

Autorinnen: Barbara Lücke
Nicole Richard

Wenn du vergisst, was du isst - Demenz und Ernährung -

Für das leibliche Wohl von Menschen mit Demenz zu sorgen, stellt eine ganz besondere Herausforderung für alle Beteiligten, insbesondere für Pflegende und das Küchenpersonal, dar. Einerseits muss das Essen hohen Qualitätsansprüchen genügen: Die Speisen sollen bezüglich der Konsistenz, des Aussehens und des Geschmacks auf die vorhandenen Ressourcen von Menschen mit Demenz abgestimmt sein, z.B. mit Fingerfood. Andererseits benötigen diese Menschen einen Kontext, einen für sie nachvollziehbaren Zusammenhang, um die Mahlzeit als solche zuzuordnen.

Zu den einstimmenden Rahmenbedingungen, die einen Menschen mit Demenz (MmD) auf das Speisen vorbereiten, gehören z.B. das gemeinsame Tisch-Decken, das Riechen der Speisen, das Hören des Töpfeklapperns sowie eine persönliche Ansprache. Eine Beteiligung an der Essvorbereitung kann die Zuführung zum gemeinsamen Essen erleichtern, schafft Struktur und wirkt appetitanregend. Es gilt, ein Konzept zur Esskultur zu entwickeln, das die Zusammenarbeit zwischen Pflege, Hauswirtschaft und Küche unter Einbindung der Biografie des MmD und dessen Angehörigen regelt. Es gilt in stationären, viel mehr noch in ambulanten Einrichtungen der Altenhilfe, die Gefahren der Mangel-, Fehl- und Unterernährung zu erkennen und Essen als Basale Stimulation (nach Biedermann), als „Hochzeit“ des Tages, als zentraler Faktor der Lebensqualität zu garantieren.

In den ersten Phasen der Demenz, wenn Betroffene größtenteils noch in der häuslichen Situation leben, kommt es bereits aufgrund der ersten Demenzsymptome zu gefährlichen Fehlernährungen: Menschen vergessen, dass sie (nicht) gegessen haben, essen häufig das Gleiche, weil sie diese Speisen mögen oder die Bereitung einfach ist. Sie gehen mit dem immer gleichen Merkzettel - der wie ein Dogma auf dem Kühlschrank liegt - einkaufen, sodass sich die immer gleichen Lebensmittel im Kühlschrank befinden. In stationären Einrichtungen ist die Ernährungssituation von BewohnerInnen freilich kontrollierter, aber in ihren Möglichkeiten noch nicht erschöpft. Es besteht z.B. für Menschen mit erheblichem Bewegungsbedarf die Gefährdung der Unterernährung, weil sie sich zum Essen nicht setzen wollen und einen ungewöhnlich hohen Kalorienverbrauch haben.

Malnutrition

Fehl- und Mangelernährung (Malnutrition) ist zu einer der häufigsten und am wenigsten beachteten Krankheiten im Alter geworden. Von den zuhause lebenden alten Menschen in der Schweiz sind davon etwa 5 bis 10% betroffen, in Institutionen und Heimen sind es bis zu 60%. Als Malnutrition wird sowohl eine ungenügende oder fehlerhafte Zusammensetzung der Nahrung als auch ein suboptimaler Ernährungszustand bezeichnet. Mangelernährung bedeutet also nicht nur dem Körper zu wenig (oder auch zu viel) an Kohlenhydraten und Fetten zuzuführen. Es handelt sich auch um ein Defizit an Nährstoffen wie Eiweiß, Vitaminen, Spurenelementen und Mineralstoffen. Der Körper braucht im Alter zwar weniger Nahrung, da der Energieumsatz des Körpers sinkt (also weniger Energielieferanten notwendig sind, wie Kohlenhydrate und Fette). Bei Menschen mit Demenz, die ein erhöhtes Bewegungsbedürfnis und starke Unruhe haben, ist aber das Gegenteil der Fall: Der Kalorienbedarf steigt. Das Vermögen, sich selbst ausreichend zu versorgen, sinkt. Dieser bestehenden Problematik wird zunehmend „biedermann-weise“ mehr Aufmerksamkeit geschenkt und angemessenere Einrichtungs- und Küchen-Konzepte bezüglich Milieu und Speisenzubereitung entstehen. Das sind hilfreiche Ansätze zur Prävention. Bis diese ausreichend greifen, ist es notwendig, im Gefahrenfall zu intervenieren.

Alarmsignale der Malnutrition beachten:

1. Probleme beim Essen (Appetitmangel, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Kau- und Schluckbeschwerden)
2. körperliche Verfassung (Müdigkeit, Kopfschmerzen, Tremor)
3. psychische Beschwerden (Apathie, Depression, Desorientiertheit, Angst, Einsamkeit)
4. Veränderungen der Haut (blasse Farbe, Schuppenbildung, Risse und wunde Stellen am Mund, Ödeme, Hämatome, schlaaffe Haut und Dekubitus)
5. körperliche Entwicklung (Abnahme von Körpermasse, markant vorstehende Knochen, Abbau von Muskulatur und Knochenmasse, allgemeiner Gewichtsverlust)

Zu Prävention und zur Klärung, ob tatsächlich eine Malnutrition vorliegt, kann der Ernährungsstatus einer Person durch verschiedene Methoden dokumentiert und festgestellt werden:

- Anamnese (Appetit, Häufigkeit und Portionierung von Mahlzeiten, Kaustatus, Vorlieben und Abneigungen von Speisen / Getränken)
- Ess- und Trinkprotokolle
- Gewicht (BMI) und Gewichtsverlauf
- Klinischer Eindruck
- Skalen/Checklisten (SGA, NRS, MNA)
- BIA (Bioelektrische-Impedanz-Analyse)
- Laboruntersuchungen

Folgen einer Malnutrition:

- verlangsamte Rekonvaleszenz
- beeinträchtigte Wundheilung
- gesteigertes Risiko von Dekubitus
- neurologische und kognitive Störungen
- erhöhte Infektanfälligkeit
- Störung der Atemfunktion
- Erhöhung des Sturz- und Frakturrisikos
- Abnahme der Muskelkraft
- steigendes Mortalitätsrisiko

Demenz und Ernährung

Noch gravierender als das Alter bewirkt eine Demenz Veränderungen in der Ernährung und im Ernährungsverhalten. Hier kommen, korrespondierend zu den entsprechenden Symptomen, folgende Beeinträchtigungen hinzu:

(Beispiele aus der ambulanten bzw. stationären Pflegesituation)

Kernsymptome der Demenz (Ausmaß jeweils abhängig vom Stadium)	Folge für Ess- und Trinkverhalten von Menschen mit Demenz (MmD)
Vergesslichkeit	Selbst vertraute Essens-Zubereitungsarten sind aus dem Gedächtnis gelöscht
Merkfähigkeitsstörung	MmD kann sich nicht einprägen, ob er gegessen hat oder nicht
Zeitliche Desorientierung	MmD befinden sich zunehmend in einem „zeitlichen Vakuum“, das es ihm unmöglich macht nachzuvollziehen, wann er zuletzt gegessen hat oder essen einzuplanen
Koordinationsstörung	Wenn das Zubereiten der Mahlzeit komplexe Tätigkeiten erfordert, sind MmD häufig

	überfordert
Verlust des logischen Denkvermögens	Das unangenehme Gefühl im Bauch (Hunger) kann nicht mehr mit der notwendigen Nahrungsaufnahme in Zusammenhang gebracht werden
Verminderung der Urteilsfähigkeit, auch durch Lesestörung	MmD können Verpackungen nicht mehr zuordnen, sondern orientieren sich an vertrauten Abbildungen auf Büchsen usw.
Erkennungs- und Sehstörungen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ein weißer Teller auf einem weißen Tischtuch wird nicht erkannt. 2. Hauptgericht, Salatteller und Dessertteller sind zu viele Stimulationen auf einmal, der Erkrankte isst nicht (Reizüberflutung)
Störung der Sprache: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aphasie 2. Anomie 3. Paraphrasie 	<ol style="list-style-type: none"> 1. kann nicht sagen, dass und worauf er Hunger hat, weil er nicht die richtigen Worte findet 2. Nutzung von ähnlich klingenden aber inhaltlich bedeutungslosen Begriffen (statt Stulle - Nulle), die vom Betreuer u. U. nicht verstanden werden 3. umschreiben des gesuchten Wortes (statt Kaffee – „Das braune Wasser“)
Störung des Handelns (Apraxie)	<ol style="list-style-type: none"> 1. kann zum Essen notwendige Bewegungsabläufe nicht koordinieren (z. B. Nutzung des Bestecks) 2. kann eine Flasche nicht öffnen oder ein Glas entsprechend gebrauchen
Störung des Erkennens (Agnosie)	<ol style="list-style-type: none"> 1. weiß nicht, wofür Besteck benutzt wird 2. Nicht-Verstehen einer Ess-Situation 3. Nicht-Erkennen von Speisen und Getränken
Konzentrationsstörung	lässt sich während des Essens leicht ablenken
Stimmungsschwankungen	Überforderung in der Esssituation durch Erkenntnis der schwindenden Fähigkeiten. Als Reaktion darauf Angst, Peinlichkeit, Stress, Einsamkeit oder aber in frühen Stadien besondere Wertlegung auf Etikette und Korrektheit

Grundsätzlich gilt es hier, wie auch bei anderen Problemen im Umgang mit MmD, nicht den Fokus auf die Defizite des Erkrankten zu legen, sondern die vorhandenen Fähigkeiten als Ressourcen anzusehen und zu nutzen. Das Prinzip des maximalen Erhalts von Autonomie und Selbstständigkeit des Bewohners sollte auch hier greifen. Es geht vor allem darum, dass überhaupt gegessen wird und dass das Essen möglichst mit der zentralen Ressource Genuss assoziiert wird.

Interventionen:

1. Bei MmD ist es von Vorteil, das Essen im ähnlichen Zeitkorridor stattfinden zu lassen (z.B. Frühstück von 7.00-10.00 Uhr), wobei den individuellen Gewohnheiten nach Möglichkeit entsprochen werden sollte (Zeitpunkt und Häufigkeit des Essens).

2. Das Essen sollte stressfrei geschehen (Vermeidung von akustischen Störquellen oder Zeitdruck: „Die Küche will die Teller bis spätestens 13.00 Uhr zurück haben“). Im Idealfall bestimmen die Kompetenzen der MmD das Tempo und die Uhrzeit der Mahlzeiten. Bei MmD sind nicht drei feste Mahlzeiten pro Tag, sondern sechs bis acht Mahlzeiten empfehlenswert.
3. Die Bewohner sollten an der Planung und der teilweisen Zubereitung des Essens beteiligt werden: Dabei ist die begleitete Selbstbedienung beim Essen zu bevorzugen. Das eigenständige Auffüllen aus Schüsseln, die auf dem Tisch stehen, fördert das Gefühl von Eigenständigkeit und ermöglicht Erfolgserlebnisse. Bereits portioniertes und zusammengestelltes Essen kann bei manchen, sehr zur Vorsicht neigenden MmD, die Vorstellung fördern, dass das Essen vergiftet sei. Zudem kann das gesamte Essen verweigert werden, wenn die Portionen zu groß sind und damit unappetitlich wirken. Ein Nachschöpfen-Können befriedigt doppelt.
4. Das Geschirr sollte gerade auch bei MmD farblich vom Tisch oder der Tischdecke unterschieden sein. Günstig sind Teller mit rotem Rand, denn diese Farbe wird am längsten gesehen. Ein Glas wird nicht gesehen, wenn es sich nicht vom Tisch abhebt.
5. Zuträglich ist selbstverständlich auch eine entspannte und freundliche Atmosphäre innerhalb einer Gruppe. Denn Essen und Trinken geschieht am ehesten nach dem Lustprinzip und zwar genau dort, wo sich der Bewohner sicher und aufgehoben fühlt.
6. Der Pflegende kann durch konkretes `Vormachen´ die Möglichkeit der Anleitung zum Essen geben. Es müssen keine ganzen Mahlzeiten mitgegessen werden, allein der Vorgang des Essens (z. B. eines Apfels oder Nachtisches) wirkt stimulierend.
7. Sehr bewegungsfreudige MmD nehmen am ehesten das Essen während des Laufens ein. Sie haben zu wenig Ruhe, um am Tisch zu essen. Durch esstechnisch angepasste Speisen, wie das Fingerfood, ist ein Eat by Walking möglich. Zu berücksichtigen ist hierbei eine evt. Überforderung durch zwei Aufgaben (essen und gehen), sodass ein Essen-Reichen hilfreich sein kann. Es bedarf der Zuteilung von hochwertigem und ausreichendem Essen (erhöhter Mehrbedarf bei Menschen mit großem Bewegungsantrieb bis zu 2500 kcal/Tag).
8. Für manche MmD ist die Gruppe problematisch: Die Möglichkeit, z. B. diese Menschen im Zimmer eines Bewohners gemeinsam das Essen einnehmen zu lassen (Gastgeber-Prinzip), bringt für die übrige Gemeinschaft Ruhe, während in der Kleingruppe „eigene Regeln“ akzeptiert werden können, z. B. sehr langsames Essen, im Sinne des Fingerfoods.
9. Über zeit-, kulturgeschichtliches und regionales Wissen können Rückschlüsse auf die Ernährungsgewohnheiten der Bewohner gezogen werden. Viele Menschen, die heute in Heimen gepflegt werden, lieben beispielsweise schwere Soßen, vor allem wenn sie mit Sahne oder Rapsöl zubereitet sind. Suppen gelten als Seelentröster und „das gute Stück Butter“ steht für finanzielle Sicherheit, gerade in einer Generation, die Hunger und Entbehrung erlebt hat. Vorsicht ist im Umgang mit kultursensibler Nahrung geboten, die sich zum Beispiel auf religiöse Traditionen bezieht, wie z. B. koschere Zubereitung des Essens bei Juden. Auch individuelle, berufsspezifische Gewohnheiten können bei der Essens- oder Getränkeanreicherung helfen: ein ehemaliger Maurer akzeptierte jedes Getränk in einer 0.5l Bierflasche.
10. Ein einmal erfolgreich eingeführtes Essens-Ritual (1. Geruchsverbreitung der Speisen, 2. Tischdecken, 3. Gong usw.) kann MmD dazu animieren, innerlich den „Kontext Essen“ (Handlungsablauf) in Gang zu setzen und Appetit zu bekommen. Es erfordert dann den Einsatz der Mitarbeiter, die Aufmerksamkeit der Bewohner ausreichend lang beim Essen zu halten.
11. Grundsätzlich müssen Möglichkeiten gefunden werden, sicherzustellen, dass MmD jederzeit an Essen herankommen können (gerade bedeutsam für Menschen, die Krieg und Rationierung kennen gelernt haben). D.h. MmD sollen ihren Hunger stillen können,

ohne das Wort Hunger gebrauchen oder jemanden diesbezüglich ansprechen zu müssen.

Beispiel: „Frau M. ist heute so umtriebig!

Frau M., eine demenzerkrankte ältere Dame, wird an den Tisch geführt mit der Aussage: „Setzen Sie sich schon mal. Das Essen kommt gleich.“ Die Pflegende geht, der Tisch bleibt leer. Draußen sind Geräusche zu hören, Frau M. wird darauf aufmerksam und geht in die Richtung, aus der die Geräusche kommen. Sie wird zurückgeführt mit der Bemerkung: „Das Essen kommt doch gleich, bleiben Sie bitte sitzen.“ Erneute Ablenkung, erneutes Aufstehen, erneutes Zurückbringen, es folgen Wiederholungen. Die Unzufriedenheit und die Frustration steigt auf beiden Seiten. Als endlich gegessen werden kann – die Pflegende ist nicht anwesend – und Frau M. gut die Hälfte ihrer Portion zu sich genommen hat, ruft eine Mitarbeiterin im Flur: „Tschüss, bis Morgen!“ In diesem Moment steht Frau M. auf und geht hinterher. Die verbleibende Mitarbeiterin sieht, dass Frau M. einigermaßen gegessen hat und räumt ab. Frau M. hatte sich beim ersten Sättigungsgefühl ablenken lassen und nicht im Blick gehabt, dass sie vorläufig keinen kleinen Hunger mehr wird stillen können. Im Laufe des Tages wird Frau M. zunehmend unruhiger und unzufriedener. Sie kann für ihren knurrenden Magen kein angemessenes Gefühl benennen oder entsprechend handeln. Denn sie erkennt keine Küche, sieht keine Kekse.... Frau M. beginnt am frühen Nachmittag mit der wiederholten Aussage: „Ich will jetzt nach Hause.“
Warum bloß?

Quellen:

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.): *Ratgeber für die richtige Ernährung bei Demenz. Appetit wecken, Essen und Trinken genießen*, Ernst-Reinhardt-Verlag, München, 2006
Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung, e.V.: *Die Ernährung Demenzkranker in stationären Einrichtungen*, Rieseby, 2005
Volkert D., *Ernährung im Alter*, UTB, Quelle & Meyer, Wiesbaden, 1997

Internetquellen:

Frenz, Renate: *Sinn und Unsinn von Diäten in der Altenhilfe*, DGE e.V., Vortrag „Is(s)t im Alter alles anders?“, Stuttgart, 2006

Menebröcker, Claudia: *Demenz – besondere Aspekte der Verpflegung und Mangelernährung und Ernährungsstatus bestimmen und Maßnahmen ergreifen*, DGE e.V., Vortrag „Is(s)t im Alter alles anders?“, Stuttgart, 2006

Schlettwein-Gsell, Daniela: *Welche Ursachen führen zu Mangelernährung und Fehlernährung?*, Alzheimerforum, Curaviva, 2003