

## **Prävention von Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen in der Pflege**

Der wachsende Anteil alter Menschen an unserer Gesellschaft macht es notwendig, sich mit Möglichkeiten des gesunden Alterns und Alt-Seins auseinander zu setzen. Dazu gehört auch, zu verhindern, dass es aufgrund von unbemerktem Nährstoff- und Flüssigkeitsdefizit zu einer Mangelernährung kommt.

Es gibt derzeit keine aktuellen Erhebungen, wie viele Menschen in deutschen Altenpflegeeinrichtungen mangelernährt sind. Laut SENECA-Studie leben 40-80% mangelernährte Menschen in europäischen Altenheimen. Selbstständig lebende Menschen sind nach dieser Studie mit 5-12% von einer Mangelernährung betroffen. Vermutlich ist die Situation in deutschen Altenheimen ähnlich, allerdings müsste dies erst noch genauer untersucht werden. Lediglich für die Lage in deutschen Krankenhäusern gibt es neuere Daten, wonach zwischen 25 und 50% der Patienten mangelernährt sind. Pflegefachkräfte und Ärzte in den Kliniken berichten, dass die alten und pflegebedürftigen Menschen häufig bereits bei der Aufnahme an erheblichen Ernährungsdefiziten leiden. Nicht selten sind die Gründe für eine Krankenhausaufnahme die Folgen einer Mangelernährung, wie z. B. Stürze, Infektionskrankheiten oder die Verwirrtheit der alten Menschen.

### **Zum Verständnis von Mangelernährung**

Eine Mangelernährung kann sowohl ein Mangel an Makronährstoffen (Proteine, Fette, Kohlenhydrate) als auch ein Defizit an Mikronährstoffen (Vitamine, Mineralstoffe) sein. Ein Ernährungsdefizit wird als Protein-Energie-Mangelernährung (PEM) bezeichnet, sofern ein Mangel an Proteinen, Fetten und Kohlenhydraten herrscht. Weitere Differenzierungen und Bezeichnungen von Mangelernährungszuständen beziehen sich auf das Ausmaß oder die Art der Defizite sowie auf Faktoren, die einen Nährstoffmangel begünstigen können. Wichtig für die Mangelernährung im Alter ist vor allem, dass sie durch eine verminderte Nahrungsaufnahme entsteht und daher in der Regel sowohl den Mangel an Makro- als auch an Mikronährstoffen sowie einen Flüssigkeitsmangel umfasst.

### **Physiologische Veränderungen im Alter**

Alter oder Hochaltrigkeit muss nicht mit einer Mangelernährung verbunden sein, trotz der vielfältigen Alterserscheinungen, die unter Umständen ein Risiko für eine Mangelernährung sein können. Es sind aber gerade diese Umstände bzw. Triggerereignisse, die erst dazu führen, dass altersbedingte Veränderungen des Organismus zu einem Risiko werden können. Daher gilt den Triggerereignissen ein hohes Maß an Aufmerksamkeit bei der Prävention von Mangelernährung.

### **Wesentliche Altersveränderungen im Überblick**



**Sarkopenie:** Muskeleiweißabbau, damit Verlust von Proteinen; betrifft alle alternden Menschen; durch Bewegungsmangel wird der Abbau von Muskeleiweiß zusätzlich beschleunigt

**Xerostomie:** Mundtrockenheit aufgrund verminderter Ruhe-Speichel-Sekretion, weniger Speichel für die Gleitfähigkeit der Speisen vorhanden; durch verminderte Kautätigkeit (z. B. schlechter Mund-/Zahnstatus, Breikost) wird Speichelsekretion zusätzlich herabgesetzt

**Verminderte Stresstoleranz:** Weniger gute Bewältigung von Stress und Veränderungen

**Veränderte Hormonversorgung:** Kann vor allem Stoffwechselfunktionen der Knochen und Muskeln beeinflussen; betrifft nicht nur Frauen nach der Menopause

