

Assessment und Ernährungstherapie

Fortbildung:
„Ernährung des behinderten Kindes“

Bochum, 25. Mai 2013

Judith Wels

Diätassistentin

Gliederung

1. Definition Assessment
2. Ernährungsassessment
3. Energie- und Flüssigkeitsbedarf
4. Ernährungstherapie
5. Ernährungsmodifikation bei bestimmten Ernährungsproblemen
6. Zusammenfassung

Definition Assessment



Assessment

- engl. für Beurteilung, Bewertung, Einschätzung, Erfassung

- Definition:

Unter einem **Assessment** versteht man in der Medizin die systematische Erfassung und Bewertung des Gesundheitszustandes eines Patienten – meist unter Zuhilfenahme von so genannten Score-Systemen

Score-Systeme

Screening auf Mangelernährung im Krankenhaus

Nutritional Risk Screening (NRS 2002)

nach Kondrup J et al., Clinical Nutrition 2003; 22: 415-421

Empfohlen von der Europäischen Gesellschaft für Klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN)

Vorscreening:

- Ist der Body Mass Index $< 20,5 \text{ kg/m}^2$? ja nein
- Hat der Patient in den vergangenen 3 Monaten an Gewicht verloren? ja nein
- War die Nahrungszufuhr in der vergangenen Woche vermindert? ja nein
- Ist der Patient schwer erkrankt? (z.B. Intensivtherapie) ja nein

- ⇒ Wird ein dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet, wird mit dem Hauptscreening fortgefahren
- ⇒ Werden alle Fragen mit „Nein“ beantwortet, wird der Patient wöchentlich neu gescreent.
- ⇒ Wenn für den Patienten z.B. eine große Operation geplant ist, sollte ein präventiver Ernährungsplan verfolgt werden, um dem assoziierte Risiko vorzubeugen.

Hauptscreening:

Störung des Ernährungszustands	Punkte
Keine	0
Mild Gewichtsverlust $> 5\%$ / 3 Mo. <u>oder</u> Nahrungszufuhr $< 50\text{-}75\%$ des Bedarfes in der vergangenen Woche	1
Mäßig Gewichtsverlust $> 5\%$ / 2 Mo. <u>oder</u> BMI $18,5\text{-}20,5 \text{ kg/m}^2$ <u>und</u> reduzierter Allgemeinzustand (AZ) <u>oder</u> Nahrungszufuhr $25\text{-}50\%$ des Bedarfes in der vergangenen Woche	2
Schwer Gewichtsverlust $> 5\%$ / 1 Mo. ($>15\%$ / 3 Mo.) <u>oder</u> BMI $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ <u>und</u> reduzierter Allgemeinzustand <u>oder</u> Nahrungszufuhr $0\text{-}25\%$ des Bedarfes in der vergangenen Woche	3

+

Krankheitsschwere	Punkte
Keine	0
Mild z.B. Schenkelhalsfraktur, chronische Erkrankungen besonders mit Komplikationen: Leberzirrhose, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, chronische Hämodialyse, Diabetes, Krebsleiden	1
Mäßig z.B. große Bauchchirurgie, Schlaganfall, schwere Pneumonie, hämatologische Krebserkrankung	2
Schwer z.B. Kopfverletzung, Knochenmarkstransplantation, intensivpflichtige Patienten (APACHE-II > 10)	3

+ 1 Punkt, wenn Alter ≥ 70 Jahre

≥ 3 Punkte	Ernährungsrisiko liegt vor, Erstellung eines Ernährungsplanes
< 3 Punkte	wöchentlich wiederholtes Screening. Wenn für den Patienten z.B. eine große Operation geplant ist, sollte ein präventiver Ernährungsplan verfolgt werden, um das assoziierte Risiko zu vermeiden

Übersetzt und bearbeitet von Dr. Tatjana Schütz, Dr. Luiza Valentini und Prof. Dr. Matthias Plauth. Kontakt: tatjana.schuetz@medizin.uni-leipzig.de, Tel. (0341) 9715 957

Score-Systeme

Der Ernährungs-Check. Zeichen einer Mangelernährung erkennen!

