

■ Künstliche Ernährung bei dementen Menschen – Evidenz und Realität

Die Zahl der über eine PEG-Sonde ernährten dementen Menschen liegt nach Schätzungen aus dem Jahre 1999, in Deutschland bei ca. 50.000 (vgl. Eibach, 2002). Eine Erhebung in Bremer Pflegeeinrichtungen ergab eine durchschnittliche Prävalenz von 7,8 % bei den Bewohnern. Neben den Bewohnern mit Schlaganfall stellte die Diagnose „Demenz“ mit 28 % die zweithäufigste Indikation für eine PEG-Sonde dar (Becker 2004). Wenn wir von einer steigenden Zahl demenziell erkrankten Menschen in Deutschland ausgehen lässt sich vermuten, dass zunehmend mehr pflegebedürftige Menschen künstlich ernährt werden.

Hervorzuheben ist vor allem die Bandbreite in den einzelnen Pflegeeinrichtungen in Bremen. „Die Bandbreite bewegte sich zwischen Einrichtungen, die aktuell keine Bewohner mit PEG-Sonde hatten, bis hin zu Einrichtungen, in denen der Anteil mit 16,7 % deutlich über dem Durchschnitt von 7,8 % lag.“ (Becker, 2004). Vermutlich gibt es eine sehr heterogene Vorgehensweise in den Entscheidungsprozessen. Ob ein dementer Mensch eine PEG-Sonde bekommt oder nicht, scheint nicht von seinem physischen, psychischen und seelischen Status abhängig zu sein, sondern von welchem Arzt, Pflegeperson, Betreuer oder welcher Institution er betreut, bzw. behandelt wird. (vgl. Scheppach, 1999).

Künstliche Ernährung bei dementen Menschen ist eine etablierte Methode, wenn der „wissenschaftlich“ festgelegte Nährstoffbedarf oral nicht mehr aufgenommen werden kann. Doch zeigt sich in der wissenschaftlichen Diskussion um die Sinnhaftigkeit dieser Maßnahme ein Trend, welcher eher eine restriktivere Vorgehensweise empfiehlt. So ist sicherlich eine individuelle Entscheidung für jeden dementen Menschen als „Gold Standard“ zu unterstreichen. Es sollten der mutmaßliche Wille, ethische Prinzipien, Ausschluss von finanziellen Interessen, Wahrnehmen von emotionalen Entscheidungsfaktoren, Verstehen von kulturellen Hintergründen, Respekt vor religiösen Werten beachtet und eine Konferenz mit den Familienangehörigen arrangiert werden (vgl. Cervo, 2006, S. 33). Doch ist der Nutzen wirklich so fraglich wie es in der Literatur und in den Diskussionen dargestellt wird? Die Intention des Artikels soll nicht darin liegen aufzuzeigen, dass die künstliche Ernährung nicht kritisch hinterfragt werden soll. Ob ein Mensch dies für sich selber wünschen würde, dieses Recht sollte jedem Bürger in diesem Land vorbehalten sein, darüber selbst bestimmen zu dürfen. Es soll lediglich die oft zitierte und wissenschaftlich belegte Nutzlosigkeit dieser Maßnahme in Frage gestellt werden.

Nahrungsverweigerung oder Ablehnendes Essverhalten

In der Bremer Studie wurde ebenfalls aufgezeigt, dass 18,2 % der Bewohner eine PEG-Sonde erhielten, weil sie die Nahrungsaufnahme verweigert hatten. Ob sie allerdings nicht essen konnten (z.B. wegen Schmerzen, Übelkeit, usw.) oder nicht essen wollten, spricht die Nahrungs- und Flüssigkeits-

aufnahme bewusst ablehnten, wurde teilweise nicht differenziert und dokumentiert.

Eine hilfreiche Vorgehensweise bei der Therapie von Ernährungsproblemen ist das Modell von Wirth (siehe Folie 1). Wurden pathologische Ursachen abgeklärt und keine Verbesserung der Nährstoffzufuhr erzielt, müssen milieubedingte Gründe, wie z. B. angebotene Speisen schmecken nicht, fehlendes Essen in Gemeinschaft, inadäquate Interaktion, usw., eruiert und bei Bedarf angepasst werden. Bei der Beurteilung und Einschätzung des ablehnenden Ess- und Trinkverhaltens ist die Blandford-Skala ein hilfreiches Instrument (vgl. Kolb, 2007). Die unterschiedlichen Varianten des ablehnenden Essverhaltens erfordern eine differenzierte Vorgehensweise, um passende Therapien zu ergreifen. Am Ende der möglichen Maßnahmen steht die Sondenernährung, wobei eine ausschließliche Ernährung über eine PEG-Sonde kritisch hinterfragt werden muss. Selbst bei einer Dysphagie kann durch orale Stimulation mit einer geliebten Geschmacksrichtung einer der letzten möglichen Genuss für diese Menschen erhalten werden.

