



**MMS Bulletin #131**

*La Santé Globale et le Soins Infirmier*

---

**Nachhaltige Gesundheitsversorgung**

**Rolle der Pflegefachpersonen bei der  
Bekämpfung von Mangelernährung**

De Katharina Bosshart et Christiane Chabloz

*Ernährung ist ein zentrales Thema der Gesundheitsförderung. In Spitälern und Pflegeinstitutionen sind Pflegende täglich mit Mangelernährung konfrontiert. Sie haben begonnen, zukunftsweisende Programme zu entwickeln, um Mangelernährung zu beheben. Diese Programme zeigen Wege in eine nachhaltige Gesundheitsversorgung.*



Woman with newborn child in post-natal ward of hospital (Sri Lanka. Photo © Dominic Sansoni / World Bank, flickr)

Was bedeutet Nachhaltigkeit in der Pflege? Anna Anaker und Marie Elf haben eine Definition zu Nachhaltigkeit in der Pflege entwickelt. Die Einführung nachhaltiger Strategien in der Pflege stellt sicher, dass weder die gegenwärtigen noch die zukünftigen Generationen Schaden nehmen und intensive Anstrengungen unternommen werden, um einen guten Gesundheitszustand der Bevölkerung sicherzustellen (Anaker & Elf 2014). Wie eine solche Entwicklung durch Pflegefachpersonen konkret aussehen könnte, beschreibt die vorliegende Arbeit anhand des Themas gesundheitsförderliche Ernährung.

Die wichtigsten Beiträge aus der Plenarsession des Geneva Health Forum 2014 sowie mehrere Workshops mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung und -erhaltung sind in dieser Arbeit zusammengefasst.

Anschließend folgt eine Betrachtung der NE im Hinblick auf die Ernährungssituation der Schweizer Bevölkerung. Eine kurze Literaturanalyse neuester Studien aus der Schweiz stellt die Prävalenz verschiedener Mangelernährungszuständen mit Ursachen und Folgen dar. Im Mittelpunkt steht die Ernährungssituation der Altersgruppe über 65 Jahre. In einem dritten Teil steht eine pflegerische Intervention in einem Universitätsspital der Schweiz im Zentrum. Es wird deutlich, wie Pflegende zu einem verbesserten Ernährungszustand hospitalisierter Patienten beitragen können und auf diese Weise die Gesundheit nachhaltig fördern können.

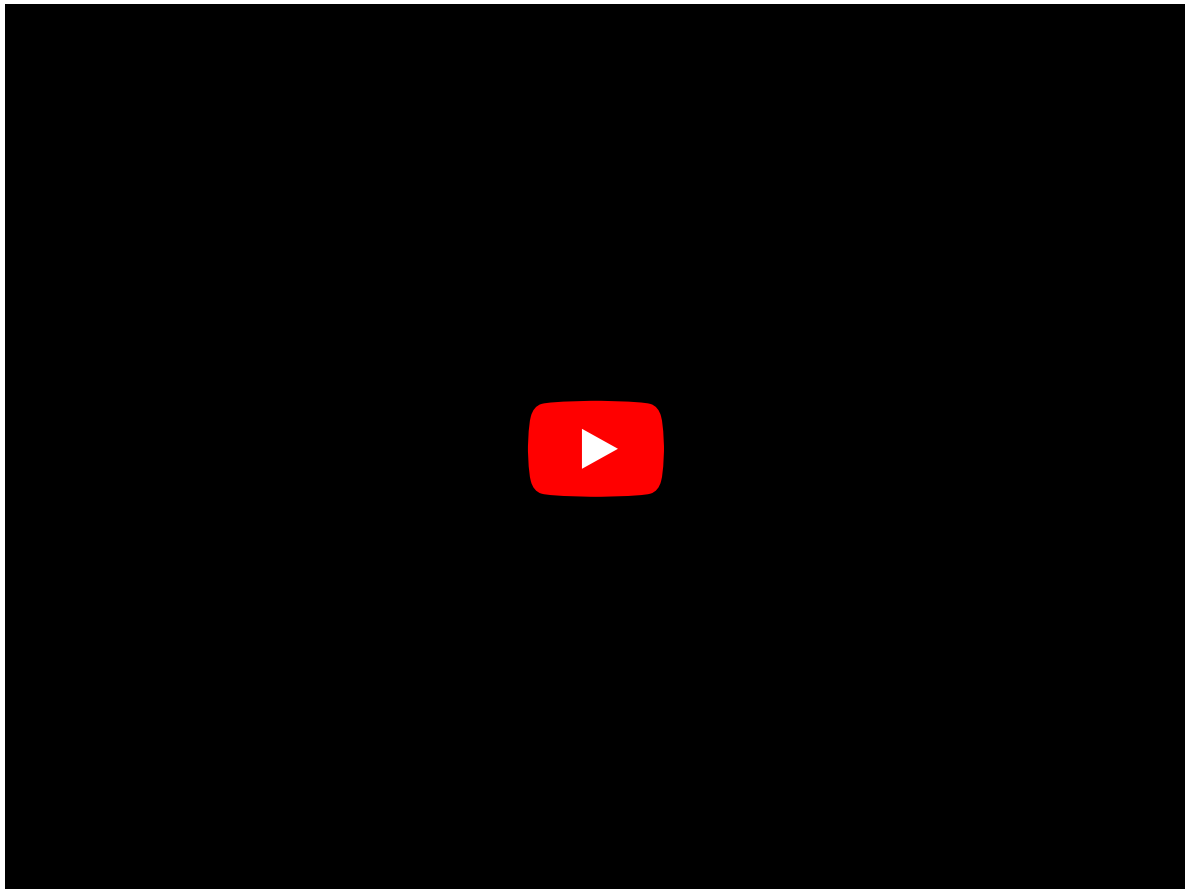
## ***Debatte um Nachhaltigkeit am Geneva Health Forum 2014***

