

DNQP Expertenstandard Ernährungsmanagement in der Pflege 1. Aktualisierung

Osnabrück
24.02.2017

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Universität Witten/Herdecke
Department für Pflegewissenschaft

Überblick über das Vorgehen

- Literaturstudie (Dr. Antje Tannen, Dipl. Pflegepäd. Jennifer Spencker)
- Expertengruppe incl. Patientenvertretung + 2 externe Experten (12 Personen, davon 4 neu)
- Zwei Sitzungen der Expertenarbeitsgruppe (April 2015 und März 2016)
- Einbeziehung der Fachöffentlichkeit: Konsultationsfassung Online + Rückmeldungen (Juni/ Juli 2016)
- Umlaufverfahren in der Expertengruppe für letzte Entscheidungen
- Konsentierung der Empfehlungen
- Gedruckte Broschüre Januar 2017

Ergebnisse auch aus neueren Studien:

- Mangelnde Kenntnisse Pflegenden: **Bedeutung** von Essen und Trinken, Bedeutung von Mangelernährung
- Bedeutung: nicht erst, wenn zu Pflegende Essen nicht zum Mund führen kann
- Insbesondere fehlende Berücksichtigung in **Krankenhäusern**
- Pflegeaufgabe „Ernährung“ wird meist als **Hilfstätigkeit** gewertet, weil sie auf Essen/ Getränke-Austeilen und Löffel-zum-Mund-Führen reduziert wird
- Systematische Risikoerfassung unzureichend
- Häufigste Gründe: Keine Zeit
Mangel an qualifizierten Pflegenden



Ca. 60 neue Studien, bedingte Vergleichbarkeit wegen versch. Designs und Instrumenten

Setting/ Population	Prävalenz von Mangelernährung/ Unterernährung	Prävalenz von Risiko für Mangelernährung
Krankenhaus	Von 15% bis 39%	
Pflegeheim	Von 3% bis 48%	
Ambulante Versorgung (Häusliche Krankenpflege, Tagespflege, amb. Reha, Krankenhausambulanzen)		
Stationäre Rehabilitation		
Ältere Normalbevölkerung		

Ca. 60 neue Studien, bedingte Vergleichbarkeit wegen versch. Designs und Instrumenten

Setting/ Population	Prävalenz von Mangelernährung/ Unterernährung	Prävalenz von Risiko für Mangelernährung
Krankenhaus	Von 15% bis 39%	
Pflegeheim	Von 3% bis 48%	
Ambulante Versorgung (Häusliche Krankenpflege, Tagespflege, amb. Reha, Krankenhausambulanzen)	Von 3% bis 34,8%	
Stationäre Rehabilitation	Von 32% bis 50%	
Ältere Normalbevölkerung	Von 1% bis 16%	

Ca. 60 neue Studien, bedingte Vergleichbarkeit wegen versch. Designs und Instrumenten

Setting/ Population	Prävalenz von Mangelernährung/ Unterernährung	Prävalenz von Risiko für Mangelernährung
Krankenhaus	Von 15% bis 39%	Von 16% bis 57%
Pflegeheim	Von 3% bis 48%	Von 28% bis 66%
Ambulante Versorgung (Häusliche Krankenpflege, Tagespflege, amb. Reha, Krankenhausambulanzen)	Von 3% bis 34,8%	Von 9% bis 58%
Stationäre Rehabilitation	Von 32% bis 50%	Ca. 52%
Ältere Normalbevölkerung	Von 1% bis 16%	Von 8% bis 53%

Unverändert:

