

2

Lebensmittel und gesunde Ernährung

Ein Lebensmittel ist ein Mittel zum Leben. Es gilt, den vitalen Wert eines solchen zu erkennen und zu erhalten. Mit der Lebensmittelauswahl kann die Gesundheit beeinflusst werden.

2.1 Einteilung der Lebensmittel

Aus rechtlicher Sicht (Verordnung [EG] Nr. 178/2002) sind Lebensmittel alle Stoffe oder Erzeugnisse, die in verarbeitetem, teilweise verarbeitetem oder unverarbeitetem Zustand von Menschen aufgenommen werden. Sie beinhalten auch **Trinkwasser** und werden in Nahrungs- und Genussmittel untergeteilt.

Nahrungsmittel werden wegen ihrer Nährstoffe verzehrt. Außerdem liefern sie Energie und dienen der Sättigung.

Genussmittel lösen bei Menschen positive Sinnesempfindungen aus, fördern kurzfristig das Wohlbefinden, aber der Mensch ist nicht auf sie angewiesen.



Abb. 2.1: Lebensmittel: Trinkwasser, Nahrungsmittel Brot, Genussmittel Schokolade

Es ist schwierig, Nahrungs- und Genussmittel voneinander abzugrenzen, weil viele Genussmittel auch Nährstoffe enthalten und auch Nahrungsmittel positive Sinnesempfindungen auslösen können, also dem Genuss dienen.

Wenn die **Quantität** (Menge) bestimmter Inhaltsstoffe als Unterscheidungsmerkmal dient, wird in kohlenhydrat-, eiweiß- und fettreiche sowie vitamin- und mineralstoffreiche Lebensmittel eingeteilt.

Nicht berücksichtigt bleibt dabei die **Qualität** der Lebensmittel. Aus gesundheitlicher Sicht sind z. B. kohlenhydratreiche Lebensmittel mit hohem Anteil an Ein- und Zweifachzucker, z. B. Zucker, Weissmehl, eher negativ zu bewerten. Lebensmittel mit einem hohen Anteil an Vielfachzuckern und Ballaststoffen, z. B. Kichererbsen, wirken sich positiv auf die Gesundheit aus.

Nach dem **Verarbeitungszustand** teilt der Gesetzgeber in verarbeitete, teilweise verarbeitete oder unverarbeitete Lebensmittel ein. Bei Verarbeitungsprozessen werden die Inhaltsstoffe der Lebensmittel in ihrer Funktion und Menge verändert, wodurch der Gesundheitswert beeinflusst wird.

Merke

Oft wird auch aus emotionalen Gründen gegessen. Um Langeweile, Einsamkeit, Frust, Stress nicht so sehr zu spüren, greifen viele Menschen zu Nahrungsmitteln, häufig Süßigkeiten. Dies birgt die Gefahr, übergewichtig zu werden.

Gewürzspeisesalz: Speisesalze mit Kräutern oder Gewürzen vermischt; z. B. Kräutersalz; der Kochsalzanteil beträgt mind. 40 %, Anteil an Gewürzen mindestens 15 %

Essig wird zur Herstellung von Dressings, Fleischgerichten und Gerichten aus Hülsenfrüchten verwendet.

Essigbakterien wandeln Alkohol in Essigsäure um, z. B. Weinessig.

Übliche Handelssorten unterscheiden sich in ihren Anteilen an Essigsäure und Wein: Branntweinessig, Weinessig, Weinbranntweinessig, Kräuter- oder Gewürzessige und Obstessige.

Essigessenz ist eine mit Wasser verdünnte Essigsäure.

3.8.2 Gewürze

Gewürze sind getrocknete Pflanzenteile:

- **Samen:** Muskatnuss, Senf
- **Früchte:** Anis, Kardamom, Koriander, Kümmel, Paprika, Pfeffer, Piment, Vanille, Wacholder
- **Blüten:** Gewürznelken, Kapern
- **Blätter:** Lorbeer

- **Wurzel:** Ingwer
- **Rinde:** Zimt

Sie enthalten ätherische Öle, scharf riechende Gerb- und Duftstoffe, die den Speisen ein bestimmtes Aroma verleihen.

In **Gewürzmischungen** werden verschiedene Gewürze vermischt.

Curry: verschiedene Mischungen, meist aus 12–20 tropischen Gewürzen: Kardamom, Koriander, Kümmel, Muskat, Nelken, Paprika, Pfeffer, Piment, Zimt

Lebkuchengewürz: aus Anis, Muskat, Koriander, Kardamom, Nelken, Piment, Zimt

3.8.3 Küchenkräuter, Würzextrakte

Küchenkräuter werden frisch, tiefgefroren oder getrocknet verwendet. Frisch geerntet sind sie am aromatischsten und enthalten am meisten Vitamine und Mineralstoffe.

Sie werden für Salate, Soßen, Suppen, Fleisch und Fischgerichte verwendet.

Würzextrakte werden aus Fleisch, Gemüse, Pilzen, Würzkräutern und Hefe hergestellt und flüssig, gekörnt, als Instantpulver (instant = sofort), Würfel oder Paste angeboten.



Abb. 3.32: Bekannte Gewürze, Gewürzmischungen und Kräuter

4.1 Vom Lebensmittel zum Nährstoff: Verdauung

Verdauungs- und Stoffwechselforgänge zerlegen die verzehrten Lebensmittel in einzelne Nährstoffbausteine und wandeln diese in für den Körper verwertbare Stoffe um. Die Verdauung findet dabei im Gastro-Intestinal- oder Magen-Darm-Trakt statt, der mit dem Mund beginnt und mit dem After endet.

Im Mund wird die Nahrung durch die Zähne mechanisch zerkleinert. Das Kauen vermischt die Speisen mit Speichel, den die Speicheldrüsen produzieren. Er macht den Bissen schluckbar und enthält bereits das erste Verdauungsenzym: Die Amylase baut einen Teil der Stärke in Dextrine und Malzucker ab. Schluckbewegungen transportieren den Speisebrei durch die Speiseröhre in den Magen.

Die muskulösen Wände des Magens durchmischen den Speisebrei mit dem Magensaft. Er enthält Salzsäure, die Mikroorganismen abtötet und Eiweiß denaturiert (gerinnen lässt). So kann das Eiweiß spaltende Enzym Pepsin des Magens mit der Arbeit beginnen. Die meisten festen Nahrungsbestandteile verweilen durchschnittlich drei bis vier Stunden im Magen und gelangen dann in kleinen Schlucken durch den Pförtner in den ersten Teil des Dünndarms.

