

Stellungnahme des Berufsverbandes Oecotrophologie e.V. (VDOE) zur
Konsultationsfassung des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der
Pflege (DNQP) zum

Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege

Vorbemerkungen

Der Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE) begrüßt die Möglichkeit zu einem fachübergreifenden Austausch, der bei der Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung von großer Bedeutung für die Lebensqualität von Patienten/Bewohnern ist.

Die vorliegende Konsultationsfassung von 2016 zeigt gegenüber der Vorgängerversion des Expertenstandards eine erfreuliche Verbesserung in der Praxisorientierung, die auch resultiert aus einer stärkeren Öffnung gegenüber Berufsgruppen, die mit ihrer fachlichen Expertise ebenfalls an der Sicherstellung der Ernährungsversorgung beteiligt sind. Dazu zählen Ernährungsfachkräfte und Fachkräfte aus den Bereichen Küche und Service (Hauswirtschaft), die durch Hilfskräfte und Ehrenamtliche unterstützt werden können.

Auf der übergeordneten Managementebene ist durch eine geeignete Aufbau- und Ablauforganisation betriebsspezifisch sicherzustellen, dass die Aufgabe einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung als Schnittstellenaufgabe in multiprofessionellen Teams erfüllt werden kann.

Die für das Gelingen erforderliche interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert ein geeignetes Schnittstellenmanagement, für das Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler einschließlich vergleichbarer Studienabschlüsse¹ durch ihre thematische Ausrichtung auf Ernährung und Versorgung hervorragend qualifiziert sind. In Institutionen mit stationärer Versorgung wie Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen und Altenheimen nehmen sie unterschiedliche Positionen ein, einerseits im Bereich Ernährungsberatung/-therapie und andererseits im Bereich Management (besonders Qualitätsmanagement, Hauswirtschaftsleitung).

¹siehe auch: http://www.vdoe.de/links.html?&no_cache=1&action=getviewcategory&category_uid=25

1. Allgemeine Kommentare zum Expertenstandard

Positiv ist aus der Konsultationsfassung zu den Expertenstandards hervorzuheben, dass fördernde oder hemmende Rahmenbedingungen für das Sicherstellen einer bedarfsgerechten Ernährung sowie die Prävention und Behandlung von Mangelernährung dargestellt werden. Dabei wird auch deutlich, welche Bedeutung der Unternehmensorganisation dadurch zukommt, dass einerseits eine klare Aufgabenverteilung zwischen Berufsgruppen geschaffen und andererseits das Vorgehen aufeinander abgestimmt wird.

Einige Einschränkungen durch Grundannahmen sind jedoch problematisch:

1. Der Expertenstandard grenzt das spezielle Ernährungsmanagement bei vorliegenden ernährungsbezogenen Krankheiten explizit aus (S. 9). Damit ist seine Praxistauglichkeit erheblich eingeschränkt, denn die realen Anforderungen in den verschiedenen stationären Einrichtungen sind in vielen Fällen so gelagert, dass bei Pflege und Versorgung von Patienten/Bewohnern ernährungsbedingte Krankheiten vorliegen und berücksichtigt werden müssen. Dies gilt besonders für Senioren.

2. Nachteilig ist auch zu sehen, dass der Expertenstandard weder nach Typen stationärer Einrichtungen differenziert noch danach, ob Patienten/Bewohner in die Einrichtung neu aufgenommen oder routinemäßig auf ihren Ernährungsstatus überprüft werden. Von den Auslösern und der Verweildauer des Aufenthaltes in der Einrichtung sowie deren Betriebsgrößen hängen sowohl die Vorgehensweisen der multiprofessionellen Teambildung, die eingeleiteten Maßnahmen sowie die Art der einrichtungsinternen und -externen Kommunikation ab. In einem Krankenhaus muss das Ernährungsmanagement im Kontext der medizinischen Indikation gesehen werden und häufig eine gute Patientenüberleitung in andere Einrichtungen oder den ambulanten Bereich sichergestellt werden.

Demgegenüber findet Pflege in einem Altenpflegeheim eingebettet in die Schaffung einer bewohnerorientierten Alltagskultur statt, die biografische Aspekte berücksichtigt und unterschiedlichen Lebensstilen gerecht werden soll. Zusätzlich ist außerdem zu berücksichtigen, dass die verschiedenen Berufsgruppen je nach Grad der Zentralisierung von Pflege und Versorgung unterschiedlich häufig mit den Bewohnern in Kontakt sind, z.B. beim Hausgemeinschaftskonzept vorwiegend Alltagsbegleiterinnen mit hauswirtschaftlichen Aufgaben.

Analog zu den Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung für eine bedarfsgerechte Ernährung sollte also auch ein Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege den Unterschieden in den Arbeitsanforderungen für Pflegekräfte und in den Lebenssituationen der Gepflegten als Patienten oder Bewohnern Rechnung tragen. Die besondere Situation von Pflegekräften, die bei ambulanten Pflegediensten beschäftigt sind, bedarf sicher einer weiteren gesonderten Betrachtung, gerade weil diesen bei der Prävention von Mangelernährung von Senioren eine große Bedeutung zukommt.

