



Foto: © Credit/Caro Schieffebuch

Ernährung bei Demenz

GABRIELLE SIEBER • CHRISTIAN KOLB • DOROTHEE VOLKERT

„Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen“ – doch das ist nicht immer so. Wenn sich im fortgeschrittenen Lebensalter vermehrt geistige Einbußen bemerkbar machen, bleibt dies meist nicht ohne Folgen für die Ernährung. Ein häufiges Frühsymptom einer Demenz ist ein progressiver Gewichtsverlust, und jeder Demenzerkrankte entwickelt im Verlauf seiner Erkrankung Ess- und Ernährungsprobleme. Pflegende sind zunehmend mit einer verminderten Nahrungsaufnahme und einem unangemessenen Essverhalten des Demenzkranken konfrontiert und benötigen viel Zeit, Geduld und Einfühlungsvermögen, um eine ausreichende Ernährung zu ermöglichen.

Demenz

Epidemiologie

Demenzkrankungen zählen bereits heute zu den größten Herausforderungen für unsere Gesellschaft und das Gesundheitssystem. Weltweit leiden bereits schätzungsweise knapp 50 Millionen Menschen an einer Demenz (*Dt. Alzheimer Gesellschaft 2016*). Als häufigste

Ursache einer Demenz gilt die Alzheimer-Krankheit. Das Risiko an einer Demenz zu erkranken nimmt mit steigendem Alter deutlich zu. Die Prävalenzrate der Alzheimer-Krankheit verdoppelt sich ab dem 60. Lebensjahr im Abstand von jeweils etwa fünf Altersjahren. Während die Krankheit im mittleren Lebensalter und auch bei jüngeren Senioren nur selten vorkommt (ca. 2 % der 65- bis 69-Jährigen), leiden 16 Prozent der 80- bis 84-Jährigen, 26 Prozent der 85- bis 89-Jährigen und gut 40 Prozent der über 90-Jährigen an einer Demenz. Für Deutschland bedeutet dies, dass zirka 1,6 Millionen Menschen von einer leichten bis schweren Demenz betroffen sind (*Dt. Alzheimer Gesellschaft 2016*). Durch die höhere Lebenserwartung und die zunehmende Zahl von älteren Menschen wird die Zahl der Krankheitsfälle jährlich um 40.000 ansteigen und sich bis zum Jahr 2050 voraussichtlich verdoppeln (*Dt. Alzheimer Gesellschaft 2016*).

Krankheitsbild

Das Demenzsyndrom ist nach ICD-10 als Folge einer chronischen und progressiven Krankheit des Gehirns definiert, die mit Störungen von Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im



Abbildung 1: Ursachen von Gewichtsverlust bei Demenz (Wirth, Sieber 2011)

Sinne der Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, einhergeht. Für die Diagnose einer Demenz müssen diese Symptome für mindestens sechs Monate Bestand haben (DGPPN, DGN 2009). Viele Menschen mit Demenz leben heute zehn Jahre und länger mit ihrer Erkrankung.

Der Schweregrad einer Demenz wird in der Regel in ein leichtes, mittelgradiges und schweres Stadium eingeteilt, wobei die Grenzen der einzelnen Stufen weich sind. Die folgende Beschreibung der Stadien bezieht sich primär auf die Alzheimer-Krankheit.

Leichtes Stadium. Typische Symptome einer beginnenden Demenz sind zunehmende Vergesslichkeit, reduziertes Sprachvermögen, gewisse Unsicherheiten bei der Feinmotorik, örtliche Orientierungsprobleme und Veränderungen im Sozialverhalten. Die Betroffenen sind weniger belastbar, oft treten auch depressive Störungen auf. Menschen mit Demenz ziehen sich zunehmend zurück und vermeiden Situationen, in denen sie sich überfordert fühlen. Unter Beaufsichtigung sind die Betroffenen jedoch noch in der Lage, den Alltag selbstständig zu bewältigen.

Mittelgradiges Stadium. Bei der mittelgradigen Demenz entwickelt sich eine wachsende Hilflosigkeit. Die kognitiven Einschränkungen treten deutlicher zu Tage und die sprachlichen Fähigkeiten sind stark eingeschränkt. Einfachste Abläufe des täglichen Lebens, wie zum Beispiel Körperpflege und Anziehen, werden vergessen und die Betroffenen benötigen permanente Unterstützung in Form von Anleitung und Aufforderung. In ungewohnter Umgebung fühlen sich demenzkranke Menschen verloren und kommen alleine meist nicht mehr zurecht. In dieser Phase treten zunehmend auch psychiatrische Symptome (z. B. Apathie, Aggressionen, Halluzinationen, Angstzustände) auf. Die Rund-um-die-Uhr-Pflege von Demenzkranken generiert bei den pflegenden Angehörigen physische sowie emotionale Belastungen und diese können zu Einschränkungen sozialer Aktivitäten, Erschöpfung und gesundheitlichen Beeinträchtigung wie Körperschmerzen oder Depression führen. Vor allem die Verhaltensstörungen der Demenzkranken werden von den pflegenden Angehörigen als sehr belastend erlebt (Adler et al. 1996, Grafstrom et al. 1992, Gräßel 1998a, 1998b, 2002), denn sie lösen ethische Dilemmas und Gefühle der Hilflosigkeit, der Abneigung oder gar Ablehnung aus (Graneheim et al. 2005).