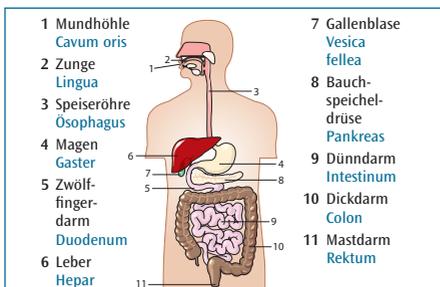


Abb. 4.2: Verdauung im Magen-Darm-Trakt

Definition

Enzyme sind Werkzeuge des Stoffwechsels, die biochemische Reaktionen im Körper bewirken. Als Verdauungsenzyme spalten sie z. B. die Hauptnährstoffe in ihre Einzelbausteine. Sie bestehen aus Eiweiß, sind also hitze- und säureempfindlich. Ihr Name endet meist auf -ase.

In den Zwölffingerdarm münden die Ausführungsgänge für Gallensaft und Bauchspeichel. Damit ihre Enzyme wirken können, neutralisiert der Bauchspeichel die Magensäure. Die in der Leber gebildete Galle emulgiert die Nahrungsfette in kleine Tröpfchen, sodass die Lipase des Bauchspeichels sie angreifen und spalten kann. Weiterhin enthält der Bauchspeichel Amylase zum Kohlenhydratabbau und weitere Peptidasen, die Eiweiß zerkleinern. Die Dünndarmwand bildet Disaccharidasen und Exopeptidasen, die den Nährstoffabbau bis zu den kleinsten Bausteinen abschließen:

- Kohlenhydrate zu Einfachzuckern
- Fette in Monoglyceride und Fettsäuren
- Eiweiß in Aminosäuren

Definition

Verdauung bezeichnet die Aufspaltung der Nährstoffe in ihre Einzelbausteine und deren Aufnahme ins Blut. Dieser Transport der gelösten Nährstoffe durch die Dünndarmwand ins Blut oder in die Lymphe heißt **Resorption**.

Zellen und Gewebe nehmen diese Bausteine auf und wandeln sie im **Zellstoffwechsel** zu körpereigenen Stoffen um oder verbrennen sie zu Energie. Der Dickdarm entzieht dem Speisebrei Wasser und Mineralstoffe. Die Darmflora baut Ballaststoffe zum Teil ab und trägt zur Vitaminversorgung bei.

- Geschirr und Besteck, welches mit dem Tauwasser in Berührung kommt, sofort heiß reinigen.
- Keine Holzbretter verwenden, in deren Ritzen setzen sich leicht Erreger fest (s. S. 95).

7.4.5 Vergiftungen mit Campylobacter

Keime der Gattung **Campylobacter** verursachen die häufigsten bakteriell bedingten Magen-Darm-Erkrankungen. Sie sind wärmeliebend, treten besonders in den Sommermonaten auf und gelangen über ungenügend erhitztes Geflügelfleisch, rohes Hackfleisch und über den Konsum von Rohmilch zum menschlichen Magen. Auch durch den Kontakt mit Geräten und Arbeitsflächen breiten sich die Keime aus. Vor einem Durchfall kann es zu Kopf- und Muskelschmerzen kommen.

Merke

- Zur Verhütung von Campylobacter-Infektionen ist wichtig:
- Geflügelfleisch immer gut durchgaren
 - Rohmilch vor dem Verzehr abkochen
 - konsequente Hygiene in der Küche

7.4.6 Infektionen mit Noroviren

Noroviren gelten als die wichtigsten Erreger von Magen-Darm-Infektionen. Sie werden durch den direkten Kontakt mit erkrankten Personen oder indirekt über verschmutzte Flächen, Türklinken usw. übertragen. Da der Norovirus sehr stabil ist, kann er – einmal ausgeschieden – für mehrere Tage an Oberflächen und Gegenständen haften bleiben. Auch eine Übertragung durch Lebensmittel ist möglich, Kochen zerstört jedoch diese Keime. In Altenheimen, Krankenhäusern,

aber auch auf Kreuzfahrtschiffen breiten sich Noroviren schnell aus.

Merke

Hygiene ist das oberste Gebot bei der Vermeidung einer Norovirus-Infektion. Sind Noroviren im Pflegeheim oder auf Station vorhanden, Buffets aller Art vermeiden, bis der letzte Kunde mindestens drei Tage keine Beschwerden mehr hat.

7.5 Vermeidung von Verderb

Merke

Besonders leicht verderbliche Lebensmittel sind Fleisch und Fleischprodukte, Fisch und Meeresfrüchte sowie deren Erzeugnisse, Milch und Milchprodukte, rohe Eier, frisches Obst und Gemüse und Speisereste.

Der Verderb kann vermieden werden, wenn Lebensmittel dunkel, trocken, sachgerecht verpackt und bei angemessener Temperatur gelagert werden.

- Lichteinstrahlung vermeiden, z. B. durch lichtundurchlässige Verpackung oder Aufbewahren in einem dunklen Gefäß oder Raum
- Sauerstoffkontakt vermeiden, z. B. durch Vakuumverpackung
- Feuchtigkeit vermeiden, z. B. durch entsprechende Verpackung
- Hitzeeinwirkung vermeiden, z. B. durch Kühlen von Lebensmitteln
- Wachstum von Mikroorganismen vermeiden, z. B. durch Pasteurisieren, Ultrahocherhitzen oder Tiefkühlen von Lebensmitteln, durch Zusatz von chemischen Konservierungsmitteln oder durch Bestrahlung
- Mindesthaltbarkeits-/Verbrauchsdatum beachten

8.3 Produkthygiene

Bereits beim Wareneingang und Einkauf sind Lebensmittel zu überprüfen auf:

- einwandfreien Geruch und Geschmack,
- intakte Verpackung,
- richtige Temperatur (besonders bei Tiefkühl- und Kühlprodukten),
- Einhaltung der Haltbarkeitsdaten,
- frisches Aussehen.

Schmutz, der Rohstoffen wie Gemüse, Salat usw. anhaftet, ist unter fließendem Wasser zu entfernen.

Bei der Lagerung auf die Temperatur, Luftfeuchtigkeit, Lagerdauer und die Trennung von verarbeiteten Lebensmitteln achten.

Merke

Auch gegarte Lebensmittel benötigen noch eine Kontrolle. Salmonellen (s. S. 90) können sich im Inneren von Geflügelfleisch verstecken. Besonders dickere Fleischstücke sollten vor der Ausgabe angeschnitten werden: Das Fleisch darf innen nicht mehr rosig sein!

Hühnereier sind von außen oft mit Salmonellen verunreinigt (kontaminiert). Dies stellt für alle Lebensmittel verarbeitenden Betriebe wie auch Haushalte eine deutliche Gesundheitsgefahr dar, wenn nicht sorgsam mit dem Lebensmittel gearbeitet wird. Lose im Kühlschrank, z. B. zwischen Aufschnitt und Käse gelagert, oder eine mangelhafte Verarbeitung, z. B. beim Aufschlagen, führen dazu, dass Eierspeisen zu einer Gefahrenquelle werden.



