

Neue Standards (DGE) für die Verpflegung in der stationären Altenpflege

Prof. Ulrike Arens-Azevedo

1. Die Ausgangslage

Die Anzahl an Senioren in stationären Einrichtungen hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht, allerdings werden immer noch etwa zwei Drittel aller Pflegebedürftigen ambulant bzw. durch Familienangehörige versorgt. Gegenwärtig sind es etwa 677.000 ältere Menschen, die in 10.400 stationären Einrichtungen leben.

Auch die Lebenserwartung steigt weiterhin kontinuierlich an. So weist das statistische Bundesamt für Männer einen Wert von 77,2 Jahren aus und für Frauen von 82,3 Jahren.

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit an Altersdemenz zu erkranken, rapide an. Geschätzt wird, dass aktuell etwa 1 Millionen Menschen mit demenziellen Erkrankungen in der Bundesrepublik leben, jedes Jahr kommen ca. 200.000 Neuerkrankungen hinzu. Über zwei Drittel aller Demenzerkrankten sind Frauen. Im Alter von 90 Jahren und mehr leidet jeder Dritte an einer Demenz und unter den Heimbewohnern zeigen fast 60 % mehr oder weniger ausgeprägte Anzeichen dieser Krankheit. Experten schätzen, dass bis zum Jahr 2050 die Anzahl der demenziell Erkrankten auf 2,25 Millionen angestiegen sein wird.

Weit weniger eindeutig sind die Daten über die Häufigkeit von Mangelernährung. Auf Europa geschaut, bewegen sich die Angaben zwischen 10 und 60 % in stationären Einrichtungen. Die großen Unterschiede in den Zahlen lassen sich wohl in erster Linie auf die eingesetzten Screening-Instrumente zurückführen.

Ein Beispiel für die Verteilung des BMI liegt aus dem Ernährungsbericht 2008 vor. Die unten stehende Graphik übernimmt die Kategorien der WHO. Werden Menschen schon ab einem BMI von weniger als 20 als mangelernährt eingestuft, so sind es nach dieser Untersuchung 10 % der Männer und 12 % der Frauen.

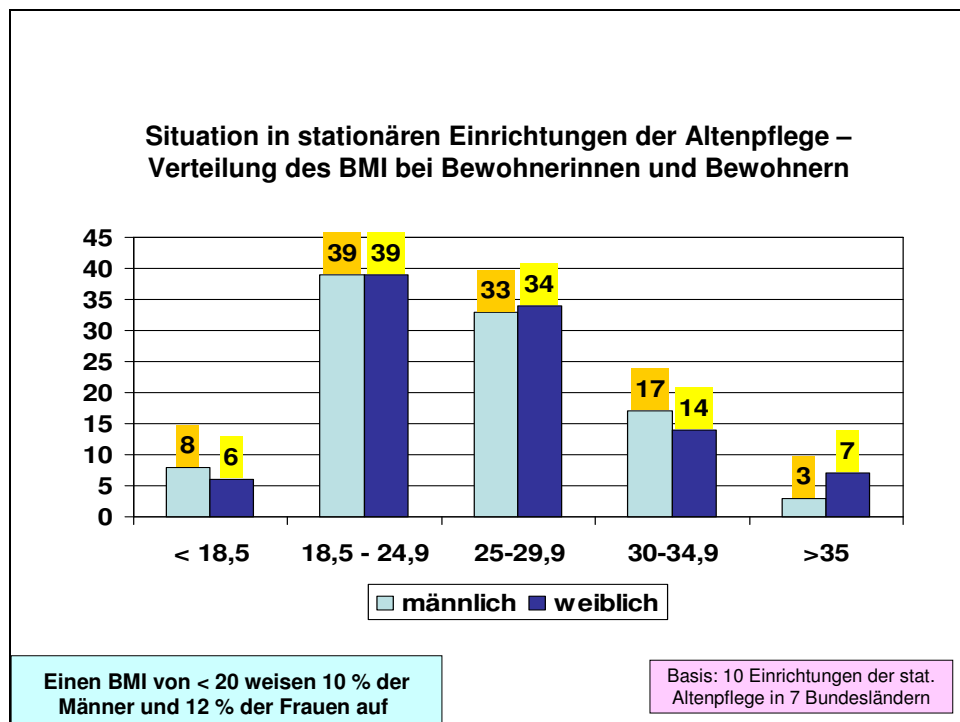


Abbildung 1: Verteilung des BMI in stationären Einrichtungen, Ergebnisse der ErnSTES-Studie

