Herausforderungen des Ernährungsmanagements in der stationären Langzeitpflege

Hintergrund

Ältere Menschen weisen überproportional häufig eine Mangelernährung auf – vor allem, wenn sie pflegebedürftig und multimorbid sind. In Studien lässt sich bei etwa 50 % ein Mangelernährungsrisiko (Krankenhaus und Langzeitpflege) und bei 22 % eine manifeste Mangelernährung (Langzeitpflege) nachweisen (Volkert et al. 2019a). Die Prävention einer manifesten Mangelernährung bei Menschen, die bereits ein Mangelernährungsrisiko aufweisen, wird in den Leitlinien stark in den Fokus gerückt (Volkert et al. 2013; Volkert et al. 2019b). Auch im pflegerischen Bereich hat die Entwicklung des Expertenstandards Ernährungsmanagements zur Förderung der oralen Ernährung in der Pflege durch den DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) den Präventionsgedanken stark in den Mittelpunkt gerückt, beschreibt jedoch auch Maßnahmen, die grundsätzlich eine Verschlechterung des Ernährungsstatus präventieren sollen (DNQP 2017). Die meisten Einrichtungen haben diesen Expertenstandard bereits implementiert, was sicherlich erfreulich ist. Gleichzeitig sagt dies aber nichts über die tatsächliche Versorgungsqualität aus. Die wenigen publizierten Studien zur konkreten Umsetzung deuten aber an, dass dies nicht immer reibungslos gelingt. Wenige Beobachtungsstudien in der Langzeitpflege fokussieren auf die Veränderungen des Ernährungsstatus über einen längeren Zeitraum. In einer Erhebung aus Österreich zeigte sich, dass sich in einem Zeitraum über ein Jahr der Ernährungsstatus bei vielen Bewohner*innen verschlechterte (22,8 %), bei einer großen Gruppe auch stabil blieb (70,7 %), während sich der Status bei immerhin 6,5 % gar verbesserte. Diese Stabilisierung geschah aber auf niedrigem Niveau, da zu Beginn bereits 21,7 % als mangelernährt und 26,1 % als gefährdet eingestuft wurden (Bauer et al. 2017). In einer weiteren Erhebung erwiesen sich 36,2 % der Bewohner*innen über den Zeitraum eines Jahres als gewichtsstabil, 37,9 % nahmen zu und 25,9 % verloren mindestens 5 % ihres Körpergewichtes (Zhou et al. 2017).

Datenerhebung und festgestellte Herausforderungen

Aufgrund der vielfach beschriebenen Problematik von Mangelernährung im Alter und bei Pflegebedürftigkeit war geplant, eine Konzeptentwicklung in zwei Einrichtungen der stationären Langzeitpflege mit dem Fokus auf diese Thematik als PEBKO Teilprojekt durchzuführen. Diese hätte mit einer Datenerhebung zur Untersuchung des bisherigen Ernährungsmanagements gestartet, woraus dann die gemeinsame Entwicklung eines passfähigen Konzeptes erfolgt wäre. Die Restriktionen im Zuge der COVID-19 Pandemie machten aber bereits diese initiale Datenerhebung unmöglich. Daher wurde stattdessen ein Datensatz von 540 Bewohner*innen hinsichtlich Veränderungen des Ernährungsstatus analysiert und dies mit Beobachtungen in einem anderen Teilprojekt kombiniert, um daraus allgemeingültige Empfehlungen für ein Ernährungsmanagement in der stationären Langzeitpflege abzuleiten.

Die Analyse von Routinedaten der 540 Bewohner*innen aus 6 Pflegeeinrichtungen zeigte sehr eindrücklich, dass es durchschnittlich im Laufe von drei Jahren zu einem allmählichen fortlaufenden Gewichtsrückgang kommt. Nach 6 Monaten weisen 31,1 % ein Mangelernährungsrisiko auf, wobei 24,2 % mindestens 5 % ihres Körpergewichtes in diesem Zeitraum verloren haben. In der Folge wird in dieser Gruppe das Ursprungsgewicht nicht wieder erlangt und das Mortalitätsrisiko ist deutlich erhöht. Nun ist in einer Gruppe hochbetagter, oftmals schwer pflegebedürftiger und multimorbider Menschen, die faktisch am Ende ihres Lebens stehen, unklar, inwieweit sich diese Negativentwicklungen vermeiden lassen. Dass diese aber zumindest teilweise abbremsbar sein müssten, zeigt die Tatsache, dass sich nach zwei Jahren immerhin 57,7 % der verbliebenen Bewohner*innen als gewichtsstabil erwiesen haben. Dies verdeutlicht, dass Prävention mithilfe eines gut funktionierenden Ernährungsmanagements durchaus Erfolg haben könnte. Daher wurde in einem nächsten Schritt aufgearbeitet, wie sich das Ernährungsmanagement in den besuchten Einrichtungen darstellte.

