

DIE ZUKUNFT GESTALTEN



MDK Bayern

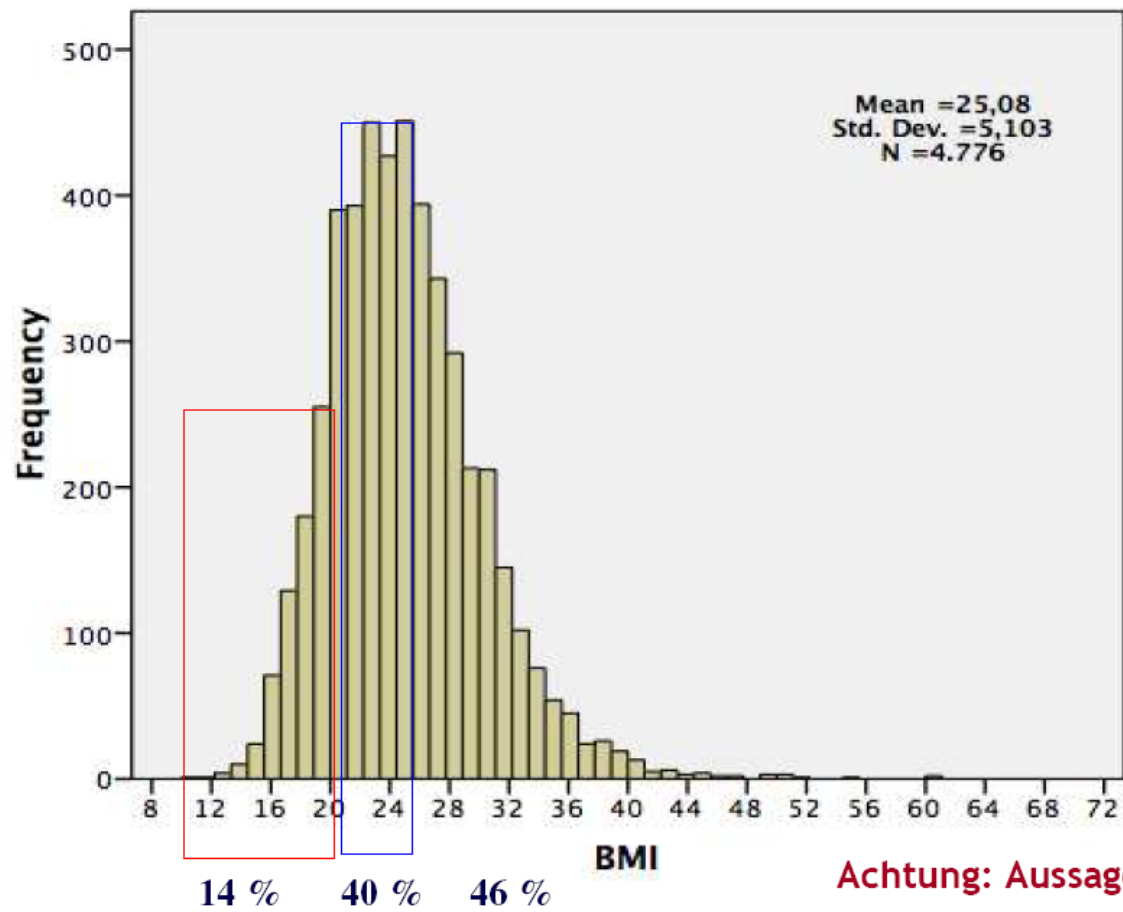


# Kritische Ernährungssituationen in der Pflege Eine Herausforderung für die Pflege

Christian Kolb  
Ressort Pflege  
Team für Sonderaufgaben

	Nov.08	April 09
<b>Ernährungssituation nach LPZ:</b> <b>Wahrscheinlich mangelernährt</b> (BMI < 20 ODER BMI <25 <u>und</u> 3 Tage kaum gegessen oder eine Woche zu wenig ODER unbeabs. Gewichtsabnahme in 6 Monaten 6 kg oder in 1 Monat 3 kg)	26 %	27%
<b>Risiko für Mangelernährung (incl. M+)</b> (BMI 20 bis < 25 ODER 3 Tage kaum gegessen oder eine Woche zu wenig)	53 %	55 %
<b>MUST: Wahrscheinlich mangelernährt</b> <b>Risiko für Mangelernährung</b> (BMI, unbeabs. Gewichtsverlust, schwere akute Krankheit)	11 % 9 %	11 % 11 %
<b>Fachlicher Blick: Mangelernährt</b>	12 %	14 %

## Histogram



Quelle/Studie	Kriterien Ernährungsstatus/ Pflegequalität	Anteil der Bewohner nach den Kriterien	Kritische Würdigung der Ergebnisse
<p><b>nutritionDay in stationären Pflegeeinrichtungen (Schütz, Schindler, Schläffer, &amp; Steininger, 2009)</b></p>	<p><b>BMI &lt; 20kg/m<sup>2</sup></b></p>	<p><b>15%</b></p>	<p><b>BMI ist als alleiniger Wert nicht geeignet zur Erfassung des Ernährungsstatus</b></p>
<p><b>Maastricht-Studie</b></p>	<p><b>MUST (Ernährungsstatus-Mangelernährung) BMI 20 bis &lt;25 oder 3 Tage kaum gegessen oder eine Woche zu wenig (Risiko für Mangelernährung)</b></p>	<p><b>11% 55%</b></p>	<p><b>Erhebung per Fernabfrage, MUST ist nicht geeignet zur Erfassung bei älteren Menschen, Risiko ist nicht validiert</b></p>
<p><b>ErnSTES</b></p>	<p><b>MNA Risiko für Unterernährung Schlechter Ernährungsstatus  BMI &lt; 20kg/m<sup>2</sup> Subjektive Einschätzung durch geschultes Studienpersonal (unterernährt)</b></p>	<p><b>49% 11% 11% Ca. 30%</b></p>	<p><b>Daten wurden von geschultem Studienpersonal erfasst, Es wurden nur Einrichtungen von einem Träger in die Studie einbezogen, deswegen ist die Repräsentativität fraglich.</b></p>



