

BARMER

**Ernährung in der häuslichen
Pflege von Menschen mit Demenz**



Impressum

Herausgeber

BARMER Pflegekasse Wuppertal,
Lichtscheider Straße 89, 42285 Wuppertal
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.
Selbsthilfe Demenz
(verantwortlich für den Inhalt)
Friedrichstraße 236, 10969 Berlin

Text

Dr. med. Jan Wojnar
Dr. med. Klaus Maria Perrar

Redaktion

Susanna Saxl

Bildnachweise

JensGade/iStock (Titelseite und S. 6); AnthonyClausen/iStock (S. 9); kowalska-art/iStock (S. 11); Yuliya_Lesovaya/iStock (S. 11); Pcanzo/iStock (S. 11); ovchynnikov/iStock (S. 13); creator76/iStock (S. 14); Derek Grime/iStock (S. 15); DAJ/iStock (S. 18); Anna Hymas/iStock (S. 21); patjm/iStock (S. 22); cole-matt/iStock (S. 22); macrovector/iStock (S. 23); olegtoka/iStock (S. 24); ijmaki/Adobestock (S. 26); Alejandro Lozano campaña/iStock (S. 27); jehsomwang/iStock (S. 28); Tatiana Melnikova/Hemera (S. 31); BerSonne/iStock (S. 34,36); Moriz89/iStock (S. 36); GoLook/iStock (S. 38); mart_m/iStock (S. 45); Vizuel (S. 49); Anna Hymas/iStock (S. 50)

Stand: April 2020

© BARMER und Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.
„Selbsthilfe Demenz“ 2020. Alle Rechte vorbehalten.
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher
Einwilligung der BARMER und der Deutschen Alzheimer
Gesellschaft e. V.



PRAKTISCHE HILFEN

für den Alltag

Ernährung in der häuslichen Pflege von Menschen mit Demenz



Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Selbsthilfe Demenz

Inhalt

	Vorbemerkung	5
1	<u>Essen Demenzkranke anders?</u>	7
1.1	Veränderungen des Essverhaltens	7
1.2	Trinkverhalten	13
1.3	Besondere Beeinträchtigungen durch Demenz	14
2	<u>Umgang mit Ernährungsproblemen bei Demenzkranken</u>	18
2.1	Entspannte Atmosphäre	19
2.2	Geeignete Speisen und Getränke	21
2.2.1	Bevorzugte Speisen und Getränke	22
2.2.2	Zubereitung und Konsistenz der Speisen	24
2.3	Anreichen von Nahrung	26
2.4	Behandelbare Störungen der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	32
3	<u>Anzeichen von Unterernährung und Austrocknen</u>	39
4	<u>Folgen von Unterernährung und Austrocknen</u>	42
4.1	Unterernährung	42
4.2	Austrocknen (Dehydratation)	44

5	Versorgung mit einer Magensonde (PEG)	46
----------	--	-----------

6	Zusammenfassung	49
----------	------------------------	-----------

	Literatur	52
--	-----------	----

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.

	Selbsthilfe Demenz	54
--	--------------------	----

Vorbemerkung

Zu den typischen Begleiterscheinungen einer Demenzerkrankung gehören Störungen beim Essen und Trinken. Die Betroffenen lehnen Speisen ab, die sie früher mit Genuss verzehrt haben. Sie behaupten, dass sie soeben genug getrunken haben und nicht mehr durstig sind, und reagieren mit Wut auf alle Versuche, ihnen trotzdem ein Getränk aufzudrängen. Solches Verhalten überfordert pflegende Angehörige, die Essen und Trinken intuitiv für angeborene, elementare menschliche Bedürfnisse halten und mit Hunger und Durst die Vorstellung starker Leiden verbinden. Wenn versucht wird, der oder dem Erkrankten ausreichende Mengen an Speisen und Getränken auch gegen Widerstand aufzuzwingen, führt dies häufig zu aggressiven Reaktionen und ist für beide Seiten sehr belastend. Um stressfrei mit schwierigen Situationen beim Essen und Trinken umgehen zu können, ist es wichtig das Verhalten der Kranken besser zu verstehen. Es ist oft geprägt durch altersbedingte Veränderungen der körperlichen Funktionen, Auswirkungen von Begleiterkrankungen, Nebenwirkungen von Medikamenten und Beeinträchtigung aller alltäglichen Fähigkeiten durch die Demenzerkrankung. Diese Broschüre soll pflegenden Angehörigen helfen, besser mit den vielen Fragen umzugehen, die sich stellen, wenn es um eine individuell angemessene und möglichst auch genussvolle Ernährung von Menschen mit Demenz geht.

Die erste Auflage dieser Broschüre wurde von Dr. med. Jan Wojnar verfasst. Er war als Neurologe und Psychiater von 1988 bis 2005 in der gerontopsychiatrischen Betreuung schwer Demenzkranker mit ausgeprägten Verhaltensänderungen in Hamburg tätig.

Die seit 2008 erschienenen Auflagen der Broschüre wurden von Dr. med. Klaus Maria Perrar durchgesehen und aktualisiert. Dr. Perrar ist leitender Oberarzt am Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Köln.

Bei Anke Kröhnert-Nachtigall bedanken wir uns für ihre Unterstützung bei der Durchsicht und Aktualisierung der 10. Auflage.

Die Hinweise zum Einfluss von Medikamenten auf die Nahrungsaufnahme ab Seite 33 wurden in Zusammenarbeit mit einer regionalen Arzneimittelinformationsstelle der Bayerischen Landesapothekerkammer, Apotheke des Universitätsklinikums Regensburg und dem Wissenschaftlichen Institut für Prävention im Gesundheitswesen der Bayerischen Landesapothekerkammer überarbeitet und auf den aktuellen Stand gebracht. Auch für diese Unterstützung bedanken wir uns sehr herzlich.

Monika Kaus

1. Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V.

Selbsthilfe Demenz



1 Essen Demenzkranke anders?

Auch bei psychisch gesunden alten Menschen treten häufig Gewichtsverlust und Unterernährung auf. Neben Veränderungen der körperlichen Funktionen spielen dabei auch falsche Vorstellungen von den Bedürfnissen im Alter, Einschränkungen der Mobilität oder eine ungünstige soziale Situation (wie beispielsweise Vereinsamung) eine wichtige Rolle. Dass Verhungern trotzdem äußerst selten beobachtet wird, ist wohl dem „gesunden Menschenverstand“ zu verdanken. Jeder weiß, dass Essen und Trinken zum Überleben notwendig sind, und stellt sich den Hungertod als besonders qualvoll vor. Menschen mit Demenz sind im Verlauf der Krankheit zu solchen Überlegungen nicht mehr fähig und dadurch besonders gefährdet. Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass die meisten von ihnen an Unterernährung, Dehydratation (Austrocknen) und Lungenentzündung (meistens als Folge einer geschwächten Immunabwehr) sterben.

1.1 **Veränderungen des Essverhaltens**

Die Steuerung der Nahrungsaufnahme ist äußerst komplex und bis heute nicht endgültig geklärt. Durch ein Zusammenspiel von Hormonen und chemischen Überträgerstoffen im Gehirn wird ein Drang zur Nahrungsaufnahme ausgelöst und bei Sättigung durch Informationen von Fettzellen, Nährstoffen und Hormonen im Blut wieder gedämpft. Welche Faktoren hier die entscheidende Rolle spielen und wie sie sich gegenseitig beeinflussen ist nicht bekannt. Der Hunger, allgemein definiert als Gesamtheit aller Vorgänge, die das Streben zur Nahrungsaufnahme beeinflussen, besteht aus mindestens drei Komponenten:

- Hungergefühl
- Appetit
- Nahrungsbedürfnis.

Hungergefühl

Das Hungergefühl bestimmt den Zeitpunkt der Nahrungsaufnahme und scheint vor allem der ausreichenden Energiezufuhr zu dienen. Bei alten Menschen und besonders bei Demenzkranken ist es stark abgeschwächt. Nach einem Fasten empfinden sie deutlich weniger Hunger als junge Menschen und während einer normalen Mahlzeit werden sie schneller satt. Anders als junge Menschen reagieren sie auf längere Unterernährung und Gewichtsverlust nicht mit einem gesteigerten Hungergefühl und essen nicht mehr als sonst, sondern reduzieren ungewollt die Energiezufuhr und bleiben auch nach einer längeren Zeit des „Auffütterns“ unter ihrem Ausgangsgewicht. Aus einer Mahlzeit gewinnen sie weniger Energie als junge Menschen und können ihren Nahrungsbedarf nicht subjektiv einschätzen. Wahrscheinlich liegt das daran, dass die Magenfunktionen im Alter deutlich verlangsamt sind und das Zusammenwirken zwischen Hormonen und anderen chemischen Substanzen, die während des Essens ausgeschüttet werden, erheblich gestört ist. Die Nahrung wird zwar schnell zum Magenausgang befördert, verbleibt dort jedoch länger, führt zur Entspannung der Magenwand in diesem Bereich und erzeugt so ein Völlegefühl. Auch das komplizierte Zusammenspiel zwischen Substanzen, die im Dünndarm aus der Nahrung aufgenommen werden und direkt oder durch Anregung bestimmter Hormone das Sättigungsgefühl beeinflussen, ist im Alter erheblich gestört. So ist zum Beispiel das Hungergefühl als Reaktion auf Unterzuckerung deutlich abgeschwächt, und in Folge eines erhöhten Insulinspiegels im Blut (als Reaktion auf altersbedingte Insulinresistenz) entsteht schneller ein Sättigungsgefühl.

Appetit

Beim Appetit handelt es sich nach heutigem Wissensstand um ein Zusammenspiel von Geschmacks- und Geruchsreizen, optischen Eindrücken, sozialer Umgebung, individuellen Gewohnheiten, Stimmungslage und Gesundheitszustand. Geschmacks- und Geruchssinn sind für die Anregung des Appetits und für den Genuss von Speisen und Getränken von entscheidender Bedeutung.

Der **Geruchssinn** beeinflusst die Lebensqualität erheblich durch stark emotional geprägte Eindrücke, die mit bestimmten Düften verbunden sind, und verleiht so den Riechstoffen genussvollen Charakter. Diese besondere Qualität von Aromen ist individuell verschieden und kulturspezifisch. In Deutschland werden der Duft von „frischem Brot“, „Kuchen“, „Fleisch auf dem Grill“ und „Kaffee“ als besonders angenehm empfunden, was bei der Betreuung Demenzkranker berücksichtigt werden sollte.



Es sollte jedoch nicht vergessen werden, dass die Bedeutung der Gerüche auch situationsabhängig ist (Kuchen beispielsweise duftet herrlich für einen Hungrigen, kann aber Übelkeit erzeugen, wenn der Betroffene gesättigt ist) und durch frühere Erfahrungen geprägt wird. Im Gegensatz zu anderen Sinnen erfolgt beim Riechen bereits nach kurzer Zeit eine Gewöhnung und eine Reduktion der subjektiven Geruchsempfindung sowohl für angenehme als auch für unangenehme Gerüche. Die Reaktionen auf bestimmte Gerüche scheinen angeboren zu sein und dienen dem Schutz vor Gefahren. Dazu gehören zum Beispiel erhöhte Aufmerksamkeit und Unruhe bei der Wahrnehmung von Rauch oder Ekelgefühl beim Gestank verdorbener Nahrungsmittel. Durch besondere, im Laufe der Entwicklungsgeschichte der Menschheit entstandene Verschaltungen zwischen Riechbahnen und vorderen Teilen des Gehirns sowie Bereichen, die für Gedächtnisfunktionen entscheidend sind, können Gerüche stark emotional betonte Erinnerungen wecken. Eine besondere Rolle spielen hier

Gerüche, die bei bestimmten Anlässen wahrgenommen wurden, wie zum Beispiel Weihnachten, Ostern, bei Gottesdiensten oder Geburtstagen. Bestimmte Düfte ermöglichen viel leichter als Worte oder Bilder emotional betonte Erinnerungen wachzurufen („Wenn ein Bild tausend Worte ersetzt, dann ersetzt ein Duft tausend Bilder“).



Die Bedeutung des Geruchssinns für das Leben und Überleben ist offenbar so groß, dass die ca. 30 Millionen Riechzellen des Menschen die einzigen echten Nervenzellen sind, die lebenslang nachgebildet werden. Diese Fähigkeit wird im Alter deutlich abgeschwächt und die Riechzellen werden zunehmend durch Viren (vor allem Grippevirus) und eingeatmete Gifte (z. B. Zigarettenrauch) geschädigt. Darüber hinaus verändern sich im Alter die Menge und Zusammensetzung der Sekrete in der Nase, die für die Geruchswahrnehmung unerlässlich sind. Durch häufiges Absinken der Nasenspitze im Alter („Altersnase“) wird die eingeatmete Luftmenge und damit die Zahl der Riechstoffmoleküle kleiner. Störungen des Geruchssinns werden bei ca. 60 Prozent der 65- bis 80-Jährigen und bei etwa 75 Prozent der über 80-Jährigen beobachtet. Bei der Alzheimer-Krankheit scheint die Störung des Geruchssinns sogar zu den ersten Symptomen der Erkrankung zu gehören und ist besonders stark ausgeprägt.

