

MANGELERNÄHRUNG UND KÖRPERLICHEN ABBAU VERMEIDEN:

ERNÄHRUNGSTHERAPEUTISCHES PROJEKT FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ IM KRANKENHAUS

Der Aufenthalt demenzkranker Menschen in einem Krankenhaus ist für diese oft mit einer Verschlechterung ihres kognitiven und körperlichen Zustandes verbunden. Denn die Akutkrankenhäuser sind nicht auf diese Patienten-Zielgruppe und ihre besonderen Bedürfnisse eingestellt, was vor allem auf ihre Ernährung zutrifft. Im „normalen“ Stationsalltag gehen sie schnell „unter“. Dass das nicht so sein muss, zeigt ein ernährungstherapeutisches Projekt, das am Klinikum Nürnberg-Nord durchgeführt wurde. *Christian Kolb* stellt es vor.

Die Situation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus ist geprägt von Stress für den in seiner Alltagskompetenz eingeschränkten Patienten. Das kann mehrere Ursachen haben. Zunächst einmal verschlechtern natürlich die Folgen der Akuterkrankung selbst, die zur Krankenhauseinweisung geführt hat, die Gesamtkonstitution.

Weiterhin fehlt es an Konzepten, die die Bedürfnisse der demenzkranken Patienten in den Mittelpunkt stellen und dabei Wege aufzeigen, wie diese die oft für sie beängstigende Situation besser bewältigen können. Die zunehmende Arbeitsverdichtung in den Krankenhäusern durch die Verkürzung der Verweildauer erschwert es dem Pflegepersonal und den Ärzten, jene Zeit aufzuwenden, die für einen einfühlsamen Umgang mit dieser besonderen Patientengruppe notwendig wäre. So wird auch Essenreichen oft nur „nebenbei“ abgehandelt. Dies hat dann meist negative Folgen für den Ernährungszustand und führt zwangsweise zu einem Gewichtsverlust, der nach der Entlassung nur mit Mühen wieder kompensiert werden kann.

Der Krankenhausalltag ist auf funktionale Abläufe ausgerichtet. Menschen mit Demenz „funktionieren“ aber nicht so und stören damit den Betrieb. Sie stören den Behandlungspfad, sie stören die anderen Patienten und sie stören das Behandlungsteam. Aufgrund fehlender Compliance sind sie eine Patientengruppe, die die Verweildauerwerte der Kliniken nach oben schnellen lässt.

Ihre „Verhaltensauffälligkeiten“, die in den meisten Fällen logische Reaktionen des de-

ZIELE IN DER ERNÄHRUNG VON MENSCHEN MIT DEMENZ

1. Jeder demenzkranke Patient auf Station ist seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf entsprechend ernährt. Durch den Krankenhausaufenthalt ergeben sich keine Ernährungsprobleme für den Patienten.
2. Mangelernährung und Ernährungsprobleme werden bei demenzkranken Patienten erkannt und durch medizinische, pflegerische und physiotherapeutische Maßnahmen therapiert.
3. Jeder demenzkranke Patient, dessen Fähigkeit zur ausreichenden oralen Ernährung auch nach Beseitigung aller behebbaren Ursachen eingeschränkt ist, wird angemessen mit Energie und Nährstoffen versorgt. Auf eine Nährstoffzufuhr nach ernährungswissenschaftlichen Normempfehlungen darf nur verzichtet werden, wenn dies dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht, welcher in einem ethischen Entscheidungsprozess ermittelt wurde, bzw. wenn nur noch palliative Maßnahmen indiziert sind.

Quelle: modifiziert nach Bartholomeyczik, 2006

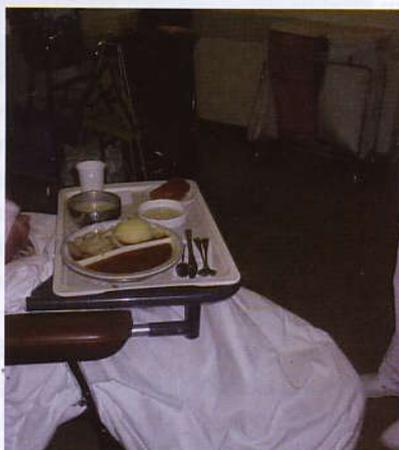
menschlichen Menschen auf die von ihm erlebten Ereignisse darstellen, werden als Pathologie der Demenz betrachtet und nicht als menschliche Reaktion verwirrter, alter Menschen, der durch Zuwendung begegnet werden müsste.