Voraussetzung für die Praxisrelevanz und Umsetzbarkeit des vorliegenden Expertenstandards ist dessen Integration in das betriebliche Management. Aus der Perspektive des Qualitätsmanagements kann der Expertenstandard dazu beitragen, Versorgungsrisiken zu reduzieren, die nicht nur Patienten/Bewohner betreffen, sondern auch für die Einrichtungen ökonomische Konsequenzen haben (vgl. Berndt 2008). Aus der Perspektive einer gesamtgesellschaftlichen integrierten Versorgung geht es um das Zusammenwirken von Institutionen in einem Versorgungsverbund (vgl. Nawroth 2011), das nur durch ein geeignetes Schnittstellenmanagement geleistet werden kann.

2. Kommentare speziell auf einzelne Textpassagen bezogen

Präambel, S. 8, 4. Absatz

Ändern/Ergänzen unter der Überschrift Zielsetzung: Der vorliegende Expertenstandard beschreibt Mit einer angemessenen Unterstützung bei der Aufnahme von Speisen und Getränken sowie der Gestaltung der Mahlzeiten wird angestrebt, **in multiprofessionellen Teams** Mangelernährung zu verhindern oder bereits bestehenden Ernährungsdefiziten zu begegnen." „**Ein erfolgreiches Ernährungsmanagement hat primär die Prävention von Fehl- und Mangelernährung von Pflegebedürftigen zum Ziel, da die Mangelernährung für die betroffenen Personen häufig mit subjektiven Einschränkungen einhergeht und mit ökonomischen Nachteilen verknüpft ist“ (vgl. Bauer 2006).**

Begründung: Die Sicherung und Förderung der oralen Ernährung kann nur im Verbund mit Fachkräften anderer Disziplinen und im Rahmen eines mehrstufigen Ernährungstherapie-Schemas, welches (zwischenzeitlich) auch enterale und parenterale Maßnahmen beinhaltet, sichergestellt werden.

Die negativen Konsequenzen von Fehl- und Mangelernährung sind bei Pflegebedürftigen bzgl. kranken Personen und insbesondere Senioren besonders stark. Im Vergleich dazu beeinträchtigt kurzfristige Fehl- und Mangelernährung Gesundheit und Krankheitsverlauf bei jüngeren und ansonsten gesunden Personen deutlich weniger.

Präambel, S. 9, 1. Absatz: Zielgruppen: Ein- und Ausschlüsse

Ergänzen: Ausgerichtet ist der Expertenstandard auf die Zielgruppe der erwachsenen Menschen, die der Pflege bedürfen **bzw. deren Zustand eine Pflegebedürftigkeit in absehbarer Zeit erwarten lässt und die** ganz oder teilweise in der Lage sind, oral Nahrung und Flüssigkeit auf sich zu nehmen.

Begründung: Zwischen Eintrittszeitpunkt und Risiko bzw. Manifestation von Mangelernährung bestehen enge Zusammenhänge (vgl. Hesecker 2008). Die wie erläutert angezeigte Früherkennung lässt die Erweiterung der klar begrenzten Zielgruppe („...der erwachsenen Menschen, die der Pflege bedürfen...“) zielführend erscheinen.

Präambel, S. 9 unten bzw. S. 10 oben nach dem 1. Absatz : Voraussetzungen für die Umsetzung des Expertenstandards:

Neuen Absatz ergänzen: ...nach Förderung der oralen Nahrungsaufnahme dar“.

„Jede Pflegeeinrichtung sollte über ein umfassendes einrichtungsspezifisches Ernährungs- bzw. Verpflegungskonzept verfügen. Ein solches hat weitestgehend auf fundierten Richtlinien zu basieren, wie z.B. den Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) oder dem gemeinsam mit dem aid Infodienst Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz e. V. (aid) veröffentlichten Ordner „Senioren in der Gemeinschaftsverpflegung“ (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2014, 2013). Wesentlich ist weiterhin für die Entwicklung eines tragfähigen und umsetzbaren Versorgungsgesamtkonzeptes der Einbezug der konkreten Bedürfnisse und Bedarfe der avisierten Zielgruppe.

Begründung: Damit Pflegekräfte innerhalb eines multi-professionellen Teams zielführend agieren können, benötigen sie einen vorgegebenen Rahmen in Form eines Gesamtkonzeptes. Bestandteile des Konzeptes sind u.a. alle Akteure und Schnittstellen, Angaben zur Organisationsstruktur (z.B. Aufgabenzuordnung), verfügbare Kostformen oder Entscheidungsbäume.

Wichtig: Das spezifische Verpflegungskonzept hat stets primär das Ziel, die Entstehung von Mangelernährung zu verhindern (Prävention) und erst dann eine bestehende Mangelernährung zu beheben (Therapie) (vgl. Hesecker 2008).

