

## **Bewerbung für die Teilnahme am Ideenwettbewerb Pflegepaket**

# **Künstliche Ernährung über eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) muss nicht sein**

Sicherung der oralen Nahrungsaufnahme als ein Beitrag zum Erhalt von Wohlbefinden und Lebensqualität bei Menschen mit einer weit fortgeschrittenen Demenz

AutorInnen: Corinna Hildebrand  
Karen Kinzel  
Tanja Marguerat  
Peter Dürrmann

**Seniorenzentrum Holle**  
Marktstraße 7  
31188 Holle  
Tel.: 05062/9648-0  
E-Mail: [info@sz-holle.de](mailto:info@sz-holle.de)  
[www.sz-holle.de](http://www.sz-holle.de)

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	Seite 3
2. Inhaltliche Darstellung	
2.1. Ausgangslage.....	Seite 3
2.2. Das Seniorenzentrum Holle.....	Seite 4
2.3. Problemstellung.....	Seite 5
2.4. Problemlösung/Zielsetzung.....	Seite 7
2.5. Ausdifferenzierung der Pflegedokumentation.....	Seite 7
2.6. Ausweitung der Pflegezeiten (Härtefallregelung).....	Seite 10
2.7. Zielgerechte Schulungen und Lebensumfeldanpassung zum Gelingen einer ausreichenden oralen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.....	Seite 11
2.7.1. Milieugestaltung.....	Seite 11
2.7.2. Gestaltung des Essplatzes/der Tischkultur.....	Seite 12
2.7.3. Auswahl des Geschirrs.....	Seite 13
2.7.4. Sitzposition und Rumpfstabilität.....	Seite 13
2.7.5. Wahrnehmung des Körpers.....	Seite 14
2.7.6. Schluckstörungen.....	Seite 15
2.8. Qualifizierung der Leistungen der Küche.....	Seite 15
2.8.1. Speisepläne.....	Seite 16
2.8.2. Bestellwesen und individuelle Wünsche.....	Seite 16
2.8.3. Besondere Kostformen.....	Seite 17
2.9. Nachhaltigkeit.....	Seite 18
2.10. Projektkosten.....	Seite 19
3. Zusammenfassung und Ergebnisse.....	Seite 19
4. Einverständniserklärung.....	Seite 20

## Anlagen

## 1. Einleitung

Das Seniorenzentrum Holle ist eine private vollstationäre Pflegeeinrichtung für 69 Menschen mit mittelschwerer bis weit fortgeschrittener Demenz. Ein pflegfachlicher Schwerpunkt liegt auf der Betreuung von ausgeprägt mobilen demenzerkrankten Personen mit zum Teil stark herausforderndem Verhalten. Entsprechend wurde das Haus im Frühjahr 2002 mit einer klaren inhaltlichen und baulichen Ausrichtung für diesen Personenkreis konzipiert.

Mit dem Fortschreiten der Demenz und dem zunehmenden Verlust an Fähigkeiten und Fertigkeiten gewinnt der Aspekt der Sicherstellung einer oralen Nahrungsaufnahme bei gleichzeitiger Verhinderung von Mangelernährungserscheinungen an Bedeutung.

Dies gilt insbesondere für Menschen in einem weit fortgeschrittenen Stadium der Demenz, deren Pflegebedarf als Härtefall (Pflegestufe 3 +) eingruppiert wurde und die sich unter pflegewissenschaftlichen Gesichtspunkten in ihrer letzten Lebensphase befinden. Eine Phase, die sich über Wochen, Monate und Jahre erstrecken kann und im Seniorenzentrum Holle derzeit auf 15 Personen zutrifft. Sämtlich besteht eine schwere Aspirationsgefährdung sowie das Risiko der Malnutrition und Dehydratation.

Den Pflegenden gelingt es, seit 2002, für den benannten Personenkreis über eine Vielzahl an unterschiedlichen Maßnahmen eine beispielgebende Pflege umzusetzen, die es ermöglicht, ausschließlich oral zu ernähren. Mittels einer intensiven medizinisch-pflegfachlichen Bewertung des Pflegeprozesses wird bei Vorliegen einer Aspirationsgefährdung durch die Kompetenz der Pflegenden und des Personals in der Küche im Zusammenwirken mit dem Haus- und Facharzt eine künstliche Ernährung über eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) verhindert. Essen und Trinken bleibt für die Bewohner somit als ein Aspekt für Wohlbefinden und Lebensqualität erhalten.

## 2. Inhaltliche Darstellung

### 2.1. Ausgangslage

Die Hausphilosophie des Seniorenzentrums Holle wird durch das in der Behindertenhilfe ausdifferenzierte Normalisierungsprinzip geprägt. Diesem

konzeptionellen Ansatz sind alle Mitarbeitenden der Einrichtung verpflichtet. Normalisierung als Leitvorstellung für das soziale, pädagogische und pflegerische Handeln besagt: Menschen mit geistigen, körperlichen oder seelischen Beeinträchtigungen sollen ein Leben führen können, das dem ihrer nicht-behinderten Mitbürger entspricht. Kurz: Ein Leben, so normal wie möglich. Für die Mitarbeitenden bedeutet es, anzuerkennen, dass es nicht um unsere subjektive Normalität, um unsere eigenen Normen und Wertvorstellungen geht, sondern um die Erlebenswelt und Sichtweise der Menschen mit Demenz. Es geht um die Akzeptanz der Individualität, um die Möglichkeit, „anders“ zu sein, „anders“ zu denken und zu leben.

Unser Verständnis ist es, dass alle Mitarbeitenden der Einrichtung Bestandteil des Konzepts sind, also auch die der Hauswirtschaft, Küche, Verwaltung sowie der Haustechnik. Alle Beschäftigten verfügen über Grundkenntnisse zum Krankheitsbild Demenz und haben einen Grundkurs zur Integrativen Validation absolviert, damit eine annehmende, akzeptierende und wertschätzende Haltung in der Gesamtheit gelebt werden kann.

Wesentliche Impulse unserer inhaltlichen Arbeit basieren auf den wegweisenden Erkenntnissen aus den Evaluationen des Modellprogramms stationärer Dementenbetreuung in Hamburg, den von 1994 bis 2001 als Heimleitung und Pflegedienstleitung gesammelten positiven Erfahrungen mit dem Segregationsansatz im Seniorenpflegeheim Polle sowie einer fast zwanzigjährigen intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz mit unterschiedlichen Personen und Institutionen sowie der Teilnahme an innovativen Projekten.

## **2.2. Das Seniorenzentrum Holle**

Das Seniorenzentrum Holle verfügt über vier Wohngruppen und eine Pflegeoase mit jeweils unterschiedlicher konzeptioneller Ausrichtung. Ziel ist es, für Menschen mit Demenz während des langjährigen Krankheitsverlaufes phasenspezifisch bedarfsgerechte Angebote vorzuhalten.

Neben dem Angebot der besonderen stationären Dementenbetreuung für mobile demenzerkrankte Personen mit einem stark herausfordernden Verhalten (Wohnbereich 1) bestehen zwei weitere Wohnbereiche (2 und 3) für Menschen mit einer mittelschweren bis schweren Demenz. Ein weiterer Wohnbereich ist den

Bewohnern mit einer weit fortgeschrittenen schweren Demenz und einer deutlich eingeschränkten Eigenmobilität vorbehalten (Wohnbereich 4). Des Weiteren besteht das Angebot der Pflegeoase. Die Gruppengrößen variieren zwischen 15 bis 18 Bewohnern. In der Oase leben zwischen vier bis sechs Personen.

Zur Absicherung des differenzierten, bezugspflegeorientierten Konzepts besteht ein Einzugs- und Umzugsmanagement. Das Seniorenzentrum Holle wird bei seiner Arbeit von Hausärzten und unterschiedlichen Fachärzten, die regelmäßige Visiten durchführen, begleitet. So obliegt z. B. die medikamentöse Versorgung mit Psychopharmaka und Neuroleptika für alle Bewohner einzig dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie.

Im Bereich der Pflege werden alle Mitarbeitenden in Integrativer Validation, Basaler Stimulation, dem Bobath-Konzept sowie in Kinästhetik geschult. Jährlich werden von den jeweiligen Fachdozenten entsprechende Vertiefungstage und Praxisbegleitungen durchgeführt. Ergänzt werden diese Fortbildungen u.a. durch Schulungen zum Krankheitsbild Demenz.

### **2.3. Problemstellung**

Trotz des differenzierten Betreuungskonzepts stellten wir 2005 bei den Mitarbeitenden in der Pflege der weitgehend immobilen Menschen mit einer fortgeschrittenen schweren Demenz (Wohnbereich 4) eine wachsende Unzufriedenheit und Überforderung in der Betreuung fest. Die Mitarbeitenden konstatierten einen zunehmenden Zeitmangel in der Pflege, weil die Grundpflegerische Betreuung und die orale Aufnahme von Essen und Trinken sich immer anspruchsvoller und zeitaufwendiger gestaltete. Sämtliche von uns eingeleiteten Maßnahmen, wie z. B. eine weitere Flexibilisierung der Arbeitsabläufe oder Verbesserungen im Bereich des hochkalorischen Speisenangebots, brachten nicht die gewünschte Entlastung.

