

BACHELORARBEIT

Mangelernährung von Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege

Vorgelegt am 17. Juni 2021

von Lea Buske

Matrikelnummer: XXXXXXXXXX

1.Prüferin: Fr. Stefanie Schniering

2.Prüferin: Fr. Katrin Behrens

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**

Department Pflege und Management
Alexanderstrasse 1
20099 Hamburg

Abstract

Hintergrund

Menschen mit Demenz haben ein erhöhtes Risiko eine Mangelernährung zu erleiden. Die Prävalenz dahingehend ist in der stationären Langzeitpflege sehr hoch und stellen aufgrund der multiplen, schwerwiegenden Folgeerscheinungen eine relevante Thematik dar. Aufgrund der Folgeerkrankungen entstehen vermehrt Pflegeprobleme, welche den Zeitaufwand und die Kosten der Versorgung erhöhen.

Zielsetzung

Ziel dieser Ausarbeitung ist es Möglichkeiten der Vermeidung und Früherkennung einer Mangelernährung von Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege zu erörtern, um weiteren Pflegeproblemen vorzubeugen, sowie ressourcenschonend und gesundheitsfördernd zu arbeiten.

Methodischen Vorgehen

Es wurde eine systematische Literaturrecherche auf Pubmed durchgeführt. Insgesamt wurden 28 Studien hierdurch inkludiert. Des Weiteren wurde in vorhandenen Büchern, im Internet, auf Google Scholar und über den HAW-Katalog eine weiterführende Literaturrecherche durchgeführt.

Ergebnisse

Die Implementierung und regelmäßige Nutzung einer Kombination verschiedener Screening- und Assessmentinstrumente, welche den Ist-Zustand sowie die Komplexität der Symptomaten einer Demenz miteinschließen, werden zur frühzeitigen Identifizierung einer Mangelernährung empfohlen. Verschiedene Intervention zur Umgebungsgestaltung, erweiterten Nahrungsangeboten, Beziehungsgestaltungen sowie körperlichen und sozialen Aktivitäten deuten einen positiven Einfluss auf die Nahrungsaufnahme hin. Die Studienqualität ist diesbezüglich noch revisionsbedürftig. Enterale Ernährung wird bei Menschen mit Demenz nicht angeraten. Eine individuelle Begutachtung und die Förderung der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz sollte priorisiert werden.

Schlüsselwörter: Demenz, Mangelernährung, stationäre Langzeitpflege

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	II
Tabellenverzeichnis.....	II
Abkürzungsverzeichnis	II
1. Einleitung	1
1.1. Methodik	2
2. Grundlagen	5
2.1. Demenz	5
2.2. Mangelernährung.....	8
2.3. Formen der Ernährung.....	12
3. Screening- und Assessmentinstrumente zur Erfassung von Mangelernährung bei Menschen mit Demenz	13
3.1. Mini Nutritional Assessment/ -Short Form.....	14
3.2. Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia.....	15
4. Interventionen zur Unterstützung einer bedürfnis- und bedarfsgerechten Ernährung bei Menschen mit Demenz.....	16
4.1. Umgebungsgestaltung	17
4.2. Nahrungsangebot	18
4.3. Beziehungsgestaltung.....	20
4.4. Psychosoziale Aspekte	21
4.5. Körperliche Aktivitäten und Gedächtnistraining	22
4.6. Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)	23
5. Diskussion	24
6. Fazit	33
Literaturverzeichnis	III
Anhang.....	XI
Eidesstattliche Erklärung	XIV

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PRISMA 2009 Flow-Chart	4
Abbildung 2: Anzahl der Demenzkranken in Deutschland nach Alter im Jahr 2018	7
Abbildung 3: Teufelskreis von Mangelernährung im Alter.....	10

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchstrategie	3
Tabelle 2: Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Questionnaire.....	15

Abkürzungsverzeichnis

BMI	Body-Mass-Index
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
EdFED	Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia
MMSE	Mini Mental State Examination
MNA	Mini Nutritional Assessment
MNA-SF	Mini Nutritional Assessment – Short Form
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie

1. Einleitung

Ein guter Ernährungsstatus ist wichtig für die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Salminen et al., 2019, S. 474). Ältere Menschen in der stationären Langzeitpflege weisen ein hohes Risiko einer Mangelernährung oder eine bereits bestehende Mangelernährung auf. In der Literatur sind zur Prävalenz einer bestehenden Mangelernährung unterschiedliche Werte zu finden, so wird die Prävalenz zwischen 25-50 Prozent (Fleischer & Klewer, 2011, S. 144) und 3-48 Prozent (Büscher & Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2017, S. 50) angegeben. Die Prävalenz für das Risiko einer Mangelernährung in der stationären Langzeitpflege liegt bei 28-66 Prozent (Büscher & DNQP, 2017, S. 50).

Diese weit auseinanderliegenden Prävalenzangaben sind zurückzuführen auf eine nicht einheitliche Definition des Begriffs der Mangelernährung sowie auf die Vielfalt der genutzten Screening- und Assessmentinstrumente zur Erfassung jener (Bell et al., 2015, S. 17). Die Ursachen für eine Mangelernährung sind zudem sehr individuell und vielfältig. Sie geht auch mit pflegerelevanten Gefahren und Folgeschäden einher. So erhöht eine Mangelernährung die Dekubitusgefahr, sie führt zu Wundheilungsstörungen, Infektionen, septischen Komplikationen und steigert die Mortalität. Die Pflegeabhängigkeit kann hierdurch verstärkt werden und somit zu einem erhöhten Arbeitsaufkommen führen (Schewior-Popp et al., 2017, S. 370-375). Die Folgen einer Mangelernährung führen demzufolge zu erhöhten Kosten im Gesundheitsbereich.

Im Jahre 2011 entstanden allein in den Niederlanden aufgrund der Folgen von Mangelernährung, zusätzliche Kosten in Höhe von 453 Millionen Euro in der stationären Langzeitpflege (Freijer et al., 2013, S. 139). Mangelernährung ist demnach ein gesundheitsökonomisch relevantes Thema. Hinzu kommt, dass kognitive Einschränkungen wie dementielle Symptomatiken zu den Ursachen einer Mangelernährung zählen (von Arnim & Wirth, 2019, S. 198). Die Diagnose Demenz bildet folglich einen Risikofaktor für eine Mangelernährung. In Deutschland leben circa 1,7 Millionen Menschen mit Demenz. Dieses macht ungefähr 2,04 Prozent der deutschen Bevölkerung aus (Thyrian et al., 2020, S. 1058-1059). Bis 2030 soll der

Anteil schätzungsweise auf 2,3 Prozent ansteigen (BARMER, 2010, zitiert nach: Statista Research Department, 2010, o. S.). Von den 1,7 Millionen Menschen mit Demenz wird etwa ein Drittel in Pflegeheimen versorgt (Lärm, 2018, o. S.). Angesichts der Prognose, dass die Anzahl der Menschen mit Demenz weiter ansteigen wird, lässt sich auch auf einen Anstieg der Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege schließen. Des Weiteren lässt sich aufgrund der hohen Prävalenz in der stationären Langzeitpflege vermuten, dass eine Umsetzung der vorhandenen Empfehlungen und Expertenstandards ausbaufähig ist (Fleischer & Klewer, 2011, S. 149).

Schlussfolgernd wird deutlich, dass Menschen mit Demenz zu einer Risikogruppe gehören, welche zusätzlich gefährdet sind, Einbußen aufgrund einer Mangelernährung, in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu erleiden und somit ein Anstieg des jeweiligen Pflegebedarfs resultieren kann. Es führt daher zu der Fragestellung: *Welche Möglichkeiten der Vermeidung und Früherkennung einer Mangelernährung von Menschen mit Demenz bestehen in der stationären Langzeitpflege?*

Die Relevanz der Fragestellung für die Pflege besteht in der Vermeidung und Prävention von Mangelernährung bei Menschen mit Demenz, um weiteren Pflegeproblemen vorzubeugen, sowie ressourcenschonend und gesundheitsfördernd zu arbeiten. Es sollen verschiedenen Möglichkeiten aufgezeigt werden und das Risiko sichtbar gemacht werden, um besser und gezielter pflegerisch intervenieren zu können. Des Weiteren soll der Fokus auf die Förderung der Lebensqualität berücksichtigt werden. Ebenso werden ethische Aspekte in der Bearbeitung betrachtet.

1.1. Methodik

Für die Beantwortung der Leitfrage wurde eine systematische Literaturrecherche auf Pubmed durchgeführt. Diese hatte zum Ziel, einen Überblick über die allgemeine vorhandene Literatur der Thematik der Mangelernährung bei Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege zu schaffen und diese systematisch zu ordnen und zu analysieren. Es wurden aus der Fragestellung Schlüsselwörter

erhoben: Demenz, Mangelernährung, stationäre Langzeitpflege. Diese wurden auf englisch für die Datenbank PubMed übersetzt, mit ihren Synonymen erweitert und mit den Booleschen Operatoren OR, AND und NOT miteinander verknüpft (vgl. Tabelle 1 & siehe Anhang 1).

Suchnummer	Schlagwort	Trefferanzahl
#1	dementia OR alzheimers OR cognitive impairment OR memory loss	412 484
#2	malnutrition OR undernutrition OR undernourishment	159 231
#3	long term care OR nursing home OR residential care OR assisted living OR retirement home OR long term housing	269 329
#4	#1 AND #2 AND #3	353
#5	children	2 824 238
#6	#4 NOT #5	343
#7	#6 Limitation: <ul style="list-style-type: none"> • 10 Jahre • Titel/ Abstract • Sprache: Englisch & Deutsch 	212

Tabelle 1: Suchstrategie (eigene Darstellung)

Zusätzlich wurden Ein- und Ausschlusskriterien bei der Recherche auf Pubmed gesetzt. Einschlusskriterien waren Sprache der Literatur auf Deutsch oder Englisch. Auch sollte die Literatur nicht älter als zehn Jahre und ein Abstract verfügbar sein, um die Aktualität der Quellen zu gewährleisten und einen schnellen Überblick über die Eignung der Studien zu erhalten.

Ausschlusskriterien sind somit Literatur, welche nicht in englischer oder deutscher Sprache verfügbar waren, bei denen kein Abstract auffindbar war und bei welchen das Erscheinungsdatum länger als zehn Jahre zurückliegt. Um keine wichtige Literatur, die älter ist als zehn Jahre auszuschließen, wurde die genutzte Literatur der verwendeten Studien ebenso berücksichtigt und zusätzlich gesichtet. Es

wurden Studien die ausschließlich das ambulante Pflegesetting beinhalten ausgeschlossen, um das Setting der stationäre Langzeitpflege zu berücksichtigen. Des Weiteren wurde Literatur, welche die Mangelernährung bei Kindern aufzeigte, ausgeschlossen, da dieses mit der Thematik der Demenz kollidierte.

