

Soziale Arbeit



Komm, gehen wir essen!

Ernährung für Menschen
mit geistiger und mehrfacher Behinderung in der
institutionellen Gemeinschaftsverpflegung

Ursula Bahringer

Diplomarbeit
Eingereicht zur Erlangung des Grades
Magistra(FH) für sozialwissenschaftliche Berufe
an der Fachhochschule St. Pölten
im September 2009

Erstbegutachter:
FH-Lektor Dr. Werner Freigang
Zweitbegutachterin:
FH-Lektorin Barbara Schmid, MSc

Abstract

Die vorliegende Forschungsarbeit evaluiert bestimmte Aspekte der Ernährung von Menschen mit geistiger bzw. mehrfacher Behinderung in der institutionellen Gemeinschaftsverpflegung. Im theoretischen Teil werden theoretische Grundlagen des Betreuungsverhältnisses und aktuelle Erkenntnisse der Ernährungswissenschaft dargestellt. Weiters wird konkret auf eine Institution für Menschen mit Behinderungen in einer niederösterreichischen Kleinstadt eingegangen und diese im Hinblick auf die Ernährung beschrieben. Schwerpunkte dabei sind Besonderheiten in der Ernährung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, die Gemeinschaftsverpflegung sowie Betreuung und Gesundheitsvorsorge. Der empirische Teil befasst sich mit der Erforschung des Unterstützungsbedarfs der KlientInnen in der Institution Wohnhaus und Werkstätte in Bezug auf die Ernährung. Dieser steht auch im Mittelpunkt einer quantitativen Befragung der 72 aktuell betreuten teil- und vollstationären KlientInnen, die sich den Dimensionen „Gesundheit“, „Bewegung“, „Betreuungs- und Unterstützungsbedarf“ sowie „Ernährungsverhalten“ widmet. Es sollte der vielfältige Unterstützungsbedarf, die Häufung des Übergewichts und ein Zusammenhang zwischen erhöhtem Unterstützungsbedarf und geringerem Übergewicht dargelegt werden. Die Resultate zeigen generell einen hohen Unterstützungsbedarf bei den abgefragten Merkmalen. Sämtliche drei Hypothesen wurden bestätigt: Die Mehrzahl der Menschen mit geistiger bzw. mehrfacher Behinderung haben Unterstützungsbedarf im Zusammenhang mit der Ernährung; sie haben vergleichsweise mit der österreichischen Normalbevölkerung häufiger Übergewicht; je höher der Unterstützungsbedarf beim Essen und in der Mobilität ist, umso weniger häufig sind die Menschen übergewichtig.

Schlüsselwörter: Ernährung von geistig und mehrfach behinderten Erwachsenen – Gemeinschaftsverpflegung – Ernährung in der Behindertenhilfe – Unterstützungsbedarf in der Ernährung

Abstract

The presented research evaluates certain aspects of nutrition of mentally or mentally and physically handicapped people within institutional care. The theoretical part describes basics of assistance and care in an institution and actual findings in nutrition science. Further it shows details of a certain institution for handicapped people situated in a small city of Lower Austria and describes this institution regarding nutrition of mentally and disabled people. The study emphasizes specifics in nutrition for people with mental or physical disabilities, feeding, care, and health protection. The empirical part concerns the research into the needs for specific support of the clients living in the institution's accommodations or attending the institution's occupational therapy focusing on nutrition. The need of support is also the focus in a series of 72 quantitative interviews of the actual supported in-patients and outpatients researching important aspects like "health", "activities", "need of specific support and care" and "diet".

The aim was to present the variety of needs for specific support, the cluster of overweight and the relationship between high needs of support and less occurrence of overweight. The results show in general high needs of support for the requested attributes. All of the three hypotheses were confirmed: the majority of mentally and physically disabled people need support concerning their nutrition; compared to the Austrian average population they are more often overweight; the more need of support concerning eating habits and mobility, the less overweight.

Keywords: Nutrition of mentally and physically disabled adults – feeding – Nutrition in the institutionalized care for handicapped people – need of specific support in nutrition



"Von einem Drittel dessen, was der Mensch isst, lebt er.

Von den restlichen zwei Dritteln leben die Ärzte."

(Ägyptisches Sprichwort)

Vorwort

„Komm, gehen wir essen“ – „was gibt es heute?“ Das sind alltägliche Sätze, die ich an meiner Arbeitsstelle höre. Aus meiner ganz persönlichen Sicht ist die Gemeinschaftsverpflegung an meiner Arbeitsstelle eine sehr gute Sache. Das Mittagessen unterbricht den Arbeitsfluss und zwingt zu einer Pause. Ich esse gerne. Während des Mittagessens werden belanglose private Gespräche oder auch arbeitsbezogene Gespräche geführt. Die BetreuerInnen, die Personen aus der Verwaltung und die Reinigungskräfte teilen sich den Mittagstisch. Die KlientInnen sitzen in kleineren Tischgruppen im gleichen Raum beisammen. Manchmal ist es leise, dann wieder herrscht Tumult. Der Speiseraum ist ein Ort des sozialen Geschehens, ein Ort an dem Selbstständigkeit und Selbstbestimmung möglich sind. Ein Ort zur Kommunikation. Beim Essen werden individuelle Fähigkeiten deutlich und spezifischer Unterstützungsbedarf sichtbar.

Ich wurde während meiner Recherchen und der Ausarbeitung meiner Diplomarbeit öfters von KollegInnen nach dem Thema gefragt. Auf die Antwort, dass es um Ernährung und Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung gehe, haben die KollegInnen stets mit Interesse reagiert, insbesondere, wenn sie selbst in ihrer Arbeit mit behinderten Menschen konfrontiert waren. Sie erzählten mir sofort Situationen aus ihrem Erleben, die sie mit dem Thema in Einklang brachten. Mir fiel jeweils auf, dass Ernährung ein sehr breites Thema ist, zu dem rasch ein persönlicher Bezug hergestellt werden kann. Es waren jedoch selten die Themen, auf die ich mich in meiner Forschungsarbeit konzentrieren wollte. Ich merkte, ich würde all die noch weiter interessierenden Themen, wenn überhaupt, nur am Rande streifen können. Ich konzentrierte mich in meiner Forschungsarbeit auf den vielfältigen Unterstützungsbedarf der Menschen mit Behinderungen, die in der Institution betreut werden.

Dank

Beim Werden dieser Diplomarbeit haben mich viele Menschen unterstützt und mir hilfreiche Hinweise gegeben. Ich bedanke mich bei allen herzlich.

Mein besonderer Dank gilt meiner Familie, die meine Launen mit großer Nachsicht ertragen hat, sowie meinen Freundinnen, die mir mit Rat und Auseinandersetzung beiseite gestanden sind und die mir mit ihrem Korrekturlesen geholfen haben. Ich bedanke mich bei meinem Arbeitgeber und meinen ArbeitskollegInnen und MitarbeiterInnen für das Verständnis und die Unterstützung.

Meinem Diplomarbeitsbetreuer Dr. Werner Freigang danke ich für seine Unterstützung während meines Arbeitsprozesses.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	9
2. Theoretische Grundlagen der Behindertenhilfe NÖ.....	10
2.1 Gesetzliche Grundlagen	11
2.2 Betreuungskonzept	12
2.3 Begriffsklärungen	12
2.3.1 Erwachsene Menschen	12
mit geistiger oder mehrfacher Behinderung	12
2.3.2 Betreuung - Langzeitbetreuung	13
3. Ernährungswissenschaft.....	14
3.1 Geschichte	15
3.2 Begriff Ernährung	15
3.3 Aktuelle Erkenntnisse der Ernährungswissenschaft	16
3.4 Ernährung für Menschen	19
mit geistiger und mehrfacher Behinderung	19
3.5 Gemeinschaftsverpflegung.....	23
3.6 Bewegung.....	25
4. Institution Wohnhaus und Werkstätte.....	26
für Menschen mit Behinderungen	26
4.1 Beschreibungen des Angebots	26
4.2 Ernährung.....	27
4.2.1 Ernährung im Wohnhaus	27
4.2.2 Ernährung in der Werkstätte	28
4.3.3 Speiseplan	29
4.4 Betreuung	30
4.5 Bewegung.....	32
4.6 Gesundheitsvorsorge, Medizinische Betreuung	33
4.7 Spezifische Aspekte der KlientInnen der Institution	37
5. Forschungsziel	38
6. Begründung des empirischen Vorgehens	39
7. Forschungsfragen.....	41
7.1 Hypothesenbildung	42
7.2 Konkrete Forschungsfragen	43

7.2.1 Fragen nach dem Gesundheitszustand.....	43
7.2.2 Fragen nach dem Betreuungs- bzw. Unterstützungsbedarf	43
7.2.3 Fragen nach dem Bewegungsverhalten	43
8. Konkretes Vorgehen bei der quantitativen Erhebung.....	44
8.1 Entstehung des Fragebogens.....	44
8.1.1 Allgemeines zur Konstruktion des Fragebogens	45
8.1.2 Inhaltlicher Aufbau des Fragebogens	46
8.2 Erprobung des Fragebogens – Rückmeldungen, Erkenntnisse.....	49
8.4 Vorgehen bei der Datenerhebung	49
8.5 Datenrücklauf.....	50
9. Darstellung der Ergebnisse.....	50
9.1 Demographische Daten	51
9.2 Gesundheit	54
9.3 Bewegungsverhalten und körperliche Aktivität	57
9.3.1 Energiebedarf	58
9.5 Betreuungs- und Unterstützungsbedarf	58
9.6 Ernährungsverhalten	60
10. Interpretation der Ergebnisse	61
11. Zusammenfassung.....	70
12. Literatur.....	74
13. Quellenverzeichnis.....	76
14. Abbildungsverzeichnis	78
15. Tabellenverzeichnis	78
16. Anhang.....	79
Fragebogen.....	79
Antworten auf die Frage nach der Art der Diät und Schonkost	83
Antworten auf die Frage: Möchten Sie sonst noch was sagen?.....	84
Eidesstattliche Erklärung	86

1. Einleitung

Menschen mit Behinderungen - Menschen mit besonderen Bedürfnissen - brauchen oftmals aufgrund ihrer Behinderung zeit ihres Lebens Unterstützung in der Alltagsbewältigung.

Eine Einrichtung, die Unterstützung bei der Lebensführung und Lebensbewältigung bietet, ist das Wohnhaus und die Werkstätte für Menschen mit Behinderungen in einer niederösterreichischen Kleinstadt. 72 erwachsene Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung finden hier Arbeit und Beschäftigung in der Werkstätte. Von diesen Menschen haben 39 auch ein Zuhause in einer der betreuten Wohngemeinschaften des Wohnhauses.

Diese Forschungsarbeit nimmt einen Aspekt der Betreuungsarbeit in den Fokus, der neben den vielen anderen Notwendigkeiten in der alltäglichen Betreuung der Menschen mit ihren Behinderungen Aufmerksamkeit verdient. Thema dieser Arbeit ist das physiologische Grundbedürfnis der Menschen mit Behinderungen, die in dieser Institution betreut werden, die Ernährung. Essen und Trinken sind als Selbstverständlichkeit betrachtet, nehmen viel Zeit und Arbeit in Anspruch und sind die Grundlage für allgemeines Wohlbefinden und Gesundheit. Es soll erforscht werden, ob diesem Grundbedürfnis genügend Aufmerksamkeit gezollt wird, oder ob hier wesentlicher Betreuungsbedarf übersehen wird.

Das Wohnhaus und die Werkstätte für Menschen mit Behinderungen bestehen seit 1999. Die Autorin leitet die Einrichtung in der Funktion als Direktorin seit 2006. Die Teilnahme an einer Veranstaltung eines niederösterreichischen Pflegeheimes 2008, bei der ein umfassendes Ernährungskonzept vorgestellt wurde, inspirierte die Autorin sich im Rahmen ihrer Diplomarbeit nun dem Ernährungsbedarf der betreuten Menschen mit Behinderung zu widmen. Ein Schwerpunkt des Ernährungskonzeptes in jenem Pflegeheim war es, einer drohenden Mangelernährung im Alter entgegen zu wirken. Beim

Ernährungsverhalten geistig und mehrfach behinderter Menschen scheint es sich eher um eine Überernährung als um eine Unterernährung zu handeln.

In der Institution Wohnhaus und Werkstätte für Menschen mit Behinderungen werden die Ernährung und das Essen der KlientInnen maßgeblich durch die Betriebsküche und die Betreuung bestimmt. Da mehr als die Hälfte der KlientInnen im Wohnhaus leben und die Essensversorgung größtenteils als Gemeinschaftsverpflegung über die Betriebsküche statt findet, liegt die Hauptverantwortung für die Ernährung bei der Institution und wird zentral gesteuert. Für WerkstättenklientInnen, die nicht im Wohnhaus leben, stellt die Betriebsküche das Mittagessen Montag bis Freitag her, und hat so bedeutenden Einfluss auf die Ernährung dieser Menschen.

Diese Tatsachen und der Umstand, dass die Ernährungswissenschaft mit ihren Erkenntnissen die letzten Jahrzehnte an Bedeutung gewonnen hat, die auch für Menschen mit Behinderungen Gültigkeit haben, sind für die Autorin in ihrer Funktion als Direktorin Grund, die Ernährung dieser Einrichtung im Rahmen der Diplomarbeit des Masterstudiengangs Sozialarbeit empirisch zu untersuchen.

2. Theoretische Grundlagen der Behindertenhilfe NÖ

Allgemeine Basis für die Führung einer Institution für Menschen mit Behinderung in Niederösterreich ist eine Reihe von Gesetzen und Verträgen. Darunter fallen unter anderem die Menschenrechtskonvention für Menschen mit Behinderung der UNO 2007, das niederösterreichische Sozialhilfegesetz, der Vertrag von Kolping Österreich mit der Landesregierung Niederösterreich (NÖ), das Heimaufenthaltsgesetz, das Heimvertragsgesetz, das Arbeitsrechtsgesetz und viele mehr. Hier soll nur kurz auf jene Gesetze, Verordnungen und Richtlinien bzw. auf das spezifische Konzept der Institution eingegangen werden, die die Ernährung der Menschen mit Behinderung betreffen.

2.1 Gesetzliche Grundlagen

Gesetzliche Grundlage für die Betreuung der Menschen mit Behinderung bietet das niederösterreichische Sozialhilfegesetz.

In den Richtlinien „Wohnen für geistig- und mehrfach beeinträchtigte Menschen“ ist ersichtlich, dass die Ernährung Teil der Betreuung ist. Hier werden im Rahmen einer Wohnbetreuung zu erbringende Leistungen unter anderem im Zusammenhang mit physischen Grundbedürfnissen aufgezählt. Es wird die Vollversorgung mit Kost und Quartier genannt. „Der Träger kann Bewohner, die hinreichend leistungsfähig sind und bei denen größere Selbstständigkeit angestrebt wird, die Verpflegung auch auf andere Weise als durch direktes Anbieten sicherstellen (zum Beispiel durch Überlassung eines Geldbetrages für den Kauf einer Mahlzeit außerhalb der Einrichtung.)“ (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, Abteilung Soziales 2008:7). Weitere zu erbringende Leistungen sind „Unterstützende Maßnahmen hinsichtlich gesunder Lebensführung“ (vgl. ebd). In der Niederösterreichischen Wohn- und Tagesbetreuungsverordnung kommt die Bereitstellung der Verpflegung nur am Rande erwähnt vor, und zwar lediglich in der Auflistung der Leistungen, die in einem Betreuungsvertrag, abgeschlossen zwischen der Einrichtung und dem zu betreuenden Menschen bzw. dessen SachwalterIn, festgehalten werden müssen (vgl. NÖ Wohn- und Tagesbetreuungsverordnung 2006:9).

Für das Führen von Großküchen gilt die Hygiene-Leitlinie für Großküchen, Küchen des Gesundheitswesens und vergleichbare Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung. Die Hygienebestimmungen beinhalten Bestimmungen zur Basishygiene wie die Anwendung des HACCP-Konzepts. Gesetzliche Basis ist hierfür das „Lebensmittel-Sicherheits- und Verbraucherschutz-Gesetz LMSVG“ (Internetquelle Bundesministerium für Gesundheit 23.7.09). Gemeinschaftsverpflegung im Sinne dieser Leitlinie ist die regelmäßige Versorgung einer grundsätzlich konstanten Personengruppe mit Speisen im Rahmen eines längerfristigen Auftrages.

2.2 Betreuungskonzept

Allgemeine Grundlage für die praktische Arbeit sind die Leitziele und das Menschenbild von Kolping Österreich, die sich auf die drei Grundprinzipien der christlichen Soziallehre berufen: das Personalitätsprinzip, das Solidaritätsprinzip und das Subsidiaritätsprinzip. Das Subsidiaritätsprinzip erklärt die Unterstützung und Betreuung dort, wo der/die Einzelne überfordert ist. Die Handlungen der BetreuerInnen orientieren sich an den Fähigkeiten, Bedürfnissen und Wünschen der/des Einzelnen. Ziel ist die weitest mögliche Selbstbefähigung der Menschen mit Behinderung einzelne Bereiche ihres Lebens selbst zu übernehmen oder mit Unterstützung zu bewältigen. Überall dort wo dies nicht umsetzbar ist, agiert stellvertretend der/die BetreuerIn auf Grundlage der persönlichen Bedürfnisse der/des Betroffenen. Weitere Leitziele sind Normalisierung als Prinzip, Inklusion, Selbstbestimmung, Empowerment, Beziehung statt Erziehung (Kolping Österreich 2008:3-4).

2.3 Begriffsklärungen

2.3.1 Erwachsene Menschen

mit geistiger oder mehrfacher Behinderung

In Österreich gelten Menschen ab dem 18. Lebensjahr als erwachsen.

Der Fachausdruck „geistige Behinderung“ ist ein komplexer Begriff und bezieht sich auf eine psycho-physische Schädigung des Gehirns und auf den gesamten Entwicklungsprozess und seine Umweltbedingungen. Den Ausgangspunkt für die Entstehung einer „geistigen Behinderung“ bilden biologisch-organische Beeinträchtigungen. Diese können entweder pränatal zum Beispiel durch Genmutationen oder Infektionen oder perinatal zum Beispiel durch eine Frühgeburt oder ein Geburtstrauma oder postnatal zum Beispiel durch entzündliche Erkrankungen oder Hirntraumata verursacht sein. Die weitere Entwicklung hängt vom Schweregrad der Hirnschädigung und von individuellen und sozialen Entwicklungsbedingungen ab. Die Auswirkungen genetisch-organischer Schädigungen beziehen sich vor allem auf das

Intelligenzniveau und in Verbindung damit auf die Wahrnehmung und Kognition sowie auf die Sprache und die motorische und soziale Entwicklung (vgl. Neuhäuser, Steinhausen, Speck in Theunissen et al. 2007:137).

Wenn zusätzliche Beeinträchtigungen der Sinnesorgane oder der Bewegungsfähigkeit vorhanden bzw. mehrere Funktionen des Organismus betroffen sind, wird von einer Mehrfachbehinderung gesprochen. Es können auch zusätzliche psycho-physische Beeinträchtigungen vorhanden sein, wie zum Beispiel Autismus oder cerebral bedingte Körperbehinderungen (vgl. Speck in Theunissen et al. 2007:137).

Das Österreichische Komitee für soziale Arbeit (ÖKSA) im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales definiert Behinderung folgendermaßen: "Behinderte Menschen sind Personen jeglichen Alters, die in einem lebenswichtigen sozialen Beziehungsfeld körperlich, geistig oder seelisch dauernd wesentlich beeinträchtigt sind. (...) Lebenswichtige soziale Beziehungsfelder sind insbesondere die Bereiche Erziehung, Schulbildung, Erwerbstätigkeit, Beschäftigung, Kommunikation, Wohnen und Freizeitgestaltung." „Behindert sind jene Menschen, denen es ohne Hilfe nicht möglich ist, - geregelte soziale Beziehungen zu pflegen, - sinnvolle Beschäftigung zu erlangen und auszuüben und - angemessenes und ausreichendes Einkommen zu erzielen" (Internetquelle ÖKSA 7.3.09).

2.3.2 Betreuung - Langzeitbetreuung

Die professionelle Arbeit in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen wird als Betreuung bezeichnet. In der Debatte um Selbstbestimmung und Empowerment werden zunehmend auch Begriffe wie Begleitung, Unterstützung bzw. auch Assistenz verwendet (vgl. Theunissen 2007:49). Teilbereiche der Betreuung und Unterstützung können sein: Freizeit, Beschäftigung und Bildung, soziale Beziehungen, psychisches und körperliches Wohlbefinden, Gesundheit, finanzielle Angelegenheiten oder Selbstversorgung (vgl. Kolping Österreich 2008:16).