Am GHF 2014 stellte Botschafter Michael Gerber, Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit, neue schweizerische Strategien für die nachhaltige Entwicklung dar. Er zitierte aus dem Bericht der Schweizer Position zur Agenda für die nachhaltige Entwicklung, welche die 2015 auslaufenden Millenniumsentwicklungsziele ablösen sollen: *„Der neue Orientierungsrahmen soll auf den Menschenrechten gründen und gleichzeitig den Prinzipien der Respektierung planetarischer Grenzen, sozialer Inklusion, Gerechtigkeit, Universalität und Politik-Kohärenz folgen“*. Botschafter Gerber betonte, dass ein Paradigmenwechsel notwendig sei, um diese Ziele zu erreichen. Es sei erforderlich, sich von der Nord/Süd- bzw. Ost/West-Perspektive abzuwenden, um den Blick auf die brennenden Probleme auf internationaler, nationaler, regionaler und kommunaler Ebene zu richten. Übereinstimmend mit anderen Referenten betonte er, dass Lösungen auf allen Ebenen wertvoll sind. Es gelte, sowohl Top-Down-Initiativen als auch Bottom-Up-Projekte zu fördern.

Als Top-Down-Projekt kann der vom schweizerischen Bundesrat eingesetzte Ausschuss IDANE (Interdepartementaler Ausschuss Nachhaltige Entwicklung) gelten. Darin wirken rund 30 Bundesstellen mit, welche Nachhaltigkeit in ihren politischen Aktivitäten ausüben. Obwohl sie in ihrem Bericht über die institutionelle Verankerung von Nachhaltigkeit in den Bundesämtern die positiven Beispiele zusammenfassen, finden sich keine Angaben zu Nachhaltigkeitsbestrebungen aus dem Bundesamt für Gesundheit. Immerhin kommen die Autoren des Berichtes zu dem Schluss, dass die sozialen Bereiche eines der wichtigsten zukünftigen Anwendungsgebiete für nachhaltige Entwicklung sein werden.

## ***Community Gardening in Manchester***

Pam Warhurst, eine Hausfrau aus dem ehemaligen Industriegebiet Manchester präsentierte ein erfolgreiches Bottom–Up Projekt. Mit ihrem Bericht über „Community Gardening“ zeigte sie auf, wie es für den einzelnen Bürger möglich ist, Gesundheit mit Nachhaltigkeit zu verbinden. Dieses Projekt hat zum Ziel, den Gesundheitszustand der Bevölkerung durch ein verstärktes Ernährungsbewusstsein und gesündere Ernährung zu verbessern. Die lokale Bevölkerung baut Früchte, Gemüse und Kräuter auf öffentlichen und privaten Grundstücken an, bewirtschaftet diese Flächen und konsumiert dann die Nahrungsmittel. Diese Tätigkeiten verbinden gesunde Ernährung mit körperlicher Bewegung. Zugleich verstärken sich soziale Kontakte. Nach sechs Jahren Erfahrung berichtet Warhurst, dass auch sozial benachteiligte Personen verstehen, wie sich NE auf ihr Leben und ihre Gesundheit auswirkt.