Die im Zuge von Beobachtungen und Dokumentensichtungen gewonnenen Erkenntnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Es finden zu selten strukturierte Einschätzungen des Ernährungszustands statt. Dadurch ist das Identifizieren von ernährungsbezogenen Problemen stark von den anwesenden Mitarbeitenden abhängig und damit kommt es zu selten zu gezielten Interventionen.
- Vereinzelt ließen sich Interventionen beobachten, etwa das zusätzliche Anbieten von kalorienreichen Shakes aus der Küche der Einrichtung. Allerdings war nicht immer klar, was diese Intervention ausgelöst hatte und dies ließ sich auch anhand der Dokumentation nicht mehr nachvollziehen.
- Ein ressourcengerechter Einsatz von Hilfsmitteln zur (teil-)selbstständigen Nahrungsaufnahme ließ sich nie beobachten. Die notwendigen Hilfsmittel waren nicht vorhanden und überwiegend nicht bekannt, obwohl sie intern gelistet sind und problemlos bestellt werden könnten, auch ohne eine individuelle Rezeptierung.
- Ein ganz wichtiger Teil einer förderlichen Mahlzeitgestaltung ist das Essen in Gemeinschaft. Allerdings entstand in der Beobachtung der Eindruck, dass zwar im selben Raum gegessen wurde, dies aber in keiner Weise gemeinschaftlich wirkte. Gespräche unter den Bewohner*innen waren selten, alles wirkte sehr personalzentriert.
- Die motivierende Ansprache, um die Verzehrmenge zu erhöhen, wurde oftmals nicht passend gewählt. Auf der anderen Seite wurde auch häufig versucht spontan das Angebot anzupassen, z. B. alternative Beilagen anzubieten, Dessert vorzuziehen etc., wenn ein*e Bewohner*in nicht essen wollte.
- Wenn ein Schöpfsystem genutzt wurde, wurden die Möglichkeiten dessen nicht genutzt: die Bewohner*innen wurden am Tisch bedient, teilweise auch nicht nach der gewünschten Portionsgröße befragt. Bei idealer Nutzung kommen die Bewohner*innen zur Ausgabe, stellen die Mahlzeit zusammen und tragen diese, wenn möglich, ggf. auch nur in Teilen, zum Platz.
- Die Essenszeiten waren im Prinzip vorgegeben, ein Teil der Einrichtungen ermöglichte den Bewohner*innen dennoch recht flexible Essenszeiten, vor allem morgens und abends.

Es zeigt sich somit bei der Betrachtung der Gewichtsverläufe die Notwendigkeit präventiv und kurativ tätig zu werden, um schwerwiegenden Folgen von ungewollten Gewichtsverlusten und der Entwicklung einer Mangelernährung vorzubeugen oder zumindest abzubremsen.

Gleichzeitig zeigt bereits eine recht oberflächliche Betrachtung des Ernährungsmanagements erhebliche Defizite.

Empfehlungen für Schwerpunkte eines Konzeptes

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass sich die Gegebenheiten und Herausforderungen in den einzelnen Einrichtungen der stationären Langzeitpflege im Detail zwar unterscheiden. Klar ist aber auch, dass es allgemeine Empfehlungen gibt, die es zu beachten gilt und sich vielerorts die Schwierigkeiten beim Ernährungsmanagement doch wieder ähneln. Es lassen sich drei Themenbereiche unterscheiden:

- ✓ Essen und Trinken als Teil eines normalen, gewohnten Lebens: Dabei handelt es sich um ein zentrales Bedürfnis, das bereits im früheren Leben den Tag mit strukturiert hatte und mit Gemeinschaft, Genuss, Erinnerungen und Gewohnheiten verknüpft ist. Daran muss angeknüpft werden. Das heißt eine möglichst individualisierte Auswahl der Speisen, flexible Essenszeiten, Förderung der Essgemeinschaft, wenn gewünscht gemeinsames Essen mit Gästen ermöglichen und eine Förderung der (teil-)selbstständigen Nahrungsaufnahme müssen in den Blick genommen werden.
- ✓ Der zweite Bereich, das Mangelernährungsmanagement, beschreibt die Notwendigkeit einer regelmäßigen, professionellen Einschätzung des Ernährungsstatus mithilfe eines geeigneten Instrumentes, damit dann bei bestehendem Mangelernährungsrisiko oder manifester Mangelernährung gezielte bedarfs- und bedürfnisgerechte Interventionen durchgeführt werden können. Diese machen aber nur dann Sinn, wenn zu Beginn ein Ernährungsziel festgelegt wird, das dann auch evaluiert werden kann. In komplexen Situationen (z. B. Appetitmangel bei schwierigen Allergien und/oder problematischen individuellen Ernährungsvorlieben der Bewohner*innen) ist es erforderlich, externe Fachleute hinzuzuziehen – was möglich wäre, bislang aber kaum im Blick ist.
- ✓ Der dritte Block umfasst Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für alle an der Betreuung und Unterstützung der Bewohner*innen beteiligten Gruppen. Je nach Klientel gilt es diese Schulungen entsprechend anzupassen, etwa für Fach-, Hilfs- und Betreuungskräfte. Eine Fachweiterbildung einzelner Pflegekräfte sollte dringend erwogen werden. So könnten abhängig von der Größe der Einrichtung oder trägerübergreifend eine oder

mehrere Pflegekräfte die Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) zum „Pflegeexperte Ernährungsmanagement“ absolvieren. Diese Pflegekräfte würden das grundsätzliche Ernährungsmanagement überwachen und würden bei komplexen Fällen hinzugezogen werden. Somit könnte auf diesem Wege auch hochschulisch ausgebildeten Pflegekräften eine Entwicklungsperspektive in der Einrichtung „am Bett“ gegeben werden.

Empfehlungen für eine Evaluation und Fazit

Obwohl Essen und Trinken im Alltag der stationären Pflege einen vergleichsweise großen Raum einnehmen, scheinen die damit zusammenhängenden Herausforderungen oftmals immer noch zu wenig im Blick. Die Gründe dafür, warum auch die spezifischen Vorgaben implementierter Expertenstandards so wenig in tatsächliches Handeln überführt werden, ist weitestgehend unklar. Dies macht eine tiefer gehende Analyse vor Ort in den Einrichtungen notwendig. Nur so ist es möglich, ein einrichtungsspezifisches Ernährungskonzept zu entwickeln, das über die allgemeinen Empfehlungen aus Leitlinien und Expertenstandard hinausgeht. Grundsätzlich gilt es aber auch die Grundlagen der aktuellen, gewohnten Abläufe kritisch in den Blick zu nehmen und sich zu fragen: gelingt es uns, dass Bewohner*innen einen möglichst normalen Alltag erleben? Schließlich haben alle PEBKO Teilprojekte im unterschiedlichen Maße die grundsätzliche Frage aufgeworfen, woran sich die pflegerische Versorgung tatsächlich orientiert, an den Bedürfnissen der Pflegeempfänger*innen oder denen der Institution? Eine selbstkritische Reflexion dieser Grundfrage könnte somit bereits wesentlich zur Lösung der beobachteten Probleme bei Ernährung, Förderung der Mobilität sowie einer ressourcenorientierten und -fördernden Pflege beitragen.

Literatur

Bauer S, Halfens RJG, Lohrmann C (2017). Changes in nutritional status in nursing home residents and asso-ciated factors in nutritional status decline: A secondary data analysis. J Adv Nurs; 73; 2420–2429, DOI: 10.1111/jan.13297

DNQP (2017). Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück: Hochschule Osnabrück

Volkert D, Bauer M, Frühwald T, Gehrke I, Lechleitner M, Lenzen-Großimlinghaus R, Wirth R, Sieber C. Klinische Ernährung in der Geriatrie. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG. Akt Ernähr Med 2013; 38; e1-e48, DOI: 10.1055/s-0033-1343169

Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cereda E, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Groot L de, Großhauser F, Kiesswetter E, Norman K, Pourhassan M, Reinders I, Roberts HC, Rolland Y, Schneider SM, Sieber CC, Thiem U, Visser M, Wijnhoven HAH, Wirth R (2019a) Management of Malnutrition in Older Patients-Current Approaches, Evidence and Open Questions. J Clin Med; 8, DOI: 10.3390/jcm8070974

Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, Kiesswetter E, Maggio M, Ray-naud-Simon A, Sieber CC, Sobotka L, van Asselt D, Wirth R, Bischoff SC (2019b). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clinical Nutrition; 38; 10–47, DOI: 10.1016/j.clnu.2018.05.024

Zhou W, Kozikowski A, Pekmezaris R, Lolis J, Tommasulo B, Fishbein J, Wolf-Klein G (2017). Association be-tween Weight Change, Health Outcomes, and Mortality in Older Residents in Long-Term Care. South Med J; 110; 459–465, DOI: 10.14423/smj.0000000000000673