

Essen und Trinken

Die Ernährung Demenzkranker

Mechthild Lärm, Rieseby

Essen und Trinken befriedigt nicht nur das rein physiologische Bedürfnis nach Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und damit nach Energiezufuhr. Vielmehr wird das gesamte Lebensgefühl durch eine wohlschmeckende und schön angeordnete Mahlzeit positiv beeinflusst.

Für Demenzkranke gelten die gleichen Ernährungsgrundsätze wie für alle anderen (alten) Menschen. Oberstes Ziel ist ausreichende Ernährung der Kranken – mit Essen, das ihnen schmeckt und ihre Lebensqualität berücksichtigt.

1. Nährstoffgehalt

Der Energiebedarf sinkt im Alter grundsätzlich ab, das Hungergefühl und der Appetit lassen nach und gerade die gesunden Nahrungsmittel (z.B. frisches Obst und Gemüse, Vollkornbrot) werden vernachlässigt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Krankheit in der Regel zu einer Erhöhung des Energieumsatzes führt. Der Bedarf an Vitaminen und Mineralstoffen bleibt unverändert. Physiologische Veränderungen im Alter bewirken, dass der Appetit und das Hungergefühl abnehmen. Die Speichelproduktion verringert sich, oft verstärkt durch Nebenwirkungen von Medikamenten. Durch Unruhe, ständige Bewegung und Stress, aber auch durch viele Begleiterkrankungen steigt der Grundumsatz, die Kranken brauchen also eine größere Kalorienzufuhr. Multimorbide haben einen um 20% höheren Kalorienbedarf als gesunde alte Menschen. Sehr günstig für die Zufuhr von Ballaststoffen ist eine wenigstens teilweise Umstellung auf Vollwertkost. Vollwertkost für Demenzkranke muß nicht fleischlos sein, es sollte aber viel Gemüse, Salat und Obst angeboten werden. Alle Körner, Nüsse etc. müssen fein gemahlen sein. Salate werden gern gegessen, wenn sie fein geraffelt oder kleingeschnitten und damit leicht zu kauen sind. Das gleiche gilt für Obst:

geraffelt oder notfalls püriert wird es meist gern gegessen. Obst bzw. purer Fruchtbrei aus nicht zu saurem Obst kann als Zwischenmahlzeit angeboten werden. Das Frühstück sollte immer mit eingeweichtem Frischkornbrei oder eingeweichtem Müsli begonnen werden. Vitamine, Mineralstoffe und Eiweiß können auch in Getränken angeboten werden.

2. Geschmack und Konsistenz

Der Geschmack verändert sich. Zuerst degenerieren die Geschmackspapillen für das Süß-Empfinden, daher bevorzugen die Kranken sehr süße Speisen. Zum Schluss schmeckt alles bitter. Das Essen sollte gut gewürzt, aber nicht sehr salzig oder sauer sein. Fleisch muss sehr weich geschmort sein. Ein schlechter Zahnstatus, die Beeinträchtigung des Schluckreflexes und das Nachlassen des Geruchssinns – beides sind häufige Symptome der Demenz - wirken nachteilig auf den Appetit.

Weiche Speisen dürfen keine harten Anteile haben, viele Kranke „sortieren“ dann im Mund die festen Bestandteile heraus.

Bei schlechtem Ernährungszustand kann vor jeder Mahlzeit eine sehr gehaltvolle, relativ schnell zu essende „Vorspeise“ gereicht werden, z. B. Ovomaltine, Milch, Kakao oder Trinkjoghurt mit eingerührten Schmelzflocken (frisch einrühren).

Damit sind bereits viele Nährstoffe aufgenommen worden – dann können die Kranken sich mit dem „normalen“ Essen beschäftigen, und man kann nötigenfalls nach einiger Zeit mit gutem Gewissen das Essen beenden.

3. Aussehen und Präsentation

Auch bei Demenzkranken „isst das Auge mit“. An einem hübsch gedeckten Tisch mit Blumenschmuck und Kerze in gemütlicher Atmosphäre

und in netter Gesellschaft werden die Kranken eher zum Essen angeregt.

Viele Demenzkranke sind überfordert, wenn alle Bestandteile der gesamten Mahlzeit gleichzeitig serviert werden: Getränk, Salat, Suppe, Hauptgericht, Nachtisch. Sie sollten immer nacheinander serviert werden. Bei Tisch ist der Schüsselservice immer dem Tellerservice vorzuziehen, um möglichst viel Normalität zu erhalten. Man sollte darauf achten, dass der Teller nicht zu voll ist und lieber nachlegen (dies gilt auch für gesunde Menschen).