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

DNQP, Expertenstandard, Glossar

Anhaltend, aber keine genaue Zeitangabe

Keine Gewichts- oder BMI-Angabe

Negative gesundheitliche Folgen

Kultur.
sozial.Eingeb.
Gewohnheiten
Bedürfnisse

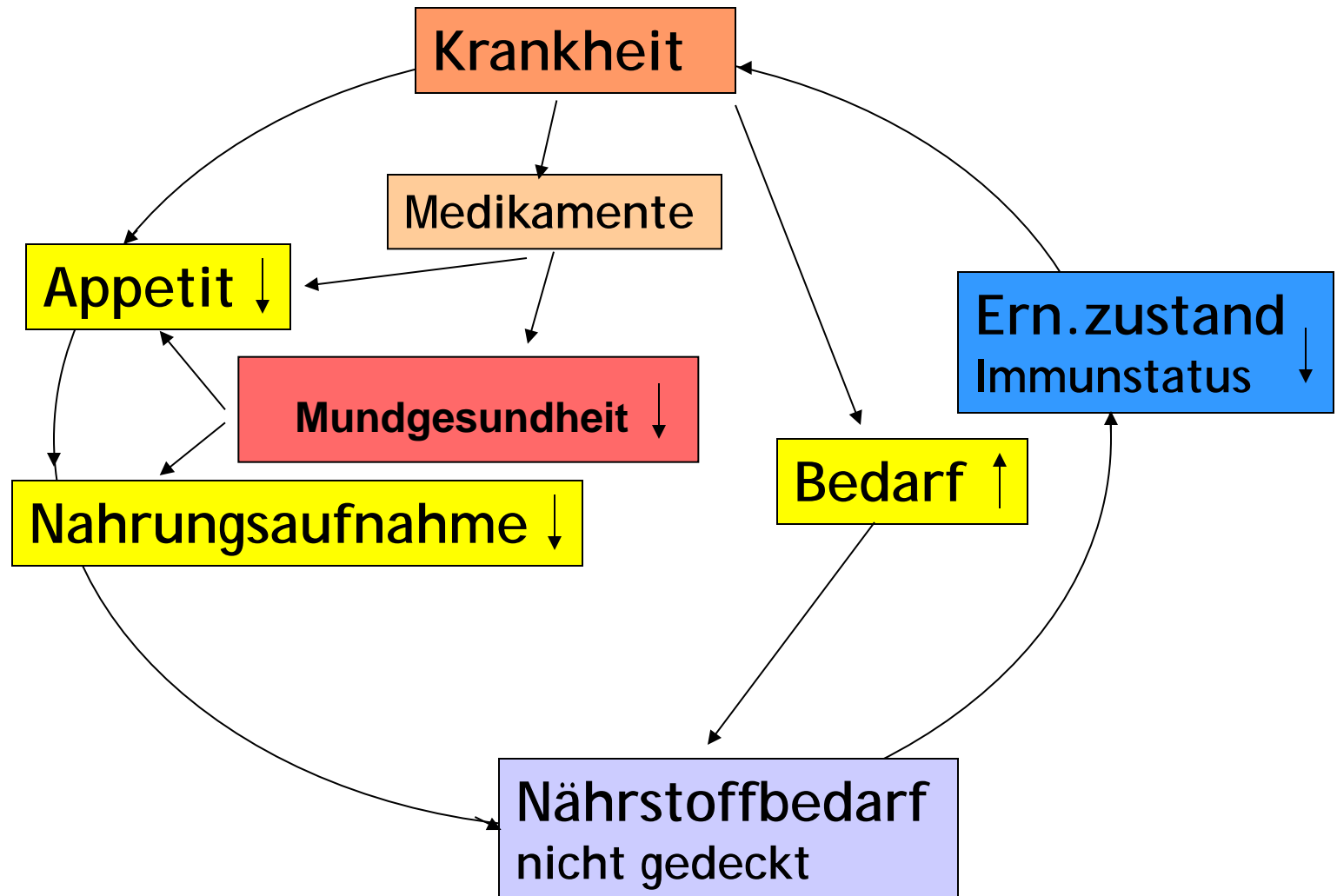
Sensorische
Wahrnehmung
Appetit

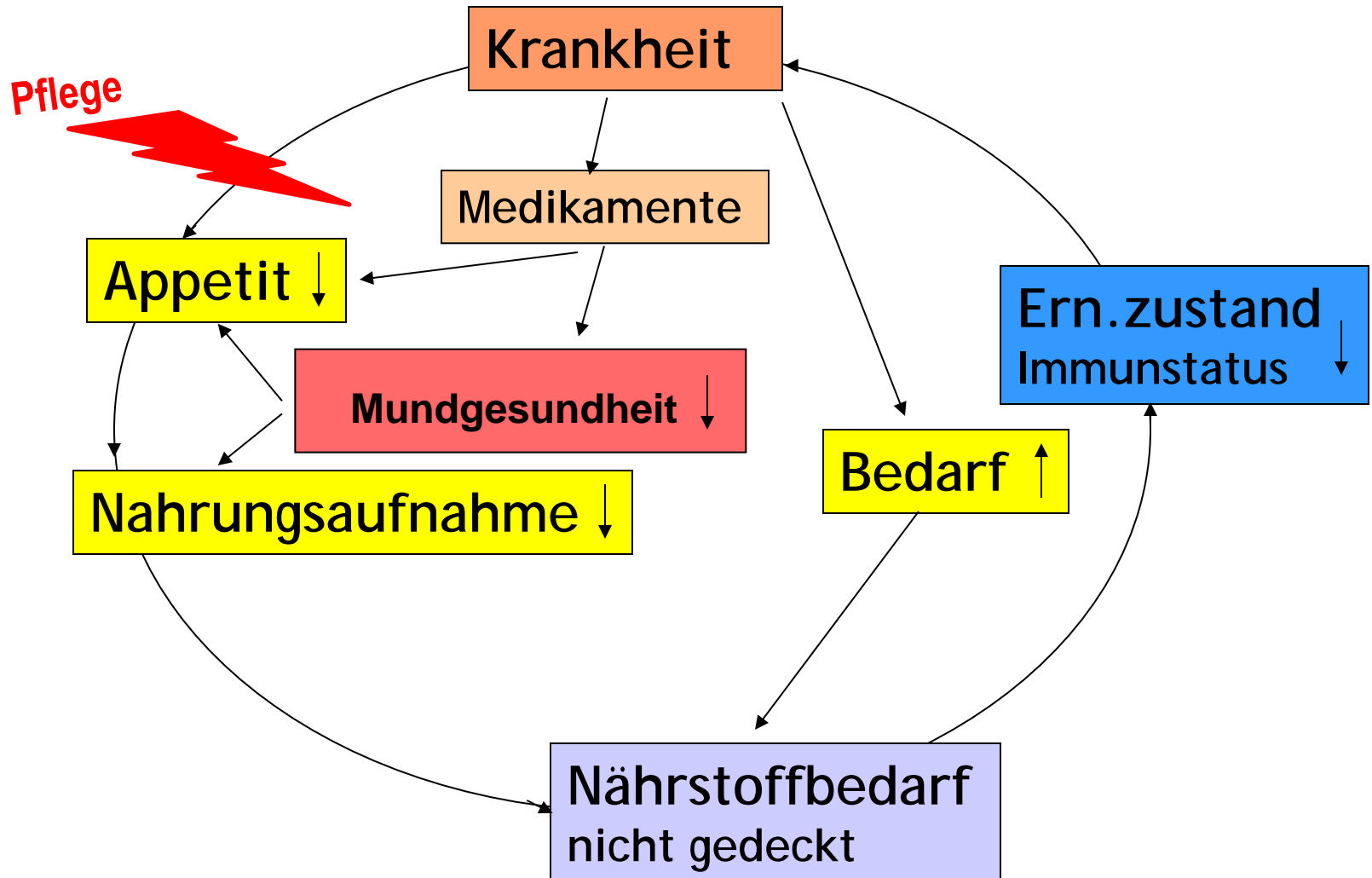
Beeinträchtigungen
Krankheiten

Aufnahme von Speisen und
Getränken

Mangelernährung

Schwäche, Krankheitsanfälligkeit,
Beeinträchtigung von Wundheilung, von Mobilität,
Komplikationen





Literaturanalyse:

- Keine Erkenntnisse, die grundsätzlich zu neuen Standardempfehlungen führen müssen
- Suche war etwas anders gegliedert, im Prinzip aber vergleichbare Themen
- Trotz expliziter Suchstrategie Dehydratation: nach wie vor mager
- Ebenfalls gesondert: Mahlzeitengestaltung bei Mangelernährung (inkl. Einsatz von Trinknahrung)
- Weit über 300 Literaturstellen bewertet (aus mehreren tausend)

Veränderungen:

- Empfehlungen + Kommentare zur Reduktion von Missverständnissen

Vergleich zu anderen DNQP-Expertenstandards:

Ziel:

- Wie bei den anderen: **Prävention** von weiteren Gesundheitsschäden bei Menschen, die der Pflege bedürfen
- Insbesondere bei **feststellbaren Anzeichen (Risiken)** für eine Gesundheitsverschlechterung

Maßnahmen:

- „normale“ pflegerische Unterstützung, die auch ohne die genannten Risiken erfolgen sollte (**Sicherung und Förderung oraler Ernährung**)
- Bzw. alle Menschen, die der Pflege bedürfen, haben Risiko