Vor diesem Hintergrund entschlossen wir uns, den Pflegebedarf dieser Bewohnergruppe durch eine externe gerontopsychiatrische Fachkraft gezielt zu erfassen und zeitlich verifizieren zu lassen. Es erfolgte eine bewohnerbezogene Beobachtung und Protokollierung der vielfältigen Versorgungsleistungen sowie der aufgewendeten Zeit für die notwendigen Hilfen. Gleichzeitig wurden die Umgebungsfaktoren (Räumlichkeiten, Milieu) erfasst und kritisch hinterfragt.

Die wesentlichen Ergebnisse der Beobachtungen waren:

1. Alle Bewohner waren in Pflegestufe III eingruppiert. Die erfassten einstufigsrelevanten Pflegebedarfe lagen zwischen 460 bis 580 Minuten. Knapp über 50 % der Pflegezeit entfiel auf die Sicherstellung der Nahrungsaufnahme incl. der Vor- und Nachbereitung. Damit entsprach der Zeitaufwand bei 16 Bewohnern (!) der Eingruppierung des Pflegedarfes im Sinne des § 43 Abs. 3 SGB XI als Härtefall.
2. Den Mitarbeitenden wurde durch das Feedback erstmals nachhaltig bewusst, dass ihre bisherige Kernaufgabe, mobile Demenzkranke mit herausforderndem Verhalten zu betreuen, neu auszurichten war. Es galt jetzt, körperlich stark geschwächte, phasenweise somnolente Menschen mit Mehrfacherkrankungen, die unter dem Verlust der Befähigung zur Selbstpflege, der Eigenmobilität, ihrer verbalen Kommunikationsmöglichkeiten leiden, angemessenen zu versorgen.
3. Im Bereich der Ernährung wurde durch die Beobachtung der Essenssituation deutlich, dass die ausgeprägten kognitiven Defizite bei den Bewohnern zu erheblichen Beeinträchtigungen führten, wie z.B. einer starken Verlangsamung beim Kauen, Schwierigkeiten beim Weitertransport des Speisebreis im Mund, sowie beim Schlucken der Speisen. Eine weitere Schwierigkeit war, dass die Bewohner das Essen als solches nicht mehr erkennen konnten und deshalb den Mund nicht öffneten oder die Lippen zusammenpressten. Hinzu zeichnet sich das Krankheitsbild dadurch aus, dass die Geschmacks- und Riechnerven sowie das Hunger- und Durstgefühl beeinträchtigt werden, in der Folge auch der Antrieb zu essen.

Zusammengefasst zeigte die Auswertung der Ergebnisse, dass wir uns noch stärker an den palliativen und hospizlichen Zielen, Leiden zu lindern und Lebensqualität zu erhalten, ausrichten mussten. Deutlich wurde, dass es für die Begleitung des Personenkreises hinsichtlich der personellen Voraussetzungen und Qualifikation, der Leistungen der eigenen Küche, aber auch der Lebensumfeldgestaltung, einer neuen inhaltlichen Ausrichtung bedurfte, um die orale Nahrungsaufnahme zu sichern sowie Schluckstörungen und damit verbundenen möglichen Mangelernährungserscheinungen wirksam begegnen zu können.

## 2.4. Problemlösung/Zielsetzung

Die Ergebnisse wurden 2005/2006 in einer bereichs- und hierarchieübergreifenden Arbeitsgruppe bewertet und es wurden Ideen und Lösungswege entwickelt. Als gemeinsames Ziel wurde die Sicherstellung einer durchweg oralen, würdevollen, lust- und erlebnisbetonten Nahrungsaufnahme definiert. Wohlbefinden und Lebensqualität sowie die Sicherung eines angemessenen Ernährungszustandes sollten dabei im Vordergrund stehen.

Folgende Entwicklungsschritte wurden hierzu vereinbart:

1. Ausdifferenzierung der bestehenden Pflegedokumentation (siehe 2.5.)
2. Ausweitung der Pflegezeiten mittels Inanspruchnahme der Härtefallregelung (siehe 2.6.)
3. Zielgerichtete Schulungen durch externe Fachdozenten zum Bobath-Konzept, in Basaler Stimulation und Logopädie sowie hinsichtlich ernährungsphysiologischer Aspekte und Maßnahmen der Lebensumfeldanpassung (siehe 2.7.)
4. Qualifizierung der Leistungen der Küche (siehe 2.8.)

## 2.5. Ausdifferenzierung der Pflegedokumentation

Eine wesentliche Stütze zur Absicherung der oralen Nahrungsaufnahme ist die äußerst differenzierte Pflegedokumentation, die projektbezogen im Laufe der letzten fünf Jahre in ihren Bestandteilen beständig aktualisiert und optimiert wurde und somit den Informationsfluss für jeden einzelnen Bewohner bezüglich der Nahrungsaufnahme heute deutlich besser sicherstellt.

Im Wesentlichen stützt sich der Wissensstand zum Bewohner auf die Biographie und auf unser selbstentwickeltes Bewohnerprofil aus der Pflegedokumentation, welches nach Einzug erstellt und im Verlauf ergänzt wird. Das Bewohnerprofil ist Informationssammlung (Anamnese) und Pflegeplanung in einem. Es dokumentiert umfassend den individuellen pflegerischen Unterstützungsbedarf des Bewohners und dient somit der Pflegediagnostik, Maßnahmenplanung und Evaluation entsprechend dem aktuellen medizinisch und pflegewissenschaftlichen Stand (Expertenstandards, Rahmenempfehlungen, Assessments, usw.).

Das Profil wird im Regelfall alle drei Monate überarbeitet oder bei einer akuten Veränderung des gesundheitlichen Zustandes. Konkret für den Bereich der Ernährung erfassen und dokumentieren wir den Pflegeprozess für den benannten Personenkreis im Bewohnerprofil (s. Anlage) in Form eines Ankreuzverfahrens wie folgt:

1. Über welche Fähigkeiten und Ressourcen verfügt der Bewohner und wie können diese im Alltag mit eingebracht werden? Nachstehend ein Auszug aus dem Bewohnerprofil:

*o Schluckfähigkeit vorhanden bei: + Flüssigkeiten + angedickten Getränken + weichen Speisen + festen Speisen + faserigen Speisen*

*o Kaufähigkeit vorhanden bei + weichen Speisen + festen Speisen + faserigen Speisen o Aussortieren/Ausspucken von Weintraubenkernen, Kirschkernen, Fischgräten etc.*

2. Welche Pflegeprobleme und Einschränkungen bestehen? Wie zeigen sich diese im konkreten Alltag des Betroffenen? Nachstehend ein Auszug aus dem Bewohnerprofil:

*o Eingeschränkte Schluckfähigkeit bei + weichen Speisen + festen Speisen + faserigen Speisen + Flüssigkeiten o Eingeschränkte Kaufähigkeit bei + weichen Speisen + festen Speisen + faserigen Speisen o Isst nur kleine Portionen lt. Speisenprofil (manchmal)*

*o Trinkt nur schluckweise (manchmal) o Isst und trinkt nur mit Hilfsmitteln (manchmal)*

*o Erhöhter Zeitaufwand bei Nahrungsaufnahme bei den Hauptmahlzeiten (> 20 Minuten) (manchmal) o Erhöhter Zeitaufwand beim Trinken (> 5 Minuten/200 ml) (manchmal)*

Um bei der Pflegeplanung ein Höchstmaß an Individualität (Rituale, Vorlieben, Abneigungen etc.) zu gewährleisten, enthält das Bewohnerprofil neben dem Ankreuzbereich ergänzend die Möglichkeit, mit Freitexten zu arbeiten. Hierzu steht den Mitarbeitenden ein breites Spektrum an Fragen für die Informationssammlung zur Verfügung. Nachstehend beispielhafte Fragen für den Bereich Ernährung:



- *Welche Ernährungs-, Trink- und Essgewohnheiten ( z.B. Menge/Portionsgröße, Speisezeiten, individuelles Esstempo, Besteck und Geschirr usf.) bestehen? Welche Tischkultur unterstützt den Bewohner (Serviette, Tischtuch, Kerzen, Kleidung usw.)?*
- *Wird das Frühstück/Abendessen im Bett bzw. auf der Bettkante oder der Wohnküche eingenommen?*
- *Benötigt der Mensch zum Essen eine Impulsgabe, die Beachtung von Ritualen oder religiös motivierten Gewohnheiten (Tischgebet, freitags keinen Fisch)?*
- *Trinkt der Bewohner zum Essen oder erst nach dem Essen? Aus welchen Gefäßen wird bevorzugt getrunken?*
- *Gibt es einen Stammplatz am Tisch oder bleibt der Bewohner nach dem Essen gern noch eine Weile sitzen?*

Das Bewohnerprofil wird vervollständigt durch ein individuelles Speisenprofil (s. Anlage), in welchem detailliert die Art der Nahrungsaufnahme (isst selbstständig, Essen wird angereicht), die Kostform (z.B. passierte Kost), Gefahren bei der Nahrungsaufnahme (Aspirationsgefahr), Besteckauswahl, Geschirrauswahl, Vorlieben (mag Fleisch, ist Vegetarier, mag keinen Alkohol), Abneigungen (mag keine Nudeln), Intoleranzen (Laktose) und andere Unverträglichkeiten festgehalten werden.