Abb. 8.5: Zum Abschmecken und Probieren immer einen zweiten Probierlöffel verwenden.

Fertig gegarte Speisen möglichst nicht lange warm halten. Einem schnellen Abkühlen sollte ein späteres Wiederaufwärmen bei Bedarf folgen. Der Risikobereich für die Vermehrung von Mikroorganismen liegt zwischen 20 und 40 °C.

Werden Lebensmittel verzehrfertig angeboten, ist der direkte Handkontakt zu vermeiden. Hier kommen Einmalhandschuhe oder Arbeitsgeräte wie Gebäckzangen zur Anwendung.

Essensreste, Krümel und Staub bieten eine gute Voraussetzung zum Ansiedeln und zur Vermehrung von Mikroorganismen. Ihre Entfernung durch gründliche Reinigung verhindert die Gefahr von Verunreinigungen und Verderb erheblich.

Merke

Gegarte oder gereinigte Lebensmittel dürfen nicht zusammen mit ungewaschenen Lebensmitteln gelagert werden, um eine Übertragung von Keimen zu vermeiden.

- **Gesundheitsförderung:** Die sorgsame Auswahl und richtige Zubereitung von gesunden Lebensmitteln fördert die Gesundheit. Im Alter wird dies zunehmend wichtig.

Gerade bei alten Menschen ist das Essen häufig das Einzige, was sie noch als genussvoll erleben. Darum raten manche Ernährungsexperten, darauf zu achten, wie der alte Mensch isst und genießt, anstatt nur zu kontrollieren, was er isst.

„Es geht darum, beim Essen nicht sein Gehirn einzuschalten, um Ge- und Verbote oder Kalorien-Kolonnen abzurufen, sondern seinen Sinnen freien Lauf zu lassen“ (Burger 2009: 149).

Merke

Von Bedeutung ist bei der Entscheidung für eine Ernährungsform, dass diese Ernährung schmeckt und gut bekömmlich ist. **Genuss** ist wichtig, denn wer ständig das Gefühl hat, auf irgendetwas verzichten zu müssen, wird diese Ernährungsform nur schlecht durchhalten können!



Abb. 10.1: Essen mit allen Sinnen genießen fördert die Lebensqualität

10.1 Alter und Gesundheit

10.1.1 Alter

Definition

Lebensalter:

- 61–75 Jahre: ältere Menschen
- 76–90 Jahre: alte Menschen oder Hochbetagte
- 91 Jahre und älter: sehr alte Menschen oder Höchstbetagte

(WHO Weltgesundheitsorganisation)

Sehr häufig findet sich in der Literatur noch der Begriff „Langlebige“ für Menschen, welche über 100 Jahre alt sind.

Wann wer als **alt**, **sehr alt** oder **betagt/hochbetagt** definiert wird, ist sehr unterschiedlich und auch abhängig von der individuellen Persönlichkeit. Es gibt 65-Jährige, die schon pflegebedürftig sind, es gibt aber auch über 90-Jährige, die noch täglich joggen gehen. Daher wird neben den **Altersgruppen nach Lebensjahren** (siehe Definition) auch unterteilt in:

- unabhängig lebende Senioren, häufig auch bezeichnet als „**go goes**“
- hilfsbedürftige Senioren, häufig auch bezeichnet als „**slow goes**“
- pflegebedürftige Senioren, häufig auch bezeichnet als „**no goes**“

Die Definition von **Pflegebedürftigkeit** findet sich im SGB XI § 14 Abs.1. Hier werden Menschen als **pflegebedürftig** bezeichnet, die wegen „einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf



Abb. 10.5: Vier Nahrungsmittel mit hohem Nährstoffgehalt, Vitaminen und Mineralien sowie wenig Kalorien, z. B. Kiwi, Hüttenkäse, Gurke, Spargel

Auch alte Menschen sollen sich möglichst vielseitig ernähren und Lebensmittel aus allen **7 Nährstoffgruppen** zu sich nehmen:

- Getreide sowie Getreideerzeugnisse, Kartoffeln
- Salat und Gemüse
- Obst
- Milch, Käse, Joghurt und weitere Milchprodukte
- Fleisch, Fisch, Eier und Wurst
- Butter, Öle und weitere Fette
- Getränke

Sie müssen allerdings aufgrund ihres verlangsamten Stoffwechsels und des dadurch bedingten verminderten Energiebedarfs darauf achten, dass ihre Nahrung etwas energieärmer, aber trotzdem besonders nährstoffreich ist. Zudem sind bestimmte Nährstoffe für ältere Menschen besonders wichtig.

Tipp

„Junge“ Alte sollten bezüglich Ernährung durch die Pflegefachkraft folgendermaßen beraten werden: Möglichst frische Lebensmittel, Gemüse und Obst sowie fettarme Eiweißträger wie gedünstete Putenbrust oder Quark verwenden. Besonders achten auf Vitamin D und Folsäure. Im Winter kann es nötig sein, Vitamin D zusätzlich einzunehmen, z. B. über Nahrungsergänzungsmittel.

10.4.1 Wichtige Nährstoffe im Alter

Pflegebedürftige alte Menschen haben häufig einen Mangel an folgenden **Nährstoffen**, weshalb man vermutet, dass sie einen gesteigerten Bedarf an diesen Nährstoffen und Vitaminen haben. Rüstigen alten Menschen fehlt vor allem Vitamin D und Folat.

- **Proteine/Eiweiße:** Eiweiß ist wichtig für den Muskelerhalt. Für gesunde Menschen und rüstige Rentner werden 0,8 g Eiweiß pro kg Körpergewicht empfohlen. Für gebrechliche, kranke und pflegebedürftige Menschen geht man jedoch von einem höheren Eiweißbedarf aus. Empfohlen werden derzeit 1,2 g bis 1,5 g pro kg Körpergewicht. Zum gleichen **Muskelaufbau** brauchen ältere Menschen mehr Eiweiß als jüngere Menschen (vgl. Volkert 2014).

Ausnahme: Menschen mit Nierenerkrankungen. Sie sollten 1 g pro kg Körpergewicht nicht überschreiten.

Merke

Der **Eiweißbedarf** steigt bei Pflegebedürftigkeit und Gebrechlichkeit im Alter. Goldmakrele, Nüsse, Fleisch, Hülsenfrüchte und Milchprodukte sind gute Eiweißlieferanten.