Präambel, S. 10, 2. Absatz

Ergänzung: Kooperation mit Professionen, die bei Ernährungsproblemen hinzuzuziehen sind, wie z.B. **Logopäden, qualifizierte Ernährungsfachkräfte² (Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler und vergleichbare Studienabschlüsse und Diätassistenten)**, Ärzte oder Zahnärzte, **oder Professionen, die Alltagsversorgung ganzheitlich gewährleisten, wie z.B. Alltagsbegleiter in stationären Hausgemeinschaften.**

Begründung: Im Rahmen des vielfach indizierten standardisierten Dysphagie-Screenings sind Logopäden hinzuzuziehen, die an der Festlegung von Erfordernissen bezüglich Konsistenzanpassung u.a. beteiligt sind (vgl. Wirth 2013).

Die Speisen- und Getränkeversorgung wird in einigen Einrichtungen der stationären Altenhilfe, die nach dem Hausgemeinschaftskonzept geführt werden, dezentral durchgeführt.

2.3 Expertenstandard Ernährungsmanagement, Seite 11, 2.3 Begründung:

Änderungsvorschlag: Essen und Trinken ... sowie ein geeignetes Nahrungsangebot **bestehenden Defiziten entgegenzuwirken und eine Mangelernährung zu verhindern.**

Kommentar: Reihenfolge der Begriffe ändern.

2.3 Expertenstandard Ernährungsmanagement, Seite 11, Prozess P2:

Ergänzung: Die Pflegefachkraft koordiniert auf Grundlage der Verfahrensregelung in enger Kooperation **mit den Ernährungsfachkräften (z.B. Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler und Diätassistenten)** Maßnahmen mit dem Ziel eines individuell angepassten Ernährungsmanagements.

2.4. Vorläufige Kommentierung ..., S1a, S. 12, 1. Absatz, letzter Satz

Änderungsvorschlag: Zeigen sich im Screening keine Anzeichen, **ist das Screening nach Vorgabe im Gesamtkonzept in regelmäßigen zeitlichen Abständen zu wiederholen. Diese Maßnahme dient der Prophylaxe. Andere Maßnahmen zur Einschätzung bzw. ernährungstherapeutische Maßnahmen müssen zu diesem Zeitpunkt nicht erfolgen“.**

Begründung: Die Prävention der Mangelernährung macht ein regelmäßiges standardisiertes Routinevorgehen (Screening) erforderlich, d.h. ohne besondere Vorkommnisse oder Anzeichen (vgl. Bauer 2006). → **siehe auch P1, S. 17**

S1a, S. 12, 3. Absatz

Ergänzung: Daher muss die Pflegefachkraft ... verfügen. **Für Schulungsinhalte, die sich auf Ernährungsthemen beziehen, ist eine qualifizierte Ernährungsfachkraft hinzuzuziehen.**

²qualifizierte Ernährungsfachkräfte: hier und im Folgenden gemeint Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler bzw. vergleichbare Studienabschlüsse und Diätassistenten

Begründung: In der Ausbildung für Pflegefachkräfte wird das Thema Ernährung nicht ausreichend behandelt. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass Pflegekräfte über ausreichendes Basiswissen verfügen (Maienschein 2014).

S1b, S. 13

Kommentar: Dieses Standardkriterium ist aus der Abgrenzung auf das Tätigkeitsspektrum von Pflegefachkräften heraus sehr eng definiert und vernachlässigt die unternehmensorganisatorische Einbindung, die erst ermöglicht, dass Pflegefachkräfte über die notwendigen Kenntnisse zur Umsetzung des Standards verfügen und im Team mit anderen Berufsgruppen die orale Ernährung sichern und fördern können.

Ergänzung: „Die Einrichtungsleitung kennt die Zusammenhänge zwischen drohender/bestehender Mangelernährung und deren Folgen für die Patienten/Bewohner sowie die betriebswirtschaftlichen Einflüsse auf das Unternehmen. Dieses Wissen fließt in Unternehmensentscheidungen mit ein.“

Begründung: Erst wenn ein Wissen um das Problem der Mangelernährung von Patienten und Bewohnern auf der Ebene der Einrichtungsleitung vorhanden ist und bei Führungsentscheidungen berücksichtigt wird, kann es zu einem Umdenken und abgestimmten Maßnahmen in den Bereichen Pflege und Hauswirtschaft kommen. Gerade solange es nicht sichergestellt werden kann, dass alle Pflegefachkräfte über ein standardisiertes Wissen für ein fachkundiges Assessment verfügen (vgl. Expertenstandard S. 9 und Maienschein 2014), kommt es darauf an, diese Schlüsselstelle im Ernährungsmanagement gut durch Zusammenarbeit mit qualifizierten Ernährungsfachkräften abzusichern, um Fehleinschätzungen zu vermeiden (vgl. Hesecker et. al 2008). Die Ernährungsbildung, Ernährungsberatung und Ernährungstherapie ist ein Hauptaufgabengebiet von Oecotrophologen und Ernährungswissenschaftlern.