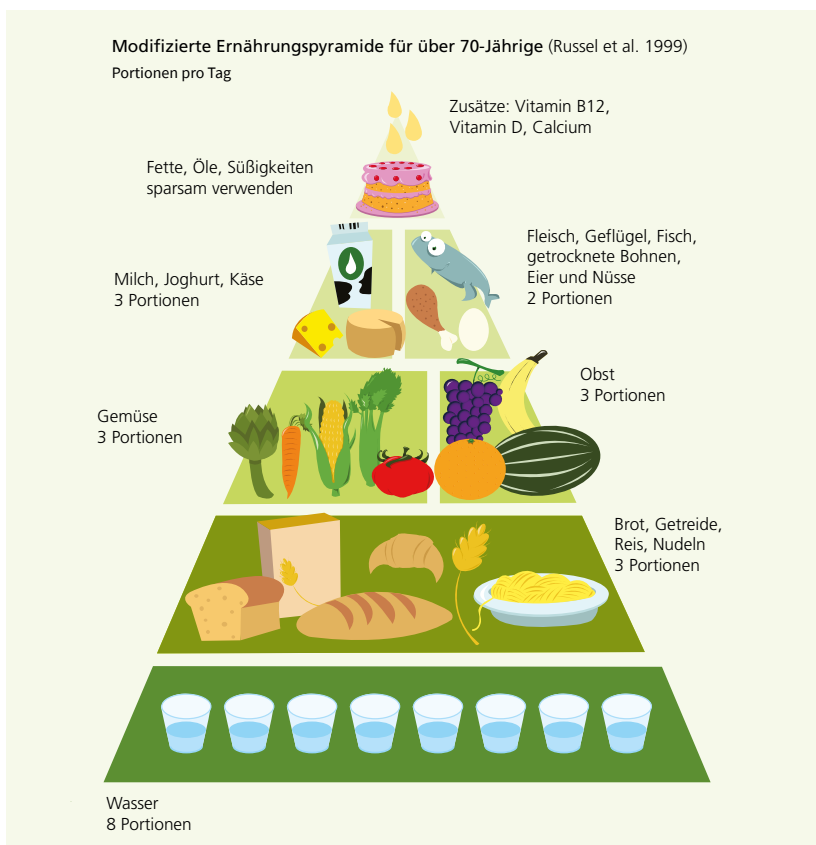
Der **Geschmackssinn** wird durch eine Demenzerkrankung weniger beeinträchtigt. Am besten erhalten bleibt bis ins hohe Alter die Wahrnehmung für „süß“, während die Geschmacksqualitäten „salzig“, „bitter“ und „sauer“ deutlich schlechter erkannt werden. Das erklärt die Vorliebe vieler Demenzkranker für süße Speisen.



Zusätzliche Störungen des Geschmackssinns können bei Mundtrockenheit und mangelnder Mundhygiene auftreten. Entzündungen im Bereich der Schleimhäute oder ein schlechter Zahnstatus können ebenfalls den Geschmackssinn beeinträchtigen. Darüber hinaus begleitet manche Medikamente ein unangenehmer bitterer oder metalli-

scher Geschmack, der auch länger im Mund verbleibt. Andere wiederum verändern die Speichelproduktion. Dies kann zu Mundtrockenheit, aber auch zu einem erhöhten Speichelfluss führen. Der Geschmack der Speisen ist stark von deren Konsistenz abhängig. Sie bereitet beim Essen nicht nur ein taktils Vergnügen, sondern verstärkt auch die sinnliche Wahrnehmung. Flüssigere Speisen sind geschmacksintensiver, schmecken deutlicher als feste oder „trockene“. Veränderungen des Geschmackssinns sind die wichtigsten Ursachen einer mangelhaften und unausgewogenen Ernährung. Demenzkranke essen immer weniger Speisen mit überwiegend sauren und bitteren Geschmackskomponenten wie Obst, Gemüse, Säfte, Vollkornprodukte und Kräuter. Die Nahrungszusammensetzung wird dadurch eintöniger und Mangelernährung wahrscheinlicher.

1



Nahrungsbedürfnis

Das Nahrungsbedürfnis ist entscheidend für die aufgenommene Nahrungsmenge. Eine gestörte Steuerung des Nahrungsbedürfnisses oder auch des Nährstoffbedarfs (die nicht bewusst wahrgenommen wird) wird maßgeblich mitbedingt durch abnehmende Freude am Essen, Speisen, die nicht schmecken, und falsche Vorstellungen von der notwendigen Menge und Zusammensetzung der Nahrung. Auch die zunehmende Einschränkung von Alltagsaktivitäten, die Appetit und Nahrungsaufnahme fördern, wie etwa Einkaufen, Kochen oder Essen im Restaurant trägt dazu bei.

Fortschreitende Atrophie (Schrumpfen) der Speicheldrüsen, Störung des Geruchssinns, Mangel an Spurenelementen wie beispielsweise Zink sowie Nebenwirkungen etlicher Medikamente beeinträchtigen die Speichelproduktion und erzeugen so unangenehme Mundtrockenheit. Dadurch wird die Wahrnehmung der Konsistenz von festen Speisen verändert (sie wirken „wie Sand im Mund“) und der Schluckvorgang wird erheblich gestört. Das Kauen wird zusätzlich durch fehlende Zähne oder schlecht angepasste Prothesen erschwert, was den zunehmenden Konsum von weichen und zuckerreichen Speisen begünstigt.

Als Folge entsteht vor allem Vitamin B6-Mangel. Daneben werden auch Mängel an Vitamin C und B1, Kalzium und Eisen häufiger beobachtet. Zu typischen Erscheinungen des Vitamin B6-Mangels gehören (neben Störungen der Hirnfunktion) Appetitlosigkeit und Übelkeit. Vitamin B1-Mangel führt ebenfalls zu Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust, verursacht aber auch eine Herabsetzung der Magensaftsekretion und Schwäche der Wadenmuskulatur (mit Einschränkung der Mobilität), sowie Müdigkeit und Antriebslosigkeit, die wiederum die Nahrungsaufnahme beeinträchtigen. Auch kann es bei Vitamin B1-Mangel zu Trugwahrnehmungen kommen. Vitamin C-Mangel beeinträchtigt den Zustand des Zahnfleisches und der Zähne und beeinflusst so indirekt die Nahrungsaufnahme.

1.2 Trinkverhalten

Da das Trinken einer ausreichenden Flüssigkeitsmenge von einem funktionierenden Durstgefühl, Vorhandensein von Getränken, die zum Trinken animieren, und der psychischen sowie körperlichen Fähigkeit diese zu sich zu nehmen abhängt, sind Demenzkranke besonders durch Dehydratation (Austrocknen) gefährdet.

Während Unterernährung erst nach einigen Wochen zu deutlichen körperlichen und psychischen Störungen führt, kann Flüssigkeitsmangel (Dehydratation) bereits in wenigen Tagen akute Verwirrtheit und lebensbedrohliche Zustände erzeugen. Die Sorge um ausreichende Trinkmengen steht deshalb immer im Mittelpunkt der Betreuung Demenzkranker. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass zu viel Flüssigkeit genauso schädigend sein kann wie zu wenig, vor allem dann, wenn Menschen durch starkes Schwitzen oder „Entwässerungstabletten“ Salz verlieren und nur salzarme Getränke zu sich nehmen.



Mit zunehmendem Alter wird das Durstgefühl immer weniger wahrgenommen. Gesunde alte Menschen empfinden nach einem 24-stündigen Wasserentzug deutlich schwächere Durstgefühle als junge Menschen (auch wenn sie objektiv stärker ausgetrocknet sind) und brauchen anschließend weniger Flüssigkeit, um ihren Durst zu stillen. Neben einem veränderten subjektiven Flüssigkeitsbedarf können auch Einschränkungen der Nierenfunktion den Wasserhaushalt des Körpers beeinträchtigen. Die Blutmenge, die durch die Nieren eines 90-jährigen Menschen „gereinigt“ wird, ist um etwa 50 Prozent geringer, als bei einem 30-Jährigen. Zusammen mit anderen Veränderungen der Nierenfunktion kann es zu einer verminderten Wasserausscheidung bei erhöhter Salzausscheidung kommen. Wenn der Betroffene dann überwiegend salzarme Getränke zu sich nimmt, entsteht (relativer) Salzverlust im Körper (Hyponatriämie). Die Betroffenen

wirken zunehmend apathisch, antriebsarm, können akut verwirrt sein, unter epileptischen Anfällen leiden, ins Koma fallen und ohne angemessene Behandlung (sehr langsame Zufuhr von Salz) sterben.

Bei geringen Trinkmengen können die Nieren im Alter den Harn nicht ausreichend kondensieren, d.h. ihm möglichst viel Wasser entziehen. Auch wenn Betroffene länger als 24 Stunden nichts trinken, verändern sich weder die Harnmenge noch -konzentration, wodurch das „Austrocknen“ (Dehydratation) und die Erhöhung der Salzmenge in der Körperflüssigkeit (Hypernatriämie) beschleunigt werden. Bei den Kranken kommt es dann zu einer Beeinträchtigung der Wahrnehmung, akuter Verwirrtheit (Delir), sie werden komatös und sterben, wenn nicht rechtzeitig Flüssigkeit zugeführt wird.

Verschärft wird diese Problematik immer dann, wenn Medikamente gegen Bluthochdruck, so genannte „Wassertabletten“ oder solche gegen Osteoporose den Salzhaushalt und die Flüssigkeitsausscheidung zusätzlich beeinflussen.



1.3 Besondere Beeinträchtigungen durch Demenz

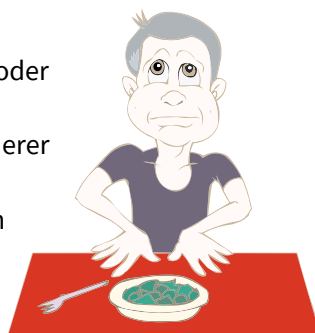
Psychisch gesunde alte Menschen können recht gut mit den geschilderten Störungen umgehen. Sie wählen Speisen, die ihnen gut schmecken, können sich an Duft und Geschmack bestimmter Gerichte erinnern und sie genießen. Sie lassen sich im Restaurant in netter Gesellschaft verwöhnen, erkennen den Zusammenhang zwischen plötzlichen Veränderungen des Appetits und neu verordneten Medikamenten und wissen schließlich, dass sie essen und trinken müssen, um weiterzuleben.

Ganz anders Demenzkranke mit mittelschwer oder schwer ausgeprägten Krankheitssymptomen. Da sie durch eine erhebliche Störung der Gedächtnisleistungen und der Denkvorgänge beeinträchtigt sind, sind sie weder fähig sich an die unmittelbare Vergangenheit zu erinnern noch können sie die Zukunft planen.

Die Ablehnung von Speisen und Getränken durch Demenzkranke ist meistens nicht auf das „Nicht-Wollen“, sondern eher auf ein „Nicht-Können“ zurückzuführen. Die Kranken verspüren weder Durst noch Hunger, erkennen die Speisen nicht als solche, verstehen die Situation nicht oder können mit dem Besteck nicht umgehen. Sie sind überfordert und deshalb auch gereizt.

Das aktuelle Geschehen wird nicht als Teil des Lebenszusammenhangs erlebt, sondern jeweils als ganz neue Situation wahrgenommen und abhängig von zufälligen Einfällen und Emotionen neu interpretiert. Die Zeit schrumpft auf die wenigen Sekunden der unmittelbaren Erinnerung zusammen und spielt als Begriff keine Rolle mehr. Auch der aktuelle Aufenthaltsort wird ständig neu entdeckt und gedeutet. Die Kranken sind meistens auch nicht imstande die Signale ihres Körpers wahrzunehmen und entsprechend zu interpretieren. So wie sie oft Schmerzen nicht erkennen, so verbinden sie das Knurren des Magens oder andere Meldungen des Bauchs nicht mit Hunger, den Speichelfluss nicht mit Appetit oder die Trockenheit der Mundschleimhaut nicht mit Durst. Sie wissen meistens nicht, ob sie schon gegessen oder getrunken haben und entscheiden eher „nach dem Lustprinzip“ (wenn ihnen die Atmosphäre nicht gefällt, glauben sie satt zu sein; fühlen sie sich wohl und geborgen, dann können sie lange am Tisch verweilen, essen und plaudern usw.). Demenzkranke sind nicht mehr fähig zu sagen, was sie gerne essen würden, warum sie bestimmte Speisen und Getränke ablehnen oder ob sie unter Unwohlsein, Übelkeit oder Bauchschmerzen leiden.

Längeres Fasten führt bei ihnen nicht zu unangenehmen Empfindungen, Schmerzen oder Leiden, sondern bewirkt eher eine deutliche Stimmungsstabilisierung mit dem Gefühl innerer Harmonie, Leichtigkeit und manchmal sogar Euphorie. Sie fühlen sich wohl und verstehen nicht, warum andere bemüht sind ihnen „etwas“ in den Mund zu stecken.