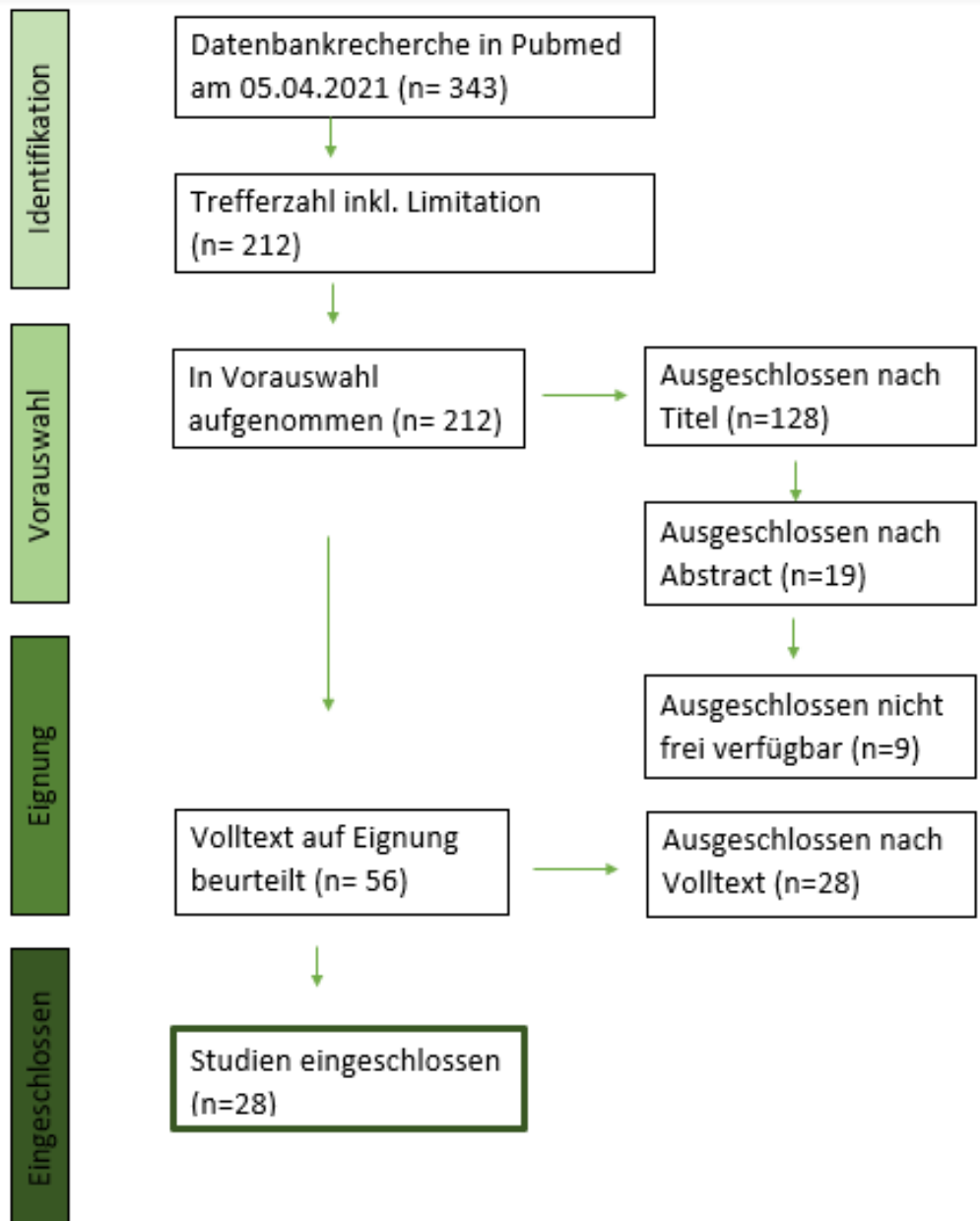


Abbildung 1: PRISMA 2009 Flow-Chart (eigene Darstellung)

Die Suchergebnisse wurden zuerst nach dem Titel und dann nach dem Abstract aussortiert. Nach der Volltextsichtung wurden 28 Studien eingeschlossen (vgl. Abbildung 1). Literatur wurde meist ausgeschlossen, wenn sich diese hauptsächlich auf andere Erkrankungen bezog, wie beispielsweise die der Dysphagie oder sich

nur mit der allgemeinen Gebrechlichkeit im Alter beschäftigte. Neun Studien waren nicht frei verfügbar und wurden aufgrund der restlichen umfangreichen verfügbaren Literatur ausgeschlossen. Im weiteren Verlauf der Literaturrecherche wurde in vorhandenen Büchern, im Internet, auf Google Scholar und über den HAW-Katalog nach den oben aufgeführten Suchbegriffen auch mit ihrer deutschen Übersetzung gesucht. Des Weiteren wurde nach den Schlagwörtern und deren Abkürzungen Mini Mental State Examination (MMSE), Mini Nutritional Assessment (MNA), Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED), enterale Ernährung, Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) und Ernährung im Alter gesucht.

2. Grundlagen

In der Gesellschaft existierten teilweise keine einheitlichen Definitionen für bestimmte Begrifflichkeiten dieser Ausarbeitung. Darüber hinaus muss für die Bereiche der Demenz und Mangelernährung eine einheitliche Grundlage geschaffen werden, um die Diskussion und das Fazit nachvollziehen zu können. Für das Verständnis dieser Ausarbeitung werden daher die wichtigsten Begrifflichkeiten definiert und beschrieben.

2.1. Demenz

Demenz ist ein

„acquired brain syndrome characterised by a decline from a previous level of cognitive functioning with impairment in two or more cognitive domains (such as memory, executive functions, attention, language, social cognition and judgment, psychomotor speed, visuoperceptual or visuospatial abilities). The cognitive impairment is not entirely attributable to normal aging and significantly interferes with independence in the person’s performance of activities of daily living. Based on available evidence, the cognitive impairment is attributed or assumed to be attributable to a neurological or medical condition that affects the brain, trauma, nutritional deficiency, chronic use of specific substances or medications, or exposure to heavy metals or other toxins.“ (World Health Organization, 2020, o. S.)

Die Ursachen für Demenz sind verschieden, teilweise auch erblich bedingt (Wiltfang et al., 2019, o. S.). Demenz ist demnach multifaktoriell. Des Weiteren wird Demenz in verschiedenen Formen unterteilt:

- Alzheimerdemenz
- Vaskuläre Demenz
- Lewy-Body-Demenz
- Frontotemporale Demenz
- Demenz bei Morbus Parkinson
- Creutzfeldt-Jakob Krankheit
- Korsakow-Syndrom
- Chronische traumatische Enzephalopathie

(Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2020a, o. S.)

Alle Formen der Demenz haben unterschiedliche Ursachen, Symptomatiken und Prävalenzzahlen. Beispielsweise wird zwischen einer primären und sekundären Demenz unterschieden. Die primäre Form findet ihren Ursprung im Gehirn. Bei dieser Form spielen sogenannte Alzheimer-Plaques eine Rolle, welche vermehrt bei Menschen mit Demenz nachzuweisen sind. Sie werden mit neurodegenerativen Veränderungen und der Symptomatik der Demenz in Verbindung gebracht. Hierzu zählen beispielsweise Formen, wie die Alzheimer Demenz oder die vaskuläre Demenz (Lautenschlager & Förstl, 2003, S. 8). Die sekundäre Demenz wird ausgelöst durch Ursachen wie Infektionen, Mangelernährungen, Autoimmunerkrankungen, Intoxikationen, Strahlung und sind selten auch genetisch bedingt. Die Ursachen sind daher teilweise vermeidbar, behandelbar und reversibel. Häufig treten primäre und sekundäre Demenzformen in einer Mischform auf (Lautenschlager & Förstl, 2003, S. 8). Wobei die Alzheimerdemenz mit 60-70% am häufigsten vertreten ist (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2020a, o. S.).

Die Wahrscheinlichkeit an Demenz zu erkranken steigt mit dem Alter (vgl. Abbildung 2). Nicht einmal zwei Prozent der Menschen mit Demenz sind jünger als 65 Jahre (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2020b, S. 2).

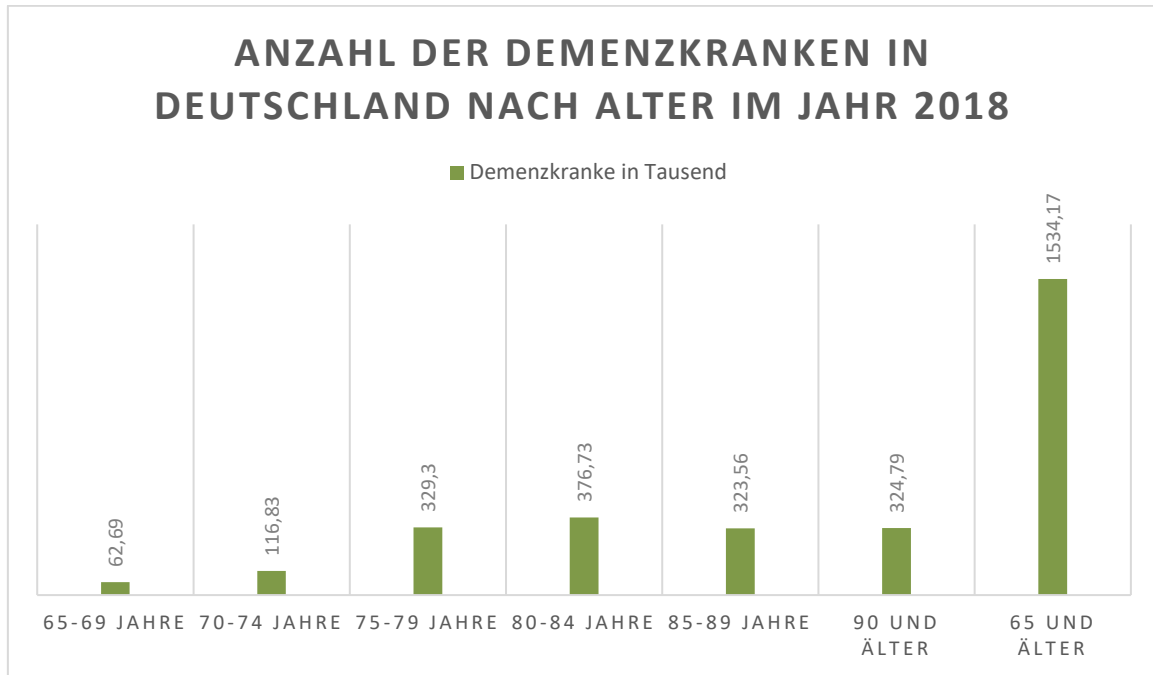


Abbildung 2: Anzahl der Demenzkranken in Deutschland nach Alter im Jahr 2018

(In Anlehnung an Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2020 zitiert nach Statista, 2020, o. S.)

Des Weiteren wird Demenz in unterschiedlichen Stadien beschrieben, denn Demenz ist eine meist fortlaufend degenerative und nicht reversible Erkrankung. Dies führt zu zunehmenden Einschränkungen mit der schwere des Stadiums der Demenzerkrankung. Es wird nach der Reisberg-Skala (Global Deterioration Scale) in sieben Stufen von leichter bis sehr schwerer Demenz unterschieden, wobei ab einer mittelschweren Demenz bereits kein eigenständiges Leben mehr möglich ist, aufgrund der Selbst- und Fremdgefährdung (Neubart, 2018, S. 128-134).

Um die Stadien zu beurteilen, werden verschiedene Assessments angewandt. Ein anerkanntes Beispiel hierfür ist der Mini Mental State Examination (MMSE) von Folstein (1975), welcher nach vier Stadien unterscheidet (Folstein, 1975 zitiert nach: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2018, o. S.). Dieser liefert sehr präzise Ergebnisse, sollte allerdings nicht ausschließlich zur Beurteilung verwendet werden. Denn der MMSE ist in der Stadien Identifizierung sehr sensibel, allerdings nicht Demenzform spezifisch (Lehfeld et al., 1999, S. 187-202; Pentzek, 2005, S. 203).

Die Demenzformen haben alle unterschiedliche, aber sich ähnelnde Symptomatiken, welche sich auch individuell bei den Betroffenen äußern. Die Symptomatiken wirken sich demnach individuell auf die Aktivitäten des täglichen Lebens der Menschen mit Demenz aus. So treten Störungen in der Kognition, Orientierung, des Verhaltens, der Psyche und auch der körperlichen Funktionen auf (Kastner & Löbach, 2018, S. 9-17).

