



**Deutsche Gesellschaft
für Hauswirtschaft e.V.**

**Fachausschuss Hauswirtschaftliche Dienstleistungsbetriebe
der Deutschen Gesellschaft für Hauswirtschaft e.V.**

**Stellungnahme zur Konsultationsfassung des Expertenstandards
Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung
in der Pflege, 1. Aktualisierung 2016**

Die Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft e.V. begrüßt die Aktualisierung des Expertenstandards Ernährungsmanagement der Pflege. Die Expertenstandards der Pflege tragen ganz Wesentlich dazu bei, dass Schlüsselaufgaben in der Pflege und Versorgung in den Einrichtungen und Diensten umgesetzt werden. Wertvoll für die Hauswirtschaft sind die differenzierten Ansätze zur berufsübergreifenden Kooperation, die beim Thema Ernährung die Notwendigkeit der Zusammenarbeit verschiedener Professionen widerspiegelt.

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat für die vorliegende Konsultationsfassung herausgestellt, dass ein Standard der Pflege für die Pflege vorgelegt wird. Damit liegt der Fokus auf der zur sicheren Gestaltung notwendigen pflegerischen Kompetenz sowie wie auf der Organisation des guten Zusammenspiels der Professionen.

Die Sicherstellung der Ernährung und Verpflegung in der Altenhilfe und in der Behindertenhilfe gelingt nur in der Zusammenarbeit aller an dieser Aufgabe beteiligten Professionen. Sowohl in ambulanten als auch in stationären Settings ist neben der Medizin und therapeutisch tätigen Fachdisziplinen insbesondere die Hauswirtschaft ein wichtiger Kooperationspartner der Pflege. Der Profession Hauswirtschaft sind in der Ernährung die Aufgaben- und Verantwortungsbereiche Küche, Mahlzeitservice und Alltagsbegleitung zuzuordnen.

Die Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft e.V. bringt ihre Kompetenzen und Ressourcen in der Sicherung der Daseinsvorsorge im Alltag von Menschen mit einem Pflege- und Unterstützungsbedarf gerne in weiterführende Diskurse und Kooperationen mit ein. Diese Stellungnahme konzentriert sich auf die Darstellung, der für die Sicherung der Ernährung wichtigen hauswirtschaftlichen Aspekte und die Schnittstellengestaltung zwischen Pflege und Hauswirtschaft.

Dabei bringt sie das Wissen und die Erfahrungen der Fachausschussmitglieder aus der fördernden und aktivierenden Mahlzeitengestaltung mit ein. Dem Handlungskonzept liegt, eine ganzheitliche Betrachtung von Ernährungssituationen zugrunde. Es wurde auf der Grundlage der hauswirtschaftlichen Betreuung entwickelt, dem zweiten Handlungskonzept der Hauswirtschaft neben der Versorgung (siehe dazu: Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft, den Alltag leben! Hauswirtschaftliche Betreuung, Osnabrück 2012 und Martina Feulner, Fördernde Mahlzeitengestaltung, in: Verpflegen 2013/2014).

Grundsätzliche Anmerkungen

1. Erfassung und Bearbeitung von Mangelernährungskonstellationen

Dem Expertenstandard fehlt eine systematische Darstellung, mit der die Schritte der Identifizierung und Behandlung von Mangelernährungskonstellationen eindeutig festgelegt sind. Während das Screening sehr klar definiert ist, wird bei den Aussagen zum Assessment nicht deutlich, nach welchen Kriterien es durchzuführen ist. Es ist wichtig, die Anforderungen festzulegen, die das Führen und die Auswertung eines Ernährungstagebuches zu erfüllen haben. Genauso sind die ergänzenden Befragungen und Beobachtungen zu benennen, damit durch das Assessment ein ausreichendes Bild zur Ernährungssituation entsteht.

Für die Bearbeitung wird nicht deutlich, für welchen Part das Ernährungsteam des Dienstes bzw. der Einrichtung verantwortlich ist und wann Ernährungsfachkräfte mit hinzu zu ziehen sind.

