

Jutta König | Claudia Zemlin

# Menschen mit Demenz – Lebensqualität schenken Bestnoten beim MDK sichern

Handlungsanleitung mit praktischen Beispielen

PFLEGE

*kolleg*



S

schlütersche

Jutta König | Claudia Zemlin

# Menschen mit Demenz – Lebensqualität schenken Bestnoten beim MDK sichern

PFLEGE

*kolleg*

Handlungsanleitung mit praktischen Beispielen

schlütersche

**Jutta König** ist Altenpflegerin, Pflegedienst- und Heimleitung, Wirtschaftsdiplombetriebswirtin Gesundheit (VWA), Sachverständige bei verschiedenen Sozialgerichten im Bundesgebiet sowie beim Landessozialgericht in Mainz, Unternehmensberaterin, Dozentin in den Bereichen SGB V, SGB XI, Haftungs- und Betreuungsrecht.

**Dr. Claudia Zemlin** ist klinische Psychologin, Fachpsychologin der Medizin, PBD Gerontologin, Gesprächspsychotherapeutin, Verhaltenstherapeutin, DCM-Trainerin und anerkannte Böhmlehrerin beim Europäischen Netzwerk für Psychobiographische Pflegeforschung nach Prof. Erwin Böhm. Sie arbeitet als externe Lehrbeauftragte an der Universität Witten/Herdecke und ist Leiterin des Fachbereichs Demenz in der Vitanas Gruppe.

*»Was wir zu lernen haben, ist so schwer  
und doch so einfach und klar:  
Es ist normal, verschieden zu sein.«*

RICHARD VON WEIZSÄCKER



### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89993-253-9 (Print)

ISBN 978-3-8426-8432-4 (PDF)

**© 2013 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,  
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover**

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autors und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden.

Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Reihengestaltung: Groothuis, Lohfert, Consorten | glcons.de

Titelbild: vege – Fotolia.com

Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig

Druck: Druck Thiebes GmbH, Hagen

# INHALT

<b>Vorwort</b> .....	9
----------------------	---

## Teil 1

<b>1 Fragen rund um die Ernährung</b> .....	12
1.1 Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung .....	12
1.1.1 Fachliche Anmerkungen .....	12
1.1.2 Umsetzungsbeispiel .....	12
1.1.3 Dokumentationsbeispiele .....	13
1.2 Information bei Flüssigkeitsdefiziten .....	14
1.2.1 Fachliche Anmerkungen .....	15
1.2.2 Umsetzungsbeispiel .....	15
1.3 Maßnahmen zur Ernährung .....	15
1.3.1 Fachliche Anmerkungen .....	16
1.3.2 Umsetzungsbeispiel .....	16
1.3.3 Dokumentationsbeispiel .....	17
1.3.4 Beratung im Pflegebericht dokumentieren .....	18
1.4 Information bei Ernährungsdefiziten .....	19
1.4.1 Fachliche Anmerkungen .....	20
1.5 Individuelle Wünsche zum Essen und Trinken .....	21
1.5.1 Fachliche Anmerkungen .....	21
1.5.2 Umsetzungsbeispiel .....	22
1.5.3 Dokumentationsbeispiele .....	23
1.5.4 Beratung und ihre Dokumentation in der Pflegeplanung .....	24
1.6 Speiseangebot .....	24
1.6.1 Fachliche Anmerkungen .....	26
1.6.2 Umsetzungsbeispiel .....	27
1.6.3 Dokumentationsbeispiel .....	27
1.7 Spezielle Erfordernisse der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr .....	29
1.7.1 Fachliche Anmerkungen .....	31
1.7.2 Umsetzungsbeispiel .....	34
1.7.3 Dokumentationsbeispiel .....	35
1.8 Angenehme Räumlichkeiten .....	36
1.8.1 Fachliche Anmerkungen .....	36

<b>2</b>	<b>Fragen zur Pflege/Körperpflege</b> .....	39
	2.1 Körperpflege entsprechend der Bedürfnisse .....	39
	2.2 Mund- und Zahnpflege .....	39
	2.2.1 Fachliche Anmerkungen .....	40
	2.2.3 Dokumentationsbeispiele .....	42
<b>3</b>	<b>Fragen zur sozialen Betreuung</b> .....	45
	3.1 Ausrichtung der Angebote .....	45
	3.1.1 Fachliche Anmerkungen .....	45
	3.1.2 Umsetzungsbeispiel .....	46
	3.2 Angebot an sozialer Betreuung .....	48
	3.2.1 Fachliche Anmerkung .....	48
	3.2.2 Umsetzungsbeispiel .....	49
	3.2.3 Dokumentationsbeispiel .....	50
<b>4</b>	<b>Fragen rund um die Bewegung</b> .....	51
	4.1 Geeignete Angebote .....	51
	4.1.1 Fachliche Anmerkungen .....	52
	4.1.2 Dokumentationsbeispiel .....	56
<b>5</b>	<b>Fragen rund ums Schmerzmanagement</b> .....	57
	5.1 Systematische Schmerzeinschätzung .....	57
	5.1.1 Fachliche Anmerkungen .....	58
	5.1.2 Regeln für den Einsatz von Psychopharmaka .....	60
	5.1.3 Umsetzungsbeispiele .....	62
	5.1.4 Umsetzungsbeispiele .....	64
<b>6</b>	<b>Fragen rund um das Sturzrisiko</b> .....	67
	6.1.1 Fachliche Anmerkungen .....	68
	6.1.2 Dokumentationsbeispiel .....	71
<b>7</b>	<b>Fragen zur Ausscheidung</b> .....	74
	7.1 Einschränkungen im Bereich der Kontinenz .....	74
	7.1.1 ambulant .....	74
	7.1.2 Fachliche Anmerkung .....	74
	7.1.3 Dokumentationsbeispiel .....	75
	7.1.4 stationär .....	76
	7.1.5 Fachliche Anmerkung .....	77
	7.1.6 Dokumentationsbeispiel .....	78

