

## 2 Problematisierung (Ernährung älterer Menschen)

Die Ernährungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung gelten grundsätzlich auch für alte Menschen (vgl. Borcker, 2002). Allerdings ergeben sich altersbedingte Ernährungsempfehlungen aufgrund der Auswirkungen des physiologischen Alterungsprozesses (vgl. Borcker, 2002), die die Entstehung von Mangelernährung begünstigen.

Gefährdet für Mangelernährung sind Menschen, die aufgrund von Krankheit und kognitiver Beeinträchtigung nicht in der Lage sind, ihren Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarf zu decken. Alte Menschen sind infolge physiologischer Veränderungen, reduzierter Anpassungsfähigkeiten sowie verminderten Appetits besonders für Mangelernährung gefährdet.

Mangelernährung galt aus der Sicht der Pflegenden in der stationären und ambulanten Pflege lange Zeit als schwer beeinflussbares Phänomen. Die Publikation der MDS Grundsatzstellungnahme zum Thema Ernährung älterer Menschen im Jahr 2003 gab eine erste Orientierung im Umgang mit Mangelernährung, die von der Pflegepraxis in der stationären Pflege auch aufgenommen wurde.

Von der professionellen Pflege muss erwartet werden, dass sie für die Thematik Mangelernährung sensibel ist und die pflegerischen Möglichkeiten, Mangelernährung abzuwenden und zu kompensieren ausgeschöpft werden. Die Notwendigkeit einer bedürfnis- und bedarfsgerechten Ernährung muss aus pflegefachlicher Sicht nicht diskutiert werden, sie ist von der Pflege ebenso wie von anderen an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen und Berufsgruppen gewollt. In der stationären Langzeitpflege aber auch im privaten Umfeld pflegebedürftiger Menschen, die zuhause gepflegt werden, werden dennoch häufig Strukturen angetroffen, die diesem Anspruch auf den ersten Blick noch nicht gerecht werden. Fehlerquellen sind z. B. in der stationären Pflege u. a. unflexible Essenszeiten, unflexibles Speisen- und Getränkeangebot, Schwan-

kungen in der Qualität des Speisen- und Getränkeangebots, ungeeignete räumliche Voraussetzungen zur Mahlzeiteneinnahme in Gesellschaft, unzureichende oder ungezielte pflegerische Unterstützung bei der Mahlzeiteneinnahme, wenig ausgeprägte Sensibilität für Esskultur und kulturspezifische Aspekte im Zusammenhang mit den Mahlzeiten, insgesamt sehr funktionale und arbeitsteilig organisierte Abläufe bei der Mahlzeitengestaltung.

Die Auseinandersetzung mit dem Expertenstandard Ernährungsmanagement wird stationären Pflegeeinrichtungen helfen, ihre Strukturen und deren Auswirkungen auf die Pflegeergebnisse zu hinterfragen und mit der Umsetzung auch neue, bessere Voraussetzungen zu schaffen.

### 3 Ziele des Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“

Mit dem Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ ist der pflegerische Beitrag unter Berücksichtigung der interprofessionellen Schnittstellen durch die Expertenarbeitsgruppe nun geklärt. Der Expertenstandard zielt darauf ab, eine bedürfnisorientierte und bedarfsgerechte orale Ernährung von kranken und pflegeabhängigen Menschen mit pflegerischer Unterstützung zu sichern und zu fördern. Die Grenzen der pflegerischen (und therapeutischen) Möglichkeiten werden dabei anerkannt und der Umgang mit diesen Grenzen beschrieben.

Der Expertenstandard Ernährungsmanagement zeigt, dass durch pflegerische Maßnahmen die Verhinderung von Mangelernährung oder die Kompensation von bereits bestehenden Ernährungsdefiziten und somit eine bedarfsgerechte Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung auf der Basis pflegerischen Agierens möglich ist. Darüber hinaus gibt der Expertenstandard Aufschluss darüber, dass in Pflegesituationen, in denen eine bedarfsgerechte Ernährung nicht zu erreichen ist, die Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung im Sinne einer bedürfnisgerechten Ernährung durch pflegerische Maßnahmen in den Vordergrund gestellt werden darf. Die ethischen Grenzen und der pflegerische Handlungsspielraum werden beschrieben.