- **Vitamin D:** Es fördert den Erhalt der Knochen, indem es den Stoffwechsel von Kalzium und Phosphat regelt. Eigelb, Lachs, Makrele und Leber sind gute Vitamin-D-Lieferanten. Wichtig ist zur **Vitamin-D-Synthese** über die Haut, dass die Senioren genügend Sonnenlicht bekommen. Die körpereigene Fähigkeit der Vitamin-D-Bildung nimmt mit dem Alter ab. Da zudem sowohl die Nahrungszufuhr wie auch Bewegung im Freien bei **pflegebedürftigen Menschen** häufig gemindert ist, kann es sinnvoll sein, Vitamin D in Form

- Bringen Angehörige bestimmte Mahlzeiten oder Nahrungsmittel mit? Falls ja, wie sollen sie darüber informieren, um eventuelle Auswirkungen auf die Behandlung z. B. nach Operationen oder bei Diabetes mellitus besprechen zu können?

Weiterhin machen beim Erstgespräch mit Migranten folgende ergänzende Fragen Sinn:

– zur Biografie:

- Geburtsort
- Geburtsland, falls Deutschland, seit wie viel Generationen lebt die Familie hier?
- Lebensgeschichte
- Gründe für die Einwanderung
- Gab es im Ursprungsland eine Flucht oder Vertreibung mit evtl. traumatischen Ereignissen?
- Familienorganisation vor Ort, wer ist hier? Wer eventuell noch im Ursprungsland? Wer sind die wichtigsten Kontaktpersonen?
- Wie ist der derzeitige Aufenthaltsstatus?
- Ausbildung, Beruf
- Wie sind die Sprachkenntnisse in welchen Sprachen?
- Weitere relevante biografische Ereignisse

– zur Rollenerwartung aus der Perspektive des Pflegekunden:

- Was erwarten die Pflegekunden mit Migrationshintergrund von den Pflegefachkräften?
- Wie ist ihr Verständnis von Pflege?
- Wie ist ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit?
- Inwieweit soll die Familie integriert werden in Pflegehandlungen? Es ist z. B. in türkischen Familien eine Verpflichtung, dass Kinder ihre alt gewordenen Eltern pflegen (vgl. Domenig 2007).
- Wollen Angehörige selbst Essen mitbringen?

– zur Religion:

- Hat die Religion eine Auswirkung auf die Pflege? Wird z. B. erwartet, dass die Schuhe ausgezogen werden vor dem Betreten des Zimmers, in der ambulanten Pflege, aber auch im Pflegeheim?

– zum Geschlechterbild:

- Welches Geschlechterbild besteht?
- Rolle der Frauen?
- Rolle der Männer?
- Binationale Ehe, falls ja, gibt es daraus Konflikte?
- Dürfen Frauen Männer waschen und umgekehrt?
- Gab es aufgrund der Zugehörigkeit zu einem Geschlecht Übergriffe, z. B. Beschneidungen, Vergewaltigungen?

– zum Alter:

- Gibt es bestimmte Aufgaben des älteren Menschen?
- Gibt es Absprachen zwischen den Generationen? (Vgl. <http://www.kultursensiblepflege.de>; Kuratorium Deutsche Altershilfe 2002)

Diese erweiterten spezifischen Fragen sollen dazu dienen, die Lebenswelt der Klienten mit Migrationshintergrund besser verstehen und im Pflegealltag abschätzen zu können, ob bestimmte Verhaltensweisen dadurch erklärbar werden. Wichtig in der Interaktion zwischen Pflegekunden mit Migrationshintergrund und Pflegenden ist immer ein **gegenseitiges Aufeinanderzugehen** und ein **gegenseitiges Bemühen um Verständnis**.

Beispiel

Eine islamische gläubige Patientin ist im Isolierzimmer untergebracht, weil sie einen Krankenhauskeim hat. Regelmäßige Gebete sind für sie wichtig. Den hierfür vorgesehenen Raum kann sie aufgrund des Keims nicht benutzen.

11.1.1 Beobachtung Essen und Trinken

Im stationären Rahmen ist es sehr wichtig, die verbliebenen Kompetenzen der Bewohner beim Essen und Trinken zu erhalten und zu fördern. Hierzu müssen die Pflegenden, neben der Pflegeanamnese beim Erstgespräch, den Bewohner gut **beobachten und wahrnehmen**.

Definition

Wahrnehmung ist die Grundlage für das sinnliche In-Beziehung-Treten mit meiner Umwelt. „Wahrnehmung ist der Prozess der physiologischen und psychischen Verarbeitung von Reizen. Die Reize werden von den Sinnesorganen aufgenommen, an das Gehirn weitergeleitet und in Empfindungen umgewandelt. Die Empfindungen werden in einen Zusammenhang mit bereits gemachten Erfahrungen eingeordnet und bewertet.“ (Marwedel 2004: 29)

Beobachtung ist gezielte Erkenntnisgewinnung. Gezielte Beobachtung ist z. B. für die Forschung eine grundlegende Form wissenschaftlicher Erkenntnisgewinnung. Beobachtung ist demnach zielgerichtete, systematische Wahrnehmung von bestimmten Verhaltensweisen, Situationen, Menschen oder Objekten.

Übertragen auf die **Nahrungsaufnahme in der Pflege** bedeutet dies, dass sich die Wahrnehmung mehr auf den Gesamteindruck bezieht:

- Wirkt der Bewohner zufrieden beim Essen?
- Wirkt er augenscheinlich unter-, über- oder gut ernährt?
- Wirkt der Bewohner angespannt oder entspannt?

Die ersten Wahrnehmungseindrücke werden dann durch gezieltes Beobachten und/oder auch Nachmessen, z. B. von Gewicht/Größe, BMI, genauer überprüft.

Um gezielt zu beobachten, muss geklärt werden, was genau beobachtet werden soll. Hierzu hilft es, sich Fragen zu stellen, welche zum Themengebiet passen (siehe unten).

Das Resultat der Beobachtungen und Wahrnehmungen muss ausgewertet werden und in die Pflegeplanung mit einfließen. Die **gezielte Beobachtung der Bewohner beim Essen** hat das Ziel, auf folgende Fragen Antworten zu finden:

- Was kann der Bewohner noch selbstständig? Wobei benötigt er Anleitung, Unterstützung oder Übernahme? Falls Übernahme notwendig ist, besteht eine **Apraxie** (Klient weiß nicht, wie man isst)?
- Kennt er die Essenszeiten und Räumlichkeiten, ist er in der Lage, diese selbstständig zur richtigen Zeit aufzusuchen? Falls nein, welche Unterstützung benötigt er?
- Benötigt er einen Kleiderschutz beim Essen? Falls ja, welchen?

Merke

Allen Bewohnern standardmäßig Lätzchen umzulegen, ist keine individuelle Pflege! Servietten entsprechen grundsätzlich eher einer adäquaten Unterstützung.