Dr. Vandana Shiva, Umweltaktivistin aus Indien zeigte an einem Projektbeispiel auf, wie sich Nachhaltigkeit in der Gesundheitsförderung umsetzen lässt. Aufgrund einer vernachlässigten Landwirtschaftspolitik begrenzte sich die indische Reisproduktion trotz der Vielfalt einheimischer Sorten in den letzten Jahrzehnten auf wenige, industriell produzierte Sorten, meist Basmatireis. Infolge der abnehmenden Vielfalt war eine steigende Mangelernährung bei der sozial benachteiligten Bevölkerung zu beobachten. Diese verfügte nicht über nahrungsergänzende Produkte, um den Wegfall der unterschiedlichen Reissorten zu kompensieren. Zudem ging das Wissen darüber verloren, wann der Verzehr welcher Reissorte die besten gesundheitlichen Auswirkungen zeigte. Dies brachte Dr. Shiva dazu, sich für den Aufbau der Organisation Navdanya (übersetzt: 9 Samen) zu engagieren. Dank dieser Initiative

entstanden 54 Saatbanken in 16 Bundesstaaten Indiens, welche sich auf die Bewahrung und Züchtung traditioneller Reissorten spezialisiert haben. In unterschiedlichsten Klimazonen mit verschiedensten Bedingungen pflanzen einheimische Bauernfamilien heute Reis an. Dr. Navdanya und ihre Organisation unterstützen sie dabei mit Wissen und Hilfe. Forschungsarbeiten dieser Organisation zeigen, dass solche ökologische Landwirtschaft – im Gegensatz zur weitläufigen Meinung – einerseits hochproduktiv sein kann, andererseits eine nachhaltige Mittel gegen Armut, Hunger und Mangelernährung darstellt (Shiva V. & S.V. 2012).

## ***Ernährung in der Schweiz***

Auch in der Schweiz findet ein schleichender Abbau der landwirtschaftlichen Sortenvielfalt statt. Die unter Preisdruck stehenden Landwirtschaftsbetriebe sehen sich gezwungen, in immer kürzerer Zeit auf einer abnehmenden Anbaufläche immer effizienter produzieren zu müssen (Wanner 2009). Diese Situation begünstigt einerseits den Anbau einheitlicher Kulturen, fördert jedoch andererseits den zunehmenden Import landwirtschaftlicher Erzeugnisse (Wanner 2009; Schmid 2010).

Infolge des Wandels von einer landwirtschaftlichen zu einer Dienstleistungsgesellschaft veränderten sich auch die Ernährungsgewohnheiten. Industriell hergestellte Lebensmittel begannen die Selbstversorgungsmechanismen zu verdrängen. Die zunehmende lokale Trennung von Arbeit und Familie machen es zunehmend schwierig, ein gesundes Ernährungsverhalten aufrechtzuerhalten. Die Auswirkungen sind in der Gesellschaft offensichtlich. Die Zunahme übergewichtiger Menschen ist mit Sorge zu beobachten. Wissenschaftlicher Studien sollen die Entwicklung des Übergewichts nachverfolgen. Der sechste schweizerische Ernährungsbericht stellt fest, dass die Bevölkerung zu wenig Früchte, Gemüse und Milchprodukte konsumiert, der Verbrauch an Zucker aber deutlich über den empfohlenen Mengen liegt. Ebenfalls ist erwähnt, dass 30% der Bevölkerung nicht auf ihre Ernährung achtet und insbesondere Männer und Personen mit tiefem Bildungsniveau ein geringes Ernährungsbewusstsein und Ernährungswissen aufweisen. Es ist davon auszugehen, dass spezifische Bevölkerungsgruppen oder gar ganze Teile der Bevölkerung vom Risiko einer Unterversorgung betroffen sein könnten (z.B. Eisen- und Jodmangel).