S1b, S. 13, erster Absatz, 2. Satz

Änderungsvorschlag: „Das Vorgehen im Rahmen des vertieften Assessments der Ernährungssituation muss **so beschaffen sein, dass die Pflegekraft anhand diesem in der Lage ist**, individuelle pflegerrelevante Ziele und Interventionen **abzuleiten**.“

Begründung: Insbesondere im Kontext der angespannten Lage bezüglich personeller bzw. zeitlicher Kapazität erscheint der Begriff „umfassend“ nicht treffend. Auch Maßnahmen größeren Umfangs führen nicht zum Ziel – z.B. wenn sie nicht systematisch und zielgerichtet die Vermeidung bzw. Behandlung von Mangelernährung verfolgen. Dies gelingt im Rahmen eines tragfähigen Gesamtkonzeptes.

S1b, S. 13, letzter Absatz: "Anzeichen für einen Nahrungs ..., 2. Satz

Ergänzungsvorschlag: Hierbei sollte **differenziert nach Neuaufnahmen und bereits länger versorgten und gepflegten Personen** auf eine unterernährte bzw. untergewichtige Erscheinung (z. B. eingefallene Wangen, tieferliegende Augen, vorstehende Knochenvorsprünge) oder zu weit gewordene Kleidung ...“

Begründung: Die hier aufgeführten Symptome sind Symptome einer fortgeschrittenen Mangel- bzw. Unterernährung. Wenn möglich, sollten Gegenmaßnahmen früher erfolgen.

S1b, S. 15, 4. Absatz, 2. Satz

Änderungsvorschlag: „Bei einem Verdacht auf eine gegenwärtig zu geringe Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sollte diese mit **geeigneten** einfachen Ess- und Trinkprotokollen überprüft werden. Hierbei sollten mindestens Datum/Uhrzeit, Art der Mahlzeit (Haupt- oder Zwischenmahlzeit) sowie die Menge und Art der angebotenen und der tatsächlich aufgenommenen Nahrung/Flüssigkeit erfasst werden.“

Begründung: Das Wort „gegebenenfalls“ vor „die Menge“ unbedingt streichen, denn ohne Informationen über die Art der verzehrten Speisen und Getränke lassen sich kaum Aussagen über die Bedarfsgerechtigkeit der Nahrung machen und eine Mangelversorgung kann möglicherweise nicht identifiziert werden.

Kommentar: Verschiedene Tools zur Dokumentation sind verfügbar (z.B. Tellerdiagramm), die hinsichtlich ihrer Effizienz von Pflegekräften verschiedener Einrichtungen sehr unterschiedlich bewertet werden. Daher kann kein bestimmtes Dokumentationsinstrument pauschal empfohlen werden. Bei der Auswahl einer Erfassungsmethode empfiehlt sich die Einbeziehung des Pflorgeteams und ggf. die Durchführung von Testläufen.

P1, S. 17, 1. Abschnitt, 1. Satz:

Ergänzungsvorschlag: Unmittelbar zu Beginn eines pflegerischen Auftrags erfasst die Pflegefachkraft im Rahmen der Pflegeanamnese **eine Essbiografie (Beruf, ethnische Besonderheiten, Leibgerichte, Trinkgewohnheiten, Unverträglichkeiten usw.) sowie** – im Sinne eines Screenings, ob bei einem Patienten...“

Kommentar: Eine Essbiografie bei Aufnahme ist ein unentbehrlicher Bestandteil der Pflegedokumentation insbesondere im Falle einer mittel- oder längerfristigen Unterbringung.

Die Termini Screening und Assessment sind in der Praxis häufig nicht klar definiert. Es sollte eindeutig geregelt sein, wann ein Assessment durchgeführt werden muss. Es bieten sich als Grundlage/Leitfaden für die Pflegedokumentation die Kriterien von PEMU (Pflegerische Erfassung von Mangelernährung und deren Ursachen) an. Einige Anbieter von Pflegedokumentationen haben bereits Kriterien für ein Screening und Maßnahmen für Assessments hinterlegt und mit der Pflegeplanung verknüpft. Bei Maßnahmen im Zuge des Assessments sollten qualifizierte Ernährungsfachkräfte sowie hauswirtschaftliche Fachkräfte hinzugezogen werden. Hier wird beispielsweise festgelegt, wie konsistenzveränderte Kostformen angeboten werden können.

Im Pflegealltag haben Pflegefachkräfte oftmals wenig Zeit für ein Screening und ggf. ein Assessment. Um die Pflegefachkräfte zu entlasten, können hier auch andere Professionen (z.B. Mitarbeiter des Sozialdienstes; Hauswirtschaftliche Betriebsleitungen) mit einbezogen werden. Gerade hauswirtschaftliche Präsenzkräfte in Wohngruppen sollten ebenfalls geschult werden, um Anzeichen von Mangelernährung zu erkennen. Bei Assessments müssen alle Fachbereiche vor Ort (Pflege, Hauswirtschaft, Sozialdienst) bewohnerbezogene Fallbesprechungen durchführen, um entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.

P1, S. 17, 2. Abschnitt, letzter Satz:

Änderungsvorschlag: ...Verzehrmengen-/Nährstoffanalysen durch qualifizierte **Ernährungsfachkräfte** abzuklären und Maßnahmen abzustimmen.

S2a, S. 18, 1. Absatz, letzter Satz:

Änderungsvorschlag: ... Aufgabenbereich von Ärzten, **qualifizierte Ernährungsfachkräften (z.B. Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler und Diätassistenten)** mit einer speziellen Expertise gehört.