Patientendaten des Kindes Name: _____
 Geburtsdatum: _____, Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg Datum: _____

1 Erhöhtes Ernährungsrisiko durch bestehende Krankheit oder eine bevorstehende OP? Ja Nein

Beispiele von Krankheiten oder Situationen, die mit einem erhöhten Energiebedarf oder einem Ernährungsrisiko verbunden sind:¹

- Zöliakie
- Anorexia Nervosa
- Zystische Fibrose
- Kardiologische, neurologische, onkologische oder renale Grunderkrankung
- Malabsorption
- Stoffwechselerkrankungen
- Morbus Crohn
- längere Krankenhausaufenthalte
- Kurzdarmsyndrom
- Verbrennungen
- Intestinale Kuhmilchprotein-Allergie

2 Liegt die gegenwärtige Nahrungsaufnahmen in den letzten 10 Tagen unter 60-80% des Bedarfs?^{2,3} Ja Nein

Hinweise zur besseren Einschätzung:²

- Schmerzbedingter Appetitverlust
- Unruhe und Reizbarkeit beim Füttern
- Würgen (Refluxneigung) und häufiges Erbrechen
- Schluckstörungen und Kauprobleme
- Geringe Nahrungsaufnahme trotz langer Fütterzeiten
- Abneigung und Nahrungsmittel-unverträglichkeiten

² unter 60-80% für 3 Tage bei Säuglingen

3 Besteht eine Auffälligkeit im Gewichts- und Längenverlauf (Stagnation, Abfall/Gewichtsverlust, unzureichende Zunahme)? Ja Nein

Hinweis:
 Perzentilenverlauf mit Abweichungen von der Norm³
 (siehe Rückseite „Diagnose und Bestimmung des Ausmaßes einer Gedeihstörung“)

Trifft eines der Kriterien zu, so liegt eine Mangelernährung oder ein erhöhtes Risiko für Mangelernährung vor. Sie sollten eine genaue Analyse der möglichen Ursachen vornehmen und die Gedeihstörung so schnell wie möglich mit ernährungstherapeutischen Maßnahmen (Abbildung 1) behandeln!

Information für medizinisches Fachpersonal

¹ Campanozzi A et al. Hospital-acquired malnutrition in children with mild clinical conditions. Nutrition. 2009; 25(5):540-547. ² Bravogger C et al. Practical approach to paediatric enteral nutrition. A Comment by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr. 2010;157(3):119-122. ³ Nitzanaki W. Failure to thrive in childhood. Dtsch Arztebl Int. 2011; 108(28): 642-9.



Diagnose und Bestimmung des Ausmaßes einer Gedeihstörung

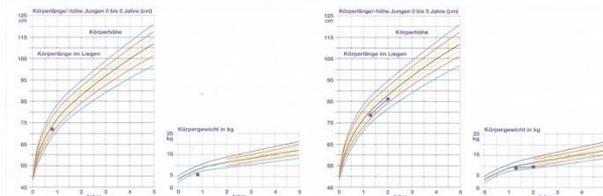
Das Körpergewicht und die Körperlänge sowie die Gewichts-Längen-Relation sind objektive Parameter zur Beurteilung des Ernährungszustandes.

Für die Gedeihstörung sind folgende Abweichungen von der Norm charakteristisch:³

- Fehlender Zuwachs an Länge und/oder Gewicht mit Abweichungen der Perzentile um > 2 Hauptperzentilen
- Gewicht < 3. Perzentile
- Unzulässiges Verhältnis von Körperlänge zu Gewicht mit einem Längen-Sollgewicht < 70-79 %

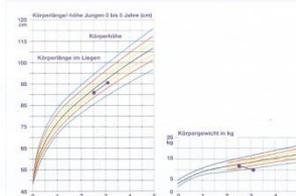
Wo liegt Ihr Patient bzw. welcher der 4 Beispielfälle³ trifft in ähnlicher Weise bei Ihrem Patienten zu?

Veränderung der somatischen Parameter bei Gedeihstörungen anhand der Perzentilen für Körpergröße in cm (linke Darstellung) und Gewicht in kg (rechte Darstellung). Die eingezeichneten Perzentilenkurven entsprechen von oben nach unten der 97., 90., 75., 50., 10., und 3. Perzentile.

