



# Ernährungskonzept





# *Leitbild*

## **des Caritas- Alten- und Pflegeheims St. Ludwig**

Als Christen sorgen wir uns um den ganzen Menschen - um Körper, Seele und Geist. Wir beherzigen das Schriftwort: „Liebe deinen Nächsten wie dich selbst!“ (Lk 10,27)

Jeder Mensch ist eine einmalige Persönlichkeit und besitzt eine von Gott gegebene Würde. Daraus ergibt sich für uns die Verpflichtung, den persönlichen Freiraum der Heimbewohnerinnen und -bewohner zu achten und ihnen helfend zur Seite zu stehen.

Wir verfolgen das Ziel, die Selbständigkeit unserer Bewohnerinnen und Bewohner soweit wie möglich zu erhalten. Wir geben ihnen Geborgenheit und Sicherheit in einer familiären Umgebung.

Die ganzheitliche Pflege und Betreuung gestalten wir individuell - nach Möglichkeit in den vertrauten Apartments und Wohnungen.

Aus der Überzeugung heraus, dass auch das gebrechliche und verlöschende Leben einmalig und wertvoll ist und dass der Tod nicht das letzte Wort hat, lassen wir Sterbende nicht allein. Wir begleiten sie und ihre Angehörigen in Zusammenarbeit mit dem Hospizverein.

Wichtig ist für uns ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Angehörigen unserer Bewohner.

Wir praktizieren einen partnerschaftlichen Umgangsstil und sind bereit, Verantwortung zu übernehmen. Durch Lernbereitschaft und Flexibilität suchen wir die Qualität unserer Dienste ständig zu verbessern. Wir informieren uns gegenseitig und tragen so zu einer Atmosphäre der Offenheit und des Vertrauens bei. In Konfliktsituationen achten wir verschiedene Meinungen und suchen gemeinsam die bestmögliche Lösung.

Wir verpflichten uns, wirtschaftlich zu arbeiten, um damit ein ausgeglichenes Preis- Leistungs-Verhältnis zu erreichen. Dabei belasten wir die Umwelt so wenig wie möglich.

Wir gestalten das Altenheim zu einem Ort der Begegnung, pflegen vielfältige Kontakte nach außen und geben bereitwillig Informationen über unsere Einrichtung.

**Die Umsetzung dieses Leitbildes ins tägliche Leben ist unser gemeinsames Ziel.**



## Inhaltsverzeichnis

### Begriffserläuterungen

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Einleitung</b>                            | <b>6</b>  |
| <b>2. Ziele</b>                                 | <b>6</b>  |
| <b>3. Grundlagen</b>                            | <b>7</b>  |
| <b>4. Schnittstellenmanagement</b>              | <b>7</b>  |
| <b>5. Bewohnerorientierte Speiserversorgung</b> | <b>8</b>  |
| 5.1 Altersgerechte Ernährung                    | 8         |
| 5.2 Zerkleinerungsformen                        | 8         |
| 5.3 Diäten                                      | 9         |
| 5.4 Nährwertberechnungen                        | 9         |
| 5.5 Versorgung bei Demenzkranken                | 10        |
| 5.6 Mangelernährung                             | 11        |
| 5.7 Kostkarten, Wahlmöglichkeiten, Wunschkost   | 12        |
| 5.8 Biographiearbeit                            | 13        |
| 5.9 Ess- & Tischkultur                          | 13        |
| <b>6. Speiseplanung</b>                         | <b>13</b> |
| <b>7. Mahlzeiten im Tagesverlauf</b>            | <b>14</b> |
| 7.1 Frühstück                                   | 14        |
| 7.2 Zwischenmahlzeiten                          | 15        |
| 7.3 Mittagessen                                 | 16        |
| 7.4 Abendessen                                  | 17        |
| 7.5 Spätmahlzeit                                | 18        |
| 7.6 Getränkeversorgung                          | 18        |
| 7.7 24 Stunden Versorgung                       | 19        |
| 7.8 Tagesbestellung                             | 19        |
| 7.9 Gästeessen                                  | 20        |



|   |           |
|---|-----------|
| <b>8. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung .....</b> | <b>20</b> |
| 8.1 Notwendigkeit künstlicher Ernährung .....                   | 20        |
| 8.2 Formen der künstlichen Ernährung .....                      | 20        |
| 8.3 Entscheidungsweg .....                                      | 21        |
| 8.4 Wer entscheidet? .....                                      | 21        |
| 8.5 Entscheidungsgrundlagen .....                               | 22        |
| 8.6 Entscheidungsfindung .....                                  | 23        |
| 8.7 Zusammenfassung .....                                       | 27        |
| <b>9. Struktur .....</b>  | <b>27</b> |
| 9.1 Räumliche Ausstattung .....                                 | 27        |
| 9.2 Personelle Besetzung .....                                  | 27        |
| 9.3 Materielle Ausstattung.....                                 | 28        |
| <b>10. Qualitätssicherung .....</b>                             | <b>28</b> |
| 10.1 HACCP (Hazard Analysis Critical Control Points) .....      | 28        |
| 10.2 Pflegedokumentation .....                                  | 29        |
| 10.3 Beschwerdemanagement.....                                  | 29        |
| 10.4 Internes Audits .....                                      | 29        |
| <b>11. Zusammenfassung .....</b>                                | <b>29</b> |



## Begriffserläuterungen

### **Audits:**

(von lat. „Anhörung“) Untersuchungsverfahren, die dazu dienen, Prozesse hinsichtlich der Erfüllung von Anforderungen und Richtlinien zu bewerten.

### **Body Mass Index:**

Auch *Körpermasseindex (KMI)*, ist eine Maßzahl für die Bewertung des Körpergewichts eines Menschen.

### **Dehydration:**

Gesteigerte Abnahme der Körperflüssigkeit aufgrund von ungenügender Flüssigkeitsaufnahme

### Empfehlungen der **Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE):**

Durch Ernährungsaufklärung und Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und -erziehung fördert die DGE die vollwertige Ernährung, sichert deren Qualität und leistet dadurch einen Beitrag für die Gesundheit der Bevölkerung. Anhand wissenschaftlicher Bewertung gibt die DGE Empfehlungen.

### **Finger-Food:**

Nahrungsmittel die ohne Besteck und Geschirr mit der Hand gegessen werden können.

### **HACCP (Hazard Analysis Critical Control Points):**

Gefährdungsanalyse und kritische Lenkungspunkte; es ist ein vorbeugendes System, das die Sicherheit von Lebensmitteln und Verbrauchern gewährleisten soll.

### **Kernleistung:**

Hauptaufgabe die ein Unternehmen erbringt und wofür das Unternehmen entstanden ist.

### **MDK:**

Medizinischer Dienst der Krankenkassen berät die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Fragen der allgemeinen medizinischen und pflegerischen Versorgung und begutachtet im Einzelfall.

### **MDS:**

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. Aufgaben: Beratung des Spitzenverbandes und Koordination der Medizinischen Dienste.

### **StmAS:**

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

### **PEG:**

Magensonde durch die Bauchdecke



## 1. Einleitung

Nicht nur im ansteigenden Alter spielt die richtige Ernährung eine besondere Rolle. Für die Erhaltung der körperlichen Fitness und Gesundheit ist eine richtige, ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung in nahezu allen Lebensphasen von großer Bedeutung. Die Ernährung muss jedoch umso differenzierter unter die Lupe genommen werden, je älter man wird. Der Körper ist im Alter schließlich vollkommen anderen Veränderungen ausgesetzt als während der Wachstumsphase im Jugendalter.