## Zielsetzung des 7. Expertenstandards

Bei jedem Patienten/Bewohner mit pflegerischem Unterstützungsbedarf oder einem Risiko für oder Anzeichen von Mangelernährung ist die orale Nahrungsaufnahme entsprechend seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf sichergestellt.

# Verpflegungskonzept



## Qualitätsstandards für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen



Gesund essen, besser leben.

Tabelle 9: Empfehlungen für die Speisenplanung des Mittagessens (>65 Jahre, PAL 1,4 und PAL 1,2)<sup>68</sup>

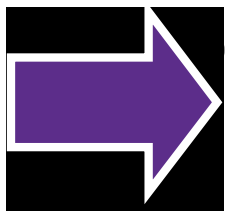
Lebensmittelgruppe	Mengen <sup>69</sup> bei PAL 1,4	Mengen <sup>69</sup> bei PAL 1,2
Gruppe 1: Getreide, Getreideprodukte und Kartoffeln	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5-mal Kartoffeln/Woche à 180 g, gegart (= 900 g/Woche)</li> <li>• 1-mal parboiled Reis/Woche à 180 g, gegart (= 180 g/Woche)</li> <li>• 1-mal Vollkornteigwaren/Woche à 200 g, gegart (= 200 g/Woche)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5-mal Kartoffeln/Woche à 160 g, gegart (= 800 g/Woche)</li> <li>• 1-mal parboiled Reis/Woche à 150 g, gegart (= 150 g/Woche)</li> <li>• 1-mal Vollkornteigwaren/Woche à 200 g, gegart (= 200 g/Woche)</li> </ul>
Gruppe 2: Gemüse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 200 g Gemüse, gegart/Tag (= 1400 g/Woche)<sup>69</sup></li> <li>• 50 g Rohkost/Tag (= 350 g/Woche)</li> <li>• 30 g Hülsenfrüchte/Woche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 185 g Gemüse, gegart/Tag (= 1295 g/Woche)<sup>69</sup></li> <li>• 30 g Rohkost/Tag (= 210 g/Woche)</li> <li>• 30 g Hülsenfrüchte/Woche</li> </ul>
Gruppe 3: Obst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 250 g Obst, frisch/Woche</li> <li>• 125 g Obst, gegart/Woche</li> <li>• 200 ml Saft/Woche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 250 g Obst, frisch/Woche</li> <li>• 125 g Obst, gegart/Woche</li> <li>• 200 ml Saft/Woche<sup>61</sup></li> </ul>
Gruppe 4: Milch und Milchprodukte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 420 g fettarme Milch und Milchprodukte/Woche</li> <li>• 50 g Käse/Woche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 300 g fettarme Milch und Milchprodukte/Woche</li> <li>• 60 g Käse/Woche</li> </ul>
Gruppe 5: Fisch, Fleisch und Eier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 200 g mageres Fleisch/Woche</li> <li>• 80 g Magerfisch/Woche</li> <li>• 70 g Fettfisch/Woche</li> <li>• 1 Ei pro Woche (inkl. verarbeiteter Eier im Eierkuchen, Kuchen, Teigwaren usw.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 200 g mageres Fleisch/Woche</li> <li>• 80 g Magerfisch/Woche</li> <li>• 70 g Fettfisch/Woche</li> <li>• 1 Ei pro Woche (inkl. verarbeiteter Eier im Eierkuchen, Kuchen, Teigwaren usw.)</li> </ul>
Gruppe 6: Fette und Öle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 g Rapsöl/Tag (= 56 g/Woche)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 g Rapsöl/Tag (= 56 g/Woche)</li> </ul>
Gruppe 7: Getränke	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pro Mahlzeit ein Getränk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pro Mahlzeit ein Getränk</li> </ul>



## Modifikationen des Nahrungsangebotes für demente Patienten

Biernacki C, Baratt J (2001) Improving the nutritional status of people with dementia. Br J Nursing 2001; 10: 1104 - 1114