Die Betreuung und Unterstützung findet in teilstationären und stationären Einrichtungen statt. Teilstationäre Einrichtungen sind Tagesstätten (Beschäftigungs- und Fördereinrichtungen) mit Betriebszeiten von Montag bis Freitag. Stationäre Einrichtungen sind Wohngemeinschaften, Wohngruppen und Wohnhäuser (vgl. NÖ Sozialhilfegesetz, 2000, LGBl. 9200).

In der Betreuung in einer stationären Einrichtung wird weiters zwischen Kurzzeitunterbringung und dauerhaftem Wohnen unterschieden. Langzeitbetreuung meint die längerfristige oder unbefristete Betreuung von Menschen mit Behinderung in einem Wohnhaus. Von der niederösterreichischen Landesregierung, Abteilung Soziales wird in der Regel die Aufnahme in der Werkstätte als Hilfe zur beruflichen Eingliederung bzw. Beschäftigungstherapie für mindestens ein Jahr, mit anschließender Verlängerungsmöglichkeit bei begründetem Bedarf, genehmigt. Somit handelt es sich auch in der Werkstätte um eine Langzeitbetreuung.

3. Ernährungswissenschaft

Der Stellenwert der Ernährung in Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit hat sich in den Industrieländern in den letzten Jahrzehnten wesentlich gewandelt. Früher waren Infektionskrankheiten und Krankheiten, die auf einen Mangel an bestimmten Nährstoffen zurückzuführen waren im Vordergrund. Heute überwiegen Krankheitsbilder, die auf eine laufende Überversorgung mit bestimmten Nährstoffen und mit Energie zurückzuführen sind. Ernährung als therapeutisches und präventives Prinzip ist daher gefragt. Wissenschaftliche Grundlagen dafür liefert uns die Ernährungsmedizin als ein Teil der Ernährungswissenschaft (vgl. Widhalm, 2005:3).

3.1 Geschichte

Bis in die Mitte der 1950er Jahre stand die Versorgung mit ausreichender Nahrung im Vordergrund. Danach begann in Westeuropa die Zeit des relativen Nahrungsüberflusses für alle sozialen Schichten. In Zusammenhang damit veränderte sich die Bedeutung der Ernährungsstandards von bis dahin nötigen Angaben an Mindestbedarf zur zunehmend wichtigeren Angabe von Höchstwerten, insbesondere bei Fett und Kalorien.

In den 1970er Jahren wurde der Stellenwert der Ernährung in Bezug auf die Bekämpfung der kardiovaskulären Erkrankungen, die als zu bekämpfende Zivilisationskrankheiten an vorderster Stelle galten, hervorgehoben. Dadurch wurde das Monopol der Mediziner bei der Bekämpfung von Leiden gebrochen. Die Ernährungsweise fand Anerkennung als medizinisch bedeutsames Thema und es folgte eine Entwicklung, bei der sich der Schwerpunkt von der Krankheitsbekämpfung zur Gesundheitsförderung verlagerte (vgl. Barlösius, 1999:221,222).

1990 schreibt die WHO: „Mit zunehmendem Wohlstand der Bevölkerung sind neue Probleme in Bezug auf die Konsequenzen von Veränderungen in der Menge und Art der konsumtiven Lebensmittel aufgetaucht. Die wichtigsten Ursachen für die frühzeitige Morbidität und Mortalität in den europäischen Ländern sind gegenwärtig eine Reihe von Krankheiten, die erwiesenermaßen oder vermutlich mehr oder minder mit der Ernährung zusammenhängen“ (zit. in Barlösius, 1999:222).

3.2 Begriff Ernährung

Um den Begriff Ernährung zu klären, ist es hilfreich, ihn vom Begriff „Essen“ abzugrenzen. Der Begriff „Essen“ bezieht sich auf den Vorgang der Nahrungsaufnahme und der damit verbundenen -meist positiven- Erlebnisse und Empfindungen. Der Begriff Ernährung wird eher für die kognitiven, gesundheitsbezogenen Aspekte der Nahrungsaufnahme (Zusammensetzung und Wirkung, Auswahl und Zubereitung der Nahrungsmittel) verwendet (vgl.

Seel 2003:113). Dass Ernährung und Essen keine synonymen Begriffe sind, stellten auch Pudel und Westenhöfer bei zwei bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen 1997 fest. Mit dem Begriff „Ernährung“ wurden kognitive Inhalte der Ernährungsaufklärung assoziiert (Vitamine, Kalorien, Fett etc.), während „Essen“ eher an emotionale Aspekte, wie Geschmack, Ambiente, Geselligkeit etc. denken ließ (vgl. Petermann, Pudel 2003:171,172).

Unter Ernährung wird die Aufnahme der zum Leben notwendigen Stoffe verstanden. Der Bedarf des menschlichen Körpers an Nährstoffen hängt von physischen Faktoren wie Lebensalter, Körpergröße und Geschlecht, sowie Aktivitäten und Gesundheitszustand ab. Eine gesunde Ernährung sollte grundsätzlich den Körper mit allen lebensnotwendigen Stoffen versorgen und gleichzeitig die Nahrungsmittelzufuhr so weit beschränken, dass Übergewicht und damit einhergehende Erkrankungen vermieden werden (vgl. Brockhaus 2001:158).

3.3 Aktuelle Erkenntnisse der Ernährungswissenschaft

Eine gute, gesundheitsfördernde Ernährung ist die Basis für körperliches und geistiges Wohlbefinden, für Leistungsfähigkeit und Gesundheit. Bei einer solchen Ernährung werden Lebensmittel in einem ausgewogenen Verhältnis gegessen, die den Körper mit einer Fülle an Nährstoffen versorgen.

Entscheidend für die Schutzwirkung einer gesundheitsfördernden Ernährung mit einem hohen Anteil pflanzlicher Lebensmittel, einer vernünftigen Menge tierischer Produkte und einer ausreichenden Menge hochwertiger Pflanzenöle scheint die Nährstoffvielfalt zu sein. Gesundheitsfördernde Nahrung hat folglich eine hohe Nährstoffdichte, das heißt hohe Gehalte an lebensnotwendigen Nährstoffen im Vergleich zum Energiegehalt (vgl. Elmadfa, 2005:7).

Kurz zusammengefasst benötigt der Körper zu seiner guten Versorgung: Eiweiß, Kohlenhydrate mit Ballaststoffen, wenig Fett, Gewürze, Wasser, essentielle Aminosäuren, essentielle Fettsäuren, Vitamine und Mineralstoffe. Als ernährungswissenschaftliche Empfehlung für eine optimale Nährstoff-Relation wird folgende Aufteilung des täglichen Energiebedarfs in Kilokalorien

(kcal) gerechnet: 50 % - 60 % als Kohlenhydrate, 30 % als Fette und 10 % bis 20 % als Eiweiß (vgl. Elmadfa, 2005:9).

Zu den allgemeinen Ernährungsfehlern zählen: zu hohe Energieaufnahme, zu viel Zucker, zu süß, zu wenig Stärke (Brot und „Beilagen“), zu viel tierisches Fett und Protein, zu stark verfeinert (weißes Mehl), zu wenig Ballaststoffe, zu viel Salz, manche Menschen konsumieren zu viel Alkohol (vgl. Elmadfa 2004:218). Dieses Essverhalten fördert die Entstehung von Zivilisationskrankheiten wie zum Beispiel Übergewicht, Bluthochdruck oder Verstopfung. Die Wissenschaft hat ermittelt, dass sich etwa durch gesundheitsfördernde Maßnahmen gegen Bluthochdruck - dazu zählt auch eine gesunde Ernährung - 40 Prozent der Schlaganfälle vermeiden ließen (vgl. Internetquelle Wiener Gebietskrankenkasse 31.7.09).

Der Energiebedarf ergibt sich aus dem Grundumsatz auf den etwa 50-70% des Energieverbrauches entfallen, aus dem Arbeitsumsatz, der nahrungsinduzierten Thermogenese, der Energie für die Anpassung an bestimmte Lebensbedingungen, wie etwa emotionalen Stress, und dem Bedarf für Wachstum, Schwangerschaft und Stillen. Unter Grundumsatz (GU, BMR basal metabolic rate) versteht man den Energieverbrauch eines entspannt liegenden Menschen 12 Stunden nach der letzten Nahrungsaufnahme bei konstanter Raumtemperatur von 20 °C. Diese Energiemenge ist erforderlich für die Aufrechterhaltung der ständigen Aktivitäten von Organen und Funktionen des Körpers wie Herztätigkeit, Lungentätigkeit, Gehirnfunktion, ständige Zellerneuerung etc. Der Energieumsatz wird auf den Grundumsatz bezogen. Als Maß des mittleren täglichen Energiebedarfs wurde von der WHO der „physical activity level“ (PAL) eingeführt. Er ist als Quotient aus dem 24-Stunden Energieverbrauch (EU) und dem Grundumsatz (GU) definiert: $PAL = EU / GU$ (vgl. Kasper 2004:4). Der Grundumsatz wird errechnet durch: Körpergewicht x 24. Bei Frauen werden 15 % abgezogen. So hat zum Beispiel eine 70 kg schwere Frau einen Grundumsatz von 1428 kcal. Der PAL ist der durchschnittliche tägliche Energiebedarf für körperliche Aktivität als Mehrfaches des Grundumsatzes (ebd:5).

Bei wenig körperlicher Aktivität kommt ein PAL von 1,2 – 1,5 zum Tragen.
Bei normaler körperlicher Aktivität kommt ein PAL von 1,6 – 1,7 zum Tragen.
Bei starker körperlicher Aktivität kommt ein PAL von 1,8 – 2,4 zum Tragen.

Energiebilanzuntersuchungen am Menschen sind schwierig, da sich beim Menschen im Gegensatz zum Versuchstier keine positive Korrelation zwischen Energiezufuhr und der Energieabgabe findet (ebd:5).

Der Studiengang Diätologie an der Fachhochschule St. Pölten hat die wichtigsten Tipps für die Ernährung des gesunden Erwachsenen folgendermaßen präzisiert:

1. Öfter kleine Mahlzeiten einnehmen
Zwischen Frühstück – Mittagessen und Abendessen je eine kleine Jause einschieben
 2. Zur Jause eignet sich Obst oder Joghurt
 3. Sparsamer Umgang mit Fett
Auswahl treffen für mageres Fleisch, fettarme Wurst und Milchprodukte, sparsamer Umgang mit Koch- oder Streichfett
 4. Pflanzenfette mit hohem Linolsäureanteil verwenden
 5. Vollkornprodukte verwenden - Vollkornbrote – Vollkornteigwaren – Naturreis
 6. Essen bunt gestalten mit reichlich Gemüse – Salat und Obst
 7. zwei – drei Mal pro Woche Gemüse- oder Getreidespeisen statt Fleischgericht
 8. Süßigkeiten und süße Limonaden meiden
 9. Salz sparsam verwenden – nicht nachsalzen
 10. Kräuter und Gewürze gezielt einsetzen
 11. Reichlich trinken – 1,5 bis 2 Liter pro Tag: Wasser, Tee, gespritzte Obstsäfte und Gemüsesäfte
 12. Verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol
- (vgl. Diätologie FH St. Pölten, 2009:1,2).

3.4 Ernährung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung

Welche Ernährung brauchen Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung?

Es gibt keine speziellen Diäten bei körperlichen oder geistigen Behinderungen. Alle Ernährungsempfehlungen richten sich immer nach den individuellen körperlichen Einschränkungen.

In der Ernährungswissenschaft finden zwei wesentliche Unterschiede besondere Berücksichtigung. Hierbei handelt es sich um motorische Störungen, wie Lähmung, unwillkürliche Bewegungen und Koordinationsstörungen und um geistige Behinderung. Bei der Spastik (cerebrale Bewegungsstörung) kann es sich um eine Mischform von motorischen Störungen als auch geistiger Behinderung handeln. Je nach Art der Behinderung ist die Form der Ernährung zu entscheiden (vgl. Internetquelle Forum-Diätetik 19.7.09).

Bei körperlicher Behinderung durch Mobilitätseinschränkungen und eingeschränkte Motorik kann die Essenseinnahme eingeschränkt und mühsam sein (vgl. Herrmann/Palte 2008:171). Schluck- und Kaustörungen können ebenfalls die orale Nahrungsaufnahme erheblich erschweren. Folgeerscheinung der cerebralen Parese kann eine Beeinträchtigung verschiedener vegetativer Funktionen, wie zum Beispiel der Verdauung, Miktion und Defäkation sein (vgl. Straßburg et al 2008:331). Für die gute Ernährung von Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung ist teilweise ein großer personeller, fachlicher und technischer Aufwand notwendig. Heute überleben Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen der Ernährung, weil diese durch pflegende Personen sowie fachgerechte Hilfsmittel und adäquat zusammengesetzte Nährstoffe kompensiert werden (vgl. Klauß in Maier, 2006:39). Bei motorischen Störungen können passierte Nahrung, füttern, kleine Mahlzeiten oder im Einzelfall auch Sondenernährung nötig sein (vgl. Internetquelle Forum-Diätetik, 19.7.09).

Bei kognitiver Behinderung oder Depression kann es zu einer Vernachlässigung der Nahrungsaufnahme kommen (vgl. Herrmann/Palte 2008:171). Die Nahrung soll dem Befinden angepasst werden. Möglicherweise sind kontrollierte Nahrungsmengen erforderlich (vgl. Internetquelle Forum-Diätetik, 19.7.09).

Menschen mit geistiger Behinderung sind häufig nicht in der Lage ihr Ess- und Ernährungsverhalten kognitiv zu steuern. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit führte die Autorin im Juli 2009 ein Experteninterview mit Frau Dr. Christiane Richter, Fachärztin für Psychiatrie. Richter kennt die besondere Situation von Menschen mit geistiger Behinderung und psychiatrischer Diagnose und die KlientInnen der Institution seit mehreren Jahren. Sie erklärt, dass bei Menschen mit kognitiver Behinderung häufig mangelnde Impulskontrolle gegeben ist, die sich unter anderem auf das Essverhalten auswirken kann. Richter beschrieb einen Klienten, der Butter Packungsweise verzehrt, ohne dies von sich aus einzuschränken. (nach Richter, 2009)

„Die bewusste den Erkenntnissen entsprechende Lenkung des eigenen Essverhaltens wird als kognitive Steuerung bezeichnet. Sie bezieht sich zum Beispiel auf die Auswahl der Nahrungsmittel (bewusste Entscheidung für oder gegen bestimmte Nahrungsmittel), deren Zusammenstellung und Zubereitung als Speise sowie das Nährstoff- und Kalorienbewusstsein“ (Pudel, Westenhöfer 1998:24).

Bezug nehmend auf das Gespräch mit Richter, sind Menschen mit Behinderungen meist durch Traumatisierungen geprägt. Oftmals gab es frühe Trennungen von der Mutter durch lange Krankenhausaufenthalte und Operationen. Diagnosen erfolgen häufig über das Trink- und das Bewegungsverhalten des Säuglings, wenn die Motorik von Mund und Hand in den Mund eingeschränkt ist. Die Folgen sind Störungen in der oralen Phase und eine Beeinträchtigung im Lustgewinn.

Wahrnehmungsstörungen können sowohl in der kognitiven oder mehrfachen Behinderung begründet sein, als auch in einer Deprivation. Auch viele

Menschen ohne Behinderung haben Probleme sich selbst wahrzunehmen, so z. B. Menschen mit Essstörungen wie Bulimie. Diese Menschen spüren sich erst, wenn sie das in sich hineingestopfte Essen wieder erbrechen. Die Frage ist, wie sich diese Menschen selbst spüren können, um zu einem Lustgewinn zu kommen. Manche Menschen müssen sich schneiden, um sich zu spüren. Therapeutisch gesehen bedeutet jedoch die kognitive Einschränkung eine bedeutende Erschwernis zu einer positiven Veränderung. Wenn in der Kindheit das Lustempfinden nicht erlernt wurde, ist es äußerst schwierig und langwierig dies im erwachsenen Alter nachzuholen. Dies gilt auch für die Normalbevölkerung. Bei Menschen mit kognitiver Behinderung steht zusätzlich die kognitive Einschränkung im Weg. Bei therapeutischen Prozessen aufgrund von Essstörungen in der so genannten Normalbevölkerung, sind die Essstörungen das Letzte das sich verändert, da es sich dabei um eine äußerst frühe Störung handelt (nach Richter, 2009).

Als Erklärung für das Zustandekommen des Essverhaltens entwickelte Volker Pudell das 3 Komponentenmodell (Pudell, Westenhöfer 1998:24), wonach das Essverhalten durch die Innensteuerung, Außensteuerung und die kognitive Steuerung gelenkt wird. Als Innensteuerung wird die biologische Regulation des Essverhaltens durch die Wahrnehmung innerer Signale (Hunger, Sättigungsgefühl) im Säuglingsalter bezeichnet. Zunehmend entwickeln sich vom Säuglings- bis zum Erwachsenenalter sekundäre nahrungsbezogene Bedürfnisse, die Außensteuerung. Die Lenkung des Essverhaltens durch das Ergebnis der kulturell-familiären Einflüsse und Anforderungen wird als Außensteuerung oder Aussenlenkung bezeichnet. Das Essverhalten wird bereits in der frühen Kindheit im Wesentlichen durch Imitationslernen und kulturelle Einflüsse sowie die Anforderungen der Bezugsgruppe entwickelt. Weitgehend unbewusst erfolgt nun die Ausprägung der sekundären Motive und Gewohnheiten die zunehmend das Essverhalten bestimmen.

Hierzu zählen zum Beispiel:

- Rhythmus der Mahlzeiten, Zeitpunkt der Einnahme einer Mahlzeit
- Einstellung zum Essen, subjektive Bewertung einzelner Speisen
- Häusliche Gemeinschaft
- Ersatzbefriedigung unerfüllter emotionaler Wünsche
- Belohnung (zum Beispiel durch bestimmte Speisen)
- Verträglichkeit
- Genusserlebnis

(vgl. Seel 2003:113).

Richter bezieht sich auf die Innensteuerung mit dem Hinweis der meist vorhandenen Störungen in der oralen Phase der Menschen mit kognitiven und mehrfachen Behinderungen, die sich prägend auf das Essverhalten auswirken. Zu den Faktoren in der Außensteuerung von kognitiv und mehrfach behinderten Menschen zählen oftmals die Schuldgefühle der Angehörigen. Liebe wird bei Menschen mit Behinderung oft über Essen gezeigt. In der so genannten Normalbevölkerung wird Liebe zusätzlich oder auch anstatt dessen öfter über Geld gezeigt. Die Sozialisation als Außensteuerung spielt auch eine Rolle bezogen auf erlerntes Bewegungsverhalten. So hat es Einfluss auf die Entwicklung ob jemand in einer sportlichen Familie aufwächst oder in einer Familie, in der Bewegung und Sport keinen besonderen Stellenwert genießt. Da viele erwachsene Menschen mit kognitiven und mehrfachen Behinderungen eine „Heimkarriere“ hinter sich haben, wirkt sich diese auch auf ihr Ess- und Ernährungsverhalten prägend aus. Menschen, die über viele Jahre in Gemeinschaften aufgewachsen sind, haben gelernt zu schauen: Bekommt der andere mehr als ich? Bekomme ich genug? Hospitalisierung ist eine Form der Außensteuerung des Essverhaltens (nach Richter, 2009).

In der orthomolekularen Medizin gibt es ebenfalls Theorien zur Wichtigkeit des Stellenwerts der Ernährung von Menschen mit psychischer Behinderung bzw. Störung. So schreibt Irmgard Niestroj: „Die durchschnittliche Ernährung psychisch auffälliger Patienten ist im Allgemeinen als unzureichend zu bezeichnen. In der Regel sind die Ernährungsfehler nicht wesentlich anders als in der Allgemeinbevölkerung, sie sind nur noch extremer mit noch häufigerem

Mangel an Mikronährstoffen. Schon allein eine Umstellung auf eine vollwertige, kalorienangepasste Kost kann den somatischen und psychischen Gesundheitszustand verbessern. Befindlichkeiten mangelernährter psychisch Kranker verschlechtern das Gesamtbild und erschweren Therapiekontrollen. Die Zunahme psychischer Erkrankungen wie auch krimineller Delikte wird von manchen Autoren in Zusammenhang mit der modernen, sehr phosphatreichen, sonst aber eher mikronährstoffarmen Ernährung gesehen, die aggressives Verhalten fördern soll“ (Niestroj 2000: 286).