Auch passiertes bzw. püriertes Essen kann appetitlich aussehend serviert werden. Alle Teile der Mahlzeit müssen getrennt püriert werden und lassen sich mit gehackten Kräutern appetitlich anrichten. werden. (Wenn es die Pflegenden beim Anreichen schon ekelt, ist es kein Wunder, wenn die Kranke nichts essen mag!)

4. Atmosphäre

Die Gestaltung der Essenssituation hat einen entscheidenden Einfluss auf den Ernährungszustand der Kranken. Der Ablauf und die Situation bei Tisch sollen von einer vertrauensvollen Atmosphäre geprägt sein. Vorhandene Fähigkeiten müssen stimuliert und genutzt und Stressfaktoren reduziert werden.

Das Essen sollte möglichst (in einer Wohngruppe immer) in einer Tischgemeinschaft zusammen mit Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen eingenommen werden. Dabei haben die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen eine Gastgeberfunktion. Es sind in jedem Fall auch abweichende Verhaltensweisen zuzulassen:

z. B. mit den Fingern essen oder kleckern. Die Kranken dürfen nicht damit konfrontiert werden, dass sie nicht korrekt essen.

Anregende Gespräche in angenehmer Atmosphäre halten vielleicht vom vorzeitigen Verlassen des Tisches ab. Es gibt aber viele Demenzkranke, die wegen ihrer inneren Unruhe in mehreren Etappen essen; sie stehen zwischendurch auf und müssen umher gehen.

Es gibt jedoch auch Demenzkranke, die in Gemeinschaft so abgelenkt sind, dass sie dadurch zu wenig essen. Hier kann es von Vorteil sein, diese Kranken in einer kleineren Gruppe oder vielleicht sogar alleine essen zu lassen.

Manchmal hilft bereits ein anderer Platz – z.B. vielleicht von der Tür abgewandt.

5. Hilfestellung

Bei Fortschreiten der Krankheit können die Kranken oft nicht mehr mit einem Besteck umgehen. Hier ist wieder die Tischgemeinschaft förderlich. Manche Kranke können sich noch an anderen Menschen orientieren (ab-schauen). Oft müssen die Pflegenden nur einen Handlungsimpuls geben, zB. das Besteck richtig in die Hand geben und dann geht es. Diese diplomatische Hilfestellung zum unauffälligen Essen sollte im Hinblick auf die Bewahrung der Würde der Kranken immer wieder von Neuem versucht werden. Dazu gehört auch, dass Hände und Mund gesäubert werden, wenn die Kranken zwischendurch aufstehen und umhergehen möchten. Damit werden sie vor Zurückweisung bewahrt, wenn sie Mitbewohner/Mitbewohnerinnen oder Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen berühren. Die Kranken sollten so lange wie möglich selbst essen. Wenn das Essen in passenden Stückchen (Fingerfood) auf dem Teller arrangiert ist und die Kranken kein Besteck mehr benutzen können, halten wir es für günstiger, sie mit den Fingern essen zu lassen, als ihnen das Essen anzureichen.

Hinweise auf einen schlechten Ernährungszustand:

- der Body-Mass-Index (BMI): Verdacht auf Unterernährung bei 18,5, schwere Unterernährung bei einem BMI kleiner als 16,
- das Ernährungsassessment (z. B. der Hamburger Alzheimer Gesellschaft, Mangel bei 24 Punkten),
- Abnahme der Hautfaltendicke, des Oberarmumfangs und ein Lymphozytenabfall im Blutbild.

Besonders bei männlichen Alzheimerkranken kommt es durch eine Störung der Gehirn - Nebennierenrindenachse trotz regelmäßigen Essens häufig zu einer starken Gewichtsabnahme.

Maßnahmen bei schlechtem Ernährungszustand:

- Zur Appetitanregung helfen Memantine-tropfen niedriger Dosierung,
- Wenn die Ursache eine depressive Verstimmung ist, helfen Antidepressiva.
- Grunderkrankungen müssen behandelt werden (z. B. Schluckstörungen bei Apoplex).
- Durch ein gutes „Stuhlgangsmanagement“ wird der Appetit häufig besser: Obstipation