Schweres Stadium. Im schweren Stadium der Demenz vermindern sich die Verhaltensstörungen, jedoch geht die Fähigkeit zur Selbstpflege vollständig verloren. Eine räumliche Orientierung fehlt, Bewegungsabläufe werden verlernt bis hin zur Bettlägerigkeit, Inkontinenz erschwert die Betreuung zusätzlich. Auch selbstständiges Essen und Trinken ist nicht mehr möglich. Selbst nahestehende Angehörige werden nicht mehr erkannt und verbale Kommunikation ist meist nicht mehr möglich. Trotzdem können Demenzkranke noch über nonverbale Gesten emotional erreicht werden (Perrar et al. 2007). Nonverbale Kommunikation ist bis ins letzte Stadium der Erkrankung möglich. So sind Berührungen und angenehme Erlebnisse, wie zum Beispiel Musik oder der Geschmack von geliebten Speisen, für Menschen mit

einer schweren Demenz ganz wichtig und können einen Beitrag leisten, Lebensqualität und Wohlbefinden zu fördern (Becker et al. 2005).

Ernährungsprobleme bei Demenz

Häufigkeit

Eine der zentralen Aufgaben in der täglichen Betreuung von Menschen, die von einer Demenz betroffen sind, ist eine angemessene Ernährung in den verschiedenen Krankheitsstadien zu gewährleisten. Mahlzeiten strukturieren den Alltag, eine ausgewogene Ernährung fördert Wohlbefinden und Gesundheit, gemeinsames Essen verbindet. Doch schon früh im Verlauf einer Demenzerkrankung lassen sich bei den Betroffenen ein verändertes und gestörtes Ess- und Trinkverhalten beobachten (Keller et al. 2006). Die Auswirkungen auf die Ernährung sind dabei sehr unterschiedlich. Während es bei etwa 20 Prozent der Betroffenen zu einer Gewichtszunahme durch übermäßiges Essen kommt, verlieren etwa 40 Prozent der leicht bis mittelgradig Demenzen ungewollt an Gewicht (Gillette-Guyonnet et al. 2007, Gillette-Guyonnet et al. 2000, White et al. 1996). In einigen Longitudinalstudien fand sich bereits sechs bis zehn Jahre vor dem Auftreten messbarer kognitiver Defizite ein signifikanter Gewichtsverlust (Barrett-Connor et al. 1996, Stewart et al. 2005). Auch nach der Diagnosestellung lässt sich ein progressiver ungewollter Gewichtsverlust nachweisen (Wolf-Klein et al. 1992). Im weiteren Verlauf der Erkrankung verlieren Menschen mit Demenz verglichen mit gleichaltrigen Menschen ohne Demenz bis viermal mehr an Körpergewicht (Wirth et al. 2007). Zudem belegen klinische Studien, dass die Prävalenz eines Risikos für Mangelernährung sowie einer Mangelernährung bei Demenzkranken höher liegt als bei gesunden Senioren (Bauer et al. 2006, Gilloz et al. 2009, Guigoz 2006).

Ursachen des Gewichtsverlustes

Die Ursachen für Gewichtsverlust und Mangelernährung bei Demenzkranken sind vielfältig und bis heute nicht völlig geklärt. Allerdings lassen klinische Beobachtungen auf ein multifaktorielles Geschehen schließen (Abb. 1).

Im Anfangsstadium der Erkrankung, in dem die Betroffenen oft noch weitgehend selbstständig in der eigenen Wohnung leben, führen Probleme beim Einkaufen und bei der Lebensmittelauswahl und -zubereitung zu einer unzureichenden und einseitigen Ernährung. Ein Blick in den Kühlschrank lässt bereits eine erste Einschätzung der Ernährungssituation zu. Wenige frische und eventuell nicht mehr genießbare Produkte im Kühlschrank lassen darauf schließen, dass die demenzkranke Person dringend Unterstützung benötigt. In einer schweizerischen Studie waren weniger als drei verschiedene Lebensmittel im Kühlschrank älterer Menschen mit einem erhöhten Risiko