3.5 Gemeinschaftsverpflegung

Das Ernährungsverhalten in der Bevölkerung hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Die Arbeitsteilung der Moderne führte dazu, dass immer mehr Mahlzeiten außer Haus eingenommen werden. Sorgen früher „Hausfrauen“ dafür, dass regelmäßig und gemeinsam zu Hause gegessen wurde, so ging die Tendenz in den letzten Jahrzehnten immer mehr dazu, an unterschiedlichsten Orten zu essen: Kantine, Fastfoodketten und der Snack zwischendurch bestimmen mehr und mehr den Alltag (vgl. Hülshoff, 2004:187). Im Behindertenbereich zeigt diese Entwicklung häufig den Hintergrund für den Zugang der Betreuungspersonen zum Essen und zur Ernährung. Für Menschen mit Behinderungen, die in der institutionellen Betreuung leben, spielt die Tatsache, dass Gemeinschaftsverpflegung an sich in der heutigen Zeit wesentlich an Bedeutung für die individuelle Ernährung gewonnen hat, eine Rolle. So schreibt die Wiener Gebietskrankenkasse 2003 dass in Österreich im Laufe eines Monats rund 2 Millionen Menüs in Betriebsküchen und -kantinen verkauft werden. Etwa 100.000 ArbeitnehmerInnen konsumieren täglich ein komplettes Menü einer Betriebsküche. Bei dieser Zahl sind Krankenhaus-, Schul- und Kindergartenküchen noch gar nicht mitgerechnet. Mit der Erfahrung, dass zwar das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung steigt jedoch weiterhin eine Zunahme ernährungsbedingter Erkrankungen festzustellen ist, hat die Wiener Gebietskrankenkasse ein Projekt „gesunde Betriebsküche“ 2002 in einem österreichischen Betrieb gefördert. Die betriebliche Gesundheitsförderung versuchte nicht nur beim Verhalten des Einzelnen anzusetzen, sondern auch das Lebensumfeld der Menschen mit

einzu beziehen. Hilfreich für Veränderungen der Ernährungsgewohnheiten waren Aktionen, die die gesamte soziale Gruppe im betrieblichen Umfeld einbezog. "Gesunde Betriebsküche" orientierte sich sowohl an der Verhaltensprävention als auch an der Verhältnisprävention und verfolgte damit einen ganzheitlichen Ansatz wie er in der "Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung" der Europäischen Union vorgesehen ist (vgl. Internetquelle Wiener Gebietskrankenkasse 31.7.09).

Für die Gemeinschaftsverpflegung in der Institution Wohnhaus & Werkstätte für Menschen mit Behinderungen liegt ein Vergleich mit Bedingungen in der Krankenhausernährung nahe:

- Standardportionen müssen möglichst den Bedarf aller PatientInnen decken
- Mehrere Altersgruppen sind zu berücksichtigen (19-65 Jahre)
- Empfehlungen für essentielle Nährstoffe sind an Maximalwerten orientiert
- Energiezufuhr orientiert sich am Durchschnittswert (2000 kcal/d)
- Erhöhter Nährstoffbedarf vieler Patienten

(vgl. Meyer-Rankes et al. 2006:766).

Die hier gestellte Forderung an die Gemeinschaftsverpflegung in der Langzeitbetreuung lautet ähnlich der an die Diätküche und Großverpflegung im Krankenhaus: „Die Speiseplanung verknüpft ernährungsphysiologische Forderungen und präventivmedizinische Erkenntnisse mit Ernährungsgewohnheiten. Zudem müssen die Rezepturen der spezifischen Situation der Gemeinschaftsverpflegung angepasst sein, wobei als Basis gilt: leicht verfügbare, preiswerte und mediterrane Kost“ (Meyer-Rankes et al. 2006:766). Im Unterschied zur Diätküche des Krankenhauses sind in einer Institution wie der hier beschriebenen allerdings von vornherein keine DiätologInnen im Einsatz.

Die Ernährungsberatung des deutschen Nahrungsmittelherstellers Apetito beschreibt die allgemeinen Ernährungsempfehlungen für Menschen mit Behinderung als kaum unterschiedlich zu den Richtlinien für eine gesunde Ernährung von Menschen die körperlich und geistig nicht beeinträchtigt sind.

Die Vielfalt an Behinderungen jedoch erfordert eine individuelle Vorgehensweise bei der Ernährung. Insbesondere für Menschen mit schwersten Behinderungen, die Ess- und Ernährungsprobleme haben, können besondere Kost- und Zubereitungsformen unumgänglich sein. Art und Ausmaß der Behinderung bestimmen die Ansprüche an die Ernährung. (vgl. Internetquelle Ernährungsberatung Apetito , 22.7.09)

3.6 Bewegung

Bewegung kann auch zu den grundlegenden menschlichen Bedürfnissen gezählt werden. Sie schafft einen Zugang zum eigenen Körper, und ermöglicht neue Erfahrungen, wie Schwitzen, Rötung der Haut, Veränderung der Pulsfrequenz oder das Wahrnehmen einer vertieften Atmung. Durch Bewegung werden die Menschen aktive Gestalter ihrer Umwelt und erleben eine Selbstständigkeit, die ihren Erfahrungshorizont erweitert. Neben den oft unbewussten Bewegungen im Alltag ermöglichen Spiel und Sport Bewegungen bewusst wahrzunehmen. Ebenso kann Sport einen wichtigen Ausgleich zum Bewegungsmangel im Alltag darstellen. Wenn die Arbeit in Werkstätten für behinderte Menschen durch Sitzen geprägt ist, ist es sinnvoll durch Bewegungsangebote zwischendurch einen Ausgleich von Anspannung und Entspannung zu schaffen. Durch regelmäßige Bewegung kann nicht nur die Ausdauer und Kraft gesteigert werden, auch Bewegungsabläufe werden gefestigt und die Körperkoordination kann geschult werden (vgl. Hülshoff, 2004:196).

Bewegung hat direkte Auswirkung auf den Energiebedarf des Körpers, als eine der drei Komponenten, die für den Energieverbrauch zuständig sind. Die anderen zwei Komponenten sind der Grundumsatz und die diätinduzierte Thermogenese (vgl. Platte in Petermann, Pudel 2003:48).

4. Institution Wohnhaus und Werkstätte für Menschen mit Behinderungen

Da sich die Forschungsarbeit auf eine Institution, die ein Wohnhaus und eine Werkstätte für Menschen mit Behinderungen in einer niederösterreichischen Kleinstadt führt, bezieht, wird im Folgenden das Angebot dieser Einrichtung insbesondere das physiologische Grundbedürfnis Ernährung betreffend und die spezifischen Anforderungen an die Ernährung aufgrund der Behinderungen der Menschen, die in dieser Einrichtung betreut werden, dargelegt. Die Finanzierung der Betreuung, Infrastruktur und Verpflegung erfolgt über Monatspauschalen des Landes Niederösterreich. Die Höhe der Monatspauschale ist von der Pflegegeldstufe und von der Art der Unterbringung (stationär oder teilstationär) abhängig.

4.1 Beschreibungen des Angebots

Wohnhaus und Werkstätte befinden sich unter einem Dach und sind jedoch räumlich und strukturell von einander innerhalb des Hauses getrennt. Das Haus wurde 1999 errichtet und schrittweise bezogen. 2009 ist das Haus voll ausgelastet und alle Plätze sind belegt.

Im Wohnhaus (stationärer Bereich) leben 39 Menschen im Alter zwischen 16 und 58 Jahren in insgesamt vier Wohngruppen. Eine Wohngruppe, in der KlientInnen mit hohem Pflegebedarf leben (Basale Fördergruppe, Wohngruppe 4), hat 6 Plätze. In den anderen Wohngruppen leben jeweils 11 KlientInnen.

In der Werkstätte werden insgesamt 72 Menschen in 10 unterschiedlichen Gruppen beschäftigt. 33 dieser Personen sind davon teilstationär betreut. Die Beschäftigung und Förderung findet in 2 basalen Fördergruppen für Menschen hohem Pflegebedarf, 2 Fördergruppen für Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf, in 4 Kreativgruppen, einer Tischlerei und einer mobilen Hausgartengruppe statt.

4.2 Ernährung

Wie bereits oben erwähnt, ist die teilstationäre wie die stationäre Einrichtung für Menschen mit besonderen Bedürfnissen für die Bereitstellung von Verpflegung gesetzlich verpflichtet sowie für gesundheitliche Belange verantwortlich.

Im Erdgeschoss des Hauses gibt es eine Großküche, die sowohl für die Küchenleitung und ihr Küchenteam als auch für die WohnhausbetreuerInnen gemeinsam mit KlientInnen zur Verfügung steht.

Die Küchenleitung wählt nach Maßgabe des Budgets und fachlicher bzw. spezifischer Vorgaben die Nahrungsmittel und erstellt den Speiseplan. Sie ist zuständig für die Vorbereitung der Mahlzeiten sowie die Zubereitung des Mittagessens von Montag bis Freitag. Für die Zubereitung der Mahlzeiten an Wochenenden und an Feiertagen, sowie die Zubereitung des Frühstücks und des Abendessens, entsprechend dem Speiseplan und den Vorbereitungen durch die Küchenleitung, sind die BetreuerInnen verantwortlich. Eine wesentliche andere Aufgabe jedoch der BetreuerInnen ist, die Bedachtnahme um die Atmosphäre bei der Nahrungsaufnahme und die Unterstützung bei der Einnahme des Essens.

4.2.1 Ernährung im Wohnhaus

Das Essen wird hauptsächlich in der Großküche zubereitet und dann in den Wohngruppen verteilt. Die Essenseinnahme erfolgt im Wohnraum der jeweiligen Wohngruppe (WG). Jede der Wohngruppen ist mit einer Kochnische mit einem Abwaschbecken und zwei Herdplatten ausgestattet. Hier gibt es die Möglichkeit Kaffee oder Tee zu kochen und vielleicht einmal eine Eierspeise für ein oder zwei BewohnerInnen. In der Wohngruppe 3 wurde 2008 anstatt der Kochnische eine Haushaltsküche mit Backrohr, Mikrowelle, vier Kochstellen und Geschirrspüler eingebaut. Nun gibt es für die BewohnerInnen der WG 3 die Möglichkeit einmal pro Woche ihr Abendessen selbst zu kochen. Grundnahrungsmittel werden aus der Großküche bezogen. Spezielle Zutaten werden selbst eingekauft.

Grundsätzlich gibt es gruppenspezifische Vereinbarungen und Gewohnheiten das Essen betreffend. In den Wohngruppen 1 – 3 gibt es einmal pro Woche an einem fixen Tag eine Kaffeejause. In der WG 3 gibt es wie erwähnt einen fixen Kochtag. Auch in der Basalen Fördergruppe – WG 4 wird einmal in der Woche das Abendessen in der Wohngruppe von den BetreuerInnen gemeinsam mit KlientInnen zubereitet.

4.2.2 Ernährung in der Werkstätte

Von Montag bis Freitag, werktags, gibt es ein zweites Frühstück um 9.00 für alle KlientInnen. Die Einnahme des zweiten Frühstücks erfolgt in der Regel im jeweiligen Gruppenraum. Externe KlientInnen bringen ihr zweites Frühstück selbst mit, für das Angebot der internen KlientInnen ist die Küchenleitung zuständig und es gibt meist ein Stück Obst oder ein Joghurt.

Das Mittagessen findet im Speiseraum statt. Dieser ist für 50 Personen konzipiert und ermöglicht die gemeinsame Mahlzeit in zwei Etappen. Jeweils ca. 40 Personen, KlientInnen und BetreuerInnen essen gemeinsam von 11.30 bis 12.00 bzw. von 12.15 bis 12.45.

Soziologisch gesehen treten durch die Gemeinschaftsverpflegung an die Stelle der familialen Tischgemeinschaften andere Tischgemeinschaften. Diese besitzen ähnliche soziale Qualitäten, weshalb die alltägliche Mahlzeit als soziale Institution weiterhin Bedeutung hat. (vgl. Barlösius, 1999:186,187). Die Tischgemeinschaften in der beschriebenen Institution sind mit Unterstützung der BetreuerInnen so zusammengestellt, dass soziale Qualitäten zur Kenntnis gelangen können und erfahrbar sind.

Die Tische werden von der Tischkulturgruppe (bestehend aus 4 KlientInnen) gedeckt: Besteck, Servietten, Gläser, Wasserkrüge, Salatteller. Tischweise sitzen 2-4 Personen. Das Essen wird als Mittagsbuffet angerichtet und tischweise holt jede/r einzelne KlientIn sich die individuell gewünschte Essensmenge und Auswahl des bereitgestellten Angebots: Hauptspeise mit 2

Beilagen, Schonkost. Unterstützung gibt es bei Bedarf. Salat kann nachgenommen werden, solange das Angebot reicht.

Während des Essens achten die BetreuerInnen auf möglichst ruhige und entspannte Atmosphäre. Sie unterstützen in diesem Sinn bei der Auswahl der Tischnachbarn. Nach einer Viertelstunde dürfen die KlientInnen, die mit dem Essen fertig sind, den Raum verlassen und die restliche Pause genießen.

Die KlientInnen der Basalen Fördergruppen essen in ihren Gruppenräumen und erhalten dort die nötige Unterstützung bei der Essenseinnahme, die sie brauchen.

4.3.3 Speiseplan

Der Speiseplan kann hier lediglich grob beschrieben werden. Eine detaillierte Analyse würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen und ist auch erst nach Beendigung dieser Forschungsarbeit als weiterführende Maßnahme in diesem Haus geplant und sinnvoll.

Der Speiseplan wechselt derzeit das Speisenangebot im 12 Wochen Rhythmus: Der momentane Speiseplan kann in etwa so beschrieben werden:

Frühstück (7 Tage): jeden Tag anderes Angebot	
dreimal Brot	Butter bzw. Diätmargarine
einmal Semmeln	Marmelade bzw. Diätmarmelade
zweimal Vollkorng Gebäck oder Vollkornbrot	Honig, Nutella
einmal Striezel	einmal Käse
Abendessen (7 Tage):	
fünfmal kalt	dreimal Wurst
zweimal warm	einmal Grießkoch
Mittagessen (Wochenende):	
einmal Fleisch	Speisereste der Vorwoche

Tabelle 1: Speisplan Wohnhaus

Mittagessen (Montag bis Freitag):	
zweimal Fleischspeise	Salat
einmal Fisch	zweimal Gemüse
einmal Suppe und Süßspeise / Dienstag	Beilagen: Erdäpfel, Reis
einmal Fleischlos	Nudeln

Tabelle 2: Speiseplan Werkstätte

Als Getränk bei den Mahlzeiten wird in der Regel Leitungswasser angeboten.

4.4 Betreuung

„Ernährung ist eine Voraussetzung von Bildung... Gute Ernährung ermöglicht Bildung... Erst befriedigte Bedürfnisse machen ‚offen‘ für Bildungsangebote.“ (Klauß in Maier 2006:41) In dem Artikel von Theo Klauß geht es um schwer mehrfach behinderte Menschen. Er schreibt, wer nicht erlebt, dass sich andere um organismische Bedürfnisse wie Hunger und Durst oder auch Schlafmangel oder juckende Haut kümmern, der entwickelt kaum Interesse am Lernen (vgl. Klauß in Maier 2006:41). „Die Sorge um eine adäquate Ernährung bildet daher eine Basis für Bildung, Erziehung und Förderung. Die Pädagogik muss deshalb der qualifizierten Ernährung genügend (Be)achtung schenken, muss fragen, ob und wie dieser Rechnung getragen wird und interprofessionell mit den Personen kooperieren, die sich hier auskennen“ (Klauß in Maier 2006:41).

Ernährung ist ein wesentlicher Teil der Betreuung. Essen und Trinken sind Teil der Tagesstruktur. Die Mahlzeiten dienen vielen KlientInnen als Uhr und somit als Orientierung im Tagesablauf.

Essen ist willkommene Freizeitgestaltung: Es gibt viele Feiern und Feste in Wohnhaus und Werkstätte, die zusätzliche Jausenzeiten ermöglichen. Wer im Wohnhaus lebt, kommt nicht selten in den Genuss von doppelten Geburtstagsfeiern. In der Betreuung hat essen oft den Stellenwert von Gemütlichkeit und Entspannung. Speziell die Kaffeejause am Nachmittag dient den KlientInnen als Erholung nach der Arbeit in der Werkstätte und den

BetreuerInnen als Austauschmöglichkeit und Plauderrunde. Manchmal gibt es auch den Kaffeehausbesuch als Freizeitbeschäftigung.

Teil der Freizeitgestaltung für die KlientInnen ist auch der Einkauf. Viele KlientInnen gehen mit oder ohne Begleitung ein bis mehrmals pro Woche einkaufen. Der wöchentliche Einkauf ist eine Möglichkeit zur Selbstbestimmung. Mit manchen BewohnerInnen wird bereits im Vorfeld abgesprochen, was eingekauft wird. Andere kaufen für sich das, wozu sie Lust haben, selbst wenn es immer das Gleiche ist: ein Doppelliter Cola, eine Leberkäsesemmel und Chips. In manchen Gruppen gibt es gezielten Gruppeneinkauf zum Beispiel für die Obstjause. Ein/e BewohnerIn ist zuständig für den Obsteinkauf. Bei der Nachmittagsbesprechung dürfen die BewohnerInnen der Gruppe sich Obst wünschen, das der/die Zuständige dann besorgt.

Im Wohnhaus gibt es eine Kochgruppe, die regelmäßig in größerem Abstand gemeinsam kocht. Ziel dieser Kochgruppe ist die Freude am Kochen und das selbstständige Herstellen von einfachen Köstlichkeiten. In der Werkstätte gibt es eine kleine Kochgruppe, die einmal wöchentlich das Mittagessen für sich selbst zubereitet. Die Werkstättenkochgruppe kocht auch auf Auftrag für feierliche Anlässe im Haus. In der Wohngruppe 3 und in der Wohngruppe 4 wird einmal pro Woche das Abendessen in der Gruppe zubereitet. In der Wohngruppe 3 sind die BewohnerInnen in den gesamten Kochvorgang eingebunden. In der Basalen Fördergruppe können einzelne BewohnerInnen kleine Arbeiten mit Hilfe durchführen, Ziel ist aber vordergründig, den Essensgeruch in der Gruppe wahrnehmen zu können und bei der Herstellung des Essens zusehen zu können.

Ernährung hat einen großen Stellenwert als Haushaltstätigkeit. Beim Aufdecken, Tischabräumen und Geschirrabwaschen gibt es viele Möglichkeiten für die KlientInnen ihre Fähigkeiten einzubringen und Fertigkeiten zu üben.

Essen als soziales Ereignis in der Gruppe bietet immer wieder Raum für Kommunikation bzw. auch Konflikte. Anerkannte Tischmanieren werden von

manchen KlientInnen gerne provokativ in Frage gestellt. Rülpsolisten beim Esstisch können sich einer Reaktion gewiss sein. Manche KlientInnen freuen sich darüber anderen Hilfestellungen beim Essen anzubieten.

Die BetreuerInnen begleiten diese Geschehnisse, leiten sie an und unterstützen bei der Gestaltung der Atmosphäre.

4.5 Bewegung

In dem Haus, das in drei Halbstöcke geteilt ist, gibt es einen Lift, der für den barrierefreien Zugang zu allen Räumen sorgt. Um Bewegung zu fördern gibt es eine Regel in der Hausordnung, die besagt, den Lift nur in begründeten Fällen zu benutzen. Das können Einschränkung in der Mobilität oder der Lastentransport sein.

Folgende Bewegungsangebote werden aktiv durch das Betreuungsteam gesetzt:

Im Freizeitbereich:

Es gibt eine Fahrrad-Gruppe, die im Sommer bemüht ist, einmal pro Woche abends einen Fahrradausflug zu unternehmen. Das ganze Jahr über finden regelmäßig Spaziergänge statt. Auch Einkäufe zu Fuß ins Stadtzentrum, die je nach Gehgeschwindigkeit für die ca. 1,5 km pro Weg 15 – 25 Minuten dauern, gibt es ein bis zweimal wöchentlich. Die Benutzung des Gartens und der darin aufgestellten Schaukeln wird immer wieder angeboten und von manchen KlientInnen auch gerne genutzt. Im Gymnastikraum wird vor allem im Winter Aerobic angeboten. Zweimal pro Woche wird von KlientInnen die hauseigene Diskothek zum Tanzen genutzt.

In der Werkstätte:

Einmal pro Monat können interessierte KlientInnen an der im Gymnastikraum angebotenen Motopädagogik teilnehmen. Einmal in zwei Monaten können interessierte KlientInnen am Begleiteten Schwimmen teilnehmen. Für die mobilen Klienten, die wenig bis keinen Unterstützungsbedarf bei den Activities of Daily Life (ADL) haben (zum Beispiel An- bzw. Ausziehen), gibt es wöchentlich die Möglichkeit bei „Sport am Montag“ mitzumachen: sie spielen Fußball (im Freien oder in der Halle) oder gehen im Sommer ins Freibad schwimmen. Es gibt eine Gruppe, die wöchentlich einen Spaziergang macht. Eine kleine Gruppe von selbstständigen KlientInnen wird ermuntert, wöchentlich walken zu gehen. Die diversen Fördergruppen nützen im Winter den Gymnastikraum für Bewegungsangebote. Ein Indoor- und neuerdings ein Outdoor-Tischtennistisch stehen für das Spiel zur Verfügung. Eine Physiotherapeutin macht mit einigen KlientInnen auf ärztliche Verordnung regelmäßig Physiotherapie im Haus.