2. Zusammenspiel der Professionen, Schnittstellen

Verpflegungsangebote in stationären und ambulanten Settings gelingen erst in einem gut aufeinander abgestimmten Zusammenspiel der Professionen. Die Sicherstellung der Ernährung ist einer der großen Kristallisationspunkte interdisziplinärer Zusammenarbeit in der Altenpflege und in der Behindertenhilfe. So wird z.B. in der Betrachtung des Servierens von Mahlzeiten und in der Förderung und Unterstützung des Essens und Trinkens direkt bei den Mahlzeiten deutlich, dass in vielen Einrichtungen und Diensten die verschiedensten Professionen dazu beitragen, dass Bewohner, Patienten und Kunden tagtäglich versorgt sind.

Damit wird es wichtig im Expertenstandard deutlich zu machen, an welchen Stellen die Verantwortung in den Händen der Pflege liegt. Wichtig ist es, die Kompetenzen der beteiligten Professionen zu benennen, die in der Sicherung der Ernährung gefragt sind, und die Koordinationspunkte und Schnittstellen für die Zusammenarbeit zu definieren. Vorschläge zur Konkretisierung und Weiterentwicklung sind analog zum Text des Expertenstandards aufgeführt.

3. Ernährungsteam

Der Begriff Ernährungsteam ist im Standard nicht eingeführt und nicht definiert.

4. Ernährungsfachkraft

Ernährungsfachkraft ist keine anerkannte Berufs- oder Professionsbezeichnung. Für den Expertenstandard ist eine Definition zu entwickeln, aus der hervorgeht, welche Kompetenzen über eine Ernährungsfachkraft in das Ernährungsmanagement einzubringen sind. Damit hätten Einrichtungen und Dienste Anhaltspunkte, um aus dem Kreis der eigenen Mitarbeiter eine geeignete Fachkraft zu benennen bzw. um eine geeignete Fachkraft zu finden oder auch eigene Mitarbeiter zu qualifizieren.

5. Berücksichtigung der Gegebenheiten in den unterschiedlichen Settings

Der Expertenstandard ist relevant für verschiedene stationäre und ambulante Settings. Die Sicherstellung der Ernährung über einen ambulanten Dienst hat in privaten Haushal-

ten andere Organisationsformen als in klinischen Kontexten oder in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Den unterschiedlichen Settings ist im Hinblick auf organisatorische Rahmenbedingungen und personelle Ressourcen Rechnung zu tragen. Während in Kliniken auf einrichtungsintern vorhandene Kompetenzen von Diätassistenten und Ernährungsberatern zurückgegriffen werden kann, ist dies in den anderen Settings nicht gegeben.

6. Begriffe für die Tischgäste in den verschiedenen Settings

Für den Standard ist zu prüfen, inwieweit für den betroffenen Personenkreis einheitliche Begriffe wie z. B. Bewohner, Patient und Kunde verwendet werden. Bislang fehlen einheitliche Bezeichnungen.

7. Bedürfnisorientierte und bedarfsgerechte Ernährung

Der Expertenstandard arbeitet mit den Begriffen der bedürfnis- und bedarfsgerechten Ernährung. Damit werden neben ernährungsphysiologisch begründete Bedarfe die individuellen Vorlieben und Abneigungen, auch Gewohntes und Vertrautes der Tischgäste gestellt. Diese Grundannahme hat in der Bearbeitung von Mangelernährungskonstellationen eine große Bedeutung, da dieser Ansatz für die Entwicklung von personenzentrierten Verpflegungsangeboten steht, bei denen die Wahrscheinlichkeit des Verzehrs steigt.

Der Ansatz der bedürfnis- und bedarfsgerechten Ernährung ist noch neu und wird noch nicht durchgehend in der Berufsbildung vermittelt. Er sollte im Expertenstandard gut eingeführt und grundlegend erläutert werden.

8. Berücksichtigung des Willens der Tischgäste

Im Expertenstandard wird der Wunsch und Wille des Menschen, der essen soll, nicht herausgestellt. Neben dem Blick darauf, dass Kompetenzen und Ressourcen fehlen, um essen zu können, sind verbale und nonverbale Willensäußerungen zu beachten und zu respektieren. Bei den Mahlzeiten spielt *das Essen wollen* eine genauso wichtige Rolle wie *das nicht Essen*. Dieser Aspekt fehlt im Standard, ist jedoch vor allen Dingen in existenziellen Situationen und insbesondere am Lebensende von großer Bedeutung.