Die Vielfältigkeit der Symptome und die miteinhergehenden Einschränkungen stellen eine besondere Herausforderung für den/die Betroffene*n selbst, die Angehörigen und auch für die Pflegekräfte dar. Menschen mit Demenz wirken agitiert, beispielsweise durch Ängste. Hierbei kann eine aktive Beziehungsgestaltung die Lebensqualität von Menschen mit Demenz bilden und beeinflussen. Beziehungen nehmen somit einen hohen Stellenwert ein, um die Einschränkungen aufgrund der Demenz zu bewältigen (Büscher & DNQP, 2019, S. 31).

2.2. Mangelernährung

Für den Begriff der Mangelernährung und ihrer Diagnose gibt es in der Literatur keine einheitliche Definition (Büscher & DNQP, 2017, S. 44). Dem Expertenstandard zufolge ist die Mangelernährung

„[e]in anhaltendes Defizit an Energie und/oder Nährstoffen im Sinne einer negativen Bilanz zwischen Aufnahme und Bedarf mit Konsequenzen und Einbußen für Ernährungszustand, physiologische Funktionen und Gesundheitszustand“ (Büscher & DNQP, 2017, S. 44).

Demnach bezeichnet eine Mangelernährung einen reversiblen Zustand, indem ein Mangel an Energie, Proteinen oder anderen Nährstoffen besteht. Hierbei entsteht eine messbare Veränderung der Körperfunktionen, welches eine negative Auswirkung auf Krankheitsverläufe hat (von Arnim & Wirth, 2019, S. 196).

Kriterien zur Erfassung einer Mangelernährung sind laut der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin unter anderem wenn, der Body-Mass-Index (BMI) kleiner als 18,5kg/m² oder ein unbeabsichtigter Gewichtsverlust von über zehn Prozent des ursprünglichen Körpergewichts in den letzten drei bis sechs

Monaten oder ein BMI kleiner als 20kg/m^2 in Verbindung mit einem Gewichtsverlust von über fünf Prozent des ursprünglichen Körpergewichts besteht. Ab einem Alter von über 65 Jahren gelten die Werte eines BMI-Werts von kleiner als 20kg/m^2 und eine Gewichtsreduktion von über fünf Prozent. Eine Nüchternperiode über sieben Tage bietet einen weiteren Indikator (Büscher & DNQP, 2017, S. 45).

Bei der krankheitsbedingten Mangelernährung werden weitere Kriterien hinzugezogen. Eine Ursache hierfür ist beispielsweise Demenz. Es besteht hierbei eine verringerte Energieaufnahme von weniger als 60 Prozent des eigentlichen Nährstoffbedarfs, sowie eine Trizephshautfaltendicke unter der zehnten Perzentile. Es bestehen keine Entzündungszeichen. Die chronisch krankheitsbedingte Mangelernährung bezieht sich auf zeitgleiche chronische Inflammation (Entzündung). Sie besteht bei einer reduzierten Energieaufnahme von weniger als 76 Prozent des Bedarfs eines Monats oder über einen Monat. Des Weiteren ist eine Verringerung der Muskelmasse unter der zehnten Perzentile der Armmuskelfläche und Anzeichen einer Krankheitsaktivität ein Indikator für eine krankheitsbedingte Mangelernährung (Büscher & DNQP, 2017, S. 45).

Mangelernährung wird häufig mit einer Unterernährung, Kachexie und Sarkopenie in Verbindung gebracht oder mit diesen Begriffen gleichgestellt. Hierbei sollte dennoch Vorsicht geboten werden, denn es können ebenso adipöse Menschen an einer Mangelernährung leiden (Heiligmann et al., 2019, S. 152).

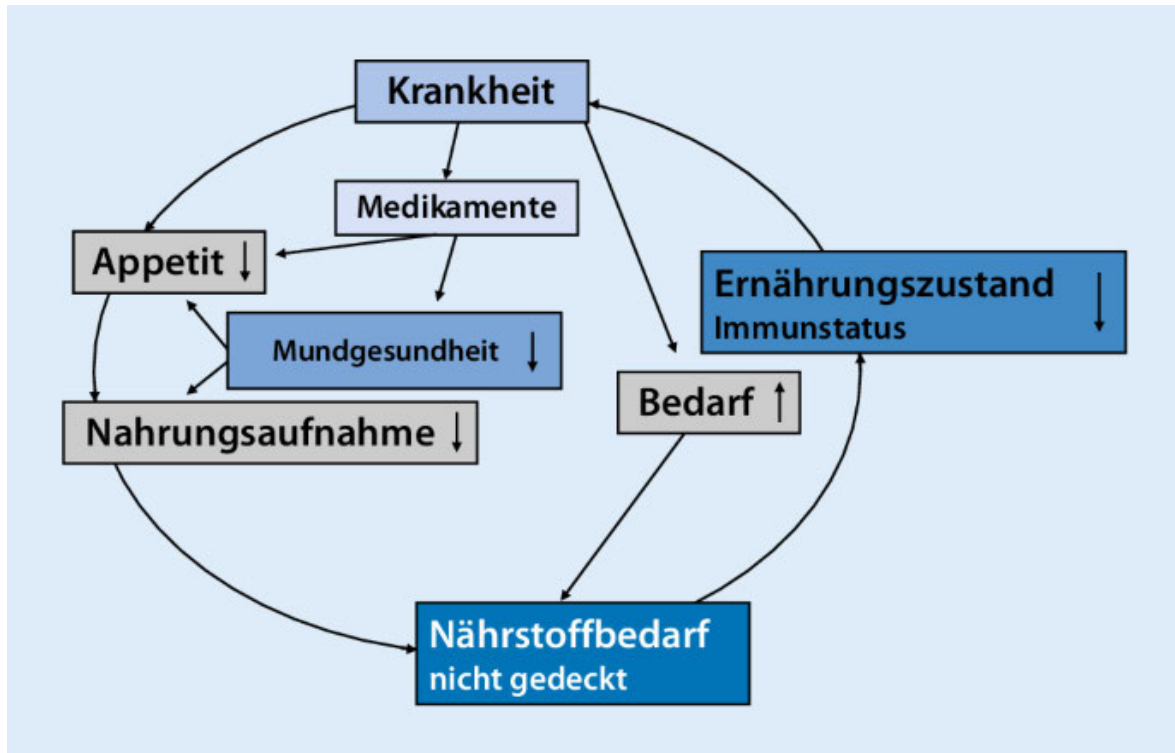


Abbildung 3: Teufelskreis von Mangelernährung im Alter
(Bartholomeyczik, 2019, S. 305)

Die Ursachen für eine Mangelernährung sind vielfältig und individuell, sie bilden unter anderem auch die Risikofaktoren (vgl. Abbildung 3). Mögliche Gründe für eine Mangelernährung sind krankheits-, alters- oder/und therapiebedingte Einschränkungen, wie beispielsweise akute und chronische Erkrankungen, Multimorbidität und deren mit einhergehenden möglichen Symptomatiken wie Schmerzen und Übelkeit. Nebenwirkungen von Medikamenten, wie beispielsweise Obstipationen (Verstopfungen), können ebenso eine Auswirkung auf den Appetit haben oder sedierend wirken. Wunden und Fieber stellen einen hohen Energieverbrauch für den Körper dar, welcher durch eine zusätzliche Energiezufuhr ausgeglichen werden muss. Verminderte Sinneswahrnehmungen, wie sie im Alter häufiger vorkommen, können die Freude am Essen mindern. Ebenso stellen Dysphagie (Schluckstörung) und ein schlechter Zahnstatus weitere Hürden für die Auswahl der Nahrungsmittel dar. Denn gegebenenfalls muss hier die Konsistenz/ Beschaffenheit der Lebensmittel angepasst werden, um diese schlucken zu können. Menschen mit Demenz sind hiervon häufiger betroffen (Büscher & DNQP, 2017, S. 52-55; Chang & Roberts, 2011, S. 2154). Sie weisen häufiger einen schlechten Zahnstatus auf, weil sie gegebenenfalls die Unterstützung bei der

Zahnpflege ablehnen und diese das Zähneputzen nicht mehr selbstständig umsetzen und den Nutzen der benötigten Utensilien nicht mehr nachvollziehen können (Rijt et al., 2021, S. 6-8.). Gleichmaßen können Kommunikationsschwierigkeiten bei Menschen mit Demenz dazu führen, dass diese beispielsweise Schmerzen und Hunger nicht verbal mitteilen können. Auch kognitive Einschränkungen und Dysfunktionen, wie sie bei einer Demenz auftreten, können zu Problemen beim Schluckakt oder bei der selbstständigen Nahrungsaufnahme führen (Volkert et al., 2015, S. 1054). Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz neigen besonders stark dazu, ca. 86 Prozent der Betroffenen haben hierbei Schwierigkeiten (Mitchell et al., 2009, S. 1535). Die Problematik einer Dysphagie wurde bei Menschen mit Demenz mit einer Prävalenz von 13-56 Prozent beschrieben (Volkert et al., 2015, S. 1054). Ebenso kann es zu einem erhöhten Energiebedarf durch motorische Unruhen kommen oder das Essen wird einfach vergessen (Büscher & DNQP, 2017, S. 55). Weitere Gründe können psycho-soziale Einschränkungen wie Depressionen, Schlangheitswahn und Einsamkeit/ Isolation sein. Auch die Umgebung kann das Ernährungsverhalten ändern. So kann Unruhe während der Mahlzeiten, fehlende Hilfsmittel und unflexible Essenszeiten zu einer verminderten Nahrungsaufnahme führen (Büscher & DNQP, 2017, S. 55). Speziell für die Langzeitpflege werden mitunter störende Mitbewohner*innen, Scham, Mangel an Kommunikation und Ablehnung der angebotenen Speisen in der Gemeinschaftsverpflegung genannt (Büscher & DNQP, 2017, S. 55).

Eine Mangelernährung hat mehrere Folgen. Hierzu führt unter anderem der Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (2017) in diversen Studien ermittelte Folgeerscheinungen von Mangelernährung auf (S. 57). Es zählen post-operative Komplikationen, beeinträchtigte Kognition, verschlechterte Lebensqualität, renale (die Niere betreffend) und kardiale (das Herz betreffend) Komplikationen und geringere Ganggeschwindigkeit dazu. Zudem steigt die Dekubitusgefahr. Eine Mangelernährung führt zu Wundheilungsstörungen, Infektionen, septischen Komplikationen und steigert die Mortalität aufgrund einer miteinhergehenden Schwächung des Immunsystems. Die Pflegeabhängigkeit kann hierdurch verstärkt

werden, welches auch ein niedriger Bartel Index aufweist und kann somit zu einem erhöhten Arbeitsaufkommen führen (Büscher & DNQP, 2017, S. 56-57; Schewior-Popp et al., 2017, S. 375).

Eine Mangelernährung fördert demzufolge kognitive Einbußen und kann Auslöser einer sekundären Demenz sein. Zeitgleich haben Menschen mit Demenz ein erhöhtes Risiko an einer Mangelernährung zu leiden aufgrund von diversen Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme. Mangelernährung und Demenz bedingen sich infolgedessen gegenseitig und bilden Risikofaktor und Folgen zugleich.