Neu

Bei jedem Patienten/Bewohner mit pflegerischem Unterstützungsbedarf **ist die orale Nahrungsaufnahme entsprechend seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf gesichert und es wird einer drohenden oder bestehenden Mangelernährung entgegengewirkt.**

Alt

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

 **Mit Erreichen des ersten Ziels soll das 2. miterreicht werden – bis an seine Grenzen**

Neu

Der Patient/ Bewohner hat **keine Anzeichen für eine drohende oder bestehende Mangelernährung, soweit dies durch eine Sicherung der bedürfnis- und bedarfsgerechten oralen Nahrungsaufnahme **möglich** ist.**

Alt

Die **orale Nahrungsaufnahme** des Patienten/ Bewohners ist seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf entsprechend **sichergestellt**.

 Es gibt Grenzen oraler Nahrungsaufnahme

Statt unklarem Begriff RISIKO: **Anzeichen für drohende Mangelernährung**

Neu

Die Pflegefachkraft

P1 - erfasst bei allen Patienten/Bewohnern zu Beginn des pflegerischen Auftrags im Rahmen der **Pflegeanamnese**, bei akuten Veränderungen und in individuell festzulegenden Abständen Anzeichen für **eine drohende oder bestehende Mangelernährung** (Screening).

Alt

Die Pflegefachkraft

P1 - erfasst bei allen Patienten/Bewohnern zu Beginn des pflegerischen Auftrags im Rahmen der **Pflegeanamnese**, bei akuten Veränderungen und in **regelmäßigen Abständen Risiken und Anzeichen einer Mangelernährung** (Screening).

Schritt 1: Screening

= kurze, oberflächliche, leicht durchzuführende
Einschätzung, ob ein Problem vorliegen
könnte, auch wenn es noch nicht da ist:
Anzeichen für drohende oder bestehende ME

Problem?

Anzeichen für Nahrungsmangel

1. Zeichen von Nahrungsmangel:

- Äußerer Eindruck: *unterernährt/untergewichtig*
- Nur wenn ermittelbar: BMI < 20
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust ($\geq 5\%$ in 1 Monat; $\geq 10\%$ in 6 Monaten *oder* weit gewordene Kleidung)

2. Auffällig geringe Essmenge (z. B. mehr als 1/4 Essensreste bei 2/3 d. Mahlzeiten)

3. Erhöhter Energie-/Nährstoffbedarf u. Verluste (z. B. Hyperaktivität, Stresssituationen, akute Krankheit, Fieber, offene Wunden, Diarrhö, Erbrechen, Blutverlust)

Anzeichen für Flüssigkeitsmangel

1. Zeichen von Flüssigkeitsmangel (z. B. plötzliche/unerwartete Verwirrtheit, trockene Schleimhäute, konzentrierter Urin)

2. Auffällig geringe Trinkmengen (z. B. weniger als 1000 ml /Tag über mehrere Tage)

3. Erhöhter Flüssigkeitsbedarf (z. B. Fieber, stark geheizte Räume, Sommerhitze)

BMI (Body Mass Index)

kg Körpergewicht
(Größe in m)²

(US – Lebensvers: Ermittlung von Übergewicht)

- Auch Übergewichtige können mangelernährt sein
- Wichtig insbesondere Beachtung von Ödemen
- Schwierigkeit der Größenmessung bei alten Menschen
- Berücksichtigt nicht die individuelle Zusammensetzung von Fett- und Muskelgewebe
- Kann nur Hinweise auf ein Ernährungsdefizit liefern und sollte immer mit anderen Anzeichen erhoben werden (z.B. Verzehrsmengen, optischer Eindruck)
- Immer besser: **Gewichtsveränderungen** (oder BMI Veränderungen)



Neu

Die Pflegefachkraft

P1 - erfasst bei allen Patienten/Bewohnern zu Beginn des pflegerischen Auftrags im Rahmen der **Pflegeanamnese**, bei akuten Veränderungen und in **individuell festzulegenden Abständen Anzeichen für eine drohende oder bestehende Mangelernährung** (Screening).