Nicht gerade appetitanregend: Mahlzeiten im Krankenhaus, einmal sogar in der Nähe des Mülleimers (rechts).
Fotos: C. Kolb

Im Gegenteil: Wer sich verbalen Anweisungen nicht anpasst, wird fixiert oder bekommt Psychopharmaka und wird damit „passend gemacht“.

Daher sollten Krankenhausaufenthalte Demenzkranker nur nach sorgfältiger Abwägung des Nutzens für die Betroffenen erfolgen.



KRANKENHAUSAUFENTHALT VERSTÄRKT ORIENTIERUNGSLOSIGKEIT

Um zu verstehen, wie schnell ein Krankenhausaufenthalt zu einem Martyrium für einen Menschen mit Demenz werden kann, muss man sich in seine Lage versetzen: Ständig ist er Untersuchungen ausgesetzt, deren Sinn er nicht versteht. Er findet sich plötzlich in einer ihm fremden Umgebung wieder, deren Architektur und Raumgestaltung seine Orientierungslosigkeit verstärken. Er ist mit ständig wechselnden Personen konfrontiert und wird dabei oft in seiner Intimität und Würde verletzt.

Das alles hat auch direkte Auswirkungen auf die Ernährung des Demenzkranken im Krankenhaus. Es ist empirisch belegt, dass eine appetitanregende Umgebung gewährleistet sein muss, damit Menschen mit Demenz ausreichend essen. Sie essen und trinken dann mehr, wenn sie durch konstante Bezugspersonen eine ressourcenunterstützende Hilfestellung erhalten. In einem solch günstigen Umfeld bleiben auch ihre Selbstständigkeit und ihr Selbstwert-

gefühl eher erhalten. Da Mangelernährung, Gewichtsverlust und damit verbunden eine erhöhte Sterberate sowieso oft typisch für den Verlauf einer Demenzerkrankung sind, benötigen die Kranken eine besonders sorgfältige Überwachung ihres Ernährungsstatus.

Erste Ergebnisse des europaweiten „Nutrition Day 2006“ (www.nutritionday.org) zeigen, dass ein Patient, der nur 25 Prozent oder weniger des angebotenen Essens zu sich genommen hat, eine dreifach erhöhte Sterblichkeit gegenüber anderen Patienten aufweist. Das

bedeutet, dass die Ernährungssituation eines demenzkranken Patienten wesentlichen Einfluss auf seine Genesung und seine Lebensqualität hat, zu deren Verbesserung wir im Krankenhaus professionell beitragen sollten.

Leider ist aber heute oft noch das Gegenteil der Fall. Wenn ein Mensch mit Demenz länger als zehn Minuten benötigt, um

selbstständig zu essen, läuft er Gefahr, eine PEG-Sonde angelegt zu bekommen. Langjährige Erfahrungen und systematische Auseinandersetzung mit der Thematik PEG-Sonde und Demenz auf unserer Station haben aber gezeigt, dass ein demenzkranker Mensch, der Nahrung ablehnt, nicht zwangsläufig sterben will oder eine PEG-Sonde benötigt. Es gibt zahlreiche andere Ursachen, die ein ablehnendes Essverhalten erklären und durch adäquate medizinische und pflegerische Maßnahmen leicht kompensiert werden können.



