird. Anders ist die Situation bei Patienten mit einem ausgeprägten Grad der Ernährungsproblematik und dem Vorliegen einer Mangelernährung. Bei Patienten mit einer Mangelernährung (n=81) konnten in den Pflegedokumentationen in 85,2% der Fälle Hinweise auf spezifische Maßnahmen gefunden werden, was zumindest darauf hindeutet, dass die Pflegefachkräfte der Maßnahmenplanung für diese Patienten mehr Beachtung geschenkt haben als bei Patienten, die ausschließlich ein Risiko für eine Mangelernährung aufweisen (61,3%; n=234).

Eine Beteiligung weiterer Berufsgruppen an der Maßnahmenplanung wurde von den Pflegefachkräften bei spezifischen Problemen der Patienten initiiert, zum Beispiel für die Auswahl und den Einsatz von Hilfsmitteln, zu Kau- und Schlucktraining nach Apoplex oder zur Ernährungsberatung. Beteiligte Berufsgruppen waren Diätassistenten, Ärzte, Logopäden, Ergotherapeuten und Ernährungsberater. Auch, wenn nur in etwas mehr als der Hälfte aller auditierten Fälle von den die zuständigen Pflegefachkräfte bestätigt wurde, dass andere Berufsgruppen an der Entwicklung der Maßnahmenpläne beteiligt waren (E3.2: 54,8%), ist dies als ein guter Einstieg in eine verbesserte Kooperation zwischen den Berufsgruppen im Rahmen des Ernährungsmanagements zu werten.

Eine weitgehende Berücksichtigung der Patientenwünsche und die Orientierung an ihren Bedürfnissen deutet sich dadurch an, dass 88,6% der befragten Patienten bestätigten, regelmäßig nach ihren Essens- und Getränkewünschen gefragt worden zu sein (E3.3).

Ein Verpflegungskonzept war mit Ausnahme eines Krankenhauses überall verfügbar (S3b). Diese Verpflegungskonzepte hatten bereits vor Beginn der modellhaften Implementierung eine einrichtungsweite Gültigkeit und mussten nicht an die Standardvorgaben angepasst werden.

**E4 – Der Patient 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.**



**Abb. 28:** Ergebnisse zu Standardebene 4 - Krankenhäuser

### *Patientenbezogene Ergebnisse*

Aus den Pflegedokumentationen geht hervor, dass es in 86,1% der Fälle möglich war, den Patienten mit Gesundheitsproblemen eine fachgerechte Unterstützung während der Mahlzeiten zukommen zu lassen (E4.1). Dies bestätigten 91,5% der befragten Pflegefachkräfte (E4.3) und sie geben darüber hinaus an, dass sie in 89,8% aller Fälle eine bedürfnis- und bedarfsgerechte Unterstützung gewähren konnten (E4.2). Eine solche Unterstützung erhalten zu haben bestätigten 96,7% der befragten Patienten (E4.6). Darunter waren auch Patienten mit Gesundheitsproblemen, die umfassenderen ernährungsbezogenen Hilfebedarf nach sich zogen, wie Schluckstörungen, Paresen, Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts, Krebserkrankungen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit als Nebenwirkungen von Chemotherapien, Desorientiertheit oder Demenzerkrankungen. Auch bei schwierigen Problemlagen konnte also in hohem Maße angemessene Unterstützung gewährt werden.

Da nur wenige Krankenhäuser über Speiseräume für Patienten verfügten gab es für die Patienten kaum Wahlmöglichkeiten für den Ort der Nahrungsaufnahme. Nur drei Krankenhäuser bestätigten im Audit, dass geeignete räumliche Voraussetzungen für eine patientenorientierte Mahlzeiten- und Interaktionsgestaltung zur Verfügung standen (S3b). Dass dennoch

89,4% der Patienten angaben, dass sie den Ort frei wählen konnten, ist verwunderlich (E4.5). 92,8% aller Patienten hatten laut Befragung jederzeit Zugang zu Speisen und Getränken (E4.4). Hierzu gehörten bereitgestellte Getränke (Tee, Wasser) oder die Möglichkeit, außerhalb der üblichen Mahlzeiten Speisenangebote zu erhalten.