<b>8</b>	<b>Fragen im Umgang mit Menschen mit Demenz</b> .....	80
8.1	Berücksichtigung der Biografie .....	80
8.1.1	Fachliche Anmerkungen .....	81
8.1.2	Umsetzungsbeispiel .....	81
8.1.3	Biografiearbeit – ein möglicher Weg .....	83
8.1.4	Biografiearbeit ohne Biografie – ein Beispielfall .....	102
8.1.5	Interpretation von biografischen Daten .....	106
8.1.6	Praktische Anwendung in ausgewählten AEDL .....	108
8.1.7	Dokumentationsbeispiele .....	123
8.2	Einbeziehung von Angehörigen .....	129
8.2.1	Fachliche Anmerkungen .....	129
8.2.2	Umsetzungsbeispiel .....	131
8.3	Berücksichtigung der Selbstbestimmung .....	132
8.3.1	Fachliche Anmerkungen .....	133
8.3.2	Umsetzungsbeispiele .....	133
8.3.3	Dokumentationsbeispiel .....	137
8.4	Geeignete Angebote für Bewohner mit Demenz .....	138
8.4.1	Fachliche Anmerkungen .....	138
8.4.2	Umsetzungsbeispiel .....	141
8.5	Wohlbefinden ermitteln und dokumentieren .....	142
8.5.1	Fachliche Anmerkungen .....	143
8.5.2	Umsetzungsbeispiel .....	147
8.6	Beratung der Pflegebedürftigen .....	148
8.6.1	Fachlicher Hintergrund: .....	148
8.6.2	Umsetzungsbeispiel .....	148
8.6.3	Dokumentationsbeispiel .....	149
8.7	Information der Angehörigen im Rahmen der Leistungserbringung .....	149
8.7.1	Fachliche Anmerkungen .....	150

## Teil 2 Wer soll das bezahlen?

Der schwierige Weg zur richtigen Pflegestufe für Menschen mit Demenz .....	151
---	-----

<b>9</b>	<b>Begriff der Pflegebedürftigkeit</b> .....	152
9.1	Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes .....	153

<b>10</b>	<b>Die Pflegestufen und ihre Leistungen</b> .....	155
<b>11</b>	<b>Hilfearten</b> .....	157
<b>12</b>	<b>Erschwernisfaktoren allgemein</b> .....	163
	12.1 Besonderheiten bei Menschen mit Demenz .....	164
<b>13</b>	<b>Die Begutachtung</b> .....	166
	13.1 Vorbereitung der Begutachtung und Begutachtungstermin ...	166
	13.2 Widerspruch .....	167
	<b>Literatur</b> .....	169
	<b>Register</b> .....	172

Wir nutzen in unserem Buch ausdrücklich nicht den Begriff Patient oder Bewohner. Wir nennen Menschen, die in einigen Bereichen des Lebens der Hilfe bedürfen, Klienten.\*

Klient ist nach der Definition ein Mensch, der in Teilbereichen schutzbedürftig ist und hierbei eine Vertretung benötigt. Unsere Funktion als Pflegende und Begleitende sollte sich daher nur auf die Kompensation der Hilfsbedürftigkeit in diesen Bereichen beschränken, die der Klient nicht mehr selbst übernehmen kann. Keinesfalls dürfen wir anderen Menschen, nur weil sie in Teilbereichen hilfsbedürftig werden, alles wegnehmen und durch Neues ersetzen. Wenn wir Menschen, aufgrund ihrer lediglich teilweisen Einschränkungen, mit Worten wie Patient oder Bewohner betiteln, nehmen wir ihnen oft die eigene Identität und Perspektive.

\* Definition »<http://www.duden.de>« 11.08.2011: Klient: »synonym für Mandant und Mandantin, Auftraggeber.« Klient: »... jemand der Rat, Hilfe bei jemanden sucht, ... seine Interessen wahrzunehmen.«. Herkunft des Wortes Klient: »... jemand der Anlehnung gefunden hat.«

## VORWORT

Dieses Buch beantwortet Fragen rund um das Thema Demenz im Zusammenhang mit MDK-Prüfungen und Begutachtungen. Grundsätzlich lassen wir uns dabei von der Frage leiten, was für Menschen mit Demenz wirklich benötigt wird, damit sie sich wohl fühlen und ihre Lebensqualität gesichert ist.

Lebensqualität hat viel mit Sicherheitsgefühl, Gewohnheit und dem normalen Lebensvollzug zu tun. Das gilt auch für Menschen mit Demenz. Somit stellen wir uns hier immer wieder die Fragen

- »Was ist eigentlich normal?«
- »Wird die Normalität in den Prüfungen berücksichtigt und auch zugelassen?«

Der erste Teil unseres Buches behandelt die MDK-Prüfungen im ambulanten und stationären Bereich. Wir erläutern Fragen aus den Prüfanleitungen und Transparenzfragen aus dem Fragenkatalog. Danach nehmen wir aus fachlicher Sicht Stellung und geben Dokumentationsbeispiele. Übrigens konzentrieren wir uns hier ausschließlich auf die Fragen aus der MDK-Anleitung, bei denen es um Menschen mit Demenz oder um gerontopsychiatrisch veränderte Menschen geht.

Im zweiten Teil des Buches wenden wir uns der Einstufung von pflegebedürftigen Menschen mit Demenz zu. Die korrekte Pflegestufe ist gerade für diese Klientel immer wieder eine Herausforderung. Viele Pflegenden befürchten, dass eine korrekte Einstufung für Menschen mit Demenz nicht oder nur schwer möglich ist. Doch das ist falsch! Wir zeigen Ihnen anhand von Beispielen, wie Menschen mit Demenz richtig eingestuft werden können.

Wiesbaden & Berlin, im Januar 2013

Jutta König  
Claudia Zemlin



## TEIL 1

In diesem Teil stellen wir Ihnen die Prüffragen vor, mit den Erläuterungen aus der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität sowie unserer fachlichen Stellungnahme und Beispielen für die Umsetzung, auch in der Pflegedokumentation.

### Vorbemerkung

Bei der Bewohner- oder Kundenbefragung durch den MDK werden Menschen mit Demenz häufig ausgeschlossen: »Sofern ein Pflegebedürftiger an der Befragung aufgrund einer Demenzerkrankung oder anderen gerontopsychiatrischen Veränderungen nicht teilnehmen kann, ist ein anderer Bewohner mit der gleichen Pflegestufe nach dem Zufallsprinzip für die Befragung auszuwählen.«<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> MDS e.V. (2009a). MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege. Essen, S. 13 f.

# 1 FRAGEN RUND UM DIE ERNÄHRUNG

## 1.1 Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung

Frage 12.5 ambulant: »Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung beraten?

### Erläuterung zur Prüffrage 12.5

Die Frage ist mit »ja« zu beantworten, wenn der Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und evtl. Ablehnungen der vorgeschlagenen zusätzlichen Leistungsinhalte/Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert sind.«<sup>2</sup>

### 1.1.1 Fachliche Anmerkungen

Auch wenn der ambulante Dienst nicht mit Leistungen zur Flüssigkeitsversorgung beauftragt ist, gehört die Beratung bei einem Flüssigkeitsdefizit zur allgemeinen Pflicht des ambulanten Dienstes. Zudem muss die Beratung durch eine Pflegefachkraft erfolgen, damit diese Frage mit »ja« beantwortet werden kann.

### 1.1.2 Umsetzungsbeispiel

Der Inhalt der Beratung soll sich nicht nur auf das bestehende Risiko beziehen, sondern auch auf mögliche Maßnahmen der Ursachenbekämpfung und Problembehebung. Dazu gehören beispielsweise Angaben zur Trinkmenge, Einsatz geeigneter Hilfsmittel, Berücksichtigung individueller Besonderheiten, Vorlieben und Abneigungen.

