



Der 7. DNQP Expertenstandard:

Ernährungsmanagement zur
Sicherstellung und Förderung der
oralen Ernährung in der Pflege

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



Themen-Begründung

- § Bedeutung von Ernährung in Pflege häufig ignoriert
- § Unterstützung beim Essen und Trinken wird von Pflegenden häufig als lästige Pflicht empfunden
- § Häufigste Gründe für Vernachlässigung : Keine Zeit + Mangel an qualifizierten Pflegekräften
- § Weitgehend fehlende Kenntnis der Bedeutung von Mangelernährung



Risiken im Alter

- § nachlassendes Appetit- und Durstempfinden
- § reduzierte Geruchs- und Geschmackswahrnehmung
- § höhere Nährstoffdichte erforderlich
- § mangelnde Kompensation von Gewichtsschwankungen

Höheres Alter alleine: kein Risiko für eine unzureichende Aufnahme von Speisen und Getränken

ALSO: genau hinsehen

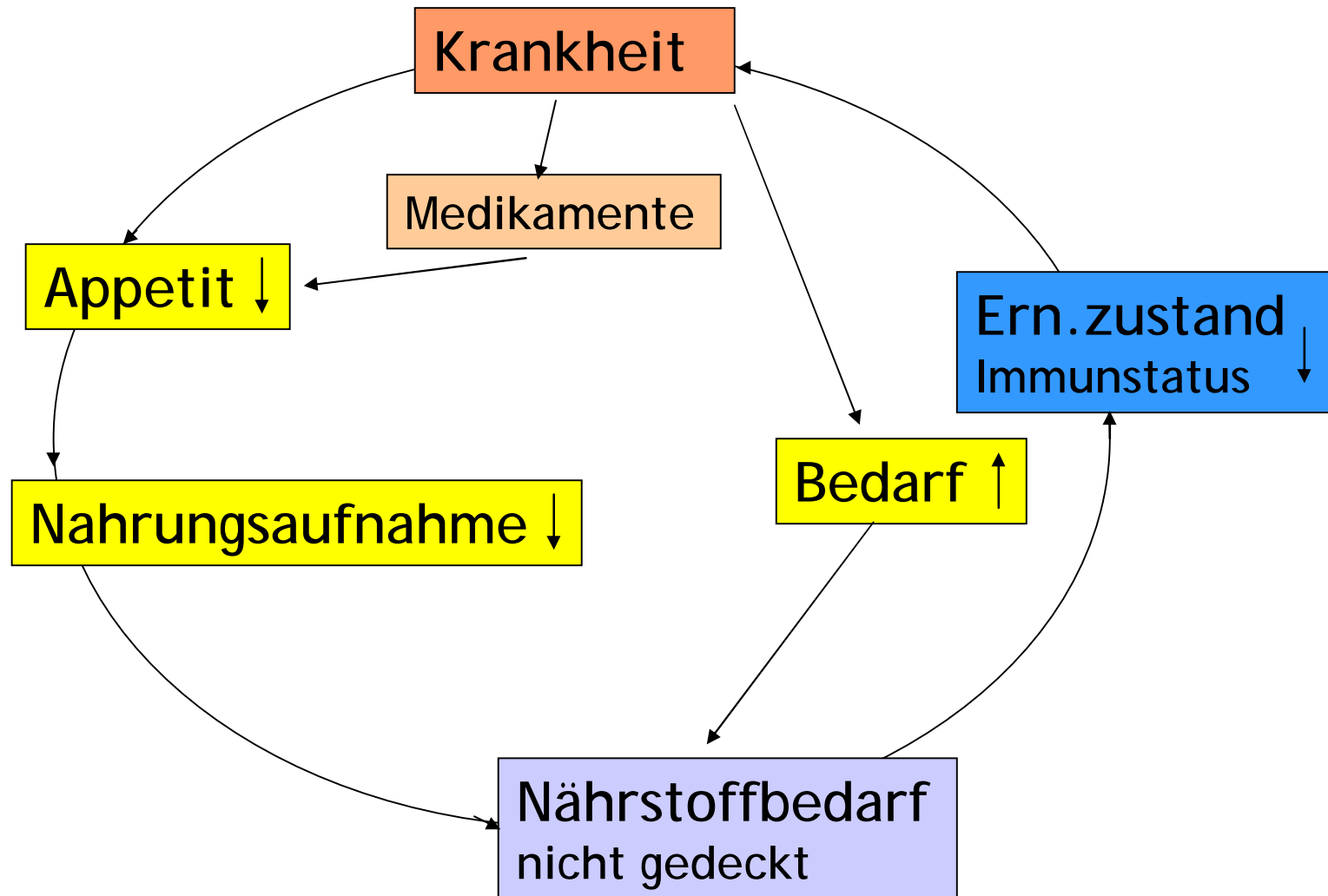


Risiken bei Pflegebedürftigkeit

- § Kau- und Schluckstörungen
- § körperliche Beeinträchtigungen
- § reduzierte Fähigkeit zum Ausdruck von Bedürfnissen
- § kognitive Beeinträchtigungen
- § Depressivität
- § akute oder chronische Krankheiten
- § Mehrfachmedikation



Teufelskreis: Mangelernährung





LPZ-Studie Ausgew. Ergebnisse



(Nov 2008 + April 2009)

Stichprobe **65** Einrichtungen mit **4778** BewohnerInnen
78 % Frauen, **22 %** Männer
Durchschnittsalter **82 Jahre**
53% mit Demenz

Pflegeabhängigkeit nach PAS (15 Items):

9,7 % völlig selbständig
14,5 % überwiegend selbständig
20,4 % beschränkt pflegeabhängig
27,1 % überwiegend pflegeabhängig
28,2 % völlig pflegeabhängig

52 % benötigen weitgehende Hilfe bei der
Nahrungsaufnahme



Indikatoren für den Ernährungszustand

Indikatoren

Prozent von n = 4778

Ø geringere Nahrungsaufnahme	
Ø 3 Tage nicht/ kaum gegessen	3 %
Ø > 1 Woche weniger als normal	5 %
Ø unbeabsichtigter Gewichtsverlust	
Ø > 6 kg in verg. 6 Monaten	12 %
Ø > 3 kg in verg. (1) Monat	6 %
Ø BMI	
Ø \leq 20	15 %
Ø 21 - 23	30 %
Ø > 23	55 %



Ernährungssituation in Altenheimen

Nov.08 + April 09: 65 Altenheime

n = 4778 BW

Ernährungssituation nach LPZ:

Risiko für Mangelernährung

(BMI bis < 23 ODER 3 Tage kaum gegessen oder eine Woche zu wenig)

54 %

Wahrscheinlich mangelernährt

(BMI < 20 ODER BMI <23 und 3 Tage kaum gegessen oder eine Woche zu wenig ODER unbeabs. Gewichtsabnahme in 6 Monaten 6 kg oder in 1 Monat 3 kg)

27 %

MUST:

Risiko für Mangelernährung (excl. M+)

(BMI, unbeabs. Gewichtsverlust, schwere akute Krankheit)