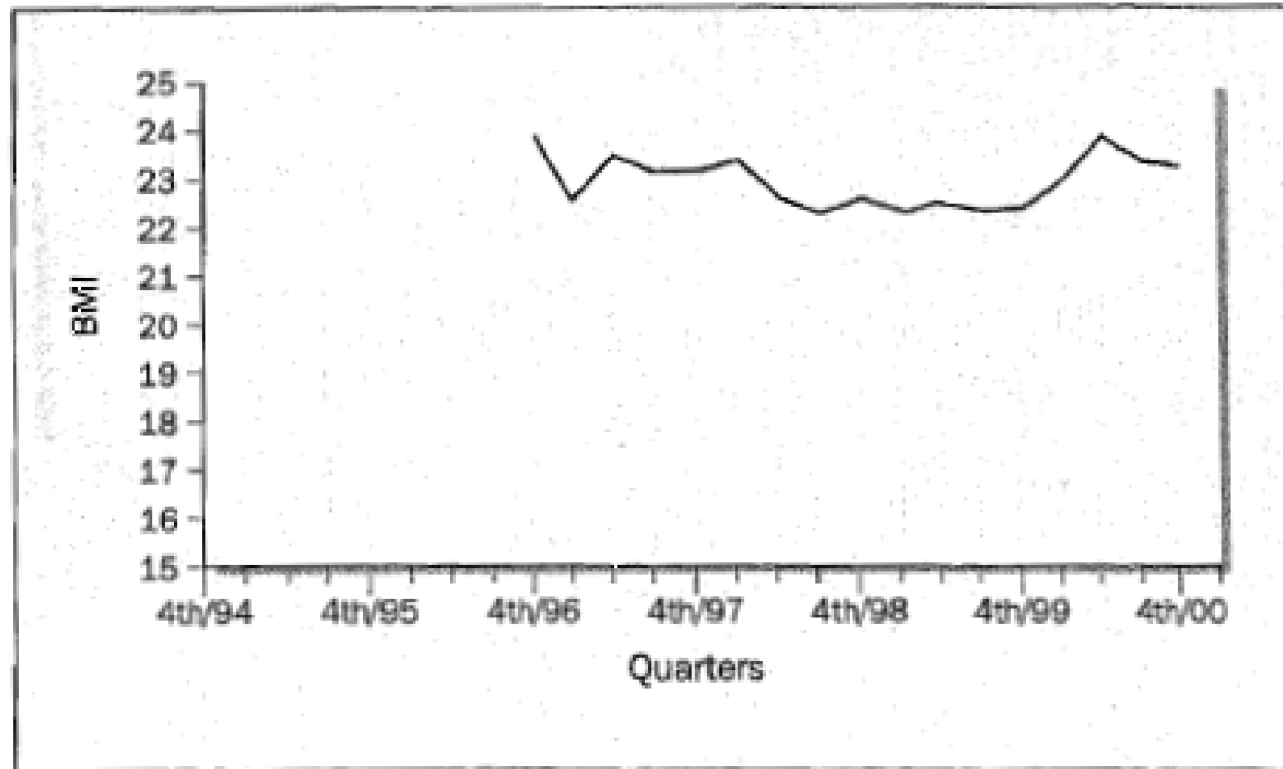
- § Konsistenzänderungen für dysphagische Patienten
- § „Finger Food“
- § Einführung von Snacks zwischen den Hauptmahlzeiten
- § Verminderung der Gewichtung der drei Hauptmahlzeiten
- § Weniger „gesundes“ Essen stattdessen verstärktes Angebot von vertrauten und gewünschten Speisen



Gewichtszunahme über den Beobachtungszeitraum von 6 Jahren trotz deutlicher Alterszunahme des Kollektivs



# Stabiler Gewichtsverlauf, dank Haferschleim, Chips und Schokolade



**Figure 6. Body mass index change for a patient who liked to eat porridge for breakfast, chips for dinner and chocolate for the rest of the day.**



# Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents (1b)

Nijs K, de Graaf C, Kok FJ, van Staveren WA; BMJ 2006.

244 Pflegeheimbewohner in 5 Pflegeheimen

Intervention:

- u 1. Family-style-meals ( $\approx$  6 Bewohner + 1 Pflegeperson/Tisch)
- u 2. Tischgestaltung
- u 3. Mahlzeiten-Service

Kontrollgruppe keine Änderung

beide Gruppe erhielten die gleichen Mahlzeiten

Ergebnisse nach 6 Monaten:

Energieaufnahme  $\Delta$  : + 959 kJ (229 kcal)/d

Körpergewicht  $\Delta$  : + 1,5 kg

8 g/d (1g  $\approx$  7 kcal)  $\approx$  58 kcal/d  $\approx$  4 % Steigerung der Energieaufnahme



# Oh Good Lunch is coming!

## Dementia Services Development Centre

- § Auswahlmöglichkeit von Speisen
  - § Büffetsystem
  - § Schöpfsystem
  - § Überforderung vermeiden, Gänge (Vor-, Haupt- und Nachspeise) einzeln darreichen
  - § Übersichtliche Tischgestaltung
- 
- § Speisenangebot angepasst Kau- und Schluckmöglichkeiten
  - § Kontrastreiche Speisen und Teller
  - § Fingerfood