**Sinneszellendegeneration:** Alle Sinneszellen in unterschiedlichem Ausmaß; für die Ernährung vor allem Minderung der Geruchs- und Geschmacksempfindungen bedeutsam

**Anorexie:** Nachweislich verminderter oder fehlender Appetit durch veränderte Stoffwechselfunktionen

**Funktionsveränderungen des Gastrointestinaltraktes:** Minderung der Verdauungskapazität durch veränderte Funktion von Magen und Darm

**Veränderte Immunfunktion:** Durch Einfluss von Zytokinen und anderen Immunregulatoren veränderte Reaktion auf Immunstressoren, verminderte Immunabwehr und Krankheitsanfälligkeit

**Nierenfunktionseinbußen:** Vor allem herabgesetzte Filtrationsrate, beeinflusst auch Mikronährstoff- und Flüssigkeitshaushalt

**Herzmuskel-/Reizleitungsveränderungen:** Minderung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit durch veränderte Kreislaufsituation

**Leistungsminderung der Pulmonalkapazität:** Minderung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit durch veränderte alveoläre Funktion

**Veränderung der Nahrungsaufnahme:**

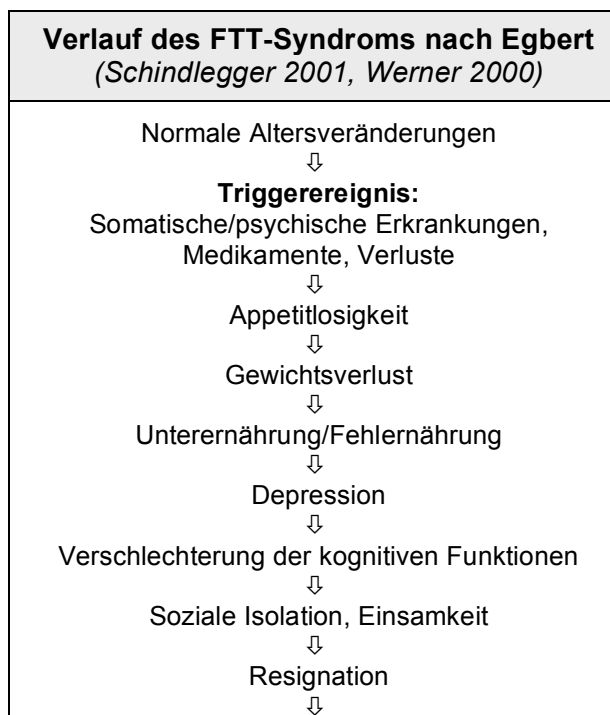
1. *Rückläufige spezifische sensorische Sättigung:* Immer wieder die gleichen Speisen werden den alten Menschen nicht „über“ - im Gegensatz zu jungen Menschen

2. *Mangelnde Kompensationsfähigkeit von Gewichtsschwankungen:* Auf Gewichtsabnahmen reagiert der Körper nicht mehr eigenständig mit Appetitsteigerung und höheren Verzehrmenen

Natürliche Altersveränderungen sind durchaus günstig zu beeinflussen. Ein gesundes Altern beginnt allerdings bereits im jungen Erwachsenenalter und schließt eine gesunde, bedarfsdeckende Ernährung sowie viel Bewegung ein. Kein *Anti-Aging-Mittelchen* kann ausgleichen, was in früheren Jahren versäumt wurde. Es muss sogar vor einigen Methoden gewarnt werden, die das Altern verzögern sollen (z. B. Wachstumshormone, Anabolika, Überdosierung von fettlöslichen Vitaminen).

### Triggerereignisse

Triggerereignisse, die natürliche Veränderungen im Alter verstärken können, werden in der Darstellung des Failure-to-thrive-Syndrom<sup>1</sup> sehr deutlich. Im Zusammenhang mit alten Menschen spricht man von einem Anorexie-Kachexie-Symptomen-Komplex, ein Kreislauf der Mangelernährung, der einem Circulus vitiosus gleicht.