Anhand von praxistauglichen Instrumenten, deren Methodik bereits aus vorangegangenen Expertenstandards bekannt ist, werden die pflegerischen Einflussmöglichkeiten beim Ernährungsmanagement und im Umgang mit Mangelernährung aufgezeigt. Die Bedeutung des Themas Autonomie des Pflegebedürftigen wird ebenso herausgearbeitet wie die Beschreibung und Bewertung der

Zusammenhänge zwischen berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit, Wissens- und Kompetenzerwerb bei den Pflegefachkräften sowie die Schaffung geeigneter struktureller Voraussetzungen für ein effizientes Ernährungsmanagement (vgl. DNQP, 2010, S. 28–30).

Die Mehrdimensionalität und Komplexität, die aus der Erreichung der Zielsetzung des Expertenstandards resultieren, sind über die Beschreibung der pflegerischen Aufgabenstellung im Sinne der Ebenen 1–6 des Expertenstandards optimal abgebildet. Der Expertenstandard Ernährungsmanagement zeigt die Beeinflussbarkeit des Problems Mangelernährung durch die Pflege auf und macht es durch die mehrdimensionale Betrachtung pflegerischer Maßnahmen für Pflegefachkräfte handhabbar.

## 4 Implementierungsstrategien des Expertenstandards

Die Implementierung eines Expertenstandards in die Pflegepraxis ist komplex sowohl für das Pflegemanagement als auch für das Qualitätsmanagement. Diese Aufgabe erfordert eine hohe Fach- und Methodenkompetenz auf Seiten der für die Implementierung Verantwortlichen. Einige Autoren beschreiben ernstzunehmende Probleme bei der Implementierung eines Expertenstandards in die Pflegepraxis:

„Die Expertenstandards sind für eine sektorenübergreifende Anwendung entwickelt worden. Ziel ist, dass Pflegekräfte in Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen nach einem Standard arbeiten. Von daher enthalten die Expertenstandards keine Gebrauchsanweisung. Sie bilden einen theoretischen Überbau und müssen in der Praxis ‚mit Leben‘ gefüllt werden. Dies hat insbesondere in der Altenpflege zu kritischen Diskussionen geführt. Die offene Struktur stößt auf Widerstand. In der Praxis wird häufig bemängelt, dass keine konkreten Aussagen gemacht werden und es an kleinschrittigen Handlungsanweisungen fehlt“ (Stenzel, 2008, S. 50).

Die „offene Struktur“ birgt jedoch für die Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege keinesfalls nur Risiken. Sie eröffnet auch Möglichkeiten für eine auf die Besonderheiten der jeweiligen Einrichtung und damit auf die Interessen der Pflegedürftigen ausgerichtete Umsetzung des Standards.

Die Implementierungsstrategie muss sowohl den personellen und materiellen Ressourcen der Einrichtung gerecht werden als auch einen effizienten Wissenstransfer in die Pflegepraxis gewährleisten. Entscheidend ist deshalb die Auswahl einer ggf. entlang der betrieblichen Notwendigkeiten orientierte Modifikation der richtigen Methode zur Implementierung des Expertenstandards.

## 4.1 Methode zur stationsgebundenen Qualitätsentwicklung

Die Implementierung von Expertenstandards soll gemäß der Empfehlungen des DNQP entlang der dezentralen Methode zur stationsgebundenen Qualitätsentwicklung erfolgen. Die Ursprünge dieser Methode kommen aus den USA und orientieren sich am PDCA-Zyklus. Die Herangehensweise ist durch eine aktive Einbeziehung des Pflegeteams in den Qualitätsentwicklungsprozess gekennzeichnet (vgl. Stenzel, 2008), d. h. Pflegefachkräfte werden an der Erarbeitung, Implementierung und Evaluation eines Standards aktiv beteiligt. Durch die Anwendung dieser Methode ist ein größtmöglicher Theorie-Praxis-Transfer zu erreichen. Pflegefachkräfte sind gefordert, anhand dieser Methode ihr Handeln „permanent zu reflektieren“ (Stenzel, 2008, S. 50) und weiterzuentwickeln, was den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse erleichtert. Grenzen in der Anwendung der dezentralen Methode zur stationsgebundenen Qualitätsentwicklung ergeben sich sicherlich durch die Rahmenbedingungen, die aus dem SGB XI und dem Heimrecht resultieren und damit für die stationäre Pflege gelten. Darunter fallen (vgl. Stenzel, 2008, S. 51):

- Erbringung der pflegerischen Dienstleistung mit einer Fachkraftquote von nur 50 %,
- Erbringung der pflegerischen Dienstleistung durch qualifikationsgemischte Pflegeteams (50 % angeleitete Pflegekräfte),
- Mangel an höchstqualifizierten Leitungskräften (Mindestanforderung an die Zusatzqualifikation zur verantwortlichen Pflegefachkraft von 480 Stunden),
- Mangel an höchstqualifizierten Qualitätsmanagern in der Pflege (Mindestanforderung an die Zusatzqualifikation Weiterbildung zum Qualitätsbeauftragten, ggf. auch ohne pflegefachliche Ausbildung).