2. Die Qualitätsstandards für die Verpflegung

Die Entwicklung von Standards gehört zu den zentralen Aufgaben von Qualitätsmanagement. Qualitätsmanagement erstreckt sich auf alle Tätigkeiten und alle Hierarchieebenen einer Leistungserstellung. Dabei sind die Teilqualitäten und die verschiedenen Dimensionen zu berücksichtigen. Die Teilqualitäten betreffen **Strukturen, Prozesse** und **Ergebnisse**. Zu den Strukturen in der Verpflegung zählen zum Beispiel das Personal, die technische Ausstattung, die Organisationsform aber auch die Kommunikation mit Mitarbeitern und Senioren sowie Angehörigen. Die Prozessgestaltung zielt auf reibungslose Abläufe ab, die Vermeidung von Standzeiten bei der Speissherstellung oder auf chargenweises punktgenaues Garen, um die Nährstoffe bestmöglich zu erhalten. Die Ergebnisqualität wird geprägt durch entsprechende Rezepturen und eine hohe Qualität von Rohwaren bzw. Convenience Produkten. Auch eine einwandfreie und ansprechende Sensorik sowie der Ausschluss jeglicher Gesundheitsgefährdung gehören zur Ergebnisqualität. Mit Standards werden die konkreten Anforderungen an die Qualität einer Dienstleistung oder eines Produktes beschrieben. Sie sind gewissermaßen die Meßplatte, an der sich die Leistung orientieren muss.

Die Qualitätsstandards für die Verpflegung berücksichtigen die ernährungsphysiologischen Anforderungen der jeweiligen Zielgruppe. Sie basieren hinsichtlich der Lebensmittelauswahl auf dem Konzept der dreidimensionalen Lebensmittelpyramide und hinsichtlich der Nährstoffempfehlungen auf den D-A-CH Referenzwerten für die entsprechende Altersgruppe.

Die **Überprüfung der Qualität** umfasst Checklisten, mit deren Hilfe zum Beispiel die ernährungsphysiologische Qualität der Speisen bewertet werden kann, auch die Zufriedenheit von Senioren und Angehörigen sowie von Mitarbeitern sollte in regelmäßigen Abständen erfragt werden. Das Beschwerdemanagement ist Teil der Überprüfung der Qualität. So lassen sich aus der Anzahl und der Art der Beschwerden Rückschlüsse auf die Zufriedenheit ziehen.

Ein Qualitätshandbuch speziell für den Bereich der Verpflegung ist Grundlage der **Qualitätsdarlegung**. Hier werden die Verantwortlichkeiten festgelegt, wichtige Arbeitsanweisungen für zentrale Prozesse beschrieben, Schnittstellen benannt und die jeweilige Arbeitsorganisation erläutert. Qualitätshandbücher müssen für alle zugänglich sein. Veränderungen von Abläufen und Strukturen sind im Qualitätshandbuch zu dokumentieren. Das Handbuch ist intern ein wichtiges Nachschlagewerk, extern ein Markenzeichen.

Kontinuierliche Qualitätsverbesserung ist ein weiteres wichtiges Aktionsfeld, das sich aus der Logik des Qualitätsmanagements ergibt. Die Ausgangsbasis für geeignete Maßnahmen sind immer die Ergebnisse, die im Rahmen der Qualitätsüberprüfung gewonnen werden. Dabei sind die Ziele und hieraus abgeleitete Standards regelmäßig zu reflektieren und zu verbessern.

2.1 Die Standards im Einzelnen

Wünschenswerte Lebensmittel werden konkret beschrieben, auch die Häufigkeiten innerhalb eines definierten Zeitraums sowie empfohlene Portionsgrößen sind in den Standards festgelegt.

Dabei wird zwischen einem PAL von 1,2 und 1,4 unterschieden. Für Personen, die eine unzureichende Energieaufnahme aufweisen, wurden auch Lebensmittel aufgenommen, die höhere Fettmengen enthalten.

Die Tabelle der Lebensmittelgruppen stellt dabei diejenigen Lebensmittel dar, die im Gesamtangebot einer Woche mindestens enthalten sein müssen. Das Angebot kann beliebig erweitert werden, um den besonderen Bedürfnissen der älteren Menschen gerecht zu werden.

Die D-A-CH Referenzwerte sind, da es sich bei den Senioren um eine Vollverpflegung handelt, im Durchschnitt innerhalb einer Woche zu erreichen. Dies setzt eine Berechnung des Mahlzeitenangebots voraus. Auch für das Getränkeangebot gibt es konkrete Empfehlungen.

