



Hochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Deutsches Netzwerk für
Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)

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

1. Aktualisierung 2017

einschließlich
Kommentierungen und Literaturstudie

Die vollständige Veröffentlichung kann zu einem Preis von 19,- €
(inkl. MwSt., versandkostenfrei) **schriftlich** bestellt werden beim

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

Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege 1. Aktualisierung 2017

herausgegeben vom
Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Andreas Büscher

Wissenschaftliches Team: Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg; Prof. Dr. Andreas Büscher;
Dipl.-Pflegerin Moritz Krebs; Prof. Dr. Martin Moers; Anna Möller, M.A.;
Prof. Dr. Doris Schiemann; Heiko Stehling, MScN

Geschäftsstelle: Elke Rausing, Bianca Grams

Hochschule Osnabrück · Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Postfach 19 40 · 49009 Osnabrück · Tel.: (05 41) 9 69-20 04 · Fax: (0541) 9 69-29 71
E-mail: dnqp@hs-osnabrueck.de · Internet: <http://www.dnqp.de>

Osnabrück, Januar 2017

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.):

Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege – 1. Aktualisierung 2017“

Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück

ISBN: 978-3-00-025800-8

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung der Herausgeber unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Der Herausgeber stimmt der Vervielfältigung von Präambel, Expertenstandard und Kommentierung der Standardkriterien ausdrücklich zu. Kopien dürfen jedoch nur in Papierform und innerhalb einzelner Gesundheitseinrichtungen (Kliniken, Einrichtungen der Altenhilfe und ambulante Pflegedienste) zum Zwecke der Implementation des Standards unter Nennung der Originalquelle angefertigt werden.

© 2017 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Inhaltsverzeichnis

1	Methodisches Vorgehen und Ergebnisse der Aktualisierung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege	10
	<i>Heiko Stehling & Andreas Büscher</i>	
1.1	Einberufung und Ergänzung der Expertenarbeitsgruppe	10
1.2	Anpassung des Expertenstandards und der Kommentierungen an den aktuellen Wissensstand	10
1.2.1	Einbeziehung der Fachöffentlichkeit	11
1.2.2	Ergebnisse der Aktualisierung	11
1.3	Veröffentlichung der aktualisierten Fassung	14
2	Der Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, 1. Aktualisierung 2017	15
	<i>Sabine Bartholomeyczik, Silvia Apel, Gisela Flake, Daniela Holle, Christian Kolb, Daniela Mongillo, Barbara Pews, Margit Rennert, Maria Magdalena Schreier, Andreas Sommer, Jennifer Spencker, Antje Tannen, Dorothee Volkert, Nadine Zens</i>	
2.1	Expertenarbeitsgruppe „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“, 1. Aktualisierung 2017	15
2.2	Präambel zum Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, 1. Aktualisierung 2017	18
2.3	Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, 1. Aktualisierung 2017	21
2.4	Kommentierung der Standardkriterien	22
3	Literaturanalyse	42
	<i>Antje Tannen, Jennifer Spencker, Sabine Bartholomeyczik</i>	
3.1	Methodisches Vorgehen bei der Literaturrecherche und -analyse	42
3.1.1	Suchstrategien	42
3.1.2	Bewertung der methodologischen Qualität der Studien	43
3.1.3	Datenextraktion	43
3.1.4	Evidenzklassen	44
3.2	Hintergrund	44
3.2.1	Definitionen, Begriffsbestimmung von Mangelernährung	44
3.2.2	Kriterien zur Erfassung von Mangelernährung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)	45
3.2.3	Begriffsbestimmung aus dem Konsensuspapier der Academy of Nutrition and Dietetics (Academy) und American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.)	45
3.2.4	Begriffsbestimmung aus den NANDA Pflegediagnosen	46
3.2.5	Begriffsbestimmung Dehydratation	47
3.2.6	Fazit	49