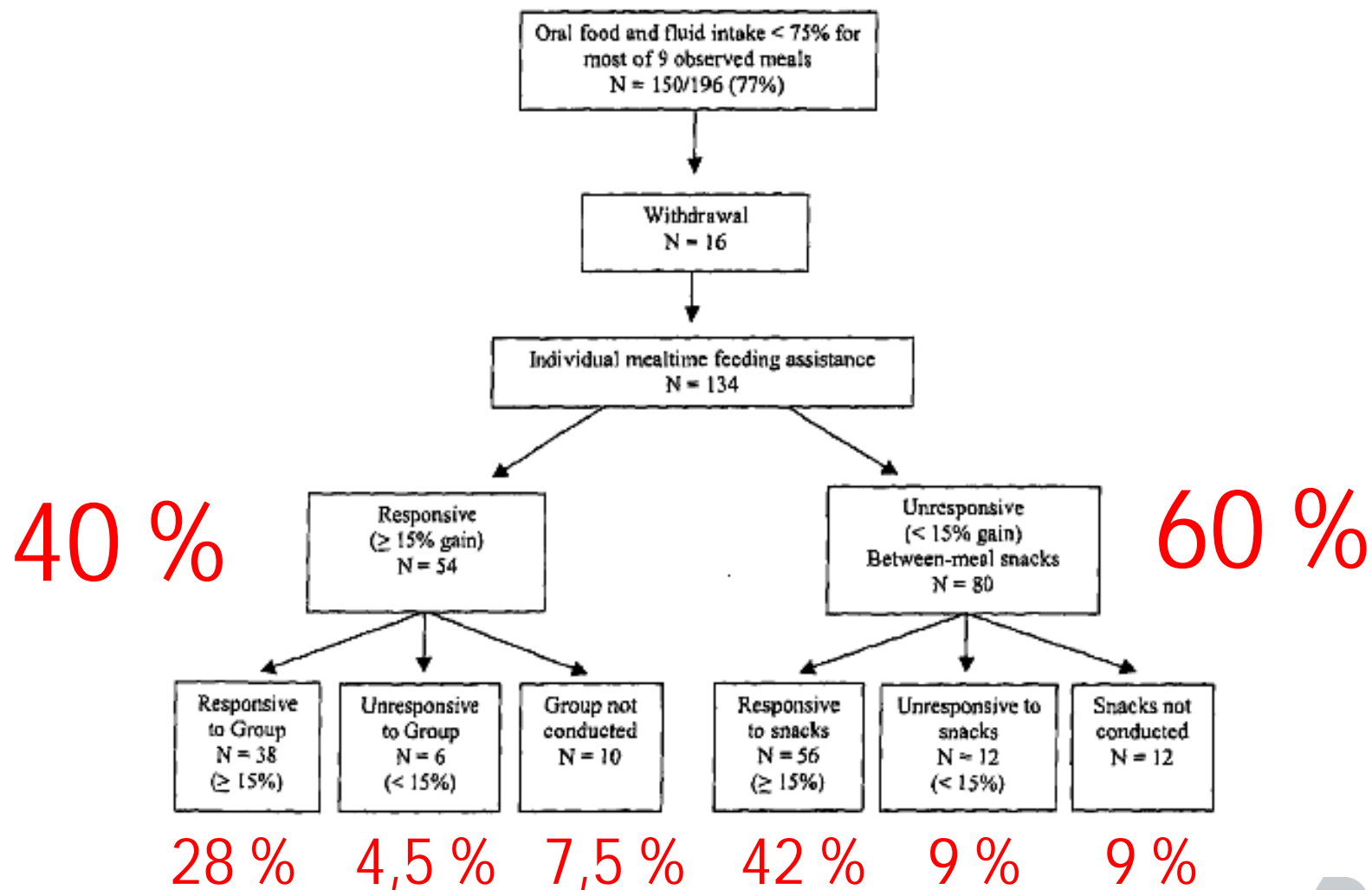
# Oh Good Lunch is coming!

## Dementia Services Development Centre

- § Eat-by-walking
- § Nahrungsinseln
- § Stehimbiss
- § Essen im eigenen Zimmer

- § Mit allen Sinnen Genießen
- § Der Geruch von Kaffee oder frischer Toast
- § Typische Geräusche, z.B. Geschirrkloppern
- § Begreifen des Essens, z.B. Selbstbedienung, Fingerfood

# Individualized Feeding Assistance Care for Nursing Home Residents



Simmons SF, Schnelle JF, J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2004; 59 (9): 966-73.



## Probleme des Essenseingeben bei schwer dementen Patientinnen unter den Aspekten „Verrichtung“ und „Beziehung“

Athlin E., Norberg A., Asplund K., Jansson L. (1993) Heft 2; Jahrg.. 6, 120-128

- § Mangelnde Synchronie beim Essen eingeben
- § Fokussierung auf die Verrichtung und weniger auf die Beziehung
- § Die meist ablehnenden Verhaltensweisen wurden zwar interpretiert, die Interpretationen konnten nicht begründet werden



- § Je länger eine Pflegende dem gleichen Patienten Essen eingab, desto mehr interpretierte sie die Signale des Patienten als sinnvoll (Athlin, 1993)
- § Eine verbesserte Nahrungsaufnahme steht in enger Relation zur positiven Interaktionsgestaltung mit dafür geschulten Pflegekräften (Amella, 1999)

# Interaktionen mit dementen Menschen

von Ulmer, Eva-Maria Margraf, Kirsten (2005) SCHLÜTERSCHKE (DVD)

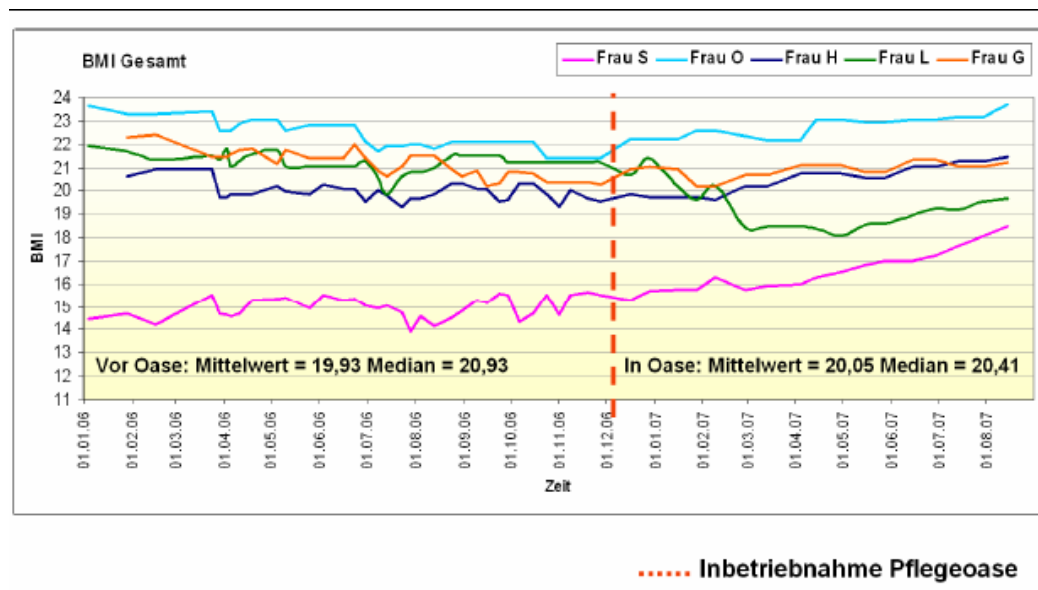
# Pflegeoasen/Palliative Geriatrie

Kernidee der Pflegeoase:

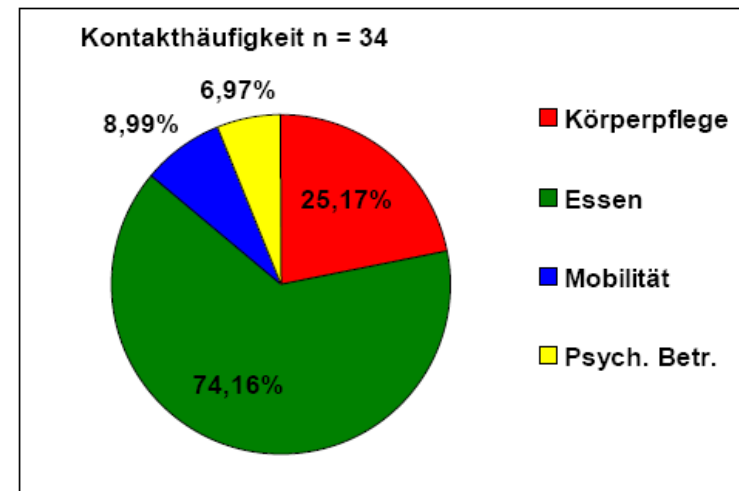
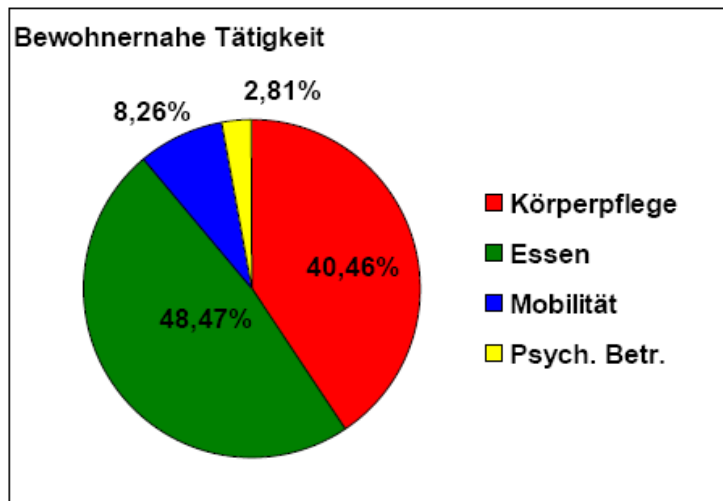
1. durch das Raumprogramm: Sechs bis acht Personen leben in einem großen Raum zusammen; geschützte Privatbereiche werden durch Raumteiler wie Paravents und Schränke ermöglicht.....
2. durch die kontinuierliche Präsenz von Pflegenden: Diese nehmen die Bedürfnisse der Bewohner direkt wahr und können darauf reagieren.

Rutenkröger A. Kuhn C. (2008) „Im Blick haben“ Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle. S.12

Ebd. S.12



# „Im Blick haben“ Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum



6. Grafik: „Bewohnernahe Tätigkeiten“ verteilt auf konkrete Pflegehandlungen 10. Grafik: Verteilung der Kontakte auf die Tätigkeiten

[www.demenz-support.de/materialien/Forschungsbericht\\_Pflegeoase\\_Holle.pdf](http://www.demenz-support.de/materialien/Forschungsbericht_Pflegeoase_Holle.pdf)



Durchschnittlicher  
Zeitaufwand  
35-40 Minuten

- § Es gibt unterschiedliche Interpretationen des ablehnenden Essverhalten von verschiedenen Pflegenden, bei den selben Bewohnern.
- § Es gibt in den unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen differente Kulturen, wie mit dieser Problematik verfahren wird.



Pasman et al empfehlen die Beobachtung und Interpretation im Team (Ärzte, Pflegende und Angehörige) zu diskutieren um somit eine kontinuierliche Pflege zu gewährleisten.