Erhebliche Störungen beim Essen und Trinken entstehen dadurch, dass die Kranken alltägliche Gegenstände, aber auch Speisen nicht mehr erkennen, nicht mehr wissen, was sie damit anfangen sollen und mit ihnen keine passenden Handlungsabläufe verbinden können. So sitzen sie zum Beispiel vor einem gedeckten Tisch und wissen nicht, dass es sich bei den bunten Sachen um die Speisen handelt. Oder sie nehmen ein Stück Brot in den Mund, kauen mühsam, vergessen jedoch das Essen in Richtung des Rachens zu schieben und sind dadurch nicht im Stande den Schluckreflex auszulösen. Sie können nicht mehr mit dem Besteck umgehen und verstehen auch nicht die Absichten der Betreuenden, die versuchen, ihnen Essen zu reichen.

Innere Unruhe, leichte Ablenkbarkeit und Bewegungsdrang hindern viele Demenzkranke am Essen. Eine begonnene Mahlzeit wird abgebrochen und vergessen oder auch für bereits beendet gehalten.

Gleichzeitig führen starke motorische Aktivitäten und scheinbar sinnlose Bewegungen wie Wischen, Klopfen, Verschieben des Mobiliars, Aufstehen, Hinsetzen oder stereotype Laute und Stöhnen zu einem erheblichen Energieverbrauch. Im Vergleich mit einem durchschnittlichen alten Menschen „verbrennen“ sie dabei bis zu 1.800 kcal mehr, benötigen also bis zu 3.500 kcal täglich.

Viele Verhaltensmuster Demenzkranker beim Essen lassen sich durch angeborene, unbewusste „Schutzreflexe“ erklären. So werden bittere Speisen für giftig gehalten und ausgespuckt (im Laufe der Entwicklungsgeschichte der Menschheit entstanden besonders empfindliche und differenzierte Rezeptoren für das Bittere). Kleine Krümel oder zum Beispiel Mandelsplitter werden nicht geschluckt, sondern mühsam mit der Zunge aufgespürt und ebenfalls ausgespuckt. Gesicht und Mundbereich werden vor Verletzungen mit scharfen Gegenständen besonders geschützt, was die Angst vor Gabel oder Löffel erklärt. Einige Farben wirken bei Speisen abschreckend, beispielsweise „giftgrün“ oder schwarz, während „gelb“ besonders appetitlich wirkt.

Mit dem Essen sind auch zahlreiche angeborene Handlungsmuster verbunden, die in allen Kulturen beobachtet werden und dazu dienen,

den Gruppenzusammenhalt zu stärken und aggressive Regungen zu beschwichtigen. Dazu gehören das Überreichen von Essensgeschenken (in extremer Form als „von Mund zu Mund schieben“ – Vorläufer des Kusses), gemeinsames Essen in der Gruppe, gerechtes Teilen der Speisen unter den Gruppenmitgliedern und der Tausch von Speisen.

Bei Demenzkranken mit degenerativen Prozessen im Bereich des Frontalhirns (sogenannte Frontotemporale Demenz) wird häufig eine „orale Enthemmung“ beobachtet. Sie neigen dazu, alle Gegenstände, die sie in der Hand halten, in den Mund zu stecken, egal, ob sie essbar sind oder nicht. Auch würden sie möglicherweise große Nahrungstücke wie zum Beispiel eine Bratwurst ganz herunterschlingen. Diese Kranken gefährden sich dadurch erheblich und benötigen ständige Aufsicht. Wichtig ist in solchen Fällen, neben einem eventuellen Versuch der medikamentösen Behandlung, dass die Umgebung frei von Gegenständen ist, die dazu animieren, sie in den Mund zu stecken.

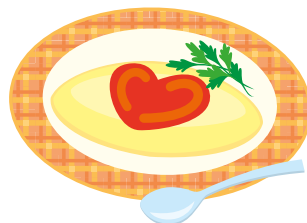


2 Umgang mit Ernährungsproblemen bei Demenzkranken

Bei der Ernährung Demenzkranker stehen angemessene Energieversorgung und ausreichende Flüssigkeitszufuhr, die möglichst stressfrei für den Betreuten und den Betreuenden erfolgen sollen, im Vordergrund. Dabei ist es hilfreich sich immer wieder zu vergegenwärtigen, dass die bzw. der Kranke sehr wahrscheinlich weder Hunger noch Durst verspürt, die Tageszeit nicht kennt und unsicher ist ob und welche Mahlzeiten sie oder er bereits zu sich genommen hat. Oft werden auch die Umgebung, die betreuenden Personen und deren Absichten verkannt und Reaktionen stark durch zufällige Erinnerungen und angeborene Verhaltensmuster beeinflusst.

Damit die Mahlzeiten für alle Beteiligten zu einem angenehmen Erlebnis werden und keine ablehnende Haltung der Kranken hervorrufen, sollte stets gesorgt werden für:

- eine entspannte, wohltuende Atmosphäre
- geeignete Speisen und Getränke
- eine den Fähigkeiten und Defiziten der Kranken angepasste Art der Nahrungsaufnahme



2.1 Entspannte Atmosphäre

Mahlzeiten dienen nicht nur der Versorgung der Kranken mit der notwendigen Energie. Vielmehr sind sie neben Spaziergängen die wichtigste tägliche Beschäftigung für Demenzkranke. Sie sind für Wohlbefinden und körperliche Gesundheit entscheidend und sollen als lustbetonter, gemeinschaftlicher Akt gestaltet werden. Sie dürfen deshalb nicht unmittelbar nach häufig als unangenehm empfundenen pflegerischen Handlungen (wie duschen oder Toilettengänge) stattfinden, sondern erst nach einer Entspannungspause.

2

Demenzkranken können durch gleichzeitiges Ansprechen mehrerer Sinnesorgane auf die bevorstehende Mahlzeit aufmerksam gemacht werden, um den Appetit zu wecken. Wenn der Kessel mit kochendem Wasser pfeift, der Raum mit dem Duft von aufgewärmten Brötchen und frisch aufgebrühtem Kaffee erfüllt ist, das Geschirr beim Decken des Tisches klappert, im Radio Nachrichten zu hören sind und die Zeitung gereicht wird, tauchen aus dem Langzeitgedächtnis Erinnerungen an angenehme Frühstückssituationen auf.

Erfahrungen zeigen, dass das Frühstück und (weniger) das Mittagessen für Demenzkranke die wichtigste Mahlzeit ist. Viele Menschen mit Demenz sind morgens noch in guter psychischer Verfassung, relativ konzentriert und aktiv und können deshalb deutlich mehr essen und trinken als abends. Der Tisch sollte für alle anwesenden Personen gedeckt werden, um die Kranken nicht zu verunsichern. Wenn Speisen nur vor ihnen stehen, können sie die Situation missverstehen, versuchen den anderen Anwesenden Essen anzubieten, warten bis auch sie bedient werden oder vermuten, dass sie bereits fertig sind und deshalb auch die eigene Mahlzeit abbrechen.

Die Gesellschaft am Tisch verleiht der Mahlzeit einen vertrauten Charakter, stimuliert Appetit und hilft dem Körper auf noch ungeklärte Weise zwischen 10 und 30 Prozent mehr Energie aus der Nahrung zu gewinnen, als beim alleinigen Essen. Wegen der häufigen alters-

bedingten Sehstörungen und Beeinträchtigung des Erkennens und der räumlichen Wahrnehmung durch die Demenzerkrankung sind gute Beleuchtung des Esszimmers und deutliche farbige Kontraste zwischen dem Geschirr, der Tischdecke und den Speisen wichtig. So sollte beispielsweise Milchsuppe nicht in einem weißen Teller serviert und auf die weiße Tischdecke gestellt werden.

Es ist typisch für Demenzkranke, dass sie sich nur mit Mühe auf eine Aufgabe konzentrieren können, leicht ablenkbar sind und Schwierigkeiten haben, die abgebrochene Tätigkeit aus eigenem Antrieb fortzusetzen. Im Blickfeld der Kranken sollten sich deshalb nur die Speisen befinden, auf die sich ihre Aufmerksamkeit richten soll, beispielsweise das Hauptgericht und ein Getränk, aber nicht gleichzeitig auch Nachtisch und Medikamente. Zu viele Gegenstände oder Speisen lenken ab und stören beim Essen. Sie können auch die Entscheidung bezüglich der Reihenfolge erschweren und verunsichernd wirken. Menschen mit Demenz sollten nicht längere Zeit alleine am Tisch sitzen und auf das Essen warten, weil dadurch oft Unruhe und Bewegungsdrang entstehen.

Die betreuende Person soll gleichzeitig mit der oder dem Kranken am gedeckten Tisch Platz nehmen und anfangen zu essen. Meistens ist es günstig den Erkrankten gegenüber zu sitzen, häufig Augenkontakt aufzunehmen und neben einem normalen Tischgespräch (um die angenehme Atmosphäre zu unterstreichen, nicht um Informationen zu übermitteln oder zu erhalten) überwiegend nonverbal, mit Hilfe der Körpersprache, zu kommunizieren und das Verhalten der bzw. des Kranken genau zu beobachten. So wird zum Beispiel durch das Ablecken der Finger, genüssliches Schmatzen oder Verdrehen der Augen der köstliche Geschmack der Speisen signalisiert und das Interesse der Kranken geweckt. Da Demenzkranke auf Fragen häufiger mit „Nein“ als mit „Ja“ reagieren und Überredungsversuche gereizte Stimmung erzeugen, sollten sie nicht gefragt werden, ob sie dies oder jenes essen oder trinken möchten. Geschickter sind Auffüllen des Tellers, Reichen des Getränks oder eines angebissenen Happens, begleitet von Redewendungen wie: „Es schmeckt köstlich! Probiere mal!“ oder „Das haben wir schon lange nicht gegessen!“ Sinnvoll sind auch positive Äußerungen und Sätze, die kurzfristig Vertrauen fördern, wie: „Guten

„Appetit!“, „Zum Wohle!“ „Jawohl!“ „Richtig!“, „Sehr gut“, „Wir lassen es uns gut gehen“, „Wie bei Muttern“, „Hier sind wir in guten Händen“, „Es ist genug für alle da“, „Das haben wir uns verdient“.

Das Verhalten am Tisch sollte grundsätzlich nicht korrigiert werden. Entscheidend ist, dass die bzw. der Kranke isst und trinkt, nicht das Wie!

2

2.2 Geeignete Speisen und Getränke

Für die Auswahl geeigneter Speisen und Getränke sind nicht die früheren Gewohnheiten und Vorlieben oder die Empfehlungen bezüglich einer ausgewogenen und gesunden Ernährung entscheidend, sondern das Bestreben, den Kranken das anzubieten, was sie mit Genuss und in ausreichender Menge zu sich nehmen – selbst wenn es morgens, mittags und abends Erdbeertorte mit Sahne ist!

Die Art der bevorzugten Speisen verändert sich im Verlauf der Erkrankung aber auch von Person zu Person, so dass keine allgemeingültigen „Menüs für Demenzkranke“ empfohlen werden können. Es ist notwendig zu experimentieren und eine individuelle „Speisekarte“ zu entwickeln. Anzustreben ist eine vielseitige Ernährung, um dem Körper neben Kohlenhydraten, Fetten und Eiweißen ausreichend Vitamine und Spurenelemente zuzuführen und langfristig die Energiegewinnung zu verbessern (sie ist bei einer reichen Auswahl an Speisen höher, als bei nur einem Nahrungsmittel). Wenn die oder der Kranke aber nur eine Speise akzeptiert (etwa Weißbrot mit Butter und Marmelade) kann versucht werden mit Zusatznahrung („Astronautenkost“) als Getränk oder Beimischung zu Getränken, die fehlenden Stoffe und Energie zu ergänzen. Damit die Mahlzeiten möglichst unproblematisch verlaufen ist es wichtig zu wissen:

- welche Speisen und Getränke die oder der Kranke bevorzugt
- welche Art der Zubereitung und Darreichung bei ihr bzw. ihm Appetit und Nahrungsaufnahme fördern



2.2.1 Bevorzugte Speisen und Getränke



Wegen des veränderten Geschmacksempfindens bevorzugen die meisten Demenzkranken (sehr) süße Speisen und Getränke. Bei Ablehnung von Gerichten, die früher besonders gerne gegessen wurden, ist es deshalb sinnvoll zu versuchen sie zu süßen. So kann Hackfleisch mit einer sehr süßen Soße serviert werden, Brot nicht nur mit Leberpastete, Wurst oder Käse belegt, sondern gleichzeitig mit Honig oder Marmelade bestrichen werden oder auch Sauerkraut mit Rübensirup „abgeschmeckt“ werden usw. Entscheidend ist dabei nicht unsere Vorstellung von schmackhaften Gerichten, sondern die Akzeptanz seitens der Kranken. Demenzkranke nehmen auch gerne viel Fett, vor allem Butter oder schwere Soßen zu sich, wahrscheinlich weil diese den Geschmack von Speisen verstärken. Bei Untergewicht oder drohendem Untergewicht sollte bei Milchprodukten immer die fettreiche Variante bevorzugt werden. Viele Speisen können durch Beigabe von Sahne oder geschmacksneutralem Rapsöl angereichert werden.