<sup>1</sup> kommt aus der Pädiatrie und bedeutet *Gedehstörung*

**Endpunkte:**  
Verlust der Eigenständigkeit, Multimorbidität, Tod

### **Risiken für die Entstehung einer Mangelernährung**

Risikofaktoren für eine Mangelernährung sind häufig Erkrankungen oder die sogenannte „Wohlstandsernährung“ mit einem bedeutend höheren Anteil an ungesättigten Fettsäuren und Zucker, bei gleichzeitig niedrigerem Anteil an komplexen Kohlenhydraten und Mikronährstoffen, die im jüngeren Erwachsenenalter zu Übergewicht geführt haben. Folgeerkrankungen von einer unausgewogenen Ernährung und Übergewicht sind beispielsweise Arteriosklerose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Diabetes mellitus, Osteoporose, Karies mit anschließendem Zahnverlust, Gallensteine oder orthopädische Erkrankungen. Aus diesen Erkrankungen resultieren im Alter häufig verschiedenste Beeinträchtigungen, die eine Mangelernährung begünstigen können.



### **Wesentliche Risikofaktoren für eine Mangelernährung**

- Chronische Erkrankungen, Schmerzen
- Beeinträchtigung der körperlichen Mobilität u./o. kognitiven Leistungsfähigkeit
- Schlechter Mund-/Zahnstatus
- Erhöhter Energiebedarf (z. B. bei Infektionen, Mobilisation, Bewegungsdrang)
- Multimedikation
- Somatische Erkrankungen (z. B. Krebs, Diabetes Mellitus, Lungenerkrankungen, Hyperthyreose)
- Psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen, Demenz, Altersparanoia)

Zudem kann der Ernährungszustand im Alter durch sozioökonomische Faktoren ungünstig beeinflusst werden. Solche Faktoren sind beispielsweise eine unzureichende finanzielle Altersversorgung oder Einsamkeit und Isolation. Alleine lebende Menschen neigen eher zur Vernachlässigung der Ernährung. Eine unzureichende Zahnsanierung begründet sich häufig aus geringen finanziellen Möglichkeiten. Auch mangelnde Kenntnisse der alten Menschen über eine bedarfsdeckende, altersgerechte Ernährung bergen ein hohes Risiko für die Entstehung einer Mangelernährung. Begrenzte Einkaufsmöglichkeiten und geringe Auswahl frischer Lebensmittel in der näheren Umgebung können vor allem bei bewegungseingeschränkten Menschen Ursache einer schlechten Nährstoffversorgung sein.

### **Auswirkungen einer Mangelernährung**

Welche Folgen und Auswirkungen eine Mangelernährung hat und welche Krankheiten durch sie entstehen können, ist im Wesentlichen davon abhängig, wie groß das Ausmaß der Mangelernährung ist und wie lange sie möglicherweise unerkannt schon besteht. Es ist auch von Bedeutung, welche Nährstoffe fehlen. Ein starker Mangel an Mikronährstoffen kann schon sehr schnell zu Verwirrungszuständen führen, die bei raschem Ausgleich jedoch ohne größere Folgen bleiben können. Wird eine Mangelernährung an Mikro- und Makronährstoffen über längerer Zeit nicht behandelt, können allerdings auch irreversible kognitive Einbußen daraus resultieren. In jedem Fall nimmt das Morbiditäts-/Mortalitätsrisiko aufgrund einer Mangelernährung zu.



