

> Pflegerische Versorgung bei Mangelernährung

Gezielt intervenieren

ANTJE TANNEN

Pflegebedürftige Menschen, die von Mangelernährung bedroht sind, zu ermitteln, ist nicht so einfach wie es vielleicht klingt. Welche Fallstricke Pflegende beim Messen des BMI-Wertes kennen sollten, wodurch die Nahrungsaufnahme bei älteren Menschen erschwert werden kann und wie sich mit relativ geringem Aufwand die Verzehrsmengen erhöhen lassen, erfahren Sie in diesem Artikel.

Unzureichende Nahrungszufuhr und Dehydratation von pflegeabhängigen Menschen sind unerwünschte Ereignisse und stellen ein Risiko für Mangelernährung dar. Ursache für Defizite in der Nahrungs- und/oder Flüssigkeitszufuhr können funktionelle oder kognitive Einschränkungen sein und müssen rechtzeitig erkannt und behoben werden. Da Pflegekräfte einen engen und kontinuierlichen Kontakt zu den Patienten haben, spielen sie eine zentrale Rolle in Früherkennung und Behandlung von ernährungsrelevanten Gesundheitsproblemen. Neben patientenbezogenen Interventionen sind auch strukturelle Faktoren entscheidend für eine bedürfnis- und bedarfsdeckende Ernährung.

Gefährdete Patienten ermitteln

Der erste Schritt im Ernährungsmanagement ist das frühzeitige Entdecken von bestehenden oder drohenden Ernährungsrisiken. In allen Bereichen der Pflege – Akutversorgung, Langzeitbetreuung und häusliche Pflege – sollte jeder neu aufgenommene Patient/Bewohner einem **Screening** unterzogen werden. Komponenten des Screenings sind:

- der Ist-Zustand (Gewicht und BMI)
- die Vorgeschichte (unbeabsichtigter Gewichtsverlust)
- auffällig geringe Ess- und Trinkmengen
- erhöhter Energie-, Nährstoff- oder Flüssigkeitsbedarf

Diverse Screeninginstrumente existieren in deutscher Sprache für unterschiedliche Patientengruppen und Versorgungsbe-
reiche. Wenn man diese anwendet, ist es wichtig, sich der Grenzen von Screening-

verfahren bewusst zu sein. Screeninginstrumente sind einerseits kurz und praktikabel, wodurch andererseits die Erkenntnis, die sie bringen, eher flüchtig ist. Man weiß vielleicht, ob jemand mangelernährt ist (ja/nein), aber man kennt oft nicht den Schweregrad und erst recht nicht mögliche Ursachen der Mangelernährung. Eine weitere Schwierigkeit sind potenzielle Messprobleme, wie im Kasten 1 abgebildet.

Ein Patient mit positivem Screeningbefund sollte genauer beobachtet werden. Dafür sollten Pflegekräfte über mehrere Tage (meist drei bis sieben Tage) die

tatsächlich zugeführten Ess- und Trinkmengen entweder nur quantitativ (Tellerdiagramm oder Einfuhrkontrolle bei enteraler und parenteraler Ernährung) oder auch qualitativ (Ernährungsprotokoll) erfassen und beurteilen. Letzteres geschieht optimalerweise im interdisziplinären Team. Sind die Verzehrsmengen zu gering, sollten mögliche Ursachen mittels Patientenbeobachtung oder -befragung geklärt werden. Folgende Bereiche sollten Pflegende in einem tiefergehenden **Assessment** beachten:

- Körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen beim Essen oder Trinken (zum Beispiel kognitive Defizite bei Demenzkranken, motorische Einschränkungen der oberen Extremitäten, Kau- oder Schluckbeschwerden, usw.)
- Appetitmangel, Ablehnung von Speisen und Getränken (zum Beispiel aufgrund von Schmerzen, Medikamentennebenwirkungen, reduziertem Durstgefühl, Bewegungsmangel, kulturellen oder religiösen Gründen, usw.)