Die Zahl der über eine PEG-Sonde ernährten Menschen mit Demenz liegt nach Schätzungen aus dem Jahr 1999 bei circa. 50.000. Foto: Werner Krüper

ERNÄHRUNGSKONZEPT IN DER AKUT-GERIATRIE AM KLINIKUM NÜRNBERG

Grundlage unseres Konzeptes ist ein Behandlungspfad, der nach den Prinzipien des Qualitätsmanagements aufgebaut ist. Dieses Konzept ist ausgelegt auf eine Special Nurse (SP), die sich auf den Bereich „Ernährung alter Menschen“ spezialisiert hat und dadurch dem Problem der Mangelernährung in der Geriatrie adäquat begegnen kann. Sie sollte dabei vom normalen Stationsbetrieb freigestellt sein und über Spezialwissen verfügen, um effektive und gut dokumentierte Ernährungsstrategien zu entwickeln und um allen Patienten eine konstant hohe Qualität anbieten zu können. Diese SP sollte aus der Pflege sein, da die Ernährung Demenzkranker mehr Aspekte umfasst als das Erstellen von Ernährungs- und Diätplänen. Es müssen alle Dimensionen der Versorgung dieser Patientengruppe ganzheitlich in die Pflegeplanung integriert werden. Es benötigt ethische Kompetenz bei Fragen am Lebensende bzw. dem Abwägen zwischen Bedarf und dem Bedürfnis alter Menschen. Es bedarf hermeneutische Kompetenz, um die Perspektive des Demenzkranken einzunehmen. Außerdem ist soziale Kompetenz und Beratungs-Know-how erforderlich, um das soziale Umfeld des Patienten in die Pflege einzubeziehen. Pflegerisches und auch medizinisches Wissen sind nötig, um zu erkennen, ob andere ADLs und Krankheiten Einfluss auf das Essverhalten nehmen.

Der Behandlungspfad basiert auf vier Einheiten: **Screening**, **Assessment**, **Therapie** und **Entlassungsmanagement**.

- **Screening**

Im Screeningverfahren wird zunächst sondiert, ob eine Mangelernährung vorliegt. Wichtigstes Instrument ist hierbei das Mini Nutritional Assessment (MNA), ein von Ernährungswissenschaftlern entwickelter Fragebogen zur Erfassung des Risikos für eine Mangelernährung. Zwar ist er momentan nicht das ideale Screeninginstrument für Menschen mit Demenz, da manche Fragen nur mit Hilfe von Angehörigen und somit teilweise nicht beantwortet werden können, aber als „Short Form“ in Kombination mit anderen Daten weist er in seiner Aussagekraft eine hohe Validität und Reliabilität auf. Ein weiteres Kriterium ist neben äußerlichen Auffälligkeiten, wie bei-

spielsweise rutschenden Kleidungsstücken, der Gewichtsverlauf des Patienten. Die gewählten Instrumente entsprechen der momentanen wissenschaftlichen Erkenntnis zur Diagnostik von Mangelernährung älterer Menschen. Somit kann, basierend auf diesen Daten, mit hoher Zuverlässigkeit eine Mangelernährung diagnostiziert und das Assessment eingeleitet werden.

- **Assessment**

Im Assessmentverfahren sollen die Ursache für die Mangelernährung eruiert und entsprechende Kompensationsstrategien ausgewählt werden. Da es bisher noch kein wissenschaftlich fundiertes Instrument gibt, das für Menschen mit Demenz entwickelt wurde, basiert das Assessment zum einen auf Fachwissen bereits vorhandener Assessmentverfahren und zum anderen in der Integration von verschiedenen spezialisierten Instrumenten. Dazu gehören die Blandford Scale zur Klassifizierung des ablehnenden Essverhaltens, die PAINAID zur Einschätzung, ob der Patient unter Schmerzen leidet, sowie ein Zahncheck. Ergänzt wird das Assessment durch eine Essbiografie, die aufgrund der Kürze des Krankenhausaufenthaltes nicht so umfangreich erhoben werden kann wie im ambulanten oder stationären Pflegebereich, doch zumindest die Essgewohnheiten, Lieblings Speisen und Getränke erfragt. Selbstverständlich erfolgen auch eine medizinische Anamnese und eine Absprache mit dem Arzt über mögliche pathophysiologische Ursachen. Wichtigster Bestandteil, so hat die Erfahrung gezeigt, ist das Gespräch mit den Angehörigen und den Pflegenden in den betreuenden Institutionen. Viele Ursachen für die Ernährungsproblematik konnten bereits in diesen Gesprächen erfasst werden, für die sich die Entwicklung eines standardisierten Fragenkatalogs empfehlen würde.