### Personalbezogene Ergebnisse

Insbesondere die fachgerechte Unterstützung bei besonderen Gesundheitsrisiken stand in den angebotenen Fortbildungen zu diesem Standardkriterium im Vordergrund. So spielten in den Fortbildungen, die nur von 62,7% der Pflegefachkräfte besucht wurden, der Umgang mit Schluckstörungen und die Möglichkeiten zur Minimierung von therapiebedingten Nebenwirkungen wichtige Rollen. Aber auch Diabetestherapiemöglichkeiten und unterstützende Maßnahmen bei der Ernährung im Alter wurden thematisiert. Darüber hinaus wurde in einem Haus im Rahmen dieser Fortbildungen auch die Kooperation mit den therapeutischen Berufsgruppen aufgegriffen, in dem zur Unterstützung der Ergotherapie die Anwendung spezifischer Hilfsmittel geschult wurde. 53,4% der Pflegefachkräfte aller Krankenhäuser gaben angesichts der geringen Fortbildungsbeteiligung und der Fülle möglicher Maßnahmen zur Unterstützung oraler Ernährung einen bestehenden Fortbildungsbedarf zu diesen Themen an.

## E5 – Der Patient und seine Angehörigen sind über Risiken und Folgen einer Mangelernährung und über mögliche Interventionen informiert, beraten und gegebenenfalls angeleitet.

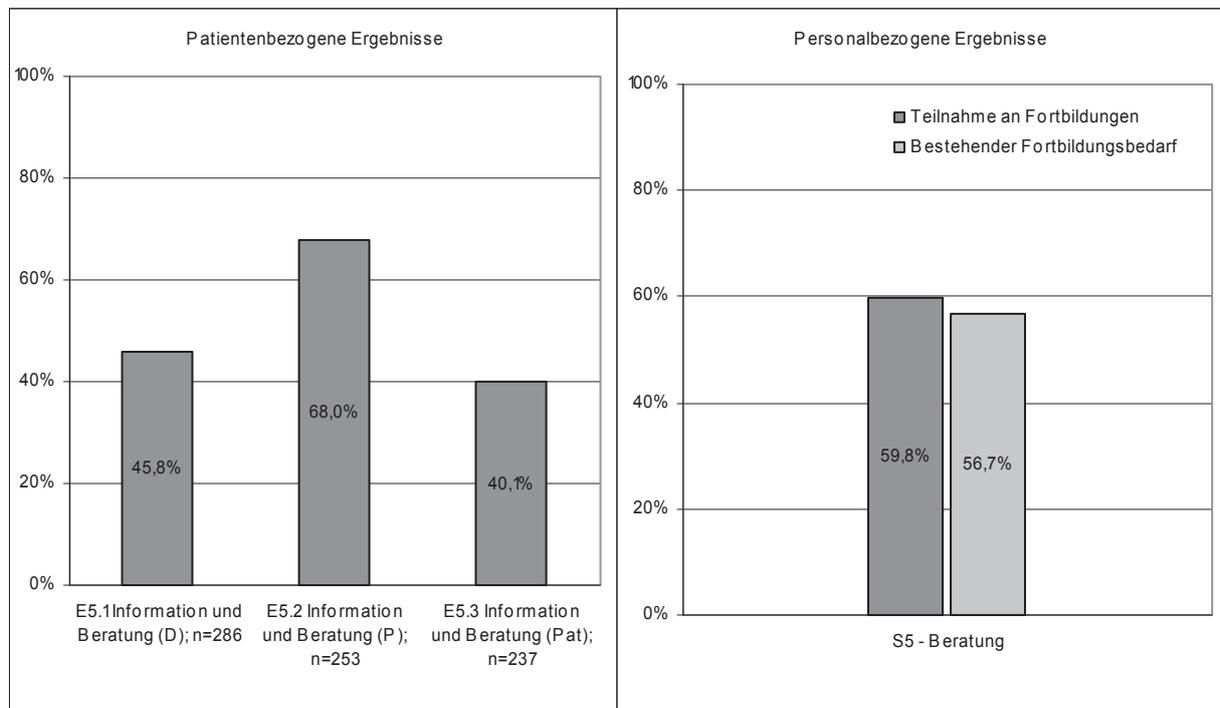


Abb. 29: Ergebnisse zu Standardebene 5 - Krankenhäuser

### *Patientenbezogene Ergebnisse*

Wie die Befragung der leitenden Pflegekräfte ergab, standen zum Zeitpunkt des Audits in acht der neun Krankenhäuser entsprechende Beratungsmaterialien zur Verfügung, damit ist das Strukturkriterium S5 weitgehend erfüllt.

