

# Unterernährung



# Inhalt

Einleitung	3
Mögliche Folgen der Unterernährung	3
Hinweise auf Unterernährung	4
Ernährung bei Unterernährung	5
Kaloriengehalt des Essens erhöhen	5
Überlegungen zur praktischen Umsetzung	5
Fingerfood	6
Trinken	6
Schluckbeschwerden	7
Atmosphäre beim Essen	8
Essen anreichern	9
Tisch eindecken	9
Ess- und Trinkbiografie	9
Was verlangt der MDK?	10
Screening	11
Assessment	11
Individuell abgestimmte Maßnahmen	12
Dokumentation der Verzehrmenge	13
Evaluation	14
Weitere Vorschriften	14
Schlussteil	15
Interessante Links	16
Unterstützung für pflegende Angehörige	16
Quellen	17
Impressum	18

## Einleitung

Mit zunehmendem Alter neigen einige Menschen dazu, nicht mehr ausreichend zu essen. Laut Definition der Weltgesundheitsbehörde (WHO) wird von Untergewicht gesprochen, wenn der BMI <sup>1</sup> niedriger als 18,5 kg/m<sup>2</sup> ist. Ab einem Alter von 65 Jahren allerdings gilt bereits ein BMI unter 20 als gesundheitsschädlich (Küpper 2010). Die Ursachen für Untergewicht sind vielfältig: Menschen leiden an Kau- und Schluckbeschwerden, Übelkeit, Durchfall oder Erbrechen oder haben einfach keinen Appetit. Manche Menschen sind sehr unruhig und laufen beständig herum. So verbrauchen sie überdurchschnittlich Energie. Auch Erkrankungen können zu erhöhtem Kalorienverbrauch führen. Ebenso kann es sich auf den Ernährungszustand auswirken, wenn jemand nicht mehr in der Lage ist, sich selbst ausreichend mit Lebensmitteln zu versorgen - wegen körperlicher Gebrechen oder weil die geistigen Fähigkeiten nicht mehr ausreichen. Pflegebedürftige sind darauf angewiesen, dass andere die Verantwortung für die gesunde Ernährung übernehmen. Oft sind dies pflegende Angehörige. In Altenheimen stellen sich die gleichen Fragen, hier gilt es aber, viele bürokratische Vorschriften zu beachten.

In diesem Text finden Sie grundsätzliche Überlegungen zu Untergewicht von Pflegebedürftigen und praktische Tipps, wie dem von Angehörigen und Profis aus Hauswirtschaft und Pflege begegnet werden kann.

Es kann wichtig sein, über verschiedene Formen der Mangelernährung, wie zum Beispiel zu wenig Vitamin D, Kalium oder Kalzium, nachzudenken. Viele Menschen haben auch einen erhöhten Eisenbedarf. Derlei muss von einem Arzt diagnostiziert werden. Mit dem Arzt sind dann auch sinnvolle Maßnahmen zu besprechen. Solche Fragen würden den Rahmen dieses Textes sprengen.

## Mögliche Folgen der Unterernährung

Wenn Menschen dauerhaft zu wenig Energie oder Flüssigkeit aufnehmen, hat das Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden. Im Expertenstandard <sup>2</sup> werden einige aufgezählt: „Abnahme der Muskelkraft, erhöhtes Sturzrisiko, beeinträchtigte Immunkompetenz, Infektanfälligkeit, Haut-/Schleimhautdefekte, Wundheilungsstörungen und Dekubitusrisiko, neurologische und kognitive Beeinträchtigungen, Beeinträchtigung der Herzleistung und Atemfunktion“ oder verlangsamte Erholung nach Krankheiten (Expertenstandard, Seite 43; mehr zum Expertenstandard im Abschnitt „Was verlangt der MDK“). Jedes Symptom für sich genommen kann die Lebensqualität einschränken und ernsthafte Erkrankungen nach sich ziehen. Deshalb ist es der Mühe wert, gründlich über Unterernährung nachzudenken.

---

<sup>1</sup>) Wikipedia Artikel zum „Body Mass Index“: <https://de.wikipedia.org/wiki/Body-Mass-Index>

<sup>2</sup>) Die Wikipedia zu Expertenstandards [https://de.wikipedia.org/wiki/Deutsches\\_Netzwerk\\_für\\_Qualitätsentwicklung\\_in\\_der\\_Pflege#Nationale\\_Expertenstandards](https://de.wikipedia.org/wiki/Deutsches_Netzwerk_für_Qualitätsentwicklung_in_der_Pflege#Nationale_Expertenstandards)). In unserem Text geht es um den „Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ aus dem Jahr 2009.

## Hinweise auf Unterernährung

Es kommt vor, dass jemand kurzfristig, wegen eines Unfalls, einer Erkrankung oder eines traurigen Ereignisses die Ernährungsgewohnheiten ändert. Das fällt den Menschen in der Umgebung schnell auf, sodass Hilfe angeboten werden kann. Oft sind Veränderungen von Woche zu Woche nur gering und der Weg in die Unterernährung ist ein schleichender Prozess. Wer nach Monaten wieder zu Besuch kommt, denkt: „Sie ist aber schmal geworden!“ Einige „Warnzeichen“ für Unterernährung werden im Expertenstandard beschrieben:

Als auffällig geringe Essmenge wird bezeichnet, wenn bei mehr als  $\frac{2}{3}$  der Mahlzeiten mehr als  $\frac{1}{4}$  der Portion übrig gelassen wird. Wenn Röcke oder Hosen im Bund auffällig zu weit werden, gilt das auch als Auslöser für weiteres Nachdenken. Auf die Waage zu steigen, kann wichtige Hinweise liefern – ist im Alltag von Pflegebedürftigen aber oft gar nicht so einfach: Die vorhandene Waage muss leidlich genau sein. Für das Wiegen muss jemand frei, also ohne sich irgendwo festzuhalten, einige Sekunden ruhig stehen. Wird Wasser „eingelagert“, werden also Ödeme<sup>3</sup> gebildet, wird Unterernährung auf der Waage manchmal nicht auffallen. Regelmäßig, zum Beispiel monatlich, zu wiegen ist auch nur sinnvoll, wenn die Ergebnisse aufgeschrieben und später auch „ausgewertet“ werden können. Als Warnzeichen gilt, wenn Gewichtsverlust in einem Monat mehr als 5 % oder über sechs Monate mehr als 10 % erreicht. Aus verlässlichen Gewichtsangaben ließe sich der BMI ermitteln – aber nur, wenn jemand auch geradestehen kann und sich die Körpergröße sinnvoll messen lässt.