3.3	Epidemiologie von Mangelernährung und Dehydratation, inklusive Risikofaktoren	49
3.3.1	Prävalenz von Mangelernährung	49
3.3.2	Prävalenz von Dehydratation	51
3.3.3	Risikofaktoren für Mangelernährung	52
3.3.4	Risikofaktoren für Dehydratation	56
3.3.5	Fazit	56
3.4	Folgen von Mangelernährung und Dehydratation	56
3.4.1	Patientenbezogene Folgen von Mangelernährung	56
3.4.2	Patientenbezogene Folgen von Dehydratation	57
3.4.3	Systembezogene Folgen von Mangelernährung	57
3.4.4	Systembezogene Folgen von Dehydratation	58
3.4.5	Fazit	58
3.5	Patientenperspektive	58
3.5.1	Patientenperspektive auf ernährungsbezogene Themen	58
3.5.2	Patientenperspektive auf Flüssigkeitsversorgung	59
3.5.3	Fazit	60
3.6	Versorgungssituation	61
3.6.1	Versorgungsroutinen bei Mangelernährung	61
3.6.2	Barrieren und fördernde Faktoren bei der Umsetzung des Ernährungs- und Flüssigkeitsmanagements	63
3.6.3	Entscheidungshilfe bei fehlender oraler Nahrungsaufnahme	64
3.6.4	Wissen und Einstellungen von Gesundheitsfachberufen bezogen auf Mangelernährung	65
3.6.5	Wissen und Einstellungen von Gesundheitsfachberufen bezogen auf Dehydratation	66
3.6.6	Fazit	66
3.7	Erfassung von Mangelernährung und Dehydratation (Screening und Assessment)	66
3.7.1	Screening von Mangelernährung	67
3.7.2	Screening von Dehydratation	73
3.7.3	Erfassung von weiteren ernährungsrelevanten Faktoren	73
3.7.4	Fazit	73
3.8	Mahlzeitengestaltung bei Mangelernährung (inklusive Einsatz von Trinknahrung)	74
3.8.1	Einleitung	74
3.8.2	Übersicht zur Mahlzeitengestaltung	74
3.8.3	Essensangebot	75
3.8.4	Einsatz von Trinknahrung	76
3.8.5	Fazit	80
3.9	Interaktionsgestaltung bei den Mahlzeiten	81
3.9.1	Gesellschaft bei den Mahlzeiten – Volunteers	81
3.9.2	Fazit	86
3.10	Räumliche und personelle Voraussetzungen	86
3.10.1	Fazit	89

3.11	Beratung und Anleitung bei Mangelernährung	90
3.11.1	Fazit	92
3.12	Zusammenfassende Beurteilung	93
3.13	Literaturverzeichnis	94
3.14	Glossar	112
4	Das Audit-Instrument zum Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, 1. Aktualisierung 2017 <i>Heiko Stehling & Andreas Büscher</i>	116
4.1	Entwicklung des Auditinstruments	116
4.2	Hinweise zur Durchführung des Audits	117
4.3	Erhebungsbögen	119
	Informationen zum "Networking for Quality"	125

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Kriterien für das vertiefte Assessment der Ernährungssituation	26
Tabelle 2:	Anzahl von Studien je Setting und Instrument zur Erfassung von Mangelernährung	50
Tabelle 3:	Übersicht über settingspezifische Prävalenzen von Mangelernährung	50
Tabelle 4:	Mögliche Gründe und Erklärungen für Mangelernährung	55
Tabelle 5:	Gesamturteil zu den Screeningtools	72

Alle weiteren in der Literaturstudie zum Expertenstandard genannten Tabellen finden sich im **Online-Anhang** zum aktualisierten Expertenstandard auf der Homepage des DNQP (www.dnqp.de) unter dem Punkt *Expertenstandards und Auditinstrumente/Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege*

Die ursprüngliche Fassung des Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ (2010) kann zu Studienzwecken beim DNQP angefordert werden. Anfragen richten Sie bitte an: dnqp@hs-osnabrueck.de.

Konzept und Ergebnisse der modellhaften Implementierung des Expertenstandards aus dem Jahr 2010 stehen auf der Homepage des DNQP (www.dnqp.de) zum kostenlosen Download zur Verfügung und werden auch für die aktualisierte Fassung des Expertenstandards als Unterstützung bei der Einführung empfohlen.

