

## 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](http://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