

linien zur enteralen und zur parenteralen Ernährung in der Geriatrie (DGEM/DGG und ESPEN), der DN-QP-Expertenstandard »Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege« für Pflegefachkräfte, der Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) für Ernährungsfachkräfte sowie das interdisziplinäre »Qualitätsniveau II« der BUKO-QS zur oralen Nahrungs- und Flüssigkeits-

versorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung.

Die Leitlinien und Standards geben auf der Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes praxisorientierte Empfehlungen zur Umsetzung einer hochwertigen Ernährungsversorgung und Vermeidung bzw. Beseitigung von Mangelzuständen. Sie decken die ganze Breite möglicher Maßnahmen der Ernährungstherapie ab, berücksichtigen alle beteiligten Professionen und sollten als Basis zur Erarbeitung lo-

kaler Handlungsanleitungen herangezogen werden. Nur wenn die Empfehlungen Eingang in die tägliche Routine finden, können ältere Menschen davon profitieren.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dorothee Volkert
Universität Erlangen-Nürnberg
Medizinische Fakultät
Institut für Biomedizin des Alterns
Heimerichstr. 58
90419 Nürnberg
E-Mail: dorothee.volkert@aging.med.uni-erlangen.de

Probleme der Ernährung bei Demenzkranken

H. Werner

Mangel- und Fehlernährung bei Demenzkranken sind ein schon lange bekanntes Problem. In Alten- und Pflegeheimen sind 30–80% der alten Menschen, in der häuslichen Umgebung 50–60% unter- bzw. fehlernährt. Bereits Studien aus den 80er-Jahren konnten zeigen, dass Kranke mit einer Demenz vom Alzheimertyp (DAT) in dieser Hinsicht stärker gefährdet sind als Patienten mit Multiinfarktdemenz oder Mischformen. Unter- und Fehlernährung sind eine der Ursachen für eine erhöhte Mortalität bei Demenzkranken.

Ein Gewichtsverlust tritt häufig bereits vor der Diagnose einer Alzheimer-Demenz auf, und es wird diskutiert, ob Gewichtsverlust ein präklinischer Indikator für eine DAT sein könnte. Die Ursachen für den Gewichtsverlust bei DAT sind unklar. Die Cytokin-vermittelte Kachexie, wie sie von Tumorerkrankungen und chronischen Infektionen bekannt ist, konnte bei DAT nicht nachgewiesen werden. Vermutlich liegt dem Gewichtsverlust eher ein multifaktorielles Geschehen zugrunde, wie es in der Merkhilfe »Meals on Wheels« zum Ausdruck kommt.

Faktoren, die eine Rolle spielen, sind primär altersassoziierte, physiologische Veränderungen (z. B. nach-

lassendes Durstgefühl, verminderter Geschmacks- und Geruchssinn mit der Folge reduzierter Nahrungsaufnahme, endokrine Veränderungen), die bei Kranken mit DAT ebenso auftreten wie bei Nichtdemenzkranken. Ferner tragen sekundär krankheitsassoziierte Faktoren wie Schluckstörungen, Verhaltensprobleme beim Essen, orodentale Störungen, Depression oder Medikamente zum Gewichtsverlust bei DAT bei.

Soziale Faktoren wie Isolation, wenig Bewegung und Aktivität, weniger Autonomie, weniger Möglichkeiten bei der Wahl der Speisen, Ablenkung beim Essen, ungeeignete Umgebung, ungeeignete Struktur der Nahrungsbestandteile sind ebenfalls geeignet, eine ausreichende Nahrungsaufnahme bei Demenzkranken zu behindern.

In Institutionen kann aufgrund einer unzureichenden Ausstattung mit qualifiziertem Personal oft nicht mehr die Geduld und die Zeit aufgewendet werden, die gerade der Demenzkranke bei der Unterstützung für eine adäquate Nahrungsaufnahme dringend benötigt.

Im Alter nimmt zwar der Energiebedarf ab, aber der Nährstoffbedarf bleibt gleich. Dies gilt prinzipiell auch für die DAT. Unterschiede werden aber in den

verschiedenen Stadien der Erkrankung deutlich. Während der »Happy Wanderer«, der den ganzen Tag in Bewegung ist, einen oft erheblich erhöhten Energie- und Nährstoffbedarf hat, nimmt dieser mit fortschreitender Progression der DAT zum Endstadium der Erkrankung immer mehr ab.

Die Interventionsmöglichkeiten bei Gewichtsverlust von Demenzkranken sind oft enttäuschend und wenig wirksam. Es ist lange bekannt, dass die künstliche Ernährung über nasogastrale Sonden oder perkutane endoskopische Gastrostomie bei Demenzkranken weder den Ernährungsstatus noch die Lebenserwartung noch die Lebensqualität verbessert. Sie ist darüber hinaus aus medizinisch-ethischen Gründen problematisch. Auch die orale Gabe hochkalorischer Supplemente, Strukturveränderungen der Nahrungsmittel oder das Anreichen von Essen (assisted feeding) haben in Studien vielfach nicht den gewünschten Erfolg gebracht. Gleiches gilt für appetitanregende Medikamente wie Wachstumshormon, β_2 -Antagonisten mit anaboler Wirkung, anabole Steroide, Megestrol, Antidepressiva oder Dronabinol, die neben mangelhafter Wirkung zum Teil auch ein inakzeptables Profil unerwünschter Arzneimittelwirkungen zeigen.