In unserer Einrichtung wird sehr auf eine ausgewogene, vitamin- und mineralstoffreiche Ernährung geachtet. Im zunehmenden Alter benötigt der Körper eine höhere Menge an lebenswichtigen Nährstoffen, um leistungsfähig und aktiv zu bleiben. Jedoch wird individuell bei jedem Bewohner auch auf Wünsche und Abneigungen eingegangen, um seine Zufriedenheit zu gewährleisten.

## 2. Ziele

Unsere Zielgruppe sind rüstige und pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner, die häufig an verschiedenen Grunderkrankungen leiden. Im Verlauf ihres Lebens haben die Meisten individuelle Vorlieben und Abneigungen entwickelt, die teilweise sehr ausgeprägt und tief verwurzelt sind.

Für die meisten Bewohnerinnen und Bewohner haben die täglichen Mahlzeiten einen hohen Stellenwert und tragen wesentlich zur Strukturierung des Alltags bei.

Das Frühstück, Mittagessen, Nachmittagskaffee und Abendessen wird zu den üblichen Essenszeiten angeboten. Dabei werden persönliche Lebensgewohnheiten unter Berücksichtigung der Biographie einbezogen.

Ziel der Verpflegung unserer Bewohnerinnen und Bewohner ist eine gesunde, bekömmliche und altersgerechte Ernährung, die den hygienischen und sensorischen Erfordernissen entspricht.



### 3. Grundlagen

Unser Ernährungskonzept basiert auf gesetzlichen Vorgaben, Richtlinien, Normen und Erfahrungswerten. Besonders einbezogen sind die MDS-Grundsatzstellungnahme Ernährung, die MDK-Prüfrichtlinien, der Prüfleitfaden des StmAS, die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), der nationale Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, der Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses zur Künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, neueste wissenschaftliche Erkenntnisse aus Forschung und Lehre, die in Fortbildungen und Fachzeitschriften veröffentlicht werden. Bei internen Audits und regelmäßigen Teamgesprächen werden die Erfahrungswerte unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufgenommen und in das Konzept mit eingearbeitet.

### 4. Schnittstellenmanagement

Ernährung und Flüssigkeitsversorgung unserer Bewohnerinnen und Bewohner ist eine Kernleistung unseres Hauses. Als solches sind alle Dienstbereiche direkt (Pflege, Küche, Sozialer Dienst) oder indirekt (Verwaltung, Hauswirtschaft, Haustechnik) an der Erbringung dieser Leistung beteiligt. Deshalb ist die Speisenversorgung oft zentrales Thema in den Team-besprechungen. Schnittstellen werden hier abgestimmt, Veränderungen benannt und entsprechende Reaktionen gemeinsam besprochen und umgesetzt.

Anhand von Prozessbeschreibungen sind die Abläufe der Speisenversorgung beschrieben und strukturiert.

Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist bewusst, dass eine qualitativ hochwertige Speisenversorgung nur in Verbindung mit einer sehr guten Zusammenarbeit möglich ist.



## 5. Bewohnerorientierte Speisenversorgung

### 5.1 Altersgerechte Ernährung

Bei der altersgerechten Speisenversorgung sind die 10 Regeln für gesunde Ernährung, der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), eine wichtige Grundlage.

Eine altersgerechte Ernährung berücksichtigt den veränderten Grundumsatz der benötigten Energie. Da dieser Verbrauchssatz im Alter geringer ist, achten wir auf die Verwendung von fettarmen Lebensmitteln, sowie fettarmen Garmethoden.

### 5.2 Zerkleinerungsformen

Bewohnerinnen und Bewohner, die unter Kau- und/oder Schluckstörungen oder körperlichen Beeinträchtigungen wie zum Beispiel einer eingeschränkten Motorik der Hände leiden, bekommen ihre Speisen in der entsprechenden Zerkleinerungsform gereicht.

Genauere Angaben bezüglich der Zerkleinerungsformen sind auf den Kostkarten vermerkt. Die Darreichungsform kann individuell auf die momentane Ernährungssituation des Einzelnen abgestimmt werden.

Die einzelnen Zerkleinerungsarten werden wie folgt angeboten:

Bewohnerinnen und Bewohner, die ihre Speisen nicht mehr selbst schneiden können bzw. die Kaustörungen aufzeigen, bekommen geschnittene Kost. Diese Speisen werden in der Großküche in mundgerechte Stücke geschnitten. Neben Halbieren und Vierteln der Brote, können weitere Schnittgrößen aufgezeigt werden, welche individuell auf den Kostkarten aufgezeichnet werden.

Haschierte Kost, bei der ganze Fleischstücke durch den Fleischwolf gedreht werden, wird bei Bewohnerinnen und Bewohner, die Fleisch schlecht kauen können ansonsten aber keine Kaustörungen aufzeigen, angewandt.

Passierte Kost, deren Konsistenz von dünnflüssig bis stark eingedickt variiert, wird bei allen Speisen für Bewohnerinnen und Bewohner mit starken Kaustörungen und Schluckbeschwerden angeboten.





### 5.3 Diäten

Essen und Trinken nach Herzenslust steht bei unserer heutigen Bewohnergeneration im Vordergrund. Diäten bedeuten jedoch oftmals „Verzicht“.

Neben den notwendigen fachlichen Kenntnissen der Pflege- und Küchenmitarbeiterinnen und -mitarbeitern ist eine gewisse Beratungsfähigkeit und Sensibilität im Umgang mit unseren diätbedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern äußerst wichtig.

Im Wochenspeiseplan werden täglich neben zwei Vollkostmenüs eine leichte Vollkost und eine diabetikergeeignete Kost angeboten. Als Diäten werden zusätzlich, salzreduzierte, fettreduzierte, cholesterinreduzierte sowie purinreduzierte Kost in Abwandlung der Vollkostmenüs angeboten.

Die einzelnen Diätmenüs werden in Absprache zwischen Bewohner, Pflegedienst und Arzt ausgewählt.

Erläuterungen zu den einzelnen Krankheitsbildern und den dafür empfohlenen Diäten sind im hausinternen Diätordner niedergeschrieben.

Berechnungen zu verschiedenen Bedarfsdeckungen und zur Ermittlung des BMI sind ebenfalls im Ordner hinterlegt.

### 5.4 Nährwertberechnungen

Zu allen einzelnen Lebensmitteln bzw. Gerichten, die in unserer Einrichtung zubereitet werden liegen abgestimmte Nährwertberechnungen vor, die mit einer anerkannten Diätassistentin ausgearbeitet wurden.

Diese Nährwertberechnungen dienen als Grundlage zur Erstellung der Speisepläne für Sonderkostformen und zur Ermittlung der Broteinheiten bei der Versorgung von Diabetikern. Ebenso dienen sie zur internen Qualitätskontrolle im Hinblick auf gültige Ernährungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, sowie zur Orientierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Bewohnerinnen und Bewohner.



## 5.5 Versorgung bei Demenzkranken

Im Vordergrund bei der Versorgung demenzkranker Bewohnerinnen und Bewohner steht ein möglichst selbstständiges ausreichendes Essen und Trinken. Die Berücksichtigung der persönlichen Vorlieben und Abneigungen gehört zu den wichtigsten Faktoren bei der professionellen Versorgung der betroffenen Menschen. Hierzu gehören zum Beispiel Süßspeisen, im täglichen Speiseplan, da diese von Demenzkranken oft bevorzugt werden. Eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme stellt sicher, dass die Bewohnerinnen und Bewohner nicht dehydrieren.