<sup>2</sup> MDS 2009a, S. 150

### 1.1.3 Dokumentationsbeispiele

**Tabelle 1: Beispiel für eine Beratung.**

Datum	Problematik	Empfohlene Maßnahme	Ergebnis	Ge-sprächs-partner	HZ
7.7.12	Fr. T. vergisst das Trinken immer wieder. Oft steht eine angebrochene Flasche Wasser über Tage auf dem Küchentisch.	Fr. T. sollte auf jedem Tisch ein kleine Flasche Wasser stehen haben, mit Anbruchdatum. Sie trinkt ihr Wasser am liebsten aus der Flasche. Es wird zudem versucht, Erinnerungszettel auf den Tisch zu legen, damit Fr. T. ans Trinken denkt. Fr. T. wird bei jedem Hausbesuch ans Trinken erinnert und es wird versucht, dass sie währenddessen 1 Glas Wasser trinkt.	Fr. T. trinkt beim Hausbesuch 1 Glas, mehr schafft sie in der Zeit nicht. Sie ist über die Zettel irritiert, deshalb wurden sie entfernt. Sie hat im Ess-, Wohn- und Schlafzimmer je eine Flasche Wasser stehen.	Fr. T.	JK

**Tabelle 2: Beispiel einer Beratung mit Angehörigenbeteiligung.**

Datum	Problematik	Empfohlene Maßnahme	Ergebnis	Ge-sprächs-partner	HZ
7.7.12	Hr. F. ist aus dem Krankenhaus zurück und bekam dort Infusion, wegen Exsikkose. Die Ehefrau sagt, dass Hr. F. nur schlückchenweise trinkt.	Fr. F. soll verschiedene Säfte besorgen (gelb, rot etc.), evtl. spricht Hr. F. auf Farben besser an. Zudem wäre Malzbier oder Bier zu probieren, das trank er früher. Zudem sollte sie probieren, ob warme oder kalte Getränke besser sind. Wenn möglich soll Hr. F. aus verschiedenen Gläsern, Tassen trinken, ggf. ist der Schnabelbecher nicht geeignet. Frau F. sollte die Menge zum Überblick notieren.	Fr. F. sagt, dass ihr Mann gern Malzbier trinkt, Säfte mag er offensichtlich nicht. Wenn es kühl ist, trinkt er gern einen warmen Kakao. Mehr als rund 900 ml pro Tag schafft er kaum. Sie wird es weiter beobachten.	Fr. F. und JK	JK

## 1.2 Information bei Flüssigkeitsdefiziten

Frage 12.6 ambulant: »Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten?

### Ausfüllanleitung zu 12.6

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen bei der Erbringung von Pflegeleistungen ein Flüssigkeitsdefizit sichtlich erkennbar ist und der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger auf mögliche Hilfen oder Abklärungsmöglichkeiten (z. B. Arzt) hingewiesen wurde.«<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Ebd., S. 151

### 1.2.1 Fachliche Anmerkungen

Auch hier gilt: Auch für den ambulanten Dienst gehört die Beratung bei Vorliegen eines Flüssigkeitsdefizits zur allgemeinen Pflicht. Zudem muss die Beratung durch eine Pflegefachkraft erfolgen, damit diese Frage mit »ja« beantwortet werden kann.

Eine Unterversorgung mit Flüssigkeit ist dem Körper nicht immer direkt anzumerken. Es können auch plötzliche Verwirrtheitszustände auftreten, die auf Flüssigkeitsdefizite hinweisen. Körperliche Merkmale sind unter anderem fehlender Speichelsee unter der Zunge, stehende Hautfalten oder trockene Schleimhäute. Diese Merkmale sind jedoch keine sicheren Hinweise auf einen Flüssigkeitsmangel. Sicher wäre hier nur eine Bestimmung des Elektrolythaushaltes, beispielsweise mittels Blutbild.

### 1.2.2 Umsetzungsbeispiel

Der Inhalt der Beratung soll sich nicht nur auf das bestehende Risiko beziehen, sondern auch auf mögliche Maßnahmen und das letztliche Ergebnis abzielen. Beispiele für eine Beratung finden Sie in Kapitel 1.1.3.

## 1.3 Maßnahmen zur Ernährung

Frage 12.9 ambulant: »Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Ernährung beraten? (z. B. Angaben zur Nahrungsmenge, individuelle Gewichtskontrollen, Einsatz geeigneter Hilfsmittel, Berücksichtigung individueller Besonderheiten, Vorlieben, Abneigungen, Diäten, Unverträglichkeiten)?

### Erläuterung zur Prüffrage 12.9

Die Frage ist mit »ja« zu beantworten, wenn der Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und evtl. Ablehnungen der vorgeschlagenen zusätzlichen Leistungsinhalte/Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert sind ...

Die Aufklärung des Pflegebedürftigen/der Pflegeperson über Risiken, Symptome und Folgen einer Mangelernährung in adressatengerechter Form gehört zu den Kernkompetenzen einer Pflegefachkraft.«<sup>4</sup>

## 1.3.1 Fachliche Anmerkungen

Auch wenn der ambulante Dienst nicht mit Leistungen rund um das Thema Ernährung beauftragt ist, so gehört die Beratung bei Vorliegen eines Ernährungsrisikos zur allgemeinen Pflicht des ambulanten Dienstes. Zudem muss die Beratung durch eine Pflegefachkraft erfolgen, damit diese Frage mit »ja« und damit positiv beantwortet werden kann.

## 1.3.2 Umsetzungsbeispiel

Der Inhalt der Beratung soll sich nicht nur auf das bestehende Risiko beziehen, sondern auch auf die möglichen Maßnahmen. Außerdem muss die Beratung vom Gegenüber verstanden und umgesetzt werden können. Das erfordert oft einiges an Geschick, wenn der zu beratende Mensch vorwiegend allein lebt und demenziell erkrankt ist. Oder wenn im Haushalt des Pflegebedürftigen eine privat beschaffte Haushaltshilfe zugegen ist, die aus einem anderen Land kommt und der deutschen Sprache nicht umfänglich mächtig ist.

Beratungsinhalte: Umgang mit Hilfsmitteln wie besonderem Besteck oder Tellerranderhöhungen, Nahrungsergänzung durch Trinknahrung, hochkalorische Kost, Auswahl von Speisen, Darreichungsform (z. B. Fingerfood).

---

<sup>4</sup> Ebd., S. 152

Die fachlich detaillierte Ernährungsberatung sollten Sie den Fachleuten überlassen, wie z. B. Diätassistenten und Ernährungswissenschaftlern oder Ernährungsberatern eines kooperierenden Sanitätshauses.