Eine Bevölkerungsgruppe mit einem beträchtlichen Unterversorgungsrisiko sind ältere Menschen (>65 Jahre). Bei 27,4% aller Personen über 65 Jahren sind Mangelernährungszustände zu beobachten (Volkert et al 2013). Dazu liegen auch statistische Daten vor (Drey und Kaiser 2011). Das Auftreten von Mangelernährung steigt bei betagten Menschen, welche in Pflegeinstitutionen oder Spitälern betreut werden, nochmals drastisch an auf 50% und 60% (Kondrup 2002).

Ein Hauptfaktor für Mangelernährung im Alter ist neben veränderter Geschmacksempfindung, reduzierter Resorption im Magendarmkanal auch die Appetitlosigkeit als Folge von Erkrankungen oder Medikamenteneinnahme. Kau- und Schluckstörungen, körperliche Hilfsbedürftigkeit mit eingeschränkter Möglichkeit, selbständig zu kochen oder zu essen, können

die Lust am Essen reduzieren. Ein dadurch resultierender Gewichtsverlust kann zum Verlust von Muskelmasse führen und weitere Einbußen der Selbständigkeit nach sich ziehen. Dies hat wiederum Einfluss auf den Appetit und die Fähigkeit, sich ausgewogen zu ernähren. Hinzu kommen im Alter vermehrte soziale und psychische Herausforderungen wie Einsamkeit, Depression, Verwirrtheit oder Vergesslichkeit tragen dazu bei, dass regelmäßige Mahlzeiten und das Trinkverhalten beeinträchtigt sind. Häufig besteht eine unzureichende Nährstoffaufnahme. Sowohl einzelne Ursachen als auch das Zusammenwirken mehrerer Faktoren führen rasch zu einem schlechten Ernährungszustand mit spürbaren Auswirkungen auf die Gesundheit. Es entsteht ein Kreislauf der Mangelernährung.



Um dieses Problem in unserem Gesundheitssystem besser in den Griff zu bekommen, ist das rechtzeitige Erkennen und Zuordnen von Mangelscheinungen sowie eine gezielte Ernährungstherapie erforderlich. Auf diese Weise lassen sich die Folgen von Mangelernährungszuständen gering halten. Dieses Anliegen hat der Europarat bereits 2001 als dringenden Handlungsbedarf für Spitäler formuliert (Beck et al. 2008).

### **Wie Pflegefachpersonen auf Mangelernährung reagieren können**

Pflegefachpersonen erleben diesen Handlungsbedarf täglich als praktische Herausforderung. Bereits beim Eintritt weisen viele Patienten Anzeichen von Mangelernährung auf. Aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit direkt am Patient übernehmen Pflegefachpersonen eine Schlüsselrolle beim Erkennen, Erfassen und Behandeln mangelernährter Personen.

Aufgrund dieser Erkenntnis begannen Pflegefachpersonen im Universitätsspital Basel (USB) ein interprofessionelles Projekt zur „Erfassung und Behandlung von Patienten mit dem Risiko oder bestehender Mangelernährung“ zu entwickeln. Im Zentrum steht die Einschätzung der Ernährungssituation aller Patienten mithilfe eines standardisierten Instruments (Aeberhard et al. 2014). Bei Patienten mit einem leichten bis schweren Mangelernährungsrisiko erfassen Pflegefachpersonen über drei Tage die Kalorienaufnahme mit einem Ess- und Trinkprotokoll. Sie leiten erste Maßnahmen ein, beispielsweise Trinknahrungen oder Zwischenmahlzeiten sowie das Verabreichen von eiweiss- und kalorienreicher Nahrung oder Unterstützung beim Essen. Nach drei Tagen werten Fachpersonen diese Protokolle aus. Falls nötig planen sie in Absprache mit dem Patienten und seinen Angehörigen weitere Interventionen (Sanguineti et al. 2014). Zusätzlich finden Gespräche und Schulungen sowohl mit Fachpersonen als auch mit Patienten und ihren Angehörigen statt, um auf Zusammenhänge zwischen dem Ernährungsdefizit und der Krankheitssituation hinzuweisen.

