

## Workshop 1 „Ernährung Demenzerkrankter im Krankenhaus“

Fallbeispiel Frau F.

|   | Konkrete Befunde/Maßnahmen   | Zentrales Problem im Allgemeinkrankenhaus   | Ideen zur Lösung  | Handlungsempfehlungen und Forderungen  |
|---|--|---|---|--|
| Diagnosen<br>Medizinische Maßnahmen                                 | Malnutrition (siehe Gewichtsverlauf und Eiweißmangel)  | Diagnose der Malnutrition wird übersehen<br>Aufwand der Erfassung   | Gewichtsverlauf und BMI regelhaft, ggf. Kurzscreening BIA etablieren bei Risikopat. (Aufwand EKG-ähnlich)   | Refinanziert sich über erhöhte Fallschwere in der DRG  |
| Rahmenbedingungen<br>Ergotherapeutische oder Pflegerische Maßnahmen | Kognitive Dysphasie und Dysphagie bei eingeschränktem Haltungshintergrund und hoher Ablenkbarkeit / Agitiertheit.<br><br>Essen und Trinken wird „vergessen“ oder „verweigert“  | Primärerkrankung, Weglauftendenz und herausforderndes Verhalten im Vordergrund> Stigmatisierung.<br>Sekundärerkrankungen werden nicht berücksichtigt<br>Dysphagie wird nicht erkannt („Die Pat. hustet eben oft und lehnt Getränke ab“) | Bei Aufnahme :Biographiebogen ausfüllen lassen ( rez. Pneumonien ?) Schluckscreening bei Aufnahme und auch postoperativ als Standard vor der ersten oralen Flüssigkeitsgabe.<br>Rechtzeitige Kostformanpassung.   | Eine Fachabteilung für akuterkrankte Demenzpatienten mit hoher Weglauftendenz in JEDER Klinik. Geschultes Personal vor Ort plus Betreuungskräfte nach § 87 b SGB ( nach dem Beispiel der Pflegeheime) Möglichkeiten des „Rooming in“ für Angehörige            |
| Ernährung<br>Ernährungsstatus<br>Nahrungsintervention               | Ziele: Aufrechterhaltung des EZ und der Funktionalität<br>Gewichtsverlust ca. 5 % des KG innerhalb von ca. 9 Monaten; davor bereits Gewichtsverlust von 80 kg (2006) bis 69 kg (2010); BMI noch im Normbereich (grenzwertig); Verzehrmenge ½-¾ Portion<br>MNA 7 P = mangelernährt;<br>NRS: 4 P = Ernährungsrisiko liegt vor<br>Assessment: | Ernährungszustand wird nicht untersucht;<br>Aufwand Erfassung?<br>Wer macht Erfassung?<br>Welches Instrument soll benutzt werden?<br>Welche Maßnahmen folgen?   | konkrete Maßnahmen für Patientin: Gewicht regelmäßig dokumentieren (2-wöchentlich), Essmenge protokollieren; Essen hochkalorisch, eiweißreich; ZMZ regelmäßig anbieten; Trinknahrung anbieten; ausreichende verbale, motivierende Unterstützung beim Essen; Bewegung ausnutzen (evtl. leichtes Krafttraining anbieten | Politische Willenserklärung Resolution Europarat 2003<br><br>Problematik und Prävalenz von Mangelernährung jahrelang bekannt und gut untersucht;<br><br>Implementierung Ernährungsmanagement bislang geringe Priorität<br><br>Screening etablieren Algorithmus |

|  |  |                                 |  |   |
|--|--|---------------------------------|--|---|
|  | <p>Labor Vitamin D und Hb grenzwertig; Albumin erniedrigt;<br/>BIA: red. Phasenwinkel, red. fettfreie Masse<br/>Verzehrmengen evtl. zu gering (Bilanz?)<br/>Risikofaktoren: MMST 13 P, Dysphagie, Mobilität rollatormobil, agitiert (evtl. erhöhter Energiebedarf?)<br/>Essen mit verbaler Unterstützung selbstständig; braucht viel Zeit; Qualität der Nahrung (Weiche Kost)?</p> |                                 | (Verhinderung weiteren Muskelabbaus); ggf. Vit D supplementieren | Ernährungsmanagement; Zuständigkeiten klären;                       |
| Empfehlung für die nachstationäre Weiterversorgung |  | <i>Verlauf EZ dokumentieren</i> | <i>s.o.</i>  | <i>s.o.<br/>aber im APH keine Refinanzierung über DRG Kodierung</i> |