

Förderung von ausgewogener Ernährung in der Altenpflege

Handbuch zur Organisation von Ernährung im Altenpflegebereich





Veröffentlicht mit Unterstützung der SeneCura Gruppe
www.senecura.at

Förderung von ausgewogener Ernährung in der Altenpflege

Empfehlungen für EAN-Mitglieder

Handbuch zur Organisation von Ernährung im Altenpflegebereich

(C) 2021, European Ageing Network

ISBN: 978-80-88361-32-9 (online)

Herausgegeben von:

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

Vančurova 2904, 390 01 Tábor

Czech Republic

www.apsscr.cz

Inhalt

Vorwort	4
Europäisches Netzwerk Altern	6
Einleitung	8
Soziale Aspekte des Essens	12
Kulturelle Aspekte in der Ernährungspflege	16
Geschäftsmodell einer ausgewogenen Ernährung	20
Medizinische Aspekte und Richtlinien	24
Ernährungstherapie in der Palliativpflege	38
Rollen und Verantwortlichkeiten	42
Abkürzungsverzeichnis	46

VORWORT

Das Hauptanliegen des Europäischen Netzwerks Altern (European Ageing Network - EAN) ist es, die Qualität in der Langzeitpflege zu unterstützen und zu steigern. Ernährung nimmt einen bedeutenden Teil dieser Qualität in der Altenpflege ein. Es ist bekannt, dass gute Ernährung Gesundheit und somit Lebensqualität fördert.

Es ist daher von großer Bedeutung, sich der Tatsache bewusst zu sein, dass Ernährung ein wesentlicher Teil eines komplexen Ansatzes in der modernen Altenpflege darstellt. Deshalb ist es wichtig, sich nicht nur bewusst zu sein, dass Ernährung ein wichtiger Baustein im komplexen Umgang mit Älteren ist, sondern wir teilen (in diesem Handbuch) auch erfolgreiche Beispiele und Wissen, geben Empfehlungen ab und zeigen innovative Lösungen auf.

Das Europäische Netzwerk Altern wandte sich an Ernährungsexpert:innen in ganz Europa mit der

Aufforderung, eine EAN Arbeitsgruppe ins Leben zu rufen. Ihr Ziel war, einen „Werkzeugkoffer“ in Form einfacher und klarer Richtlinien zu erstellen, der den Weg hin zu einer optimalen Pflege sowie ausgewogener Ernährung unterstützt und begleitet.

Das Ergebnis, das vor Ihnen liegt, wäre ohne die Initiative unserer Partner:innen und Mitglieder aber auch ohne die Expert:innen, die mehr als ein Jahr lang am Dokument arbeiteten, nicht möglich gewesen.

Wir hoffen, dass dieses Handbuch den Erbringern von Langzeitpflege bei der Erfüllung ihres Leitbildes hilft - nämlich älteren Menschen eine hohe Lebensqualität mit Würde, Freude und Glück zu ermöglichen.

Dr. Jiří Horecký, MBA
Präsident, CEO
European Ageing Network



EUROPÄISCHES NETZWERK ALTERN

Der Dachverband European Ageing Network (EAN) vereint mehr als 10.000 Pflegeanbieter in Europa. Die Mitglieder repräsentieren alle Arten von Organisationen und Personen, die für ältere Menschen aktiv tätig sind, einschließlich gewinnorientierter, gemeinnütziger und staatlicher Organisationen. Es ist deren Vision und Leitbild, die Lebensqualität für Ältere zu verbessern und sie dabei zu unterstützen, jeden Tag zu einem besseren zu machen, indem sie qualitativ hochwertige Pflegedienstleistungen anbieten.

10.000

**ERBRINGER VON
PFLEGELEISTUNGEN**

Im Europäischen Netzwerk Altern (EAN) befinden sich derzeit Mitglieder aus 25 europäischen Ländern. Mit der EAHSA, vertreten in Nordwesteuropa und der E.D.E. im Südosten, ist der Dachverband European Ageing Network definitiv zu einer pan-europäischen Organisation geworden. Das EAN steht aber nicht allein bei der Verwirklichung seiner Vision, Werte und seines Leitbildes. EAN ist mit dem Global Ageing Network (GAN), einem globalen Netzwerk mit Büro in Washington D.C., eng verbunden. EAN und GAN vereinen Expert:innen aus der ganzen Welt, leiten Bildungsinitiativen und bieten Raum für innovative Ideen in der Altenpflege. Sie ebnen den Weg für Best Practices in der Altenpflege, damit ältere Menschen weltweit gesünder, stärker und eigenständiger leben können.

25

**EUROPÄISCHE
LÄNDER**

Die Mitglieder des Europäischen Netzwerks Altern (EAN) erbringen Leistungen für über 1 Million Menschen in Europa. Dass Menschen länger leben, ist eine der größten Errungenschaften moderner Gesellschaften. Die Lebenserwartung der Europäer:innen ist höher, als je zuvor. Es wird prognostiziert, dass dies aufgrund medizinischer Fortschritte und verbesserter Lebensbedingungen anhält und sich noch weiter erhöhen wird. 2020 war bereits ein Viertel der Europäer:innen 60 Jahre alt oder älter. Zusammen mit den niedrigen Geburtsraten führt dieser Trend zwangsläufig zu Strukturänderungen in der europäischen Gesellschaft, die die Wirtschaft, die Sozialversicherungs- und Gesundheitssysteme, den Arbeitsmarkt und viele andere Lebensbereiche erheblich beeinflussen werden.

1 MILLION

**ÄLTERE
LEISTUNGES-
EMPFÄNGER:
INNEN**



www.ean.care

EUROPEAN
AGEING
NETWORK

Als kompetente Erbringer von Leistungen bemühen wir uns, die Qualität von Pflege und Supervision zu verbessern. Gemeinsame Ausbildungsstandards, wechselseitige Besuche und Hospitationen, Kongresse und Symposien leisten einen wichtigen Beitrag zur professionellen Haltung unter den Führungskräften von Pflegeeinrichtungen und fördern ein besseres Verständnis der verschiedenen Pflege- und Unterstützungsformen. Das Ermöglichen von menschenwürdigen Lebens- und Arbeitsbedingungen in unseren Einrichtungen ist die Vision, für die wir bei EAN einstehen.

Austria	Luxembourg
Belgium	Netherlands
Croatia	Norway
Czech Republic	Poland
Estonia	Portugal
Finland	Romania
France	Russian Federation
Germany	Slovenia
Great Britain	Slovakia
Hungary	Spain
Italy	Sweden
Latvia	Switzerland
Lithuania	



EINLEITUNG

Die Arbeitsgruppe Ernährung des Europäischen Netzwerks Altern wurde gegründet, um Richtlinien für sorgfältige Ernährung in Sozialeinrichtungen für Ältere zu entwickeln. Die Richtlinien befassen sich hauptsächlich mit dem Ernährungsweg in der Altenpflege und beinhalten Grundsätze, Verfahren und Prozesse, Good Practice und andere Beispiele sowie Lösungsansätze. Die Richtlinien befürworten eine ausgewogene Ernährung und sollten für Führungskräfte, Pflegende, Köch:innen und Anbieter in Altenpflegeeinrichtungen hilfreich sein; Des Weiteren sollten sie die Diskussion über verbesserte Gaumenfreude zum Wohle der Bewohner:innen anregen.

Die Arbeitsgruppe fasste zahlreiche Aspekte des Themenbereiches Ernährung ins Auge und stützte ihre Meinungen und Anregungen auf Diskussionen zu:

- Fehlernährung bei älteren Personen im Pflegeumfeld: Ist-Zustand des Themas, Häufigkeit, besonders im Umfeld der Altenpflege (stationär, Betreutes Wohnen, Gemeinschaftsmodelle), eingeführte Richtlinien und Kennzeichnungssysteme, Best Practices
- Verschiedenen relevanten Aspekten von Fehlernährung bei älteren Personen: Was sind die

Gründe einer Fehlernährung bei Älteren? Was trägt dazu bei? Wie und wer ist dafür verantwortlich, damit Lösungen für Fehlernährung gefunden werden können?

- Möglichkeiten, wie Fehlernährung für Ältere und Pflegekräfte erfolgreich bekämpft werden kann: Beispiele von Best Practice, Innovationen, „New Food“, Gastfreundschaft, Kultur und Anwendung, Verfügbarkeit, Wirtschaftlichkeit, usw.
- Leitlinien über Bewusstseinsbildung zu Problemen und Lösungsansätzen auf allen Ebenen

VON FEHLERNÄHRUNG ZUR AUSGEWOGENEN ERNÄHRUNG

Wenn eine Person nicht genug Nahrung bekommt oder nicht die richtige Nahrungsart, können sich in weiterer Folge bald Anzeichen von Fehlernährung bemerkbar machen. In diesem Bericht bezieht sich Fehlernährung auf Mängel, Überschüsse oder Ungleichgewichte in der Energie- und/oder Nährstoffzufuhr einer Person. Der Begriff Fehlernährung umfasst zwei große Gruppen von Zuständen. Die eine Gruppe betrifft Menschen mit Übergewicht, Fettleibigkeit und ernährungsbezogene, nicht übertragbare Erkrankungen (wie z.B. Herzkrankheit, Schlaganfall, Diabetes oder Krebs). Die zweite Gruppe betrifft unterge-

wichtige Menschen, welche unter „Stunting“ bzw. Unterentwicklung (einhergehend mit Wachstumsstörungen), starkem Untergewicht (zu wenig Gewicht im Verhältnis zum Alter) und Mangel an Mikronährstoffen oder Insuffizienzen (Fehlen von Nährstoffen, wichtigen Vitaminen und Mineralstoffen) leiden. Besonders ältere Personen sind von Fehlernährung betroffen, weil sie einerseits nicht die nötige Kraft besitzen (z.B. schwache Kaumuskulatur), Essen wirksam aufzunehmen, oder einfach kaum Appetit haben.

Das Anliegen der Arbeitsgruppe ist, Hilfestellung bei der Bekämpfung von Fehlernährung zu geben und eine ausgewogene Ernährung vorzuschlagen: Die optimale Mischung aus ernährungstechnischen, medizinischen, wirtschaftlichen, kulturellen und organisatorischen Aspekten finden, um Ältere beim Wohlbefinden und Wohlfühlen im Umfeld der Altenpflege zu unterstützen. Dies kann mit angemessenen Lebensmitteln und Getränken und mittels eines individuellen Ansatzes als Ausgangspunkt erreicht werden. Dieser Bericht gibt nicht nur Aufschluss über die biomedizinischen Aspekte bei der Essensaufnahme, sondern er beschreibt auch alle anderen Fachgebiete rund um das Thema der guten Ernährung. Neben dem Kapitel über medizinische und klinische Aspekte beinhaltet der Bericht auch solche über die wirtschaftlichen Kosten und Vorteile, soziale und kulturelle As-

pekte, „Essen und Genießen“ und die Rollen und Verantwortlichkeiten innerhalb von Organisationen in der Altenpflege. Besondere Aufmerksamkeit gilt einem speziellen Thema - der Ernährung in der Palliativpflege.

Eine Sache kristallisierte sich aus den vorgenommenen Diskussionen und Forschungen völlig klar heraus: Das Wissen um ausgewogene Ernährung setzt eine Bewusstseinsbildung voraus, was Fehlernährung bedeutet, welchen weitreichenden Schaden sie anrichten kann und dass der Behandlungsansatz ein multidisziplinärer sein muss.

ARBEITSMETHODE

Die Arbeitsgruppe nahm ihre Arbeit im Februar 2020 auf, kurz bevor COVID-19 ausbrach. Nach nur einer Präsenzsitzung wurden alle anderen Arbeitstreffen und Diskussionen online durchgeführt. Das hat die Produktivität der Gruppe nicht behindert.