2.3. Formen der Ernährung

Es wird unterschieden zwischen verschiedenen Formen und Möglichkeiten dem Körper Nährstoffe und Energie zuzuführen. Hierbei wird zwischen der oralen, enteralen und parenteralen Ernährung unterschieden. Das Wort „oral“ bedeutet den Mund betreffend (Dudenredaktion, o. J.). Die orale Nahrungsaufnahme beschreibt folglich die natürliche Art der Zuführung der Nahrung über den Mund.

Eine Enterale Ernährung wird beispielsweise bei der Dysphagie oder bei einem geschädigten/ nicht funktionstüchtigen oberen Gastrointestinaltrakt genutzt. Die Magensonde ist hierbei ein klassisches Beispiel. Über diese wird industriell hergestellte, bedarfsdeckende Nahrung verabreicht. So kann eine vollständige Ernährung ersetzt werden (Rittler et al., 2006, S. 1067-1068). Die perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) ist eine Ernährungssonde, welche durch die Bauchdecke gelegt wird und gehört zur enteralen Ernährung (Schewior-Popp et al., 2017, S. 396).

Eine parenterale Ernährung wird über venöse Zugänge injiziert und kann die orale Ernährung ergänzen als auch ersetzen (Arends & Hug, 2015, S. 37-38). Sie wird allerdings nur dann empfohlen, wenn eine Mangelernährung droht und diese oral oder enteral nicht mehr ausgeglichen werden kann (Staun et al., 2009, S. 469).

3. Screening- und Assessmentinstrumente zur Erfassung von Mangelernährung bei Menschen mit Demenz

Um frühzeitig eine Mangelernährung, beziehungsweise das Risiko dieser, zu erkennen und somit den Auswirkungen entgegenzuwirken sowie präventiv handeln zu können, wurden zur Erfassung verschiedene Screening- und Assessmentinstrumente entwickelt. Durch eine Erfassung des Ernährungszustandes und der Einleitung einer individuellen Ernährungstherapie können Folgen einer Mangelernährung vermieden werden (Milne et al., 2009, S. 3-14). Es gibt eine Vielzahl an Screening- und Assessmentinstrumente zur Erfassung einer Mangelernährung, welche sich teilweise nach Settings unterscheiden. Insgesamt werden in dem Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherheit und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (2017) 23 verschiedene Parameter und Screening- und Assessmentinstrumente aufgeführt (S. 67-72). Aus der Menge der Screening- und Assessmentinstrumente werden jedoch nur wenige für die Praxis empfohlen (Cereda et al., 2016, S. 1283).

Während der Literaturrecherche zu dem Thema „Mangelernährung bei Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege“, wurden vor allem die folgenden drei Instrumente häufig aufgeführt:

- Mini Nutritional Assessment (MNA)
- Mini Nutritional Assessment- Short Form (MNA-SF)
- Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED)

Es wurde bei der Recherche deutlich, dass es noch keine Studien dazu gibt, welches Screening- und Assessmentinstrument sich am besten für die Erfassung einer Mangelernährung bei Menschen mit Demenz eignen (Mole et al., 2018, S. 485-486).

Aufgrund dessen werden im Folgenden diese Screening- und Assessmentinstrumente kurz vorgestellt und bewertet.

3.1. Mini Nutritional Assessment/ -Short Form

Das Mini Nutritional Assessment (MNA) wird weltweit zum Erfassen des Ernährungszustandes bei älteren Menschen empfohlen (Kondrup et al., 2003, S. 418; Guigoz, 2006, S. 466). Es besteht aus vier Kategorien, die der Anthropometrie (Wissenschaft der menschlichen Körpermerkmale und deren Bestimmung), Ernährungsgewohnheiten, der allgemeinen Verfassung und mit dem selbst wahrgenommenen Gesundheits- und Ernährungszustands. Diese Kategorien werden mithilfe von 18 Fragen erörtert (Cereda et al., 2016, S. 1283) (siehe Anhang 2).

Der MNA gilt als ein hochsensibles und einfach anzuwendendes Tool, welches bei der Identifizierung einer Mangelernährung bei älteren Menschen sowie Menschen mit Demenz helfen kann. Ebenso enthält es eine Frage im neuropsychologischen Bereich. Diese reicht jedoch nicht aus, um das spezifische Stadium der Demenz zu berücksichtigen (Cereda et al., 2016, S. 1283). Des Weiteren benötigt die ausführende Person, zum Beispiel ein*e Pfleger*in, das nötige Wissen über den/ die betroffene Bewohner*in der stationären Langzeitpflegeeinrichtung, um die notwendigen Fragen beantworten zu können. Andernfalls ist diese*r angewiesen auf die Kooperation des/der betroffenen Bewohners*in. Im fortgeschrittenen Stadium einer Demenz kann sich dieses allerdings als schwierig oder unmöglich herausstellen, wodurch die Beantwortung einiger Fragen nicht möglich ist. Infolgedessen kann sich das Ergebnis der Auswertung verfälschen (Cereda, 2012, S. 29-41).

Diesbezüglich wurde die gekürzte Form des MNA, das Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) entwickelt, um Fragen, welche durch die Pflegekräfte selbst nicht beantwortet werden können, zu reduzieren (Cereda, 2012, S. 29-41). Dies erhöht die Anwendbarkeit in der Pflegepraxis, da es eine Ernährungsstatureinschätzung bietet ohne Faktoren wie den BMI miteinzubeziehen (Kaiser et al., 2009, S. 787). Hierdurch besteht allerdings das „Risiko einer „Überdiagnose““ (Cereda, 2012, S. 29-41), welches ein Indikator für die Sinnhaftigkeit der Anwendung weiterer Screening- und Assessmentinstrumente ist (Cereda, 2012, S. 29-41).

3.2. Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia

Die Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED) wurde für Menschen mit Demenz entwickelt. Dennoch findet sie wenig Anwendung in der Praxis (Mole et al., 2018, S. 488). Sie besteht aus elf Fragen/ Items, welche eine Ernährungsschwierigkeit identifizieren sollen und somit einen Hinweis auf eine Mangelernährung geben (vgl. Tabelle 2). Die ersten zehn Fragen/ Items werden beantwortet mit „never (0), sometimes (1), often (2)“ (Watson, 1997 zitiert nach Stockdell & Amella, 2008, S. 52) und werden mit den dahinterstehenden Zahlen bewertet. Die Gesamtpunktzahl geht von null bis zwanzig. Wobei die Punktzahl 20 das schwerwiegendste darstellt.

Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Questionnaire		
	Questions/ Items	Answer
1.	Does the patient require close supervision while feeding?	
2.	Does the patient require physical help with feeding?	
3.	Is there spillage while feeding?	
4.	Does the patient tend to leave food on the plate at the end of the meal?	
5.	Does the patient ever refuse to eat?	
6.	Does the patient turn his head away while being fed?	
7.	Does the patient refuse to open his mouth?	
8.	Does the patient spit out his food?	
9.	Does the patient leave his mouth open allowing food to drop out?	
10.	Does the patient refuse to swallow?	
	Total Score (Total scores range from 0 to 20, with 20 being the most serious. Scores can be used to track change.)	
11.	Indicate appropriate level of assistance required by patient: supportive-educative; partly compensatory; wholly compensatory	

Tabelle 2: Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Questionnaire
(In Anlehnung an Watson, 1997 zitiert nach Stockdell & Amella, 2008)

Sie wird durch eine Fremdeinschätzung durchgeführt. Hierdurch wird die Einleitung weiterführender Schritte ermöglicht, wie Umgebungsanpassungen oder das Einbeziehen von weiteren Fachdisziplinen, wie die der Logopädie (Stockdell & Amella, 2008. S. 50). Dennoch werden einige Items nur grob bemessen. Dieses gefährdet die Qualität der erhobenen Daten (Watson, 1997, S. 115).

4. Interventionen zur Unterstützung einer bedürfnis- und bedarfsgerechten Ernährung bei Menschen mit Demenz

Bei Menschen mit Demenz besteht eine erhöhte Prävalenz einer Mangelernährung und ein erhöhtes Risiko eine zu entwickeln (Büscher & DNQP, 2017, S. 52-55; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), 2014, S. 17-21). Es wurden verschiedenen Interventionen und Hilfsmittel untersucht, um den allgemeinen Ernährungsstatus und der fortschreitenden Gebrechlichkeit entgegenzuwirken und das Aufkommen einer Mangelernährung zu mindern. Dieses sollte zu einer erhöhten Selbstständigkeit und einem erhöhten Wohlbefinden sowie mit einer verbesserten Lebensqualität des/der Bewohners*in resultieren. Folgen einer Mangelernährung und dem erhöhten Kosten und Arbeitsaufwand sollte somit präventiv entgegengewirkt werden können.

Diese Intervention beinhalten verschiedene Ansätze. Die einzelnen Interventionen werden folgend kurz aufgeführt, bevor diese im weiteren Verlauf des Kapitels ausführlicher behandelt und anschließend in der Diskussion bewertet werden.

Der erste Ansatz ist die der Umgebungsgestaltung, um eine bessere Atmosphäre der Nahrungsaufnahme zu gestalten (Büscher & DNQP, 2019, S. 160-161; Douglas & Lawrence, 2015, S. 1827-1829; Hansen et al., 2018, S. 662-672; Hanssen & Kuven, 2016, S. 866-87).

Die Darreichungsform der Nahrung und die Ergänzung durch orale Nahrungsergänzungsmittel und Fingerfood bilden den nächsten Ansatz. Dieser

wurde untersucht, um eine erhöhte Aufnahme der Kalorien, Proteine und Vitamine zu bewirken (Allen et al., 2013, S. 752-155; Allen et al., 2014, S. 1323-1331; Bell et al., 2015, S. 19-20; Douglas & Lawrence, 2015, S. 1826-1827; Tangvik et al., 2021, S. 117-123; Visscher et al., 2020, S. 1-7; Vucea et al., 2018, S. 916-921).

Aspekte der Kommunikation und der allgemeinen Interaktion des Essenanreichens wurde als ein Schlüsselfaktor für eine verbesserte Nahrungsaufnahme wahrgenommen. Dies stellt allerdings verschiedene Voraussetzung an die Institution und an das Wissen des Personals (Bartholomeyczik, 2019, S. 308; Büscher & DNQP, 2019, S. 80-81; Douglas & Lawrence, 2015, S. 1816-1826; Hammar et al., 2016, S. 624-635).

Das familiäre Setting und das Einbeziehen von Verwandten und Angehörigen wurden auch hinsichtlich ihrer Auswirkung überprüft (Bartholomeyczik, 2019, S. 308-309; Douglas & Lawrence, 2015, S. 1816-1828).

Sportliche Aktivitäten wurden auf ihre Wirkung auf den allgemeinen Ernährungszustand untersucht (Maltais et al., 2018, S. 824-828; Wu et al., 2014, S. 1891-1900). Auch der Aspekt einer PEG war in der Literatur zu finden (Brooke und Ojo, 2015, S. 2456-2468; Posthauer et al., 2014, S. 445-458; Ticinesi et al., 2016, S. 1512-1516).

4.1. Umgebungsgestaltung

Die Gestaltung der Umgebung während der Nahrungsaufnahme bei Menschen mit Demenz spielt eine wichtige Rolle und kann sich auf den Ernährungszustand auswirken (Hanssen & Kuven, 2016, S. 871-872). Unruhige, große Räumlichkeiten, wie zum Beispiel Speisesäle, in denen viel Konversation betrieben wird, können bei Menschen mit Demenz zu einer gesteigerten Ablenkung und Unruhe führen. Dies führt zu einer verminderten Nahrungsaufnahme durch mögliches Misstrauen und Ängste (Douglas & Lawrence, 2015, S. 1816). Auch übermäßige Dekorationsartikel, die direkt auf dem Tisch stehen, Fernsehsendungen, welche nebenbei laufen und laute, befremdliche Musik können ebenfalls zu einer Ablenkung führen und so die Nahrungsaufnahme erschweren. Im Kontrast hierzu wurde jedoch aufgezeigt, dass

Musik welche Erinnerungen weckt, als angenehm empfunden wird und so sich positiv auf die Nahrungsaufnahme auswirken kann. Die hier untersuchte Stichprobe war allerdings klein, so dass sich der allgemeine positive Einfluss auf die Nahrungsaufnahme nicht beweisen lässt (Büscher & Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2019, S. 160-161; Douglas & Lawrence, 2015, S. 1827-1829).