Pflegerische Beratung zu Ernährungsproblemen nahm in den Krankenhäusern während der Einführung des Expertenstandards keine zentrale Rolle ein, das ließen auch die Fortbildungsprogramme erkennen. Mangels Interesse musste in einem Haus daher auch eine geplante Fortbildung abgesagt werden. Eine Projektbeauftragte stellte fest, dass Beratung und Information von vielen Pflegefachkräften noch immer als „Nebenprodukte der wirklichen, handwerklichen Pflege angesehen“ und selten dokumentiert werden. So ist es nicht verwunderlich, dass nur in 45,8% der analysierten Pflegedokumentationen Hinweise auf eine pflegerische Beratung oder Information der Patienten zu identifizierten Ernährungsrisiken oder eingeleiteten ernährungsbezogenen Maßnahmen (E5.1) zu finden waren. Demgegenüber gaben die zuständigen Pflegefachkräfte an, dass es ihnen in 68% der Fälle möglich war, Informationen und Beratung anzubieten. Jedoch nur 40,1% aller Patienten bestätigten, diese erhalten zu haben. Für die Diskrepanzen der Zielerreichungsgrade sind mehrere Gründe zu vermuten. Bei akuten Erkrankungen, die keine Ernährungsrelevanz haben, war die Beratung für die Patienten nicht primär von Interesse und wurde daher auch seltener erinnert. Andererseits haben Pflegefachkräfte Beratungssituationen in andere Pflegehandlungen eingebettet und dann nur teilweise dokumentiert.

### *Personalbezogene Ergebnisse*

Einen maßgeblichen Hinderungsgrund für pflegerische Beratung sehen die Projektbeauftragten in der unzureichenden Qualifikation der Pflegefachkräfte auf diesem Gebiet. Hier besteht aus ihrer Sicht dringender Handlungsbedarf. Die befragten Pflegefachkräfte bestätigten nur zu 59,8%, eine Fortbildung zum Thema besucht zu haben und gaben zu 56,7% bestehenden Fortbildungsbedarf an. Der subjektiv als hoch eingeschätzte Fortbildungsbedarf spricht für eine deutliche Sensibilisierung der Pflegefachkräfte für das Thema Beratung. Die Krankenhäuser sollten der Beratung unter dem Einfluss sinkender Verweildauern besondere Bedeutung beimessen, da in vielen Fällen die Beratung die einzige Möglichkeit pflegerischer Einflussnahme auf die Ernährungssituation darstellt, und darauf mit entsprechenden Fortbildungsangeboten reagieren.

## E6 – Die orale Nahrungsaufnahme des Patienten ist entsprechend seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf sichergestellt.