Ob nun das Ablehnen von Essen und Trinken der Beginn des Sterbeprozesses ist, kann nach momentanem Kenntnisstand nicht eindeutig belegt werden. Die Meinungen der Experten hierzu könnten konträrer nicht sein.



Folie 1

- Unzureichende Nahrungsaufnahme bei dementen Menschen, eine Folge der Pathologie der Erkrankung, das Essen wird



Christian Kolb

vergessen und durch künstliche Ernährung gesichert (vgl. Rappold, 2004b; Wojnar, 2003).

- Ablehnen von Essen und Trinken ist eine natürliche Erscheinung, bedingt durch den Alterungsprozess und der Demenz, und somit der Beginn des Sterbens. Eine unnatürliche Nährstoff- und Flüssigkeitszufuhr würde nur zusätzliches Leid erzeugen (vgl. Pasman, 2005; Post, 2000, S. 96).

Wie ein dementer Mensch im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung wirklich empfindet, wird sicher noch länger Gegenstand der wissenschaftlichen Diskussion sein, da bisher empirische Beweise fehlen. Demenz, der Verfall der Persönlichkeit, ein Zustand des Leidens und Vegetierens oder Demenz, eine lebenswerte Lebensform, welche den Schutz der Gesellschaft benötigt. Die Perspektive des Betrachters und dessen Haltung scheinen maßgeblich für dessen Schlussfolgerungen zu sein. Eine hermeneutische Einschätzung der wirklichen Situation des einzelnen dementen Menschen ist schwierig, aber nicht unmöglich. Ablehnendes Essverhalten ist oft noch nicht der Beginn des Sterbens, sondern eine Vielzahl von Gründen kann zu diesem Verhalten führen. Diese Gründe können allerdings nur durch ein akribisches Assessment erkannt werden (vgl. Kolb, 2007b).

Das Ablehnen des Essens und Trinkens kann sicher auch der Beginn des Sterbeprozesses sein, doch scheint es mir, dass dies oft zu voreilig vermutet wird. Eine australische Studie zeigt auf, dass „Nahrungsverweigerung“ als mögliches Symptom eines selbsterstörerischen Verhaltens, nicht mit weiteren Anzeichen eines depressiven oder suizidalen Verhaltens korreliert (vgl. Draper, 2002). Es scheint doch eher, dass die Bedeutung des Essens und Trinkens als lebenserhaltende Maßnahme, für einen dementen Menschen verloren geht. Doch erst in der terminalen Lebensphase ist eine verminderte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme indiziert, vorher gibt es noch andere Stadien, welche therapiert und kompensiert werden müssen.

Eine objektive Definition für den Beginn des Sterbeprozesses ist nicht möglich. Meist kann dies nur intuitiv von einem erfahrenen Mediziner oder Pflegekraft erfolgen. Selbst die objektiven Merkmale der Leitlinie „Enterale Ernährung der DGEM/DGG“ scheinen nicht unbedingt hilfreich. So werden in der Leitlinie folgende Kriterien empfohlen, welche die Klassifizierung „final dement“ ermöglichen sollen:

- Irreversibel
- Immobil
- Kommunikationsunfähig
- Vollständig pflegeabhängig
- Mangelnde körperliche Reserven (Volkert, 2004, S. 210)

Doch gibt es dokumentierte Erfahrungen, dass es durchaus demente Menschen gibt, auf die diese Kriterien zutreffen, die aber, durch pflegerische Zuwendung, wieder aktiv am sozialen Leben teilnehmen konnten (vgl. Kojer, 2003). Dies zeigt deutlich wie Zuwendung, professionelle Pflege und orale Nahrungszufuhr eine soziale Deprivation verhindern oder zumindest verzögern können. Einzelfälle, aber wenn wir bei diesen Menschen immer sofort reaktivierende Bemühungen unterlassen, werden wir auch keine posi-

ve Verläufe mehr erleben. Doch wie vielen dementen Menschen wird diese notwendige Zuwendung vorenthalten, aufgrund der momentan vorherrschenden gesetzlichen und somit institutionellen Rahmenbedingungen? Es stellt sich die Frage, ob die PEG-Sonde das eigentliche Problem darstellt oder die Art und Weise wie wir mit den gegebenen Mitteln diese Menschen versorgen können?