Bedenklich kann es auch sein, wenn zwar normale Portionen gegessen werden, der Kalorienverbrauch aber deutlich erhöht ist. Ursachen dafür könnten zum Beispiel ständiges Herumlaufen, aber auch Durchfall, Erbrechen, andauernder Stress, eine fiebrige Erkrankung oder eine größere Wunden sein<sup>4</sup>.



[#Entbürokratisierung](#)

Viele Pflegeprofis müssen routinemäßig BMIs dokumentieren. Sinnvoll???

Egal. Ein BMI Rechner für's [#Diensthandy](#)

[www.bmi.pflegegrade.de](http://www.bmi.pflegegrade.de)



3) Stichwort **Ödeme** auf [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de), <http://www.gesundheitsinformation.de/ursachen-und-anzeichen-eines-oedems.2262.de.html>

4) Mehr zu möglichen Ursachen in den Abschnitten Screening und Assessment.

## Ernährung bei Unterernährung

### Kaloriengehalt des Essens erhöhen

Verwenden Sie immer die kalorienreichere Variante der Lebensmittel: Sahnequark oder -joghurt, Vollmilch, Doppelrahmfrischkäse und Fettfisch wie Aal, Lachs, Hering oder Thunfisch. Soßen und Suppen können mit Sahne, Butter, Crème fraîche, Schmand oder Käse verfeinert werden. Auch einige Gemüsegerichte lassen sich so ergänzen. Versuchen Sie mal was Neues und servieren Sie Gerichte mit Erdnussbutter und geben Sie Reis oder Nudeln nach dem Kochen etwas Öl hinzu. Blätterteig enthält viel Butter: bieten Sie beispielsweise Croissants oder Käse- und Schinkenstangen an.

Verwenden Sie zum Frühstück und Abendbrot reichlich Streichfett, auch Leber- oder Teewurst sind energiereich. Vielleicht mag der eine oder andere ein englisches Frühstück: Dann könnten Spiegel- oder Rührei, Röstis (im Englischen „Hash Browns“), kleine Würstchen und gebratene Pilze serviert werden.

Süßspeisen lassen sich mit gehackten/gemahlener Nüssen oder Mandeln, Ahornsirup, Honig oder Schokostreusel verfeinern und garnieren. Zum Nachmittagskaffee eignen sich kleine Gebäcke. Dabei enthalten Nüsse fast so viele Kalorien wie Schokolade, aber mehr Nährstoffe pro 100 g. Der Energiegehalt eines Bechers Sahnejoghurt (150 g) lässt sich mit 1 EL gemahlener Mandeln fast verdoppeln, fügt man statt dessen 1 EL Schokostreusel hinzu steigt der Kaloriengehalt um  $\frac{3}{4}$ .

### Überlegungen zur praktischen Umsetzung

Wenn das Ziel ist, in erster Linie mit Nahrung und Getränken mehr Energie zuzuführen, ist das Schlüsselproblem, den Menschen dazu zu motivieren, die Lebensmittel in den Mund zu nehmen und zu schlucken.

Aus Sicht der Pflegenden wiederholen sich die Tätigkeiten: portionieren, servieren, motivieren ... immer und immer wieder. Dabei sind in der Regel nicht die drei Hauptmahlzeiten die Herausforderung, sondern zigmal am Tag Getränke und Zwischenmahlzeiten anzureichen. Wir plädieren dafür, diese Tätigkeiten den Pflegepersonen so leicht wie möglich zu machen.

Beispiele: Raspelschokolade und gemahlene Nüsse/Mandeln vormischen und etwa den Tagesbedarf in eine Dose mit Deckel geben. Dann können leicht ein bis zwei Löffel dieser Mischung einem Joghurt, einem Obstpüree o. ä. zugegeben werden.

Das Herstellen vieler kleiner Portionen ist mühsam, vor allem in Privathaushalten.

Da könnte es helfen, Gläschen zu verwenden, die für Babys hergestellt werden. Es gibt eine große Auswahl unterschiedlicher Geschmacksrichtungen (zum Beispiel *Spaghetti Bolognese* oder *Thunfisch*). Da Babys und Kleinkinder Geschmack intensiver wahrnehmen, wird von den Herstellern in der Regel sehr sparsam mit Gewürzen und Kräutern umgegangen. Nachwürzen ist also ange-

### Kaloriengehalt einiger Lebensmittel

Lebensmittel	Kaloriengehalt
Himbeere-Joghurt (100 g) 3,8 % Fett	422 kJ 100 kcal
Sahnejoghurt (100 g) Himbeere Passionsfrucht 10 % Fett im Milchanteil	610 kJ 146 kcal
Ananas-Kokos-Joghurt (100 g) 3,5 % Fett	357 kJ 85 kcal
Bircher Müsli (100 g) Sahnejoghurt 10 % Fett im Milchanteil	617 kJ 147 kcal
1 Hühnerei	646 kJ 155 kcal
1 EL Schokoraspel (= 4 g)	88 kJ 21 kcal
1 EL Sahne 30 % Fett (= 6 g)	75 kJ 18 kcal
1 EL gemahlene Mandeln (= 9 g)	226 kJ 54 kcal
1 EL Sonnenblumenöl (= 10 ml)	348 kJ 83 kcal
2 TL Instantkakaopulver (= 15 g)	239 kJ 57 kcal

sagt. Wir haben einige die Nährwertangaben einiger Baby-Gläschen verglichen. Sie enthalten um 70 kcal pro 100 g. Auch sie sollten also angereichert werden. Um Arbeitsaufwand zu sparen, können auch Fertiggerichte gekauft und in kleine Portionen geteilt werden. Ein Anbieter von *Königsberger Kloppen* weist 100 kcal pro 100 g aus. Für einen *Hühner-Nudel-Topf* werden 52 kcal pro 100 g angegeben. Auch hier sollte also angereichert werden.