### **Frühzeitig erkennbarer Folgen einer Mangelernährung**

- Beschleunigung altersphysiologischer Veränderungen
- Infektanfälligkeit
- Wundheilungsstörungen

- Verlängerte Rekonvaleszenz
- Müdigkeit
- Kognitive Beeinträchtigungen
- Haut-/Schleimhautdefekte
- Verstärkung psychischer Erkrankungen

### **Die Rolle der Pflegefachkräfte bei der Prävention von Mangelernährung**

Prävention von Mangelernährung ist eine interdisziplinäre Aufgabe und Pflegefachkräfte haben dabei eine besonders günstige Position. Schon von Alters her war eine wesentliche Aufgabe der Pflegenden die Speisung der Kranken. Auch heute noch ist die Sorge um eine bedarfsdeckende Ernährung eine grundlegende Aufgabe in der Pflege. Pflegefachkräfte organisieren geeignete Speisen, sie unterstützen die beeinträchtigten Menschen bei der Nahrungsaufnahme und sorgen zudem für eine ärztlich verordnete künstliche Ernährung über Sonde oder Infusion. Durch die Nähe zum Betroffenen haben Pflegefachkräfte einen sehr weiten Einblick in verschiedene Risikobereiche. Mittels Weitergabe von Informationen und Anstößen zur rechtzeitigen Ernährungstherapie können Pflegefachkräfte eine bestehende Mangelernährung und ihren Folgen begrenzen oder sie im Vorfeld schon verhindern. In der täglichen Interaktion mit den alten und pflegebedürftigen Menschen haben Pflegenden weitreichende Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Ernährungssituation. Damit Pflegefachkräfte ihrer Verantwortung bei der Ernährung und Prävention von Mangelernährung nachkommen können, sind neben einer adäquaten Qualifizierung vor allem Bedingungen für die Bezugspflege im Sinne von Primary Nursing nötig, die eine angemessene Personalbesetzung, in Abstimmung auf den Betreuungsbedarf der Bewohner, voraussetzt.

Dem Mangel an wissenschaftlich fundierten Pflegemethoden, vor allem für die Unterstützung der Nahrungsaufnahme bei spezifischen Beeinträchtigungen, muss dringend mit Pflegeforschung begegnet werden, damit Pflegenden darauf zugreifen können.

### **Gefahr einer Mangelernährung durch inadäquaten Pflege**

Gefahren einer Mangelernährung durch unsachgemäße Pflege entstehen vor allem durch mangelnde Kenntnis sowohl über die Betroffenen, als auch über deren Beeinträchtigungen und Unterstützungsbedarf. Eine unzureichende Pflegeprozessgestaltung und Dokumentation sind häufig die Ursache der Unkenntnis. Auch inadäquate Methoden bei der Unterstützung der Nahrungsaufnahme (z. B. unzureichende Lagerung, mangelhafte Mund- und Zahnpflege), ungenügende motivierende und selbstständigkeitsfördernde Pflege, sowie die ungenügende hermeneutische Kompetenz<sup>2</sup> sind Risiken für eine Mangelernährung.



### **Bedeutsame Phänomene in der Pflege<sup>3</sup>**

- Ernährung und Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme haben keinen hohen Stellenwert bei Pflegefachkräften
- Aus Zeitgründen häufig Nahrungseingabe durch Pflegenden, obwohl die Bewohner noch genügend Fähigkeiten zur eigenständigen Nahrungsaufnahme besitzen
- Brei- oder Sondenkost bei Kau- und Schluckstörungen aus Unkenntnis oder Bequemlichkeit
- Schlucktests und Schlucktraining werden selten oder gar nicht durchgeführt

<sup>2</sup> Hermeneutische Kompetenz bedeutet die Sichtweise der Betroffenen einnehmen und Wünsche & Bedürfnisse erkennen können.

<sup>3</sup> aus internationalen Untersuchungen

- Esskultur der Altenheime entspricht zumeist nicht den Esskulturen ihrer Bewohner
- Bewohner der Altenheime fühlen sich als Gast, passen sich den Gegebenheiten der Einrichtung an, fordern aus Scham und Zurückhaltung nur ungern nötige Hilfe ein
- Wichtig, nicht nur für pflegeethische Diskussionen: Nahrungsverweigerung bei Schwerstkranken kann kaum von der Unfähigkeit, die Nahrung aufzunehmen zu können, unterschieden werden

### **Voraussetzungen und Interventionsbereiche in der Pflege**

Wichtige Voraussetzung für die Prävention von Mangelernährung in der Pflege sind genaue Kenntnisse über den Ernährungszustand der Betroffenen. Wenn Pflegefachkräfte wissen, welche Beeinträchtigungen vorhanden sind und welchen tatsächlichen Unterstützungsbedarf die pflegebedürftigen Menschen bei der Nahrungsaufnahme haben, können sie auch eine präventive und gesundheitsfördernde Pflege durchführen.