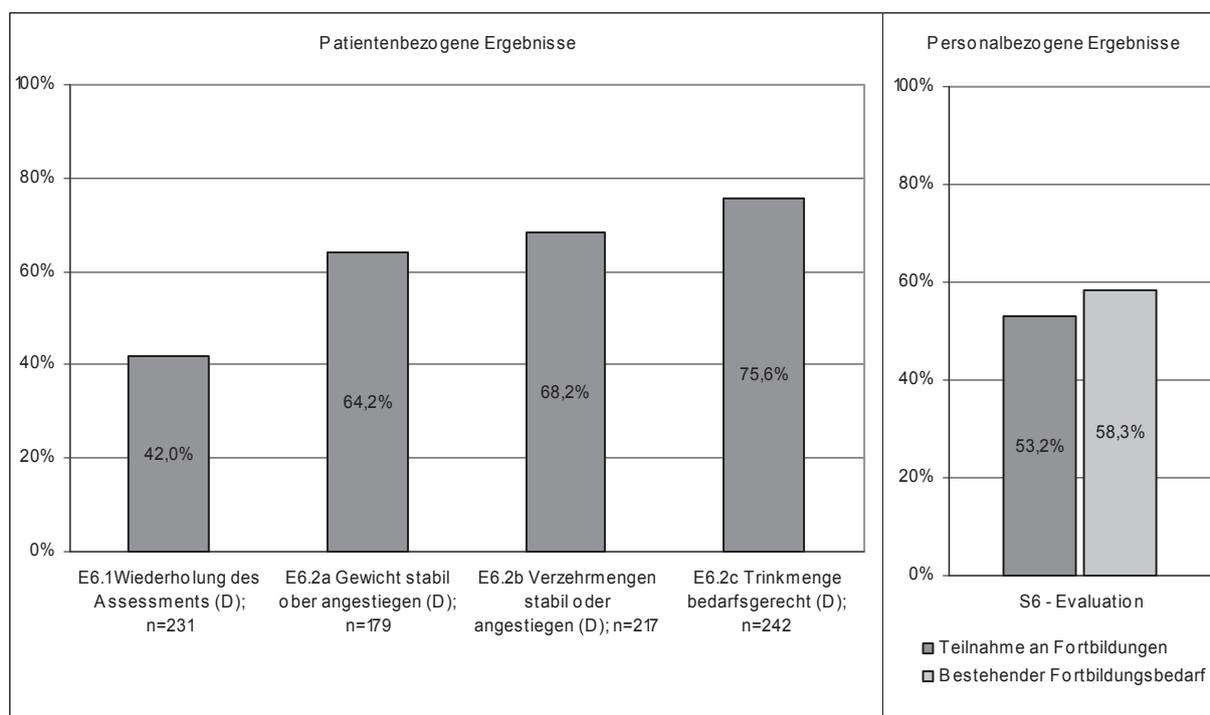


Abb. 30: Ergebnisse zu Standardebene 6 - Krankenhäuser

### Patientenbezogene Ergebnisse

Dass sich in nur 42 % der Pflegedokumentationen Hinweise auf eine Wiederholung des Assessments (E6.1) finden ließen, ist vermutlich auf einen Fehler beim Audit zurückzuführen. Die Frage wurde auch dann mit „nein“ beantwortet, wenn der in den Verfahrensregeln der Einrichtung festgelegte Zeitpunkt der Wiedereinschätzung noch nicht erreicht war.

Bei etwas mehr als der Hälfte der auditierten Patienten wurden regelmäßige Gewichtskontrollen durchgeführt mit dem Ergebnis, dass bei 64,2% der Patienten das Gewicht stabil geblieben oder angestiegen war (E6.2a). Die Verzehrmenge der Patienten blieben in 68,2% stabil oder stiegen an (E6.2b) und die Trinkmengen waren laut Pflegedokumentation in 68,2% bedarfsgerecht (E6.2c).

Die Zielerreichungsgrade erscheinen zu diesem Standardkriterium gering, müssen aber vor dem Hintergrund der Erkrankungen, ihrer Symptome und der kurzen Verweildauern der Patienten betrachtet werden. Aus den Auditprotokollen lässt sich entnehmen, dass unter den auditierten Patienten entsprechend der Fachrichtungen der Modellpflegeeinheiten Patienten mit Krebserkrankungen, gastroenterologischen Beschwerden, Diabetes oder geriatrischen Erkrankungen waren, bei denen Gewichtsverläufe, Verzehr- und Trinkmengen durch Krankheit oder Symptome (Schmerzen, Fieber, Erbrechen) beeinflusst sind. Dass bei etwas mehr als

einem Drittel der auditierten Patienten (35,8%, n=179) das Gewicht im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes gesunken ist gibt einen deutlichen Hinweis auf die Relevanz des Themas und die Notwendigkeit des Expertenstandards.