## Fingerfood

Können an Demenz erkrankte Menschen nicht mehr mit Besteck essen, ist Fingerfood eine gute Lösung. Hierbei können kleine Portionen mit den Fingern gegriffen und mit einigen Bissen verzehrt werden. Die Darreichungsform hilft auch, die Selbstständigkeit des Bewohners solange wie möglich zu erhalten. Sind die Menschen sehr unruhig und laufen sie viel umher ist es möglich, Ess- und Trinkstationen aufzubauen, an denen außerhalb der Essenszeiten Getränke und Fingerfood angeboten werden. Auch hier sind „Risiken und Nebenwirkungen“ zu bedenken: In einem Altenheim leben auch Senioren, die eher zu viel als zu wenig essen. Wenn Lebensmittel mundgerecht und appetitlich zur Verfügung stehen, könnte in einer Gemeinschaftseinrichtung auch mal die Falsche zugreifen. Um die Hygiene der angebotenen Speisen zu gewährleisten, muss verhindert werden, dass Senioren Speisen in die Hand nehmen und anschließend wieder zurücklegen. Ein Ausweg wäre, dass die Speisen in regelmäßigen Abständen von einer Pflegekraft mit einem Tablett austeilten zu lassen. Eine andere Idee ist, einer sehr aktiven Person z. B. verpackte Müsli- oder Energieriegel in eine Schürzen- oder Gürteltasche zu stecken. Voraussetzung ist, dass der Mensch allein die Packungen öffnen kann und Körner, zum Beispiel von Müsliriegeln, nicht im Mund unter einem Gebiss stören. Bei vielen Seniorinnen oder Senioren ist die Hauptsache wieder und wieder an Essen und Trinken zu erinnern und zum Schlucken zu motivieren.

## Trinken

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt, täglich rund 1,5 Liter Flüssigkeit zu sich zu nehmen und dabei Wasser und energiearme Getränke zu bevorzugen.

Allerdings ziehen viele Demenzkranke süße Säfte und Nektare vor, auch Saftschorlen und leicht gesüßte Kräuter- oder Früchtetees werden gerne getrunken. Damit Gläser und Tassen besser gesehen werden, sollten sie sich z. B. durch kräftige Farben kontrastreich vom Untergrund abheben (Ebbers, 2014). Im Alltag ist es oft nicht einfach zu beurteilen, wie viel wirklich getrunken wird. Wenn es vor allem darum geht, etwa 1,5 L zu erreichen, hilft es oft eine Literflasche Mineralwasser bereitzustellen. Die muss bis zum nächsten Tag getrunken werden. Zusammen mit Kaffee am Morgen, Tee am Abend und Milch oder Fruchtsaft zwischendurch kommen so die meisten auf die empfohlene Menge. Und wer den Wocheneinkauf organisiert, kann mit einem Blick auf das Leergut beurteilen, ob durchschnittlich täglich eine Flasche geleert wurde.

Wie viel Flüssigkeit in einem Trinkglas Platz hat, ist gar nicht so einfach zu schätzen. Das macht dieses Foto deutlich: Wir haben in drei gewöhnliche Trinkgläser



Abbildung 1: verschiedene Trinkgläser mit jeweils 150 ml Wasser

jeweils etwa 150 ml Wasser gefüllt. Wenn Sie genauer wissen möchten, wie viel (Kalorienreiches) getrunken wurde, ist es wohl am besten, wenn Sie nachmessen, wie viel Wasser in die Lieblingstasse passt, wenn sie so voll ist wie üblich.

Für Menschen, denen viele Kalorien zugeführt werden sollen, bieten sich reine Fruchtsäfte oder Malzbier an. Auch Zucker oder Sahne im Kaffee oder Tee können helfen. Wer es süß mag, trinkt vielleicht gern Milch mit Instantpulver. Kakao (zum Beispiel Kaba® oder Nesquick®) ist bekannt, es gibt derlei auch in den Geschmacksrichtungen Erdbeere, Vanille oder Banane. Eine Tasse Kakao mit 15 g Instantkakaopulver und 200 ml Vollmilch hat ~185 kcal. Auch Cappuccino Pulver (meist mehr als 60 % Kohlenhydrate) kann in heiße Milch oder in eine Mischung aus Milch und Wasser gegeben werden. 200 ml Cappuchino, der aus 100 ml Milch und 100 ml Wasser sowie 12,5 g Cappuchinopulver zubereitet wird, enthält ~ 110 kcal.

Es werden auch besondere energiereiche Getränke („Astronautenkost“) oder Getränkezusätze angeboten.

Beispiele für Ergänzungsnahrung sind:

- reNutritioner (Braun Melsungen AG)
- MaltoCal und BiCal (metaX GmbH)
- Ensure® Pulver (Abbott GmbH & Co. KG)
- Optinuvit (Human Nutrition GmbH)
- Fortimel (Nutricia GmbH)
- Resource® (Nestlé HealthCare Nutrition GmbH)
- Fresubin®, Diben DRINK und Calshake® (Fresenius Kabi GmbH)

Derlei wird von Sanitätshäusern und Apotheken geliefert. Manchmal ist es möglich, die Kosten für medizinisch notwendige Spezialnahrung von der Krankenkasse erstattet zu bekommen. Erkundigen Sie sich doch mal.

## Schluckbeschwerden

Es gibt auch körperliche Erkrankungen, die eine zu geringe Nahrungsaufnahme zur Folge haben können. Wenn jeder Schluck schmerzt, wird das immer zum Problem. Nach einem Schlaganfall kann es möglich sein, dass es wegen neurologischer Schädigungen nicht mehr zuverlässig gelingt, zu schlucken. Oft kann dann Logopädie <sup>5</sup> helfen (vergl. Expertenstandard, Seite 29).

Werden Maßnahmen zur Steigerung der Kalorienzufuhr geplant, gehört es dazu, dass die Pflegenden den Menschen genau beobachten und dass Rücksprache mit dem Hausarzt genommen wird.

Es gibt Menschen, die Flüssigkeiten besser schlucken können als Festes.

- Nahrungskomponenten einzeln pürieren und gegebenenfalls Herzhaftes mit Brühe „verlängern“.
- Obstpüree gewinnt geschmacklich mit Sahne und es wird flüssiger.

Manche können nicht mehr kauen. Ein Pürierstab oder Mixer schafft fast alles ... und erlaubt ziemlich genau den Zerkleinerungsgrad zu bestimmen. Damit die Nahrung nicht einheitlich grau und unappetitlich aussieht, sollten die Komponenten einzeln püriert werden. Mit einem Spritzbeutel können cremige Lebensmittel ansprechend portioniert und nebeneinander angerichtet werden.