Kohlenhydrate (Zucker) und Fette werden von vielen Kranken bevorzugt, weil sie die Bildung von Serotonin im Gehirn fördern und dadurch die Stimmung positiv verändern (sie wirken also ähnlich wie moderne Antidepressiva) und Aggressivität dämpfen. Die Kranken fühlen sich nach solchen Mahlzeiten wohl, sind etwas schläfrig, weniger schmerzempfindlich und verspüren kaum Ängste.

Auch Demenzkranke mit Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) dürfen Zucker, Torten und alkoholische Getränke (als Appetitanreger) zu sich nehmen, besonders dann, wenn sie sich ausreichend bewegen und solange die Blutzuckerwerte unter 200–250 mg/dl liegen. Entscheidend sind Wohlbefinden und ausreichende Nahrungsaufnahme. Diätprodukte sind häufig teuer, schmecken den Kranken nicht und können bei übermäßigem Genuss Durchfall erzeugen. Erhöhte Blutzuckerwerte haben bei alten Menschen keinen Einfluss auf die Begleiterkrankun-

gen und die Lebenserwartung. Wichtig ist allerdings die genaue Beobachtung von Anzeichen für stark erhöhte Blutzuckerwerte wie etwa Durst, große Harnmengen, Müdigkeit, Bewusstseinsstrübung, Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle und Bauchschmerzen.

Leitungswasser oder Mineralwasser (mit oder ohne Kohlensäure) schmeckt den Kranken zumeist nicht und ist bereits bei leichten Schluckstörungen als Getränk ungeeignet, weil dünnflüssig. Auch leicht saure Säfte (Orangensaft, Apfelsaft) werden oft abgelehnt. Pfirsich-, Birnen- oder Bananensaft sind dagegen für die meisten Kranken angenehmer, weil dickflüssiger und süßer. Pampelmusensaft soll wegen seiner Wirkung auf die Verarbeitung etlicher Medikamente in der Leber grundsätzlich gemieden werden. Es sollte täglich ein Multivitamin-Mineralstoffpräparat (z.B. zum Auflösen) gegeben werden, da dies die Funktion des Immunsystems stärkt und Mangelzuständen vorbeugt. Der Duft von frischem Kaffee wird als besonders wohltuend empfunden und weckt angenehme Erinnerungen. Die Kranken fühlen sich dann oft in die Rolle der Gastgeber versetzt, bemühen sich um „die Besucher“, bewirten sie mit Gebäck (falls welches griffbereit liegt), unterhalten sich entspannt und essen mit. Bestimmte Getränke gehören zum abendlichen Ritual und erleichtern das Einschlafen. Es kann sich um eine Tasse Kaffee (bei Menschen mit niedrigem Blutdruck), Kräutertee, warme Milch (mit Honig) oder ein Gläschen Likör handeln, das besonders in geselliger Runde bekömmlich ist.

Einige Gewürze und Getränke beeinträchtigen den Appetit und können die mit der Nahrung aufgenommene Energiemenge erheblich (bis zu 900 kcal täglich) einschränken. Dazu gehören scharfe Gewürze wie rote Pfefferschoten und Chili und Getränke wie Kaffee, schwarzer Tee, Coca-Cola oder Kakao. Regelmäßiger Knoblauchgenuss verursacht eine Reduktion der Fett- und Kohlenhydrataufnahme und kann ebenfalls zu Gewichtsverlusten führen.



2

2.2.2 Zubereitung und Konsistenz der Speisen

Bei der Zubereitung von Speisen sind attraktive optische Wirkung und angenehme Konsistenz von großer Bedeutung. Die Nahrung darf nur in Ausnahmefällen als „pürierter Einheitsbrei“ serviert werden. Die Kranken haben zwar kein Hungergefühl und keinen Appetit, erkennen oft das Essen nicht als solches, die schönen Farben des gekochten Gemüses, der Soße und des Fleisches wecken jedoch das Interesse und vielleicht auch Erinnerungen und regen zum Verzehren an.



Wegen häufiger Schwierigkeiten beim Kauen sollen alle Speisen gabelweich gekocht werden. Wenn nötig, können sie beim Zureichen zerdrückt und mit der Soße eingeweicht werden. Nach Möglichkeit soll die Konsistenz aller Zutaten ähnlich sein, um den Kranken nicht durch ständig wechselnde taktile Reize im Mund zu verunsichern. Zähe Fasern, Gräten oder beispielsweise Nuss- oder Mandelsplitter im Nachtisch sollten vermieden werden; nicht nur wegen der Gefährdung des Kranken, sondern auch, weil sie seine gesamte Aufmerksamkeit beanspruchen und vom Kauen und Schlucken ablenken.

Speisen und Getränke dürfen nicht zu heiß serviert werden. Demenzkranke erkennen meistens nicht die akustischen oder optischen Warnsignale (Brutzeln oder Dampfen). Sie können die Temperatur des Geschirrs nicht richtig einschätzen, da das Wärmeempfinden ihrer Hände häufig gestört ist. Deshalb reagieren sie erst nach dem ersten Schluck kochendheißem Tee oder nach dem Biss in eine heiße Kartoffel. Sind die Speisen hingegen nur lauwarm oder bereits kalt, verlieren sie weitgehend an Geschmack, regen die Speichelproduktion nur gering an und lassen sich schlechter schlucken. Lauwarme Milchspeisen wie Pudding oder Milchreis sind allerdings häufig sehr beliebt. Da warme Getränke oft lieber getrunken werden als kalte, kann versucht werden auch Säfte zu erwärmen.

Mehlige und krümelige Speisen wirken bei Mundtrockenheit „wie Sand im Mund“, werden mit der Zunge hin und her geschoben, lösen jedoch keinen Schluckreflex aus und werden in den Backentaschen gesammelt. Ein Schluck Wasser zwischendurch kann in solchen Situationen zu gefährlichem Verschlucken führen. Mehliges Essen sollte deshalb vor dem Verzehr eingeweicht werden.

Schluckstörungen mit unterschiedlichen Ursachen sind bei Demenzkranken sehr häufig. **Anders als bei psychisch gesunden alten Menschen lassen sie sich nicht durch Übungen und spezielle Schlucktechniken beheben.**

2

Herauslaufen von Speichel oder Flüssigkeit aus dem Mund, Ansammlung von Nahrung im Mund, fehlende Initiierung des Kauens und Schluckens, häufigeres Husten beim Essen, gurgelnde Stimme nach dem Schlucken und wiederholte Lungenentzündungen sprechen für ausgeprägte Schluckstörungen.

Kranke sollten von einem erfahrenen Arzt bzw. einer erfahrenen Ärztin untersucht werden, um die Schwere der Schluckstörung abzuschätzen und die Angehörigen über den richtigen Umgang damit zu informieren. Sinnvoll ist hier die Unterstützung durch Logopädinnen und Logopäden (Sprachtherapeutinnen bzw. -therapeuten), die hilfreiche Techniken bei der Nahrungsgabe vermitteln können.

Bei besonders schweren Schluckstörungen brauchen Demenzkranke externe Hilfen in Form entsprechend zubereiteter Speisen und Getränke und geeigneter Platzierung der Nahrung im Mund. Anfänglich bekommen sie breiige Speisen mit absolut homogener Konsistenz und angedickte Getränke. Bei einer Besserung der Schluckstörung kann zusätzlich Weißbrot mit Streichbelag von homogener Konsistenz angeboten werden, später auch gegartes Obst und Gemüse, gekochter Fisch (absolut ohne Gräten) und weichgekochtes, gewürfeltes Fleisch. Nach dem Essen ist eine gute Mundpflege wichtig, um einer Lungenentzündung durch Verschlucken von Speiseresten vorzubeugen.

2.3 Anreichen von Nahrung

Liebevolle Gestaltung der Mahlzeiten mit geeigneten Speisen und eine angenehme Atmosphäre reichen oft nicht aus, um Demenzkranke zum Essen zu bewegen. Entweder verspüren sie keinen Hunger oder wissen nicht mehr, wie gegessen wird. Sie möchten nicht gestört werden, verstehen die Situation nicht oder begreifen nicht, was die Betreuenden wollen. Um die Kranken zum Essen zu bewegen, muss die Art und Weise, wie die Nahrung verabreicht wird, den Fähigkeiten und Defiziten des Kranken angepasst werden. Er soll bequem und aufrecht, d.h. die Oberkörperachse in einem Winkel zwischen 90° und 60° zur Tischfläche (im Bett etwa 75°) gerichtet, mit leicht nach vorne gebeugten Kopf sitzen. Zu starke Kopfniegung nach vorne oder nach hinten erschwert das Schlucken, ebenso wenn der Oberkörper zur Seite kippt. Mit Kissen kann die Lage des Oberkörpers stabilisiert werden, und dem Kranken wird das Gefühl der Geborgenheit und Sicherheit vermittelt. Durch leichte Massage der Schulter-Nacken-Muskulatur wird die Kopfhaltung in einer entspannten Atmosphäre korrigiert. Beide Füße sollten beim Sitzen am Tisch möglichst festen Kontakt zum Boden haben.

Hinsichtlich Besteck und Geschirr kann vorsichtiges Probieren hilfreich sein: Größe und Gewicht des Bestecks können variiert werden, eine Müsli-Schüssel anstatt des Tellers hingestellt werden, Joghurt kann in Schüsseln umgefüllt werden oder der Deckel wird am Becher gelassen, damit er leichter erkannt wird und ein unangenehmes „Trinkerlebnis“ erspart bleibt. Abends kann eine großzügig belegte Platte mit diversen Köstlichkeiten angeboten werden. Später am Tag kann auf Besteck und Geschirr verzichtet werden, weil die Konzentration und einfache Fähigkeiten nach einem langen Tag deutlich nachlassen. Wenn der bzw. die Kranke sehr langsam isst, kann ein Warmhalteteller hilfreich sein, damit das Essen nicht abkühlt.



Menschen mit Demenz sollten so lange wie möglich selbstständig essen, um ungestörte, dem individuellen Rhythmus angepasste Abläufe der Nahrungsaufnahme, des Kauens und Schluckens beizubehalten. Oft reicht es, den Kranken den Löffel oder die Gabel in die Hand zu geben und die Bewegung durch Unterstützung und vorsichtige Führung des Armes anzuregen. Bei erhöhter Ablenkbarkeit und besonders in fortgeschrittenen Stadien der Demenz kann es hilfreich sein, beim Führen des Armes hinter den Kranken zu stehen und „unsichtbar“ zu bleiben.



Damit die Kranken die Handlungsabläufe beim Essen nicht vergessen, brauchen sie oft ein Gegenüber, dessen Verhalten sie nachahmen können. Die Fähigkeit zum Nachahmen bleibt auch bei schwerer Demenz erhalten. Wichtig ist allerdings, die Handlungsabläufe der Kranken genau zu beobachten, eigene Bewegungen mit ihnen zu synchronisieren und sie nicht durch abrupte Wechsel oder Unterbrechungen zu stören. Die Kranken müssen sich in solchen Situationen stark konzentrieren und dürfen nicht durch Fragen, laute Geräusche oder parallele Handlungen abgelenkt und gestört werden. Menschen mit Demenz, die mit der Handhabung des Bestecks überfordert sind, aber noch gut mit den Fingern essen können, sollte man dabei durch die Zubereitung entsprechender Speisen unterstützen. Inzwischen gibt es etliche Kochbücher über Speisen, die mit den Fingern gegessen werden können, sogenanntes „Fingerfood“. Dabei handelt es sich um kleine herzhafte oder auch süße, kalte oder warme Häppchen, die auch im Gehen zu sich genommen werden können. Um selbstständiges Essen zu fördern, ist es wichtig die Vorlieben der Kranken bezüglich der Portionsgrößen und der bevorzugten Zubereitung zu erkunden und zu berücksichtigen. Für viele Demenzkranke ist die Menge der aufgetischten Speisen von großer Bedeutung. Einige verlieren den Appetit angesichts großer Portionen, essen aber ausreichend, wenn häufiger kleine Mengen gereicht werden. Andere wiederum haben angesichts portionierter Butter das Gefühl, dass gespart werden muss, und trauen sich nicht zu essen. Auch die Befürchtung, das Essen nicht bezahlen zu

können, kann dazu führen, dass Kranke nichts essen, vor allem dann, wenn die Situation verkannt wird und die Kranken meinen, nicht in ihrer Wohnung zu sein. In solchen Situationen ist die Kreativität der Betreuenden gefordert.



Einige Demenzkranke freuen sich, wenn sie selbstständig und nach Belieben Brötchen oder Brot mit Butter, Honig und/oder Marmelade schmieren dürfen (und nicht korrigiert werden, wenn sie zu dick oder in falscher Reihenfolge auftragen).