#### *Personalbezogene Ergebnisse*

Fortbildung zur Evaluation des Ernährungsmanagements haben 53,2% der befragten Pflegefachkräfte besucht. Häufig waren diese Fortbildungen mit solchen zu Screening- und Assessmentinstrumenten kombiniert. 58,3% der Pflegefachkräfte geben einen weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf an, der damit auch bei diesem Kriterium als hoch zu bezeichnen ist.

#### **5.2.4.4 Zwischenfazit zu den Ergebnissen der Krankenhäuser**

Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards hat seine Relevanz in den Krankenhäusern deutlich bestätigt. Umfassende ernährungsbezogene Maßnahmen konnten nur partiell durchgeführt werden. Patienten mit größerem Gefährdungspotential oder vorliegenden Mangelernährungen erhielten in hohem Maße spezifische Hilfen, während versucht wurde, das Ernährungsrisiko von Patienten, das zeitlich begrenzt oder auf die akute Erkrankung zurückzuführen war, eher durch allgemeine Maßnahmen zu kompensieren.

Geringe Verweildauern und die Konzentration der Versorgung und Behandlung auf die akute Erkrankung der Patienten erschwerten eine Einflussnahme der Pflegefachkräfte auf die Ernährungssituation. Seitens der Projektbeauftragten wurde häufig angeregt, auf die Beratung der Patienten besonderen Wert zu legen. Dies stellte sich in der Umsetzung aus unterschiedlichen Gründen als schwierig dar, wie die niedrigen Auditergebnisse zu den Themen Beratung und multiprofessionelles Vorgehen zeigen. Notwendig erscheint vor diesem Hintergrund auch die Verbindung von Ernährungs- und Entlassungsmanagement, um ein nachhaltiges Ernährungsmanagement durch nachsorgende Einrichtungen anzubahnen. Zu allen Kriterienebenen des Standards besteht weiterhin hoher Fortbildungsbedarf, weil die Teilnahme an den angebotenen Veranstaltungen während der Projektzeit relativ gering war. Es ist davon auszugehen, dass die mangelnde Beteiligung in enger Beziehung zu den Personalproblemen steht.

### 5.3 Schlussfolgerungen zum Gesamtergebnis

Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards Ernährungsmanagement kann aus Sicht der Projektbeauftragten der Einrichtungen und des wissenschaftlichen Teams des DNQP mit einem positiven Fazit abgeschlossen werden. Dem Expertenstandard wird von den Projektbeauftragten aller Einrichtungsarten hohe Relevanz, Praxistauglichkeit und Akzeptanz bescheinigt. Dies bestätigen aus Sicht des wissenschaftlichen Teams auch die Ergebnisse der modellhaften Implementierung und des abschließenden Audits. Der großen Bedeutung des Themas Ernährung entsprechend wird eine flächendeckende Einführung des Standards empfohlen.

Den *Einrichtungen der stationären Altenhilfe* bietet die Einführung des Expertenstandards die Möglichkeit, das Ernährungsmanagement längerfristig als zentrales Thema mit verstärkter Sensibilität für individuelle Bedarfe und auch Kreativität weiterzuentwickeln.

In den *ambulanten Pflegediensten* hat die Implementierung den hohen Bedarf für Ernährungsmanagement aufgezeigt und zugleich verdeutlicht, dass die derzeitigen Rahmenbedingungen seine Umsetzung erschweren. Hier sind Kostenträger und Politik gefordert.

In den *Krankenhäusern* sollte bei der Einführung des Expertenstandards auch den Abteilungen, in denen Ernährungsproblematiken der Patienten bisher weniger im Fokus standen, besonderes Augenmerk geschenkt werden, denn hier besteht die Gefahr, dass bei immer kürzeren Verweildauern das Ernährungsmanagement weit in den Hintergrund gedrängt oder vergessen wird.