10 %

Wahrscheinlich mangelernährt

11 %

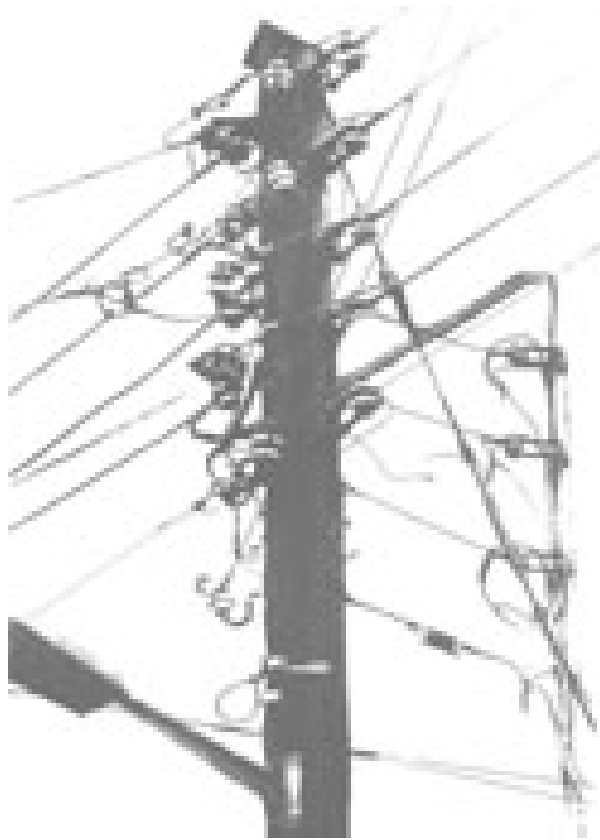
Fachlicher Blick: Mangelernährt

13 %



Qualitätsindikatoren Wohnbereich

Qualitätsindikatoren Wohnbereich	Wohnbereiche von n = 250	%
Ernährungszustand bei Einzug erfasst	245	98 %
Risiko für Mangelernährung wird dokumentiert	247	98 %
Bei Risiko protein- und kohlehydratreiche Diät	247	98 %
Einhaltung der Richtlinien wird überwacht	219	87 %
Monodisziplinäre Fallbeprechung	247	98 %
Multidisziplinäre Beratung, Fallbesprechung	180	77 %
PflegeexpertIn für Mangelernährung	33	17 %
Informationsbroschüre	16	8 %
Umgebungsfaktoren bei den Mahlzeiten berücksichtigt	246	98 %



Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

Wiss. Leitung:
FH Osnabrück
www.dnqp.de



DNQP Expertenstandards

- § sind monoprofessionell: Pflegefachpersonen