Gerade um der persönlichen Individualität Rechnung zu tragen, kann nicht immer an starren Essenszeiten festgehalten werden. Es stehen Tag und Nacht reichlich Zwischenmahlzeiten zur Verfügung. Demente können also selbst entscheiden, zu welcher Uhrzeit sie Essen möchten.

Um die Selbstständigkeit weitgehend zu erhalten wird auch das Essen mit den Fingern zugelassen. Gerade für unruhige Bewohnerinnen und Bewohner, die ständig hin und her laufen, wird regelmäßig Finger-Food bereitgestellt oder in die Hand gegeben, welches dann unterwegs verzehrt werden kann.

Das Essen wird möglichst in einer Tischgemeinschaft zusammen mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern eingenommen. Alternativ kann der Einzelne je nach Wunsch seine Mahlzeit auch im Zimmer oder an von ihm bevorzugten Orten wie z.B. im Eingangsbereich oder am „Dorfplatz“ verzehren. Abweichende Verhaltensweisen sind auf jeden Fall zugelassen.



## 5.6 Mangelernährung

Besonders pflegebedürftige Menschen können häufig nicht ausreichend essen, da zu fehlendem Hunger und allgemeiner Appetitlosigkeit möglicherweise noch Kau- und Schluckstörungen hinzukommen.

Eine gute Beobachtung unserer Bewohnerinnen und Bewohner, ein individuelles Speisenangebot, spezielle Diäten und Hilfe beim Essen sind eine wichtige Grundlage zur Vorbeugung einer Mangelernährung.

Zur Überwachung des Ernährungszustandes werden regelmäßige Gewichtskontrollen vom Pflegepersonal durchgeführt und dokumentiert. Bei auffallenden Gewichtsschwankungen werden die Gewichtskontrollen zur besseren Übersicht häufiger durchgeführt.

Ermittlungen des Body Mass Index bei pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner erfolgen einmal monatlich durch die Pflegekräfte, um den Ernährungszustand festzustellen und bei Bedarf angemessen reagieren zu können.

Liegt der Body Mass Index im unteren Grenzbereich, wird die Nahrung mit Energie und ggf. mit Kohlenhydraten oder Eiweiß angereichert. Bei einem zu niedrigem Body Mass Index wird zudem hochkalorische Trinknahrung angeboten. Für Bewohnerinnen und Bewohner, die diese Trinknahrung nicht vom Arzt verordnet bekommen, wird sie von der Einrichtung gestellt.



## 5.7 Kostkarten, Wahlmöglichkeiten, Wunschkost

Für jede Bewohnerin und jeden Bewohner unserer Einrichtung werden erstmalig beim Einzug Kostkarten für die einzelnen Mahlzeiten angelegt. Mit diesen Kostkarten werden individuelle Essenswünsche erfasst.

Verantwortlich für das Ausfüllen der Karten sind die Pflegefachkräfte. Bei Veränderungen der Essensgewohnheiten oder des Bedarfes werden diese überprüft und ggf. von den Pflegekräften neu verfasst.

Die Kostkarten zu den einzelnen Kostformen werden mittels Farben unterschieden. Blaue Kostkarten stehen für Vollkost, gelbe Kostkarten für leichte Vollkost und orange Kostkarten für diabetesgerechte Kost.

Die individuellen Zerkleinerungsformen sind auf der Karte anzugeben. Diätformen können ebenfalls vermerkt werden.

Nach diesen Kostkarten wird jeden Tag das Essen für unsere Bewohnerinnen und Bewohner vorbereitet.

Mobilen Bewohnerinnen und Bewohnern ist es möglich ihr Frühstück im Speisesaal einzunehmen. Hier können sie sich am Frühstücksbuffet ihre Speisen täglich individuell zusammenstellen.

Pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner bekommen ihr Frühstück nach den Kostkarten vom Küchenpersonal auf Tablett gerichtet.

Jede Bewohnerin und jeder Bewohner kann sein Mittagessen, sofern er nicht an eine Diät gebunden ist, von Montag bis Freitag zwischen zwei Vollkostmenüs wählen. Im Speisesaal erfolgt dies mit Unterstützung der Küchenmitarbeiterinnen. Bei der Auswahl des zweiten Menüs werden Büroklammern an den Kostkarten befestigt. Änderungen sind täglich über das Küchenpersonal möglich.

Wer sein Mittagessen auf den Wohnbereichen zu sich nehmen möchte, kann anhand des Wochenspeiseplanes die Menüs wählen oder die Bestellung telefonisch bzw. über das Pflegepersonal an die Küche melden.

Wird vom Arzt eine Sonderkostform verordnet, kann, wenn aus ernährungsphysiologischer Sicht nichts dagegen spricht, eingeschränkt gewählt werden.

Das Abendessen können sich mobile Bewohnerinnen und Bewohner bereits beim Mittagessen an der Abendbrotvitrine selbst zusammenstellen.

Das Abendessen auf den Wohnbereichen wird vom Küchenpersonal über die Kostkarten auf Tablett gerichtet. Zusätzlich kann vom Abendessenplan gewählt werden. Auch hier besteht jederzeit die Möglichkeit Änderungen telefonisch oder über das Pflegepersonal in der Küche zu melden.



## 5.8 Biographiearbeit

Mit Hilfe der Biographiearbeit werden die Ernährungs- und Flüssigkeitsgewohnheiten erfasst und vom Pflegepersonal besprochen. An Hand dieser Informationen können die Pflegekräfte die Kostkarten individuell nach Vorlieben und Abneigungen des Bewohners ausfüllen. Wenn sich im Hinblick auf die Ernährungssituation Änderungen ergeben, werden diese umgehend dokumentiert und die Kostkarten neu erstellt.

## 5.9 Ess- & Tischkultur

Auf die Ess- und Tischkultur wird in unserer Einrichtung großer Wert gelegt. Gemeinsames Essen in den Gemeinschaftsräumen dient zur Aufrechterhaltung des Gemeinschaftsgefühls und des Miteinanders.

Die Tische werden ansprechend gedeckt, ggf. auch mit dem persönlichen Geschirr. Zudem liegt auf jedem Tablett oder Platz im Speisesaal und in den Wohnbereichen eine Serviette und ein vollständiges Besteckset.

## 6. Speiseplanung

Die Speisepläne wurden in Zusammenarbeit mit einer Diätassistentin ausgearbeitet. Die Gerichte sind abwechslungsreich, nach den Vorlieben unserer Bewohnerinnen und Bewohner, unter Berücksichtigung der Jahreszeiten und nach den Festen im Jahresverlauf gestaltet.

Die Speisenplanung umfasst ein Quartal und wiederholt sich somit alle 13 Wochen.

Der Heimbeirat unserer Einrichtung wird regelmäßig in die Speisenplanung mit einbezogen und kann somit jederzeit Wünsche und Anregungen von Bewohnerinnen und Bewohner einbringen.

In Absprache mit dem Heimbeirat wurde unser Speiseplan in der Schriftart Arial, Schriftgröße 14 gestaltet.

Die Speisepläne werden von Mitarbeiterinnen der Verwaltung auf DIN A-3 kopiert und auf jedem Stockwerk verteilt. Diese werden so angebracht, dass sie auch für Rollstuhlfahrer gut lesbar sind. Auf Wunsch werden die Speisepläne auch an die Bewohnerinnen und Bewohner ausgehändigt. Ebenso liegen Exemplare zum Mitnehmen im Speisesaal aus.