Die Gruppe bereitete sich auf die Zusammenarbeit akribisch vor: Die Grundlage für die einzelnen Kapitel wurden in Kleingruppen in Vorgesprächen diskutiert und ausgearbeitet, die Mitglieder brachten ihre Forschungsergebnisse ein. Im großen Forum wurden dann die verschiedenen Kapitel des Berichtes gemeinsam diskutiert, reflektiert und abschließend zu einem Gesamtbericht zusammengeführt.

MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE

Die EAN Ernährungs-Arbeitsgruppe setzte sich aus den folgenden Expert:innen zusammen:

AGNETA HÖRNELL

Professorin, leg. Diätistin, Institut for Kostvetenskap, Umeå Universitet

AMALIA TSAGARI

Klinische Diätologin, KAT General Hospital / Lecturer Clinical Nutrition, Aegean College / Lead ESDN Older Adults of EFAD, Athen, Griechenland

BARBARA TROESCH

Global Lead Scientist for Nutrition Science and Advocacy for Medical Nutrition and Pharma, DSM Nutritional Products, Kaiseraugst, Schweiz

BIRGIT MATITSCHKA

Diätologin und Projektmanagerin

Food Solutions Senior Market, SODEXO DE/AT/CH

HELENA HALBWACHS

Care Quality Managerin CZ/HR/SI, SeneCura Gruppe, Österreich

Hochschullektorin für Pflegewissenschaft und soziale Gerontologie, Alma Mater Europaea-ECM, Slowenien

IVANA PRAŽANOVÁ

RD, Director of Czech Alliance for Nutrition Care

JIŘÍ HORECKÝ

EAN Präsident

LAURE CLOAREC BLANCHARD

Medizinischer Direktor, Adef Residences, FNAQPA

MALIN SKINNARS JOSEFSSON

Diätologin für Lebensmittelleistungen, Abteilung für Lebensmittelstudien,
Ernährungs- und Diätlehre, Uppsala Universität, Schweden/Lead ESDN
Food Service of EFAD

MARCEL SMEETS

EAN EU Berater und Kurator der Europäischen Vereinigung über Nährstoffe
für Gesundheit (ENHA)

SUSANNE BAYER

Diätologin beim Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser, delegier von
Lebenswelt Heim - Bundesverband, Wien

DANK

Die EAN möchte sich bei allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe für ihre wertvollen Beiträge und geschätzte Mitwirkung herzlichst bedanken. Vielen Dank dem EAN-Sekretariat, das es allen Freiwilligen ermöglichte, sich zu treffen, zu planen und zusammen zu arbeiten. Ein besonderer Dank und Wertschätzung geht an das DSM, das sich bereit erklärte, den logistischen Teil und die Gruppentreffen zu unterstützen.



SOZIALE ASPEKTE VON ESSEN

Mahlzeiten sind universell im dem Sinn, weil sie ein wesentliches Phänomen der Bedeutungsverleihung innerhalb sozialer Interaktion zwischen den Menschen darstellen. Das gemeinsame Essen, die „Tischgemeinschaft“, stärkt den sozialen Zusammenhalt und gibt somit dem Essen einen übergeordneten Sinn. Wir essen viel lieber in Gesellschaft. Nicht ohne Grund wird das Familienessen als Urform der Tischgemeinschaft bezeichnet. Die Zusammensetzung einer Familie kann sich jedoch im Verlauf des Lebens ändern. So kann eine Verkleinerung der Haushaltsgröße mit einem Rückgang von Gewohnheiten und Ritualen, die die ursprüngliche Tischgemeinschaft hatte, einhergehen. Der Rückschluss liegt nahe: Das hat im Regelfall ebenso Auswirkungen auf die Ernährungsgewohnheiten der verbliebenen Mitglieder.

GENUSSVOLLE ERFAHRUNG

Als Risikofaktoren sind soziale Isolation und subjektive Einsamkeit unter Älteren für das Entstehen von Fehlernährung erkannt worden. Ältere Menschen neigen dazu, weniger zu essen, wenn sie alleine sind. In der Literatur wird immer wieder auf die Bedeutung von Vorbereitung, Kochen und Servieren von Mahlzeiten unter verwitweten Seniorinnen (die Arbeit in

der Küche war eine „Pflicht“ vieler Frauen der älteren Generationen) verwiesen. Die Ergebnisse zeigten, dass die tiefgreifende Bedeutung dieser Arbeit darin lag, für andere etwas Gutes zu tun. Das bedeutete aber für alleinstehende Witwen, dass ihre ursprüngliche Rolle sowie die Bedeutung des Kochens und Essens innerhalb der Familie verloren gegangen waren. Das Risiko dieser Frauen, sich deshalb schlechter zu ernähren, stieg signifikant. Wenn ältere Menschen nicht alleine essen müssen, dann essen sie lieber und mehr. Eine erhöhte Nahrungsaufnahme ist mit der Vertraulichkeit innerhalb der Menschengruppe, die zusammen isst, verbunden. Essen mit Freund:innen fördert das Gefühl der Gemeinschaft.

Individuelle kulturelle Aspekte, wie Gewohnheiten und Traditionen, können wichtige Rollen bei der Bestimmung von sozialen Qualitäten, die mit Mahlzeiten verbunden sind, spielen. Damit ist die Wahrscheinlichkeit verbunden, dass kulturelle Gewohnheiten nicht nur die soziale Konstellation beeinflussen, in welcher eine Person es bevorzugt, zu essen, sondern sie beeinflussen auch die Art, wie Essen serviert wird. In einer Studie über die Bedeutung von Mahlzeiten für Ältere und Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen, wurden Mahlzeiten

(mit einigen Ausnahmen) als genussvolle Erfahrungen eingestuft. Des Weiteren betonten Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen (und geben der Wissenschaft somit recht), dass der soziale Aspekt des gemeinsamen Essenserlebnisses – das Gemeinschaftsgefühl, das am Tisch entsteht – gegenüber dem reinen Ernährungsaspekt viel wichtiger ist.

TIPPS ZUR PRAKTISCHEN UMSETZUNG UND ORGANISATION

- Berücksichtigen Sie behutsam die persönlichen Vorlieben einzelner Bewohner:innen, was die Geselligkeit bei den Mahlzeiten angeht
- Stellen Sie sicher, dass es zu keiner ungewollten sozialen Isolation zu den Mahlzeiten kommt
- Führen Sie gut durchdachte Routinen bezüglich Essenzeiten ein, damit diese genussvoll sein können
- Sehen Sie die Mahlzeit als Teil der Pflege, die als Ressource genutzt wird, um ein sozial wichtiges Umfeld zu schaffen
- Gemeinsames Essen soll zu einem bedeutenden Teil von Altenpflege werden
- Ergreifen Sie Bildungsmaßnahmen für Ihre Mitarbeiter:innen, was Aufmerksamkeit auf die sozialen Aspekte des Essens betrifft
- Benutzen Sie Möbel, die sich flexibel platzieren lassen, um es jederzeit zu ermöglichen, dass zusätzliche Personen am Tisch „mitessen“ können
- Bieten Sie Kochkurse an. Veranstalten Sie Kochclubs, auch für unabhängig alleinlebende, ältere Personen, um sozialer Isolation entgegenzuwirken bzw. sie zu inspirieren und zu motivieren, sich ausgewogenes Essen selbst zu kochen
- Bieten Sie Treffpunkte (Stammtische) und vorbeugende Maßnahmen an, damit ältere Personen soziale Aktivitäten vorfinden



EIN INTERESSANTER FALL AUS SCHWEDEN

In einer Kleinstadt hatte sich die Gemeinde vorgenommen, gegen die soziale Isolation von Älteren, die in der Gemeinschaft lebten, mit einem speziellen „Mahlzeitenprojekt“ entgegenzuwirken. Der Zweck des Projekts war es, sogenannte „Meal Mates – Essensfreund:innen“ für sie zu finden. Als man mit dem Projekt startete, war das Interesse zum Helfen enorm groß. Viele Menschen meldeten sich freiwillig als „Essensfreund:in“. Zu einiger Überraschung zeigten einige ältere Menschen aber gar nicht die gleiche Freude. Es stellte sich nämlich heraus, dass die Beziehung zu diesen Essensfreund:innen fehlte. Sie waren nicht daran interessiert, mit Fremden zu essen. Die Geschichte endete gut: Sobald sich die „Freund:innen“ besser kennengelernt und Vertrauen aufgebaut hatten, wurde das Projekt ein Erfolg.

LITERATURVERZEICHNIS

- Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen. Fit im Alter (Pages 29-30) / DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung), (2025)
- Weight increase in patients with dementia, and alteration in meal routines and meal environment after integrity promoting care / Mamhidir, A.G. Karlsson, (2007)
- Health Effect of Improved Meal Ambiance in a Dutch Nursing Home: A 1-Year Intervention Study / Mathey M.F. (2001)
- Nursing home standards / CANR (California Advocates for nursing home reform) (2008)
- National Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland (2016)
- Promoting mealtime function in people with dementia: A systematic review of studies undertaken in residential aged care / D. Fetherstonhaugh, (2019)
- Wissenschaftliche Aufbereitung für Empfehlungen "Ernährung im Alter in verschiedenen Lebenssituationen" (Page 93) / Bundesministerium für Gesundheit Österreich, (2013)
- ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics (Page 10), Clinical Nutrition (2018)
- Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (Pages 87-90), / DNQP, (2017)
- Boulos, C., Salameh, P., and Barberger-Gateau, P. (2017) Social isolation and risk for malnutrition among older people. *Geriatr Gerontol Int*, 17: 286– 294. doi: 10.1111/ggi.12711.
- Boyer, K., Orpin, P. and King, A.C. (2016). 'I come for the friendship': Why social eating matters. *Australasian Journal on Ageing*, 35: E29-E31. doi:10.1111/ajag.12285
- Cheng, S.-L., Olsen, W., Southerton, D. and Warde, A., (2007), The changing practice of eating: evidence from UK time diaries, *The British Journal of Sociology*, 58 (1): 39–61.
- Martin, C.T., Kayser-Jones, J., Stotts, N., Porter, C. and Froelicher, E.S. (2005), Factors Contributing to Low Weight in Community-Living Older Adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17: 425-431. doi:10.1111/j.1745-7599.2005.00073.x
- McHugh, J., Lee, O., Lawlor, B., and Brennan, S. (2015) The meaning of mealtimes: social and nutritional needs identified among older adults attending day services and by healthcare professionals, *Int J Geriatr Psychiatry*, 30, 325– 329, doi: 10.1002/gps.4248.
- Ruddock, H.K., Brunstrom, M.J., Vartanian, R.L., Higgs, S. A systematic review and meta-analysis of the social facilitation of eating, *The American Journal of Clinical Nutrition*, Volume 110, Issue 4, October 2019, Pages 842–861, <https://doi-org.ezproxy.its.uu.se/10.1093/ajcn/nqz155>
- Sidenvall, B., Nydahl, M., & Fjellström, C. (2000). The meal as a Gift—The meaning of cooking among retired women. *Journal of Applied Gerontology*, 19(4), 405-423. doi:10.1177/073346480001900403
- Sobal, J., Bove, C.F. and Rauschenbach, B.S., (2002), Commensal careers at entry into marriage: establishing commensal units and managing commensal circles, *The Sociological Review*, 50 (3): 378–397.
- Sobal J, Nelson MK (2003) Commensal eating patterns: A community study. *Appetite* 41(2): 181–190

KULTURELLE ASPEKTE IN DER ERNÄHRUNGSPFLEGE

Ohne Zweifel benötigt der Mensch Wasser und Nahrung, um zu überleben. Während Millionen von Jahren menschlicher Evolution entwickelten sich verschiedenartige Ansichten und Gewohnheiten zu diesem Thema, die vom jeweiligen Kulturkreis beeinflusst wurden. Die Auswahl der Nahrung kann zwischen Kulturen sehr verschieden sein. Das ist von der Demographie, wie von kulturellen, religiösen Normen und Gesundheitsphilosophien (Vorstellungen, was Gesundheit ist) abhängig. Zusätzliche Faktoren, wie der sozioökonomische Status, Geschlecht, Alter, Bildung, Beschäftigung, Persönlichkeit und Vorlieben, können diese Verschiedenheit nochmals verstärken.