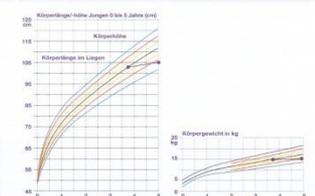


1 Gewicht < 3. Perzentile, Länge normal; unzureichendes Längensollgewicht

2 Im Verlauf ungestörtes Wachstum mit einer Gewichtsveränderung von der 50. zur 3. Perzentile => 2 Hauptperzentilen; unzureichendes Längensollgewicht



3 Im Verlauf normales Wachstum, Gewichtsabfall < 3. Perzentile; unzureichendes Längensollgewicht



4 Paralleler Verlauf von Wachstums- und Gewichtsperzentilen mit einem Abfall von der 50. zur 10. Perzentile; retardierte somatische Entwicklung mit normalem Längensollgewicht

Weitere hinweisende Symptome einer Gedeihstörung:

- Verändertes Hautbild (Hautturgor; trockene, rissige Haut)
- Labo-parameter (Anämie, Eisen, Vit. B12, Albumin, Elektrolyte)
- Kalte, bläuliche Arme und Beine
- Spärlicher Haarwuchs
- Anthropometrische Messungen (Oberarmumfang etc.)
- Klinische Hinweise auf Vitaminmangel, z.B. Rachitis

Regelmäßige Überwachung des Ernährungszustandes wird bei bestehender oder dem Risiko einer Gedeihstörung empfohlen.

Ernährungsassessment

Ernährungsassessment

- schließt in der Pädiatrie die Krankengeschichte (akute/chronische medizinische Probleme und Medikationen), ärztliche Untersuchung, Bestimmung der Körpergröße und des Körpergewichts, den Pubertätsstatus und den Ernährungsstatus ein
- Erfassung und Einschätzung der aktuellen Ernährungssituation, um diese dann durch bestimmte Maßnahmen zu verbessern/optimieren

Ernährungsassessment

- es wird ein multidisziplinäres Team aus Ärzten, Pflegekräften, Diätassistenten, Ergo-/Esstherapeuten, Sprachtherapeuten, Psychologen und Sozialarbeitern benötigt
- enge Zusammenarbeit ist gerade bei behinderten Kindern besonders wichtig

Körperliche Untersuchung

- aktuelles Gewicht, Größe/Länge und Kopfumfang
- Hautfaltenmessung
- Vitalparameter
- Abdomen
- Neurologisch: Tonus, Reflexe, Funktionen
- Oral: Aufstoßen, Verschlucken, Speicheln

Körperliche Untersuchung

- Zeichen der Mangelernährung (Uhrglasnägel, Nagelrillen, Hautbeschaffenheit, Hämatome, Kraftlosigkeit, Infektanfälligkeit)
- Laboruntersuchungen (Blutbild, Elektrolyte, Gesamteiweiß, Eisen, Vitamine, Spurenelemente usw.)

Erfassung des Ernährungsstatus

- typische tägliche Nahrungsaufnahme
- Ernährungsgewohnheiten
- Aufnahme von Energie-, Vitamin- oder Mineralstoffsupplementen
- ungewöhnliche Ernährungspraktiken
- Wachstumskurven
- orale Motorik
- Motorik des Gastrointestinaltrakts (Erbrechen, Reflux, Verstopfung)
- ggf. BIA-Messung

Hilfen zur Erfassung der Ernährungssituation

- Ernährungsanamnese:
 - Gespräch mit Eltern/Betreuern
 - Sonde oder orale Kost?
 - Probleme bei der Nahrungsaufnahme?
Schwierigkeiten beim Schlucken oder Kauen?
 - Wird gefüttert oder isst das Kind noch alleine?
 - Wie ist die Konsistenz der Nahrung? Fest oder püriert?
 - Wie ist die Verdauung? Leidet das Kind an Blähungen, Verstopfungen, Durchfällen?
 - Wie verhält sich das Kind bei der Nahrungsaufnahme?
 - Trinkt das Kind genug?