Natürlich sollten Sie nicht nur Ihre Beratung genau dokumentieren, sondern auch das Ergebnis. Trägt Ihre Beratung Früchte? Oder hat sich das Essverhalten und die Gesamtumstände der Ernährung auch nach der Beratung nicht verändert?

### 1.3.3 Dokumentationsbeispiel

Sie können Ihre Beratung in verschiedenen Varianten dokumentieren. Die häufigste Form ist das sogenannte Beratungsprotokoll. Das ist ein separates Blatt, das auf einen Blick die Problematik und den Inhalt der Gespräche erkennen lässt. Ein Beratungsprotokoll ist somit übersichtlich und Sie finden die Aufzeichnungen bei Bedarf rasch wieder.

**Tabelle 3: Beratungsprotokoll, Beispiel 1.**

Datum	Problematik	Empfohlene Maßnahme	Ergebnis	Ge-sprächs-partner	HZ
7.7.12	Fr. M. nimmt offensichtlich an Gewicht ab (kein Gewicht ermittelt, keine Waage), die Kleider passen nicht mehr. Verdacht, dass Fr. M. nicht mehr regelmäßig isst, weil sie nicht mehr kocht und allein lebt.	Tochter soll Lieblingsspeisen eruiieren. Drei Mahlzeiten durch ambulanten Dienst oder Angehörige sicherstellen. Gemeinsames Essen ermöglichen.	Tochter wird beim Einkaufen mehr darauf achten. Amb. Dienst wird der Tochter zu teuer für drei Besuche. Tochter versucht wenigstens abends beim Essen da zu sein. Essen auf Räder möchte die Tochter nicht.	Fr. L, Tochter von Fr. M	JK

**Tabelle 4: Beratungsprotokoll, Beispiel 2.**

Datum	Problematik	Empfohlene Maßnahme für den Sohn	Ergebnis	Ge-sprächs-partner	HZ
7.7.	Hr. G. vergisst zu essen, teilweise steht sein Abendessen morgens noch auf dem Tisch. Er hat in den letzten drei Monaten 6 Kilo Gewicht abgenommen	Bei jedem Hausbesuch ans Essen und Trinken erinnern. Pflegeeinsatz zu allen drei Hauptmahlzeiten Lieblingsessen zubereiten. Süßigkeiten und Knabbersachen bereitstellen.	Der Sohn wird morgens und abends beim Vater vorbeischauen. Pflegeeinsatz zusätzlich mittags, um Essen zuzubereiten oder dabei zu bleiben	Hr. G.	JK

### 1.3.4 Beratung im Pflegebericht dokumentieren

Sie können die Beratungsgespräche auch Pflegebericht dokumentieren. Es gibt schließlich keine Vorschrift, dass Sie gesonderte Protokolle anfertigen müssen. Der Nachteil, wenn Sie eine Beratung im Pflegebericht festhalten, ist allerdings, dass im Pflegebericht sehr vieles dokumentiert wird und damit die Übersicht im Laufe der Zeit verloren geht. Werden Sie dann in einer Prüfung gefragt, ob Sie »aufzeigen können, dass eine Beratung stattgefunden hat«, wissen Sie zwar noch, dass noch, dass es ein Gespräch gab, aber Sie müssen suchen, wann dies war.

Die beste Art, ein Problem mitsamt Lösungsvorschlag und Ergebnis zu dokumentieren, ist aus unserer Sicht eindeutig die Pflegeplanung. Sie ist Ausgangspunkt für alle Probleme und Bestandteil des Pflegeprozesses. Die folgenden Tabellen zeigen, wie die beiden oben genannten Beispiele in einer Pflegeplanung aussehen können.

**Tabelle 5: Beratung, Beispiel 3.**

Datum	Ressourcen/Probleme	Ziele	Maßnahmen	Ergebnis/ Evaluation	HZ
2.9.12	R.: Fr. M. bereitet sich alle Speisen selbst zu. Die Tochter kauft für sie ein und schaut nach dem Rechten.  P.: keine	keine	keine	7.7.12: Fr. M. nimmt ab, die Kleider passen nicht mehr. Tochter ist informiert, dass wir bei den Mahlzeiten zugegen sein können, das ist ihr allerdings zu teuer. Sie wird auf Einkäufe achten und selbst sehen, was sie tun kann.	JK

**Tabelle 6: Beratung, Beispiel 4.**

Datum	Ressourcen/Probleme	Ziele	Maßnahmen	Ergebnis/ Evaluation	HZ
2.9.12	R.: Hr. G. versorgt sich selbst, die Nachbarin kauft ein. Er lebt allein und versucht sich selbst die Speisen zuzubereiten.  P.: keines	keine	keine	7.7.12. Hr. G. wird weiter von der Nachbarin mit Lebensmitteln versorgt. Sie kontrolliert auch den Kühlschrank. Da Hr. G. kaum mehr warme Mahlzeiten bereitet, wird sie ihn künftig mit versorgen, Essen auf Rädern sei zu teuer, erklärt sie.	JK

## 1.4 Information bei Ernährungsdefiziten

Frage 12.10 ambulant: »Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten?

### Ausfüllanleitung zu 12.10

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen bei der Erbringung von Pflegeleistungen ein Ernährungsdefizit sichtlich erkennbar ist und der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger auf mögliche Hilfen oder Abklärungsmöglichkeiten (z. B. Arzt) hingewiesen wurde.«<sup>5</sup>

#### 1.4.1 Fachliche Anmerkungen

Sichtbare Ernährungsdefizite können unbeabsichtigte Gewichtsverluste, zu weit gewordene Kleidung, erkennbare Nahrungskarenzen oder auffällig verringerte Essmengen sein.

Natürlich können Sie ambulant die Kunden nicht immer wiegen. Manchmal haben die Kunden keine Waagen, manchmal sind diese nicht zuverlässig oder die Kunden können gar nicht auf der Waage stehen. Diese Problematik ist auch dem MDK bekannt. »Im Bereich der ambulanten Pflege ist zu berücksichtigen, dass eine Gewichtskontrolle in der häuslichen Umgebung aufgrund fehlender geeigneter Personenwaagen häufig nur sehr eingeschränkt möglich ist. Den Verlaufsbefunden und der Beurteilung des Gesamtbildes kommt in diesem Zusammenhang eine größere Bedeutung zu.«<sup>6</sup>

Wenn das Wiegen nicht möglich ist, so sollten Sie nach den anderen oben genannten Parametern schauen. Zeigt sich ein verändertes Essverhalten oder wird gar die Kleidung zu weit, so hat dringend eine Beratung zu erfolgen.

---

<sup>5</sup> Ebd.

<sup>6</sup> Ebd., S. 148

## 1.5 Individuelle Wünsche zum Essen und Trinken

Frage 12.13 ambulant: »Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?