Die Verantwortlichen dieses Projektes berichten weitergehende Veränderungen in der Patientenbehandlung. So ließ sich ein weiterer Gewichtsverlust bei gefährdeten Patienten im Spital vermeiden. Die Umsetzung von Ernährungsempfehlungen nach Spitalaustritt durch Patienteninformationen war ebenfalls möglich. Es entstand eine Vernetzung mit spitalexternen Diensten. Die Pflegefachpersonen sehen ihr Engagement als Beitrag zu einer ökonomischen Patientenbehandlung (Blauer et al).

## ***Diskussion: Pflege und nachhaltige Bevölkerungsgesundheit***

Die sich ergänzenden Definitionen Professioneller Pflege und der Nachhaltigen Entwicklung in der Bevölkerungsgesundheit (Anaker, Elf 2014) zeigen, dass Pflegefachpersonen eine entscheidende Rolle übernehmen können. Aufgrund der demographischen Entwicklung sollten sie sich dieser Aufgabe stellen.

Um solche erfolgreichen Programme bei Patienten durchzuführen, sind übereinstimmend mit dem Manifest des Europäischen Rates fünf Punkte zu überdenken, welche die Behandlung von Ernährungsdefiziten erschweren:

- Die Verantwortlichkeiten sind nicht geklärt
- Die Behandlungsteams sind zu wenig ausgebildet
- Die Patienten haben zu wenig Einfluss
- Die verschiedenen Berufsgruppen arbeiten zu wenig zusammen
- Das Spitalmanagement ist zu wenig verantwortlich involviert (Beck et al 2001).

Der steigende Spardruck in Spitälern und Langzeitinstitutionen sowie fehlender Nachwuchs führen dazu, dass zunehmend Personen mit unzureichendem Bildungsniveau in der Pflege engagiert werden. Die Begleitung, Beobachtung und Unterstützung pflegebedürftiger Personen bei Mahlzeiten erfordert jedoch professionelles Hintergrundwissen und Zeit. Ist dies nicht gewährleistet, wird die nachhaltige Behandlung mangelernährter Personen schwierig.

Sind Pflegekompetenz, Engagement und der dafür bereitgestellte Raum vorhanden, besteht eine gute Chance, dass Menschen von einer verbesserten Ernährungssituation profitieren.

## **Vision**

Interventionen für eine nachhaltige Gesundheit können nicht nur auf der Ebene einer Berufsgruppe oder Institution stattfinden. Der Wille, Veränderungen in Richtung einer nachhaltigen Gesundheitspolitik anzustreben, erfordert, gesundheits- und bildungspolitische Zielen anzupassen. Ebenso wichtig ist es, Umweltfaktoren zu berücksichtigen. Neben institutionellen Bemühungen ist auch ein übergeordneter politischer Wille gefragt, welcher – trotz vielfältiger Herausforderungen in finanzieller oder personeller Hinsicht – Wege aufzeigt, um eine nachhaltige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Das Spital- und Pflegemanagement braucht Anreize und Unterstützung, um eine nachhaltige Versorgung ermöglichen zu können. Pflegefachpersonen können hierbei Steine ins Rollen bringen und Entscheidendes bewirken. Sie sollten dazu ermuntert werden, weitere interprofessionelle Projekte anzuregen und durchzuführen. Indem sie ihre Ideen und Initiativen in geeignete Gremien einbringen, können sie ihren Anliegen Gehör in Politik und Gesellschaft verschaffen.

Diese Sicht von Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen fand am GHF 2014 leider keine Berücksichtigung. Es war noch kein Votum zur Rolle der Pflege in nachhaltigen Entwicklung im Gesundheitswesen zu hören. Die Zusammenhänge zwischen Mangelernährungszuständen und chronischen Erkrankungen zeigen, dass Pflegenden eine bedeutende Funktion einnehmen könnten, damit die lokale und globale – sprich „glokale“ – Gesellschaft gesund leben kann. Deshalb glauben wir, dass Nachhaltigkeit und Pflege nicht getrennt werden dürfen. Obwohl es sich bei den genannten Pilotprojekten um Einzelaktionen handelt, zeichnet sich hiermit ein gangbarer Weg ab, um dieses „glokale“ Thema im Gesundheitswesen in der Schweiz – und weltweit – zu verankern. Mit solchen Ansätzen könnte IDANE in künftigen Berichten auch über erfolgreiche Nachhaltigkeit aus dem sozialen Bereich schreiben.

