

**BARMER**

# Ernährung in der häuslichen Pflege Demenzkranker



# Impressum

## Herausgeber

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

## Text

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

## Redaktion

Hans-Jürgen Freter

## Bildnachweise

JensGade/iStock (S. 6); AnthonyClausen/iStock (S. 9); kowalska-art/iStock (S. 10); Yuliya\_Lesovaya/iStock (S. 11); Pcanzo/iStock (S. 12); ovchynnikov/iStock (S. 14); creator76/iStock (S. 15); Derek Grime/iStock (S. 16); DAJ/iStock (S. 19); Anna Hymas/iStock (S. 21); colematt/iStock (s. 23); macrovector/iStock (S. 25); olegtoka/iStock (S. 26); Alejandro Lozano campa#a/iStock (S. 28/29); jehsomwang/iStock (S. 30); patjm/iStock (S. 33); Tatiana Melnikova/Hemera (S. 34); BerSonnE/iStock (S. 36, 37); Moriz89/iStock (S. 38); GoLook/iStock (S. 40); mart\_m/iStock (S. 43); Anna Hymas/iStock (S. 54)

Stand: Januar 2017

© BARMER und Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. 2016, Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Einwilligung der BARMER und der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V.



## Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.

Tel. 030 2593795-0  
Fax 030 2593795-29  
info@deutsche-alzheimer.de  
[www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de)

**Alzheimer-Telefon:**  
01803 171017\* oder  
030 259379514

\* 9 Cent pro Minute aus dem Festnetz,  
Anrufe aus dem Ausland oder den Handy-  
netzen sind unter dieser Nummer nicht  
möglich.

# 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 „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“

Darüber hinaus bietet die BARMER Pflegekasse kostenlose Pflegekurse und individuelle häusliche Schulungen für Pflegende an. Ihre Fragen zur Pflegeversicherung beantworten Ihnen gerne unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unseren Geschäftsstellen.

Infos unter

[www.barmer.de/s050015](http://www.barmer.de/s050015)



**PRAKTISCHE HILFEN**

für den Alltag

# Ernährung in der häuslichen Pflege von Menschen mit Demenz

Jan Wojnar

Klaus Maria Perrar



Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.  
**Selbsthilfe Demenz**

## Impressum

© 9. Auflage 2014

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., Berlin

Gestaltung: Ulrike Künnecke

Druck: Meta Druck, Berlin

Gedruckt auf Recyclingpapier aus 100 % Altstoff,  
ausgezeichnet mit dem Umweltzeichen Der Blaue Engel.

Alle Rechte vorbehalten

ISSN 2363-4790

# Inhalt

	Vorbemerkung	5
<b>1</b>	<b>Essen Demenzkranke anders?</b>	<b>7</b>
1.1	Veränderungen des Essverhaltens	7
1.2	Trinkverhalten	13
1.3	Besondere Beeinträchtigungen durch Demenz	15
<b>2</b>	<b>Umgang mit Ernährungsproblemen bei Demenzkranken</b>	<b>19</b>
2.1	Entspannte Atmosphäre	20
2.2	Geeignete Speisen und Getränke	22
2.2.1	Bevorzugte Speisen und Getränke	23
2.2.2	Zubereitung und Konsistenz der Speisen	26
2.3	Anreichen von Nahrung	28
2.4	Behandelbare Störungen der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	35
<b>3</b>	<b>Anzeichen von Unterernährung und Austrocknen</b>	<b>41</b>

## 4 Folgen von Unterernährung und Austrocknen 45

---

4.1 Unterernährung 45

4.2 Austrocknen (Dehydratation) 47

## 5 Versorgung mit einer Magensonde (PEG) 49

---

## 6 Zusammenfassung 53

---

Literatur 56

Die Autoren 56

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Selbsthilfe Demenz 57

## 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, dem Kranken 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 Demenzkranker geht.

Die seit 2008 erschienenen Auflagen dieser Broschüre wurden von Dr. Klaus Maria Perrar durchgesehen und aktualisiert.





