

Masterarbeit

---

**„Übersicht und Bewertung der verwendeten Standards zum Thema  
Mangelernährung in österreichischen Krankenhäusern und  
Pflegeheimen“**

eingereicht von

**Irina Elisabeth Igerc, BSc**

Matrikelnummer: 0633050

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science**

**(MSc)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Pflegewissenschaft**

unter der Anleitung von

**Univ. Prof<sup>in</sup>. Dr<sup>in</sup>. rer cur. Christa Lohrmann &**

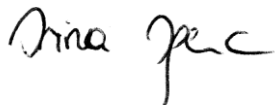
**Silvia Schönherr, BSc, MSc**

Graz, am 4. Oktober 2011

## Eidesstattliche Erklärung

---

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebene Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Anna Jenc". The signature is written in a cursive, somewhat stylized script.

Graz, am 4. Oktober 2011

## Danksagung

---

Zunächst möchte ich mich bei meiner Professorin Univ. Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> rer. cur. Christa Lohrmann bedanken, die mein Interesse für die Pflegeforschung geweckt hat und mich während der Masterarbeit sowohl gefordert als auch unterstützt hat.

Vielen lieben Dank auch an meine Betreuerin Silvia Schönherr, BSc, MSc für die tatkräftige Unterstützung bei dieser Arbeit. Danke für die Beantwortung aller meiner Fragen und die Beseitigung jeglicher Unklarheiten.

Ich möchte mich auch bei meinen Eltern, Edith und Franz Igerc, bedanken, die mir das Studium der „Gesundheits- und Pflegewissenschaft“ überhaupt ermöglicht haben. Herzlichen Dank auch für die weitere Unterstützung bei der Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester.

Ein besonderer Dank gebührt meiner Schwester, Dr. med. univ. Isabel Mirjam Igerc, für die herzliche Unterstützung während meiner Studienzeit. Ohne sie wäre ich nicht da, wo ich jetzt stehe. Danke auch für das zu Verfügung gestellte Büro, in dem ich in Ruhe meine Masterarbeit schreiben konnte, und für den schönen gemeinsamen Sommer.

Ich möchte ich mich auch bei sämtlichen Menschen bedanken, die während meiner Studienzeit für mich da waren und mich motiviert, getröstet und auch ab und zu abgelenkt haben. Dabei möchte ich mich besonders bei meinen Geschwistern, meinem Freund Benedikt und all meinen Freundinnen bedanken.

Herzliches Dankeschön auch an alle, die mir beim Korrekturlesen und beim Formatieren der Arbeit geholfen haben.

# Inhaltsverzeichnis

---

Eidesstattliche Erklärung .....	I
Danksagung .....	II
Inhaltsverzeichnis .....	III
Glossar .....	VI
Abkürzungsverzeichnis .....	IX
Abbildungsverzeichnis .....	X
Tabellenverzeichnis .....	X
Zusammenfassung .....	XI
Abstract .....	XII
1 Einleitung .....	1
2 Hintergrund .....	2
2.1 Relevanz des Themas Mangelernährung .....	2
2.1.1 Begriffsbestimmung .....	2
2.1.2 Prävalenz und Folgen von Mangelernährung .....	3
2.1.3 Ursachen der Mangelernährung .....	4
2.1.4 Lösungsansätze des Problems .....	5
2.2 Standards in der Pflege (Standards of care) .....	6
2.2.1 Handlungsanweisungen (Work instructions) .....	8
2.2.2 Standardpflegepläne (Standard operating procedures) .....	9
2.2.3 Richtlinien (Directives/Guidelines) .....	10
2.2.4 Qualitätsstandards (Quality standards) .....	11
2.2.5 Expertenstandards (Expert standards) .....	11
2.2.6 Evidenzbasierte Leitlinien (Clinical Practice Guidelines) .....	13

2.3	Leitlinien und Standards zum Thema Mangelernährung in Österreich und Deutschland .....	17
2.4	Leitlinien und Standards zum Thema Mangelernährung in Österreich .....	17
2.4.1	„Empfehlungen für die Ernährung des älteren Menschen in der Langzeitpflege“ der AKE (2010).....	17
2.4.2	„Recommendations for Enteral and Parenteral Nutrition in Adults“ (Empfehlungen für enterale und parenterale Ernährungstherapie bei Erwachsenen) der AKE (2008) .....	18
2.5	Leitlinien/Standards zum Thema Mangelernährung in Deutschland.....	18
2.5.1	„DGEM-Leitlinien Enterale und Parenterale Ernährung“ der DGEM (2008) .....	18
2.5.2	„Enterale Ernährung in der Geriatrie und geriatrisch-neurologischen Rehabilitation“ der DGEM & DGG (2004) .....	19
2.5.3	„Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ des DNQP (2010) .....	19
2.5.4	Leitlinien Enterale Ernährung der ESPEN (2006) .....	20
2.5.5	Leitlinien Parenterale Ernährung der ESPEN (2009) .....	20
2.6	Begründung für diese Erhebung:.....	21
3	Ziele und Forschungsfragen .....	22
4	Methode .....	23
4.1	Datenerhebung.....	23
4.2	Datenanalyse .....	26
5	Ergebnisse .....	29
5.1	Rücklauf .....	29
5.2	Zusendung der verwendeten Standards.....	29
5.3	Einteilung in ‚Standard‘ oder ‚Sonstiges‘ .....	30
5.4	Analyse der Kurzfragebögen .....	32
5.4.1	Zugang.....	32
5.4.2	Entwicklung des ‚Standards‘ .....	32

5.4.3	Basis des ‚Standards‘ .....	33
5.4.4	Zeitraum der Verwendung des ‚Standards‘ .....	33
5.4.5	Aktualisierung .....	34
5.4.6	Überprüfung des ‚Standards‘ .....	34
5.4.7	Implementierungsstrategien.....	35
5.5	Einteilung der ‚Standards‘ in ein bestimmtes Standardinstrument.....	35
5.6	Bewertung der Qualität der ‚Standards‘ .....	36
5.7	Betrachtung der Inhalte der ‚Standards‘ .....	40
5.8	Betrachtung der Inhalte von ‚Sonstigem‘ .....	44
6	Diskussion.....	52
6.1	Diskussion der wichtigsten Ergebnisse .....	52
6.1.2	Antworten der Einrichtungen und Zusendung der verwendeten Standards.....	52
6.1.3	Einteilung in ‚Standard‘ oder ‚Sonstiges‘ .....	53
6.1.4	Analyse der Kurzfragebögen.....	54
6.1.5	Einteilung der ‚Standards‘ in ein bestimmtes Standardinstrument .....	57
6.1.6	Bewertung der Qualität der ‚Standards‘ .....	57
6.1.7	Betrachtung der Inhalte der ‚Standards‘.....	58
6.1.8	Betrachtung der Inhalte von ‚Sonstigem‘ .....	59
6.2	Stärken und Limitationen dieser Erhebung.....	61
6.3	Ausblick für die Pflegeforschung und Pflegepraxis.....	62
7	Literaturverzeichnis .....	XIII
8	Anhang.....	XIII
8.1	Anschreiben .....	XIII
8.2	Erinnerungsanschreiben.....	XIV

## Glossar

---

Anorexie:	Der Trieb zur Nahrungsaufnahme ist herabgesetzt (Pschyrembel 2010).
Assessment:	Standardisierte Instrumente zur Einschätzung medizinischer, funktionaler oder psychosozialer Fragestellungen (Pschyrembel 2010).
Body Mass Index (BMI):	Verhältniszahl zur Bestimmung des Körpergewichts (Pschyrembel 2010).
Cut-Off-Point:	Wert, der zwischen Fall und Nicht-Fall entscheidet (Polit & Beck 2011).
Dekubitus:	Druckgeschwür bzw. Durchliegen (Pschyrembel 2007)
Einrichtungen:	Krankenhäuser und Pflegeheime
Enteral:	Den Darm betreffend (Pschyrembel 2007)
Exsikkose	Dehydratation (Pschyrembel 2007)
Gastroenterologie:	Spezialgebiet der Inneren Medizin, das sich mit den Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts und angrenzenden Organen auseinandersetzt (Pschyrembel 2010).
Geriatric:	Fachübergreifendes Gebiet der Medizin, welches sich mit sämtlichen alterstypischen Erkrankungen befasst (Pschyrembel 2010).
Hepatologie:	Die Lehre von der Funktion, Erkrankungen und Therapie der Leber (Duden 2012).
Kachexie:	Ausgeprägter Gewichtsverlust und Kräfteverfall (Pschyrembel 2010).
Kardiologie:	Teilgebiet der Inneren Medizin, welches sich mit den Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufsystems beschäftigt (Pschyrembel 2010).
Konsensuskonferenz/-meeting:	Diskussion, um einen möglichst hohen Grad an Übereinstimmung zu erreichen (DNQP 2010a).

Monitoring:	Überwachung (Pschyrembel 2007)
Morbidität:	Häufigkeit einer Krankheit in einer bestimmten Population (Pschyrembel 2007).
Mortalität:	Sterblichkeitsrate (Pschyrembel 2007)
Pankreas:	Bauchspeicheldrüse (Pschyrembel 2010)
Parameter:	Eigenschaften einer Population (Polit & Beck 2008).
Parenteral:	Der Magen-Darm-Trakt wird durch subkutane, intramuskuläre oder intravenöse Injektionen bzw. Infusionen umgangen (Pschyrembel 2007).
Population:	Die Gesamtheit von Personen, welche bestimmte Eigenschaften aufweisen (Polit & Beck 2011).
Prävalenz:	Häufigkeit des Auftretens einer Erkrankung (Pschyrembel 2007).
Pulmologie:	Lehre von Erkrankungen, welche die Atmungsorgane betreffen (Pschyrembel 2010).
Onkologie:	Teilgebiet der Inneren Medizin, welches sich mit Entstehung und Therapie von Tumoren befasst (Pschyrembel 2010).
Reliabilität:	Das Ausmaß, in dem ein Instrument konsistent eine Eigenschaft misst (Polit & Beck 2011).
Review:	Übersicht von Forschungsquellen, um darzustellen, was über ein Forschungsproblem bekannt ist (Burns & Grove 2009).
Rücklauftrate:	Die Rate der StudienteilnehmerInnen (Polit & Beck 2008).
Sarkopenie:	Reduzierung der Muskelmasse und Zunahme der Fettmasse bei Älteren (Pschyrembel 2010).
Setting:	Die Örtlichkeit bzw. die Gegebenheiten in der eine Studie stattfindet (Polit & Beck 2011).
Screening:	Untersuchungsmethode, um gut behandelbare, aber unerkannt schwerwiegende Krankheiten zu erfassen (Pschyrembel 2007).

Screeninginstrument:	Ein Instrument, das bestimmt, ob potenzielle TeilnehmerInnen die Auswahlkriterien für eine Studie erfüllen oder eine Person eine bestimmte Voraussetzung erfüllt (Polit & Beck 2011).
Validität:	Das Ausmaß, in dem ein Instrument das misst, was es messen soll (Polit & Beck 2011).
Wasting:	HIV-Kachexiesyndrom (Pschyrembel 2010)

## Abkürzungsverzeichnis

---

AKE:	Österreichische Arbeitsgemeinschaft klinische Ernährung
AWMF:	Arbeitsgemeinschaft für wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften
ÄZQ:	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
AGREE:	Appraisal of Guidelines Research and Evaluation
BMI:	Body Mass Index
DELBI:	Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung
DGEM:	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
DGG:	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie
DNQP:	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
EBP:	Evidence-based Practice
EBS:	Eating Behavior Scale
ESPEN:	Europäische Gesellschaft für Klinische Ernährung und Stoffwechsel
KH:	Krankenhaus
MNA:	Mini Nutritional Assessment
MUST:	Malnutrition Universal Screening Tool
NRS:	Nutritional Risk Screening
ÖGGG:	Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie
PH:	Pflegeheim
SIGN:	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SNAQ:	Simplified Nutritional Appetite Questionnaire
WHO:	World Health Organization

## Abbildungsverzeichnis

---

- Abbildung 1: Selbst entwickelter Kurzfragebogen
- Abbildung 2: Übersicht über das Zustandekommen der neun ‚Standards‘
- Abbildung 3: Entwicklung des ‚Standards‘
- Abbildung 4: Basis des ‚Standards‘
- Abbildung 5: Zeitraum der Verwendung
- Abbildung 6: Aktualisierungsperiode des ‚Standards‘
- Abbildung 7: Implementierungsstrategien

## Tabellenverzeichnis

---

- Tabelle 1: Übersicht der verschiedenen Instrumente nach Bölicke (2007, p. 4-5)
- Tabelle 2: Darstellung der Bewertung der ‚Standards‘ nach Behrens und Langer (2006, pp. 255-256)
- Tabelle 3: Häufigste Maßnahmen zur Erkennung einer Mangelernährung bei ‚Standards‘
- Tabelle 4: Häufigste Maßnahmen zur Behandlung einer Mangelernährung bei ‚Standards‘
- Tabelle 5: Unterschiede zwischen den ‚Standards‘
- Tabelle 6: Häufigste Maßnahmen zur Erkennung einer Mangelernährung bei ‚Sonstigem‘
- Tabelle 7: Häufigste Maßnahmen zur Behandlung einer Mangelernährung bei ‚Sonstigem‘
- Tabelle 8: Unterschiede zwischen ‚Sonstigem‘

## Zusammenfassung

---

**Titel:** „Übersicht und Bewertung der verwendeten Standards zum Thema Mangelernährung in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen“

**Hintergrund:** In Österreich und auch anderen Industrieländern Europas nimmt die Anzahl mangelernährter PatientInnen und HeimbewohnerInnen zu. Das Problem der Mangelernährung könnte vermindert werden, wenn Pflegeeinrichtungen wissenschaftlich basierte Standards verwenden würden. **Ziel:** Das Ziel dieser Arbeit ist zu erheben, ob und inwieweit Standards in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen zum Thema Mangelernährung verwendet werden, welche methodische Qualität diese aufweisen und welche Maßnahmen zur Erkennung und Behandlung von Mangelernährung in diesen thematisiert werden. **Methode:** Alle österreichischen Krankenhäuser (n = 150) und Pflegeheime (n = 480) ab einer Kapazität von 50 Betten wurden gebeten, ihren verwendeten Standard zum Thema Mangelernährung zuzuschicken sowie einen Kurzfragebogen zur Entwicklung, Basis und Implementierung des Standards zu beantworten. Es wurde überprüft, ob diese Schriftstücke die Kriterien (Katz & Green 1996, in: Bölicke 2007, p. 13) eines ‚Standards‘ erfüllen. Anhand weiterer Kriterien (Behrens & Langer 2006, pp. 255-256) wurden methodische Qualität sowie Praktikabilität dieser ‚Standards‘ bewertet. Die Inhalte der 39 Standards wurden verglichen und zusammengefasst. **Ergebnisse:** 171 Einrichtungen haben auf die Anfrage geantwortet und schickten 39 unterschiedliche Standards zu. Neun Schriftstücke erfüllten die Kriterien eines ‚Standard‘. Davon wiesen acht ‚Standards‘ die Merkmale einer/s Handlungsanweisung/Standardpflegeplans und ein ‚Standard‘ die Eigenschaften einer Richtlinie auf. Evidenzbasierte Leitlinien wurden nicht verwendet. Keiner der ‚Standards‘ wies eine korrekte methodische Entwicklung auf. **Schlussfolgerung:** Da in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen noch keine wissenschaftlichen Standards zum Thema Mangelernährung verwendet werden, sollten PflegeforscherInnen eine evidenzbasierte Leitlinie entwickeln oder adaptieren und diese adäquat in Krankenhäusern und Pflegeheimen implementieren.

## Abstract

---

**Title:** “Overview and evaluation of the standards used on the topic of malnutrition in Austrian hospitals and nursing homes” **Background:** In Austria and other industrialised countries of Europe an increase in malnutrition can be observed. This problem could be reduced if hospitals and nursing homes would use well-designed standards concerning malnutrition. **Aims:** The aim of this study was to evaluate to which extent standards on the subject of malnutrition are utilised in Austrian hospitals and nursing homes and to assess the quality and content of these standards. **Methods:** All Austrian hospitals (n = 150) and nursing homes (n = 480) of 50 beds onward were asked to send the standard used on the topic of malnutrition. For this purpose also a short questionnaire had to be filled out. The criteria of Katz and Green (1996, in: Bölicke 2007, p. 13) were used to evaluate the standards. Furthermore, they were assessed by the criteria by Behrens and Langer (2006, pp. 255-256). The content was compared and summarised. **Results:** 171 institutions replied to the request and sent 39 different standards. Out of these, nine met the criteria for a ‘*standard*’. One ‘*standard*’ was a directive, eight ‘*standards*’ were work instructions/standard operating procedures. Clinical practice guidelines were not used in Austria. None of the ‘*standards*’ was developed methodically correctly. **Conclusion:** Nursing researchers should develop or adapt a well-designed clinical practice guideline on the topic of malnutrition and implement it in Austrian hospitals and nursing homes.

# 1 Einleitung

---

Obwohl die Ernährung maßgebend für die Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung ist, kann bei industrialisierten PatientInnen in Europa häufig eine hohe Prävalenz von Mangelernährung und ungeeigneten Ernährungsmaßnahmen beobachtet werden (Mowe et al. 2008). Dies beruht auf der Tatsache, dass die Ressourcen in der Pflege knapp sind und somit auch eine adäquate Ernährungssituation nicht immer gegeben ist (Volkert 2011). Dieses Problem könnte jedoch weitgehend verhindert werden, wenn Leitlinien für das Ernährungsrisikoscreening eingeführt werden und die Pflege der PatientInnen somit verbessert werden würde (Mowe et al. 2008). Aufgrund unterschiedlicher Gegebenheiten kann durch die Implementierung von Standards trotzdem nicht immer das erwünschte Resultat erzielt werden. Ein Problem im Zusammenhang mit Standards ist die Klärung der Bedeutung des Begriffs „Pflegestandard“ (Bölicke 2007). Des Weiteren muss bei Standards geklärt werden, wie diese methodisch entwickelt wurden, wie reliabel und valide diese sind, ob sie bei unterschiedlichen Gegebenheiten in der Praxis verwendet werden können und ob durch sie letztendlich der erwünschte Nutzen erzielt wird (Behrens & Langer 2006). Es gibt bereits Standards zum Thema Mangelernährung, die sowohl auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen als auch praxisnah sind, und somit eine gute Grundlage für die Behandlung von Betroffenen bieten. Wenn diese Standards jedoch nicht in der Praxis verwendet werden, sind sie für die mangelernährten Personen bedeutungslos (Volkert 2011).

## 2 Hintergrund

---

### 2.1 Relevanz des Themas Mangelernährung

#### 2.1.1 Begriffsbestimmung

Eine einheitliche Definition zu dem Begriff Mangelernährung lässt sich in der Literatur nicht finden. Der englische Begriff „Malnutrition“ wird meist mit dem Sammelbegriff „Mangelernährung“ übersetzt, obwohl die korrekte Übersetzung „Fehlernährung“ lauten würde. Diese Fehlernährung bezieht sowohl die Unter- als auch die Überernährung sowie auch den Mangel an bestimmten Nährstoffen mit ein. Auch die im Deutschen meist synonym verwendeten Begriffe „Unterernährung“ und „Mangelernährung“ sind nicht dasselbe. Während die Unterernährung eine quantitative Bedeutung hat, beschreibt die Mangelernährung eine mangelhafte Versorgung mit Nährstoffen, Vitaminen oder Mineralstoffen, die quantitativ oder qualitativ sein kann. Zudem gibt es noch andere Formen der Mangelernährung, wie z.B. Wasting, Kachexie und Sarkopenie (Pütz & Müller 2003).

Die folgende Definition wird aufgrund der komplexen Darstellung des Begriffes Mangelernährung (Malnutrition) in der Literatur häufig verwendet:

*„Malnutrition is a state of nutrition, in which a deficiency or excess (or imbalance) of energy, protein and other nutrients causes measurable adverse effects on tissue/body form (body shape, size and composition) and function, and clinical outcome.“* (Elia 2005, p. 2)

Die deutschsprachige Übersetzung dieser Definition, welche bei dieser Arbeit maßgebend ist, lautet folgendermaßen:

„Die (Fehl- bzw.) Mangelernährung ist ein Ernährungszustand, bei dem ein Defizit oder ein Übermaß (oder ein Ungleichgewicht) an Energie, Protein und anderen Nährstoffen messbare, ungünstige Auswirkungen auf die Gewebe- bzw. Körpergestalt (Körperform, Größe und Zusammensetzung), Funktion und das klinische Ergebnis hat.“ (Übersetzung Igerc)

Spezielle Formen der Mangelernährung werden in dieser Arbeit nicht näher beschrieben.