## **Ressourcen**

Aeberhard, C., Z. Stanga, and M. Leuenberger, [Practical scores for the detection of malnutrition]. *Therapeutische Umschau*, 2014. 71(3): p. 141-7.

Anaker, A. and M. Elf, Sustainability in nursing: a concept analysis. *Scand J Caring Sci*, 2014. 28(2): p. 381-9.

Beck, A.M., et al., Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition--report and guidelines from the Council of Europe. *Clinical Nutrition*, 2001. 20(5): p. 455-60.

Blauer, C., et al., [A nurse-led multidisciplinary malnutrition program to assess and treat patients with malnutrition or those at risk of malnutrition]. *Pflege*, 2008. 21(4): p. 225-34.

Carney, B.T., et al., Sex differences in operating room care giver perceptions of patient safety: a pilot study from the Veterans Health Administration Medical Team Training Program. *Quality & Safety in Health Care*, 2010. 19(2): p. 128-31.

Dresing, T.P., Thorsten: *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und*

Regelsysteme für qualitativ Forschende; 5. Auflage (1. Auflage Juni 2011). Marburg, 2013., ed. Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Vol. 5. Auflage. 2013, (1. Auflage Juni 2011): Marburg.

Drey, M. and M.J. Kaiser, Mangelernährung im Alter. Deutsche medizinische Wochenschrift, 2011. 136(5): p. 176-178.

Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten, E. Schweizer Position zur Agenda für eine Nachhaltige Entwicklung post-2015, Bern. . 2013.

Fäh, D., S. A., and R. C., Ernährung in der Schweiz, 2013: Prävention & Gesundheitsförderung im Kanton Zürich.

Knoepfel, P., Die institutionelle Verankerung der Nachhaltigen Entwicklung in der Bundesverwaltung 2011.

Kondrup, J., et al., Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. Clinical Nutrition, 2002. 21(6): p. 461-468.

Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG. Aktuelle Ernährungsmedizin, 2013. e1-e48.

Sanguineti, V.A., J.R. Wild, and M.J. Fain, Management of Postoperative Complications: General Approach. Clinics in Geriatric Medicine, 2014. 30(2): p. 261-270.

Schmid, A., et al., Ernährungssituation in der Schweiz, 2010.

Shiva, V. and S. V., Health Per Acre - Organic Solutions to hunger & Malnutrition, 2012.

Stokar, T. and A. Schönenberg Evaluation des Bundesbeschlusses zugunsten wirtschaftlicher Erneuerungsgebiete. 2004.

Volkert, D., et al. Klinische Ernährung in der Geriatrie

Wallbaum, H., S. Kytzia, and S. Kellenberger, Nachhaltig Bauen: Lebenszyklus, Systeme, Szenarien, Verantwortung 2011: vdf Hochschulverlag AG.

Wanner, B. Schweizer Land- und Ernährungswissenschaft. 2009.

Warhurst, P., incredible edible garden. 2014.

**Christiane Chabloz** (BScN, RN) hat ihr Masterstudium in Pflegewissenschaft an der Universität Basel ab. Sie arbeitet als Advanced Practice Nurse in der Spezialisierten Palliative Care in der Stiftung Diaconis Bern. Eines ihrer Mottos in- und ausserhalb ihrer Arbeit ist: „Der Mensch lebt nicht vom Brot allein“. **Katharina Bosshart** (BScN, RN), ist Anästhesiefachfrau HF NDS und Masterstudentin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel. Die Mutter von vier Kindern arbeitete über 20 Jahre in verschiedenen Institutionen im Anästhesie- und Notfallbereich. Seit 2012 ist sie als klinische Pflegewissenschaftlerin am UniversitätsSpital Zürich verantwortlich für evidenzbasierte Pflege.



## **Kontakt**

### **Deutschschweiz**

Medicus Mundi Schweiz  
Murbacherstrasse 34  
CH-4056 Basel  
Tel. +41 61 383 18 10  
info@medicusmundi.ch

### **Suisse romande**

Medicus Mundi Suisse  
Rue de Varembé I  
CH-1202 Genève  
Tél. +41 22 920 08 08  
contact@medicusmundi.ch

### **Coordonnées bancaires**

Basler Kantonalbank, Aeschen, 4002 Basel  
Medicus Mundi Schweiz, 4056 Basel  
IBAN: CH40 0077 0016 0516 9903 5  
BIC: BKBBCHBBXXX