- § nicht Setting spezifisch
- § werden anhand Methoden-Richtlinien erarbeitet
 - § Literaturbasiert/ evidenzbasiert
 - § Empfehlungen durch Expertenrunde
- § Experten aus Pflegepraxis und -wissenschaft
 - § + ext. Fachberatung
 - § + Patienten-/ Verbrauchervertretung



Expertengremium



§ Expertenarbeitsgruppe:

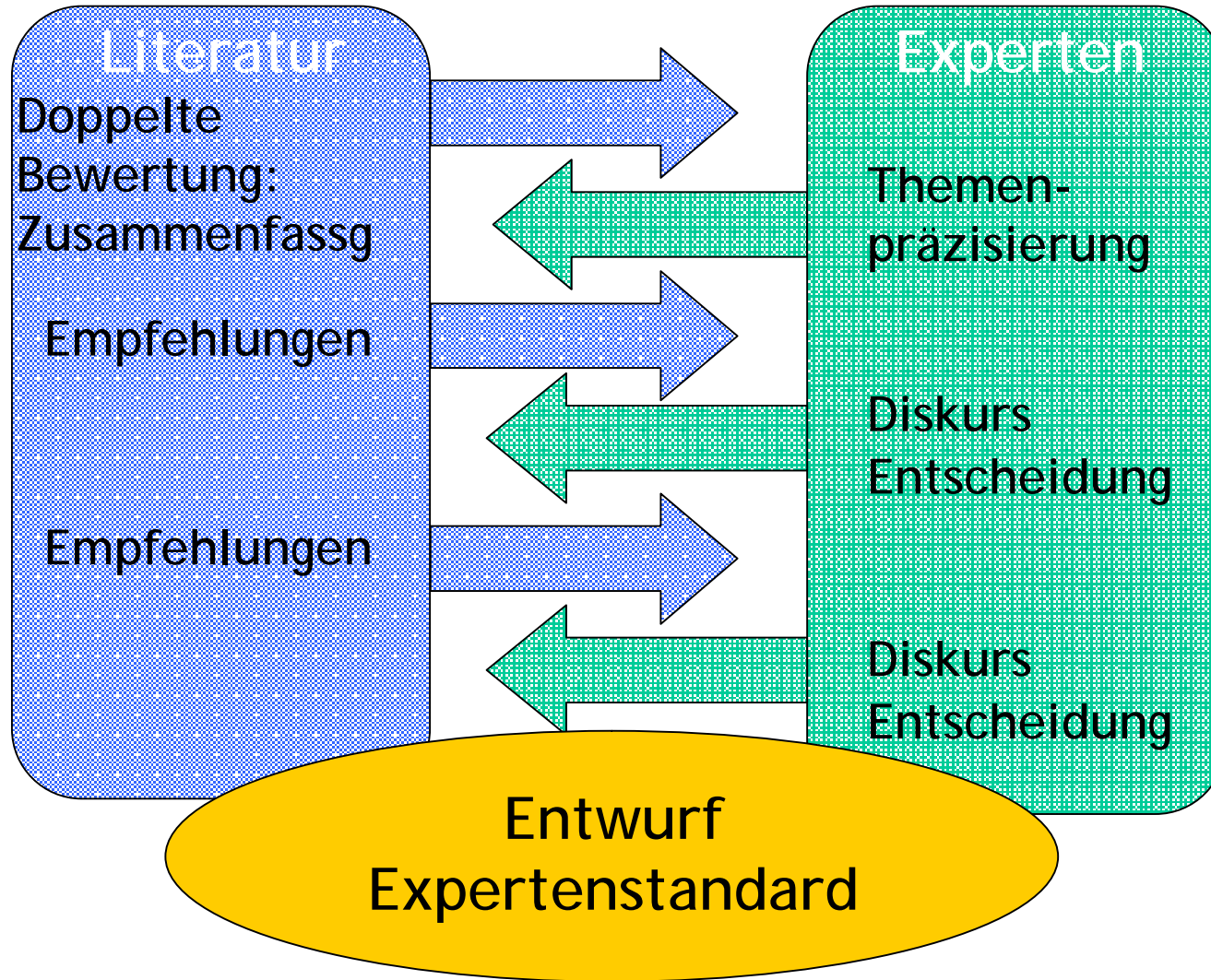
- § Dr. Siegfried Borker (Kath. Krankenhausverband, Osnabrück)
- § Ute Hansen (Johanniter Altenpflegeeinr. Sachsen-Anhalt/ Thüringen)
- § Maria Henning (Altenheim St. Johannes, Senden)
- § Stefan Ott (Manfred-Sauer-Stiftung, Lobbach)
- § Barbara Pews (CURA Pflegeheim Dienstleistungs- GmbH)
- § Petra Renz (Universitätsklinikum Halle Saale)
- § Andreas Sommer (Klinikum Weißenhof, Weinsberg)
- § Dr. Antje Tannen (Charité Berlin)
- § Dorothee Wiederhold (Eilenrieder Stift e.V., Hannover)