### **Interventionsbereiche in der Pflege**

*Je nach Aktionsrahmen (stationärer o. ambulanter Pflegebereich):*

- Assessment (Ernährungssituation, Beeinträchtigungen, Unterstützungsbedarf, Besonderheiten)
- Interaktionsgestaltung, Anleitung, Beratung, Bezugspflege
- Teilkompensierende, kompensierende Unterstützung bei der oralen, enteralen, parenteralen Ernährung
- Umgebungsgestaltung (z. B. Einrichtung, Hilfsmittel, Licht, Geräusche, Gesellschaft)
- Speisenangebote und Servierformen (z. B. besondere Kostformen, Fingerfood, Ergänzungsnahrung, Büfett-Stil, Koch-Events, Essen-auf-Rädern)
- Konzepte für Betreuung von Menschen mit Demenz-Erkrankung (z. B. Wohnküchenkonzept, Milieu-Therapie, Validation)
- Rehabilitative Konzepte (z. B. Basale Stimulation, Aktivitas-Pflege, F.O.T.T.)

### **Assessment**

Ein gründliches Assessment zur Erfassung des Ernährungszustandes sowie die laufende Aktualisierung zur rechtzeitigen Ermittlung von Veränderungen ist die Basis der Prävention einer Mangelernährung. Assessment-Instrumente sollten für den interdisziplinären Gebrauch geeignet und vor allem für die Pflegeprozessgestaltung nutzbar sein, damit Pflegefachkräfte den Pflegebedarf ermitteln und gezielt Strategien und Pflegeinterventionen planen können.



### **Methoden zur Erfassung des Ernährungszustandes**

#### ***Anthropometrische Methoden***

- BMI (Body Mass Index) [kg/m<sup>2</sup>] (Relation von Körpergewicht zur Körpergröße)
- Körperzusammensetzung, erfasst durch Schätzwert (Hautföldendicke, Oberarm-/Wadenumfang) oder genauere Aussage (Bioelektrische-Impedanz-Analyse (BIA))

#### ***Laborparameter***

- Stoffwechselsituation erfassen (z. B. Albumin, Transferrin, Kreatinin, Harnstoff, Cholinesterase, Mikronährstoffe, Immunparameter)

#### ***Klinische Untersuchungen***

- körperliche Inspektion (z. B. Haut, Schleimhaut, Ödeme)

### **Essverhalten**

(→ Spezifische Untersuchungen (Labor oder genaue Erfassung der Körperzusammensetzung) sind nur notwendig, wenn Mangelernährungszustände bereits erkannt und Befunde für die Therapie und Überwachung besonderer Krankheiten notwendig sind)

Der BMI alleine ist kein verlässliches Instrument zur Beurteilung des Ernährungszustandes, da z. B. Wassereinlagerungen oder ein hoher Anteil an Fettmasse über bereits vorhandene Ernährungsdefizite hinwegtäuschen könnten.

### **Pflegerelevante Informationen im Assessment**

Für die Pflegeprozessgestaltung sind zusätzlich Informationen nötig, welche über alle Lebensbereiche Auskunft geben, die einen Einfluss auf die Ernährung und Nahrungsaufnahme haben können. Das sind z. B. Informationen zu Lieblings Speisen, wenn sie Appetit und Verzehrmenge steigern können, Hinweise zur Umgebungsgestaltung, wenn diese sich möglicherweise ungünstig auf die selbstständige Nahrungsaufnahme auswirken kann (z. B. unzuverlässige Stühle/Tische in Speiseräumen, unhandliches Besteck/Geschirr), aber auch Hinweise zu körperlichen oder kognitiven Beeinträchtigungen, die eine Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme erfordern. Wichtig sind zudem Informationen zur Biographie der Betroffenen, um ihr Essverhalten besser verstehen zu können. Aus den Informationen lassen sich dann Pflegemaßnahmen ableiten, die die Nahrungsaufnahme günstig beeinflussen können. Angehörige sollten ebenfalls in den Pflegeprozess einbezogen werden.