Mehrmals jährlich gibt es in unserer Einrichtung eine Spezialitätenwoche wie z.B. die Spargel-Woche. Diese richtet sich nach der Saison der Lebensmittel und mittelfränkischen Tradition. Ebenso werden die Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner, durch das Mitwirken des Heimbeirates, in die Auswahl des Themas einbezogen.

Unter Einbeziehen des Jahreskreises werden die festlichen Höhepunkte in unserer Einrichtung jedes Jahr gefeiert.

So werden auf den Wohnbereichen und im Speisesaal z.B. ein Oster- und Weihnachtsfrühstück vorbereitet. Diese dienen zum Gemeinschaftsgefühl und Miteinander der Bewohnerinnen und Bewohner an solch festlichen Jahrestagen.

Begleitet vom ganzen Personal unserer Einrichtung werden solche festlichen Höhepunkte geplant, vorbereitet und durchgeführt.

## **7. Mahlzeiten im Tagesverlauf**

### **7.1 Frühstück**

Das Frühstück im Speisesaal wird täglich von 7.30 Uhr bis 9.00 Uhr angeboten.

Damit die Bewohnerinnen und Bewohner täglich nach ihrem Geschmack individuell variieren und frei Auswählen können, wird das Frühstück in Buffetform angerichtet.

Die tägliche Auswahl umfasst verschiedene Arten von Brot (wie Schwarz-, Toast-, Vollkorn- und Knäckebrötchen), sowie frisch getoastetes Toastbrot, Kaiser- bzw. Vollkornsemmeln und Zopf.

Es werden verschiedene Brotaufstriche (wie Butter, Halbfett-Margarine, Marmelade, Gelee usw.) bereitgestellt.

Ebenso stehen zwei verschiedene Wurst-, sowie Käsesorten, davon jeweils eine Sorte fettarm, zur Verfügung.



Zusätzlich wird nach Wochentagen am Buffet folgendes angeboten:

- Montags: angerührter Quark,
- Dienstags: Rühreier
- Mittwochs: Gebäck
- Donnerstags: Frischkornmüsli, Honig
- Freitags: hart gekochte Eier
- Samstags: Joghurt, Haferflocken oder Cornflakes
- Sonntags: Kuchen

Das Frühstück auf den Wohnbereichen wird individuell, entsprechend der Kostkarten auf Tablets, nach gültigem Standard, zentral von den Küchenmitarbeiterinnen und –mitarbeitern gerichtet. Hierbei wird auf übersichtliches und appetitliches Anrichten und Garnieren sehr geachtet. Die Verteilung erfolgt zwischen 8.00 Uhr und 8.30 Uhr durch das Pflegepersonal.

## 7.2 Zwischenmahlzeiten

Im Rahmen der Regelleistung bekommen Pflegebedürftige und Diabetiker Zwischenmahlzeiten bereitgestellt.

Von den Küchenmitarbeiterinnen und -mitarbeitern werden die Zwischenmahlzeiten nach gültigem Standard vorbereitet und auf die Wohnbereiche gebracht.

Auch bei den Zwischenmahlzeiten werden die Vorlieben und Abneigungen der Bewohnerinnen und Bewohner berücksichtigt.

Die 1. Zwischenmahlzeit wird vom Pflegepersonal zwischen 10.00 Uhr und 10.30 Uhr verteilt. Hier bieten wir im Plan Joghurt, angerührten Quark, Buttermilch, Milchmixgetränke, warmen Kakao, Obst, Obstsalat, Cremes, pikantes Gebäck, Pudding und Müsli im Wechsel an.

Die 2. Zwischenmahlzeit beinhaltet je nach Plan verschiedenes süßes Gebäck, Kuchen und Fruchtschnitten und wird ebenfalls vom Pflegepersonal ausgegeben. Die Verteilung erfolgt von 14.30 Uhr bis 15.00 Uhr.



### 7.3 Mittagessen

Die Ausgabe des Mittagessens findet im Speisesaal von 12.00 Uhr bis 13.00 Uhr statt.

Auf den Wohnbereichen wird es mittels Wärmewagen im Zeitraum von 11.30 Uhr bis 12.30 Uhr verteilt.

Das Mittagessen nimmt von allen Mahlzeiten bei unseren Bewohnerinnen und Bewohnern den höchsten Stellenwert ein.

Von Montag bis Freitag werden zwei Vollkostmenüs und ein leichtes Vollkostmenue angeboten.

Im Wochenverlauf wird im ersten Vollkostmenü darauf geachtet, dass ein fleischloses bzw. fleischarmes Gericht, drei bis viermal Fleisch, einmal Fisch und ein Eintopfgericht die Grundlage darstellt. Das Zweite der beiden Menüs wird in Form einer Süßspeise angeboten. Am Wochenende stehen ein Vollkostmenü und daraus die Abwandlung leichte Vollkost zur Wahl.

Täglich (bis auf Samstag) werden im Wechsel gebundene und klare Suppen angeboten. Zwei bis dreimal wöchentlich steht ein Salatbuffet mit mindestens drei bis vier frischen Salaten und einem gekochten Salat, dazu zwei verschiedene Dressings zur Verfügung. Zwei bis dreimal wöchentlich steht saisongemäßes Gemüse bereit. Änderungen nach Saison oder Bedarf sind dabei vorbehalten.

Möchte eine Bewohnerin oder ein Bewohner für einen Tag an seiner Speisenfolge Änderungen vornehmen, kann dies telefonisch oder persönlich täglich bis 10.00 Uhr beim Küchenpersonal geschehen.





## 7.4 Abendessen

Die Ausgabe des Abendessens im Speisesaal findet täglich vor und nach dem Mittagessen statt. Bewohnerinnen und Bewohner, die ihr Abendessen selbst zubereiten, können sich hier an der Abendbrotvitrine ihr Essen frei wählen, mit auf die Zimmer nehmen und bis zum Verzehr in ihren persönlichen Kühlschrankschächern aufbewahren.

Es werden qualitativ hochwertige und abwechslungsreiche Lebensmittel und Speisen angeboten.

Zu der Auswahl an verschiedenen Broten und Semmeln (Schwarz-, Toast-, Vollkornbrot, Kaiser- und Vollkornsemmeln) gibt es Aufstriche, wie Butter, Halbfettmargarine, sowie mindestens vier verschiedene Wurst- und Käsesorten (eine davon fettarm).

Ebenso bieten wir Frischmilch, Natur- und Fruchtbuttermilch an. Weitere Milchprodukte sind Fruchtjoghurt, Naturjoghurt, Joghurt mit Zuckeraustauschstoff bzw. Süßstoff.

Zudem können sich die Bewohnerinnen und Bewohner bei uns neben Gemüse (wie Essiggurken, Tomaten usw.) auch frisches Obst mitnehmen.

Das zusätzliche Angebot ist im Abendessensplan angegeben. Hier werden Gemüsesalate, Feinkostsalate, Schinken- bzw. Pastetenaufschnitt oder Hausmacher Wurstwaren geboten. Des Weiteren gibt es Fischkonserven, pikantes Gebäck oder Schnitten und Häppchen, ebenso wie gekochte Eier. Auch warme Speisen werden angeboten.

Die Auswahl wird den Bewohnerinnen und Bewohner durch übersichtliches und appetitliches Anrichten und Darstellen der Speisen und Lebensmittel erleichtert.

Für jede Bewohnerin und jeden Bewohner steht eine eigene Brotdose bereit, die ein umweltbewusstes Einpacken der Speisen ermöglicht.