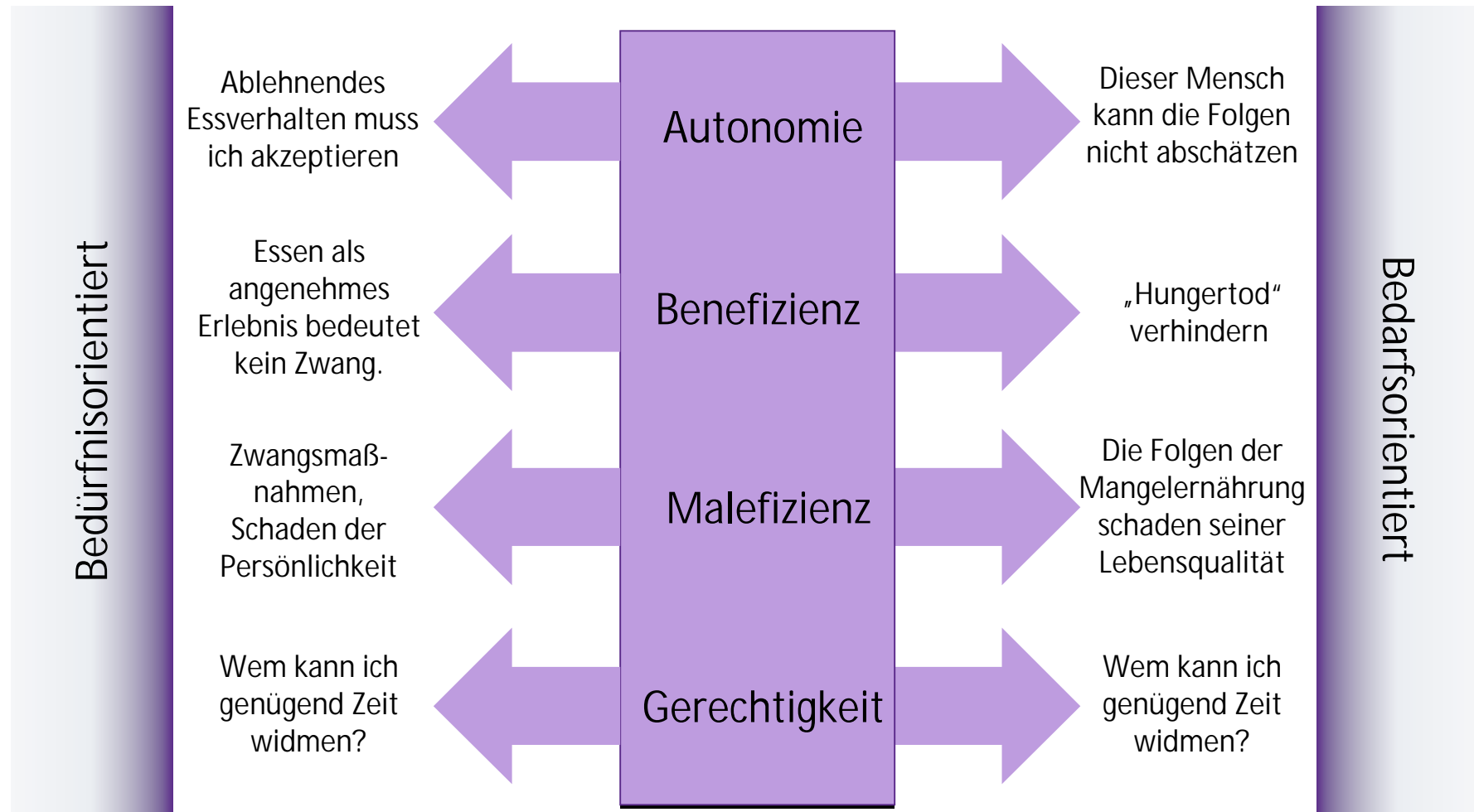
„There are two major merciful developments in the irreversible progression of Alzheimer Disease (AD). .... Second, the person with advanced AD loses the capacity to swallow and is free to die in the enveloping comfort of the naturally palliative endorphin system.”  
(Post, 2000 )

„Zu den vielen Gründen für die Verweigerung jeder Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme durch Demenzkranke gehört mit größter Wahrscheinlichkeit nicht der Wunsch zu sterben.“ (Wojnar, 2007)