Kommentar: Eine konkrete Bezeichnung ist eindeutiger.

S2b, S, 19, 2. Abschnitt

Ergänzungsvorschlag: zum 1. Spiegelstrich

- Klärung der Zuständigkeiten einzelner Berufsgruppen bzw. einzelner Mitglieder des Ernährungsteams bei der Erfassung und Bewertung der Ernährungssituation (**Essbio-
grafie**, Screening, Assessment, Auswertung von Ess- und Trinkprotokollen, Berechnung des Nährstoffbedarfes, Fallbesprechungen) und **Schaffung einer leistungsfähigen Schnittstelle bei der** Durchführung multiprofessionell abgestimmter Maßnahmen.

Kommentar zu einer „leistungsfähigen Schnittstelle“: Sehr viele empirische Daten bekräftigen die zentrale Bedeutung, die einem adäquaten Schnittstellenmanagement zukommt. Die Schnittstelle ist als Dreh- und Angelpunkt eines zielführenden Ernährungs- und Versorgungskonzeptes keinesfalls von einem Mitarbeiter „nebenher“ oder nicht ausreichend qualifiziertem Personal (z.B. Auszubildenden) zu leisten. Genauso wenig empfehlenswert ist die (rotierende) Vergabe an mehrere oder immer neue Mitarbeiter.

Dass seitens der Einrichtungsleitung die dazu erforderlichen Personal- und Zeitkapazitäten sichergestellt werden, ist eine leistungsfähige Schnittstelle die unabdingbare Voraussetzung eines belastbaren und erfolgreichen Ernährungsmanagements.

S2b, S, 19 (und 20), 2. und 3. Abschnitt: Regelung der Abläufe ...

Kommentar: Wichtig erscheinen diesbezüglich nicht nur die Regelung der Abläufe, sondern Handreichungen, mit denen die Pflegefachkraft im Rahmen des multi-professionellen Ernährungsteams im Pflegealltag Anweisungen fachgerecht und rechtssicher befolgen kann. Dazu benötigen Pflegefachkräfte, hauswirtschaftliche Fachkräfte bzw. sonstige Betreuungspersonen (z.B. Demenz- und Alltagsbetreuer) konkrete Entscheidungshilfen und verbindliche Arbeitsanweisungen.

In diesem Zusammenhang reicht es auch nicht aus, die Pflegefachkraft zu „autorisieren“. Das Pflgeteam muss (wie auch alle anderen Nicht-Ernährungsfachkräfte), jederzeit die Unterstützung vorfinden, mit deren Hilfe sie im Rahmen ihrer Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche richtige und sichere Entscheidungen treffen können. Dazu bieten sich Flussdiagramme an, die im multiprofessionellen Ernährungsteam praxisnah erarbeitet werden müssen, sowie regelmäßige Schulungen und weitere Personalentwicklungsmaßnahmen.

Deutlich sollte werden, dass das Pflegepersonal häufig nicht nur aufgrund fehlender Fachkompetenz und knapper zeitlicher Ressourcen notwendige Entscheidungen nicht trifft, sondern oft auch aufgrund diffuser Ängste und Vorurteile einem zielgerichteten Vorgehen entgegensteht. Dem kann (und sollte) durch hinreichende Unterstützung bzw. Verbindlichkeit (durch Arbeitsanweisung) Rechnung getragen werden.

P2, S. 20, 1. Absatz

Änderungsvorschlag: "Auf der Grundlage der geltenden Verfahrensregelung kooperiert die Pflegefachkraft eng mit den Mitarbeitern in der Küche und im Service **bzw. Alltagsbegleitern** sowie mit den Mitgliedern des Ernährungsteams und initiiert die Zusammenarbeit mit anderen relevanten Berufsgruppen, z.B. Ärzte, Logopäden und **qualifizierten Ernährungsfachkräften (z.B. Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler und Diätassistenten)**."

Begründung: Auf Nennung von Hauswirtschaft kann verzichtet werden, da Mitarbeiter der Küche und des Services in diesen Bereich gehören. Weitere Personengruppen mit ähnlichen Funktionen in Altenheimen mit dem Hausgemeinschaftskonzept sind Alltagsbegleiterinnen.

S2b, S. 19, 2. Absatz

Änderungsvorschlag: Die multiprofessionelle Kooperation ist bei der Sicherung der Ernährung von herausragender Bedeutung **und deshalb in entsprechenden Verfahrensanweisungen klar geregelt**."

Begründung: Häufig fehlen in Einrichtungen multiprofessionell geltende Verfahrensanweisungen. Es wird empfohlen, diese mit den Ernährungsfachkräften abzustimmen. So lassen sich über die Verfahrensanweisungen im Vorfeld bestimmte Maßnahmen bereits festlegen, die bei Bedarf zügig umgesetzt werden können. Auch ethische Fragestellungen sollten hier weitestgehend geregelt sein bzw. Kontaktdaten (z.B. Hospiz, Palliativ Care) für externe Unterstützung vorliegen.

