

Arbeitspapier des DZD

Herausforderungen und Ernährung – zwischen Kalorienzufuhr und Lebensqualität

Probleme und Wissensbedarfe im Umgang mit
demenzkranken Menschen unter besonderer
Berücksichtigung der Ernährungsproblematik

Detlef Rüsing

006

gefördert von:

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



LANDESVERBÄNDE
DER PFLEGEKASSEN

Landesinitiative Demenz-Service



Dialog- und
Transferzentrum
Demenz
an der Universität
Witten/Herdecke



©Landesinitiative Demenz-Service NRW 2008
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Department
Pflegerwissenschaft,
Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)
Stockumer Str. 10 • 58453 Witten
Telefon +49 (2302) 926306 • Fax +49 (2302) 926310
dialogzentrum@uni-wh.de
www.dialogzentrum-demenz.de || www.demenz-service-nrw.de

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	4
1.1. Dialogzentrum Demenz: Transfer - Wissenschaft - Praxis - ein Modellprojekt.	5
2. Befragung zu Problemen und Wissensbedarfen in der Versorgung Demenzkranker	8
2.1. Studiendesign und Rücklauf	8
3. Ergebnisdarstellung der Befragung zum Themenkomplex „A: Umgang mit Demenzkranken“	10
3.1. Problematische Situationen im Umgang mit Demenzkranken	11
3.1.1. Gesamt- und einrichtungstypenspezifische Ergebnisdarstellung und Diskussion	13
3.1.2. Darstellung, Vergleich und Diskussion der vorformulierten Antwortmöglichkeiten in Anhängigkeit von Einrichtungstyp und Demenzspezialisierung	14
3.1.3. Darstellung der freiformulierten Problembereiche nach Einrichtungstyp .	17
3.2. Ergebnisdarstellung und Diskussion des formulierten Wissensbedarfes nach Einrichtungstyp und Spezialisierung	18
3.3. Darstellung, Vergleich und Diskussion der Selbsteinschätzung der teilnehmenden Einrichtungen hinsichtlich der Qualität des Umganges mit Demenzkranken in den Institutionen.....	21
3.4. Zusammenfassung.....	23
4. Erkenntnisse, Probleme und Empfehlungen im Bereich der Ernährung Demenzkranker	25
4.1. Ausgewogene Ernährung.....	25
4.2. Zur Ernährungssituation alter und demenzkranker Menschen in der Häuslichkeit und in der institutionellen Versorgung.....	28
4.3. Einfluss des Alters und anderer Faktoren auf die Ernährung.....	29
4.4. Möglicher positiver Einfluss der Ernährung auf die Demenzerkrankung	31
4.5. Folgen von Fehl- und Mangelernährung	32
4.6. Grundsatzstellungen, Assessments, Qualitätsniveaus und Expertenstandard.....	33
4.7. Spezielle demenzbedingte Probleme bei der Ernährung von Menschen mit Demenz.....	38
4.7.1. Mögliche Probleme bei der Ernährung von Menschen mit Demenz	38

4.7.2. Die Rolle und das Erleben der Pflegenden bei der Ernährung von Menschen mit Demenz.....	42
4.7.3. Trainings für Pflegende	44
4.8. Konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation Demenzerkrankter	44
4.8.1. Verbesserung der Ernährungssituation Demenzkranker in der häuslichen Umgebung.....	45
4.8.2. Verbesserung der Ernährungssituation Demenzkranker in der Tagespflege	45
4.8.3. Verbesserung der Ernährungssituation Demenzkranker in der stationären Altenhilfe.....	46
4.8.4. Verbesserung der Ernährungssituation Demenzkranker im Krankenhaus	46
4.8.5. Versorgungspfad nach Kolb (EDAK-Konzept) im Krankenhaus	47
4.8.6. Allgemeine Tipps zur Essensgestaltung in Pflegeeinrichtungen und Individuelle Interventionsmöglichkeiten	48
5. Tabellenverzeichnis	51
6. Abbildungsverzeichnis	52
7. Literaturverzeichnis.....	53

1. Einleitung

Dieses Arbeitspapier ist ein Ergebnis einer vom Dialogzentrum Demenz durchgeführten deskriptiven Studie zur Hypothesengenerierung bezüglich der Probleme und Wissensbedarfe in der Versorgung Demenzerkrankter in der (teil)stationären, ambulanten und Akutversorgung in NRW.

Im ersten Teil dieses Arbeitspapiers werden Ergebnisse der Befragung aus dem Bereich des Umganges mit Demenzerkrankten dargestellt. In einem weiteren Schritt werden diese dann diskutiert und erste Hypothesen gebildet.

Der zweite Teil dieses Arbeitspapiers widmet sich im Speziellen dem Aspekt der Ernährung im Sinne eines gelingenden Umganges mit Demenzerkrankten bei Ernährungsproblemen. Die Analyse der Antworten der Befragung des Teilbereiches „A: Umgang mit Demenzerkrankten“ zeigte deutlich über alle Einrichtungstypen hinweg, dass dies für die Pflegekräfte in der täglichen Arbeit eine immense Herausforderung darstellt. In der Problemdarstellung der Ernährung von Menschen mit Demenz werden die Ergebnisse der Befragung hinsichtlich des Aspektes Ernährung erneut herangezogen, analysiert und in der Folge auf der Basis von internationalen Studien und Erfahrungsberichten diskutiert. Ziel ist hier neben Analyse und Interpretation der Wissenstransfer. Wissenschaftliche Ergebnisse hinsichtlich der Problematik werden vorgestellt und diskutiert sowie praxis- und wissenschaftsbasierte Handlungsempfehlungen gegeben. Auf der Basis dieser Ausarbeitungen wird ein Workshop mit Praktikern stattfinden, in welchem die Erkenntnisse zum Thema Ernährung diskutiert und offene Fragen und Probleme skizziert werden sollen.

Vor der inhaltlichen Auseinandersetzung mit den genannten Themen wird zunächst die Arbeit des Dialogzentrums Demenz an der Universität Witten/Herdecke dargestellt.

1.1. Dialogzentrum Demenz: Transfer - Wissenschaft - Praxis - ein Modellprojekt

Dialogzentrum Demenz - zwischen Forschung und Praxis

Das Dialogzentrum Demenz an der Privaten Universität Witten/Herdecke gGmbH ist inneruniversitär verankert am renommierten Institut für Pflegewissenschaft als Teil der medizinischen Fakultät. Gerade die durch diese Konstellation erreichte Nähe zur Pflegewissenschaft und dem dort angesiedelten Lehrstuhl für Epidemiologie - Pflegewissenschaft auf der einen Seite und dem Lehrstuhl für Allgemeinmedizin mit einem weiteren Schwerpunkt „demenzielle Erkrankungen“ auf der anderen Seite ermöglicht den Mitarbeitern des DZD einen permanenten Abgleich neuester Erkenntnisse im Bereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Personen mit Demenz.

Vorrangiges Ziel des Dialogzentrums Demenz

Ziel der Arbeit des DZD war und ist es, den Boden für einen „Dialog auf Augenhöhe“ zwischen Forschung und Praxis im Arbeitsfeld Demenz zu bereiten. In diesem Zusammenhang hat sich das Dialogzentrum bislang in erster Linie bemüht, in den Dialog mit Forschenden und professionell Pflegenden zu treten. Des Weiteren ist es notwendig, auf der Seite der „Praktiker“ ebenso pflegende Angehörige, andere Betreuende und die bislang in der Beratung am stärksten vernachlässigte Gruppe der Ratsuchenden einzubeziehen: die Gruppe der Personen mit einer Demenzerkrankung selbst! Der bidirektionale Dialog ist aus folgenden Gründen unbedingt notwendig.

1. Von der Wissenschaft zur Praxis - das Nutzbarmachen wissenschaftlicher Erkenntnisse für die Praxis

Ein Problem bei der Versorgung Demenzerkrankter ist, dass Forschungsergebnisse nicht in der Praxis „ankommen“. Dies hat verschiedene Gründe: Zum einen sind solche Ergebnisse häufig in einer für Praktiker unverständlichen Sprache verfasst, zum anderen sind die Ergebnisse oft nicht eindeutig, widersprechen einander und werfen mehr Fragen als Antworten auf. Diese Ergebnisse zusammenzutragen, aus Praxis-sicht zu bewerten und durch eine verständliche Sprache für die Praxis nutzbar zu machen, ist eine der Kernaufgaben des Dialogzentrums Demenz. In der Praxis bedeutet dies, dass das DZD alle drei Monate ein frei zugängliches „Forschungsmonito-

ring“ im Feld der Versorgungsforschung Demenzerkrankter veröffentlicht. In diesem werden etwa 10-20 aktuelle international veröffentlichte Forschungen aus diesem Bereich in nicht-wissenschaftliche Sprache übersetzt und für Pflegepraktiker nutzbar gemacht. Ziel dieser Veröffentlichung ist der Transfer wissenschaftlicher Ergebnisse in die professionelle Pflegepraxis. Das Monitoring steht auf der Homepage des Dialogzentrums Demenz als Newsletter abonnierbar für jede Person zum Download bereit.

Des Weiteren bündeln die Mitarbeiter des DZD Wissen und Forschungen zu Themenschwerpunkten. Initiator solcher Bündelungen sind die Mitarbeiter selbst oder Anfragen von extern. Solche Anfragen kommen von Beratungsinstitutionen, Anbietern von Leistungen im Gesundheitssystem oder aus Politik und Verbandsebene.

Das Dialogzentrum führt darüber hinaus Tagungen durch, auf denen zu bestimmten Themen rund um die Versorgung Demenzerkrankter praxisrelevante Fachreferate gehalten werden.

2. Von der Praxis in die Wissenschaft - Bedarfe erfassen verhilft der Forschung zu mehr Praxisrelevanz

Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit des DZD ergibt sich aus einer weiteren Beobachtung: Forschenden fehlt häufig der Blick dafür, was Praktiker in der täglichen Versorgung demenzerkrankter Menschen benötigen und was – um fachlich fundiert zu pflegen – beforscht werden müsste. Dies wäre notwendig, um bestehendes Praxiswissen zu bestätigen, zu verwerfen oder neu zu entwickeln. Dieser Umstand ist unter anderem einer kaum praktizierten Kommunikation zwischen Forschenden und praktisch Pflegenden geschuldet, wodurch die Praxis lediglich marginal Einfluss auf die Frage hat, was beforscht wird.

Aus diesem Grunde befragt das Dialogzentrum Praktiker aus den verschiedensten Bereichen der Versorgung Demenzerkrankter (Beratung, (teil)stationäre, ambulante und Akutpflege; Physio-, Ergotherapie u.s.w.) zu Ihren Wissensbedarfen mit Hilfe quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden. Beantwortbare Fragen recherchieren die Mitarbeiter des DZD als Dienstleister der Praxis und stellen die Ergebnisse/Antworten den Fragenden und der Allgemeinheit zur Verfügung. Auf diese Weise wird wiederum gezielt - nicht wahllos - Wissen aus der Forschung in die Versorgungspraxis transferiert. Derzeit aus der Forschung nicht-beantwortbare Fragen wer-

den in Workshops mit Praktikern präzisiert und als mögliche praxisrelevante Forschungsfragen in Forscherworkshops in die Forschungslandschaft transferiert. Auf diese Weise vermittelt das Dialogzentrum Demenz Bedarfe, Wissen und Fragen in verschiedenste Richtungen und versteht sich als Mittler und Drehscheibe eines wissenschaftlichen, aber praxisverständlichen Dialoges der Beteiligten Disziplinen und vor allem Menschen.

Forschung und Praxis sind ebenbürtige Partner im Ringen um eine adäquate fachliche Versorgung von Menschen mit Demenz. Nur durch einen fachlichen Austausch zwischen diesen Partnern kann das Ziel erreicht werden, für die spezifischen Anliegen der Praxis wissenschaftlich fundierte Antworten zu erhalten. Es ist wichtig, dass die Praxis die Ergebnisse der Forschung kennt und umsetzt; ebenso wichtig aber ist es, dass Forschung die Anliegen der Praxis aufnimmt und sicheres Wissen für praxisrelevante Fragen entwickelt.

3. Hilfe bei der Suche nach Antworten, guten Fragen und Kooperationspartnern

Die Ausweitung der Dialogbestrebungen des DZD ist in mehrfacher Hinsicht denkbar. Zum einen könnten die Adressaten erweitert werden. Bislang beförderte das DZD im Besonderen den Dialog zwischen professionell Betreuenden und Wissenschaftlern. Denkbar und vor allem notwendig sind sowohl die Übersetzungsleistungen als aber auch die Abfrage der Wissensbedarfe mit dem Transfer in die Forschung in den Gruppen der pflegenden Angehörigen/Betreuenden und der - bislang fast vollständig ignorierten - Personen mit Demenz selbst. Sämtliche geschilderten Dialog- und Transferwege sind in Bezug auf diese Gruppen unabdingbar.

Des Weiteren ist das Dialogzentrum jederzeit in der Lage, zu bestimmten Themen in der Versorgung Demenzerkrankter wissenschaftlich fundiert Stellung zu beziehen und/oder den „state of the art“ zu eruieren. Derzeit arbeitet das DZD an Recherchen zu alternativen Wohnformen und dem Thema Migration und Demenz für die Landesinitiative Demenz Service NRW. Hier wäre - je nach Ausweitung des wissenschaftlichen Personalstandes - weit mehr denkbar. Wichtig aber auch hier ist die spätere Veröffentlichung der Recherchen in verständlicher Sprache ohne inhaltlich wissenschaftliche Relevanz zu verlieren.

2. Befragung zu Problemen und Wissensbedarfen in der Versorgung Demenzerkrankter

2.1. Studiendesign und Rücklauf

Das vorliegende Arbeitspapier basiert auf einer deskriptiven Studie des Dialogzentrums Demenz an der Universität Witten/Herdecke, welche die Mitarbeiter des Dialogzentrums von Juli 2007 bis Januar 2008 durchführten. In dieser Studie wurden 600 Fragebögen an Pflegedienst- und /oder Heimleitungen von Einrichtungen der ambulanten, (teil)stationären und Akutversorgung in Nordrhein-Westfalen versendet, um ein erstes Bild des Wissensbedarfs, der Herausforderungen und Probleme der Praktiker in der alltäglichen Versorgung demenzerkrankter Menschen zu ermitteln.

An jeden der vier Einrichtungstypen wurden in einer Gelegenheitsstichprobe 150 Fragebögen versendet. Insgesamt ergab dies einen in der Tabelle 1 dargestellten folgendermaßen verteilten Rücklauf: Aufgeführt wird auch die Verteilung spezialisierter und nicht-spezialisierter Einrichtungen.

