

# „Haus **MARANATHA**“

Vollstationäre Einrichtung für pflegebedürftige Erwachsene  
Inhaber: Johannes Paetzold

## **Ernährungsmanagement** **zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung (DNQP)** (1063)

Ernährung (essen und trinken) zählt zu den unabdingbaren menschlichen **Grundbedürfnissen**. Sie ist als Maßnahme zur Nährstoffaufnahme und Gesunderhaltung des Körpers unabdingbar. **Eine Abweichung** von einer ausgewogenen Ernährung, sowohl eine Über- wie auch eine Unterernährung **beeinflusst die Lebensqualität** nachhaltig. Hierbei geht es nicht nur um die Menge (Quantität), sondern auch um die Wertigkeit (Qualität) der aufgenommenen Nahrung.

Die Ernährung stellt einen wichtigen Teil der sozialen und kulturellen Identität dar. Essen ist auch Ausdruck der **Integration** in bestimmte soziale Kreise. Es macht einen Unterschied, ob ich mir an der Frittenbude eine Currywurst mit Pommes hole, dazu eine Dose Cola, oder ob ich mir die Zeit nehme, in einem feinen Restaurant nur die allerfeinsten Speisen zu genießen. Mit dem Essen in der einen oder anderen Umgebung kann sich auch meine **gesellschaftliche Zuordnung** verbinden.

Nicht nur bei Kranken, sondern auch bei Gesunden kann die Ernährung bewusst oder unbewusst ein **Ausdruck ihres Befindens** in Bezug auf sich selbst und ihrer Umwelt sein. So mancher „frisst“ seinen Kummer, seine Sorgen, seinen Frust in sich hinein (wie fühle ich mich) – was später in unseren Rettungsringen, den Speckpolstern, sichtbar wird. Nicht wenige nehmen gar exzessive Hungerkuren auf sich, um von ihrer Umwelt anerkannt zu werden (wie nimmt mich meine Umwelt wahr).

Ernährung (besser das „Nichtessen“) kann eine **Kompensation** sein. Ich entscheide, wann ich was und wie viel esse. Dies fällt besonders dann auf, **wenn Menschen sich weigern, zu essen**. In Situationen der eigenen Hilflosigkeit kann der Einzelne vielleicht auf diesem Wege versuchen, sein Gefühl der Hilflosigkeit zu überwinden, sogar ins Gegenteil zu verkehren.

Die Art und Weise der Nahrungsaufnahme oder der Nahrungsabstinenz (nicht können, nicht wollen), wie auch der Umfang und die Wertigkeit der Nahrung spielen somit eine zentrale Rolle für Gesundheit und Wohlbefinden. Das nicht nur im körperlichen Bereich.

Kranke und pflegebedürftige Menschen sind oft nicht in der Lage, sich angemessen mit fester Nahrung und Flüssigkeit zu versorgen. Häufig kommt ein Verlust des Hunger- und Durstgefühls hinzu. So kann ohne professionelle Unterstützung die Gefahr einer Mangelernährung entstehen. ‚In industrialisierten Ländern wird bei ca. 20 % - 60 % der Patienten in Krankenhäusern und geriatrischen Einrichtungen von einer Mangelernährung ausgegangen (Gössler, 2008, 127, MDS 2003)‘. Damit kommt der aufmerksamen Beobachtung durch die Pflegenden eine besondere Bedeutung zu.

Bei einer **Übersversorgung** werden zuviel zugeführte Nährstoffe (Überernährung) in Depotfett umgewandelt und verursachen so Übergewicht, das zu Herz-Kreislaufstörungen, Gefäßerkrankungen, orthopädischen Erkrankungen u. a. führen kann. Von Übergewicht wird gegenwärtig je nach Alter ab einem BMI-Wert von > 24 (Lebensalter 19 – 24 Jahre) bis > 29 (Lebensalter >65) ausgegangen (Vgl. Grundsatzstellungnahme, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung ältere Menschen, Hrsg. vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, S. 47, 2003)