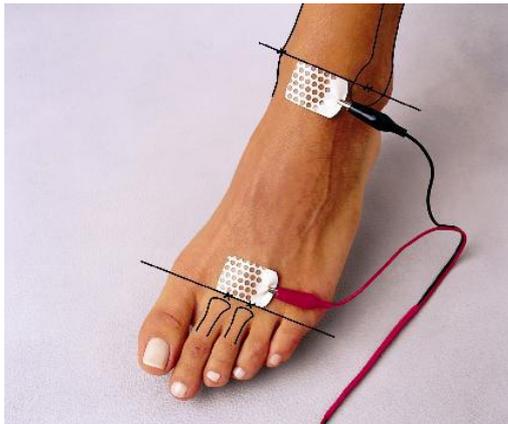
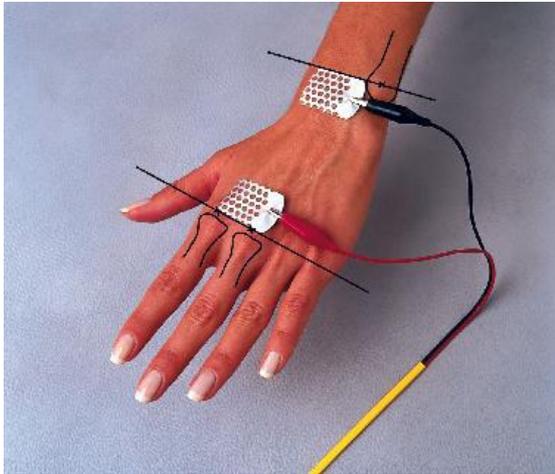
Hilfen zur Erfassung der Ernährungssituation

- Ernährungsprotokoll:
 - Dokumentation der Ernährung über einen bestimmten Zeitraum
 - Betreuer/Eltern schreiben möglichst genau auf, was das Kind gegessen und getrunken hat
 - Berechnung des Bedarfs und Abgleich mit der tatsächlichen Zufuhr

BIA-Messung

- BIA = Bioelektrische Impendanzanalyse
- elektrische Widerstandsmessung des menschlichen Körpers
- über je zwei Elektroden an Hand und Fuß wird ein schwaches, nicht spürbares Stromfeld im Körper erzeugt
- gemessen wird der Wasserwiderstand R
-> daraus wird das Körperwasser, die Magermasse und das Körperfett bestimmt

BIA-Messung



BIA-Messung

- Analyse von Körperzusammensetzung und Ernährungszustand
- es kann auch der Wasserhaushalt beurteilt werden
- auch für Kinder ab 3 Jahren und 10 kg anwendbar

BIA-Messung



Nutri Plus Nummer: 16



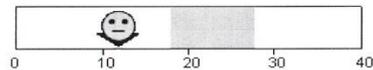
Einzelanalyse für [REDACTED]

Messdatum: 24.04.2013 Zeit: 12:55
 Name: [REDACTED] Geburtsdatum: 17.11.2001
 Vorname: [REDACTED] Alter: 11 Jahre
 Geschlecht: männlich Messung Nr.: 2

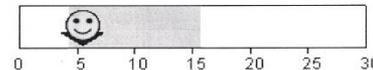
	50 KHz
R	1060
Xc	64

	Berechnete Werte	Altersentsprechende Perzentilen					
		Als Normalbereich gelten Werte zwischen den Perzentilen 10 und 90.					
		P3	P10	P50	P90	P97	
Gewicht	20,0	Siehe Perzentilenkurve Seite 2.					kg
Körpergröße	1,19	Siehe Perzentilenkurve Seite 2.					m
Körperfett in kg	5,5	3,2	4,3	7,7	15,6	20,3	kg
Körperfett in %	27,7	9,8	13,3	21,8	31,5	35,7	%
Körperwasser	11,9	16,3	17,9	21,7	27,6	31,5	Liter
Magermasse (Fettfreie Masse, BCM plus ECM)	14,5	22,0	24,6	29,6	37,6	42,3	kg
Phasenwinkel (Qualität der Magermasse)	3,5	4,6	4,9	5,5	6,2	6,5	°

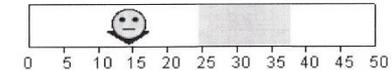
Körperwasser (l)



Körperfett (kg)



Magermasse (kg)



Der markierte Bereich zeigt den altersentsprechenden Normbereich. Alle Perzentilen sind aus einem Kollektiv von Kindern aus Deutschland abgeleitet.

BIA-Messung

Nutri
Plus

Nutri Plus Nummer: 16

Data Input
The I.T.A. Company

Einzelanalyse für [Name]

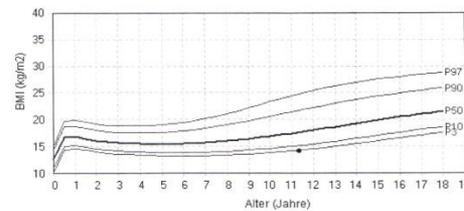


Abb. 1 Perzentile für den Body-Mass-Index.