Ebenso werden Vorlieben bezüglich der Hauptmahlzeiten (was hat die Person ritualisiert zum Frühstück/Mittag, Kaffee, Abendessen zu sich genommen?) und der Essensgewohnheiten in den unterschiedlichen Jahreszeiten (z.B. im Winter Grünkohl, Gans, Entenbrust, Bratapfel, Glühwein) aufgeführt. Bei der Erstellung und Überprüfung des Speisenprofils gilt es immer, biographische Daten zu beachten.

Bezüglich der hochkalorischen Kost wird im Speisenprofil festgehalten, ob ergänzend Maltocal, Protein 88 oder selbsthergestellte Energy Drinks als Nahrungsergänzungsmittel notwendig sind.

Bei einem Body Mass Index (BMI) unter 20 wird zusätzlich zum Speisenprofil ein Ernährungsplan (s. Anlage) erstellt, in welchem dezidiert zu jeder Haupt- und Zwischenmahlzeit die jeweiligen Vorlieben und Darreichungsformen bzw. die

Konsistenz der Nahrung (was kann die Person überhaupt noch wie zu sich nehmen) festgehalten wird.

Das Speisenprofil und der Ernährungsplan sind im Bewohnerprofil unter dem Punkt „Ernährung“ zu finden und stehen in Kopie der Küche zur Verfügung. Die für die direkte Versorgung im Bereich Essen und Trinken wesentlichen Ergebnisse werden schriftlich festgehalten und in unseren 24-Stunden-Tagesablaufplan integriert. In diesen Tagesablaufplan fließen sämtliche Maßnahmen der Pflege, der Behandlungspflege usw. ein. Für alle Mitarbeitenden, über alle Schichten und Arbeitsbereiche ist der Tagesablaufplan für die Betreuung des Bewohners handlungsleitend. Hier erfolgt die Dokumentation der tatsächlich erbrachten Leistungen.

Veränderungsbedarfe werden im Rahmen von bereichsübergreifenden Fallbesprechungen analysiert. Das Bewohnerprofil sowie der 24-Stunden-Tagesablaufplan sind entsprechend anzupassen.

Im engen Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme steht zudem das Schmerzmanagement – hat der Mensch Schmerzen, kann er sich nicht auf das Essen konzentrieren. Zur Sicherstellung einer optimalen Schmerztherapie ist daher die BESD–Skala (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz) im Einsatz. Die Auswertung erfolgt jeweils in der Visite mit dem Arzt und wird in der laufenden Dokumentation festgehalten.

## **2.6. Ausweitung der Pflegezeiten (Härtefallregelung)**

Pflegfachlich kam es darauf an, auf der Basis des dokumentierten Pflegeprozesses die abweichenden Mehrbedarfe (Aufsicht, Anleitung) sowie die berücksichtigungsfähigen Erschwernisfaktoren in Bezug zu den anerkannten Verrichtungen nach Art, Häufigkeit und zeitlichem Umfang besser zu begründen, so dass Anerkennungen des Hilfsbedarfs als „Härtefall“ möglich wurden. Hierzu wurden die Mitarbeitenden entsprechend geschult. Parallel wurde 2006 mit den Kostenträgern eine Entgeltvereinbarung abgeschlossen, so dass kalendertäglich für Bewohner mit einem außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand (Härtefall) 9,20 € (jetzt 10,36 €) zusätzlich zum Entgelt der Pflegeklasse III berechnet werden konnten. Durchschnittlich ist bei 15 Bewohnern des Seniorenzentrums Holle der Pflegedarf als

Härtefall eingruppiert. Dies bedeutet aktuell monatliche Mehreinnahmen von rund 4.725,00 €, die vollständig für zusätzliches Pflegepersonal zur Verfügung gestellt werden. Hierdurch können wir den Bewohnern des Wohnbereiches einen zusätzlichen Früh- und Spätdienst zur Verfügung stellen und damit ein Mehr an Zeit für die Begleitung beim Essen und Trinken.

## **2.7. Zielgerichtete Schulungen und Lebensumfeldanpassung zum Gelingen einer ausreichenden oralen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr**

Durch intensive Schulungen zum Bobath-Konzept, der Basalen Stimulation, Logopädie, ernährungsphysiologischen Aspekten und Maßnahmen der Lebensumfeldanpassung sind die Mitarbeitenden der Pflege für die Gestaltung der Essenssituation neu sensibilisiert worden. Im Rahmen der Arbeitsgruppe „Basale Stimulation“ wird die Gestaltung der Essenssituation zudem beständig reflektiert, angepasst und weiterentwickelt.

### **2.7.1. Milieugestaltung**

Nach unserer Erfahrung ist eine Verminderung von äußeren Störreizen Voraussetzung für eine ungestörte erfolgreiche Nahrungsaufnahme. Zur Anbahnung des Ess- und Trinkvorganges ist es erforderlich, dass sich der jeweilige Bewohner auf das Essen konzentrieren kann, indem er nicht durch optische, akustische, olfaktorische oder somatische Reize abgelenkt wird. Erforderlich ist eine Atmosphäre der Gemütlichkeit und Ruhe, in der selbstverständlich die Geselligkeit nicht zu kurz kommen darf:

Olfaktorische Reize: Wir achten während der Hauptmahlzeiten bewusst darauf, keine den Bewohner irritierenden Duftöle einzusetzen. Im Vordergrund stehen die Gerüche, welche im Zusammenhang mit der Herstellung des Tagesgerichtes in der Wohnküche stehen. Riechen kann mit helfen, sich des Essens zu erinnern.

Akustische Reize: Musik zum Mittagessen setzen wir bewusst nur biografieorientiert im Einzelzimmer ein, wenn bekannt ist, dass dies bei dem jeweiligen Bewohner die Nahrungsaufnahme positiv beeinflusst. Die Mitarbeitenden sind angehalten, während des Essenszeit nicht zu telefonieren und Notrufpieper sowie die Telefone auf Vibrationsalarm zu stellen, um keine Störreize auszulösen. Der Geschirrspüler wird in dieser Zeit nicht bestückt und eingeschaltet. Gespräche zwischen den Mitarbeitenden werden nur geführt, wenn sie den Bewohner mit einbeziehen und situationsangemessen sind.

Optische Reize: Das Umhergehen während der Mahlzeiten wird von den Mitarbeitenden minimiert, beim Essen anreihen steht die Pflegekraft möglichst erst dann auf, wenn der Essensvorgang insgesamt abgeschlossen ist. Die übrigen Mitarbeitenden im Haus sind angehalten, die Essenssituationen nicht zu stören. So kann die Raumpflege mit der Reinigung erst beginnen, wenn die Einnahme der Mahlzeiten abgeschlossen ist.

Gustatorische Reize: die Medikamenteneinnahme erfolgt (wenn möglich) nach dem Essen, um das geschmackliche Erlebnis nicht durch als unangenehm empfundene Geschmacksstoffe zu trüben.

### **2.7.2. Gestaltung des Essplatzes/Tischkultur**

Menschen unseres Kulturkreises nehmen den größten Teil ihrer Mahlzeiten an unterschiedlichen Orten ein: So frühstücken wir in der Küche, essen zu Mittag in der Kantine und nehmen unser Abendbrot vor dem Fernseher ein. Deshalb ermöglichen wir den Menschen die Einnahme der Mahlzeiten an unterschiedlichen Orten (Frühstück in der Wohnküche, Mittagessen in einer Kleingruppe auf dem Wohnbereich, Abendessen in Verbindung mit einer Abendrunde). Voraussetzung hierzu ist Verlässlichkeit in Bezug auf den Sitzplatz und eine Verankerung im Tagesplan, so dass die Orientierung des Bewohners im Tagesablauf gewahrt bleibt und er eventuell einen Impuls zur Nahrungsaufnahme erfährt.

An welchem Ort, an welchem Tisch und mit wem der Bewohner seine Mahlzeiten einnimmt, wird zusammen mit den Angehörigen unter Berücksichtigung der biographischen Kenntnisse und aktuellen Beobachtungen besprochen. Einige Überlegungen hierzu: Benötigt der Bewohner Mitmenschen mit ähnlichem Essverhalten am Tisch, z.B. zur Reduzierung von Stress, oder vielleicht einen Gegenüber zur Nachahmung eines adäquaten Verhaltens als Impulsgeber?

Großen Wert legen wir auf eine angemessene „Tischkultur“. Dies gilt für Beistelltische am Bett genauso wie für den Küchentisch, wofür bewohnereigene Tischdecken, Tischsets, Blumen, Kerzen und vieles mehr zur Verfügung stehen. Aus unserer Sicht unterstützt auch die Tischkultur die Zufriedenheit und Aufmerksamkeit der Bewohner bei der Nahrungsaufnahme.