Abkürzungsverzeichnis

3-MinNS	3-Minute Nutrition Screening
ADL	Activities of Daily Living
AHSPQ	Appetite Hunger and Sensory Perception Questionnaire
BI	Barthelindex
BMI	Body Mass Index
BNST	British Nutrition Screening Tool
BIVA	Bioelektrische Impedanzvektoranalyse
CC	Calf circumference
CLD	Clear Liquid Diet
CNAQ	Council on Nutrition Appetit Questionnaire
CONUT	CONtrol NUTricional = nutrition control
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DHQ	Dietary History Questionnaire
EVS	Eating Validation Scheme
GNRI	Geriatric Nutritional Risk Index
GOHAI	Geriatric/ General Oral Health Assessment Index
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
INST	Innsbruck Nutrition Screening Tool
INSYST	Imperial Nutrition Screening System
MIS	Malnutrition-Inflammation Score
MMSE	Mini-Mental State Examination
MNA	Mini Nutritional Assessment
MNA-SF	Mini Nutritional Assessment short form
MST	Malnutrition Screening Tool
MSTC	Malnutrition Screening Tool for Cancer patients
MUAC	Mid upper Arm circumference
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
n	Number
NOP	Nil/Nothing Per Os
NRI	Nutritional Risk Index
NRS-2002	Nutritional risk Screening
NUFFE	Nutritional Form for the Elderly
OHIP	Oral Health Impact Profile
ONS	Orale Nahrungssupplementation
PG-SGA	Patient-generated Subjective Global Assessment
RAI-HC	Resident Assessment Instrument home care
SANSI	St. Andrews Nutrition Screening Instrument
SGA	Subjective Global Assessment
SNAQ	Simplified Nutritional Appetite Questionnaire UND Simplified Nutritional Assessment Questionnaire
SNST	Simple Nutrition Screening Tool UND Spinal Nutrition Screening Tool

2 Der Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, 1. Aktualisierung 2017

Sabine Bartholomeyczik, Silvia Apel, Gisela Flake, Daniela Holle, Christian Kolb, Daniela Mongillo, Barbara Pews, Margit Rennert, Maria Magdalena Schreier, Andreas Sommer, Jennifer Spencker, Antje Tannen, Dorothee Volkert, Nadine Zens

2.1 Expertenarbeitsgruppe „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“, 1. Aktualisierung 2017

Wissenschaftliche Leitung:	Sabine Bartholomeyczik, Witten
Moderation:	Andreas Büscher, Osnabrück Anna Möller, Osnabrück Heiko Stehling, Osnabrück
Literaturanalyse:	Antje Tannen, Berlin Jennifer Spencker, Berlin
Externe Fachberatung:	Christian Kolb, Fürth Dorothee Volkert, Nürnberg
Patientenvertreterin:	Gisela Flake, Rotenburg/Wümme

Expertinnen und Experten*:

Silvia Apel

B.A., Gesundheits- und Krankenpflegerin. Pflegetrainerin für Patienten- und Angehörigenedukation im Patienteninformationszentrum am Klinikum Lüdenscheid und Pflegeexpertin für Ernährungsmanagement/Mangelernährung am Klinikum Lüdenscheid. Fachweiterbildung Innere Intensivmedizin, Innovative Pflegepraxis & Tutorin für Pflegewissenschaft, zertifizierte Ernährungsbeauftragte „Ernährungsmanagement in der Klinik“. Bachelorarbeit zum Thema: „Pflegerische Beratung: Entwicklung und Pilotierung eines Beratungsprotokolls bei Mangelernährung im Krankenhaus“.

Sabine Bartholomeyczik

Prof. Dr. rer. pol. habil., Dipl. Soziologin, Krankenschwester. Lehrstuhlinhaberin Epidemiologie-Pflegewissenschaft, Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke. Bis 2012 Gründungssprecherin des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Witten. Federführung bei der Erarbeitung des Qualitätsniveau II der BUKO-QS zum Thema „Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung“. Wissenschaftliche Leitung der Expertenarbeitsgruppe zur Entwicklung des Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“, Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema.