- Sind entsprechende **Anzeichen** vorhanden, führt sie eine tiefergehende Einschätzung der Ernährungssituation und der sie beeinflussenden Faktoren durch (**vertieftes Assessment**)

Alt

Die Pflegefachkraft

P1 - erfasst bei allen Patienten/Bewohnern zu Beginn des pflegerischen Auftrags im Rahmen der **Pflegeanamnese**, bei akuten Veränderungen und in **regelmäßigen Abständen Risiken und Anzeichen einer Mangelernährung** (Screening).

- Führt bei vorliegendem **Risiko oder Anzeichen** einer Mangelernährung eine tiefergehende Einschätzung der Ernährungssituation und der sie beeinflussenden Faktoren durch (Assessment).

Schritt 1: Screening

Äußerer Eindruck, Gewichtsverlust
Wahrscheinlich zu geringe Aufnahme
Zu hoher Verbrauch oder Verlust

Problem?

Nein

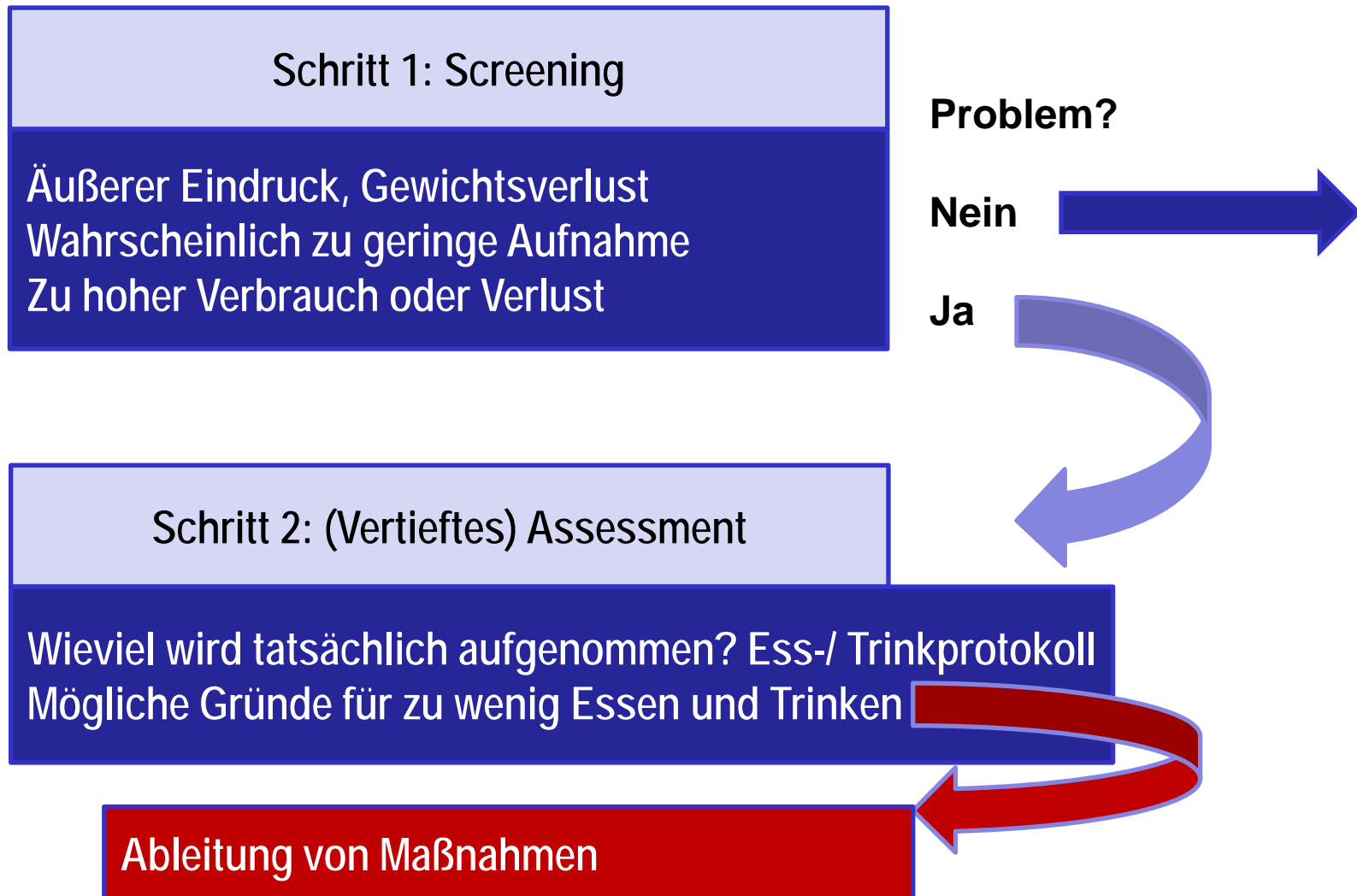


Ja



Schritt 2: (Vertieftes) Assessment

Wieviel wird tatsächlich aufgenommen? Ess-/ Trinkprotokoll
Mögliche Gründe für zu wenig Essen und Trinken