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung

	versendete (abs.)	Rücklauf (abs.)/(%)	Spezialisierung JA (abs.) / %	Einrichtungen in NRW Abs. / % Rück- lauf ²
Tagespflege	150	30 / 20%	16 / 53 %	319 / 9%
Krankenhäuser	150	40 / 27%	16 / 40 %	437 / 9 %
Stat. Alteneinrichtungen	150	44/29%	21 / 48 %	2008 / 2 %
Ambulante Pflege	150	21/14%	2 / 10 %	2039 / 1 %
Gesamt	600	135 /23 %	55 / 41 %	4803 / 3 %

¹ erfasst wurden Einrichtungen mit einer spezialisierten Demenzabteilung oder in der ambulanten

Pflege gerontopsychiatrische Fachpflegedienste

² Gesamtzahl der Einrichtungen nach Typ (Quelle: www.destatis.de abg. am 6.2.2008)

Die Fragebögen hatten sowohl qualitative als auch quantitative Anteile, wobei Letztere deutlich überwogen. Abgefragt wurden Informationen, Bedarfe, Problembeschreibungen und/oder Handlungsherausforderungen in folgenden inhaltlichen Dimensionen:

Teil 0: Angaben zur Einrichtung

- Größe, Spezialisierung, Anz. Mitarbeiter, Anteil Demenz, Fortbildung

Teil A: Umgang mit demenzerkrankten Menschen

- Probleme der MA, -Probleme der MmD, -Wissensbedarf

Teil B: Zusammenarbeit mit Angehörigen

- Herausforderung der MA, -Probleme der Angehörigen, Wissensbedarf

Teil C: Zusammenarbeit mit ärztlichem Dienst (Hausarzt/Facharzt)

- auf die Versorgungsform ausgerichtete Fragen, Wissensbedarf

Teil D: Überleitung/Schnittstellenproblematik/ Entlassung

- auf die jeweilige Versorgungsform ausgerichtete Fragen, Wissensbedarf

Teil E: Externe Angebote/Netzwerke

- Kenntnis zu Angeboten, Verweis auf Angebote, Wissensbedarf

Die Fragebögen waren in der Weise konstruiert, dass sowohl die Probleme/ Herausforderungen der MitarbeiterInnen in den einzelnen Dimensionen wie auch die Probleme der Menschen mit Demenz respektive nach Möglichkeit ihrer Angehörigen aus Sicht der Pflegenden beschrieben wurden. Auf die Darstellung der von Demenzerkrankten als problematisch empfundener Situationen wird in dieser Ausarbeitung verzichtet.

Die folgende Darstellung und Analyse fokussiert lediglich den Teil A (Umgang mit Demenzerkrankten) dieser Befragung. Eine Gesamtauswertung wird im Rahmen einer umfangreichen Publikation der Gesamtstudie durchgeführt.

3. Ergebnisdarstellung der Befragung zum Themenkomplex „A: Umgang mit Demenzerkrankten“

In der in diesem Papier im Fokus stehenden Dimension „Umgang mit demenzerkrankten Menschen“ wurden den Teilnehmern vier Fragen gestellt. Die Frage A1 und A2 forderten von den Teilnehmern das Benennen wichtiger/häufiger Situationen in der Versorgung in den die Mitarbeiter (A1) oder die demenzerkrankten Personen selbst aus Sicht der Mitarbeiter (A2) Probleme/Schwierigkeiten haben. Bei beiden Fragen waren drei mögliche Antworten vorgegeben und jeweils weitere drei Möglichkeiten zur zusätzlichen Benennung möglich.

Die dritte Frage in diesem Komplex erfragte maximal drei frei zu formulierende Bereiche/Themen, zu denen sich Mitarbeiter mehr Wissen wünschten oder mehr Wissen für notwendig hielten.

Die Frage vier forderte eine Selbstbeurteilung des Umganges mit demenzerkrankten Menschen in der eigenen Einrichtung. Hier musste die Wertung auf einer fünfstufigen Skala von „sehr schlecht“ bis „sehr gut“ vorgenommen werden.

Wie bereits in der Einleitung kurz beschrieben, nahmen an der Befragung sowohl Einrichtungen mit einem spezialisierten Bereich für die Versorgung Demenzerkrankter als auch ohne einen solchen speziellen Bereich teil. Bis auf den Bereich der ambulanten Pflege (nur zwei spezialisierte Pflegedienste) waren hingegen im Krankenhausbereich, der Tagespflege und der stationären Altenpflege genügend Einrichtungen sowohl mit als auch ohne Spezialisierung vorhanden, so dass eine Gegenüberstellung der Ergebnisse nicht nur unterschiedlicher Einrichtungstypen sondern auch der Antwortvergleich spezialisierter und nicht-spezialisierter Einrichtungen sinnvoll und interessant ist. In Tabelle 2 sind nochmals die entsprechenden Aufteilungen hinsichtlich der Spezialisierung beschrieben.

Tabelle 2: Auf Demenz spezialisierte und nicht-spezialisierte Einrichtungen im Vergleich

Einrichtungstyp	Spezialisierung		Gesamt N
	Ja n / %	Nein n / %	
Tagespflege	16 / 53 %	14 / 47 %	30
Krankenhäuser	16 / 40 %	24 / 60 %	40
Stat. Altenpflege	21 / 48 %	23 / 52 %	44
Amb. Pflege	2 / 10 %	19 / 91 %	21
Gesamt	55 / 41 %	80 / 59 %	135

3.1. Problematische Situationen im Umgang mit Demenzerkrankten

Den Teilnehmern wurde folgende Frage mit folgenden Antwortmöglichkeiten gestellt:

A1: Benennen Sie die wichtigsten/häufigsten Situationen, in denen Ihre MitarbeiterInnen im Umgang mit demenzerkrankten Menschen Probleme haben:

- a. bei der Körperpflege
- b. bei der Ernährung
- c. im Informationsgespräch

Andere:

d. z.B. _____

e. z.B. _____

f. z.B. _____

Im Folgenden werden zunächst die prozentualen Häufigkeitsverteilungen der Antworten insgesamt und für jeden Einrichtungstyp im Speziellen dargestellt. In einem zweiten Teil werden die Ergebnisse hinsichtlich der Unterschiedlichkeit der Einrichtungstypen mit oder ohne eine „Demenzspezialisierung“ dargestellt und diskutiert. Die gesamten Ergebnisse sind Tabelle 3 und Tabelle 4 zusammenfassend dargestellt und werden dann im Weiteren erläutert und analysiert.

Tabelle 3: Problematische Situationen im Umgang mit Demenzerkrankten Einrichtungstyp und Spezialisierung (vorformulierte Antworten)

Vorformulierte Antworten (nach Häufigkeit)															
	Tagespflege			Krankenhaus			Stat. Pflege			Amb. Pflege			Gesamt		
		Spez.			Spez.			Spez.			Spez.			Spez.	
	Ges. (30)	Ja (16)	Nein (14)	Ges. (40)	Ja (16)	Nein (24)	Ges. (44)	Ja (21)	Nein (23)	Ges. (21)	Ja (2)	Nein (19)	Ges. (135)	Ja (55)	Nein (80)
Körperpflege	16/53%	7/44%	9/64%	21/53%	7/44%	14/58%	25/57%	10/48%	15/65%	15/72%	-	-	77/57%	26/47%	51/64%
Ernährung	22/73%	12/75%	10/71%	26/65%	9/56%	17/71%	34/77%	15/71%	19/83%	8/38%			90/67%	37/67%	53/66%
Kommunikation	15/50%	6/38%	9/64%	29/73%	10/63%	19/79%	27/61%	11/52%	16/70%	12/57%	-	-	83/62%	28/51%	55/69%

Tabelle 4 : Problematische Situationen im Umgang mit Demenzerkrankten nach Einrichtungstyp (frei formulierte Antworten)

Freiformulierte Antworten (nach Häufigkeit)					
	Tagespflege (30)	Krankenhaus (40)	Stat. Pflege (44)	Amb. Pflege (21)	Gesamt (135)
1. Orientierung	1/3%	7/18%	2/5%	5/23%	15/11%
2. Aggressivität	5/17%	4/10%	0/0%	0/0%	9/7%
3. Wandering	4/13%	3/8%	1/2%	0/0%	8/6%
4. Abwehrverhalten	2/1%	0/0%	3/7%	2/10%	5/4%
5. Medikamentengabe	0/0%	3/8%	0/0%	2/10%	5/4%

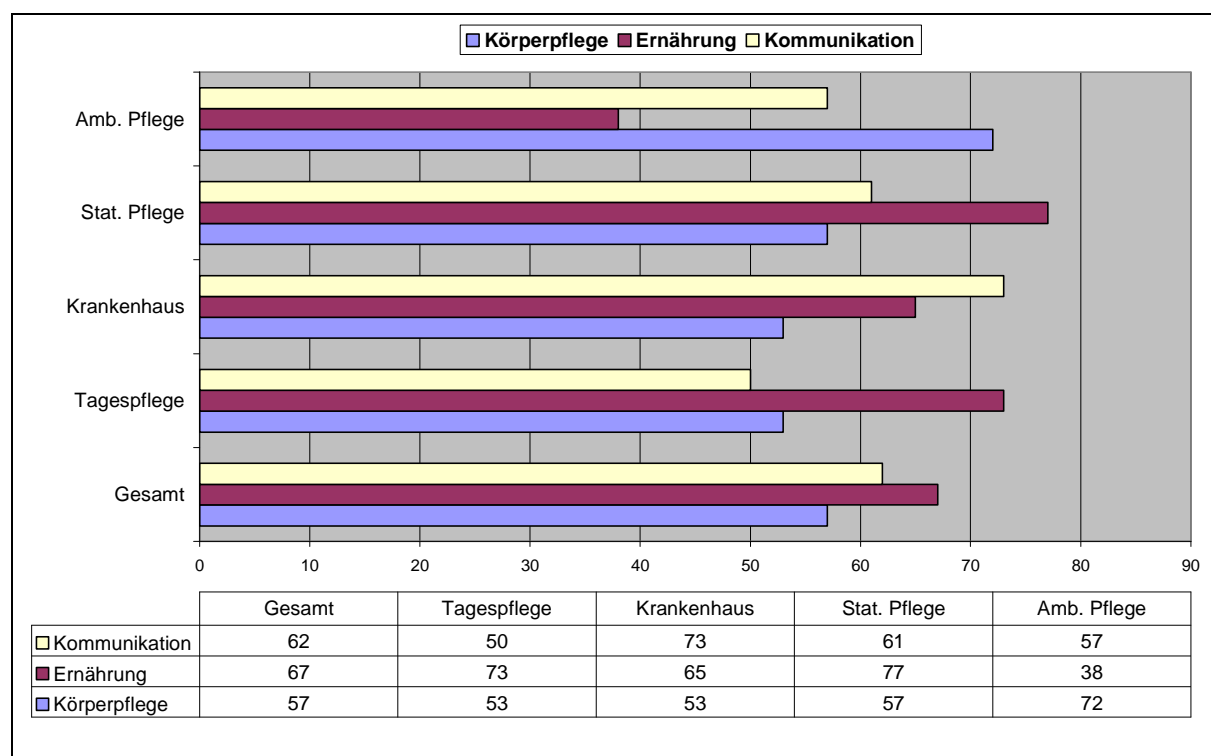
3.1.1. Gesamt- und einrichtungstypenspezifische Ergebnisdarstellung und Diskussion

Darstellung und Diskussion der vorformulierten Antwortmöglichkeiten

Betrachtet man die Gesamtzahlen der gegebenen Antworten der vorformulierten Antwortmöglichkeiten lässt sich feststellen, dass von den 135 Einrichtungen als häufigste/wichtigste Problemsituation im Umgang mit Demenzerkrankten die Antwort **„bei der Ernährung“** genannt wird. 90 (67 %) der Einrichtungen äußerten große Probleme in diesem Bereich. An der zweiten Stelle von drei vorformulierten Antworten wird **„bei der Kommunikation“** (83/62 %) und erst dann der Problembereich **„bei der Körperpflege“** (77/ 57 %) genannt.

Betrachtet man die Antworten einrichtungstypenspezifisch wird dieses Gesamtergebnis seitens der Tagespflege (73 %) und der Stationären Altenpflege (77 %) als häufigste Antwortkategorie gestützt. Krankenhäuser allerdings kreuzten am häufigsten den Problembereich Kommunikation an (73 %) während ambulante Pflegedienste in der Anzahl Probleme bei der Körperpflege (72 %) als häufigste Antwort gaben. Hinsichtlich der Wertung der drei vorgegebenen Antworten zeigte sich das in Abbildung 3 dargestellte Bild.

Abbildung 1: Problematische Situationen nach Einrichtungstyp (vorformulierte Antworten) in Prozent



Die Ernährung von Menschen mit Demenz stellt ein vieldimensionales und vor allem alltägliches wiederkehrendes Problem dar. So ist neben der Wertung von Tagespflege und Stationärer Pflege an erster Stelle auch die Wertung der Krankenhäuser, dieses Thema an die zweite Stelle knapp hinter der Kommunikation zu positionieren, nicht verwunderlich. Die Einrichtungen der ambulanten Pflege entscheiden sich lediglich zu 38 % dazu, die Ernährung als problematisches Thema/Situation zu bewerten. Dies könnte dem Umstand geschuldet sein, dass die Fachpflegekräfte der ambulanten Pflege nur noch selten mit der Ernährung im Sinne einer direkten Essensgabe beschäftigt sind. Dies wird in vielen Pflegediensten - so nicht anders verordnet - von Laienpflegekräften oder den mit den Betroffenen lebenden Angehörigen durchgeführt.

Probleme bei der Ernährung im direkten Umgang könnten aus diesem Grunde eine vergleichbar kleinere Rolle als andere Themen spielen. Allerdings sind die Fachkräfte der ambulanten Pflege natürlich ebenso mit der Erfassung des Ernährungsstatus', möglicher Mangelernährung oder dem Umgang und der Durchführung der Essensgabe bei Nahrungsverweigerung oder Problemen wie Schluckstörungen gefragt. Allerdings könnte es ein, dass die Art der Fragestellung dafür verantwortlich war, dass viele Pflegedienste diesen Bereich nicht unter dem Label „Umgang mit Demenzerkrankten“ gesehen haben.

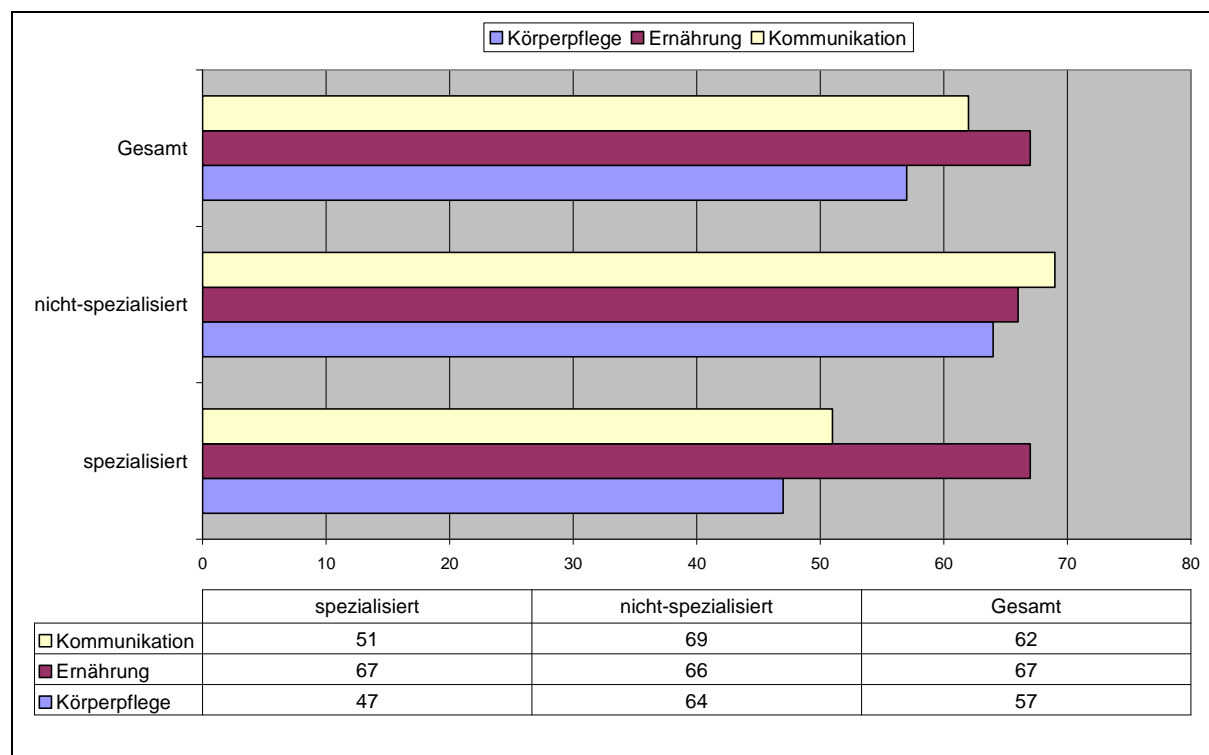
3.1.2. Darstellung, Vergleich und Diskussion der vorformulierten Antwortmöglichkeiten in Anhängigkeit von Einrichtungstyp und Demenzspezialisierung

Abgefragt wurde unter anderem, inwiefern Einrichtungen eigene demenzspezifische Abteilungen haben. Insofern ist es interessant zu analysieren, ob und wenn ja, inwieweit sich Antworten von spezialisierten Einrichtungen von denen ohne Spezialisierung unterscheiden. Bei den jeweiligen Einrichtungstypen waren spezialisierte und nicht-spezialisierte Institutionen ungefähr gleich verteilt (siehe dazu Tabelle 2). Im Bereich der ambulanten Pflege allerdings gab es lediglich 2 gerontopsychiatrische spezialisierte Pflegedienste, so dass sich hier aufgrund der mangelnden statistischen relevanten Verteilung ein Vergleich beider Gruppen nicht rechtfertigen lässt. Insofern soll in diesem Teil lediglich auf Tagespflegen, stationäre Alteneinrichtungen und Krankenhäuser eingegangen werden.