Ergo, bevor ernsthaft über eine PEG-Sonde nachgedacht werden kann, müssen erst alle anderen möglichen Faktoren ausgeschlossen werden, welche eine Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei den Betroffenen negativ beeinflussen. Auch wenn ich die uneingeschränkte Gültigkeit von Patientenverfügungen grundsätzlich befürworte, muss an dieser Stelle doch auf die Gefahr einer unkritischen und unreflektierten Umsetzung dieser Instrumente hingewiesen werden. Einem Patienten, welcher in einer Patientenverfügung eine künstliche Ernährung in der fortgeschrittenen Phase der Demenz für sich persönlich ausschließt, sollte bei Schwierigkeiten der Nahrungsaufnahme eine angemessene medizinische und pflegerische Diagnostik nicht vorenthalten werden. Außerdem muss sein aktuelles Verhalten, bzw. der aktuelle mutmaßliche Wille immer mit den in der Patientenverfügung dokumentierten Wünschen überprüft werden. Besteht keine Kongruenz zwischen den in der Patientenverfügung niedergeschriebenen Wünschen und dem aktuellen Verhalten, sollte aus ethischer Sicht, trotz Patientenverfügung, eine künstliche Ernährung über eine PEG-Sonde eingeleitet werden, wenn diese aus medizinischer Sicht indiziert ist. Einziges Ausschlusskriterium in diesen Fällen könnte sein, wenn in der Patientenverfügung auf mögliche Anzeichen von Lebenswillen Bezug genommen und deren Entscheidungserheblichkeit ausgeschlossen wird (vgl. Nationale Ethikrat, 2005, S. 13). Eine Patientenverfügung, in der von dem Betroffenen eine künstliche Ernährung ausgeschlossen wird, darf keinen therapeutischen Nihilismus bei Ernährungsproblemen nach sich ziehen.

Studien und Leitlinien

Die seit 1999 in der internationalen Literatur immer wieder zitierte Meta-Analyse von Finucane zeigt auf, dass künstliche Ernährung wenig Nutzen für demente Menschen hat. Das Fazit von Finucane lautet: Eine PEG hilft schwer Demenzen wenig, Verständnisvolle, motivierte, engagierte und geduldige Hilfe bei der Nahrungsaufnahme ist die geeignete Therapie (Finucane, 1999). Auch wenn das Fazit uneingeschränkt übernommen werden kann, muss doch auf die methodischen Mängel der in dieser Meta-Analyse verwendeten Studien hingewiesen und ihre Aussagekraft bezüglich der Nutzlosigkeit einer enteralen Ernährung in Frage gestellt werden.

Im August 2004 wurde die Leitlinie zur enteralen Ernährung in der Geriatrie von der DGEM (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin) und DGG (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie) vorgestellt. Unabhängige Wissenschaftler haben alle Studien seit dem Jahre 1985 zusammengefasst und nach wissenschaftlichen Kriterien ausgewertet. Die Expertengruppe kommt zu folgendem Ergebnis:

- Orale Supplemente oder Sondenernährung führen bei dementen Patienten zu einer Verbesserung des Ernährungszu-



stands. Obwohl Auswirkungen einer Ernährungstherapie auf die Überlebenszeit und funktionelle Parameter bisher nicht adäquat untersucht sind, werden orale Supplemente bei Demenzkranken in frühen und mittleren Krankheitsstadien empfohlen.

- Die Entscheidung für Sondenernährung bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz bleibt eine Einzelfallentscheidung.
- Für final demente Patienten wird Sondenernährung nicht empfohlen. (Volkert, 2004, S. 210)

Die Expertengruppe weist allerdings auch daraufhin, dass aufgrund der vorliegenden Studienergebnisse der Nutzen oder Schaden einer künstlichen Ernährung gegenwärtig nicht zufriedenstellend einzuschätzen ist (vgl. Kolb, 2005).