*Bei einer **Unterversorgung** führt das anhaltende Defizit an Energie- und/oder Nährstoffen zu Einbußen beim Ernährungszustand, physiologischen Funktionen und dem Gesundheitszustand. (vgl. Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, hrsg. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), S.40, 2009) Von Untergewicht wird gegenwärtig je nach Alter ab einem BMI-Wert von < 19 (Lebensalter 19 – 24 Jahre) bis < 24 (Lebensalter >65) ausgegangen (Vgl. Grundsatzstellungnahme, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung ältere Menschen, Hrsg. vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, S. 47, 2003)*

*Entsprechend dem Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, hrsg. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) **bleiben Menschen mit Übergewicht, solche, die aus therapeutischen Gründen Gewicht verlieren sowie Kinder und Jugendliche an dieser Stelle unberücksichtigt.***

***Besondere Aufmerksamkeit** ist jenen Personen zu widmen, die auf Grund ihrer persönlichen Situation **die Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme einstellen** (Sterbeprozess). Dem Sterbenden sind wohl Nahrung und Getränk anzubieten, es sollte jedoch jeglicher Druck hierbei unterbleiben. **Er isst und trinkt nur soviel, wie er freiwillig will!***

*Auswirkungen der Dehydration bei Sterbenden sind bisher nicht ausreichend erforscht. Die vorliegenden Studien liefern keinen schlüssigen Beweis dafür, dass sterbende Menschen von einer künstlichen Flüssigkeitszufuhr tatsächlich profitieren. Sowohl künstliche Ernährung als auch künstliche Flüssigkeitszufuhr sind demnach eher als symbolischer Akt einzuordnen, in dem Fürsorge ausgedrückt werden soll. „Man kann ihn/sie doch nicht einfach verhungern lassen!“ Dieser Auffassung können sich selbst professionelle Personen nicht immer entziehen.*

*Eine realitätsbezogene Einschätzung der Situation eines pflegebedürftigen alten Menschen ist somit von einer sorgfältigen Beobachtung und einer darauf basierenden Dokumentation abhängig. Wegen der Komplexität der Vorgänge während eines Sterbeprozesses ist zu berücksichtigen, dass neben den Aussagen zu den „**Terminalen Einschränkungen**“ (s. unten) auch die Risiken und ihre daraus folgenden Ziele und Maßnahmen überprüft und ggf. angewendet werden.*

*Wichtig zu wissen ist, dass Durst ausschließlich im Mund empfunden wird, eine ausgetrocknete Mundschleimhaut also für das Durstgefühl verantwortlich ist. Burge (1993) hat nachgewiesen, dass **eine künstliche Zufuhr von Flüssigkeit das Durstgefühl nicht beeinflusst**. Hieraus ergibt sich, dass sterbende Menschen nicht zum Essen und Trinken gedrängt werden, sondern korrekterweise die **Mundschleimhaut immer feucht gehalten** wird. Hinzu kommt eine sorgfältige Lippenpflege (McCann 1994).*

*Die vier bedeutendsten Studien über die Sinnhaftigkeit einer künstlichen Flüssigkeitszufuhr bei Dehydration in der Sterbephase weisen nach, dass es keinen Zusammenhang zwischen Laborparametern, dem Durstgefühl und der Flüssigkeitsaufnahme gibt (Burge, McCann, Ellershaw und Vullo Navich).*

### **1. Wer kann betroffen sein?**

*Wie in der Einleitung aufgezeigt, können Menschen jeden Alters, jeder gesellschaftlichen Schicht beiderlei Geschlechts betroffen sein.*

## 2. Ursachen

Die Risiken für eine Mangelernährung können sein

**1. krankheits-, therapie-, und altersbedingte Einschränkungen**, wie  akute und  chronische Krankheiten,  Multimorbidität (das gleichzeitige Zusammentreffen mehrerer Erkrankungen),  Auswirkungen von Krankheit oder Therapien (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall (Diarrhöe), Schmerzen),  Nebenwirkungen von Medikamenten (z. B. Müdigkeit, Appetitlosigkeit),  kognitive Beeinträchtigung (z. B. Demenz),  körperliche Beeinträchtigung (Funktionalitäts-, Mobilitätseinschränkungen),  verminderte Sinneswahrnehmung,  Schluckstörungen,  schlechter Mund-,  Zahnstatus oder  Appetitlosigkeit.