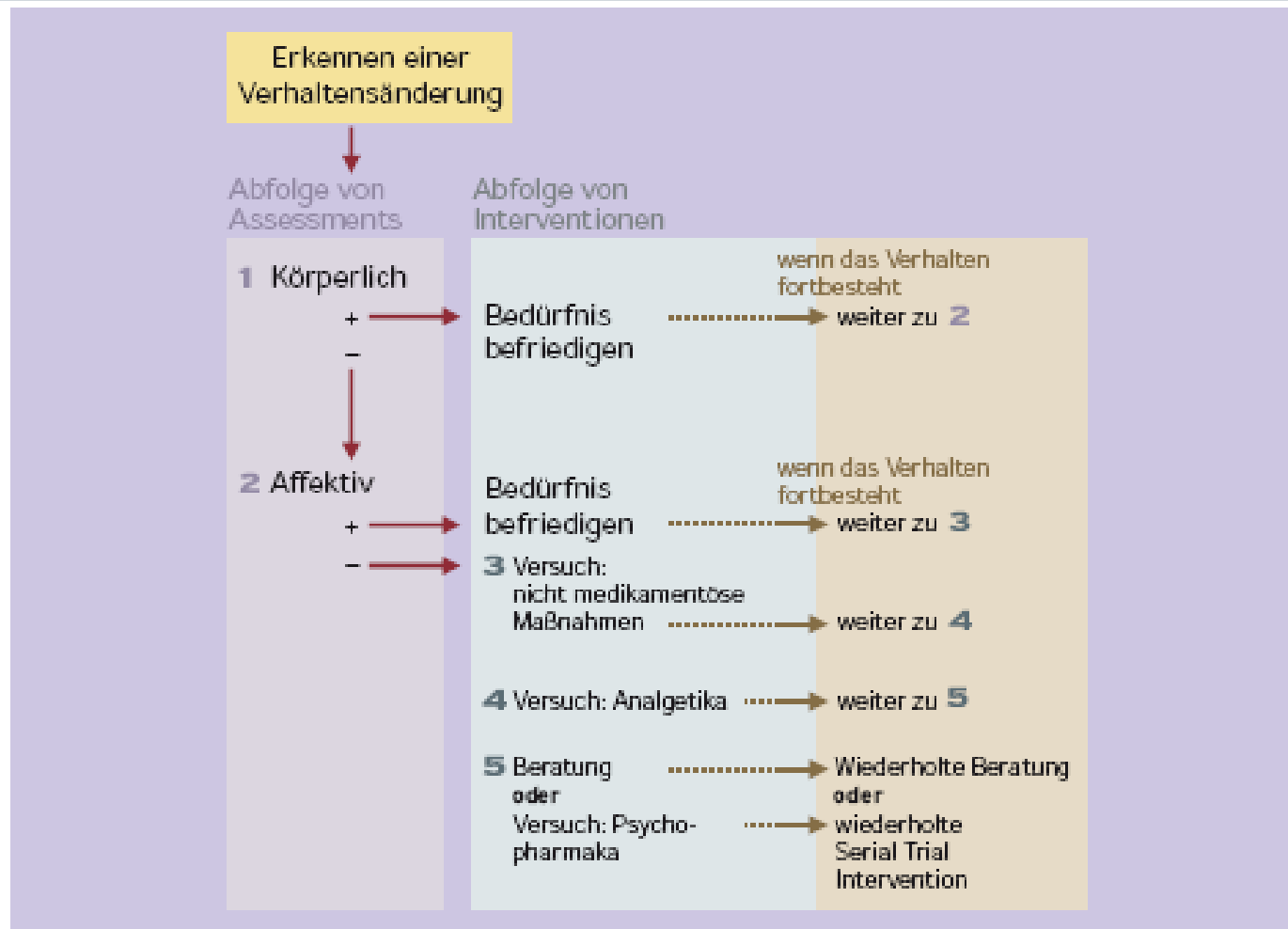


# Prinzipien der mittleren Reichweite

## Double-Bind-Konflikt



# Serial Trial Intervention (STI)



[www.charite.de/pvf/dokumente/Fischer\\_Pflegezeitschrift\\_07\\_07.pdf](http://www.charite.de/pvf/dokumente/Fischer_Pflegezeitschrift_07_07.pdf)



# Indirekte Schmerzzeichen

- u Angespannter Ausdruck
- u Verkrampfte Haltung
- u Schonhaltung
- u Beschleunigter Sprachzerfall
- u Unsicheres Gehen
- u Zunehmende Bewegungsunlust
- u Häufige Stürze
- u Verstärkter Rückzug
- u Verschlechterung des AZ
- u Veränderter Atemrhythmus
- u Appetitlosigkeit
- u Tachykardie
- u Erhöhter Blutdruck
- u Unruhe
- u Schreien
- u Anklammern
- u Ständiges Läuten
- u Rastlosigkeit, Verwirrtheit
- u Schlaflosigkeit

# Feeding nursing home patients with severe dementia: a qualitative study

Pasman, H.R., et al.(2003) Journal of advanced nursing, 42(3), 304-311

- § Es gibt unterschiedliche Interpretationen des ablehnenden Essverhalten von verschiedenen Pflegenden, bei den selben Bewohnern.
- § Es gibt in den unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen differente Kulturen, wie mit dieser Problematik verfahren wird.



Pasman et al empfehlen die Beobachtung und Interpretation im Team (Ärzte, Pflegende und Angehörige) zu diskutieren um somit eine kontinuierliche Pflege zu gewährleisten.



# Ethical issues in the feeding of patients suffering from dementia

Wilmot S, Legg L., Barrat J. (2002) Nursing Ethics; Vol.9, 599-611

Die gerechteste und konsistenteste Vorgehensweise, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Einstellungen der Pflegenden, ist am besten durch angemessene Teambesprechungen und Organisationsabläufe zu erreichen. Vielmehr als wie durch einen Verhaltenskodex.





- u Keine einheitlichen Evaluationskriterien bewußt festgelegt, da abhängig von dem individuellen Ernährungsproblem unter Berücksichtigung des Bedarfs und dem Bedürfnis.
- u Erkennen von Grenzen der oralen Ernährung um etwaige Erweiterung der Ernährungstherapie (z.B. künstliche Ernährung) gemeinsam mit anderen Berufsgruppen rechtzeitig einleiten zu können.
- u Ethische Begründung wenn von einer Ausweitung der Therapie Abstand genommen wird, das heißt z.B. bei Verzicht von Gewichtskontrollen in der Sterbephase oder bei großen Belastungen durch den Wiegevorgang.



Autonomie

Der Verzicht auf eine bedarfsgerechte Nahrungszufuhr, insbesondere mit invasiven Maßnahmen (PEG-Sonde) ist auf Grundlage der Ermittlung des (mutmaßlichen) Willens (z.B. Patientenverfügung, Ergebnis einer ethischen Fallbesprechung) möglich, wenn diese Entscheidung nachvollziehbar dokumentiert ist. Hunger muss aber grundsätzlich gestillt werden.



# Richtlinien der Bundesärztekammer

## Sterben in Würde

Grundsätze und Empfehlungen  
für Ärztinnen und Ärzte

Unabhängig von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u. a.: menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.



[www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterben\\_in\\_Wuerde.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterben_in_Wuerde.pdf)

# Hunger und Durst in der Sterbephase II

- u Hochbetagte Palliativpatienten sind mit dem „75kg-Normal Menschen“ nicht vergleichbar
- u Flüssigkeitsnormen für Jüngere haben für sie keine Gültigkeit
- u 500ml Flüssigkeit in 24 Stunden erweisen sich häufig als vollständig ausreichend

Aus dem Vortrag von Kojer M., Praxis der palliativen Geriatrie



MDK Bayern

Das Durstgefühl am Lebensende korreliert mit der Trockenheit der Mundschleimhäute, nicht mit der Menge zugeführter Flüssigkeit.