## 2.1.2 Prävalenz und Folgen von Mangelernährung

Mangelernährung ist ein relevantes, jedoch häufig unerkanntes Problem in allen Gesundheitsbereichen (Meijers et al. 2009a). International beträgt die Prävalenz von Mangelernährung bei PatientInnen in industrialisierten Ländern zwischen 20 % und 60 % (Lochs & Dervenis 2003; Löser 2001). Bei PflegeheimbewohnerInnen liegen die internationalen Prävalenzzahlen von Mangelernährung nach einem aktuellen Review zwischen 10 % und 50 % (Pauly et al. 2007). Diese großen Schwankungen lassen sich durch die unterschiedlichen Populationen, Settings und Parameter zur Erfassung der Mangelernährung erklären (Tannen et al. 2008).

Auch in Österreich kann, wie in allen anderen Industrieländern, ein Anstieg der Mangelernährung beobachtet werden (AKE 2010). Nach dem Österreichischen Ernährungsbericht weisen nur 14 % der untersuchten PflegeheimbewohnerInnen einen zufrieden stellenden Ernährungszustand auf (Elmadfa et al. 2009). Im Rahmen der Europäischen Pflegequalitätserhebung im Jahr 2010, an der auch Österreich seit 2009 teilnimmt, wurde unter anderem das Problem Mangelernährung erfasst. Dabei wurde die Prävalenz der Mangelernährung in den teilnehmenden Einrichtungen in Österreich (n = 36) durch die drei Erhebungsmethoden Klinischer Eindruck, Body Mass Index (BMI) und dem Instrument Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) ermittelt. Anhand der Einschätzung des Klinischen Bildes wurden 7,6 % der PatientInnen in Krankenhäusern und 14 % der PflegeheimbewohnerInnen als mangelernährt eingestuft. Nach Einschätzung des BMI, bei dem eine Person ab einem Wert unter 20 mangelernährt ist, waren in den Pflegeheimen 15,5 % und in den Krankenhäusern 8 % mangelernährt. Nach dem MUST bestand für 19,5 % der PatientInnen und 20,3 % der BewohnerInnen ein moderates bzw. hohes Risiko für Mangelernährung (Lohrmann 2010).

Die Folgen der Mangelernährung sind weitreichend: Mangelernährte Personen weisen eine erhöhte Morbidität und Mortalität, eine verzögerte Wundheilung und ein erhöhtes Dekubitus- und Frakturrisiko auf. Ebenso kann bei mangelernährten Personen eine erhöhte Infektanfälligkeit beobachtet werden (Tannen et al. 2008; Pütz & Müller 2003). Auch eine verminderte Muskelkraft und ein damit verbundenes Sturzrisiko sind häufige Folgen der Mangelernährung (Koch et al. 2009; Pütz &

Müller 2003). Des Weiteren führt eine Mangelernährung zu häufigeren postoperativen Komplikationsraten, zu längeren Krankenhausaufenthalten und zu einer verminderten Lebensqualität für die Betroffenen (Meijers et al. 2009a; Löser 2001). Das Problem der Mangelernährung ist zusätzlich mit immensen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden. Jene betragen z.B. in Großbritannien jedes Jahr mehrere Milliarden Euro (Meijers et al. 2009b).

### 2.1.3 Ursachen der Mangelernährung

Der Hauptrisikofaktor für die Entstehung einer Mangelernährung ist eine Erkrankung, welche oft mit einer verringerten Nahrungsaufnahme einhergeht. Gründe dafür sind ein verminderter Appetit, Anorexie, Übelkeit, psychische Probleme, Schwierigkeiten beim Kauen, Schmecken, Schlucken oder Verdauungsprobleme (Meijers et al. 2009a). Auch das Alter ist ein wichtiger Einflussfaktor bei Mangelernährung. Die damit verbundenen altersphysiologischen Veränderungen, Umstellungen der Körperzusammensetzung und das verminderte Hunger- und Durstempfinden stellen Gründe für eine Mangelernährung dar (Pütz & Müller 2003). Neben den Risikofaktoren Alter und Krankheit, können auch ein mangelhaftes bzw. fehlendes Screening, unzureichende Maßnahmen bei einem schlechten Ernährungszustand und ein inadäquates Monitoring des Gewichts und der Nahrungszufuhr eine Mangelernährung begünstigen (Tannen et al. 2008).

Da in der pflegerischen Praxis Hinweise auf eine Mangelernährung wie z.B. ein mangelnder Appetit, kleine Verzehrmenen und Gewichtsabnahmen bei älteren Menschen oft als normal angesehen werden, wird darauf meist nicht näher eingegangen. Gründe dafür sind ein fehlendes bzw. inadäquates Ernährungsbewusstsein, unpräzise Verantwortlichkeiten, traditionelle Handlungsweisen und unvorhandene Standards (Volkert 2011). Auch Pauly et al. (2007) geben an, dass die momentane Pflegepraxis auf das Thema Mangelernährung noch zu wenig sensibilisiert ist und Screening-, Assessment- und systematische Behandlungsabläufe zu selten eingesetzt werden.

In Österreich konnte im Rahmen der Europäischen Pflegequalitätserhebung festgestellt werden, dass nur bei 14,4 % der PatientInnen und 28,8 % der BewohnerInnen ein Screeninginstrument zur Einschätzung des Ernährungsstatus

verwendet wurde. Bei 51,6 % der PatientInnen fand eine Überwachung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme überhaupt nicht statt. Protokolle bzw. Richtlinien zur Prävention und/oder Behandlung von Mangelernährung werden nur in 8 von 14 Krankenhäusern und in 8 von 18 Pflegeheimen verwendet (Lohrmann 2010).

#### 2.1.4 Lösungsansätze des Problems

Da die Folgen der Mangelernährung schwerwiegend sind, ist es wichtig, dieses Problem so früh wie möglich zu erkennen und zu behandeln. Zahlreiche Studien zu diesem Thema zeigten auf, dass durch bestimmte Maßnahmen zur Verbesserung des Ernährungszustands positive Effekte für Betroffene erzielt werden konnten (Volkert 2011). Ein Weg, um Mangelernährung vorzubeugen und zu behandeln, ist die Implementierung von effektiven Strategien für Interventionen im Bereich der Ernährung (Pauly et al. 2007). Neben einer patientInnenorientierten Pflege können auch Leitlinien, welche das Ernährungsrisiko beurteilen, eine Mangelernährung verhindern (Mowe et al. 2008). Standards und Leitlinien sind Instrumente, welche die Qualität der Pflege gewährleisten sollen, indem sie die Pflege transparent machen und diese evaluieren. Diese Instrumente sollten auf dem neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand sein und daher auch ständig überarbeitet werden (Burns 2007).

## 2.2 Standards in der Pflege (Standards of care)

Die Definition von Standards bzw. Leitlinien ist in der Literatur je nach Ziel und Funktion sehr inhomogen (Burns 2007). Es gibt zahlreiche unterschiedliche Bezeichnungen für Standards, welche für Verwirrung sorgen. Zudem stellt sich auch oft die Frage, ob es sich bei den verwendeten Unterlagen nun um Standards, Richtlinien oder doch eher um Leitlinien handelt. Diese „Sprachverwirrung“ basiert nicht auf den unterschiedlichen Begriffen, sondern ist auch auf die unterschiedlichen Inhalte zurückzuführen, welche öfters den gleichen Begriffen zugeordnet werden können (Bartholomeyczik 2002).

Grundsätzlich wird etwas als „Standard“ bezeichnet, was befolgt werden sollte und ähnelt daher einer Norm oder einer Richtlinie. Nach der WHO (1987) ist ein Standard *„ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau“* (in: Bartholomeyczik 2002, p.12). In der Alltagssprache steht ein Standard für das *„übliche, Normale oder Durchschnittliche“* (Bölicke 2007).

Eine allgemeine Definition des Standards bezeichnet diesen als *„empirisch ermitteltes Handlungs- und Erfolgsmuster einer definierten Bezugsgruppe unter Zugrundelegung von Kriterien, der Standard ist damit eine Grundvoraussetzung zur Bewertung eines Produktes oder Arbeitsergebnisses.“* (Pschyrembel 2007, p. 706)

Beschäftigt man sich mit Standards in der Pflege, so stößt man entweder auf unterschiedliche Instrumente, die allesamt als Pflegestandard bezeichnet werden oder auf Instrumente, die eine gleiche Struktur aufweisen, jedoch unterschiedlich bezeichnet werden. Begriffe, die die Bezeichnung „Standard“ beinhalten sowie Synonyme wie Pflegeleitlinie oder auch Pflegerichtlinie erscheinen in der Pflegeliteratur immer häufiger. Diese Vielfalt an Begriffen zeigt auf, dass sich in der deutschsprachigen Pflegeliteratur noch kein *„einheitlicher und eindeutig definierter“* Begriff durchsetzen konnte und es *den* Pflegestandard offensichtlich nicht gibt (Bölicke 2007).

Bölicke (2007) verwendet den Begriff „Standard“ als Sammelbegriff und differenziert zwischen verschiedenen Instrumenten, die unterschiedliche Ziele, Inhalte und Gültigkeit aufweisen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht der verschiedenen Standardinstrumente nach Bölicke (2007, p. 4-5)

<b>Instrumente</b>	<b>Ziele</b>	<b>Inhalte</b>	<b>Gültigkeit</b>
<b>Handlungsanweisungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientierungshilfe für die Praxis</li> <li>- Vereinheitlichung der Pflegehandlungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ablaufbeschreibungen von pflegerischen oder organisatorischen Abläufen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nur gültig für den beschriebenen Prozess und die in der jeweiligen Einrichtung mit der Durchführung beauftragter MitarbeiterInnen</li> </ul>
<b>Standardpflegepläne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anleitung von neuen MitarbeiterInnen ohne (abgeschlossene) Ausbildung</li> <li>- Vereinheitlichung der Pflegehandlungen</li> <li>- Vereinfachung der Dokumentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschreibung typischer Pflegemaßnahmen bei speziellen Pflegeproblemen, Diagnosen oder Krankheitsbildern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nur gültig für die Pflege von KlientInnen (einer Einrichtung) mit speziellen klinischen Problem</li> <li>- Unterschiedliche Gültigkeitsdauer</li> </ul>
<b>Normen, Richtlinien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sicherstellung der Umsetzung normativer Vorgaben (Gesetze, berufliche Regeln etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionelle Wertvorstellungen und Prioritäten der Berufsgruppe</li> <li>- Definition der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche Pflegenden</li> <li>- Definition eines qualifizierten Levels pflegerischer Versorgung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allgemein gültig für jede Form pflegerischer Versorgung bei jedem KlientInnen und für alle Pflegenden</li> <li>- Lange Gültigkeitsdauer</li> </ul>
<b>Qualitätsstandards</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einhalten von definierten Qualitätslevels</li> <li>- Identifizierung von Fehlern und Verbesserungspotentialen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definition eines qualifizierten Levels pflegerischer Versorgung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lokale oder allgemeine Gültigkeit</li> </ul>
<b>Expertenstandards</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definition von nationalen Qualitätsniveaus</li> <li>- Vereinheitlichung von Pflegehandlungen</li> <li>- Evaluation der Praxis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschreibung einzuhaltender Kriterien zur Erreichung des angestrebten Qualitätsniveaus auf den Ebenen Struktur, Prozess und Ergebnis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nur gültig für die Pflege von KlientInnen mit speziellem klinischen Problem</li> <li>- Mittlere Gültigkeitsdauer</li> </ul>
<b>Leitlinien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entscheidungshilfe zur Auswahl zweckmäßiger und erfolgreicher Maßnahmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Systematisch entwickeltes Statement, basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und ExpertInnenmeinung</li> <li>- Beschreibung Erfolg versprechender pflegerischer Maßnahmen bei speziellen Problemstellungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nur gültig für die Pflege von KlientInnen mit speziellem klinischen Problem</li> <li>- Kürzere Gültigkeitsdauer</li> </ul>

Obwohl sich die verschiedenen einzelnen Instrumente, welche unter dem Begriff Pflegestandard auftreten, voneinander stark unterscheiden, weisen diese auch Gemeinsamkeiten auf. Diese vier Kriterien gelten für alle Arten von Standards und sollten daher auch von allen Instrumenten erfüllt werden:

- 1. Standards müssen schriftlich vorliegen und dabei verständlich formuliert sein.*
- 2. Standards müssen für die Einrichtungen, die MitarbeiterInnen und möglichst auch für die Klienten vorliegen.*
- 3. Standards müssen entweder Regeln zur Struktur der Pflege, Maßnahmen zur Ausführung von Pflege oder Bedingungen zum Erreichen von Pflegeergebnissen beschreiben.*
- 4. Standards müssen von einer Autorität genehmigt werden, die befugt ist, diese durchzusetzen und gegebenenfalls Sanktionen bei deren Nichtbeachtung erfolgen zu lassen.*

(Katz & Green 1996, in: Bölicke 2007, p. 13)

Generell ist es das oberste Ziel von Standards in der Pflege, PraktikerInnen Orientierung in ihrem Handeln zu geben. Genauere Ziele dieser Standards umfassen die Vereinheitlichung von pflegerischen Handlungen, die Anleitung neuer MitarbeiterInnen, die Vereinfachung der Pflegedokumentation, die Umsetzung rechtlicher Grundsätze, die Definition von Qualitätskriterien, die Durchführung einer Praxisevaluation, die Identifikation von Fehlern und Verbesserungsmöglichkeiten und das Anbieten von Entscheidungshilfen zur Auswahl von effizienten Handlungen (Bölicke 2007).

Nachfolgend werden die von Bölicke (2007) definierten Pflegestandardinstrumente sowie deren Aufbau und Inhalt kurz beschrieben:

### 2.2.1 Handlungsanweisungen (Work instructions)

Handlungsanweisungen sind Standards, die sich auf der Mikroebene befinden, da sie einzelne Pflegehandlungen genau beschreiben. Sie werden entwickelt, um neue MitarbeiterInnen anzuweisen und Pflegehandlungen sowie die Pflegedokumentation zu vereinheitlichen. Sie sind für MitarbeiterInnen verbindlich, gelten jedoch nur in der

jeweiligen Institution. Handlungsanweisungen beziehen sich oft auf die Durchführung von speziellen Pflegeinterventionen, wie z.B. auf die Prävention einer bestimmten Erkrankung (Bölicke 2007).

Nach Bölicke (2007, p. 14) sind Handlungsanweisungen meist folgend aufgebaut:

1. Titel/Überschrift
2. Definition des Inhalts und der Ziele
3. Benennung der Zielgruppe der Handlungsanweisung beziehungsweise des für die Durchführung verantwortlichen Personenkreises
4. Durchführung der Handlung/Maßnahme

Sie können in Form eines Fließtextes, einer Aufzählung oder in Form eines Flussdiagramms dargestellt werden (Bölicke 2007).

#### 2.2.2 Standardpflegepläne (Standard operating procedures)

Standardpflegepläne, welche den Handlungsanweisungen sehr ähnlich sind, dienen der Beschreibung von Pflegehandlungen bei speziellen Pflegeproblemen und der Vereinfachung der Dokumentation. Oft werden sie in Verbindung mit computergestützten Pflegedokumentationsprogrammen eingeführt. Sie sind für MitarbeiterInnen verbindlich, Abweichungen sind jedoch erlaubt, wenn sie begründet werden können (Bölicke 2007).

Der Aufbau von Standardpflegeplänen ähnelt dem von Handlungsanweisungen (Bölicke 2007, p. 20):

1. Titel/Überschrift
2. Probleme und Ressourcen
3. Pflegeziel
4. Maßnahmen/Durchführung

Nach Bartholomeyczik (2002, p. 12) können solche Standards „*nützlich aber auch gefährlich sein*“, da sie zwar darauf hinweisen, bedürfnisorientiert zu pflegen, jedoch keine näheren Angaben dazu geben, wie dies umgesetzt werden soll. Sie erwecken den Eindruck, dass sich diese standardisierten Handlungsabläufe an Personen

richten, die keinen pflegerischen Hintergrund haben. Dabei sind sie besonders für diese Personen wenig hilfreich, da sie den Hintergrund und die Ziele von pflegerischen Maßnahmen nicht adäquat beleuchten. Ein weiterer Kritikpunkt besteht darin, dass eine einheitliche Durchführung von pflegerischen Maßnahmen nicht mit einer Verbesserung gleichgesetzt werden kann, da die Gefahr besteht, dass inkorrekte Pflegemaßnahmen vereinheitlicht werden.

Obwohl Standards wie Handlungsanweisungen oder Standardpflegepläne heftig kritisiert werden, steigt die Nachfrage nach diesen in heterogen besetzten Institutionen. Wann immer solche Standards verwendet werden, ist es wichtig, dass diese stets kritisch hinterfragt werden (Bölicke 2007).

### 2.2.3 Richtlinien (Directives/Guidelines)

Nach der folgenden Definition sind Richtlinien: *„Handlungsregelungen einer gesetzlichen, standes- oder satzungsrechtlichen legitimierten Institution, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und bei Nichtbeachtung Sanktionen zur Folge haben können“* (Pschyrembel 2007, p. 643).

Richtlinien und Normen, welche ebenso in der Auflistung von Bölicke (2007) zu finden sind, stellen häufig professionelle Werte und Schwerpunkte dar und beschreiben den Verantwortungs- und Aufgabenbereich der Pflegenden. Sie geben PraktikerInnen eine Orientierung, indem sie ihnen eine Evaluationsmöglichkeit bieten. Zentrale Inhalte von Richtlinien in der Pflege sind z.B. die Durchführung des Pflegeprozesses, die Gestaltung des Pflegedienstes oder die erforderlichen Kenntnisse von Pflegenden in den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen. Sie definieren einen bestimmten Grad, an dem die Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse der Pflege-, Dienstleistungs- oder Ausbildungsqualität beurteilt werden kann. Richtlinien bestehen aus Kriterien, die den genauen Inhalt definieren. Anhand dieser Kriterien kann geprüft werden, inwieweit die jeweiligen Vorgaben eingehalten wurden. Richtlinien bzw. Normen sind in ihrem Aufbau nicht einheitlich und können im Zweifelsfall von der erstellenden Institution festgelegt werden (Bölicke 2007).

Im Gegensatz zu Leitlinien oder anderen Standards, deren Empfehlungen nicht unbedingt in Anspruch genommen werden müssen, sind Richtlinien immer

verbindliche Handlungsregeln, die von einer bestimmten Institution eingehalten werden müssen. Werden sie nicht eingehalten, drohen für die jeweiligen Einrichtungen Sanktionen. In Europa wird hinsichtlich der Verbindlichkeit zwischen Leitlinie (Guideline) und Richtlinie (Directive) klar unterschieden, im amerikanischen Raum gibt es die Unterscheidung zwischen Richtlinie und Leitlinie nicht. Beide Begriffe treten unter den Überbegriff „Guideline“ auf (Burns 2007).

#### 2.2.4 Qualitätsstandards (Quality standards)

Der Begriff Qualitätsstandard wird im Zusammenhang mit der Pflege oft verwendet, obwohl dieser Ausdruck mit einem Pflegestandard nicht gleichgesetzt werden sollte. Qualitätsstandards legen wie Richtlinien einen bestimmten Grad fest, an dem sich die Pflegequalität im Hinblick auf Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse bewerten lässt. Dazu werden Kriterien definiert, die die Ziele genauer beschreiben. Eine gute Qualität wird erreicht, wenn diese Kriterien erfüllt werden. Der Unterschied zu Richtlinien besteht darin, dass im Falle einer Abweichung vom Ziel mit keinen Sanktionen gerechnet werden muss. Ein typischer Qualitätsstandard besteht meist aus einer Standardaussage und darauf folgenden Kriterien (Bölicke 2007).

#### 2.2.5 Expertenstandards (Expert standards)

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) definierte den Pflegestandard als *„(...) ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau, das den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle der Pflege einschließt. Standards geben die Zielsetzung komplexer pflegerischer Aufgaben, sowie Handlungsspielräume und Handlungsalternativen vor und eignen sich für Pflegeprobleme mit erheblichem Einschätzungsbedarf und Pflegehandlungen mit hohem Interaktionsanteil.“* (DNQP 2010) Daraufhin wurden vom DNQP so genannte „Expertenstandards“ entwickelt, die nach einheitlichen und internationalen Vorgaben erstellt und aus präzisen Standardaussagen und deren Begründungen bestehen. Zusätzlich beinhalten diese Expertenstandards messbare Kriterien, die in Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien unterteilt werden. Diese werden häufig tabellarisch dargestellt (Bölicke 2007).