<sup>5)</sup> zum Wikipedia Artikel: <https://de.wikipedia.org/wiki/Logopädie>

Gemüse- oder Fleischpüree kann mit kleinen Förmchen/Silikonformen in Form gebracht werden. Hierfür wird ein Verdickungsmittel wie in der Packungsanleitung beschrieben unter die Masse gemischt und diese dann in die Formen gefüllt. Einige Produkte zum Andicken von Speisen:

- Resource® Meritene complete, Resource® Crème, Resource® ThickenUp (Nestlé Nutrition International)
- seneoPro VISCO instant®, Xanthazoon® (Biozoon Food Innovations GmbH)
- Dietogel® (Dr. Oetker)
- Nestargel® (Nestlé)
- Nutilis Powder®, Nutilis Clear® (Nutricia)
- Gelatine
- Guarkernmehl (E 412; auch: Guar, Guarmehl)
- Agar-Agar (E 406)

## Atmosphäre beim Essen

„Solange du deine Füße unter meinen Tisch stellst ...“

Kaum jemand wird durch die Jugendzeit gekommen sein, ohne diesem Gedanken mehr oder weniger heftig zu begegnen. Nur wo ich zu Hause bin, kann ich selbst bestimmen was, wann und wie passiert. Wer sich nach einem Umzug (zu den Kindern oder in ein Altenheim) nicht wirklich zu Hause fühlt, fühlt sich als Gast. Das kann dazu beitragen, dass aus Scham eigene Bedürfnisse nicht geäußert und nicht um Unterstützung gebeten wird (vergleiche Expertenstandard, Seite 21).

Mahlzeiten haben im Alltag auch etwas mit Kultur und zwischenmenschlichen Beziehungen zu tun <sup>6</sup>. Aller Aufwand beim Einkauf und der Zubereitung wird zunichte gemacht, wenn es beim Essen hektisch zugeht und es immer wieder Streit gibt. Wer anderen beim Essen hilft, sollte sich Gedanken machen, was zur Ruhe und Geduld (auch zur eigenen) beiträgt. Ein paar Ideen: gemeinsam essen, Zeit nehmen, hinsetzen, und zwar so, dass die Handgriffe zum Anreichen oder Nachschenken leicht fallen.

Musik kann manche Menschen beruhigen und das Essen erleichtern. Auch das Gegenteil ist denkbar: Musik wird als störend empfunden oder der Wunsch mitzusingen behindert das Schlucken. Viele Menschen, die schlecht hören, klagen, dass Hintergrundgeräusche es erschweren, zum Beispiel eine Unterhaltung „im Vordergrund“ zu verstehen. Das spräche dafür, in Gemeinschaftsräumen während der Mahlzeiten die Musik abzudrehen. Schwierigkeiten und unnötige Ablenkung können auch durch Unruhe von Mitbewohnenden oder hin und her laufen von Angestellten entstehen.

Bei der Vergabe der Pflegenoten wird gefragt: „Werden die Mahlzeiten in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?“ (MDS, 2013, Kriterium 59, Seite 26).

---

6) Mehr zum Thema auf [www.hauswirtschaft.info](http://www.hauswirtschaft.info/ernaehrung/esskultur.php) <http://www.hauswirtschaft.info/ernaehrung/esskultur.php>



## Essen anreichen

Werden Speisen und Getränke von der Pflegeperson zum Mund geführt, ist das Gegenüber zu weitgehender Passivität gezwungen. Es kann sinnvoller sein, den Löffel in die Hand zu geben und gemeinsam zum Mund zu führen. Durch Mitessen oder Mittrinken kann zum Nachahmen angeregt werden (vergl. Expertenstandard, Seiten 34-35).

## Tisch eindecken

Richten Sie den Essplatz an einem einfach zu säubernden Tisch ein, damit eventuell verschüttete Lebensmittel leicht zu entfernen sind. Wenn nötig kann zum Eindecken bruchsaures Geschirr verwendet werden (für den Campingplatz wird Geschirr angeboten, das fast wie Porzellan aussieht). Damit Lebensmittel wie Erbsen oder Suppe leichter auf den Löffel gleiten, gibt es Teller mit einem schrägen Innenboden. Es kann auch eine Tellerrandhöhung verwendet werden, die einige Senioren aber als diskriminierend empfinden. Ein Warmhalteteller (Thermoteller) kann jemandem helfen, der sehr langsam isst. Zum Schutz der Kleidung kann eine Serviette oder ein Frotteetuch dienen. Vermeiden Sie aus Respekt vor den Senioren möglichst den Einsatz von Lätzchen (Vorbindern), erst recht solchen aus PVC.

Informationen und Bilder zu speziellen Essbestecken und Geschirr finden Sie, wenn Sie im Internet mit einer Suchmaschine nach den Begriffen wie „Esshilfen“, „Spezialbestecke“ oder „Alltagshilfen“ suchen.

Im Expertenstandard ist zu lesen, dass mit einer „dezentralen Speiserversorgung, bei der die Speisen zur selbstständigen Bedienung in Schüsseln und Platten auf dem Tisch stehen“, grundsätzlich mehr gegessen werde. Portionen zu servieren sei weniger empfehlenswert. Das verbreitete „Tablett System“ wird im Expertenstandard abgelehnt (Seiten 34 bis 35).

## Ess- und Trinkbiografie

Nicht selten lehnen Senioren ihnen unbekannte Speisen ab. Es kann also sinnvoll sein, den Menschen ihnen vertraute Speisen anzubieten, und den Speiseplan anzupassen. Ein Werkzeug hierfür ist das Erstellen einer Essbiografie, mit der die persönlichen Erlebnisse zu den Mahlzeiten und Speisevorlieben und -abneigungen in Erfahrung gebracht werden. So kann im Alltag etwas mehr Vertrautheit hergestellt werden. Düfte können bei solchen Gesprächen anregen und Erinnerungen wachrufen. Wird das Interview mithilfe eines Fragebogens geführt, kann nichts Wichtiges vergessen werden.

Einen guten Einstieg bietet das Geburtsjahr, so kennt man die wesentlichen geschichtlichen Ereignisse, die das Leben dieses Menschen begleitet haben.

### Beispiele für Fragen

- In welchem Land sind Sie groß geworden?
- Wie viele Kinder waren Sie zu Hause?
- Wurden in der Familie die Mahlzeiten gemeinsam gegessen?
- Wie viele Mahlzeiten gab es am Tag?
- Welche Speisen und Getränke wurden zu den Mahlzeiten serviert?
- Gab es am Sonntag besondere Gerichte?
- Welche Speisen wurden innerhalb der Woche serviert?
- Haben Sie ein Lieblingsessen?
- Welches ist das Lieblingsessen des Ehepartners oder eines Elternteils?
- Welche Speisen mögen Sie gar nicht?

### Familientraditionen

- Welche Feiertage (z. B. Namenstag, Weihnachten, Ostern, Diwali, Opferfest, Purim, Geburtstag) wurden in besonderer Weise begangen?
- Welche Gerichte und Getränke wurden zu diesen Anlässen in Ihrer Kindheit serviert?
- Wurde der Tisch in besonderer Weise für die Anlässe dekoriert oder eingedeckt?
- Wie haben Sie die Feste später mit Ihren Kindern begangen?
- Haben Sie in der Familie Fastenzeiten eingehalten?
- Gab es täglich eine Nachspeise?
- Erinnern Sie sich an einen Geburtstagskuchen?