§ Patientenvertretung:

- § Gisela Flake (Bundesselbsthilfeverb. Osteoporose e.V., Verden)

§ Externe Fachberatung:

- § Jürgen Brüggemann (MDS, Essen)
- § Christian Kolb (MDK Bayern)
- § Dr. Dorothee Volkert (Pfrimmer Nutricia, Erlangen)





Methodik 2

§ Vorgehen

- § Literatur (2 wiss. MA) + Experten, ca. 1 Jahr
 - § Konsensuskonferenz mit strukturiertem Diskurs
 - § Überarbeitung
 - § Anpassung an Rahmenbedingungen der Implementierungsinstitutionen
 - § Modellhafte Implementierung in ca. 25 Einrichtungen, netto 6 Monate
 - § Audit (Pfleger, Pat., Doku)
 - § Workshop mit Ergebnisvorstellung und Diskussion der Praxiserfahrungen
- § Dauer insges. 2,4 Jahre



- § Alle Empfehlungen beziehen sich jeweils auf
 - § Struktur-
 - § Prozess- und
 - § Ergebnisqualität
- § Jeder Standard hat mindestens 5 Ebenen (manche 7):
 - § Pflegediagnostik
 - § Planung
 - § Maßnahmen zur direkten Pflege
 - § Beratung
 - § Evaluation



Ziel

Empfehlungen sind übergeordnetem Ziel untergeordnet:

Bei jedem Pat/BW

mit pflegerischem Unterstützungsbedarf

oder einem Risiko für oder Anzeichen von Mangelernährung

ist die orale Nahrungsaufnahme entsprechend seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf sichergestellt.



Gegenstand: Konkretisierungen

- § Ernährung beinhaltet flüssige und feste Nahrung
- § Sicherstellung der Ernährung soll Mangel vorbeugen, Mangelernährung verhindern
- § Nicht fokussiert werden
 - § Übergewicht mit erforderlicher Gewichtsreduktion
 - § enterale und parenterale Ernährung
 - § Stoffwechselkrankheiten
 - § Schluckstörungen (wichtiges Schnittstellenthema)
 - § Kinder und Säuglinge



Ebenen

1. Identifikation von Risikofaktoren und evtl. sie beeinflussender Faktoren
2. Anwendung multiprofessionell geltender Verfahrensregelung
3. Individuelle Planung von Mahlzeiten und Interaktion
4. Gewährleistung von erforderlicher Unterstützung mit Voraussetzung: ausreichend Personal + geeign. Raum
5. Beratung von Betroffenen und Angehörigen
6. Evaluation evtl. gemeinsam mit anderen Berufsgr.