Laut dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sind Expertenstandards „... als ein Instrument zu verstehen, mit deren Hilfe die Qualität von Leistungen definiert, eingeführt und bewertet werden kann und das Auskunft darüber gibt, welche Verantwortung die Berufsgruppe gegenüber der Gesellschaft, den Pflegebedürftigen, dem Gesetzgeber, wie auch gegenüber ihren einzelnen Mitgliedern übernimmt.“ (DNQP 2010)

Die Einführung von Expertenstandards löste heftige Diskussionen aus und wurde von PraktikerInnen sowie vom Deutschen Netzwerk Evidenzbasierter Medizin heftig kritisiert (Bölicke 2007). Laut Meyer und Köpke (2006) haben Expertenstandards des DNQP einige Schwächen aufzuweisen.

Im Vergleich zu evidenzbasierten Leitlinien, werden Expertenstandards nicht multidisziplinär, sondern monoprofessionell entwickelt. Dadurch soll zwar das Berufsbild der Pflege in den Mittelpunkt rücken, jedoch verbirgt sich dabei die Frage, inwieweit andere Berufsgruppen auf diesen Expertenstandard eingehen, wenn er nur von Pflegenden erstellt wurde. Obwohl Expertenstandards vorgeben, sie würden nach evidenzbasierten Methoden entwickelt werden, sind in den bisherigen EntwicklerInnengruppen nur wenige Vertreter der evidenzbasierten Pflege zu finden. Neben methodischen Mängeln sind Expertenstandards zudem nicht sehr nutzerfreundlich und leicht umsetzbar, denn Nebenwirkungen oder finanzielle Aspekte werden nicht näher beleuchtet, Begriffe werden nicht einheitlich und deutlich beschrieben und Hilfsmittel zur Entscheidungsfindung wie z.B. die Evidenzstufen und Empfehlungsgrade werden nicht angeboten. Zudem weisen Expertenstandards unklare Empfehlungen und fehlende Implementierungshilfen auf.

Zusammenfassend stellen Meyer und Köpke (2006) fest, dass Expertenstandards in der Pflegepraxis häufig implementiert werden, obwohl diese mangelnde Nutzerfreundlichkeit und einen hohen Ressourcenaufwand aufweisen. Des Weiteren entsprechen sie nicht den international geltenden Qualitätskriterien für Leitlinien, da deren Methode nicht exakt, deren Berichterstattung und Nachvollziehbarkeit intransparent sind sowie der Nutzen der Expertenstandards nicht eindeutig bewiesen werden kann (Meyer & Köpke 2006).

Bölicke (2007) hebt trotz aller Kritikpunkte hervor, dass Expertenstandards die Professionalisierung der Pflege positiv beeinflusst und die Interdisziplinarität gefördert haben. Sie seien keine „Gebrauchsanweisungen“ und stellen lediglich einen theoretischen Rahmen dar.

#### 2.2.6 Evidenzbasierte Leitlinien (Clinical Practice Guidelines)

Der Begriff „Leitlinie“ ist nicht einheitlich definiert und wird in der Literatur sehr unterschiedlich verwendet. Manchmal werden damit Empfehlungen oder auch Protokolle, die den Charakter einer Richtlinie aufweisen, beschrieben (Mead 2000). Im Gegensatz zu evidenzbasierten Leitlinien, die in der englischen Literatur meist als „Clinical Practice Guidelines“ bezeichnet werden, gibt es auch die Leitlinie im allgemeinen Sinne. Unter Leitlinien werden *„Dokumente, die im Konsens erstellt und von einer anerkannten Institution angenommen wurden und die für die allgemeine und wiederkehrende Anwendung Regeln oder Merkmale für Tätigkeiten oder deren Ergebnisse festlegen“* verstanden (Pschyrembel 2007, p. 486).

Im Unterschied zu den allgemeinen Leitlinien, werden „evidenzbasierte Leitlinien“ (Clinical Practice Guidelines) in der Forschungsliteratur beschrieben als:

*„Systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen.“* (ÄZQ 2007) Sie *„(...) sind Orientierungshilfen im Sinne von ‚Handlungs- und Entscheidungskorridoren‘, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.“* (ÄZQ 2007)

Diese Definition beruht auf der englischsprachigen Definition, welche sich in der englischen Forschungsliteratur am häufigsten finden lässt: *„Clinical practice guidelines are systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances.“* (Field & Lohr 1990, in: National Guideline Clearinghouse 2011).

Der Hauptzweck von evidenzbasierten Leitlinien besteht darin, die Qualität der Gesundheitsversorgung von PatientInnen zu verbessern. Leitlinien, welche Interventionen identifizieren, die einen tatsächlichen Nutzen haben, können nicht nur die Morbidität und Mortalität senken, sondern auch die Lebensqualität von

PatientInnen verbessern und die Versorgung für PatientInnen transparenter machen. Somit können evidenzbasierte Leitlinien auch die aktive Teilnahme von PatientInnen bei Entscheidungsprozessen fördern, da persönliche Bedürfnisse und Vorlieben hervorgehoben werden (Woolf et al. 1999).

Evidenzbasierte Leitlinien basieren auf den besten verfügbaren Forschungsergebnissen und geben PraktikerInnen Empfehlungen für ihr Handeln in der Praxis, ersetzen jedoch nicht deren Wissen und die Fähigkeiten (Gerrish & Lacey 2010). Sie erlauben es PraktikerInnen bei einzelnen PatientInnen, die aus dem Bereich der Leitlinie fallen, flexibel zu handeln (Polit & Beck 2011). Außerdem wird durch die Involvierung der verschiedenen Akteure eine multidisziplinäre Arbeit gefördert und ermöglicht so eine Betrachtungsweise aus verschiedenen Perspektiven (Meyer & Köpke 2006).

KritikerInnen von EBP vertreten die Meinung, dass Leitlinien und Protokolle zu einer „Kochbuchmedizin“ und einem Qualifikationsrückgang („de-skilling“) führen. Des Weiteren wird kritisiert, dass wissenschaftlich fundierte Empfehlungen noch lange nicht zu einer Umsetzung in der tatsächlichen Praxis führen (Mead 2000).

Evidenzbasierte Leitlinien stellen nur eine Möglichkeit dar, um die Pflegequalität zu verbessern und sollten nicht als „Wundermittel“ für Gesundheits- und Pflegeprobleme angesehen werden. Sie machen nur Sinn, wenn sich PraktikerInnen bezüglich einer geeigneten Praxis unsicher sind und wissenschaftliche Ergebnisse eine Lösung bieten können (Woolf et al. 1999). Gute evidenzbasierte Leitlinien schreiben den PraktikerInnen nicht vor, welche Entscheidung sie treffen sollen, sondern bieten ihnen mit einem wissenschaftlichen Nachweis eine Hilfe, ihr individuelles klinisches Urteil zum Vorteil ihrer KlientInnen einzusetzen (Mead 2000).

Obwohl es ein Problem ist, dass es für viele Praxissituationen noch keine Leitlinien gibt, stellt die Tatsache, dass es für ein Problem gleichzeitig mehrere Leitlinien gibt, ebenso eine Herausforderung dar. Da die Rigorosität der Leitlinienentwicklung und der Interpretation von Forschungsergebnissen von EntwicklerInnengruppe zu EntwicklerInnengruppe variiert, geben verschiedene Leitlinien oft unterschiedliche oder sogar widersprüchliche Empfehlungen ab. Daher sollten Leitlinien unbedingt kritisch bewertet werden. Bei der Bewertung sollte darauf geachtet werden, ob sie

auf den besten und neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, eine präzise Entwicklungsmethode aufweisen, benutzerfreundlich sind und für den lokalen Gebrauch geeignet sind (Polit & Beck 2011).

Um angemessene evidenzbasierte Leitlinien zu entwickeln, werden ausreichende Expertise und Ressourcen benötigt. Eine regelmäßige Evaluierung der evidenzbasierten Leitlinie ist wichtig, um deren Qualität für die Übersetzung auf lokaler Ebene zu bewerten (Gerrish & Lacey 2010). Es wird empfohlen, die Gültigkeit der Leitlinie alle drei Jahre erneut zu bewerten, damit die Leitlinie nicht veraltet ist (Polit & Beck 2011).

Wenn es keine nationalen Leitlinien zu einem Thema gibt, müssen Leitlinien für den lokalen Gebrauch entwickelt werden. Dazu muss eine EntwicklerInnengruppe gegründet werden, welche möglichst aus einem multidisziplinären Team bestehen sollte. Bei der Erstellung einer Leitlinie zum Thema Mangelernährung wäre es von Vorteil, Pflegenden, DiätologInnen, FachärztInnen zum Thema Ernährung sowie Sprech- und SprachtherapeutInnen mit Erfahrung mit Dysphagie bei der Leitlinienentwicklung zu involvieren (Gerrish & Lacey 2010).

Wenn eine evidenzbasierte Leitlinie bewertet wurde und deren Gebrauch sinnvoll erscheint, kann es manchmal notwendig sein, diese auf eine lokale Ebene zu übertragen. Diese Leitlinie sollte von lokalen PraktikerInnen, PatientInnen und ManagerInnen auf die Relevanz im lokalen Zusammenhang überprüft werden (Gerrish & Lacey 2010). Dabei sollte jedoch erwähnt werden, dass die Anpassung von nationalen Leitlinien an den lokalen Einsatz zwar die Benutzerfreundlichkeit erhöhen, aber gleichzeitig die Validität der Leitlinie vermindert werden könnte (Mead 2000).

Ebenso wie Studien auf Reliabilität und Validität bewertet werden, sollten auch evidenzbasierte Leitlinien auf die Methode der Entwicklung überprüft werden (Behrens & Langer 2006). Zur Bewertung von evidenzbasierten Leitlinien wurden verschiedene Instrumente entwickelt. Eines davon ist das Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) Instrument, welches als Goldstandard für die Bewertung von evidenzbasierten Leitlinien gilt. Dieses Instrument wurde von einem

internationalen ForscherInnenteam entwickelt, und bewertet die Qualität des Entwicklungsprozesses und dessen Dokumentation (Gerrish & Lacey 2010).

Ein weiteres Instrument zur Bewertung von evidenzbasierten Leitlinien ist das Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Es wurde gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft für wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften (AWMF), dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und verschiedenen AutorInnen entwickelt, um die methodologische Qualität von Leitlinien zu bewerten und ersetzt die Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“. Die Qualitätsanforderungen von DELBI entsprechen der deutschsprachigen Version des AGREE-Instruments und wurden durch ausführliche Fragen zur Methode, dem Inhalt und Implementierungsstrategien erweitert. Da das Instrument allgemein gehalten ist, kann es für Leitlinien in allen Versorgungsbereichen eingesetzt werden (DELBI 2008).

Der Aufbau von evidenzbasierten Leitlinien muss strengen internationalen Vorgaben entsprechen: In der Einleitung wird das Problem beschrieben und diskutiert, anschließend wird die tatsächliche Leitlinie mit deren Empfehlungen dargestellt und erklärt, wie diese Empfehlungen zustande gekommen sind. Daraufhin folgt die Beschreibung des Entwicklungsprozesses der Leitlinie. Im nächsten Abschnitt werden die Implementierungsstrategien der Leitlinie aufgezeigt. Am Ende der Leitlinie folgen die Einschränkungen und Anmerkungen zur Gültigkeit, das Glossar der unbekanntenen Begriffe, das Quellenverzeichnis und der Anhang (Bölicke 2007).

## 2.3 Leitlinien und Standards zum Thema Mangelernährung in Österreich und Deutschland

In den letzten Jahren wurden mehrere Leitlinien und Standards zu Ernährungsproblemen bei älteren Menschen entwickelt, die darauf abzielen, Aufmerksamkeit auf dieses Thema zu lenken, wissenschaftliche Ergebnisse in der Praxis umzusetzen und eine bessere Betreuung für Betroffene anzubieten (Volkert 2011). Da im Rahmen der Literaturrecherche sehr häufig auf deutsche Leitlinien und Standards verwiesen wurde bzw. Empfehlungen aus Deutschland in der österreichischen Pflegepraxis präsent sind, werden in dieser Arbeit auch deutsche Leitlinien bzw. Standards thematisiert. Es folgt eine beispielhafte Übersicht und kurze Beschreibung der derzeit bestehenden Leitlinien und Standards zum Thema Mangelernährung bzw. Ernährung in Österreich sowie Deutschland.

## 2.4 Leitlinien und Standards zum Thema Mangelernährung in Österreich

### 2.4.1 „Empfehlungen für die Ernährung des älteren Menschen in der Langzeitpflege“ der AKE (2010)

Die Österreichische Arbeitsgemeinschaft klinische Ernährung (AKE) wendet sich an den Krankenhaus- und Pflegeheimbereich und beschäftigt sich besonders mit der Optimierung der Ernährung durch Ernährungsteams, mit parenteralen und enteralen Ernährungstherapien sowie der Prävention und Therapie von Mangelernährung. Ihr Ziel ist es, die allgemeinen Kenntnisse im Bereich der klinischen Ernährung zu verbessern, um den Standard der klinischen Ernährung zu heben. Die „Empfehlungen für die Ernährung des älteren Menschen in der Langzeitpflege“ basieren auf einem Konsensusmeeting bestehend aus 70 interdisziplinären ExpertInnen und wurde auf Initiative der AKE, der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG) und dem Verband der DiätologInnen Österreichs veranlasst. Bei diesem Konsensusmeeting sorgten Vorträge, die auf systemisch recherchierter Evidenz basierten, für einen aktiven Meinungsaustausch zwischen den FachexpertInnen. Es wurde ein konsensuales Manuskript erstellt, welches in weiterer Folge einen Review Prozess zu durchlaufen hatte. Ungeklärte Fragen wurden noch einmal diskutiert und mit der aktuellen Literatur verglichen und für Österreich

adaptiert. Diese Empfehlungen sind praxisnah und wenden sich an die Problematik der Mangelernährung bei älteren Menschen. Sie sind jedoch nicht vollständig und reflektieren lediglich die Meinung des Fachgremiums. Weitere Adaptionen und Aktualisierungen sind geplant (AKE 2010).

#### 2.4.2 „Recommendations for Enteral and Parenteral Nutrition in Adults“ (Empfehlungen für enterale und parenterale Ernährungstherapie bei Erwachsenen) der AKE (2008)

Basierend auf den deutschsprachigen Empfehlungen aus dem Jahr 2000, veröffentlichte die AKE acht Jahre später eine vollständig überarbeitete und erweiterte Fassung, die bislang nur in englischer Sprache erhältlich ist. Die originale Version wurde im Rahmen mehrerer Konsensuskonferenzen, an der interdisziplinäre ExpertInnengruppen teilnahmen, erstellt. Die AKE bemühte sich so weit wie möglich, evidenzbasierte Empfehlungen abzugeben, jedoch basieren die meisten dieser Empfehlungen auf ExpertInnenmeinungen, da das Evidenzlevel bei etlichen Studien nicht ausreichend war. Die AKE versuchte nicht nur einen „kleinsten gemeinsamen Nenner“ der involvierten ExpertInnen zu finden, sondern zielte darauf ab, klare Empfehlungen zu formulieren, die in der Praxis hilfreich sind (AKE 2008).

### 2.5 Leitlinien/Standards zum Thema Mangelernährung in Deutschland

#### 2.5.1 „DGEM-Leitlinien Enterale und Parenterale Ernährung“ der DGEM (2008)

Von 2001 bis 2007 hat die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit österreichischen und schweizerischen ExpertInnen evidenzbasierte Leitlinien zum Thema „Künstliche Ernährung“ entwickelt. Daran waren 46 multidisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppen mit 200 Mitgliedern aus dem Bereich der klinischen Ernährung beteiligt. Das Ziel dieser Leitlinien war es, die enterale und parenterale Ernährung auf den neuesten wissenschaftlichen Stand zu bringen und ExpertInnen, die in der Praxis mit dem Thema konfrontiert sind, anhand von evidenzbasierten Empfehlungen bei der Ernährungstherapie zu unterstützen. Als methodische Grundlage dienten die Vorgaben der Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), ÄZQ und der AWMF. Die Entwicklung der „DGEM-Leitlinien Enterale und Parenterale Ernährung“ erfolgte anhand eines strukturierten

Konsensusprozesses nach einheitlichen Kriterien. Die Recherche und die Bewertung der Literatur ebenso wie das Formulieren der Empfehlungen und der erklärenden Kommentare waren die Aufgabe der Arbeitsgruppen. Die Stärke der Empfehlungen hing von der Qualität der Studien sowie von den Meinungen der ExpertInnen ab (DGEM 2008).

#### 2.5.2 „Enterale Ernährung in der Geriatrie und geriatrisch-neurologischen Rehabilitation“ der DGEM & DGG (2004)

Die Leitlinie „Enterale Ernährung in der Geriatrie und geriatrisch-neurologischen Rehabilitation“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) bietet evidenzbasierte Empfehlungen für den Einsatz von Trink- und Sondennahrung bei geriatrischen PatientInnen an. Sie gründet auf einer Literaturrecherche von themenspezifischen Fachpublikationen, die seit dem Jahr 1985 veröffentlicht wurden und wurde infolge einer Konsensuskonferenz von einer interdisziplinären ExpertInnengruppe verabschiedet. Die Empfehlungen basieren auf der Leitlinie „Enterale Ernährung“ und auf deren methodischen Vorgehensweisen. Die Leitlinie wird alle zwei Jahre überprüft und bei Bedarf aktualisiert (Volkert et al. 2004).

#### 2.5.3 „Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ des DNQP (2010)

Der Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) zeigt auf, welche Rolle der Pflege im Ernährungsbereich zukommt und zielt darauf ab, eine geeignete orale Ernährung für kranke und pflegeabhängige Menschen sicherzustellen sowie diese zu fördern. Als PatientInnenzielgruppe des Standards werden erwachsene Menschen definiert, die pflegebedürftig sind und teilweise bzw. völlig imstande sind, Nahrungsmittel und Flüssigkeiten oral zu sich zu nehmen. Als AnwenderInnenzielgruppe werden Pflegefachkräfte im Krankenhaus- und Pflegeheimbereich sowie in der ambulanten Pflege genannt. Bei der methodischen Entwicklung des Standards waren eine ExpertInnenarbeitsgruppe, bestehend aus zehn Mitgliedern, sowie das wissenschaftliche Team des DNQP beteiligt. Das methodologische Vorgehen lehnte sich an die gängigen Regeln der Standard- und Leitlinienentwicklung in den Bereichen Medizin und Pflege und obliegt

einer regelmäßigen Revision. Der Entwurf des Expertenstandards basierte auf einer Literaturanalyse, die sich nach internationalen Kriterien der Evidenzbewertung richtete. Die Literatur von 214 verschiedenen Quellen wurde von zwei wissenschaftlichen MitarbeiterInnen unabhängig voneinander bewertet, anschließend fanden Diskussion, Entwicklung und Verabschiedung der Empfehlungen statt. Wenn keine eindeutigen Aussagen in der Literatur zu finden waren, war die Einschätzung der ExpertInnenarbeitsgruppe ausschlaggebend (DNQP 2010).

#### 2.5.4 Leitlinien Enterale Ernährung der ESPEN (2006)

In Zusammenarbeit mit der Europäischen Gesellschaft für Klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN) konnte die von der DGEM entwickelte Leitlinie für enterale Ernährung überarbeitet und auf ein europäisches Niveau angehoben werden. Im Rahmen eines Konsensusprozesses, an dem 88 ExpertInnen aus 20 europäischen Ländern in 12 multidisziplinären Arbeitsgruppen teilnahmen, konnten die Empfehlungen aktualisiert und verabschiedet werden. Die neu publizierten „ESPEN-Guidelines on Enteral Nutrition“ sind in zehn Kapitel aufgeteilt: Intensivmedizin; Chirurgie einschließlich Organtransplantation; nichtchirurgische Onkologie; Gastroenterologie; Pankreas; Lebererkrankungen; Nierenversagen beim Erwachsenen; Kardiologie und Pulmologie; Wasting bei HIV und andere chronischen Infektionskrankheiten sowie Geriatrie. Sie beginnen jeweils mit Empfehlungen, die anhand von Tabellen dargestellt werden. Diese wurden ins Deutsche übersetzt und sollen PraktikerInnen bei Entscheidungen bezüglich der enteralen Ernährung unterstützen. Genaue Erläuterungen zu den Empfehlungen sind nur in englischer Sprache dargestellt. Die Leitlinie wurde anhand von definierten Standardkriterien entwickelt (Schütz et al. 2006).

#### 2.5.5 Leitlinien Parenterale Ernährung der ESPEN (2009)

Ab dem Jahr 2005 entwickelte die ESPEN zur Ergänzung der ESPEN-Leitlinien zur enteralen Ernährung auch Empfehlungen zur parenteralen Ernährung, die sich an ÄrztInnen, aber auch an Pflegende und andere relevante Gesundheitsberufe wendet. Die Leitlinie wurde anhand eines Konsensusprozesses von elf multidisziplinären Arbeitsgruppen mit 87 ExpertInnen aus 16 verschiedenen europäischen Ländern und Israel entwickelt und im August 2009 publiziert. Folgende Kapitel werden in der

Leitlinie thematisiert: Zentralnervenkatheter; Chirurgie; Intensivmedizin; Nierenversagen; Gastroenterologie; Pankreas; Hepatologie; nichtchirurgische Onkologie; Kardiologie und Pulmologie; Geriatrie und heimparentale Ernährung. Die wichtigsten Statements werden in tabellarischer Form und deutscher Sprache dargestellt (Schütz et al. 2010).