Die im vorherigen Kapitel geschilderte Wertung der drei vorformulierten Antwortmöglichkeiten der einzelnen Einrichtungstypen differiert zwischen Gesamt, Spezialisierung und Nicht-Spezialisierung nicht. Wenn also Tagespflegeeinrichtungen das Ernährungsproblem am häufigsten ankreuzten, wurde dies ebenso von den spezialisierten wie auch den nicht-spezialisierten Tagespflegeeinrichtungen so gewertet. An dieser Stelle gab es keine Unterscheidung hinsichtlich der Spezialisierung (siehe dazu Tabelle 3).

Abbildung 2 zeigt die Antwortverteilung bezüglich der vorformulierten Antworten im Vergleich spezialisierter und nicht-spezialisierter Einrichtungen übergreifend.

Abbildung 2: Vergleich der Prioritätensetzung spezialisierter und nicht-spezialisierter Einrichtungen in Prozent



Betrachtet man die Ergebnisse werden zwei Besonderheiten deutlich. Insgesamt werteten spezialisierte Einrichtungen die Probleme Kommunikation und Körperpflege prozentual seltener als nicht-spezialisierte Einrichtungen. Am deutlichsten wird dies am Thema Körperpflege, welches von Einrichtungen mit speziellen Demenzabteilungen zu lediglich 47 % als Problem, von den anderen Einrichtungen zu 64 % als Problem gewertet wird. Eine ähnliche Verteilung gibt es beim Problem Kommunikation.

Lediglich der Bereich Ernährung wird von spezialisierten Institutionen sogar mit einem Prozent häufiger bewertet. Man könnte als hypothetisch schlussfolgern, dass die Mitarbeiter spezialisierter Einrichtungen weniger Probleme als die von nicht-spezialisierten Einrichtungen bei der Körperpflege von oder bei der Kommunikation mit Menschen mit Demenz haben; oder, dass sie diese Bereiche gar nicht oder als weniger wichtig begreifen.

Eine mögliche Ursache für diese Einschätzung könnte in Fort- und Weiterbildung von Personal mit dem speziellen Fokus auf den Umgang mit Demenzerkrankten liegen. In dem Fragebogen wurden die Einrichtungen danach befragt, wie viele speziell auf die Versorgung Demenzerkrankter fokussierte Fortbildungsangebote in den letzten 12 Monaten bereitgehalten wurden:

Teil 0 - Frage 7:				
Fortbildungsangebot zum Themenfeld Demenz in den letzten 12 Monaten:				
keine <input type="checkbox"/>	eine <input type="checkbox"/>	zwei <input type="checkbox"/>	mehr <input type="checkbox"/>	

Tabelle 5 veranschaulicht die gegebenen Antworten der Einrichtungen in Abhängigkeit von der Spezialisierung

Tabelle 5: Anzahl Fortbildungen nach Spezialisierung in den letzten 12 Monaten in %

	Anzahl Fortbildung Demenz				
	Keine	Eine	Zwei	mehr	Zwei und mehr
Nicht-Spezialisierung	29 %	34 %	18 %	20 %	38 %
Spezialisierung	15 %	7 %	18 %	60 %	78 %

Diese Darstellung des Fortbildungsangebotes legt zwei Hypothesen nahe. Obschon es sich nicht um eine repräsentative Studie handelt, scheinen Einrichtungen mit einer spezialisierten Abteilung für Menschen mit Demenz erheblich mehr Fortbildungen in diesem Bereich anzubieten und durchzuführen. Wenn man dieses Ergebnis in Bezug zu den zuvor beschriebenen Ergebnissen setzt, liegt die zweite Hypothese nahe. Durch die spezielle Fortbildung zu Themen im Umgang mit Demenz scheinen Probleme im Bereich der Körperpflege und der Kommunikation nicht mehr in dem Maße

als wichtige/schwere Probleme gesehen zu werden oder werden gar überhaupt nicht mehr als problematisch eingestuft. Eine Ausnahme macht hier der Themenbereich Ernährung, der von spezialisierten Einrichtungen in gleichem Maße als wichtig und problematisch angesehen wird.

3.1.3. Darstellung der freiformulierten Problembereiche nach Einrichtungstyp

Neben den drei vorgegeben und bei Bedarf anzukreuzenden Problembereichen konnte jeder Teilnehmer bis drei weitere für ihn relevante Problembereiche frei formulieren. Diese freien Formulierungen wurden dann in der Auswertung kategorisiert. Insgesamt sind 19 weitere Problembereiche benannt worden. Tabelle 6 veranschaulicht die prozentuale Verteilung der fünf am häufigsten genannten Bereiche einrichtungstypenübergreifend und nach Einrichtungstyp.

Tabelle 6: Kategorisierte Nennungen nach Einrichtungstyp (% jeweiliger Einrichtungstyp)

	Tagespflege	Krankenhaus	Stat. Pflege	Amb. Pflege	Gesamt
Orientierung	3 %	18 %	5 %	23 %	11 %
Aggressivität	17 %	10 %	0 %	0 %	7 %
Wandering	13 %	8 %	2 %	0 %	6 %
Abwehrverhalten	7 %	0 %	7 %	10 %	5 %
Medikamentengabe	0 %	8 %	0 %	10 %	4 %

Die Tabelle zeigt, dass einrichtungstypenübergreifend die zeitliche und räumliche Orientierung die häufigsten Nennungen erfahren hat. Diese Positionierung wird einrichtungstypenspezifisch von Krankenhäusern und ambulanten Pflegediensten gestützt, wohingegen bei der Tagespflege aggressives Verhalten an erster Stelle und bei der stationären Pflege das Abwehrverhalten Demenzerkrankter am häufigsten genannt wurden. Allerdings ist an dieser Stelle die Datenlage zu dünn, um mögliche Gründe für diese Verteilung zu diskutieren. Nichts desto trotz können die Ergebnisse Hinweise auf wichtige zu bearbeitende Themen geben.

3.2. Ergebnisdarstellung und Diskussion des formulierten Wissensbedarfes nach Einrichtungstyp und Spezialisierung

Während zuvor die Abfrage möglicher Problembereiche im Umgang und der Versorgung von Menschen mit Demenz dargestellt und diskutiert wurde, sollen hier die Ergebnisse der Befragung zu möglichen Themen in der Versorgung Demenzerkrankter dargestellt werden, zu denen sich die Mitarbeiter der Einrichtungen mehr Wissen wünschen. Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit bis zu drei Themenbereiche zu benennen. Diese wurden dann bei der Auswertung der Fragebögen zu Themenkomplexen kondensiert und einheitlich kategorisiert.

Folgende Fragestellung hatten die Teilnehmer zu beantworten:

Teil A: Frage 3:

Zu welchen Themen im Umgang mit Demenzerkrankten Menschen wünschen sich Ihre MitarbeiterInnen mehr Wissen (wie z. B. Kommunikation mit demenzerkrankten Menschen)?

z.B. _____

z.B. _____

z.B. _____

An erster Stelle der genannten Wissensbedarfe steht der Wunsch nach Informationen und Wissen zu Umgangskonzepten. Hier ist von den insgesamt 41 Nennungen in großer Mehrheit im Speziellen das Konzept der Validation genannt worden. Hierbei legten sich Teilnehmer nicht auf eine spezielle „Validationsschule“ fest; das heißt, sie machten nicht deutlich, ob es eher um die „Validation nach Feil (Feil 1999)“ oder die „Integrative Validation nach Richard (Richard 2000)“ geht. Sieht man an der zweiten Stelle der Wissensbedarfe den Themenkomplex „Kommunikation“ so lässt sich dieser auch mit dem ersten Punkt „Umgangskonzepte“ zusammenfassen. Kernstück der verschiedenen Validationsarten aber auch der Mäeutik (Van der Kooij 2007) oder des personenzentrierten Ansatzes nach Kitwood (Kitwood 2000) ist ein wertschätzen-

der Umgang auf der Basis einer empathischen Kommunikationsweise „auf Augenhöhe. Fasst man also die Themen Umgangskonzepte und Kommunikation zusammen, entfällt darauf der mit Abstand größte Teil der Antworten.

Die weiteren vier der am häufigsten genannten Themenbereiche sind Aggressivität, Informationen und Wissen über Demenzformen und Demenzdiagnostik, Beschäftigung von Personen mit Demenz und die Ernährungsproblematik. Letztere wird unter anderem aus diesem Grunde und vor allem aufgrund der Problembefragung (Frage A1) im zweiten Teil dieser Arbeit fokussiert.

In den folgenden Tabelle 7 und 8 werden die häufigsten sechs Themennennungen des Wissensbedarfes hinsichtlich Einrichtungstyp und Spezialisierung dargestellt.

Tabelle 7: Wissensbedarfe nach Einrichtungstypen (1-6) der Einrichtungen nach Häufigkeit (frei formuliert)

	Freiformulierte Antworten (nach Häufigkeit)				
	Tagespflege (30)	Krankenhaus (40)	Stat. Pflege (44)	Amb. Pflege (21)	Gesamt (135)
1. Umgangskonzepte	7/23%	12/30%	20/45%	2/10%	41/30%
2. Kommunikation	9/30%	17/43%	7/16%	6/29%	39/29%
3. Aggressivität	7/23%	6/15%	8/18%	4/19%	25/19%
4. Demenzformen/Diagnostik	3/10%	3/8%	6/14%	5/24%	7/13%
5. Beschäftigung	7/23%	2/5%	5/11%	1/5%	15/11%
6. Ernährung	4/13%	3/8%	7/16%	0/0%	14/10%

Tabelle 8: Wissensbedarfe nach Spezialisierung (1-6) in Prozent der Einrichtungen

	Wissensbedarfe					
	Umgangskonzepte	Kommunikation	Aggressivität	Demenzformen Diagnostik	Beschäftigung	Ernährung
Spezialisierung (55)	14/25 %	14/25 %	19/35 %	4/7 %	6/11 %	10/18 %
Nicht-Spezialisierung (80)	27/34 %	25/31%	6/8 %	13/16 %	9/11%	4/5%

Betrachtet man die Ergebnisse aufgeschlüsselt nach auf Demenz spezialisierte und nicht-spezialisierte Einrichtungen sind deutliche Unterschiede im Ranking sichtbar. Nicht unterschiedlich sind in beiden Gruppen die beiden ersten Wissensbereiche. Sowohl Einrichtungen mit als auch Einrichtungen ohne Spezialisierung werteten auf die beiden ersten Plätze „Umgangskonzepte“ und „Kommunikation“ als wichtigste Wissensbedarfe. Während aber spezialisierte Einrichtungen mehr Wissen zum Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen an dritter Stelle nannten, voteten nicht-spezialisierte Einrichtungen diesen Problembereich an die zweitletzte Stelle. Dies könnte dem Umstand geschuldet sein, dass nicht-spezialisierte Bereiche weniger mit aggressiven Verhaltensweisen von Demenzerkrankten beschäftigt sind.

3.3. Darstellung, Vergleich und Diskussion der Selbsteinschätzung der teilnehmenden Einrichtungen hinsichtlich der Qualität des Umganges mit Demenzerkrankten in den Institutionen

In diesem Teil soll die Selbstbewertung der Teilnehmer bezüglich ihres Umganges mit Demenzerkrankten dargestellt und diskutiert werden. Die Teilnehmer mussten ihre Einrichtung auf einer fünfstufigen Skala einschätzen. Folgende Frage sollten die Teilnehmer beantworten:

Teil A: Frage 3:

Wie beurteilen Sie / Ihre Mitarbeiter den Umgang mit demenzerkrankten Menschen in Ihrer Einrichtung?

sehr schlecht

schlecht

geht so

gut

sehr gut

In Tabelle 7 werden die Ergebnisse gesamt und in Abhängigkeit vom Einrichtungstyp dargestellt.

Tabelle 9: Selbstbeurteilung Umgang mit Demenzerkrankten nach Einrichtungstyp und Spezialisierung

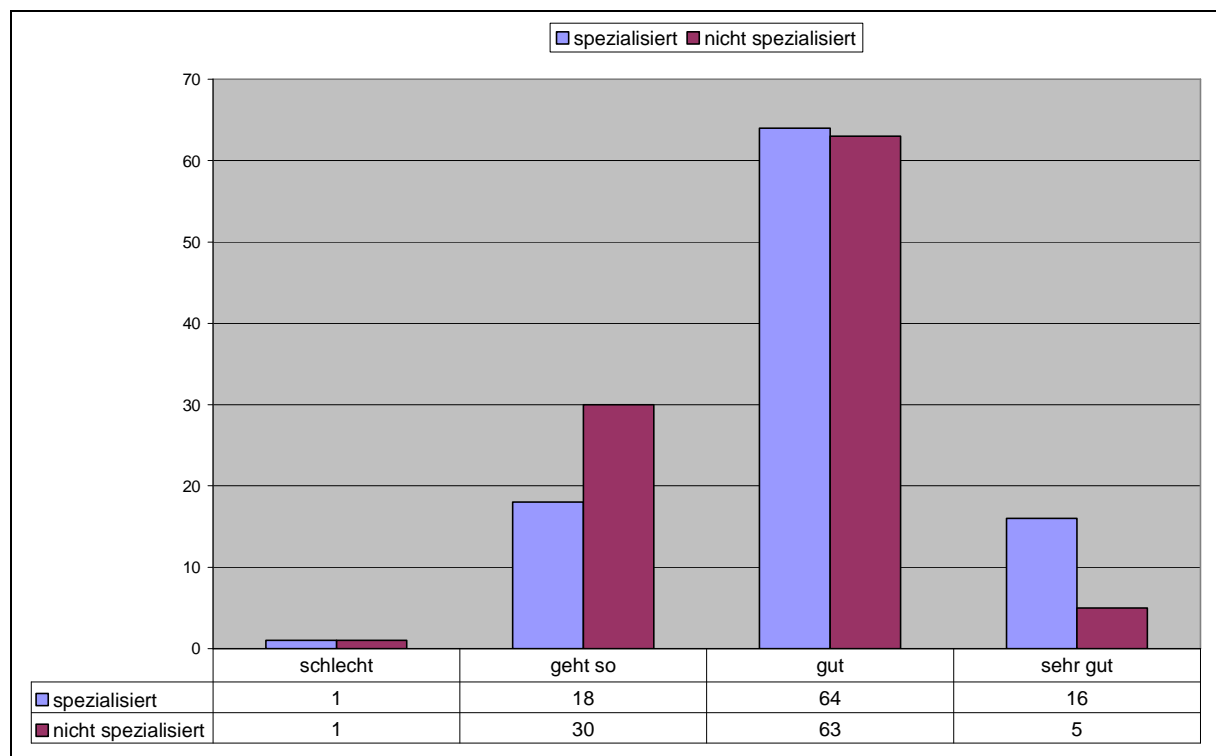
	Selbstbeurteilung: nach Einrichtungstyp				
	sehr schlecht	schlecht	geht so	gut	sehr gut
Tagespflege	0 %	0 %	10 %	73 %	17 %
Krankenhaus	0 %	5 %	45 %	43 %	8 %
Stat. Pflege	0 %	0 %	23 %	71 %	7 %
Ambulante Pflege	0 %	0 %	14 %	76 %	10 %
	Spezialisierung				
	Selbstbeurteilung: Umgang mit Demenzerkrankten				
Nicht-Spezialisierung	0 %	1 %	30 %	63 %	5 %
Spezialisierung	0 %	2 %	18 %	64 %	16%
Gesamt	0 %	2 %	25 %	64 %	10 %

Keine der Einrichtungen schätze den eigenen Umgang mit demenzerkrankten Personen als „sehr schlecht“ ein. Als „schlecht“ schätzte sich lediglich 5 Prozent der Krankenhäuser ein; aus den anderen Einrichtungen wurde auch die Antwort „schlecht“ nicht gegeben. Die höchste Selbsteinschätzung hatten die Tagespflegeeinrichtungen, gefolgt von den ambulanten Pflegediensten und der Stationären Pflege.