# 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 z. B. 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. Demenzkranke Menschen sind zu solchen Überlegungen nicht fähig und dadurch besonders gefährdet. Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass die meisten von ihnen an Unterernährung, Dehydratation (Austrocknen) und Lungenentzündung (meistens als Folge der geschwächten Immunabwehr bei Unterernährung) 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 z. B. 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 (z. B. Kuchen 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 be-

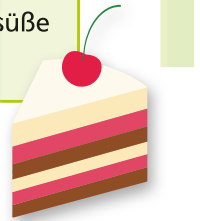
reits nach kurzer Zeit eine Gewöhnung und eine Reduktion der subjektiven Geruchsempfindung sowohl für angenehme als auch für unangenehme Gerüche. Die Reaktionen auf bestimmte Gerüche scheinen angeboren zu sein und dienen dem Schutz vor Gefahren. Dazu gehören z. B. erhöhte Aufmerksamkeit und Unruhe bei 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“).



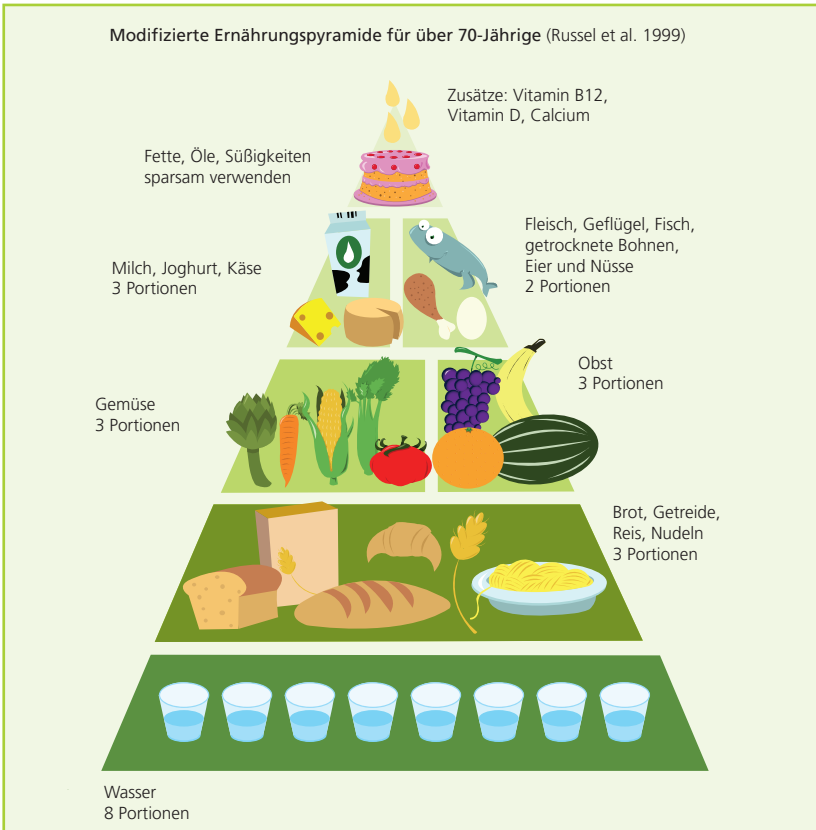
Die Bedeutung des Geruchssinns für das Leben und Überleben ist offenbar so groß, dass die ca. 30 Millionen Riechzellen des Menschen die einzigen echten Nervenzellen sind, die lebenslang nachgebildet werden. Diese Fähigkeit wird im Alter deutlich abgeschwächt und die Riechzellen werden zunehmend durch 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 % der 65- bis 80-Jährigen und bei etwa 75 % 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 metallischer Geschmack, der auch länger im Mund verbleibt. Andere wiederum verändern die Speichelproduktion. Dies kann zu einer 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 taktiles 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.



## 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 sowie durch zunehmende Einschränkung von Alltagsaktivitäten, die Appetit und Nahrungsaufnahme fördern, wie etwa Einkaufen, Kochen oder Essen im Restaurant. Fortschrei-

tende Atrophie (Schrumpfen) der Speicheldrüsen, Störung des Geruchssinns, Mangel an Spurenelementen wie z. B. 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 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 physischen 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 zuviel Flüssigkeit genauso schädigend sein kann wie zuwenig, 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% 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 der Betroffene länger als 24 Stunden nichts trinkt, 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 bei schwachem Herzen 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, können mit dem Besteck nicht umgehen, 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 im Stande 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 Sensationen im Bauch 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 Stimmungstabilisierung 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 z. B. 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 z. B. 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, z. B. „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.