Hinsichtlich der besonderen Situation in stationären Einrichtungen wird auf die Problematik von Mangelernährung, von Kau- und Schluckstörungen, Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas und Demenz besonders eingegangen. Dabei wird das Grundprinzip des nährstoffoptimierten Speisenangebots und der Lebensmittelauswahl auf der Basis der dreidimensionalen Lebensmittelpyramide beibehalten.

Die Akzeptanz der Verpflegung ist in hohem Maße von der **sensorischen Qualität** abhängig. Deshalb sollen im Angebot auch die Vorlieben und Abneigungen der Senioren ihren Niederschlag finden.

Wurde bei einem Bewohner bzw. einer Bewohnerin **Mangelernährung** festgestellt, so sollte nach einem entsprechenden Stufenplan verfahren werden.

Dabei sind zunächst alle Maßnahmen auszuschöpfen, die eine „normale“ Mahlzeitaufnahme ermöglichen. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Konsistenz der Speisen zu variieren, sich anhand der Essbiographie über besonders beliebte Speisen zu informieren, mehrere kleine Mahlzeiten über den ganzen Tag anzubieten und ggf. auch Snacks während der Nacht vorzuhalten.

Verzehrt der Bewohner nur einen Teil seiner Mahlzeit, so ist es unsinnig, den Teller immer wieder mit einer normal großen Portion zu befüllen. Im Gegenteil: hierdurch werden sogar Aggressionen geweckt und der „Restappetit“ verschwindet vollständig.

Besser ist es in einem solchen Falle viele kleine Mahlzeiten anzubieten und auf Lebensmittel zurückzugreifen, die besonders beliebt sind. Ein Beispiel hierfür ist Trinkschokolade.

Die **Umgebungsgestaltung** beim Essen spielt für alle Menschen eine entscheidende Rolle. Eine angenehme Atmosphäre unterstützt das Wohlbefinden und fördert den Appetit.

Je nach Fitness von Bewohnerinnen und Bewohnern sollten verschiedene Möglichkeiten der Gestaltung erprobt werden. Hierzu gehören die entsprechende Dekoration der Tische, helle und freundliche Möbel, gute Belüftung und ggf. anregende Musik.

Viele Menschen müssen bei Essen unterstützt werden, sei es, weil sie vergessen haben, mit Besteck umzugehen, sei es, weil entsprechende Krankheiten sie im Umgang mit den Mahlzeiten unsicher machen und die Gefahr des Verschluckens besteht.

Ruhe und Geduld im Umgang mit diesen Menschen ist eine zwingende Voraussetzung. Manchmal besteht durchaus die Fähigkeit, noch selbst zu essen, der Vorgang zieht sich aber über einen langen Zeitraum hinweg. Typisches Beispiel hierfür sind Parkinson Patienten, die durchaus zwischen 45 und 60 Minuten für das Mittagessen benötigen.

2.2 Der Einsatz der Standards

Die Standards lassen einen stufenweisen Einstieg zu. Stufe 1 berücksichtigt die Umsetzung überwiegend qualitativer Aspekte. Zum Beispiel: Rapsöl ist als Standardöl (z.B. für Salatdressings) einzusetzen und Milchprodukte sind in der fettarmen Angebotsform zu verwenden. Vollkornprodukte sind im Angebot integriert.

Stufe 2 berücksichtigt die Umsetzung der D-A-CH Referenzwerte. Für das Management von Verpflegung folgt hieraus: Es gibt einen Speiseplan, der einen Menüzyklus für die Mittagmahlzeiten von mindestens 6 Wochen aufweist und das jahreszeitliche Lebensmittelangebot berücksichtigt. Produziert wird nach festgelegten Rezepturen. An Festtagen und zu besonderen Anlässen wird das Speisenangebot entsprechend erweitert.

Eine optimale Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern ist nur gewährleistet, wenn die Einrichtung über ein regelrechtes Ernährungsmanagement verfügt. Hierunter ist zu verstehen, dass das Personal der Küche bzw. hauswirtschaftliches Personal routinemäßig mit dem Pflegepersonal Gespräche führt und die jeweiligen Professionen ihre Erfahrungen und ihr Wissen einbringen, um in besonders schweren Fällen die richtigen Entscheidungen zu treffen.