### Gewohnheiten bei Tisch

- Zu welchen Zeiten wurden die Mahlzeiten eingenommen?
- Wurde der Tisch in besonderer Weise gedeckt?
- Wurde das Essen auf einem Teller serviert oder haben Sie sich bei Tisch selbst aus Anrichteschüsseln oder Platten bedient?
- Haben Sie vor den Mahlzeiten gebetet?
- Können Sie sich an Gespräche bei Tisch erinnern?
- Lief während der Mahlzeit das Radio oder später der Fernseher?
- Haben Sie eine besonders schöne Erinnerung an eine Mahlzeit?

## Was verlangt der MDK?

Zum Thema Unterernährung gibt es einen Expertenstandard. „Die Expertenstandards sind (...) für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich“<sup>7)</sup>. Das Expertenstandards in der professionellen Pflege berücksichtigt werden, ist ein wichtiges Thema bei den Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).

Ein Expertenstandard funktioniert nicht wie ein Kochbuch. Es werden keine kleinschrittigen Anleitungen geboten, die zum sicheren Erfolg führen. Die Expertenstandards fassen ausgewählte Forschungsarbeiten zusammen und, wo möglich, werden Empfehlungen gegeben. Da es immer darum geht, Menschen zu helfen und Menschen nun mal sehr verschieden sein können, ist es mit „absoluten Sicherheiten“ nicht weit her - das liegt in der Natur der Sache. Der aktuelle Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ stammt aus dem Jahr 2009.

Im Expertenstandard wird deutlich darauf hingewiesen, dass weder eine einzelne Maßnahme noch die Aktivitäten eines Arbeitsbereichs allein ausreichen, um Unterernährung wirksam zu begegnen. „Der Einbeziehung von Hauswirtschaft, Küche oder Catering ist in diesem Kontext seitens der Pflegekräfte besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Ebenso ist eine gezielte Beteiligung von Patienten/Bewohnern und Angehörigen beim Ernährungsmanagement durch

---

7) §113a (3) SGB XI; [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_11/\\_113a.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_113a.html)

Information, Beratung und Anleitung zu gewährleisten“ (Expertenstandard, Seiten 103 und 104).

Die zweite wichtige Quelle der Vorschriften für den Alltag in Altenpflegeeinrichtungen sind die Richtlinien zur „Transparenz Vereinbarung“, umgangssprachlich: **Pflegenoten**<sup>8</sup>. In die Pflegenoten geht auch ein, wie in der Pflegeeinrichtung mit Mangelernährung umgegangen wird. Weil die Pflegenoten veröffentlicht werden müssen und sie leicht zugänglich sind, wird von den Einrichtungen viel Wert darauf gelegt, die Ziffer 1 vor dem Komma der Pflegenote zu haben. Deshalb wird der Alltag in fast allen Einrichtungen nicht nur an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen, sondern auch daran ausgerichtet, was im recht bürokratischen Verfahren der Ermittlung der Pflegenoten Pluspunkte bringt.

## Screening

Der Expertenstandard gibt vor, dass im Rahmen des Einzugs in ein Altenheim, bei allen das Risiko der Mangelernährung eingeschätzt werden muss (siehe Seite 27). Das wird „Screening“ genannt. Die Anforderungen an ein solches Screening werden allgemein beschrieben (Seite 22). Praktisch, dass auch ein Erfassungsbogen im Expertenstandard empfohlen wird (Seite 140). Dabei werden Fragen sowohl zu Einfuhrmengen als auch zu möglichen Ursachen für erhöhten Kalorien-/Flüssigkeitsverbrauch gestellt. Werden die hier genannten Punkte berücksichtigt, ist die Einrichtung bei diesem Kriterium der Pflegenoten auf der sicheren Seite (siehe MDS, Kriterium 7, Seiten 8 und 9).

Die Ergebnisse des Screenings sollten keine schematischen Reaktionen auslösen: „Die Experten Arbeitsgruppe weist darauf hin, dass einzelne anthropometrische Werte, wie zum Beispiel das Gewicht oder der Body-Mass-Index (BMI), in einem Screening-Verfahren nicht überbewertet werden dürfen und stets mit anderen Parametern zur Risikoerfassung von Mangelernährung in Beziehung gebracht werden müssen. In einzelnen Fällen können isoliert betrachtete Parameter sogar zu Fehlinterpretationen führen, wenn beispielsweise Übergewicht oder ein optimaler BMI aufgrund von Wassereinlagerungen über eine Mangelernährung hinwegtäuschen“ (Expertenstandard, Seite 23).

## Assessment

Nur wenn das Screening, das oft nur wenige Minuten dauert, zeigt, dass die Gefahr von Mangelernährung besteht, soll genauer hingesehen werden. Diese zweite Stufe wird im Expertenstandard „Assessment“ genannt. Auch dazu werden „Instrumente“ vorgeschlagen (Expertenstandard, Seiten 141-144). Da wird zum Beispiel nach körperlichen oder geistigen Einschränkungen, nach Schmerzen oder akuten Erkrankungen, nach religiösen Gründen oder Angst vor Allergien, nach angepassten Essenszeiten oder unruhigen Mitbewohnern/ Mitbewohnerinnen gefragt. Dieses Assessment gibt bereits wichtige Hinweise auf Möglichkeiten, die Nahrungsmittelzufuhr zu verbessern.

---

8) Ausführliche Informationen zu den Pflegenoten finden Sie unter [www.pflegenoten.info](http://www.pflegenoten.info)

## Individuell abgestimmte Maßnahmen

Die Informationssammlung aus Screening und Assessment ist die beste Vorbereitung für den nächsten Schritt: „Eine kritische ärztliche Bewertung der Situation des Pflegebedürftigen, um zugrunde liegende Krankheiten zu erkennen und angemessen zu behandeln“ (Expertenstandard, Seite 29). Vielleicht ist es sinnvoll über eine Magensonde oder eine Infusion, Nahrung und Flüssigkeit zuzuführen. Derlei müsste ärztlich verordnet werden.

Vor dem Hintergrund ärztlich verordneter Maßnahmen muss dann ein „individuell auf den Patienten/Bewohner abgestimmter Maßnahmenplan“ von der Pflege erstellt werden, „der die individuellen Bedürfnisse des Patienten/Bewohners hinsichtlich der Speisen und Getränke, der Mahlzeitengestaltung und des Unterstützungs- und Betreuungsbedarfs während des Essens und Trinkens enthält und berücksichtigt“ (Expertenstandard, Seite 32). Einzelne Maßnahmen immer mal wieder im Pflegebericht zu notieren reicht folglich nicht aus.