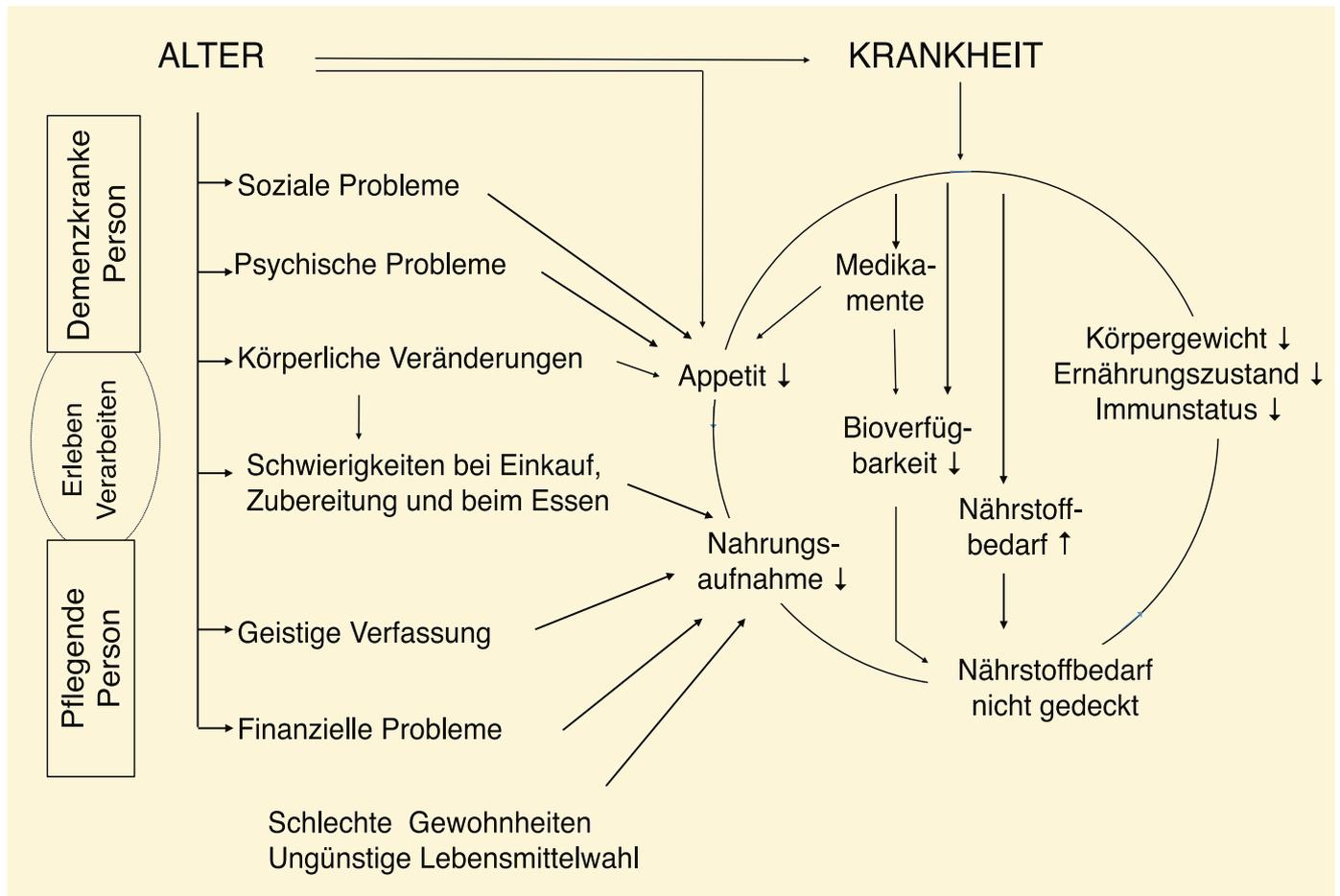


Abbildung 2: Teufelskreis der Mangelernährung im Alter (adaptiert nach Volkert 1997)

für eine Krankenhausaufnahme in den folgenden vier Wochen verbunden (Boumendjel et al. 2000). Neben dem Einkauf wird auch das Kochen und Zubereiten von Speisen verlernt. Bei Tisch lassen sich Einschränkungen von Aufmerksamkeit und Konzentration beobachten: Demenzkranke Menschen sind leicht ablenkbar und stehen oft rascher wieder vom Tisch auf ohne unbedingt alles aufgegessen zu haben (Salva et al. 2009). Verglichen mit gesunden älteren Menschen nehmen Demenzkranke insgesamt weniger Energie, Makro- und Mikronährstoffe zu sich (Shatenstein et al. 2007). Besonders das Trinken wird, aufgrund des mangelnden Durstgefühls, häufig vergessen. Das kann in den Sommermonaten fatale Folgen haben, etwa eine Dehydratation, die den Verwirrtheitszustand (auch Delirium genannt) verstärkt und letztendlich zu einer Krankenhauseinweisung führen kann. Im weiteren Verlauf der Erkrankung können Verhaltensstörungen, psychomotorische Unruhe und ein verstärkter Bewegungsdrang den Energiebedarf erhöhen. In der Spätphase kommen neben den bereits benannten Ursachen eine zunehmende Dyspraxie und Hilfsbedürftigkeit hinzu. Speisen und Getränke können nicht mehr selbstständig eingenommen werden und es bedarf der Unterstützung durch die Pflegenden. Die im Spätstadium auftre-

tenden Schluckbeschwerden (Dysphagie) führen ebenfalls zu einer geringeren Energieaufnahme, vielfach wird auch die sedierende Wirkung von Medikamenten im Hinblick auf ihre negativen Effekte auf die Ernährung unterschätzt.

Folgen

Ungünstige Auswirkungen eines Gewichtsverlusts und einer Mangelernährung sind zum Beispiel ein Abbau von Muskulatur, funktionelle Einbußen und ein erhöhtes Risiko für weitere Begleiterkrankungen (Volkert 1997). Auch geht eine Mangelernährung mit einer Progression der Demenzerkrankung einher (Gillioz et al. 2009, Riviere et al. 2002), was bei den pflegenden Angehörigen Stress und das Gefühl der Hoffnungslosigkeit auslösen kann (Gillette-Guyonnet et al. 2000). Riviere et al. (2002) konnten wiederum aufzeigen, dass eine Belastung der pflegenden Angehörigen eng mit einem problematischen Essverhalten und einem erhöhten Risiko einer Mangelernährung des Demenzkranken einhergeht. Damit schließt sich der „Teufelskreis der Mangelernährung“ (Abb. 2).

Erfassung der Ernährungsprobleme

Gerade bei Menschen mit Demenz sind ein regelmäßiges Screening auf Mangelernährung sowie ein Beobachten des Essverhaltens unverzichtbar. Nur so können rechtzeitig Probleme erkannt und geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um der progressiven Gewichtsabnahme entgegenzuwirken.

NACHGEFRAGT

Dyspraxie
 Unter Dyspraxie ist eine Störung der Ausführung willkürlicher zielgerichteter und geordneter Bewegungen bei intakter motorischer Funktion zu verstehen (Wikipedia).