Fallweise finden größere bzw. besondere Sportevents statt: es haben in den letzten vier Jahren drei Klienten an den Special Olympics teilgenommen; zwei integrative Sportfeste mit Angeboten für alle KlientInnen des Hauses wurden organisiert und abgehalten; zwischen Wohnhaus und Werkstätte gab es ein Tischtennis-Turnier; einmal im Jahr findet ein integrativer Kegelabend für eine Vielzahl an BewohnerInnen statt.

4.6 Gesundheitsvorsorge, Medizinische Betreuung

Für ärztliche Belange der KlientInnen ist laut Betreuungsvereinbarung das Wohnhaus zuständig, falls die KlientInnen nicht in der Lage sind, diese selbst zu organisieren bzw. es nicht anders mit dem/der SachwalterIn vereinbart ist.

Regelmäßig 14tägig kommt ein praktischer Arzt ins Haus.

Anlässlich dieser Forschungsarbeit führte die Autorin ein Experteninterview mit Herrn Dr. Felix Graf, Facharzt für Allgemeinmedizin, im Juli 2009, da er die

KlientInnen mit den besonderen und individuellen Problemstellungen gut kennt und die Visiten bereits seit Eröffnung des Wohnhauses durchführt. Die Fragestellungen bezogen sich auf eventuelle Erfordernisse, die in der Ernährung aus medizinischer Sicht zu beachten wären.

Die Krankheitsbilder, die in der Institution gehäuft vorkommen und eine spezielle Diät erfordern sind: Stoffwechselerkrankungen wie Hyperlipidämie bzw. Hypercholesterinämie (erhöhte Blutfettwerte) sowie Schilddrüsenunterfunktion und Diabetes.

Der Arzt verschreibt aufgrund des Blutbildes, das mehrmals jährlich im Labor erstellt wird, reduzierte Diäten. Unter Diät kann die Ernährung im Allgemeinen verstanden werden, eine reduzierte Diät ist eine spezielle Ernährung oder auch Schonkost. Hierzu zählen eine fettreduzierte Schonkost, oder auch eine Magen schonende Schonkost, sowie eine zuckerfreie Diät. Allerdings sind komplizierte Diäten (Magen- oder Nierendiät) wie in Krankenhäusern derzeit nicht erforderlich und wären vermutlich durch die Küche auch nicht leistbar. Im Bedarfsfall müssten andere Lösungen gefunden werden. So wurde für den insulinpflichtigen Patienten eine Diät mit Broteinheiten kurz erwogen, aber als nicht sinnvoll erachtet, da der Klient lediglich die Werkstätte besucht und die Verantwortung der Institution für seine Ernährung und Blutzuckermessung nur beim Mittagessen und einer eventuell vorhandenen Nachmittagsjause liegt. Die übrige Zeit des Tages liegt im Verantwortungsbereich der Angehörigen und somit außerhalb des Einflussbereiches. Die Diabetiker erhalten eine zuckerfreie Diät.

In letzter Zeit ist auffallend, dass immer wieder neue PatientInnen mit einer Schilddrüsenunterfunktion diagnostiziert werden. Graf ist auf der Suche nach möglichen Ursachen. Da die PatientInnen nicht die gleichen Medikamente einnehmen, ist ein auslösendes Medikament auszuschließen. Eine Überprüfung des von der Küche verwendeten Salzes durch den Arzt stellte klar, dass die Küche ein in Österreich übliches mit Jod angereichertes Salz verwendet, wodurch dies als mögliche Ursache für die Zunahme an dieser

Diagnose ausfällt. Die Vermutung ist jedoch, dass die Ernährung grundsätzlich jodarm ist.

Auf Grund der großen Medikamenteneinnahme vieler KlientInnen können die Leber- und Nierenwerte beeinflusst werden und auch die Verteilung der roten und weißen Blutkörperchen kann sich verändern. Es gibt Medikamente die entwässernd wirken wodurch es zur Ausschwemmung von Elektrolyten kommen kann. Daher sind die regelmäßigen Laboruntersuchungen nötig. Aus der Erinnerung des Arztes kam es einmal zu einer ungewollten Verteilung der weißen Blutkörperchen bei einem Klienten durch die Einnahme von Seroquel, einem Neuroleptikum, sodass die Medikation verändert werden musste. Neuroleptika können Einfluss auf die weißen Blutkörperchen nehmen. Eine Veränderung der roten Blutkörperchen ist derzeit bei den KlientInnen im Haus nicht zu erwarten, da diese vor allem durch Chemotherapien ausgelöst werden würde.

Durch die Einnahme mancher blutdrucksenkenden Mittel ist es möglich, dass es zu einem Mangel des Spurenelements Kalium kommt. Ein derartiger Mangel kann auch durch die laufende Einnahme von Abführmitteln entstehen, wie dies bei einer Klientin der Fall ist. Ein Ausgleich des Kaliummangels durch die Diät ist kompliziert, da zwar Bananen dieses Spurenelement enthalten, jedoch unklar ist, wie viele gegessen werden müssten, um den aktuellen Mangel auszugleichen. Daher wird ein solcher Mangel mit einer Kalium-Substituttablette behandelt. Natrium- und Chloridmangel ist leichter durch die Ernährung zu beheben, zum Beispiel durch das Essen oder Trinken einer salzigen Suppe. Um hier nichts zu übersehen, wird der Elektrolytspiegel regelmäßig kontrolliert.

Antiepileptika (zum Beispiel Neurotop und Mysoline) und Psychopharmaka (zum Beispiel Seroquel, Risperdal, Zyprexa) können Auswirkungen auf das Essverhalten haben und Gewichtszu- oder abnahmen auslösen (Internetquelle Austria Codex vom 3.7.09).

Auf ausreichendes Trinken ist generell zu achten, wobei Graf als Durstlöscher Wasser bzw. auch 100%igen Apfelsaft (ohne Zugabe von Zucker) gespritzt mit Wasser empfiehlt. Der Richtwert für die tägliche Wasseraufnahme durch Getränke beträgt zwischen 1,2 und 1,5 Liter für Erwachsene (DACH, 2000 in Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien, 2008: 145). Welche Flüssigkeiten zu Getränken gezählt werden können, wird immer wieder diskutiert und es gibt unterschiedliche Ansichten der Fachleute darüber. Graf zählt Kaffee zu den Flüssigkeiten, die die Trinkmenge erhöhen. Kaffee regt die Blasenentleerung an, wirkt aber im Gegensatz zu einer salzigen Suppe, nicht entwässernd. Laut DGE (2006) werden koffeinhaltige Getränke nicht zu den echten Durstlöschern gezählt.

Zusammenfassend stellt die Autorin fest, dass es aus medizinischer Sicht durchaus sinnvoll wäre, die von Graf verordnete und der Küchenleitung angebotene Schonkost einmal durch den Arzt prüfen zu lassen, ob die spezielle Diät den Erwartungen und Anforderungen aus medizinischer Sicht entspricht.

Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen wie Zahnarztkontrollen, gynäkologische Untersuchungen oder Augenarztbesuche werden von den WohnhausbetreuerInnen organisiert und meist begleitet.

Einmal pro Monat kommt die bereits genannte Fachärztin für Psychiatrie (Kapitel 3.4 Ernährung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung) als Konsiliarärztin ins Haus. Richter bietet Beratungsgespräche nach Bedarf für Angehörige und das Betreuungsteam an. Außerdem verordnet und kontrolliert sie die medikamentöse Einstellung der KlientInnen. Es werden von ihr Qualitätszirkel angeleitet, an denen je nach Fragestellung alle BetreuerInnen, die an einer bestimmten Betreuungssituation beteiligt sind, teilnehmen. Diese Qualitätszirkel dienen dem besseren Verständnis von herausfordernden komplexen Situationen.

4.7 Spezifische Aspekte der KlientInnen der Institution

Bei vielen KlientInnen sind starke kognitive Einschränkungen vorhanden. Beim Großteil der KlientInnen erfolgte die Behinderung pränatal oder perinatal. Bei den Menschen mit einer postnatalen Behinderung ist diese meist in den ersten Lebensjahren eingetreten.

Einige KlientInnen der Institution haben Dualdiagnosen. Neben der kognitiven Behinderung wurde auch eine psychiatrische Diagnose attestiert. So gibt es KlientInnen mit Schizophrenie, depressiven Verstimmungen oder Borderline Störungen. Manche KlientInnen haben neben der geistigen Behinderung eine Zwangsstörung, die sich zum Beispiel auf das Essverhalten insofern auswirkt, als sie Schwierigkeiten haben mit dem Essen zu beginnen und häufig zum Start aufgefordert werden müssen. Manchen KlientInnen fehlt das Gefühl für „genug“ – sie können von sich aus mit dem Essen nicht enden.

Im Bereich der sogenannten Basalen Fördergruppen werden 14 schwerst-mehrfachbehinderte Erwachsene mit Pflegestufen zwischen 4 und 7 betreut. 8 KlientInnen sind extern, sind also nur werktags tagsüber in Betreuung des Hauses, 6 KlientInnen wohnen hier. In diesen Gruppen nimmt die Pflege einen wesentlichen Teil in der Betreuung ein. Die Ernährung erfordert viel Zeit, Geduld und Sorgfalt und ist ein fixer Bestandteil des täglichen Rhythmus. Die meisten KlientInnen sind nicht in der Lage selbstständig zu essen und es wird ihnen das Essen eingegeben. Ein Klient wird aufgrund seiner Schluckschwierigkeiten mit Sondennahrung ernährt.

In diesen Gruppen wird nach dem Förderkonzept der Basalen Stimulation gearbeitet. Basal meint, einen Rückgriff auf die Basis, das Fundament menschlichen Handelns und die einfachsten und elementarsten Möglichkeiten zu bedienen, mit dem Ziel die Menschen zu erreichen und mit ihnen in Kontakt zu treten. Stimulation meint die positiven Angebote, die dem Menschen mit schwerer Behinderung gemacht werden, die ihn ermuntern, mit anderen Personen und der Umwelt in Kontakt zu treten. (vgl. Fröhlich und Heidingsfelder 1977 in Maier, 2006:161) Im Bewusstsein, dass der Mund eines

der wichtigsten Wahrnehmungsorgane eines Menschen ist, mit dem während des gesamten Lebens durch Mund- und Zahnpflege sowie durch das Essen und Trinken täglich viele verschiedene Wahrnehmungseindrücke gesammelt werden, nimmt die Förderung des Essens und Trinkens im Konzept Basale Stimulation einen breiten Raum ein (vgl. Maier, 2006:162).

5. Forschungsziel

In die Arbeit mit Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung stehen die Bemühungen aktuelle Erkenntnisse aus Sonder- und Heilpädagogik, Soziologie, Psychologie, Psychiatrie, Medizin sowie Sozialarbeit und Sozialpädagogik laufend einfließen zu lassen, im Vordergrund. Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit ist es, darüber hinaus, Erkenntnisse der Ernährungswissenschaft in die Arbeit mit Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung einzubeziehen, um somit dem physiologischen Grundbedürfnis Ernährung Raum zu geben.

In unserer Zivilisation ist Ernährung heutzutage etwas Selbstverständliches und mittlerweile Lustbetontes entgegen etwas Vernünftigem (vgl. Studiengang Diätologie, 2009:3). Parallel dazu, ist die Behindertenarbeit unter anderem vom Schlagwort „Normalisierung“ geprägt. Kombiniert man den Zeitgeist in der Ernährung und in der Behindertenarbeit, liegt die Vermutung nahe, dass der allgemeine Trend in der Ernährung auch Auswirkungen in der Behindertenarbeit hat. Es soll erforscht werden, ob den besonderen Bedürfnissen der Menschen der Institution Wohnhaus und Werkstätte in jener niederösterreichischen Kleinstadt im Zusammenhang mit ihrer Ernährung ausreichend Rechnung getragen wird.

Die Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, die in der genannten Einrichtung entweder in der Werkstätte oder zusätzlich im Wohnhaus betreut werden, sind überwiegend auf die Ernährung der Institution angewiesen. Für diese Abhängigkeit der KlientInnen in der Ernährung wurden bereits im theoretischen Teil Erklärungen gefunden. Zusammenfassend werden an dieser Stelle folgende Gründe genannt: Gemeinschaftsverpflegung beim Mittagstisch,

vorwiegend Gemeinschaftsverpflegung beim Frühstück und Abendessen, persönliche Einschränkungen durch die geistige Behinderung, mangelnde Impulskontrolle, schwere körperliche und geistige Behinderung, Unterstützungsbedarf bei der Ernährung (Planung, Auswahl, Einkauf, Zubereitung, Einnahme etc.).

Forschungsziel ist herauszufinden, wie viele der Menschen, die oft seit Jahren in der Institution betreut werden, Unterstützungsbedarf in ihrer Ernährung haben, um welchen Unterstützungsbedarf es sich vorrangig handelt und ob bislang in der Betreuung und Unterstützung etwas Bedeutsames übersehen wurde. Um das Forschungsziel zu erreichen werden quantifizierbare Größen wie demografische und gesundheitliche Faktoren, Ausmaß des Bewegungsverhaltens, messbare Größen des Essverhaltens sowie Ausmaß des Unterstützungsbedarfs beim Essen der betreuten Menschen dieser Institution erforscht. Als Forschungsmethode wird die quantitative Sozialforschung gewählt.

6. Begründung des empirischen Vorgehens

„Empirische Sozialforschung ist theoriegeleitete und nachvollziehbare Anwendung von Erhebungsmethoden“ (Atteslander, 2006:1). Es werden grundlegend zwei Forschungsmethodologien unterschieden: die qualitative Sozialforschung und die quantitative Sozialforschung. Geschichtlich gesehen ist die ältere der beiden Paradigmen die quantitative Sozialforschung, die Anwendung von Befragungen wurde früher auch „der Königsweg“ genannt (vgl. Atteslander, 2006:1). Unterscheidungsmerkmale zwischen den beiden Methoden sind in der Herangehensweise an eine bestimmte Thematik gegeben.

In der quantitativen Sozialforschung wird von der Theorie und einem bestimmten Vorwissen ausgehend, eine (oder mehrere) Hypothese(n) entwickelt. Diese wird mit einem bestimmten Verfahren überprüft, wie zum Beispiel mittels Fragebogen oder Interview erhoben, ausgewertet, interpretiert und letztlich falsifiziert.

„Mit quantitativen Verfahren kann Wirklichkeit erschlossen werden, sofern unterstellt werden kann, dass diese für alle in die Erhebung einbezogenen Probanden nahezu identisch ist. (...) Besitzen Sachverhalte selbst eine quantitative Dimension, sind sie einer quantifizierenden Darstellung gegenüber unproblematisch“ (Steinert, 2008:43).

Quantitative Verfahren sind hypothesegeleitet und beschränken sich entweder auf einfache Sachverhalte oder sind wie die meisten quantitativen Befragungen von ihrem Wesen her deskriptiv angelegt und werden nach Beendigung der Erhebung ernsthaft interpretiert (vgl. Steinert, 2008:45). Wenn hypothesegeleitet vorgegangen und vorab entwickelte Annahmen bestätigt oder widerlegt werden, wird von der Falsifikation der Hypothesen gesprochen. Dies entspricht dem deduktiven Weg der Forschung, der Ableitung des Besonderen aus dem Allgemeinen (vgl. Steinert, 2008:46).

Im Gegensatz dazu geht qualitative Sozialforschung den umgekehrten Weg: Ausgangspunkt der Forschung bildet die Empirie und nicht die Theoriebestätigung. Von der Empirie ausgehend wird Theoriebildung betrieben. Es sollen noch unbekannte, komplexe Tatbestände über Erhebungen beschrieben werden. Insofern schreitet der Erkenntnisprozess induktiv, das bedeutet vom Besonderen auf das Allgemeine schließend voran (vgl. Steinert, 2008:46).

In dieser Forschungsarbeit wird vorrangig die quantitative Vorgehensweise gewählt. In einer Vollerhebung für alle BewohnerInnen und KlientInnen der Institution wird systematisch die Ernährungssituation erfasst. Da das Spektrum der Behinderungen der KlientInnen der Einrichtung sehr breit ist und von leichter kognitiver Behinderung bis hin zu schwerer kognitiver bzw. mehrfacher Behinderung reicht, ließen sich Ergebnisse einer qualitativen Studie schlecht einordnen. Die interessierenden Daten wie gesundheitsbezogene Daten, Unterstützungsbedarf, Ess- und Bewegungsverhalten sind quantifizierbar. Die Vorgehensweise mit einfachen Auswahlmöglichkeiten kommt der Zielgruppe entgegen, die meist in ihrer Reflexionsfähigkeit stark eingeschränkt ist.

Im theoriegeleiteten Teil der Forschung wurden die Ergebnisse von zwei von der Autorin geführten ExpertInneninterviews eingebracht.

7. Forschungsfragen

- Ist in der Ernährung der KlientInnen zusätzlich zu den Empfehlungen für die Ernährung der Normalbevölkerung speziell etwas zu beachten?
- Gibt es Unterstützungsbedarf bei der Ernährung der KlientInnen, der bislang nicht wahrgenommen wird?
- Gibt es einen Zusammenhang im Body Maß Index bezogen auf das Ausmaß an Unterstützungsbedarf beim Essen und in der Mobilität?
- Wie hoch ist der durchschnittliche tägliche Kalorienbedarf (Energiebedarf) der KlientInnen?
- Trinken die KlientInnen im Vergleich zu den ernährungswissenschaftlich empfohlenen Tagesmengen für Erwachsene im Allgemeinen genug?
- Wie hoch ist der Anteil der KlientInnen mit Übergewicht, die Medikamente für die Schilddrüse (Thyrex) einnehmen und somit die medizinische Diagnose Schilddrüsenunterfunktion haben?
- Wie hoch ist der Anteil der KlientInnen mit Übergewicht oder Adipositas, die eine fett- und zuckerreduzierte Diät bzw. Schonkost ärztlich verordnet haben?

7.1 Hypothesenbildung

Hypothese 1 entstand aus Erfahrungswerten und aus täglichen Beobachtungen beim Einnehmen der Mahlzeiten:

- mobile und selbstständige KlientInnen essen so schnell, sodass auf die Temperatur des Essens geachtet werden muss, damit sie sich nicht verbrennen
- KlientInnen können mit dem Essen nicht beginnen ohne dezidierte Aufforderung
- KlientInnen würden sich immer und immer für einen Nachschlag anstellen, wenn dies möglich wäre.
- KlientInnen würden alle Lebensmittel aus dem Kühlschrank und aus der Speisekammer plündern, wenn diese frei zugänglich wären.
- KlientInnen würden neben einem vollen Kühlschrank verhungern, weil sie sich ohne Aufforderung nichts nehmen würden.
- Unterstützungsbedarf beim Essen schneiden oder Hilfe bei der Essenseinnahme ist ein Kriterium für den Betreuungs- und Pflegeaufwand.

Hypothese 1: Die Mehrzahl der Menschen mit kognitiver bzw. mehrfacher Behinderung haben Unterstützungsbedarf bei der Ernährung.

Hypothese 2 entstand aus der Beobachtung der täglichen Arbeitspraxis und soll quantifiziert werden.

Hypothese 2: Menschen mit kognitiver bzw. mehrfacher Behinderung haben vergleichsweise mit der sogenannten österreichischen Normalbevölkerung häufiger Übergewicht.

Hypothese 3 entstand aus der Vermutung, dass KlientInnen mit höherem Unterstützungsbedarf entsprechend weniger häufig übergewichtig sind, da sie vermehrter Außenkontrolle unterliegen und weniger Autonomie haben.

Hypothese 3: Je mehr Menschen mit kognitiver oder mehrfacher Behinderung auf Unterstützung beim Essen und in der Mobilität angewiesen sind, umso weniger häufig sind sie übergewichtig.

7.2 Konkrete Forschungsfragen

7.2.1 Fragen nach dem Gesundheitszustand

Bei diesem Fragenkomplex geht es um Kriterien als spezifische Rahmenbedingung für die empfohlene Ernährung. Gesundheitliche Faktoren werden als Basis für adäquate Ernährung klassifiziert.

7.2.2 Fragen nach dem Betreuungs- bzw. Unterstützungsbedarf

Bei diesen Fragen soll überprüft werden, wie hoch der Bedarf an Betreuung und Unterstützung bei der Ernährung im Allgemeinen ist. Kriterien hierfür sind die individuellen Fähigkeiten bei der Essenseinnahme und in der Mobilität, sowie das individuelle Ernährungsverhalten.