## 2.6 Begründung für diese Erhebung:

Im Gegensatz zu Deutschland gibt es in Österreich bis auf die Empfehlungen der AKE keine weiteren nationalen Standards bzw. Leitlinien zum Thema Mangelernährung. Selbst die von der AKE entwickelten Empfehlungen entsprechen nicht den Charakteristika einer evidenzbasierten Leitlinie. Die Verwendung von evidenzbasierten Leitlinien zum Thema Mangelernährung ist jedoch notwendig, da vor allem dieses Standardinstrument auf den besten Forschungsergebnissen beruht und somit die Qualität in der Pflege gewährleisten kann.

In Anbetracht der hohen Prävalenzzahlen von Mangelernährung in Österreich, wäre es von großer Bedeutung zu erfahren, inwieweit österreichische Krankenhäuser und Pflegeheime bereits evidenzbasierte Leitlinien bzw. andere Richtlinien oder Standards zum Thema Mangelernährung anwenden. Durch die Erhebung kann herausgefunden werden, wie die verwendeten Pflegestandards aufgebaut sind und welche Inhalte diese beinhalten. Durch eine Betrachtung des derzeitigen Zustands kann festgestellt werden, inwieweit österreichische Einrichtungen evidenzbasierte Forschungsergebnisse zum Thema Mangelernährung heranziehen. Im weiteren Sinne wird ein Einblick darüber gewonnen, ob sich die derzeitige Pflegepraxis bereits mit pflegewissenschaftlichen Forschungs-erkenntnissen auseinandersetzt.

Diese Ist-Analyse gibt zudem Auskunft darüber, ob das Thema Mangelernährung in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen bereits thematisiert wird und ob sich Pflegende bzw. die LeiterInnen der Einrichtungen der Relevanz dieses Problems bewusst sind.

### 3 Ziele und Forschungsfragen

---

Das Hauptziel dieser Arbeit ist es zu erheben, ob und inwieweit Standards in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen zum Thema Mangelernährung angewendet werden. Im Besonderen gilt es zu klären, wie viele Einrichtungen einen Standard verwenden und welche Standardinstrumente im Einsatz sind. Anhand eines Kurzfragebogens soll geklärt werden, wer den Standard entwickelt hat, was als Basis diente, seit wann der Standard verwendet wird, ob und wie oft dieser Standard aktualisiert wird, ob und wie der Standard überprüft wird sowie auf welche Weise dieser Standard implementiert wurde. Außerdem soll geklärt werden, welche methodische Qualität und Praktikabilität die Standards aufweisen. Ein weiteres wichtiges Ziel ist die Betrachtung der Inhalte der Standards zur Behandlung und Prävention von Mangelernährung.

Folgende Forschungsfragen sollen in dieser Arbeit geklärt werden:

- „Welche (evidenzbasierten) Standards werden in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen zur Erkennung und Behandlung von Mangelernährung verwendet?“
- „Welche methodische Qualität weisen die verwendeten (evidenzbasierten) Standards zum Thema Mangelernährung in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen auf?“
- „Welche Inhalte zur Behandlung und Prävention von Mangelernährung werden in den (evidenzbasierten) Standards in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen thematisiert?“

## 4 Methode

---

Die Methode, die bei dieser Arbeit angewendet wurde, ist die Erhebung (engl. *Survey*). Sie beschreibt eine Technik der Datensammlung, bei der Fragebögen oder persönliche Interviews verwendet werden, um Informationen über eine bestimmte Population zu sammeln (Burns & Grove 2009). Erhebungen erhalten Informationen durch Selbstberichte. Das bedeutet, die TeilnehmerInnen antworten auf verschiedene Fragen, welche von den ForscherInnen gestellt werden. Der Inhalt einer Erhebung ist jedoch auf die Anzahl der Menschen beschränkt, die fähig bzw. bereit sind, über das betreffende Thema zu berichten. Meistens beinhalten Erhebungen Fragen, welche nur kurzer Antworten bedürfen. Erhebungen haben meist eine quantitative Herangehensweise (Polit & Beck 2011).

### 4.1 Datenerhebung

Die Methode der Erhebung bestand darin, dass alle österreichischen Krankenhäuser (n = 150) und Pflegeheime (n = 480), welche eine Kapazität von über 50 Betten aufwiesen, per E-Mail angeschrieben wurden und in einem Anschreiben über diese Erhebung informiert wurden. In diesem Anschreiben wurden die Einrichtungen gebeten, Bescheid zu geben, ob sie einen Standard zum Thema Mangelernährung verwenden bzw. ob sie bereit wären, den Standard zuzuschicken (siehe Anhang).

Die E-Mail-Adressen der Institutionen wurden über die Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2011) sowie der der Broschüre des Bundesministeriums für Gesundheit (2008) erfasst.

Im Falle einer positiven Antwort seitens der Einrichtung sowie der Bereitschaft den verwendeten Standard zuzuschicken, wurde per Post ein kurzes Antwortschreiben an die jeweilige Institution geschickt. Dazu wurde ein an das Institut für Pflegewissenschaft adressiertes und frankiertes Antwortkuvert und ein selbst entwickelter Kurzfragebogen mitgeschickt, welcher kurze Fragen zur Entwicklung, Basis, Aktualisierung, Überprüfung und Implementierung des Standards beinhaltete und in etwa fünf Minuten zu beantworten war (Abbildung 1).

## Kurzfragebogen

**1. Haben alle MitarbeiterInnen in der Pflege Zugang zu der/dem Standard zum Thema Mangelernährung?**

- Ja
- Nein

**2. Wer hat die/den Standard zum Thema Mangelernährung entwickelt? (Mehrfachantworten möglich)**

- Pflegepersonen
- Qualitätsmanagement, Qualitätszirkel
- DiätologIn
- Interdisziplinär (z.B. Pflegepersonen, Qualitätsmanagement, DiätologIn, ÄrztIn, PatientInnenvertretung)
- andere

**3. Was diente als Basis für Ihre/n Standard zum Thema Mangelernährung? (Mehrfachantworten möglich)**

- Österreichische Krankenpflegelehrbücher
- Lehrbücher anderer Disziplinen (z.B. Medizin, Diätologie)
- ExpertInnenwissen
- Ergebnisse wissenschaftlicher Studien
- Nationale Leitlinien (z.B. AKE Leitlinie, DNQP Expertenstandard)
- Internationale Leitlinien (z.B. ESPEN Guidelines, Joanna Briggs Institute)
- Sonstiges

**4. Seit wann gibt es die/den Standard zum Thema Mangelernährung in Ihrer Einrichtung?**

- seit  $\leq$  6 Monaten
- zwischen 7 und 12 Monaten
- seit  $>$  12 Monaten

**5. Wird die/der Standard zum Thema Mangelernährung regelmäßig aktualisiert?**

- Nein
- Ja  
Wenn ja, in welchem zeitlichen Intervall?

**6. Wird die Einhaltung der/des Standards zum Thema Mangelernährung überprüft?**

- Nein
- Ja  
Wenn ja, wie?

**7. Wie wurde die/der Standard zum Thema Mangelernährung in Ihrer Einrichtung implementiert? (Mehrfachantworten möglich)**

- Fort- und Weiterbildung, Workshop
- Anordnung (durch z.B. Pflegedienstleitung, Stationsleitung, Heimleitung)
- Verbreitung via schriftlichem Material
- Verbreitung via Intranet
- Sonstiges

Abbildung 1: Selbst entwickelter Kurzfragebogen

Das adressierte und frankierte Antwortkuvert ermöglichte es den Einrichtungen, ihren Standard anonym an das Institut für Pflegewissenschaft zuzusenden. Außerdem wurde für das Aussenden der E-Mails eine eigene E-Mail-Adresse errichtet, die ausschließlich für diese Erhebung verwendet wurde und nach dem Erhalt aller E-Mails wieder gelöscht wurde. Alle E-Mail-EmpfängerInnen wurden per Blindcopy-Funktion in die E-Mail-Verteilerliste eingetragen, um die Anonymität der Einrichtungen zu gewährleisten.

Einige Einrichtungen legten keinen Wert darauf, den Standard anonym zuzusenden und schickten den verwendeten Standard per E-Mail direkt zu. In diesem Fall schickten wir das Antwortschreiben per E-Mail und sendeten den Kurzfragebogen auch per E-Mail zu. Der Kurzfragebogen wurde für diesen Fall so entwickelt, dass die Einrichtungen Antworten anklicken konnten bzw. Antworten hinzufügen konnten und diesen nach dem Abspeichern wieder zuschicken konnten, ohne dass der Kurzfragebogen von der Institution eingescannt werden musste.

Etwa zwei Wochen nach dem Aussenden der ersten E-Mails, wurde ein Erinnerungsmail an diejenigen Einrichtungen ausgesendet, die sich bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht zurückgemeldet hatten. Nach diesen Erinnerungsmails wurde etwa nach drei Wochen ein zweites und gleichzeitig letztes Erinnerungsmail an alle Einrichtungen versendet, von denen noch keine Antwort erhalten wurde. Diesen Erinnerungsmails wurde ein eigenes Erinnerungsanschreiben hinzugefügt (siehe Anhang).

Als Motivation und Dankeschön für die Teilnahme an der Erhebung, wurden alle Einrichtungen zu einem Symposium zum Thema Mangelernährung eingeladen, welches voraussichtlich im Dezember 2011 an der Medizinischen Universität Graz stattfinden wird. Um nähere Informationen zu erhalten, wurden die Einrichtungen darauf verwiesen, die Homepage des Instituts für Pflegewissenschaft zu besuchen. Außerdem wurde den Institutionen angeboten, die Ergebnisse dieser Erhebung auf Anfrage zuzuschicken.

## 4.2 Datenanalyse

Um feststellen zu können, ob es sich bei den zugesandten Materialien überhaupt um tatsächliche Standards handelt, mussten zuerst klare Kriterien bestimmt werden, die einen ‚Standard‘ definieren. Dazu wurden die Kriterien von Katz & Green (1997, in: Bölicke 2007, p. 13) gewählt, da die Kriterien für alle verschiedenen Arten von Standards gelten:

1. *Standards müssen schriftlich vorliegen und dabei verständlich formuliert sein.*
2. *Standards müssen für die Einrichtungen, die MitarbeiterInnen und möglichst auch für die KlientInnen vorliegen.*
3. *Standards müssen entweder Regeln zur Struktur der Pflege, Maßnahmen zur Ausführung von Pflege oder Bedingungen zum Erreichen von Pflegeergebnissen beschreiben.*
4. *Standards müssen von einer Autorität genehmigt werden, die befugt ist, diese durchzusetzen und gegebenenfalls Sanktionen bei deren Nichtbeachtung erfordern zu lassen.*

(Katz & Green 1996, in: Bölicke 2007, p. 13)

Bei Erfüllung dieser vier Kriterien wurden die verschiedenen Dokumente als ‚Standard‘ bezeichnet, alle anderen Schriftstücke wurden der Kategorie ‚Sonstiges‘ zugeordnet. Die Kurzfragebögen aller als ‚Standard‘ eingeteilten Dokumente wurden mittels des Programms PASW.18 unabhängig von weiteren Kriterien analysiert, um einen Einblick darüber zu bekommen, wie die Institutionen ihren Standard bewerten. Die Diagramme wurden mit dem Programm Microsoft Office Excel erstellt.

Anschließend wurden die der Kategorie ‚Standard‘ zugewiesenen Dokumente genauer betrachtet und zwischen den verschiedenen Instrumenten, die alle unter dem Begriff Standard bzw. Pflegestandard auftreten können, differenziert. Dazu wurde anfangs die Tabelle von Bölicke (Tabelle 1) zur Hilfe genommen. Im Rahmen der Bewertung wurde jedoch festgestellt, dass sich das Beurteilen der verschiedenen Instrumente einzig auf Basis dieser Tabelle als schwierig darstellt. Daher wurden die wichtigsten Inhalte der verschiedenen Instrumente sowie deren Aufbau im Hintergrund (pp. 8-16) dieser Arbeit auf der Basis von Bölicke (2007) näher

beschrieben. Da sich die ersten zwei beschriebenen Instrumente „Handlungsanweisung“ und „Standardpflegeplan“ weder hinsichtlich des Zwecks noch hinsichtlich des Aufbaus wesentlich unterscheiden, wurden sie zu der Kategorie ‚Handlungsanweisung/Standardpflegeplan‘ zusammengefasst. Wenn ein ‚Standard‘ einem Instrument zugeteilt werden konnte, wurde dies anhand der Beschreibungen von Bölicke (2007) begründet.

Im nächsten Schritt wurden Bewertungskriterien für das Analysieren der methodischen Qualität dieser ‚Standards‘ festgelegt. Nach einer Übersicht verschiedener Instrumente zur Beurteilung von Leitlinien bzw. Standards und einer kurzen Durchsicht der erhaltenen Standards, wurden die Kriterien von Behrens und Langer (2006, pp. 255-256) für die Analyse der ‚Standards‘ herangezogen. Sie sind im Gegensatz zum DELBI- bzw. dem AGREE-Instrument nicht nur für evidenzbasierte Leitlinien, sondern auch für andere Arten von Standards geeignet. Die Kriterien von Behrens & Langer (2006, pp. 255-256) gehen sowohl auf die Methode der Entwicklung des Standards als auch auf die Anwendbarkeit in der Praxis ein. Sie basieren auf verschiedenen vorhandenen Bewertungshilfen und wurden von den EntwicklerInnen modifiziert sowie angepasst (Behrens & Langer 2006, pp. 255-256).

#### Kriterien zur Bewertung der ‚Standards‘:

1. *Ist das Thema klar formuliert?*
2. *Wie wurde die Leitlinie erstellt?*
3. *Wurden alle wichtigen Möglichkeiten und Ergebnisse klar beschrieben und nachvollziehbar beurteilt?*
4. *Bezieht die Leitlinie alle wichtigen Ergebnisse mit ein?*
5. *Wurde die Leitlinie von ExpertInnen begutachtet und getestet?*
6. *Wurden konkrete, für die Praxis wichtige Empfehlungen ausgesprochen?*
7. *Wie beweiskräftig sind die Empfehlungen?*
8. *Ist das Hauptziel der Leitlinie mit meinem Ziel und dem Ziel der von mir unterstützten Pflegebedürftigen identisch?*
9. *Sind die Empfehlungen bei meinen Pflegebedürftigen und in meiner Organisation anwendbar?*

(Behrens & Langer 2006, pp. 255-256)

Die Fragen Nummer 8 und 9 des Bewertungsbogens wurden bei der Analyse nicht eingeschlossen, da sich die Fragen auf eine Institution beziehen und bei dieser Beurteilung nicht zu beantworten sind.

Am Schluss der Analyse fand eine intensive Begutachtung der Inhalte zur Prävention und Behandlung von Mangelernährung der identifizierten ‚Standards‘ statt. Dazu wurden die Gemeinsamkeiten der ‚Standards‘ sowie die Unterschiede zwischen den ‚Standards‘ näher betrachtet. Bei den Gemeinsamkeiten wurde nach den häufigsten Maßnahmen zur Erkennung und den häufigsten Maßnahmen zur Behandlung einer Mangelernährung unterschieden. Die häufigsten Maßnahmen sowie die Unterschiede wurden anhand einer Tabelle dargestellt. Damit die Inhalte von ‚Sonstigem‘ nicht verloren gehen, wurden ebenso deren Inhalte dargestellt. Dabei wurde gleich wie bei den ‚Standards‘ vorgegangen.

## 5 Ergebnisse

---

### 5.1 Rücklauf

Insgesamt antworteten von den 630 österreichischen Einrichtungen (KH: n = 150; PH: n = 480), die per E-Mail angeschrieben wurden, 171 Institutionen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 27,1 %. Von den 171 Einrichtungen gaben 98 Einrichtungen bekannt, dass sie keine Standards zum Thema Mangelernährung verwenden. Von diesen fügten acht Einrichtungen an, sich an der AKE zu orientieren, sechs Einrichtungen gaben an, das Programm „Geria Plus“ der Firma Nestlé zu verwenden. 48 Einrichtungen antworteten auf das E-Mail, dass sie zum Thema Mangelernährung einen Standard besitzen, der zugeschickt werden kann. 26 Einrichtungen gaben an, dass sie den Standard an uns per Post schicken, 22 Einrichtungen schickten den Standard gleich per E-Mail. Weitere 25 Einrichtungen, gaben an, dass sie zwar einen Standard zum Thema Mangelernährung verwenden, diesen jedoch nicht zuschicken können, da der Standard nicht in schriftlicher Form vorliege oder sie nicht die Erlaubnis haben, ihren Standard zuzuschicken.

### 5.2 Zusendung der verwendeten Standards

Letztendlich schickten insgesamt 45 Einrichtungen ihre Standards zu. (19 KH; 22 PH; 4 anonym). Von diesen 45 Einrichtungen antworteten fünf Institutionen für ihre gesamte Organisation, die aus mehreren Einrichtungen besteht (Organisation 1: 48 Einrichtungen; Organisation 2: 6 Einrichtungen; Organisation 3: 7 Einrichtungen; Organisation 4: 31 Einrichtungen, Organisation 5: 14 Einrichtungen). Vier Einrichtungen, die zu diesen Organisationen gehörten, stellten uns ihren Standard wahrscheinlich ohne Rücksprache mit den anderen Einrichtungen zu, daher waren vier dieser Standards doppelt. Ein weiterer Standard kam in drei verschiedenen Einrichtungen zum Einsatz und wurde daher nur als ein Standard gezählt. Am Ende blieben daher 39 unterschiedliche Standards zur Bewertung übrig, die in insgesamt 149 österreichischen Einrichtungen verwendet werden. 16 Standards wurden von Krankenhäusern und 18 Standards von Pflegeheimen geschickt. Bei fünf Einrichtungen war nicht zu eruieren, ob es sich bei diesen um Krankenhäuser oder Pflegeheime handelte, da sie anonym zugeschickt wurden. Die zugeschickten Standards können am Institut für Pflegewissenschaft in Graz eingesehen werden.

### 5.3 Einteilung in ‚Standard‘ oder ‚Sonstiges‘

Bei der ersten Bewertung der erhaltenen 39 unterschiedlichen Standards wurde bestimmt, ob es sich bei diesen Schriftstücken tatsächlich um ‚Standards‘ oder etwa um ‚Sonstiges‘ handelt. Dazu wurden die Kriterien von Katz und Green (1996, in: Bölicke 2007, p. 13) verwendet, da sie für alle verschiedene Arten von Standards gelten. Damit ein zugeschicktes Schriftstück als ‚Standard‘ gelten konnte, musste es alle vier Kriterien erfüllen. Da das zweite Kriterium („Standards müssen für die Einrichtung, die Mitarbeiter und möglichst auch für die Klienten vorliegen.“) in den erhaltenen Standards nie angegeben war, wurde es anhand der ersten Frage des Kurzfragebogens („Haben alle MitarbeiterInnen in der Pflege Zugang zu dem Standard zum Thema Mangelernährung?“) beantwortet.

Bei der Bewertung der 39 verschiedenen Unterlagen wurde ersichtlich, dass 27 der sogenannten Standards die Kriterien für einen ‚Standard‘ nicht erfüllten und somit als ‚Sonstiges‘ eingeteilt werden konnten. 12 von 39 Dokumenten erfüllten alle Kriterien von Katz und Green (1997, in: Bölicke 2007, p. 13). Diese Schriftstücke wurden als ‚Standard‘ bezeichnet.

Das vierte Kriterium („Standards müssen von einer Autorität genehmigt werden, die befugt ist, diese durchzusetzen und gegebenenfalls Sanktionen bei deren Nichtbeachtung erfolgen zu lassen.“) war bei den zugeschickten Standards am häufigsten nicht erfüllt. Es wurden dazu keine Angaben im Standard gemacht. Diese Schriftstücke mussten daher in die Kategorie ‚Sonstiges‘ eingeteilt werden.

Nach einer kurzen Einsicht über den Inhalt der Standards stellte sich bei vier Schriftstücken (3 ‚Standards‘, 1 ‚Sonstiges‘) heraus, dass sich diese Standards nicht auf das Thema Mangelernährung beziehen, sondern andere spezifische Bereiche der Ernährung behandeln. Deshalb wurden diese drei ‚Standards‘ aus der weiteren Analyse ausgeschlossen. Schlussendlich blieben neun ‚Standards‘ zur weiteren Beurteilung über. Davon wurden acht ‚Standards‘ von Pflegeheimen und ein ‚Standard‘ von einem Krankenhaus geschickt. 26 Schriftstücke wurden im Zusammenhang mit Mangelernährung in die Kategorie ‚Sonstiges‘ eingeteilt (Abbildung 2).

