

## Workshop 1 „ Ernährung Demenzerkrankter im Krankenhaus“

## Fallbeispiel Frau F.

	Konkrete Befunde/Maßnahmen	Zentrales Problem im Allgemeinkrankenhaus	Ideen zur Lösung	Handlungsempfehlungen und Forderungen
Diagnosen Medizinische Maßnahmen	Malnutrition (siehe Gewichtsverlauf und Eiweißmangel)	Diagnose der Malnutrition wird übersehen 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 Ergotherapeutische oder Pflegerische Maßnahmen	Kognitive Dysphasie und Dysphagie bei eingeschränktem Haltungshintergrund und hoher Ablenkbarkeit / Agitiertheit.  Essen und Trinken wird „vergessen „ oder „verweigert,“	Primärerkrankung, Weglauftendenz und herausforderndes Verhalten im Vordergrund> Stigmatisierung. Sekundärerkrankungen werden nicht berücksichtigt 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. 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 Ernährungsstatus Nahrungsintervention	Ziele: Aufrechterhaltung des EZ und der Funktionalität 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); Verzehrsmenge ½-3/4 Portion MNA 7 P = mangelernährt; NRS: 4 P = Ernährungsrisiko liegt vor Assessment:	Ernährungszustand wird nicht untersucht; Aufwand Erfassung? Wer macht Erfassung? Welches Instrument soll benutzt werden? 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  Problematik und Prävalenz von Mangelernährung jahrelang bekannt und gut untersucht;  Implementierung Ernährungsmanagement bislang geringe Priorität  Screening etablieren Algorithmus

	<p>Labor Vitamin D und Hb grenzwertig; Albumin erniedrigt;          BIA: red. Phasenwinkel, red. fettfreie Masse          Verzehrsmenge evtl. zu gering (Bilanz?)          Risikofaktoren: MMST 13 P, Dysphagie, Mobilität rollatormobil, agitiert (evtl. erhöhter Energiebedarf?)          Essen mit verbaler Unterstützung selbständig; 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. aber im APH keine Refinanzierung über DRG Kodierung</i>