7.2.3 Fragen nach dem Bewegungsverhalten

Im Fragebogen soll eine tendenzielle Antwort auf die Frage nach dem Bewegungsverhalten bzw. der körperlichen Aktivität gefunden werden, um so den Arbeitsumsatz für den Energiebedarf berücksichtigen zu können. Der Energiebedarf resultiert aus Grundumsatz und Arbeitsumsatz.

8. Konkretes Vorgehen bei der quantitativen Erhebung

8.1 Entstehung des Fragebogens

Der Fragebogen zur vorliegenden Studie entstand aus dem Bestreben die in der Alltagspraxis beobachteten Merkmale quantitativ und systematisch zu erfassen. Dabei ging es vordergründig darum, verschiedenen Dimensionen des komplexen Themas Ernährung möglichst gerecht zu werden. Der Verdacht, dass Übergewicht in der Institution eine außergewöhnlich hohe Häufigkeit aufweist, sollte messbar gemacht werden. Gleichermaßen beschäftigt auch die Frage nach möglichen Ursachen für Übergewicht. So entstanden die Fragen nach dem Gesundheitszustand und der Einnahme von Medikamenten, sowie Fragen nach der körperlichen Aktivität. Auffallend ist auch in der Alltagspraxis der Betreuung und Begleitung der KlientInnen das Essverhalten, das mitunter auf mangelnde Selbst- bzw. Körperwahrnehmung fußt. Diese Beobachtungen können selbstverständlich auch in der so genannten Normalbevölkerung gemacht werden, jedoch sollte hier auch dieser Aspekt der Ernährung der spezifischen Klientel erfasst werden. Daher gibt es Fragen zum Zeitfaktor bzw. auch zur gewünschten Mahlzeitmenge, zum Kauen der Nahrung und zur Trinkmenge. Ein weiteres Ziel war es den Unterstützungsbedarf beim Essen zu erfassen und die konkreten Hilfestellungen bei der Nahrungsaufnahme zu quantifizieren. Im Verlauf der Forschungsarbeit entwickelten sich immer mehr Hinweise auf die Bedeutung von erlebter Außenkontrolle bzw. Autonomie der KlientInnen in der Ernährung, sodass auch die Frage nach dem selbstständigen Einkaufen bzw. der selbstständigen Mobilität in den Fragebogen aufgenommen wurde.

Der Fragebogen soll bisher unreflektierte Aspekte der Ernährung in der Institution systematisch erfassen und quantifizierbar machen.

8.1.1 Allgemeines zur Konstruktion des Fragebogens

Allgemeines Ziel bei der Konstruktion des Fragebogens war es, die Fragen leicht verständlich und in einfacher Sprache zu formulieren. Weiters sollten die Fragen kurz und prägnant und der Fragebogen nicht zu lange sein.

Mit insgesamt 38 Fragen liegt der Fragebogen innerhalb des empfohlenen Richtwerts für die Länge (vgl. Steinert 2008:277). Der Fragebogen ist grundsätzlich anonym. Eckdaten zur befragten Person liefern jedoch relevante Daten als Orientierung zum Menschen, die gegebenenfalls mit anderen Ergebnissen korrespondieren können.

Die Operationalisierung der Dimensionen des Konstrukts „Gesundheitszustand“ erfolgt mit dem Anspruch ein eventuelles Übergewicht objektiv vergleichbar zu machen. Hierzu wurde der Body Maß Index (BMI) nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE 1998) herangezogen. Der BMI errechnet sich nach der Formel:

$$\frac{\text{Körpermasse in Kilogramm}}{(\text{Körperlänge in Metern})^2}$$

Nach der DGE gelten als Referenzwerte für Männer ein BMI von 20 bis 25, für Frauen ein BMI von 19 bis 24 (ebd. 1998.). Auch Elmadfa vom Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien bezieht sich 2004 auf diese Referenzwerte (vgl. Elmadfa, 2004:15).

Die Operationalisierung des Bewegungsverhaltens erfolgt in dem Bestreben, vergleichbare Werte für die Errechnung des Energiebedarfs aufgrund des Leistungsumsatzes zu erhalten. In der Literatur finden sich fünf verschiedene Ausprägungen von Aktivitätsfaktoren (vgl. D-A-CH-Referenzwerte, 2000 in Elmadfa, 2004:60), die in dem Fragebogen in drei Werte vereinfacht wurden:

- Unter wenig körperliche Aktivität ist zu verstehen: ausschließlich sitzende oder liegende Lebensweise, ausschließlich sitzende Tätigkeit mit wenig oder keiner anstrengenden Freizeitaktivität.
- Unter mittlerer körperlicher Aktivität ist zu verstehen: sitzende Tätigkeit, zeitweilig auch zusätzlicher Energieaufwand für gehende und stehende Tätigkeit.

- Unter viel körperlicher Aktivität ist zu verstehen: überwiegend gehende und stehende Arbeit, körperlich anstrengende berufliche Arbeit (vgl. Kasper 2004:5).

Die erhaltenen Daten stellen einen Richtwert für den Leistungsumsatz dar und ermöglichen einen Mittelwert der PAL-Werte (physical activity level), die im Kapitel 3.3 bereits explizit beschrieben sind. Folgende PAL-Werte werden mit dem Grundumsatz multipliziert, um den täglichen Energieumsatz zu erhalten: für wenig Aktivität 1,35; für mittlere Aktivität 1,65; für viel Aktivität 2,1. Grundsätzlich können für sportliche Betätigungen oder für anstrengende Freizeitaktivitäten (30–60 Minuten, 4-5mal je Woche) zusätzlich pro Tag 0,3 PAL-Einheiten zugelegt werden (vgl. Elmadfa, 2004:60), dies wird jedoch in der Berechnung des Energiebedarfs dieser Forschungsarbeit nicht berücksichtigt.

Bei den Fragen nach der Ausprägung des Essverhaltens in starke/r – normale/r – schwache/r EsserIn wird die gewünschte Essensmenge erfragt. Diese ist ein Kriterium, das aufgrund der täglichen Berufspraxis der BetreuerInnen die Fähigkeit zur Eigenkontrolle bei der selbstständigen Einteilung der Nahrungsmittelmenge gilt.

8.1.2 Inhaltlicher Aufbau des Fragebogens

Es wurden vorwiegend Fragenkomplexe gebildet und nacheinander angereiht, wodurch die Konzentration des/der Befragten auf die entsprechenden Themen erleichtert, und eine Verleitung zu ständigen Gedankensprüngen vermieden wurde (vgl. Steinert 2008:277). Der Aufbau erfolgte nach sechs Themenblöcken, die allerdings thematisch teilweise in einander übergehen und nicht scharf von einander getrennt sind. So wurden zum Beispiel im Anschluss an die Fragen nach der Körpergröße und dem Körpergewicht, Fragen nach der Bewegung und Mobilität zugeordnet, um in weiterer Folge erst detaillierte Fragen zum Gesundheitszustand zu stellen. Dieser Aufbau wurde gewählt, um den Verlauf interessant und logisch zu gestalten und gleichzeitig die schwierigen Fragen in die Mitte des Fragebogens zu platzieren (vgl. Steinert 2008:284,285).

Themenblock 1 beginnt mit der Erfragung von soziodemographischen Daten zur Person wie Alter (Frage 1), Geschlecht (Frage 2) , BewohnerIn (Frage 3), die bisherige Dauer der Zugehörigkeit zu Wohnhaus (Frage 4) bzw. Werkstätte (Frage 6), und den Herkunftsort vor dem Einzug in das Wohnhaus (Frage 5).

Themenblock 2, der in zwei Teile aufgesplittert ist, beschäftigt sich mit der Gesundheit, in insgesamt elf Fragen. Im ersten Teil handelt es sich um die quantitativen, kontinuierlichen Variablen Körpergröße (Frage 7) und Körpergewicht (Frage 8), die zur Errechnung des Body Maß Index (BMI) nötig sind und hier gruppiert wurden.

Weitere gesundheitliche Faktoren werden im Teil zwei der nach dem Block 3 „Mobilität und Bewegung“ folgt, mit Nominalskalen erhoben: die Fragen nach der Einnahme von Medikamenten (Frage 13), nach dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung (Frage 15), nach der Verordnung einer Diät oder Schonkost (Fragen 17,19) und die Frage nach dem Zustand des Gebisses (Frage 21) mit den Ausprägungen A eigene Zähne, B teilweise Zahnersatz, C vollständiger Zahnersatz und D keine Zähne. Die Frage nach der Qualität des Kauens (Frage 22) hat die Ausprägungen A sehr gut, worunter 21 bis 30 Kaubewegungen pro Biss verstanden werden, B mittel mit 11 bis 20 Kaubewegungen pro Biss und C wenig mit 0 bis 10 Kaubewegungen pro Biss. Jeweils zum Objekt passend werden folgende qualitative Variablen erhoben:

- die Bezeichnung der Medikamente (Frage 14), die eingenommen werden. Dies geschieht durch eine Auflistung A bis U der 21 am häufigsten verschriebenen Medikamente und V Sonstige.
- Die Art der chronischen Erkrankung (Frage 16) mit der Nennung der häufigsten Diagnosen A bis F und G für Sonstige. Zu den Stoffwechselerkrankungen zählen erhöhte Cholesterinwerte im Blut und Schilddrüsenunterfunktion. Bei den Allergien sind sowohl Nahrungsmittelallergien als auch Tierhaarallergien genannt. Epilepsie wird unter Sonstiges erfasst.
- Welche Diät bzw. Schonkost (Fragen 18, 20) ärztlich verordnet wurde.

Block 3 bezieht sich auf die Bewegung bzw. die körperliche Aktivität und umfasst die Fragen 10 bis 12. Die Frage nach der Ausprägung der Variablen Bewegung bzw. körperliche Aktivität (Frage 10), wird durch eine Ordinalskala mit den Positionen A wenig, B mittel, C viel klassifiziert.

Es folgt in diesem Block die Frage nach der Teilnahme an Bewegungsangeboten der Institution und deren Häufigkeit (Frage 11) auf einer Nominalskala mit der anschließenden Erfragung der qualitativen Variable, um welches Bewegungsangebot es sich handelt (Frage 12). Hierzu gibt es eine Auswahl an Bewegungsangeboten von A bis H, bei dem die häufigsten Angebote explizit genannt sind und I die Sonstigen aufgreift. Die Antworten der Frage 12 befinden sich im Anhang.

Der 4. Block zum Thema Betreuungs- und Unterstützungsbedarf beim Essen und bei der Mobilität wird aus den Fragen 9, 23 bis 28, sowie 36 und 37 gespeist. Mittels Nominalskalen werden die Notwendigkeit von pürrierter Nahrung (Frage 23), Hilfe bei der Essenseinnahme (Frage 24) und beim Essenschneiden (Frage 25), die Fähigkeit des selbständigen Verwendens von unterschiedlichem Besteck (Fragen 26 bis 28), sowie die Mobilität mit oder ohne Rollstuhl (Frage 9) erfragt. Die Selbstständigkeit beim Einkaufen (Frage 36) wird sowohl auf die Ausprägungen gar nicht, mit oder ohne Begleitung als auch auf die Häufigkeit (Frage 37) erhoben.

Themenblock 5 beschäftigt sich mit dem Ess- bzw. Ernährungsverhalten und umfasst sieben Fragen von 29 bis 35. Dabei zielen die Fragen 29, 30 und 31 auf die Einschätzung der Intensität des Essverhaltens ab und wurden in der Angabe der Vorstellung, ob eine in der Institution übliche Menge einer Mahlzeit auf einem Teller ausreichend, zu wenig oder zu viel wäre, operationalisiert. Es folgen Fragen nach der benötigten Zeit zur Nahrungsaufnahme (Frage 32), der Häufigkeit der täglichen Nahrungsaufnahme (Frage 33) und Fragen zur Erfassung der täglichen Trinkmenge (Frage 34). Kaffeekonsum wird gesondert erfragt (Frage 35).

Im Block 6 wird noch die Möglichkeit zu einer qualitativen individuellen Aussage zum Thema Ernährung mittels der Antwortkategorie „Möchten Sie sonst noch etwas sagen“ gegeben – die Antworten befinden sich im Anhang.

8.2 Erprobung des Fragebogens – Rückmeldungen, Erkenntnisse

Der Fragebogen wurde als Stichprobe bei einer geringen Anzahl an KlientInnen erprobt. Im Besonderen wurde darauf Wert gelegt Rückmeldungen darüber zu erhalten, ob die Fragen und vorgegebenen Antworten schlüssig waren und verstanden wurden. Es stellte sich bei den Rückmeldungen heraus, dass bei manchen Fragen noch eine Möglichkeit für eine positive bzw. negative Antwort fehlte. Dies wurde verändert. Der Fragebogen wurde grundsätzlich als verständlich und relativ einfach zu beantworten erlebt.

8.3 Untersuchtes Feld - Population

Das untersuchte Feld besteht aus allen Menschen mit kognitiver oder mehrfacher bzw. auch schwermehrfacher Behinderung, die in der Institution, die die Autorin leitet, entweder im Wohnhaus oder/und in der Werkstätte betreut werden. Die Institution befindet sich in zentraler Lage einer niederösterreichischen Kleinstadt. Die Größe der Population ist mit 72 vorwiegend erwachsenen Personen, beiderlei Geschlechts, im Alter zwischen 16 und 58 Jahren, anzugeben.

8.4 Vorgehen bei der Datenerhebung

Die quantitative Erhebung wurde im Juni und Juli 2009 mittels des beschriebenen standardisierten Fragebogens durchgeführt. Die Fragebögen wurden Mitte Juni an die zuständigen Bereichsleitungen ausgeteilt. Die Bereichsleitung der Basalen Fördergruppen erhielt 14 Fragebögen, die Bereichsleitung der Werkstätte erhielt 25 Fragebögen und die Bereichsleitung des Wohnhauses erhielt 33 Fragebögen. Der Auftrag an die Bereichsleiterinnen lautete, die Fragebögen von den BezugsbetreuerInnen der KlientInnen nach Möglichkeit ganz oder teilweise gemeinsam mit den einzelnen KlientInnen

ausfüllen zu lassen. Die BezugsbetreuerInnen kennen die KlientInnen aus ihrer alltäglichen Berufspraxis heraus sehr gut. Sie können viele Beobachtungen in die Befragung der KlientInnen, zum Beispiel zur Einschätzung des eigenen Bewegungsverhaltens oder Essverhaltens, einfließen lassen.

Einige Daten, wie zum Beispiel Geburtstag, Datum des Eintritts in die Betreuung, Körpergröße und Körpergewicht und jene, die sich auf die Medikation bezogen, wurden häufig in der Dokumentation nachgelesen und danach eingetragen.

Für eventuell sich ergebende Fragen stand die Autorin während ihrer Anwesenheit am Dienstort jederzeit zur Verfügung.

8.5 Datenrücklauf

Mitte Juli war die Rücklaufquote der Fragebögen mit 100% vollständig erfolgt. Alle 72 Fragebögen waren ausgefüllt worden. Dieser hohe Datenrücklauf erklärt sich aus der Beteiligung jeweils einer BetreuerIn bei jeder Befragung, dem Engagement der BetreuerInnen, deren Interesse an den Fragestellungen und aus der Position der Auftraggeberin. Von KlientInnenseite wurde die spezielle Gesprächssituation meist gerne wahrgenommen und die Gelegenheit des Einzelgesprächs geschätzt.

9. Darstellung der Ergebnisse

Die Auswertung der Daten erfolgte mittels des Computerprogramms GrafStat. Die Ergebnisse werden in Bezug auf fünf Bereiche dargestellt:

- Demographische Daten
- Gesundheit
- Bewegung
- Betreuungs- und Unterstützungsbedarf
- Ernährungsverhalten

9.1 Demographische Daten

Wie in Kapitel 8.1 beschrieben ist, erhob der Fragebogen in diesem Teil allgemeine Daten zu Alter, Geschlecht, Voll- oder Teilstationäre Betreuung, Dauer der Wohnunterbringung, Herkunftsort vor dem Einzug in das Wohnhaus, Dauer des Werkstättenbesuchs.

Die 72 KlientInnen der Institution sind im Alter zwischen 16 und 58 Jahren, davon sind 2 KlientInnen zwischen 16 und 17 (2,8%) Jahren, 65 KlientInnen (90,3%) im Alter von 18 bis 49 Jahren und 5 KlientInnen (6,9%) zwischen 50 und 58 Jahren (s. Abb. 1). Das Durchschnittsalter beträgt aufgerundet 34 Jahre.

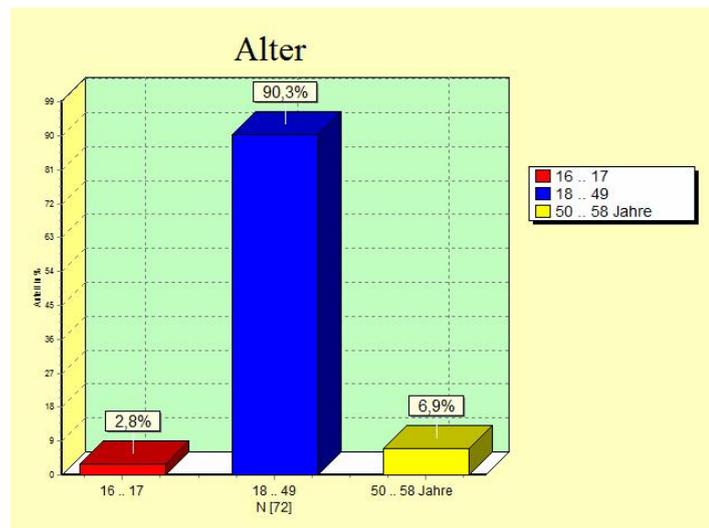


Abbildung 1: Altersverteilung der KlientInnen

Die Geschlechtsverteilung der KlientInnen geht mit der Beobachtung konform, dass die überwiegende Anzahl der betreuten Personen männlich ist: 45 Klienten (62,5%) sind männlich und 27 Klientinnen (37,5%) sind weiblich (s. Abb. 2).

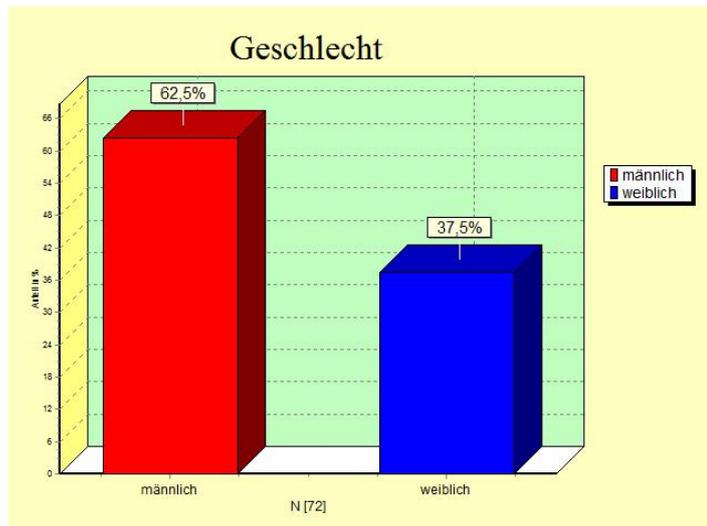


Abbildung 2: Geschlecht

Der überwiegende Teil der KlientInnen (39 Personen bzw. 54,17%) ist intern im Wohnhaus untergebracht. 33 KlientInnen (45,83%) sind extern und leben außerhalb der Institution (s. Abb. 3).

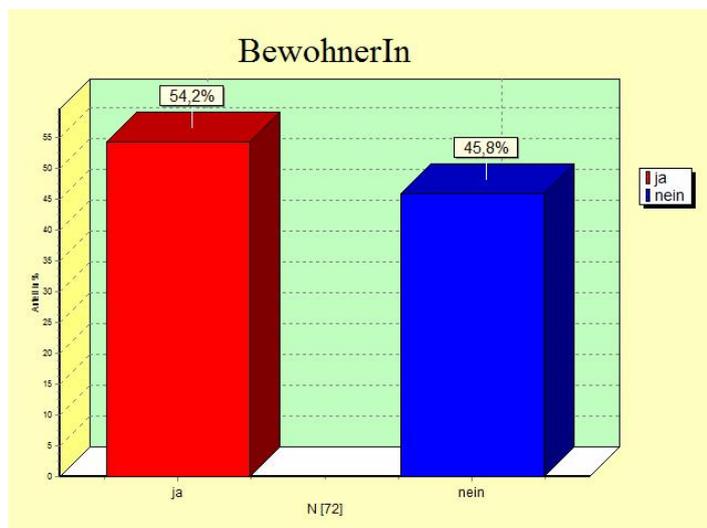


Abbildung 3: Voll- oder Teilunterbringung

Von den 39 Personen im Wohnhaus sind 5 BewohnerInnen (12,82 %) vor 1 bis 3 Jahren, die Mehrheit mit 34 Personen (87,18%) vor 4 bis 10 Jahren eingezogen (s. Abb. 4).