Wir erleben in unserer Arbeit seit Jahren, dass der differenzierte Einsatz von

haushaltsüblichem Geschirr und Besteck den Wunsch, die Nahrung so lange wie möglich selbstständig bzw. mit Unterstützung zu sich zu nehmen, fördert. Schnabelbecher sowie Spritzen finden keine Anwendung.

### **2.7.3. Auswahl des Geschirrs**

Die Auswahl des Geschirrs, des Bestecks und der Trinkgefäße erfolgt bewohnerbezogen nach den jeweiligen Fähigkeiten und Vorlieben (siehe Bewohnerprofil). So stehen kleine, große, schwere oder leichte, dicke oder dünnwandige Gläser mit schmalen oder breiten Trinköffnungen bereit. Beim Geschirr verwenden wir bei der Mittagsmahlzeit große und kleine Teller, Porzellanschälchen und Porzellanbecher für die Suppe. Bewohner, welche durch das Auftragen einer großen Portion aus Angst, diese nicht aufessen zu können, den Essvorgang stoppen, erhalten die Hauptmahlzeit in kleiner Portion auf einem kleinen Teller angerichtet. Anhand von Fotos, die sich in der Wohnküche des Bereiches befinden, ist es der Pflegekraft möglich, das bewohnerbezogene Geschirr sowie die Trinkgefäße korrekt auszuwählen. Als unterstützende Hilfsmittel kommen zusätzlich Bestecke mit dicken Griffen, Tellerrand-erhöhungen sowie unterschiedlichste Löffel zum Einsatz. Im Idealfall bringt der Bewohner sein gewohntes Geschirr von zu Hause mit.

### **2.7.4. Sitzposition / Rumpfstabilität**

Eine pflegetherapeutische Unterstützung beim Essen und Trinken benötigt der Bewohner hinsichtlich der Sitzposition. Grundsätzlich wird durch eine optimale Sitzposition und die dadurch entstehende Rumpfstabilität der Schluckvorgang erleichtert, die Aspiration der Nahrung weitestgehend verhindert, und der Bewohner erhält Beweglichkeit für Kopf, Arme, Hände sowie für das Becken und die Knie. Ist keine Rumpfstabilität gegeben, erhöht sich der Muskeltonus, der Bewohner versucht die einzelnen Körperteile zu halten und kann sich somit nicht mehr auf das Geschehen im Rahmen der Nahrungsaufnahme einlassen. Unter folgenden Gesichtspunkten kann eine optimale Sitzposition, mittels Aspekten aus dem Bobath-Konzept, gelingen:

Beim Sitzen achten wir darauf, dass das Gesäß des Bewohners soweit auf den Stuhl nach hinten gebracht wird, dass beide Füße mit der gesamten Fußsohle auf dem Boden stehen, der Oberkörper aufgerichtet ist und sich leicht nach vorne beugt. Dadurch neigt sich auch der Kopf leicht nach vorne. Die Knie befinden sich auf

gleicher Höhe wie die Oberschenkel. Die Arme lassen sich auf vorhandene Armlehnen ablegen oder mit Hilfe von Kissen/Decken unterstützen.

Auswirkungen auf die Kopfposition des Bewohners hat auch die Position der Pflegekraft. Steht diese vor dem Bewohner, streckt dieser den Kopf nach hinten (Überstreckung - Schlucken nicht möglich). Dieser Aspekt kommt auch bei der Nahrungsaufnahme im Bett zum Tragen, d.h., wenn der Bewohner nicht in den Stuhl/Rollstuhl mobilisiert werden kann. Grundsätzlich werden bei uns alle Bewohner für mindestens eine Mahlzeit pro Tag in den Stuhl/Rollstuhl mobilisiert, wenn dies dem Willen und dem körperlichen Zustand des Bewohners entspricht.

Des Weiteren ist der Stuhl dem Rollstuhl grundsätzlich vorzuziehen, wobei darauf zu achten ist, dass die Fußstützen entfernt werden, da sonst die Knie höher als die Oberschenkel sind. Hierdurch kippt das Becken nach hinten (posterior) und eine Aufrichtung des Oberkörpers ist nicht mehr möglich, da dieser passiv in die Rückenlehne gedrückt wird.

Reichen die Füße des Bewohners nicht an den Fußboden (vorhandene Kontraktur etc.), lässt sich der gewünschte Winkel (Knie sind in gleicher Höhe wie die Oberschenkel) mittels einfacher Hilfsmittel wie beispielsweise Fußbänke und Woldecken herrichten. Sollten aufgrund eines fehlenden Muskeltonus die Füße auf dem Fußboden wegrutschen, lassen sich rutschfeste Folien auf dem Fußboden verwenden.

### **2.7.5. Wahrnehmung des Körpers**

Das Gelingen einer ausreichenden Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ist unter anderem davon abhängig, dass der Mensch die Situation des Vorgangs „begriff“ und Nahrung und Flüssigkeiten als solche erkennt. Eine Grundvoraussetzung ist, den eigenen Körper spüren zu können, speziell im Bereich der Hände, Arme und des Mundes. Hierzu wenden wir seit Jahren erfolgreich Techniken aus dem Bereich der Basalen Stimulation wie Handmassagen oder die Stimulation des Mundinnenraumes an. Wir haben festgestellt, dass Menschen mit starken körperlichen Einschränkungen, bei denen eine unterstützende Nahrungsaufnahme nicht mehr durchführbar ist, besser essen und trinken, wenn wir als Impulsgabe deren Hand halten. Der Mensch scheint den Vorgang des Essens auch wesentlich über seine Hand zu begreifen. In einem ersten Schritt erfolgt eine Wahrnehmungsverstärkung der Hand,

mit der der Bewohner hauptsächlich gegessen hat. Die Hand wird umfasst und ausmodelliert. Beim Führen des Armes ist zunächst eine Abwehrspannung wahrnehmbar, welche sich löst, wenn der Bewohner begreift, um was es geht. Dies ist auch möglich bei Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, Eigenbewegungen mit den Händen durchzuführen. Bei der begleitenden Einnahme der Mahlzeiten arbeiten wir nach dem Prinzip „Führen statt Übernahme“.

Unterstützend wirken zudem verbale Impulsgaben, um die Nahrungsaufnahme anzubahnen. Beim Trinken wird formuliert: „Ich gebe Ihnen etwas zu trinken“ oder durch Gesten wie „zuprosten“ wird unterstützend darauf hingewiesen. Impulsgaben zum Essen sind z.B. Tischgebete, das Wünschen eines „Gutes Appetits“ usw.

### **2.7.6. Schluckstörungen**

Bei Bewohnern, die unter einer starken Verlangsamung des Kauvorgangs und Schwierigkeiten beim Weitertransport des Speisebreis im Mund sowie beim Schlucken leiden, ist es uns unter Zuhilfenahme bestimmter Techniken aus dem Bereich der Basalen Stimulation und der Anwendung bestimmter Hilfsmittel in Kooperation mit einer Logopädin gelungen, einen Wiederaufbau des Schluckvorgangs bzw. den Erhalt des normalen Essvorgangs anzubahnen bzw. zu ermöglichen.

So gelingt uns, die Nahrungsaufnahme u.a. durch das Ausstreichen der Lippen, des Mundinnenraums, durch die Verabreichung von Nahrung mit einheitlicher Konsistenz (bei unterschiedlicher Konsistenz wird nacheinander verabreicht), durch das Andicken von Flüssigkeiten, durch den Einsatz eines Gummilöffels („Dr. Böhm-Löffel“), der es ohne Verletzungsgefahr ermöglicht, den Mund oder Zungengrund zu stimulieren.

### **2.8. Qualifizierung der Leistungen der Küche**

Das Seniorenzentrum verfügt auf jedem Wohnbereich über eine Wohnküche sowie im Obergeschoss des Hauses über eine Großküche. Diese ist mittels einer großen Glasfront für die Bewohner des Wohnbereiches 4 einsehbar. Grundsätzlich gilt, dass bei uns die Nahrungsaufnahme rund um die Uhr möglich ist. Die Wohnküchen sichern der Pflege die Möglichkeit, den Bewohnern jederzeit etwas zum Essen und Trinken anbieten zu können, zu. Die Mikrowelle, der Herd mit Backofen, das Warmhaltebecken und die eigene Kaffeemaschine nebst einem ständig gefüllten Kühlschrank mit Sahne, Milch, Joghurt sowie Butter, Aufschnitt und Käse sorgen für

Unabhängigkeit. Die Großküche steht von 07.00 bis 20.00 Uhr den Mitarbeitenden unterstützend zur Verfügung.