Als förderlich stellt sich das Verbreiten von angenehmen Aromen in den Essensräumen heraus. So führt beispielsweise der Duft von frisch gebackenen Brot zu einer gesteigerten Nahrungsaufnahme und einem erhöhten Appetit. Eine weitere Studie zeigt einen positiven Effekt auf die Nahrungsaufnahme bei der Verwendung von kontrastreichem Geschirr (Büscher & DNQP, 2019, S. 160-161; Douglas & Lawrence, 2015, S. 1828; Hansen et al., 2018, S. 670-672), sowie wenn bei den Getränken ein durchsichtiges Gefäß, ähnlich einem Glas, genutzt wird. Das Essen und die Getränke werden hierdurch besser wahrgenommen und so eher verzehrt. Jedoch lässt sich argumentieren, dass die Pflegekräfte mehr zum Konsum anleiten, wenn diese die noch zu verzehrende Menge leichter sehen können (Allen et al., 2014, S. 1329-1331).

4.2. Nahrungsangebot

Eine weitere Auswirkung auf die Nahrungsaufnahme können die Darreichungsform der angebotenen Lebensmittel und die angebotenen Lebensmittel selbst haben. So deutet ein Querschnittstudie von Vucea et al. (2018) darauf hin, dass gehacktes und püriertes Essen sich negativ auf den MNA-SF Score auswirken. Dieses ist zurückzuführen auf die geringere Nährstoffdichte des modifizierten Essens sowie der visuellen Unattraktivität und des verminderten Geschmacks. Bewohner*innen welche diese Art der Darreichungsform erhalten weisen meist Symptomaten einer Dysphagie auf und haben demnach ohnehin ein erhöhtes Risiko einer Mangelernährung (S. 919). Menschen mit Demenz könnten püriertes Essen verweigern, da es gegebenenfalls befremdlich auf sie wirkt und Misstrauen schüren kann. Gleichzeitig bietet es die Möglichkeit der oralen Nahrungsaufnahme bei einer koexistenten Dysphagie und wendet so möglicherweise eine enterale Ernährung ab.

Um die Nahrungsaufnahme von gefährdeten Bewohner*innen mit Demenz einer Mangelernährung zu steigern, werden häufig Zwischenmahlzeiten serviert (Reuther et al., 2013, S. 264). Eine Form dieser Zwischenmahlzeiten könnten beispielsweise Fingerfoods sein. Diese haben zur verbesserten Nahrungsaufnahme (Douglas & Lawrence, 2015, S. 1816; Visscher et al., 2020, S. 6-7) zusätzlich den positiven Effekt, die Selbstständigkeit und somit das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz zu fördern. Die Pflegekräfte und das Hauswirtschaftsteam sollten bei der Entwicklung der Fingerfoods eng zusammenarbeiten. Es zeigt sich, dass die Meinung der Pflegekräfte zu den Fingerfoods einen Einfluss auf die Bewohner*innen hat (Visscher et al., 2020, S. 6-7). Eine weitere Möglichkeit ist die der oralen Nahrungsergänzungsmittel. Diese weisen im Allgemeinen einen positiven Effekt auf (Bell et al., 2015, S. 19-20), sind aber bei Menschen mit Demenz nur wenig untersucht worden (Tangvik et al., 2021, S. 117-118). Diese Ergänzungsmittel werden bei Menschen mit Demenz häufig in flüssiger Form verabreicht (Douglas & Lawrence, 2015, S. 1816).

Orale Nahrungsergänzungsmittel wirken sich positiv auf die Vermeidung von Komplikationen und Folgen einer Mangelernährung aus. Es wurde festgestellt, dass die Bewohner*innen mit Demenz die oralen Nahrungsergänzungsmittel gut annehmen. Dieses führt zu einer Verbesserung der Energie und Proteinaufnahme (Allen et al., 2013, S. 753-755; Tangvik et al., 2021, S. 121-122) und folglich zu einem besseren Ernährungszustand. Langfristige Auswirkungen, insbesondere auf die kognitiven Funktionen, wurden noch nicht untersucht und lassen daher eine Verbesserung durch die erhöhte Nährstoffaufnahme nur erahnen (Tangvik et al., 2021, S. 122).

Trotz der guten Annahme und der positiven Auswirkung von oralen Nahrungsergänzungsmitteln wurde festgestellt, dass nur die Hälfte der an Mangelernährung Leidenden und weniger als ein Fünftel der Risikogruppe überhaupt als gefährdet anerkannt wurden und dass nicht alle Betroffenen das Nahrungsergänzungsmittel erhalten. Somit wird häufig trotz einer Mangelernährung keine Intervention getroffen (Vandewoude et al., 2019, S. 128). Auch Reuther et al.

(2013) stellte fest, dass mangelernährte Menschen mit Demenz mehr Maßnahmen erhalten als mangelernährte Bewohner*innen ohne Demenz. Umgekehrt erhalten diese jedoch mehr Maßnahmen als Menschen mit Demenz, welche lediglich das Risiko an einer Mangelernährung zu leiden haben. Der Einsatz von oralen Nahrungsergänzungsmitteln ist demzufolge noch sehr ausbaufähig. Deutlich wird, dass mehr orale Nahrungsergänzungsmittel verabreicht werden, wenn Ernährungsberater*innen oder Ernährungsexperten*innen in der Versorgung mit integriert sind und das Personal bezüglich einer Mangelernährung besser geschult ist (S. 264-267). Besonders bei Menschen mit Demenz, die zusätzlich an einer Dysphagie leiden, wird diese Vorgehensweise empfohlen (Streicher et al., 2017, S. 1367).

4.3. Beziehungsgestaltung

Menschen mit Demenz benötigen eine besondere Beziehungsgestaltung. Eine personen-zentrierte Pflege kann Menschen mit Demenz helfen sich verstanden und angenommen zu fühlen. Die Lebensqualität kann hierdurch gesteigert und das Wohlbefinden gestärkt werden (Büscher & DNQP, 2019, S. 80-81). Unbekanntes kann hingegen als Bedrohung aufgefasst werden und Ängste auslösen. Der Rückgang der eigenen Fähigkeiten wird häufig als starker Verlust empfunden. Dieses kann auch bei der selbstständigen Nahrungsaufnahme zu einem Problem werden. Schnelle Bewegungen und unfreundliches, gestresstes Auftreten seitens der Pflegekräfte bei der Unterstützung, können Menschen mit Demenz als Bedrohung auffassen. Dies kann wiederum zu Misstrauen, Aggressivität und einem Rückzug führen, welches sich weiterführend ungünstig auf die Nahrungsaufnahme und allen anderen pflegerischen Interventionen auswirkt (Neubart, 2018, S. 130).

Eine empathische Beziehungsgestaltung sollte daher stets angestrebt werden (Bartholomeyczik, 2019, S. 308). Empathische Situationen werden von Menschen mit Demenz meist als positiv und angenehm empfunden (Neubart, 2018, S. 130). So zeigt sich beispielsweise auch, dass besonders Menschen mit Demenz davon profitieren, wenn diese beim Essen von Angehörigen der Familie unterstützt werden. Die langjährige Beziehung zu dem Familienmitglied förderte die Nahrungsaufnahme. Hierbei stellte sich heraus, dass sich diese fast doppelt so lang

Zeit für das Essen annehmen, im Vergleich zu den Pflegekräften. Dies verdeutlicht, dass sich auch Zeitmangel beim Essen annehmen negativ auf den Ernährungsstatus auswirken kann (Wu et al., 2020, S. 2929-2940). Das Annehmen von Essen stellt dementsprechend eine komplexe Aufgabe bei Menschen mit Demenz dar. Schulungen für das Personal, bezüglich des Umgangs mit Menschen mit Demenz, und möglicherweise strukturelle Änderungen wären eine Möglichkeit die Situation der Nahrungsaufnahme zu entspannen und somit den Ernährungszustand von Menschen mit Demenz zu verbessern (Douglas & Lawrence, 2015, S. 1829; Hammar et al., 2016, S. 631-633).

4.4. Psychosoziale Aspekte

Zu den Gründen einer Mangelernährung gehören manchmal auch psychosoziale Aspekte, welche häufiger nicht betrachtet werden. So können Scham und Ekel beim Essen einen großen Stellenwert einnehmen. Speziell in einem frühen Stadium der Demenz könnte es den Bewohnern*innen unangenehm sein, wenn diese bemerken, dass sie vergessen haben, wie man Besteck benutzt. Hierdurch bedingt lehnen sie häufiger die Nahrungsaufnahme ab (Bartholomeyczik, 2019, S. 308).

Die Nahrungsaufnahme sollte als ein soziales Gut betrachtet werden (Keller, 2016, S. 7), nicht zur Isolation führen und bei den Bewohner*innen Freunde, Lebensqualität fördern, sowie das Wohlbefinden steigern (Hanssen & Kuven, 2016, S. 871-872). Familiärer Umgang und eine familiäre Gestaltung des Essens und der Umgebung können nachweislich die Nahrungsaufnahme fördern. Wenn das Essen in Schüsseln serviert, auf den Tisch gestellt wird und die Bewohner*innen sich selbstständig aussuchen dürfen, welche Nahrungsmittel sie in welchen Mengen konsumieren wollen. Diese Variante führt zudem zu einer Kostensenkung, da weniger Abfälle entstehen (Bartholomeyczik, 2019, S. 308-309; Douglas & Lawrence, 2015, S. 1828).

In Deutschland wird die kulturelle Herkunft immer vielfältiger. Der Speiseplan in den stationären Langzeitpflegeeinrichtungen reflektiert diese Vielfalt allerdings meistens nicht. Besonders kulturspezifische Mahlzeiten können jedoch das Wohlbefinden bei den Bewohnern*innen steigern. Gerichte aus der Kindheit wecken nicht nur bei

Menschen mit Demenz Erinnerungen und bereiten Freude. Die Biografie der Ernährungsgewohnheiten bleibt dennoch häufig unbeachtet. Wobei das Berücksichtigen der individuellen Vorlieben ein Gefühl der Zugehörigkeit auslösen kann und das nicht Berücksichtigen ein Gefühl des nicht geliebt Werdens. Somit kann die Anpassung des Speiseplans auf die individuellen Vorlieben der Bewohner*innen sich positiv auf das Wohlbefinden und auf die Nahrungsaufnahme auswirken (Hanssen & Kuven, 2016, S. 871-872).

4.5. Körperliche Aktivitäten und Gedächtnistraining

Maltais et al. (2018) stellte die Auswirkung von sozialen Interaktionen, wie zusammen singen und basteln dem der körperlichen Aktivität durch Sporteinheiten bei Menschen mit Demenz gegenüber, um die jeweilige Auswirkung auf den Ernährungszustand zu beurteilen (S. 824-825). Nach der 24-wöchigen Intervention wurde allerdings kein nennenswerter Unterschied im Körpergewicht, BMI und MNA nachgewiesen. Eine verstärkte Nahrungsaufnahme wurde nicht gemessen. Eine Kombination aus oralen Nahrungsergänzungsmitteln und körperlichen Aktivitäten wird als Vorteil bei der Gewichtszunahme beschrieben (Maltais et al., 2018, S. 826-827). Gemeinsame Aktivitäten fördern allerdings die soziale Interaktion und den Beziehungsaufbau. Diese können sich positiv auf das allgemeine Wohlbefinden und dem Gefühl der Zugehörigkeit bei Menschen mit Demenz auswirken (Büscher & DNQP, 2019, S. 158).