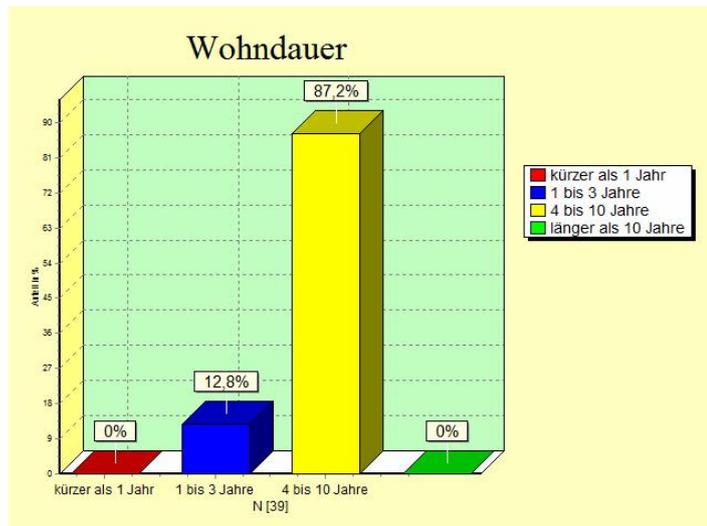


Abbildung 4: Wohndauer

Die Mehrheit der KlientInnen, 21 Personen (53,85%) ist aus dem Elternhaus zugezogen. 17 Personen (43,59%) kamen aus einer anderen Institution, und eine Person (2,56%) hat sonstige Herkunft (s. Abb.5).

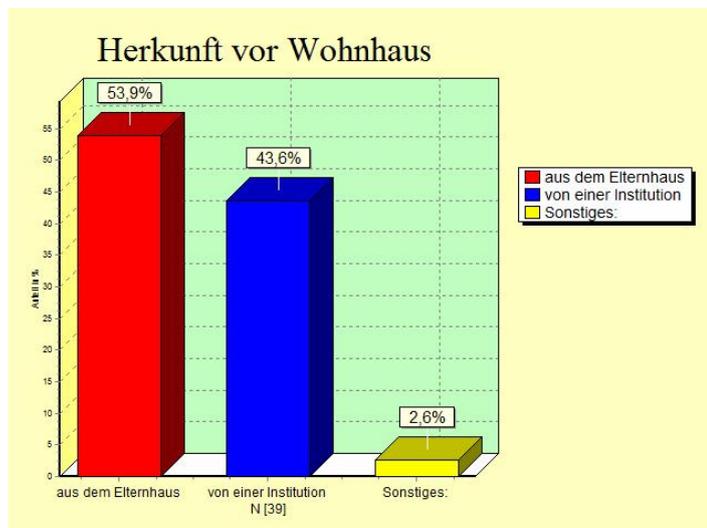


Abbildung 5: Herkunft vor Wohnhaus

Die Länge der Tätigkeit in der Werkstätte wurde von den 72 KlientInnen der Institution erfragt. 5 Personen (6,94%) wurden innerhalb des letzten Jahres in der Werkstätte aufgenommen, 7 Personen (9,72%) sind zwischen 1 und 3 Jahren, 41 Personen (56,94%) zwischen 4 und 10 Jahren und 19 Personen (26,39%) länger als 10 Jahre in der Werkstätte tätig (s. Abb. 6). Zur Erklärung soll an dieser Stelle gesagt sein, dass die Institution Kolping Wohnhaus & Werkstätte an dem genannten Standort in jener Straße erst seit 10 Jahren besteht, allerdings gab es bereits davor unweit dieses Standorts eine

Werkstätte von Kolping, die in den genannten Standort vor 10 Jahren überführt worden war. Dadurch ergibt sich die Anzahl an Personen, die bereits länger als 10 Jahre in der Kolping Werkstätte tätig ist.

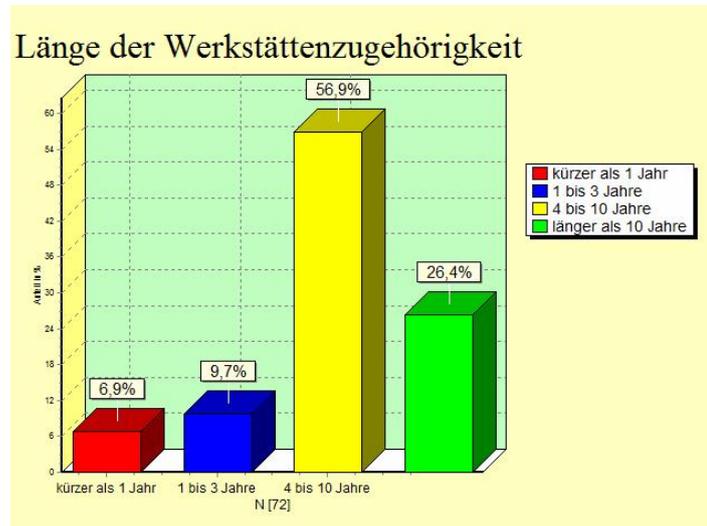


Abbildung 6: Länge der Werkstättenzugehörigkeit

9.2 Gesundheit

Zu den erhobenen Daten gehören die Körpergröße und das Körpergewicht. Die Körpergröße der KlientInnen reicht von 120 cm bis 195 cm. Der Mittelwert der Körpergröße beträgt 163 cm. Das Körpergewicht bewegt sich innerhalb der Spanne von 18 kg bis hin zu 127 kg. Der Mittelwert im Körpergewicht beträgt 71 kg. Diese Daten dienen der Berechnung des BMI. Da der BMI für Frauen und Männer unterschiedlich bewertet wird, wurde der errechnete BMI der Individuen mit dem Geschlecht gekreuzt.

Von den 45 männlichen Klienten haben 5 (11,1%) einen BMI unter 20 und somit Untergewicht. 12 der Klienten (26,7%) sind mit einem BMI zwischen 20 und 25 normalgewichtig. 14 Männer (31,1%) haben Übergewicht mit einem BMI zwischen 25 und 30, zusätzlich haben 13 Männer (28,9%) Adipositas mit einem BMI zwischen 30 und 40 und 1 Mann (2,2%) massive Adipositas mit einem BMI über 40 (s. Abb. 7). Die Gesamtanzahl der übergewichtigen Männer ist 28 (62,2%), davon haben 14 Männer (50%) Adipositas und davon hat 1 Mann massive Adipositas (7%).

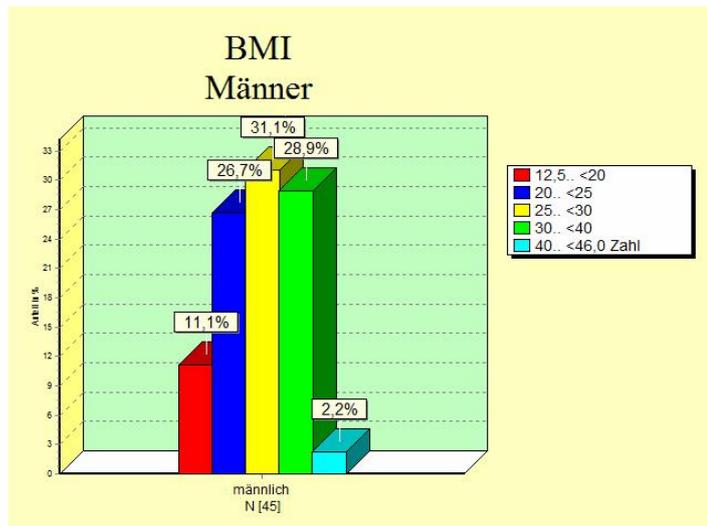


Abbildung 7: Body Maß Index der männlichen Klienten

Von den 27 Frauen haben 2 (7,4%) Untergewicht mit einem BMI unter 19. 13 Frauen (48,1%) sind normalgewichtig mit einem BMI zwischen 19 und 24, 7 Frauen (25,9%) haben Übergewicht mit einem BMI zwischen 24 und 30 und 5 Frauen (18,5%) sind adipös mit einem BMI zwischen 30 und 40. Keine der Frauen hat massive Adipositas (s. Abb.8). Insgesamt haben 12 der 27 Frauen Übergewicht (44,4%) wovon 5 Frauen (42%) Adipositas haben.

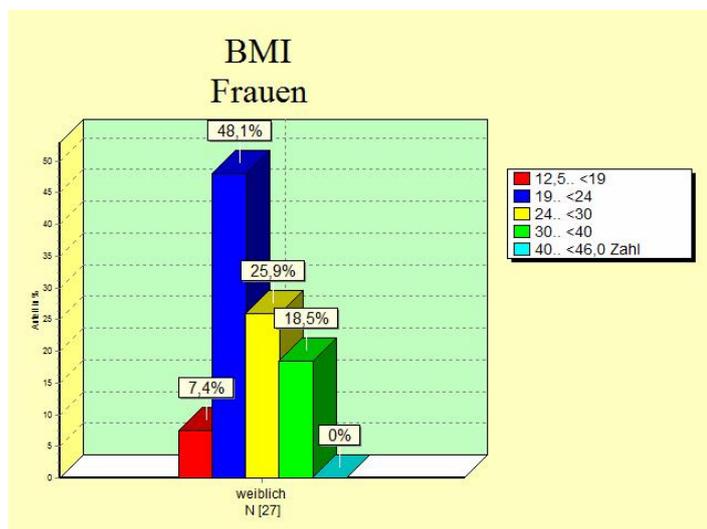


Abbildung 8: Body Maß Index der weiblichen Klientinnen

Von den 72 KlientInnen haben 50 Personen (69,44%) bejaht, regelmäßig ein oder mehrere Medikamente einzunehmen. Bei der Nennung der Medikamentenbezeichnung haben 51 Personen (70,8%) geantwortet. Hier ergibt sich eine Differenz von 1 Person, die sich eventuell aus Unachtsamkeit

beim Ausfüllen des Fragebogens oder durch eine fallweise Einnahme von Medikamenten erklären lässt. Da die Frage nach der Bezeichnung des Medikamentes beantwortet wurde, geht die Forscherin davon aus, dass eine Medikamenteneinnahme stattfindet und bezieht die Antwort in die Auswertung mit ein. Die vier am häufigsten genannten Medikamente sind Thyrex, welches von 12 Personen (23,53%) eingenommen wird, gefolgt von Seroquel, das von 11 Personen (21,57%) eingenommen wird, anschließend Depakine, das von 8 Personen (15,69%) eingenommen wird und Risperdal das von 5 Personen (9,8%) eingenommen wird (s. Tab. 3). Jeweils von 4 Personen (7,84%) werden die Medikamente Cipralex, Neurotop und Nozinan eingenommen. 14 andere explizit abgefragte Medikamente werden von 1 bis 3 Personen eingenommen, 39 Personen (76,47%) nehmen nicht explizit aufgezählte Medikamente, die unter Sonstiges fallen.

Medikament	Einnahme absolut	Einnahme Prozent	Absolute Zahl der Med. Einnahme
Tyrex	12 Personen	23,53%	51 Personen
Seroquel	11 Personen	21,57%	51 Personen
Depakine	8 Personen	15,69%	51 Personen
Risperdal	5 Personen	9,80%	51 Personen
Cipralex	4 Personen	7,84%	51 Personen
Neurotop	4 Personen	7,84%	51 Personen

Tabelle 3: Medikamente

43 der 72 befragten Personen (59,7%) haben eine chronische Erkrankung, die nicht die Diagnose der Behinderung betrifft. Die drei am häufigsten vorkommenden Krankheiten sind eine Stoffwechselerkrankung bei 13 KlientInnen (30,23%), chronische Obstipation wurde bei 6 KlientInnen (13,95%) angegeben sowie bei 5 KlientInnen (11,63%) Bluthochdruck (s.Tab.4). Andere explizit angeführte chronische Erkrankungen wurden mit 3 Personen (6,98%) Allergien, 2 Personen (4,65%) chronische Diarrhoe und 2 Personen (4,65%) mit Diabetes angegeben. Sonstige Erkrankungen wurden 32mal genannt, worunter auch Epilepsie fällt.

Chronische Erkrankung bzw. Ernährungsabhängige Erkrankungen			
Stoffwechselerkrankung	13	30,23 %	43 Pers.
Chronische Obstipation	6	13,95 %	43 Pers.
Bluthochdruck	5	11,63 %	43 Pers.

Tabelle 4: Chronische Erkrankungen

Zur Vereinfachung werden die Daten der ärztlich verordneten Diät und der ärztlich verordneten Schonkost zusammengefasst. Insgesamt haben 12 Personen (16,7%) eine ärztlich verordnete reduzierte Diät. Die Angabe der Bezeichnung der Diäten bzw. Schonkostformen befindet sich im Anhang.

Die Fragen zur Beschaffenheit des Gebisses ergaben bei 72 Antworten, dass 56 KlientInnen (77,78%) eigene Zähne haben. Von 12 Personen (16,67%) wurde teilweise Zahnersatz, 2 Personen (2,78%) vollständiger Zahnersatz und 3 Personen (4,17%) keine Zähne angegeben.

Zur Qualität des Kauens haben 69 Personen geantwortet. Das Kauen wurde bei 21 KlientInnen (30,43%) mit sehr gut, bei 29 KlientInnen (42,03%) mit mittel und bei 19 KlientInnen (27,54%) mit wenig bis gar nicht beurteilt.

9.3 Bewegungsverhalten und körperliche Aktivität

Die körperliche Aktivität der 72 KlientInnen, wird bei 11 Personen (15,28%) mit wenig, bei 51 Personen (70,83%) mit mittel und bei 10 Personen (13,89%) mit viel gewertet.

66 der befragten Personen haben die Frage nach der Teilnahme an Sport- oder Bewegungsangeboten beantwortet. Von diesen gaben 18 Personen (27,27%) an, an keinem der Angebote teilzunehmen, 33 Personen (50%) nehmen 1mal pro Woche an einem Angebot teil und 15 Personen (22,73%) zwei bis dreimal pro Woche. Häufigere Teilnahme an Bewegungsangeboten kommt nicht vor. Die drei am häufigsten in Anspruch genommenen Bewegungsangebote sind Spazieren (26 Personen), sowie Schwimmen und Physiotherapie (jeweils 18 Personen). 53 Personen haben diese Frage beantwortet.

9.3.1 Energiebedarf

Die individuellen Angaben der körperlichen Aktivität wurden als Grundlage für die Berechnung des Arbeitsumsatzes wie in Kapitel 8.1.1 beschrieben, genommen. Wie in Kapitel 3.3 genannt, wurde der Grundumsatz durch Körpergewicht x 24 errechnet. Bei Frauen wurden 15 % abgezogen. Ziel dieser Daten war die Berechnung des Energiebedarfs der einzelnen KlientInnen. Die Berechnung ergab folgende Ergebnisse:

40 Personen (55,6%) haben einen Energiebedarf zwischen 583 (kleinster Wert) und 2703 Kilokalorien (kcal) pro Tag. 32 Personen (44,4%) benötigen zwischen 2704 und 5030 (höchster Wert) Kalorien pro Tag. (s.Abb. 9). Der Mittelwert des täglichen Energiebedarfs der 72 KlientInnen beträgt 2704.

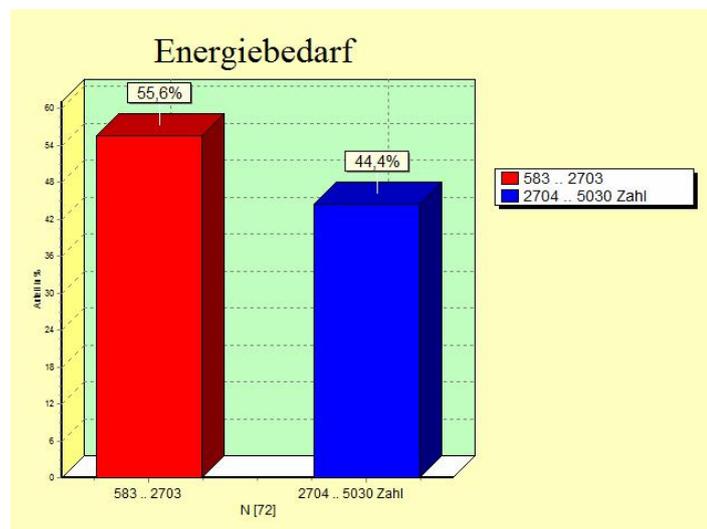


Abbildung 9: Energiebedarf

9.5 Betreuungs- und Unterstützungsbedarf

Auf die Benützung eines Rollstuhls sind 13 der 72 KlientInnen (18,06%) in ihrer Mobilität angewiesen (s.Tab.3).

Pürierte Nahrung benötigen 13 (18,06%) von 72 KlientInnen (s.Tab.5).

Hilfe beim Essen einnehmen bzw. Essen eingeben benötigen 13 KlientInnen (18,31%) bei 71 Antworten (s.Tab.5).

Hilfe beim Schneiden brauchen 29 KlientInnen (40,85%) bei 71 Antworten (s.Tab.5).

Selbstständiges Benutzen eines Löffels ist 61 Personen (85,92% bei 71 Antworten), einer Gabel 55 Personen (78,57% bei 70 Antworten) und von Messer und Gabel 49 Personen (70% bei 70 Antworten) möglich.

32 KlientInnen der Gesamtzahl von 72 Personen (44,44%) gehen nicht einkaufen. 18 KlientInnen (25%) gehen mit Begleitung einkaufen und 22 KlientInnen (30,56%) gehen ohne Begleitung selbstständig einkaufen (s.Tab.5).

38 Personen die einkaufen gehen, haben die Frage nach der Häufigkeit des Einkaufs beantwortet. Diese Antworten variieren von 23 Personen (60,53%) die 1 bis 2mal pro Woche einkaufen gehen, zu 12 Personen (31,58%) die 3 bis 4mal pro Woche einkaufen gehen, bis hin zu 3 Personen (7,89%), die öfter einkaufen gehen.

Unterstützungsbedarf	Personen	Prozent	Antwort
RollstuhlfahrerIn	13	18,1 %	72
Nahrung pürieren	13	18,1 %	72
Essen eingeben	13	18,3 %	71
Essen schneiden	29	40,9 %	71
Nicht selbständig einkaufen	32	44,4 %	72
Selbst. einkaufen mit Begleitung	18	25 %	72
Selbst. Einkaufen ohne Begleitung	22	30,6 %	72

Tabelle 5: Unterstützungsbedarf 1

9.6 Ernährungsverhalten

Bei der Einschätzung der individuellen Essensausprägung gab es 71 Antworten. 18 Personen (25,35%) sind als starke EsserInnen, 43 Personen (60,56%) als mittlere EsserInnen und 11 Personen (15,49%) als schwache EsserInnen eingestuft.

Zur Zeitdauer einer Mahlzeit antworteten 72 Personen. 11 Personen (15,28%) benötigen weniger als 5 Minuten zum Essen ihrer Mahlzeit. Bei 29 Personen (40,28%) dauert die Essenseinnahme zwischen 5 und 15 Minuten und 32 Personen (44,44%) haben einen Zeitbedarf von mehr als 15 Minuten pro Mahlzeit.

Die überwiegende Mehrzahl von 68 Personen (94,44%) nimmt 3 bis 5 Mahlzeiten täglich zu sich. 3 Personen (4,17%) essen lediglich 1 bis 3mal täglich und 1 Person (1,39%) gab an öfter Mahlzeiten zu sich zu nehmen.

Bei der Erfassung der täglichen Trinkmenge gab es 33 Antworten (45,83%) im Bereich von weniger als einem Liter Flüssigkeitszufuhr, 36 Antworten (50%) mit ein bis zwei Liter und 3 Antworten (4,17%) mit mehr als zwei Liter Flüssigkeit pro Tag.

36 der KlientInnen (50%) trinken keinen Kaffee. 29 KlientInnen (40,85%) trinken 1 bis 2mal täglich eine Tasse Kaffee, 6 KlientInnen (8,45%) trinken 3 bis 4 Tassen Kaffee täglich. Es gab keine Antworten zu häufigerem Kaffeegenuss.

10. Interpretation der Ergebnisse

Mit dem Hintergrund der institutionellen Gemeinschaftsverpflegung, die die Planung und den Einkauf der Ernährung sowie die Zubereitung der Nahrung größtenteils übernimmt, ist der Unterstützungsbedarf bei der Ernährung der KlientInnen äußerst vielfältig.