Die Anmerkungen im Einzelnen

Im Folgenden sind unsere Anmerkungen analog zum Text des Standards aufgeführt. Die Formulierungen der Konsultationsfassung sind kursiv gedruckt.

Zu 2.2

Zur Präambel

„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.“

Überprüfen 1: statt können sich selbst oft nicht angemessen ernähren – ernähren sich oft nicht angemessen

Erläuterung 1: „können“ impliziert den Blick auf ein ungenügendes Verpflegungsangebot durch den Dienst oder die Einrichtung

Überprüfen 2: Welcher Unterstützungsbegriff ist hier hinterlegt? Warum werden nicht Beispiele aus dem breiten Spektrum der Unterstützungsmöglichkeiten genannt?

Vorschlag: „... benötigen daher eine individuell angepasste Aktivierung, Förderung oder Unterstützung.“

Zu Definition

„Mangelernährung wird hier in Anlehnung an ... als anhaltendes Defizit an Energie und/oder Nährstoffen, im Sinne einer negativen Bilanz...“

Überprüfen: Die gewählte Definition hat Defizite an Energie und oder Defizite an Nährstoffen im Blick. Der Standard fokussiert ausschließlich auf die energetische Mangelernährung. Sowohl im Screening als auch im Assessment des Expertenstandards und im Behandlungsansatz kann der Nährstoffmangel unabhängig vom Gewicht nicht festgestellt werden.

Zu Definition

„Die Folgen von Mangelernährung ziehen häufig sehr aufwendige und langwierige Behandlungen und pflegerische Versorgungsabläufe nach sich.“

Vorschlag: „Die Behandlung von Mangelernährung erfolgt in interdisziplinärer Zusammenarbeit von Medizin, Ernährungsberatung/Ernährungstherapie, Küche und Hauswirtschaft/Alltagsbegleitung, die die pflegerischen Versorgungsabläufe unterstützen.“

Begründung: Von Anfang an, sollten im Expertenstandard die vielfältigen Schnittstellen der Pflege zu weiteren Professionen genannt werden. Die Nennung ist wichtig, um die Schnittstellen zu verdeutlichen, an denen die Expertenstandards oder Leitlinien der anderen Professionen zum Ernährungsmanagement von Mangelernährung andocken müssen.

4

Zu Zielsetzung, S. 8

„...zielt darauf ab, eine bedürfnisorientierte und bedarfsgerechte orale Ernährung von kranken und pflegebedürftigen Menschen zu sichern und zu fördern“

Ergänzen: „in Absprache mit anderen Professionen und Personen“ zu sichern und zu fördern

Begründung: Verpflegung und Ernährung sind interdisziplinäre Aufgaben, die in sozialen Einrichtungen nur in Kooperation der Pflege mit anderen Disziplinen zu bewältigen sind.

„Mit einer angemessenen Unterstützung bei der Aufnahme von Speisen und Getränken sowie der Gestaltung der Mahlzeiten wird angestrebt, ...“

Vorschlag: „Mit einer individuell angepassten Aktivierung, Förderung oder Unterstützung beim Mahlzeiteservice, beim Verzehr der Speisen und Getränke, bei der Gestaltung des Essplatzes und der Tischgemeinschaft sowie der Mahlzeitenumgebung wird angestrebt, ...“

Begründung: Mit einer Reduktion auf die Speisenaufnahme und die Gestaltung der Mahlzeiten wird das Spektrum der möglichen Ansatzpunkte für Interventionen eingeschränkt.

Zu Zielgruppen, S. 9

„Die Einbeziehung von Angehörigen bei der pflegerischen Anamnese...“

Ergänzen: „Angehörigen und an der Verpflegung beteiligtem Fachpersonal“ bei der pflegerischen Anamnese

Begründung: Es geht um die Beobachtung und Erfassung der Ernährung der betroffenen Personen. Über den Tag ist zu erfassen, was gegessen und getrunken wird. Damit wird es wichtig die Professionen mit einzubeziehen, die für den Service der Mahlzeiten oder auch für die Begleitung der Mahlzeiten zuständig sind.