Anknüpfend an den Pflegeprozess erfolgt nun die Festlegung von Maßnahmen mit dem Ziel, die Nahrungsaufnahme und damit den Ernährungszustand zu verbessern. Die notwendige Kalorienzufuhr wird mithilfe eines Diätprogramms errechnet und die Nahrungsmenge täglich überprüft. Zusätzlich wird die Ess- und Trinkmenge auf einem Dokumentationsblatt von allen Pflegenden erfasst. Wenn ersichtlich wird, dass die bisher durchgeführten Maßnahmen die Ernährungssituation nicht ausreichend



Im Krankenhaus so „normal“ wie möglich essen und leben: In der Wohnküche der Geriatrie am Klinikum Nürnberg-Nord ist das möglich. Foto: C. Kolb

verbessern, erfolgt eine Evaluation der bisher erfolgten Maßnahmen. Wenn dann weiterhin durch medizinische und pflegerische Interventionen immer noch nicht die Ernährungssituation verbessert bzw. erhalten werden kann, wird überprüft, ob eine Ernährung über eine PEG-Sonde medizinisch indiziert ist bzw. sich an dem Bedürfnis des Menschen orientiert.

- **Therapie**

Die größte Hürde für eine effiziente Therapie im Krankenhaus ist die kurze Verweildauer der Patienten. Deswegen ist es wichtig, dass Ernährungsprobleme schnell erkannt werden und eine Reaktion unmittelbar nach der Erfassung erfolgen kann. Während des Projektverlaufes zeigte sich, dass in den meisten Fällen ein mehr als zufriedenstellendes Ergebnis erzielt werden konnte. Bereits während des Assessments wurden die Ursachen für die Ernährungsprobleme erkannt – am häufigsten waren es Medikamente. Besonders Psychopharmaka scheinen immer wieder die Ursache für eine Mangelernährung zu sein. Interessant war, dass nach Absetzen dieser Medikamente oft keine Verhaltensauffälligkeiten erkennbar waren, die ihren Einsatz legitimiert hätten. Interessant vor allem deswegen, weil eine Krankenhausumgebung doch eher eine Verstärkung der Verhaltensauffälligkeiten hätte nach sich ziehen müssen.

Neben dem medizinischen Assessment und der Therapie der Grunderkrankung, die sich wie im Falle einer Gastritis direkt auf das Ess- und Trinkverhalten auswirken kann, werden diätische Maßnahmen zur Erhöhung der Kalorienmenge eingesetzt. Eine breite Angebotspa-

lette an Trinknahrungsprodukten in unterschiedlichen Verabreichungsformen ist hilfreich, um jedem Patienten individuell das passende Produkt anbieten zu können.

Herzstück unserer Station ist die Wohnküche. An den gedeckten Tischen werden die verschiedenen Gänge einzeln von geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gereicht, um eine möglichst normale und gewohnte Atmosphäre zu schaffen. Nicht nur die Umgebung wirkt appetitanregend, sondern die Patienten animieren sich gegenseitig, mehr zu essen. Von besonderer Bedeutung ist auch die Integration der Angehörigen in die tägliche Pflege. Dies reicht vom Mitbringen der Lieblings Speisen bis hin zur direkten Hilfestellung beim Essen und Trinken.

- **Entlassungsmanagement**

Ein wichtiger Bestandteil einer erfolgreichen Therapie ist es, deren Nachhaltigkeit zu sichern. In der nächsten Projektphase soll nun



Persönliche Ansprache und appetitlich angerichtete Mahlzeiten fördern die Lust aufs Essen. Foto: W. Krüper

ein Entlassungsbogen für die nachfolgenden ambulanten und stationären Einrichtungen entwickelt werden. Bereits eingesetzt wird die „Kurzerfassung der Ernährungssituation“ für den Hausarzt zur Verordnung der Trink- und Zusatznahrung. Auf diesem Dokument findet er die Beschreibung der momentanen Ernährungssituation sowie Produktempfehlungen.