Ebene 1

Identifikation von Risikofaktoren und evtl. sie beeinflussender Faktoren

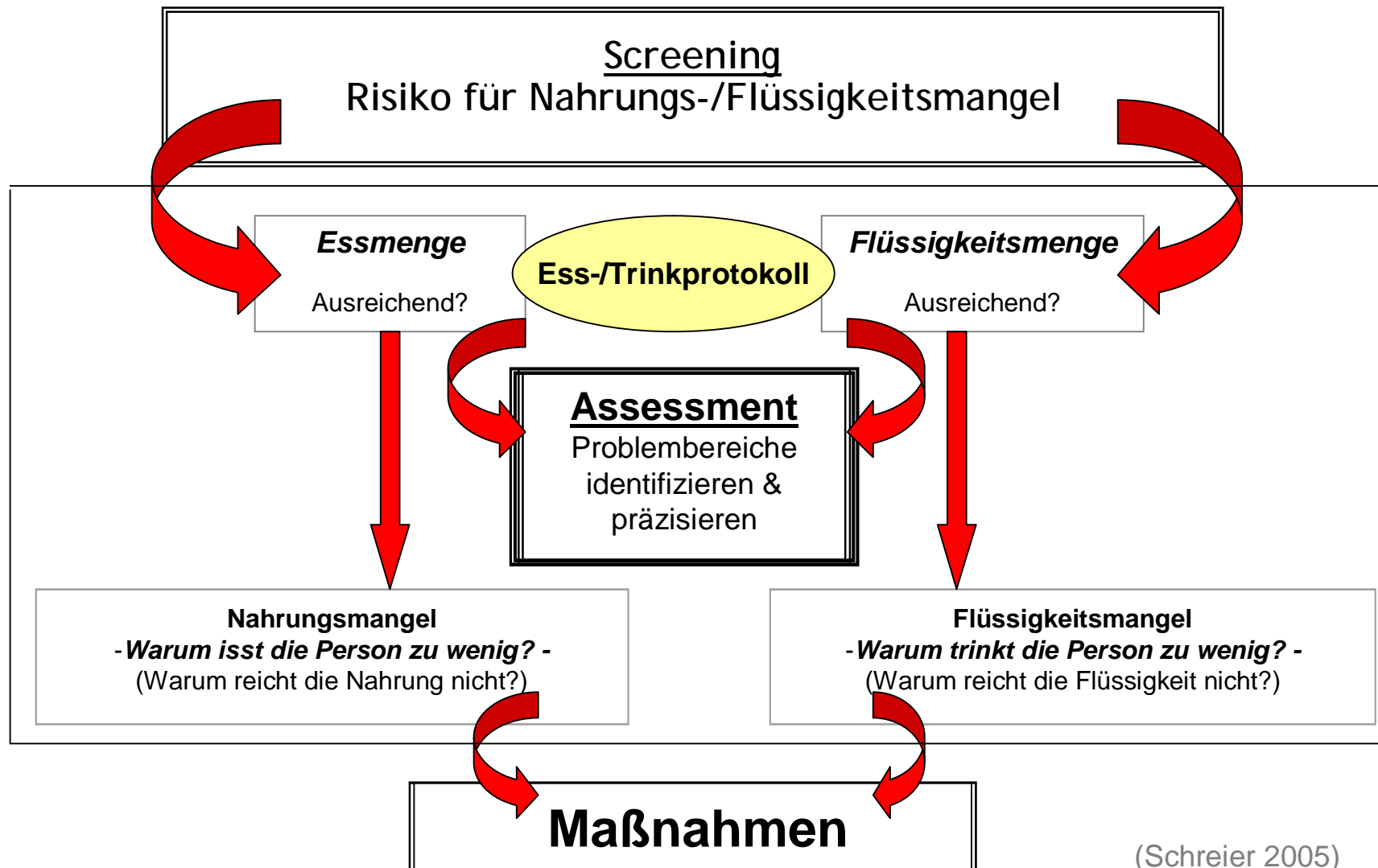
§ Risikoerfassung bei jeder Person mit Pflegebedarf (allgemein!): sehr einfach, **Achtung bei BMI** bei alten Menschen

§ Bei vorhandenem Risiko: Evtl. Nahrungs- und Trinkprotokoll

§ wichtig Assessment: Was könnten Gründe für Probleme sein (z.B. Medikation, Angst vor Inhaltsstoffen, Umgebungsfaktoren, erhöhter Bedarf, vermehrter Verlust, unzureichende Unterstützung)



Screening & Assessment





Ebene 2

Anwendung multiprofessionell geltender Verfahrensregelung

- § Koordination der Versorgung durch Pflegende auf Basis von verbindlicher Vereinbarung (Verfahrensregelung) in Kooperation mit Küche, Hauswirtschaft, Absprache mit z.B. Ärzten, Logopäden, Diätass.