Diese Unterschiede spiegeln sich in der Gesellschaft, bei Älteren und folglich auch im Umfeld der Altenpflege wider. Das ist besonders in der Ernährungspflege bedeutend, weil Gewohnheiten nicht leicht oder nur mittels Zwang geändert werden können.

Personen mit kognitiven Einschränkungen können ihre speziellen Essensvorlieben im Regelfall nicht so gut kommunizieren. Unsere Gewohnheiten sind tief im Bewusstsein verankert und können oft bis auf unsere Kindheit zurückgehen. Auf diese Wünsche und „alten“ Erinnerungen einzugehen und

sie im Kontext des Essens zu garantieren, das ist optimale Ernährungspflege. Voraussetzungen dafür sind - neben Fachwissen – gutes Einfühlungsvermögen und eine äußerst sensibilisierte Beobachtungsgabe.

KULTURELL KOMPETENTE MITARBEITER:INNEN

Pflegeheime werden verstärkt zu Orten von Diversität. Das gilt nicht nur in Bezug auf die Bewohner:innen, sondern auch für die Mitarbeiter:innen. Sozial- und Gesundheitsfachkräfte, die in diesem Umfeld arbeiten, benötigen zusätzliche Kompetenzen, um gut mit den verschiedenen kulturellen Gewohnheiten, Religionen, Nationalitäten und Sprachen zurechtzukommen und effektiv arbeiten zu können.

Kulturelle Kompetenz kann als eine Gesamtheit von kongruentem Verhalten, Standpunkten und Weltanschauungen definiert werden, die in einem System oder unter Einzelnen zusammengeführt sind.

Für den speziellen Bereich der Ernährung bedeutet diese Kompetenz, sich konkret auf die verschiedenen Essensgewohnheiten und -kulturen einzulassen, sie verstehen zu lernen und damit imstande zu sein, gegebenenfalls auch Interventionen durchzuführen.

EINIGE TIPPS FÜR DIE PRAKTI- SCHE UMSETZUNG

Kulturelle Kompetenz wird als die wichtigste Herausforderung bei der Gewährleistung von optimaler Ernährung im Umfeld der Altenpflege erachtet. Sie ist ein lebenslanger Prozess, gestützt auf Selbstwahrnehmung und kritischer Eigenreflexion. Bestandteile zur Entwicklung von kultureller Kompetenz bei den Mitarbeiter:innen sind:

- Offen sein für verschiedene kulturelle, religiöse und persönliche Ansichten zur Ernährung
- Erstellen von detaillierten Ernährungsbewertungen, die auch kulturelle Aspekte von Ernährung beinhalten, und wo auch die Familie und Freund:innen eingebunden werden können
- Planen von Ernährungsinterventionen, wobei der kulturelle Hintergrund, die Gewohnheiten und Überzeugungen der Bewohner:innen besonders berücksichtigt werden

Kulturelle Kompetenz zu besitzen, ist nicht nur eine Fähigkeit, die das Pflgeteam zu leisten hat. Sie muss Teil der Firmenphiloso-

phie, der „DNA“ eines Unternehmens, der Werte und Haltungen des Managements sein und somit auf allen Ebenen gelebt werden.

Um den Mitarbeiter:innen zu ermöglichen, ihre kulturelle Kompetenz zu entwickeln, ist Folgendes zu berücksichtigen:

- Sicherstellung einer Philosophie, Richtlinien und Verfahren, die es den Mitarbeiter:innen ermöglichen, wie sie mit unterschiedlichen Kulturen und Weltanschauungen etc. umgehen, diese als Bereicherung ihres eigenen Wissens erkennen und so leichter in ihr Arbeitsverhalten integrieren können
- Sicherstellung von regelmäßigen Weiterbildungen, Schulungen und Aktivitäten zur Selbstreflexion bei kulturellen Themen in multidisziplinären Teams
- Bewertung und Behandlung von kultureller Kompetenz in der Organisation mittels Anwendung von standardisierten Selbstbewertungstools



EIN INTERESSANTER FALL AUS ÖSTERREICH

In einem Pflegeheim in Österreich begann eine Frau mit türkischen Wurzeln, ihre Mahlzeiten abzulehnen. Sie verlor in der Folge wesentlich an Körpergewicht. Aufgrund ihrer schlechter werdenden Verfassung war die Bewohnerin weder fähig, verbal die Gründe für ihre Zurückweisung zu nennen, noch konnte sie ihre Essensvorlieben äußern. Es war während der COVID Pandemie, und in den Einrichtungen der Altenpflege waren infolge von Lockdown Besuche nicht erlaubt.

Beim täglichen Meeting diskutierten die Mitarbeiter:innen die alarmierende Situation der Frau und kamen zum Schluss, dass die Dame ihren Appetit verloren hatte, weil sie ihre Familie nicht mehr sehen konnte und sehr traurig darüber war. Später erinnerte sich jedoch eine Krankenschwester, dass vor dem Lockdown die Familienmitglieder öfters Essen von zuhause mitgebracht hatten. Aufgrund dieser Erkenntnis begannen einige türkische Mitarbeiter:innen, ihre eigenen hausgemachten Mahlzeiten mitzubringen. Und siehe da: Die Frau begann ohne zu zögern, wieder zu essen. In der Küche des Pflegeheims wurde nun, zusammen mit dem Küchenchef, eine Anpassung der Ernährung für die Bewohnerin erstellt. Ein gelungenes Beispiel, wie Kultur integriert und somit bessere Lebensqualität wiederhergestellt werden konnte.

LITERATURVERZEICHNIS

- Cai, D.Y., 2016. A concept analysis of cultural competence. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(3), pp.268-273.
- Campinha-Bacote, J., 2002. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), pp.181-184.
- Cross, T.L., Bazron B.J., Dennis K.W., and Isaacs M.,R., 1989. Towards a culturally competent system of care. Monograph. Washington DC: CASSP Technical Assistance center.
- Curry, K.R., 2000. Multicultural competence in dietetics and nutrition. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 100(10), p.1142.
- Hallpike, B., 2008. Promoting good nutrition in patients with dementia. *Nursing Standard*, 22(29).
- Helman, C. G., 2007. Culture, health and illness. London, UK: Hodder Arnold.
- Hofstede, G., 2011. Dimensionalizing cultures: The Hofstede model in context. *Online readings in psychology and culture* 2 (1), 8, p. 3-26.
- Jongen, C., McCalman, J., Bainbridge, R., Clifford, A., 2018. Cultural Competence in Health: A review of evidence. Singapore: SpringerBriefs in Public Health.
- Moffat, T. and Prowse, T. eds., 2010. Human diet and nutrition in biocultural perspective: past meets present (Vol. 5). Berghahn Books.
- Parker, V.A. and Geron, S.M., 2007. Cultural competence in nursing homes: Issues and implications for education. *Gerontology & Geriatrics Education*, 28(2), pp.37-54.
- Purnell, L. D., 2012. Transcultural health care: A culturally competent approach. Philadelphia: FA Davis Company.
- Reddy, S. and Anitha, M., 2015. Culture and its influence on nutrition and oral health. *Biomedical & Pharmacology Journal*, 8(SpecialOct), p.613-620

GESCHÄFTSMODELL EINER AUSGEWOGENEN ERNÄHRUNG

Ernährung ist nicht nur eine Sache von Kochen und Essen. Sie beinhaltet auch einen wirtschaftlichen Aspekt. Gute Nahrung hat ihren Preis. Das kann Folgen fürs Budget mit sich bringen. Fehlernährung wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus und somit auf das Budget für das Gesundheitswesen. Auf der anderen Seite rechnet sich ausgewogene Ernährung zu Gunsten guter Gesundheit. Es spricht sehr viel für ein Geschäftsmodell, das dem Konzept der optimalen Ernährung Vorrangigkeit einräumt. Und ausgewogene Ernährung ist wesentlich mehr als nur Quantität. Es geht um eine optimale Mischung zwischen Qualität, Quantität und Individualität.

KOSTEN VON FEHLERNÄHRUNG

Während Schätzungen zufolge 5% der Gesamtbevölkerung von Fehlernährung betroffen sind, ist dieser Anteil in den Pflegeheimen viel höher und liegt bei rund 30%. Studien zeigen, dass die Gesamtkosten im Falle von Fehlernährung wesentlich höher sind, als die Kosten für eine gute Ernährung. Beispielsweise kann Fehlernährung Sarkopenie verursachen, was zu Verlust von Muskelkraft und -masse führt und zu vermehrten Stürzen, Brüchen bis hin zu körperlichen Be-

hinderungen. Menschen mit Fehlernährung benötigen viel öfter den Hausarzt/die Hausärztin. Sie haben mehr Krankenhausaufenthalte und Behandlungen, was die Kosten in die Höhe treibt. Diese Zusatzkosten aufgrund von Fehlernährung stellen eine beträchtliche Belastung für den Bereich der Altenpflege dar.

ERNÄHRUNGSPFLEGE ALS INVESTITION

Das Vorbeugen von Fehlernährung in der Altenpflege kann als nachhaltige, sinnvolle sowie wirtschaftlich vernünftige Investition angesehen werden. Optimale Ernährung, als Teil eines gesunden Lebensstils, verringert das Risiko für zahlreiche Erkrankungen, wie Fettleibigkeit, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Es gibt Studien, die belegen, dass Interventionen zur Verringerung von Fehlernährung (z.B. Zugabe von Nahrungsergänzungsmitteln) zu einem Rückgang von Krankenhausaufnahmen und medizinischen Untersuchungen führen - und damit kostensparend sind.

Allerdings gibt es noch immer zu wenig Forschung über Kostenvorteile und -wirksamkeit in der Ernährungspflege. Eine Studie führt an, dass für jeden €1, der für Ernährungsberatung aufgewendet

wird, die Gesellschaft damit einen Rückgewinn zwischen €14 und €63 erwirtschaftet. Eine weitere Studie berichtet über einen Gewinn bei Investitionen für ältere Patient:innen mit Fehlernährung zwischen 120% und 190%.

VERMEIDEN VON ESSENSRESTEN

Investitionen in gute Nahrungsmittel ist die eine Sache. Das Vermeiden von Essensresten die andere. Laut Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) wird jährlich ein Drittel der produzierten Nahrung für den menschlichen Verzehr entsorgt. Gastgewerbe und Essensdienstleister werfen jährlich 920.000 Tonnen an Nahrung weg. 75% von dieser Menge wären aber immer noch zum Verzehr geeignet gewesen.