Wünschenswert wäre eine Evaluation, die circa drei Monate nach dem stationären Aufenthalt durchgeführt werden sollte, um die Nachhaltigkeit des Projekts zu überprüfen. Für Angehörige besteht beim Auftreten von Problemen nach dem Krankenhausaufenthalt jederzeit die Möglichkeit mit der SP Kontakt aufzunehmen. Leider nur visionär ist auch die Idee einer Angehörigenschulung, wie sie bereits im französischen Toulouse erfolgreich durchgeführt worden ist. Leider ist dieses Vorhaben aufgrund mangelnder finanzieller und personeller Ressourcen noch nicht umsetzbar.

Unser Projekt zeigt auf, wie wichtig es in Zeiten der zunehmenden Professionalisierung und Spezialisierung der Pflege ist, dass diese sich auf ihre originären Bereiche besinnt. Durch entsprechende Konzepte, die nicht nur auf die Körperlichkeit des Menschen zielen, kann sie sich damit langfristig im Gesundheitssystem integrieren. Visionäres Ziel dieses Projektes ist auch die Einführung einer neuen spezialisierten Pflegekraft für Ernährung geriatrischer Patienten. Sie scheint die effektivste Antwort auf die Problematik der Mangelernährung im Alter zu sein.

In einem nächsten Schritt soll nun diese subjektiv empfundene hohe Ergebnisqualität im Rahmen eines Forschungsprojektes auch empirisch nachgewiesen werden. Für 2007 ist eine interdisziplinäre wissenschaftliche Begleitung geplant. Quantitative und qualitative Kriterien sollen empirisch überprüft und ausgewertet werden. ■



Christian Kolb ist Krankenpfleger und Praxisanleiter und auf einer geriatrischen Station am Klinikum Nürnberg-Nord tätig. Dort ist er für das „Ernährungstherapeutische Projekt“ verantwortlich. Christian Kolb ist auch Autor und Betreiber der sehr informativen Website www.naehrungsverweigerung.de. Foto: privat

LITERATUR

- Von Christian Kolb ist in der PROALTER-Ausgabe 3/2005 (Titelthema: „Essen und Trinken bei Demenz“ der Beitrag „Künstliche Ernährung: Sinnvolle Lebensverlängerung oder Störung des natürlichen Sterbeprozesses?“ erschienen. Information und Bezug: <http://www.kda.de>.
- Bartholomeyczik S., et al (2006): Orale Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung. Internet: http://www.buko-qs.de/pdf/QN_II_Stand_100306.pdf (24.07.2006)
- Bauer JM., et al (2006): Diagnostik der Mangelernährung des älteren Menschen. Dtsch Med Wochenschr 2006; 131, S. 223-227
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005): Bekanntmachung einer Änderung der Richtlinien über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien/AMR) vom 25. August 2005, <http://www.aerzteblatt.de>
- Covinsky KE., et al (2003): Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. J Am Geriatr Soc. 2003 Apr; 51 (4), S. 451-458
- Klostermann J. (2004): Zuwendung braucht Kompetenz und Zeit. Pflegezeitschrift 12/2004, S. 841-844
- Mitchell SL., et al (2006): Entscheidungshilfe bei Ernährungssonden (Deutsche Übersetzung): <http://www.tropenlinik.de>
- Nationale Pflegeassessmentgruppe Deutschland (2005): Positionspapier der Nationalen Pflegeassessmentgruppe Deutschland zur Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Abschlussbericht Projektgruppe P39, des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, Juli 2003. <http://wga.dmz.uni-wh.de>
- Wirth R. (2005): Demenz und Malnutrition – Ursache – Folge – Wechselwirkung. Euro J Ger Vol. 7, No. 4, S. 316-317 (Abstract)