Daniela Holle (geb. Hardenacke)

Dr. rer. medic., Pflegewissenschaftlerin, Gesundheits- und Krankenpflegerin. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Witten. Mitarbeit an der Literaturstudie für den Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherstel-

* Erklärungen zu möglichen Interessenskonflikten der Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe liegen dem DNQP vor.

lung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“, Mitarbeit am Qualitätsniveau II der BUKO-QS zum Thema „Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung“. Bachelor-, Masterarbeit, Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema.

Daniela Mongillo

Dipl.-Pflegerin, Gesundheits- und Krankenpflegerin. Geschäftsleitung der Qualitätsmanagement Lebenswert GbR. Fachweiterbildung außerklinische Intensiv- und Beatmungspflege. Unternehmensberatung und Dozententätigkeit zur Implementierung von Expertenstandards.

Barbara Pews

Dipl.-Pflegerin, Gesundheits- und Krankenpflegerin. Management- und Organisationsberaterin bei der contec GmbH – Schwerpunkt: Prozessoptimierung in der Pflege. Berufserfahrung als Pflegedienstleitung und im Qualitätsmanagement. Mitglied der Expertenarbeitsgruppe zur Entwicklung des Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“. Vorträge und Veröffentlichungen zum Thema.

Margit Rennert

Pflegepädagogin, B.A., Krankenschwester, Fachschwester für klinische Ernährung (DGEM). Beteiligung am Aufbau eines Ernährungsteams in einer Akutklinik, welches mangelernährte Patienten berät hinsichtlich oraler, enteraler und parenteraler Ernährung. Freiberufliche Dozentin zum Schwerpunkt „Mangelernährung“.

Maria Magdalena Schreier

Dipl.-Pflegerin, Gesundheits- und Krankenpflegerin. Universitätsassistentin am Institut für Pflegewissenschaft und -praxis der Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg. Mitarbeit an der Literaturstudie zur Entwicklung des Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“, Mitarbeit am Qualitätsniveau II der BUKO-QS zum Thema Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung“. Veröffentlichungen zum Thema.

Andreas Sommer

Gesundheits- und Krankenpfleger für Gerontopsychiatrie, Praxisanleiter, Deeskalationstrainer. Langjährige praktische Erfahrungen mit der Implementierung von Expertenstandards im Klinikbereich. Langjährige ehrenamtliche Arbeit in sektorenübergreifenden Arbeitsgruppen (Demenz, Ernährung) in einem Pflegenetzverbund des LK Heilbronn. Mitglied der Expertenarbeitsgruppe zur Entwicklung des Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“.

Nadine Zens

Lehrerin für Gesundheit und Pflege (M.A.), Dipl. Pflegepädagogin, Gesundheits- und Krankenpflegerin. Durchführung von hausinternen Schulungen zur Implementierung des Expertenstandards. Fortbildungen, Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema.

Literaturanalyse

Jennifer Spencker

Dipl. Pflegepädagogin, Krankenschwester. Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Charité Universitätsmedizin Berlin. Dozentin an der THH Friedensau im Studiengang Bachelor of Arts Gesundheits- und Pflegewissenschaften (B.A.), Lehrkraft an der Akademie für Gesundheits- und Krankenpflege am Krankenhaus Waldfriede Berlin Zehlendorf, Honorar-dozentin in der Altenpflegeausbildung, Diplomarbeit zum Thema.

Antje Tannen

Dr. rer. cur., Master Public Health (MPH), Dipl. Pflegepädagogin, Krankenschwester. Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Charité Universitätsmedizin Berlin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Mitglied der Expertenarbeitsgruppe zur Entwicklung des Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“. Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema.