- Ödeme können dazu führen, dass sie ein zu niedriges Körpergewicht verdecken. Infolgedessen kann es zu hohen BMI-Werten kommen.
- Pflegende kennen die Gewichtsverläufe ihrer Patienten oft nicht. Die Angaben aus den Selbstauskünften sind oft ungenau.
- Oft fehlt die Infrastruktur, um bettlägerige Patienten zu wiegen.
- Wenn Personen unter Amputationen leiden, sind die Gewichtsangaben entsprechend anzupassen.
- Anatomische Besonderheiten, die zu ungenauen Größenwerten führen, beispielsweise Wirbelsäulenverkrümmungen, oder -schrumpfung können zu unpräzisen BMI-Werten führen.
- Es ist oft nicht möglich, die tatsächlichen Trink- und Verzehrsmengen zu ermitteln – beispielsweise in der ambulanten Pflege, wo Portionsgrößen nicht normiert sind.
- Verzehrsmengen zu erfassen ist meist nur quantitativ möglich, etwa über Tellerdiagramme. Gerade in der ambulanten Versorgung ist es schwierig, die Speisqualität zu erfassen.
- Manche Instrumente können einen erhöhten Energie-, Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarf nicht feststellen.
- Bei Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, sind Assessments, die Selbstauskunftangaben durch die Patienten benötigen, nicht zuverlässig.
- Wenn Pflegende die Kniehöhe ermitteln (um die Körpergröße zu schätzen), die Dicke der Trizephshautfalten bestimmen oder den Waden- oder Oberarmumfang feststellen (um den BMI zu schätzen) handelt es sich nur um Ersatzmessungen.

Kasten 1: Potenzielle Messprobleme bei der Anwendung von Screeninginstrumenten für Mangelernährung (vgl. Löser 2011).



Foto: Klaus Mihatsch/Immanuel Klinik Rüdersdorf

Pflegenden kommt bei der Ernährung eine hohe Verantwortung zu. Es gibt viele Punkte, auf die sie im Rahmen eines tiefergehenden Assessments achten sollten, um einer Mangelernährung vorzubeugen.

- Störende Umgebungsfaktoren (zum Beispiel inadäquate oder gestörte Essenszeiten, unangenehme Essensatmosphäre, fehlende Bezugspersonen, mangelnde Unterstützung beim Essen und Trinken, usw.)
- Essens- bzw. Getränkeangebot (zum Beispiel Unzufriedenheit mit Geschmack, Temperatur oder Aussehen des Essens, unangemessene Konsistenz, usw.)
- Erhöhter Bedarf an Energie und Nährstoffen beziehungsweise Flüssigkeit (zum Beispiel aufgrund von Tumoren, Fieber, Infektion, chronischen Wunden, psychischem Stress, Hyperaktivität,

starkem Erbrechen oder Durchfällen, Schwitzen, usw.) (nach Bartholomeyczik et al. 2008).

Das Screening und ggf. das Assessment sollten **regelmäßig wiederholt** werden. Im Akutbereich sollten chronisch kranke Patienten und Patienten mit bestehenden Ernährungsdefiziten mindestens bei Aufnahme und Entlassung gescreent werden, bei längerer Liegedauer empfehlen sich regelmäßige (beispielsweise wöchentliche) Wiederholungen.

Bei Bewohnern im Langzeitpflegebereich sollte das Screening bei Zustandsänderung erneut erfolgen, bei

Bewohnern ohne Ernährungsdefizite genügen längere (ca. dreimonatige) Wiederholungsintervalle. Pflegende sollten Bewohner mit Ernährungsdefiziten in kürzeren Abständen beobachten, indem sie beispielsweise täglich die Verzehrmenen und wöchentlich den BMI kontrollieren.