### Ausfüllanleitung zu 12.13

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur

Ernährung/Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme vereinbart wurden, in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Ernährung/Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme bezogenen Wünsche nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind. Der Nachweis der Berücksichtigung kann im Einzelfall ergänzend auch über teilnehmende Beobachtung während der Prüfung erfolgen.«<sup>7</sup>

### 1.5.1 Fachliche Anmerkungen

Diese Frage trifft eindeutig nur zu, wenn zu der Ernährung auch Leistungen durch den ambulanten Dienst erbracht werden. Ist dies nicht der Fall, so wird diese Frage nicht bewertet.

Wenn der ambulante Dienst Leistungen zur Ernährung vereinbarungsgemäß erbringt, so muss dies der Pflegedokumentation zu entnehmen sein. Es muss erkennbar sein, welche Maßnahmen vereinbart wurden und welche tatsächlich erbracht werden. D. h. es muss eine Planung und einen eindeutigen Leistungsnachweis geben.

In der Planung muss erkennbar sein, dass die Wünsche des Kunden ermittelt wurden und bei der tatsächlichen Leistungserbringung auch berücksichtigt werden. Wenn ein Kunde seine Wünsche nicht unmittelbar verbal äußern kann, so muss der Pflegedienst eruieren, was der Kunde immer gern gegessen und getrunken hat und was ihm ggf. heute noch schmecken

<sup>7</sup> Ebd., S. 154

könnte. Aber Vorsicht, Abneigungen und Vorlieben gegenüber bestimmten Speisen und Getränken sind nicht immer biografisch zu begründen. Was jemandem vor Jahren noch nicht schmeckte, kann heute ein Leckerbissen sein (und umgekehrt). Das bedeutet, dass Sie nicht allein auf »Altbewährtes« setzen dürfen. Wer kennt das nicht? Da sagt die Tochter: »Meine Mutter isst keinen Fisch!« Aber die alte Dame isst die Fischstäbchen dann durchaus mit großem Vergnügen.

### 1.5.2 Umsetzungsbeispiel

Sie können und sollen die Kunden und deren Pflegepersonen gern nach Wünschen, Abneigungen und Bedürfnissen bei der Ernährung und dem Trinken fragen. Insbesondere auch zum Ess- und Trinkverhalten, also wie viel hat jemand immer gegessen und getrunken? Wer 40 Jahre lang nur zu jeder Mahlzeit ein Glas Wasser trank, muss heute nicht gequält werden, um 1000 ml am Tag zu trinken. Wer sein Leben lang schlank oder zierlich war, muss im Alter nicht zunehmen und umgekehrt, der Kräftige muss nicht unbedingt abnehmen.

Beachten Sie jedoch immer die aktuellen Wünsche und Bedürfnisse des Kunden, denn diese können von früheren Mustern klar abweichen. Hinzu kommt, dass viele demenziell erkrankte Menschen durch ihre Veränderung in einer Zeit leben, die den eigenen Kindern gar nicht bekannt ist. Oder wissen Sie lieber Leserin, was Ihre Eltern in ihrer Jugend gern oder ungern zu sich genommen haben?

### 1.5.3 Dokumentationsbeispiele

Wenn Sie biografische Daten erheben, so können Sie dies in vielfältiger Art und Weise tun. Sie können diese Informationen in einer Anamnese erheben. Sie können separate Biografieblätter führen oder alles gleich am ersten Tag in der Planung erfassen.

**Tabelle 7: Beispiel für eine Biografieerhebung zu pflegerelevanten Daten.**

#### **Ernährung/Trinken**

Was haben Sie immer gern gegessen/getrunken?

---

---

Was mögen Sie nicht so gern?

---

---

Wie viel sind Sie gewohnt zu trinken? Zu welcher Zeit?

---

---

Was sind Sie zu essen gewohnt? Zu welcher Zeit haben Sie früher gegessen? Wann war die Hauptmahlzeit – die wichtigste Mahlzeit am Tag? Wann gab es etwas Warmes?

---

---

## 1.5.4 Beratung und ihre Dokumentation in der Pflegeplanung

**Tabelle 8: Dokumentation der Beratung in der Pflegeplanung.**

Datum	Ressourcen/Probleme	Ziele	Maßnahmen	Ergebnis/Evaluation	HZ
2.3.12	<p>R.: Fr. P. aß schon immer gern Kartoffeln in allen Varianten (Pellkartoffeln, Rösti, Salzkartoffeln). Sie isst nicht gern Knoblauch. Das scheint ihr wichtig zu sein, sie fragt immer, auch bei Marmeladenbrot: »Ist da Knoblauch drauf?« Sie trinkt gern süße, dickliche Getränke. Die Tochter sagt, das ihre Mutter früher schon immer sagte, dass dicke Säfte eine gute Kindheitserinnerung an eine Tante seien. Sie trinkt zu jeder Mahlzeit nicht mehr als 1 Glas, sagt die Tochter. Zwischendurch zu trinken sei nicht üblich.</p> <p>P.: Fr. P. kann ihr Frühstück nicht selbst bereiten, versteht den Vorgang nicht, sie streicht mit dem Messer über das nicht belegte Brot oder schiebt es hin und her.</p>	Isst vorbereitete Speisen selbst	Frühstück richten, Getränke eingießen und an die Tabletten erinnern.	Fr. P. trinkt zum Frühstück eine kleine Tasse Kaffee mit wenig Milch und danach 1 Glas »dicken Saft« (den die Tochter besorgt). Sie isst ihr Frühstück mit Appetit, die restlichen Mahlzeiten übernimmt die Tochter. Es bestehen keine Anzeichen für Mangelernährung.	JK

## 1.6 Speiseangebot

Frage 9.2 stationär: »Wird in der Einrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speiseangebot vorgehalten?«

Unterpunkt d: Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?

### Erläuterung

»Demenziell erkrankte Menschen können aufgrund eines verstärkten Bewegungsdranges einen erhöhten Flüssigkeits- und Kalorienbedarf haben, der beachtet werden muss. Menschen mit demenziellen Erkrankungen essen und trinken (vermindertes Durstgefühl) eher zu wenig. Biografische Kenntnisse über individuelle Gewohnheiten und Vorlieben beim Essen und Trinken sowie die Berücksichtigung veränderter Geschmacksvorlieben können dazu beitragen, dass der Bewohner ausreichend Nahrung und Flüssigkeit zu sich nimmt.

Bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen kann es zu unterschiedlichen Problemen kommen:

- Bewohner kann Hunger- und Durstgefühl nicht mehr mitteilen
- Bewohner trinkt und isst aufgrund motorischer Unruhe nicht mehr ausreichend
- bei der Nahrungsaufnahme zeigen sich aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen ungewöhnliche Verhaltensmuster

Lehnt der Bewohner erforderliche Hilfestellungen bei der Nahrungsaufnahme ab, sollten die Gründe dafür herausgefunden werden. Maßnahmen zur Sicherstellung einer ausreichenden Ernährung und Flüssigkeitsversorgung können in diesen Fällen sein:

Beobachten, wann der Bewohner Hunger und Durst (Magenknurren, leckt sich die Lippen, hat ausgetrocknete Lippen) und entsprechend zu essen und zu trinken anbieten

- Erfassen, welche Mengen der Bewohner gegessen hat
- regelmäßige Gewichtskontrollen
- Bewohner mit motorischer Unruhe auch im Stehen essen lassen
- unkonventionelles Essverhalten tolerieren (z. B. Essen mit den Fingern)
- Beobachten, ob es Anzeichen von Exsikkose und Unterernährung gibt (trockene Haut, verminderter Spannungszustand der Haut etc.)
- Anlegen eines Ein- und Ausfuhrplans
- auch nachts häufig Getränke anbieten ...«<sup>8</sup>

<sup>8</sup> MDS e.V. (2009b). MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege, Essen, S. 124

### 1.6.1 Fachliche Anmerkungen

Die Feststellung im Prüfkatalog, dass Menschen mit Demenz eher zu wenig essen und trinken ist isoliert betrachtet nicht nachvollziehbar. Sie alle haben sicherlich auch schon ganz andere Erfahrungen gemacht. Gleichwohl ist anzumerken, dass im Leben eines Menschen mit Demenz die Prioritäten verschoben sein können. Wer Sorge hat, was die Kinder machen, der wird nicht an sein eigenes Wohl denken. Wer auf der Suche nach seinem Zuhause ist, wird sich nicht mit den Worten »Es gibt gleich Kaffee« von seinem Vorhaben abbringen lassen. Wenn Sie manchmal in Aufenthaltsräume – oft gleichzeitig Speiseraum – schauen, dann erkennen Sie nicht immer eine angenehme Atmosphäre, die ein Essen in Ruhe ermöglicht (siehe auch Kapitel 1.8).

Menschen mit Demenz sind also nicht per se gefährdet, weniger zu essen und zu trinken. Es kommt vielmehr auf das Umfeld an, wie es sich auf die Situation des Einzelnen einstellen kann. Das versteht man im Prüfkatalog unter »bedarfsgerecht«. Wer möchte was, wer braucht was zu welcher Zeit und in welchem Umfang? Das stellt aber gerade im stationären Bereich eine gewisse Herausforderung für die Einrichtung und deren Mitarbeiter dar. Darf der Pflegebedürftige einfach mit den Fingern essen und dabei den Tisch, sich selbst und den Boden beschmutzen? Wie lange halten wir Pflegekräfte es aus, wenn der Mensch mit Demenz seine Nahrung mit auf »Wanderschaft« nimmt?

Wie halten wir es mit dem Thema Essenszeiten generell? Darf der Pflegebedürftige ausschlafen? Ja, werden Sie vielleicht jetzt sagen. Das bedeutet in einer Einrichtung aber ein Durchbrechen der Essenszeiten. Wer sein Frühstück erst um 9.30 Uhr zu sich nimmt, kommt in Verzug mit der Zwischenmahlzeit, die es gewöhnlich ab 10.00 Uhr gibt. Und dieser Mensch soll dann bitte um 12.00 Uhr noch das Mittagessen aufnehmen, also in zweieinhalb Stunden drei Mahlzeiten? Wir sollten uns nicht wundern, wenn dieser Mensch zum Mittag keinen Hunger hat und auch keinen Sinn fürs Sitzenbleiben und Essen.

## 1.6.2 Umsetzungsbeispiel

Wenn Menschen morgens gern etwas länger schlafen, muss das Mittagessen zurückgestellt werden. Es kann zu einem beliebigen späteren Zeitpunkt aufgenommen werden. Ob zur Kaffeezeit oder zum Abendessen oder mitten in der Nacht. Dazu bedarf es lediglich Ihrer Bereitschaft, die allgemeinen Konventionen zu missachten. Natürlich erwartet man in der Küche den Speisewagen und das Geschirr zu einer bestimmten Zeit zurück, bei 95 % der Pflegebedürftigen wird das auch klappen. Aber für einen kleinen Teil verschieben sich die Essenszeiten nach deren Bedarf.

Wie Sie in den Erläuterungen der Prüfanleitung sehen, geht es auch darum, das Ess- und Trinkverhalten sowie die Essen- und Trinkmengen zu beobachten. Das bedeutet jedoch nicht, dass Sie für alle Menschen mit Demenz ein Ernährungs- und Trinkprotokoll bis zum jüngsten Tag führen müssen, sondern dass Sie mit Protokollen bestimmte wiederkehrende Verhalten erkennen, ebenso wie typische Essmengen oder Trinkmengen.

## 1.6.3 Dokumentationsbeispiel

Die Verschiebung von Essenszeiten kann auch so in die Pflegeplanung übernommen werden.

**Tabelle 9: Essenszeiten und die Dokumentation in der Pflegeplanung, Beispiel 1.**

Datum	Ressourcen/Probleme	Ziele	Maßnahmen	Ergebnis/Evaluation	HZ
2.3.12	<p>R.:</p> <p>Fr. K. schläft am Morgen bis ca. 9.00 Uhr, danach frühstückt sie gern lange und ausgiebig, es scheint die wichtigste Mahlzeit des Tages für sie.</p> <p>Dadurch verschieben sich die folgenden Mahlzeiten, sie isst das Mittagessen oft erst zwischen 14:00 und 15.00 Uhr, den Kuchen gegen 17.00 Uhr und das Abendessen vorm Zubettgehen gegen 21.00 Uhr.</p> <p>Eine Spätmahlzeit in der Nacht erhält sie in Form von Keksen oder Salzstangen, wenn sie nachts wach ist oder auf den Flur kommt.</p> <p>P.:</p> <p>keines</p>	keine	keine	<p>7.7.12</p> <p>Fr. K. schläft nach wie vor bis gegen 9.00 Uhr. Die Verschiebung der Mahlzeiten hat sich für sie als gut erwiesen, sie nimmt alle Speisen zu sich. Ihr Gewicht liegt stabil zwischen 64 und 66 Kilo.</p>	JK

Das Führen eines Trink- oder Ernährungsprotokolls muss einen Sinn haben. Es geht um die Ermittlung von Zeiten und Aufnahme von Nahrungsmitteln. Wenn Sie dies mittels Protokoll herausgefunden haben, können Sie das Protokoll absetzen und auch mit der Pflegeplanung, respektive der Evaluation, erklären.