### **2.8.1. Speisenpläne**

Unsere Einrichtung verfügt über einen abwechslungsreichen saisonal ausgerichteten Acht-Wochen-Speisenplan für die Mittagsmahlzeiten. Täglich stehen zwei Menüs zur Auswahl. Dieser Speisenplan wird durch einen Abendspeisenplan mit einem zweiwöchigen Rhythmus ergänzt, damit die notwendige Vielfalt der Komponenten garantiert ist. Für sehr heiße Sommertage (Hitzewarnung) steht ein Sommerspeisenplan mit leichten Speisen zur Verfügung, um die Appetiterhaltung an diesen für die Bewohner belastenden Tagen zu unterstützen. Die Speisenpläne sind in Zusammenarbeit von den hauswirtschaftlichen Mitarbeitenden, die bei den Bewohnern in den Wohnküchen tätig sind, mit den Pflegefachkräften erarbeitet und kontinuierlich weiterentwickelt worden. Der Küchenleitung und ihrem Team obliegt die Rezeptur-entwicklung und Nährwertberechnung. Von den Pflegefachkräften wiederum erfolgen Rückmeldungen, wie die einzelnen Rezepte von den Bewohnern angenommen wurden und wie sie ggf. weiter angepasst werden müssten.

Die hauseigene Rezeptur sichert ein einheitliches Kochergebnis in den Wohnküchen. Bei neuen Rezepten findet parallel direkt eine Nährwertberechnung statt. Auf dem aktuellen Speisenplan sind die Nährwerte der jeweiligen Komponenten in 100g-Portionen angegeben. Die Pflegekraft kann so die jeweiligen Nährwerte durch das Abwiegen der Speisen genau ermitteln und dokumentieren.

Bei der Herstellung des Essens wird auf die Verwendung von vorgefertigten Lebensmitteln (Convenience) ganz verzichtet. Auch bei der passierten Vollkost wird darauf geachtet, dass Vollkornprodukte die Nahrung anreichern. So regt z.B. Dinkel die Speichelproduktion an und Berglinsen werden zur Soßen- und Suppenbindung verwendet.

### **2.8.2. Bestellwesen und individuelle Wünsche**

Bei einem frühzeitigen Erkennen von Mängeln in der Kalorien- oder Flüssigkeitszufuhr kann mit Hilfe des Bestellsystems im Laufe eines Tages die Kost angepasst werden.



Das Bestellsystem enthält Informationen zur Kostform, individuelle Wünsche sowie die bestellten Menüs für eine komplette Woche. Auch bei bestellten Speisen ist die Variabilität in der Menüauswahl jederzeit möglich (z.B. durch Zugabe eines Andickungsmittels), um kurzfristig auf Empfindungsstörungen des Bewohners beim Essen eingehen zu können.

### **2.8.3. Besondere Kostformen**

Für Menschen mit schwerer Demenz werden die im Speisenplan vorgegebenen Speisen je nach individuellem Grad der Schluckstörung zu einer homogenen Speise püriert, so dass diese sehr gut schluckbar wird. Die Komponenten werden einzeln püriert und serviert. Die Pflegefachkraft entscheidet vor Ort jeweils für ihre Bewohner, wie die Speisen angereicht werden müssen, damit die Bewohner den maximalen Genuss erleben können. Ziel ist es, den Bedarf an Nährstoffen mit natürlichen Speisen erreichen zu können.

Eine besondere Herausforderung an die Küche stellt die appetitliche, passierte, hochkalorische Kost dar. Hier werden spezielle Rezepturen verwendet, die eine sehr hohe Nährstoffdichte, sowie eine optimale Schluckeigenschaft aufweisen und sehr wohlschmeckend sind. Sie enthalten neben Zucker auch Salz. Durch diese Kombination wird die Resorption der Speisen unterstützt. Die Verwendung von intensiven unterschiedlichen Geschmacksvarianten ist von äußerster Wichtigkeit. Auch hierfür wurde ein Speisenplan entwickelt, damit die Abwechslung gewährleistet ist.

Passierte Kost wird angeboten bei Kau- und Schluckbeschwerden, Erkrankung der Mundhöhle und der Zähne, Verengung der Speiseröhre und als Aufbaukost. Die passierte Kost ist fein pürierte, gesunde Kost, die anschließend noch durch ein Sieb gestrichen wird, um auch kleinste Stückchen zu vermeiden. Diese kann ohne Kaugewegung eingenommen werden. Mitarbeitende lernen über eine Verkostung die Qualität der passierten Kost kennen, um selbige mit einer positiven Haltung anreichen zu können.

Einer besonderen Beliebtheit erfreut sich unser saisonal ausgerichteter Siebenkornbrei, der im Wesentlichen beim Frühstück zum Einsatz kommt (siehe Anlage). Geschmacksrichtungen von Banane, Birne über Apfel und Erdbeere und

mehr sind möglich. Besondere Bedeutung ist der individuell abzustimmen Konsistenz beizumessen.

Die im Haus selbst zubereiteten, energieangereicherten Getränke liefern eine ausgeglichene Balance an Eiweiß, Fett und Kohlenhydraten. Falls Defizite in der Vitamin- und Mineralstoffzufuhr erkennbar werden, können sich die Pflegefachkräfte mit den Symptomen an die uns begleitende externe Diätassistentin wenden. Sie überprüft die Vitamin- und Mineralstoffzufuhr, indem sie die Essprotokolle berechnet und gibt Hinweise für die Optimierung, die gegebenenfalls mit dem Arzt abgesprochen werden. Da im Seniorenzentrum Holle frühzeitig mit einer Sicherstellung der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr begonnen wird, sind Vitamin- und Mineralstoffmangelzustände eher die Ausnahme. Bei Getränken stehen ergänzend verschiedene Sorten Nektar oder Malzbier zur Verfügung. Gute Erfahrung machen wir auch mit Aromatees und Mixgetränken mit heißer Milch als Basis.

Ein absolutes Highlight für die Bewohner und die Pflegenden sind unsere „Schmankerl“. Hier werden kleine Portionen verschiedener Köstlichkeiten angeboten. Sehr beliebt ist z.B. unsere Rotweinsmousse oder unsere Desserts auf Quark-Sahne-Basis wie z.B. Mandarinen- oder Heidelbeerquark. Eis mit Likör und Sahne (kleinste Eisbecher-Variationen mit Fruchtmasse, Likör und verschiedenen Eissorten) werden ebenso genossen. Wir möchten über die zubereiteten „Schmankerl“ dazu beitragen, dass die Bewohner ein besonderes Geschmackserlebnis erfahren.

## **2.9. Nachhaltigkeit**

Durch regelmäßige Qualitätsfeedbacks und Schulungen unserer externen Diätassistentin wird die Versorgungsqualität kontinuierlich gesteigert. Die Mitarbeitenden der Küche sowie der Pflege haben in unterschiedlichen Projekt- und Arbeitsgruppen die Möglichkeit zum Austausch. Diese Prozesse sind Bestandteil unserer betrieblichen Qualitätssicherungsmaßnahmen - genauso wie eine umfangreiche bereichs- und hierarchieübergreifende Besprechungskultur. Ferner sichern wir die Qualität über Pflege-, Haus- und Facharztvisiten und durch die Berücksichtigung der täglichen Rückmeldung zur Essensqualität durch die Pflegenden, Bewohner oder Angehörigen.

## 2.10. Projektkosten

Die Kosten für die Umsetzung der zwischen 2006 bis 2010 umgesetzten Maßnahmen lassen sich nicht genau zwischen pflegesatzrelevanten und zusätzlichen Aufwendungen abgrenzen. Im Wesentlichen sind alle Leistungen über das zur Verfügung stehende Budget abgegolten worden. Die gezielten Fort- und Weiterbildungskosten für die Qualifizierung der Pflegenden und der Mitarbeitenden der Küche im Bereich Ernährung lagen im benannten Zeitraum bei ca. 15.000 € (Kosten für verschiedene Fachdozenten).

## 3. Zusammenfassung und Ergebnis

Die Schwierigkeiten bei der Sicherstellung einer oralen Nahrungsaufnahme bei Menschen mit Demenz in einem weit fortgeschrittenen Stadium sind sehr vielfältig. Folglich stehen keine einfachen Lösungsansätze, insbesondere bei Schluckstörungen, zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund möchten wir als Ergebnis einer beispielgebenden Pflege festhalten, dass uns die Sicherung der oralen Nahrungsaufnahme sowie einer angemessenen Ernährungssituation als ein Beitrag zum Erhalt von Wohlbefinden und Lebensqualität für die Bewohner im Seniorenzentrum Holle gelingt, weil

- alle Mitarbeitenden der beteiligten Arbeitsbereiche engmaschig zusammenarbeiten,
- fundierte fachliche Kenntnisse insbesondere hinsichtlich der Basalen Stimulation, des Bobath-Konzepts, der Validation und Ernährungsaspekten bestehen,
- die Mitarbeitenden der Küche bewohnerorientierte Arbeitszeiten für die Wohnküchen erbringen und die Qualität der Speisenversorgung optimiert haben,
- die Lebensumfeldgestaltung und die Haltung der Mitarbeitenden darauf ausgerichtet ist, krankheitsbedingte Kompetenzverluste der Bewohner zu kompensieren,
- eine gute haus- und fachärztliche Versorgung besteht,
- ausreichend Arbeitszeit über die konsequente Ausnutzung der Härtefallregelung zur Verfügung gestellt werden kann.