Auch der Altenpflegebereich sollte sich dafür einsetzen, in dieser Hinsicht Veränderungen zu bewirken. Lebensmittelverschwendung scheint im Bereich der Altenpflege weit verbreitet zu sein. Rund 40% der gekauften Lebensmittel (vor allem Gemüse) landen im Abfall der Krankenhäuser und Pflegeheime. Dafür gibt es mehrere Gründe. Neben einer ungenauen Vorhersage und Übervorsicht, dass nicht genug bestellt wird, stellten sich Vorzeigegerichte als einer der Hauptgründe heraus, warum Ge-

richte in der Mülltonne landen. Wie Studien zeigen, kosten Vorzeigegerichte im Durchschnitt €20.000 pro Einrichtung. Das Ersetzen von Vorzeigegerichten, z.B. mit hochwertigen Fotos, ermöglicht es den Bewohner:innen genauso gut, die angebotenen Speisen zu sehen und auszuwählen. Der zweite Grund sind Kommunikationsfehler bei den Essensbestellungen. Bestellungen, die am Tisch entgegengenommen werden, werden manchmal falsch an das Küchenpersonal weitergegeben. Handschriftliche Unterlagen, Interpretationen, Allergien und Essensvorlieben, die nicht genau erfasst werden, können zum Servieren von Mahlzeiten führen, um die der/die Bewohner:in nicht gebeten hat, nicht will oder sogar nicht essen kann/darf.

VERRINGERN VON LEBENSMITTELABFÄLLEN

Das Verringern von Lebensmittelabfällen ist in kleinen operativen Schritten möglich, zum Beispiel mit einem erweiterten Angebot von Lebensmitteln besserer Qualität. Einsparungen sind auch möglich, wenn die Bewohner:innen ihre Mahlzeiten erst kurz vorm Essen bestellen. Forschungen zeigen, dass Menschen in diesem Fall genau das bestellen werden, wozu sie, in Bezug auf Geschmack und Portionsgrößen, gerade Lust haben. Das Einrichten von genauen Bestandslisten und ihre Aktualisierung kann

dazu beitragen, den Überblick über den nötigen Lagerbestand zu optimieren. Zu guter Letzt kann man mit gut überlegten Portionsgrößen erreichen, dass eine Differenzierung von Größen und Mengen den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Bewohner:innen besser Rechnung trägt.

Es kann aber auch größeres strategisches Umdenken vorgenommen werden. Hier sind einige Schritte angeführt, die aus den Erfahrungen von Beschäftigten in der Gastwirtschaft stammen. Wir führen hier ein paar Punkte an, wie derzeit die Strategien zur Verminderung von Lebensmittelresten aussehen:

- Überdenken von Haltungen und Gewohnheiten
- Stärkung von innerem Bewusstsein
- Überprüfen von inneren Prioritäten
- Zusammenarbeit und Kommunikation mit und zwischen allen Akteur:innen im Lebensmittelbereich
- Definition und Übernahme von Verantwortlichkeiten
- Vorhersage und Flexibilität bei Portionen
- Regelmäßiges Monitoring

EIN INTERESSANTER FALL AUS DEN NIEDERLANDEN

Eine niederländische Studie bietet einen interessanten Überblick über Investitionen in der Ernährungspflege von Altenpflegeeinrichtungen:

Die üblichen Ernährungskosten in niederländischen Pflegeheimen belaufen sich auf €319 Millionen jährlich

Die zusätzlichen Kosten beim Verwalten von Bewohner:innen von Pflegeheimen, die von Fehlernährung gefährdet sind, belaufen sich auf €8.000 pro Patient:in und

€10.000 pro Patient:in mit bereits bestehender Fehlernährung

Pflegeheime verbrauchen im Durchschnitt €10.600 pro fehler-nährter Person, um krankheitsbedingte Fehlernährung zu behandeln

Die Anwendung von medizinischer Ernährung bei kranken oder fehler-nährten älteren Menschen bedeutet einen Nettovorteil zwischen €1,43 und €3,10 pro Person. Für jeden Euro, der in die Behandlung einer fehler-nährten Person investiert wird, spart die Gesellschaft als Ganzes zwischen €1,90 und €4,20 ein.

LITERATURVERZEICHNIS

O'Brien D., Malnutrition in the elderly, www.NHDMag.com July 2016 - Issue 116

Pedro Abizanda MD, PhD, Alan Sinclair MD, FRCP, Núria Barcons RDN, Luis Lizán MD, Leocadio Rodríguez-Mañas MD, PhD, Costs of Malnutrition in Institutionalized and Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review, *JAMDA* 17 (2016) 17e23

Judith M.M. Meijers, Ruud J.G. Halfens, Lisa Wilson, Jos M.G.A. Schols, Estimating the costs associated with malnutrition in Dutch nursing homes, *Clinical Nutrition* xxx (2011) 1e4

EFAD, Sustainable Health Through the Life Span - Nutrition as a Smart Investment for Europe, 2019

Freijer, K., Nutrition Economics Disease related malnutrition & the economic health care value of medical nutrition, Thesis, 2014

Delegate, Food waste in hospitals and care homes are critical, 2019

J. Snels, H. Soethoudt, Wageningen University & Research, White Paper – Food wastage in health care



MEDIZINISCHE ASPEKTE UND RICHTLINIEN

Für ältere Menschen ist das Erreichen einer angemessenen Aufnahme an Energie und Hauptnährstoffen, wegen einer veränderten Magen-Darm-Physiologie, verändertem Hormonspiegel, Metabolismus, verminderter physischer Aktivität und einer niedrigeren Bioverfügbarkeit von einigen Nährstoffen, eine große Herausforderung. Bei dieser Personengruppe wird es auch immer weniger wahrscheinlich, dass sie, aufgrund einer so genannten „Anorexie des Alterns“, die nötigen Mengen an Energie und Hauptnährstoffen aufnehmen kann.

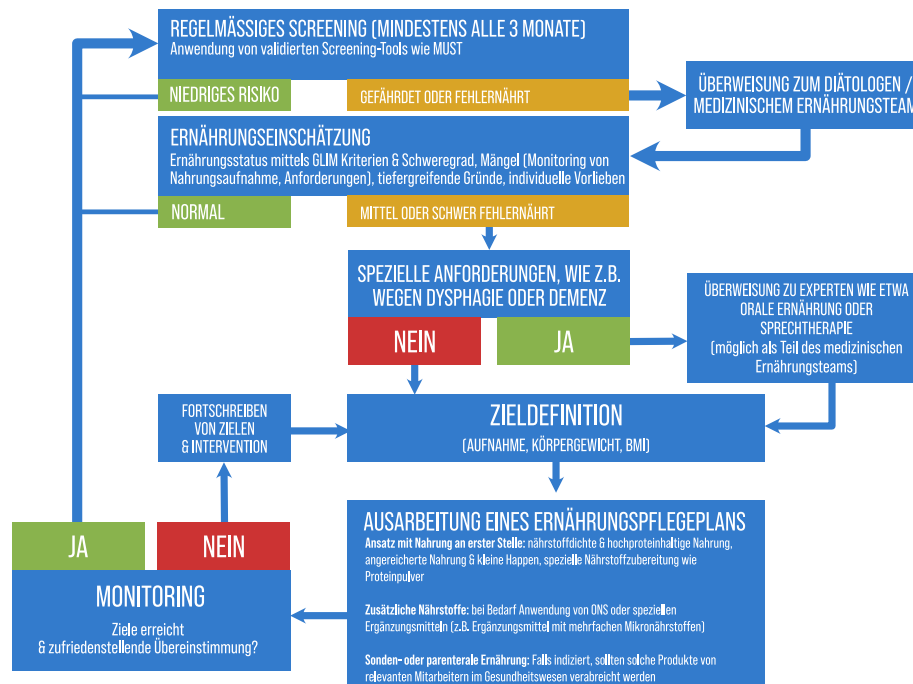
Es wird berichtet, dass Fehlernährung im Allgemeinen bei älteren Personen, die unabhängig (alleine) leben, unter 10% liegt. Die Verbreitung von Fehlernährung steigt jedoch im Umfeld der Akutpflege und in Reha-Kliniken auf mehr als 60% bei älteren Personen an. Fehlernährung ist mit einem vergrößerten Risiko für (physische/psychische) Schwäche, Sarkopenie, Stürze, Abhängigkeit bei Aktivitäten des Alltages, Krankenhauseinweisungen und längeren Aufenthalten, mit schlechter Wundheilung und mehr Komplikationen, erhöhter Sterblichkeit und schlechter Lebensqualität verbunden. Daher ist

es wichtig, den Ernährungsstatus von Älteren im Altenpflegeumfeld zu bewerten, zu erhalten und - falls notwendig - zu korrigieren.

ERNÄHRUNGSSCREENING, -BEWERTUNG UND -PLANUNG

Die Globale Führungskräfteinitiative über Fehlernährung (Global Leadership Initiative on Malnutrition – GLIM) definiert Fehlernährung als subakuten oder chronischen Zustand, wo eine Kombination von verschiedenen Stufen von Unterernährung oder Überernährung und entzündende Prozesse zu Veränderungen der Körperzusammensetzung und verminderter Funktion führen. Gemäß den GLIM Kriterien kommt es zur Diagnose Fehlernährung, wenn mindestens ein phänotypisches Kriterium (z.B. unbeabsichtigter Gewichtsverlust, niedriger Body-Mass-Index oder verringerte Muskelmasse) und ein ätiologisches Kriterium (z.B. verminderte Aufnahme, Belastung wegen Entzündung oder Erkrankung) vorhanden sind.

Um ältere Menschen zu identifizieren, die entweder unter Fehlernährung leiden oder ein Risiko dafür haben, empfiehlt GLIM regelmäßige Screenings mit einem validierten Tool (siehe Beispiel von



MUST im Anhang). Dieses Screening sollte mindestens alle drei Monate bei Bewohner:innen in der Langzeitpflege, die in einem stabilen Zustand sind, durchgeführt werden. Mindestens einmal jährlich sollten sich Ältere, die zuhause leben, diesem Test unterziehen. Hat das Screening Fehlernährung konstatiert, soll eine systematische Bewertung, individuell angepasste Interventionen, Monitoring und entsprechende Anpassung der Interventionen erfolgen.

Der Zweck von klinischer Ernährung bei älteren Menschen ist es, eine ausreichende Menge an Energie, Eiweiß, Mikronährstoffen und Flüssigkeit bereitzustellen, um ihre Ernährungsanforderungen zu erreichen und somit den Ernährungsstatus zu erhalten bzw. zu verbessern. Ernährungseinschränkungen, welche den täglichen Ver-

zehr von Milchprodukten betreffen, sind potenziell schädlich und sollten vermieden werden. Optimales Körpergewicht ist für eine langfristige Gesundheit wichtig. Trotzdem sollte berücksichtigt werden, dass bei Älteren ein etwas höherer Body-Mass-Index (BMI) förderlich wäre. Ein BMI zwischen 23,0 und 29,9 ist mit einer optimalen Lebensdauer verbunden. Der Bereich, der allgemein als Übergewicht kategorisiert wird, d.h. 25,0 bis 29,9, ist nicht mit unerwünschten Gesundheitszuständen verbunden.

Ernährungsmanagement muss eine Reihe von Faktoren berücksichtigen, wie zum Beispiel Begleiterkrankungen sowie die Wünsche und Vorlieben der in Frage kommenden Person. Es gehört zu einer guten klinischen Praxis, Ernährungseinschränkungen bei Älteren freier zu gestalten, damit die

Risiken einer Fehlernährung und ein damit verbundener Verlust von fettfreier Masse und funktionalem Rückgang verringert werden können.

ERNÄHRUNGSANFORDERUNGEN AUF EINEM BLICK

Die nachstehenden Empfehlungen von Expert:innengremien können als Grundlage für einen individualisierten Ernährungspflegeplan herangezogen werden. Es ist unmöglich und/oder unpraktisch, die Ernährungsanforderungen für jede:n Einzelne:n zu definieren. Ihre Übertragung in individualisierte Essenspläne verlangt eine enge Zusammenarbeit, sowohl innerhalb des multidisziplinären medizinischen Ernährungsteams, wie auch innerhalb der breiteren Organisation des Pflegeheimes (siehe Kapitel über Rollen und Verantwortlichkeiten). Der Richtwert für Energieaufnahme bei älteren Menschen liegt bei täglich 30 kcal pro kg Körpergewicht. Dieser Wert sollte individuell an den Ernährungsstatus, Umfang der physischen Aktivität, Krankheitszustand und an die Verträglichkeit angepasst werden.

Der Richtwert für Proteinaufnahme bei älteren Menschen liegt bei täglich 1 kcal pro kg Körpergewicht. Dieser Wert sollte individuell an den Ernährungsstatus, Umfang der physischen Aktivität, Krankheitszustand und an die Verträglichkeit angepasst werden.

Höhere tägliche Mengen wurden von mehreren Expert:innengruppen für gesunde ältere Menschen empfohlen. Im Fall von Krankheiten kann der Proteinbedarf noch mehr ansteigen, zum Beispiel wegen Entzündungen (auch Entzündungsreaktionen), Infektionen oder Wunden. Es erweist sich jedoch oft als schwierig, das Ausmaß einzuschätzen. Über den Proteinbedarf schwacher oder kranker älterer Menschen ist noch wenig bekannt. Wissenschaftliche Beweise (Interventionsstudien) sind zurzeit noch nicht ausreichend, um daraus konkrete Zahlen ableiten zu können. Tägliche Proteinmengen zwischen 1,2 und 1,5 g pro kg Körpergewicht wurden für Ältere mit akuten oder chronischen Krankheiten vorgeschlagen; bis zu täglichen 2,0 g pro kg Körpergewicht bei schweren Erkrankungen, Verletzungen oder Fehlernährung.

Eine tägliche Menge von 25 g Faserstoffen wird als ausreichend angesehen, um eine normale Funktion des Stuhlgangs bei Erwachsenen aller Altersstufen sicherzustellen. Dieser Richtwert gilt auch für ältere Menschen. Folglich ist die Berücksichtigung dieser Empfehlung bei der Menüauswahl wichtig, um eine normale Darmfunktion zu fördern. Bei enteraler Ernährung sollten Produkte mit Faserstoffen routinemäßig eingesetzt werden, außer die Darmfunktion ist beeinträchtigt.

Mikronährstoffe sollten (außer bei sehr spezifischen Mängeln) gemäß den geltenden nationalen Empfehlungen für gesunde ältere Menschen zugeführt werden. Eine angemessene Aufnahme von Mikronährstoffen ist wesentlich, um die Knochen- und Muskelmassefunktion zu erhalten und, um den Auswirkungen, die der Alterungsprozess auf das Immunsystem hat, entgegenzuwirken. Es wird angenommen, dass das Vorbeugen bzw. die Behandlung von Fehlernährung eine wichtige Maßnahme zur Verminderung von Komplikationen bei potenziellen Infektionen darstellen. Folglich empfiehlt eine neuerliche ESPEN Expert:innenmeinung die Anwendung von Nahrungsergänzungsmitteln, um eine angemessene tägliche Zufuhr von allen Vitaminen und Mineralstoffen für Risikogruppen – insbesondere in der COVID-19 Pandemie - sicherzustellen.

In einer kürzlich erschienenen Publikation über Nährstoffe zur Unterstützung eines gut funktionierenden Immunsystems in der Allgemeinbevölkerung wurden zusätzlich täglich ≥ 200 mg Vitamin C empfohlen. Laut dem Linus Pauling Institut ist eine Aufnahme von täglich mindestens 400 mg Vitamin C besonders für ältere Menschen mit altersbedingten chronischen Erkrankungen wichtig. Diese Mengen sind immer noch gut innerhalb der Aufnahmemenge, die von der EFSA

als sicher eingestuft wird.

Auf Grundlage von Beweisen über den Kompensierungseffekt von Vitamin E bei altersbedingten Auswirkungen auf das Immunsystem, wurde empfohlen, dass Mengen von sogar täglichen 200 mg Vitamin E nötig seien, um eine optimale Immunfunktion bei Älteren sicherzustellen. Obwohl dieser Wert wesentlich über den derzeitigen Empfehlungen liegt, befindet er sich immer noch gut unterhalb der Höchstgrenze (1.000 mg täglich) und kann als sicher eingestuft werden.

ERHALT VON MUSKEL- UND KNOCHENMASSE, PRÄVENTION VON OSTEOPOROSE, SARKOPENIE UND SCHWÄCHE

Bei Älteren passiert Gewichtsabnahme oftmals zum Schaden von Muskelmasse, die mit einer Beeinträchtigung der physischen Funktionen einhergeht. Inaktivität von Muskeln sowie Zeiten von Bettruhe können den Muskel- und Kräfteabbau noch verschlimmern. Die Europäische Arbeitsgruppe für Sarkopenie bei älteren Menschen definiert Sarkopenie als eine voranschreitende und generalisierte Erkrankung der Skelettmuskeln, welche einen beschleunigten Verlust von Muskelmasse und -funktion als Konsequenz mit sich bringt.

Altersbedingte chronische niedriggradige Entzündungen können bedeutend zur Sarkopenie bei-

tragen. Unter Berücksichtigung des Potenzials zur Aufhebung von Entzündungen, kann eine Nahrungsergänzung mit Omega-3 langkettigen mehrfach ungesättigten Fettsäuren DHA und EPA dazu beitragen, dass ein altersbedingter Muskelmasseverlust als Teil eines umfassenden Managementregimes, der Ernährung und Bewegung beinhaltet, vermindert wird. Bei den meisten Menschen ist eine endogene Synthese von EPA und DHA begrenzt. Sie wird durch eine Reihe von Faktoren, wie Alter, Geschlecht, Genetik und Krankheiten, beeinflusst. Deshalb ist eine angemessene Aufnahme von DHA und EPA bei älteren Menschen, die öfters unter Insulinresistenz leiden oder wegen anderer Eigenschaften eine eingeschränkte endogene Synthese besitzen, besonders wichtig. Mittlerweile ist es allgemein anerkannt, dass eine tägliche Aufnahme von 250 bis 500 mg von EPA und DHA für eine optimale Ernährung benötigt wird. Dieser Wert befindet sich immer noch gut innerhalb der Spanne, die im Allgemeinen als sicher betrachtet wird.

Es ist auch erwiesen, dass eine Nahrungsergänzung mit Vitamin D eine wohltuende Auswirkung auf die Muskelkraft bei Älteren besitzt. Zusätzlich ist wichtig, dass man starke Knochen behält. Die Internationale Osteoporose Stiftung spricht sich für eine Tagesaufnahme von 20 bis 25 µg für Menschen im Alter von 60 Jahren oder älter

aus. Der Verband für Endokrinologie empfiehlt eine tägliche Aufnahme von mindestens 37,5 bis 50 µg ergänzendes Vitamin D, um einen ausreichenden Vitamin D Serumspiegel zu erreichen. Diese Menge an Vitamin D ist höher als die meisten zurzeit empfohlenen Tagessmengen (z.B. DACH für Menschen über 65 liegt täglich bei 20 µg). Das ist, laut EFSA, noch immer gut innerhalb der sicheren Spanne. Die Internationale Osteoporosevereinigung empfiehlt - zusätzlich zu Vitamin D - eine Aufnahme von täglich 1.200 mg Calcium.

Es ist wichtig, dass ältere Menschen mit Fehlernährung, oder bei denen ein Risiko zur Fehlernährung besteht, dazu angeregt werden, körperlich aktiv zu sein und Sport zu betreiben, damit sie ihre Muskelmasse und -funktion erhalten und/oder verbessern. Es ist sicher obligat zu erwähnen, dass im Vorfeld der Gesundheitszustand der Person bewertet werden muss (Ausschluss von Kontraindikationen). Danach werden die angemessene Trainingsart, Intensität und Anfangsstufe bestimmt.

ESSENSPLÄNE

Um die geforderten Aufnahmen zu erreichen, ist es wichtig, eine Diät mit einer hohen Dichte an Nährstoffen vorzubereiten. Wirtschaftliche Umstände werden oft als Hindernisse für eine solche Diät gesehen. Lebensmittel, die reich an



Jogurt

Eiweiß

Der geriatrische Diätologe



Mandeln



Quinoa



Milch



Spinat



Linsen



Haferflocken



Eier



Huhn



Lachs



Rind

Mikronährstoffen sind, sind öfters teurer als energiedichte Optionen (Anzahl der Kalorien pro Gewicht). Milch und Milchprodukte sind gute Quellen von Calcium und Eiweiß. Sie sind, genauso wie Bohnen und Eier, hochwertige Lebensmittel, die zu angemessenen Preisen zur Verfügung stehen. Des Weiteren stellen frische Orangen oder Karotten, aber auch Konserven- bzw. tiefgekühltes Gemüse, wie zum Beispiel Tomaten oder Erbsen, preislich mäßige und an Nährstoffen reiche Zusätze zur Ernährung dar.

Idealerweise sollte man die Aufnahme von Nährstoffen über den Verzehr einer gut ausgewogenen und abwechslungsreichen Ernährung erzielen. Dies stellt bereits für die Allgemeinbevölkerung eine Herausforderung dar. Für die Älteren ist es noch schwieriger, die nötigen Mengen an Energie und Mikronährstoffen aufzunehmen.

Das kann zu einer so genannten Anorexie im Alter führen. Eine befriedigende Menge an spezifischen Nährstoffen, wie Vitamin D oder langkettige Omega-3 mehrfach gesättigte Fettsäuren, können alleine mittels Ernährung von älteren Menschen kaum aufgenommen werden. Somit ist eine angereicherte Nahrung mit Ergänzungsmitteln eine effektive Art, um eine angemessene Aufnahme von Mikronährstoffen zu erzielen. Sie sind zugleich eine sichere und kostengünstige Art der Verbesserung des Ernährungsstatus bei Älteren.

LEBENSMITTELMODIFIKATION UND ORALE NAHRUNGSER- GÄNZUNGSMITTEL

Ältere Menschen mit Fehlernährung oder die ein Risiko für Fehlernährung haben, sollten angereicherte Nahrung und zusätzliche kleine Happen oder Fingerfood zu

sich nehmen, um die notwendige Nahrungsaufnahme zu unterstützen. Anreicherung oder Zusätze zur Nahrung können die Energie- oder Proteindichte von Mahlzeiten und Getränken erhöhen. Zum Beispiel eignen sich Öle, Sahne, Butter und Eier, oder spezifische Nahrungspräparate - wie Maltodextrin oder Proteinpulver - sehr gut dafür. Dies ermöglicht eine erhöhte Aufnahme von ähnlichen Mengen an Lebensmitteln.

Die Ernährungsexpert:innen und andere Fachkräfte im Gesundheitswesen wenden traditionell eine Reihe von Ernährungsstrategien an, um die Energie- und Nährstoffaufnahme bei Älteren zu verbessern. Diese beinhalten die Anwendung von kleinen Snacks oder Fingerfood zwischen den Hauptmahlzeiten, besonders für Menschen, die Schwierigkeiten bei der Benutzung von Essbesteck oder beim Sitzen am Tisch haben.

Älteren Personen mit Fehlernährung oder chronisch erkrankte Personen, die zu Fehlernährung neigen, sollten bei Krankenhausaufenthalten orale Nahrungsergänzungsmittel (ONS) angeboten werden. Diese Mittel sind nützlich, wenn Ernährungsberatung und angereicherte Nahrung nicht ausreichen, um die tägliche Aufnahme zu erhöhen oder um Ernährungsziele zu erreichen. In solchen Fällen sollte der ONS mindestens 400 kcal

pro Tag liefern, darin enthalten 30 g oder mehr Eiweiß (pro Tag). Typ, Geschmack, Textur und Zeit des Verzehrs sind an den Geschmack und die Fähigkeiten der Nahrungsaufnahme der Person anzupassen. ONS sollten mindestens für die Dauer eines Monats der Nahrung hinzugefügt und, bei weiterer Verabreichung, monatlich evaluiert werden.