Assessment - Nahrungsmangel

Vor-/Nachname: _____ Geb.-Dat.: _____
Einrichtung: _____ Wohnbereich: _____
Datum: _____

Gründe für eine geringe Nahrungsaufnahme

- Warum isst die/der Betroffene zu wenig? -

1. Körperlich oder kognitiv (geistig) bedingte Beeinträchtigung

- a. Kognitive Überforderung (z. B. durch Demenzerkrankung; weiß nichts mit Essen anzufangen, vergisst zu schlucken etc.)
- b. Funktionseinschränkungen der Arme oder Hände (z. B. Erreichbarkeit von Speisen, kann Besteck nicht greifen, kann nicht schneiden)
- c. Schlechter Zustand des Mundes (z. B. Mundtrockenheit, Schleimhautdefekte)
- d. Beeinträchtigung der Kaufunktion/Zahnprobleme
- e. Schluckstörungen (z. B. verschluckt sich leicht, hustet oft beim Essen, vermeidet bestimmte Konsistenz)
- f. Müdigkeit beim Essen (z. B. Verdacht auf Medikamentennebenwirkung, veränderter Schlaf-/Wachrhythmus)

Das sollte eigentlich
alles bekannt sein und
in der Doku zu finden
sein

„PEMU“ Schreier et al. 2009
Pfleg. Erfassung von
Mangelernähr. + Ursachen

Bleibende Prinzipien

Möglicherweise Bedürfnis \neq Bedarf !!

= Selbstbestimmung

= das essen

- Was man möchte,
- Zu viel, zu wenig, zu ungesund
- Am Lebensende nicht mehr zu essen



 Jeder Zwang ist tabu, gute Beratung wichtig



Konzept zur Ernährungsversorgung (früher: [Verpflegungskonzept](#))