In der häuslichen Pflege empfehlen sich ähnliche Intervalle wie im Pflegeheim. Zusätzlich sollten Pflegepersonen hier auf die Verfügbarkeit und Qualität der Nahrungsmittel, sowie auf den Hilfebedarf beim Einkaufen und Kochen achten.

Neben Screening und Assessment sollte bei mangelernährten Patienten ein regelmäßiges **Monitoring** des Ernährungszustands erfolgen, um den Erfolg der Maßnahmen zu beurteilen. Dabei sollten der Gewichtsverlauf, die Steigerung der Trink- und Verzehrmenen, Nahrungsunverträglichkeiten, der Genesungsverlauf und eventuell Laborparameter beachtet werden. Die Beobachtungsintervalle hängen von den eingeleiteten Maßnahmen und den erwarteten Endpunkten ab.

Um Doppelerhebungen durch verschiedene Berufsgruppen zu vermeiden, sollten die Ergebnisse in einer ge-

Zusammenfassung

Zahlreiche ältere Menschen sind durch körperliche, psychische oder umgebungsbezogene Gründe von Mangelernährung bedroht. Mangelernährung kann bei pflegebedürftigen Menschen nicht nur zu einer erhöhten Morbidität, sondern auch Mortalität führen. Um mangelernährte Menschen zu identifizieren, gibt es ein breites Angebot verschiedener Screening- und Assessmentinstrumente. Diese sinnvoll einzusetzen, ist eine Aufgabe Pflegender im Rahmen des Ernährungsmanagements. Außerdem haben Pflegende einige Koordinationsaufgaben mit anderen Berufsgruppen.

Schlüsselwörter: *Mangelernährung, Verantwortung Pflegender, Assessmentinstrumente*



Foto: kab-vision/Fotolia

In einer angenehmen Umgebung und bei bekannten Gerichten, lassen sich die Mengen, die mangelernährte Bewohner essen, wirksam steigern.

meinsamen Dokumentation sichtbar sein und an zentraler, vorgegebener Stelle in der Patientenakte festgehalten werden.

Pflegeinterventionen

Die Wahl der Pflegeinterventionen hängt von den zugrunde liegenden Ursachen für eine unzureichende Nahrungszufuhr ab. Dabei ist es wichtig, neben den krankheitsbedingten auch versorgungsbedingte Faktoren, wie lange Nüchternzeiten, Unterbrechung der Mahlzeiten oder inadäquates Essensangebot, im Blick zu behalten.

Appetitlosigkeit ist einer der Hauptgründe für ungenügende Nahrungszufuhr, insbesondere bei stationär behandelten Patienten. Sie kann einerseits krankheits- oder therapiebedingt sein, etwa durch Polypharmazie, unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen, Übelkeit und Erbrechen, Sodbrennen oder Immobilität. Andererseits gibt es auch psychische Ursachen wie depressive Stimmungslagen.

Körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen, die eine selbstständige Nahrungszufuhr erschweren, müssen erkannt und kompensiert werden. Dazu gehören Verschlechterungen der Sinneswahrnehmung (Sehvermögen, Geschmacks- und Geruchssinn, Tastvermögen). Nachlassender Geruchssinn kann zur Folge haben, dass Speichelsekretion und Appetit abnehmen. Verminderter Geschmackssinn kann dazu führen, dass Patienten die Nahrung als fad und eintönig empfinden. Lähmungen, beispielsweise nach einem Schlaganfall, Rheumatismus, Handödeme oder andere Funktionseinbußen der Arme und Hände verhindern, dass Besteck und Gläser sicher gegriffen und die Nahrung eigenständig geschnitten und zugeführt werden kann.

Tumorerkrankungen im Mund-, Rachen- oder Halsbereich und neurologische Erkrankungen können mit Dysphagie einhergehen. Symptome einer Dysphagie sind beispielsweise verzögertes oder häufiges Schlucken, häufiges Räuspern, gurgelig, nass klingende

Stimme („wet voice“) oder Speichelansammlungen in der Mundhöhle, die jedoch keinen Schluckreflex auslösen.