Für Menschen mit Anzeichen einer oropharyngealen Dysphagie bzw. Schluckproblemen könnten – gemäß einer Internationalen Initiative für Normung und Dysphagieernährung (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative - IDDSI) – folgende Maßnahmen wirksam sein: In ihrer Textur angepasste, angereicherte Lebensmittel zur Unterstützung einer angemessenen Nahrungsaufnahme. Die IDDSI hat dazu viele Menüvarianten für texturangepasste Nahrung vorgestellt und empfohlen.

Das „Essen auf Rädern“ für Ältere, die Zuhause leben und Fehlernährung aufweisen bzw. davon betroffen sein könnten, sollte energiedicht sein und/oder zusätzliche Mahlzeiten beinhalten, um eine angemessene Aufnahme aller wichtigen Lebensmittel zu unterstützen.

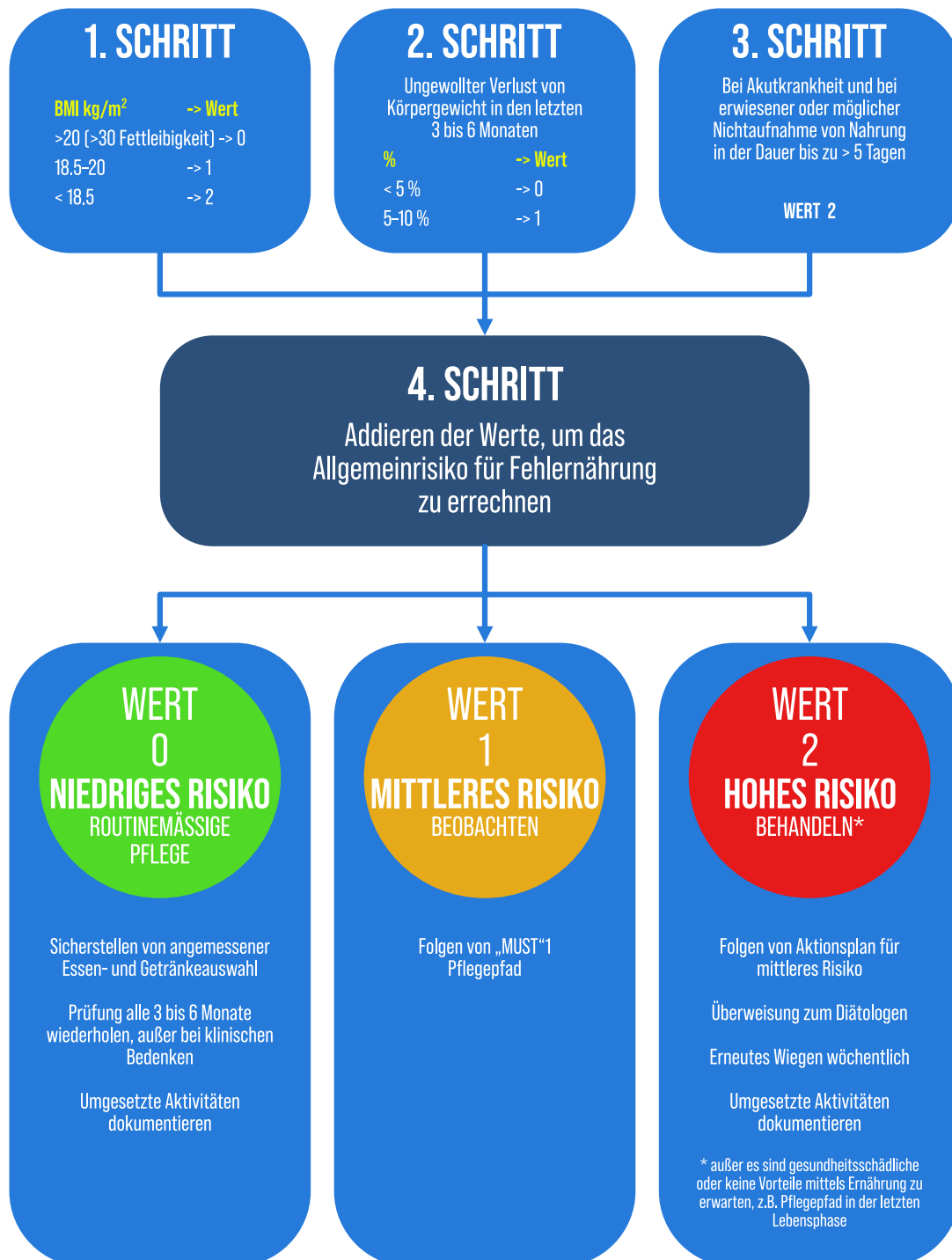
EMPFEHLUNGEN AUF EINEN BLICK

Intervention	Empfehlung
Energie	Ca. 30 kcal pro kg Körpergewicht pro Tag, angepasst an den individuellen Ernährungsstatus, Ausmaß der physischen Aktivität, Krankheitsstatus und Toleranz
Protein (Eiweiß)	Allgemein gesunde Menschen ≥ 1 g pro kg Körpergewicht pro Tag Ältere Menschen mit akuten oder chronischen Leiden 1,2 bis 1,5 g pro kg Körpergewicht und pro Tag Im Fall von schweren Krankheiten, Verletzungen oder Fehlernährung bis zu 2 g pro kg Körpergewicht pro Tag
Ballaststoffe	Tägliche Mengen von 25 g werden als ausreichend eingestuft
Vitamine und Mineralstoffe	Sicherstellen, dass angemessene Mengen aufgenommen werden, vorrangig über eine ausgewogene, nährstoffreiche Ernährung, bei Bedarf über ONS oder Ergänzungsmittel
Vitamin C	Gesunde ältere Menschen brauchen eine tägliche Aufnahme von mindestens 200 mg pro Tag
Vitamin D	Tägliche Aufnahme von 20 bis 25 μg pro Tag 50 μg pro Tag sollte ausreichen, um einen angemessenen Stand zu erreichen, falls der Vitamin D Serumspiegel niedrig ist
Vitamin E	Eine ergänzende Aufnahme von 200 mg pro Tag ist empfehlenswert
Calcium	Tägliche Aufnahme von 1.200 mg pro Tag
DHA und EPA	Tägliche Aufnahme von bis zu 500 mg pro Tag
Bewegung	Tägliche Bewegung gemäß dem individuellen gesundheitlichen Zustand und körperlicher Leistungsfähigkeit

EIN INTERESSANTER FALL AUS DEUTSCHLAND

Vor drei Jahren zog eine 80-jährige Frau ins Pflegeheim. Zehn Jahre zuvor wurde bei ihr Zuckerkrankheit diagnostiziert. Sie schaffte es aber, ihren Zustand über ihre Ernährung zu kontrollieren. Aber nach einigen Monaten bekam sie Schluckprobleme. Daraufhin wurde eine texturangepasste Ernährung verschrieben. Sie verlor zehn Kilo an Körpergewicht, und es wurde Fehlernährung diagnostiziert. Die Mitarbeiter:innen änderten daraufhin den Ernährungsplan und entschlossen sich, ihr über den Tag angereicherte Nahrung und kleine Mahlzeiten in der angemessenen Textur anzubieten, um eine ausreichende Nahrungsaufnahme zu unterstützen. Des Weiteren wurden ihr 2 ONS mit 400 kcal und 30 g Protein täglich verschrieben. Typ, Textur, Geschmack und Zeit des Verzehr wurden an den Bedarf der Dame angepasst. Nach einem Monat täglicher Bewertung der Einhaltung der ONS Aufnahme, schaffte sie es, ein Kilogramm zuzunehmen. Eine Fortsetzung mit der angereicherten Nahrung, zusätzliche kleine Happen und ONS wurden vereinbart. Eine monatliche Überprüfung des Protokolls über die Behandlung von Fehlernährung wurde festgelegt.

TOOL – „MUST“



Dieses Werkzeug dient unterstützend zur Einschätzung. Bei Zweifel nach professionellem Ermessen handeln.

LITERATURVERZEICHNIS

- Rémond D, Shahar DR, Gille D, Pinto P, Kachal J, Peyron M-A, et al. Understanding the gastrointestinal tract of the elderly to develop dietary solutions that prevent malnutrition. *Oncotarget*. 2015;6(16):13858-98.
- Landi F, Calvani R, Tosato M, Martone AM, Ortolani E, Saveria G, et al. Anorexia of Aging: Risk Factors, Consequences, and Potential Treatments. *Nutrients*. 2016;8(2):69-.
- Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(9):1734-8.
- Cereda E, Pedrolli C, Klersy C, Bonardi C, Quarleri L, Cappello S, et al. Nutritional status in older persons according to healthcare setting: A systematic review and meta-analysis of prevalence data using MNA[®]. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2016;35(6):1282-90.
- Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*. 2019;38(1):10-47.
- Keller H, de van der Schueren MAE, Jensen GL, Barazzoni R, Compher C, Correia M, et al. Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM): Guidance on Validation of the Operational Criteria for the Diagnosis of Protein-Energy Malnutrition in Adults. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2020;44(6):992-1003.
- Van Bokhorst-de van der Schueren MA, Guaitoli PR, Jansma EP, de Vet HC. Nutrition screening tools: does one size fit all? A systematic review of screening tools for the hospital setting. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2014;33(1):39-58.
- Cederholm T, Jensen GL, Correia M, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2019;38(1):1-9.
- Porter Starr KN, Bales CW. Excessive Body Weight in Older Adults. *Clinics in geriatric medicine*. 2015;31(3):311-26.
- Baum JI, Kim I-Y, Wolfe RR. Protein Consumption and the Elderly: What Is the Optimal Level of Intake? *Nutrients*. 2016;8(6):359.
- Nowson C, O'Connell S. Protein Requirements and Recommendations for Older People: A Review. *Nutrients*. 2015;7(8):6874-99.
- Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, et al. Evidence-Based Recommendations for Optimal Dietary Protein Intake in Older People: A Position Paper From the PROT-AGE Study Group. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2013;14(8):542-59.
- Deutz NEP, Bauer JM, Barazzoni R, Biolo G, Boirie Y, Bosy-Westphal A, et al. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: recommendations from the ESPEN Expert Group. *Clinical nutrition*. 2014;33(6):929-36.
- EFSA NDA Panel. Scientific opinion on Dietary Reference Values for carbohydrates and dietary fibre. *EFSA Journal*. 2010;8(3):1462.
- Calder PC, Carr AC, Gombart AF, Eggersdorfer M. Optimal Nutritional Status for a Well-Functioning Immune System Is an Important Factor to Protect against Viral Infections. *Nutrients*.

2020;12(4):1181.

Barazzoni R, Bischoff SC, Breda J, Wickramasinghe K, Krznaric Z, Nitzan D, et al. ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2020;39(6):1631-8.

Linus Pauling Institute. Linus Pauling Institute Recommendation Vitamin C 2020 [Available from: <https://lpi.oregonstate.edu/mic/vitamins/vitamin-C>].

Scientific Committee on Food, Scientific Panel on Dietetic Products NaA. Tolerable upper intake levels for vitamins and minerals. 2006.

Meydani SN, Lewis ED, Wu D. Perspective: Should Vitamin E Recommendations for Older Adults Be Increased? *Adv Nutr*. 2018;9(5):533-43.

Institute of Medicine. Dietary reference intakes of vitamin C, vitamin E, selenium, and carotenoids. Washington, DC: National Academic Press; 2000.