Für die Bewohnerinnen und Bewohner die ihr Abendessen nicht von der Abendbrotvitrine mitnehmen, wird das Abendessen individuell nach gültigem Standard zentral von den Küchenmitarbeiterinnen und Küchenmitarbeitern anhand der Kostkarten auf Tablett angerichtet.

Zwischen 18.00 Uhr und 18.30 Uhr wird das Abendessen vom Pflegepersonal verteilt.



## 7.5 Spätmahlzeit

Die Spätmahlzeiten werden vom Küchenpersonal gerichtet und mit dem Abendessenwagen auf die Wohnbereiche gebracht.

Die Ausgabe erfolgt durch das Pflegepersonal zwischen 20.30 Uhr und 22.00 Uhr.

## 7.6 Getränkeversorgung

Um eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr zu gewährleisten, wird darauf geachtet, dass rund um die Uhr Getränke zur Verfügung stehen.

Das tägliche Getränkeangebot beinhaltet neben verschiedenen Sorten Tee und Wasser auch verschiedene Fruchtsäfte und auf Wunsch auch Bier und Zitronenlimonade. An Sonn- und Feiertagen Wein und Weinschorle.

Beim Frühstück stehen zusätzlich noch warme Getränke wie Kaffee, Tee, heiße Milch oder Kakao, sowie auch kalte Milch und Kakao zur Auswahl.

Die ausgewählten Getränke werden in Thermoskannen bewohnerbezogen serviert.

Mittags werden die Getränke im Speisesaal in Krügen zum Selbstbedienen angeboten. Neben Wasser, Saft und Saftschorle umfasst das Angebot noch Zitronenlimonade, Bier und Radler, sowie Tee auf persönlichen Wunsch.

Die Betreuung der Getränkeausgabe erfolgt durch eine Mitarbeiterin der Küche.

Bewohnerinnen und Bewohner, die ihr Abendessen an der Abendbrotvitrine erhalten, bekommen täglich von der Küche frischen Tee in Thermoskannen auf die Wohnbereiche gebracht.

Für Pflegebedürftige werden die Getränke vom Pflegepersonal entsprechend verteilt.

Die Flüssigkeitszufuhr bei pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner mit einem Dehydrationsrisiko, wird täglich in Form von Trinkprotokollen dokumentiert. So kann eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme sichergestellt werden.

Die Getränke zu den einzelnen Mahlzeiten sind für alle Bewohnerinnen und Bewohner kostenfrei. Bei pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern sind die gesamten Getränke im Pflegesatz enthalten.

Rüstige Bewohnerinnen und Bewohner bestellen ihre Getränke auf Wunsch in der Verwaltung. Anschließend werden die Bestellungen an den hauseigenen Getränkelieferservice der Haustechnik weitergeleitet.



Die Lieferung erfolgt wöchentlich immer donnerstags. Die Abrechnung kann unmittelbar bei der Auslieferung oder über das Bewohnerkonto erfolgen.

### **7.7 24 Stunden Versorgung**

Unser Ernährungskonzept sieht vor, dass pflegebedürftigen, insbesondere demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohnern Speisen und Getränken **rund um die Uhr** angeboten werden.

Um zu lange Abstände zwischen den einzelnen Mahlzeiten zu vermeiden, wurde eine genaue Regelung über die Essenszeiten verfasst und in den Wohnbereichen immer Speisen vorgehalten.

So kann die gesetzliche Regelung, dass zwischen der letzten Mahlzeit am Abend und dem Frühstück nicht mehr als 12 Stunden vergehen, eingehalten werden. Bei Diabetikern verkürzt sich der Zeitrahmen auf maximal 10 Stunden.

### **7.8 Tagesbestellungen**

Der tägliche Bedarf an Lebens- und Haushaltsverbrauchsmitteln der Wohnbereiche erfolgt individuell anhand einer Tagesbestellung.

Täglich werden die Bestellungen vom Pflegepersonal für den Folgetag bis 19.00 Uhr in der Küche abgegeben.

Anhand der Bestellformulare wird der Bedarf an Zwischen- und Spätmahlzeiten vermerkt. Ebenso werden die Lebensmittel und kalte Getränke bestellt.

Des Weiteren wird über die Tagesbestellung gemeldet, welche Bewohnerinnen und Bewohner in den Präsenzgruppen ihre Mahlzeiten einnehmen und welche Lebensmittel benötigt werden, da hier kein Tablettssystem erforderlich ist.

Außerdem enthält das Formular die Kategorie therapeutische Hilfsmittel sowie Haushaltsverbrauchsmittel, die bei Bedarf angefordert werden können.

Die Bestellungen werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unserer Zentralküche zusammengestellt und auf den einzelnen Wohnbereichen verteilt.



Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter, Praktikantinnen und Praktikanten, bestellen ihre Mahlzeiten ebenfalls über das Tagesbestellformular. Das Personalessen kann im Speisesaal zwischen 12:30 Uhr und 13:00 Uhr eingenommen werden. Die Auswahl des Mittagessens erfolgt über den Speiseplan.

## **7.9 Gästeessen**

Für Gäste und Besucher, bieten wir zu den allgemeinen Essenszeiten ein Gästeessen an.

Das Verzehren der Speisen kann je nach Wunsch im Speisesaal oder auf dem Zimmer erfolgen.

Für das Gästeessen wird von der Verwaltung ein Unkostenbeitrag verrechnet.

## **8. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

(Auszüge aus dem Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses)

### **8.1 Notwendigkeit künstlicher Ernährung**

Eine künstliche Ernährung ist grundsätzlich immer dann in Betracht zu ziehen, wenn ein Mensch keine Nahrung auf natürlichem Wege mehr zu sich nehmen kann. In diesem Fall ist das Überleben davon abhängig, dass dem Betroffenen mittels Methoden der modernen Medizin in ausreichendem Maß Flüssigkeit und Nährstoffe zugeführt werden. Eine künstliche Ernährung soll, soweit es seine Erkrankung zulässt, sein Überleben sichern und zu seiner Lebensqualität beitragen.

Es gibt aber auch Krankheiten und Situationen, in denen die künstliche Ernährung dem betroffenen Menschen keinen Vorteil bringt, sondern zur Belastung wird oder auch seinem Willen widerspricht. Dies gilt regelhaft für Menschen im Sterbeprozess.

### **8.2 Formen der künstlichen Ernährung**

#### **a) Infusionen**

Infusionen sind jederzeit durchführbar. Bei intravenösen Infusionen handelt es sich um eine ärztliche Maßnahme, die in der Regel nur für kurze Dauer möglich ist.



Eine Sonderstellung nimmt die subkutane Infusion ein. Hierbei kann Flüssigkeit mittels einer kleinen Infusionsnadel unter die Haut gegeben werden und so ein Flüssigkeitsmangel ausgeglichen werden.

### **b) Verschiedene Formen der Sondenernährung („Magensonden“)**

Bei der Sondenernährung wird verflüssigte Nahrung direkt in den Magen oder Darm verabreicht, was der natürlichen Ernährung am nächsten kommt. Die häufigste Form ist die sogenannte „PEG-Sonde.“

## **8.3 Entscheidungsweg**

Vor der Entscheidung über eine künstliche Ernährung müssen Alternativen mit der Frage, ob nicht doch noch eine natürliche Ernährung ermöglicht werden kann, geprüft werden:

- Kann ein speziell zubereitetes Essen, zum Beispiel in pürierter Form, aufgenommen werden?
- Kann die Unterstützung beim Essen und Trinken durch eine andere Person eine ausreichende Ernährung ermöglichen?
- Bestehen Zahnschmerzen oder Entzündungen im Mundbereich, gegebenenfalls verursacht durch eine schlecht sitzende Zahnprothese?
- Kann mit gezieltem Schlucktraining durch einen Therapeuten die Fähigkeit, zu essen, wiederhergestellt werden?
- Kann bei psychischer Erkrankung durch zusätzliche nervenärztliche Behandlung eventuell das Interesse am Essen wieder geweckt werden?