Betrachtet man die Aufschlüsselung der Ergebnisse hinsichtlich der Spezialisierung fällt auch dort auf, dass sich auf Demenzerkrankte spezialisierte Einrichtungen (oder zumindest mit Abteilungen für Demenzerkrankte) insbesondere unterschiedlich bei den Antwortmöglichkeiten „geht so“ und „sehr gut“ unterscheiden. Während nicht-spezialisierte Einrichtungen zu 30 Prozent den Umgang mit „geht so“ einschätzten (spezialisierte Einrichtungen lediglich zu 18 Prozent), hat es in diesem Bereich offenbar eine Verschiebung nach gut und sehr gut im spezialisierten Bereich gegeben. Während bei beiden Typen etwa 65 Prozent der Einschätzungen bei „gut“ lagen war die Selbsteinschätzung „sehr gut“ bei den spezialisierten Einrichtungen mit 16 Prozent mehr als drei Mal so hoch wie bei den nicht-spezialisierten Einrichtungen. Diese Ergebnisse in Verbindung mit den weiteren Daten legen die Hypothese eines Fortbildungseffektes nahe, welcher letztlich auch das Selbstbild und die Selbsteinschätzung beeinflussen könnte.

Die Abbildung 3 veranschaulicht dies grafisch.

Abbildung 3: Selbsteinschätzung "Umgang mit Demenzerkrankten" nach Spezialisierung



3.4. Zusammenfassung

Die Darstellung und Beschreibung des Teiles „A: Umgang mit Demenzerkrankten“ des 2. Befragungszyklus' des Dialogzentrums Demenz machte sehr deutlich, dass die Versorgung und der Umgang mit Personen mit Demenz für viele Einrichtungen mit einem hohen Problempotential verbunden sind.

Es ist ebenfalls deutlich, dass sich die benannten Probleme und auch Wissensbedarfe zum Teil in zwei Dimensionen unterscheiden. Hier sind die Dimensionen Einrichtungstyp (Tagespflege, Krankenhaus, stationäre Pflege, ambulante Pflege) und die Frage der Spezialisierung zu nennen, welche offenbar beide Einfluss auf die Beantwortung der Fragen und somit auf die Problembeschreibungen und Wissensbedarf haben. Insofern wird, obschon die Befragung als nicht-repräsentativ zu bezeichnen ist, deutlich, dass auch vermeintliche Schulungen, Milieugestaltung und begründete Interventionen immer vom Setting (Art und Qualifizierung) abhängig sind. Dies berücksichtigend wird nun im zweiten Teil der Ausarbeitung versucht, auf die Unterschiedlichkeit der Bedürfnisse von Mitarbeitern unterschiedlicher Settings im Hinblick auf die Ernährung Demenzerkrankter einzugehen. Die geforderte Individualisierung der Pflege Demenzerkrankter darf nicht bei der Schulung Pflegenden aufhören. Auch

Pflegende unterschiedlicher Einrichtungen sind nicht nur als Pflegende sondern als Pflegende mit einem individuellen Background in einem individuellen Setting zu begreifen. Nur so können adäquate Maßnahmen entwickelt werden.

Diese Forderung nach Individualisierung ist somit gleichzeitig eine Forderung an die Wissenschaft und an wissenschaftliche Fragestellungen. Solche Fragestellungen sollen auf der Basis dieser Ausarbeitungen in Workshops mit Praktikern zu bestimmten Themen entwickelt werden. Es geht letztlich darum, settingspezifische und pflegenspezifische Forschungsfragen zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz und den sie Versorgenden zu entwickeln.

4. Erkenntnisse, Probleme und Empfehlungen im Bereich der Ernährung Demenzerkrankter

Durch die Befragung der teilnehmenden Einrichtungen kristallisierten sich mehrere Bereiche im Umgang mit Demenzerkrankten heraus, bei denen die Teilnehmer ein hohes Maß an Problembewusstsein und Wissensbedarf zeigten.

In diesem Teil soll das Problem Ernährung unter Ausklammerung des Bereiches der künstlichen Ernährung in den Blick genommen werden. Das Problem der Ernährung wurde von innerhalb der gemachten Befragung von fast 70 Prozent der Einrichtungen als solches innerhalb des Versorgungsalltages genannt (siehe dazu Kap. 3.1). und war somit das am häufigsten geordnete Problem beim Umgang mit Demenzerkrankten. Auch hinsichtlich des Wissensbedarfs rangiert der Problembereich „Ernährung“ an sechster Stelle.

In dem ersten Teil dieser Ausarbeitung geht es zunächst um den in der Literatur beschriebenen Ernährungszustand Älterer und Demenzerkrankter. Des Weiteren werden die Nahrung selbst und ihre Bedeutung für die Menschen beschrieben. Hierzu gehört auch die Frage danach, wie eine gesunde und ausgewogene Ernährung für Menschen mit und ohne Demenz aussehen kann.

Im zweiten Teil des Papiers geht es darum, zu erläutern, welche Probleme bei der Ernährung von Demenzerkrankten auftauchen können. Hier ist zu beachten, inwiefern sich diese Problemlagen möglicherweise in Abhängigkeit vom Einrichtungs- und Versorgungstyp unterscheiden.

Der letzte Teil beschäftigt sich mit Problemlösungsansätzen und Verfahren. Hier soll der derzeitige „state of the art“ in der Versorgung von Menschen mit Demenz mit problematischem Essverhalten geschildert werden.

4.1. Ausgewogene Ernährung

„Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen“ heißt in einem vielgenutzten Sprichwort. In diesem Satz steckt sehr viel Weisheit. Es geht bei der Ernährung eben nicht nur um das Stillen eines Grundbedürfnisses ohne welches Leben nicht möglich ist. Es geht neben einem ausgeglichenen Flüssigkeits-, Kalorien- und Nährstoffhaushalt um die Befriedigung von Sinnen (riechen, schmecken, sehen) und die Erlangung

von Wohlbefinden als Teil von Lebensqualität. Die deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) empfiehlt für Erwachsene eine Nahrungszusammensetzung, bei der die Hauptnährstoffe, die Energielieferanten und Baustoffe unseres Organismus sind, in einer bestimmten Relation stehen sollen: 55 % Kohlenhydrate, 30 % Fette und 15 % Proteine. Zudem hat sie 10 Regeln zum vollwertigen Essen und Trinken aufgestellt (DGE 2007):

Vollwertig Essen und Trinken nach den 10 Regeln der DGE (2007)

1. Vielseitig essen

Genießen Sie die Lebensmittelvielfalt. Merkmale einer ausgewogenen Ernährung sind abwechslungsreiche Auswahl, geeignete Kombination und angemessene Menge nährstoffreicher und energiearmer Lebensmittel.

2. Reichlich Getreideprodukte – und Kartoffeln

Brot, Nudeln, Reis, Getreideflocken, am besten aus Vollkorn, sowie Kartoffeln enthalten kaum Fett, aber reichlich Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente sowie Ballaststoffe und sekundäre Pflanzenstoffe. Verzehren Sie diese Lebensmittel mit möglichst fettarmen Zutaten.

3. Gemüse und Obst – Nimm "5" am Tag ...

Genießen Sie 5 Portionen Gemüse und Obst am Tag, möglichst frisch, nur kurz gegart, oder auch eine Portion als Saft – idealerweise zu jeder Hauptmahlzeit und auch als Zwischenmahlzeit: Damit werden Sie reichlich mit Vitaminen, Mineralstoffen sowie Ballaststoffen und sekundären Pflanzenstoffen (z. B. Carotinoiden, Flavonoiden) versorgt. Das Beste, was Sie für Ihre Gesundheit tun können.

4. Täglich Milch und Milchprodukte; ein- bis zweimal in der Woche Fisch; Fleisch, Wurstwaren sowie Eier in Maßen.

Diese Lebensmittel enthalten wertvolle Nährstoffe, wie z.B. Calcium in Milch, Jod, Selen und Omega-3-Fettsäuren in Seefisch. Fleisch ist wegen des hohen Beitrags an verfügbarem Eisen und an den Vitaminen B₁, B₆ und B₁₂ vorteilhaft. Mengen von 300 – 600 g Fleisch und Wurst pro Woche reichen hierfür aus. Bevorzugen Sie fettarme Produkte, vor allem bei Fleischerzeugnissen und Milchprodukten.

5. Wenig Fett und fettreiche Lebensmittel

Fett liefert lebensnotwendige (essenzielle) Fettsäuren und fetthaltige Lebensmittel enthalten auch fettlösliche Vitamine. Fett ist besonders energiereich, daher kann zu

viel Nahrungsfett Übergewicht fördern. Zu viele gesättigte Fettsäuren erhöhen das Risiko für Fettstoffwechselstörungen, mit der möglichen Folge von Herz-Kreislauf-Krankheiten. Bevorzugen Sie pflanzliche Öle und Fette (z.B. Raps- und Sojaöl und daraus hergestellte Streichfette). Achten Sie auf unsichtbares Fett, das in Fleischerzeugnissen, Milchprodukten, Gebäck und Süßwaren sowie in Fast-Food- und Fertigprodukten meist enthalten ist. Insgesamt 60 – 80 Gramm Fett pro Tag reichen aus.

6. Zucker und Salz in Maßen

Verzehren Sie Zucker und Lebensmittel, bzw. Getränke, die mit verschiedenen Zuckerarten (z.B. Glucosesirup) hergestellt wurden nur gelegentlich. Würzen Sie kreativ mit Kräutern und Gewürzen und wenig Salz. Verwenden Sie Salz mit Jod und Fluorid.

7. Reichlich Flüssigkeit

Wasser ist absolut lebensnotwendig. Trinken Sie rund 1,5 Liter Flüssigkeit jeden Tag. Bevorzugen Sie Wasser – ohne oder mit Kohlensäure – und andere kalorienarme Getränke. Alkoholische Getränke sollten nur gelegentlich und nur in kleinen Mengen konsumiert werden.

8. Schmackhaft und schonend zubereiten

Garen Sie die jeweiligen Speisen bei möglichst niedrigen Temperaturen, soweit es geht kurz, mit wenig Wasser und wenig Fett – das erhält den natürlichen Geschmack, schont die Nährstoffe und verhindert die Bildung schädlicher Verbindungen.

9. Nehmen Sie sich Zeit, genießen Sie Ihr Essen

Bewusstes Essen hilft, richtig zu essen. Auch das Auge isst mit. Lassen Sie sich Zeit beim Essen. Das macht Spaß, regt an vielseitig zuzugreifen und fördert das Sättigungsempfinden.

10. Achten Sie auf Ihr Gewicht und bleiben Sie in Bewegung

Ausgewogene Ernährung, viel körperliche Bewegung und Sport (30 bis 60 Minuten pro Tag) gehören zusammen. Mit dem richtigen Körpergewicht fühlen Sie sich wohl und fördern Ihre Gesundheit.

All diese Regeln gehen zunächst davon aus, dass man körperlich, geistig und monetär in der Lage ist, sich diesen Regeln entsprechend zu verhalten.

Allerdings:

„Menschen, die nicht mehr die erforderlichen Alltagskompetenzen für eine angemessene Ernährung besitzen, benötigen Hilfe und Unterstützung. Eine an den individuellen Bedürfnissen des Einzelnen orientierte Hilfe bedeutet allerdings mehr, als das tägliche Servieren einer warmen Mahlzeit. (Rückert et al. 2007).

4.2. Zur Ernährungssituation alter und demenzkranker Menschen in der Häuslichkeit und in der institutionellen Versorgung

Altenheim

Selbst bei Gesunden, in der eigenen Häuslichkeit lebenden Senioren findet sich laut Zeyfang (Zeyfang et al 2005) bei circa „2 bis 7 % eine Mangelernährung, bei 22 bis 59 % der hospitalisierten Älteren und bei 10 bis 85 % der Bewohner von Pflegeheimen“. Hackl und andere (Hackl et al. 2006) sprechen von 25 bis 50 Prozent der Heimbewohner mit Mangelernährung oder zumindest einem im Risikobereich befindlichen Ernährungszustand.

Krankenhaus

„Bei Krankenhauseinweisungen tritt eine Mangelernährung bei bis zu 60 Prozent aller alten und kranken Menschen auf; sie ist die am häufigsten diagnostizierte Co-Morbidität (Seiler 1999 zit. Nach Radzey et al. 2007).“

Tagespflege und häusliche Pflege

Zur Ernährungssituation von älteren Menschen in der Tagespflege und professionell versorgten Menschen in der eigenen Häuslichkeit liegen keine Daten vor.

Insgesamt ist die Datenlage zwar ausreichend, um von einem wesentlichen Problem in der Versorgung zuspochen, allerdings braucht es unbedingt weitere Untersuchungen um das Problem in seiner Differenziertheit zu erfassen.

Ernährungssituation demenzerkrankter Menschen

Zur speziellen Ernährungslage von demenzerkrankten Menschen in Deutschland liegen neben der Publikation von Hackl (2006) wenige weitere Daten vor. Multimorbidität gilt als zentraler Risikofaktor für die Mangelernährung (Schmidt et al. 2002). Wenn man von den genannten Studien in Altenheimen ausgeht und berücksichtigt, dass ca. 50 bis 80 Prozent der Altenheimbewohner demenzerkrankt sind, werden die genannten Zahlen mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die Demenzerkrankten zutreffen, wobei die Ursachen für Mangel- oder Fehlernährung unter Umständen zwischen Menschen mit und ohne Demenz differieren. Der 4. Altenbericht spricht gar von etwa 25 Prozent untergewichtigen Demenzkranken. Laut Seiler (1999) ist Mangelernährung die am häufigsten diagnostizierte Co-Morbidität bei alten und kranken Menschen.