Eine generelle Ablehnung der künstlichen Ernährung bei dementen Menschen ist aufgrund der wissenschaftlichen Daten nicht zu akzeptieren. Sie zeigen scheinbar keinen messbaren Nutzen auf, doch zeigen sie einen messbaren Schaden auf? In der Praxis zeigt es sich immer wieder, dass demente Menschen doch von einer künstlichen Ernährung profitieren können. Doch welche Prädiktoren sind dafür geeignet, damit ein Nutzen für den Demenzkranken erwartet werden kann. Eine erste Studie von Shah konstatiert, dass jene Prädiktoren, kalendarisches Alter und Serumalbumin, welche für nicht demente Patienten eine Einschätzung ermöglichen, für demente Patienten scheinbar keine Bedeutung hinsichtlich der Prognose bei einer Sondenernährung haben. (Shah, 2006) Auch jene Studien, welche keinen Nutzen bezüglich der Überlebenszeit aufzeigen wollen, werfen bei genauer Betrachtung Fragen auf. So zeigt sich bezüglich der durchschnittlichen Überlebenszeit, in der Studie von Murphy keinerlei positiver Effekt, wenn eine PEG-Sonde gelegt wurde. Die durchschnittliche Überlebensdauer, ob mit oder ohne PEG-Sonde, lag bei ca. 59 Tage. Beachtet man jedoch die Erfahrungen von Rappold, welcher durch eine regelmäßige Dokumentation des Gewichtsverlaufes, eine rechtzeitige enterale Ernährungstherapie gewährleistet, ergibt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen den Ergebnissen von Murphy und Rappold. Die durchschnittliche Überlebensdauer der Demenzkranken mit PEG-Sonde lag in der Interventionsstudie bei Rappold bei 21,6 Monate (vgl. Rappold, 2004b).

So stellt der Philosoph Kratochvila berechtigterweise kritische Fragen in der wissenschaftlichen Diskussion um die Nützlichkeit von künstlicher Ernährung bei Demenzkranken an:

- Wie war der Zustand der Probanden auf der linken Seite der Null-Achse. Dies bedeutet, wie war der körperliche, psychische Zustand zum Zeitpunkt des Beginns der Sondenernährung. In welchem sozialen Umfeld, von wem, in welcher Institution usw. wurde der Demenzkranke betreut. Entscheidend sind auch die anderen Erkrankungen unter denen ein dementer Mensch leidet. Meist sind diese für das Versterben verantwortlich und nicht die Demenz selbst. Diese Kriterien werden in keiner Studie dargestellt, sind aber mitentscheidend für den Krankheitsverlauf.
- Warum gibt es einen starken Anstieg der Mortalität in den ersten sechs Monaten bei den publizierten Studien, obwohl diese Ergebnisse in der Praxis nur bedingt bestätigt werden können. Scheinbar wurden PEG-Sonden gelegt, welche medi-

zinisch nicht mehr indiziert waren und somit das Outcome beeinflussen.

- Demente Menschen im fortgeschrittenen Stadium sind nicht unbedingt im Sterbeprozess, warum wird künstliche Ernährung über eine PEG-Sonde unter dem Motto „end-of-life“ diskutiert?
- Die Komplikationsrate einer PEG-Sonde selbst ist gegenüber anderen Interventionen, welche weniger in Frage gestellt werden, relativ gering. Warum wird der Schaden für demente Menschen bei dieser medizinischen Maßnahme meist unter negativen Gesichtspunkten diskutiert.
- In der Literatur wird häufig das Argument der Fixation als ausschlaggebend für die Sinnlosigkeit einer PEG-Anlage eingebracht. Doch finden sich in den amerikanischen Studien Hinweise darauf, dass bis zu 90 % der Demenzkranken fixiert werden müssten, Zahlen welche sich in der Praxis zumindest in Deutschland kaum bestätigen lassen.
- Für den Erfolg einer Ernährungstherapie über eine PEG-Sonde ist ein wichtiges Kriterium der rechtzeitige Beginn. Wenn eine Mangelernährung sich bereits manifestiert hat, ist diese meist nicht mehr reversibel. In den meisten Studien sind aber diese wichtigen Faktoren nur unzureichend dokumentiert, bzw. diskutiert

