

Warum es manchmal mehr sein muss



Marzena Jura ist Pflegeexpertin APN (M.Sc.) und Lehrbeauftragte für klinische Pflege an der Hochschule Frankfurt a.M. www.jura-pflegeseminare.de

Menschen mit Demenz und motorischer Hyperaktivität haben einen bis zu doppelt so hohen Energiebedarf wie gesunde alte Menschen. Dieser Aspekt muss bei der Ernährungsplanung berücksichtigt werden.

Die Ernährung bei alten, pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit spezifischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Demenz, stellt viele Einrichtungen der Langzeitpflege vor besonderen Herausforderungen. Die alltägliche Entscheidung etwas Bestimmtes zu essen oder nicht zu essen, ist im Alltag gesunder Personen selbstverständlich. Bei Menschen mit Demenz kann das Nicht-Essen-Wollen durchaus als Ausdruck von Unwohlsein gelten. Menschen mit Demenz, die im Alltag aktiv sind, benötigen häufig mehr Nährstoffe und Kilokalorien als weniger aktive. Wenn diese nicht zugeführt werden können, begünstigt dies die Abwärtsspirale im Sinne der Entstehung einer Mangelernährung.

Mangelernährung als Begriff beinhaltet nicht nur die Unterernährung, sondern auch die **Fehlernährung**. Durch diese erhöht sich die Anfälligkeit für Erkrankungen und dadurch die Sterblichkeit. Die Erholungszeiten nach einer Krankheit werden deutlich länger. Die

Mangelernährung, als Pflegediagnose, bei der ein Mensch dem Körper mit der Ernährung weniger Kalorien und Nährstoffe zuführt als dieser benötigt, stellt als häufige Begleiterscheinung verschiedener Erkrankungen, aber auch altersspezifisch, ein elementares, häufig existenzbedrohendes Problem dar.

Der **Gewichtsverlust** wird manchmal als eine natürliche Folge einer Erkrankung oder des Alterungsprozesses eingestuft. Die Diagnostik der Mangelernährung hängt offenbar von der vorliegenden Versorgungssituation der jeweiligen Person und von der fachlichen Auseinandersetzung der Pflegekraft mit diesem Thema ab.

PFLEGEFACHPERSONEN TRAGEN VERANTWORTUNG

Mit der Übernahme des pflegerischen Auftrages, also mit dem Einzug eines pflegebedürftigen Menschen in eine Pflegeeinrichtung, wird zeitnah, häufig schon am ersten Tag, ein ernährungsspezifisches Screening durchgeführt. Die

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) empfiehlt Screenings anzuwenden, die eine einfache Handhabung der Verfahren und einen geringen Zeit- und Kostenbedarf aufweisen. Diese beinhalten dann in der Regel:

- >> **Gewichtskontrolle**
- >> **Bestimmung der Körpergröße und des Body-Mass-Index (BMI)**
- >> **Inaugenscheinnahme der körperlichen Situation und**
- >> **die Befragung der einziehenden Person.**

Im Sinne der multiprofessionellen Planung und Evaluation liegt die prozesssteuernde Kompetenz, auch im Sinne des Paragraphen 4 Pflegeberufegesetz – **vorbehaltene Tätigkeit** – bei der zuständigen Pflegefachperson.

Die meisten digitalen Dokumentationsprogramme der Langzeitpflege berechnen den Body-Mass-Index in der Regel automatisch und melden zudem, wenn ein Gewichtsverlust festgestellt worden ist. Das vorliegende Gewicht sagt jedoch erstmal noch nichts über eine mögliche Mangelernährung aus. Diese wird mithilfe weiterer diagnostischer Assessmentinstrumente festgestellt. Ein Diagnosekriterium ist fast immer ein ungewollter Gewichtsverlust in einem bestimmten Zeitraum.

Bei vielen Bewohnenden liegt eine eingeschränkte Alltagskompetenz, zum Beispiel aufgrund einer demenziellen Entwicklung vor. Diese steht in Korre-

SCHON GEWUSST?

Expertenstandard Ernährungsmanagement

Laut dem Prüfbericht des Medizinischen Dienstes lag die Umsetzung des für die Langzeitpflege verbindlichen Expertenstandards »Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege« im Jahr 2019 bei 86,5 Prozent.