Um einem Menschen, der regelmäßig zu wenig Kalorien und/oder zu wenig Flüssigkeit aufnimmt, Tag für Tag zu helfen, ist es notwendig, persönliche Wünsche und Vorlieben zu berücksichtigen - diese Selbstverständlichkeit, wird im Expertenstandard noch extra betont: „Selbstbestimmung und Autonomie des Patienten/Bewohners haben stets Vorrang vor Bedarfs-Zielsetzungen.“ (Expertenstandard, Seite 39) „Die Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans kann in der Langzeitpflege über mehrere Tage bis Wochen dauern, denn häufig ist ein Ausprobieren unterschiedlicher Maßnahmen möglichst in Abstimmung mit dem Bewohner notwendig“ (MDS, Kriterium 8, Seite 9). „Ergebnis ... kann auch sein, dass keine weiteren Schritte erforderlich sind und die Situation begründet so bleiben kann, wie sie ist“ (Expertenstandard, Seite 27). Für die Pflegenoten ist zu prüfen, dass „in der Pflegeplanung nachvollziehbar dokumentiert“ wurde, dass „erforderliche Maßnahmen mit dem Bewohner abgestimmt“ wurden. „Die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen [muss] durch eine Inaugenscheinnahme erkennbar“ sein (MDS, Kriterium 8, Seite 9). Darüber hinaus wird im Expertenstandard geschrieben: Wesentliche Voraussetzung für eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung in stationären Einrichtungen ist das Vorhandensein eines **Verpflegungskonzeptes**<sup>9</sup>. Das Verpflegungskonzept umfasst alle wichtigen Informationen rund um die angebotenen Mahlzeiten. Wie umfassend das Angebot ist, hängt von den zur Verfügung stehenden Ressourcen und dem Leitbild der Einrichtung ab. Ein Verpflegungskonzept zeigt die angebotenen Kostformen auf (z. B. Normalkost, vegetarische Kost, Sondenkost, Diabetiker-Diät) sowie die Darreichungsformen (normal, püriert) und inwieweit der Speiseplan auf religiöse und ethische Aspekte eingeht. Es gibt Auskunft über die Verpflegungszeiten, wie das Menübestellsystem gehandhabt und wie das Essen verteilt und angerichtet wird. Neben den rein organisatorischen Fragen nimmt das Verpflegungskonzept auch Stellung zur Tisch- und Esskultur (Vergleiche Expertenstandard, Seiten 30 und 31).

---

9) Beispiel für ein Verpflegungskonzept.

<http://www.experto.de/b2c/gesundheit/pflege/beispiel-fuer-ein-verpflegungskonzept.html>

## Dokumentation der Verzehrmenge

### Kellensystem

Um messen und dokumentieren zu können, wie viele Nährstoffe einzelne Bewohner jeweils zu sich nehmen, könnte es sinnvoll sein, die Portionen zu standardisieren. In manchen Einrichtungen werden „Musterteller“ portioniert und in den Speiseraum gegeben, um eine einheitliche, berechenbare Portionsgröße zu erreichen. Eine andere Möglichkeit wäre, die jeweils servierten Portionen zu wiegen; bei einem Menü mit drei Komponenten müsste also für jeden Bewohner beispielsweise 150 g Gemüse, 200 g Kartoffeln und 120 g Fleisch abgewogen werden.

Damit die Speisenausgabe vereinfacht wird, könnte auch ein Kellensystem eingeführt werden. In diesem Fall werden die Nährstoffe einer Essensportion errechnet und für die Ausgabe eine Kelle mit der entsprechenden Größe ermittelt. Das heißt, für die Ausgabe des Gemüses wird Kelle A verwendet, für die Kartoffeln Kelle B und beim Fleisch gibt es ein Stück.

### Kellensystem im Alltag

Nun wird nicht jeder Bewohner die vollständige Portion essen; einige werden eine zweite Portion verlangen. Das bedeutet, es muss auch dokumentiert werden, wie viel von der ausgegebenen Portion verzehrt wurde. Eine Variante hierfür ist, von den Pflegekräften auf einem Dokumentationsbogen ankreuzen zu lassen, ob ein viertel, eine halbe oder eine ganze Portion oder unter Umständen gar nichts verzehrt wurde. Ein im Expertenstandard empfohlenes Kriterium des Screenings: „Mehr als  $\frac{1}{4}$  Essensreste bei  $\frac{2}{3}$  der Mahlzeiten“.

Ein solches System macht viel Arbeit und es entstehen neue Fragen: Stimmt der Nährstoffgehalt der verarbeiteten Le-

bensmittel mit den verwendeten Tabellenwerten überein? Werden die Vorgaben aus der Küche bei der Portionierung auch umgesetzt? Trotz einer guten Auswahl an Kellen kann die Füllmenge und damit auch die Menge der ausgegebenen Speisen variieren. Wie kann mit individuellen Wünschen („Bitte mehr Rotkohl, aber weniger Klöße“ oder „Wenn ich so einen Berg sehe, habe ich überhaupt keinen Appetit mehr!“) umgegangen werden?

Das Einschätzen der verzehrten Speisemengen ist auch nicht ohne: wie viel von einer Suppe gegessen wurde ist schwer zu sehen. Bei einem Teller mit Fleisch, Gemüse und Beilage werden selten alle drei Teile zu gleichen Anteilen verspeist. Und wie ist zu bewerten, welche Menge Nachtisch genossen wurde?

Die Pflegenden im Speiseraum müssen Angaben zu den tatsächlich servierten Portionen und den Resten dokumentieren. Die so aufwendig erfassten Informationen müssen anschließend auch weiter verarbeitet werden. In der Küche oder im Stationszimmer müssen die Angaben aus dem Speiseraum den einzelnen Patienten zugeordnet und mit den dokumentierten Zielen verglichen werden.

### Einschätzen der Verzehrmenge



Angenommen vom servierten Teller (links) hat jemand verspeist, was rechts grau abgedeckt ist. Was kreuzen sie auf dem Formular unten zur Verzehrmenge an?



Sind weitere Anstrengungen nötig? Auch das muss in der Pflegedokumentation festgehalten werden.