Die Einrichtungen sollten solche interdisziplinären Besprechungen verstetigen, die Häufigkeit in den QM-Handbüchern festschreiben und ggf. auch andere Professionen einbeziehen wie Logopäden oder Ergotherapeuten. Kurzprotokolle, die die konkreten Vereinbarungen festhalten sind sinnvoll und machen es allen Beteiligten leichter, entsprechend zu verfahren.

Werden die Standards erfüllt, so kann sich eine Einrichtung zertifizieren lassen. Ein entsprechendes Zertifikat ist eine Auszeichnung, die sehr wohl auch eine Funktion im Wettbewerb haben kann.

3. Fazit

Die Einführung der Qualitätsstandards für die Verpflegung könnte einen Beitrag zur Verbesserung der Ernährungssituation leisten. Voraussetzung hierfür ist eine breite Akzeptanz bei den Verantwortlichen. Mahlzeiten haben in den stationären Einrichtungen der Altenpflege eine besondere Bedeutung. Sie helfen den Tag zu strukturieren, ermöglichen Gespräche und Geselligkeit. In einer neuen Umgebung sollen sich die älteren Menschen wohl fühlen, dies hängt in hohem Maße auch von der Qualifikation und Freundlichkeit des betreuenden Personals ab. Wichtig ist der Respekt vor dem älteren Mensch und der Freiraum, der ihm gegeben wird, um auch bei der Ernährung Einfluss zu nehmen. Nur so ist eine Steigerung der Lebensqualität auch in hohem Alter noch möglich.

Die Projekte der DGE unterstützen die Einführung der Standards und geben wichtige Hilfestellungen und Tipps. Im Projekt „Fit im Alter“ sind bereits mehrere informative Handreichungen entstanden, die entsprechend eingesetzt werden können. Auch Schulungen zur Qualifikationen der Mitarbeiter werden von der DGE angeboten.

Literaturverzeichnis

ADI, DGE (Hrsg.): Senioren in der Gemeinschaftsverpflegung. Bonn 2007

Bayrische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen: Ratgeber für die richtige Ernährung bei Demenz, Ernst Rheinhardt Verlag München, Basel 2007

BMFSFJ (Hrsg.): erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, Bonn 2006

Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, Th. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut, Berlin 2009

Borker, Siegfried: Akute und chronische Nahrungsverweigerung. Heilberufe 2002, 4: S.32-33

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): Essen und Trinken bei Demenz, Bonn 2007

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): Projekt „Fit im Alter“ Kau- und Schluckbeschwerden. Bonn 2009

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) Qualitätsstandards für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen. Bonn 2009

Gazotti, C. et al.: Prevention of malnutrition in older people during and after hospitalisation: results from a randomised controlled clinical trial. Age and Ageing 2003, 32: p.321-325

Gehring-Vorbeck, T.: Essen und Trinken, wie und wann ich will... Nahrungsverweigerung und Sondenernährung. Fachtagung Ethik in der Pflege.

Commission for Social Care Inspection (ed.): Highlight of the day? Improving meals for older people in care homes. London March 2006

Hackl, JM. Et. al.: Prävalenz der Mangelernährung bei alten Menschen. Journal für Ernährungsmedizin 2006; 8(1), S. 13-20

Heseker, H.: PATRAS - Paderborner Trainingsstudie. Deutscher Präventionspreis 2005

Heseker, H.: Ich habe aber keinen Appetit! Aktuelle Ernährungsmedizin 2007, 32: Supplement 2, S. 173-176

Heseker, H.; Stehle, P.: Ernährung älterer Menschen in stationären Einrichtungen (ErnSTES-Studie) in DGE (Hrsg.) Ernährungsbericht 2008, Bonn 2008, S. 157 - 204

MDS (Hrsg.): Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen, Essen 2003

Menebröcker, Claudia: Ernährung in der Altenpflege. München 2008

Milne, A.; Avenell, A.; Potter, J.: Meta-analysis: Protein and energy supplementation in Older People. Annals of internal medicine, vol 144, No. 1, p.37-46

RKI, Statistische Bundesamt (Hrsg.): Altersdemenz. Heft 28, Berlin 2005

The Foundation of nursing studies: improving the health of older people, implementing patient focused mealtime practice. Foundation of nursing Studies Dissemination Studies, Series 2006, vol 3, No. 10, p. 1-4

Volkert, D.: Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM und DGG, Aktuelle Ernährungsmedizin 2004; 29: 190-197

Anschrift der Verfasserin

Prof. Ulrike Arens-Azevedo
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Lohbrügger Kirchstr. 65
21033 Hamburg
Ulrike.Arens-Azevedo@haw-hamburg.de