### **Assessment-Instrumente - Bedarf und praktische Alternativen**

Es gibt zwar bereits einige wissenschaftlich überprüfte Assessment-Instrumente für die Erfassung der Ernährungssituation, allerdings sind sie nicht ohne weiteres auf alle Tätigkeitsbereiche der Pflege (Krankenhaus, Altenpflegeheim, ambulante pflegerische Versorgung) übertragbar oder sie genügen nicht den Anforderungen der Pflegeprozessgestaltung. Daher ist es für die verschiedenen Pflegebereiche dringend notwendig, standardisierte Assessment-Instrumente zu entwickeln und wissenschaftlich zu überprüfen. Sie sollten zunächst ein Screening bzw. ein Initial-Assessment vorsehen, welches die für eine Mangelernährung gefährdeten Personen identifizieren kann. Bei den gefährdeten Menschen sollte sich ein differenziertes Assessment anschließen und dabei weitreichende Informationen erfassen, woraus sich Pflegemaßnahmen innerhalb der Pflegeplanung ableiten lassen. Bereits wissenschaftlich überprüfte Ernährungs-Assessments, wie beispielsweise das SGA, die NuRAS oder Elemente aus dem RAI eignen sich als Entwicklungsgrundlage.

Für die Altenpflegeeinrichtungen ist es durchaus sinnvoll, zunächst ihre eigenen allgemeinen Pflegeerfassungs- und Pflegeplanungsunterlagen zu verwenden. Die meisten Erhebungsinstrumente beinhalten bereits Informationen zu allen Lebensbereichen (ATL), die für die Ernährung von Bedeutung sind. Daraus könnten auch hausinterne Assessment-Instrumente für den Ernährungsbereich entwickelt werden.

Das RAI wäre für den Einsatz im Altenpflegebereich empfehlenswert, weil es zu der Erfassung der Ernährungssituation auch alle anderen pflegerelevanten Bereiche erfasst. Allerdings reicht das vorgesehene vierteljährliche Re-Assessment nicht aus, um eine Mangelernährung oder Risiken dafür zu erkennen, denn schon innerhalb weniger Tage bis Wochen kann sich ein erheblicher Nahrungs- und Flüssigkeitsdefizit entwickeln.

### **Assessment-Instrumente**



### **Anforderungen**

- Wissenschaftlich geprüft auf Validität, Reliabilität, Spezifität und Sensitivität zur Identifizierung gefährdeter Personen und Erfassen von spezifischen Problemen
  - Eignung für die Pflegeprozessgestaltung und der interdisziplinären Nutzung
- Standardisiert, kostengünstig, umfassend und dabei schnell und einfach anwendbar

### **Dimensionen**

- Erfassen des Ernährungsstatus: Anthropometrische Daten, Laborparameter, klinische Untersuchungen, Essverhalten
- Erfassen spezifischer Problemsituationen: körperliche, psychische u. soziale Aspekte
- Ergänzende Assessments zu spezifischen Problemstellungen (z. B. Dysphagie)
- Abstimmung auf unterschiedliche Pflegebereiche: Krankenhaus, Pflegeheim, ambulante Pflege, betreute Wohnanlagen
- Multidimensionale Situationserhebung in der ambulanten Versorgung: Bestandteil netzwerkorientierter Gesundheitsförderung und Prävention