Untersuchungen in hessischen Altenheimen durch den MDK ergaben, dass „47 Prozent der vollständig über eine (Sonde) versorgten Personen ... sogar weniger als den Grundumsatz (erhielten) (Brüggemann 2003).“

4.3. Einfluss des Alters und anderer Faktoren auf die Ernährung

Im Alter verändern sich Körper und seine Stoffwechselprozesse. Dies wiederum hat einen großen Einfluss auf den Menschen und auf sein Ernährungsverhalten und Ernährungsbedürfnisse. Folgende Altersveränderungen sind von großer Wichtigkeit hinsichtlich des Einflusses auf das Ess- und Trinkverhalten sowie auf die Ernährungssituation. Die beschriebenen Veränderungen wirken sich unter Umständen bei Demenzerkrankten gesteigert aus (Radzey et al 2007):

- Sowohl der Wasseranteil im Körper und der fettfreien Körpermasse (Muskelgewebe und Knochen) vermindert sich im Alter. Dazu kommt eine Verminderung des Durstgefühls. Folge können (gesteigerte) Verwirrtheitszustände, Dehydration und Minderung des Leistungsvermögens sein (bis hin zu Nieren- und Kreislaufversagen). Empfohlene Richtmenge der Flüssigkeitszufuhr sind täglich 1,5 Liter.
 - Empfehlung: Regelmäßiges Trinkverhalten
- Bei Abnahme des Wasseranteils steigt der Anteil des Körperfettes. Dadurch kommt es zu einem Kräfteverlust. Durch Rückgang des Muskelgewebes sinkt der Energiebedarf woraus eine Verminderung von Appetit und in der Folge der Nah-

rungsaufnahme resultiert. Trotz dieser Minderung bleibt aber der Bedarf an Vitaminen und Mineralstoffen unverändert.

- Folge kann eine zu geringe Magensäureproduktion mit in der Folge einer zu geringen Vitamin B12-Resorption sein. Dies kann kognitive Beeinträchtigungen fördern.
- Empfehlung: Verzehr von Lebensmitteln mit höherer Nährstoffdichte. Selbst bei einer gut zusammengestellten Mischkost kann der Bedarf an essentiellen Nährstoffen erst ab 1500 kcal gedeckt werden
- Vitamin D kann nur durch Sonneneinstrahlung in der Haut gebildet werden. Die Synthesefähigkeit vermindert sich im Alter häufig, da diese an das Haus gebunden sind. Vitamin D ist notwendig für den Knochenstoffwechsel und kann mit Calcium und Vitamin K den Beginn einer Osteoporose verzögern
- Appetitminderung (Altersanorexie): Regulationsmechanismen wie Hunger- und Sättigungsgefühl sind beeinträchtigt. Sie haben weniger Hunger/Durst und sind schneller satt. Die Ursachen sind vielfältig. Dazu gehören:
 - Beeinträchtigung von Seh-, Schmeck- und Riechvermögen. Etwa 60% der 65 bis 80-jährigen Personen (75 % der über 80-Jährigen) leiden unter Riechstörungen (Klimek et al 2000). Die Riechstörung gilt es frühes Symptom der Alzheimererkrankung.
 - Durch Beeinträchtigung dieser Sinne wenig Anregung der Sekretion der Verdauungsflüssigkeiten und somit geringere Aufnahme der Nährstoffe
 - Durch geminderte Sehfähigkeit werden kontrastarme Speisen auf dem Teller nicht erkannt
 - Vermindertes Riech- und Schmeckvermögen „macht“ die Speisen fade (sauer, süß, salzig oder bitter werden erst bei deutlich höheren Konzentrationen erkannt)
 - Zahnverlust und Kaubeschwerden
 - Schluckbeschwerden treten bei Schlaganfall oder auch bei Demenzerkrankungen auf. Die Personen haben Angst sich zu verschlucken oder meiden das Essen wegen großer Schwierigkeiten (Zahnstatus). Bei Schluckbeschwerden kann es zu einer Aspirationspneumonie kommen (eine der häufigsten Todesursachen bei Demenzerkrankten)
 - Medikamente:

- Appetitminderung durch Medikamente (Nebenwirkungen) treten in Zusammenhang mit Medikamenten Übelkeit (Acetylcholinesterasehemmer), Völlegefühl, Mundtrockenheit, Geschmacksbeeinträchtigungen
 - Mangelnde Nährstoffaufnahme durch Medikamente (Beeinflussung der Nährstoffabsorption, des Stoffwechsels und der Nährstoffexkretion)
- Schmerzen
 - Depressive Symptome
 - Einsamkeit
 - Mangelnde körperliche Aktivität
 - Räumliche Umgebung
 - Soziale Umgebung

4.4. Möglicher positiver Einfluss der Ernährung auf die Demenzerkrankung

Die Notwendigkeit und der Einfluss einer gesunden Ernährung auf den Menschen sind hinreichend bekannt (siehe www.dge.de). Welchen Einfluss aber hat die Ernährung auf Entstehung und möglicherweise auf den Prozess der Demenzerkrankung. Radzey und Fischer (Radzey et al 2007) diskutieren insbesondere drei mögliche Ansatzpunkte:

Inzwischen werden in der Literatur verschiedene Einflüsse der Ernährung auf Demenzerkrankungen diskutiert. Als positiv und möglicherweise präventiv hinsichtlich der Entstehung von Demenzerkrankungen finden sich in der Literatur folgende Aspekte (Nourhashemi et al 2000 nach Radzey et al 2007):

- Antioxidantien (Vitamine C & E, β -Carotinoide, Mineralstoffe Selen und Zink, sekundäre Pflanzenstoffe) schützen vor freien Radikalen. Diese erhöhen das Risiko für Demenzerkrankungen. Ausreichende Zufuhr kann unter Umständen das Risiko der Erkrankung mindern und/oder den Beginn hinauszögern
- Der Homocysteinspiegel gilt als Risikofaktor für Herz/Kreislaufkrankungen und für die Alzheimerkrankheit. Homocystein kann durch eine ausreichende Vitamin B6 und Vitamin B12 Zufuhr verringert werden (Erhöhung des Folsäurespiegels)

- Ein zu hoher Verzehr von Fetten (vor allem gesättigte, tierische Fette) wirkt sich auf das Demenzrisiko aus. Omega-3-Fettsäuren sollen Nervenzellen schützen können.

Negativ bleibt festzuhalten, dass Studien darauf hinweisen, dass Menschen mit einem hohen Ausmaß herausfordernder Verhaltensweisen in der Regel auch einen schlechten Ernährungszustand haben (Guerin 2005).

4.5. Folgen von Fehl- und Mangelernährung

Rückert und andere (Rückert 2007) haben auf der Basis von Studien die wesentlichen Risiken von Fehl- und Mangelernährung zusammengestellt:

Demnach sind die größten Risiken:

- Erhöhtes Infektionsrisiko

Durch eine Beeinträchtigung der Immunabwehr erhöht sich das Infektionsrisiko. Die Infektion kann durch Belastung des Herzkreislaufsystems zum Tode führen.

- Erhöhtes Sturz- oder/und Knochenbruchrisiko

Durch Mangel - und Fehlernährung wird eine Entstehung/Verschlimmerung von Osteoporose begünstigt. Außerdem führt ein nahrungsbedingter Bewegungsmangel zu häufigeren Stürzen ebenso wie Knochenbrüche wiederum Mobilität und Selbstständigkeit mindern und verstärkt zu Bettlägerigkeit führen können.

- Entwicklung von Druckgeschwüren

Eine eingeschränkte Mobilität erhöht das Risiko der Entwicklung von Druckgeschwüren.

- Entwicklung einer Anämie

Der Mangel an Vitamin- und Eiweiß kann eine Anämie auslösen. Dies schränkt den Sauerstoffgehalt im Blut ein, was wiederum zu Folgekomplikationen führen kann.

Radzey (Radzey et al 2007) bestätigt und ergänzt diese Aufzählung um weitere mögliche Komplikationen und Folgen von Fehl- und/oder Mangelernährung

- Allgemeine Schwäche
- Reduzierte Muskelmasse
- Erhöhtes Sturzrisiko, Risiko von Knochenbrüchen
- Immobilität

- Infektionsanfälligkeit
- Verdauungsprobleme
- Erhöhtes Dekubitusrisiko
- Vermehrte Krankenhausaufenthalte, verlangsamte Genesungsfähigkeit, erhöhtes Komplikationsrisiko
- Verlust der Eigenständigkeit
- Kognitive Leistungsminderung
- Verlust an Lebensfreude
- Erhöhtes Mortalitätsrisiko

4.6. Grundsatzstellungen, Assessments, Qualitätsniveaus und Expertenstandard

Um Mangelernährung und Fehlernährung zu vermeiden und/oder zu behandeln, ist es notwendig, gefährdete Menschen zu identifizieren. „Erfasst werden dabei üblicherweise der Body-Mass-Index (BMI), Veränderungen des Körpergewichts, Veränderungen der Nahrungsmenge und Veränderungen des Bedarfs (Bartholomeyczik et al 2008).“ Gefährdete Menschen müssen dann in ihrer Situation tiefer gehend analysiert werden. Dazu bedarf es eines Assessments. „Es dient dazu, die Ernährungssituation genauer zu erfassen und mögliche Ursachen für eine unzureichende Aufnahme von Speisen zu identifizieren (Bartholomeyczik et al 2008):“ Die Erfassung dieser Parameter muss von Pflegenden durchgeführt werden können, wobei aber „Voraussetzung für erfolgreiche Interventionen [...] ein regelmäßiger interdisziplinärer Austausch der am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen“ ist (Bartholomeyczik et al 2008). Die in Deutschland bekanntesten entwickelten Erhebungsinstrumente sind das MNA (Mini Nutritional Assessment), das NRS-2002 (Nutrition Risk Score 2002) oder das NuRAS (Nutrition Risk Assessment Scale).

Allein körperbasierte Messungen allerdings dürfen nie ausschlaggebende Hinweise für die Ernährungssituation sein. Bauer fordert, dass den Verlaufsbeobachtungen und der Beurteilung des Gesamtbildes eine größere Bedeutung zukommt als den Einzelbefunden (Bauer et al 2006).

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V (MDS) veröffentlichte bereits 2003 eine seitens der Wissenschaft längst überfällige Grundsatzstellungnahme zur „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen (2003).“ Angestoßen durch MDK-Überprüfungen, bei denen gravierende Mängel bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung (insbesondere bei gerontopsychiatrisch betroffenen Menschen) offenbar wurden, fasste der MDS durch eine Expertengruppe Wissen rundum Ernährung, Flüssigkeitsbedarf und Assessmentinstrumenten im Bereich zusammen und sprach hinsichtlich der Erfassung und des pflegerischen Umganges mit möglicher Mangelernährung Empfehlungen aus. Um Mangelernährung vorzubeugen und wissenschaftsbasiert handeln zu können, empfahl der MDS ein Assessment des Ernährungszustandes. Dazu gehören neben der klinischen Einschätzung und der Laborbestimmung der Serumalbuminkonzentration regelmäßige Erhebungen des Körpergewichts mit der Bestimmung des Body-Mass-Index (BMI) zur Verlaufskontrolle (Krankenhaus 1x/Woche; Altenheim 1x/Monat). Dies soll in Verbindung mit dem Mini Nutritional Assessment (MNA) zur Erfassung des Ernährungszustandes durchgeführt werden. Der MDS wies darauf hin, dass bei Erkennen von Mangelernährung oder Ess- und Trinkproblemen nach Ursachen geforscht werden muss. Wie dies geschehen soll, beschreibt das empfohlene Ernährungsassessment nicht.

Auf diese Empfehlung reagierte die Nationale Pflegeassessmentgruppe Deutschland an der Universität Witten/Herdecke unter der Leitung von Prof. Sabine Bartholomeyczik mit Lob und Kritik. Sie lobte den Vorstoß des MDS und bescheinigte die Notwendigkeit dieser Auseinandersetzung. Die Kritik besagte, dass entgegen den Ausführungen des MDS eine Diagnostik in zwei Phasen notwendig sei. In der ersten Phase müsse zunächst der Ernährungszustand und mögliche Gefahren identifiziert werden. In einem zweiten Schritt muss sich dann ein „umfassendes und differenziertes Assessment anschließen, das die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit und das Ableiten des tatsächlichen Pflegebedarfs ermöglicht (Nationale Pflegeassessmentgruppe Deutschland 2005).“ Die Expertengruppe kritisierte nicht nur den fehlenden Teil des MDS-Papieres zum Ableiten des tatsächlichen Pflegebedarfes, sondern ging explizit auf einzelne Empfehlungen des MDS ein. So wurde unter anderem kritisch bemerkt, dass das empfohlene MNA zwar wichtige Informationen erfasse, jedoch Bereiche zu oberflächlich behandle, um daraus Bedarfe ableiten zu können (Z.B.: psychischer Stress und akute Krankheiten werden nicht differenziert erfasst;

unter Hautproblemen werden Wundheilungsstörungen nicht erfragt;). Eine weitere Kritik betraf die Nicht-Berücksichtigung der Biografie der Betroffenen (z. B auch Erfassung der Essbiografie). Zudem sei ein Teil des MNA eine subjektive Selbsteinschätzung, welche von Personen mit kognitiven Einschränkungen unter Umständen nicht adäquat durchgeführt werden könne

Neben anderen Teilen wurde ebenfalls der Einsatz des BMI-Index kritisiert. Dieser ist nach Aussage der Assessmentgruppe insbesondere bei älteren Menschen nicht immer aussagekräftig. So berücksichtigt er unter anderem keine im Alter häufiger vorkommenden Veränderungen wie Amputationen oder Einlagerungen (Ödeme) und kann so im Zweifel zu Fehlinterpretationen des Ernährungszustandes und dadurch falschen pflegerischen Handlungen führen. Schlussendlich resümiert die Pflegeassessmentgruppe, dass es derzeit (dies gilt noch heute) keinen (Gold)Standard zur Einschätzung der Ernährungssituation gäbe und stellte für das Frühjahr 2006 ein entsprechendes neues Assessment in Aussicht.

Dieses erschien erst zu Beginn des Jahres 2008 und findet derzeit noch wenig Beachtung. Mit dem „Qualitätsniveau II - Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung (Bartholomeyczik et al 2008) der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS) liegt nunmehr ein Instrument in der Langzeitpflege vor, welches nach eigenen Angaben „die Einrichtungen und Dienste in ihrer Verantwortung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements stützt.“ Allerdings berücksichtigt das QN II nicht ausdrücklich Personen mit Demenz. Es wurde von einer multidisziplinär zusammengesetzten Gruppe entwickelt und richtet sich gezielt an alle diese Berufsgruppen. Auf der Basis einer internationalen Literaturrecherche, Experteninterviews und Expertengruppen wurden handlungsleitende Empfehlungen zur Implementierung in Langzeiteinrichtungen gegeben.

Die Kernaussage, von der ausgehend sich die fünf formulierten Ziele mit einem jeweiligen Instrumentarium mit handlungsleitenden Empfehlungen ableiten, lautet:

Jeder Mensch in Einrichtungen der Pflege und Betreuung ist seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf entsprechend ernährt.

Ziele:

1. Jede Bewohnerin hat die Möglichkeit, Speisen und Getränke zu sich zu nehmen, die ihren Bedürfnissen entsprechen.
2. Jede Bewohnerin hat die Möglichkeit, Speisen und Getränke zu sich zu nehmen, die ihrem Bedarf entsprechen.
3. Jede Bewohnerin nimmt Speisen und Getränke in einer Umgebung ein, in der sie sich wohl fühlt.
4. Bei jeder Bewohnerin sind Risiken für eine unzureichende Aufnahme von Speisen und/oder Getränken erkannt.
5. Bei jeder Bewohnerin sind Beeinträchtigungen, die sich auf die Fähigkeit zur Aufnahme von Speisen und/oder Getränken auswirken, angemessen behandelt oder kompensiert.