Montessori- basierte Übungen für Menschen mit Demenz speziell zum Training der selbständigen Nahrungsaufnahme wurden von Wu et al. (2014) untersucht. Montessori-basierte Übungen sind beispielsweise der Umgang mit Besteck welche kleinschrittig aufgegliedert werden. Es sind demnach Übungen, die aus dem Alltag übernommen werden und generell das Gedächtnis trainieren sollen. Diese zeigen, dass regelmäßige montessori-basierte Aktivitäten zu einer höheren Selbstständigkeit beitragen, allerdings nicht direkt zu einer Verbesserung der Nahrungsaufnahme (Wu et al., 2014, S. 1896-1900).

4.6. Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)

Eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) ist ein Form der enteralen Ernährung. Sie wird in Betracht gezogen, wenn eine normale, orale Ernährungsweise durch zum Beispiel einer ausgeprägten Dysphagie nicht mehr möglich ist oder nicht genug Nahrung aufgenommen werden kann und es somit zu einer Mangelernährung führt (Konishi & Kakimoto, 2021, S. 182).

Menschen mit Demenz leiden häufig unter einer Dysphagie und sind durch multiple Faktoren gefährdet, an einer Mangelernährung und deren Folgen zu leiden (Volkert et al., 2015, S. 1054). Diesbezüglich wurde in der Literatur häufig über die PEG Anlage bei Menschen mit Demenz diskutiert, um einer Mangelernährung entgegenzuwirken. Brooke und Ojo (2015) kommen allerdings zu dem Schluss, dass eine PEG-Sonde zu keiner Verbesserung des Ernährungsstatus bei Menschen mit Demenz führt (S. 2463-2465). Die Mortalität ist nach der Anlage sogar höher als bei der Nichtanlage (Ticinesi et al., 2016, S. 1514). Die PEG wird lediglich als Option gesehen, wenn der/die Betroffene sich in einem frühen Stadium der Demenz befindet und wenn die Mangelernährung die Ursache für einen reversiblen Zustand ist (Brooke & Ojo, 2015, S. 2463-2465). Posthauer et al. (2014) kam ebenso zu dem Ergebnis, dass der allgemeine Zustand von Menschen mit Demenz durch eine PEG-Anlage nicht verbessert wird, und die Gesundheitskosten durch die Anlage einer PEG-Sonde sogar ansteigen (S. 448-450).

Hinzu kommt noch der ethische Aspekt. Die Ernährung über eine PEG-Sonde könnte zu einer sozialen Isolation führen. Der Bewegungsradius wird beispielsweise bei der Verabreichung der Sondenkost eingeschränkt, sowie fällt die soziale Interaktion bei der Nahrungsaufnahme weg. Es findet durch die PEG folglich eine Einbuße der Lebensqualität statt (Posthauer et al., 2014, S. 448-450).

In einem späteren Stadium der Demenz können die Betroffenen selbst keine wichtigen Entscheidungen mehr treffen. Die Entscheidung zur PEG liegt demnach bei einem Vormund. Angehörige haben häufig das Gefühl ihren Angehörigen verhungern zu lassen und kommen so in ein für sie ethisches Dilemma. Eine frühzeitige Abklärung des Willens sollte aufgrund dessen bereits zu Beginn der

Diagnosestellung einer Demenz besprochen werden, um so den Angehörigen die Last einer Entscheidung abzunehmen (Brooke & Ojo, 2015, S. 2465). Zudem sollte sich hierbei die Frage gestellt werden, ob die Lebensqualität wichtiger ist als die Lebensdauer (Posthauer et al., 2014, S. 449; Brooke & Ojo, 2015, S. 2464).

5. Diskussion

Mangelernährung ist in der stationären Langzeitpflege mit einer hohen Prävalenz gekennzeichnet (Büscher & DNQP, 2017, S. 50). Die Prävalenz einer Mangelernährung ist bei Menschen mit Störungen der kognitiven Fähigkeiten, wie bei Menschen mit Demenz deutlich höher (Stange et al., 2013, S. 360). Die unterschiedlichen Prävalenzzahlen sind auf viele unterschiedliche Definition der Mangelernährung zurückzuführen. Des Weiteren gibt es ein breites Spektrum an Screening- und Assessmentinstrumenten, welche die Vergleichbarkeit der Studien bezüglich der Mangelernährung erschwert (Bell et al., 2015, S. 17; Büscher & DNQP, 2017, S. 49). Besonders für Menschen mit Demenz fehlt es an geeigneten Screening- und Assessmentinstrumenten, die zusätzlich die Komplexität der Nahrungsaufnahme bei den unterschiedlichen Symptomatiken einer Demenz erfassen.

Die Screening- und Assessmentinstrumente sollten einerseits den körperlichen Ist-Zustand, wie die aufgeführten Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (Büscher & DNQP, 2017, S. 45) erfassen, um eine bereits bestehende Mangelernährung zu erkennen und zeitgleich das Risiko dieser wahrnehmen. Hierdurch könnte präventiv vor Eintreten einer Mangelernährung intervenieren werden. Andererseits sollte das Screening- und Assessmentinstrument praktikabel und einfach gehalten sein, um eine Fehl- und Überdiagnose zu vermeiden, sowie es tauglich für die praktische Anwendung in der Pflege zu machen (Stange et al., 2013, S. 359-362). Hierfür bedarf es ein weniger zeitaufwendiges Screening- und Assessmentinstrument. Die hier aufgeführten Screening- und Assessmentinstrumente erfüllen allerdings nicht alle diese Kriterien.

Der MNA beispielsweise erfasst die besonderen Herausforderungen bei der Nahrungsaufnahme bei Menschen mit Demenz nicht. Die Kognition wird lediglich

durch Erfassen des neuropsychologischen Status erfragt (vgl. Abbildung 3). Die Beantwortung dieser Frage würde allerdings die vorherige Einschätzung beispielsweise durch den MMSE erfordern. Des Weiteren gibt der MNA keine Konsequenzen aus dem Ergebnis vor, welches für ungelerntes pflegerisches Personal als Hürde für weitere Interventionen gleichkommen könnte. Die MNA-SF besteht nur aus den ersten sechs Fragen des originalen Screening- und Assessmentinstruments. Diese kurze Variante, befragt ebenso nur die Schwere der Demenz und erfasst nicht die komplexen Probleme und Symptomatiken bei der Nahrungsaufnahme. Dennoch ist der MNA eine viel untersuchtes, anerkanntes Instrument und wird als hochsensibel sowie einfach anzuwenden beschrieben (Cereda et al., 2016, S. 1283). Der MNA-SF findet aufgrund der Zeitersparnis und der einfachen Nutzung bereits häufig Anwendung in der pflegerischen Praxis (Bartholomeyczik, 2019, S. 307; Kaiser et al., 2009, S. 786).

Das Screening- und Assessmentinstrument, EdFED nach Watson (1997), ist speziell für Menschen mit Demenz entwickelt worden. Es beschäftigt sich mit den Ernährungsschwierigkeiten und Symptomatiken bei der Nahrungsaufnahme. Mit dem Erkennen der Problematiken soll eine Mangelernährung beziehungsweise das Risiko einer Mangelernährung erkannt werden. Es umfasst allerdings nicht den genauen körperlichen Ernährungsstatus. Somit wird eine Mangelernährung oder das Risiko nur erahnt und es wird nicht genau auf die körperliche Verfassung geschaut. Kriterien, wie der BMI oder der unbeabsichtigte Gewichtsverlust in den letzten drei bis sechs Monaten werden außen vor gelassen (vgl. Tabelle 2). Positiv anzumerken ist, dass sich Handlungsschritte aus den erkannten Problematiken ableiten lassen und das Finden von individuellen Interventionen vereinfacht wird (Stockdell & Amella, 2008, S. 47-50). Die Screening- und Assessmentinstrumente könnten sich demnach ergänzen (Cereda, 2012, S. 29-41).

Demzufolge könnte eine Kombination aus MNA und EdFED, ausgefüllt mit Hilfe des MMSE, eine genauere Einschätzung einer Mangelernährung bei Menschen mit Demenz liefern. So würde der körperliche Ist-Zustand sowie die Besonderheiten der Ernährungsproblematik bei Menschen mit Demenz berücksichtigt werden. Die Thematik des Zeitmangels in der Pflege stellt bei der Ausführung häufig eine Hürde

dar. Durch die frühzeitige Erkennung einer Mangelernährung können allerdings schwerwiegende Folgen potenziell vermieden (Milne et al., 2009, S. 3-14) und somit die Kosten und der Arbeitsaufwand gesenkt werden.

Stellt sich durch die Screening- und Assessmentinstrumente der Bedarf einer Intervention heraus, gilt es individuell auf die Bedürfnisse des/der Betroffenen einzugehen. Die Umgebungsgestaltung beispielsweise kann bei Menschen mit Demenz eine große Auswirkung haben (Hanssen & Kuyen, 2016, S. 871-872). Zu viele Reize können überfordernd wirken und Stress und Unruhe auslösen (Douglas & Lawrence, 2015, S. 1816). Um diesem entgegenzuwirken, wurden zur Nahrungsaufnahme große, laute und überfüllte Speisesäle für Menschen mit Demenz nicht empfohlen. Dieses weist darauf hin, dass kleine Essensgruppen eine positive Auswirkung auf die Nahrungsaufnahme haben (Douglas & Lawrence, 2015, S. 1827-1829). Dies sollte bei der Entstehung von Wohngruppen beziehungsweise bei speziellen Stationen für Menschen mit Demenz beim Bau oder Aussuchen der Räumlichkeiten berücksichtigt werden. Des Weiteren werden als Intervention leise, entspannte oder bekannte Musik aufgeführt (Büscher & DNQP, 2019, S. 161; Douglas & Lawrence, 2015, S. 1828). Ein positiver Effekt auf die Nahrungsaufnahme wird hierbei wahrgenommen. Jedoch haben die Studien jeweils eine geringe Teilnehmerzahl und beschäftigten sich hauptsächlich mit der Unruhe bei Menschen mit Demenz. Die Ergebnisse sollten aufgrund dessen kritisch gewertet werden und gegebenenfalls zu weiterer Forschung anregen (Douglas & Lawrence, 2015, S. 1828). Eine individuelle Testung der musikalischen Intervention in den stationären Langzeitpflegeeinrichtungen könnte wegen dem in der Praxis geringen Zeitaufwand der Implementierung dennoch eine Möglichkeit darstellen.

Eine Anpassung der Gerüche in den Räumlichkeiten wird ebenfalls als positive Intervention wahrgenommen. Der Duft von frisch gebackenem Brot beispielsweise verstärkt die Nahrungsaufnahme der Bewohner*innen um ca. sieben Prozent (Douglas & Lawrence, 2015, S. 1828). Einige Langzeitpflegeeinrichtungen haben in den Speiseräumen integrierte Küchen. Hier könnte das Hauswirtschaftsteam mit einbezogen werden. Diese könnten einige Lebensmittel vor den Bewohnern*innen zubereiten beziehungsweise backen, um so den Geruch dieser in den

Speiseräumen zu verbreiten. Es wäre demnach eine strukturelle Änderung, welche kostengünstig umsetzbar wäre und den Bewohner*innen mehr Lust auf das Essen machen könnte.