Von besonderer Wichtigkeit ist dabei allerdings der Zeitfaktor. Eine genaue Einschätzung und Beobachtung der gesamten Krankheitsentwicklung ist erforderlich, um zu ermessen, wie viel Zeit zum Beschreiten alternativer Wege verbleibt, bevor eine bedrohliche Unterernährung eintritt.

## **8.4 Wer entscheidet?**

Grundsätzlich entscheidet ein Mensch selbst über die Durchführung oder Nichtdurchführung von Behandlungen. Viele Erkrankungen setzen einen Menschen allerdings außer Stande, selber aktiv an der Entscheidung mitzuwirken. Dies ist der Fall, wenn er vorübergehend oder auch dauerhaft nicht in der Lage ist, sich zu äußern oder die Konsequenzen der Entscheidung zu ermessen. Dann muss ein gesetzlicher Vertreter für ihn entscheiden.



## 8.5 Entscheidungsgrundlagen

Ausschlaggebend für die Entscheidung über künstliche Ernährung sind die medizinische Einschätzung (Indikation) und der Wille der oder des Betroffenen.

Es stellt sich zunächst die Frage, welchen Nutzen oder Schaden die oder der Betroffene von dieser Maßnahme zu erwarten hat.

- Kann sie oder er eine Verlängerung der Lebenserwartung oder der subjektiv empfundenen Lebensqualität erhoffen?
- Ist zu erwarten, dass die Sondenernährung zusätzliches Leiden bereiten wird, wie es häufig bei Sterbenden zu beobachten ist?
- Würde die Ernährung den Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen erfordern, damit die oder der Betroffene sich die Sonde nicht im Zustand geistiger Verwirrung herausreißen kann? Würden ihr bzw. ihm dadurch zusätzlich Ängste und Schmerzen verursacht?

**Die Entscheidung für oder gegen eine künstliche Ernährung sollte nach der Prüfung von Alternativen bewusst und gemeinsam gefällt und dokumentiert werden.**

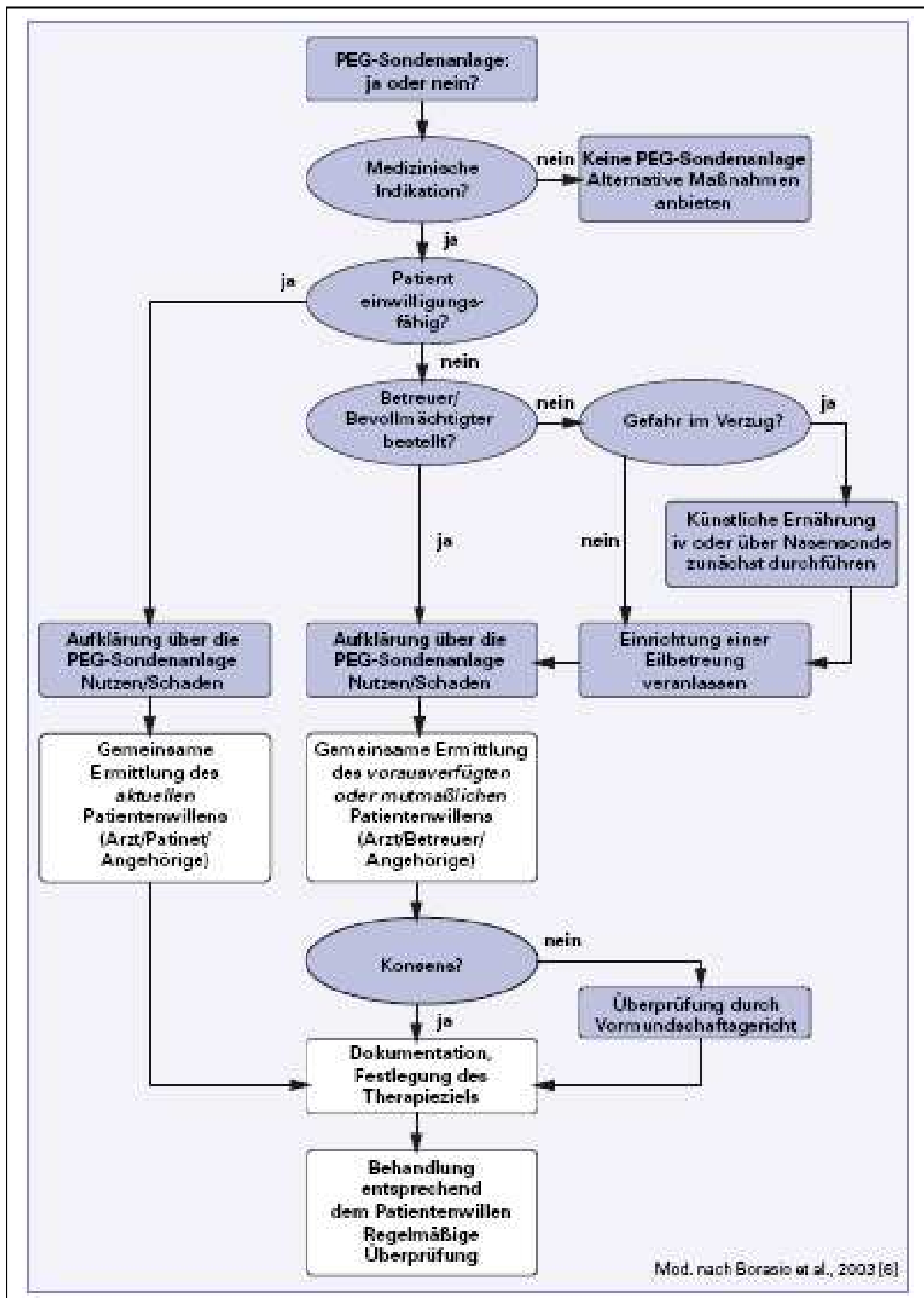
Die Betroffenen oder ihre gesetzlichen Vertreter müssen gemeinsam mit den behandelnden Ärzten eine Entscheidung treffen. Das pflegende Umfeld ist in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen.

**Persönliche Wertvorstellungen, religiöse Anschauungen und ethische Prinzipien beeinflussen die Entscheidung für oder gegen eine künstliche Ernährung maßgeblich. Daher gibt es keine Patentlösung, sondern immer nur eine, welche nach Abwägung aller Erkenntnisse dem Willen der Betroffenen entspricht.**

Die Entscheidung für oder gegen eine künstliche Ernährung ist nicht der Endpunkt. Die Bemühungen um die natürliche Nahrungsaufnahme, evtl. auch in kleinsten Mengen, sollten unter Berücksichtigung der Ursache nicht nachlassen. Auch bei einer PEG-Sonde können, sofern durch den behandelnden Arzt gestattet, sehr wohl noch Speisen oder Getränke angeboten werden.

So kann allein der Geschmack der Lieblingsspeise oder eines Getränkes auch bei einer weit fortgeschrittenen Demenz mit Schluckstörung für den betroffenen Menschen eine angenehme Empfindung darstellen.