Beispielhaft soll an dieser Stelle die das Qualitätsniveau für die Zielforderung 3 abgebildet werden.

Abbildung 4: QN II Ziel 3 /Bartholomeyczik et al 2008; S. 35

QN II – Qualitätsniveau für die orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung					
Ziel 3 – Jede Bewohnerin nimmt Speisen und Getränke in einer Umgebung ein, in der sie sich wohl fühlt.					
Handlungsleitende Empfehlungen in den Verantwortungsbereichen (Kriterien)					
Bewohnerin		Einrichtung		Extern Beteiligte	
Bewohnerin	Gesetzl. Vertr.	Mitarbeiterin (MA Küche, MA Wohnbereich)	Träger/Management	Professionen	Bezugspersonen
Teilt mit, welche Umgebungsfaktoren während der Mahlzeiten für sie förderlich bzw. störend sind.	Trägt dazu bei, den Willen der Bewohnerin in Erfahrung zu bringen.	MA Wohnbereich: fördern die Gemeinschaft bei Mahlzeiten.	Sorgt für gut erreichbare und leicht auffindbare Räume zum Einnehmen der Mahlzeiten (z. B. Kennzeichnung, Beleuchtung, Barriere frei).		Geben Hinweise, welche fördernden und störenden Faktoren im Hinblick auf die Umgebung während der Mahlzeiten für die Bewohnerin von Bedeutung sind.
Bestimmt, ob sie ihr Essen in Gemeinschaft oder alleine zu sich nimmt.		MA Wohnbereich: fördern die Einnahme der Mahlzeiten in aufrechter Sitzposition, wenn möglich am Tisch.	Fördert die Mitwirkung der Bewohnerin bei der Umgebungsgestaltung unter Einbeziehung des Heimbeirates.		
Wirkt an der Umgebungsgestaltung mit.		MA Wohnbereich: stimmen die Tischgemeinschaften mit der Bewohnerin ab.	Sorgt für angemessene Gestaltung der Räume, in denen Mahlzeiten eingenommen werden. ①		
		MA Wohnbereich: berücksichtigen während der Mahlzeiten fördernde und störende Umgebungsfaktoren.	Hält zweckmäßiges Mobiliar für eine adäquate Sitzposition und Körperhaltung der Bewohnerin vor, die für die Bewohnerin und Versorgungspersonen einfach zu handhaben sind.		
		MA Wohnbereich: erfassen, dokumentieren für die einzelnen Bewohnerinnen fördernde und störende Umgebungsfaktoren während der Mahlzeiten, besprechen Veränderungen und leiten diese ggf. ein.	Hält in den Räumen, in denen Mahlzeiten eingenommen werden, genügend Sitzmöglichkeiten für Gäste vor.		
		MA Wohnbereich: unterstützen die Bewohnerin bei der Umgebungsgestaltung.	Ermöglicht Angehörigen die Teilnahme an Mahlzeiten/Verpflegung.		

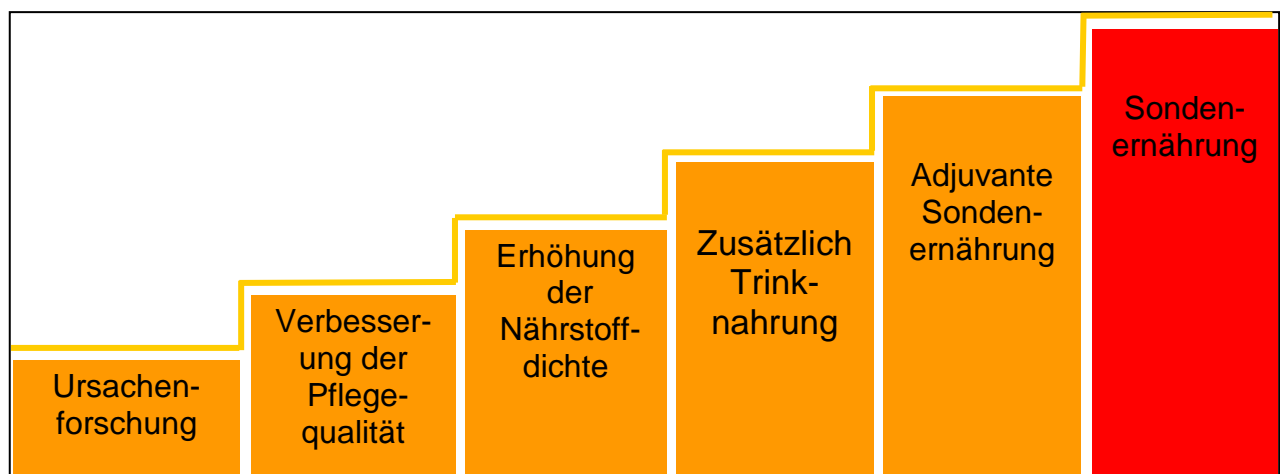
Hinweis
 ① Die Gestaltung der Räume ist angemessen, wenn z. B. genügend Platz zum Bewegen/Abstellen von Rollstühlen, Gehhilfen, Ess- und Servierwagen vorhanden ist oder der Geräuschpegel den Bedürfnissen der Bewohnerin entspricht.

Derzeit kurz vor der Veröffentlichung steht der bundeseinheitliche Standard des Deutschen Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege zur „Bedürfnis- und bedarfsgerechte(n) Nahrung(s)- und Flüssigkeitsaufnahme bei pflegebedürftigen Menschen“. Allerdings ist auch dieser nicht speziell für Personen mit Demenz erarbeitet. Es bleibt abzuwarten, inwiefern dieser Standard in der täglichen Praxis mit problematischen Essverhalten, Fehl- und Mangelernährung bei Demenzerkrankten nutzt. Die Konsensuskonferenz zum Expertenstandard findet am 8. Oktober 2008 statt.

Was bedeutet dies für die Pflegenden? Die Grundsatzstellungnahme des MDS bildet den Hintergrund für die Qualitätsprüfungen des MDK nach § 114 SGB XI. Insofern hat sie für die Leistungsanbieter und somit für die Pflegenden selbst eine große Bedeutung. Unstrittig scheint aber auch, dass mangels Forschung und neuer, besserer Instrumente innerhalb der Empfehlungen wesentliche Aspekte unberücksichtigt sind. Die Forschung hinkt der Praxis eindeutig hinterher ... - zum Leidwesen der Betroffenen und der Betreuenden. Einig ist man sich indes, dass es zur richtigen Beurteilung des Essverhaltens als problematisch und wohlmöglich Fehl- und Mangelernährung auslösend eines Situationsverständnisses bedarf, welches die verschiedenen Aspekte der Problematik zusammenführt und erst dadurch eine Beurteilung und mögliche Intervention möglich macht.

Wirth veröffentlichte ein Übersichts- und Strukturmodell zur Therapie vom Mangelernährung. Dies Modell beschreibt die entsprechenden Schritte eines Problemlösungsprozesses (Abbildung 5)

Abbildung 5: Vorgehensweise bei der Ernährungstherapie (vgl. Wirth, 2005 nach Kolb 2007)



4.7. Spezielle demenzbedingte Probleme bei der Ernährung von Menschen mit Demenz

Neben den bereits genannten Aspekten des Alterns gibt es zahlreiche demenzspezifische Probleme, welche die Ernährungssituation erschweren und von Pflegenden unbedingt berücksichtigt werden müssen. Aus diesen lassen sich wiederum spezielle Interventionen ableiten, welche Fehl- und Mangelernährung vermeiden helfen. Radzey et al (2007) fassen aus der Wissenschaft und Praxis eruierte Problemstellungen zusammen:

4.7.1. Mögliche Probleme bei der Ernährung von Menschen mit Demenz

- Mangelnde Konzentration auf den Essvorgang
- Ablenkbarkeit durch Lärm und Hektik
- Überforderung mit der Esssituation - Überstimulation
- Koordinierungsschwierigkeiten beim Umgang mit Besteck
- Vergessen wie Besteck benutzt wird
- Mangelnde Sicherheit beim Essen (Kleckern)
- „Tischmanieren“ gehen verloren
- Appetitminderung
- Nicht-Erkennen von Nahrung/Speisen; ungewohnter fader Geschmack
- Betroffener isst Nicht-Essbares und Gefährliches
- Veränderte Geschmackswahrnehmung
- Verweigerung von aus Sicht des Kranken ungeeigneter Nahrung, Wahnvorstellungen, Vergiftungsängste
- Fehlende Einsicht in die Notwendigkeit von Essen und Trinken
- Aggressionen bei Bevormundung
- Irritationen durch unterschiedliche Konsistenzen (z.B. Mandelsplitter in der Nachspeise werden ausgespuckt)
- Beeinträchtigung der Koordination der Kaumuskulatur
- Vergessen der Mahlzeiten
- Keine adäquate Reaktion auf Hunger und Durst
- Zerkleinern und Schlucken nur unter Anleitung

- Vorlieben bzw. Abneigungen können unter Umständen nicht sprachlich zum Ausdruck gebracht werden
- Ruhelosigkeit, gesteigerter Bewegungsdrang

Von Bedeutung in diesem Zusammenhang ist die Blandford-Skala. Der Geriater Blandford entwickelte das Aversive Feeding Behaviour Inventory, welches die Qualität der Ess- und Trinkproblematik Demenzerkrankter erfassen hilft (Kolb 2007). In diesem wird die Situation in der die Essproblematik auftaucht ebenso wie die Beziehungsqualität zu Pflegenden und die Qualität und Darreichungsart der Speisen bewertet. Christian Kolb übersetzte das Instrument in deutscher Sprache. Allein die Aufteilung, Kategorisierung und beispielhafte Maßnahmenbeschreibung helfen, ein differenziertes Verständnis problematischen Essverhaltens zu entwickeln. Abbildung 6 zeigt die deutsche Übersetzung durch Christian Kolb (2007) sowie eine Maßnahmenmatrix (Abbildung 7), die vom selben Autor aus der Praxis entwickelt wurde.

Abbildung 6: Blandford-Skala; pflegen: Demenz 2/2007

Das Aversive Feeding Behaviour Inventory – Ein Instrument zur Beurteilung von problematischem Essverhalten bei Demenzkranken

Direktes ablehnendes Verhalten

SELEKTIVES VERHALTEN

(Erfordert qualitative Änderung der Ernährung)

- ▶ Verlangt nach besonderem Essen oder lehnt die Nahrung ab.
- ▶ Verlangt nach besonderem Essen, probiert es, beklagt sich und isst nicht weiter.
- ▶ Lehnt verschiedene Speisen ab.
- ▶ Isst geringe Mengen und lehnt weitere Nahrung ab.
- ▶ Bevorzugt flüssige Nahrung (mehr als 50 Prozent der Nahrung).
- ▶ Akzeptiert nur flüssige Nahrung.

OROPHARYNGEALE DYSPHAGIE

(Fehlende orale neuromuskuläre Koordination beim Kauen und Schlucken)

- ▶ Öffnet den Mund nur bei direktem Kontakt mit dem Löffel.
- ▶ Presst die Lippen zusammen.
- ▶ Hält den Mund fest verschlossen und beißt die Zähne zusammen.
- ▶ Ständige Zungen- und Lippenbewegungen verhindern die Nahrungsaufnahme.
- ▶ Nimmt die Nahrung in den Mund und stößt sie wieder aus.
- ▶ Nimmt Nahrung auf, aber schluckt sie nicht.
- ▶ Nimmt Nahrung auf, aber schließt nicht den Mund; Nahrung fließt aus dem Mund.

Indirektes ablehnendes Verhalten

ABLEHNENDES VERHALTEN

- ▶ Wendet den Kopf zur Seite.
- ▶ Hält die Hände abwehrend vor den Mund.
- ▶ Schiebt den Löffel weg.
- ▶ Schlägt nach dem Pflegenden.
- ▶ Wirft mit dem Essen.

ALLGEMEINE DYSPRAXIE/AGNOSIE

(Globale kognitive Defizite, Verwirrtheit, fehlende Konzentration)

- ▶ Muss verbal zum Essen gedrängt werden.
- ▶ Isst mit den Fingern statt mit Besteck.
- ▶ Unfähig mit Besteck zu essen.
- ▶ Spielt mit dem Essen herum, ohne zu essen.
- ▶ Spielt ständig, statt zu essen.
- ▶ Versucht nicht Essbares zu essen.
- ▶ Läuft während des Essens vom Tisch weg.
- ▶ Beachtet die Nahrung nicht.

PHARYGNOÖSOPHAGEALE DYSPHAGIE

(Nahrung gelangt in die Luftwege)

- ▶ Hustet oder würgt bei der Nahrungsaufnahme.
- ▶ Hat gurgelnde Stimme.

Aversive Feeding Behaviour Inventory (vgl. Blandford 1998, Übersetzung Christian Kolb)

Abbildung 7: Blandford Skala: Ablehnendes Verhalten und zugehörige Maßnahmen; "pflegen: Demenz 2/2007

Ablehnendes Verhalten und zugehörige Maßnahmen	
Direktes ablehnendes Verhalten	Maßnahmen
Selektives Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Essbiografie erstellen, beliebte Speisen von früher anbieten. • Auf eine appetitanregende Präsentation der Mahlzeiten achten. • Auf veränderte Geschmacksempfindung reagieren, z. B. Speisen würzen, kann auch etwas Zucker auf Wurst sein – Kreativität. • Anbieten von Snacks und Zwischenmahlzeiten, bei Bedarf auch nachts (Fingerfood). • Bei längerer Mahlzeiteinnahme auf die Temperatur des Essens achten.
Oropharyngeale Dysphagie (Fehlende orale neuromuskuläre Koordination beim Essen)	<ul style="list-style-type: none"> • Weiche Kost, evtl. Breikost und Getränke anbieten. • Reichen von kleinen mundgerechten Portionen, aber groß genug um zu fühlen, dass Essen im Mund ist. • Kleine Löffel verwenden. • Genügend Zeit für jeden Bissen geben. Er soll komplett geschluckt sein, bevor der Nächste gereicht wird. • Freundliche verbale Aufforderungen, „kauen“, „schlucken“, „Mund auf machen“.
Indirektes ablehnendes Verhalten	Maßnahmen
Ablehnendes Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstständigkeit fördern mit Fingerfood. • Anwesenheit von Bezugsperson oder vertrauter Person bei den Mahlzeiten. • Benutzen von verbalen Anweisungen; deutliche Beschreibung des angebotenen Essen, insbesondere bei püriertem Essen. Benutzen eines freundlichen aber auch überzeugenden Umgangston. • Diplomatische Haltung, d. h. verhindern von Konfrontationen, wenn demenzerkrankte Person nicht essen möchte, nach einiger Zeit noch einmal probieren. Immer das Gefühl geben, dass er/sie selber entschieden hat. • Unterstützung durch Gesellschaft beim Essen, z. B. andere Bewohnern/Patienten, Pflegepersonal, ehrenamtliche Helfer, Angehörige. • Zulassen von „ungewohntem“ Essverhalten. Selber essen ist wichtiger als saubere Kleidung.
Allgemeine Dyspraxie/Agnosie (Globale kognitive Defizite, Verwirrtheit, fehlende Konzentration)	<ul style="list-style-type: none"> • Auf eine stressfreie Umgebung beim Essen achten. Lärm oder andere vom Essen ablenkende Störungen sollten auf ein Minimum reduziert werden. • Die Gänge einzeln präsentieren, um eine Überforderung zu vermeiden. • Eine Pflegeperson sollte während der gesamten Mahlzeit bei dem Betreuten bleiben und Störungen vermeiden, gegenüber auf Augenhöhe sitzen, auf Augenkontakt achten. • Bei unruhigen Patienten immer wieder kleine Snacks anbieten (Eat by walking). • Bei Apraxie die Bewegungen beim Patienten führen. Übernahme der Bewegung erst, wenn erkennbar ist, dass sie für den Patienten nicht möglich ist. Auf nonverbale Kommunikation • Auf gute Lichtverhältnisse achten. Auf Kontraste achten, beispielsweise kein weißer Teller mit Vanillepudding auf weißer Tischdecke.
Pharyngoösophageale Dysphagie (Nahrung gelangt in die Luftwege)	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Dysphagie sollte immer eine Logopädin hinzugezogen werden, welche die Schluckfähigkeit einschätzt oder eine für Kau- und Schlucktraining ausgebildete Pflegekraft.