Dies führt bis heute dazu, dass bei unseren Bewohnern keine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) notwendig war.

Als Anlage ist eine aktuelle ärztliche Bescheinigung zu den dargestellten Ergebnissen unserer Arbeit beigelegt. Aus datenschutzrechtlichen Gründen sind die Bewohnerangaben anonymisiert. Zu jeder Zeit können fundierte Nachweise erbracht werden.

Bei der Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen wurde am 11.02.2010 die Gesamtnote 1,1 erzielt.

Die Vielzahl der dargestellten Maßnahmen stellt nur einen Teilausschnitt unseres Betreuungskonzeptes dar. Bei Bedarf kann jederzeit die dem Konzept sowie die dem Projekt zugrunde liegende **Literatur** beigelegt werden.

#### 4. Einverständniserklärung

Wir erklären uns hiermit einverstanden, dass der Wettbewerbsbeitrag im Falle einer Prämierung vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration veröffentlicht wird.

Holle, 26.10.2010



Peter Dürrmann  
Geschäftsführer

Anlagen

## **Anlagen für Bewerbung für die Teilnahme am Ideenwettbewerb Pflegepaket**

### **Künstliche Ernährung über eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) muss nicht sein**

Sicherung der oralen Nahrungsaufnahme als ein Beitrag zum Erhalt von Wohlbefinden und Lebensqualität bei Menschen mit einer weit fortgeschrittenen Demenz

1. Bescheinigung von Herrn Scherenberg (Allgemeinmediziner)
2. Bewohnerprofil
3. Bewohnerbezogenes Speisenprofil
4. Ernährungsplan
5. Rezept Sieben-Kornbrei mit Bananen
6. Rezept Trinknahrung mit Aprikosengeschmack
7. Rezept Schmankerl „Rotweinsteinmousse“
8. Rezept gefüllte Paprikaschoten
9. Rezept Kartoffelpüree
10. Rezept Tomatensoße

**Gemeinschaftspraxis  
Scherenberg / Dr. Fricke-Custodis  
Allgemeinärzte**

---



Marktstr. 15

**31188 Holle**

Tel. 05062-9090

22. Oktober 2010

Hiermit wird bestätigt, dass bei den nachstehend aufgeführten Bewohnern des Seniorenzentrum Holle eine fachärztlich diagnostizierte weit fortgeschrittene Demenz vorliegt.

Des Weiteren ist zu diagnostizieren, dass bei sämtlichen Personen eine schwere Aspirationsgefährdung sowie das Risiko der Malnutrition und Dehydratation besteht.

Gleichwohl wird Nahrung und Flüssigkeit grundsätzlich und mit Erfolg oral angeboten, ggf erfolgt eine nächtliche Flüssigkeitszufuhr durch subcutane 0,9%NACL Infusion.

Eine künstliche Ernährung mittels Magensonde ist bis heute in der Einrichtung nicht erfolgt und nicht notwendig gewesen. .

R.,G., geb. 25.02.1936

D., A., geb. 10.11.1931

G., U., geb. 26.05.1934

V., I., geb. 02.11.1926

L., I., geb. 13.03.1926

E., M., geb. 02.08.1920

O., M., geb. 03.12.1922

Sch., I., geb. 31.07.1941

P., H., geb. 09.02.1934

S., E., geb. 30.07.1921

H., L., geb. 09.11.1928

H., H., geb. 07.06.1915

P., W., geb. 04.08.1937

T., L.-L., geb. 18.06.1918

H., K.-H., geb. 15.08.1933

Robert Scherenberg

Facharzt für Allgemeinmedizin

## Bewohnerprofil

BewohnerIn:.....Geb.am:.....

Ernährung		
Datum	HZ.	Fähigkeiten/Ressourcen
		Sie/Er kann folgende Handlungsabläufe selbstständig und koordiniert durchführen: o Sitzplatz am Tisch einnehmen o Getränk einschenken o Essenswahl treffen o Essen selbstständig portionieren o mit Besteck und Geschirr umgehen beim + Frühstück + Mittagessen + Abend- brot + Zwischenmahlzeiten o kann mit den Fingern essen o kann in Gemeinschaft essen o lßt angebotene Speisen auf o trinkt angebotene Ge- tränke aus o Schluckfähigkeit vorhanden bei: + Flüssigkeiten + angedickten Getränken + weichen Speisen + festen Speisen + faserigen Speisen o Kauffähigkeit vorhanden bei + weichen Speisen + festen Speisen + faserigen Speisen o Aussortieren/Ausspucken von Weintraubenkernen, Kirschkernen, Fischgräten etc. o Fisch filetieren o kann Mahlzeiten zu sich nehmen o kann Mahlzeiten mundgerecht zubereiten beim + Frühstück + Mittagessen + Abendbrot + Zwischenmahlzeiten o akzeptiert Pflege o akzeptiert Pflege teilweise o akzeptiert anders- geschlechtliche MitarbeiterInnen zur Pflege o Maßnahmen können ausgehandelt werden o akzeptiert Notwendigkeit der Hilfe und Begleitung o kann bei Unterbrechungen an Tätigkeiten und Handlungen anknüpfen o konstantes Gewicht o BMI > 24 o o o o o
Datum	HZ.	Einschränkungen/Risikobereiche
		o paranoider Wahn o M.Parkinson o cerebrale Durchblutungsstörungen o Asthma/chron.Bronchitis o chron.Schmerzen o Depression o Colitis ulcerosa o Morbus Chron o weitere/andere chronische Darmerkrankung:  Sie /Er o findet den Weg zum Tisch nicht (manchmal) o Mahlzeiten werden unterbrochen (manchmal) o Weglauftendenz (manchmal) o lßt und trinkt im Gehen (manchmal) o kann Getränk nicht einschenken (manchmal) o Mahlzeiten können nicht selbst portioniert werden (manchmal) o Mahlzeiten können nicht selbst aufgenommen werden (manchmal) o versteht Essensituation nicht (manchmal) o kann Speisen nicht als solche erkennen (manchmal) o kein Hungergefühl (manchmal) o Veränderung des Geschmacksinnes (manchmal) o Störung des Geruchssinnes (manchmal) o erhöhter Energieverbrauch (manchmal) o Angst vor Besteck (manchmal) o Schluckstörung (manchmal) o Mahlzeiten werden nicht von sich aus begonnen (manchmal) o braucht besondere Essensituation (manchmal) o vergisst zu essen (manchmal) o vergisst zu trinken (manchmal) o Eingeschränkte Schluckfähigkeit bei + weichen Speisen + festen Speisen + faserigen Speisen + Flüssigkeiten o Eingeschränkte Kauffähigkeit bei + weichen Speisen + festen Speisen + faserigen Speisen o lßt nur kleine Portionen (manchmal) o macht den Mund nicht auf beim Essenreichen (manchmal) o beißt auf das Besteck (manchmal) o vergisst zu schlucken (manchmal) o vergisst zu kauen (manchmal) o schlingt das Essen (manchmal) o versteckt das Essen (manchmal) o Appetitlosigkeit (manchmal) o Mangelndes Durstgefühl (manchmal) o Trinkt nur schluckweise (manchmal) o lßt und trinkt nur mit Hilfsmitteln (manchmal) o Erhöhter Zeitaufwand bei Nahrungsaufnahme bei den Haupt- mahlzeiten (> 20 Minuten) (manchmal) o Erhöhter Zeitaufwand beim Trinken (> 5 Minuten/200 ml) (manchmal) o Schwierigkeiten in der Koordination der Handlungsabläufe beim Essen und Trinken (manchmal) o läßt Pflege nicht zu (manchmal) o unterbricht Tätigkeiten und Handlungen (manchmal)

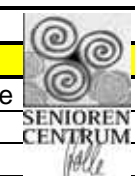


**Bewohnerprofil**

**BewohnerIn:**.....**Geb.am:**.....

**Ernährung**

Datum	HZ.	Einschränkungen/Risikobereiche
		o kann nicht an Tätigkeiten und Handlungen anknüpfen (manchmal) o Übergewicht o Untergewicht o Aspiration o Exsikkose o Lebensmittelallergie o allgemeine Schwäche o Apathie
		o blasse, schuppige,lädierte Haut o wunde Stellen am Mund o Hämatome o Ödeme o trockene Zunge o längliche Zungenfurchen o trockene Mundschleimhäute o trockene Achselhöhlen o Schwäche der Oberkörpermuskulatur o Verwirrtheit o Sprachstörungen o eingefallene Augen
		niedriger Blutdruck o erhöhte Pulsfrequenz o geringe Mengen Urin und stark konzentrierter Urin o Gewichtsverlust von 1-2 % in 1 Woche o Gewichtsverlust von 5% in 1 Monat o Gewichtsverlust von 7,5% in 3 Monaten o Gewichtsverlust von 10% in 6 Monaten o BMI 19-24 o BMI < 24
		o Vitaminmangel o Ißt angebotene Speisen (oft) nicht auf o Trinkt angebotene Getränke (oft) nicht aus o schlechter Zahnstaus o schlecht angepaßte Zahnprothese o Nahrung kann über einen längeren Zeitraum nicht mehr selbstständig aufgenommen werden