QN II



Bartholomeyczik, Schreier, Volkert, Bai:

Qualitätsniveau II (QN II):

Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von
Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung

Economica 2008

im Auftrag der BUKO QS

gefördert durch das BMFSFJ



Ebene 3

Individuelle Planung von Mahlzeiten und Interaktion

§ Planung gemeinsam mit Pat/BW, möglichst auch mit Angehörigen:

Maßnahmen zur Unterstützung

Gestaltung der Umgebung

Flexibles Speisen- und Getränkeangebot,
Darreichungsformen

Hinzuziehung weiterer Berufsgruppen bei Bedarf

§ auf Basis eines "geeigneten" **Verpflegungskonzepts**

z.B. DGE:

Qualitätsstandards für die Verpflegung in stationären
Senioreneinrichtungen (2009)



Ebene 4

Gewährleistung von erforderlicher Unterstützung mit
Voraussetzung: ausreichend Personal + geeign. Raum

§ Selbstbestimmung und Eigenaktivität müssen
unterstützt werden können

§ Interaktionsgestaltung muss motivierend sein

§ Bei spezifischen, mit Nahrungsaufnahme verbundenen
Gesundheitsproblemen muss adäquat unterstützt
werden können: z.B. Demenz, Schluckstörungen,
Mundgesundheit



Ebene 5

Beratung von Betroffenen und Angehörigen

- § Pflegerische Beratung: Abgrenzung gegenüber Beratung durch Diätass./ Ernährungswiss., Ärzte z.B.:
 - § Gefahren von Mangelernährung
 - § Möglichkeiten der Unterstützung
 - § Anleitung zum Umgang mit Hilfsmitteln



Ebene 6

Evaluation evtl. gemeinsam mit anderen Berufsgruppen

- § Ziel kann nicht die völlige Prävention von Mangelernährung sein, da oral evtl. nicht zu leisten!
- § Ziel ist Sicherstellung/Gewährleistung der oralen Nahrungsaufnahme
- § Überprüfung gemeinsam mit Pat./BW, möglichst Angehörigen,
- § Abstände sind indiv. festzulegen (je nach Risiko, nach Setting)



Hervorzuheben

1. Bedürfnis vor Bedarf
2. Empfehlung für strukturierte Risikoerfassung (Screening) und tiefergehende handlungsleitende Untersuchung (Assessment);
3. Verfahrensregel zur Verteilung von Verantwortlichkeiten und Kompetenzen (z.B. einrichtungsspezifische Ernährungsteams)
4. Ernährungskonzept zur Qualität des erforderlichen Angebots
5. Schnittstellen:
 - § Dysphagie
 - § Mundgesundheit
 - § Demenz
 - § Enterale/ parenterale Ernährung
6. Ziel kann nicht Vermeidung von Mangelernährung sein, da mit oraler Ernährung evtl. nicht zu erreichen



Schwierigstes Problem

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
- § Problem: Es ist bisher nicht nachgewiesen, dass eine enterale Ernährung bei Menschen mit Demenz etwas Positives für sie bringt
- § KEINE Nahrungsaufnahme kann auch Teil eines Sterbeprozesses sein und MUSS entsprechend respektiert werden



Zeitplan

- § 8.10.08 Konsensuskonferenz
- § 5.12.08 Überarbeitung der Ergebnisse der Konsensuskonferenz in Expertenrunde
- § Sonderdruck-Broschüre ist im März 2009 erschienen
- § Derzeit modellhafte Implementierung in 25 Einrichtungen (begleitet von der FH Osnabrück) mit abschließendem Audit
- § Februar 2010: Workshop mit Vorstellung der Audit-Ergebnisse und Diskussion der Praxiserfahrungen