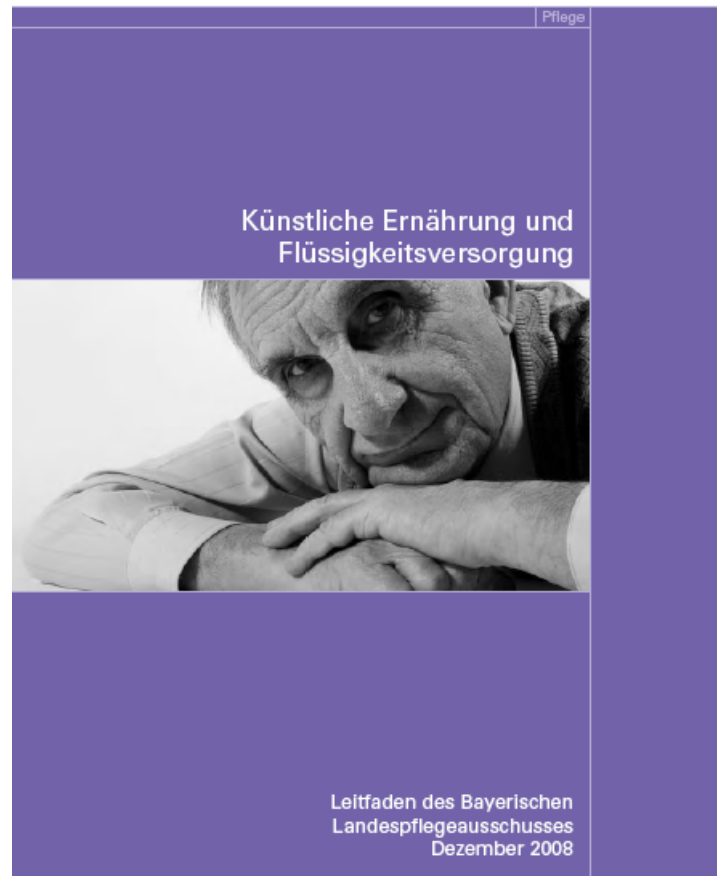
## „Brachiale“ Überzeugungsstrategie

„Wir müssen eine PEG-Sonde legen oder wollen Sie, dass Ihr Vater verhungert?“

De Ridder, Deutsches Ärzteblatt, 29.02. 2008

Wenn ein Mensch mit Demenz nicht isst  
und trinkt, ist nicht die logische Frage:  
PEG-Sonde, ja oder nein?

Sondern was ist die  
Ursache?



[www.stmas.bayern.de](http://www.stmas.bayern.de)



# Aus der Begründung zum neuen Patientenverfügungsgesetz

Willensbekundungen in Patientenverfügungen bedürfen der Interpretation. „Das schließt auch die Prüfung ein, ob das aktuelle Verhalten des nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten konkrete Anhaltspunkte dafür zeigt, dass er unter den gegebenen Umständen den zuvor schriftlich geäußerten Willen nicht mehr gelten lassen will und ob der Betroffene bei seinen Festlegungen diese Lebenssituation mitbedacht hat. Solche konkreten Anhaltspunkte können sich z. B. aus situativ spontanem Verhalten des Patienten gegenüber vorzunehmenden oder zu unterlassenden ärztlichen Maßnahmen, nicht jedoch bei unwillkürlichen, rein körperlichen Reflexen ergeben.

Diese Prüfung kann insbesondere bei Demenzerkrankungen von Bedeutung sein. Der Dialog zwischen Arzt und Pflorgeteam einerseits und Betreuer bzw. Bevollmächtigtem und den Angehörigen andererseits gewinnt in solchen Situationen eine entscheidende Bedeutung.



# Welche Aspekte sollen bei der Entscheidungsfindung beachtet werden?

- u (mutmaßlicher) Wille
- u Ausschluss von therapierbaren Ursachen?
- u Welche weniger invasiven Alternativen stehen zur Verfügung?
- u Wie ist die zu erwartende Prognose unter Berücksichtigung der Komorbiditäten?
- u Wird die künstliche Ernährung noch vertragen?
- u Leidet der Betroffene unter der geringen Nahrungsaufnahme? Sind Anzeichen von Hunger und Durst zu erkennen?
- u Wird die Lebensqualität durch eine PEG-Sonde eingeschränkt?
- u Klare Festlegung von Therapiezielen!!!



S4a Die Einrichtung sorgt für eine angemessene Personalausstattung und -planung zur Gewährleistung eines bedürfnis- und bedarfsgerechten Ernährungsmanagements.

# Personenzentrierte Pflege



Bild aus dem Film „Zeichensprache“ Zürich

# Mathilde und Viktoria gestern und heute



# Der Mensch lebt nicht vom Brot allein, oder doch?

Die technokratisierung eines menschlichen Bedürfnisses

## Bedarf/Management/Therapie

- u Indikatoren
- u Ernährungsstatus
- u Ernährungspläne
- u „Astronautenkost“
- u Behandlung

## Bedürfnis/Spontanität/Zulassen können

- u Gemeinschaft
- u Genuss und Freude beim Essen
- u Egal was, Hauptsache es schmeckt
- u Hausmannskost und Slow Food
- u Palliative Begleitung



DIE ZUKUNFT GESTALTEN



MDK Bayern

[christian.kolb@mdk-bayern.de](mailto:christian.kolb@mdk-bayern.de)