**Datum HZ. Aversive Feeding Behaviour Inventory /Gestörtes Eßverhalten beim Demenzkranken**

		o Wendet den Kopf zur Seite o Hält die Hände abwehrend vor den Mund o Schiebt den Löffel weg o Schlägt nach der Pflegekraft o Wirft mit dem Essen o Muss verbal zum Essen gedrängt werden o Ißt mit den Fingern statt mit Besteck o Unfähig, mit Besteck zu essen o Spielt mit dem Essen herum, ohne zu essen o Spielt ständig, statt zu essen o Versucht, nicht Essbares zu essen o Läuft während des Essens vom Tisch weg o Beachtet die Nahrung nicht o Verlangt nach besonderem Essen oder lehnt die Nahrung ab o Verlangt nach besonderem Essen, probiert es, beklagt sich und ißt nicht weiter o lehnt mehrere verschiedene Nahrungsmittel ab o Ißt geringe Mengen und lehnt weitere Nahrung ab o bevorzugt flüssige Nahrung (> 50% der Nahrungsaufnahme) o akzeptiert nur flüssige Nahrung o öffnet den Mund nur bei direktem physischen Kontakt mit dem Löffel o presst die Lippen zusammen o hält den Mund fest verschlossen und beißt die Zähne zusammen o ständige Zungen - und Lippenbewegungen verhindern die Nahrungsauf- nahme o nimmt die Nahrung in den Mund und stößt sie wieder aus o nimmt Nahrung auf, aber schluckt sie nicht o nimmt Nahrung auf, aber schließt nicht den Mund, Nahrung fließt aus dem Mund o hustet oder würgt bei der Nahrungsaufnahme o gurgelnde Stimme o zeigt wenigstens ein Merkmal gestörten Verhaltens beim Essen, ißt aber selbst o Nahrung muß gelegentlich angereicht werden (bei ein oder mehreren Mahlzeiten) o Er/Sie ißt nur, wenn Nahrung angereicht wird
--	--	---

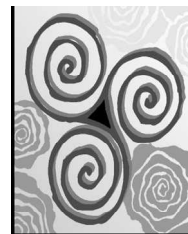
**Ziel (bei Erstellung)**


**Ziel ( bei 1. Überarbeitung)**


**Ziel (bei 2. Überarbeitung)**




## Bewohnerbezogenes Speisenprofil



SENIOREN  
CENTRUM

*Handwritten signature*

<b>Name:</b>		<b>Wohnbereich:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Erstellt am:</b>		<b>Erstellt durch:</b>			
Isst selbstständig <input type="checkbox"/>	Essen wird angereicht <input type="checkbox"/>	Passierte Kost <input type="checkbox"/>			
Fingerfood <input type="checkbox"/>	ThicknEasy <input type="checkbox"/>	Aspirationsgefahr <input type="checkbox"/>			
Besteck:					
Geschirrauswahl:					
Mag Fleisch <input type="checkbox"/>	Mag Fisch <input type="checkbox"/>	Vegetarier <input type="checkbox"/>	Veganer <input type="checkbox"/>		
kein Alkohol <input type="checkbox"/>	Lactose-Intoleranz <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	andere Unverträglichkeiten:				
<input type="checkbox"/>					
Diabetiker <input type="checkbox"/>	BE:				
Reduktionskost <input type="checkbox"/>	aktuelles Gewicht:				
Vollkost <input type="checkbox"/>					
leichte Vollkost <input type="checkbox"/>					
Besonderheiten:					
Wird eine energiedefinierte Diät (Diabetes oder Gewichtsreduktion) benötigt, wird ein Diätplan erstellt!					
Diätplan wurde erstellt am:					
Diätplan wurde erstellt von:					
Hochkalorisch <input type="checkbox"/>	BMI < 20 : _____				
Ergänzungskost:	Maltocal <input type="checkbox"/>	Rezeptiert <input type="checkbox"/>	Privat <input type="checkbox"/>		
	Protein 88 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Energydrink <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Fresubin <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wenn der BMI < 20 ist, wird ein Ernährungsplan erstellt!					
Ernährungsplan erstellt am:					
Ernährungsplan erstellt von:					

<b>Abneigungen:</b>						Klar benennen !
_____						
_____						
_____						
<b>Nur Positives ! Besonderheiten / Vorlieben / Abwechslung</b>						
Frühstück						
Mittag						
Kaffee						
Abendessen						
Übers Jahr						
<b>Frühjahr</b>	Lamm	<input type="checkbox"/>		<b>Herbst</b>	Kürbis	<input type="checkbox"/>
	Kaninchen	<input type="checkbox"/>			Zwiebelkuchen	<input type="checkbox"/>
	Maibowle	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	Spargel	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
<b>Sommer</b>	Bratwurst	<input type="checkbox"/>		<b>Winter</b>	Grünkohl	<input type="checkbox"/>
	Steak	<input type="checkbox"/>			Gans	<input type="checkbox"/>
	Frikadelle	<input type="checkbox"/>			Entenbrust	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>			Putenbrust	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>			Bratapfel	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>			Glühwein	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>			Kalb	<input type="checkbox"/>
<b>1. Überarbeitung am:</b> <b>2. Überarbeitung am:</b> <b>3. Überarbeitung am:</b>						

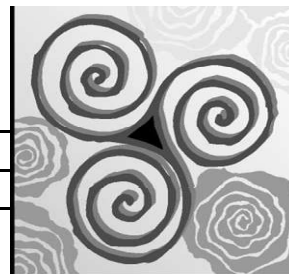
|

# Ernährungsplan

Erstellt am:

Erstellt von:

PDL:



Name:

BMI:

**SENIOREN  
CENTRUM**

*Holle*

Wohnbereich:

**Frühstück:**

Getränk:

**Zwischenmahlzeit:**

Getränk:

**Mittagessen:**

Getränk:

**Nachmittags "Kaffee":**

Getränk:

**Zwischenmahlzeit:**

Getränk:

**Abendessen:**

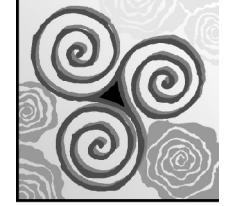
Getränk:

**Spätmahlzeit:**

Getränk:

Kopie an Küche weitergeleitet am:

## Sieben-Kornbrei mit Bananen



**SENIOREN  
CENTRUM**

*Holle*

Lebensmittel	Menge	Kcal	KJ	Wasser i.g	Eiweiß i. g	Fett i. g	KH i. g
Kuhmilch Trinkmilch vollfett	150,00	96,00	403,50	131,23	4,95	5,25	7,14
Sieben-Korn-Brei von Nestle	20,00	74,20	311,20	-	1,76	0,24	16,24
Schlagsahne 30 % Fett	50,00	144,00	603,50	31,90	1,25	15,00	1,60
Banane	50,00	47,50	199,00	36,90	0,58	0,10	10,70
Zitrone Fruchtsaft	10,00	10,00	42,00	9,00	0,05	0,05	1,50
Jodsatz mit Fluorid und Folsäure	0,50	-	-	-	-	-	-
Malto dextrin	25,00	101,25	424,25	0,03	-	-	24,95
Zucker weiß	15,00	60,75	254,55	0,02	-	-	14,97
Protein 88	5,00	18,00	76,70		4,40	0,10	0,10
<b>Gesamt:</b>	<b>325,50</b>	<b>551,70</b>	<b>2.314,70</b>	<b>209,08</b>	<b>12,99</b>	<b>20,74</b>	<b>77,20</b>
100 g	100	169,48	925,88	83,63	5,19	8,29	30,88
<b>1 Portion</b>	<b>250</b>	<b>423,7</b>	<b>1777,8</b>	<b>160,6</b>	<b>10,0</b>	<b>15,9</b>	<b>59,3</b>

### Zubereitung:

*150 ml Vollmilch (3,5 % Fett), 50 ml Sahne (30 % Fett) werden mit 20 g Sieben- Kornbrei aufgekocht.*

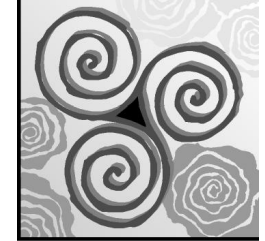
*Während der Brei abkühlt, quillt das Getreide, und der Brei wird fester.*

*50 g Banane, Zucker, Salz, Malto dextrin und Protein werden den Brei zugefügt .*

*Mit dem Stabmixer werden die Zutaten püriert und danach durch ein Passiersieb mit Doppelnetz gestrichen.*