Eine 2011 in JAGS erschienene systematische Übersichtsarbeit hat gezeigt, dass keine Intervention für orale Nahrungsaufnahme wesentliche Effekte auf Funktion, Kognition oder Mortalität bei Patienten mit mittelschwerer und schwerer Demenz nachweisen konnte. Trotzdem ist es wichtig, alle Anstrengungen zu unternehmen, um dem Demenzkranken eine Umgebung zu schaffen, in der die Nahrungsaufnahme möglichst ungestört ablaufen und verbessert werden kann (s. nachfolgende Tabelle). Dazu gehört auch eine appetitanregende Präsen-

tion der Nahrungsmittel, auf die der Demenzkranke ebenso Anspruch hat wie der gesunde alte Mensch. Möglichkeiten zur Verbesserung des Ernährungsmanagements bei Demenzkranken:

- Verändern der Zusammensetzung Nahrung, qualitativ, quantitativ und in der Konsistenz
- Verändern der Sitzposition
- Verändern des Bestecks
- Verändern der Umgebung, soziale Kontakte schaffen
- Verändern der Methode des Essens, Finger Food

- Taktile, visuelle, auditive, verbale Stimulation
- Körpersprache einsetzen
- Personalschulung
- Behandlung von Begleitmorbidität
- Flexible Essenszeiten
- Viel Geduld und noch mehr Zeit

(Literatur beim Verfasser)

Korrespondenzadresse
Dr. med. Hansjörg Werner
Römerstr. 13
61440 Oberursel

»Meals in Wheels«: A Mnemonic for Common Treatable Causes of Unintentional Weight Loss in the Elderly		
M Medication Effects	E Emotional problems, alcoholism	A Anorexia nervosa, alcoholism
L Late-life paranoia	S Swallowing disorders	O Oral factors (e. g., poorly fitting dentures, caries)
N No money	W Wandering and other dementia-related behaviours	H Hyperthyroidism, hypothyroidism, hyperparathyroidism, hypoadrenalism
E Enteric problems	E Eating problems (e. g., inability to feed self)	L Low-salt, low-cholesterol diet
S Stones, social problems (e. g., isolation, inability to obtain preferred foods)		

Tab. 1: Adapted with permission from Morley JE, Silver AJ. Nutritional issues in nursing home care. *Ann Intern Med* 1995; 123: 850-859, with additional information from Reife CM. Involuntary weight loss. *Med Clin North AM* 1995; 79: 299-313.

Malnutrition – auch ein Thema für den Zahnarzt

S. Abelar

Etwa 90% der über 70-Jährigen gehen regelmäßig zum Arzt – mehr als sechs Besuche pro Quartal. Allerdings waren etwa 40% der Hochbetagten schon mindestens fünf Jahre nicht mehr beim Zahnarzt. Hauptgrund hierfür ist, dass etwa 84% der Befragten der Meinung sind, ihr Zahnstatus sei nicht behandlungswürdig. Objektiv betrachtet sind jedoch 86% behandlungsbedürftig.

Das orofaziale System unterliegt irreversiblen und fortschreitenden Alterserscheinungen. Dazu zählen vornehmlich eine generalisierte Atrophie der Kaumuskelatur, Feuchtigkeits- und Elastizitätsverlust der Schleimhaut in zahnlosen Kieferkammabschnitten, degenerative Erkrankungen der Kiefergelenke sowie eine Reduktion der Knochensubstanz im Bereich des Alveo-

larknochens an nicht beanspruchten Stellen (z. B. nach Zahnverlust).

Als Hauptursachen für Malnutrition aus zahnmedizinischer Sicht gelten zum einen die Parodontitis, zum anderen die Xerostomie.

Die Parodontitis als entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparates führt unbehandelt klinisch zu Gingivarückgang und Zahnlockerungen, radiologisch zu Knochenreduktion und letztlich zu Zahnverlust. In Zusammenhang mit systemischen Erkrankungen spielt hier die endotheliale Dysfunktion mit der Folge der Arteriosklerose eine entscheidende Rolle. So lässt sich feststellen, dass koronare Herzerkrankungen, Ischämien unklarer Genese, Kognition und Demenz in hohem Maße mit einer floriden Parodontitis korrelieren.

Ursächlich verantwortlich für die Xerostomie sind neben physiologischen Altersveränderungen vor allem Medikamente, systemische Erkrankungen, außerdem der Zustand nach Bestrahlungen im Kopfhals-Bereich sowie nach Knochenmarktransplantation und unter Chemotherapie. Die Folgen reichen von Karies über Kau- und Schluckprobleme, entzündliche Veränderungen des Zahnhalteapparates, verminderten Halt von Totalprothesen bis hin zu Candidiasis und führen damit schlussendlich zu einer Beeinträchtigung des Ernährungsstatus.

Der zahnmedizinischen Mundhygiene und Prophylaxe kommt auch bei geriatrischen Patienten eine entscheidende Bedeutung zu.