Externe Fachberatung

Christian Kolb

Gesundheits- und Krankenpfleger. Pflegegutachter beim MDK Bayern. 2011 bis 2014 wissenschaftlicher Mitarbeiter und Webmaster am Institut für Biomedizin des Alterns (Forschungsschwerpunkt: Klinische Ernährung im Alter an der Universität Erlangen Nürnberg). Mitglied der Arbeitsgruppe „Ethik und Recht“ der DGEM, Ethikberater in der Geriatrie am Klinikum Nürnberg. Mitglied der Expertenarbeitsgruppe zur Entwicklung des Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“. Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema, Blogger und Webmaster (www.nahrungsverweigerung.de und www.demenz-im-krankenhaus.de).

Dorothee Volkert

Prof. Dr. rer. nat., Diplom-Ernährungswissenschaftlerin. Professorin für Klinische Ernährung im Alter am Institut für Biomedizin des Alterns der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Lehr- und Forschungstätigkeit zum Thema Ernährung im Alter. Mitarbeit bzw. Federführung bei nationalen und internationalen Leitlinien und Standards zum Thema Ernährungsversorgung im Alter. Mitglied der Expertenarbeitsgruppe zur Entwicklung des Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“. Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema.

Patientenvertreterin

Gisela Flake

Dipl.-Unterrichtsschwester, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Hebamme, Pharmazeutisch-technische Assistentin, Hygienefachschwester, Pflegedienstleitung i.R., 4 Jahre im Vorstand des Bundesselbsthilfeverbandes für Osteoporose e. V., Patientenvertreterin in der Fachgruppe Pflege der BQS, Patientenvertreterin im Zulassungsausschuss Ärzte und Psychologen KV Verden, Vizepräsidentin des Bundesverbandes für Osteoporose e. V., Patientenvertreterin der Expertenarbeitsgruppe zur Entwicklung des Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“.

2.2 Präambel zum Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, 1. Aktualisierung 2017

Essen und Trinken sind menschliche Grundbedürfnisse und spielen eine zentrale Rolle für Gesundheit und Wohlbefinden. Kranke und pflegebedürftige Menschen können sich selbst oft nicht angemessen ernähren und benötigen daher besondere Unterstützung. Unterstützung ist hier breit gemeint und kann möglicherweise nur aus Ermutigung und Anregung bestehen, die gerade bei der Nahrungsaufnahme oft von zentraler Bedeutung sind. Findet keine adäquate Unterstützung statt, besteht die Gefahr einer Mangelernährung verbunden mit einer Reihe gesundheitlicher Risiken, die eine Genesung verhindern, hinauszögern oder Pflegeabhängigkeit verstärken können. Viele der hier empfohlenen Maßnahmen gelten für alle Patienten/Bewohner¹ unabhängig davon, ob sie Risiken oder gar Anzeichen für eine Mangelernährung haben oder nicht. Allerdings kann die Unterlassung dieser Maßnahmen bei Risikopatienten/-bewohnern sehr schnell zu drastischen Gesundheitsverschlechterungen mit existenzbedrohlichen Folgen führen.

Definition

Mangelernährung wird hier in Anlehnung an die Definition der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) verstanden als anhaltendes Defizit an Energie und/oder Nährstoffen, im Sinne einer negativen Bilanz zwischen Aufnahme und Bedarf, mit Konsequenzen und Einbußen für Ernährungszustand, physiologische Funktion und Gesundheitszustand. Wichtig hierbei ist das Charakteristikum „anhaltend“, das besagt, dass nicht jede Nahrungskarenz eine Mangelernährung darstellt und negative gesundheitliche Folgen hat, aber ein bedeutendes Risiko beinhalten kann. Weiterhin ist wichtig, dass es um eine Bilanz zwischen Aufnahme und Bedarf geht und eine Gewichtsangabe in der Definition nicht enthalten ist. Schließlich wird unter „Nahrung“ sowohl feste als auch flüssige Nahrung verstanden, es sind also Essen – auch hier sind in der Regel flüssige Bestandteile enthalten – und Trinken gemeint. Die Folgen von Mangelernährung ziehen häufig sehr aufwändige und langwierige Behandlungen und pflegerische Versorgungsverläufe nach sich.