Andere genießen es bedient und umsorgt zu werden. Wieder andere streichen die Butter direkt auf die Gebissprothese, um sie von dort wieder abzulecken. Viele sind mit dem

Essen einer Scheibe Brot überfordert, können aber ohne Schwierigkeiten kleine Häppchen verzehren. Bei Mundtrockenheit hilft das Einweichen der Brötchenstücke im Kaffee oder Tee besser als ein Schluck Flüssigkeit zwischen den Bissen (auf keinen Fall während des Kauens).

Wenn das Essen zugereicht werden muss und der oder die Kranke wahrscheinlich die betreuende Person nicht mehr erkennt und deshalb ablehnend reagiert, kann versucht werden, mit Hilfe vertrauter Gerüche (Seife, Parfüm, Deospray) und Koseworte die Erinnerungen zu wecken. Das Essen sollte nach Möglichkeit durch das Führen der Hand (des Armes) zum Mund verabreicht werden. Die Bewegung der eigenen Hand mit dem Löffel zum Mund löst reflexhaft das Öffnen des Mundes aus. Bei Rechtshändern soll die helfende Person immer rechts sitzen, bei Linkshändern links. Wenn dagegen die betreuende Person dem Kranken gegenüber sitzt und von vorne, womöglich zu schnell, den Löffel in Richtung seines Gesichts bewegt, erzeugt sie Angst vor einer Verletzung und provoziert das Schließen des Mundes und ausweichende Bewegungen des Kopfes. Wenn der Teller direkt vor der betreuenden Person steht, kann auch das Gefühl entstehen, von einem fremden Teller zu essen, was ebenfalls dazu führen kann, dass der bzw. die Kranke nicht isst.

Die Erkrankten müssen mit der Nahrungsaufnahme positive Gefühle verbinden und sollten deshalb nicht zu bestimmten Handlungen gezwungen werden. Bei der Weigerung den Mund zu öffnen ist oft das Bestreichen der Lippen mit einem Finger, der in schmackhafte Flüssigkeit getaucht wurde, hilfreich. Mit Gewalt lässt sich der Mund nicht öffnen. Die Kaumuskulatur kann ein Gewicht von bis zu 40 kg halten!

2

Wenn die oder der Kranke zwischendurch aufhört zu essen, sollte dies zunächst respektiert werden. Überredungsversuche steigern oft die Ablehnung und erzeugen eine gereizte Stimmung. Ein freundliches Gespräch, angenehme Düfte und erneutes Bestreichen der Lippen sind effektiver. Die betreuende Person sollte jeweils abwarten, bis eine Portion zerkaut und geschluckt wurde, bevor die nächste angeboten wird. Der Schluckreflex kann nicht willkürlich oder „künstlich“ ausgelöst werden, sondern nur durch die mit Speichel eingeweichte Nahrung, die mit der Zunge in Richtung des Rachens geschoben wird. Auf keinen Fall darf versucht werden den Schluckreflex durch gleichzeitiges Verabreichen von Getränken auszulösen. Dies führt zu Verschlucken und Aspiration. Die normalen Abläufe werden oft durch Zahnprothesen erheblich gestört. In solchen Fällen sollte überprüft werden, wie gut die Kranken ohne Zahnersatz essen. Wenn Demenzkranke vergessen zu schlucken, ist es sinnvoll, sie durch Bestreichen des Halses (Daumen und Zeigefinger berühren mit leichtem Druck die Halshaut beiderseits der Speiseröhre) zu stimulieren.

Das Anreichen der Nahrung und der Getränke erfordert viel Zeit und Geduld. Die betreuende Person muss auf die gleiche Konsistenz der verabreichten Portionen achten, dafür sorgen, dass die bzw. der Kranke nicht durch wechselnde Temperatur und Geschmack der gereichten Speisen verunsichert wird. Ferner muss sie versuchen durch Beobachtung der Reaktionen und der Körpersprache der bzw. des Kranken herauszufinden, wann sie bzw. er die Prozedur für endgültig beendet hält. Das Zureichen muss unterbrochen werden, wenn die bzw. der Kranke anfängt zu sprechen. Es ist deshalb ratsam, während des Essens wenig zu sprechen und keine Fragen zu stellen.

Bei erhöhtem Stress nimmt die Gefahr einer Gastritis zu. Bestimmte Lebensmittel können dann Übelkeit verursachen, auch – und manchmal besonders – sehr süße Speisen.

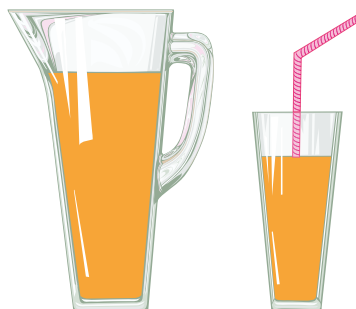
In der Betreuungssituation zu Hause ist ebenfalls zu bedenken, dass möglichst keine verdorbenen Lebensmittel, hochprozentige Alkoholika, Medikamente, Dünger, Reinigungs-/ Pflegemittel, giftige Pflanzen etc. in der Küche und auch sonst möglichst nicht ohne Weiteres zugänglich sind oder in Behältnissen in der Wohnung aufbewahrt werden, die leicht zu verkennen sind. Grundsätzlich sind Gefahrenpotenziale so gering wie möglich zu halten, wodurch jedoch die Gelegenheiten selbstständig zu essen nicht eingeschränkt werden sollten. Wenn Kranke motorisch sehr unruhig sind und nicht am Tisch sitzen bleiben, kann versucht werden, sie zu begleiten und das Essen unterwegs anzubieten. Entlang der „Wanderwege“ oder dort, wo die Betroffenen häufig vorbeikommen oder vielleicht eine Sitzpause auf dem Sofa einnehmen, können regelmäßig überprüfte „Getränke- und Nahrungsquellen“ mit den Dingen, die ihnen sehr gut schmecken, sichtbar verteilt werden (die Schüssel mit Schokolade auf dem Wohnzimmer-tisch, die Flasche Wasser am Bett, die Schale mit mundgerecht zubereitetem Obst in der Küche, auch Arrangements mit hohem Aufforderungscharakter, wie Brett, Brot, Butter / Marmelade, Messer). Hilfreich ist auch hier das Darreichen von Fingerfood, weil es eben in der Hand im Gehen gegessen werden kann.

Wenn eine demenzkranke Person nach einer Mahlzeit sehr müde und schläfrig wirkt, gangunsicher und sturzgefährdet ist, handelt es sich meistens um Blutdruckabfall und Mangel durchblutung des Gehirns, die durch Verdauungsprozesse bedingt sind. In solchen Fällen ist es ratsam, statt größerer Mahlzeiten häufiger kleinere Portionen anzubieten, die Kranken mit Stützstrümpfen zu versorgen und die medikamentöse Einstellung des Blutdrucks überprüfen zu lassen, besonders wenn blutdrucksenkende Mittel eingenommen werden. Damit die Kranken ausreichend viel trinken, sollten die von ihnen bevorzugten Getränke häufiger angeboten werden. Auch hier ist es sinn-

voller nicht zu fragen „Möchtest du etwas trinken?“, sondern zum Trinken einzuladen: „Das schmeckt köstlich! Probiere mal!“. Wichtig für die Kranken ist nicht nur die Art des Getränks, sondern auch die Form des Trinkgefäßes. Viele benutzen gerne Tassen, andere trinken lieber direkt aus der Flasche oder durch einen Strohhalm. Bei schwer Demenzkranken, die nicht trinken wollen, kann mit Hilfe einer Babyflasche mit einem speziellen Sauger für Erwachsene der Saugreflex ausgelöst werden.

In Gesellschaft können Demenzkranke leichter zum Trinken bewegt werden. Wichtig ist auch, die Aufmerksamkeit und das Durstgefühl der Kranken durch das Geräusch beim Öffnen der Flasche und Füllen des Glases zu wecken. Das Eingießen (besonders, wenn die Kranken dies selbstständig tun) animiert unmittelbar zum Trinken. Eine gefüllte Kanne und ein Glas daneben haben einen hohen Aufforderungscharakter und werden oft entsprechend genutzt. Um das Verschlucken bei Schluckstörungen zu vermeiden, sollten Getränke durch Beimischung von Quellmittel andgedickt werden, Joghurt mit Saft vermischt, dickflüssige Säfte oder flüssige Zusatznahrung („Astronautenkost“) angeboten werden.

2



2.4 Behandelbare Störungen der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Wenn Demenzkranke trotz aller liebevollen Bemühungen nicht ausreichend essen und trinken oder ihr bis dahin unauffälliges Ess- und Trinkverhalten verändern, kann es sich um Nebenwirkungen von Medikamenten oder Symptome von bestimmten Erkrankungen handeln, die als Begleiterkrankungen einer Demenz oder unabhängig von ihr auftreten können. Da Demenzkranke meistens nicht fähig sind Störungen körperlicher und psychischer Funktionen näher zu beschreiben, sind eine genaue Beobachtung ihres Verhaltens und eine diagnostische Abklärung durch den Arzt notwendig.

Nebenwirkungen der Medikamente gehören zu den wichtigsten Ursachen der Appetitlosigkeit und des Gewichtsverlusts bei Demenz. Es ist deshalb ratsam, bei zunehmenden Ess- und Trinkschwierigkeiten die Beipackzettel der verabreichten Medikamente genau durchzulesen und bei Hinweisen auf Nebenwirkungen im Bereich des Magen-Darm-Traktes mit dem behandelnden Arzt über Alternativen oder eine vorübergehende Medikamentenpause (um zu testen, ob sie tatsächlich für die Störung verantwortlich sind) zu sprechen.

Nicht nur Unterernährung, sondern bereits akute Einschränkungen der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme führen zu einer Veränderung der Wirkung und meistens auch einer Verstärkung der Nebenwirkungen von Medikamenten. Medikamente können die Nahrungsaufnahme auf vielfältige Weise beeinträchtigen.

Starke Sedierung („Ruhigstellung“) mit Neuroleptika (z.B. Pipamperon, Melperon, Promethazin) oder Benzodiazepinen (z.B. Diazepam, Lorazepam) kann Nahrungsaufnahme und Schluckreflexe so schwer beeinträchtigen, dass die Betroffenen nicht mehr oral (über den Mund) ernährt werden können.

Etliche Präparate erzeugen **Appetitlosigkeit, Übelkeit** und (seltener) **Erbrechen**.

Beispiele:

- Krebsmedikamente (Zytostatika)
- Schmerzmedikamente
sehr häufig: Tramadol, Tilidin, Ziconotid, Oxycodon, Hydromorphon
häufig: Ibuprofen, Azetylsalizylsäure = ASS, Kodein (Codein)
(weniger: Diclofenac, Paracetamol, Metamizol = Novaminsulfon)
- Mittel zur Reduktion der Immunabwehr (Immunsuppressiva) bei Rheuma- und Autoimmunerkrankungen, Nachsorge nach Transplantationen: Ciclosporin, Azathioprin, Infliximab, Leflunomid, Mycophenolat, Sirolimus
- Medikamente zur Behandlung der Multiplen Sklerose: Alemtuzumab, Mitoxantron, Interferon-Beta, Natalizumab
- Mittel gegen Demenzerkrankungen: Donepezil, Rivastigmin, Galantamin
- Parkinson-Mittel: Bromocriptin, Levodopa, Lisurid, Amantadin
- Antidepressiva: Citalopram, Fluoxetin und Johanniskraut
- Herz-Kreislauf-Medikamente
ACE-Hemmer*: Enalapril, Captopril, Lisinopril, Ramipril, Fosinopril
Angiotensin-II-Antagonisten („Sartane“)*: Valsartan, Telmisartan, Olmesartan, Irbesartan, Candesartan (gelegentlich: Losartan)

*Appetitlosigkeit nur gelegentlich

2

Die Nahrungsaufnahme kann durch **Mundtrockenheit nach Einnahme von Arzneimitteln** beeinträchtigt werden.