Übersicht 1: Erfassung von problematischem Essverhalten nach Blandford (übersetzt von Kolb 2007)

Ablehnendes Verhalten des Kranken
<ul style="list-style-type: none"> • Wendet den Kopf zur Seite • Hält die Hände abwehrend vor den Mund • Schiebt den Löffel weg • Schlägt nach dem Pflegenden • Wirft mit dem Essen
Dyspraxie/Agnosie
<ul style="list-style-type: none"> • Muss verbal zum Essen gedrängt werden • Isst mit den Fingern statt mit Besteck • Unfähig mit Besteck zu essen • Spielt mit dem Essen, ohne zu essen • Versucht, nicht Essbares zu essen • Läuft während des Essens vom Tisch weg • Beachtet die Nahrung nicht
Selektives Verhalten
<ul style="list-style-type: none"> • Verlangt nach besonderem Essen oder lehnt die Nahrung ab • Verlangt nach besonderem Essen, probiert es, beklagt sich und isst nicht weiter • Lehnt mehrere verschiedene Nahrungsmittel ab • Isst geringe Mengen und lehnt weitere Nahrung ab • Bevorzugt flüssige Nahrung (> 50 % der Nahrungsaufnahme) • Akzeptiert nur flüssige Nahrung
Oropharyngeale Dysphagie
<ul style="list-style-type: none"> • Öffnet den Mund nur bei direktem physischen Kontakt mit dem Löffel • Presst die Lippen zusammen • Hält den Mund fest verschlossen und beißt die Zähne zusammen • Ständige Zungen- und Lippenbewegungen verhindern die Nahrungsaufnahme • Nimmt die Nahrung in den Mund und stößt sie wieder aus • Nimmt Nahrung auf, aber schluckt sie nicht • Nimmt Nahrung auf, aber schließt den Mund nicht; Nahrung fließt aus dem Mund
Pharyngo-ösophageale Dysphagie
<ul style="list-style-type: none"> • Hustet oder würgt bei der Nahrungsaufnahme • Gurgelnde Stimme
Abhängigkeit beim Essen
<ul style="list-style-type: none"> • Zeigt wenigstens ein Merkmal gestörten Verhaltens beim Essen, isst aber selbstständig • Essen muss gelegentlich eingegeben werden • Isst nur, wenn das Essen eingegeben wird

Zum Screening auf Mangelernährung wird das Mini Nutritional Assessment (MNA) oder die aktualisierte Kurzform (MNA-SF) derzeit als „Goldstandard“ für ältere Menschen angesehen und auch für Demenzpatienten empfohlen (Bauer et al. 2006, Sieber 2007). Neben den üblichen Screening-Parametern BMI, Gewichtsverlust, geringe Essmenge und akute Erkrankung werden in der Kurzform die psychische Situation und die Mobilität berücksichtigt.

Auch zum Erkennen und Konkretisieren von problematischem Essverhalten demenzkranker Menschen stehen standardisierte Instrumente, zum Beispiel die „Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Scale“ (Watson et al. 2001) und die „Blandford-Scale“ (Kolb 2007), zur Verfügung. Beide Instrumente sind zwar nicht für den deutsch-

sprachigen Gebrauch validiert, können aber dennoch hilfreich sein, um die Situation zu analysieren und das Augenmerk gezielt auf bestimmte Schwierigkeiten zu richten. **Übersicht 1** zeigt beispielhaft die deutsche Übersetzung der Blandford-Scale.

Sobald Ernährungsprobleme auftreten, spielt die Abklärung möglicher Ursachen eine zentrale Rolle. Dabei muss beachtet werden, dass Ess- und Trinkschwierigkeiten nicht isoliert, sondern in einem breiten Kontext mit funktionellen, physischen, psychischen, sozialen, kulturellen und Umgebungsfaktoren zu betrachten sind. Generell kommen auch bei Demenzkranken alle üblichen Ursachen für Mangelernährung in Frage (Abb. 2). Da aber Demenzkranke die Symptome oder Ursachen (z. B. Übelkeit, Schmerzen, Zahnprobleme) meist nicht mehr selbst benennen können, müssen die betreuenden Personen die Situation hinterfragen: Kann der Demenzkranke zum Beispiel aufgrund von Zahnschmerzen oder Entzündungen im Mund nicht kauen? Kann er aufgrund von Mundtrockenheit nicht schlucken? Wird aufgrund von Kau- oder Schluckstörungen eine veränderte Konsistenz benötigt? Liegt es an einer gestörten Interaktion zwischen der Pflegeperson und dem Demenzkranken oder an unliebsamen Tischnachbarn oder einer störenden Geräuschkulisse, die vom Essen ablenken? Hat der Demente Schmerzen, die er aufgrund seiner eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit nicht äußern kann? Sind es Nebenwirkungen von Medikamenten oder ist er einfach müde und braucht seine Mahlzeiten vielleicht zu einer anderen Uhrzeit? Genaue Beobachtung, Geduld und gutes Einfühlungsvermögen sind oft erforderlich, um den Ursachen im Einzelfall auf die Spur zu kommen. Einfache Checklisten mit allen generell in Frage kommenden Ursachen wie im PEMU-Assessment (Schreier et al. 2009) können dabei hilfreich sein.

Wertvoll für das Erfassen der Ernährungsproblematik sind außerdem Ess- und Trinkprotokolle. Diese ermöglichen eine Einschätzung der Quantität und der Qualität der Ernährung und lassen darüber hinaus auch bestimmte aktuelle Vorlieben sowie typische Ess- und Trinkmuster erkennen, die als Grundlage für die individuelle Ernährungsversorgung wichtig sind. Ess- und Trinkbiographien helfen darüber hinaus, früher gern konsumierte Speisen und Getränke herauszufinden.