Im theoretischen Teil der Forschungsarbeit (Kapitel 3.4 Ernährung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung) wurde auf die besonderen Erfordernisse bei kognitiven Einschränkungen in Bezug auf die Ernährung eingegangen. Mangelnde Impulskontrolle, sowie mangelnde kognitive Steuerung, machen Betreuung und Unterstützung notwendig. Ebenso sind konkrete Hilfestellungen beim Essen, wie die Eingabe des Essens oder das Zerkleinern der Mahlzeit, als Unterstützungsbedarf zu verstehen. Einschränkungen in der Mobilität, begründet auf die Benützung eines Rollstuhls wurden hier nicht als Unterstützungsbedarf in der Ernährung gewertet. Dies resultiert daraus, dass die Benutzung eines Rollstuhls nicht unbedingt den Unterstützungsbedarf bei der Auswahl und der Zusammenstellung der Ernährung impliziert. Bei ernährungsabhängigen Erkrankungen und ärztlich verordneter Diät bzw. Schonkost ist Unterstützung bei der Auswahl und Zubereitung der Nahrungsmittel erforderlich. Aufgrund der Erfahrungswerte der täglichen Arbeitspraxis (vgl. auch Kapitel 7.1 Hypothesenbildung), zählen zum Unterstützungsbedarf in der Betreuung weiters die Kontrolle der Nahrungsmenge, die Kontrolle der Temperatur des Essens, die Unterstützung zur Unterbrechung von Zwangshandlungen bzw. Zwangsgedanken im Zusammenhang mit dem Essen.

Zur Überprüfung der ersten Hypothese wurden die Daten des Unterstützungsbedarfs neben einander gestellt (s. Tab. 6). Es ist wahrscheinlich, dass die Mehrheit der KlientInnen, die pürierte Nahrung benötigt, auch Hilfe beim Esseneingeben benötigt. Diese Annahme resultiert aus dem Umstand, dass meist pürierte Nahrung aufgrund von Kau- bzw. Schluckschwierigkeiten erforderlich ist. Aus der Beobachtung der täglichen Arbeitspraxis heraus insbesondere in den Basalen Fördergruppen, handelt es

sich oftmals nicht um eine isoliert auftretende motorische Einschränkung, sondern es sind auch häufig motorische Einschränkungen der oberen Extremitäten vorhanden. Das Schlucken ist ein hoch sensibler und störanfälliger physiologischer Vorgang. Daher erfordert das Essen eingeben höchste Sorgfalt und Wissen um die Risiken, die es in sich birgt (vgl. Diesener in Maier 2006:72ff). Um diese Annahme zu prüfen, wurden die Merkmale Nahrung pürieren und Essen eingeben gekreuzt. Es stellt sich hierbei heraus, dass es sich bei 10 Personen um dieselben handelt, je 3 Personen brauchen entweder pürierte Nahrung oder Hilfe beim Esseneingeben. Fasst man also diese Daten zusammen ergibt sich eine Zahl von 16 Personen (22,2%).

Die Angaben zum Essen schneiden, müssen unter dem Aspekt betrachtet werden, dass diese Daten aus dem Pürieren der Nahrung und dem Schneiden der Nahrung gespeist sind. Bei einer Kreuzung der Antworten dieser beiden Fragestellungen konnte festgestellt werden, dass das Pürieren der Nahrung zu 100% beim Essenschneiden einfließt. Somit benötigen 13 Personen pürierte Nahrung und weitere 16 Personen Hilfe beim Schneiden.

Selbständiges Benutzen von Messer und Gabel ist nicht gleichbedeutend mit „keine Hilfe beim Essenschneiden“ zu benötigen. Der zielgerichtete Umgang mit Messer und Gabel ist grundsätzlich möglich, jedoch können zum Beispiel Fleischspeisen nicht selbstständig geschnitten werden und es bedarf der Hilfe beim Essenschneiden.

Selbständiges Benützen eines Löffels kann trotz nötiger Hilfe bei der Essenseinnahme möglich sein. Die Hilfe kann die ständige verbale Anleitung zum langsamen Führen des Löffels bedeuten, sowie eine nötige Hilfestellung wegen lediglich teilweiser Selbständigkeit je nach Tagesverfassung.

Bei der Kreuzung der Variablen starke/r EsserIn mit dem Zeitbedarf viel (5 Personen) und wenig (3 Personen) ergibt dies eine Anzahl von 10 Personen, die einen mittleren Zeitbedarf beim Essen haben, und somit nicht im Zeitbedarf dieser Tabelle aufscheinen.

Bei der Kreuzung der schwachen Esser mit dem Zeitbedarf viel (9 Personen) und dem Zeitbedarf wenig (0 Personen) ergibt das eine Anzahl von 2 Personen, die mittleren Zeitbedarf beim Essen haben, und somit nicht im Zeitbedarf dieser Tabelle aufscheinen.

Der Zeitbedarf „wenig“ lässt Rückschlüsse auf das Kauverhalten zu. Bei einer Kreuzung des Zeitbedarfs „wenig“ und des Kauverhaltens wird deutlich, dass 73% der „schnellen Esser“ wenig Kauen. Der Zeitbedarf wenig ist ein Hinweis auf Unterstützungsnotwendigkeit, wie verbale Anleitung, kleinstes Schneiden der Nahrung und achten auf die Temperatur der Mahlzeit.

Der Zeitbedarf „viel“ lässt Rückschlüsse auf die Unterstützung bei der Nahrungseinnahme zu. Bei einer Kreuzung der Variablen Zeitbedarf „viel“ und „Hilfe bei der Nahrungseinnahme“ bildet sich ab, dass 62% der Unterstützten bei der Nahrungseinnahme viel Zeitbedarf haben. Bei der Kreuzung der Variablen Zeitbedarf „viel“ und „Hilfe beim Essenschneiden“ ist ersichtlich, dass 66% der Personen die Hilfe beim Essenschneiden haben, auch viel Zeitbedarf beim Essen haben. Auf Erfahrungswerte beruhend, ist der Zeitbedarf „viel“ weiters ein Hinweis auf nötige verbale Anleitung und Kontrolle bei der Nahrungsmenge. Ein Grund für die Zahl von 72 bzw. 71 Beantwortungen der Fragen liegt darin, dass eine Person Sondennahrung erhält und somit bei einigen Fragestellungen aus den Antworten heraus fiel. Sondenernährung mit Hilfe der PEG-Sonde ermöglicht eine optimale Ernährung, das Aspirationsrisiko wird gesenkt und damit wiederholte Lungenentzündungen werden vermieden (vgl. Lütjen in Maier, 2006:94).

Der Richtwert für die tägliche Wasserzufuhr durch Getränke beträgt zwischen 1,2 und 1,5 Liter für Erwachsene im Alter von 18-65 Jahren (DACH, 2000 in Institut für Ernährungswissenschaft 2009:145). Ein Drittel der Flüssigkeit wird dem Körper durch die Nahrung zugeführt (ebd).

45,8 % der KlientInnen (32 Personen) der Institution trinken weniger als einen Liter Flüssigkeit pro Tag. Bei der Kreuzung der Merkmale „Trinken“ und

„Kaffeegenuss“ wird deutlich, dass 28,2% dieser KlientInnen (20 Personen) auch keinen Kaffee trinken.

Unterstützungsbedarf	Personen	Prozent	Antworten
Chron. Erkrankung	41	56,94 %	72
Diät & Schonkost	12	16,7 %	71
Nahrung pürieren	13	18,1 %	72
Essen eingeben	13	18,3 %	71
Essen schneiden	29	40,9 %	71
Starke/r EsserIn	18	25,35 %	71
Schwache/r EsserIn	11	15,49 %	71
Wenig Zeitbedarf	11	15,49 %	71
Viel Zeitbedarf	32	44,44 %	72
Nicht selbstständig einkaufen	32	44,44 %	72
Selbstständig einkaufen mit Begleitung	18	25 %	72
Flüssigkeitszufuhr	20	28,2%	71

Tabelle 6: Unterstützungsbedarf 2

Eine chronische Erkrankung haben 56,94% der KlientInnen. Zu den ernährungsassoziierte Erkrankungen zählen Bluthochdruck, eine Stoffwechselerkrankung (erhöhtes Cholesterin, Schilddrüsenunterfunktion), Diabetes mellitus, chronische Obstipation und chronische DiarrhÖe (vgl. Institut für Ernährungswissenschaft 2009:337). Zumindest 39% der Personen haben eine ernährungsassoziierte Erkrankung (siehe auch Tab.4 chronische Erkrankungen). 18,3% benötigen Hilfe beim Esseneingeben. 40,9% der KlientInnen benötigen Unterstützung beim Essenzerkleinern (pürieren oder schneiden), 40,84% der KlientInnen (starke und schwache EsserInnen) benötigen Kontrolle bei der Nahrungsmenge und Unterstützung bei der Motivation zum Essen. 59,93% der KlientInnen benötigen besondere Betreuung in Bezug auf den Zeitbedarf. 69,4% der KlientInnen gehen nicht, oder nur in Begleitung einkaufen. Mindestens 28,2% der KlientInnen brauchen

Aufmerksamkeit und Motivierung im Hinblick auf ausreichende tägliche Flüssigkeitszufuhr.

Die Hypothese 1 wonach die Mehrzahl der Menschen mit kognitiver bzw. mehrfacher Behinderung Unterstützungsbedarf bei der Ernährung haben, kann insofern bestätigt werden, als ein Unterstützungsbedarf bei knappen 60% der KlientInnen im Zeitbedarf der Nahrungsaufnahme deutlich wird und 69% der KlientInnen direkte Hilfe beim Einkauf benötigen. Alle anderen Unterstützungsmaßnahmen erscheinen auf den ersten Eindruck nicht in der Mehrheit. Die Summe allerdings aus den vielfältigen Unterstützungsmaßnahmen und Notwendigkeiten dient als weitere Bestätigung der Hypothese.

Zur Überprüfung der zweiten Hypothese, die aussagt, dass Menschen mit kognitiver oder mehrfacher Behinderung verglichen mit der sogenannten österreichischen Normalbevölkerung häufiger Übergewicht haben, ist es vorweg nötig, Daten der österreichischen Normalbevölkerung heranzuziehen.

Im Österreichischen Ernährungsbericht 2008 sind aktuelle Ergebnisse aus Untersuchungen zur Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas in Österreich genannt. Den Untersuchungen zufolge sind 42% der 18 – 65 jährigen Erwachsenen übergewichtig und davon 11% adipös. 2% im selben Alter haben Untergewicht. (vgl. Institut für Ernährungswissenschaften, 2009:5,9).

In der vorliegenden Forschung wurden die erfragten Daten des Körpergewichts und der Körpergröße nach der im Kapitel 7.2.1 genannten Formel berechnet und der so entstandene BMI wurde anschließend ausgewertet. Bei Frauen und Männern zählen unterschiedliche Richtwerte.

25 KlientInnen (34,7%) haben Normalgewicht, 7 KlientInnen (9,7%) haben Untergewicht, 40 Personen (55,5%) haben Übergewicht, davon haben 13 Personen (47,5%) Adipositas und davon 1 Klient (5,5%) massive Adipositas (s. Tab.7).

BMI	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Gesamt
Untergewicht	bis 19	bis 20	2	5	7
Normalgewicht	19 - 24	20 - 25	13	12	25
Übergewicht	24 - 30	25 - 30	7	14	21
Adipositas	30 - 40	30 - 40	5	13	18
massiveAdipositas	über 40	über 40	0	1	1

Tabelle 7: Body Maß Index gesamt

Die Menschen der Institution haben um 13,5% häufiger Übergewicht als dies in der österreichischen Normalbevölkerung der Fall ist. Um 42% haben übergewichtige Menschen der Institution häufiger Adipositas als dies in der österreichischen Normalbevölkerung vorkommt. Bemerkenswerte Unterschiede zur Normalbevölkerung ergeben sich auch im Auftreten von Untergewicht. So haben die Menschen der Institution um 7,7% häufiger Untergewicht als dies in der allgemeinen österreichischen Bevölkerung der Fall ist (s. Tab. 8).

	Österreichische Normalbevölkerung	Institution Wohnhaus & Werkstätte	Unterschied
Untergewicht	2 %	9,7 %	7,7 %
Übergewicht	42 %	55,5 %	13,5 %
Adipositas	11 %	53 %	42 %

Tabelle 8: Vergleich Übergewicht

Im Vergleich zur österreichischen Normalbevölkerung haben Menschen mit kognitiver bzw. mehrfacher Behinderung signifikant häufiger Übergewicht als auch Untergewicht. Die Hypothese 2 ist mit diesen Ergebnissen voll bestätigt.

Auf der Suche nach Gründen für das gehäufte Auftreten von Übergewicht wird an dieser Stelle der Frage nachgegangen, wie viele der übergewichtigen Menschen der Institution eine Diät oder Schonkost verordnet haben. Außerdem wird kontrolliert, ob ein Zusammenhang der Diagnose Schilddrüsenunterfunktion mit Übergewicht besteht bzw. auch, ob ein Zusammenhang zwischen der am häufigsten eingenommenen Medikamente und Übergewicht herzustellen ist. Ein weiteres Interesse liegt im

Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und Übergewicht und wird im Anschluss überprüft.

In weiterer Folge wird beim Body Mass Index aus Gründen der Vereinfachung der Darstellung, der Richtwert für Männer für die Untersuchungen herangezogen. Die Entscheidung für diesen Wert liegt in der Tatsache, dass 62,5% der KlientInnen männlich sind und die Mehrheit der Männer (62,2%) Übergewicht hat. Bei den Frauen sind im Gegensatz dazu lediglich 44% übergewichtig. Dadurch ergibt sich eine gewisse Ungenauigkeit beim Übergewicht der weiblichen Personen, die allerdings in Bezug auf die Fragestellungen vertretbar erscheint.

Bei einer Kreuzung der Variablen BMI 25 – 46 und der verordneten Diät bzw. Schonkost wird sichtbar, dass 13,9% der übergewichtigen bzw. adipösen Menschen eine Diät bzw. Schonkost verordnet haben. Bei den Diäten wurden fettreduzierte Diät, zuckerfreie Diät bei Diabetes, Magen schonende Diät und Sondennahrung genannt. Bei der Schonkost wurde purinarm, nicht blähend, wenig Weißbrot sowie fettarm genannt.

12 KlientInnen der Institution (16,7%) nehmen das Schilddrüsenmedikament Thyrex aufgrund einer Unterfunktion ein. Ein typisches Symptom der Schilddrüsenunterfunktion ist Gewichtszunahme (vgl. Hotze, 2008:45). Mithilfe einer Kreuzung der Merkmale Medikamente und BewohnerIn stellt sich heraus, dass alle 12 Personen im Wohnhaus leben. Eine weitere Kreuzung der Merkmale Medikamente und BMI über 25 macht sichtbar, dass 10 KlientInnen (83%) mit der Diagnose Schilddrüsenunterfunktion übergewichtig sind. 1 Klient hat Normalgewicht und 1 Klient hat trotz Schilddrüsenunterfunktion Untergewicht. Im Austria Codex (Web) ist Gewichtszunahme bei Thyrex nicht genannt.

Bei den Medikamenteneinnahmen Seroquel haben 8 Personen (73%) Übergewicht, bei Depakine 2 Personen (25%), bei Risperdal 2 Personen (40%) und bei Cipralext haben alle 4 Personen (100%) Übergewicht (s. Tab. 9). Im Austria Codex (Web) sind die Anwendungsgebiete von Seroquel unter anderen

bei Schizophrenie und mittelgradigen bis schweren manischen Episoden angegeben. Bei den Nebenwirkungen wird Gewichtszunahme genannt. Depakine ist ein Antiepileptikum, zu dessen Nebenwirkungen Gewichtszunahme nicht zählt. Risperdal ist ein Neuroleptikum und wird unter anderen bei Schizophrenie und Aggression bei Demenz verordnet. Eine beschriebene Nebenwirkung ist Gewichtszunahme. Die Anwendungsgebiete von Cipralelex sind Depression, Zwangs- und Angststörungen. Im Austria Codex wird bei diesem Medikament Gewichtszunahme nicht als Nebenwirkung genannt (vgl. Austria Codex Web).

Medikament	Personenanzahl	BMI über 25
Thyrex	12	10
Seroquel	11	8
Depakine	8	2
Risperdal	5	2
Cipralelex	4	4

Tabelle 9: Übergewicht und Medikamenteneinnahme

Bei der Kreuzung der Variablen Bewegungsverhalten mit den Ausprägungen wenig, mittel und viel mit der Variable BMI gab es folgende Ergebnisse, die in Tabelle 10 dargestellt sind. 45% der KlientInnen mit wenig Bewegung haben Übergewicht, 55% der KlientInnen mit mittlerem Bewegungsverhalten haben Übergewicht und 40% der KlientInnen, die viel Bewegung machen, haben Übergewicht.

Bewegung	BMI unter 25	BMI über 25	Gesamtanteil BMI über 25
wenig	6	5	45%
mittel	23	28	55%
viel	6	4	40%

Tabelle 10: Übergewicht und Bewegung

Ein jeweils hoher Prozentsatz derer, die sich sowohl wenig (45%), als auch mittel (55%) als auch viel (40%) bewegen haben Übergewicht. Eine Annahme, dass Menschen, die sich am wenigsten bewegen, am meisten Übergewicht

haben, kann hier nicht bestätigt werden. Der bloße Nachweis einer statistischen Beziehung lässt noch keinen Schluß auf eine Ursache-Wirkungs-Beziehung zu (vgl. Benninghaus, 2007:13). Schwer mehrfachbehinderte Menschen sind häufig in ihrer Mobilität derart eingeschränkt, sodass sie in ihrem Bewegungsverhalten mit wenig eingestuft werden. Vergleiche auch nachfolgend die Ausführungen zur Überprüfung der dritten Hypothese.

Die Häufigkeit des Übergewichts bei den betreuten Personen lässt weiteren Unterstützungsbedarf vermuten, der bislang noch nicht oder noch nicht ausreichend wahrgenommen wurde.

Zur Überprüfung der dritten Hypothese, wonach Menschen mit kognitiver oder mehrfacher Behinderung weniger häufig übergewichtig sind, je mehr sie auf Unterstützung in der Ernährung und Mobilität angewiesen sind, wurden die Merkmale Nahrung pürieren, Hilfe beim Essen eingeben, Verwendung eines Rollstuhls zur Mobilität und nicht selbständig einkaufen gehen, mit dem BMI unter 25 gekreuzt. Weiters wurden die Merkmale kein/e RollstuhlfahrerIn, selbstständiges Verwenden von Messer und Gabel und selbstständiges Einkaufen ohne Begleitung mit dem BMI unter 25 gekreuzt.

Die folgende Tabelle (Tab.11) verdeutlicht, dass die Mehrheit der Personen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf in Bezug auf Essen und Mobilität nicht übergewichtig ist. Im Vergleich ist die Mehrheit der Personen mit geringerem Unterstützungsbedarf in Bezug auf Essen und Mobilität übergewichtig. 85% der KlientInnen, die pürierte Nahrung benötigen bzw. Hilfe bei der Essenseinnahme benötigen haben einen BMI unter 25 und sind somit nicht übergewichtig. Bei den RollstuhlfahrerInnen sind es 77% und bei den Personen, die nicht selbstständig einkaufen gehen, sind 69% nicht übergewichtig. Von den Personen, die selbstständig mit Messer und Gabel essen sind lediglich 31% normalgewichtig. Von den mobilen KlientInnen ohne Rollstuhl sind 42% normalgewichtig und von den KlientInnen, die selbstständig ohne Begleitung einkaufen gehen, sind nur 23% normalgewichtig.

Unterstützungsbedarf bei Mobilität und Essen	Gesamt Personen	BMI unter 25 absolut	BMI unter 25 Prozent
Nahrung pürieren	13	11	85%
Hilfe bei Essenseinnahme	13	11	85%
RollstuhlfahrerIn	13	10	77%
Nicht selbständig einkaufen	32	22	69%
kein bzw. wenig Unterstützungsbedarf bei Mobilität und Essen			
Selbstständig mit Messer und Gabel	49	15	31%
Mobil ohne Rollstuhl	59	25	42%
Selbstständig einkaufen o. Begleitung	22	5	23%

Tabelle 11: Übergewicht und Unterstützungsbedarf

Diese Auswertung bestätigt die Annahme, dass mehr Abhängigkeit von Unterstützung und Hilfe beim Essen und in der Mobilität, zu weniger Übergewicht führt.

11. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit war die fundierte Auseinandersetzung mit der Ernährung der KlientInnen der Institution Wohnhaus und Werkstätte für Menschen mit Behinderungen und zukünftig Erkenntnisse der Ernährungswissenschaft in die Arbeit mit den KlientInnen einfließen zu lassen. Beim ernährungsphysiologischen Qualitätsanspruch der Gemeinschaftsverpflegung kommt es auf eine ausgewogene, gesundheitsfördernde Zusammenstellung der Ernährung an (vgl. österreichischer Ernährungsbericht 2009:298). Im Sommer 2009 wurde zum Zweck einer quantitativen Studie eine Vollerhebung mittels standardisiertem Fragebogen der 72 aktuell betreuten KlientInnen durchgeführt. Hauptaspekte

dabei waren die Dimensionen „Gesundheit“, „Bewegung“, Betreuungs- und Unterstützungsbedarf“ sowie „Ernährungsverhalten“. Es sollte systematisch erfasst werden, ob die Ernährungssituation in der Gesamtheit der genannten Einrichtung unterbewertet wird. Weiters wurden zwei Interviews mit ExpertInnen geführt, um allgemeine und für die Institution spezifische Erkenntnisse in die Forschung mit einfließen lassen zu können.

Die Auswertung der Untersuchung erbrachte folgende Ergebnisse:

Es besteht mehrheitlich ein Unterstützungsbedarf in den Kategorien „Chronische Erkrankung“ (56,94%) und „Einkaufen“ (69,4%). Außerdem benötigen mindestens ein Viertel der KlientInnen Unterstützungsbedarf in den Kategorien „viel Zeitbedarf“ (44,4%), „Essen schneiden“ (40,9%), „Trinken“ (28,2%), sowie „starke/r EsserIn“ (25,4%).

Im Vergleich zur österreichischen Normalbevölkerung haben die KlientInnen der Institution signifikant höhere Werte in Bezug auf Untergewicht (um 7,7% häufiger), Übergewicht (um 13,5% häufiger) und Adipositas (um 42% häufiger).

Die Mehrheit der KlientInnen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf in den Kategorien „Nahrung pürieren“, „Hilfe bei der Essenseinnahme“, „RollstuhlfahrerIn“ und „Nicht selbstständig Einkaufen“ ist nicht übergewichtig. Die Minderheit der KlientInnen, die in den Kategorien „Selbstständig mit Messer und Gabel essen“, „Mobil ohne Rollstuhl“ und „Selbstständig Einkaufen ohne Begleitung“ keinen Unterstützungsbedarf haben ist normalgewichtig.

Sämtliche drei Hypothesen, die zu Beginn der Untersuchung aufgestellt worden waren, wurden bestätigt:

Es besteht mehrheitlich Unterstützungsbedarf bei der Ernährung von Menschen mit kognitiver bzw. mehrfacher Behinderung

Übergewicht bei Menschen mit kognitiver bzw. mehrfacher Behinderung tritt vergleichsweise zur sogenannten österreichischen Normalbevölkerung tritt häufiger auf.

Mehr Unterstützungsbedarf beim Essen und in der Mobilität führt zu weniger Übergewicht bei den betreuten Personen.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass die Ernährung der KlientInnen einen sehr großen Teil der Betreuung in der Institution einnimmt.

Darüber hinaus lassen die Ergebnisse folgende Erkenntnisse im Zusammenhang mit den Forschungsfragen zu:

Für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung gelten im Grunde die gleichen Empfehlungen für die Ernährung, wie für die Normalbevölkerung. Aufgrund von spezifischen oder mehrfachen Problemlagen wie geistiger oder mehrfacher Behinderung, gesundheitlichen Defiziten, Schluckstörungen, mangelnder Impulskontrolle, sowie Medikamenteneinnahme führt es jedoch gehäuft zu nötigen Unterstützungsmaßnahmen, die sodann über die allgemeinen Ernährungsempfehlungen hinausgehen und eine individuelle Betrachtung und Vorgehensweise erfordern.

In der Betreuung von schwer mehrfach behinderten Menschen, die einen erhöhten Unterstützungsbedarf im Zusammenhang mit Ernährung aufweisen, ist es besonders wichtig, Möglichkeiten zur Selbstbestimmung zu bieten und nach Möglichkeiten für Lustgewinn zu suchen. Richter erwähnt, dass das Empfinden von Lust und Befriedigung meist nicht möglich ist, da es nicht erlernt wurde (nach Richter 2009). Morris & Klein (1995 in Maier 2006:97) schreiben, wenn ein Kind auf Dauer nicht essen kann und sondiert werden muss, fehlt die Stimulation im Mundbereich. „Die Verbindung zwischen oraler Nahrungsaufnahme und Bedürfnisbefriedigung wird nicht erlebt, das positive Sättigungsgefühl geht damit verloren“ (Brandstätter et al., 2005 in Maier 2006:97). Nach Richter können Musik oder Bewegung ebenso wie Physiotherapie und Massage Möglichkeiten zum Lustgewinn darstellen.

Das im Vergleich zur österreichischen Normalbevölkerung signifikant häufigere Vorkommen an Übergewicht und an Untergewicht in der Institution weist auf einen Unterstützungsbedarf hin, der bislang noch nicht ausreichend wahrgenommen wurde. Weitere zielgerichtete Unterstützungsmassnahmen im Sinne der Gesundheit und des leiblichen Wohlbefindens erscheinen angebracht.

Um diese Forschungserkenntnisse in die Praxis einfließen zu lassen, sind im Anschluss an die vorliegende Diplomarbeit von der Autorin weiter führende Maßnahmen angedacht:

- Die Einbeziehung einer/eines Diätologin/Diätologen in die Speisenplanung
- Die Durchführung einer Analyse des derzeitigen Speiseplans in Bezug auf eine nährstoffoptimierte Speisenqualität in der Gemeinschaftsverpflegung anhand der Empfehlungen der österreichischen Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) - eventuell Anstreben des Gütesiegel der ÖGE
- Anpassung des Speiseplans an die Ergebnisse der Analyse
- Erarbeitung eines Ernährungskonzepts mit bereichsübergreifender Beteiligung (Küche, BetreuerInnen aus Wohnhaus und Werkstätte, Leitung)
- Wiederkehrendes Kursangebot „Bewusstseinsbildung für Ernährung“
- Verstärktes Achten auf und Förderung von Bewegung im Alltag.

Die Erkenntnisse der vorliegenden Diplomarbeit dienen der Autorin als Basis für weiterführende Schritte, um die Gemeinschaftsverpflegung und die Ernährungssituation der Institution zu optimieren.

12. Literatur

- Atteslander, Peter** 2006: Methoden der empirischen Sozialforschung, 11. Auflage, Erich Schmidt Verlag, Berlin
- Barlösius, Eva** 1999: Soziologie des Essens, Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung, Weinheim, Juventa Verlag, München
- Benninghaus, Hans** 2007: Deskriptive Statistik, Eine Einführung für Sozialwissenschaftler, 11. Auflage, Lehrbuch, Studienskripten zur Soziologie, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Der Brockhaus für Eltern** 2001: Kinder verstehen, Kinder erziehen, F.A. Brockhaus GmbH (Hrsg), Leipzig - Mannheim
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung** (Hrsg), 2006: DGE-Beratungsstandards, 8. Auflage, Bonn
- Diätologie, Studiengang an der Fachhochschule St. Pölten** 2009: Die Ernährung des gesunden Erwachsenen, 1. Auflage April 2009, St. Pölten
- Elmadfa, Ibrahim** 2004: Ernährungslehre, Eugen Ulmer KG, Stuttgart
- Elmadfa, Ibrahim / Fritzsche, Doris** 2005: Unsere Lebensmittel, Eugen Ulmer KG, Stuttgart
- Herrmann, Ariane / Palte, Heike** (Hrsg) 2008: Leitfaden Häusliche Pflege, 2. Auflage, Verlag Urban & Fischer, München
- Hotze, Lothar-Andreas** 2008: Schilddrüse, mehr wissen - besser verstehen, der Weg zur sicheren Diagnose und den besten Therapien, 1. Auflage, Stuttgart Trias
- Hülshoff, Thomas** (Hrsg.) 2004: Neue Erfahrungen, Bildungs- und Freizeitangebote für Menschen mit Behinderung, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
- Kasper, Heinrich**, 2004: Ernährungsmedizin und Diätetik, 10. Auflage, Verlag Urban & Fischer, München
- Maier, Nicola J.** (Hrsg.) 2006: Leben pur – Ernährung für Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen, verlag selbstbestimmtes leben, Düsseldorf
- Meyer-Rankes, Katharina / Adam, Olaf**, 2006: Leitfaden Ernährungsmedizin,

Urban & Fischer Verlag, ISBN 3437565303, 9783437565304

Neuhäuser, G. & Steinhausen, H.-C. (Hrsg.), 2003: Geistige Behinderung, Grundlagen, klinische Syndrome und Rehabilitation. Stuttgart u. a., 3. Aufl.

Niestroj, Irmgard 2000: Praxis der orthomolekularen Medizin, Physiologische Grundlagen, Therapie mit Mikronährstoffen, Georg Thieme Verlag

Universität Wien, Institut für Ernährungswissenschaften, 2008:

Österreichischer Ernährungsbericht 2008, Gesamtleitung Univ.-Prof. Dr. Ibrahim Elmadfa, Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Petermann, Franz / Pudel, Volker (Hrsg.) 2003: Übergewicht und Adipositas, Verlag Hogrefe, Göttingen

Pudel, Volker, Westenhöfer, Joachim 1998: Ernährungspsychologie. Eine Einführung. 3.Auflage, Hogrefe, Göttingen

Seel, Mechthild, 2003: Die Pflege des Menschen, 2.Nachdruck, 3.Auflage 1998, Brigitte Kunz Verlag, Hannover

Speck, O., 2005: Menschen mit geistiger Behinderung Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung, München, Basel, 10. Aufl.

Steinert, Erika / Thiele, Gisela (Hrsg) 2008: Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis, Einführung in die qualitativen und quantitativen Methoden, Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften,

Straßburg, Hans-Michael / Dacheneder, Winfried / Kress, Wolfram 2008: Entwicklungsstörungen bei Kindern Praxisleitfaden für die interdisziplinäre Betreuung; Praxisleitfaden für die interdisziplinäre Betreuung, Urban & Fischer Verlag, München

Theunissen, G., Kulig, W., Schirbort, K. (Hrsg.) 2007: Handlexikon Geistige Behinderung, Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart

Widhalm, Kurt (Hrsg.) 2005: Ernährungsmedizin (2.Aufl.), Verlagshaus der Ärzte GmbH, Wien

13. Quellenverzeichnis

Primärquellen:

Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, Abteilung Soziales, GS 5
2008: Richtlinien Wohnen für geistig- und mehrfach beeinträchtigte Menschen

Kolping Österreich, Betreuungskonzept, Wohnhäuser und Werkstätten für
Menschen mit Behinderungen, 2008

Niederösterreichisches Sozialhilfegesetz, 2000, LGBl. 9200

Niederösterreichische Wohn- und Tagesbetreuungsverordnung 2006,
aufgrund § 51 Abs.3 des NÖ Sozialhilfegesetz 2000, LGBl. 9200-3,
Niederösterreichische Landesregierung, Landesrätin Bohuslav

Richter, Christiane, Fachärztin für Psychiatrie, 2009: Transkript des Interviews
vom 5.Juli 2009

Graf, Felix, Facharzt für Allgemeinmedizin, 2009: Transkript des Interviews
vom 23.Juli 2009

Internetquellen:

Austria Codex (Web):

<http://www.pharmazie.com/scripts2/api.dll?pgm=CDQ32&p1=OEAVMSD&p2=fg2m8s4d&cmd=A1D07D0> letzter Zugriff 27.8.09

Ernährungsberatung Apetito:

http://ernaehrungsberatung.apetito.de/pdf_menschen_mit_behinderung/gesunde_ernaehrung_fuer_menschen_mit_behinderung.pdf letzter Zugriff 22.7.09

Forum Diätetik:

www.forum-diaetetik.de/go.to/.../fachartikel.html , letzter Zugriff 19.7.09:

Quellennachweis: Biesalski, H.-K., Kasper, H, Kluthe, R. und Mitarbeiter, 1995:
Ernährungsmedizin, Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Heepe, F. 1994 (2. Auflage): Diätetische Indikationen, Springer Verlag

Van Erkelens-Zwets, J.H.J., Kars, H, 1992: Medizinische Betreuung beim
geistig behinderten Kind, Deutscher Ärzte Verlag, Köln

Lebensmittel Sicherheits- und Verbraucherschutzgesetz:

<http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/suche.html?begriff=Lebensmittel+Sicherheits+u+nd+Verbraucherschutzgesetz> letzter Zugriff 23.7.09

Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit:

http://www.arbeitundbehinderung.at/de/glossar/b/behinderung_definitionen.php
letzter Zugriff 7.3.09

Wiener Gebietskrankenkasse:

http://www.wgkk.at/portal/index.html;jsessionid=F5BD28C10FDE14D270BCBE B758BAF184?ctrl:cmd=render&ctrl>window=wgkkportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=60534&p_tabid=2&p_pubid=93421 letzter Zugriff 30.08.09

14. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung der KlientInnen	51
Abbildung 2: Geschlecht.....	52
Abbildung 3: Voll- oder Teilunterbringung.....	52
Abbildung 4: Wohndauer	53
Abbildung 5: Herkunft vor Wohnhaus	53
Abbildung 6: Länge der Werkstättenzugehörigkeit	54
Abbildung 7: Body Maß Index der männlichen Klienten	55
Abbildung 8: Body Maß Index der weiblichen Klientinnen	55
Abbildung 9: Energiebedarf	58

15. Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung der KlientInnen	51
Abbildung 2: Geschlecht.....	52
Abbildung 3: Voll- oder Teilunterbringung.....	52
Abbildung 4: Wohndauer	53
Abbildung 5: Herkunft vor Wohnhaus	53
Abbildung 6: Länge der Werkstättenzugehörigkeit	54
Abbildung 7: Body Maß Index der männlichen Klienten	55
Abbildung 8: Body Maß Index der weiblichen Klientinnen	55
Abbildung 9: Energiebedarf	58

16. Anhang

Anhang 1:

Fragebogen

Um den Ernährungsbedarf in der Institution Wohnhaus & Werkstätte zu erfassen und den Speiseplan und die Betreuungsangebote noch besser darauf ausrichten zu können, ersuche ich um Deine/Ihre Mithilfe und Dich/Sie unten stehende Fragen zu beantworten. Alle Antworten werden anonym (ohne Namen) weiter verwendet.

Alter: _____Jahre

Geschlecht: männlich weiblich

Wohnen Sie im Wohnhaus? ja nein

Wenn ja, seit wann?

kürzer als 1 Jahr 1 – 3 Jahre

4 – 10 Jahre länger als 10 Jahre

Von wo sind Sie zugezogen?

aus dem Elternhaus von einer Institution Sonstiges

Seit wann sind Sie in der Werkstätte tätig?

kürzer als 1 Jahr 1 – 3 Jahre

4 – 10 Jahre länger als 10 Jahre

Wie groß sind Sie? _____cm

Wieviel Kilogramm wiegen Sie? _____kg

Sind Sie RollstuhlfahrerIn? ja nein

Wie viel bewegen Sie sich?

Wenig

(ausschließlich sitzende oder liegende Tätigkeit, wenig oder keine anstrengende Freizeitaktivität)

Mittel

(sitzende Tätigkeit, zeitweilig auch zusätzlicher Energieaufwand für gehende und stehende Tätigkeit)

Viel

(überwiegend gehende und stehende Arbeit, körperlich anstrengende Tätigkeit)

Nehmen Sie an einem Sport- bzw. Bewegungsangebot des Hauses teil?

nein ja, 1 Mal / Woche

ja, 2-3 Mal / Woche öfter

Wenn ja, welches Sport- oder Bewegungsangebot nutzen Sie?

A Spazieren B Schwimmen C Fußball

D Physiotherapie E Walken F Laufen

G Radfahren H Tischtennis I Sonstiges

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie?

A Citalopram B Cipralext C Depakine

D Dominal E Insulin F Neurolept

G Neurotop H Nozinan I Psychopax

J Risperdal K Risperdon L Rivotril

M Seroquel N Tegretol O Thyrex

P Tresleen Q Trileptal R Trittico

S Truxal T Xanor U Zyprexa

V Sonstige

Haben Sie eine chronische Erkrankung? ja nein

Wenn ja, welche Erkrankung haben Sie?

- | | | | |
|------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|
| A Bluthochdruck | <input type="radio"/> | B Stoffwechselerkrankung | <input type="radio"/> |
| C Allergie | <input type="radio"/> | D chronische Obstipation | <input type="radio"/> |
| E Diabetes | <input type="radio"/> | F chronische Diarrhöe | <input type="radio"/> |
| G Sonstige | <input type="radio"/> | | |

Haben Sie eine ärztlich verordnete Diät? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine ärztlich verordnete Schonkost? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eigene Zähne?

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|
| A eigene Zähne | <input type="radio"/> | B teilweisen Zahnersatz | <input type="radio"/> |
| C vollständigen Zahnersatz | <input type="radio"/> | keine Zähne | <input type="radio"/> |

Wie gut kauen Sie die Nahrung?

- | | |
|--|-----------------------|
| Sehr gut (21 bis 30 Kaubewegungen pro Biss) | <input type="radio"/> |
| Mittel (11 bis 20 Kaubewegungen pro Biss) | <input type="radio"/> |
| Wenig (bis 10 Kaubewegungen pro Biss) | <input type="radio"/> |

Benötigen Sie pürierte Nahrung? ja nein

Benötigen Sie Hilfe beim Essen einnehmen? ja nein

Essen Sie selbstständig mit dem Löffel? ja nein

Essen Sie selbstständig mit der Gabel? ja nein

Essen Sie selbstständig mit Messer und Gabel? ja nein

Beurteilen Sie Ihr Essverhalten:

Sind Sie ein/e starke/r EsserIn? ja nein

(die Essensportion soll groß sein, oder Sie nehmen gerne noch eine Portion nach)

Sind Sie ein/e mittlere/r EsserIn? ja nein

(die Essensportion normaler Größe ist ausreichend)

Sind Sie ein/e schwache/r EsserIn? ja nein

(die Essensportion normaler Größe ist zuviel, oder Sie lassen häufig etwas über)

Wie viel Zeit benötigen Sie zum Essen einer Mahlzeit?

weniger als 5 Minuten 5 bis 15 Minuten

mehr als 15 Minuten

Wie oft pro Tag essen Sie?

1 bis 3 Mal 3 bis 5 Mal öfter

Wie viel trinken Sie pro Tag, außer Kaffee?

weniger als 1 Liter 1 bis 2 Liter mehr als 2 Liter

Trinken Sie Kaffee?

Nein ja, 1 bis 2 Tassen pro Tag

ja, 3 bis 4 Tassen pro Tag ja, mehr als 4 Tassen pro Tag

Gehen Sie selbstständig einkaufen?

nein ja, mit Begleitung ja, ohne Begleitung

Wenn ja, wie oft gehen Sie einkaufen?

1 bis 2 Mal pro Woche 3 bis 4 Mal pro Woche öfter

Möchten Sie sonst noch etwas sagen? _____

Vielen Dank für Ihr Bemühen und Ihre Mitarbeit!

Anhang 2

Antworten auf die Frage nach der Art der Diät und Schonkost

Diät:

Diabetiker:	1 Person
Zuckerfreie Diät:	2 Personen
Fettreduzierte Diät:	8 Personen
Magen schonende Diät:	1 Person
Sondennahrung:	1 Person

Schonkost:

Nicht blähende Kost:	2 Personen
Purin arme Kost:	1 Person
Wenig Semmeln und Weißbrot:	1 Person

Anhang 3

Antworten auf die Frage: Möchten Sie sonst noch was sagen?

- **Hat keine Grenzen beim Essen laut Eltern**
- **Ist selbstständig unterwegs, kauft aber nichts ein**
- **Fähigkeiten vorhanden, darf von Eltern aus nicht alleine außer Haus gehen**
- **Isst sehr gerne Süßigkeiten und viel**
- **Isst kaum Milchprodukte**
- **Trinkt nicht ohne Aufforderung**
- **An das Trinken muss er erinnert werden. Er verschluckte sich schon öfter wegen zu schnellem Essen. Beaufsichtigung nötig.**
- **Isst wenig bis gar nichts bei den Mahlzeiten. Viele Süßigkeiten**
- **Isst sehr viel und schnell. Auf ausreichend trinken muss geachtet werden.**
- **Sehr viele Süßigkeiten zwischendurch**
- **Achtet auf Ernährung, Gewicht und gesundes Essen**
- **Gutes Essverhalten**
- **Lässt öfters auch ganze Mahlzeiten weg**
- **Braucht lange um mit dem Essen zu beginnen**
- **Lehnt Suppe ab**
- **Wohnt selbstständig und macht Arbeitstraining in der Küche**
- **Keine Konzentration auf das Essen, sehr abgelenkt**
- **Sondennahrung 1500 kcal pro Tag**

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Ursula Bahringer, geboren am 19. Februar 1965 in Wien, erkläre,

1. dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Deutsch Wagram, am 9. September 2009

Unterschrift