Zu Anwender des Expertenstandards, S. 9

„Für die Umsetzung des Expertenstandards ist es wesentlich, dass die Wissensbasis von professionell Pflegenden in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Thema Ernährung vertieft und verbreitert wird.“

Ergänzen: „...ist es wesentlich, dass die Kompetenzbasis ... zu den Themen Ernährung, Verpflegungskonzepte, Diätetik, Ernährungsberatung/Ernährungstherapie mit ihren gerontologischen, medizinischen, pflegerischen und hauswirtschaftlichen Aspekten vertieft und verbreitert wird.“

Begründung: Der Begriff der Ernährung umfasst nicht das Spektrum der Kompetenzen, die in der Bearbeitung von Mangelernährungskonstellationen im Blick sein müssen.

Zu Voraussetzungen, S. 10, 2. Absatz

„Eine optimale Ernährungsversorgung ist nur in enger berufsübergreifender Zusammenarbeit erreichbar. Dies betrifft nicht nur die Bereitstellung von Speisen und Getränken durch die Küche ..., sondern auch die Kooperation mit Professionen, die bei Ernährungsproblemen hinzuzuziehen sind wie z. B. Ernährungsfachkräfte, Ärzte oder Zahnärzte.“

Ergänzen 1: „...die Bereitstellung von Speisen und Getränken durch die Küche, den Mahlzeiteinsatzservice oder die Alltagsbegleitung, sondern auch die Kooperation mit"

Begründung: der Mahlzeiteinsatzservice überbringt dem Tischgast die Speise. Er arbeitet an einer wichtigen Schnittstelle.

Ergänzen 2: „...bei den Professionen, die hinzu zu ziehen sind, sind noch Logopäden, Ergotherapeuten und hauswirtschaftliche Fachkräfte zu nennen.“

Begründung: hier sind alle Professionen zu nennen, die in der Gestaltung der Ernährungsversorgung Kompetenzen einbringen können.

Klären: Die im Text genannten Akteure geben die Konstellationen in der klassischen Altenpflege mit zentralen Versorgungsstrukturen wieder. Nicht betrachtet werden Haus- und Wohngemeinschaften, der Krankenhausbereich sowie ambulante Versorgungssettings in der privaten Häuslichkeit.

Vorschlag: Weitere Szenarien werden eingefügt.

Klären: Der Begriff Ernährungsfachkräfte ist problematisch, da nicht deutlich wird, welche Berufsgruppen und welche Kompetenzen darunter zusammengefasst werden.

Vorschlag: Ergänzung durch eine Fußnote oder Sternchen sind die Kompetenzen zu benennen, die eine Ernährungsfachkraft einbringen soll.

Zu Voraussetzungen, S. 10., 3. Absatz

„Zur Implementierung des Standards bedarf es gemeinsamer Anstrengungen ... sowie Kooperationsbereitschaft der beteiligten Berufsgruppen.“

Ändern: „... sowie die Kompetenzen, angemessene Strukturen und die Kooperationsbereitschaft aller beteiligten Berufsgruppen.“

Begründung: Kooperationsbereitschaft alleine reicht nicht aus. Und dies muss für allen Beteiligten, nicht nur von den Professionen außerhalb der Pflege gegeben sein.

Zu 2.3

Zur Tabelle: die zu ergänzenden Stellen sind fett eingefügt.