Kratochvila kommt zu dem Fazit, dass aufgrund der methodischen Fehler der wissenschaftlichen Studien aus den angloamerikanischen Ländern, eine generelle Ablehnung der künstlichen Ernährung nicht bestätigt werden kann. Weitere Studien müssen durchgeführt werden. (vgl. Kratochvila, 2005)

Zusammenfassung

Eine PEG-Sonde als Unterstützung bei der täglichen oralen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr kann durchaus die Beziehung zwischen dem Betreuten und den Pflegenden bei der täglichen Pflege durchaus positiv beeinflussen. Besonders im häuslichen Bereich, da den Betreuenden die Angst vor den Folgen der Mangelernährung und Dehydration genommen wird, da der tägliche Zwang zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme für beide Seiten sehr belastend sein kann. PEG-Sonde als Pflege erleichternde Maßnahme, wenn sie den Interessen von Institutionen dient um Personal vorzuenthalten, ist sicher aus ethischer Sicht kategorisch abzulehnen, eine PEG-Sonde als Pflege erleichternde Maßnahme, die dem dementen Menschen dient, hat durchaus seine Berechtigung. Voraussetzung ist, dass der Genuss und die Stimulation durch das Essen und Trinken nicht durch die Sonde ersetzt wird. Eine PEG-Sonde sinnvoll eingesetzt, so zeigt die Praxis, kann durchaus die Lebensqualität positiv beeinflussen, zumindest macht dies subjektiv für die Beobachter den Anschein.

Trotz der vorangehenden kritischen Worte an den bisher gemachten Studien und deren Auslegung, sollten wir nicht aufgrund unserer Historie die Besonnenheit verlieren und anderen Ländern mit einer weniger belastenden Vergangenheit gleichzeitig eine Euthanasie an alten Menschen unterstellen und somit moralisch verurteilen, wenn diese eine restriktivere Vorgehensweise rechtfertigen. Ein

maximaler Lebensschutz kann auch eine Leidensverlängerung, bzw. Leidensverstärkung zu Folge haben (vgl. Splitter, 2005). Doch, so scheint mir, ist gerade die momentane Diskussion um Patientenverfügungen und die gesetzliche Regelung der verschiedenen Formen der Sterbehilfe, gerade bei dieser, in diesem Artikel andiskutierten Problematik, meist sehr dogmatisch, egal welcher Couleur. Es erstaunt doch oft, wie genau einzelne Experten bestimmte Sachverhalte zu erkennen scheinen und diese vehement vertreten, wenn doch evidenzbasierte Belege fehlen. So bemerkt der Soziologe Feldmann zu recht: „Das ritualisierte Wiederholen traditioneller oder standesbezogener empirisch nicht abgesicherter Argumente und das Vermeiden von Forschung lässt vermuten, dass es im Interesse wichtiger Gruppen (Standesorganisationen der Ärzte, Kirchen etc.) liegt, die tatsächliche Situation nicht zu erforschen, dagegen die eigenen normativen Postulate vermischt mit selektiven Erzählungen aus der Praxis möglichst häufig und publikumswirksam zu verkünden.“ (Feldmann, 2005, S. 1).

Ob nun 1% Prozent der dementen Menschen in der fortgeschrittenen Phase der Krankheit 30% oder gar 100% von einer Ernährung über eine Sonde profitieren, kann nach momentanen wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht beurteilt werden. Aus meiner Sicht können wir nur für mehr sinnvolle PEG-Sonden plädieren, Kriterien hierfür wären (vgl. Kolb, 2006, S. 42):