Strategien zur Ernährungsversorgung

Eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Ernährungsinterventionen sind eine fachgerechte medizinische Behandlung der Demenz und aller Begleiterkrankungen sowie rechtzeitig eingeleitete Maßnahmen. Alle Maßnahmen zielen auf die Beseitigung möglicher Ursachen von Essproblemen und auf die Sicherung einer ausreichenden Essmenge, die sowohl den Energie- und Nährstoffbedarf deckt als auch dem Demenzkranken schmeckt und seine Wünsche berücksichtigt. Außerdem sollen Mahlzeiten ein Stück Orientierung und Normalität bieten. Prinzipiell gilt es dabei, vorhandene Ressourcen so weit wie möglich zu fördern sowie die Autonomie des Betroffenen und seine soziale Teilhabe zu stärken. Das erfordert einen innovativen Umgang mit Menschen mit Demenz, der insbesondere die Sinne anregt und Emotionen anspricht.

Aktuelle evidenzbasierte Empfehlungen zur Ernährung bei Demenz finden sich in der Leitlinie „Ernährung bei Demenz“ der europäischen Fachgesellschaft für klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN) (Volkert et al. 2015) und ihrer deutschen Kurzfassung (Volkert et al. 2016).

Umgebungsgestaltung

Ob Zuhause, in Wohngemeinschaften, Pflegeheimen oder Krankenhäusern, das Umfeld bei den Mahlzeiten ist essenziell für den Erfolg jeglicher Ernährungsintervention bei Menschen mit Demenz. Sowohl die Raum- als auch die Tischgestaltung beeinflussen das Essverhalten Demenzkranker. Die Atmosphäre muss ruhig und angenehm sein, zum Essen anregen und gleichzeitig Schutz vor Ablenkung und Überforderung bieten. Bei der Tischgestaltung sollte darauf geachtet werden, dass keine gefährdenden Objekte und nur die notwendigen Dinge aufgetischt sind. Auch sollte sich das Geschirr farblich vom Untergrund und vom Inhalt abheben. Das erleichtert das Erkennen der Gegenstände, wodurch Ess- und Trinkmenge gesteigert werden können (Dunne et al. 2004).

In Institutionen wurde festgestellt, dass eine familiäre, stressfreie Umgebung, zum Beispiel fünf Personen und eine Pflegekraft an einem Tisch, die gemeinsam dinieren, zu einer Steigerung der Energieaufnahme führt (Nijs et al. 2006). Es darf jedoch auch keinen Zwang zur Gemeinschaft geben. Für unruhige Demenzkranke kann es sogar besser sein, wenn sie alleine oder maximal zu zweit das Essen einnehmen. Speisen sollten möglichst wie zuhause angeboten werden, zum Beispiel in der Schüssel mit Kelle anstatt vorportioniert, Marmelade in Gläsern anstatt in Portionspäckchen.

Speisepläne, die am Vortag oder schon früher besprochen werden, erweisen sich bei Menschen mit Demenz als wenig hilfreich, da das Gewünschte wieder vergessen wird. Wesentlich besser ist es, verschiedene Speisen oder Beilagen anzubieten, so dass der Demenzkranke spontan das auswählen kann, worauf er Lust hat.

Auch Buffets können anregen und den Appetit fördern. Bei fortgeschrittener Demenz führt die Auswahlmöglichkeit dagegen eher zur Überforderung. Umso mehr gewinnt dann die Essbiographie an Bedeutung. Solange es geht, sollten Menschen mit Demenz selber das Essumfeld wählen und mitgestalten dürfen.

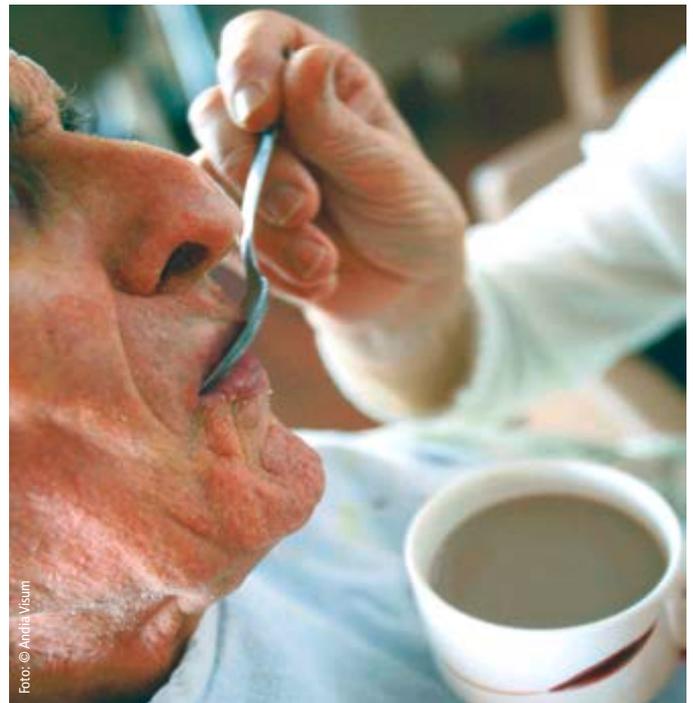
Unterstützung beim Essen und Trinken

Mahlzeiten sind ein strukturierendes Element im Tagesablauf und können durch gewohnte Rituale, zum Beispiel Hände waschen oder gemeinsames Tischdecken, eingeleitet werden. So schafft man Erinnerung- und Orientierungshilfe und fördert die Teilhabe am Alltag. Demenzkranke beim Essen zu unterstützen ist eine anspruchsvolle und zeitintensive Aufgabe. Eine einzelne Mahlzeit kann bis zu 40 Minuten dauern (Simmons, Schnelle 2006).