**2. psycho-soziale Einschränkungen**, wie  Depressionen,  Einsamkeit oder  Isolation und ein  fehlendes soziales Netz,  ungünstiges Ernährungsverhalten bedingt z. B. durch  Armut,  Unkenntnis,  Gewohnheit,  Abhängigkeit von Nikotin,  Alkohol oder  anderen Suchtmitteln,  Ängste vor z. B. Allergien,  Unverträglichkeiten oder  Vergiftung oder, auch wenn im Alter seltener zu beobachten, ein  Schlangheitswahn.

**3. umgebungsbedingte Einschränkungen**, wie  unzureichende oder  unangemessene Hilfsmittel,  Unruhe oder  Unterbrechungen während der Mahlzeiten,  unerkannter oder  verschwiegener Unterstützungsbedarf beim Essen und Trinken.

**4. spezielle Risiken, die in der stationären Langzeitpflege auftreten können**, wie  störende Umgebungsfaktoren (z. B. Lärm, Unruhe bei den Mahlzeiten, unappetitliches Verhalten von Mitbewohnern),  störende Mitbewohner,  Scham,  Zurückhaltung oder  mangelnde Ausdrucksfähigkeit beim Einfordern von Unterstützung oder Hilfe,  ungeäußerte Wünsche,  Bedürfnisse oder  Gewohnheiten beim Essen und Trinken,  Abneigung oder  Ablehnung der Speisen- und Getränkeangebote in der Gemeinschaftsverpflegung. (Quelle: Tabelle Risiken für Mangelernährung aus Expertenstandard Ernährungsmanagement, DNQP 2009)

**5. Terminale** (auf den Sterbeprozess bezogene) **Einschränkungen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr**, erkennbar an  überwiegender Bettlägerigkeit,  ausgeprägter Schwäche,  lange Perioden der Schläfrigkeit,  stark begrenzte Konzentrationszeit, zunehmendes Desinteresse an  Nahrung und  Flüssigkeit (Twycross 1998)

## 3. Ziele

1.  **krankheits- und therapiebedingte Einschränkungen**  reduzieren  beseitigen (Kooperation mit dem Arzt)
2.  **altersbedingte Einschränkungen**  reduzieren  aufhalten  beseitigen
2.  **psycho-soziale Einschränkungen**  reduzieren  aufhalten  beseitigen
3.  **umgebungsbedingte Einschränkungen**  reduzieren  aufhalten  beseitigen
4.  **spezielle Risiken**  reduzieren  aufhalten  beseitigen
5.  **Terminale Einschränkungen**  Durstgefühl vermeiden

## 4. Maßnahmen

### A Maßnahmen bei Aufnahme

in die Einrichtung ist für jeden Pflegebedürftigen **eine Grunderhebung** zu seinem Ernährungszustand mit dem Formular 11 "Erfassung des Ernährungszustandes" durchzuführen. Hierbei wird **zunächst die erste Doppelseite** ausgefüllt. Ergibt diese einen guten Ernährungszustand (**12 Punkte und mehr**), sind weitere Maßnahmen augenblicklich nicht erforderlich. Ergeben sich bei Auswertung der ersten Doppelseite **weniger als 12 Punkte**, ist die **zweite Doppelseite zusätzlich** auszufüllen. Liegt hierbei das Ergebnis **unter 22,5 Punkten**, sind **weitergehende Maßnahmen** erforderlich.

- Information des behandelnden Arztes durch **persönliche Information und Übergabe einer Kopie des Auswertungsbogens**
- Individuelle Dokumentation der Trink- und/oder Verzehrmenge über 7 Tage (Formular 22 „Trinkplan einzeln“ und/oder Formular 42 „Verzehrplan Einzelversorgung“)

### B Maßnahmen nach Aufnahme

- grundsätzlich möglichst geruchsfreie Umgebung bei der Nahrungsaufnahme
  - möglichst Bewegung **vor** Nahrungsaufnahme
  - abwechslungsreiche Speisen
- Bewohner nicht zum Essen oder Trinken zwingen
- ggf. mehrere kleine Mahlzeiten