Hansen et al. (2018) stellte fest, dass Menschen mit Demenz mehr Nahrung zu sich nahmen, wenn das Geschirr, einen farbigen Rand hat und nicht ausschließlich weiß ist (S. 670-672). Durchsichtige Becher, die einem Glas ähneln, führen laut Allen et al. (2014) zu einem höheren Konsum von Getränken (S. 1329-1331). Bei beiden Interventionen ist es den Bewohner*innen und den Pfleger*innen aufgrund des Kontrasts einfacher gefallen, die Speisen zu identifizieren. Die Pflegekräfte leiten hierdurch die Bewohner*innen mehr zur Nahrungsaufnahme an und die Bewohner*innen schenken dem Essen und den Getränken mehr Aufmerksamkeit (Allen et al., 2014, S. 1331; Douglas & Lawrence, 2015, S. 1828; Hansen et al., 2018, S. 670-672). Diese Interventionen sind für die Langzeitpflegeeinrichtungen mit Kosten verbunden. Bei einer unabhängigen Neuanschaffung des Geschirrs, könnten diese Faktoren allerdings berücksichtigt werden und würden so keinen Mehraufwand oder besondere Mehrkosten produzieren (Douglas & Lawrence, 2015, S. 1828).

Mit dem Alter können sich die Wahrnehmungen und Sinne verändern. So kann es zu Störungen in der olfaktorischen Wahrnehmung und infolgedessen auch im Geschmacksinn kommen. Gerüche und Geschmäcker werden nur noch vermindert empfunden und können zum Verlust der Freude an der Nahrungsaufnahme führen und somit das Risiko einer Mangelernährung begünstigen (Douglas & Lawrence, 2015, S. 1828). Wenn bei Menschen mit Demenz eine Dysphagie auftritt oder diese aufgrund eines schlechten Zahnstatus nicht mehr in der Lage sind normale Nahrung zu sich zu nehmen, wird in erster Instanz, vor der enteralen oder parenteralen Ernährung, das Essen modifiziert. Pürierte und gehackte Nahrung weisen allerdings eine niedrigere Nährstoffdichte auf. Zusätzlich ist es weniger Geschmacksintensiv und optisch unattraktiver (Vucea et al., 2018, S. 919). Menschen mit Demenz könnten bei der Umstellung auf modifiziertes Essen Skepsis und Misstrauen gegenüber der Nahrung zeigen oder diese durch mögliche Veränderung des Geschmackssinns als fad wahrnehmen. Dies kann gegebenenfalls zu einer

Verweigerung des Essens führen, welches wiederum Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme hätte. Dies bedarf dann Überzeugungskraft und einen gelungenen empathischen Beziehungsaufbau durch die Pflegekräfte gegenüber den betroffenen Bewohner*innen. Diese Art der oralen Nahrungsaufnahme ist dennoch förderlicher, auch bezogen auf die soziale Komponente des Zugehörigkeitsgefühls, als die Umstellung auf die enterale Ernährungsform. Diese Intervention sollte daher prophylaktisch durch zum Beispiel eine gute Zahn- und Mundpflege abgewehrt werden. Dies ist besonders relevant, da Menschen mit Demenz ohnehin häufiger einen schlechten Zahnstatus aufweisen (Rijt et al., 2021, S. 6-8).

Zu den Interventionen, um die Protein- und Energieaufnahme zu steigern zählen Fingerfood, Zwischenmahlzeiten und orale Nahrungsergänzungsmittel. Alle drei weisen eine gesteigerte Protein-, Energie- und Vitaminaufnahme auf, ohne das Essverhalten zu den Hauptmahlzeiten zu verringern (Allen et al., 2013, S. 753-755; Bell et al., 2015, S. 19-20; Douglas & Lawrence, 2015, S. 1816; Reuther et al., 2013, S. 264; Tangvik et al., 2021, S. 121-122; Visscher et al., 2020, S. 6). Auswirkungen auf eine verbesserte Kognition, besonders bei Menschen mit Demenz, können allerdings nicht aus den Studien erschlossen werden. Daher besteht der Bedarf nach weiteren Untersuchungen (Tangvik et al., 2021, S. 122).

Der Einsatz der oralen Nahrungsergänzungsmittel ist aus verschiedenen Gründen noch ausbaufähig. Häufig wurde eine Mangelernährung trotz Screening- und Assessmentinstrumente nicht anerkannt oder es wurde keine Intervention der Nahrungsergänzung getroffen (Vandewoude et al., 2019, S. 128). Dabei nehmen Menschen mit Demenz diese oralen Nahrungsergänzungsmittel und Zwischenmahlzeiten gut an. Ihre Selbstständigkeit der Einnahme fördert ihr Wohlbefinden und Selbstvertrauen (Visscher et al., 2020, S. 2). Eine Hürde stellt die Bereitstellung und Herstellung der Zwischenmahlzeiten, Fingerfoods und oralen Nahrungsergänzungsmitteln für die Pflege dar. Aber auch hier kann eine enge Zusammenarbeit zwischen Team der Hauswirtschaft und dem der Pflege diese Hürde beseitigen. Die Mahlzeiten sollten nicht zu komplex sein, damit die Bewohner*innen mit Demenz noch in der Lage sind diese selbstständig

einzunehmen. Auch sollte die Zubereitung nicht zu viel Zeit in Anspruch nehmen (Visscher et al., 2020, S. 2 & S. 6-7). Das Pflegepersonal müsste beispielsweise mehr in Kontakt mit dem interdisziplinären Team treten und Ernährungsexperten*innen bei einer erkannten Mangelernährung, beziehungsweise dem Risiko einer Mangelernährung einschalten. Des Weiteren sollte das Pflegepersonal besser geschult werden, um die individuellen Bedürfnisse der Bewohner*innen zu erkennen und so den Einsatz von oralen Nahrungsergänzungsmitteln, Zwischenmahlzeiten und Fingerfoods besser steuern und einsetzen zu können (Streicher et al., 2017, S. 1367). Die Prävention einer Mangelernährung und die Förderung der Gesundheit der Bewohner*innen würde längerfristig Zeit in der pflegerischen Versorgung und Kosten sparen, bedingt durch das fehlende Eintreten von Folgeerkrankungen.

Allen Interventionen voran steht der Beziehungsaufbau und die Beziehungsgestaltung zwischen den Pflegenden und den Menschen mit Demenz. Ein gelungener Beziehungsaufbau führt zu mehr Ruhe und Wohlbefinden bei Menschen mit Demenz. Das Vertrauen gegenüber den Pflegekräften kann bei der Nahrungsaufnahme förderlich sein. Diesem können allerdings strukturelle Rahmenbedingungen, wie beispielsweise Zeitmangel in der Versorgung, im Wege stehen. Ebenso kann ungelerntes pflegerisches Personal einen Mangel an Kompetenzen bei der Beziehungsgestaltung aufweisen. Unwissenheit, hinsichtlich Demenzerkrankungen und verschiedener Kommunikationstechniken, kann dazu führen, dass weniger empathisch kommuniziert und gestikuliert wird. Auch kann die subjektive Haltung und Abgrenzung der Pflegekräfte dazu führen, dass eine personen-zentrierte Pflege erschwert wird (Büscher & DNQP, 2019, S. 80-81).

Deutlich wird die Wichtigkeit einer gelungenen Beziehungsgestaltung auch mit dem Einfluss der Angehörigen auf die Bewohner*innen. Die Nahrungsaufnahme wird gesteigert, wenn die Angehörigen zur Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme anwesend sind. Diese lassen sich mehr Zeit und interagierten aktiv (Wu et al., 2020, S. 2929-2940). Hieraus lässt sich ableiten, dass sich eine hohe Fluktuation des Pflegepersonals und einhergehende neue Situationen für die Bewohner*innen mit Demenz negativ auf die Nahrungsaufnahme auswirken kann.

Ein weiterer Faktor ist der Zeitmangel. Die Langzeitpflegeeinrichtungen sollten versuchen die Strukturen dahingehend zu ändern, dass gegebenenfalls die Zeit des Essenanreichens eine geschützte Zeit ist. Die Bewohner*innen sollten in Ruhe essen können und hierbei genügend Unterstützung erhalten. Ein Beziehungsaufbau sollte stattfinden können, um einer Mangelernährung entgegenzuwirken. Des Weiteren sollten Langzeitpflegeeinrichtungen zum Wohle der Bewohner*innen mit Demenz versuchen, die Mitarbeiter*innen zu binden und dahingehend die Mitarbeiterzufriedenheit zu stärken. Das Integrieren der Angehörigen bei der Nahrungsaufnahme sollte individuell besprochen werden und die positive Auswirkung gezielt genutzt werden. Eine weitere Möglichkeit wäre die Förderung und Schulung von freiwilligen Helfer*innen, welche häufiger gezielt bei der Nahrungsaufnahme die Bewohner*innen unterstützen (Douglas & Lawrence, 2015, S. 1829; Hammar et al., 2016, S. 631-633).

Auch im Kontakt zu anderen Bewohner*innen findet eine Beziehungsgestaltung statt. Einige Bewohner*innen sympathisieren und unterstützen sich sogar gegenseitig, welches von den Pflegekräften teilweise als „Bemutterung“ (Büscher & DNQP, 2019, S. 158) empfunden und durch geänderte Sitzordnungen im Speisesaal unterbunden wird. Dies zeigt, dass Pflegekräfte, sowie die räumlichen Gegebenheiten teilweise Einfluss auf die soziale Interaktion zwischen den Bewohner*innen haben und jenes wiederum eine Auswirkung auf das Wohlbefinden der Bewohner*innen hat (Büscher & DNQP, 2019, S. 158).

Gemeinsame Aktivitäten wie Sport, Singen oder Basteln stärken das Gefühl der Gruppenzugehörigkeit, konnten als alleinige Intervention allerdings keinen positiven Einfluss auf den MNA und BMI aufweisen (Büscher & DNQP, 2019, S. 158; Maltais et al., 2018, S. 826-827). Zwischenmenschliche Beziehungen können allerdings auch negativ geprägt sein. So kann gegenüber anderen Bewohner*innen Scham oder Ekel empfunden werden. Dieses kann sich wiederum negativ auf die Nahrungsaufnahme auswirken und so zu einer Mangelernährung führen. Diese Situationen sollten genau beobachtet und gegebenenfalls interveniert werden (Bartholomeyczik, 2019, S. 308). Eine Isolation sollte vermieden und der Kontakt zu

anderen Bewohner*innen sollte ermöglicht werden, um das Wohlbefinden zu fördern (Hanssen & Kuven, 2016, S. 871-872). Pflegekräfte können hierbei die Bewohner*innen mit Demenz in ihrem Wohlbefinden stärken und einen Einfluss auf die Nahrungsaufnahme in der Gemeinschaft haben. Eine familiäre Gruppendynamik und eine familiäre Gestaltung des Essens wirkten sich ebenso positiv auf das Wohlbefinden und die Nahrungsaufnahme bei Menschen mit Demenz aus (Bartholomeyczik, 2019, S. 308-309; Büscher & DNQP, 2019, S. 157-161; Douglas & Lawrence, 2015, S. 1828). Dieses ist zurückzuführen auf das gesteigerte Wohlbefinden beim Essen aufgrund des Gefühls der Zugehörigkeit und der geförderten Selbstbestimmung beim Ausschauen der Speisen. Letztere könnte wiederum eine Überforderung mit sich bringen und sollte hier individuell unterstützt werden. Ein weiterer Vorteil für die Langzeitpflegeeinrichtungen wäre, dass hierdurch weniger Abfälle entstehen und somit Kosten gesenkt werden können (Bartholomeyczik, 2019, S. 308-309; Douglas & Lawrence, 2015, S. 1828).