- Kann er Nahrungsmittel als solche erkennen und von Nichtnahrungsmitteln unterscheiden? Besteht eine **Agnosie** (Nichterkennen des Essens, z. B. essen manche Demenzerkrankte auch Blätter von Blumen etc.)?
- Kann er sich äußern, was ihm schmeckt oder nicht schmeckt? Besteht eine **Aphasie** (Kommunikationsfähigkeit ist beein-

kommt hier hinzu, dass sich die Pflegefachkräfte mit den Angehörigen genau abstimmen müssen. Was und wie viel isst/trinkt der Klient daheim, was in der Tagespflege? Sinnvoll kann es sein, ein **übergreifendes Ess- und Trinkprotokoll** zu führen, welches dem Klienten jeweils mitgegeben wird.

Ein **Vorteil** der teilstationären Pflege/Tagespflege gegenüber dem vollstationären Bereich ist, dass sie meist kleiner ist und hierdurch besser flexibel sein kann.

Beispiel

Dienstag und Freitag ist Markttag, der mit den Klienten besucht wird, gefolgt von einem gemeinsamen Kochen.

Eine **Herausforderung** in der teilstationären Pflege/Tagespflege können die täglich wechselnden Gäste sein. Dies erschwert es, eine kontinuierliche vertraute Tischgemeinschaft zu schaffen.

Merke

Soziale Kontakte beim Essen sind wichtig. Auch, dass sich die Klienten beim gemeinsamen Essen aufgrund von Ess- und Verhaltensgewohnheiten der anderen nicht ekeln. Daher achten die Pflegefachkräfte auf die Zusammensetzung der Tischgemeinschaften.

Beispiel

Herr Petry, Pflegestufe I, kommt Montag und Donnerstag in die Tagespflege. Frau Maier, Pflegestufe II, kommt Montag, Mittwoch und freitags. Sie ist sehr dünn. Die beiden mögen sich gerne und sitzen am Montag beim Essen und bei anderen Aktivitäten immer nebeneinander. Dabei unterhalten sie sich gut und essen mit viel Appetit. Herr Petry legt Frau Maier ab und zu Essen nach. Sie lächelt und isst „brav“

auf. An Montagen übertrifft sie die für sie geplante Mindestenergiemenge beim Essen. Mittwoch und Freitag erreicht sie häufig nicht mal die Mindestmenge. Sie fragt oft: „Wo ist mein Freund?“ Die Pflegefachkräfte sprechen daher die Angehörigen an und fragen, ob es möglich sei, dass Frau Müller statt Mittwoch oder Freitag am Donnerstag kommen könnte.

11.3 Ernährung in der ambulanten (Alten-)Pflege

Alte Menschen, die zu Hause wohnen, sind in der Regel in einem besseren Ernährungszustand als im Pflegeheim. Dennoch ergeben sich auch zu Hause spezifische Herausforderungen für ältere Menschen bezüglich Essen und Trinken.

- Die **Mobilität** nimmt häufig ab. Das Einkaufen geht schwerer. Da viele Lebensmittel schwer sind, werden diese unter Umständen nicht mehr gekauft und verwendet, was die Lebensmittelauswahl und damit auch die Nährstoffvielfalt einschränken kann. Beispielsweise:
 - Kartoffeln
 - Karotten
 - Mineralwasser
 - Säfte



Abb. 11.6: Gemeinsame Tischgemeinschaften müssen in der Tagespflege aufgrund wechselnder Gäste immer wieder angepasst werden.

Nahrung ab, manche sagen „Ich will nicht mehr.“. Dies kann zu einem **ethischen Dilemma** führen (s. Kap. 17, S. 214).

12.3.3 Dritte Ebene: Planung der Maßnahmen

In dieser Ebene geht es darum, dass die Pflegefachkraft mit den Klienten/Angehörigen eine Planung erarbeitet, welche sicherstellt, dass der Klient eine bedürfnis- und bedarfsgerechte Ernährung angeboten bekommt. Das kann in der Pflegeplanung, in Deutschland häufig noch klassisch nach Krohwinkel, verankert werden. Aber auch wenn z.B. die **Strukturierte Informationssammlung (SIS)** angewendet wird, wird danach ein Maßnahmenplan erstellt.

Wichtig ist, dass der Maßnahmenplan:

- Bedürfnisse und Bedarfe des Klienten berücksichtigt,
- sinnvoll und umsetzbar ist,
- für die Klienten/Angehörigen verständlich und überzeugend ist,
- in der Dokumentation so nachvollziehbar ist, dass auch ablösende Pflegefachkräfte und weitere Mitarbeiter danach arbeiten können.



Abb. 12.5: Auch mit der Strukturierten Informationssammlung (SIS) und Entbürokratisierung der Pflege bleibt Ernährung ein wichtiges zu dokumentierendes Thema

12.3.4 Vierte Ebene: Mahlzeiten-gestaltung, Versorgungskonzept und Personalausstattung

Auf dieser Ebene beschäftigt sich der Standard mit folgenden Themen:

- **Personalausstattung:** Klienten beim Essen zu unterstützen, benötigt Zeit. Daher ist es wichtig, für die Essenszeiten genügend Personal zu planen und auch in der Organisation darauf zu achten, dass Essensunterstützung Vorrang hat vor z.B. Visiten, bürokratischen Arbeiten, Besprechungen etc. In vielen Institutionen wird die Mahlzeitengestaltung sowie die Unterstützung beim Essen an pflegefremde Berufsgruppen delegiert. Dies kann für junge Klienten ohne Ernährungsprobleme Sinn machen, nicht aber für alte Menschen, welche häufig einen vielfältigen Unterstützungsbedarf bei der Nahrungsaufnahme haben.
- **Räumlichkeiten/Raumgestaltung:** Eine angenehme Essatmosphäre und eine gute Tischgemeinschaft unterstützen den Appetit, denn gegessen wird am ehesten dort, wo sich Menschen wohl und sicher fühlen, in einer Umgebung, welche an ein ganz normales Zuhause erinnert, anstatt an große Speisesäle oder Krankenhausatmosphäre. So steigern z.B. familienähnliche Sitzgruppen den Appetit (vgl. Nijs et al. 2005). Eine Studie in einem Pflegeheim mit 62 Bewohnern hat herausgefunden, dass ein Aquarium mit lebenden Fischen in Speiseräumen sich positiv auf die Gewichtsentwicklung auswirkt (vgl. Edwards, Beck 2002) (s. Milieugestaltung, Kap. 11.1.6, S. 159).
- **Individuelle Bedürfnisse und Bedarfe der Klienten ermitteln** Beispielsweise durch eine Essbiografie (s. Kap. 10.5.2, S. 125), zu-

Protein-Energie-Mangelernährung

Dieser Begriff findet sich vorwiegend in englischsprachiger Literatur und meint, wie der Name schon sagt, dass vorwiegend Eiweiße und Energie fehlen.