Erschwerend hinzu kommen Auswirkungen aus dem bundesweit herrschenden Fachkräftemangel in der Pflege, der dazu führt, dass offene Fachkraftstellen häufig nicht zeitnah, nicht adäquat oder nicht langfristig besetzt werden können.

Die Anwendung der dezentralen Methode zur stationsgebundenen Qualitätsentwicklung erfordert den Einsatz einer erheblichen personellen Ressource. Deshalb ist es wichtig, dass die Instrumente zur Qualitätsentwicklung, wie sie die dezentrale Methode vorsieht, richtig und effizient angewendet werden.

## 4.2 Anwendung der Methode am Beispiel der stationären Altenpflege

Die Anwendung der dezentralen Methode muss in der Altenpflege sowohl die personellen Möglichkeiten der Einrichtungen berücksichtigen als auch die Tatsache, dass die Dienstleistung Pflege im interdisziplinären Team erbracht wird.

Die Implementierung des Expertenstandards wird in vier Phasen unterteilt (vgl. DNQP, 2010, S. 158–159) und dauert ca. sechs Monate:

### *Phase 1: Fortbildungen zum Expertenstandard*

Die Phase 1 beginnt mit einer Kick-Off-Veranstaltung für alle beteiligten Berufsgruppen. Das einrichtungsinterne Fortbildungsangebot orientiert sich am Bedarf der Einrichtung. Die Fortbildungen flankieren alle vier Implementierungsphasen.

### *Phase 2: Anpassung einzelner Kriterien an die besonderen Anforderungen der Zielgruppe oder der Einrichtung im Sinne einer Konkretisierung*

In dieser Phase findet eine tiefer gehende Auseinandersetzung mit den einzelnen Kriterienebenen des Expertenstandards und deren Umsetzung in die Pflegepraxis statt. Die Notwendigkeit für einrichtungsspezifische Konkretisierungen des Expertenstandards kann sich ergeben, wenn besondere Bedingungen für eine bestimmte Zielgruppe oder die Einrichtung (z. B. räumlich oder konzeptionell) abzubilden sind. Unbedingt zu beachten ist bei der Anpassung des Expertenstandards auf einrichtungs- oder zielgruppenspezifische Besonderheiten, dass die Kernaussagen des Expertenstandards und das daraus folgende Qualitätsniveau nicht unterschritten werden darf.

### *Phase 3: Einführung und Anwendung des Expertenstandards*

In dieser Phase erreicht der Expertenstandard die Pflegepraxis. Der mit der Einführung und Umsetzung des Expertenstandards verbundene Veränderungsprozess für die Pflege wird durch eine enge Prozessbegleitung der Projektverantwortlichen flankiert.

### *Phase 4: Audit*

Das Audit bildet den Abschluss des Implementierungsprojekts. Im Rahmen des Audits wird die Umsetzung aller Kriterienebenen des Expertenstandards überprüft. Das Audit wird durch die am Projekt Beteiligten oder einen übergeordneten Qualitätsexperten durchgeführt, wichtig ist, dass die Auditierenden sich nicht selbst bewerten. Das Audit wird einrichtungsintern angekündigt und so vorbereitet, dass eine Beteiligung und Unterstützung des Vorhabens durch die Pflegeteams sichergestellt ist. Der einzuplanende Zeitaufwand für das Audit variiert je nach Größe der Einrichtung und Anzahl der Auditoren. Den größten Aufwand stellt die Erhebung der bewohnerbezogenen Daten dar. Sie ist neben der Befragung des Bewohners mit der Analyse der Pflegeplanung/Pflegedokumentation verbunden und dauert pro Bewohner zwischen 30 bis 50 Minuten (vgl. DNQP, 2010, S. 149).

Folgende Instrumente sind für die effektive und nachhaltige Implementierung des Expertenstandards von ausschlaggebender Bedeutung:

- Inhouse Fortbildungen,
- interdisziplinäre Qualitätszirkelarbeit,
- prozessbegleitende Qualifizierung im Rahmen von Einzelcoachings,
- Audit.