## Trinknahrung mit Aprikosen 6 Portionen

Lebensmittel	Menge	Kcal	Wasser			
			i.g	Eiweiß i. g	Fett i. g	KH i. g
Kuhmilch Trinkmilch vollfett	1000,00	642,00	875,00	33,00	35,00	47,0
Rapsöl	50,00	437,00	0,49	0	49,5	-
Schlagsahne 30 % Fett	150,00	432,00	95,79	3,75	45,00	4,80
Aprikosen	250,00	106,00	216,00	2,25	0,10	21,00
Jodsalz mit Fluorid und Folsäure	0,50	-	-	-	-	-
Malto dextrin	125,00	516,25	0,03	-	-	24,95
Zucker weiß	100,00	405	0,12	-	-	14,97
Protein 88	25,00	90,00		22	0,25	0,10
Gesamt	1700,5	2628,25	1187,34	61	129,85	112,82
100 g	100	160,00	83,63	5,19	8,29	30,88
1 Portion	283,00	460,00	160,6	10,0	15,9	59,3



**SENIOREN  
CENTRUM**

*Holle*

### Zubereitung:

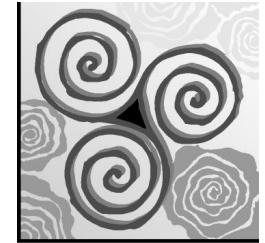
*1000 ml Vollmilch (3,5 % Fett), 150 ml Sahne (30 % Fett) werden mit 50 g Rapsöl vermischt.*

*250 g Aprikosen , Zucker, Salz Malto dextrin und Protein werden der Masse zugefügt .*

*Mit dem Stabmixer werden die Zutaten püriert und danach durch ein Passiersieb mit Doppelnetz gestrichen.*

## Rotweinmousse

Lebensmittel	Menge	Kcal	Wasser i.g	Eiweiß i. g	Fett i. g	KH i. g
Rotwein	62,5	41,4	55,6	0,125	-	1,5
Eiweiß	4,7	2,33	4,1	0,522	0,094	0,32
Zitronenschale	0,1	-	-	-	-	-
Jodsatz mit Fluorid und Folsäure	0,5	-	-	-	-	-
Gelatine	1,2	4,11	0,118	1,01	-	-
Zucker	15,6	63,2	0,187	-	-	15,6
Sahne	31,2	89,9	19,9	0,78	9,36	0,998
Minze	-	-	-	-	--	-
Weißer Schokolade	31,2	169	0,17	1,58	9,4	19,5
<b>Gesamt:</b>	<b>147</b>	<b>370</b>	<b>80,07</b>	<b>4,02</b>	<b>18,8</b>	<b>37,918</b>
<b>100 g</b>	<b>100</b>	<b>253</b>	<b>54,6</b>	<b>2,75</b>	<b>12,8</b>	<b>25,7</b>



**SENIOREN  
CENTRUM**

*Halle*

### Zubereitung:

Die weiße Schokolade zerkleinern und in einem Wasserbad schmelzen.

Rotwein mit Zucker, Zimt, Zitronensaft verrühren.

Gelatine in kaltem Wasser einweichen, bei milder Hitze auflösen, unter den gewürzten Rotwein rühren und zum Gelieren ca. 30 Min. in den Kühlschrank stellen.

Eiweiß steif schlagen, Sahne ebenfalls steif schlagen.

Sobald die Rotweinmasse zu gelieren beginnt, die weiße Schokolade kräftig unterrühren, danach die Sahne unterheben und anschließend den Eischnee hinzufügen.

## Gefüllte Paprikaschoten



**SENIOREN  
CENTRUM**

*Halle*

Lebensmittel	Menge	Kcal	Wasser i.g	Eiweiß i. g	Fett i. g	KH i. g
Paprikaschoten frisch	150,00	25,00	115,0	-	0,378	3,67
Rind/Schwein Hackfleisch	125,00	276,0	79,5	23,6	20,3	0,343
Zwiebeln frisch	75,00	19,2	62,8	0,863	0,173	3,39
Senf mild	3,00	47,50	36,90	0,58	0,10	10,70
Kreuzkümmel	0,30	10,00	9,00	0,05	0,05	1,50
Jodsalz mit Fluorid und Folsäure	2,0	-	-	-	-	-
Majoran frisch	1,30	101,25	0,03	-	-	-
Paprika edelsüß	0,5	-	-	-	-	-
Trinkwasser	50,00	-	50,00	-	-	-
Rapsöl	3,0	26,20	0,29	-	-	-
Hühnerei	15,00	20,3	9,78	1,7	1,48	0,92
Brötchen	11,3	28	4,05	0,839	0,115	5,72
<b>Gesamt:</b>	<b>434,3</b>	<b>401,00</b>	<b>74,7</b>	<b>28,8</b>	<b>25,7</b>	<b>13,,0</b>
<b>100 g</b>	<b>100</b>	<b>92,4</b>	<b>17,2</b>	<b>6,64</b>	<b>5,91</b>	<b>3,16</b>

### Zubereitung:

Zwiebeln putzen und fein hacken. Das Brötchen in grobe Stücke reißen und im heißen Wasser einweichen.  
 Das Hackfleisch , die gehackte Zwiebel und das Ei zugeben. Mit Salz, Paprika, Majoran und Kreuzkümmel würzen.  
 Alles vermischen, probieren .  
 Paprika säubern und aushöhlen. Die Hackmasse in die Paprika füllen mit einer Scheibe Tomate die Paprika verschließen,  
 damit die aufquellende Füllung nicht ausläuft.  
 Die Paprika aufrecht in einen Topf stellen, Wasser zugeben, bis die Paprika 1/3 bedeckt ist.  
 Etwa 30 min kochen.



## Kartoffelpüree

Lebensmittel	Menge	Kcal	Wasser i.g	Eiweiß i. g	Fett i. g	KH i. g
Kartoffeln	75,00	53,4	59,4	1,53	0,82	11,1
Butter	37,5	278	5,75	0,251	31,2	0,225
Sahne	18,75	53,9	11,9	0,468	5,61	0,598
Muskatnuss	0,1	-	-	-	-	-
Jodsalz mit Fluorid und Folsäure	0,5	-	-	-	-	-
Apfel	15,0	21,2	4,41	0,12	0,418	0,818
Zucker	2,5	10,1	-	-	-	2,5
<b>Gesamt:</b>	<b>141</b>	<b>416</b>	<b>81,46</b>	<b>2,37</b>	<b>38,04</b>	<b>15,24</b>
<b>100 g</b>	<b>100</b>	<b>286</b>	<b>59</b>	<b>1,61</b>	<b>27,1</b>	<b>10,8</b>



### Zubereitung:

Die Kartoffeln in Salzwasser kochen, danach abgießen.

Die Kartoffeln mit einer Kartoffelpresse gründlich durchpressen, so daß keine Stücke mehr übrig bleiben. Die Butter in Flocken unterheben, die Sahne dazu geben und das Ganze mit einem Holzlöffel cremig verrühren.

Um das Püree zu verfeinern werden noch pürierte gedünstete Apfelspalten hinzugefügt.

Die Masse wird durch ein Passiersieb gestrichen, nochmal probieren.

## Tomatensauce

Lebensmittel	Menge	Kcal	Wasser i.g	Eiweiß i. g	Fett i. g	KH i. g
Tomaten frisch	125,00	20,6	112,0	1,13	0,25	3,09
Zwiebeln frisch	25,00	6,39	20,9	0,288	0,57	1,13
Olivenöl	10,00	88,1	0,5	-	9,96	0,20
Gemüsebrühe	50,00	19,3	96,3	0,223	1,83	0,513
Dinkel Vollkornmehl	15,00	50,5	1,48	2,00	0,383	9,6
Jodsalz mit Fluorid und Folsäure	2,0	-	-	-	-	-
Basilikum	0,5	-	0,03	-	-	-
Oregano	0,5	-	0,03	-	-	-
Pfeffer weiß	0,1	-	-	-	-	-
Zucker	15,0	60,8	0,18	-	-	15,0
Sahne	50	144	31,9	1,25	15	1,6
<b>Gesamt:</b>	<b>291,6</b>	<b>389,0</b>	<b>215</b>	<b>4,89</b>	<b>27,99</b>	<b>31,0</b>
<b>100 g</b>	<b>100</b>	<b>134,0</b>	<b>73,7</b>	<b>1,67</b>	<b>9,12</b>	<b>10,6</b>



**SENIOREN  
CENTRUM**

*Holle*

### Zubereitung:

*Die Tomaten kreuz und quer einschneiden und kurz ins kochende Wasser tauchen.*

*In kaltem Wasser abschrecken, Fruchtansatz wegschneiden entkernen und grob würfeln.*

*Das Olivenöl wird in eine Kasserolle erhitzt.*

*Die Zwiebeln werden fein gehackt und mit dem Olivenöl erhitzt bis sie glasig sind.*

*Tomaten dazugeben und einige Minuten einkochen.*

*Das gesiebte Mehl hinzufügen und die Mischung gut verrühren, danach weiter schwitzen lassen.*

*Mit Brühe aufgießen. Die Gewürze werden hinzugegeben und alles wird abgeschmeckt.*

*Mit Sahne verfeinern.*

*Die Sauce mit dem Stabmixer pürieren und danach durch ein Passiersieb mit Doppelnetz streichen.*