Dehydration

Definition

„**Dehydration** bedeutet extrazelluläres Volumendefizit, der Volumenmangel betrifft vorwiegend den Extrazellularraum“ (Gerok et al. 2007, S. 809). Dehydration wird parallel zu den Begriffen „Exsikkose“ und „Wassermangel“ verwendet. Bei der Dehydration ist der Körper mit Wasser unterversorgt und die Flüssigkeitsbilanz ist negativ.

Grundsätzlich ist es wichtig, zu unterscheiden, ob die Dehydration alleine auftritt (reines Wasserdefizit) oder ob sie kombiniert mit einer Hyponatriämie (Salzmangel) auftritt (Salz-Wasserdefizit) (vgl. Volkert et al. 2015, Gerok et al. 2007).

Dies ist wichtig, um pflegerisch intervenieren zu können. Wenn alte Menschen insgesamt etwas zu wenig trinken, aber normal essen, kommt es häufig zu einem reinen Wassermangel, der durch eine Steigerung der Flüssigkeitszufuhr behoben werden kann. Das Durstgefühl lässt im Alter nach, darum ist es wichtig, alte Menschen immer wieder ans Trinken zu erinnern und jede Pflegeintervention mit einem Trinkangebot zu verbinden.

Wenn alte Menschen viel Flüssigkeit über den Magen-Darm-Trakt verlieren, z. B. durch Durchfälle und Erbrechen, ist es wichtig, ihnen auch Salz anzubieten.

Tipp

Leiden Klienten unter Brechdurchfall, macht es Sinn, ihnen so wie sie es vertragen, Schwarztee mit einer Messerspitze Salz und einigen Löffeln Zucker anzubieten. Sie müssen gut begleitet und beobachtet werden. Können sie ihre Verluste nicht kompensieren, benötigen sie eine Infusionstherapie.

14.2 Wie kommt es zur Mangelernährung?

Die Entstehung einer Mangelernährung im Alter wird von verschiedenen Faktoren geprägt.

14.2.1 Mundgesundheit

Mundgesundheit ist ein wichtiger Faktor, um Mangelernährung zu verhindern. In den vergangenen Jahrzehnten war der Anteil von pflegebedürftigen Senioren mit Vollprothesen relativ hoch. So konnte sich Pflege häufig damit begnügen, abends die Zähne in reinigende Flüssigkeiten einzulegen und den Mund ausspülen zu lassen. Zunehmend reicht dies nicht mehr aus, denn immer mehr Senioren haben noch gut erhaltene eigene Zähne und/oder fest-sitzende Implantate, Brücken und Ähnliches. Aufgrund des höheren Zahnerhalts kommt es jedoch auch zu einer erhöhten Gefahr für **Karies** und **Parodontitis** (vgl. Bartholomeyczik 2010). Beides sind die großen „Volkskrankheiten“ in der Mundhöhle. Diesen veränderten Bedingungen muss Pflege gerecht werden und spezifische Zahnpflege sowie regelmäßige Vorstellung beim Zahnarzt als wichtige Pflegeintervention auch gegen Mangelernährung durchführen.

medizinischen Handlungsabläufen und den Bedürfnissen der Klienten/Patienten und ihren Angehörigen.

17.1.1 Caring oder Ethik der Achtsamkeit als ethische Dimension der Pflege

Care ist der Schlüsselbegriff einer **Ethik der Achtsamkeit**, welcher aus dem englischen Sprachraum kommt und dem in der Pflege, zumindest in Deutschlands Nachbarländern, eine hohe Bedeutung zukommt. Ermutigung und achtsame Zuwendung oder auch „Zuwenden statt Wegsehen“ ist die Kurzform, welche eine Ethik der Achtsamkeit ausdrückt (vgl. Conradi 2013).

Nicht wegsehen oder sich nicht abwenden bedeutet auch, auf der professionellen Ebene der Pflege mit den Klienten im Kontakt zu bleiben, dafür zu sorgen, dass sie sich mit ihren Problemen nicht allein gelassen fühlen. Achtsame Zuwendung oder auch Caring in der Pflege bedarf, dass sich die Pflegefachkräfte mit Wertschätzung auf eine professionelle Beziehung zu ihren Klienten einlassen, Mitgefühl zeigen und sich engagieren und so eine vertrauensvolle Beziehung ermöglichen. Caring wird auch übersetzt mit: „sich sorgen um andere“ oder mit „professionelle Fürsorge“.

In der Pflege umfasst Caring z. B. die Unterstützung, Anteilnahme, Zuwendung, Beratung und Ermutigung der Klienten im Umgang mit ihrer Pflegebedürftigkeit und/oder ihrer/ihren Krankheit(en) sowie das Fördern ihrer Lebensqualität und Autonomie, ebenso die Begleitung bei der Bewältigung der Anforderungen ihres Alltags. Auch das „Sich-berühren-lassen“ von pflegerischen Situationen, nicht „abzustumpfen“ gehört zu Caring oder der Ethik der Achtsamkeit (vgl. Wallner 2007).



Abb. 17.3: *Um eine Ethik der Achtsamkeit zu leben, ist es wichtig, einfach einmal zu zuhören und dabei z. B. die Hand zu halten*

Beispiel

Frau A., 78 Jahre alt, liegt nach einer Oberschenkelhalsfraktur seit 7 Tagen in einem Isolierzimmer im Krankenhaus. Die OP-Narbe hat sich entzündet, ein Abstrich ergab MRSA-Keime. Diese wurden auch in der Nase nachgewiesen. Frau A. ist leicht adipös, sie hat bisher selbstständig zu Hause gewohnt mit drei Katzen. Ihr Ehemann ist vor drei Jahren verstorben. Frau A. macht sich große Sorgen, ob sie irgendwann wieder heim kann. Es verunsichert sie sehr, dass das Personal „vermummt“ in ihr Zimmer kommt und wenig mit ihr spricht. Sie hat mitbekommen, dass sie hochansteckende gemeine Keime hat und denkt, dass daher alle Angst vor ihr haben. Das ist ihr peinlich und sie schämt sich. Ihre zwei Kinder wohnen weit weg und können sie nicht besuchen. Das Essen, welches ihr auf einem Tablett serviert wird, rührt sie außer dem Frühstück kaum an. Meist hat sie nicht einmal Lust, die Abdeckhaube ihres Mittagessens hoch-

nen Impuls zum Essen spüren, dies wird zeitweise auch durch Medikamente verursacht oder verstärkt.