## 8.6 Entscheidungsfindung





## **Erläuterungen zum Flussdiagramm**

### **Feststellung – PEG-Sondenanlage „JA“ oder „NEIN“:**

Die Patientin oder der Patient ist mangelernährt und/oder lehnt die Nahrungsaufnahme ab. Vor der PEG-Sondenanlage ist auszuschließen, dass behebbare Ursachen, wie z.B. Depression, Schmerzen, Krankheiten des Verdauungstraktes oder Übelkeit für die beschriebene Ernährungssituation verantwortlich sind. Demnach sind zuvor alternative Behandlungsstrategien auszuschöpfen. Der Entscheidungsprozess hinsichtlich der Anlage einer PEG-Sonde beinhaltet eine Einzelfallprüfung der medizinischen Indikation, die Betrachtung der Lebens- und Krankheitssituation und der persönlichen Präferenzen der bzw. des Betroffenen inklusive einer individuellen Nutzen-Schaden- Bewertung.

**Auch bei einer liegenden PEG-Sonde ist deren Notwendigkeit regelmäßig zu überprüfen. Den Betroffenen sollte, sofern von ärztlicher Seite keine Gegenanzeige besteht, auch weiterhin Nahrung auf natürlichem Wege angeboten werden.**

### **Medizinische Indikation:**

Die medizinische Indikation ist Voraussetzung zur Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung der aktuellen Lebens- und Krankheitssituation der Patientin oder des Patienten. Der behandelnde Arzt trägt dafür die rechtliche Verantwortung.

**Erst wenn eine medizinische Indikation vorhanden ist, kann der Prozess der Ermittlung des Patientenwillens erfolgen**

*Medizinische Indikation – „NEIN“:*

Wenn keine medizinische Indikation gegeben ist, darf keine PEG-Sondenanlage erfolgen!

Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn die Patientin oder der Patient an einer weit fortgeschrittenen Demenz leidet und die Unfähigkeit der oralen Nahrungsaufnahme nach Ausschluss behandelbarer Ursachen als Beginn der Sterbephase anzusehen ist. Die Patientin oder der Patient bzw. deren rechtliche Vertreter werden über alternative Maßnahmen wie palliativmedizinische und palliativpflegerische Maßnahmen (z. B. Schmerztherapie, Mundpflege, entlastende Lagerungen etc.) informiert und diese eingeleitet.

### **Patientin bzw. Patient einwilligungsfähig?:**

Klärung, ob die Einwilligungsfähigkeit aktuell wirklich gegeben ist. Diese ist dann gegeben, wenn die Patientin oder der Patient die Folgen und Tragweite einer Behandlung geistig erfassen und den eigenen Willen nach dieser Einsicht bestimmen kann (nicht gleichzusetzen mit der Geschäftsfähigkeit).





*Patientin bzw. Patient einwilligungsfähig? „JA“:*

Wenn die Patientin oder der Patient einwilligungsfähig ist, erfolgt eine Beratung und Aufklärung über die PEG-Sondenanlage, deren möglichen Nutzen und Schaden. Die Patientin oder der Patient kann jede Form der medizinischen Behandlung oder die Einwilligung zu einer Behandlung jederzeit widerrufen. Wenn die Patientin oder der Patient die künstliche Ernährung ablehnt, sollte über weitere Versorgungsmöglichkeiten wie palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Maßnahmen informiert werden. Parallel dazu erfolgt durch den behandelnden Arzt die Dokumentation des Entscheidungsprozesses inklusive der Festlegung des Therapieziels. Die Patientin oder der Patient wird anschließend entsprechend ihrem bzw. seinem Willen behandelt.

*Patientin bzw. Patient einwilligungsfähig? „NEIN“:*

Klärung ob eine rechtliche Vertretung benannt ist.

**Betreuer / Bevollmächtigter bestellt?**

Sind Patienten in der Entscheidungssituation nicht einwilligungsfähig, benötigen sie zur Sicherung ihrer Grundrechte eine rechtliche Vertretung. Dies kann eine bevollmächtigte Person (vom Patienten zuvor bestimmt) oder eine Betreuung (vom Vormundschaftsgericht bestellt) sein.

*Betreuer / Bevollmächtigter bestellt? „NEIN“:*

Wenn keine bevollmächtigte Person benannt oder eine Betreuung bestellt ist und Gefahr im Verzug besteht, wird zunächst eine künstliche Ernährung in Form von Infusionen oder über Nasensonde durchgeführt und gleichzeitig die Einrichtung einer Eilbetreuung beim Vormundschaftsgericht veranlasst. Wenn keine Gefahr im Verzug besteht, wird eine Eilbetreuung veranlasst und der Entscheidungsprozess zügig fortgesetzt.

*Betreuer / Bevollmächtigter bestellt? „JA“:*

Die betreuende oder bevollmächtigte Person wird über die PEG-Sondenanlage, deren möglichen Nutzen und Schaden beraten und aufgeklärt.

**Gemeinsame Ermittlung des vorausverfügten oder mutmaßlichen Patientenwillens:**

Wenn die Patientin oder der Patient nicht einwilligungsfähig ist, muss nach dem vorausverfügten Willen oder, falls eine solche Verfügung nicht vorhanden ist, nach dem mutmaßlichen Willen gehandelt werden. Die Ermittlung des vorausverfügten oder mutmaßlichen Patientenwillens sollte in einem Dialog mit allen beteiligten Personen stattfinden. Die Patientenverfügung ist für die behandelnden Ärzte, die gesetzliche Vertretung und das Gericht rechtlich bindend, wenn diese auf die aktuelle Situation



anwendbar ist. Gesprächsinhalte und Entscheidungen sollten sorgfältig dokumentiert werden.

*Patientenverfügung vorhanden:*

Der vorausverfügte Wille ist durch eine Patientenverfügung erklärt und auf die aktuelle Situation anwendbar. Somit erfolgt die Behandlung entsprechend dem vorausverfügten und fortwirkenden Patientenwillen.

*Patientenverfügung nicht vorhanden:*

Wenn keine Patientenverfügung existiert oder die Verfügung nicht auf den aktuellen Fall zutrifft, sollte man versuchen, gemeinsam mit der gesetzlichen Vertretung und den Angehörigen aus früher geäußerten Wertvorstellungen und Lebenseinstellungen den mutmaßlichen Willen der Patientin oder des Patienten zu rekonstruieren. Dabei ist es wichtig, den Angehörigen gegenüber zu betonen, dass es nicht darum geht, „über Leben und Tod“ der Patientin oder des Patienten zu entscheiden, sondern die Frage zu beantworten

„Wie würde er/sie entscheiden, wenn wir ihn/sie jetzt fragen könnten?“. Rechtlich gesehen trägt die letzte Verantwortung für die Entscheidung in dieser Situation die rechtliche Vertretung. Sollte es keine ausreichenden Anhaltspunkte für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens geben, ist dem Lebensschutz Vorrang zu geben (in dubio pro vita) und in der Regel die medizinisch indizierte Maßnahme durchzuführen.

**Konsens? „JA“:**

Wenn der mutmaßliche Wille im Dialog mit allen Beteiligten ermittelt werden konnte und darüber Einigkeit besteht, wird die weitere Behandlung entsprechend dem Patientenwillen durchgeführt.

**Konsens? „NEIN“:**

Das Vormundschaftsgericht ist nur dann einzuschalten, wenn es Uneinigkeit über den Patientenwillen gibt. Wenn der Patientenwille eindeutig ist, spielt die Meinung der Beteiligten, was aus ihrer Sicht für die Patientin oder der Patient „besser“ oder „schlechter“ wäre, juristisch keine Rolle, da bei Vorhandensein einer medizinischen Indikation nur der Patientenwille entscheidungsrelevant ist. In jedem Fall sind Gesprächsinhalte und Entscheidungen ärztlicherseits sorgfältig zu dokumentieren. Bis zur gerichtlichen Klärung sind lebenserhaltende Maßnahmen (z. B. Infusionen, künstliche Ernährung über Nasensonde etc.) durchzuführen.