#### 1. krankheits- und therapiebedingten Einschränkungen (Kooperation mit dem Arzt)

**akute** Krankheit:  Therapie (nach ärztlicher Verordnung),  so weit möglich auf **spezielle Nahrungswünsche** eingehen,  so weit möglich auf **spezielle Getränkewünsche** eingehen,  **angemessene Lagerung bei Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme**,  **Nahrungs- und Getränkeangebot an vorhandene Möglichkeiten/Fähigkeiten/Bedürfnisse anpassen** (z. B. mehrere kleine Portionen Nahrung, Strohhalm oder Schnabellasse einsetzen, Brot in Flüssigkeit tunken, Suppen, usw.)

**chronische** Krankheit:  Therapie (nach ärztlicher Verordnung),  so weit möglich auf **spezielle Nahrungswünsche** eingehen,  so weit möglich auf **spezielle Getränkewünsche** eingehen,  **angemessene Lagerung bei Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme**,  **Nahrungs- und Getränkeangebot an vorhandene Möglichkeiten/Fähigkeiten/Bedürfnisse anpassen** (z. B. mehrere kleine Portionen Nahrung, Strohhalm oder Schnabellasse einsetzen, Brot in Flüssigkeit tunken, Suppen, usw.)

**Auswirkungen von Krankheiten oder Therapien:**  Therapie (nach ärztlicher Verordnung),  ggf. **Schonkost** (z. B. Zwieback, Haferschleim, hochkalorische feste/flüssige Nahrung, usw.),  **spezielle Getränke** (Schwarztee, Bohnenkrauttee, usw.)

**Nebenwirkungen von Medikamenten:**  Therapie (nach ärztlicher Verordnung),  
 **Appetitanregende Maßnahmen** (Speisen schön anrichten – das Auge isst mit),  **Einschränkung oder Vermeidung von Genussmitteln**,  **Wunschmenue** (soweit möglich)

**altersbedingte** Einschränkungen:  Hilfsmittel, die selbständige Nahrungs/Getränkeaufnahme ermöglichen (spezielle Teller, Tassen, Besteck, usw.),  Unterstützung oder Übernahme der mechanischen Abläufe,  mundgerechte Zubereitung,  Breikost,  hochkalorische Fertignahrung,  Zahnsanierung,  Schlucktraining,  Ernährung über Sonde,  orale Ernährung trainieren,  basale Stimulation,  positives Einwirken auf das Essverhalten,  störungsfreie Atmosphäre schaffen,  Ablenkungen vermeiden oder einschränken,  Besonderheiten mit Küche abstimmen

2.  **psycho-soziale** Einschränkungen:  bei Depressionen therapeutische Abstimmung mit Arzt (Antidepressiva nach Verordnung),  einbeziehen in Gemeinschaft (Zweiertisch statt allein oder auf dem Zimmer),  Ermunterung,  Einschränkung von Genussmitteln (Alkohol, Tabak),  Ängste abbauen (vor z. B. Allergien, Unverträglichkeiten, Vergiftungen),

3.  **umgebungsbedingte** Einschränkungen: für  ausreichende,  angepasste Hilfsmittel zur Nahrungs-/Getränkeaufnahme,  Unruhe abstellen,  Unterbrechungen während der Nahrungsaufnahme vermeiden,  auf notwendige Unterstützung beobachten und ggf. anbieten

4.  **spezielle Risiken:**  Lärm im Haus während der Mahlzeiten abstellen (Radio, Fernsehen, usw.),  bei Außenlärm Fenster schließen,  störungsfreies Blickfeld (unappetitliches Verhalten von Mitbewohnern abstellen oder verlagern),  störende Mitbewohner beruhigen oder in anderen Raum setzen,  Blickschutz oder Einzeltisch (z. B. bei Scham),  bei Zurückhaltung oder mangelnder Ausdrucksfähigkeit Wünsche erfragen oder durch Beobachtung herausfinden,  Gewohnheiten berücksichtigen (Anamnese),  Abneigungen und Ablehnungen berücksichtigen (Anamnese) und Alternativen anbieten