In den Anleitungen zur Ermittlung der Pflegenoten steht:

- „Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner?
- Ausfüllanleitung:  
Die Frage ist mit ‚Ja‘ zu beantworten, wenn sich die Portionsgrößen an den individuellen Wünschen der Bewohner orientieren und dies durch Beobachtung und Befragung der Bewohner oder Mitarbeiter verifiziert werden kann.“ (MDS, Kriterium 58)

Das lässt einen weiten Interpretationsspielraum. Es stellt sich also die Frage: Lohnt der Aufwand beim Portionieren und Messen und Berechnen und Auswerten? Vielleicht kann mit anderen Maßnahmen mehr erreicht werden, damit die Menschen mehr zu sich nehmen.

## Evaluation

Die Probleme sind erkannt, Maßnahmen sind geplant und umgesetzt, dann stellt sich die Frage, ob das Ziel, den Gewichtsverlust aufzuhalten oder zuzulegen, auch erreicht wurde. Der Expertenstandard empfiehlt im Wesentlichen, sinnvolle Punkte aus Screening und Assessment zu diesem Zweck zu überprüfen. Das beschränkt sich auch hier nicht auf das Wiegen. Es wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass die orale Nahrungsaufnahme Grenzen haben kann. Vielleicht ist es auch sinnvoll, wie in manchen Situationen der Palliativ-Pflege, die geringe Nahrungsaufnahme hinzunehmen (vergleiche Expertenstandard, Seite 37). Eine solche Entscheidung müsste mit Angehörigen und Ärzten besprochen und dokumentiert werden.

## Weitere Vorschriften

Der Anlass diesen Text zu schreiben sind Überlegungen zum Alltag von Pflegebedürftigen. Expertenstandard und Pflege-Transparenzvereinbarungen enthalten noch viele weitere Regelungen und Anforderungen. Zum Beispiel: „Die Managementebene trägt die Verantwortung für die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen (z. B. berufliche Qualifikation, Besprechungszeit, Bedürfnis- und Bedarfsgerechte Mahlzeiten- und Zwischenmahlzeitenangebote), der Festlegung hausinterner Verfahrensgrundsätze und der Schaffung eines geeigneten Kooperationsklimas.“ Die „Ausfüllanleitungen“ zu den Fragebögen der Pflegenotenprüfungen formulieren in den Kriterien 54 bis 59 teils sehr konkrete Anforderungen für Mahlzeiten und Speisepläne.

## Schlussteil

Es wird vorgeschlagen, Portionen auszuwiegen, um genau bestimmen zu können, wie viel gegessen wurde und wie groß die Reste sind. Dazu müssen Waagen angeschafft werden. Auswiegen, dokumentieren und die Auswertung benötigen Zeit. Es könnte dann zum Beispiel in der Pflegedokumentation nachzulesen sein, dass von 150 g Apfelmuskonserven 85 g stehen gelassen wurden. Dabei geht unter, dass der Patient mit viel Vergnügen einen ganzen frischen Apfel gegessen hätte, hätte nur jemand Zeit gehabt, diesen in mundgerechte Stücke zu schneiden.

Im Alltag stoßen Angehörige und Pflegeprofis immer wieder an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit. Hohe Ansprüche zu formulieren, die im Alltag kaum umzusetzen sind, ändert wenig an der Mangelernährung, treibt aber vielleicht die Schwiegertochter in den Nervenzusammenbruch. Es sind Kreativität und Gelassenheit nötig.

Trotz aller Vorschriften ist das Wichtigste, die Lebensqualität der Pflegebedürftigen und die Möglichkeiten der Pflegenden im Blick zu behalten.

## Interessante Links

- Das Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum hat im August 2010 eine achtseitige Broschüre zur Mangelernährung herausgegeben. Neben allgemeinen Tipps und Erklärungen zur Mangelernährung werden Rezepte für verschiedene Mix-Getränke vorgestellt.  
[http://www.kk-bochum.de/inhalt/Service/\\_Dokumente/FL\\_Ern%C3%A4hrungstipps.pdf](http://www.kk-bochum.de/inhalt/Service/_Dokumente/FL_Ern%C3%A4hrungstipps.pdf)
- Weitere Informationen zur Mangelernährung bietet ein Faltblatt des allgemeinen Krankenhauses Celle. Neben drei Rezepten werden hier einige Hersteller sogenannter „vollbilanzierter Ernährungssupplemente“ vorgestellt.  
[http://www.akh-celle.de/uploads/media/AKH-Flyer-Untergewicht-2011\\_01.PDF](http://www.akh-celle.de/uploads/media/AKH-Flyer-Untergewicht-2011_01.PDF)
- Der Speiseplan für Senioren sollte an deren Bedürfnisse angepasst werden. Die Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Ernährung „Fit im Alter“ gibt hierzu wichtige Hinweise. Die Internetseite bietet eine umfangreiche Datenbank mit Rezepten und den dazugehörigen Nährwertangaben. Die Rezepte sind jeweils für 10 Personen berechnet und für Senioren ab 65 Jahre geplant. In dieser Rubrik finden Sie auch einen nährstoffoptimierten 6-Wochenspeiseplan für die stationäre Seniorenverpflegung und einen vierwöchigen Speiseplan für eine Mittagsverpflegung.  
<http://www.fitimalter-dge.de/>
- Qualitätsstandards für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen. Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung „Fit im Alter“ und dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, 1. Auflage 2009  
[http://www.dge-hessen.de/fileadmin/user\\_upload/doc/qualitaetsstandard\\_senioren.pdf](http://www.dge-hessen.de/fileadmin/user_upload/doc/qualitaetsstandard_senioren.pdf)
- Informationen der AOK zu Problemen mit dem Essen  
<http://www.aok.de/bundesweit/gesundheit/essen-trinken-probleme-mit-dem-essen-185556.php>
- Kostformen bei Kau- und Schluckproblemen – Dysphagiekost des Diätverbandes e.V.:  
<http://www.diaetverband.de/wissenswertes/dysphagie/kostformen/>
- Rezeptdatenbank der Deutsche Gesellschaft für Ernährung:  
<http://www.fitimalter-dge.de/nc/qualitaetsstandards/rezeptdatenbank/unsere-rezepte.html>  
(Bei der Konsistenz kann zwischen flüssig, püriert, teilpüriert, fest und dickflüssig gewählt werden.)
- Ernährung bei Kau- und Schluckstörungen:  
<http://www.lecker-ohne.de/ernaehrung-kau-und-schluckstoerungen-puerierte-kost>  
(Rezepte für passierte Kost, weiche sowie pürierte Kost.)
- Smoothfood - moderne Ernährungskonzepte im Alter und bei Krankheit: <http://smoothfood.de/>  
(Rezepte für Schaumkost, weiche und angedickte Kost.)
- Die Firma Braun Melsungen bietet einen Dokumentationsbogen zur Abschätzung des Risikos zur Entwicklung einer Mangelernährung für Menschen über 65 Jahren. Er steht in der Rubrik „Mehr Informationen“ als PDF-Datei zum Download zur Verfügung:  
<http://www.casemanagement.bbraun.de/cps/rde/xchg/om-casemanagement-de-de/hs.xsl/product.s.html?prid=PRID00001093>
- Die Internetseite von Menue Active® bietet unter dem Menüpunkt „Ernährungsprotokoll“ ein Beispiel für ein Ernährungsprotokoll und verschiedene Standardernährungsprotokolle als PDF-Datei zum Herunterladen an: <http://www.menue-active.de/>

## Unterstützung für pflegende Angehörige

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft <http://www.deutsche-alzheimer.de/>
- Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e.V.  
<http://www.wir-pflegen.net/>
- Das Modellprojekt [www.pflegen-und-leben.de](http://www.pflegen-und-leben.de) wurde ist ein psychologisches Online-Beratungsangebot ausschließlich für pflegende Angehörige.