S1a

„Die Pflegefachkraft verfügt über Kompetenzen zur Identifikation ... (vertiefendes Assessment). **Alle an der Gestaltung der Ernährungs- und Verpflegung beteiligten Berufsgruppen verfügen über Kompetenzen zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege.**“

S1b

„Die Einrichtung stellt sicher, dass **geschulte Mitarbeiter**, geeignete Instrumente und Hilfsmittel zur Einschätzung, Dokumentation und Umsetzung der Maßnahmen zur Verfügung stehen.“

S2b

„Die Pflegefachkraft verfügt über Fachwissen zur Planung und Steuerung ...Ernährung. **Alle an der Lösungsfindung beteiligten Berufsgruppen verfügen über Kompetenzen zur Entscheidungsfindung bei ethisch komplexen Fragestellungen.**“

S3a

„Die Pflegefachkraft verfügt über Kompetenzen zur Planung einer individuellen Mahlzeitengestaltung **unter besonderer Berücksichtigung der Kommunikations- und Interaktionsmöglichkeiten sowie der Umgebungsgestaltung.**“

S4b

„Die Einrichtung sorgt für eine angemessene Personalausstattung und **Personaleinsatzplanung, eine quantitative und qualitative räumliche Ausstattung sowie eine angemessene Geschirrausstattung** zur Gewährleistung eines bedürfnis- und bedarfsgerechten Ernährungsmanagements.“

P3

„Die Pflegefachkraft plant gemeinsam **mit den an der Ernährungsversorgung beteiligten Berufsgruppen** und mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen/Bezugspersonen“

Zu 2.4. Vorläufige Kommentierung

S 1a, S. 12

Zweiter Absatz

„Zur Einschätzung der Ernährungssituation gehört bei einem Verdacht derzeitig zu geringen Nahrungs- **und Flüssigkeitsaufnahme ein Ess- und/oder Trinkprotokoll sowie die Beobachtung des Ernährungsverhaltens und verschiedener Mahlzeitsituationen.**“

Begründung: allein ein Protokoll ist nicht ausreichend, um die Gründe für eine Mangelernährung zu erfassen.

Vierter Absatz

„Einige Risiken ... stehen in einem engen Zusammenhang mit dem Versorgungssetting, in dem die Menschen sich befinden.“

Ergänzen: Im Anschluss an den Satz: Bei der Ermittlung der Risiken sind die am Versorgungssetting beteiligten Professionen mit einzubeziehen.

Begründung: Interdisziplinäres Vorgehen (z.B. Veränderung von Tisch-, Sitzordnung, Beleuchtung, Belichtung etc.) kann dazu beitragen, Ursachen für Mangelernährung zu erkennen und zu bearbeiten.

S 1b, S. 14, erster Absatz

„Neben diesen äußerlichen Erscheinungsmerkmalen wird das aktuelle Körpergewicht **unter Berücksichtigung des früheren Gewichts bzw. früherer Gewichtsverläufe** für die weitere Beurteilung der Ernährungssituation herangezogen.“

Begründung: Der Bezug zwischen früherem Gewicht (8.a. bereits niedriger oder hoher BMI) muss zum aktuellen Gewicht in Bezug gesetzt werden für eine adäquate individuelle Bewertung.

Dritter Absatz

„Hinweise geben hier die Beobachtung oder die Vermutung der Pflege, **des Service- bzw. des Versorgungspersonals** sowie Aussagen des Bewohners/Patienten/Kunden, dass ...“

Begründung: Häufig sind nicht nur die Pflege für die Mahlzeitenversorgung zuständig, sondern hauswirtschaftliche Fachkräfte oder Alltagsbegleiter.

Dritten Absatz, unten

„Die Ess- und Trinkmengen können durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst werden, **die aus den jeweiligen Versorgungssettings abzuleiten sind. Darüber hinaus** sind krankheits-, therapie- und... **zu berücksichtigen.**“

Zu Tabelle 1, S. 16

Angebot von Speisen/Getränken

Ergänzen: bei religiöse Bedürfnisse: **Bedarfe und Bedürfnisse**

Begründung: Im Gegensatz zum Christentum (wo regional unterschiedliche Bräuche gelten) sind im Islam und im Judentum festgelegte Ernährungsregeln einzuhalten, deren Nichteinhaltung als „Sünde“ gewertet wird, man kann also nicht bedürfnisorientiert wählen.

Siehe als Quelle: Giesenkamp, J.E.; Leicht-Eckardt, E.; Nachtwey, T.: Inklusion durch Schulverpflegung. Wie die Berücksichtigung religiöser und ernährungsspezifischer Aspekte zur sozialen Inklusion im schulischen Alltag beitragen kann. Berlin (LIT-Verlag) 2013, 1. und 2. Aufl.