- Das Einleiten einer Sondenernährung orientiert sich am Patientenwillen und an der zu erwartenden Lebensqualität mit der Sonde.
- Es wurden vorher alle Ursachen ausgeschlossen, welche ein Ernährungsproblem bei dementen Menschen verursachen können.
- Ernährungsprobleme werden frühzeitig aufgedeckt und eine Sondenernährung wird zu einem Zeitpunkt eingeleitet, in dem der Betroffene noch über ausreichend körperliche Ressourcen verfügt und die Mangelernährung sich nicht manifestiert hat.
- Eine PEG-Sonde bedeutet nicht einen Ausschluss aus dem sozialen Leben und den alltäglichen Gewohnheiten. Es muss eine weitere Teilnahme an den gewohnten Mahlzeiten ermöglicht werden, sowie eine orale Nahrungszufuhr, gegebenenfalls durch Basale Stimulation® sicher gestellt werden.
- Andere Erkrankungen und deren Prognose, nicht nur der Schweregrad der Demenz, müssen in die Entscheidung mit einfließen.
- In den Fällen, in denen eine Sondenernährung erforderlich ist, ist darauf hinzuwirken, dass eine bedarfsgerechte Ernährung gewährleistet wird und keine pauschale Kaloriengabe von z.B. 1000 kcal. Wenn aufgrund von Komplikationen durch die Sondenernährung, eine ausreichende Kaloriengabe nicht mehr möglich ist, sollte eine weitere Ernährung und deren Zielsetzung sehr kritisch hinterfragt werden.
- Es muss ein kompetentes Betreuungsteam vor Ort sein, welches sich bewusst sein muss, auch den Zeitpunkt zu erkennen, wann eine weitere Ernährung über eine PEG-Sonde nicht mehr dem Willen des Betroffenen entspricht, bzw. die Belastung der Ernährung unter palliativen Aspekten contraindiziert ist.

Literatur:

Becker W, Hilbert T (2004) Enterale Ernährung über PEG-Sonden in der stationären Altenpflege. Gesundheitsamt Bremen

Cervo F.A., et al. (2006) To PEG or not to PEG. A review of evidence for placing feeding tubes in advanced dementia and the decision-making process. *Geriatrics V. 61, Nr. 6, S. 30 - 35*

Draper B. et al (2002) Types of nursing home residents with self-destructive behaviours: analysis of the Harmful Behaviours Scale. *Int J Geriatr Psychiatry, Jul;17(7), S. 670-675*

Eibach U, Zwirner K (2002). Künstliche Ernährung: um welchen Preis? *Medizinische Klinik 9, S. 558-563*

Feldmann K. (2005) Aktive Sterbehilfe: Soziologische Analysen. Institut für Soziologie und Sozialpsychologie, Internet: http://www.erz.uni-hannover.de/~feldmann/feldmann_sterbehilfe.pdf (14.3.2007)

Finucane T E, et al (1999). Tube Feeding in Patients With Advanced Dementia. A Review of the Evidence. In: *Jama Vol. 282, 14, S. 1365- 1370*

Kojer M (2003). *Alt, Krank und Verwirrt. 2.Auflage; Freiburg: Lambertus Verlag*

Kolb C. (2005) Künstliche Ernährung bei Demenz Sinnvolle Lebensverlängerung oder Störung des natürlichen Sterbeprozesses? In: *Pro Alter 3, S. 36-42*

Kolb C. (2007b) Ablehnendes Essverhalten bei demenzerkrankten Menschen. Erfassen mit der Blandford Skala. *Pflegen: Demenz Nr. 2, S. 13-16*

Kolb C. (2007a) Ernährungstherapeutisches Projekt für demente Patienten in der Geriatrie. *Geriatrie-Report, 1.Jahrg., 1, S.12-15*

Kratochvila H. (2005) Does the published Evidence on medical futility of artificial nutrition in elderly demented Patients rests on mistake? *Clinical Nutrition, 24/4, S. 643*

Murphy LM, et al (2003) Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Does Not Prolong Survival in Patients With Dementia. *Arch Intern Med.,163, S. 1351 - 1353*

Nationale Ethikrat (2005) Patientenverfügung. Stellungnahme. Internet: http://www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Patientenverfuegung.pdf (14.3.2007)

Post SG. (2000) *The Moral Challenge of Alzheimer Disease. 2. Auflage, John Hokins University Press; Baltimore, London*

Rappold E., Kratochvila H.G. (2004a) Aspekte der künstlichen Ernährung bei demenzerkrankten Patienten in der Geriatrie. *Ethik Med, Band 16; Heft 3, S. 253-264*

Rappold E. (2004b) Praxis der Ernährungstherapie bei stationären dementen Patienten, *Aktuel Ernähr Med, 29, S. 63-68*

Pasman H., et al. (2005) Discomfort in Nursing Home Patients With Severe Dementia in Whom Artificial Nutrition and Hydration is Forgone. *Arch Intern Med;165, S. 1729-1735*



Scheppach B, et al (1999). Enterale Ernährung von Demenzpatienten über PEG: Inzidenz und Patientencharakteristika im Raum Ulm. Euro J Ger 1(1), 34 (Abstract)