Beispiele:

- Antidepressiva: Amitriptylin, Bupropion, Citalopram, Paroxetin, Reboxetin, Sertralin, Venlafaxin, Nortriptylin und andere SSRI, Desi- und Clomipramin, Dosulepin, Duloxetin, Maprotilin, Mirtazapin, Moclobemid
- Neuroleptika: Bromperidol, Flupentixol, Olanzapin, Promethazin, Zuclopenthixol, Amisulprid
- Parkinson-Mittel: Lisurid, Cabergolin, Bromocriptin, Levodopa, Amantadin, Tolcapon, Ropinirol
- Antihistaminika (Antiallergika): Azelastin, (Des-)Loratadin, (Levo-)Cetirizin
- Erkältungsmittel: Diphenhydramin, Chlorphenamin
- Hustenblocker Dihydrocodein
- Krampflösende Medikamente (Spamolytika): Atropin, Butylscopolamin
- Asthmamittel: Ipratropium, Tiotropium, Glykopyrronium
- Herz- Kreislaufmittel: Amiodaron, Disopyramid, Furosemid, Hydrochlorothiazid, Nifedipin, Felodipin, Clonidin, Butizid, Moxonidin
- Schilddrüsenmedikamente (Thyreostatika): Natriumperchlorat
- Schlaf- und Beruhigungsmittel: Diphenhydramin, Alprazolam, Lormetazepam
- Opiat-Schmerzmittel: Buprenorphin, Fentanyl, Oxycodon, Hydromorphon



Zu weiteren *häufigen Nebenwirkungen* von Medikamenten gehören:

- Verstopfung, Darmträgheit
(krampflösende Medikamente, bestimmte Antidepressiva, Neuroleptika, Parkinsonmittel, Opiate, Eisenpräparate)
- Geschmacks- und Geruchsstörungen
(Gyrasehemmer, Zopiclon)
- Elektrolyt- und Wasserverlust
(Abführmittel, harntreibende Mittel (Diuretika), Osteoporose-Medikamente (Bisphosphonate), Theophyllin (bei Asthma))
- gesteigerter Energieverbrauch
(Schilddrüsenhormone)
- Schluckbeschwerden
(Tetrazyklin-Antibiotika, Neuroleptika)

Nur wenige Medikamente werden gezielt zur Appetitförderung eingesetzt. Dazu gehören Kortison-ähnliche Präparate (unter anderem Cyproheptadin und Megestrol) und bei Patienten nach schweren körperlichen Erkrankungen oder bei erheblichem Antriebsmangel bei fortgeschrittener Demenz Methylphenidat („Ritalin“) in sehr niedriger Dosierung. Die Behandlung mit Neuroleptika (Haloperidol, Risperidon, Olanzapin, Quetiapin usw.) kann als Nebenwirkung zu einer Gewichtszunahme führen, häufiger führt sie allerdings zu einer Verschlechterung des Schluckaktes. Depressionen, die bei Demenzkranken oft übersehen werden, sind fast immer mit einer ausgeprägten Appetitlosigkeit, Verdauungsstörungen (Obstipation) und subjektiven Schluckstörungen („Kloßgefühl“ im Hals) verbunden. Die Kranken sind antriebsarm, können sich zu nichts aufraffen, betrachten das Essen und Trinken als Belastung und lehnen oft jede Nahrungsaufnahme ab. Dahinter kann ein Gefühl der Ausweglosigkeit stehen oder die Überzeugung, dass der Betroffene es nicht verdient (oder sich nicht leisten kann) zu essen. Appetitlosigkeit, Schluck- und Verdauungsstörungen bei schweren Depressionen bessern sich bei Therapie mit Antidepressiva, wobei Demenzkranke vorrangig mit neueren, nebenwirkungsarmen Präparaten wie Citalopram, Paroxetin, Moclobemid

2

u. ä. behandelt werden sollten. Allerdings können diese Substanzen selbst wiederum Übelkeit verursachen, insbesondere bei einer schnellen Erhöhung. Ihr Einsatz gehört deshalb in die Hand von darin erfahrenen Haus- oder Fachärztinnen und -ärzten. Werden diese Medikamente nicht vertragen, stellt das Nortriptylin eine gute Alternative dar.



! Für die Behandlung unterschiedlichster Krankheiten steht eine Vielzahl von Medikamenten zur Verfügung, die sich in ihrer Wirkung auch gegenseitig beeinflussen können. Die Hinweise in diesem Text können daher nur Anhaltspunkte bieten. Lassen Sie sich deshalb bei allen Fragen rund um die Arzneimittel unbedingt immer auch vor Ort und persönlich von einer Apotheke Ihres Vertrauens beraten!

Bei **paranoidem Wahn** kommt es vor, dass die Betroffenen aus Angst vor Vergiftung die Nahrungsaufnahme verweigern. In Verbindung mit Sehstörungen werden oft bestimmte Bestandteile von Speisen (wie Gewürze, Kräuter, Gemüse usw.) für Ungeziefer oder Würmer gehalten, das Essen mit Ekel betrachtet und abgelehnt. Wenn wahnhaften Demenzkranken durch verdeckte Medikamentengabe bitterschmeckende, in ihrer Vorstellung giftige Speisen aufgezungen werden, wächst das Misstrauen und Ängste vor der Umgebung steigern sich. In solchen Fällen ist es wichtig, das Vertrauen der Kranken zu gewinnen, nach Absprache mit der Ärztin bzw. dem Arzt eventuell vorübergehend auf die Medikamente zu verzichten. Hält der Wahn an, so ist ein Behandlungsversuch mit Neuroleptika gerechtfertigt.



Demenzkranke mit **Parkinsonsymptomatik** (als Nebenwirkung der Medikamente oder häufige Begleiterkrankung einer Demenz) leiden unter ausgeprägten Schluckstörungen und Beeinträchtigung der Handlungsabläufe. Sie haben große Schwierigkeiten Bewegungen zu initiieren, zwei Tätigkeiten gleichzeitig auszuführen (beispielsweise den Teller festhalten und die Suppe auslöffeln) und verschütten durchs Zittern der Hände (Ruhetremor) einen Teil von Speisen und Getränken. Die Nahrungsaufnahme wird oft durch starke Verspannung der Nackenmuskulatur und Beugung des Kopfes nach vorne behindert. Bei Parkinsonkrankheit scheinen Geruchs- und Geschmackssinn zusätzlich beeinträchtigt zu sein. Die Kaumuskulatur ist geschwächt und der Mund relativ trocken (trotz Speichelfluss aus dem Mund). Die Kranken brauchen sehr viel Zeit für die Mahlzeiten, was dazu führt, dass die Speisen abkühlen und ihr Geschmack und ihre Konsistenz beeinträchtigt werden. Zur Linderung der Beschwerden und Verbesserung der Nahrungsaufnahme ist die Behandlung mit für Demenzkranke verträglichen Antiparkinsonmitteln unumgänglich.

2

Cerebrale Durchblutungsstörungen oder starke Blutdruckschwankungen sind oft mit Schwindelgefühl und Übelkeit verbunden. Nach Schlaganfällen kann eine Gesichtshälfte gelähmt sein, was das Kauen und Schlucken von Speisen erheblich erschwert. Die Flüssigkeit kann nicht im Mund gehalten werden und durch Störung der Sensibilität entsteht erhebliche Unsicherheit beim Essen. Bei Kranken nach Schlaganfall in der rechten Gehirnhälfte (Lähmung der linken Körperhälfte) kann es zu einer gestörten Wahrnehmung der Umwelt kommen. Ihre Aufmerksamkeit für sich und die Umwelt ist auf der linken Seite der eigenen Körperachse gestört. Dadurch „ignorieren“ sie alles, was links von ihnen liegt. Wenn das Essen ungünstig hingestellt wird (im linken Bereich) nehmen sie es nicht wahr oder der Teller mit festen Speisen wird nur zur Hälfte geleert, was oft fälschlich als Appetitlosigkeit interpretiert wird. Darüber hinaus kann durch Schlaganfälle das Sehen und das Gesichtsfeld so beeinträchtigt sein, dass die Umwelt nur noch in Ausschnitten gesehen werden kann. Leichtere Schlaganfälle werden bei immobilen Demenzkranken oft übersehen

und die Verschlechterung der Nahrungsaufnahme dem Fortschreiten der Krankheit zugeschrieben.

Asthma und chronische Bronchitis beeinträchtigen Appetit und Nahrungsaufnahme bei gleichzeitiger Steigerung des Energieverbrauchs durch erhöhte Aktivität der Atemmuskulatur und gestörten Stoffwechsel bei Sauerstoffmangel.

Chronische oder akute Schmerzen sind ebenfalls mit Störungen des Appetits und der Nahrungsaufnahme verbunden. Häufig kann erst durch eine genaue Beobachtung der Verhaltensweisen der Erkrankten auf ein Schmerzerleben geschlossen werden. Sie nach Schmerzen zu fragen ist bei fortgeschrittener Demenz kaum sinnvoll. Demenzkranke antworten auf diese Frage häufig mit „Nein“, obwohl sie unter Schmerzen leiden. Der Bogen „Beurteilung von Schmerzen bei Demenz“ (BESD; Basler et al., 2006; vgl. auch Perrar et al., 2007) ist ein zuverlässiges Instrument, um Schmerzen einschätzen zu können. Es kann auch von Angehörigen eingesetzt werden. Migräneanfälle sind fast immer mit Übelkeit und Appetitlosigkeit verbunden. Bewegungsmangel bei Gelenkschmerzen beeinträchtigt die Verdauung und schränkt so indirekt die Nahrungsaufnahme ein.

Entzündungen im Bereich des Mundes oder der Speiseröhre, „faulende“ Zähne und insgesamt ein schlechter Zahnstatus verursachen Schmerzen. Sie verschlechtern darüber hinaus die Schluckfähigkeit der gekauten Speisen. Manchmal führt auch Stresserleben zu einer verstärkten Magensäureproduktion und daraus resultierenden Geschwüren des Magens oder der Speiseröhre, die ebenfalls die Nahrungsaufnahme vermindern.



Weitere Hinweise dazu enthält auch das Infoblatt 18 „Schmerz erkennen und behandeln“ der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.

3 Anzeichen von Unterernährung und Austrocknen

Meistens ist es sehr schwer abzuschätzen, wie viel Energie und **Flüssigkeit** ein demenzkranker Mensch benötigt, um nicht unternährt und dehydriert („ausgetrocknet“) zu sein. Ein motorisch unruhiger Kranker kann bis zu 1.800 kcal mehr verbrauchen als ein Gleichaltriger, der sich relativ wenig bewegt, und deshalb bei normaler Kost langsam verhungern. Bei veränderter Funktion der Nieren kann bereits 1,5 l ungeeignete Flüssigkeit täglich zu erheblichen Störungen des Elektrolyt- und Wasserhaushalts führen. Wichtiger als starres Befolgen der Empfehlungen ist deshalb eine genaue Beobachtung möglicher Anzeichen von Unterernährung und Dehydratation und rechtzeitiges Einschalten des behandelnden Arztes.

Mangelnde Ernährung macht sich bereits durch Veränderungen des äußeren Erscheinungsbildes der betroffenen Person bemerkbar. Allgemeine Schwäche, Apathie, blasse, schuppige und lädierte Haut, wunde Stellen am Mund, Zittern der Hände, Hämatome und Ödeme weisen auf Unterernährung hin. Als zuverlässige Indikatoren einer Unterernährung gelten erniedrigte Werte von Vitamin B12, Folsäure, Vitamin C, Magnesium, Zink und Albumin (Eiweiß) im Blut.

3

Der Ernährungszustand lässt sich mit Hilfe des Body-Mass-Index (BMI) bestimmen. Der BMI wird berechnet als Körpergewicht in kg dividiert durch die Körpergröße in m²:

$$\text{BMI} = \text{kg Körpergewicht} / (\text{m Körpergröße})^2$$

So gilt zum Beispiel für den BMI einer 155 cm großen Frau von 48 kg Körpergewicht:

$$\text{BMI} = 48 / 1,55^2 = 48 / 2,4 = 20 \text{ kg/m}^2.$$

Für über 65-jährige Menschen sind BMI-Werte von 24 bis 29 kg/m² erstrebenswert. Die Frau im obigen Beispiel müsste also mindestens 57,6 kg wiegen. Bei einem BMI-Wert unter 18,5 kg/m² wird von Unterernährung gesprochen. Ist ein Mensch jedoch zeitlebens ein eher schlanker Typ, so ist auch im Alter nicht anzustreben, ihn zu einer Gewichtszunahme zu nötigen. Entscheidend ist neben dem BMI-Wert auch der Verlauf der Gewichtsentwicklung.

Jeder ungewollte Gewichtsverlust bei Demenzkranken ist als Risikofaktor zu werten. Regelmäßige, am besten wöchentliche, Gewichtskontrollen gehören deshalb zu einer guten Betreuung Demenzkranker.

Als wichtiger Indikator möglicher Unterernährung bei Demenzkranken gilt vor allem ein bedeutender Gewichtsverlust innerhalb eines bestimmten Zeitraums. 1–2 Prozent innerhalb einer Woche, 5 Prozent in einem Monat, 7,5 Prozent in drei Monaten oder 10 Prozent in sechs Monaten sind als bedeutende Gewichtsverluste anzusehen und müssen ärztlich abgeklärt werden.

Die **Beurteilung des Flüssigkeitshaushalts** bei demenzkranken alten Menschen ist besonders schwierig. In der Fachliteratur wird zwar eine tägliche Menge von 1,5 bis 2 Liter an Trinkflüssigkeit empfohlen. Diese Zahl kann jedoch nur als grober Orientierungsrahmen dienen und sollte nicht unkritisch für jeden Demenzkranken übernommen werden. Auch hier gilt eine Anpassung an die individuellen Bedürfnisse. So kann es Demenzkranke geben, die mit 700 ml Flüssigkeit täglich bestens auskommen und andere, die trotz 2000 ml dehydriert sind. Zu berücksichtigen ist auch, dass bei der Aufnahme halbfester oder fester Nahrung immer auch ein Teil an Flüssigkeit mit aufgenommen wird, die in die Berechnung mit einfließen muss. Entscheidend ist die genaue Beobachtung möglicher Hinweise auf Dehydratation.