Zielsetzung

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

Es kann allerdings die Situation eintreten, dass trotz aller Bemühungen zeitweise oder dauerhaft der Bedarf an Energie, Nährstoffen und Flüssigkeit durch Essen und Trinken alleine nicht ausreichend gedeckt wird. In solchen Fällen und auch in Situationen, die eine spezifische Behandlung erfordern, z. B. eine ergänzende oder vollständige künstliche Ernährung, ist rechtzeitig eine ernährungstherapeutische Beratung und Behandlung durch Ernährungsfachkräfte² und Ärzte einzuleiten. Aufgabe der Pflege muss auch bei enteraler/parenteraler Ernährung sein, die orale Nahrungsaufnahme zu unterstützen - falls kein Schaden damit verursacht wird.

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

² Analog zum DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Krankenhäusern wird auch im Expertenstandard unter Ernährungsfachkraft der Diätassistent, bei vergleichbarer Qualifikation für die Diättherapie auch der Oecotrophologe oder der Ernährungswissenschaftler unter Beachtung der formalen Bestimmungen zur Durchführung von delegierten ärztlichen Leistungen (BÄK und KBV 2008) verstanden. Zusätzlich gelten für den Expertenstandard auch Pflegefachkräfte mit spezifischer Weiterbildung als Ernährungsfachkräfte.

Zielgruppen: Ein- und Ausschlüsse

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

Unberücksichtigt bleiben Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche, da sich bei ihrer Ernährungsversorgung im Vergleich zu Erwachsenen deutlich andere pflegerische, medizinische und diätetische Anforderungen ergeben. Darüber hinaus ist das spezielle Ernährungsmanagement bei ernährungsbezogenen Krankheiten (z. B. Diabetes mellitus, Anorexia nervosa) nicht Gegenstand des vorliegenden Expertenstandards.

Es gibt eine Reihe von Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit Ernährung, die in diesem Expertenstandard nicht angesprochen sind. Dazu gehört Übergewicht mit therapeutisch indizierter Gewichtsreduktion, denn diese würde völlig andere Maßnahmen als die hier empfohlenen erfordern. Nicht übersehen werden darf dabei allerdings, dass auch übergewichtige Menschen eine Mangelernährung aufweisen können, die nicht selten aufgrund der Gewichtsverhältnisse übersehen wird.

Schließlich gibt es noch einige komplexe ernährungsbezogene Themenbereiche, die im Rahmen einer sinnvollen Themeneingrenzung im Standard nur als Schnittstelle angesprochen werden. Dazu gehören die künstliche (enterale/parenterale) Ernährung, das Erkennen von und der Umgang mit Schluckstörungen sowie Probleme der Mundgesundheit.

Anwender des Expertenstandards

Der Expertenstandard richtet sich an Pflegefachkräfte³ in der Krankenhausversorgung, der stationären Rehabilitation, der stationären Altenhilfe und der ambulanten Pflege. Für die Umsetzung des Expertenstandards ist es wesentlich, dass die Wissensbasis von professionell Pflegenden in Aus-, Fort- und Weiterbildungen zum Thema Ernährung vertieft und verbreitert wird. Ernährung ist nach wie vor ein vernachlässigtes Thema in der Pflege. Pflegefachkräften kommt im multidisziplinären Team eine Schlüsselrolle im Rahmen des Ernährungsmanagements zu. Aufgrund der Nähe zu den Patienten/Bewohnern während der täglichen Versorgung erhalten sie Einblicke in Risikobereiche, kennen die Beeinträchtigungen und den Unterstützungsbedarf und können die Copingstrategien der Patienten/Bewohner in schwierigen Situationen einschätzen und in die Interventionen oder Alltagsbewältigung einbinden.