4.7.2. Die Rolle und das Erleben der Pflegenden bei der Ernährung von Menschen mit Demenz

Problematisches Essverhalten hat - wie bereits mehrfach beschrieben - verschiedene Aspekte. Es handelt sich immer um ein biopsychosoziales Problem. Gerade bei pflegebedürftigen Menschen spielen innerhalb dieses Problemkomplexes die Pflegenden, welche vielfach in der Verantwortung stehen, Bedürfnisse und Bedarfe zu erfassen und zu befriedigen, eine große Rolle. Schwerdt (2005) beschreibt die Ergebnisse von Studien zum Problemverhalten Pflegender bei der Ernährung Demenzerkrankter.

Zunächst einmal zeigte Rivère et al (2002), dass das Auftreten von Ernährungsproblemen in einem engen Zusammenhang mit der erlebten materiellen und emotionalen Belastung der pflegenden Angehörigen steht. Ein Interventionsprogramm mit Einbeziehung der pflegenden Angehörigen zeigte positive Effekte auf die Psyche der Pflegenden. Des Weiteren wurde eine Verzögerung oder gar Vermeidung der Institutionalisierung noch nach 8 Jahren festgestellt werden (Brodaty et al 1997).

Hilfe beim Essen als unangenehme Pflicht

Nicht nur pflegende Angehörige sondern auch beruflich Pflegende empfinden nicht ausreichendes Ess- und Trinkverhalten Demenzerkrankter als ausgesprochen belastend. Dies insbesondere, wenn diese angebotene Hilfen nicht annehmen. Pflegende entwickelten und erlebten „starke Gefühle der Hilflosigkeit und des Versagens, Angst um das Leben der demenzkranken Personen, Ärger, Ekel, Scham und Empörung (Borker 1996, Borker 2002, Sowinski 1991, Manthorpe et al 2003). Bäckström (Bäckström et al 1993) und Norberg (Norberg et al 1993) berichten, dass Pflegende die Aufgabe, Demenzerkrankten bei der Ernährung zu helfen, als unangenehme Pflicht erleben und vorzugsweise an Hilfskräfte delegieren.

Schwerdt (2005) spricht in diesem Zusammenhang von einem „double-bind-Konflikt“. Auf der einen Seite sollen sie den Patienten am Leben erhalten und auf der anderen Seite sollen sie ihm keine zusätzlichen Leiden zuführen. „Die Pflegenden fühlen sich den Werten Leben und Lebensqualität, Leidensvermeidung, Autonomie, Verantwortung und Würde verpflichtet, doch diese scheinen sich gegenseitig auszuschließen

(Aakerlund et al 1993; Norberg et al 1995). Häufig wird dieses scheinbar unlösbare Dilemma durch das Legen einer PEG-Sonde deeskaliert.

Mangelndes Vermögen der Problemwahrnehmung durch Pflegende

Norberg und andere (Norberg 1995) „fanden einen bestürzenden Mangel an Gewissheit darüber, wie das Verhalten eines Menschen mit Demenz beim Essen zu deuten sei. Die Pflegenden konnten seine Empfindungen und Vorlieben nicht einschätzen. Sie konnten nicht erkennen, ob er aktuell leidet, und ob er die Speisen zurückweist, weil er sich willentlich dazu entschieden hat (Norberg et al 1995; Aakerlund et al 1993, Norberg et al 1993, Bäckström et al. 1993). Das gleiche abwehrende Verhalten wurde als zufällig und sinnlos, als Ablehnung der Speise oder einer Pflegeperson oder auch als Zeichen des Wunsches, zu sterben, interpretiert (Schwerdt 2005)“. Kenning (1996) hingegen fand in ihre Studie geradezu detektivisches Suchen nach Ursachen examinierter Pflegekräfte.

Anforderungen an Praxis und Forschung

Vor diesem Hintergrund wird umso deutlicher wie wichtig grundsätzlich eine fachliche Auseinandersetzung (beispielsweise mit der Blandford-Skala) mit der Erfassung der Art problematischen Essverhaltens ist. Abschließend kommt Schwerdt in ihrem Übersichtsartikel zu sechs Anforderungen an die Praxisentwicklung und Forschung (Schwerdt 2005):

1. Entwicklung von Instrumenten zur Beschreibung von Pflegeverläufen
2. Schaffen einer Datenbasis über das Problem Mangelernährung bei Demenzkranken
3. Durchführung eines differentiellen Assessments und Entwicklung spezifischer Assessmentinstrumente zur Ernährung
4. Kompetenzentwicklung in der Unterstützung von Menschen in fortgeschrittenen Demenzprozessen mit Ernährungsproblemen auf advance nursing practice Niveau
5. Einrichtung regelmäßiger intraprofessioneller Fallbesprechungen
6. Entwicklung von Konzepten zum Ernährungsmanagement für Menschen mit Demenz

4.7.3. Trainings für Pflegende

Die Versorgung von Menschen mit Demenz ist eine anspruchsvolle Aufgabe. So stellte Norberg fest, dass Pflegende häufig nicht wussten, ob Demenzerkrankte nicht essen wollen oder ob sie nicht essen können (Norberg 1988). Borker fand wenig Hinweise auf wenig Engagement bei Pflegenden zur Ergründung der Ursachen von Nahrungsverweigerung (1996, 2002).

Es braucht das Wissen um physiologische und psychische Veränderungen im Alter und die Wichtigkeit der Milieugestaltung bei Demenz, um überhaupt in der Lage zu sein, problematisches Essverhalten zu verstehen und adäquat zu intervenieren.

Grundvoraussetzung für solche Fähigkeiten sind erfolgversprechende Schulungen und Unterstützung für Pflegende und natürlich genügend Zeit, erlernte Problemlösungsstrategien anzuwenden (Roberts & Durnbaugh 2002). Eine intensive Aufmerksamkeit und Zuwendung durch Mitarbeiter während des Essens führen zu einer besseren Nahrungsaufnahme. Werden Ernährungsprobleme durch Fachkräfte frühzeitig erkannt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet, so lässt sich Gewichtsverlust vermeiden (Keller et al. 2003).

„Eine appetitanregende, nicht von den Mahlzeiten ablenkende und auf die Bedürfnisse des Einzelnen angepasste Umgebung, sowie eine die Ressourcen unterstützende und die Unabhängigkeit fördernde Hilfe sollte grundsätzlich bei jeder Mahlzeit gegeben sein (Kayser-Jones, 1997) (Kolb 2007)“

4.8. Konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation Demenzerkrankter

Die Robert-Bosch-Stiftung rief 2004 die Initiative „Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz“ ins Leben. In dieser wurden sieben Werkstätten zu unterschiedlichen Themen durchgeführt. An deren Ende standen im Jahr 2007 sieben einzelne themenzentrierte Publikationen. In der Publikation „Ernährung bei Demenz (Rückert 2007)“ geben die Experten Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit problematischem Essverhalten zur Vorbeugung von Fehl- und Mangelernährung bei Demenz in verschiedenen Settings. Diese sollen an dieser Stelle verkürzt dargestellt werden:

4.8.1. Verbesserung der Ernährungssituation Demenzkranker in der häuslichen Umgebung

- Vor allem alleinlebende Menschen mit Demenz oder diese mit nicht koordinierter Betreuung sind bedroht von Fehl- und Mangelernährung
- Voraussetzung für eine angemessene Ernährungsprävention ist die rechtzeitige Feststellung der kognitiven Einschränkungen
 - Möglichkeit zur Identifizierung haben Hausärzte, Apotheker, ehrenamtliche Besuchsdienste, Angehörige, Freunde und Nachbarn. Diese müssen die Informationen untereinander austauschen, da Hausärzte bei kurzen Besuchen Demenzerkrankungen häufig nicht erkennen
 - Präventive Hausbesuche sind notwendig
- Für viele Demenzerkrankte ist es schwer oder fast unmöglich einzukaufen. Hier müssen Lieferservice installiert werden (schottischer Food-train)/Einschalten von ambulanten und/oder stationären Diensten

4.8.2. Verbesserung der Ernährungssituation Demenzkranker in der Tagespflege

- Die Tagespflege bietet Betreuenden die Möglichkeit auf die Ernährungssituation Einfluss zu nehmen
 - Zivildienstleistende des Fahrdienstes und Betreuende haben manchmal die Möglichkeit, Einblick in die häusliche Situation zu nehmen.
 - Betreuende haben die Möglichkeit, Angehörige über eine individuelle und bedarfsgerechte Ernährung zu informieren und Alleinlebenden z.B. ein Abendbrot mitzugeben
 - Betreuende können die Betroffenen zum Essen und Trinken animieren
 - Tagespflegeeinrichtungen haben die Möglichkeit, den Hilfebedarf erstmalig zu erkennen und so Fehl- und Mangelernährung entgegenzuwirken

4.8.3. Verbesserung der Ernährungssituation Demenzkranker in der stationären Altenhilfe

- Stationäre Pflegeeinrichtungen brauchen ein Verpflegungskonzept. Dazu gehören:
 - Ernährungsphysiologische Erkenntnisse und Informationen über den individuellen Bedarf an Flüssigkeit, Nährstoffen und Kalorien
 - Informationen über Ursachen von Fehl- und Mangelernährung
 - Organisatorische Richtlinien
 - Hinweise zur Unterstützung beim Essen und zur Gestaltung der Essumgebung
 - Definition der Verantwortungsbereiche

Die Publikation der Werkstatt Demenz gibt im folgenden detaillierte praktische Empfehlungen zur besseren Ernährung Demenzerkrankter in stationären Pflegeeinrichtungen (Rückert 2007; S. 75 - 110), welche an dieser Stelle nicht detailliert aufgeführt werden sollen. Diese Empfehlungen basieren größtenteils auf Praxiserfahrungen und sind zum jetzigen Zeitpunkt nicht in Gänze wissenschaftlich evaluiert.

4.8.4. Verbesserung der Ernährungssituation Demenzkranker im Krankenhaus

- Für Demenzerkrankte kann ein Krankenhausaufenthalt eine rapide Verschlechterung ihres körperlichen und psychischen Zustandes bedeuten
- Sie begreifen oft nicht wo sie sind
- Betreuende wissen oft nicht um die speziellen Bedürfnisse der Patienten
- Demenzerkrankte reagieren in dieser Ausnahmesituation häufig mit Ablehnung der angebotenen Speisen
- Betreuende und Angehörige reagieren oftmals mit Überforderung

Empfehlungen:

- Ausbildung einer Special Nurse für die Ernährung alter Menschen
- Demenzerkrankten eine ruhige Essumgebung schaffen (ein Raum zum Essen; Wohnküche für Demenzerkrankte)
- Angehörige in die Pflege einbeziehen
- Einführung eines Entlassungsmanagements

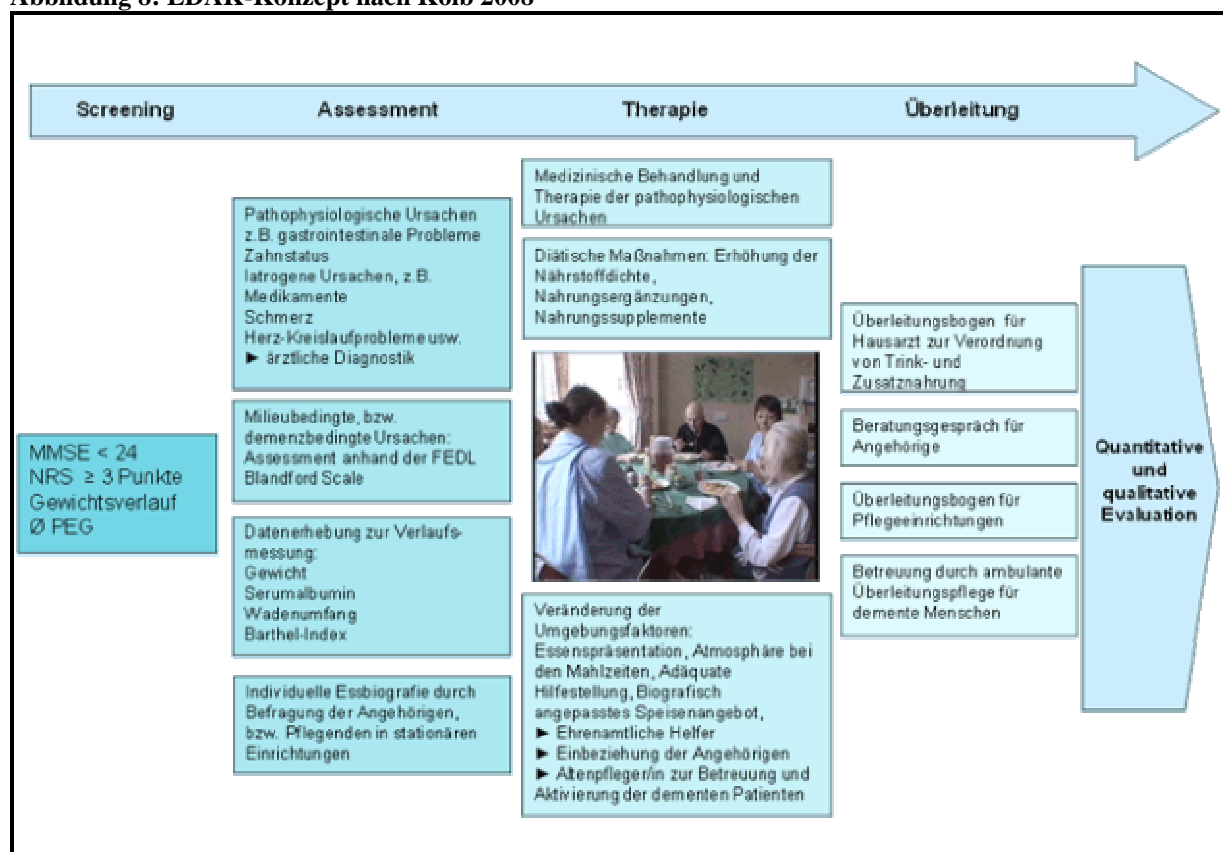
Beispiele:

- Heidelberger Bethanien-Krankenhaus: Geriatrich-internistische Station für akut-erkrankte Demenzpatienten (GISAD)
- Huiskammer-Modell (Niederlande)
- Rooming-In
- Essbiografie

4.8.5. Versorgungspfad nach Kolb (EDAK-Konzept) im Krankenhaus

Christian Kolb entwickelte auf der Basis des Qualitätsniveaus II der BUKO-QS einen Behandlungspfad zur Vermeidung von Mangelernährung im Krankenhaus. (Kolb 2008 auf www.demenz-im-krankenhaus.de). Abbildung 8 veranschaulicht den Pfad grafisch.