S3a, S. 21 unten:

Kommentar: Die Kompetenzen zur Planung einer individuellen Mahlzeit und Interaktionsgestaltung beziehen sich auf die Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung und deren Umsetzung in der Küche. Über diese Kompetenzen verfügen in erster Linie qualifizierte Ernährungsfachkräfte und hauswirtschaftliche Fachkräfte. Den verantwortlichen Pflegefachkräften kommt vor allem die initiierende Rolle bei der Weitergabe von Informationen zu Screening- und Assessment-Ergebnisse und erforderlichen Abstimmungsprozessen zu, um auf die geänderten Bedarfe eines Patienten/Bewohners wie etwa Konsistenzanpassung oder Sonderkost, hinreichend schnell reagieren zu können (z.B. passierte Kost, Allergien).

S3b, S. 22, 2. Absatz

Ergänzungsvorschlag: "Im Konzept zur Ernährungsversorgung (z.B. in Anlehnung an die **einrichtungsspezifischen Qualitätsstandards** der Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)) sollte das Angebot der verschiedenen Kost- und Darreichungsformen, die Verpflegungszeiten, die Handhabung des Menübestellsystems, Aussagen zur Tisch und Esskultur sowie Angaben zur Essverteilung hinterlegt sein."

S3b, S. 23, 1. Absatz

Änderungsvorschlag: Präzisierung der Häufigkeit für die Schulung der Pflegefachkräfte

Begründung: Die Bezeichnung in „regelmäßigen Abständen“ ist wenig aussagekräftig“.

P3, S. 23, Überschrift: „... und bezieht bei Bedarf weitere Berufsgruppen mit ein“

Kommentar: Dieser Satzteil bedarf einer Präzisierung und Schaffung von Verbindlichkeit hinsichtlich der Anlässe für verbindliche Informationsweitergaben und Aufnahme von Kontakten zu konkret zu benennenden Berufsgruppen. Bspw. kann der Sozialdienst Biografie-Arbeit mit einzelnen Bewohnern durchführen, um die Essgewohnheiten herauszufinden.

P3, S. 23, 1. Abschnitt

Ergänzungsvorschlag: Die Sicherung einer sowohl bedürfnisorientierten als auch bedarfsgerechten Ernährung ist ohne die Einbeziehung des Patienten/Bewohners bzw. seiner Angehörigen in der Regel nicht möglich. **Die Erfassung der Informationen zu Ess- und Trinkgewohnheiten in einer individuellen Essbiografie ist fester Bestandteil der Patientendokumentation bei Aufnahme. Im Falle längerfristiger bzw. lebenslanger Pflege muss die Essbiografie ggf. aktualisiert werden.** Für die Planung...“

Begründung: Die Wünsche von Patienten/Bewohnern sind – ggf. durch Angehörige vermittelt – wesentliche Voraussetzung für eine bedürfnis- und bedarfsorientierte Ernährung. Alle Richtlinien zur Gestaltung einer angemessenen Ernährung von Pflegebedürftigen bemessen der Essbiografie hohe Bedeutung bei der Vermeidung und Behandlung der Mangelernährung zu (vgl. Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2013, 2014).

P3, S. 23, letzter Absatz

Ergänzungsvorschlag: "Das Mahlzeitenangebot ist unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse auf der Grundlage der Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) gemeinsam mit der Küche zu planen, **womit persönlichen Bedürfnissen nachgekommen und** der Energie- und Nährstoffbedarf gedeckt werden kann. Hier eignet sich ein **individueller** Ernährungsplan."

Kommentar:

Die relevanten Qualitätsstandards sehen umfassende Qualitätskriterien bezüglich der Rahmenbedingungen vor, die nicht primär Energie- und Nährstoffbedarf adressieren, sondern die gleichwertig zu berücksichtigenden bereits beschriebenen Bedürfnisse (z.B. sozio-kulturelle Faktoren, Eigenständigkeit, Vorlieben etc.).

Hier gehen Aufgaben und Grenzen in den Zuständigkeiten von Pflegekräften und anderen Berufsgruppen bisher nicht klar hervor. Geht es um einen individuellen Ernährungsplan oder den der Einrichtung? Gibt es für jeden Patienten/Bewohner einen solchen Plan oder wird dieser erst bei drohender bzw. bestehender Mangelernährung aufgestellt? Sieht er ergänzende (z.B. Trinknahrung), bzw. angrenzende ernährungstherapeutische Maßnahmen vor (wie zu empfehlen!) oder nur die hier betrachtete orale Ernährung (nicht ratsam)?

S4a/S4b, S. 25

In Zeiten von Personalmangel werden Einrichtungen diesbezüglich vor große Probleme gestellt, besonders wenn Patienten/Bewohner einen großen Unterstützungsbedarf bei der Nahrungsaufnahme haben. Es sollte deshalb systematisch berücksichtigt werden, dass Pflegefachkräfte durch weitere Personen unterstützt werden und in Absprache mit Küche und Service Mahlzeiten zeitlich angepasst werden können, um individuell eine bedarfsgerechte Ernährung sicherzustellen.