Zu P 1, S. 17, zweiter Abschnitt

„tiefergehender Verzehrsmengen-/Nährstoffanalyse durch Ernährungsexperten“

Ändern und ergänzen: z. B. Diätassistenten, hauswirtschaftliche Fachkräfte, Ernährungswissenschaftler und vergleichbare Professionen)

Begründung: hauswirtschaftliche Fachkräfte, insbesondere Meister der Hauswirtschaft und Hauswirtschaftliche Betriebsleiterinnen, verfügen über die notwendigen Kompetenzen. Im Rahmen ihrer Ausbildung erwerben sie Kompetenzen zur Kalkulation von Nährstoffbedarfen. Sie können Angebote entwickeln für notwendige bzw. erwünschte Verzehrmenen. Sie können personen- und situationsorientiert verschiedene Möglichkeiten der Mahlzeitengestaltung entwickeln und umsetzen. Durch ihren hohen Stellenwert in der Praxis gehören sie genannt und nicht unter „andere Experten“ subsumiert.

Zu P 1, S. 17, dritter Abschnitt

„Die Ursachenabklärung ... könnte allerdings auf Problembereiche hinweisen, bei denen erst die Diagnostik durch eine andere Berufsgruppe Klarheit ... bringt, die durch die Pflegekraft hinzuzuziehen ist“

Begründung: In einem Expertenstandard sollte das verbindlich geregelt sein!

Zu E 1, S. 18:

Einbezug anderer Professionen in die Diagnostik

Ergänzen: Andere Berufsgruppen sind gegebenenfalls zur weiteren Diagnostik, **zur Planung und Festlegung von Maßnahmen** einzubeziehen.

Begründung: Es geht nicht nur um Diagnostik, sondern um das weitere transdisziplinäre Vorgehen zum Wohl der Patienten/Bewohner.

Zu S 2b, S. 20, erster Absatz

„Ernährungsteam“

Der Begriff Ernährungsteam ist im Standard nicht eingeführt und definiert.

Zu P 2, S. 20, erster Absatz

*„Auf der Grundlage der geltenden Verfahrensregeln kooperiert die Pflegefachkraft mit den Mitarbeitern in der Küche, im Service bzw. in der Alltagsbegleitung sowie mit den Mitgliedern des Ernährungsteams und initiiert die Zusammenarbeit mit anderen relevanten Berufsgruppen, z. B. Ärzten, Logopäden, **Ergotherapeuten, Hauswirtschafts- und Ernährungsfachkräften.**“*

Begründung: Hauswirtschaft ist eine Berufsgruppe (s. Ausbildungsordnungen nach Berufsbildungsgesetz.)

An dieser Stelle sollte auch auf die Settings im ambulanten Bereich eingegangen werden:

Analog kooperiert die Pflegefachkraft im ambulanten Bereich mit den hauswirtschaftlichen Mitarbeitern bzw. den für die Unterstützung im Alltag zuständigen Professionen, Angehörigen und Bezugspersonen.

Dritter Absatz

*„z.B. zur Auswertung von Ess- und Trinkprotokollen, **zur Auswertung der Mahlzeitsituationen oder zur personen- und situationsorientierten Ernährungsberatung**“*

Begründung: An dieser Stelle sollten die möglichen Aufgaben umfassender benannt werden.

„Sofern sich bei der Einschätzung der Ernährungssituation bzw. zu deren Verbesserung die Notwendigkeit ergibt sollte rechtzeitig eine qualifizierte **Ernährungsf** Fachkraft hinzugezogen werden...“

Begründung: Wer ist eine Ernährungsfachkraft? Die notwendige Kompetenz kann von verschiedenen Professionen eingebracht werden, z.B. Hauswirtschaft, Pflege, Medizin. Der Schwerpunkt sollte beim Vorhandensein der notwendigen Kompetenzen liegen. Für diese Stelle ist die Festlegung der notwendigen Kompetenzen wichtig. Sie 4. Anmerkung zu Beginn.