Splitter J F (2005). Flüssigkeitsverzicht. Ethische Maßstabsfindung in der gesellschaftlichen Kontroverse. Dtsch Med Wochenschr; 130, S. 171-174

Volkert D, et al (2004). Leitlinie Enterale Ernährung der DGG und DGEM. Enterale Ernährung (Trink- und Sondennahrung) in der

Geriatric und geriatrisch-neurologischen Rehabilitation, Aktuell Ernähr Med; 29; 198-225

Wirth R. (2005) Therapie der Mangelernährung im Alter. Geriatric Journal, 02/05, S.14

Wojnar, J. (2004) Ernährung in der häuslichen Pflege Demenzkranker. Praxisreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Bd 6; Meta Data Berlin

■ Kleinere Portionen und mehr Eiweiß stoppen Gewichtsverlust

Studie der Charité zeigt: Mangelernährte Senioren brauchen seniorengerechte und mit Eiweiß angereicherte Mahlzeiten

Gibt man mangelernährten Bewohnern von Seniorenwohnheimen häufiger kleinere Mahlzeiten, gestaltet diese seniorengerecht und reichert die Portionen zusätzlich mit Eiweiß an, so kann weiterer Gewichtsverlust vermieden werden. Dies zeigte eine Studie der Berliner Charité. Gewichtsverluste konnten bei den Senioren, die die angereicherte Kost aßen, gestoppt werden. Ebenso stabilisierte sich die Handkraft der Senioren durch erhöhte Eiweißaufnahme. Bei fehlender zusätzlicher Eiweißgabe nahm die Handkraft bei den Senioren signifikant ab. „Allein durch seniorengerechte Mahlzeiten und den Zusatz von Eiweiß können wir eine eventuell bevorstehende Sondenernährung der Patienten hinauszögern oder sogar ganz verhindern,“ sagt Prof. Dr. Herbert Lochs, Leiter der Studie und der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie der Charité Berlin.



PD Dr. Matthias Pirlich

Die Folgen von Mangelernährung könnten so schon früh bekämpft werden. Dadurch würde die Anfälligkeit für Erkrankungen, Bettlägrigkeit und Infektionen sowie die höhere Anzahl von Sterbefällen und ein steigendes Risiko für Frakturen bei Stürzen gemindert. Die von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfohlene tägliche Kalorienaufnahme beträgt 1.700 Kalorien und 55 Gramm Eiweiß. Senioren können diese Menge jedoch oft nicht mit drei Mahlzeiten zu sich nehmen und verzehren zum Teil nur etwa 1.200 Kalorien täglich. In der Studie wurden daher zusätzlich Zwischenmahlzeiten in Form von mit Eiweiß angereicherten Cremes und Puddings gereicht. Insgesamt erhielten die Senioren bis zu 1.900 Kalorien und 102 Gramm Eiweiß.

Die Studie wurde von Juni bis August 2005 durchgeführt. Sie war in zwei Stufen konzipiert. Im ersten Teil wur-

de der Ernährungszustand von Seniorenheimbewohnern in Berlin mit dem Mini Nutritional Assessment (MNA) erhoben. Der zweite Teil untersuchte die möglichen positiven Effekte einer veränderten Ernährungsweise. Diese wurde an die Bedürfnisse älterer Menschen angepasst und nach Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung durchgeführt.

Dazu wurden drei Berliner Seniorenwohnheime mittels MNA gescreent und mangelernährte Personen in die Studie aufgenommen. Diese Gruppe erhielt für zwölf Wochen zusätzlich zur herkömmlichen Ernährung spezielle Zwischenmahlzeiten, außerdem wurden Suppen und Soßen mit Protein angereichert. Wichtig war vor allem, die Mahlzeiten seniorengerecht zu gestalten. Das heißt, die Portionen wurden kleiner, es gab mehr Puddings oder Cremes. Dadurch konnten auch Senioren mit Schluckbeschwerden einfacher essen und das zugesetzte Eiweiß automatisch aufnehmen.



Prof. Dr. Herbert Lochs

Ansprechpartner:

Charité Berlin – Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie

PD Dr. Matthias Pirlich

E-Mail: matthias.pirlich@charite.de

Prof. Dr. Herbert Lochs

E-Mail: herbert.lochs@charite.de

Tel.: 030 / 450 514 102