Als recht zuverlässige Zeichen von **Dehydratation** (Austrocknung) bei einem Menschen, der wenig trinkt, unter fieberhaften Infekten leidet, stark schwitzt oder sehr schnell und oberflächlich atmet (hyperventiliert), gelten:

- plötzlicher Gewichtsverlust von mehr als 3 Prozent Körpergewicht
- trockene Zunge
- längliche Zungenfurchen
- trockene Mundschleimhäute
- trockene Achselhöhlen
- Schwäche der Oberkörpermuskulatur
- Verwirrtheit
- Sprachstörungen
- eingefallene Augen
- niedriger Blutdruck
- erhöhte Pulsfrequenz
- geringe Mengen Urin und stark konzentrierter Urin

Geringe Spannung der Haut, Durstgefühl und orthostatische Blutdruckstörungen sind dagegen nicht aussagekräftig.

4 Folgen von Unterernährung und Austrocknen

4.1 Unterernährung

Die mit der Nahrung zugeführte Energie wird zu etwa 50 Prozent zur Aufrechterhaltung der Grundfunktionen wie Körpertemperatur, Herz- und Lungentätigkeit, Aufbau von Körperstrukturen, Verdauungsprozesse und Stabilisierung des Elektrolyt- und Flüssigkeitsgleichgewichts verbraucht. Bis zu 15 Prozent werden unverdaut im Stuhl und Urin ausgeschieden. Die übrige Energie wird durch körperliche Tätigkeit verbraucht oder als Fett gespeichert. Zur Aufrechterhaltung der Grundfunktionen in völliger Ruhe, bei entspannter Muskulatur und normaler Außentemperatur benötigt ein normalgewichtiger über 65-jähriger Mann ca. 1.300 kcal/Tag (eine Frau ca. 1.100 kcal/Tag). Die empfohlene tägliche Zufuhr von Nährstoffen beträgt bei einem über 65-jährigen Mann ca. 2.100 kcal/Tag (bei einer Frau ca. 1.700 kcal/Tag).

Ohne Zufuhr von Nahrung und Wasser beträgt die Überlebensdauer bei normaler Außen- und Körpertemperatur etwa 12 Tage. Die Kohlenhydratreserven des Körpers (400g = 1.600 kcal) werden bei Hunger schon nach einem Tag verbraucht. Es folgt der Abbau des Fettdepots (etwa 10 kg = 100.000 kcal) und anfänglich auch ein starker Eiweißabbau von etwa 50 bis 70 g pro Tag. Nach etwa zwei Wochen kommt es zum sogenannten Eiweißsparmechanismus mit überwiegendem Abbau der Fette. Der Eiweißverlust beträgt danach lediglich ca. 20 bis 25 g. Ein normalgewichtiger Mensch kann bei einer ausreichenden Flüssigkeits- und Vitaminzufuhr und körperlicher Ruhe etwa 50 bis 80 Tage ohne Nahrung überleben.

Chronische Unterernährung führt neben Gewichtsabnahme zu Schwäche, Ermüdbarkeit und Kälteempfindlichkeit. Besonders nachts treten Durstgefühle auf und häufigeres Wasserlassen ist nötig. Beim Aufstehen tritt Schwarzwerden vor den Augen auf, häufig sind Apathie und Antriebslosigkeit. Die Betroffenen sind zunehmend gangunsicher und besonders sturzgefährdet. Die Haut wird trocken, schuppig und pigmentiert, besonders im Gesicht. Die Fettdepots unter der Haut nehmen ab und es entstehen ausgeprägte Hautfalten. Die Gefährdung durch Druckgeschwüre (Decubiti) steigt. Blutdruck- und Pulsrate sinken ab, die Aktivität der Därme erschlafft, was Durchfälle und Blähungen verursacht. Durch schwere Störungen des Wasserhaushaltes entstehen Ödeme.

Eiweißmangel kann auch zur Beeinträchtigung des Herzmuskels, der Atemmuskulatur und des Zwerchfells mit Einschränkung der Lungenfunktion führen. Die Regenerationsfähigkeit der Lunge wird gestört und das Immunsystem stark beeinträchtigt, wodurch das Auftreten häufiger Infektionen begünstigt wird. Die Wundheilung wird beeinträchtigt und Komplikationen treten häufiger auf. Im Endstadium werden schwere, unbeeinflussbare Durchfälle beobachtet. Chronische Unterernährung erzeugt in der Anfangsphase meistens eine gehobene Stimmung mit dem Gefühl der Leichtigkeit und gesteigerter Leistungsfähigkeit. Im späteren Verlauf treten Depressionen und Verwirrheitszustände auf, ebenso werden Gedächtnisleistungen und Denkprozesse stark beeinträchtigt.

4.2 Austrocknen (Dehydratation)

Ein erwachsener Mensch nimmt unter normalen Lebensbedingungen 2.000 bis 2.500 ml Wasser zu sich. Diese Wasseraufnahme setzt sich zusammen aus 1.000 bis 1.500 ml Trinkmenge einschließlich Suppen, 700 ml Flüssigkeit in Form von halbfesten und festen Nahrungsmitteln und 300 ml Oxidationswasser. Die tägliche Wasserabgabe beträgt 1.000 bis 1.500 ml durch Urin, 500 ml durch die Haut, 400 ml durch die Lungen und 100 ml durch den Stuhl, insgesamt also 2.000 bis 2.500 ml. Die Menge der täglich abgesonderten Verdauungssäfte beträgt etwa 8.200 ml mit 1.500 ml Speichel, 2.500 ml Magensaft, 500 ml Galle, 700 ml Pankreassaft und 3.000 ml Darmsaft. Bei intakten Körperfunktionen werden sie fast vollständig resorbiert (wiederaufgenommen). Veränderte Funktion der Nieren, Durchfälle (bis zu 8.000 ml Wasserverlust), Schwitzen und etliche andere Abweichungen von der Norm können jedoch zu erheblichen Verschiebungen im Wasserhaushalt führen. Bei Demenzkranken, die wenig trinken, wird die sogenannte hypertone oder globale Dehydratation beobachtet. Das Volumen der Körperzellen und des extrazellulären Bereiches ist vermindert. Neben unzureichender Wasserzufuhr gehören auch starkes Schwitzen, schnelles, oberflächliches Atmen (Hyperventilation), Erbrechen, Durchfälle und Erkrankungen der Nieren zu den häufigsten Ursachen des Austrocknens.

Globale Dehydratation führt zu einem verminderten Speichelfluss, Temperatursteigerung, Blutdruckabfall, erhöhter Pulsfrequenz, verminderter Harnausscheidung, akuten Verwirrheitszuständen (Delir) und Koma.

Akute Verwirrtheit (Delir) gehört oft zu den ersten Symptomen eines Flüssigkeitsmangels und kann für die Kranken und ihre Betreuer sehr belastend sein. Als Delir wird eine globale Störung aller kognitiven

Funktionen mit einem raschen Beginn, fluktuierendem Verlauf und einer Gesamtdauer von einigen Tagen bis Wochen bezeichnet. Ein Delir zeichnet sich aus durch: verminderte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit gegenüber äußeren Reizen aufrechtzuerhalten und angemessen auf neu auftretende Reize zu richten, Denkstörungen (zum Beispiel Weitschweifigkeit), belanglose Sprache, Beeinträchtigung des Bewusstseins, Wahrnehmungsstörungen, Halluzinationen, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, Unruhe, Desorientiertheit zu Zeit, Ort oder Person und Gedächtnisstörungen. Diese Störungen werden oft als eine „Verschlechterung der Demenz“ interpretiert und mit Medikamenten behandelt, was zu einer Verschlechterung der Symptomatik und unter Umständen zum Tode der oder des Demenzkranken führen kann. Entscheidend sind eine schnelle Zufuhr von Flüssigkeit und eine besondere Betreuung des Kranken bis zum Abklingen der akuten Verwirrtheit. Die Kranken brauchen eine übersichtliche, ruhige und freundliche Umgebung mit ständiger Anwesenheit einer vertrauten Person, dürfen nicht fixiert oder eingeschlossen werden und sollten möglichst wenig Psychopharmaka erhalten.



5 **Versorgung mit einer Magensonde (PEG)**

Wie in den vorangehenden Kapiteln beschrieben, kann vieles versucht werden, um einen Menschen mit Demenz zum Essen und Trinken zu bewegen. Dazu gehören eine sorgfältige Gestaltung der Atmosphäre, die Auswahl der Speisen und Getränke sowie liebevolles Anreichen des Essens. Wenn dies nicht hilft, psychische oder körperliche Erkrankungen als mögliche Ursachen ausgeschlossen wurden und appetitfördernde Substanzen (Medikamente) keine Wirkung zeigen, dann bleibt oft als letzte Alternative die Versorgung der oder des Erkrankten mit einer Magensonde. Auch bei ausgeprägten Schluckstörungen, die eine ausreichende Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit verhindern, kann die Anlage einer Magensonde angezeigt sein.

Die Magen- bzw. PEG-Sonde (Perkutane Endoskopische Gastroenterostomie) ist ein Zugang, der direkt durch die Bauchhaut und -muskulatur in den Magen gelegt wird. Während einer Magenspiegelung wird eine geeignete Stelle im Magen gefunden und von innen beleuchtet (sichtbar durch die Magenwand und Bauchmuskulatur). Bei örtlicher Betäubung wird dort punktiert, eine dünne Sonde durchgeschoben und an der Bauchhaut befestigt. Durch die Sonde erhält die oder der Kranke Flüssigkeit und flüssige, energiereiche Nahrung. Die Sonde kann bei guter Pflege Wochen bis Monate belassen werden. Die Anwendung einer PEG-Sonde ist allerdings immer wieder mit Komplikationen behaftet, wie dem Verstopfen der Sonde, dem Einwachsen der Halteplatte in die Magenwand, Sondenbruch oder -abriss, Hautirritationen oder -infektionen an der Austrittsstelle, Undichtigkeit oder Schmerzen durch Nervenirritation oder einen zu engen Hautkanal. Bei bettlägerigen Kranken kann es bei falscher Lagerung zum Rückfluss der flüssigen Nahrung aus dem Magen in die Speiseröhre und in die Luftröhre kommen (Aspiration), was eine Lungenentzündung verursachen kann.

Eine PEG-Sonde kann auch von Angehörigen bedient werden. Selbstverständlich sollte immer wieder versucht werden, trotz Sonde Getränke und Nahrung über den Mund zu verabreichen (eine Ausnahme bilden Erkrankte mit sehr schweren Schluckstörungen). Auch wenn eine PEG-Sonde gelegt wurde, bleibt der Mund weiterhin ein wichtiges Sinnesorgan. Deshalb ist es notwendig, eine häufige Mundpflege durchzuführen und regelmäßig Geschmacksreize anzubieten.

Manchmal kann man beobachten, dass die Betroffenen bereits nach einigen Tagen oder wenigen Wochen wieder anfangen „normal“ zu essen und zu trinken und dass die Sonde entfernt werden kann.

Bei der Entscheidung für oder gegen eine PEG-Sonde spielt der Gesundheitszustand der bzw. des Betroffenen eine besondere Rolle. Einem Menschen, der im Sterben liegt, sollte keine Sonde zugemutet werden. Bei schweren körperlichen Erkrankungen, die dem Kranken Schmerzen bereiten und eine schlechte Prognose haben, oder bei Demenzkranken, die keine fremden Objekte an ihrem Körper tolerieren (beispielsweise Verbände oder Pflaster abreißen, die Brille sofort wegwerfen usw.), sich häufiger ausziehen und aggressiv auf die Nähe anderer Personen reagieren, sollte auf die Sonde verzichtet werden. Hohes Alter oder sehr schwere Ausprägung der Demenz bei einer noch guten körperlichen Verfassung sollten dagegen grundsätzlich kein Hinderungsgrund sein.

Berücksichtigt werden sollte bei der Entscheidung für oder gegen eine PEG auch, dass die Gabe von Nahrung über den Mund mit menschlicher Zuwendung zusammenhängt. Wenn eine PEG aus Gründen der Zeitersparnis gelegt wird, erhält die betroffene Person diese Zuwendung möglicherweise nicht mehr in gleichem Maße.

Die Entscheidung für oder gegen eine PEG-Sonde trifft letztendlich die Person, die durch eine Vollmacht oder eine gerichtliche Betreuerbestellung die rechtliche Vertretung der oder des Erkrankten übernommen hat (unter Beachtung einer ggf. vorhandenen Patientenverfügung). Diese Entscheidung sollte aber sehr sorgfältig und möglichst mit allen Beteiligten besprochen werden. Die Aufklärung und Beratung

über den Eingriff, die möglichen Komplikationen und Alternativen erfolgt durch den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin. Mit den Familienangehörigen und eventuell weiteren nahestehenden Personen sollte dann gemeinsam überlegt werden, wie man den eigenen Wunsch der erkrankten Person herausfinden und ihm gerecht werden kann. Auch die ethischen Grundsätze der pflegenden und behandelnden Berufsgruppen sollten bei den Beratungen mit einbezogen werden. Unter Umständen kann es hilfreich sein, sich beraten zu lassen und mit einer außen stehenden Person Rücksprache zu halten. Auch der Austausch mit anderen Angehörigen, die diese Entscheidung selbst schon einmal fällen mussten, kann entlastend sein.

Wenn eine Patientenverfügung vorhanden ist, muss diese selbstverständlich daraufhin geprüft werden, ob die oder der Betroffene darin Verfügungen getroffen hat, die auf die aktuelle Situation anzuwenden sind. Oft sind dort jedoch eher allgemeine Formulierungen zu finden wie, dass „im Falle einer unheilbaren Erkrankung alle lebensverlängernden Maßnahmen“ abgelehnt werden. Mit dieser Formulierung werden subjektiv alle Krankheitszustände erfasst, die den Sterbeprozess einleiten (zum Beispiel eine weit fortgeschrittene Krebserkrankung mit zahlreichen Metastasen) oder so schwere und anhaltende Beeinträchtigungen des Bewusstseins, dass eigentlich nur noch der Körper mit maschineller Unterstützung funktionsfähig gehalten wird (zum Beispiel bei Wachkoma). Die Erfahrung zeigt, dass Menschen mit Demenz auch im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung solchen Bildern in der Regel nicht entsprechen. Oft sind sie in ihrer Welt recht zufrieden, vor allem dann, wenn die Betreuenden die Erkrankten nicht mit ihren Kompetenzverlusten konfrontieren und ihre Defizite behutsam ausgleichen.

6 Zusammenfassung

6

- Demenzkranke essen und trinken oft zu wenig, weil sie kein Hunger- und Durstgefühl verspüren, Geruchs- und Geschmacksinn verlieren, Speisen und Getränke als solche nicht erkennen, vergessen wie gegessen und getrunken wird und mit der Situation am Tisch überfordert sind.
- Längeres Fasten ist für Demenzkranke meistens nicht mit unangenehmen Empfindungen, Schmerzen oder Leiden verbunden, sondern bewirkt eher eine Stimmungsaufhellung mit dem Gefühl innerer Harmonie und Leichtigkeit.
- Appetitlosigkeit kann auch durch Medikamente oder durch körperliche und psychische Begleiterkrankungen bedingt sein oder als eine der typischen Folgen der Unterernährung auftreten.
- Mobile Demenzkranke benötigen oft erheblich mehr Energie als andere alte Menschen und können deshalb verhungern, auch wenn sie nach Ansicht der Betreuenden „ausreichend viel essen“. Regelmäßige Gewichtskontrollen sind notwendig, um Unterernährung rechtzeitig zu bemerken



- Nicht ausgewogene, abwechslungsreiche und gesunde Ernährung, sondern ausreichende Energie- und Flüssigkeitsaufnahme stehen im Vordergrund aller Bemühungen. Wenn Kranke nur einige wenige Speisen und Getränke akzeptieren, wird versucht, notwendige Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente dem Essen beizumischen oder es mit Zusatznahrung („Astronautenkost“) zu ergänzen.
- Die Mahlzeiten sollen den Kranken Freude und Genuss bereiten, Selbstwertgefühl und Selbstständigkeit fördern. Sie sind eine der wichtigsten Beschäftigungen. Deshalb brauchen die Betreuenden viel Zeit, Gelassenheit und Nachsicht mit den veränderten „Tischmanieren“. Zwang und gereizte Atmosphäre während der Mahlzeiten erzeugen Stress für alle Beteiligten und verstärken eine ablehnende Haltung der Kranken.
- Durch individuelle Gestaltung der Mahlzeiten, Auswahl von Speisen und Getränken, die den (oft erheblich veränderten) Vorlieben der Kranken bezüglich des Geschmacks, der Konsistenz und der Temperatur entsprechen, gelingt es zumeist, die notwendige Energie- und Flüssigkeitsmenge zu verabreichen.



6

- Wenn Kranke trotz aller Bemühungen das Essen und Trinken ablehnen, zu verhungern und zu verdursten drohen, ist eine genaue diagnostische Abklärung erforderlich.
- Wenn die Kranken nicht mehr in der Lage sind genügend Essen oder Trinken zu sich zu nehmen, stellt sich die Frage der Versorgung mit einer Magensonde. Die Entscheidung für oder gegen eine PEG muss immer im Einzelfall sorgfältig abgewogen werden. Besonders gut mobile, körperlich ansonsten fitte Kranke profitieren von der Anlage einer PEG, wenn beispielsweise ein kleiner Schlaganfall die Schluckstörungen verursacht. Ist der Krankheitsverlauf schon sehr weit fortgeschritten und begleitet von einem ausgeprägten körperlichen Abbau mit Immobilität, Sprachverlust, Inkontinenz sowie anderen schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen oder befinden sich die Betroffenen bereits im Sterbeprozess, so sollte auf eine PEG-Anlage verzichtet werden.
- Auch das Leben mit einer schweren Demenz ist lebenswert!

Literatur

- Basler, H.D.; Hüger, D.; Kunz, R.; Lukas, A.; Nikolaus, T.; Schuler, M.S. (2006): *Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)*; Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltens. *Der Schmerz*, 20 (6), 519-526
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.) (aktualisierte Auflage 2007): *Ratgeber für die richtige Ernährung bei Demenz. Appetit wecken, Essen und Trinken genießen*. Ernst Reinhardt Verlag, München 2006. Reinhardts Gerontologische Reihe, Band 36
- Biedermann, M. (3. Auflage 2011): *Essen als basale Stimulation*. Vincentz Verlag, Hannover
- Brüggemann, J. et al. (2003): *Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen*. MDS, Essen
- Crawley, H. (3. Auflage 2010): *Essen und Trinken bei Demenz*, Kuratorium Deutsche Altershilfe/medhochzwei Verlag, Heidelberg
- Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V. (2005): *Die Ernährung Demenzkranker in stationären Einrichtungen*, ISBN 3000157964,
- Eigenberz, I., Kröhnert-Nachtigall, A. (2014): *Torte geht immer: Handbuch Ernährung bei Demenz*. Vincentz Verlag, Hannover
- Perrar, KM., Sirsch, E., Kutschke, A. (2. Auflage 2011). *Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe*. Stuttgart, Thieme
- Rückert, W., Radka, A., Bauer-Söllner, B., Brinner, C., Ding-Greiner, Ch., Kolb, Ch., Lärm, M., Mybes, M., Schreier, M., Vanorek, R.: *Ernährung bei Demenz*. Huber Verlag, Bern 2007.

- Vilgis,T, Lendner, I., Caviezel, R. (2015): *Ernährung bei Pflegebedürftigkeit und Demenz: Lebensfreude durch Genuss*, Springer-Verlag Wien
- Volkert, D. (2015): *Ernährung im Alter*. De Gruyter, Berlin

Internet

- Blog zu Ernährung und Demenz:
www.nahrungsverweigerung.de
- Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.:
www.dgem.de/leitlinien

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft engagiert sich für ein besseres Leben mit Demenz.

Sie unterstützt und berät Menschen mit Demenz und ihre Familien. Sie informiert die Öffentlichkeit über die Erkrankung und ist ein unabhängiger Ansprechpartner für Medien, Fachverbände und Forschung. In ihren Veröffentlichungen und in der Beratung bündelt sie das Erfahrungswissen der Angehörigen und das Expertenwissen aus Forschung und Praxis. Als Bundesverband von 134 Alzheimer-Gesellschaften unterstützt sie die Selbsthilfe vor Ort. Gegenüber der Politik vertritt sie die Interessen der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Die DALzG setzt sich ein für bessere Diagnose und Behandlung, mehr kompetente Beratung vor Ort, eine gute Betreuung und Pflege sowie eine demenzfreundliche Gesellschaft.

Über die internationalen Dachverbände Alzheimer Europe und Alzheimer's Disease International ist die DALzG im Austausch mit Alzheimer-Gesellschaften in aller Welt.

Die zentrale Geschäftsstelle in Berlin organisiert das bundesweite Alzheimer-Telefon 030 - 259 37 95 14, wo Anrufer Informationen und individuelle Beratung erhalten sowie Broschüren bestellen können. Sie unterstützt beim Aufbau neuer Gruppen und bietet Fortbildungen für Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter an. Neben Fachtagungen veranstaltet sie alle zwei Jahre bundesweite Kongresse, die allen Interessierten offen stehen.



Alzheimer-Telefon
030 - 259 37 95 14

Die DALzG ist auf Ihre Unterstützung angewiesen

Die DALzG ist eine gemeinnützige Selbsthilfeorganisation. Sie kann einen Großteil ihrer satzungsgemäßen Aufgaben nur mit Spenden und Unterstützung durch Mitglieder und Förderer erfüllen. Einzelne Projekte werden durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert.

Wir möchten Sie daher einladen mitzuhelfen, Demenzkranken und ihren Angehörigen ein würdiges Leben zu ermöglichen:

- durch einmalige oder dauerhafte Spenden
- mit einer Spende oder Zustiftung in das Vermögen der im Jahre 2000 errichteten Deutschen Alzheimer Stiftung
- als Mitglied einer regionalen Alzheimer-Gesellschaft

Spendenkonto der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.

Bank für Sozialwirtschaft Berlin

IBAN: DE91 1002 0500 0003 3778 05

BIC: BFSWDE33BER

Veröffentlichungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz

Die DALzG veröffentlicht eine Reihe von Broschüren und Taschenbüchern, die sich an Angehörige, Menschen mit Demenz, Gruppenleiter und allgemein Interessierte wenden. Grundlegende Informationen enthält die kostenlose Broschüre „Demenz. Das Wichtigste. Ein kompakter Ratgeber“. Andere Broschüren behandeln spezielle Themen, wie etwa Pflegeversicherung, Recht und Finanzen, Technische Hilfen, Pflegeheim, Ernährung, Inkontinenz, Gestaltung des Alltags und werden zum Selbstkostenpreis abgegeben. Die Zeitschrift Alzheimer Info erscheint vierteljährlich.

Einige Broschüren stehen zum Download im Internet zur Verfügung. Das Gesamtverzeichnis ist im Internet zu finden. Informationen und Bestellungen siehe Kontaktdaten.

Informationen im Internet

www.deutsche-alzheimer.de

www.facebook.com/DeutscheAlzheimerGesellschaft

www.alzheimerandyou.de

www.demenz-partner.de

www.demenz-und-migration.de

Die regionalen Mitgliedsgesellschaften der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz

Die DALzG hat mehr als 130 Mitgliedsgesellschaften in ganz Deutschland. Sie bieten u. a. persönliche Beratung, Informationen über Hilfsangebote, Gruppen für Angehörige und Betroffene an.

Die aktuellen Kontaktdaten der Mitgliedsgesellschaften sind auf www.deutsche-alzheimer.de zugänglich oder können telefonisch oder per E-Mail erfragt werden. Ebenso die Adressen der mehr als 400 Anlaufstellen, die mit der DALzG verbunden sind.

Kontakt und Bestellungen

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.

Selbsthilfe Demenz

Friedrichstraße 236, 10969 Berlin

Tel.: 030 - 259 37 95 0

Fax: 030 - 259 37 95 29

Alzheimer-Telefon: 030 - 259 37 95 14

E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de

Internet: www.deutsche-alzheimer.de



BARMER

Die BARMER Pflegekasse informiert

Sie möchten mehr erfahren?

Alles zum Thema Pflege finden Sie in unseren Medien:

- Faltblatt „Zu Hause pflegen – Unterstützung für pflegende Angehörige“
- Broschüre „Sicherheit im Pflegefall“
- Broschüre „Wie bereite ich mich auf die Pflegebegutachtung vor?“
- Faltblatt „Ambulante Pflegedienste – Immer eine Frage der Qualität“
- Faltblatt „Wohnraumanpassung – Wer trägt die Kosten?“
- Infoblatt „Die Leistungen der Pflegekasse auf einen Blick“
- Faltblatt „Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson“
- Faltblatt „Hilfe auf Knopfdruck – Informationen über Hausnotrufgeräte“
- Broschüre „Das richtige Pflegeheim – Tipps und Hinweise für Ihre Suche“
- Broschüre „Wie vermeide ich Druckgeschwüre?“
- Broschüre „Harninkontinenz im höheren Lebensalter“
- Broschüre „Wie vermeide ich Stürze?“
- Faltblatt „Ich pflege – auch mich“

Alle diese Broschüren finden Sie zur Bestellung und zum Download auch online unter: www.barmer.de/s050136

– Pflegekasse –





Zu den Begleitscheinungen einer Demenzerkrankung gehören Störungen beim Essen und Trinken. Die Kranken lehnen Speisen und Getränke ab, die sie früher gerne mochten. Es fällt ihnen schwer mit Messer und Gabel zu essen. Wenn sie zum Essen und Trinken aufgefordert werden, reagieren sie oft gereizt und aggressiv. Das Essen findet häufig in einer gespannten Atmosphäre statt und ist für die Kranken wie für die pflegenden Angehörigen unangenehm und belastend. Diese Broschüre soll Angehörigen dabei helfen, das Verhalten der Kranken besser zu verstehen, eine gute Ernährung sicherzustellen und eine entspannte Atmosphäre beim Essen zu ermöglichen.

Diese Broschüre kann auch im Internet heruntergeladen werden:
www.barmer.de/a000314