Für die ausreichende Ernährung Demenzkranker ist es ganz wichtig, dass der Unterstützungsbedarf beim Essen erkannt und entsprechend gehandelt wird. Das kann verbale Motivation als Auffordern zum Essen oder ein beispielgebendes Mitessen sein. Reicht das nicht aus, hilft vielleicht ein Impuls, indem das Besteck in die Hand gegeben und der Bewegungsablauf der Hand zum Mund begleitet wird.

Im fortgeschrittenen Stadium muss das Anreichen von Essen meistens vollständig von der Pflegeperson übernommen werden. In jedem Stadium der Demenz müssen vorhandene Fähigkeiten und Selbständigkeit unbedingt soweit wie möglich gefördert werden. Zudem sind Handlungsfreiheit für den Demenzkranken sowie eine abgestimmte Interaktion mit der pflegenden Person essenziell. Der Demenzkranke bestimmt das Tempo, der Pflegenden stellt sich darauf ein.

In Institutionen sollte jedem Demenzkranken eine begrenzte Anzahl von Bezugspersonen zugeordnet werden, die für die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme verantwortlich sind und sich aus-



Im fortgeschrittenen Stadium der Demenz müssen die Patienten gefüttert werden, um ausreichend Nahrung aufzunehmen.

reichend Zeit nehmen können. Nur so entsteht zwischen dem Demenzkranken und dem Pflegenden ein Vertrauensverhältnis, das die Kommunikation während der Mahlzeit verbessert. Signale werden besser verstanden, wodurch Veränderungen beim Essverhalten differenzierter und rascher wahrgenommen werden. All diese Aspekte führen automatisch zu einer besseren Nahrungsaufnahme (Amella 1999).

Ess- und Trinkangebot

Beim Angebot von Essen und Trinken ist es ganz wichtig, neben dem ernährungsphysiologischen Bedarf die Bedürfnisse des Demenzkranken zu berücksichtigen.

Bei der heutigen Generation hochbetagter Menschen kann traditionelle „Hausmannskost“ eine ausreichende Ernährung unterstützen (Biernacki, Barrat 2001). Strenge Diätvorschriften können hingegen eher eine Mangelernährung verstärken. Die Indikation sollte daher geklärt und die Diät individualisiert werden.

Eine intensive Ansprache der Sinne soll den Appetit anregen. Demenzkranke haben oft Lust auf Süßes. Auch pikante Speisen können mit Zucker oder Süßstoff gesüßt werden. Kräftiges Würzen, am besten mit Kräutern, erhöht die Lust am Essen, da Speisen und Getränke bei älteren Menschen, aufgrund von Geschmacksbeeinträchtigungen, Mundtrockenheit oder Nebenwirkungen von Medikamenten, oft als fad schmeckend wahrgenommen werden. Kräftige Farben, unterschiedliche Temperaturen und Texturen können ebenfalls stimulierend wirken.

Bestehen Kau- oder Schluckprobleme, muss konsistenzangepasste Kost, von fest bis flüssig, gereicht werden. Dabei ist es wichtig, dass die Mahlzeit nicht täglich aus farblosem Kartoffelbrei und Fleischsoße besteht – auch bei Demenzerkrankten isst das Auge mit! Mit Hilfe von Silikonformen lassen sich pürierte Speisen einfach wieder in ihre ursprüngliche Form bringen. Auch in Form gebrachte Convenience-Produkte sind mittlerweile verfügbar und tragen zum Genuss beim Essen bei.



Für Demenzkranke, denen der Umgang mit Besteck nicht mehr präsent ist oder die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme ablehnen, kann sogenanntes „Finger Food“ eine gute Alternative sein. Das Essen ohne Besteck kann die Selbstständigkeit erhalten. Zudem bietet es Demenzkranken, die aufgrund ihrer Unruhe zum Essen nicht am Tisch sitzen bleiben, eine Möglichkeit während des Umhergehens zu essen („eat by walking“). Die Konsistenz von „Finger Food“ muss gut zu greifen, einfach zu kauen und zu schlucken sein, eine angemessene Temperatur aufweisen und in ein bis zwei Bissen verzehrt werden können (*Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2009*).

Bei der Mahlzeitenplanung muss auch der Tagesrhythmus des Demenzkranken berücksichtigt werden. Gibt es eine bevorzugte Mahlzeit, sollte man diese möglichst hochwertig gestalten. Gerade bei Personen mit einem Risiko für Mangelernährung, bietet es sich an, energiereiche Zwischenmahlzeiten, zum Beispiel Quarkspeisen oder Obstkuchen, zu reichen (*Biernacki, Barrat 2001*). Trinknahrung hat den Vorteil, sämtliche Nährstoffe in relativ hoher Konzentration zu liefern und ist deshalb bei bereits bestehenden Defiziten besonders geeignet. Um eine positive Flüssigkeitsbilanz zu erreichen, müssen Demenzkranke regelmäßig zum Trinken aufgefordert werden und immer ein gefülltes Glas in Reichweite haben. Getränke sollten zu jeder Mahlzeit, aber auch zwischendurch offeriert werden. Auch hier gelten die gleichen Tipps wie für die Speisen bezüglich Anregen der Sinne sowie Konsistenzanpassung durch Andicken. Für Demenzkranke mit Schluckbeschwerden kann ein Dysphagie-Becher das Trinken erleichtern.