## Quellen

- AOK Bundesverband: **Künstliche Ernährung im Alter. Eine Entscheidungshilfe für Angehörige ...**, Berlin, 2011, download von <http://www.aok.de/bundesweit/gesundheit/kuenstliche-ernaehrung-im-alter-176155.php> , (Link geprüft am 26. Juni 2014)
- Biedermann, Markus, Furer-Fawer, Sandra und Thill, Herbert: **smoothfood - 5 Sterne für die Heimküche**, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau 2010
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung: **Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE**, download: <http://www.dge.de/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=15> , 2013 (Link geprüft am 26. Juni 2014)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Sonderdruck **Expertenstandard 'Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege'**, Osnabrück, 2009
- Ebbers, Beate: **Essen, wo es schmeckt, in:** Zeitschrift Angehörige pflegen 1 | 2014, S. 9-11, download: <https://www.bibliomed.de/angehoerige-pflegen> (Link geprüft am 26. Juni 2014)
- Heseke, Prof. Dr. Helmut; Heseke, Beate: **Die Nährwerttabelle**, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Neuer Umschau Buchverlag GmbH, Neustadt/Weinstrasse 2012
- Heseke, Mennebröcker, Schmidt, Wetzel, Bausch, Streckert, Zierbarth, Arens-Azevedo: **Senioren in der Gemeinschaftspflege**. aid Infodienst, DGE, 2007 (3. Auflage, 2013)
- Jordan, Angela: **Fachinformationen. Das neue MDK-Prüfkonzept**, download: [http://web.archive.org/web/20070125224302/http://www.vkk-ev.de/vkk\\_fachinformationen\\_das\\_neue\\_mdk\\_pruefkonzept.html](http://web.archive.org/web/20070125224302/http://www.vkk-ev.de/vkk_fachinformationen_das_neue_mdk_pruefkonzept.html) (Link geprüft am 26. Juni 2014)
- Kita Bremen: **Essen und Trinken als Qualitätsmerkmale**, Stand: Juli 2008, download: <http://www.kita.bremen.de/sixcms/media.php/13/Verpflegungskonzept%20Juli%2008.pdf> (Link geprüft am 26. Juni 2014)
- Küpper, Claudia: **Mangelernährung im Alter, in:** Ernährungs Umschau | 4/10 [http://www.ernaehrungs-umschau.de/media/pdf/pdf\\_2010/04\\_10/EU04\\_2010\\_204\\_211.qxd.pdf](http://www.ernaehrungs-umschau.de/media/pdf/pdf_2010/04_10/EU04_2010_204_211.qxd.pdf) (Link geprüft am 26. Juni 2014)
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (**MDS**): Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege -**Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)**- vom 17. Dezember 2008 in der Fassung vom 10.06.2013 Anlage 3 Ausfüllanleitungen für die Prüfer, Essen, 2013, download von: [http://www.mds-ev.de/media/pdf/PTVS\\_ab\\_2014\\_Anlage\\_3\(1\).pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/PTVS_ab_2014_Anlage_3(1).pdf) (Link geprüft am 13. Mai 2014)
- Segmüller, Tanja: **Alles im Fluss - Ernährung über eine Sonde, in:** Zeitschrift Angehörige pflegen 2 | 2014, S. 30-33, <https://www.bibliomed.de/angehoerige-pflegen> (Link geprüft am 26. Juni 2014)

# Impressum

2. Auflage, Mai 2015

Die jeweils aktuelle Fassung dieses Textes können Sie auf [www.pflegestufe.info/download/downloads.html](http://www.pflegestufe.info/download/downloads.html) finden.

## *Urte Paaßen*

Meisterin der Hauswirtschaft, Diplom-Biologin  
[mehr auf [www.hauswirtschaft.info/impressum.php](http://www.hauswirtschaft.info/impressum.php) ]

## *Georg Paaßen*

examinierter Altenpfleger, BA Health and Social Care  
[mehr auf [www.pflegestufe.info/impressum.html](http://www.pflegestufe.info/impressum.html) ]

Anschrift:

Borbecker Platz 3, 45355 Essen



QR Code erstellt mit  
<http://www.createqr.com>

Wir finanzieren unsere Arbeit aus Werbeeinnahmen, die wir mit den Internetseiten erzielen. Darüber hinaus nehmen wir auch Honoraraufträge an.



Wir freuen uns, wenn Sie unseren Text so interessant finden, dass Sie ihn weitergeben möchten. Wir haben beim Schreiben viel von anderen gelernt – ganz bestimmt gäbe es auch noch viel zu ergänzen und manches zu verbessern. Tun Sie das. So kommen wir alle weiter.

Hier eine Erläuterung zu den Urheberrechten für den gesunden Menschenverstand:

Sie dürfen diesen Text vervielfältigen, verändern, umgestalten, wie es Ihnen beliebt **WENN** Sie - *erstens* - darüber informieren, woher die ursprüngliche Fassung kommt:

Urte und Georg Paaßen

[www.hauswirtschaft.info](http://www.hauswirtschaft.info) und [www.pflegestufe.info](http://www.pflegestufe.info)

**UND**

- *zweitens* - ihre Arbeit zu denselben Lizenzbedingungen der Öffentlichkeit zur Verfügung stellen.

So wird es bei der Wikipedia seit Jahren gemacht.

Für juristisch Interessierte sind die verbindlichen Formulierungen hier nachzulesen:

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/de/>

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns ein Belegexemplar oder einen Link zukommen lassen könnten. **DANKE!**

Sollten Sie dazu Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an:

[info@hauswirtschaft.info](mailto:info@hauswirtschaft.info) oder [post@pflegestufe.info](mailto:post@pflegestufe.info)