### **MNA (Mini Nutritional Assessment)**

Dieses Instrument hat eher den Charakter eines Screening-Instrumentes und erfasst lediglich Menschen mit einem Risiko für eine Mangelernährung. Der Nachteil bei diesem Instrument liegt vor allem darin, dass die Informationen nicht ausreichen, um sie auch für die Pflegeprozessgestaltung verwenden zu können. Ein weiterer Mangel des MNA ist, dass es den Mund- und Zahnstatus nicht wesentlich berücksichtigt. Aber auch andere Risikobereiche werden nur unzureichend erfasst, wie beispielsweise die tatsächlichen Verzehrsmengen. Es wird mit dem MNA nur danach gefragt, ob drei Mahlzeiten pro Tag verzehrt werden. Isst der Betroffene aber täglich nur ein Teil seines Mittagessens, Frühstücks und Abendessens, so kann er in kurzer Zeit ein erhebliches Ernährungsdefizit entwickeln, wenn sein Tagesbedarf nicht mit Ergänzungsnahrung ausgeglichen wird.

### **NuRAS**

Die NuRAS (Nutritional Risk Assessment Scale) beinhaltet wesentlich konkretere Informationen zu Beeinträchtigungen. Beispielsweise ist die Information, dass der Patient Schwierigkeiten beim Zerkleinern der Speisen hat, genauer als der Hinweis im MNA: „*Essensaufnahme mit Hilfe bzw. benötigt Hilfe beim Essen*“. Die Informationen aus der NuRAS müssen allerdings noch weiter hinterfragt und präzisiert werden, um Pflegemaßnahmen ableiten zu können.

### **SGA**

Das SGA gibt Themen vor, die von der Pflegefachkraft im Erhebungsgespräch mit den Betroffenen geklärt werden. Die Frage nach der veränderten Kleidergröße kann schon ein wichtiger Hinweis zum Gewichtsverlust sein. Es ist eine gründliche körperliche Inspektion der Betroffenen vorgesehen, die Auskunft zur Situation der Körpermasse oder zu Wassereinlagerungen gibt.

Bemerkenswert ist, dass der Betroffene befragt wird, wie er seinen Ernährungszustand selber, also „subjektiv“ einschätzt. Hier wird berücksichtigt, dass der betroffene Mensch bestens über sich und seinen Gesundheits- und Ernährungszustand Bescheid wissen muss.

Die Erfassung und Bewertung des Ernährungszustandes mit dem SGA erfordert allerdings ein gutes Training und Erfahrung, denn es werden keine konkreten Fragen vorgegeben. Untrainierten Pflegefachkräften könnten wichtige Informationen verloren gehen oder sie könnten den Ernährungszustand falsch beurteilen, vor allem, wenn nur die aufgeführten Punkte „abgefragt“ werden. Erst im Gespräch ergibt es sich, inwieweit die Fragen zum SGA entsprechend präzisiert werden müssen.

### **Verzehrmengenerfassung**

Zur Überprüfung, ob bzw. wie viel die alten und pflegebedürftigen Menschen von den angebotenen Mahlzeiten verzehrt haben, sollten täglich die Verzehrmenen erfasst und dokumentiert werden. Hierfür kann man Vordrucke verwenden oder sich einfache Erfassungsbogen selber erstellen. Allerdings sollten sie alle Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten berücksichtigen und dabei auch die Flüssigkeitszufuhr beachten. Verzehrmengenerfassungen sind allerdings nur sinnvoll, wenn sie regelmäßig bewertet werden und bei Veränderungen auch Konsequenzen nach sich ziehen.