- **Emotionales Erleben:** Demenzerkrankte Menschen reagieren stark auf der Gefühlsebene, wenn sie sich unwohl fühlen oder die Begleitperson beim Essen nicht als zugewandt erleben, kann es zur Ablehnung des Essens kommen.
- **Ablenkung:** Demenzerkrankte Menschen lassen sich leicht ablenken. Gerade im Rahmen der Gemeinschaftsverpflegung gibt es viele Möglichkeiten, interessante Dinge zu beobachten. Das Essen wird darüber leicht gegessen.
- **Im ambulanten Bereich:** Es besteht die Gefahr, Essen nicht zu finden, weil es irgendwo „verkrustelt“ ist, sowie die Gefahr von Lebensmittelvergiftungen, weil verdorbenes Essen nicht weggeworfen wird.



Abb. 18.1: Ambulanter Bereich: Es ist wichtig, dass die Pflegefachkraft auch in den Kühlschrank schaut, ob die Lebensmittel dort noch essbar sind. Häufig haben Angehörige vorgekocht, aber der Mensch mit Demenz kann das Aufwärmen nicht umsetzen. Zudem finden sich dort ab und zu auch andere vermisste Gegenstände.

18.3 Spezielle Ernährungsangebote und Konzepte für demenzerkrankte Menschen

Bei Demenz geht es nicht nur um die Fragen, was und wie viel gegessen wird, sondern vor allem auch darum, wie gegessen wird und welches **Milieu** unterstützend beim Essen wirkt. In der Praxis gibt es viele Phänomene, welche das Essen und Trinken für demenzerkrankte Menschen zu einer **großen Herausforderung** machen. Grundsätzlich muss die Pflegefachkraft bei der Ernährung demenzerkrankter Menschen auf Folgendes achten:

- Auf eine reizarme und ruhige Umgebung mit wenig Ablenkung achten, z.B. eng stehende Möbel oder viel Tischdekoration vermeiden.
- Süße, fettige und würzige Speisen werden besser wahrgenommen und daher meist bevorzugt. Daher die Mahlzeiten notfalls mit Vitaminen anreichern.
- Farbliche Kontraste nutzen, z.B. Quarkspeise in rotem Gefäß servieren.
- Raum ausreichend beleuchten.
- Dem Betroffenen Zeit lassen.
- Aus der Biografie vertraute Nahrungsmittel fördern häufig den Appetit, z.B. arme Ritter, Toast Hawaii (Klassiker der deutschen Nachkriegsküche, der symbolisierte, es geht den Deutschen wieder gut).
- Körperliche Bewegung an der frischen Luft fördert den Appetit, z.B. Spaziergang im Demenzgarten.

Um den Ernährungsproblemen zu begegnen, geht es bei der Ernährung für demenzerkrankte Menschen aber vor allem um eine **wertschätzende Begegnung**. Im Folgenden daher einige pflegephilosophische, organisatorische und konzeptionelle Ideen und Rahmenbedingungen, welche helfen, das Wohlbefinden und damit auch die Nahrungsaufnahme zu fördern.

20.2.1 Übergewicht im Alter und Diabetes

Junge Alte, die übergewichtig sind, können ihre Werte verbessern, indem sie sich mindestens 30 Minuten täglich bewegen und ihr Körpergewicht langsam senken. Ein BMI bis 29 kg/m^2 gilt im Alter als unproblematisch, Studien zeigen sogar, dass übergewichtige Menschen im Alter ein geringeres Mortalitätsrisiko haben (vgl. Kiesswetter in Volkert et al. 2015). Ab einem BMI von 30 kg/m^2 steigt jedoch das Risiko für zahlreiche Erkrankungen, u. a. für Diabetes mellitus und seine Folgen. Ob eine Gewichtsabnahme im individuellen Fall sinnvoll ist, sollte immer mit dem Arzt besprochen werden. Radikale Diäten machen besonders im Alter keinen Sinn, da sie belastend sind und zu Jo-Jo-Effekten sowie zu Mangelernährung führen können. Eine Kalorienreduzierung von 200 kcal bis höchstens 500 kcal unter dem Bedarf/Tag führt langsamer, aber gesünder zum Ziel. Dieses Kaloriendefizit erreichen ältere Menschen, die abnehmen wollen oder sollen, häufig schon, indem sie die Zufuhr von energiereichen Lebensmitteln mit viel Fett und Zucker einschränken und statt Säften, Limonaden und alkoholischen Getränken lieber ungesüßte Tees oder Wasser zu sich nehmen.



Abb. 20.2: Besteht der Wunsch nach geschmackreicheren Getränken, kann auf aromatisiertes Wasser oder auf Saftschorle zurückgegriffen werden, z. B. Zitronenwasser

Tipp

Manche Menschen bevorzugen Getränke mit Geschmack. Mit frisch gepresster Zitrone oder Grapefruit kann man Wasser aromatisieren, ohne nennenswert Kalorien zuzuführen. Ebenso ist es möglich, z.B. Bio-Zitronen zu vierteln und in zwei Liter Mineralwasser einzulegen. Zitrusfrüchte sind gesund, da sie Vitamin C und wirkungsvolle sekundäre Pflanzenstoffe enthalten. Bitterstoffe und Säure sollen den Appetit zügeln (vgl. Schobert 2014).

20.2.2 Diabetes im stationären Bereich

Besonders im **stationären Bereich** (Pflegeheim) wird ausdrücklich von einer speziellen Diabetes-Diät abgeraten. Diabetiker sollen die gleichen Angebote erhalten, ohne auf etwas verzichten zu müssen. Dies bedeutet, sie bekommen in der Regel Vollkost angeboten. Ihre individuellen Bedürfnisse sollen selbstverständlich berücksichtigt werden, z. B. gibt es auch unter Diabetikern Menschen, die nur leichte Vollkost vertragen oder Vegetarier sind.

Einige Besonderheiten gilt es dabei aber zu beachten:

Viele ältere Diabetiker haben in früheren Zeiten gelernt, sich an Broteinheiten zu orientieren. Daher soll laut MDS der Gehalt an Broteinheiten (BE), z. B. die Kohlenhydratportionen (KHP), weiterhin aus den Speiseplänen ersichtlich sein. Dies dient zu Informationszwecken für die Bewohner mit Diabetes, besonders derjenigen, welche ihren Diabetes medikamentös behandeln lassen.

Ältere Menschen mit Diabetes mellitus, welche medikamentös, besonders mit In-

23 Ernährung für Menschen in der terminalen Phase und Sterbephase

Sterben und **Tod** gehören zum Leben und sind ein normaler Bestandteil des Lebens, sie vollenden einen Zyklus. Genauso wie das Leben individuell gestaltet wird, soll dem Sterbenden auch ermöglicht werden, diesen Lebensabschnitt gemäß seiner **individuellen Bedarfe und Bedürfnisse** zu erleben.