Voraussetzungen für die Umsetzung des Expertenstandards

Forschungsergebnisse zeigen, dass Pflegenden großen Einfluss auf das Ernährungsverhalten pflegebedürftiger Menschen nehmen können. So kann Appetitlosigkeit schwerkranker und alter Menschen durch die Umgebungs- und Beziehungsgestaltung maßgeblich vermindert werden. Unzureichende Unterstützung durch die Pflegenden ist in erster Linie auf Zeitmangel und Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal einhergehend mit häufigem Personalwechsel während der Mahlzeiten zurückzuführen, aber es werden auch unzureichende Qualifikationsangebote für Pflegefachkräfte in diesem Kontext angeführt. Um Patienten/Bewohner bei den Mahlzeiten angemessen unterstützen und ihre Selbständigkeit und Autonomie fördern zu können, bedarf es angemessener personeller und zeit-

³ Im Standard werden unter dem Begriff „Pflegefachkraft“ die Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) angesprochen. Darüber hinaus werden auch diejenigen Fachkräfte im Pflegedienst angesprochen, die über eine grundständige Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.

licher Ressourcen. Ein personenorientiertes Organisationssystem, wie z. B. Primary Nursing, stellt darüber hinaus eine wichtige Voraussetzung für die Kontinuität der Pflege und damit der Förderung der oralen Nahrungsaufnahme dar.

Eine optimale Ernährungsversorgung ist nur in enger berufsübergreifender Zusammenarbeit erreichbar. Dies betrifft nicht nur die Bereitstellung von Speisen und Getränken durch die Küche, Hauswirtschaft oder einen Caterer, sondern auch die Kooperation mit Professionen, die bei Ernährungsproblemen hinzuzuziehen sind. Dazu zählen je nach Einrichtung und Situation Ernährungsfachkräfte, Ärzte oder Zahnärzte, aber auch Logopäden, Ergotherapeuten und hauswirtschaftliche Fachkräfte. Die verschiedenen Funktionen und Verantwortungsbereiche sollten in jeder Einrichtung gleich zu Beginn der Einführung des Expertenstandards durch eine multiprofessionell geltende Verfahrensregelung festgelegt werden.

Zur Implementierung des Standards bedarf es gemeinsamer Anstrengungen der leitenden Managementebene und der Pflegefachkräfte sowie der Kooperationsbereitschaft der beteiligten Berufsgruppen. Die Managementebene trägt die Verantwortung für die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen (z. B. berufliche Qualifikation, Besprechungszeit, bedürfnis- und bedarfsgerechte Mahlzeiten- und Zwischenmahlzeitenangebote), die Festlegung hausinterner Verfahrensgrundsätze und die Schaffung eines geeigneten Kooperationsklimas. Die Pflegefachkräfte tragen die Verantwortung für den Wissens- und Kompetenzerwerb zur Umsetzung des Standards.

Aktualisierung des Expertenstandards

Der ersten Aktualisierung des Expertenstandards liegt eine ausführliche Literaturanalyse von Veröffentlichungen zwischen 2008 und 2014 zu Grunde. Obwohl auch in der Literaturanalyse zur Entwicklung des Expertenstandards nach Dehydratation gesucht wurde, gab es damals so wenige Veröffentlichungen, dass es zu keinem gesonderten Kapitel reichte. Auch die aktuelle Studienlage dazu ist immer noch recht spärlich, wurde aber in der vorliegenden Fassung der Literaturanalyse in ausgewiesenen Abschnitten dargestellt.

Die Studienergebnisse insgesamt haben trotz ihrer großen Anzahl nicht dazu geführt, dass die Standardempfehlungen inhaltlich geändert werden mussten. Es gibt verbale Änderungen mit dem Ziel, das Beabsichtigte zu verdeutlichen. Außerdem wurden die Kommentare intensiv überarbeitet, auch hier mit dem Ziel, die Rückmeldungen aus Forschung und Praxis zur Klarstellung zu nutzen.

2.3 Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, 1. Aktualisierung 2017

Stand: November 2016

Zielsetzung: 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.