**Regelmäßige Überprüfung der Indikation**

**Eine einmal begonnene Sondenernährung bedeutet nicht zwangsläufig deren Durchführung bis zum Lebensende. In regelmäßigen Abständen ist zu überprüfen, ob die Notwendigkeit der Sondenernährung noch besteht.**



Im positiven Fall kann bei rückläufiger Schluckstörung wieder auf Essen und Trinken übergegangen werden. Denkbar ist jedoch auch, dass sich der Zustand der Patientin oder des Patienten wider Erwarten nicht bessert oder verschlechtert. Übersteigt die Belastung in Folge der Sondenernährung die möglichen Vorteile (z. B. im Sinne einer verbesserten Lebensqualität) für die Patientin oder den Patienten, sollte sie eingestellt werden.

## **8.7 Zusammenfassung**

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung ist ein hochkomplexes und häufig emotional belastendes Thema. Im Rahmen dieses Konzeptes können deshalb nur die wesentlichen Aspekte benannt werden. Im übrigen verweisen wir auf den Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses.

## **9. Struktur**

### **9.1 Räumliche Ausstattung**

Die Produktion der Mahlzeiten für bis zu ca. 130 Personen, kann in unserer Einrichtung ohne Probleme erfolgen. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Küche stehen eine Vielzahl von speziellen Großküchengeräten zur schonenden und schnellen Zubereitung zur Verfügung.

Verschiedene Arbeitsflächen zur Vor- und Zubereitung der Speisen und einer Reihe von Vorratslagern in unmittelbarer Nähe, gewährleisten eine reibungslose Produktion.

### **9.2 Personelle Besetzung**

Das Küchenteam setzt sich aus einer Küchenleitung, Hauswirtschafterinnen in Voll- bzw. Teilzeit, Küchenhilfen in Voll- bzw. Teilzeit und Auszubildenden zur Hauswirtschaftstechnischen Helferinnen und -Helfer zusammen.

Zusätzlich werden zeitweise Praktikantinnen und Praktikanten von Berufsbildenden Schulen eingesetzt.

Im Pflegebereich übernehmen die Pflegefach- und Hilfskräfte die Speisenverteilung und unterstützen die Bewohnerinnen und Bewohner bei der Einnahme der Speisen und Getränke. In den Betreuungsgruppen erfüllen die Präsenzkräfte diese Aufgabe.



### **9.3 Materielle Ausstattung**

Zusätzlich zu dem allgemein üblichen Geschirr, stehen verschiedene Hilfsmittel zur Erleichterung und Unterstützung der selbständigen Nahrungsaufnahme bereit. Es werden Telleranderhöhen, speziell geformtes Besteck, und Trinkhilfen eingesetzt.

Besonders bei demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern verwenden wir das persönliche Geschirr. Dies soll durch den Wiedererkennungseffekt das selbständige Essen fördern.

## **10. Qualitätssicherung**

### **10.1 HACCP (Hazard Analysis Critical Control Points)**

Um eine gute Qualitätssicherung in der Zentralküche erreichen zu können, wurde ein Eigenkontrollsystem eingeführt.

Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter, sowie Praktikantinnen und Praktikanten müssen vor der Erstaufnahme der Arbeit in der Großküche eine Erstbelehrung durch einen Arzt oder das Gesundheitsamt vorlegen. Zudem werden jährliche Folgebelehrungen nach §42 und §43 des Infektionsschutzgesetzes durchgeführt.

Zur Einhaltung der Hygienevorgaben wurden Hygienestandards und Prozessbeschreibungen verfasst, die bei den täglichen Abläufen eingehalten werden. Für kritische Lebensmittel und deren Verarbeitung liegen genaue Arbeitsablaufpläne vor.

Des Weiteren werden täglich Protokolle über die Kühlzellentemperaturen, die Reinigungsnachweise und die Essensausgabe geführt.

Mit den Lieferantenbewertungen wird durch die Lieferanten einmal jährlich bestätigt, dass alle Anforderungen der EU-Verordnungen eingehalten werden. Zudem werden bei jeder Lieferung Wareneingangskontrollen durchgeführt.

Die HACCP's werden regelmäßig von der Küchenleitung überprüft und festgehalten.



## 10.2 Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation ist das wichtigste Informations- und Steuerungselement für eine adäquate und individuelle Ernährung und Flüssigkeitsversorgung unserer Bewohnerinnen und Bewohner. Aus den Daten der Pflegeanamnese, der Biographie, des Ernährungsassessments und den persönlichen Wünschen wird eine individuelle Ernährung geplant. In der Pflegeplanung werden Ziele festgelegt, entsprechende Maßnahmen geplant und in regelmäßigen Abständen auf ihre Wirksamkeit und den Zielerreichungsgrad geprüft. Bei Veränderungen wird die Pflegeplanung entsprechend angepasst.

## 10.3 Beschwerdemanagement

Eine Beschwerde ist eine wichtige Rückmeldung unserer Bewohnerinnen und Bewohner zu ihren Erwartungen und Wünschen. Sie bietet somit die Chance diese bei den Organisations- und Betriebsabläufen besser zu berücksichtigen, sowie Fehler zu vermeiden. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind verpflichtet Beschwerden unverzüglich schriftlich zu erfassen und an die zuständige Abteilung zur Bearbeitung weiterzuleiten. Der Beschwerdeführer erhält eine schriftliche Rückmeldung durch die Einrichtungsleitung.

## 10.4 Interne Audits

Zur Überprüfung der Ernährungsversorgung unserer Bewohnerinnen und Bewohner werden regelmäßig interne Audits durchgeführt.

Die Ergebnisse werden anschließend in einem Bericht zusammengefasst und ausgewertet. Anhand des aufgestellten Handlungsbedarfs werden Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.

Es werden zudem Kundenbefragungen über die Zufriedenheit der Speisenqualität, des Angebotes, der Darreichung und der Mitarbeiter mittels Fragebogen durchgeführt.

## 11. Zusammenfassung

Die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung ist einer unserer wichtigsten Kernprozesse. Deshalb verwenden wir sehr viele Ressourcen, um diesen Prozess mit maximaler Qualität umzusetzen.

Unser wichtigstes Ziel hierbei ist es, die Speisenversorgung unserer Bewohnerinnen und Bewohner so nahe wie möglich an ihre bisherigen Gewohnheiten anzupassen und die Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen weitgehend zu erfüllen.



## Anlagen:

- Organisation der Mahlzeiten
- Speisenangebot
- Prozessbeschreibung Speisentransport Abservieren
- Organisation der Kostkarten
- Kostkarten mit Ausfüllanleitung
- Prozessbeschreibung bewohnerorientierte Speisenversorgung
- Tagesbestellung
- zusätzliches Speisenangebot
- Zerkleinerungsformen
- Querverweis Diätordner
- Querverweis Nährwertangaben
- Prozessbeschreibung Dehydrationsrisiko
- Prozessbeschreibung Ernährungsrisiko
- Trink- und Ernährungsprotokoll
- Ernährungsprotokoll Speisesaal
- Die 10 Regeln der Speisenversorgung
- Präsenzgruppe Infokartei
- Speiseplan
- 10 Regeln der DGE
- Expertenstandard Ernährungsmanagement
- Beschwerdemanagement