Sondenernährung

Bei ausgeprägten Schluckstörungen oder beim völligen Ablehnen von Essen und Trinken stellt sich im Betreuungsalltag oft die Frage der Sondenernährung. Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten und bringt Pflegenden oft in ethische Dilemma-Situationen (*Akerlund, Norberg 1985*): *Kann* der Demenzkranke tatsächlich nicht mehr es-

sen oder *will* er nicht essen? Einerseits kann die Sondenernährung die Energie- und Nährstoffversorgung sichern, andererseits ist sie ein invasiver Eingriff, der für alle Beteiligten belastend ist und Komplikationen mit sich bringen kann. Somit ist der Einsatz in jedem Einzelfall unter Einbeziehung aller an der Versorgung Beteiligten sehr gut zu überdenken. Leitend muss dabei der (mutmaßliche) Wille des Erkrankten sein. Zusätzlich sollten als Hilfestellung die verfügbaren evidenzbasierten Leitlinien herangezogen werden (*Oehmichen et al. 2013, Volkert et al. 2015, Volkert et al. 2016*).

Weiterführende Informationen finden sich auch auf der Website www.nahrungsverweigerung.de. Generell ist eine Sondenernährung nur dann gerechtfertigt, wenn für den Betroffenen dadurch eine realistische Perspektive verbesserter Lebensqualität eröffnet wird. Erfahrungsgemäß profitieren Demenzkranke in stark reduziertem Allgemeinzustand nur selten von einer Sondenernährung. Im finalen Stadium der Demenz wird eine Sondenernährung nicht empfohlen, da ihr Nutzen für Gesundheit und Lebensqualität nicht belegt ist.

Fazit

Verminderte Nahrungsaufnahme, Ernährungsprobleme und Mangelernährung kommen bei Demenzkranken sehr häufig vor. In Anbetracht der Risiken und Folgeerkrankungen ist es erstaunlich, wie wenig Aufmerksamkeit der Lebensaktivität des Essens und Trinkens gezollt wird. Die Praxis zeigt, dass Symptome wie Gewichtsabnahme und Mangelernährung auch vom Fachpersonal viel zu wenig beachtet und erst spät erkannt werden. Therapiestudien konnten aber belegen, dass Gewichtsverlust und Mangelernährung bei Demenzkranken nicht unausweichlich sind. In Anbetracht der Zunahme der Anzahl Demenzkranker, der äußerst belastenden Anforderungen an Pflegenden und der steigenden Bedeutung der Kosteneindämmung, ist es unbedingt erforderlich, bei allen an der Betreuung und Pflege beteiligten Personen die Kenntnisse und Kompetenzen zum Thema „Ernährung bei Demenz“ weiter zu entwickeln. Um die beste Pflege Demenzkranker mit Essproblemen zu gewährleisten, dürfen Ess- und Ernährungsschwierigkeiten nicht isoliert betrachtet werden. Zukünftig sollten praxisnahe Konzepte entwickelt und implementiert werden, die soziale, kulturelle, biographische und Umgebungsfaktoren miteinschließen.



FÜR DAS AUTORENTEAM

Dorothee Volkert ist Diplom-Ernährungswissenschaftlerin und seit 2009 Professorin am Institut für Klinische Ernährung im Alter am Lehrstuhl für Innere Medizin – Geriatrie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Klinische Ernährung und Ernährungsepidemiologie.

Prof. Dr. rer. nat. Dorothee Volkert
Institut für Biomedizin des Alterns
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Kobergerstraße 60, 90408 Nürnberg
E-Mail: dorothee.volkert@fau.de