Newman AB, Lee JS, Visser M, Goodpaster BH, Kritchevsky SB, Tylavsky FA, et al. Weight change and the conservation of lean mass in old age: the Health, Aging and Body Composition Study. *Am J Clin Nutr*. 2005;82(4):872-8; quiz 915-6.

Ritchie CS, Locher JL, Roth DL, McVie T, Sawyer P, Allman R. Unintentional weight loss predicts decline in activities of daily living function and life-space mobility over 4 years among community-dwelling older adults. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2008;63(1):67-75.

Kortebein P, Ferrando A, Lombeida J, Wolfe R, Evans WJ. Effect of 10 days of bed rest on skeletal muscle in healthy older adults. *JAMA*. 2007;297(16):1772-4.

Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and ageing*. 2019;48(1):16-31.

Calder PC, Bosco N, Bourdet-Sicard R, Capuron L, Delzenne N, Doré J, et al. Health relevance of the modification of low grade inflammation in ageing (inflammageing) and the role of nutrition. *Ageing Research Reviews*. 2017;40:95-119.

Troesch B, Eggersdorfer M, Laviano A, Rolland Y, Smith AD, Warnke I, et al. Expert Opinion on Benefits of Long-Chain Omega-3 Fatty Acids (DHA and EPA) in Aging and Clinical Nutrition. *Nutrients*. 2020;12(9):2555.

Baker EJ, Miles EA, Burdge GC, Yaqoob P, Calder PC. Metabolism and functional effects of plant-derived omega-3 fatty acids in humans. *Prog Lipid Res*. 2016;64:30-56.

Food and Agricultural Organization. Fats and fatty acids in human nutrition- Report of an expert consultation. Rome: Food and Agricultural Organization;; 2010.

Chinese Nutrition Society. Chinese Dietary Reference Intakes Summary (2013). Beijing, China: People's Medical Publishing House; 2013.

Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements. Otten JJ, Hellwig JP, Meyers LD, editors. Washington, DC: The National Academies Press; 2006. 1344 p.

EFSA NDA Panel. Scientific opinion on the Tolerable Upper Intake Level of eicosapentaenoic acid (EPA), docosahexaenoic acid (DHA) and docosapentaenoic acid (DPA). *EFSA Journal*. 2012;10(7):1-48.

Beaudart C, Buckinx F, Rabenda V, Gillain S, Cavalier E, Slomian J, et al. The effects of vitamin D on skeletal muscle strength, muscle mass, and muscle power: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99(11):4336-45.

International Osteoporosis Foundation. Calcium and vitamin D 2018 [cited 2020 November 9]. Available from: <https://www.nof.org/patients/treatment/calciumvitamin-d/>.

Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, Treatment, and Prevention of Vitamin D Deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011.

Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2009;41(7):1510-30.

Blumberg J. Nutritional needs of seniors. *J Am Coll Nutr.* 1997;16(6):517-23.

Drewnowski A. Concept of a nutritious food: toward a nutrient density score. *Am J Clin Nutr.* 2005;82(4):721-32.

Drewnowski A, Darmon N. The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. *Am J Clin Nutr.* 2005;82(1 Suppl):265S-73S.

Drewnowski A. The contribution of milk and milk products to micronutrient density and affordability of the U.S. diet. *J Am Coll Nutr.* 2011;30(5 Suppl 1):422S-8S.

Darmon N, Darmon M, Maillot M, Drewnowski A. A Nutrient Density Standard for Vegetables and Fruits: Nutrients per Calorie and Nutrients per Unit Cost. *Journal of the American Dietetic Association.* 2005;105(12):1881-7.

Saternus R, Vogt T, Reichrath J. A Critical Appraisal of Strategies to Optimize Vitamin D Status in Germany, a Population with a Western Diet. *Nutrients.* 2019;11(11).

Fulgoni VL, Keast DR, Bailey RL, Dwyer J. Foods, Fortificants, and Supplements: Where Do Americans Get Their Nutrients? *The Journal of Nutrition.* 2011;141(10):1847-54.

The British Dietetic Association, The Food Services Specialist Group. The Nutrition and Hydration Digest. 2019.



ERNÄHRUNGSTHERAPIE IN DER PALLIATIVPFLEGE

Ernährung in der Altenpflege bekommt noch eine zusätzliche Dimension, wenn es um die palliative Phase geht. Es ist schwierig, den exakt richtigen Beginn der letzten Lebensphase zu bestimmen, in der Ernährungspflege von ihrer unterstützenden Funktion zu einer lindernden Funktion übergeht. Es kann sein, dass Nahrung ihre klinische Funktion verliert, und somit können sich die Ernährungsrichtlinien ändern.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Palliativpflege als einen Ansatz, der die Lebensqualität von Patient:innen und deren Familien, die sich mit Problemen, verbunden mit lebensbedrohlichen Krankheiten befassen, verbessert. Erreicht wird dies mithilfe von Präventiv- und schmerzlindernden Maßnahmen, durch frühe Identifikation sowie einwandfreie Bewertung und Behandlung von Schmerzen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur. Es ist ein lebensbejahender Ansatz mit dem Zweck, eine optimale Lebensqualität bis zum Lebensende zu fördern und zu erhalten. In der Palliativpflege wird das Sterben als normaler Prozess gesehen, der nicht beschleunigt werden soll, aber auch nicht behindert oder verlängert.

VERSCHIEDENE ANSICHTEN, VERSCHIEDENE MEINUNGEN

Besonders in der geriatrischen Medizin erhalten Menschen mit neurologischen und Herzerkrankungen, Lungen- oder Nierenproblemen oder bei anderen Zuständen Palliativpflege. Aber was bedeutet das? Zahlreiche Zustände sind lebensbeschränkend und es ist klar, dass das Ende naht. Die Frage ist, wann wird dieses Ende zur Realität. Und folglich, wann ist eine spezifische Ernährungsintervention relevant? Was sind die Ziele, und wo liegen die Bedürfnisse? Soll Essen bis zum Ende verabreicht werden, oder nicht? Daher ist es am wichtigsten, selbstkritisch zu sein und über Ernährungspflege in der Palliativphase immer wieder zu reflektieren. Obwohl es hierzu unterschiedliche Meinungen gibt, liegt es auf der Hand, dass diesem Thema mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden muss.

WOHLBEFINDEN ALS PALLIATIVE ZIELSETZUNG

Besonders in der Endphase des Lebens kann eine angemessene Ernährung zur Linderung und Lebensqualität beitragen. Ernährungsempfehlungen in der terminalen Phase unterscheiden sich

wesentlich von den Empfehlungen, die auf frühere Lebensphasen zu treffen. Ernährung als lebenserhaltende und therapieunterstützende Intervention verliert ihre Bedeutung. Ernährungsinterventionen in der Sterbephase verlangen einen behutsamen und individuellen Ansatz. Das Ziel wechselt vom Erhalt des Ernährungsstatus und Funktionsfähigkeit zu Behaglichkeit und Wohlbefinden.

In der letzten Lebensphase sollte man die Menschen dabei unterstützen, dass sie essen und trinken, solange sie dazu fähig und willig sind. Wenn sie sukzessive beginnen, weniger zu essen und zu trinken, kann es für die Angehörigen der Person schwierig werden, dies zu akzeptieren. Umfassende Kommunikation zwischen den Mitarbeiter:innen und Angehörigen, sowie auch psychosoziale Unterstützung für die sterbende Person und ihre Angehörigen sind von entscheidender Bedeutung. In dieser Phase könnte es sein, dass Unterstützung mit Ernährung keine Vorteile mehr bringt, weil die Person oft keinen Hunger oder Durst verspürt. Somit werden Nährstoffe nicht so verdaut, wie in vorherigen Lebensphasen. Künstliche Ernährung wird nicht empfohlen und künstliche Hydration nur in Ausnahmefällen. Auf der anderen Seite treten bei sterbenden Personen oft Symptome von Unbehagen auf, wie

ein trockener Mund, Übelkeit und geminderter Geschmackssinn. In diesen Fällen kann man eine Linderung mit Pflegemaßnahmen erreichen, wie Lippen- und Mundpflege.

Oberstes Ziel bei der Umsetzung von Nahrungsinterventionen in der Palliativpflege sollte der Erhalt des Wohlbefindens sein. Respekt ist hier von höchster Bedeutung sowie auch Verständnis über die Tatsache, dass heilende und palliative Ernährungspflege mit einer sich verändernden Balance - abhängig von Status, Bedingungen, Bedarfslage und Anforderungen - Hand in Hand gehen.

WAS TUN, WENN NICHTS MEHR GEMACHT WERDEN KANN?

Der wertvolle Balanceakt der Ernährungsversorgung in der Palliativphase sollte das ambitionierte Ziel verfolgen, das Wohlbefinden zu erhalten. Aber was kann man tun, wenn nichts mehr gemacht werden kann? Ernährungsexpert:innen können sich, als Teil eines multidisziplinären Teams, auf folgende Tipps stützen:

- Erhalt des individuellen Ernährungsstatus: Das Ziel sollte nicht sein, einen perfekten Ernährungsstatus oder ausgerechneten Bedarf zu erreichen, sondern die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen zu befriedigen

- Erhalt der individuellen und subjektiven Lebensqualität: Kommunikation zwischen der sterbenden Person, den Mitarbeiter:innen und Angehörigen ist ausschlaggebend beim Wissen und Verstehen ihrer Bedürfnisse. Förderung von offener Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Aktivitäten und Interventionen verlangen Planung und Kommunikation
- Respekt der Autonomie: Das Recht auf Autonomie jedes Menschen sollte sichergestellt und respektiert werden. Ernährungsinterventionen in der Palliativphase sollen geplant und persönliche Vorlieben, was Wünsche nach Essen und Trinken angeht, erfüllt werden. Währenddessen werden die leidvollen Symptome, die die Nahrungs- und Getränkeaufnahme beeinflussen, behandelt
- Verlassen auf Ernährungsfachwissen: Vorsicht vor Diäten, die weder mit Beweisen belegt sind noch zur Lebensqualität beitragen
- Vorbeugen und Therapie von Dekubitus: Fehlernährung hat einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität. Es ist wichtig, diese zu behandeln. Ernährungsziele, wie optimaler Blutzucker, Cholesterin oder andere Verdauungsparameter stehen nicht mehr im Fokus
- Beratung und Unterstützung: Ein multidisziplinäres palliatives Pflegeteam kann Alternativen zur Erfüllung von Ernährungsbedürfnissen empfehlen, wie zum Beispiel Behandlung von Übelkeit, Appetitverlust, Verdauungsprobleme oder Kau- und Schluckschwierigkeiten
- Beginn und Ende von Ernährung: Immer Ernährungsexpertise einholen. Beraten Sie sich bei individuellen Entscheidungen über den Beginn, die Anpassung oder Beendigung der enteralen oder parenteralen Ernährung
- Flexibilität: Es ist wichtig, dass man eine offene Haltung gegenüber spezifischen Bedürfnissen aufweist und die Entwicklung von „adäquaten“ Antworten unterstützt
- Ausbildung und Training: Ernährungsfachwissen ist Gegenstand von ständigen Veränderungen und neuen Erkenntnissen. Ernährung im palliativen Kontext sollte Teil einer professionellen Ausbildung sein

LITERATURVERZEICHNIS

WHO. 2020. WHO Definition of Palliative Care. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Accessed 11.10.2020

England, N.H.S., 2014. Leadership Alliance for the Care of Dying People. NHS England.

Carter, A.N., 2020. To What Extent Does Clinically Assisted Nutrition and Hydration Have a Role in the Care of Dying People?. *Journal of Palliative Care*, pp. 209-216.

Orrevall, Y., 2015. Nutritional support at the end of life. *Nutrition*, 31(4), pp.615-616.