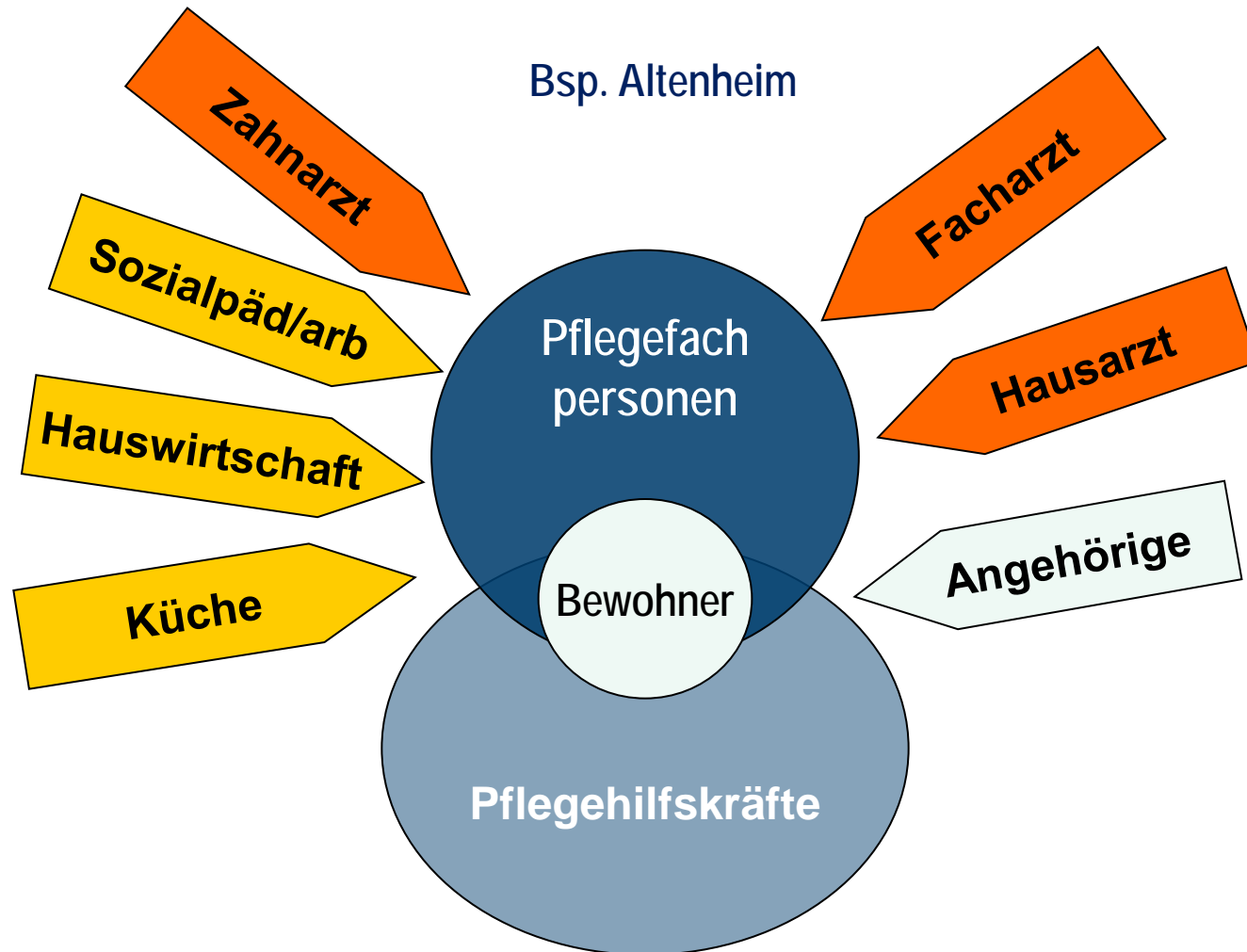
- Wie werden Rahmenbedingungen festgelegt?
- Welche Ziele soll die Ernährung haben?
- Mit welcher Ernährung sollen sie erreicht werden?
- Wie kann die Qualität gesichert werden?
- Welche organisatorischen Rahmenbedingungen sind erforderlich?
(sind Zeiten des Essens „geschützt“?)

z.B.

DGE-Qualitätsstandards für Senioreneinrichtungen,
Krankenhäuser



Multiprofessionell geltende Verfahrensregelung
Wer ist wofür genau verantwortlich?



Grenzen der oralen Nahrungsaufnahme richtig zu deuten

- Ungenügende Nahrungsaufnahme kann unterschiedlichste Gründe haben
- bei sehr vielen Gründen muss und kann interveniert werden im Sinne der Verbesserung der Ernährung
- Entsprechende Entscheidungsfindung im fachlichen Austausch durchführen (Fallbesprechung)
- Enterale/ parenterale Ernährung?
- Es muss auch die Möglichkeit geben, Nicht-Essen zuzulassen (auch: fortgeschrittener Tumor)
- Es ist bisher nicht nachgewiesen, dass eine enterale Ernährung bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz etwas Positives für sie bringt
- KEINE Nahrungsaufnahme kann auch Teil eines Sterbeprozesses sein und MUSS entsprechend respektiert werden

Untersuchung zur Effektivität in
20 Einrichtungen der Altenpflege (2010/11):

- Vergleichsstudie
- ca. 2 700 BewohnerInnen
- Süddeutschland



Expertenstandard Ernährungsmanagement – Nur Kosten oder auch Nutzen?

Gesundheitsökonomische Analysen zum
Nationalen Expertenstandard „Ernährungsma-
nagement zur Sicherstellung und Förderung
der oralen Ernährung in der Pflege“

Reinhold Wolke, Christine Allgeier



Ergebnisse in Interventionsgruppe

- Reduzierter Zuwachs an Mangelernährung (bei längerem Wohnen in Altenheim scheint Mangelernährung unvermeidbar)
- Reduktion der Risikofaktoren für Mangelernährung
- Gesundheitszustand (proxy) besser
- Reduktion der Anzahl von Stürzen
- Aber: Verschlechterung der Dekubitusinzidenz (aggregierte Daten)

Schlussfolgerung der Autoren:

- Versorgungsqualität ist insgesamt verbessert

Wolke, Allgeier (2012): Expertenstandard Ernährungsmanagement...Lage: Jacobs



Ich freue mich auf Nachfragen/ Diskussion