Foto: Werner Krüper

lation mit der Entwicklung einer möglichen, drohenden Mangelernährung. Die sogenannte krankheitsassoziierte Mangelernährung, zum Beispiel aufgrund einer Demenz, liegt vor, wenn

1. **Body-Mass-Index (BMI) unter 18,5 kg/m² oder ein**
2. **ungewollter Gewichtsverlust von mehr als zehn Prozent in den letzten drei bis sechs Monaten oder**
3. **BMI unter 20 kg/m² und unbeabsichtigter Gewichtsverlust von mehr als fünf Prozent in den letzten drei bis sechs Monaten vorliegt.**

DEN URSACHEN AUF DEN GRUND GEHEN

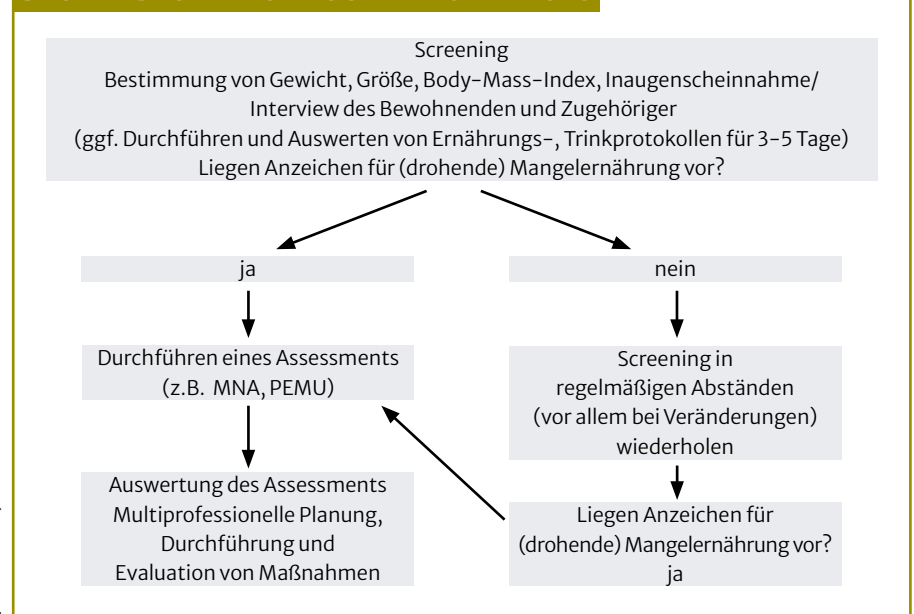
Bei einem vorliegendem Gewichtsverlust der betroffenen Person sollte die Pflegefachperson ein vertieftes Assessment zur tiefergehenden Einschätzung der Ernährungssituation und der sie beeinflussenden Faktoren durchführen. Die nebenstehende Abbildung verdeutlicht die einzelnen Schritte. Das **vertiefte Assessment** ermöglicht eine umfassende ernährungsspezifische Diagnostik und identifiziert Parameter, die mit einer gezielten Intervention einer Mangelernährung entgegenwirken können. Des Weiteren sollte die Nahrungsaufnahme qualitativ und wenn möglich auch quantitativ erfasst werden. Leitfragen sind dementsprechend:

- >> Was wird gegessen?
- >> Wieviel wird gegessen?

Im Sinne des erweiterten Assessments sollte dann nach Gründen für ein verändertes Essverhalten der pflegebedürftigen Person gesucht werden. Mit der Zunahme des Selbstversorgungsdefizites sinkt häufig der Grad der funktionalen Selbstständigkeit beim Essen und Trinken. Betroffene können beispielsweise nicht (mehr) mit Besteck umgehen oder sehen eventuelle das Essen nicht. Der Verlust der Muskelmasse und der Muskelkraft beeinträchtigen die Ernährungssituation beträchtlich. Zahn-, beziehungsweise Kauprobleme, können ebenfalls einen erheblichen Einfluss auf die Nahrungsaufnahme haben. Der

neue Expertenstandard »Förderung der Mundgesundheit in der Pflege« (DNQP) benennt hierfür prozesssteuernd einige Einschätzungskriterien und Instrumente zum Umgang damit. Nach Rücksprache mit den ärztlichen Diensten kann eventuell medizinische und gegebenenfalls logopädische Diagnostik sinnvoll sein. Für Menschen mit Demenz können bestimmte prägende Erfahrungen wie zum Beispiel Kriege, auch die Nachkriegszeit oder erlebte Hungersnöte zu einer Veränderung des Essverhaltens im Alter führen, zum Beispiel Nahrung sammeln, verstecken und selbst dann noch essen, wenn sie bereits verdorben ist.

BEGINN DES PFLEGERISCHEN AUFTRAGES



Quelle: Marzena Jura

GRUNDLAGEN DER BEDARFSBERECHNUNG

Energie

Grundumsatz gesunder und kranker Senioren ca. 20 kcal/kg KG/Tag

GESAMTUMSATZ GESUNDER SENIOREN ca. 30 kcal/kg KG/Tag

Bei Untergewicht (BMI < 21 kg/m²) 32-38 kcal/kg KG/Tag

Bei Hyperaktivität ca. 40 kcal/kg KG/Tag

Der Energiebedarf von Menschen mit Hyperaktivität liegt doppelt so hoch wie der Grundumsatz gesunder bzw. kranker alter Menschen.

