

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.

Wie die 4. Deutsche Mundgesundheitsstudie feststellt, beträgt der Anteil der Zahnlosen zwischen 65 und 74 Jahren in Deutschland 22,6% (älteren Menschen fehlen durchschnittlich 14,2 Zähne). In den 1990er-Jahren betrug die Zahl der jährlichen Extraktionen 16 Millionen. Verglichen dazu waren es im Jahr 2009 lediglich 13,4 Millionen Extraktionen. Ursächlich hierfür sind zu je etwa 30% Karies und Parodontitis.

Für die Frühdiagnose von neu auftretenden Erkrankungen ist eine regelmäßige zahnmedizinische Betreuung älterer Menschen besonders wichtig. Bei der Planung eines suffizienten Zahnersatzes ist die Mundhygienefähigkeit, die manuelle Geschicklichkeit, die Eigenverantwortlichkeit sowie die Therapiefähigkeit des Patienten vom Zahnarzt individuell abzuschätzen. Die Optimie-

rung der funktionellen Situation bewirkt nicht zwingend auch eine Verbesserung der Ernährung, jedoch ist durch prothetische Neuversorgung eine maßgebliche Verbesserung der Kaukraft und Kauleistung möglich.

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. dent. Steffen Abelar  
Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden  
Geisenheimer Straße 10  
65197 Wiesbaden

## Rationales Dysphagiemanagement in der Geriatrie

M. Blonder

Der Schluckakt dient der Beförderung der Nahrung aus der Mundhöhle in den Magen unter permanentem Schutz des Atemapparates vor eindringenden Partikeln (Miller, 1986). Bereits präoral kommt es zu einem Anstieg der Speichelsekretion. Dies erlaubt dann oral eine optimale Bolusformung. Der orale Bolustransport in die hintere Mundhöhle erfolgt willentlich. Unmittelbar nach Schluckreflextriggerung wird eine sogenannte Schluckapnoe ausgelöst. Der ösophageale Transit nimmt Dank peristaltischer Bewegungen seinen Gang bis zum Eintritt der Nahrung in den Magen. Eine unversehrte sensible oropharyngeale Innervation (V/2, IX, X) ist die Voraussetzung für eine zeitliche und räumliche Koordination der Kau-, Zungen- und Schlundmuskulatur durch Verknüpfung motorischer Hirnnervenkerne (VII+V; XII+X/Nucleus ambiguus) (Crosby et al., 2005). Plastische Modulationen des menschlichen Schluckkortex sind nach Großhirninfarkten im Spontanverlauf (Hamdy et al., 1998) und unter Therapie (Martin, 2009) belegt.

Die Reaktionszeit neuromuskulärer Funktionen ist bei Menschen im Alter verlängert (Presbyphagie) und führt zu einem höheren Aspirationsrisikos bei Schwächung durch Allgemeinerkrankungen, welche nicht unbedingt streng mit dem »Schlucksystem« assoziiert sind. Ein längerfristiges Überleben (> 2 Jahre) bei schwe-

rer Schluckstörung nach Apoplex (Ickenstein et al., 2005) bleibt eher unwahrscheinlich. Bei idiopathischem Parkinson-Syndrom sind prolongierte oropharyngeale Transitzeiten mit einer Progression der Erkrankung assoziiert (Kitashima et al., 2010). Die Prävalenz von Dysphagien bei Apoplex in der Akutphase variiert zwischen 19 und 81% (Martino et al., 2005). Neurogen-ähnliche Dysphagien können auch medikamentös bedingt sein, z. B. i. R. einer Risperidon-induzierten Bulbärparalyse mit hohem Aspirationsrisiko (Patwa et al., 2010). Nicht neurogene Affektionen, z. B. degenerative HWS-Veränderungen, können ebenfalls Dysphagien hervorrufen (Ming-Tse Ko et al., 2011).

»Symptome«, wie eine belegte Stimme postdeglutitiv (Waito et al., 2010), sind klinisch nicht zuverlässige Prädiktoren für das Vorliegen einer Dysphagie. Die klinische Einschätzung des Aspirationsrisikos bleibt allgemein unsicher. Veränderte Atem-Schluckkoordination und Apnoephasen weisen auf ein hohes Penetrations-Aspirations-Risiko bei Parkinson-Patienten hin (Troche et al., 2010). Erst die apparative Diagnostik, die standardisierte »Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing« (FEES) (Langmore, 2001) und »Videofluoroscopic Swallowing Study« (VFSS) bringen die Gewissheit einer tatsächlichen Penetration/Aspiration (vgl. Rosenbek, 1996).

Zur Senkung des Pneumonierisikos bleiben die allgemeinen Empfehlungen der DGN, eine optimale Mundhygiene des Patienten und eine gründliche Händedesinfektion der Kontaktpersonen von entscheidender Bedeutung (Yamaya et al., 2001). Zur Risikominimierung von Komplikationen steht die funktionell-orientierte Schlucktherapie zur Verfügung, wobei die Wertigkeit bestimmter adaptativer Verfahren bzgl. Boluskonsistenz und -volumen inzwischen relativiert wurde (McCullough et al., 2010). Das rheologische Verhalten von angedickten Flüssigkeiten ist aufgrund einer Reduktion des Andickungsmittelleffektes durch Speichel labil (Hanson et al., 2011).

Ethische Aspekte sind in der Geriatrie zu beachten (Low et al., 2001). Bei Verweigerung einer Diätanpassung kommt der interdisziplinären Beratung im Team und wiederholten Beratungen des Patienten und seiner Angehörigen eine bedeutende Rolle zu (Kaizer et al., 2011).

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Marcel Blonder  
Zentrum für Geriatrie und Orthopädie  
Otto-Fricke-Krankenhaus  
Martha-von-Opel-Weg 34 a  
65307 Bad Schwalbach  
E-Mail: marcel.blonder@otto-fricke-  
krankenhaus.de