Der aktuelle BMI beträgt 14,1 kg/m².

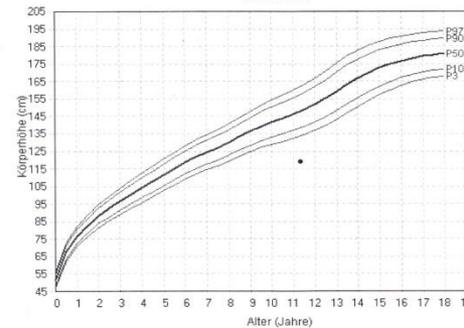


Abb. 2 Perzentile für die Körperhöhe.

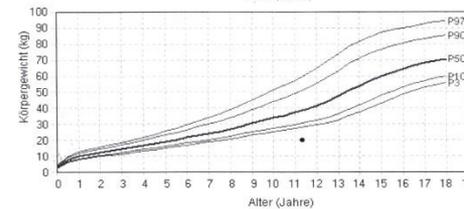


Abb. 3 Perzentile für das Körpergewicht.

Perzentil-Werte aus: Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. K. Kromeyer-Hauschild et al. Monatsschr. Kinderheilkd. 2001, 149: 807-818. Springer-Verlag 2001.

Energie- und Flüssigkeitsbedarf



Wieso ist eine ausreichende Energiezufuhr so wichtig?

- normale Gewichts- und Längenentwicklung
- Verbesserung körperlicher und geistiger Funktionen
- Verbesserung der Lebensqualität
- bessere Immunabwehr

Energiebedarf

- der Energiebedarf bei behinderten Kindern ist sehr unterschiedlich und ist abhängig von:
 - Schwere und Art der neurologischen Erkrankung
 - Mobilität
 - Vorhandensein von Fütterungsschwierigkeiten

Energiebedarf

- Bestimmung des genauen Energiebedarf bei behinderten Kindern aufgrund unzureichender Datenlage problematisch
- es stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, wie z.B. die indirekte Kalorimetrie oder die Berechnung anhand verschiedener Formeln (z.B. Grundumsatz x Aktivitätsfaktor x Stressfaktor)

Energiebedarf

- längenbezogene Berechnung der Kalorienzufuhr:
 - 15 kcal/cm für Kinder ohne Beeinträchtigung der motorischen Funktionen
 - 14 kcal/cm für Kinder mit motorischer Beeinträchtigung, die gehfähig sind
 - 11 kcal/cm bei Kindern, die nicht gehfähig sind

Energiebedarf

- am besten kann man den aktuellen Ernährungsstatus durch regelmäßige Gewichtskontrollen und Untersuchungen beurteilen
- danach richtet sich ob die Energiezufuhr ausreichend ist oder verändert werden muss

Flüssigkeitsbedarf

- nach DGE/D-A-CH, 2008:
Flüssigkeitsbedarf = ml/kg KG x
Körpergewicht

		ml/kg KG
Säuglinge	0 < 4 Monate	130
	4 < 12 Monate	110
Kinder	1 < 4 Jahre	95
	4 < 7 Jahre	75
	7 < 10 Jahre	60
	10 < 13 Jahre	50
	13 < 15 Jahre	40

Flüssigkeitsbedarf

- bei mangelernährten Kindern oder Kindern mit Gedeihstörungen wäre der Flüssigkeitsbedarf aufgrund des niedrigen Körpergewichts zu gering
- daher gibt es spezielle Berechnung:
 - 100 ml pro kg für die ersten 10 kg KG
 - 50 ml pro kg für die zweiten 10 kg KG
 - 20 – 30 ml pro kg für jedes weitere kg KG

Flüssigkeitsbedarf

- Beispiel:

Männlicher Patient, Cerebralparese,
11 Jahre, 21 kg (< P3)

nach DACH:

$$50 \times 21 = \mathbf{1050 \text{ ml}}$$

Gedeihstörung:

$$10 \times 100 + 10 \times 50 + 1 \times 20 \\ = \mathbf{1520 \text{ ml}}$$

Flüssigkeitsbedarf

- bei Kindern, die über eine Sonde ernährt werden, ist ein Teil der benötigten Flüssigkeitsmenge in der Sondennahrung enthalten -> 75 - 85 ml Wasser pro 100 ml
- ebenso wird die Menge der Flüssigkeit, die zum Spülen der Sonde benötigt wird, auch hinzu gerechnet

Flüssigkeitsbedarf

- erhöhter Flüssigkeitsbedarf bei Fieber, Erbrechen, Durchfall, starkes Schwitzen, Hitze
- ungenügende Flüssigkeitszufuhr zeigt sich z.B. durch dunklen Urin oder trockene Schleimhäute

Ernährungstherapie

Was bedeutet Ernährungstherapie?

- verbindliche, individuelle Anleitung eines Patienten zu nutritiven, wissenschaftlich fundierten Maßnahmen in einem therapeutischen Gesamtkonzept bei ernährungsabhängigen Erkrankungen oder krankheitsbedingten Ernährungsproblemen

Was bedeutet Ernährungstherapie?

- verfolgt ein individuelles Therapieziel und basiert auf einem individuellen Therapieplan, eventuell ergänzend durch eine Kooperation mit anderen Therapeuten
- umfasst die Erstellung individueller Ernährungspläne und verhaltenstherapeutische Maßnahmen unter Einbeziehung sozioökonomischer, familiärer und beruflicher Bedingungen des Patienten

Was bedeutet Ernährungstherapie?

- Ziel ist es, die Lebensqualität des Patienten zu erhalten bzw. zu verbessern
- weiterhin kann die Ernährungstherapie den eventuell notwendigen Einsatz von medikamentösen Ernährungszusätzen und/oder künstlicher Ernährung beinhalten

Ernährungstherapie

- Ziele:
 1. ausreichende Zufuhr an Energie, Eiweiß, Vitaminen, Mineralstoffen, Spurenelementen und Flüssigkeit
 2. ausreichende Energiespeicher zur Steigerung der Widerstandsfähigkeit
 3. Vorbeugung und Beseitigung von Malnutrition
 4. Verbesserung der Lebensqualität

Ernährungstherapie

- die jeweilige Therapie ist abhängig von der Art der Behinderung und den individuellen Problemen
- jedes Konzept muss speziell auf den Patienten und seine Bedürfnisse angepasst sein

Ernährungstherapie bei neurologisch beeinträchtigten Kindern

- Ernährungstherapie sollte fester Bestandteil der Behandlung sein, da die neurologische Behinderung einen wesentlichen Einfluss auf den Ernährungsstatus hat
- z.B. leiden 29-50% der Patienten mit infantiler Cerebralparese an Unterernährung (Quelle: Nutricia „Neurologische Behinderungen“)
- daher ist eine rechtzeitige Ernährungstherapie besonders wichtig

Ernährungstherapie bei neurologisch beeinträchtigten Kindern

- positive Effekte durch Verbesserung des Ernährungsstatus:
 - Verbesserung des Allgemeinzustandes
 - Aufholwachstum
 - Verbesserung der peripheren Zirkulation
 - Verringerung der Spastizität
 - verminderte Reizbarkeit
 - Steigerung der Zufriedenheit/Lebensqualität

Gründe für einen schlechten Ernährungsstatus

- inadäquate Kalorienzufuhr (Betreuer verantwortlich für Energiezufuhr, da Kinder sich oft nicht äußern können)
- orale motorische Dysfunktion (Schluckstörung, Aspiration)
- gesteigerter Energieverlust
- veränderter Energiebedarf

Ernährungsmodifikation bei bestimmten Ernährungsproblemen

Modifikation der Ernährung

- Stufenweiser Prozess:
 1. Ernährungsproblem
 2. Aktuelle Ernährung bzw. aktuelle Ernährungssituation
 3. Umstellung der Ernährung
 4. Nachbesprechung

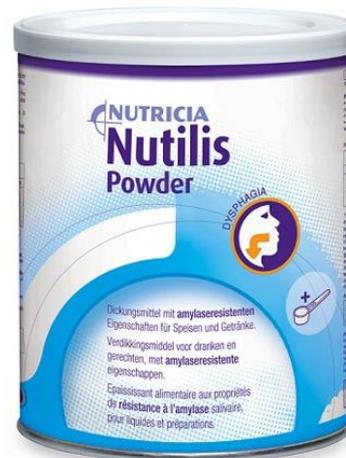
Schluckstörungen

- Gründe:
 - Verengung der Speiseröhre
 - Koordinationsstörungen beim Kau- und Schluckakt
 - Spastik