P4, S. 26

Kommentar: In Hausgemeinschaften arbeiten Pflegekräfte und hauswirtschaftliche Kräfte gleichermaßen in unmittelbarer Nähe zu den Bewohnern. Beide können aus ihrem unterschiedlichen fachlichen Hintergrund beobachten und einschätzen. Aus diesem Grund sollte die hauswirtschaftliche Perspektive für den konstruktiven Informationsaustausch und bei der Maßnahmenplanung höher gewichtet sein als bei einer zentralen Versorgungsstruktur.

Ergänzungsvorschlag S. 27: Für die Anschaffung von Hilfsmitteln zur Unterstützung der selbstständigen Nahrungsaufnahme und zum Erhalt der Eigenaktivität gibt es Verfahrensregeln und klare Zuständigkeiten.

Begründung: Sicherstellen des zügigen Einsatzes von geeigneten Hilfsmitteln für Patienten/Bewohner und Vermeidung von Doppelbestellungen durch Pflege und Hauswirtschaft.

P5, S. 29 Überschrift

Änderungsvorschlag: Die Pflegefachkraft stellt sicher, dass der Patient/Bewohner und seine Angehörigen informiert und beraten werden. Sofern die Einleitung von Maßnahmen angezeigt ist, kooperiert sie bei der Umsetzung von Maßnahmen gleichermaßen mit qualifizierten Ernährungsfachkräften (z.B. Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler und Diätassistenten) und hauswirtschaftlichen Fachkräften, die ihrerseits genauso eng im Austausch stehen.

Begründung: Die Ernährungs- und Verpflegungskonzeption (z.B. Mahlzeitenangebot, Allergien) sowie damit verbundene ernährungstherapeutische Empfehlungen sollten nicht von Pflegefachkräften vorgenommen werden, da häufig weder ausreichenden Fach- und Methodenkompetenz noch die notwendigen zeitlichen Ressourcen vorliegen. Beratungsgespräche im Alltag umfassen häufig auch die Qualität der Verpflegung, so dass hauswirtschaftliche Fachkräfte diese überwiegend führen sollten. Für die Vermittlung von Schulungsinhalten an Pflegefachkräfte und hauswirtschaftliche Fachkräfte sollten qualifizierte Ernährungsfachkräfte hinzugezogen werden.

S6, S. 29, 1. Abschnitt

Ergänzungsvorschlag nach dem 2. Satz: Um die Angemessenheit und Wirksamkeit beurteilen zu können, benötigt die Pflegefachkraft sowohl Wissen über die Bedürfnisse und den individuellen Bedarf sowie die persönlichen Vorlieben und Ressourcen des Patienten/Bewohner, als auch über seinen Unterstützungsbedarf bei der Nahrungsaufnahme. **Gestützt wird die Entscheidung der Pflegefachkraft diesbezüglich durch ein im Gesamtkonzept festgelegtes Handlungsschema, günstigstenfalls in Form eines Entscheidungsbaumes mit festen Zielkriterien bzw. -werten, anhand derer weitere Schritte einzuleiten sind.** Sie benötigt **dazu** Kenntnisse, um die Auswirkungen der Maßnahmen auf die Ernährungssituation beurteilen zu können (Gewichtsverlauf, Erhalt von Selbstständigkeit).

Begründung: Wissen und Kenntnisse befähigen bzw. legitimieren die Pflegefachkraft nicht ausreichend, um (richtige) Entscheidungen im Pflegealltag treffen zu können.

P6, S. 30, 2. Absatz

Änderungsvorschlag: Neben der Überprüfung der im Maßnahmenplan individuell vereinbarten Ziele ist es wichtig, dass die Pflegefachkraft bei der täglichen Umsetzung der Maßnahmen

von der Angemessenheit in der konkreten Situation überzeugt **ist und dazu Rücksprache hält mit den hauswirtschaftlichen Fachkräften.**

Begründung: Die Evaluation ernährungstherapeutischer Maßnahmen kann nicht ohne Rücksprache mit hauswirtschaftlichen Fachkräften erfolgen. Bei Verzehrsprotokollen erfasst i.d.R. hauswirtschaftliches Personal die tatsächlich verzehrte Menge. Es ist auch entscheidend, wer die bedürfnisorientierte Ernährung (z.B. Abneigungen, Vorlieben) in der Einrichtung erfasst. Die Küche hat i.d.R. von jedem Bewohner die Daten vorliegen und weiß, was dieser mag und tatsächlich gegessen hat. Hieraus lassen sich Rückschlüsse ziehen.

E6, S. 31, 1. Abschnitt, letzter Satz:

Ergänzung: ...In einer solchen Situation hat das Bedürfnis des Patienten/Bewohners nach Ruhe, Passivität oder Linderung von Symptomen (trockene Mundschleimhaut) oberste Priorität. **In vorangehenden Stadien sind die Vorteile von Maßnahmen zur enteralen bzw. parenteralen Ernährung sorgsam und im Einzelfall abzuwägen. Indikationen einer nicht-oralen Ernährungstherapie sind jedoch nicht ausschließlich im (prä-)finalen Zustand gegeben. Im Einzelfall können (z.B. in besondere Belastungssituation nach Operationen) partielle, d.h. zeitlich begrenzte, nicht-orale ernährungstherapeutische Maßnahmen sinnvoll sein.**

2. Abschnitt, letzter Satz

Ergänzung: „...Da nicht jeder Bedarf ausschließlich über eine orale Ernährung gedeckt werden kann, ist eine Sicherung einer notwendigen Ergänzung der oralen mit enteraler oder parenteraler Ernährung durch **frühzeitiges** Hinzuziehen von Ärzten und **qualifizierten** Ernährungsfachkräften in die Wege zu leiten. **Nicht-orale Ernährungstherapie kann additiv zur oralen bzw. zur Wiederherstellung der Voraussetzungen für eine orale Ernährung angezeigt sein. Daher sollen Pflegekräfte das gesamte Spektrum ernährungstherapeutischer Maßnahmen in der Einrichtung kennen und diese vorurteilsfrei, u.a. auch als ergänzende bzw. vorübergehende Maßnahme zur Sprache bringen können.**

Die Entscheidung ob, wann bzw. welche weitergehende ernährungstherapeutischen Maßnahmen zu ergreifen sind und wie lange, wird im multi-professionellen Ernährungsteam unter Einbeziehung des Patienten/Bewohners bzw. der Angehörigen getroffen

Begründung:

Orale und nicht-orale Ernährungstherapie sind gleichberechtigte Bestandteile eines ganzheitlichen Ernährungsmanagements (Stufenschema), die nicht immer scharf voneinander abzugrenzen sind. Es ist von entscheidender Wichtigkeit, dass weder Patienten bzw. Angehörige noch Pflegefachkräfte die Optionen der nicht-oralen Ernährungstherapie ausschließlich als (prä-)finale Maßnahmen in Betracht ziehen, die es erst dann, „wenn gar nichts mehr geht“ oder gar nur zur Lebenserhaltung zu ergreifen gilt.

Oft genug erweisen sich in der Praxis Optionen der nicht-oralen Ernährungstherapie (z.B. Sonde), als geeignet, Wohlbefinden/Allgemeinzustand von Patienten /Bewohnern allgemein zu verbessern, oder, additiv, die orale Ernährung zu ergänzen, wenn nicht sogar dazu, verloren gegangene Voraussetzungen zur oralen Ernährung wiederherzustellen.

Literatur

- Bauer Jürgen u.a.: Diagnostik der Mangelernährung des älteren Menschen. Ergebnisse eines internationalen Experten-Meetings der BANSS-Stiftung. (2006) Dtsch Med Wochenschr 131: 223–227
- Berndt, Ulrike: Risikomanagement der Patientenernährung im Krankenhaus. Hohengehren 2008
- Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE): Übersicht über die Hochschulen und Studienabschlüsse zur Oecotrophologie / Ernährungswissenschaft. <http://www.vdoe.de/hochschulen.html>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., aid infodienst Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz e. V.: „Senioren in der Gemeinschaftsverpflegung“ 2013; URL: <https://www.dge-medien-service.de/gemeinschaftsverpflegung/senioren-in-der-gemeinschaftsverpflegung.html>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hg.): Qualitätsstandards 2014
<https://www.dge.de/gv/dge-qualitaetsstandards/>
<http://www.station-ernaehrung.de/qualitaetsstandards/krankenhaeuser/>
<http://www.station-ernaehrung.de/qualitaetsstandards/rehakliniken/>
<http://www.fitimalter-dge.de/qualitaetsstandards/stationaere-senioreinrichtungen.html>
<http://www.fitimalter-dge.de/qualitaetsstandards/essen-auf-raedern.html>
- Heseker, Helmut, Peter Stehle, Jon Chim Bai u.a.: Ernährung älterer Menschen in Stationären Einrichtungen (ErnSTES-Studie), In: Ernährungsbericht 2008, hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), Bonn 2008, S. 157-204
- Maienschein, Isolde: Entwicklung eines interdisziplinären Verpflegungskonzepts für Demenzerkrankte in stationären Einrichtungen. Masterarbeit Gießen 2014
- Nawroth, Friederike: Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im Verbund. Gießen 2011
- Volkert Dorothee, Ulrike Arens-Azevedo, Pfannes Ulrike: Evaluation des „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen in: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hg.): Ernährungsbericht 2016 (Vorveröffentlichung online); https://www.dge.de/uploads/media/13-DGE-EB-Vorveroeffentlichung_04.pdf
- Wirth Rainer u.a.: Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE, der DGN und der DGG Klinische Ernährung in der Neurologie – Teil des laufenden S3-Leitlinienprojekts Klinische Ernährung, Aktual Ernährungsmid; DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1343317>

Mitwirkende aus dem Arbeitskreis Versorgung:

Prof. Dr. Elisabeth Leicht-Eckardt, Dr. Tanja Maier (geb. Klink), Dr. Heide Preuße, unterstützt von M.Sc. Isolde Maienschein

Mitwirkende aus dem VDOE Vorstand und Geschäftsstelle:

Urte Brink, Dr. Silke Lichtenstein, Dr. Elvira Krebs