Druml, C., Ballmer, P.E., Druml, W., Oehmichen, F., Shenkin, A., Singer, P., Soeters, P., Weimann, A. and Bischoff, S.C., 2016. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition*, 35(3), pp.545-556.

Frühwald T., 2008. Frailty. in: Böhmer F., Füsgen, I.: *Geriatric. Der ältere Mensch mit seinen Besonderheiten*, Böhlau Verlag.

Volkert D. 2015. Ernährung im Alter. Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston, pp. 155-161

Domkar, S. 2015. Ernährungstherapie in der palliativ Care. Die Rolle der Diaetologin/des Diaetologen im interdisziplinären Team. Masterthesis, FH Campus Wien.

Klarare, A., Hagelin, C., CJ, F., & Fossum, B. 2013. Team interactions in specialized palliative Care teams: a qualitative study. *J Palliat Med*, 16(9), pp. 1062–1069.



ROLLEN UND VERANTWORTLICHKEITEN

Das Management der Ernährungsversorgung in der Altenpflege ist eine große Herausforderung. Der Weg von Fehlernährung zu ausgewogener Ernährung ist lang und holprig, und viele Menschen sind daran beteiligt. Der erste Schritt ist die Entwicklung einer Strategie in Richtung ausgewogener Ernährung. Ein zweites wichtiges Element ist die Identifizierung und Umsetzung von Rollen und Verantwortlichkeiten, um in der Lage zu sein, eine Strategie zu entwickeln und diese umzusetzen. Ausgewogene Ernährung in der Altenpflege ist eine multidisziplinäre Übung, die nur erfolgreich sein kann, wenn die Theorie gut in die Praxis übernommen wird. Zu diesem Zweck ist es wichtig, die Prozesse und Schnittpunkte innerhalb der täglichen Arbeit, bei der Zusammenarbeit und in der Kommunikation klar zu definieren.

WER MACHT WAS?

Ausgewogene Ernährung ist nicht nur eine Sache für Küchenprofis. Das Hinzuziehen einer Person als Diätolog:in reicht nicht aus, das Team multidisziplinär nennen zu dürfen. Die Anzahl der Akteur:innen geht weit über diese beiden genannten, „üblichen Verdächtigen“, hinaus:

HEIMLEITUNG

Heimleitungen von Altenpflegeeinrichtungen sind in erster Linie

dafür verantwortlich, eine gemeinsame, verständliche und akzeptable Kultur zu schaffen. Sie sehen Ernährung als eine gute Investition an. Ihr Hauptaugenmerk liegt auf den positiven Auswirkungen, die ausgewogene Ernährung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Bewohner:innen hat. Die Heimleitung stellt sicher, dass alle Funktionen, die sich mit Ernährungspflege befassen, ein unterstützendes Umfeld vorfinden: Pflegedienstleitung, Personal- und Ausbildungsleitung, Gebäudemanagement und Qualitätsmanagement. Die Führung sollte Ernährungspflege als multidisziplinär erkennen und dafür sorgen, dass dementsprechende Prozesse aufgesetzt und kommuniziert werden.

KÜCHE UND DEREN PERSONAL

Die Küchenleiter:innen und das Küchenpersonal sind dafür verantwortlich, dass die Gesamtauswahl der Mahlzeiten und Getränke den Bedürfnissen und Anforderungen der Bewohner:innen entsprechen. Aus diesem Grund wird Fachwissen in Ernährung für Ältere und ihre speziellen Ernährungsanforderungen gefördert. Natürlich muss das Essen gut schmecken, ansehnlich aussehen und geschmackvoll serviert werden. Das Küchenpersonal ist ein entscheidendes Element in der Ernährungskette, das bei der Ernährungsplanung, Produktion

und Lieferung berücksichtigt werden muss. Es spielt eine wesentliche Rolle bei der Umsetzung der sich ständig ändernden Bedürfnisse, Anforderungen und Ansprüche in praktische und mögliche Ernährungsprodukte und muss deshalb kreativ und flexibel sein.

(EXTERNE) VERSORGER:INNEN

Es ist eigentlich unwesentlich, ob die Mahlzeiten einer Einrichtung von internen oder externen Versorger:innen abgedeckt werden. Wichtig ist dabei nur, dass der zugrundeliegende Leistungsvertrag klare und unmissverständliche Definitionen von Leistungen und Verantwortlichkeiten beinhaltet. Der/die Versorger:in ist Partner:in in der Ernährungspflege und nicht bloß Essenslieferant:in. Auch hier ist die Kommunikation zwischen der/dem Versorger:in, der Heimleitung und dem Ernährungspersonal von höchster Wichtigkeit.

DIÄTOLOG:IN

Als Experte für Ernährungsbedürfnisse und -möglichkeiten, ist die/der Diätolog:in das Bindeglied zwischen den Bewohner:innen und der Küche. Als Koordinator:in über ein multidisziplinäres Team sind die Aufgaben sehr vielfältig: Sie reichen von der Entwicklung und Evaluierung von Ernährungsprotokollen bis hin zur Absicherung einer angemessenen Lieferung und dem

Verzehr. Die Teilnahme an interdisziplinären Fallbesprechungen sowie die Entwicklung von Trainingskursen für Pflege- und Küchenpersonal gehören ebenso zu den Verpflichtungen der/des Diätolog:in. Mehrere Jahre professioneller Erfahrung sind notwendig, um dieser Verantwortung gerecht zu werden.

In einigen Ländern gibt es Diätolog:innen für Lebensmittel-dienstleistungen. Sie sind auch für die Alten- und Pflegeheime in einer Gemeinde verantwortlich. In diesen Einrichtungen sind sie auch, zum Beispiel für das gesamte Küchenpersonal, die Qualität der Mahlzeiten (Nährwert, Geschmack, Qualität der Produkte, Diäten usw.) und für die wirtschaftlichen Aspekte, wie Beschaffung, Budget, Ausstattung und Transport, zuständig.

PFLEGEFACHKRAFT

Weil sie üblicherweise täglich in Kontakt mit den Bewohner:innen stehen, sind die Krankenpflege- und Pflegemitarbeiter:innen in einer idealen Position, um die Rolle der Informationsvermittler:innen auszuüben und auf veränderte Bedürfnisse und Anforderungen hinzuweisen und einzugehen. Abhängend von ihren Qualifikationen ist das Krankenpflegepersonal für regelmäßiges Screening, Bewertung, Planung, Umsetzung und Evaluierung von Krankenpflege, die eine Vielzahl von Ernährungsaspekten beinhaltet, verantwortlich. Eine

enge Zusammenarbeit mit Ernährungsexpert:innen und anderen Mitgliedern des multidisziplinären Teams, sowie die richtige Anwendung von Ernährungsverfahren und -protokollen sind von größter Bedeutung. Pflegefachkräfte müssen alle Verfahren und Protokolle richtig umsetzen. Daraus ergibt sich ein Bedarf an regelmäßigen Weiterbildungen zu verschiedenen Aspekten von Fehlernährung.

THERAPEUT:IN

Sprech- und Sprachtherapeut:innen, Physiotherapeut:innen, Logopäd:innen und weitere Therapeut:innen spielen eine wichtige Rolle. Sie können in multidisziplinären Teams zum tieferen Verständnis beitragen und beratend tätig sein. Da auch sie sich regelmäßig mit den Bewohner:innen auseinandersetzen, bringen sie einen, durch ihre Disziplin geschärften Blick mit, wie verminderte Aufnahmekapazität und Fehlernährung entstehen können.

ARZT/ÄRZTIN

Medizinisches Personal, wie die/der Allgemeinmediziner:in oder Gerontolog:in sollten regelmäßig Prüfprotokolle für Fehlernährung anwenden und das multidisziplinäre Team der Einrichtung über veränderte Umstände und zugrundeliegende Zustände der Bewohner:innen informieren.

„ESSENSAUSSCHUSS“

In einigen Organisationen gibt es Essensausschüsse oder Referenzgruppen, die die Wünsche und Anforderungen der Bewohner:innen vertreten. Diese Gruppen diskutieren und entwickeln, zusammen mit dem multidisziplinären Ernährungspersonal, spezifische Menüs und Ernährungselemente, die den Erwartungen und Wünschen der Menschen entgegenkommen.

BEWOHNER:INNEN

Die/der Bewohner:in ist selbst auch Teil des Ernährungsprozesses. Soweit wie möglich, ist sie/er über ihren/seinen Status und die Möglichkeiten und Risiken, die mit Ernährung und den geplanten Aktivitäten verbunden sind, informiert.

FAMILIE, FREUND:INNEN, PFLEGENDE ANGEHÖRIGE, SOZIALARBEITER:INNEN UND EHRENTAMTLICHE

Alle anderen Personen haben eigene Rollen und Verantwortlichkeiten. Sie sind eine zusätzliche Informationsquelle und können über Status, Gefühle, Anforderungen und Bedürfnisse der Heimbewohner:innen offen mit den Mitarbeiter:innen der Einrichtung kommunizieren.

EIN INTERESSANTER FALL AUS DEUTSCHLAND

Ein multidisziplinäres Team in einer Pflegeeinrichtung diskutierte den Bedarf für ein spezielles hochkalorische Getränk für einen Bewohner, der Fehlernährung aufwies. Der Koch teilte als Teammitglied diese Information mit seinen Küchenmitarbeiter:innen mittels einer Notiz an der Anschlagtafel in der Küche. Innerhalb der nächsten Tage bereiteten die Mitarbeiter:innen dieses Getränk vor. Doch während des nächsten Teamtreffens beklagte sich eine Krankenschwester, dass man auf das hochkalorische Getränk des Bewohners vergessen habe. Was war geschehen? Das Küchenpersonal beschriftete das Getränk mit einem kücheninternen Kürzel und brachte es in den Wohnbereich. Das Servierpersonal erkannte das Spezialgetränk nicht und gab es an jemand anderen weiter. Glücklicherweise entdeckte das Personal nach der Teambesprechung den Grund für den Fehler, und von nun an wurden alle speziellen Getränke nicht nur mit dem Namen des Bewohners, sondern auch mit ihrem genauen Inhalt gekennzeichnet.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BMI	Body-Mass-Index
DACH	Deutschland-Österreich-Schweiz
DHA	Docosahexaensäure (langkettige Omega-3 mehrfachungesättigte Fettsäure)
EAN	Europäisches Netzwerk Altern
EFSA	Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit
EPA	Eicosapentaensäure (langkettige Omega-3 mehrfachungesättigte Fettsäure)
ESPEN	Europäische Gesellschaft für Klinische Ernährung und Metabolismus
GLIM	Globale Führungskräfteinitiative über Fehlernährung
GP	Hausarzt/Hausärztin
FAO	Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen
ONS	Orale Nahrungsergänzungsmittel
IDDSI	Internationale Initiative für Normung von Dysphagieernährung
WHO	Weltgesundheitsorganisation

EAN SITZ

EAN asbl
c/o Résidence Grande Duchesse Joséphine Charlotte
11, avenue Marie-Thérèse
L-2132 Luxembourg

EAN BÜRO

Ing. Karel Vostrý
Geschäftsführer

Na Pankráci 322/26
CZ-140 00 Praha 4
Tschechische Republik

info@ean.care

www.ean.care

Förderung von ausgewogener Ernährung in der Altenpflege
Empfehlungen für EAN-Mitglieder
Handbuch zur Organisation von Ernährung im Altenpflegebereich

(C) 2021, European Ageing Network

ISBN: 978-80-88361-29-9
ISBN: 978-80-88361-32-9 (online)



www.ean.care



EAN asbl
c/o Résidence Grande Duchesse Joséphine Charlotte
11, avenue Marie-Thérèse
L-2132 Luxembourg