Abbildung 8: EDAK-Konzept nach Kolb 2008



Grundlegend stellte er folgende Gründe und Voraussetzungen der Notwendigkeit einer solchen Arbeitsweise fest (Kolb 2008):

Grundvoraussetzungen und Effekte

- Es gibt erfolgversprechende Konzepte zur Verbesserung der Ernährungssituation in der stationären Altenhilfe
- Eine Übertragung ins Krankenhaus ist möglich, wenn Demenzerkrankte als Kunden mit Bedürfnissen wahrgenommen werden
- Management muss die Einführung und Durchführung unterstützen
- Erfolg ist auch in anderen Kategorien messbar
 - Weniger Verhaltensauffälligkeiten während des Aufenthaltes, folglich Reduktion der Gabe von Psychopharmaka
 - Zufriedene Angehörige, durch die Einbeziehung in die Pflege und durch das Beratungsangebot auch nach dem Aufenthalt
 - Reduktion der Komplikationsrate während des Krankenhausaufenthaltes und schnellere Rekonvaleszenz und somit eine Reduzierung des Drehtüreffekts
 - Legen von sinnvollen PEG-Sonden (Kolb, 2005)
 - Und in Zeiten der Ökonomisierung des Gesundheitssystems den immer bedeutenderen Aspekt der stärkeren "Kundenbindung"

4.8.6. Allgemeine Tipps zur Essensgestaltung in Pflegeeinrichtungen und Individuelle Interventionsmöglichkeiten

Beate Radzey und Ulrike Fischer haben auf der Basis von Forschungen und „best-practice-Beispielen“ Tipps zur Essensgestaltung in Pflegeeinrichtungen und Individuelle Interventionsmöglichkeiten zusammengestellt (Radzey, Fischer 2007). Laut ihnen werden Verpflegungskonzepte mit individueller Bedürfnisorientierung und an den Fähigkeiten des Einzelnen orientiert benötigt. Neben der Speisenqualität beinhalten adäquate Konzepte die angemessene Gestaltung der räumlichen Umgebung, den empathischen Umgang der Mitarbeiter mit den Bewohnern und die Einbeziehung in den Tagesablauf. Die Lebensgewohnheiten der Bewohner sollten immer Ausgangspunkt pflegerischen Handelns sein. „Die Fähigkeit selbstständig zu essen kann durch die entsprechende Gestaltung der äußeren Umstände lange erhalten bleiben. Die

Beherrschung der gut bekannten, täglichen Aktivitäten ist von höchster Wichtigkeit für das Wohlbefinden und die Lebensqualität [Berg 2006] (Radzey, Fischer 2007).“

Obschon speziell vor dem Hintergrund stationärer Pflegeeinrichtungen gedacht, sollte bei allen Punkten die Übertragbarkeit auf weitere Settings der teilstationären, ambulanten und Akutversorgung mitgedacht werden.

Tipps für die Essensgestaltung in Pflegeeinrichtungen (pflegen: Demenz 2/2007)

- Ruhige Atmosphäre im Speisesaal, kein Lärm, ruhiges Verhalten der Pflegekräfte, ungestört (McDaniel et al. 2001)
- Wohnliche, vertraute Gestaltung
- Gemeinsames Essen, passende Tischnachbarn, nicht zu große Gruppen
- Qualifizierung der Mitarbeiter (Roberts & Durnbaugh 2002;Schwerdt 2005)
- Übersichtliche Tischgestaltung, nicht alles gleichzeitig servieren
- Eher kleine Portionen
- Kontrastreiches Geschirr (Dunne et al. 2004)
- Farbige Getränke (Keller, Rüsing 2007)
- Appetitliches Anrichten, auch pürierte Kost getrennt voneinander, kein Einheitsbrei, Einzelkomponenten auch farblich unterschiedlich
- Würzen
- Vertraute, attraktive, verlockende Mahlzeiten, Stichwort: Hausmannskost der Region
- Einbindung in die Tagesstruktur, verknüpft mit festen Ritualen
- Bewegung und frische Luft
- Gelüfteter Speiseraum
- Ausreichende Beleuchtung (Brush et al. 2002)
- ruhige Musik (Hicks-Moore 2005; Aldridge 2007)
- Aquarien (Edwards, Beck 2002)
- Teamarbeit und Austausch aller Beteiligten

Individuelle Interventionsmöglichkeiten (pflegen: Demenz 2/2007)

- Individuelle Betreuung (Keller et al. 2003)
- Besteck je nach Fähigkeiten
- Kostformen je nach Fähigkeiten: Fingerfood, weiche Kost, pürierte Kost
- Essbiographie, Vorlieben, Abneigungen, Lieblingsspeisen und besondere Leckerreien
- Würdevoller Umgang bei Nahrungsverweigerung
- Einfühlsamer Umgang, intensive Interaktion zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden (Wagener et al. 1998)
- Größte Aufmerksamkeitsfähigkeit mittags oder morgens?
- Pflegekräfte sitzen mit am Tisch und geben Hilfestellung und Handlungsimpulse falls nötig - Gastgeberfunktion
- Flexible Handhabung auf den Wohnbereichen
- Einbinden in Zu- und Nachbereitung der Mahlzeiten wie zu Hause. Mahlzeitenbezogene Aktivitäten können das Interesse am Essen wecken, den Appetit stimulieren. Aktivitäten mit therapeutischem Wert zur Stimulierung auf sinnlicher, sozialer und kognitiver Ebene.

Es existieren eine Reihe sehr guter Ratgeber zur Ess- und Trinkproblematik bei Menschen mit Demenz. Sie basieren zu unterschiedlichen Anteilen auf Praxiserfahrungen und wissenschaftlichen Ergebnissen. Die meisten erfolgreichen - in der Praxis bewährten - Maßnahmen sind nicht wissenschaftlich evaluiert worden. Hier besteht weiterhin ein riesiger Bedarf. Insofern obliegt es den Praktikern, eigene Beobachtungen bei Interventionen zu reflektieren und im Team zu besprechen.

Aus der Masse hervorzuheben sind hier meines Erachtens folgende Publikationen:

- Ratgeber für die richtige Ernährung bei Demenz (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen 2007)
- Die Ernährung Demenzkranker in stationären Einrichtungen (Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V. 2005)
- Essen und Trinken bei Demenz (Crawley 2002)
- Nahrungsverweigerung bei Demenzkranken (Kolb 2004)

5. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung	8
Tabelle 2: Auf Demenz spezialisierte und nicht-spezialisierte Einrichtungen im Vergleich.....	11
Tabelle 3: Problematische Situationen im Umgang mit Demenzerkrankten Einrichtungstyp und Spezialisierung (vorformulierte Antworten).....	12
Tabelle 4 : Problematische Situationen im Umgang mit Demenzerkrankten nach Einrichtungstyp (frei formulierte Antworten).....	12
Tabelle 5: Anzahl Fortbildungen nach Spezialisierung in den letzten 12 Monaten in %	16
Tabelle 6: Kategorisierte Nennungen nach Einrichtungstyp (% jeweiliger Einrichtungstyp).....	17
Tabelle 7: Wissensbedarfe nach Einrichtungstypen (1-6) der Einrichtungen nach Häufigkeit (frei formuliert)	20
Tabelle 8: Wissensbedarfe nach Spezialisierung (1-6) in Prozent der Einrichtungen	20
Tabelle 9: Selbstbeurteilung Umgang mit Demenzerkrankten nach Einrichtungstyp und Spezialisierung	22

6. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Problematische Situationen nach Einrichtungstyp (vorformulierte Antworten) in Prozent.....	13
Abbildung 2: Vergleich der Prioritätensetzung spezialisierter und nicht-spezialisierter Einrichtungen in Prozent.....	15
Abbildung 3: Selbsteinschätzung "Umgang mit Demenzerkrankten" nach Spezialisierung	23
Abbildung 4: QN II Ziel 3 /Bartholomeyczik et al 2008; S. 35	36
Abbildung 5: Vorgehensweise bei der Ernährungstherapie (vgl. Wirth, 2005 nach Kolb 2007)	37
Abbildung 6: Blandford-Skala; pflegen: Demenz 2/2007	40
Abbildung 7: Blandford Skala: Ablehnendes Verhalten und zugehörige Maßnahmen; "pflegen: Demenz 2/2007	41
Abbildung 8: EDAK-Konzept nach Kolb 2008.....	47

7. Literaturverzeichnis

- Aakerlund, B. M. et al (1993):** Eine ethische Analyse von »double bind«-Konflikten bei Pflegenden, die schwer dementen Patienten das Essen eingeben müssen. Pflege 6 (1): 45–48
- Aldridge, D. (2007):** Essen mit Musik. Ritualisierung der Mahlzeiten. In: pflegen: Demenz 2
- Bäckström, A. et al (1993):** Ernährungsschwierigkeiten bei Langzeitpatienten in Pflegeheimen. Pflege 6 (1): 42f.
- Bartholomeyczik, S. et al (2008):** Qualitätsniveau II - Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung. Heidelberg: EconomicaVerlag
- Bauer, J.M et al (2006):** Diagnostik der Mangelernährung des älteren Menschen. Ergebnisse eines internationalen expertenmeetings der BANSS-Stiftung. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 131 (5).
- Berg, G. (2006):** The Importance of Food and Mealtimes in Dementia Care. The Table is Set. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers
- Borker, S. (1996):** Essen reichen in der Pflege. Eine empirische Studie. Berlin; Wiesbaden: Ullstein Mosby
- Borker, S. (2002):** Nahrungsverweigerung in der Pflege. Eine deskriptiv-analytische Studie. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber
- Brodaty, H. et al (1997):** The Prince Henry Hospital dementia caregiver´s training programme. International Journal of Geriatric Psychiatry 12: 183–192
- Brüggemann, J. (2003):** Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in der stationären Altenpflege. In: Die Schwester/Der Pfleger, 42
- Brush, J. A. et al. (2002):** Using the environment to improve intake for people with dementia. In: Alzheimer's Care Quarterly 3(4), 330-339
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) (2007):** Vollwertig Essen und Trinken nach den 10 Regeln der DGE. <http://www.dge.de> (abger. am 10.08.2008)
- Dunne, T. E. et al. (2004):** Visual contrast enhances food and liquid intake in advanced Alzheimer's disease. In: Clinical Nutrition 23(4), 533-538
- Edwards, N. E.; Beck, A.M. (2002):** Animal-Assisted Therapy and Nutrition in Alzheimer's Disease. In: Western Journal of Nursing Research 24(6), 697-712

- Feil, N. (1999):** Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München: Reinhardt.
- Guerin, O. et al (2005):** Nutritional status assessment during Alzheimer's disease: results after one year (the REAL French Study Group). In: Journal of Nutrition, Health & Aging 9(2)
- Hackl, J.M. et al. (2006):** Prävalenz der Mangelernährung bei alten Menschen. In: Journal für Ernährungsmedizin 8(1)
- Kayser-Jones J., Schell S. (1997):** The mealtime experience of a cognitively impaired elder: Ineffective and effective strategies. Journal of Gerontological Nursing, 23 (7), S. 33- 39
- Keller, H. H. et al. (2003):** Prevention of weight loss in dementia with comprehensive nutritional treatment. In: Journal of the American Geriatrics Society 51(7), 945-952
- Keller, I.C; Rüsing, D. (2007):** Machen bunte Schorlen durstig. Interview von D. Rüsing mit Isabelle C. Keller von der deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. In: pflegen: Demenz 2
- Kenning, M. (1999):** Aspekte verschiedener Moralperspektiven bei Pflegepersonen in der Pflege älterer Menschen. Unveröffentlichte Diplomarbeit im Studiengang Pflegepädagogik an der Katholischen Fachhochschule Norddeutschland, Abtlg. Osnabrück
- Kitwood Tom (2000):** Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Verlag Hans Huber.
- Klimek, L. et al (2000):** Riech- und Schmeckvermögen im Alter. In: Deutsches Ärzteblatt 97(13)
- Kolb, C. (2007):** Ablehnendes Essverhalten bei demenzerkrankten Menschen. Erfassen mit der Blandford-Skala. In: pflegen: Demenz 2.
- Kolb, C. (2008):** EDAK-Konzept nach Kolb 2008.
<http://www.demenz-im-krankenhaus.de> (abger. am 11.08.2008)
- McDaniel, J. H. et al. (2001):** Impact of dining room environment on nutritional intake of Alzheimer's residents: A case study. In: American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias 16(5), 297-302
- Manthorpe, J. et al (2003):** Poorly served? Eating and dementia. Journal of

advanced nursing 41 (2): 162–169

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS)

(2003): Grundsatzstellungnahme. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Essen.

http://www.mdsev.org/download/030707_grundsatzstellungnahme.pdf

Nationale Pflegeassessmentgruppe Deutschland (2005): Positionspapier der Na-

tionalen Pflegeassessmentgruppe Deutschland zur Grundsatzstellungnahme „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“. Witten (Positionspapier: <http://wga.dmz.uni-wh.de/pflege/html/default/afrr-5khjzx.de.html>)

Norberg et al. (1988): Food refusal amongst nursing home patients as conceptualized by nurses' aids and enrolled nurses: an interview study. Journal of Advanced Nursing, 13, S. 478-483.

Norberg, A. et al (1993): Essensverweigerung bei Patienten in Pflegeheimen und was Pflegehelferinnen und Altenpflegerinnen darunter verstehen. Pflege 6 (1): 43–45

Norberg, A. et al (1995): Ethische Entscheidung im Zusammenhang mit der Ernährung schwer dementer Patienten. Ein Vergleich zwischen Israel und Schweden. Pflege 8 (1): 5–13

Nourhashemi, F. et al (2000): Alzheimer disease: protective factors. In: American Journal of Clinical Nutrition 71 (2)

Radzey, B.; Fischer, U. (2007): Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen. Zur Bedeutung der Ernährung im Alter insbesondere bei dementiellen Erkrankungen. In: pflegen: Demenz, 2

Richard N. (1999): Integrative Validation. Brücken bauen in die Welt dementiell Erkrankter. Hannover: Vincentz Verlag.

Richard N. (2000): Demenz, Kommunikation und Körpersprache. Integrative Validation (IVA). In: Demenz und Pflege. Tackenberg Peter, Abt- Zegelin Angelika (Hrsg.). Frankfurt: Mabuse.

Rivière, S. et al (2002): Cognitive function and caregiver burden: Predictive factors for eating behaviour disorders in Alzheimer's disease. In: International Journal in geriatric psychiatry 17

Roberts, S.; Durnbaugh, T. (2002): Enhancing Nutrition and Eating Skills in Long-Term Care. In: Alzheimer's Care Quarterly 3(4), 316-329

- Rückert, W. et al (2007):** Ernährung bei Menschen mit Demenz. Bern: Verlag Hans Huber
- Schmid, A. et al (2002):** Ernährung und Bewegung als zentrale Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand im Alter - Ergebnisse der Paderborner Seniorenstudie. In: European Journal of Geriatrics 4(3)
- Schwerdt, R.(2005):** Probleme der Ernährung älterer Menschen mit Demenz: Aktueller Forschungs- und entwicklungsbedarf. In: Pflege und Gesellschaft 10(2)
- Seiler, W.O. (1999):** Ernährungsstatus bei kranken Betagten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32 (Supplement 1)
- Sowinski, C. (1991):** Stellenwert der Ekelgefühle im Erleben des Pflegepersonals. Pflege 3 (3): 178–187
- Van der Kooij C. (2007):** Ein Lächeln im Vorübergehen. Erlebensorientiert Pflegen mit Hilfe der Mäeutik. Bern: Hans Huber Verlag. In press.
- Wagener, R. et al. (1998):** Essen und Trinken bei Menschen mit Alzheimer-Demenz. In: Pflege 11, 89-95
- Wirth R. (2005):** Demenz und Malnutrition – Ursache – Folge – Wechselwirkung. Euro J Ger Vol. 7, No. 4, S. 316-317
- Zeyfang, A. et al. (2005):** Gesunde Senioren zeigen auch bei normalem Ernährungszustand im Mini-Nutritional-Assessment (NMA) Risikobereiche und eingeschränkte Funktionen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Bd. 38