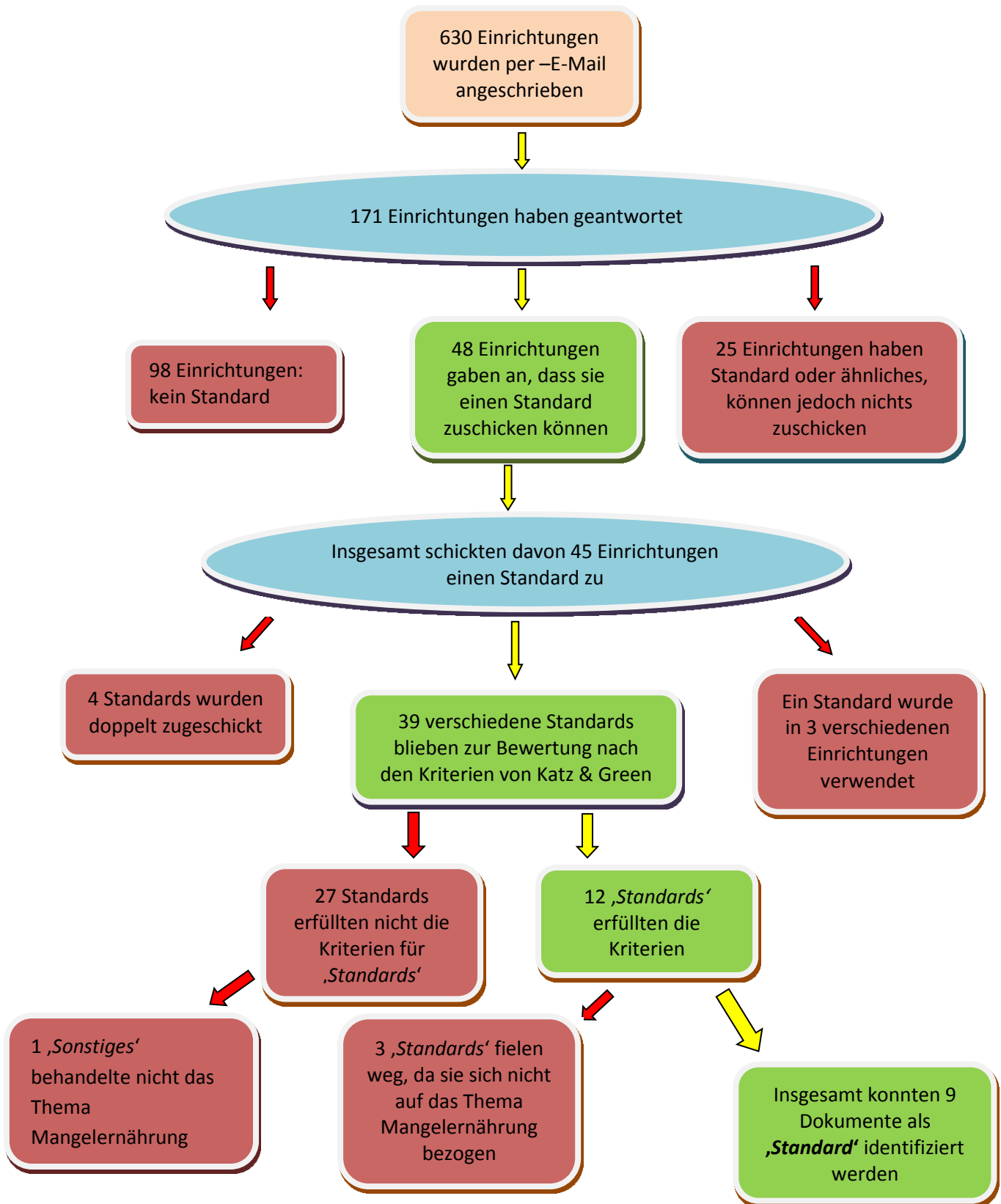


Abbildung 2: Übersicht über das Zustandekommen der neun ‚Standards‘

## 5.4 Analyse der Kurzfragebögen

Um einen groben Einblick über die ‚Standards‘ zu bekommen, wurden zuerst die Kurzfragebögen mittels dem Programm PASW.18 analysiert. Dabei wurden die Häufigkeiten der Antworten der Einrichtungen (n = 9) berechnet. Die Häufigkeiten wurden aufgrund der geringen Anzahl der ‚Standards‘ in ganzen Zahlen angegeben. Die Diagramme wurden im Programm Microsoft Office Excel erstellt.

### 5.4.1 Zugang

Die erste Fragestellung des Kurzfragebogens beinhaltete die Frage, ob alle MitarbeiterInnen in der Pflege Zugang zu dem ‚Standard‘ zum Thema Mangelernährung haben. Hier antworteten alle neun Einrichtungen mit „Ja“. Diese Frage musste allerdings bejaht werden, um überhaupt als ‚Standard‘ gelten zu können, da dies eines der vier Kriterien von Katz & Green (1996, in: Bölicke 2007, p. 13) war.

### 5.4.2 Entwicklung des ‚Standards‘

Bei der Frage nach der Entwicklung des ‚Standards‘ konnten die Einrichtungen mehrere Antwortmöglichkeiten angeben, von wem der Standard entwickelt wurde. Bei dieser Frage wurden folgende Häufigkeiten festgestellt:

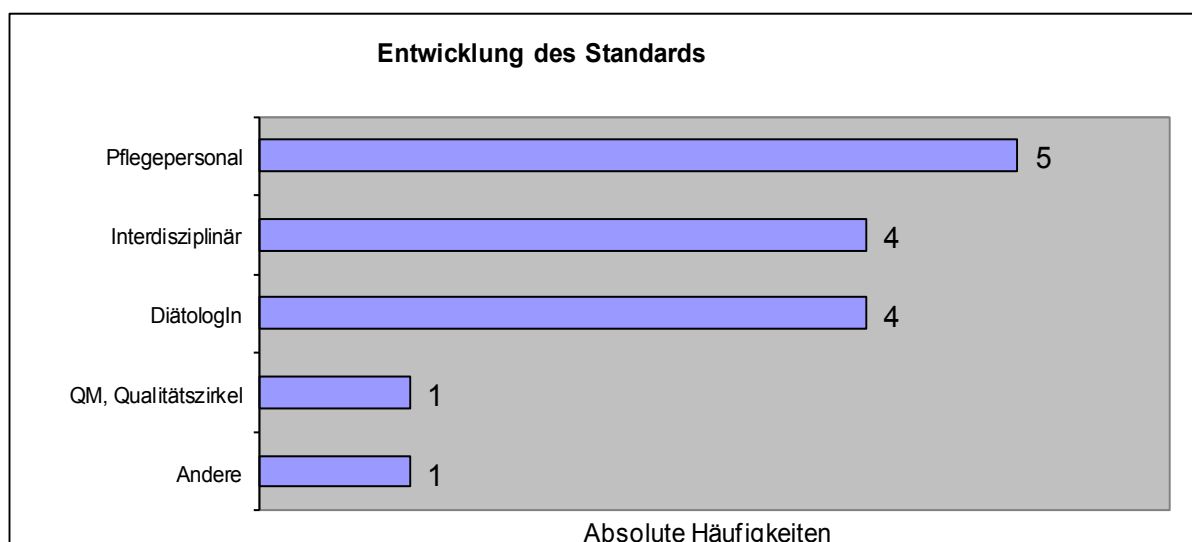


Abbildung 3: Entwicklung des ‚Standards‘

### 5.4.3 Basis des ‚Standards‘

Die dritte Frage des Kurzfragebogens bezog sich auf die Basis des ‚Standards‘. Auch hier waren Mehrfachantworten möglich. Folgende Häufigkeiten konnten beobachtet werden:

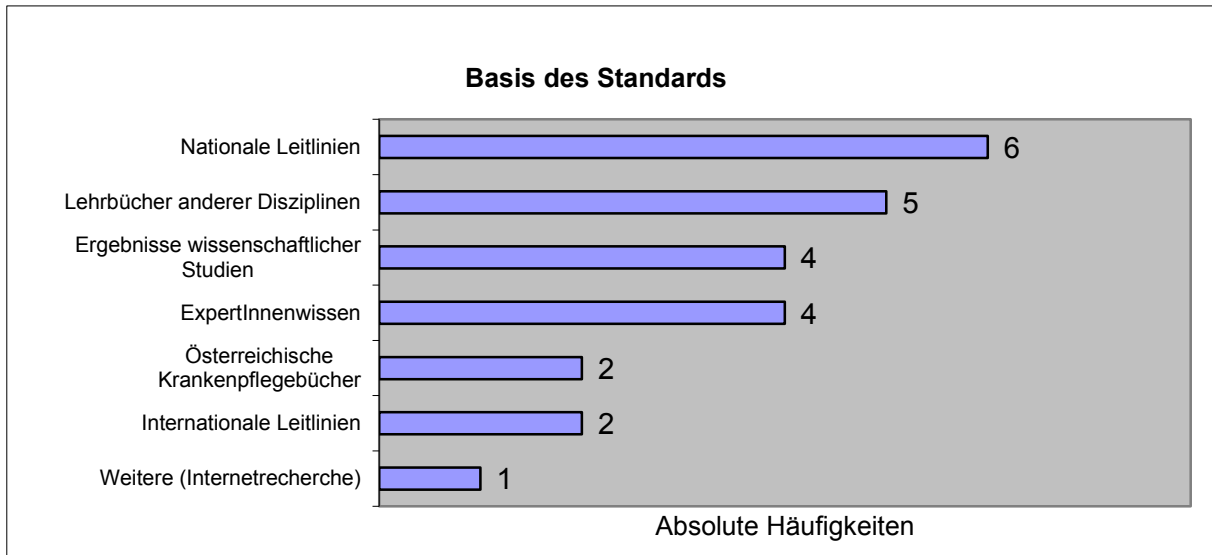


Abbildung 4: Basis des ‚Standards‘

### 5.4.4 Zeitraum der Verwendung des ‚Standards‘

Die Frage nach dem Verwendungszeitraum des ‚Standards‘ lieferte folgendes Ergebnis:

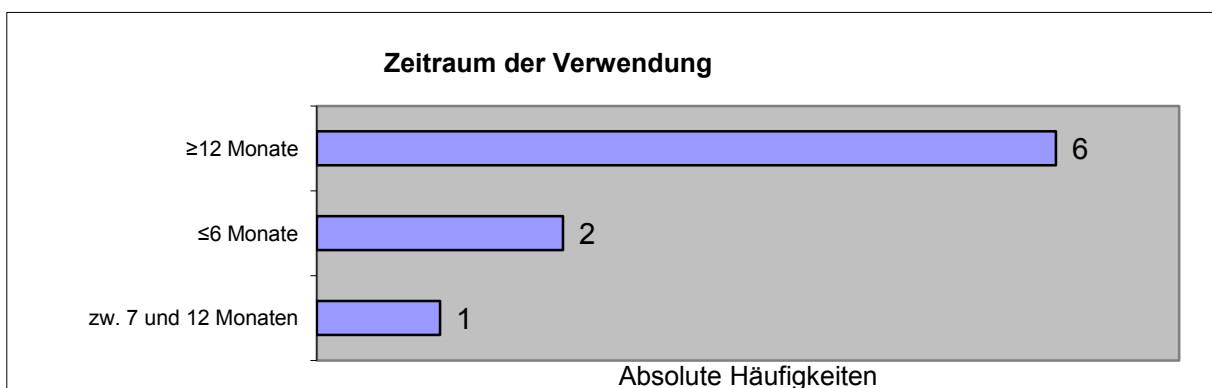


Abbildung 5: Zeitraum der Verwendung

#### 5.4.5 Aktualisierung

Die Frage, ob der ‚Standard‘ regelmäßig aktualisiert wird, beantworteten alle neun Einrichtungen mit der Antwortmöglichkeit „Ja“. Bei der Frage nach dem zeitlichen Intervall, wurden folgende Antworten gegeben:

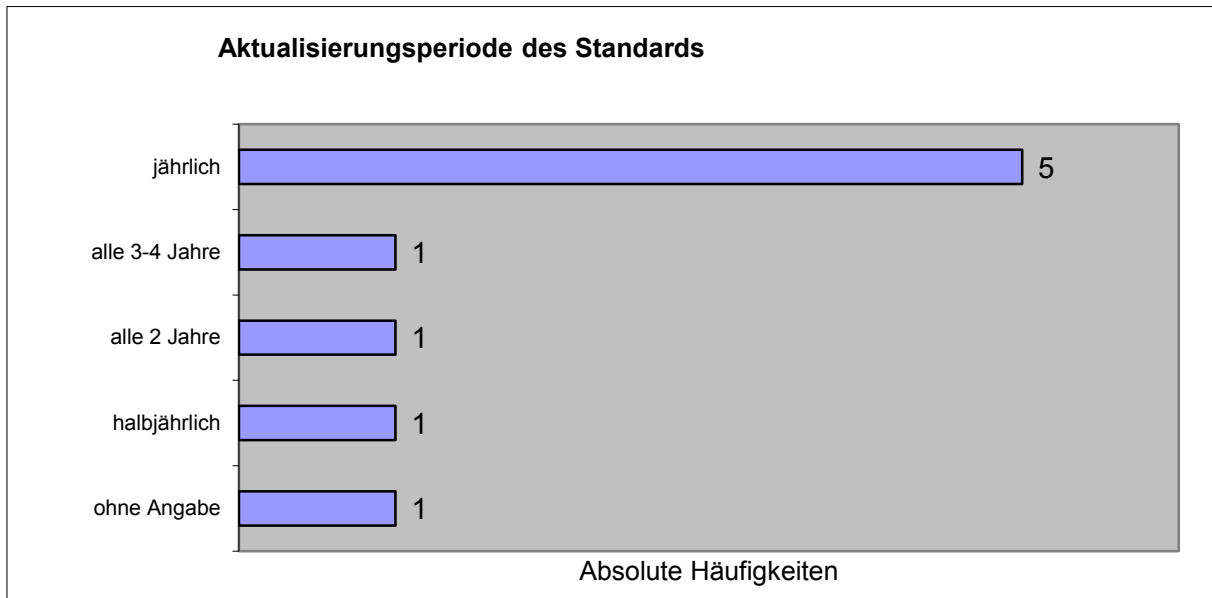


Abbildung 6: Aktualisierungsperiode des ‚Standards‘

#### 5.4.6 Überprüfung des ‚Standards‘

Auf die Frage, ob die Einhaltung des ‚Standards‘ zum Thema Mangelernährung überprüft werde, antworteten alle Einrichtungen mit „Ja“. Auf die Frage: „Wenn ja, wie?“ wurden folgende freie Antworten gegeben:

- Ernährungstherapie der DiätologIn und Ernährungsvisiten des Ernährungsteams
- Kontrolle der Leitung
- Kontrolle durch den Durchführungsnachweis der computergestützten Dokumentation
- DiätologIn
- Pflegeplanung, ÄrztInnenvisite, DiätologIn
- Qualitätsmanagement
- Pflegevisite

- Fachaudits/Ernährungsvisiten der/des DiätologIn, Qualitätschecks in der Pflege

#### 5.4.7 Implementierungsstrategien

Bei der letzten Frage des Kurzfragebogens wurde gefragt, wie der ‚Standard‘ zum Thema Mangelernährung in der Einrichtung implementiert wurde. Diese Häufigkeiten wurden bei den Mehrfachantwortmöglichkeiten festgestellt:

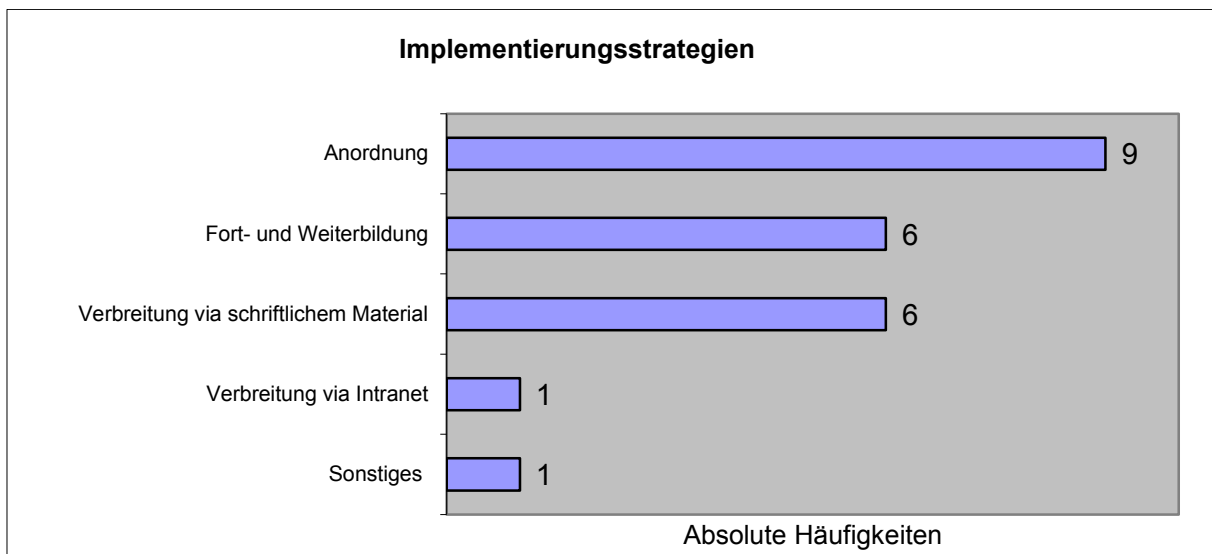


Abbildung 7: Implementierungsstrategien

#### 5.5 Einteilung der ‚Standards‘ in ein bestimmtes Standardinstrument

Die zugesendeten Standards, welche schlussendlich als ‚Standard‘ bezeichnet werden konnten (n = 9), wurden im Hinblick auf deren Zweck und deren Aufbau näher betrachtet und wurden einem bestimmten Standardinstrument zugeteilt. Dazu wurden die in der Tabelle von Bölicke (Tabelle 1) beschriebenen Instrumente sowie dessen näheren Erläuterungen über die einzelnen Instrumente zur Beurteilung hinzugezogen.

Als Richtlinie wurde ein ‚Standard‘ klassifiziert, wenn der Standard von einer/m GesetzgeberIn festgelegt wurde, streng verbindlich war und Kriterien zur Qualität der Pflege beinhaltete, anhand welcher die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse beurteilt werden können.

Als Handlungsanleitung/Standardpflegeplan wurde ein ‚Standard‘ identifiziert, wenn Pflegehandlungen vereinheitlicht wurden, die Dokumentation vereinfacht wurde, der Prozessablauf beschrieben wurde und dieser den Aufbau von Handlungsanweisungen bzw. Standardpflegeplänen aufwies.

Nach der Einteilung von Bölicke (2007, pp. 4-5) konnten von den neun ‚Standards‘ eine Richtlinie und acht Handlungsanweisungen/Standardpflegepläne identifiziert werden.

## 5.6 Bewertung der Qualität der ‚Standards‘

Alle Standards, welche die Kriterien von Katz & Green (1996, in: Bölicke 2007, p. 13) erfüllten, wurden danach unabhängig davon, welches Standardinstrument sie darstellten, nach einem Beurteilungsbogen für Leitlinien und Standards beurteilt (Behrens & Langer 2006, p. 255-256).

Die zentralen Ergebnisse dieser Bewertungsbögen werden in Form einer Tabelle dargestellt (Tabelle 2).