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

Strukturkriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
S1a Die Pflegefachkraft verfügt über Kompetenzen zur Identifikation von Anzeichen für eine drohende oder bestehende Mangelernährung (Screening) und zur tiefergehenden Einschätzung der Ernährungssituation und der sie beeinflussenden Faktoren (vertieftes Assessment). S1b Die Einrichtung stellt sicher, dass geeignete Instrumente und Hilfsmittel zur Einschätzung und Dokumentation zur Verfügung stehen.	P1 Die Pflegefachkraft 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).	E1 Für alle Patienten/Bewohner liegt ein aktuelles Screening-Ergebnis vor. Bei Patienten/Bewohnern mit Anzeichen einer drohenden oder bestehenden Mangelernährung ist ein vertieftes Assessment erfolgt.
S2a Die Pflegefachkraft verfügt über Fachwissen zur Planung und Steuerung berufsgruppenübergreifender Maßnahmen zur Sicherung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung einschließlich der Kompetenz zur Entscheidungsfindung bei ethisch komplexen Fragestellungen. S2b Die Einrichtung verfügt über eine multiprofessionell geltende Verfahrensregelung zur berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit beim Ernährungsmanagement.	P2 Die Pflegefachkraft koordiniert auf Grundlage der Verfahrensregelung in enger Kooperation mit anderen beteiligten Berufsgruppen Maßnahmen mit dem Ziel eines individuell angepassten Ernährungsmanagements.	E2 Die multiprofessionellen Maßnahmen sind koordiniert und gegebenenfalls ethisch begründet.
S3a Die Pflegefachkraft verfügt über Kompetenzen zur Planung einer individuellen Mahlzeiten- und Interaktionsgestaltung. S3a Die Einrichtung verfügt über ein geeignetes Konzept zur Ernährungsversorgung.	P3 Die Pflegefachkraft plant gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen Maßnahmen zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme, zur Gestaltung der Umgebung, zu geeigneten, flexiblen Speisen- und Getränkeangeboten sowie Darreichungsformen und bezieht bei Bedarf weitere Berufsgruppen mit ein.	E3 Ein individueller Maßnahmenplan zur Sicherung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung liegt vor
S4a Die Pflegefachkraft verfügt über spezifische Kompetenzen zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme einschließlich des Umgangs mit besonderen Risikosituationen bzw. speziellen Beeinträchtigungen. S4b Die Einrichtung sorgt für eine angemessene Personalausstattung und Personalplanung zur Gewährleistung eines bedürfnis- und bedarfsgerechten Ernährungsmanagements. Sie gewährleistet geeignete räumliche Voraussetzungen für eine patienten-/bewohnerorientierte Mahlzeiten- und Interaktionsgestaltung.	P4 Die Pflegefachkraft gewährleistet eine die Selbstbestimmung und Eigenaktivität des Patienten/Bewohners fördernde Unterstützung und eine motivierende Interaktions- und Umgebungsgestaltung während der Mahlzeiten. Sie berücksichtigt besondere Gesundheitsprobleme von Patienten/Bewohnern.	E4 Der Patient/Bewohner hat eine umfassende und fachgerechte Unterstützung zur Sicherung der bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung während und auch außerhalb der üblichen Essenszeiten erhalten. Die Umgebung bei den Mahlzeiten entspricht den Bedürfnissen und dem Bedarf des Patienten/Bewohners.
S5 Die Pflegefachkraft verfügt über Informations-, Beratungs- und Anleitungskompetenz zur Sicherung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung.	P5 Die Pflegefachkraft informiert und berät den Patienten/Bewohner und seine Angehörigen über Entstehung und Folgen einer Mangelernährung und Möglichkeiten einer angemessenen Ernährung und leitet gegebenenfalls zur Umsetzung von Maßnahmen an.	E5 Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen sind über die Entstehung und Folgen einer Mangelernährung und über mögliche Maßnahmen informiert, beraten und gegebenenfalls angeleitet.
S6 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, die Angemessenheit und Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen zu beurteilen.	P6 Die Pflegefachkraft überprüft gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen in individuell festzulegenden Abständen den Erfolg und die Akzeptanz der Maßnahmen und nimmt gegebenenfalls eine Neueinschätzung und entsprechende Veränderungen im Maßnahmenplan vor.	E6 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.