Zahnschmerzen, fehlende oder schlecht sitzende Zahnprothesen, Mundtrockenheit, Schleimhautläsionen und andere Kauprobleme können bewirken, dass bestimmte Speisen gemieden werden.

Ein gestörter Schlaf/Wachrhythmus und eine extreme Müdigkeit, zum Beispiel tumorbedingte Erschöpfung oder durch unerwünschte Medikamentennebenwirkungen hervorgerufen, können ebenfalls dazu führen, dass Patienten nicht die benötigten Verzehr- und Trinkmengen erreichen.

Menschen mit Demenz leiden neben den oben beschriebenen verminderten Sinneswahrnehmungen auch noch an kognitiven Einbußen, die ihnen die Nahrungsaufnahme erschweren. So können sie sich eventuell nicht auf das Essen konzentrieren oder vergessen zu essen, verweigern die Nahrungsaufnahme, sie haben eventuell Wahnvorstellungen oder Vergiftungsängste,

leiden unter Ruhelosigkeit und hohem Bewegungsdrang. So vielfältig die demonstrierten Verhaltensweisen sein können, so komplex müssen auch die pflegerischen Interventionen darauf reagieren.

Strukturelle Faktoren der Ernährung

Neben den oben genannten krankheitsbedingten Ursachen, die zu Mangelernährung führen können, gibt es auch umgebungsbedingte Ursachen. So kann ein veränderter Tagesablauf im Krankenhaus oder Pflegeheim (mit meist frühen und wenig flexiblen Essenszeiten), aber auch Unterbrechungen der Mahlzeiten durch Untersuchungen, Visiten, Reinigungsarbeiten, Therapien oder Verlegungen, störende Mitpatienten und ein Essensangebot, was nur bedingt an individuelle Vorlieben und Abneigungen angepasst werden kann, dazu führen, dass Patienten weniger essen als in der häuslichen Umgebung. Es sollte zumindest darauf geachtet werden, dass jeder Patient und Bewohner genügend Zeit für die Nahrungsaufnahme hat und unnötige Essensunterbrechungen unterbleiben. Nach längeren Nüchternzeiten sollten zu jeder Zeit Snacks und Getränke angeboten werden. Einrichtungen sollten eine individuelle Kostwahl ermöglichen, sofern keine verschriebene Diät indiziert ist. Langfristig sollten die Gestaltung der Speiseräume möglichst ansprechend und der Menüplan möglichst abwechslungsreich sein. Spezielle Ernährungskonzepte, wie Fingerfood, Buffets und „eat by walking“ scheinen sich bei bestimmten Patienten zu bewähren.

Das Nahrungsangebot

Deutsche (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin, Deutsche Gesellschaft für Geriatrie) und europäische Fachgesellschaften (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) empfehlen für mangelernährte Patienten ein Stufenschema. Zunächst sollten die Ursachen erfasst und behandelt, sowie die Ernährung angepasst werden. Sollten diese Maßnahmen nicht genügen, so ist der Energie- und Proteingehalt der Nahrung zu erhöhen. Dies kann zunächst mit natürlichen fetthaltigen Lebensmitteln wie Butter, Sahne oder Öl geschehen, aber auch mit künstlichen

Zusätzen. Reichen auch diese Maßnahmen nicht aus, empfehlen sich besonders bei Patienten, die schnell ein Sättigungs- und Völlegefühl entwickeln, zusätzliche natürliche Mahlzeiten oder Trinknahrung mit hoher Nährstoffdichte. Lässt sich durch die orale Ernährung der Nährstoffbedarf nicht decken, so wird zunächst mit enteraler und, wenn nötig, auch mit parenteraler Ernährung begonnen.