Tabelle 2: Darstellung der Bewertung der ‚Standards‘ nach Behrens und Langer (2006, pp. 255-256)

	Ist das Thema klar formuliert?	Wie wurde die Leitlinie erstellt?	Wurden alle wichtigen Möglichkeiten und Ergebnisse beschrieben und nachvollziehbar beurteilt?	Bezieht die Leitlinie wichtige aktuelle Ergebnisse mit ein?	Wurde die Leitlinie von ExpertInnen begutachtet und getestet?	Wurden konkrete, für die Praxis wichtige Empfehlungen ausgesprochen?	Wie beweiskräftig sind die Empfehlungen?
‚Standard‘ 1	Ja, sollte aber mehr eingegrenzt werden.	keine Angaben	nein	keine Quellen angegeben	keine Angaben	Ja, konkrete Empfehlungen, sind aber zum Teil oberflächlich.	keine Angaben
‚Standard‘ 2	Nein, keine klare Formulierung des Themas.	keine Angaben	nein	Ja, aktuelle Quellen vorhanden, Standard wurde 2008 freigegeben, 2010 überprüft.	Keine genauen Angaben. Es wird nur erwähnt, dass eine Evaluierung statt fand.	Ja, konkrete Empfehlungen für die Praxis.	keine Angaben
‚Standard‘ 3	Thema ist nicht klar formuliert und eingegrenzt.	keine Angaben	Wichtige Ergebnisse sind vorhanden, jedoch nicht genau beschrieben.	Sehr wenige Quellen vorhanden, diese sind überwiegend aus dem Jahr 2000, Standard wurde im März 2010 freigegeben.	keine Angaben	Keine konkreten Empfehlungen für die Praxis, Empfehlungen sind ungenau.	keine Angaben

	Ist das Thema klar formuliert?	Wie wurde die Leitlinie erstellt?	Wurden alle wichtigen Möglichkeiten und Ergebnisse beschrieben und nachvollziehbar beurteilt?	Bezieht die Leitlinie wichtige aktuelle Ergebnisse mit ein?	Wurde die Leitlinie von ExpertInnen begutachtet und getestet?	Wurden konkrete, für die Praxis wichtige Empfehlungen ausgesprochen?	Wie beweiskräftig sind die Empfehlungen?
„Standard“ 4	Thema wird nicht klar formuliert.	keine Angaben	nein	Keine Quellen vorhanden, Standard wurde im März 2010 herausgegeben.	keine Angaben	Ja, konkrete und eindeutige Empfehlungen für die Praxis.	keine Angaben
„Standard“ 5	Ja, das Thema ist klar formuliert, ist jedoch nicht genug eingegrenzt.	keine Angaben	nein	Keine Quellen angegeben.	keine Angaben	Ja, es werden konkrete Empfehlungen für die Praxis ausgesprochen.	keine Angaben
„Standard“ 6	Nein, das Thema ist nicht klar formuliert.	keine Angaben	nein	Keine Quellen angegeben, Standard wurde im August 2006 herausgegeben.	keine Angaben	Es werden Empfehlungen für die Praxis gegeben, diese sind jedoch oberflächlich.	keine Angaben
„Standard“ 7	Nein, keine klare Formulierung des Themas.	keine Angaben	nein	Keine Quellen vorhanden, keine Angaben, wann der Standard herausgegeben wurde.	keine Angaben	Ja, konkrete Anweisungen für die Praxis.	keine Angaben

	Ist das Thema klar formuliert?	Wie wurde die Leitlinie erstellt?	Wurden alle wichtigen Möglichkeiten und Ergebnisse beschrieben und nachvollziehbar beurteilt?	Bezieht die Leitlinie wichtige aktuelle Ergebnisse mit ein?	Wurde die Leitlinie von ExpertInnen begutachtet und getestet?	Wurden konkrete, für die Praxis wichtige Empfehlungen ausgesprochen?	Wie beweiskräftig sind die Empfehlungen?
„Standard“ 8	Ja, Thema ist klar formuliert und eingegrenzt.	keine Angaben	nein	Keine Quellen vorhanden, Richtlinie wurde am 1. September 2007 veröffentlicht und 2009 überarbeitet.	Wurde vom Ernährungsteam entwickelt, keine näheren Angaben.	Ja, wichtige Empfehlungen für die Praxis wurden ausgesprochen.	keine Angaben
„Standard“ 9	Ja, Thema ist klar formuliert und eingegrenzt.	keine Angaben	nein	Keine Quellen vorhanden.	keine Angaben	Ja, konkrete Empfehlungen für die Praxis.	keine Angaben

## 5.7 Betrachtung der Inhalte der ‚Standards‘

Nach der Beurteilung der Qualität der ‚Standards‘ wurden die Inhalte zur Prävention und Behandlung von Mangelernährung näher betrachtet. Dazu wurden zuerst die häufigsten Maßnahmen zur Erkennung einer Mangelernährung und anschließend die häufigsten Maßnahmen zur Behandlung einer festgestellten Mangelernährung begutachtet. Die häufigsten Maßnahmen wurden zusammengefasst und werden in Form einer Tabelle dargestellt (Tabelle 3 und 4).

Zu den häufigsten Maßnahmen zur Erkennung einer Mangelernährung zählten mit jeweils acht Nennungen die Gewichtskontrolle, das Führen eines Ernährungs- bzw. Trinkprotokolls sowie die Dokumentation und Evaluation der Nahrungsaufnahme. Weitere häufig genannte Maßnahmen, um eine Mangelernährung zu erkennen waren das Vorliegen einer Definition von Mangelernährung, die Bestimmung sowie Beschreibung der Cut-Off-Points des BMI. Nur bei drei von neun ‚Standards‘ wurde ein Blutbildkontrolle zur Früherkennung einer Mangelernährung vorgeschlagen (Tabelle 3).

Als häufigste Maßnahmen zur Behandlung einer vorliegenden Mangelernährung wurden mit sieben Nennungen die Erhebung von Vorlieben bzw. der Wunschkost und das Hinzuziehen einer/s DiätologIn genannt. In sechs ‚Standards‘ wurde vorgeschlagen, das Schluckverhalten der mangelernährten Personen zu beobachten. Eine Hilfe bei der Nahrungsaufnahme sowie der Einsatz von Zusatznahrungen wurden nur in drei ‚Standards‘ empfohlen (Tabelle 4).

Unterschiedlich waren bei den ‚Standards‘ die Cut-Off-Points des BMI. Diese bewegten sich zwischen 18,5 und 22. Als Screeninginstrumente wurden dreimal der MNA, einmal das AKE Screening, die EBS sowie die Blandford Skala angegeben. Die Gewichtskontrollen wurden am häufigsten generell einmal monatlich und bei Risikogruppen alle zwei Wochen durchgeführt. Vier ‚Standards‘ beinhalteten Quellen. Der Umfang der ‚Standards‘ betrug zwischen einer und 14 Seiten. Bei zwei ‚Standards‘ wurde das Ernährungs-/Trinkprotokoll zum Standard hinzugefügt, ebenso war bei zwei ‚Standards‘ das Screeninginstrument hinzugefügt (Tabelle 5).

Tabelle 3: Häufigste Maßnahmen zur Erkennung einer Mangelernährung bei ‚Standards‘

	Definition Mangelernährung	Screening-Instrument	Gewichtskontrolle	BMI bestimmen	Beschreibung der Cut-Off-Points des BMI	Ernährungs-/Trinkprotokoll	Blutbildkontrolle	Ernährungsbiografie erheben	Ursachenforschung	Dokumentation und Evaluation der Nahrungsaufnahme
‚Standard‘ 1	x	x	x			x		x	x	x
‚Standard‘ 2	x		x	x	x	x				x
‚Standard‘ 3	x	x	x	x	x	x		x		x
‚Standard‘ 4	x	x	x	x	x	x		x	x	x
‚Standard‘ 5	x		x	x	x	x	x		x	x
‚Standard‘ 6			x							x
‚Standard‘ 7		x	x	x	x	x		x	x	
‚Standard‘ 8						x	x			x
‚Standard‘ 9	x		x	x	x	x	x			x
<b>n</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>8</b>

Tabelle 4: Häufigste Maßnahmen zur Behandlung einer Mangelernährung bei ‚Standards‘

	Vorlieben bzw. Wunschkost erheben	Schluckverhalten beobachten	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Hochkalorische Nahrung anbieten	Zwischen- mahlzeiten bzw. Snacks	Zusatz- nahrungen	Fall- besprechung im inter- disziplinären Team	Diskussion über PEG- Sonde/ künstliche Ernährung	DiätologIn hinzuziehen
‚Standard‘ 1	x	x	x				x	x	x
‚Standard‘ 2	x	x	x		x	x			x
‚Standard‘ 3							x		
‚Standard‘ 4	x	x		x	x		x	x	x
‚Standard‘ 5	x	x		x	x			x	x
‚Standard‘ 6	x	x	x						
‚Standard‘ 7	x	x		x			x	x	x
‚Standard‘ 8						x			x
‚Standard‘ 9	x			x	x	x			x
<b>n</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>7</b>

Tabelle 5: Unterschiede zwischen den ‚Standards‘

	ME ab einem BMI von	Screening-Instrument	Gewichts-Kontrolle (Generell/bei Risiko und ME)	Quellen vorhanden	Umfang (Seiten)	Ernährungs-/Trinkprotokoll	Screening-instrument
‚Standard‘ 1	-	MNA	1 x im Monat	nein	11	nicht vorhanden	vorhanden
‚Standard‘ 2	<22	-	1 x im Monat; alle 2 Wochen	ja	6	nicht vorhanden	-
‚Standard‘ 3	18,5 (bei Risiko) bzw. <22	AKE Screening EBS Blandford Skala	1 x im Monat, alle 2 Wochen	ja	3	nicht vorhanden	nicht vorhanden
‚Standard‘ 4	<20,5	MNA, Exsikkose- einschätzung	1 x im Monat, bei Risiko öfter	nein	10	nicht vorhanden	vorhanden
‚Standard‘ 5	<19	-	regelmäßig; 1 x pro Woche	nein	3	nicht vorhanden	-
‚Standard‘ 6	-	-	regelmäßig	nein	3	nicht vorhanden	-
‚Standard‘ 7	<22	MNA	1 x im Monat; 1 x pro Woche	ja	12	vorhanden	nicht vorhanden
‚Standard‘ 8	-	-	-	nein	4	nicht vorhanden	-
‚Standard‘ 9	<22	-	1 x im Monat, alle 2 Wochen	ja	14	vorhanden	-

## 5.8 Betrachtung der Inhalte von ‚Sonstigem‘

Da von den 35 Standards zum Thema Mangelernährung nur neun tatsächliche ‚Standards‘ identifiziert werden konnten und somit sämtliche Inhalte zur Erkennung und Behandlung von Mangelernährung von ‚Sonstigem‘ wegfallen würden, wurden auch die Inhalte von ‚Sonstigem‘ dargestellt. Es werden wie bei den ‚Standards‘ zuerst die häufigsten Maßnahmen zur Erkennung einer Mangelernährung, anschließend die häufigsten Maßnahmen zur Behandlung einer Mangelernährung und zum Schluss die Unterschiede zwischen den ‚Sonstigen‘ in Form einer Tabelle dargestellt (Tabelle 6,7 und 8).

Zu den häufigsten Maßnahmen zur Erkennung einer Mangelernährung zählen mit 20 bzw. 19 Nennungen die Bestimmung des BMI und des Gewichts. Weitere häufige Maßnahmen waren mit jeweils 18 Nennungen die Verwendung eines Screeninginstruments, die Erforschung der Ursachen sowie die Dokumentation und Evaluation der Nahrungsaufnahme. Bei 16 ‚Sonstigen‘ wurde eine Führung eines Ernährungs-/Trinkprotokolls empfohlen (Tabelle 6).

Bei den Maßnahmen zur Behandlung einer bestehenden Mangelernährung wurde 14-mal das Verabreichen von Zusatznahrungen und 13-mal die Beobachtung des Schluckverhaltens genannt. Bei zehn ‚Sonstigen‘ wurden die Vorlieben erhoben (Tabelle 7).

Die Cut-Off-Points des BMI bewegten sich zwischen 19 und 24. Fünfmal wurde der MNA als Screeninginstrument angegeben, 10-mal ein selbst entwickeltes Screeninginstrument, zweimal das SNAQ, einmal der Screeningbogen nach Volkert. Die Abstände zwischen den Gewichtskontrollen wurden bei den ‚Sonstigen‘ meistens nicht angegeben. Wenn doch, wurde generell monatlich, bei Betroffenen alle zwei Wochen bzw. wöchentlich das Gewicht kontrolliert. Nur fünf von 26 ‚Sonstigen‘ beinhalteten Quellen. Der Umfang von den ‚Sonstigen‘ betrug zwischen einer und 27 Seiten. Sechsmal wurde das Ernährungs-/Trinkprotokoll hinzugefügt, 11-mal das verwendete Screeninginstrument (Tabelle 8).

Tabelle 6: Häufigste Maßnahmen zur Erkennung einer Mangelernährung bei ‚Sonstigem‘

	Definition Mangelernährung	Screening-Instrument	Gewichtskontrolle	BMI bestimmen	Beschreibung der Cut-Off-Points des BMI	Ernährungs-/Trinkprotokoll	Blutbildkontrollen	Ernährungsbiografie erheben	Ursachenforschung	Dokumentation und Evaluation der Nahrungsaufnahme
‚Sonstiges‘ 1		x	x	x	x	x		x	x	x
‚Sonstiges‘ 2	x	x	x	x		x		x	x	x
‚Sonstiges‘ 3		x	x			x				x
‚Sonstiges‘ 4		x	x	x						x
‚Sonstiges‘ 5		x	x	x	x			x	x	
‚Sonstiges‘ 6	x		x	x		x		x	x	x
‚Sonstiges‘ 7		x	x	x		x	x		x	x
‚Sonstiges‘ 8		x	x	x					x	x
‚Sonstiges‘ 9		x								x
‚Sonstiges‘ 10									x	
‚Sonstiges‘ 11		x	x	x	x	x	x	x	x	x
‚Sonstiges‘ 12	x			x	x			x	x	
‚Sonstiges‘ 13	x	x		x	x	x		x	x	x

	Definition Mangelernährung	Screening-Instrument	Gewichtskontrolle	BMI bestimmen	Beschreibung der Cut-Off-Points des BMI	Ernährungs-/Trinkprotokoll	Blutbildkontrolle	Ernährungsbiografie erheben	Ursachenforschung	Dokumentation und Evaluation der Nahrungsaufnahme
„Sonstiges“ 14		x	x	x		x			x	x
„Sonstiges“ 15				x						
„Sonstiges“ 16			x	x						
„Sonstiges“ 17		x		x	x				x	
„Sonstiges“ 18		x	x	x	x	x	x	x	x	x
„Sonstiges“ 19			x	x	x	x				x
„Sonstiges“ 20		x				x				
„Sonstiges“ 21			x	x	x	x				x
„Sonstiges“ 22		x	x			x	x		x	x
„Sonstiges“ 23		x	x	x	x	x	x		x	x
„Sonstiges“ 24			x			x		x	x	x
„Sonstiges“ 25		x	x	x					x	
„Sonstiges“ 26	x	x	x	x		x		x	x	x
<b>n</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>18</b>	<b>18</b>

Tabelle 7: Häufigste Maßnahmen zur Behandlung einer Mangelernährung bei ‚Sonstigem‘

	Vorlieben bzw. Wunschkost erheben	Schluckverhalten beobachten	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Hochkalorische Nahrung anbieten	Zwischen- mahlzeiten bzw. Snacks	Zusatz- nahrungen	Fall- besprechung im inter- disziplinären Team	Diskussion über PEG- Sonde/ künstliche Ernährung	DiätologIn hinzuziehen
‚Sonstiges‘ 1	x	x	x	x	x	x	x	x	
‚Sonstiges‘ 2	x	x	x	x	x	x	x	x	x
‚Sonstiges‘ 3									
‚Sonstiges‘ 4									
‚Sonstiges‘ 5	x	x			x	x			
‚Sonstiges‘ 6	x	x	x	x	x			x	
‚Sonstiges‘ 7						x			x
‚Sonstiges‘ 8						x			
‚Sonstiges‘ 9						x		x	x
‚Sonstiges‘ 10									x
‚Sonstiges‘ 11	x								
‚Sonstiges‘ 12	x	x				x			
‚Sonstiges‘ 13		x	x						

	Vorlieben bzw. Wunschkost erheben	Schluckverhalten beobachten	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Hochkalorische Nahrung anbieten	Zwischen- mahlzeiten bzw. Snacks	Zusatz- nahrungen	Fall- besprechung im inter- disziplinären Team	Diskussion über PEG- Sonde/ künstliche Ernährung	DiätologIn hinzuziehen
„Sonstiges“ 14	x	x	x	x		x	x		x
„Sonstiges“ 15						x			x
„Sonstiges“ 16									
„Sonstiges“ 17		x							
„Sonstiges“ 18		x				x	x		x
„Sonstiges“ 19						x		x	
„Sonstiges“ 20						x			
„Sonstiges“ 21	x	x	x	x		x	x	x	x
„Sonstiges“ 22				x		x	x	x	x
„Sonstiges“ 23	x	x	x					x	x
„Sonstiges“ 24		x							
„Sonstiges“ 25									
„Sonstiges“ 26	x	x					x		
<b>n</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

Tabelle 8: Unterschiede zwischen ‚Sonstigem‘

	ME-Risiko ab einem BMI von	Screening-Instrument	Gewichtskontrolle (Generell/bei Risiko und ME)	Quellen vorhanden	Umfang (Seiten)	Ernährungs-/Trinkprotokoll	Screening-instrument
‚Sonstiges‘ 1	<22	MNA	1 x im Monat; 2 x pro Monat	nein	16	nicht vorhanden	nicht vorhanden
‚Sonstiges‘ 2	-	MNA	regelmäßig	ja	12	nicht vorhanden	nicht vorhanden
‚Sonstiges‘ 3	-	„Mangelernährungs-screening“	-	nein	3	nicht vorhanden	-
‚Sonstiges‘ 4	-	Screening für mangelernährte Personen	keine Angabe	nein	1	nicht vorhanden	vorhanden
‚Sonstiges‘ 5	<20	Screeningbogen Mangelernährung	keine Angaben	nein	1	nicht vorhanden	vorhanden
‚Sonstiges‘ 6	-	-	keine Angaben	nein	5	nicht vorhanden	-
‚Sonstiges‘ 7	-	Screening für Mangelernährungsrisiko	keine Angaben	nein	3	vorhanden	vorhanden
‚Sonstiges‘ 8	-	AKE-Screening	keine Angaben	nein	3	nicht vorhanden	vorhanden
‚Sonstiges‘ 9	-	NRS 2002	keine Angaben	nein	2	nicht vorhanden	nicht vorhanden
‚Sonstiges‘ 10	-	-	-	nein	1	nicht vorhanden	-

	ME-Risiko ab einem BMI von	Screening-Instrument	Gewichtskontrolle (Generell/bei Risiko und ME)	Quellen vorhanden	Umfang (Seiten)	Ernährungs-/Trinkprotokoll	Screening-instrument
„Sonstiges“ 11	<22	MNA	1x im Monat; wöchentlich	nein	1	nicht vorhanden	nicht vorhanden
„Sonstiges“ 12	<24	-	-	nein	1	nicht vorhanden	-
„Sonstiges“ 13	<19	Malnutritions- risikoskala	-	ja	7	vorhanden	vorhanden
„Sonstiges“ 14	-	Screening für Mangelernährungs- risiko	regelmäßig	nein	2	nicht vorhanden	vorhanden
„Sonstiges“ 15	-	-	-	nein	2	nicht vorhanden	-
„Sonstiges“ 16	-	-	-	nein	1	nicht vorhanden	-
„Sonstiges“ 17	<19	Risiko- erhebungsblatt Malnutrition	-	nein	1	nicht vorhanden	-
„Sonstiges“ 18	<22	Ernährungs- screening	1 x im Monat; 14- tägig bis wöchentlich	ja	27	vorhanden	vorhanden
„Sonstiges“ 19	<22	-	1 x im Monat	nein	1	nicht vorhanden	-
„Sonstiges“ 20	-	SNAQ	-	nein	9	vorhanden	nicht vorhanden
„Sonstiges“ 21	<22	-	1 x im Monat	ja	8	nicht vorhanden	-

	ME-Risiko ab einem BMI von	Screening-Instrument	Gewichtskontrolle (Generell/bei Risiko und ME)	Quellen vorhanden	Umfang (Seiten)	Ernährungs-/Trinkprotokoll	Screening-instrument
‚Sonstiges‘ 22	-	SNAQ	keine Angaben	nein	6	nicht vorhanden	Beispiel vorhanden
‚Sonstiges‘ 23	<19	Ernährungsassessment (Evaluierung), Ernährungsassessment (Gewicht), Ernährungsassessment Aufnahme, MNA	keine Angabe	nein	9	vorhanden	ja, bis auf MNA
‚Sonstiges‘ 24	-	-	1x im Monat	ja	2	nicht vorhanden	-
‚Sonstiges‘ 25	-	Screening Mangelernährungsrisiko	keine Angaben	nein	1	-	vorhanden
‚Sonstiges‘ 26	-	Screeningbogen nach Volkert, MNA	jedes Quartal; monatlich	nein	6	vorhanden	MNA vorhanden

## 6 Diskussion

---

Die vorliegende Erhebung zeigt erstmalig auf, inwieweit österreichische Krankenhäuser und Pflegeheime Standards zum Thema Mangelernährung verwenden und welche Qualität diese aufweisen. Im Besonderen wurde darauf geachtet, wie viele österreichische Einrichtungen einen Standard zu Mangelernährung verwenden, wer diese Standards entwickelt hat, ob und wie oft diese Standards aktualisiert und überprüft werden und auf welchem Hintergrund diese basieren sowie auf welche Art und Weise diese implementiert wurden. Außerdem wurde erhoben, welche Inhalte die Standards zur Erkennung und Behandlung von Mangelernährung umfassen.

Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse dieser Erhebung diskutiert und mit den Ergebnissen des Literaturüberblicks verglichen. Anschließend werden die Schwächen und Stärken dieser Erhebung beleuchtet. Am Schluss dieser Arbeit folgen Empfehlungen für die Pflegeforschung und Pflegepraxis.

### 6.1 Diskussion der wichtigsten Ergebnisse

#### 6.1.2 Antworten der Einrichtungen und Zusendung der verwendeten Standards

Von den 630 Einrichtungen, die angeschrieben wurden, haben 171 Einrichtungen auf das Anschreiben per E-Mail geantwortet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 27,1 %. Auffallend war, dass bei der ersten Anfrage noch relativ viele Einrichtungen angaben, einen Standard zum Thema Mangelernährung zu verwenden. Beim ersten Erinnerungsmail sendeten immer weniger Einrichtungen ihren Standard zu. Beim zweiten Erinnerungsmail gaben die meisten Einrichtungen an, keinen Standard zu Mangelernährung zu haben. Es kann daher vermutet werden, dass die Einrichtungen, welche einen Standard zum Thema Mangelernährung verwenden, wahrscheinlich auch zurückgeschrieben haben und alle anderen Einrichtungen, welche sich auf die Anfrage nicht meldeten, noch keinen Standard zu diesem Thema besitzen bzw. verwenden.

Da die Rücklaufquote dieser Erhebung relativ niedrig ist, kann angenommen werden, dass das Problembewusstsein für Mangelernährung in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen noch gering ist und daher auch noch wenige Einrichtungen einen Standard zu diesem Thema verwenden. Es könnte auch sein, dass sich nur diejenigen Einrichtungen auf die Anfrage gemeldet haben, die schon über das Thema Mangelernährung informiert sind.

Von den 171 Einrichtungen, die sich auf das Anschreiben gemeldet haben, schickten 45 Einrichtungen tatsächlich einen Standard zu. Davon waren 39 Standards unterschiedlich. Von diesen 39 Standards fielen vier weg, da sie sich nicht auf das Thema Mangelernährung bezogen. Nach den Kriterien von Katz und Green (1996, in: Bölicke 2007, p. 13), welche beschreiben, welche Merkmale alle verschiedenen Arten von Standards aufweisen, wurden die 35 unterschiedlichen Standards zum Thema Mangelernährung in ‚Standards‘ und ‚Sonstiges‘ eingeteilt. Dabei fiel auf, dass das zweite Kriterium *„Standards müssen für die Einrichtungen, die Mitarbeiter und möglichst auch für die Klienten vorliegen“* (Katz & Green 1996, in: Bölicke 2007, p. 13) allein durch das Betrachten der Standards nicht zu beantworten war. Kein einziger Standard gab zu dieser Frage Informationen preis. Damit nicht alle Standards unter ‚Sonstiges‘ fallen, wurde dieses Kriterium anhand des Kurzfragebogens beantwortet. Die erste Frage des Kurzfragebogens lautete nämlich: *„Haben alle MitarbeiterInnen in der Pflege Zugang zu der/dem Standard?“* Anhand dieser Fragestellung konnte das zweite Kriterium beantwortet werden. Auch das vierte Kriterium *„Standards müssen von einer Autorität genehmigt werden, die befugt ist, diese durchzusetzen und gegebenenfalls Sanktionen bei deren Nichtbeachtung erfolgen zu lassen“* (Katz & Green 1996, in: Bölicke 2007, p. 13) wurde in den Standards selten angegeben. Möglicherweise wäre die Anzahl der ‚Standards‘ höher, wenn auch dieses Kriterium im Kurzfragebogen abgefragt worden wäre.

### 6.1.3 Einteilung in ‚Standard‘ oder ‚Sonstiges‘

Es stellte sich bei der Beurteilung der 35 zugesandten Standards zum Thema Mangelernährung nach den Kriterien von Katz & Green (1996, in: Bölicke 2007, p. 13) heraus, dass nur neun Schriftstücke wirkliche ‚Standards‘ darstellen. 26 Schriftstücke wurden in die Kategorie ‚Sonstiges‘ eingeteilt. Da die Anzahl der

zugesandten Standards schon sehr gering war, ist es nicht verwunderlich, dass von den 35 unterschiedlichen Standards nur neun Schriftstücke als tatsächliche ‚Standards‘ identifiziert werden konnten. Folglich kann angenommen werden, dass in Österreich nicht nur das Bewusstsein für Mangelernährung gering ist, sondern auch das Wissen darüber fehlt, was ein ‚Standard‘ überhaupt ist und welche Kriterien dieser aufweisen muss. In Anbetracht der vielen verschiedenen Bezeichnungen für „Pflegestandard“ sowie der verschiedenen Bedeutungen dieses Begriffes, ist dies jedoch auch nicht verwunderlich. Tatsächlich gibt es in der deutschsprachigen Pflegeliteratur keine einheitliche Definition des Begriffs „Pflegestandard“ (Bölicke 2007). Insgesamt wurde im Rahmen des Literaturüberblicks festgestellt, dass in der Fachliteratur bis auf die Begriffe Standard, Richtlinie und Leitlinie zwischen den verschiedenen Instrumenten, die ein Standard darstellen kann, kaum unterschieden wird und auch diese Begriffe nicht immer eindeutig abgegrenzt werden.

Aufgrund der vielen unterschiedlichen Bezeichnungen und Bedeutungen des Begriffs „Standard“, sollte das spezifische Instrument immer genau benannt werden (Bölicke 2007). Für diese Arbeit wurden die Definitionen für die einzelnen Pflegestandardinstrumente von Bölicke (2007) hergezogen, da darin die verschiedenen Instrumente differenziert und transparent beschrieben werden. Der Terminus ‚Standard‘ bezeichnet in dieser Arbeit die zugeschickten Standards, welche alle Kriterien von Katz und Green (1996, in: Bölicke 2007, p. 13) erfüllen und beschreibt nicht ein spezifisches Standardinstrument.

#### 6.1.4 Analyse der Kurzfragebögen

Bei der Analyse der Kurzfragebögen gaben alle neun Einrichtungen, welche einen ‚Standard‘ zugeschickt haben, an, dass alle MitarbeiterInnen in der Pflege Zugang zu dem Standard haben. Diese Frage musste wie bereits erwähnt mit „Ja“ beantwortet werden, damit der Standard als ‚Standard‘ gelten konnte, da die Fragestellung eines der Kriterien von Katz und Green (1996, in: Bölicke 2007, p. 13) war. Demnach ist es nachvollziehbar, dass die Fragestellung von allen neun Einrichtungen mit „Ja“ beantwortet wurde.

Auf die Frage nach der Entwicklung wurde von den Einrichtungen angegeben, dass die ‚Standards‘ am häufigsten vom Pflegepersonal (5 Antworten), von einem

interdisziplinärem Team (4 Antworten) oder von einer/m DiätologIn (4 Antworten) erstellt wurden. Hierbei zeigt sich, dass das Qualitätsmanagement bzw. der Qualitätszirkel bei der Entwicklung von Standards noch keine große Rolle spielt und diese am häufigsten von hausinternen Personen übernommen wird. Laut Bölicke (2007) sollten Standards bis auf Leitlinien und Expertenstandards von so genannten „Arbeitsgruppen“ entwickelt und eingeführt werden. Dieser Begriff hat Gemeinsamkeiten mit dem Qualitätszirkel, schließt aber auch das gewöhnliche Team mit ein. Arbeitsgruppen bestehen aus maximal 12 TeilnehmerInnen, welche ähnliche Fähigkeiten aufweisen sollten und bei Unklarheiten ExpertInnen aufsuchen können (Bölicke 2007). Inwieweit die befragten Einrichtungen tatsächliche Arbeitsgruppen für die Entwicklung von Standards eingerichtet haben, konnte nicht festgestellt werden.

Bei der Frage nach der Basis des ‚Standards‘ wurden am häufigsten nationale Leitlinien (6 Antworten), Lehrbücher anderer Disziplinen (5 Antworten), Ergebnisse wissenschaftlicher Studien (4 Antworten) und ExpertInnenwissen (4 Antworten) angekreuzt. Die Tatsache, dass sich sechs von neun Einrichtungen an nationalen Leitlinien orientieren, zeigt auf, dass österreichische Einrichtungen vorhandene nationale Standards berücksichtigen. Das Ergebnis, dass wissenschaftliche Studien als Basis für einen Standard dienen, zeigt, dass sich österreichische Krankenhäuser und Pflegeheime bereits mit Forschungsergebnissen auseinandersetzen. Dahinter verbirgt sich jedoch die Frage, inwieweit die Entwicklergruppe Literatur recherchiert und ausgewertet hat und in welchem Ausmaß auf die nationalen Leitlinien eingegangen wird.

Werden Standards von einer Arbeitsgruppe selbst entwickelt, sollen die Mitglieder dessen Inhalte unbedingt mit dem aktuellen Wissensstand vergleichen, damit nicht nur Routinehandlungen oder die VerfasserInnenmeinung verbreitet werden. Die Literaturrecherche und deren Bewertung sind bei der Entwicklung von neuen Standards und der Beurteilung von bestehenden Standards ein Muss, egal um welches spezifische Instrument es sich handelt. Dabei reicht es aber nicht, die vorhandene Literatur in der jeweiligen Einrichtung zu begutachten und diese als Basis für den Standard zu verwenden. Die Literaturrecherche muss systematisch sein, damit alle wichtigen Ergebnisse erfasst werden können (Bölicke 2007).

Die Bewertung der Kurzfragebögen ergab, dass die Standards am häufigsten schon länger als 12 Monate verwendet werden. Dieses Ergebnis zeigt, dass Standards in der Praxis etabliert sind und die befragten Einrichtungen mit ihren Standards schon vertraut sind.

Alle Einrichtungen gaben an, dass der Standard regelmäßig aktualisiert wird. Die meisten Institutionen (5 Antworten) gaben an, den Standard jedes Jahr zu aktualisieren. Für evidenzbasierte Leitlinien wird empfohlen, die Gültigkeit der Leitlinie alle drei Jahre wieder zu bewerten, damit diese nicht veraltet ist (Polit & Beck 2011). Für andere Standardinstrumente gibt es keine genauen Angaben, wie oft diese aktualisiert werden sollten. Bölicke (2007) gibt an, dass Richtlinien eine lange, Expertenstandards eine mittlere und Leitlinien eine kürzere Gültigkeitsdauer aufweisen.

Bei der Frage nach der Überprüfung des Standards antworteten ebenso alle Einrichtungen mit „Ja“. Auf die Frage, wie die Einhaltung des Standards überprüft werde, wurde viermal der/die DiätologIn erwähnt.

In einer Studie von Bläuer et al. (2008) wurde anhand einer Ist-Analyse im Universitätsspital Basel festgestellt, dass die in der Praxis vorhandenen Richtlinien zur Identifikation und Therapie von Mangelernährung nicht verwendet werden. Daher ist die Überprüfung von eingeführten Standards unerlässlich, denn auch die exaktesten entwickelten Standards garantieren nicht deren tatsächlichen Gebrauch in der Pflegepraxis. Die wichtigsten Ziele der Überprüfung sind nach Bölicke (2007) den Stand der Durchführung zu erkunden, Schwierigkeiten zu erkennen und den Prozess zu verbessern. Inwieweit der Standard überprüft wurde, lässt sich anhand des Kurzfragebogens nicht genau eruieren.

Auf die Frage nach der Implementierungsart gaben alle Einrichtungen an, dass der Standard auf Anordnung durch die Pflegedienstleitung, Stationsleitung oder Heimleitung implementiert wurde. Andere häufige Antworten für die Implementierungsstrategie waren die Fort- und Weiterbildung bzw. Workshops (6 Antworten) und die Verbreitung via schriftlichem Material (6 Antworten). Bölicke (2007) betont die Bedeutsamkeit der Einführungsart, da diese den Grad der Umsetzung in der Praxis bestimmt. Das Überreichen der Standards in schriftlicher

Form ist nicht effektiv, da das Interesse der MitarbeiterInnen für den Standard nicht geweckt wird. Am wirkungsvollsten sind kombinierte Implementierungsstrategien wie z.B. Fortbildungsangebote, Informationsunterlagen, Besprechungen, Poster und das Anbieten von diversen Materialien, die benötigt werden (Bölicke 2007).

Die Analyse der Kurzfragebögen gibt nur einen groben Überblick über die Entwicklung, Basis, Verwendungsdauer, Aktualisierungsintervalle, Überprüfungs- und Implementierungsart der zugesandten Standards. Es wurden dabei jedoch nur Eckdaten zu den Standards abgefragt. Die Antworten der Kurzfragebögen spiegeln die subjektive Betrachtungsweise der jeweiligen Einrichtung wider. Um eine objektive Übersicht über die Standards zu erhalten, wurden diese noch einer genaueren Analyse unterzogen.

#### 6.1.5 Einteilung der ‚Standards‘ in ein bestimmtes Standardinstrument

Im nächsten Schritt der Analyse folgte die Einteilung der ‚Standards‘ in ein spezifisches Standardinstrument. Nach der Tabelle von Bölicke (2007) und dessen näheren Erläuterungen zum Inhalt und Aufbau der verschiedenen Standardinstrumente, konnten von den neun ‚Standards‘ eine Richtlinie und acht Handlungsanweisungen/Standardpflegepläne identifiziert werden. Eine evidenzbasierte Leitlinie konnte bei den neun ‚Standards‘ nicht identifiziert werden. Jedoch stellen vor allem evidenzbasierte Leitlinien ein Pflegestandardinstrument dar, welches auf den besten verfügbaren Forschungsergebnissen basiert und PraktikerInnen praxisnahe Empfehlungen für ihr Handeln geben kann (Gerrish & Lacey 2010). Wie schon im Hintergrund dieser Arbeit erwähnt, fehlt es in Österreich an öffentlich publizierten evidenzbasierten Leitlinien zum Thema Mangelernährung. Demnach scheint es auch schlüssig, dass österreichische Krankenhäuser und Pflegeheime (noch) keine evidenzbasierten Leitlinien zum Thema Mangelernährung anwenden.

#### 6.1.6 Bewertung der Qualität der ‚Standards‘

Bei der Bewertung der Qualität der ‚Standards‘ nach dem Beurteilungsbogen von Behrens und Langer (2006, pp. 255-256) fiel auf, dass vier ‚Standards‘ kein klar formuliertes Thema aufwiesen. Es wurden auch bei keinem der neun ‚Standards‘

Angaben zur Erstellung des ‚Standards‘ gemacht. Ebenso wurden bei keinem der ‚Standards‘ wichtige Möglichkeiten und Ergebnisse beschrieben und nachvollziehbar beurteilt. Fünf ‚Standards‘ gaben überhaupt keine Quellen an, nur ein ‚Standard‘ verwendete gegenwärtige Quellen und bezog daher wichtige aktuelle Ergebnisse mit ein. Keiner der ‚Standards‘ beinhaltete Informationen darüber, ob der Standard von ExpertInnen begutachtet und getestet wurde. Acht der neun ‚Standards‘ gaben konkrete Empfehlungen für die Praxis ab, diese waren jedoch zum Teil ungenau und oberflächlich formuliert. Angaben über die Evidenz der in den ‚Standards‘ enthaltenen Empfehlungen gibt es in allen neun ‚Standards‘ nicht.

Durch die Beurteilung der Kriterien von Behrens & Langer (2006, pp. 255-256) wurde ersichtlich, dass wichtige Informationen zur Erstellung der ‚Standards‘ fehlen. Laut Bölicke (2007) sind jedoch die Literaturrecherche und deren Beurteilung bei der Entwicklung von Standards unumgänglich. Folglich kann angenommen werden, dass die vorliegenden ‚Standards‘ methodisch unpräzise erstellt wurden.

#### 6.1.7 Betrachtung der Inhalte der ‚Standards‘

Zum Schluss dieser Arbeit wurden die Inhalte der ‚Standards‘ begutachtet. Dabei wurden einerseits die Maßnahmen zur Erkennung von Mangelernährung und andererseits die Maßnahmen zur Behandlung von Mangelernährung betrachtet. Bei den Maßnahmen zur Erkennung einer Mangelernährung fiel auf, dass die ‚Standards‘ am häufigsten eine Gewichtskontrolle, ein Ernährungs-/Trinkprotokoll und die Dokumentation und Evaluation der Nahrungsaufnahme beinhalteten. Weitere häufig angewendete Maßnahmen zur Erkennung von Mangelernährung waren das Aufzeigen einer Definition von Mangelernährung, eine BMI-Bestimmung sowie die Beschreibung der Cut-Off-Points des BMI. Bei den Maßnahmen zur Behandlung einer vorliegenden Mangelernährung wurden am häufigsten die Vorlieben der Betroffenen erhoben und ein/e DiätologIn hinzugezogen sowie das Schluckverhalten der Betroffenen beobachtet. Bei den ‚Sonstigen‘ konnten unterschiedliche Cut-Off-Points des BMI beobachtet werden. Diese bewegten sich zwischen 18,5 und 22. Bei den Screeninginstrumenten wurden der MNA, das AKE Screening, die EBS sowie die Blandford Skala angegeben. Das Gewicht wurde meist generell einmal im Monat und bei gefährdeten Personengruppen alle zwei Wochen

kontrolliert. Vier ‚Standards‘ verwendeten Quellen. Der Umfang der ‚Standards‘ variierte zwischen einer und 14 Seiten. Bei zwei ‚Standards‘ waren das Ernährungs-/Trinkprotokoll sowie das Screeninginstrument vorhanden.

In einer weiteren Analyse, könnte zudem überprüft werden, inwieweit die in den ‚Standards‘ beschriebenen Maßnahmen zur Erkennung und Behandlung von Mangelernährung wissenschaftlich fundiert sind und sie den Maßnahmen der in dieser Arbeit vorgestellten Leitlinien und Standards entsprechen.

#### 6.1.8 Betrachtung der Inhalte von ‚Sonstigem‘

Damit die Inhalte von den Standards nicht gänzlich verloren gehen, wurden auch deren Inhalte beurteilt. Bei der Betrachtung der Inhalte von ‚Sonstigem‘ konnten zur Erkennung von Mangelernährung folgende Maßnahmen am häufigsten beobachtet werden: Bestimmung des BMI, Kontrolle des Gewichts, Verwendung eines Screeninginstruments, Erforschung der Ursachen, Dokumentation und Evaluation der Nahrungsaufnahme, Führung eines Ernährungs-/Trinkprotokolls. Bei den Maßnahmen zur Behandlung einer bestehenden Mangelernährung wurde am häufigsten empfohlen Zusatznahrungen zu verabreichen, das Schluckverhalten zu beobachten und die Vorlieben zu erheben. Die Cut-Off-Points des BMI bewegten sich zwischen 19 und 24. Bei den Screeninginstrumenten wurde fünfmal der MNA, 10-mal ein selbst entwickeltes Screeninginstrument, zweimal das SNAQ und einmal der Screeningbogen nach Volkert angegeben. Falls die zeitlichen Abstände zwischen den Gewichtskontrollen bei den ‚Sonstigen‘ angegeben wurden, wurde generell monatlich, bei Betroffenen alle zwei Wochen bzw. wöchentlich das Gewicht kontrolliert. Nur fünf von 26 ‚Sonstigen‘ gaben Quellen an. Der Umfang von den ‚Sonstigen‘ betrug zwischen einer und 27 Seiten. Das Ernährung-/Trinkprotokoll wurde sechsmal, das verwendete Screeninginstrument wurde 11-mal mitgeschickt.

Auch wenn es sich bei diesen Schriftstücken nach den definierten Kriterien um keine wirklichen ‚Standards‘ handelt, stellen sie dennoch ein wichtiges Ergebnis dieser Erhebung dar. Durch die Betrachtung der Inhalte kann ein Einblick in die österreichische Pflegepraxis zum Thema Mangelernährung gewonnen werden und aufgezeigt werden, inwieweit z.B. Screeninginstrumente zum Erkennen von

Mangelernährung in Österreich verwendet werden oder Quellen in den jeweiligen Standards verwendet werden.

Obwohl sich die ‚Standards‘ und die ‚Sonstigen‘ nicht direkt miteinander vergleichen lassen, da erstere die erforderlichen Kriterien erfüllten und letztere nicht, so kann man dennoch zwei entscheidende Unterschiede feststellen: ‚Standards‘ beinhalteten bereits entwickelte Screeninginstrumente, die ‚Sonstigen‘ hauptsächlich selbst entwickelte Screeningbögen. Ein weiterer Unterschied war der Einbezug der Quellen. Während 44,4 % der ‚Standards‘ Quellen einbezogen, verwendeten nur 19,2 % der ‚Sonstigen‘ Quellen.