## **4.2.1 Inhouse Fortbildungen**

Inhouse Fortbildungen dienen der Vorstellung des Expertenstandards sowie der Vermittlung der im Expertenstandard zugrunde gelegten pflegefachlichen Überlegungen und der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse, die die Aussagen des Expertenstandards

stützen. Hilfreich ist darüber hinaus die Aktualisierung von Grundlagenwissen zum Thema Ernährung. Hierfür sollten die Pflegedienstleitung und/oder der Qualitätsmanagementbeauftragte für die Einrichtung vorab den einrichtungsinternen Fortbildungsbedarf ermitteln.

Inhouse Fortbildungen sind sowohl im Zusammenhang mit dem Auftakt für die Implementierung des Expertenstandard sinnvoll als auch, um gezielt Wissenslücken oder neue Erkenntnisschwerpunkte für das pflegerische Handeln, die sich im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit ergeben, aufzuarbeiten und/oder zu vertiefen.

Themenschwerpunkte für Inhouse Fortbildungen, die im Zusammenhang mit der Implementierung und Umsetzung des Expertenstandards Ernährungsmanagement erforderlich sind, können sein:

- Grundlagenwissen für eine gesunde Ernährung/Ernährungsphysiologie,
- bedarfsgerechte Ernährung/Bedarfsermittlung,
- Mangelernährung/Ausprägung und Auswirkung von Mangelernährung,
- Nahrungsverweigerung,
- pflegerische Interaktion bei der Unterstützung der Nahrungsaufnahme (ggf. anhand von Beispielen für eine gelungene bzw. nicht gelungene Interaktion),
- Hilfsmittel/Umgang mit Hilfsmitteln,
- Pflegeplanung bei Ernährungsrisiko/Ernährungsproblemen/Nahrungsverweigerung,
- Evaluation der Pflegeplanung bei Ernährungsrisiko/Ernährungsproblemen/Nahrungsverweigerung.

Die Inhouse Fortbildungen können sowohl von Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagern oder versierten Pflegefachkräften aber auch durch externe Experten durchgeführt werden. Es ist zu empfehlen, Inhouse Fortbildungen je nach Thematik für die Dauer von 1,5 bis 4 Stunden abzuhalten und Schulungsunterlagen an die Teilnehmer herauszugeben, die es ermöglichen, zu einem späteren Zeitpunkt die Inhalte nachzulesen und diese zur Umsetzung des Expertenstandards heranzuziehen. Damit sich die Fortbildungs-

halte einfacher in die Pflegepraxis umsetzen lassen, sollte jede Inhouse Fortbildung praktische Übungen enthalten (vgl. DNQP, 2010, S. 171).

## 4.2.2 Interdisziplinärer Qualitätszirkel



### Empfehlung

Der interdisziplinäre einrichtungsinterne Qualitätszirkel ist das zentrale Instrument bei der Implementierung des Expertenstandards Ernährungsmanagement. Über den einrichtungsinternen Qualitätszirkel wird der Theorie-Praxis-Transfer organisiert und der gesamte Implementierungsprozess gesteuert. Der einrichtungsinterne Qualitätszirkel ist ein Instrument, das jede Einrichtung umsetzen kann. Einige Regeln müssen eingehalten werden: die Teilnahme am Qualitätszirkel sollte freiwillig sein und die Zusammensetzung interdisziplinär (Pflege, Hauswirtschaft, Externe). Über jeden Qualitätszirkel sollte ein Protokoll angefertigt werden, damit auch Mitarbeiter, die nicht teilnehmen den aktuellen Stand nachvollziehen können. Die Dauer eines Qualitätszirkels sollte 1–2 Stunden je Termin nicht überschreiten. Wichtig ist, dass der Moderator den Qualitätszirkel inhaltlich gut vorbereitet und ggf. notwendige Materialien an die Teilnehmer rechtzeitig herausgibt.

*Literaturempfehlungen zur Vorbereitung der Qualitätszirkel*  
DNQP (2010). Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.  
Borker S (2002). Nahrungsverweigerung in der Pflege. Bern: Huber.  
Tannen A & Schütz T (2011). Mangelernährung. Stuttgart: Kohlhammer.

Folgendes inhaltliche Vorgehen bei der Gestaltung eines einrichtungsinternen Qualitätszirkels zur Implementierung des Expertenstandards Ernährungsmanagement hat sich bewährt (modifiziert nach Pews, 2011):