**Tabelle 10: Essenszeiten und die Dokumentation in der Pflegeplanung, Beispiel 2.**

Datum	Ressourcen/Probleme	Ziele	Maßnahmen	Ergebnis/ Evaluation	HZ
2.3.12	<p>R.: Fr. L. summt meist den ganzen Tag vor sich hin und ist viel unterwegs. Das Essen und Trinken nimmt sie häufig im Gehen ein. Das dauert zwar etwas länger, aber sie isst, wenn man sie dazu motiviert. Sie reagiert gut auf »Händchenhalten«. Sie isst gern Brot mit deftigem Belag und trinkt am liebsten stilles Wasser.</p> <p>P.: Sie kann beim Essen nicht gut sitzen bleiben, wird von anderen Bewohnern reglementiert. Das macht sie nervös und sie weiß dann nicht mehr, was sie mit dem Essen machen soll.</p>	<p>Isst nach ihren Vorlieben. Hält ihr Gewicht. Trinkt im Schnitt 1200 ml.</p>	<p>Essen im Gehen ermöglichen, neben ihr hergehen, Hand halten und in die andere Hand etwas zu essen geben. Ernährungs-/Trinkprotokoll führen.</p>	<p>7.7.12 Gewicht stabil, Ernährungsprotokoll wurde abgesetzt. Sie trinkt im Schnitt 900 bis 1000 ml pro Tag, mehr schafft sie nicht. Sie hat ein wiederkehrendes Trinkmuster (siehe Protokoll). Das Protokoll wurde deshalb abgesetzt. Erneute Überprüfung mittels Protokoll für Ende Oktober geplant bzw. bei Veränderung.</p>	JK

## 1.7 Spezielle Erfordernisse der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr

Frage 9.6 stationär: »Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen?

Unterpunkt d: der Abstand der zuletzt für Bewohner mit Diabetes mellitus oder gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 10 Stunden

## Erläuterung

Der Abstand zwischen der letzten Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen soll nicht mehr als 12 Stunden betragen. Bei Diabetikern oder Personen mit demenziellen Erkrankungen sollten 10 Stunden nicht überschritten werden u. a. um Unruhezustände zu vermeiden.«

»Für den Erfolg prophylaktischer und ernährungstherapeutischer Maßnahmen ist das frühzeitige Erkennen eines Ernährungsrisikos bzw. einer eingetretenen Unterernährung sowie einer Exsikkose besonders wichtig.«

... Aus diesem Grunde sollte die Pflegeeinrichtung zur Vermeidung von Unterernährung und

Exsikkose über geeignete Regelungen und Instrumentarien zur Risikoerkennung verfügen.

Das können sein:

- Regelung zur Gewichtsverlaufsmessung (mindestens alle drei Monate)
- Regelung zum Einsatz von Assessmentinstrumenten (z. B. MNA, NRS-2002, MUST, SGA, PEMU) zur Erkennung drohender oder bestehender Mangelernährung und/oder die systematische Analyse des Ernährungsstatus im Rahmen der Pflegeanamnese/Informationssammlung
- Regelung zur Ermittlung des erforderlichen Energie- und Flüssigkeitsbedarfs bei gefährdeten Bewohnern (u. a. immobile oder dementiell erkrankte Bewohner)
- Regelung zur systematischen Planung und Überprüfung einer angemessenen Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- Regelung über sogenannte Cut-off-Punkte, bei denen bestimmte Maßnahmen (z. B. Information des Arztes, Kooperation mit Küche und Hauswirtschaft), zwingend eingeleitet werden müssen (z. B. Gewichtsverluste von mehr als 5 % in 1–3 Monaten oder mehr als 10 % in 6 Monaten, negative Flüssigkeitsbilanz über mehrere Tage)
- Regelung zur Ermittlung des (mutmaßlichen) Willens des Bewohners zur PEG-Anlage und künstlichen Ernährung«<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Ebd., S. 126

## 1.7.1 Fachliche Anmerkungen

Der Abstand zwischen der letzten Mahlzeit am Abend und der ersten am nächsten Morgen soll bei Menschen mit Demenz zehn Stunden nicht überschreiten. Das bedeutet, die Einrichtungen müssen auch in der Nacht Möglichkeiten bieten, um diese Zehn-Stunden-Frist nicht zu überschreiten. Das bedeutet aber keinesfalls, dass Menschen zum Essen geweckt werden, nur damit die zehn Stunden nicht überschritten werden! Wenn ein Pflegebedürftiger tatsächlich länger als zehn Stunden schläft, ist dies zu dokumentieren und zu akzeptieren. Wenn jemand es nicht gewohnt ist, nach dem Abendessen zum späten Abend oder in der Nacht zu essen, können Sie versuchen, mit kalorienreichen Getränken Kalorien zuzuführen, statt auf fester Nahrung zu bestehen.

Daneben gehört es zur Pflicht einer Einrichtung, den Ernährungsstatus eines Pflegebedürftigen systematisch und regelmäßig alle drei Monate (ergibt sich auch aus dem Expertenstandard Mangelernährung) zu überprüfen. Mit welchem Instrument dies geschieht, ist allein Sache der Einrichtung. Und als solche muss man vorsichtig sein, wenn ein Ernährungsberater als Vertreter einer Firma hinzugezogen wird. Der »gute Rat« lautet dann oft, dass Sie dieses oder jenes hinzukaufen müssen. Nicht selten wird auch der Bedarf an Flüssigkeit und Kalorien nach uralten Tabellen ermittelt. Diese Tabellen, z. B. die 100/50/15 Formel, sind vielen Pflegenden noch aus dem alten Prüfkatalog des MDS von 2006 bekannt. Dort hatte man nach einer Grundsatzstellungnahme zur Ernährung des MDS von 2003 (diese wiederum stützte sich auf Aussagen der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung)) angefangen, Flüssigkeitsbedarfe zu ermitteln, und zwar nach der Formel:

- 100 ml für die ersten 10 Kilo
- 50 ml für die zweiten 10 Kilo
- 15 ml pro jedem weiteren Kilo

Das ergab für einen Menschen mit 70 Kilo Körpergewicht einen Flüssigkeitsbedarf von insgesamt 2250 ml pro Tag. Zieht man die in festen Speisen enthaltene Flüssigkeit ab, so musste der Betroffene immerhin noch knapp 1500 ml trinken, um den Bedarf zu decken. Viele Pflegefachkräfte wissen gar nicht, dass diese Formeln nur sehr kurz im Gespräch waren und die