Quelle: MDS 2014

MOTORISCHE HYPERAKTIVITÄT

Die motorische Unruhe und Rastlosigkeit bei Menschen mit Demenz stellen eine besondere Herausforderung dar. Mit Vorranschreiten der Erkrankung lässt diese den Menschen eventuell daran hindern an einem Tisch zu speisen, beziehungsweise bis zum Schluss sitzen zu bleiben. Die Einnahme der Mahlzeiten in der Gemeinschaft kann ebenfalls dazu führen, dass Betroffene sich immer wieder von Geräuschen oder visuellen Reizen ablenken lassen. Auf der anderen Seite kann das Essen in der Gruppe für die soziale Teilhabe einen wichtigen Beitrag leisten. Es gilt für die Pflegenden herauszufinden, welchen möglichen Grund es für ein bestimmtes Verhalten gibt. Dabei helfen eventuell bestimmte biografische Daten, die vorliegende Situation besser einzuschätzen. Die frühere körperliche Aktivität des Betroffenen, zum Beispiel die Ausübung eines bestimmten Berufes, wie der des Postzustellers oder häufige sportliche Betätigung, können ein Hinweis auf die mögliche Notwendigkeit der Anpassung der Bewegungsangebote sein.

Das erhöhte Bewegungsbedürfnis kann aber auch ein **Ausdruck von Schmerz** sein. Selbst bei Menschen, die sich verbal äußern können und auf Nachfragen Schmerzen verneinen, kann die motorische Unruhe ein Hinweis auf Schmerz und Unwohlsein sein.

Einige Studien weisen darauf hin, so die multiprofessionelle S 3 Leitlinie „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“,

dass Menschen mit einem kognitiven Defizit deutlich weniger Schmerzmittel erhalten als Menschen mit vergleichbaren Verletzungen und Störungen ohne kognitive Einschränkungen. Auch bestimmte Medikamente können das Ernährungsverhalten gravierend verändern. Für Appetitlosigkeit können unter anderem Sedativa, Neuroleptika oder Diuretika verantwortlich sein. Eisenpräparate, Antibiotika oder Opioide können für Übelkeit und andere gastrointestinale Probleme sorgen. Die veränderte Geschmacks- und Geruchswahrnehmung bei Menschen mit Demenz kann zu Vorlieben für eine bestimmte Geschmacksrichtung oder zu einer bestimmten Geschmackskombination führen. Starkes Nachwürzen wird häufig notwendig und/oder es werden besonders süße Speisen sehr gerne gegessen.

VON DER PFLEGEDIAGNOSTIK HIN ZU INTERVENTION

Die jeweilige Maßnahme orientiert sich an dem festgestellten Problem. Menschen mit Demenz und motorischer Unruhe haben einen **deutlich höheren Energiebedarf**. Hier empfiehlt der Medizinische Dienst der Spitzenverbände den Kilokalorienbedarf mit 40 kcal/kg Körpergewichts anzusetzen (siehe Tabelle). Dies würde bedeuten, dass ein alter Mensch bei Hyperaktivität mit einem Gewicht von 70 Kilogramm 2 800 kcal einnehmen müsste. Einrichtungen der Langzeitpflege verfügen seit Längerem über Ernährungskonzepte zur ausgewogenen Ernährung im Alter. Diese orientieren sich am Qualitätsstandard der

Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Durch den erhöhten Energiebedarf von Menschen mit motorischer Hyperaktivität bedarf es jedoch innovativer Konzepte für diese spezifische Gruppe. Hochkalorische Speisen gehören hier auf den Speiseplan. Einige der Autorin bekannte Einrichtungen bieten zum Beispiel mittags den sogenannten warmen »süßen Teller« als Mahlzeit für Menschen an, die andere Speisen als Mittagsmahlzeit ablehnen: häufig ein großer Teller Milchreis oder Grießbrei, zusätzlich mit Sahne verfeinert, mit etwa 800 bis 1 000 kcal pro Portion. Dieser Kompromiss entspricht weniger der Empfehlung zu einer ausgewogenen Ernährung, hilft jedoch den enormen Kalorienbedarf auszugleichen. Hochkalorische Zwischenmahlzeiten, biografisch-orientierte Essenszeiten, Essen im Gehen, Nachtmahlzeiten und Fingerfood runden diese Angebote ab. Um die Selbstständigkeit beim Essen so lange es geht aufrecht zu erhalten, sollten unterschiedliche Hilfsmittel eingesetzt werden. Dazu gehören Tassen mit Griffverstärkung, Trinkbecher mit Nasenausparung oder die sogenannten Coombes-Becher, mit ihrem schalenförmigen Aufsatz und einer kleinen Öffnung.

FAZIT

Menschen mit motorischer Hyperaktivität und einer Demenz machen eine gezielte Auseinandersetzung der Pflegenden mit der Ernährungsthematik notwendig. Spezifische Suche nach Antworten auf die Frage, warum ein bestimmtes Verhalten vorliegt, bilden häufig die Grundlage für die daraus entwickelte Intervention. Die Präferenzen der Betroffenen, so ungewöhnlich sie auch sein mögen, sollten bei der Gestaltung der Ernährungssituation Vorrang haben. <<<

MEHR ZUM THEMA

eLearning: Heike Jurgschat-Geer: Expertenstandard Ernährungs-Management

Infos: vinc.li/elearning_ernaehrung