### **Pflegekonzepte zur Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme**

In Deutschland haben sich bereits einige gute Pflegekonzepte etabliert. So zum Beispiel die Aktivitas<sup>®</sup>-Pflege nach Beckmann, eine sinnvolle Verknüpfung u. a. von Kinästhetik sowie Pflege nach Bobath und Affolter. Ein anderes wahrnehmungsförderndes Konzept ist die Basale Stimulation nach Bienstein und Fröhlich. Die Aktivitas<sup>®</sup>-Pflege und die Basale Stimulation sind schlüssige Konzepte, die zur Unterstützung bei Beeinträchtigungen eingesetzt werden können. Für den Bereich der Dysphagie und der Betreuung von kognitiv beeinträchtigten Menschen sollten ebenfalls geeignete Konzepte zum Einsatz kommen. Bei Schluckstörungen eignet sich beispielsweise das F.O.T.T.<sup>™</sup> (Fazio-Orale-Therapie). Die Betreuung und Pflege bei Demenzerkrankung kann sich auf das Wohnküchenkonzept in Verbindung mit Milieuthherapie oder Validation stützen. Der Einsatz von Fingerfood bei Menschen mit einer Demenz-Erkrankung ist eine gute Möglichkeit, neben der Wahrnehmungsstimulation auch den Bedarf an Nährstoffen zu decken. Allerdings sollte dabei bedacht werden, dass das Essen mit den Fingern aufgrund der Esskultur (z. B. Essen mit Besteck) auch Ablehnung und Ekel auslösen kann.

Viele Konzepte basieren allerdings bisher nur auf Erfahrungsberichte und müssten daher noch auf Effektivität und Übertragbarkeit überprüft werden.

### **Schlussbetrachtung**

Pflegefachkräfte sind bei der Sicherstellung einer bedarfsdeckenden Ernährung und bei der Prävention einer Mangelernährung wichtige Kooperationspartner für Mediziner, Ernährungswissenschaftler, Gerontologen, Pharmazeuten, Küchenleitungen, Diätassistenten und andere Berufsgruppen. In einigen Ernährungsteams, die sich bereits in vielen größeren Krankenhäusern etabliert haben, sind Pflegefachkräfte bereits fest integriert.

Pflegende in Altenpflegeeinrichtungen und in Krankenhäusern sollten sich ihrer Einflussmöglichkeiten zur Prävention von Mangelernährung bewusst machen und sich in den Dialog um Präventionsmaßnahmen aktiv einmischen.



### **Pflegemaßnahmen zur Prävention einer Mangelernährung**

- Assessment, regelmäßiges Re-Assessment (nicht nur vierteljährlich!)
- Verzehrmenenkontrolle nach jeder Mahlzeit
- Ernährungsberatung und spezielle Kostformen organisieren
- Ernährungstherapie anordnen lassen, umsetzen, überwachen
- Andere Therapien anordnen lassen (z. B. Logopädie, Physiotherapie, Psychotherapie)
- Vorhandene Pflege- u. Betreuungskonzepte anwenden (z. B. bei Dysphagie, Demenz)
- Unterstützung, Hilfsmittel nach Bedarf
- Angehörige einbeziehen
- Anleitung/Betreuung von Angehörigen und Hilfskräften bei der Unterstützung der Nahrungsaufnahme
- Sachkundige Pflegefachkräfte bei spezifischen Pflegesituationen hinzuziehen (Pflegekonsildienst, Pflegeexperten)



- Zweckmäßige Lagerung/Sitzposition während der Nahrungsaufnahme
- Gute Mund-/Zahnpflege und Kontrolle des Mund-/Zahnstatus
- Umgebungsgestaltung (z. B. Raumausstattung, Licht, Geräusche, Gesellschaft)



### **Ernährungsempfehlungen – nicht nur für Ältere!**

- täglich eine warme Mahlzeit
- 5x täglich Obst, Gemüse, Salat
- täglich ein Glas Milch
- täglich Joghurt, Quark oder Käse
- täglich Vollkornbrot
- täglich 1,5 – 2 l Flüssigkeit
- mehrmals wöchentlich Fleisch, Fisch oder 1 Ei

**Zusätzlich: Viel Bewegung im Freien**

---

### **Literatur:**

***Maria Magdalena Schreier & Sabine Bartholomeyczik: Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen - Ursachen und Prävention aus pflegerischer Perspektive. Pflegebibliothek „Wittener Schriften“, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG Hannover, 2004.***