Deutsche Gesellschaft für Ernährung diese längst nicht mehr unterstützt. Heute gilt: Der Mensch sollte so viel trinken, wie sein Körper benötigt. Das bedeutet, dass manche Menschen nur rund 800 ml pro Tag trinken und andere mehr als 2000 ml pro Tag. Das entspricht auch unser aller Erfahrung.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) hat zwar die Formel zur Berechnung des Flüssigkeitsbedarfs recht rasch zurückgenommen. Die Grundsatzstellungnahme des MDS aus 2003 steht leider noch heute zur Verfügung. Da aber die Einrichtungen der Altenhilfe verpflichtet sind, nach den neuesten Erkenntnissen zu arbeiten, empfiehlt es sich, auf die Empfehlungen der DGE zu reagieren. Die DGE<sup>10</sup> brachte 2011 eine Broschüre heraus. Dort liest man als Richtwert eine Trinkmenge von »1,3 Liter, besser 1,5 Liter Flüssigkeit am Tag« für Senioren. Und weiter: »Hierbei handelt es sich um eine Orientierungsgröße, mit der die täglich erforderliche Flüssigkeitsmenge im Normalfall abgedeckt wird.« Es wird dann noch erläutert, wie sich die Flüssigkeitsaufnahme über feste und flüssige Nahrung zusammensetzt. Durch Getränke und feste Nahrung sollen pro Kilogramm Körpergewicht 30 ml aufgenommen werden. Das bedeutet bei einem Menschen mit 60 Kilogramm ein Flüssigkeitsbedarf von 1800 ml. Dabei ist zu beachten, dass rund 30 % des Bedarfs über feste Nahrung aufgenommen wird und 11 % über sogenanntes Oxydationswasser.<sup>11</sup> Das wiederum bedeutet bei einem Menschen mit 60 Kilogramm Körpergewicht, dass er rund 1000 ml trinken soll. Wie schon angemerkt, der individuelle Bedarf kann klar darüber oder darunter liegen. Sie sollten deshalb hier biografisch arbeiten.

Das Gleiche gilt auch für die Ernährung. Die ominösen Formeln zur Kilokalorienbedarfsermittlung sollten Sie durch die aktuellen Erkenntnisse der DGE ersetzen. Die DGE hat auch hier eine Broschüre<sup>12</sup> herausgegeben. Dort<sup>13</sup> finden sich Hinweise zur Flüssigkeitsversorgung und Mangelernährung<sup>14</sup> sowie einige Tipps zum Umgang. Wer von Ihnen bereits den Expertenstandard Mangelernährung kennt, findet dort die gleichen Aussagen.

<sup>10</sup> DGE e.V. (2011). Praxiswissen Trinken im Alter. Bonn, S. 8 f.

<sup>11</sup> Ebd.

<sup>12</sup> DGE e.V. (2011). Qualitätsstandards für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen 2. Auflage, Bonn

<sup>13</sup> Ebd., S. 11

<sup>14</sup> Ebd., S. 21

Ebenso verhält es sich mit der Ernährung. Wir kennen alle mindestens einen Menschen in unserem direkten Umfeld, der essen kann, was er will, er nimmt nicht zu. Wie soll es da eine einheitliche Formel für den Bedarf des Menschen geben? Auch diese Formel ist vom Markt.

### Hinweis

Wer heute noch Flüssigkeits- und Kalorienbedarfe anhand starrer Formeln berechnet, stützt sich auf veraltetes Wissen aus 2003 und agiert möglicherweise am Bedarf des Einzelnen vorbei!

Solange keine Defizite erkennbar sind, d.h. kein verändertes Essverhalten, keine Gewichtsverluste, keine Anzeichen für Exsikkose (z.B. trockener Mund, fehlender Speichelsee unter der Zunge), so lange ist ein Mensch nicht unterversorgt. Wer sein Gewicht mit der Nahrung hält, die er zu sich nimmt und wer dies schon lange tut (bspw. seit 40 Jahren 45 Kilo wiegt), der hat keinen Mangel und muss nicht mit hochkalorischer Kost vollgestopft werden. Wer immer nur ein Glas zum Essen trinkt und das seit 50 Jahren, der hat sicher keinen Bedarf von 1500 ml am Tag. Im Gegenteil: Wird dem Körper mehr Flüssigkeit zugeführt als Bedarf besteht, leidet der Betroffene möglicherweise, denn der Körper kann das erhöhte Volumen nicht verarbeiten und lagert es ein.

Biografisch ist zudem Weiteres zu beachten: Welche Bedeutung hat Essen im Leben des Klienten und was braucht er, um auch im Heim das Gefühl haben zu können, dass das Essen seine Seele und seinen Leib zusammenhält?

Im Fragenkatalog des MDK liegt der Fokus beim Thema »Essen/Mahlzeiten« auf dem Geschmack der Speisen, den Wahlmöglichkeiten zwischen einzelnen Gerichten, den Essenzeiten, dem gepflegten Service, der angemessenen Tischdekoration und, speziell für Klienten mit Demenz, auf dem bedarfsgerechten Speiseangebot. Ist das Thema Essen und Trinken ein Problem für den Klienten, verbirgt sich hinter dem Begriff »bedarfsgerecht« nicht nur der eventuell erhöhte Kalorienverbrauch bei Klienten, die viel laufen, oder mögliche Schluckstörungen. Hier müssen Sie genauer hinse-

hen, denn oft haben Essstörungen mit mangelnder Berücksichtigung von biografischen Hintergründen zu tun. Die Frage nach dem Lieblingsgericht sollte nicht die einzige Frage bleiben, wenn man bedenkt, dass manche Heime dieses Gericht lediglich zum Geburtstag servieren.

Essen hat etwas mit dem Alltag zu tun, den Klienten mit Demenz aus ihrem Zuhause kennen. Da vor allem in der fortgeschrittenen Demenz die Aspekte aus familiären Regeln und Abläufen wichtig sein können, sollten Sie auch in dieser Richtung fragen.

### 1.7.2 Umsetzungsbeispiel

Die meisten Einrichtungen haben sogenannte »Routinerundgänge«, bei denen die Spätmahlzeit ausgeteilt und angeboten wird, um die Zehn-Stunden-Frist nicht zu überschreiten. Selbstverständlich wird niemand geweckt, um ihm seine Spätmahlzeit anzubieten.

#### **Arbeiten Sie biografisch**

Bieten Sie jederzeit Nahrungsmittel an. Fixieren Sie sich nicht zu sehr auf eine bestimmte Zeit, z. B. eine Spätmahlzeit. Bieten Sie auch Süßigkeiten an, Schokoladenriegel, Salzstangen, Erdnussflips, Joghurt, Obst, Brot etc. oder auch einen Milchshake als Trinknahrung (natürlich sollten biografisch relevante Lebensmittel bevorzugt werden).

Ermitteln Sie Anzeichen für Mangelernährung (Gewichtsverluste, zu weit gewordene Kleidung, verändertes Essverhalten, verminderter Appetit) ebenso wie Anzeichen für Austrocknung (trockene Lippen, trockene Schleimhäute, fehlender Speichelsee unter der Zunge) und zwar direkt zu Beginn der Pflege und danach bei Veränderung und spätestens alle drei Monate. Wenn sich nichts verändert und keine Anzeichen einer Mangelversorgung bestehen, dann akzeptieren Sie bitte das Ergebnis.