#### *Zur Einschätzung der Ernährungssituation*

Mit der zweischrittigen Einschätzung, dem Screening im Sinne einer Risikoanzeige oder eines Risikoausschlusses sowie dem tiefergehenden Assessment können vermehrt handlungsleitende Aspekte abgeleitet und so ein individuelles Ernährungsmanagement gestaltet werden. Dies ist im Rahmen der modellhaften Implementierung in allen Einrichtungsarten gelungen und wurde von Pflegefachkräften und Projektbeauftragten als ausgesprochen positiv hervorgehoben. Die Ergebnisse aus den verschiedenen Einrichtungsarten lassen erkennen, dass

- in den *Einrichtungen der stationären Altenhilfe* ein Risikoausschluss nur in Ausnahmefällen erfolgen kann. Hinsichtlich der Einschätzungsverfahren haben die Projektbeauftragten festgestellt, dass eigentlich kein gesondertes Screening notwendig ist, da nahezu jeder Bewohner ein Risiko aufweist und bereits die allgemeine Pflegeanamnese zu dessen Identifikation ausreicht. Die Risikofaktoren bestehen in der Regel in manuellen und/oder kognitiven, psychosozialen und umgebungsbedingten Einschränkungen. Hier könnte in der Regel unmittelbar mit einem tiefer gehenden Assessment begonnen werden.

- die *ambulanten Pflegedienste* im Rahmen des Screenings verstärkt auf Risiken achten müssen, die sich aus der Lebenssituation der Patienten ergeben. Diese Risiken werden derzeit durch vorliegende Instrumente nicht in dem Maße erfasst, wie es nach den Erfahrungen der Pflegefachkräfte und der Projektbeauftragten notwendig wäre. Hier wären Ergänzungen der Instrumente hilfreich, z. B. zu Lebensmittelversorgung oder sozialer Situation, um einen systematischen Risikoausschluss zu ermöglichen;
- in den *Krankenhäusern* den Standardkriterien folgend jeder Patient ein Screening erhalten muss, und dabei spezielle Patientengruppen, bei denen ernährungsbezogene Probleme zu erwarten sind (vgl. Kommentierung zu P1) besondere Beachtung erfahren. Sollte sich wegen anderer Prioritätensetzung bei Vorliegen eines positiven Screeningergebnisses keine Gelegenheit zu einem tiefer gehenden Assessment bieten, muss diese Aufgabe an weiterversorgende Einrichtungen übergeben und der Patient und seine Angehörigen entsprechend informiert werden.

#### *Zur Personalsituation*

Aus allen Einrichtungsarten ist im Rahmen der Standardeinführungen von ausgedünnten Personalressourcen berichtet worden. Hier ist die besorgniserregende Tendenz festzustellen, dass Personalknappheit nicht nur aus Personalabbau in den Einrichtungen resultiert, sondern zunehmend auch auf unbesetzte Stellen zurückzuführen ist, für die kein qualifiziertes Personal gefunden werden kann. Für das Ernährungsmanagement ergibt sich daraus die Konsequenz, dass geringer qualifiziertes Personal vor dem Hintergrund sinkender Fachkraftquoten zunehmend an der Umsetzung von Maßnahmen beteiligt wird. Die Herausforderung besteht somit in der richtigen Aufgabenverteilung im pflegerischen Team und die Entscheidung für eine adäquate Pflegeorganisationsform, idealerweise dem Primary Nursing, da die Anwendung von Expertenstandards gemäß den Schritten der Pflegeprozessmethode Pflegefachkräften vorbehalten ist.

Während die Pflegefachkräfte in den Stand versetzt werden sollen, den Expertenstandard selbständig anzuwenden, sollten durchaus auch Fortbildungen angeboten werden, die spezifische Aufgaben geringer qualifizierter Pflegekräfte oder ungelernter Kräfte thematisieren, wie z. B. zur Umgebungs- und Interaktionsgestaltung. Auch diese Fortbildungen können mit einem entsprechenden Instrument in ein einrichtungsinternes Audit einbezogen werden. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Maßnahmen insbesondere in den ambulanten Pflegediensten und den stationären Pflegeeinrichtungen Akzeptanz steigernd auf die Standardeinführung und -umsetzung auswirken, da neben den Aufgaben der Pflegefachkräfte auch der Anteil geringer qualifizierter Pflegekräfte am Ernährungsmanagement gewürdigt wird. Allerdings bleibt festzuhalten, dass diese Maßnahmen nicht geeignet sind, sinkende Fachkraftquoten oder zu geringe Personalausstattung zu kompensieren.