Vierter Absatz

„Bei der praktischen Umsetzung direkter Ernährungsmaßnahmen spielen die Küche, **der Mahlzeitservice bzw. die Alltagsbegleitung eine wichtige Rolle.**“

Begründung: Es ist sinnvoller an dieser Stelle nicht auf Professionen zu fokussieren, sondern auf Funktionseinheiten.

Zu S. 20/21, letzter Absatz/erster Absatz

„Auf der Grundlage der für die Verbesserung der Ernährungssituation vorliegenden Erkenntnisse der beteiligten Professionen moderiert die Pflegefachkraft die Einführung eines bedürfnis- und bedarfsgerechten Speisen- und Getränkeangebotes und die Einleitung von Maßnahmen zur Umfeld- und Umgebungsgestaltung ein.“

Begründung: Moderation ist hier die geeignete Methode, um die Kompetenzen der kooperierenden Professionen zum Tragen zu bringen. Die Verpflegung soll nach Anforderungen dieses Standards bedarfs- und bedürfnisgerecht sein, das ist hier aufzugreifen.

9

Zu S 3b, S. 22, zweiter Absatz

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) wird hier genannt, erscheint aber nicht in den Literaturangaben. Dies muss im Literaturverzeichnis ergänzt werden.

Zu S. 22, vierte Absatz

„Getränke und Zwischenmahlzeiten müssen jederzeit **bedürfnis- und bedarfsgerecht** zur Verfügung stehen **und angeboten werden.**“

Begründung: Zur Verfügung stehen reicht nicht aus. Es muss motiviert und ggf. ohne Zeitdruck angereicht werden. Es ist wichtig, dass soweit als möglich berücksichtigt wird, was wann gewünscht wird (Bedürfnisorientierung).

Zu S. 23, zweiter Absatz

„Bei Verträgen mit externen Leistungserbringern ist darauf zu achten, dass die erforderlichen Informationen zur Qualität und Quantität der angebotenen Speisen **für die Pflegefachkraft verfügbar sind.** Präzise Anforderungen an das Catering **sind** im Konzept zur Ernährungsversorgung zu beschreiben.“

Begründung: Zu erfüllende Qualitätskriterien im Sinne der Bewohner/Patienten/Kunden gehören in die Vertragsgestaltung mit dem Catering.

Zu P 3, S. 23, zweiter Absatz

„Ebenso leitet sie den individuellen Unterstützungsbedarf und die bewohner-/patienten-/kundenbezogenen Besonderheiten, die während der Mahlzeiten zu berücksichtigen sind, aus der Pflegeanamnese, den Ergebnissen des vertiefenden Assessments **und der Kommunikation mit den beteiligten Berufsgruppen** ab.“

Begründung: Es geht um Beobachtungen der am Verpflegungsprozess beteiligten Fachkräfte.

S. 23, vierter Absatz

„Ob die geplante Ernährung von Bewohnern/Patienten/Kunden angenommen wird, wird bei Verdacht einer zu geringen Nahrungsaufnahme mittels Ess- und Trinkprotokollen, **Kommunikation mit beteiligten Berufsgruppen** und einem vertieften Assessment ermittelt.“

Begründung: Es geht um Beobachtungen der am Verpflegungsprozess beteiligten Fachkräfte.

Zu S. 24, dritter Absatz

„Die Resultate einer kritischen **berufsgruppenübergreifenden** Auseinandersetzung, die zur Auswahl von spezifischen Hilfsmitteln ...“

Begründung: Es sollten immer die Kompetenzen aller beteiligten Professionen einfließen

Zu S 4b, S. 25, erster Abschnitt

„Eine angemessene Personalausstattung sowie der Einsatz von ~~Pflege~~Fachkräften aus Pflege und Hauswirtschaft und Alltagsbegleitung zur Unterstützung während der Mahlzeiten...“

Begründung: In der Praxis werden Mahlzeiten auch von hauswirtschaftlichen Mitarbeitern und nicht Pflegekräfte begleitet und fördernd unterstützt. Nicht alle Bewohner/Patienten/Kunden benötigen für die Nahrungsaufnahme eine pflegerische Fachkraft.