Im Rahmen der Europäischen Pflegequalitätserhebung im Jahr 2010 wurden auch die Maßnahmen zur Prävention und Behandlung einer Mangelernährung in den teilnehmenden Einrichtungen ermittelt. Insgesamt wurde bei 76,1 % aller Einrichtungen der Ernährungszustand bei der Einweisung erfasst. Dieser wurde nach dem Gewicht, Klinischen Blick, Screening auf Mangelernährung und biochemische Parameter beurteilt. Am häufigsten wurde das Gewicht erfasst (94 %), bei 43,2 % der PatientInnen und BewohnerInnen wurde zur Einschätzung des Ernährungsstatus ein Screeninginstrument verwendet. Weitere Screeningmethoden waren die Überwachung von Gewicht und die Kontrolle der Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsaufnahme. Bei den Qualitätsindikatoren zu Mangelernährung fiel auf, dass alle Krankenhäuser eine/n DiätassistentIn einsetzten und 13 von 14 Krankenhäusern eine Fortbildung innerhalb der letzten zwei Jahre angeboten haben. 16 von 18 Pflegeheime verwendeten festgelegte Kriterien für die Erfassung von Mangelernährung, 15 zogen ein/e Diätassistenten (83,3 %) hinzu. Protokolle bzw. Richtlinien zur Prävention und/oder Behandlung von Mangelernährung wurden in acht Krankenhäusern und in acht Pflegeheimen verwendet (Lohrmann 2010).

Die Ergebnisse von Lohrmann (2010) spiegeln die Resultate dieser Erhebung wider, welche ergaben, dass Gewichtskontrollen sowie die Dokumentation und Evaluation der Nahrungsaufnahme die häufigsten Maßnahmen in der Erkennung und Behandlung von Mangelernährung sind.

## 6.2 Stärken und Limitationen dieser Erhebung

Als eine besondere Stärke dieser Erhebung ist zu erwähnen, dass sämtliche österreichische Krankenhäuser und Pflegeheime über 50 Betten per E-Mail angeschrieben wurden und gefragt wurden, ob sie bei dieser Erhebung im Falle eines vorhandenen Standards zum Thema Mangelernährung teilnehmen wollen. Durch diese Vorgehensweise konnten österreichweite Ergebnisse erzielt werden. Da sich einige E-Mail-Adressen der Einrichtungen ständig änderten und einige Institutionen Sicherheitsfilter verwendeten, welche die E-Mail als Spammessages einstufen, konnten einige österreichische Krankenhäuser und Pflegeheime nicht erreicht werden.

Durch die Durchführung dieser Erhebung konnte das Problem der Mangelernährung österreichweit thematisiert werden. Viele Einrichtungen, die sich mit diesem Thema damit noch nicht auseinander gesetzt hatten, konnten darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich Mangelernährung in Form von Standards erfassen und behandeln lässt. Durch die Einladung zum Symposium zum Thema Mangelernährung, welches im Dezember 2011 an der Medizinischen Universität Graz stattfinden wird, kann das Interesse von Einrichtungen geweckt werden, die noch keinen Standard zum Thema Mangelernährung verwenden.

Der Kurzfragebogen, welcher den Einrichtungen zugeschickt wurde, wurde speziell für die Pflege benutzerfreundlich gestaltet. Es wurde besonders darauf geachtet, dass dieser ohne großen Zeitaufwand zu beantworten ist. Pflegende bzw. Pflegeleitungen konnten diesen schnell ausfüllen und mussten ihn nicht einscannen, um diesen zurückschicken zu können. Durch seine Kürze und Prägnanz konnte das Interesse geweckt werden und mehr Einrichtungen für die Erhebung gewonnen werden. Da die Fragen aus diesem Grund nicht sehr ins Detail gingen, waren die Antworten der Einrichtungen zum Teil etwas oberflächlich.

Als eine Schwäche dieser Erhebung kann angeführt werden, dass zuerst der Kurzfragebogen entwickelt wurde und erst später die Kriterien festgelegt wurden, die ein Schriftstück erfüllen musste, um als ‚Standard‘ zu gelten. Das zweite Kriterium von Katz und Green (1996, in: Bölicke 2007, p. 13) konnte anhand des Kurzfragebogens beantwortet werden. Wäre auch das vierte Kriterium im

Kurzfragebogen abgefragt worden, so hätten möglicherweise mehr Standards alle Kriterien von Katz und Green (1996, in: Bölicke 2007, p. 13) erfüllt und die Anzahl der tatsächlichen ‚Standards‘ wäre höher. Des Weiteren hätte am Kurzfragebogen noch gefragt werden können, ob es sich bei den Einrichtungen entweder um ein Krankenhaus oder Pflegeheim handelt, um genau eruieren zu können, welche Einrichtung den Standard zugeschickt hat.

Aufgrund fehlender objektiver sowie umfassender Literatur zum Thema Standards, die sich zum Ziel setzte, die Einteilung und den Aufbau der unterschiedlichen Standardinstrumente klar und deutlich zu beschreiben, wurde in dieser Studie hauptsächlich das Buch von Bölicke (2007) zitiert, ebenso wurden die Ergebnisse mit diesem verglichen. Dies könnte als weitere Limitation angeführt werden.

### 6.3 Ausblick für die Pflegeforschung und Pflegepraxis

Durch diese Erhebung konnte festgestellt werden, dass in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen noch keine qualitativ wertvollen Standards zum Thema Mangelernährung verwendet werden. Vor allem evidenzbasierte Leitlinien, welche auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen der Pflegeforschung basieren, werden in der österreichischen Pflegepraxis zum Thema Mangelernährung nicht angewendet. Daher sollte es die Aufgabe der Pflegeforschung sein, eine evidenzbasierte Leitlinie zu entwickeln, welche die PflegepraktikerInnen dabei unterstützt, das Problem der Mangelernährung zu reduzieren.

Gerade Ernährungsprobleme wie z.B. eine Mangelernährung werden in der Praxis häufig nicht rechtzeitig erkannt und daher nicht angemessen behandelt. Durch Standards, welche auf wissenschaftlichen Ergebnissen beruhen, können Pflegende in ihrem Handeln unterstützt werden, bessere Ergebnisse für PatientInnen und BewohnerInnen erzielt werden und somit auch die Pflegequalität in den Einrichtungen gesteigert werden.

Ein sorgfältig entwickelter Standard stellt jedoch nur die Grundlage dar und garantiert noch nicht dessen Anwendung in der täglichen Pflegepraxis. Aus diesem Grund sollten PflegeforscherInnen die evidenzbasierte Leitlinie auch adäquat in

Krankenhäusern und Pflegeheimen implementieren und so das Interesse der Pflegenden für das Thema Mangelernährung wecken.

Damit die Pflegepraxis von der Pflegeforschung profitieren kann, müssen Fortbildungsangebote zum Thema Standards angeboten werden und die LeiterInnen von Pflegeeinrichtungen auf die Notwendigkeit von qualitativ hochwertigen Standards aufmerksam gemacht werden, denn nur wissenschaftlich fundierte Standards wie z.B. evidenzbasierte Leitlinien haben einen positiven Effekt auf die Pflege.

Im Rahmen dieser Erhebung wurden alle teilnehmenden Einrichtungen zu einem Symposium zum Thema Mangelernährung eingeladen, welches die Pflegenden bzw. LeiterInnen von Einrichtungen motivieren soll, sich mit diesem Thema weiter auseinander zu setzen. Natürlich werden auch die Ergebnisse dieser Erhebung an Interessierte weitergegeben und beim Symposium im Winter 2011 dargestellt.

## 7 Literaturverzeichnis

---

Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (ed.) 2010, *Empfehlungen für die Ernährung des älteren Menschen in der Langzeitpflege*, Wien.

Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (ed.) 2008, *Recommendations for Enteral and Parenteral Nutrition in Adults*, 2<sup>nd</sup> edn, Wien.

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ed.) 2007, *Leitlinien Glossar. Begrifflichkeiten und Kommentare für Nationale VersorgungsLeitlinien®*, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin, viewed 3 May 2011, <<http://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe30.pdf> >.

Bartholomeyczik S 2002, ‚Sinn und Unsinn von Pflegestandards‘, *Heilberufe*, vol. 5, pp. 12-16.

Bläuer C, Schierz-Hungerbühler J, Trachsel E, Spirig R, Frei IA 2008, ‚Multidisziplinäres Malnutritionsprogramm zur Erfassung und Behandlung von Patienten mit dem Risiko oder bestehender Mangelernährung in pflegerischer Verantwortung‘, *Pflege*, vol. 21, no. 4, pp. 225-234.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2011, *Altenheime und Pflegeheime in Österreich*, 7th edn, viewed 29 September 2011, <<http://www.bmask.gv.at/cms/site/dokument.html?channel=CH0060&doc=CMS1229948673751>>.

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2008, *Krankenanstalten in Österreich*, viewed 29 September 2011, <[http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/9/9/CH1163/CMS1039007503101/ka-verzeichnis\\_2008\\_gesamt\\_internet.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/9/9/CH1163/CMS1039007503101/ka-verzeichnis_2008_gesamt_internet.pdf) >.

Burns E 2007, ‚Evidence based Pflegestandards und Pflegeguidelines‘, *Österreichische Pflegezeitschrift*, no. 6-7, pp. 33-34.

Burns N, Grove S 2009, *Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*, 6<sup>th</sup> edn, Saunders Elsevier, St. Louis.

Bölicke C (ed.) 2007, *Standards in der Pflege. Entwickeln-Einführen-Überprüfen*. Elsevier GmbH, München.

Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien Bewertung 2008, viewed 3 June 2011 <<http://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/literatur/delbi-fassung-2005-2006-domaene-8-2008.pdf>>.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (ed.) 2010, *Expertenstandard. Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung*, Osnabrück.

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (ed.) 2008, *DGEM-Leitlinien und Parenterale Ernährung. Kurzfassung*, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart.

Duden 2012, *Wörterbuch medizinischer Begriffe*, 9<sup>th</sup> edn, GGP Media GmbH, Pößneck.

Elia M 2005, 'Principles of Clinical Nutrition: Contrasting the practice of nutrition in health and disease', in Gibney MJ, Elia M, Ljungqvist, Dowsett J (eds), *Clinical Nutrition*, Blackwell Publishing, Oxford, Iowa, Victoria.

Elmadfa I, Freisling H, Nowak V, Hofstädter D 2009, *Österreichischer Ernährungsbericht 2008*, Wien.

Field MJ, Lohr KN 1990, *Clinical Practice Guidelines. Directions for a new Program*, National Academy Press, Washington D.C., in: National Clearinghouse 2011 viewed 26 May 2011, <<http://www.guideline.gov/faq.aspx>>.

Gerrish K, Lacey A 2010, *The Research Process in Nursing*, 6<sup>th</sup> edn, Blackwell Publishing, West Sussex, Oxford, Iowa.

Kaiser MJ, Bauer JM, Rämsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, Thomas DR, Anthony PS, Charlton KE, Maggio M, Tsai AC, Vellas B, Sieber CC 2010, 'Frequency of Malnutrition in Older Adults: A Multinational Perspective Using the Mini Nutritional Assessment', *The American Geriatrics Society*, vol. 58, no. 9, pp. 1734-1738.

Katz J, Green E 1996, *Qualitätsmanagement: Überprüfung und Bewertung des Pflegedienstes*, Ullstein Mosby, Wiesbaden, in: Bölicke C (ed.) 2007, *Standards in der Pflege. entwickeln-einführen-überprüfen*. Elsevier GmbH, München.

Lochs H, Dervenis C 2003, 'Malnutrition – The Ignored Risk Factor', *Digestive Diseases*, vol. 21, no. 3, pp. 196-197.

Lochs H, Allison SP, Meier R, Pirlich M, Kondrup J, Schneider S, van de Berghe G, Pichard C 2006, 'Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics', *Clinical Nutrition*, vol. 25, no. 3, pp. 180-186.

Lohrmann C (ed.) 2010, *Europäische Pflegequalitätserhebung*, Medizinische Universität Graz, Graz.

Löser C 2001, 'Mangelernährung im Krankenhaus - Prävalenz, klinische Folgen, Budgetrelevanz', *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, vol. 126, no. 24, pp. 729-734.

Mead P 2000, 'Clinical guidelines: promoting clinical effectiveness or a professional minefield?', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 31, no. 1, pp. 110-116.

Meijers JMM, Schols JMGA, van Bokhorst-de van der Schueren MAE, Dassen T, Janssen MAP, Halfens RJG 2009a, 'Malnutrition prevalence in the Netherlands: results of the Annual Dutch National Prevalence Measurement of Care Problems', *British Journal of Nutrition*, vol. 101, no. 3, pp. 417-423.

Meijers JMM, Candel MJMM, Schols JMGA, van Bokhorst-de van der Schueren, Halfens RJG 2009b, 'Decreasing Trends in Malnutrition Prevalence Rates Explained by Regular Audits and Feedback', *The Journal of Nutrition*, vol. 139, no. 7, pp. 1381-1386.

Meyer G, Köpke S 2006, 'Expertenstandards in der Pflege. Wirkungsvolle Instrumente zur Verbesserung der Pflegepraxis oder von ungewissen Nutzen?', *Gerontologische Geriatrie*, vol. 39, no. 3, pp. 211-216.

Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E, Irtun Ø, The Scandinavian Nutrition group 2008, 'Insufficient nutritional knowledge among health care workers?', *Clinical Nutrition*, vol. 27, no. 2, pp. 196-202.

National Clearinghouse 2011 viewed 26 May 2011,  
<<http://www.guideline.gov/faq.aspx>>.

Pauly L, Stehle P, Volkert D 2007, 'Nutritional situation of elderly nursing home residents', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 40, no. 1, pp. 3-12.

Polit DF, Beck CT 2011, *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 9<sup>th</sup> edn, Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.

Polit DF, Beck CT 2008, *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 8<sup>th</sup> edn, Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.

Pschyrembel (ed.) 2010, *Klinisches Wörterbuch*, 262<sup>nd</sup> edn, Walter de Gruyter GmbH & Co. KG Berlin, New York.

Pschyrembel (ed.) 2007, *Pflege*, 2<sup>nd</sup> edn, Walter de Gruyter GmbH & Co, Berlin.

Pütz K, Müller SD 2003, 'Mangelernährung. Ein ernährungsmedizinischer Überblick', *Ernährung und Medizin*, vol. 30, pp. 23-30.

Schütz T, Herbst B, Weimann A 2010, 'ESPEN-Leitlinien Parenterale Ernährung-Zusammenfassung', *Aktuelle Ernährungsmedizin*, vol. 35, pp. 68-87.

Schütz T, Valentin L, Herbst B, Lochs H 2006, 'ESPEN-Leitlinien Enterale Ernährung – Zusammenfassung', *Aktuelle Ernährungsmedizin*, vol. 44, no.8, pp. 683-684.

Tannen A, Schütz T, Dassen T, van Nie-Visser N, Meijers J, Halfens R 2008, 'Mangelernährung in deutschen Pflegeheimen und Krankenhäusern – Pflegebedarf und pflegerische Versorgung', *Aktuelle Ernährungsmedizin*, vol. 33, pp. 177-183.

Volkert D 2011, 'Leitlinien und Standards zur Ernährung in der Geriatrie', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 44, no. 2, pp. 91-99.

Volkert D, Lenzen-Großimlinghaus R, Krys U, Pirlich M, Herbst B, Schütz T, Schröer W, Weinrebe W, Ockenga J, Lochs H 2004, ‚Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM und DGG. Enterale Ernährung (Trink- und Sondennahrung) in der Geriatrie und geriatrisch-neurologischen Rehabilitation‘, *Aktuelle Ernährungsmedizin*, vol. 29, pp. 198-225.

Weller BF (ed.) 2009, *Baillière’s Nurses Dictionary. For nurses and health care workers*, 25<sup>th</sup> edition, Elsevier, Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto.

Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J 1999, ‘Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines’, *BMJ*, vol. 318, no. 7182, pp. 527-530.

WHO 1987, ‘Die Rolle des Beraters bei der Qualitätssicherung in der Pflegepraxis. Bericht über eine WHO-Tagung. Den Haag’, in: Bartholomeyczik S 2002, ‚Sinn und Unsinn von Pflegestandards‘, *Heilberufe*, vol. 5, pp. 12-16.

## 8 Anhang

---

### 8.1 Anschreiben

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Institut für Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz beschäftigt sich im Rahmen des Forschungsschwerpunktes Mangelernährung mit Leitlinien/Richtlinien/Standards. Besonders interessiert uns dabei, inwieweit Leitlinien/Richtlinien/Standards zum Thema Mangelernährung in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen zum Einsatz kommen und welche Inhalte darin thematisiert werden.

Dabei sind wir nun auf Ihre Mitarbeit angewiesen und würden Sie höflichst bitten, uns per E-Mail mitzuteilen, **ob Sie eine/n Leitlinie/Richtlinie/Standard zum Thema Mangelernährung verwenden?**

Wenn Ja, **wären Sie bereit uns eine Kopie der/s Leitlinie/Richtlinie/Standards zuzuschicken?**

Im Falle einer positiven Rückmeldung Ihrerseits (bis einschließlich 25. Mai 2011), erhalten Sie ein adressiertes und frankiertes Antwortkuvert, welches es Ihnen ermöglicht, Ihre/n verwendete/n Leitlinie/Richtlinie/Standard einfach und anonym an uns zu senden.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir ausschließlich Interesse an den Inhalten der/des verwendeten Leitlinie/Richtlinie/Standards haben und keinerlei personen- bzw. einrichtungsspezifische Informationen speichern oder an Dritte weitergeben werden. Auch Ihre Antwort-Mail wird umgehend gelöscht.

Die österreichweiten Ergebnisse unserer Auswertung schicken wir Ihnen auf Anfrage (ab voraussichtlich Herbst 2011) selbstverständlich gerne zu.

Gleichzeitig möchten wir Sie schon jetzt recht herzlich zu unserem Symposium zum Thema Mangelernährung einladen, welches voraussichtlich im Dezember 2011 stattfinden wird. Informationen dazu finden Sie zeitnah auf unserer Homepage ([www.medunigraz.at/pflegewissenschaft](http://www.medunigraz.at/pflegewissenschaft)).

Sollten Sie Rückfragen haben, können Sie sich jederzeit an das Institut für Pflegewissenschaft unter der Nummer 0316/ 385-71635 (Silvia Schönherr) wenden.

Wir möchten uns schon im Voraus für Ihre Unterstützung bedanken und verbleiben mit freundlichen Grüßen

## 8.2 Erinnerungsanschreiben

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

Vor einiger Zeit haben wir Ihnen ein E-Mail geschickt, in dem wir Sie über den Forschungsschwerpunkt Mangelernährung des Instituts für Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz informiert haben. Besonders interessiert uns dabei, inwieweit Leitlinien/Richtlinien/Standards zum Thema Mangelernährung in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen zum Einsatz kommen und welche Inhalte darin thematisiert werden. Dabei sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen.

Wir möchten Sie daher noch einmal freundlichst bitten uns per E-Mail mitzuteilen,

**ob Sie eine/n Leitlinie/Richtlinie/Standard zum Thema Mangelernährung verwenden?**

**Wenn Ja, wären Sie bereit uns eine Kopie der/s Leitlinie/Richtlinie/Standards zuzuschicken?**

Im Falle einer positiven Rückmeldung Ihrerseits (bis einschließlich 12. Juni 2011), erhalten Sie ein adressiertes und frankiertes Antwortkuvert, welches es Ihnen ermöglicht, Ihre/n verwendete/n Leitlinie/Richtlinie/Standard einfach und anonym an uns zu senden.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir ausschließlich Interesse an den Inhalten der/des verwendeten Leitlinie/Richtlinie/Standards haben und keinerlei personen- bzw. einrichtungsspezifische Informationen speichern oder an Dritte weitergeben werden. Auch Ihre Antwort-Mail wird umgehend gelöscht.

Die österreichweiten Ergebnisse unserer Auswertung schicken wir Ihnen auf Anfrage (ab voraussichtlich Herbst 2011) selbstverständlich gerne zu.

Gleichzeitig möchten wir Sie noch einmal recht herzlich zu unserem Symposium zum Thema Mangelernährung einladen, welches voraussichtlich im Dezember 2011 stattfinden wird. Informationen dazu finden Sie zeitnah auf unserer Homepage ([www.medunigraz.at/pflegewissenschaft](http://www.medunigraz.at/pflegewissenschaft)).

Sollten Sie Rückfragen haben, können Sie sich jederzeit an das Institut für Pflegewissenschaft unter der Nummer 0316/ 385-71635 (Silvia Schönherr) wenden.

Wir möchten uns schon im Voraus für Ihre Unterstützung bedanken und verbleiben mit freundlichen Grüßen