### 5. **Terminalen Einschränkungen**

regelmäßige, sorgfältige, häufige Mundpflege (wenn nötig 1 – 2 x stündlich),  Beläge im Mund lösen (sehr gut geeignet sind kohlenensäurehaltige Getränke wie Coca Cola, Sekt oder kleine Stückchen einer Vitamin C – Brausetablette),  Medikamente, die zur Mundtrockenheit führen reduzieren (Absprache mit dem behandelnden Arzt erforderlich!)  evtl. vorhandene Chandidiasis behandeln (Absprache mit dem behandelnden Arzt erforderlich!)  Zahnhygiene (wenn noch verwendet, Zahnprothesen sorgfältig reinigen)  Vitamin C – oder Zitronensäure (regt die Speichelbildung an, aber **Vorsicht:** brennt bei wunder Mundschleimhaut)  Spülen mit Pfefferminzwasser (erhöht die Speichelproduktion, aber **Vorsicht:** hemmt die Wirkung von Metoclopramid)  kleine, gefrorene Fruchtstückchen lutschen, Eiswürfel aus verschiedenen Getränken geben (Behälter der Milka-Herzen eignen sich besonders gut zum Einfrieren)  Einsatz von Ultraschallverneblern

## 5. Dokumentation

1. Vorlieben und Abneigungen von Speisen und Getränken werden in der **Biographie** unter „**Vorlieben und Abneigungen**“ erhoben

2. Vorlieben und Abneigungen von Speisen und Getränken werden in der **Anamnese** unter dem AEDL „**essen und trinken**“ erfasst

3. In der **Pflegeplanung** erfolgt die Dokumentation ebenfalls unter dem AEDL „**essen und trinken**“. Aus dem Ernährungsstandard wird unter Ressourcen und Probleme die entsprechende Problemstellung unter **Ursachen** (2.) übernommen; unter Ziele die hierzu entsprechende **Zielsetzung** unter 3., unter **Maßnahmen** die entsprechende Maßnahme unter 4. dieses Standards eingetragen.

4. **Durchführungsnachweis:** die Prophylaxemaßnahme steht **immer im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme** und wird immer einem bestimmten Bewohner zugeordnet. Dieser Standard ist so

aufbereitet, dass er individuell eingesetzt werden kann. Er wird daher nicht gesondert erfasst, sondern unter Maßnahmen mit den Nr. 140 bis 148 als Einzelmaßnahme in der ersten Maßnahmenspalte dokumentiert.

5. im Formular **Risikoanalyse Ernährung** (MNA) (Nr. 11) wird bei Einzug die Ersterhebung vorgenommen. Werden die vorgegebenen Grenzwerte nicht überschritten, erfolgt eine Kontrolle im Abstand von 2 Monaten. **Bei festgestellter Mangelernährung und starkem Gewichtsverlust sind Kontrollen in kürzeren Abständen vorzunehmen.**

6. bei dauerhaft unzureichender Nahrungsaufnahme ist mit dem Formular „Ernährungsprotokoll“ (22 a) die individuelle Nahrungsaufnahme für jede Mahlzeit zu erfassen. Auf dem Ernährungsprotokoll sind **die geplanten Mahlzeiten zu kennzeichnen!**

7. Bei dauerhaft unzureichender Flüssigkeitsaufnahme (länger als 2 Tage) ist mit dem Formular „Trinkplan Einzelversorgung“ (22) die individuelle Flüssigkeitsaufnahme für jedes Trinkangebot zu erfassen. Auf dem Trinkprotokoll ist die **geplante Trinkmenge** zu notieren.

### **6. Zuordnung in der Pflegeplanung**

Das Ernährungsmanagement ist dem AEDL „essen und trinken“ zuzuordnen. In der Pflegeplanung ist dabei lediglich auf den Standard 1063 - „Ernährungsmanagement“ zu verweisen. Der bearbeitete Standard ist der Pflegeplanung beizufügen.

### **8. Wer hat den Ernährungsmanagementstandard zu berücksichtigen?**

*alle pflegenden Mitarbeiter*

*Die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft hat die relevanten Ergebnisse aus der Erstellung dieses Standards dem Personal der Küche zu übermitteln*