Essen und Trinken ist in dieser Zeit den individuellen Bedürfnissen anzupassen und dem persönlichen Wohlbefinden unterzuordnen, es ist ein **Kann**, aber kein **Muss**.



Abb. 23.1: Kreislauf des Lebens

Aus Sicht der **Palliativmedizin** sollte Sterben und Tod als Bestandteil des Lebens weder beschleunigt noch verzögert werden. Darum sollte Pflege und Gesundheitssystem Rahmenbedingungen schaffen und anbieten, um die Abschiedszeit vom Leben möglichst **würdevoll und individuell** wahrnehmen zu können. Hierauf haben sich die Palliativmedizin sowie die **Hospizbewegung** spezialisiert. Nicht immer wollen oder können Menschen im Sterbeprozess in ein Hospiz umziehen, daher ist es sehr wichtig, das spezialisierte Wissen der Palliativmedizin auch in Pflegeeinrichtungen

und im ambulanten Bereich zugunsten der Klienten zu nutzen.

Merke

Auch im ambulanten Bereich sowie in Pflegeheimen kann Pflege allgemeine und spezialisierte **ambulante Palliativteams (SAPV)** nutzen.

Definition

„Die **spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)** dient – in Ergänzung zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung – dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen. Nur ein Teil aller Sterbenden benötigt diese besondere Versorgungsform.“ (<https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/sapv.html>)

Auch in der terminalen Phase haben Menschen häufig spezielle und individuelle Bedürfnisse bezüglich Essen und Trinken. Die einen haben z. B. spezielle Gelüste, bestimmte Geschmackserlebnisse von früher noch einmal erleben zu dürfen, viele Menschen wollen kaum noch Nahrung zu sich nehmen und wieder andere entscheiden gerne spontan, ob und was sie essen wollen. Kaum mehr Nahrung zu sich zu nehmen, kann auch physiologisch sinnvoll sein, da Nahrung und Flüssigkeit in der Phase

K

Kachexie: ausgeprägter krankhafter Gewichtsverlust, Grenzwert: BMI unter 18

Kalorie (cal): Maßeinheit, um die Energie in Lebensmitteln zu definieren, 1 cal wird benötigt, um 1 kg Wasser um ein Grad zu erhöhen. Kalorie wurde durch Joule (kJ) abgelöst. 4,187 kJ sind eine Kalorie.

Kohärenzgefühl: Gefühl der Stimmigkeit

Künstliche Ernährung: Wenn natürliche Ernährung den Bedarf nicht mehr alleine ausreichend decken kann, wird unter Umständen auf künstliche Ernährung zurückgegriffen. Klienten/Patienten werden dann mit Nährstoffen und Mikronährstoffen versorgt unter Einsatz von medizinischen Produkten, z. B. Trinknahrung und/oder Hilfsmitteln, z. B. Sonden. Sie umfasst paraenterale Ernährung und enterale Ernährung.

L

Laktoseintoleranz: Enzymmangel, Laktase fehlt, hierdurch wird Milchzucker nicht vertragen

Lebensmittel- oder Nahrungsmittelallergie: überempfindliche Reaktion des Körpers auf Nahrungsmittel mit vorangegangener Bildung von Antikörpern

Leistungsumsatz: Energie, die ein Mensch für körperliche Aktivitäten und Tätigkeiten braucht, zusätzlich zum Grundumsatz

Leitlinien (guidelines): Leitlinien sind gemeinsam von Experten systematisch entwickelte Aussagen zu bestimmten Themen, z. B. Mangelernährung im Alter; sie dienen der Unterstützung der Entscheidungsfindung von Ärzten.

M

Mäeutik (Hebammenkunst): Methode, um einführend mit demenzerkrankten Menschen umzugehen

Malabsorption: Nahrung wird nicht effektiv aufgenommen und verwertet, z. B. durch Entzündungsprozesse im Darm

Maldigestion: die Nahrungsverwertung ist gestört; die Nahrung wird nicht mehr ganz oder nur vermindert in ihre resorbierbaren Bestandteile aufgespalten und kann so nicht verwertet werden.

Mangelernährung: Ernährungsdefizit, Zustand des anhaltenden Mangels an Energie und/oder Nährstoffen durch zu geringe Nahrungs-

zufuhr. Es besteht eine negative Bilanz zwischen Aufnahme und Bedarf mit Konsequenzen für den Ernährungszustand. BMI-Werte unter 20 werden im Alter als Mangelernährung interpretiert (es gibt unterschiedliche Definitionen von Mangelernährung).

Mikronährstoffe: Bestandteile in Nahrungsmitteln, die zwar nicht unmittelbar Energie liefern, aber wichtig für die Gesundheit sind. Sie sind beispielsweise wichtig für den Stoffwechsel. Mikronährstoffe sind z. B. Vitamine, Spurenelemente und Mineralstoffe neben mehreren Tausend anderen Substanzen.

N

nähernde Kontakte: Nicht nur Nahrungsmittel nähren den Menschen, auch empathische und liebevolle Begleitung ist für pflegebedürftige Menschen und ebenfalls für Menschen im Sterbeprozess wichtig.

negative Interaktionen (nach Kitwood): alle Aktionen und Kommunikationsformen, die demenzerkrankte Menschen schwächen, verletzen, beleidigen, werden auch als „Türschließer“ bezeichnet, z. B.: auslachen, wegschicken, einschüchtern, zu schnell sein ...

Nel-Wert: Menge eines Wirkstoffs in mg/pro kg Körpergewicht, die beim Versuchstier keine Veränderungen erkennen lassen

Niacin: Vitamin B₃ (wasserlöslich) in Innereien, Fleisch, Fisch, im Körper sehr wichtig für viele Stoffwechsellvorgänge

No goes: pflegebedürftige Senioren

Normalgewicht im Alter: große Streubreite, in der Regel wird ein BMI von 24–29 benannt, wobei Biografie und individuelle Typen beachtet werden müssen und viele Faktoren das Gewicht verzerren können, z. B. Wasser eingelagerungen. Wichtig ist es, plötzliche Veränderungen festzustellen und die Gründe zu analysieren.

O

Odynophagie: Schmerzen beim Schlucken

orale Dyskinesie: Störung des physiologischen Bewegungsablaufs beim Schlucken, kommt z. B. bei Parkinson vor, kann aber auch als Begleiterscheinung von Medikamenten auftreten

oropharyngeale Dysphagie: Schluckstörung bei Beginn des Schluckens, eine Störung des Mund-Rachen-Raums