Rolle der Pflege

Die Ursache für Mangelernährung ist selten monokausal und die Interventionen fallen in den Verantwortungsbereich vieler Berufsgruppen (Pflege, Medizin, Ernährungswissenschaft, Küche, etc.). Die Pflege hat neben vielen Koordinations- und Kooperationsaufgaben auch eigene pflegerische Verantwortung, etwa bei der Mitgestaltung der Versorgung und Unterstützung der Patienten bei der Nahrungsaufnahme. Die Aufgaben Pflegenden bei der Sicherstellung einer angemessenen Ernährung umfassen die folgenden Tätigkeiten:

- Die Ernährungssituation im Rahmen des pflegerischen Assessments erfassen (Risikoerkennung für Ernährungsdefizite (Screening) und Erfassung und tiefergehende Untersuchung ernährungsrelevanter Problembereiche (Assessment)).
- Erfassen und Auswerten von Ess- und Trinkprotokollen (Screening, Monitoring).
- Patienten bei der Speisenauswahl und -bestellung unterstützen.
- Ersatzmahlzeiten anfordern, wenn aus diagnostischen oder Behandlungsgründen Mahlzeiten ausgelassen werden müssen.
- Anfordern und Bereithalten von Wunschkost, Zusatznahrung und alternativen Ernährungsangeboten.
- Rechtzeitiges Anregen von ernährungsmedizinischen oder anderen therapeutischen Maßnahmen.
- Anbieten von oraler Nahrung oder oraler sensorischer Stimulation (basale Stimulation) bei teilweise oder vollständig enteraler bzw. parenteraler Ernährung.
- Patienten bei den Mahlzeiten, je nach Fähigkeiten kompensierend, teilkompensierend, anleitend oder beratend, angemessen zu unterstützen.
- Erhalten und Fördern der Selbstständigkeit beim Essen und Trinken.

- Positiv auf das Essverhalten einwirken.
- Sorge für eine störungsfreie Umgebung während der Mahlzeiten.
- Vermeidung von pflegerischen, therapeutischen und medizinischen Interventionen während der Mahlzeiten.
- Überwachung von Interventionen und Informationsmanagement bei ernährungsmedizinischer Behandlung im multiprofessionellem Team. (Löser 2011, S. 230).

Fazit

Mangelernährung ist ein unerwünschter Zustand bei pflegeabhängigen Menschen und kann sowohl Morbidität als auch Mortalität erhöhen. Pflegekräften kommt aufgrund der Nähe zum Patienten eine besondere Rolle in Früherkennung und Behandlung zu. Körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen, die die Nahrungszufuhr ungünstig beeinflussen, müssen erfasst und konsequent ausgeglichen werden. Pflegenden können dadurch, dass sie die Umgebung sowie das Essensangebot gestalten, die Verzehrmenge positiv beeinflussen. Neben eigenverantwortlichen Aufgaben der Pflege gibt es einen hohen Bedarf an Koordination mit anderen Berufsgruppen. <<



Literatur

Bartholomeyczik S. et al. (2008) *Pflegerische Erfassung von Mangelernährung und deren Ursachen (PEMU). Entwickelt im Rahmen des Projekts QN II – Qualitätsniveau für die orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung*. Bonn.

Löser C. (Hrsg.) (2011) *Unter- und Mangelernährung. Klinik – moderne Therapiestrategien – Budgetrelevanz*. Thieme, Stuttgart.

Tannen A., Schütz T. (Hrsg.) (2011) *Mangelernährung. Problemerkennung und pflegerische Versorgung*. Kohlhammer, Stuttgart.

Autorenkontakt:

Dr. rer. cur. Antje Tannen, MPH ist Dipl.-Pflegepädagogin. Sie arbeitet als Pflegewissenschaftlerin an der Charité in Berlin. Einer ihrer Forschungsschwerpunkte liegt auf der Prävention von Mangelernährung bei pflegebedürftigen Menschen.
Kontakt: Antje.Tannen@charite.de