- führt immer wieder zu Unruhezuständen.
- Eine Speiseröhrentzündung aufgrund von Magensäurerückfluss löst oft Übelkeit aus. Da eine Magenspiegelung bei Demenzkranken häufig nicht zu verantworten ist, kann die Wirkung von Säureblockern diagnostisch ausgewertet werden.
 - Chronische Schmerzen dämpfen den Appetit. Sie sind nicht einfach Teil des Altseins, sondern müssen behandelt werden: bewährt hat sich bei Demenzkranken eine regelmäßige Gabe von Schmerzmitteln, zu Beginn Novamin, später Tramal, als Ausnahme ein Antirheumatikum (z. B. Diclofenac bei morgendlichen Aufstehschmerzen) oder bei schweren Schmerzen Morphin.
 - Vereinsamungs-, Abhängigkeits- und Verarmungsgefühle sollten in validierenden Gesprächen bearbeitet werden.
 - Viele Medikamente haben Nebenwirkungen, die die Appetitlosigkeit verstärken (Digitalis, Antirheumatika, Antidepressiva und Blutdruckmittel führen zu Mundtrockenheit, Madopar zu Völlegefühl usw.)

Zusatznahrung:

Wenn die Nahrungszufuhr mit den oben genannten Maßnahmen noch nicht ausreicht, sollten nährstoffdefinierte Zusatznahrungen als Zwischenmahlzeiten angeboten werden. Können so die Mangelzustände nicht verhindert werden, ist eine PEG-Sonde in Erwägung zu ziehen.

6. Trinken

Ausreichende Flüssigkeitszufuhr im Alter ist ein generelles Problem. Flüssigkeitsmangel kann zu verschiedenen Symptomen und Krankheiten (z. B. Nierenversagen, Blutdruckabfall) führen, auch zu akuter Verwirrtheit bzw. akuter Verschlechterung einer bestehenden Demenz. Es sind 30 ml Flüssigkeit pro KG Körpergewicht notwendig, um den täglichen Flüssigkeitsbedarf zu decken.

Demenzkranke trinken zu wenig, weil

- sie das Trinken vergessen, „keine Zeit“ haben
- sie weniger Durst verspüren
- sie zwar Durst haben, aber dies nicht mitteilen können
- sie zwar Getränke im Zimmer haben, diese aber nicht öffnen oder nicht erreichen können oder nicht finden
- sie es sich angewöhnt haben, wenig zu trinken
- aus Gründen der Schicklichkeit („eine Dame trinkt nur in ganz kleinen Schlucken“),
- aus Sparsamkeit
- damit sie nicht so oft auf die Toilette müssen oder nicht inkontinent sind
- weil Schluckbeschwerden bestehen

Manchmal ist es wirklich schwierig, die ausreichende Menge an Flüssigkeit zuzuführen.

Folgende Möglichkeiten sollten ausprobiert werden:

- Regelmäßiges Anbieten von Getränken auch zwischendurch.
- Einführung von „Trink-Ritualen“ z. B. bei der Beschäftigungstherapie, gesellige Runden schaffen.
- Getränke auch nachts anbieten (selbstverständlich nicht wecken!). Verdünnter Fruchtsaft oder warme Ovomaltine nachts beugen einem nächtlichen Blutzuckerabfall vor.
- Früh am Tag anfangen mit dem Trinken: das erste Glas Wasser auf der Bettkante, ein Glas Vitaminsaft zu Beginn des Frühstücks.
- Herausfinden, welche Getränke gerne getrunken werden. Dies kann sich gegenüber früher geändert haben.
- Viel Abwechslung schaffen bei den Getränken, Wechsel zwischen kalten und warmen Getränken.
- Bei Schluckbeschwerden hilft andicken: einrührbare Quellmittel verwenden, bei schlechtem Ernährungszustand Schmelzflocken einrühren.
- Joghurt mit Wasser oder Saft zu Trinkjoghurt verrühren, Mixgetränke mit Obst und Milch.
- Da trinken noch wichtiger ist als essen, kann das Getränk 20 bis 30 Minuten vor dem Essen angeboten werden.
- Ein ausgewogener Flüssigkeitshaushalt kann sehr leicht festgestellt werden: ist die Achselhöhle völlig trocken, besteht die Gefahr der Austrocknung (Tastbefund der „pudertrockenen“ Achselhöhle). In der Fachliteratur (beste Übersicht in Vellas B, Albarède JL, Garry PJ (Hrsg.) (1998): "Hydration and aging", Serdi, Springer Publishing Company, New York) wird Trockenheit in der Achselhöhle als besonders sensitive (50%) und spezifische (84%), aber einfache Methode zur Feststellung der Dehydration empfohlen. Alle berufen sich auf die Arbeit von Eaton D, Bannister P, Mulley GP, Connolly MJ (1994): Axillary sweating in clinical assesment of dehydration in ill elderly patients. BMJ, 308: 1271-1272.