Schluckstörungen

- Modifikation:
 - Anpassung der Nahrungskonsistenz, z.B. passiert, flüssig-breiig oder flüssig
 - evtl. Flüssigkeiten andicken, z.B. mit Thick & Easy, Multi-Thick, Nutrilis
 - Einsatz einer Trinknahrung
 - Einsatz einer Ernährungssonde

Schluckstörungen



Obstipation

- Gründe:
 - zu wenig Ballaststoffe
 - unzureichende Flüssigkeitszufuhr
 - Bewegungsmangel
 - Medikamente

Obstipation

○ Modifikation:

- langsame Erhöhung der Ballaststoffzufuhr (Einsatz ballaststoffreicher Lebensmittel, Umstellung auf Sondenkost mit Ballaststoffen, Einsatz spezieller diätetischer Produkte)
- ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- Steigerung der körperlichen Bewegung (spezielle Übungen), Bauchmassagen

Übergewicht

○ Gründe:

- übermäßige Energiezufuhr
(kalorienreiche Getränke, Süßigkeiten,
„Overeating“, Essen als Tröster)
- Bewegungsmangel
- fehlende soziale Kontakte

Übergewicht

○ Modifikation:

- gesunde, ausgewogene Mischkost (Ernährungspyramide)
- altersentsprechende Portionsgrößen
- Fett und Zucker reduzieren
- viel Obst und Gemüse anbieten
- Essen nicht als Tröster/Belohnung einsetzen
- Bewegung steigern

Untergewicht/Kachexie

○ Gründe:

- unzureichende Kalorienzufuhr
- z.B. aufgrund von Schluckstörungen, zu kurzen Fütterungszeiten, Interaktionsstörung zwischen Betreuer/Eltern und Patient, Nahrungsverweigerung
- erhöhter Energiebedarf (Infekt, Fieber, Spastik)

Untergewicht/Kachexie

○ Modifikation:

- Bevorzugen fettreicher Lebensmittel (Vollmilch, Sahnejoghurt, Sahnequark)
- energetische Aufwertung natürlicher Lebensmittel mit Sahne, Öl, Butter, Creme fraîche
- Einsatz spezieller Energiesupplemente (Maltodextrin, Duocal, Calo-Plus, EnergeaP)
- Einsatz von hochkalorischer Trinknahrung
- Einsatz einer Ernährungssonde, ggf. Umstellung der Sondenkost

Untergewicht/Kachexie



© RCS Pro GmbH



apomedfot.de



PEG - Sonde

- Indikation:
 - bei dauerhafter Ess-/Schluckstörung
 - stagnierende Gewichtsentwicklung bzw. Gewichtsabnahme
- Vorteile:
 - kontrollierte Kalorienzufuhr (ergänzend oder ausschließlich)
 - Erleichterung der Ernährung
 - Zeitersparnis beim Füttern
 - Senkung des Aspirationsrisikos

PEG - Sonde

○ Modifikation:

- Art der Sondennahrung (hypo-, iso- oder hyperkalorisch; mit oder ohne Ballaststoffe)
- Art der Applikation (Schwerkraft, Bolus oder Pumpe)
- angepasste Menge pro Mahlzeit (zu viel Sondenkost kann zu Erbrechen führen)
- langsames Einschleichen der Sondennahrung

PEG - Sonde



Zusammenfassung

Zusammenfassung

- Erfassung des Ernährungsstatus besonders wichtig
- Ernährungstherapie muss Bestandteil der Behandlung sein
- enge Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen (Ärzte, Pflegekräfte, Diätassistenten, Ergotherapeuten, Logopäden usw.)
- jede Ernährungstherapie muss auf den Patienten und seine individuelle Situation angepasst werden

Wir sollten nicht
vergessen, dass ...

-
- „Essen soll Spaß machen!“
 - „In Gesellschaft isst es sich besser!“
 - „Das Auge isst mit!“
 - „Mit allen Sinnen genießen!“

Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit