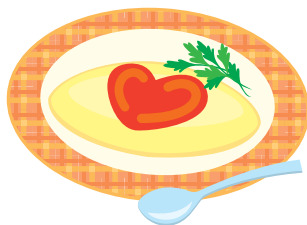
Bei Demenzkranken mit degenerativen Prozessen im Bereich des Frontalhirns (sogenannte Frontotemporale Demenz) wird häufig eine „orale Enthemmung“ beobachtet. Sie neigen dazu, alle Gegenstände, die sie in der Hand halten, in den Mund zu stecken, egal, ob sie essbar sind oder nicht. Auch würden sie möglicherweise große Nahrungsstücke wie z. B. eine Bratwurst ganz herunterschlingen. Diese Kranken gefährden sich dadurch erheblich und benötigen ständige Aufsicht. Wichtig ist in solchen Fällen, neben einem Versuch der medikamentösen Behandlung auch, 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 der Kranke sehr wahrscheinlich weder Hunger noch Durst verspürt, die Tageszeit nicht kennt und unsicher ist ob und welche Mahlzeiten er bereits zu sich genommen hat, dass er oft die Umgebung, die betreuenden Personen und deren Absichten verkennt und seine Reaktionen stark durch zufällige Erinnerungen und angeborene Verhaltensmuster beeinflusst werden.

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 des 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.

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 den Kranken nicht zu verunsichern. Wenn Speisen nur vor ihm stehen, kann er die Situation missverstehen, versuchen den Anderen 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 % mehr Energie aus der Nahrung zu gewinnen, als beim alleinigen Essen. Wegen der häufigen altersbedingten 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 soll z. B. 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 des Kranken sollen sich deshalb nur die Speisen befinden, auf die sich seine Aufmerksamkeit richten soll, z. B. das Hauptgericht und ein Getränk, aber nicht gleichzeitig auch Nachtschiff 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. Der Kranke soll 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 dem Kranken am gedeckten Tisch Platz nehmen und anfangen zu essen. Meistens ist es günstig dem Kranken gegenüber zu sitzen, häufig Augenkontakt aufzunehmen und neben einem normalen Tischgespräch (um die angenehme Atmosphäre zu unterstreichen)



2



chen, nicht um Informationen zu übermitteln oder zu erhalten) überwiegend nonverbal, mit Hilfe der Körpersprache zu kommunizieren und das Verhalten des Kranken genau zu beobachten. So wird z. B. durch das Ablecken der Finger, genüssliches Schmatzen oder Verdrehen der Augen der köstliche Geschmack der Speisen signalisiert und das Interesse des 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 Happen, 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 z. B.: „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 der Kranke isst und trinkt, nicht das Wie!

## 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, dem Kranken das anzubieten,

was er mit Genuss und in ausreichender Menge zu sich nimmt. Die Art der bevorzugten Speisen verändert sich im Verlauf der Erkrankung aber auch von Person zur 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 der Kranke aber nur eine Speise akzeptiert (z.B. 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 der Kranke bevorzugt
- ➔ welche Art der Zubereitung und Darreichung bei 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 der Kranke früher besonders gerne aß, 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 Vor-



2

stellung von schmackhaften Gerichten, sondern die Akzeptanz seitens des 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 % 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 Begleiterkrankungen und die Lebenserwartung. Wichtig ist allerdings die genaue Beobachtung von Anzeichen für stark erhöhte Blutzuckerwerte wie etwa Durst, große Harnmengen, Müdigkeit, Bewusstseinstörung, 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 ange-

nehmer, 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 z. B. 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 Ge-

schmack, 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.

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.

Der Kranke sollte von einem erfahrenen Arzt untersucht werden, um die Schwere der Schluckstörung abzuschätzen und die Angehörigen über den richtigen Umgang damit zu informieren. Sinnvoll ist hier die Unterstützung durch einen Logopäden (Sprachtherapeuten), der hilfreiche Techniken bei der Nahrungsgabe vermitteln kann.

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.

### 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  $90^\circ$  und  $60^\circ$  zur Tischfläche (im Bett etwa  $75^\circ$ ) gerichtet, mit leicht nach vorne gebeugten Kopf sitzen. Zu starke Kopfneigung 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 vari-



iert werden, eine Müslischüssel 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.

Der Kranke soll so lange wie möglich selbstständig essen, um ungestörte, dem individuellen Rhythmus angepasste Abläufe der Nahrungsaufnahme, des Kauens und Schluckens beizubehalten. Oft reicht es, dem 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 dem Kranken zu stehen und „unsichtbar“ zu bleiben.

# 2



Damit der Kranke die Handlungsabläufe beim Essen nicht vergisst, braucht er oft ein Gegenüber, dessen Verhalten er nachahmen kann. Die Fähigkeit zum Nachahmen bleibt auch bei schwerer Demenz erhalten. Wichtig ist allerdings, die Handlungsabläufe des Kranken genau zu beobachten, eigene Bewegungen mit ihm zu synchronisieren und ihn 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. Wenn der Kranke mit der Handhabung des Bestecks überfordert ist, aber noch gut mit Fingern essen kann, wird man



ihn dabei durch 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 herzhaft 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 Kranke wahrscheinlich die betreuende Person nicht mehr erkennt und

deshalb ablehnend reagiert, kann versucht werden, mit Hilfe vertrauter Gerüche (Seife, Parfüm, Deospray) und Koseworte seine Erinnerungen zu wecken. Das Essen sollte nach Möglichkeit durch das Führen der Hand (des Armes) des Kranken 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 Kranke nicht isst.

2

Der Kranke muss mit der Nahrungsaufnahme positive Gefühle verbinden und darf 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!

Wenn der Kranke zwischendurch aufhört zu essen, sollte dies zunächst respektiert werden. Der Versuch ihn zum Essen zu überreden steigert oft die Ablehnung und erzeugt 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 ge-

schluckt 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 der Kranke nicht durch wechselnde Temperatur und Geschmack der gereichten Speisen verunsichert wird. Ferner muss sie versuchen durch Beobachtung der Reaktionen und der Körpersprache des Kranken herauszufinden, wann er die Prozedur für endgültig beendet hält. Das Zureichen muss unterbrochen werden, wenn 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 der Kranke motorisch sehr unruhig ist und nicht am Tisch sitzen bleibt, kann versucht werden, ihn zu begleiten und das Essen unterwegs anzubieten. Entlang der „Wanderwege“ oder dort, wo der Kranke häufig vorbeikommt oder vielleicht eine Sitzpause auf dem Sofa einnimmt, können regelmäßig überprüfte „Getränke- und Nahrungsquellen“ mit den Dingen, die ihm 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 z. B. Brett, Brot, Butter/Marmelade, Messer). Hilfreich ist auch hier das Darreichen von Fingerfood, weil es eben in der Hand im Gehen gegessen werden kann.

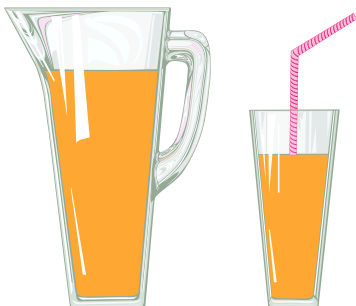
Wenn ein Kranker nach einer Mahlzeit sehr müde und schläfrig wirkt, gangunsicher und sturzgefährdet ist, handelt es sich meistens um Blutdruckabfall und Mangel durchblutung des Gehirns, die durch Verdauungsprozesse bedingt sind. In solchen Fällen ist es ratsam, statt größerer Mahlzeiten häufiger kleinere Portionen anzubieten, den Kranken mit Stützstrümpfen zu versorgen und die medikamentöse Einstellung seines Blutdrucks überprüfen zu lassen, besonders wenn blutdrucksenkende Mittel eingenommen werden.



2

Damit die Kranken ausreichend viel trinken, sollen die von ihnen bevorzugten Getränke häufiger angeboten werden. Auch hier ist es sinnvoller nicht zu fragen „Möchtest Du etwas trinken?“, sondern zum Trinken einzuladen: „Das schmeckt köstlich! Probiere mal!“. Wichtig für den 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 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 der Kranke dies selbstständig tut) 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 angedickt werden, Joghurt mit Saft vermischt, dickflüssige Säfte oder flüssige Zusatznahrung („Astronautenkost“) angeboten werden.



## 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 wichtigen 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 Einschränkung 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.

2

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 ernährt werden können.

Etliche Präparate erzeugen *Appetitlosigkeit*, *Übelkeit* und (seltener) Erbrechen. Dazu gehören z. B. einige Herzmittel wie Digitalispräparate, Calciumantagonisten oder Nitrate, die meisten Antibiotika, Medikamente zur Prophylaxe von Magengeschwüren (Cimetidin), schleimlösende Mittel (ACC), Antiparkinsonmittel, Antiepileptika (die häufig unruhigen und gereizten Demenzkranken als beruhigende und stimmungsausgleichende Medikation verabreicht werden), Gichtmittel, Asthmamittel (Theophyllin), zentralwirksame Schmerzmittel (z. B. Tramadol), neuere Antidepressiva (Aricept, Exelon, Reminyl) und neuere Antidepressiva (z. B. Citalopram, Flucltin).

Die Nahrungsaufnahme kann beeinträchtigt werden durch Mundtrockenheit nach Einnahme von „älteren“ Antidepressiva (sog. Trizyklika), Benzodiazepinen (Beruhigungsmitteln), bestimmten Antiparkinsonmitteln, Herzmitteln wie beta-Blocker, Neuroleptika und Diuretika („Entwässerungsmittel“). Zu weiteren *häufigen Nebenwirkungen* von Medikamenten gehören:

- ➔ Verstopfung, Darmträgheit (Abführmittel, bestimmte Antidepressiva, Eisenpräparate)
- ➔ Geschmacks- und Geruchsstörungen (Gyrasehemmer)
- ➔ Elektrolyt- und Wasserverlust (Abführmittel, Antibiotika, Antiparkinsonmittel, Diuretika)
- ➔ gesteigerter Energieverbrauch (Schilddrüsenhormone, Theophyllin)
- ➔ Schluckbeschwerden (Tetracycline, Neuroleptika)

Nur wenige Medikamente werden gezielt zur Appetitförderung eingesetzt. Dazu gehören Kortison und (bei Patienten nach schweren körperlichen Erkrankungen oder bei erheblichem Antriebsmangel bei fortgeschrittener Demenz) Methyphenidat („Ritalin“) in sehr niedriger Dosierung. Bei schwerer Demenz kann auch Memantine (Ebixa, Axura) hilfreich sein (durch Steigerung des Antriebs). 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 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 eines darin erfahrenen Haus- oder Facharztes. Werden diese Medikamente nicht vertragen, stellt das Nortriptylin eine gute Alternative dar.

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 dem wahnhaften Demenzkranken durch verdeckte Medikamentengabe bitterschmeckende, in seiner Vorstellung giftige Speisen aufgezwungen werden, wächst sein Misstrauen und Ängste vor der Umgebung steigern sich. In solchen Fällen ist es wichtig, das Vertrauen des Kranken zu gewinnen, nach Absprache mit 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 (z. B. 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.

*Cerebrale Durchblutungsstörungen* oder starke Blutdruckschwankungen sind oft mit Schwindelgefühl und Übelkeit verbun-

den. 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 des Erkrankten auf ein Schmerzerleben geschlossen werden. Ihn nach Schmerzen zu fragen ist bei einer fortgeschrittenen Demenz kaum sinnvoll. Der Demenzkranke wird häufig mit „Nein“ antworten, obwohl er unter Schmerzen leidet. Der Bogen „Beurteilung von Schmerzen bei Demenz“ (BESD; Basler et al., 2006; vgl. auch Perrar et al., 2007) ist ein zuverlässiges Instrument, um

2

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.



# 3 Anzeichen von Unterernährung und Austrocknen

---

3

Meistens ist es sehr schwer abzuschätzen, wie viel Energie und Flüssigkeit ein demenzkranker Mensch benötigt, um nicht unterernährt 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.

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 m<sup>2</sup>:

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

So gilt z.B. 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/m<sup>2</sup> erstrebenswert. Die Frau im obigen Beispiel müsste also mindestens 57,6 kg wiegen. Bei einem BMI-Wert unter 18,5 kg/m<sup>2</sup> 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.

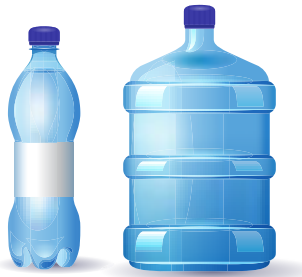
Jeder ungewollte Gewichtsverlust bei Demenzkranken ist als Risikofaktor zu werten. Regelmäßige, am besten wöchentliche, Gewichtskontrollen gehören deshalb zu einer guten Betreuung Demenzkranker.

Als wichtiger Indikator möglicher Unterernährung bei Demenzkranken gilt vor allem ein bedeutender Gewichtsverlust innerhalb eines bestimmten Zeitraums. 1–2% innerhalb einer Woche, 5% in einem Monat, 7,5% in drei Monaten oder 10% in sechs Mona-

ten 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 halbester 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.

3



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 % 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 % zur Aufrechterhaltung der Grundfunktionen wie Körpertemperatur, Herz- und Lungentätigkeit, Aufbau von Körperstrukturen, Verdauungsprozesse und Stabilisierung des Elektrolyt- und Flüssigkeitsgleichgewichts verbraucht. Bis zu 15 % 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. 1300 kcal/Tag (eine Frau ca. 1100 kcal/Tag). Die empfohlene tägliche Zufuhr von Nährstoffen beträgt bei einem über 65-jährigen Mann ca. 2100 kcal/Tag (bei einer Frau ca. 1700 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 zu 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 Verwirrtheitszustände auf, ebenso werden Gedächtnisleistungen und Denkprozesse stark beeinträchtigt.

## 4.2 Austrocknen (Dehydratation)

Ein erwachsener Mensch nimmt unter normalen Lebensbedingungen 2000 bis 2500 ml Wasser zu sich. Diese Wasseraufnahme setzt sich zusammen aus 1000 bis 1500ml Trinkmenge einschließlich Suppen, 700 ml Flüssigkeit in Form von halbfesten und festen Nahrungsmitteln und 300 ml Oxidationswasser. Die tägliche Wasserabgabe beträgt 1000 bis 1500 ml durch Urin, 500 ml durch die Haut, 400 ml durch die Lungen und 100 ml durch den Stuhl, insgesamt also 2000 bis 2500 ml. Die Menge der täglich abgesonderten Verdauungssäfte beträgt etwa 8200 ml mit 1500 ml Speichel, 2500 ml Magensaft, 500 ml Galle, 700 ml Pankreassaft und 3000 ml Darmsaft. Bei intakten Körperfunktionen werden sie fast vollständig resorbiert (wiederaufgenommen). Veränderte Funktion der Nieren, Durchfälle (bis zu 8000 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 (z. B. 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 u. U. zum Tode des Kranken 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 sollen möglichst wenig Psychopharmaka erhalten.

## 5 Versorgung mit einer Magensonde (PEG)

Zu den vielen Gründen für die Verweigerung jeder Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme durch Demenzkranke gehört mit größter Wahrscheinlichkeit nicht der Wunsch zu sterben. Demenzkranke, die ihre Defizite bewusst wahrnehmen, darunter und unter Ängsten vor der weiteren Entwicklung leiden, sind im Stande, das Leben durch Suizid schnell zu beenden. Oft wird erst danach erkannt, wie sehr kleine Auffälligkeiten und gelegentliches Versagen im Alltag die Betroffenen belastet haben.

Demenzkranke, die aufgrund ausgeprägter Störungen auf ständige Hilfe ihrer Umgebung angewiesen sind, die Normen des sozialen Verhaltens erheblich verletzen und oft sprachlich nicht mehr erreicht werden können, nehmen ihre Erkrankung nicht mehr wahr. Oft sind sie in ihrer Welt recht zufrieden, vor allem dann, wenn die Betreuenden den Kranken mit seinem Kompetenzverlust nicht konfrontieren und seine Defizite behutsam ausgleichen. Das Leiden der Angehörigen, das Entsetzen über die Zerstörung der früheren Persönlichkeit, den „biographischen Tod“ des geliebten Menschen, führt nicht selten zur Frage nach dem Sinn solcher Existenz und der Annahme, dass Nahrungsverweigerung als Ausdruck der Verzweiflung zu verstehen ist und respektiert werden muss, besonders dann, wenn der Kranke früher im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte in einer Patientenverfügung oder auch verbal „im Falle einer unheilbaren Erkrankung alle lebensverlängernden Maßnahmen“ abgelehnt hat. Mit dieser Formulierung werden subjektiv alle Krankheitszustände erfasst, die den Sterbeprozess einleiten (z. B. eine weit fortgeschrittene Krebs-

5

erkrankung mit zahlreichen Metastasen) oder so schwere und anhaltende Beeinträchtigungen des Bewusstseins, dass eigentlich nur noch der Körper mit maschineller Unterstützung funktionsfähig gehalten wird (z. B. Wachkoma). Der Umgang mit Demenzkranken lehrt, dass sie auch im letzten Stadium der Erkrankung solchen Bildern nicht entsprechen. Nahrung zu verabreichen bedeutet hier also nicht, „das Leben zu verlängern“, sondern „zu erhalten“.

Langes Hungern wird die Stimmung und das Erleben eines Demenzkranken wahrscheinlich wenig beeinträchtigen. Er wird aber zunehmend geschwächt, sturzgefährdet, immobil und schließlich bettlägerig sein. Angesichts starker Abmagerung wird eine Decubitusprophylaxe notwendig sein. Dazu gehört besonderes Lagern des Kranken und regelmäßige Lagewechsel, die von den meisten Demenzkranken nicht verstanden und abgelehnt werden. In Verbindung mit Harn- und Stuhlinkontinenz sind Decubiti (Druckgeschwüre) in solchen Fällen fast unvermeidbar. Im Interesse des Kranken muss deshalb alles unternommen werden, um seine Mobilität und Abwehrkraft möglichst lange zu erhalten. Ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme stehen dabei im Vordergrund.

Wenn alle Versuche den Kranken zum Essen und Trinken zu bewegen, etwa durch sorgfältige Gestaltung der Atmosphäre, Auswahl der Speisen und Getränke, liebevolle und ausgeklügelte Zureichungstechniken und -zeiten, versagen, psychische oder somatische Erkrankungen als mögliche Ursachen ausgeschlossen oder behandelt wurden und appetitfördernde Substanzen (Medikamente) keine Wirkung zeigen, bleibt als letzte Alternative die Versorgung des Kranken mit einer Magensonde.

Die früher übliche „Nasensonde“ (ein dünner Schlauch, der durch die Nase und Speiseröhre bis in den Magen vorgeschoben wird) wird nur noch in Ausnahmefällen verwendet, weil sie als sehr störend empfunden wird und häufig durch die Kranken entfernt (gezogen) wird. Weniger belastend und besser toleriert wird dagegen die so genannte PEG-Sonde (Perkutane Endoskopische Gastroenterostomie). Es handelt sich dabei um einen 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. Sie kann bei guter Pflege Wochen bis Monate belassen werden. Durch die Sonde erhält der Kranke Flüssigkeit und flüssige, energiereiche Nahrung. Selbstverständlich sollte immer wieder versucht werden, trotz Sonde Getränke und Nahrung oral zu verabreichen (eine Ausnahme bilden Kranke mit sehr schweren Schluckstörungen). Nicht selten wird beobachtet, dass die Kranken bereits nach einigen Tagen oder wenigen Wochen wieder anfangen „normal“ zu essen und zu trinken und die Sonde entfernt werden kann.

Eine PEG-Sonde kann auch von Angehörigen bedient werden. Die zu verabreichende Sondennahrung soll Zimmertemperatur haben. Der Kranke soll sitzen oder im Bett hochgelagert werden und diese Position mindestens eine halbe Stunde nach der Versorgung mit Nahrung beibehalten. Die Sonde muss nach der Nahrungsgabe gespült werden, um das Verstopfen oder Verkleben zu vermeiden. Als Spülflüssigkeit können abgekochtes Leitungswasser oder kohlendäurefreies Mineralwasser benutzt werden. Vor und nach der Medikamentenverabreichung muss die Sonde mit 20 ml Spülflüssigkeit gereinigt werden.

Auch wenn eine PEG-Sonde gelegt wurde, bleibt der Mund weiterhin ein wichtiges Sinnesorgan. Deshalb ist es in diesem Fall notwendig, eine häufige Mundpflege durchzuführen und regelmäßig Geschmacksreize anzubieten.

Eine PEG-Sonde ist nicht ganz unbedenklich. 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. Wenn die Einstichstelle sich dauerhaft entzündet, muss die Sonde gezogen werden. Nur selten versuchen Demenzkranke die Sonde zu ziehen oder abzuschneiden. Es kann auch vorkommen, dass wahnhaftige Ängste vor dem Schlauch und dem Verabreichungsprozedere entstehen, die durch einen Sichtschutz und vor allem auch die entsprechend angenehme Temperatur (Vorwärmen) der Sondenkost sowie ein ruhiges Tempo in der Durchführung gedämpft werden können.

Die Entscheidung für oder gegen eine PEG-Sonde muss sehr sorgfältig mit allen Beteiligten besprochen werden. Dabei spielt der Gesundheitszustand des Betroffenen eine besondere Rolle. Einem Sterbenden 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 (z. B. 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 oder extremer Bewegungsdrang sollten dagegen kein Hinderungsgrund sein.

# 6

## Zusammenfassung

---

- Demenzkranke essen und trinken oft zuwenig, weil sie kein Hunger- und Durstgefühl verspüren, Geruchs- und Geschmackssinn 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.

6



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.



- 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, wenn z. B. ein kleiner Schlaganfall die Schluckstörungen verursacht. Ist der Krankheitsverlauf schon sehr weit fortgeschritten und begleitet von einem ausgeprägten körperliche 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.): *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. (2005): *Essen und Trinken bei Demenz*, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln

Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V. (2005): *Die Ernährung Demenzkranker in stationären Einrichtungen*, ISBN 3000157964

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.

Volkert, D. (1997): *Ernährung im Alter*. UTB, Quelle & Meyer, Wiesbaden

## Die Autoren

**Dr. med. Jan Wojnar** ist Neurologe und Psychiater. Von 1988 bis 2005 war er beim Hamburger Landesbetrieb pflegen & wohnen in der gerontopsychiatrischen Betreuung schwer Demenzkranker mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten tätig. Er lebt im Ruhestand in Frankreich. Kontakt über die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

**Dr. med. Klaus Maria Perrar** ist leitender Oberarzt am Zentrum für Palliativmedizin Universitätsklinikum Köln. Kontakt über die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

# Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

Die 1989 gegründete Deutsche Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz (DAIzG) ist eine gemeinnützige Selbsthilfeorganisation, die die Interessen von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen vertritt. Sie ist der Bundesverband von mehr als 135 regionalen Alzheimer-Gesellschaften in ganz Deutschland. Die DAIzG ist politisch und weltanschaulich neutral und arbeitet mit Angehörigen, Betroffenen, Fachkräften und Wissenschaftlern zusammen. Wichtige Ziele der DAIzG sind:

- umfassend zu informieren und zu beraten
- die Selbsthilfe zu stärken
- Familien zu entlasten
- Zusammenarbeit und fachlichen Austausch zu fördern
- gesundheits- und sozialpolitische Initiativen für Demenzkranke anzuregen
- die Interessen von Menschen mit Demenz und ihren Familien zu vertreten
- Forschungsvorhaben zu unterstützen.

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

Die zentrale Geschäftsstelle in Berlin organisiert das bundesweite Alzheimer-Telefon 030 – 259 37 95 14 oder 01803 – 17 10 17\* (\*9 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz), wo Anrufer Informationen und individuelle Beratung erhalten sowie Broschüren bestellen können. Sie unterstützt beim Aufbau neuer Gruppen und bietet Fortbildungen für GruppenleiterInnen an. Neben Fachtagungen veranstaltet sie alle zwei Jahre bundesweite Kongresse, die allen Interessierten offen stehen.

## **Die DALzG ist auf Ihre Unterstützung angewiesen**

Die DALzG 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 lebenswertes und 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: IBAN DE37 1002 0500 0003 3778 07  
BIC: BFSWDE33BER

## **Veröffentlichungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz**

Die DAzG veröffentlicht eine Reihe von Broschüren und Taschenbüchern, die sich an Angehörige, Menschen mit Demenz, Gruppenleiter und allgemein Interessierte wenden. Die Broschüre „Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzformen“ wurde bereits über 500.000 mal kostenlos verteilt. 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, einige sind als E-Books verfügbar. Das Gesamtverzeichnis ist im Internet zu finden. Informationen und Bestellungen siehe Kontaktdaten.

### **Informationen im Internet**

[www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de)

[www.alzheimerblog.de](http://www.alzheimerblog.de)

[www.facebook.com/DeutscheAlzheimerGesellschaft](https://www.facebook.com/DeutscheAlzheimerGesellschaft)

[www.alzheimerandyou.de](http://www.alzheimerandyou.de)

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

Die DALzG hat mehr als 135 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](http://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 oder 01803 – 17 10 17\*  
(\*9 Cent/Minute aus dem deutschen Festnetz)

E-Mail: [info@deutsche-alzheimer.de](mailto:info@deutsche-alzheimer.de)

Internet: [www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de)



Zu den Begleiterscheinungen 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](http://www.barmer.de/a000314)



**BARMER**