Literatur

- Adler C, Gunzelmann T, Machold C, et al. (1996). Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzpatienten. *Z Gerontol Geriatr* 29, 143–149 (1996)
- Akerlund BM, Norberg A. An ethical analysis of double bind conflicts as experienced by care workers feeding severely demented patients. *Int J Nurs Stud* 22, 207–216 (1985)
- Amella EJ. Factors influencing the proportion of food consumed by nursing home residents with dementia. *J Am Geriatr Soc* 47, 879–885 (1999)
- Barrett-Connor E, Edelstein SL, Corey-Bloom J, Wiederholt WC. Weight loss precedes dementia in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc* 44, 1147–1152 (1996)
- Bauer JM, Volkert D, Wirth R et al. Diagnostik der Mangelernährung des älteren Menschen. Ergebnisse eines internationalen Experten -Meetings der BANSS-Stiftung. *Dtsch Med Wochenschr* 131, 223–227 (2006)
- Becker S, Kruse A, Schröder J, Seidl U. Das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.D.E). *Z Gerontol Geriatr* 38, 108–121 (2005)
- Biernacki C, Barrat J. Improving the nutritional status of people with dementia. *Br J Nursing* 10, 1104–1114 (2001)
- Boumendjel N, Herrmann F, Girod V et al. Refrigerator content and hospital admission in old people. *Lancet* 356, 563 (2000)
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2016. Informationsblatt 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Abgerufen am 26.04.2018 unter https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.). Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen. 3. Auflage, Bonn (2014); kostenloser Download unter www.fitimalter-dge.de
- DGPPN, , DGN. S3-Leitlinie "Demenzen". (2009) Abgerufen am 03.11.2011 unter <http://www.dgn.org/component/content/article/18-leitlinien/1192-leitlinien-der-dgn-s3-leitlinie-demenzen.html?q=demenz>
- Dunne TE, Nearing SA, Cipolloni PB, Cronin-Golomb A. Visual contrast enhances food and liquid intake in advanced Alzheimer's disease. *Clin Nutr* 23, 533–538 (2004)
- Gillette-Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Alix E et al. IANA (International Academy on Nutrition and Aging) Expert Group: weight loss and Alzheimer's disease. *J Nutr Health Aging* 11, 38–48 (2007)
- Gillette-Guyonnet S, Nourhashemi F, Andrieu S et al. Weight loss in Alzheimer disease. *Am J Clin Nutr* 71, 637S–642S (2000)
- Gillioz AS, Villars H, Voisin T et al. Sparing and impaired abilities in community-dwelling patients entering the severe stage of Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 28, 427–432 (2009)
- Grafstrom M, Fratiglioni L, Sandman PO, Winblad B. Health and social consequences for relatives of demented and non-demented elderly. A population-based study. *J Clin Epidemiol* 45, 861–870 (1992)
- Graneheim UH, Isaksson U, Ljung IM, Jansson L. Balancing between contradictions: the meaning of interaction with people suffering from dementia and "behavioral disturbances". *Int J Aging Hum Dev* 60, 145–157 (2005)
- Gräßel E. Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittsuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- oder Pflegebedarf im Alter. Verlag Dr. Markus Hänsel-Hoehnhausen, Egelsbach (1998a)
- Gräßel E. [Home care of demented and non-demented patients. II: Health and burden of caregivers]. *Z Gerontol Geriatr* 31, 57–62 (1998b)
- Gräßel E. When home care ends--changes in the physical health of informal caregivers caring for dementia patients: a longitudinal study. *J Am Geriatr Soc* 50, 843–849 (2002)
- Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 10, 466–485; discussion 485–467 (2002)
- Keller HH, Edward HG, Cook C. Mealtime experiences of families with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 21, 431–438 (2006)
- Kolb C. Ablehnendes Essverhalten bei demenzerkrankten Menschen. *pflegen: Demenz* 2, 13–16 (2007)
- Nijs KA, de Graaf C, Kok FJ, van Staveren WA. Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. *Br Med J* 332, 1180–1184 (2006)
- Oehmichen F, Ballmer PE, Druml C et al. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) Ethische und rechtliche Gesichtspunkte der Künstlichen Ernährung. *Aktuel Ernährungsmed* 38: 112–117 (2013)
- Perrar KM, Sirsch E, Kutschke A (eds.). *Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart (2007)
- Rivière S, Gillette-Guyonnet S, Andrieu S et al. Cognitive function and caregiver burden: predictive factors for eating behaviour disorders in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 17, 950–955 (2002)
- Schreier MS, Volkert D, Bartholomeyczik S. Instrument zur Erfassung der Ernährungssituation in der stationären Altenpflege: PEMU. In: Bartholomeyczik S, Haleck M (Hrsg.): *Assessment-Instrumente in der Pflege*. 2. aktualisierte Auflage, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover; 137–149 (2009)
- Salva A, Coll-Planas L, Bruce S et al. Nutritional assessment of residents in long-term care facilities (LTCFs): recommendations of the task force on nutrition and ageing of the IAGG European region and the IANA. *J Nutr Health Aging* 13, 475–483 (2009)
- Shatenstein B, Kergoat MJ, Reid I. Poor nutrient intakes during 1-year follow-up with community-dwelling older adults with early-stage Alzheimer dementia compared to cognitively intact matched controls. *J Am Diet Assoc* 107, 2091–2099 (2007)
- Sieber CC. Nutritional screening tools--How does the MNA compare? Proceedings of the session held in Chicago May 2–3, 2006 (15 Years of Mini Nutritional Assessment). *J Nutr Health Aging* 10, 488–492 (2006)
- Simmons SF, Schnelle JF. Feeding assistance needs of long-stay nursing home residents and staff time to provide care. *J Am Geriatr Soc* 54, 919–924 (2006)
- Stewart R, Masaki K, Xue QL et al. A 32-year prospective study of change in body weight and incident dementia: the Honolulu-Asia Aging Study. *Arch Neurol* 62, --60 (2005)
- Volkert D. Ernährung im Alter. UTB, Quelle, Meyer, Wiesbaden (1997)
- Volkert D (Hrsg.). Ernährung im Alter. Verlag de Gruyter (2015)
- Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, Frühwald T, Landi F, Suominen M, Vandewoude M, Wirth R, Schneider SM. ESPEN Guidelines on Nutrition in Dementia. *Clin Nutr* 34:1052–1073 (2015). [http://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(15\)00237-X/pdf](http://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(15)00237-X/pdf). Zugriffen: 26. April 2018
- Volkert D, Sieber CC, Wirth R. Ernährung bei Demenz. Neue Leitlinie der „European Society for Clinical Nutrition and Metabolism“. *Dtsch Med Wochenschr* 141:762–766 (2016)
- Watson R, MacDonald J, McReady T. The Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Scale #2 (EdFED #2): inter- and intra-rater reliability. *Clinical Effectiveness in Nursing* 5, 184–186 (2001)
- White H, Pieper C, Schmader K, Fillenbaum G. Weight change in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 44, 265–272 (1996)
- Wirth R, Bauer JM, Sieber CC. Cognitive function, body weight and body composition in geriatric patients. *Z Gerontol Geriatr* 40, 13–20 (2007)
- Wirth R, Sieber CC. Demenz und Malnutrition – vom Frühsymptom zur therapeutischen Herausforderung. *Aktuel Ernährungsmed* 36, 90–93 (2011)
- Wolf-Klein GP, Silverstone FA, Levy AP. Nutritional patterns and weight change in Alzheimer patients. *Int Psychogeriatr* 4, 103–118 (1992)