„Um eine fördernde Interaktionsgestaltung bei den Mahlzeiten gewährleisten zu können, ist es wichtig, **dass eine kontinuierlich Beratung und Unterstützung der an den Mahlzeiten beteiligten Professionen durch die Bezugspflegernde erfolgt.**“

Begründung: An dieser Stelle ist die Präsenz der Bezugspflegerkräfte unverzichtbar.

„Es muss ausreichend **qualifiziertes** Personal anwesend sein, um dem Unterstützungsbedarf der Bewohner/Patienten/Kunden **professionell** zu begegnen.“

Begründung: Eindeutigkeit der Anforderung.

Zu S. 26, erster Absatz

„Zur Gewährleistung geeigneter räumlicher Voraussetzungen Raum hell erleuchtet, **aber für Bewohner/Patienten/Kunden blendungsfrei und möglichst ohne Verschattungen**, und der Essplatz...“

Begründung: Dies ist wichtig für Sehfähigkeit, Angstfreiheit und Wohlbefinden von Bewohnern/Patienten.

Zu P 4, S. 26, erster Absatz

*„Die pflegerische **und hauswirtschaftliche** Unterstützung reicht von mundgerechter Zubereitung einer Mahlzeit, ...“*

Begründung: Das ist eine originär hauswirtschaftliche Aufgabe, die auch in der Praxis so gelebt wird.

Zu S. 27, erster Absatz

*„Bewährt hat sich eine dezentrale, **individualisierte Mahlzeitengestaltung**, bei der die **Speisen und Getränke so auf dem Tisch stehen**, dass eine **selbstständige Bedienung aus Schüsseln und Platten ermöglicht bzw. fördernd unterstützt wird**. Beim **Portionieren und Anrichten der Speisen in Schüsseln und auf Platten ist den individuellen motorischen Möglichkeiten sowie den kognitive Fähigkeiten und psychischen Verfasstheit der Bewohner/Patienten/Kunden Rechnung zu tragen.**“*

Begründung: Die Formulierung im Ernährungsstandard ist unbedingt zu differenzieren. Beim Schüssel- und Plattenservice sind in der Praxis die individuellen Möglichkeiten der Tischgäste zu berücksichtigen. Bei Menschen mit einem hohen Grad an Demenz oder eingeschränkter körperlichen Fähigkeiten ist die Portionierung so zu verändern, dass die Speisen und Getränke möglichst selbstständig gewählt werden können.

Anmerkungen zur Literaturstudie

11

Zu 3.1.1. Suchstrategien

Zu S. 5

Genannt sind ernährungswissenschaftliche Fachgesellschaften. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) fehlt.

Zu Ausschlusskriterien: „Leitlinien sind teilweise intransparent, deshalb nicht berücksichtigt“. Die DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in Krankenhäusern, in stationären Senioreneinrichtungen (3. Aufl. 2014) sowie für die ambulante Versorgung mit Essen auf Rädern weisen die an der Erstellung beteiligten Experten aus und sind damit transparent.

Zu S. 6

Bei den angegebenen Begriffen der Recherche bei Datenbanken fehlt Ernährung, genannt ist nur Mangelernährung, etc. Dann müsste der Standard korrekterweise heißen: „Expertenstandard zum Management von Mangelernährung!“

Nicht berücksichtigt und zu ergänzen als Quelle sind die ernährungswissenschaftlich einhellig akzeptierten, aktuellen DACH-Referenzwerte der DGE.

Siehe: Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Österreichische Gesellschaft für Ernährung, Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung, Schweizerische Vereinigung für Ernährung (Hrsg.): Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Bonn, 2. Auflage, 1. Ausgabe (2015).

Zu 3.1.4 Evidenzklassen, S. 7:

Oben genannte Quellen der DGE u.a. müssten zumindest als „Expert Opinion“ (Niveau 4) genannt und einbezogen sein in die Auswertung

Zu 3.12 Zusammenfassende Beurteilung, S. 61 unten

Ergänzt werden sollte bei Personal mit ausreichend Zeit „ein funktionierendes, ggf. berufs-
übergreifendes Schnittstellenmanagement“ ggf. mit Einsatz von Ehrenamtlichen.