Eine gute Erarbeitung der Biografie seitens der Pflegekräfte kann zudem helfen Lieblingsnahrungsmittel der Bewohner*innen mit Demenz zu identifizieren. Hanssen und Kuven (2016) konstatierten, dass sich kulturspezifische oder Speisen aus der Kindheit positiv auf die Nahrungsaufnahme und dem Wohlbefinden von Menschen mit Demenz auswirken. Zudem wird bei der Berücksichtigung der Vorlieben ein Gefühl der Zugehörigkeit vermittelt (S. 871-872). Die Umsetzung und Einführung der Lieblingsgerichte könnte mit dem hauswirtschaftlichen Team kommuniziert werden und sollte keinen großen Mehraufwand darstellen. Angehörige könnten miteinbezogen werden und auch hier angeregt werden, besondere Essenswünsche für den/die Bewohner*in mit Demenz zu erfüllen beziehungsweise bereitzustellen.

Montessori- basierte Übungen, fördern das Gedächtnis und die selbstständige Nahrungsaufnahme bei Menschen mit Demenz. Die Übungen benötigen keine zusätzlichen Materialien und können vom Pflegepersonal angeleitet werden. Schulungen für das Pflegepersonal könnten bei der Implementierung hilfreich sein und langfristig das Arbeitsaufkommen beim Essenanreichen mindern (Wu et al., 2014, S.1899-1900).

Bei allen aufgeführten pflegerischen Interventionsstudien war die Teilnehmeranzahl der Probanden gering. Die Ansicht, dass dieses der Erkrankung der Demenz geschuldet sein könnte, da Menschen mit Demenz meist nicht mehr allein in der Lage sind über die Teilnahme an Studien zu entscheiden, lässt sich vertreten. Angehörige empfinden es möglicherweise als unangebracht, der Teilnahme an den Studien zuzustimmen. Aufklärungsarbeit sollte diesbezüglich vorangetrieben werden. Weiterführende Studien mit statistisch signifikanten Teilnehmerzahlen sollten initiiert werden, um eine höhere Aussagekraft über die Ergebnisse zu gewinnen (Douglas & Lawrence, 2015, S. 1828; Keller, 2016, S. 7-8; Tangvik et al., 2021, S. 122).

Wenn der/ die Bewohner*in mit Demenz trotz verschiedener Interventionen nicht essen möchte oder aufgrund von kognitiven Dysfunktionen durch Fortschreiten der Erkrankung nicht mehr dazu in der Lage ist, oral Nahrung aufzunehmen, würde diese*r ohne Einführen einer enteralen oder parenteralen Ernährung eine Mangelernährung erleiden. Laut Konishi & Kakimoto (2021) sollte dann die Anlage einer PEG in Betracht gezogen werden (S. 182).

Die Entscheidung einer PEG-Anlage liegt bei dem Vormund sowie bei den Ärzten*innen, da Menschen mit Demenz bei dieser Entscheidungsfindung meist nicht mehr in der Lage sind, rationale Entscheidungen zu treffen. Diese Intervention ist gekennzeichnet durch ein ethisches Dilemma. Die Frage inwiefern die PEG-Anlage noch einen positiven Nutzen für den/die Bewohner*in hat oder nur mit anderen Folgeproblemen einherkommt, sollte hier der entscheidende Faktor sein. Pflegekräfte können bei der Entscheidungsfindung für die Angehörigen eine Unterstützung sein und beratend zur Seite stehen. Der Wille der Bewohner*in sollte geprüft und berücksichtigt werden. Pflegende könnten darauf hinweisen, dass bei Menschen mit Demenz eine PEG- Anlage keine Verbesserung herbeiführen würde bezüglich der Erkrankung und die Kosten sich erhöhen würden. Zeitgleich können Pflegekräfte als Schnittstelle dienen, um den Trauerprozess der Angehörigen der Bewohner*innen mit Demenz zu unterstützen. Diese könnten die Angehörigen an Beratungsstellen weiterleiten oder selbst beratend zur Seite stehen. Denn in Bezug

auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität würden die Bewohner*innen mit Demenz Einbußen erleiden, wenn eine PEG-Anlage erfolgt. Die Frage hier sollte für alle Beteiligten, die der Lebensqualität oder Lebensquantität sein (Posthauer et al., 2014, S. 449-450).

6. Fazit

Wie bereits aufgeführt haben Menschen mit Demenz ein erhöhtes Risiko eine Mangelernährung zu erleiden. Die Prävalenz dahingehend ist sehr hoch und stellt angesichts der multiplen, schwerwiegenden Folgeerkrankungen eine relevante Thematik dar. Aufgrund der Folgeproblematiken entstehen vermehrt Pflegeprobleme, welche den Zeitaufwand und die Kosten der Versorgung weiter anheben. In Anbetracht der Komplexität und der unterschiedlichen Formen einer Demenz, stellen Folgeprobleme eine weitere vermeidbare Herausforderung in der Versorgung dar.

Ziel dieser Ausarbeitung ist es Möglichkeiten der Vermeidung und Früherkennung einer Mangelernährung von Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege zu erörtern. Ein wichtiger Faktor der Früherkennung einer Mangelernährung oder des Risikos einer Mangelernährung sind Screening- und Assessmentinstrumente, die sich mit dem Erfassen des Ernährungszustandes befassen. Bei Menschen mit Demenz sollte allerdings nicht nur der Ist-Zustand des Ernährungszustandes erfasst werden. Generell liefert der BMI keine aussagekräftigen Ergebnisse und kann die Diagnose verfälschen, denn auch adipöse Menschen können unter einer Mangelernährung leiden.

Herausforderndes Verhalten und besondere Vorkommnisse sollten gleichermaßen erfasst werden. Dieses bedarf aktuell noch eine Kombination aus mehreren Screening- und Assessmentinstrumenten, da speziell für diesen Bedarf noch kein ganzheitlicher Ansatz entwickelt wurde. Unter Berücksichtigung der Demenz lässt sich schlussfolgern, dass eine kombinierte Anwendung der MMSE, der MNA und die EdFED viele Faktoren abdecken würden, um eine Mangelernährung speziell bei Menschen mit Demenz frühzeitig zu erkennen. Die regelmäßige Implementierung der Screening- und Assessmentinstrumente in der Praxis sollte ausgebaut werden,

auch wenn dieses aus Zeitgründen häufig nicht getan wird. Die Vermeidung der Folgen von Mangelernährung würden sich langfristig durch eine Zeitersparnis und geringeren Gesundheitskosten lohnen. Das alleinige Erkennen des Risikos, beziehungsweise der Mangelernährung, würde ohne entgegensteuernde Maßnahmen allerdings keine Verbesserung bei den Bewohnern*innen erzielen. Aus den Ergebnissen müssen gezielte, individuelle Interventionen abgeleitet werden.

Auch wenn die allgemeinen Studien der einzelnen Interventionen häufig nur eine geringe Teilnehmerzahl aufweisen und hierdurch kritisch betrachtet werden sollten, lässt sich folgende These aufstellen: Handlungsbasierte Interventionen, wie beispielsweise das Essen anreichern, orale Nahrungsergänzungsmittel oder Zwischenmahlzeiten anbieten, zeigen vielversprechende Ergebnisse. Es sollte auch die Umgebungsgestaltung berücksichtigt werden. Menschen mit Demenz reagieren auf ihre Umwelt. Störfaktoren oder Reizüberflutung können zur Ablenkung führen. Zeitgleich kann die Umgebung beruhigend auf sie wirken. Die Gestaltung der Essenssequenzen und der Ort des Essens spielen also maßgeblich eine Rolle. Laute, große Umgebungen können zu einer Vermeidung der Nahrungsaufnahme führen, wobei familiäre Settings und ruhige Musik die Nahrungsaufnahme und das Wohlbefinden steigern könnten. Auch kann sich kontrastreiches Geschirr positiv auswirken. Individuelle Vorlieben sollten berücksichtigt und mit Hilfe von Biographiearbeit eruiert werden. Für eine problemlose orale Nahrungsaufnahme wird den Pflegekräften angeraten besonders die Mund- und Zahnpflege gezielt zu unterstützen.

Eine PEG-Anlage sollte bei Menschen mit Demenz frühzeitig abgeklärt werden, da dies sonst nicht empfohlen wird und die Nachteile überwiegen. Als wichtigster Faktor bei der Unterstützung der Nahrungsaufnahme ist allerdings der Beziehungsaufbau bei Menschen mit Demenz. Eine gute personen-zentrierte Beziehungsgestaltung fördert nicht nur bei der Nahrungsaufnahme das Vertrauen gegenüber den Pflegekräften, sondern auch bei anderen pflegerischen Interventionen wie der Zahnpflege. Auch die Förderung der Beziehungen unter den Bewohnern*innen kann vom Pflegepersonal positiv beeinflusst werden.

Zur Vermeidung einer Mangelernährung gibt es demnach mehrere Möglichkeiten, welche das Handeln der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen und einer strukturellen Änderung bedarf. Eine enge Zusammenarbeit zwischen dem hauswirtschaftlichen Team und dem Pflegepersonal stellt sich als wichtig heraus. Ernährungsexperten*innen sollten im Falle eines Risikos oder einer bestehenden Mangelernährungen eingeschaltet werden, um eine bedarfsgerechte Ernährung zu ermöglichen, beziehungsweise diese zu optimieren. Der Pflege sollte speziell bei der Versorgung von Menschen mit Demenz und ihrer Nahrungsaufnahme genügend Zeit zur Verfügung stehen. Individuelle Wünsche sollten berücksichtigt werden. Das Personal müsste Schulungen absolvieren, um die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und ihr Handeln zu verstehen. Eine Beziehungsgestaltung sollte durch gute Arbeitsbedingungen und Personalfriedenheit gestärkt werden. Es wird empfohlen in die Vermeidung einer Mangelernährung zu investieren, um längerfristig den Arbeitsaufwand zu minimieren und die Mehrkosten durch Folgeerkrankungen zu vermeiden. Die Lebensqualität der Bewohner*innen mit Demenz sollte individuell gefördert und das Wohlbefinden gestärkt werden, um das Lebensende der Bewohner*innen mit Demenz so angenehm wie möglich zu gestalten.

Literaturverzeichnis

- Allen, V. J., Methven, L., & Gosney, M. (2014). Impact of serving method on the consumption of nutritional supplement drinks: Randomized trial in older adults with cognitive impairment. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1323–1333. <https://doi.org/10.1111/jan.12293>
- Allen, V., Methven, L., & Gosney, M. (2013). The influence of nutritional supplement drinks on providing adequate calorie and protein intake in older adults with dementia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(9), 752–755. <https://doi.org/10.1007/s12603-013-0364-5>
- Arends, J., & Hug, M. J. (2015). Parenterale Ernährung. *best practice onkologie*, 10(3), 37–45. <https://doi.org/10.1007/s11654-015-0242-1>
- Bartholomeyczik, S. (2019). Prävention von Mangelernährung in der stationären Pflege am Beispiel des DNQP-Expertenstandards „Ernährungsmanagement“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 62(3), 304–310. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02878-1>
- Bell, C. L., Lee, A. S. W., & Tamura, B. K. (2015). Malnutrition in the nursing home. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 18(1), 17–23. <https://doi.org/10.1097/MCO.0000000000000130>
- Brooke, J., & Ojo, O. (2015). Enteral Nutrition in Dementia: A Systematic Review. *Nutrients*, 7(4), 2456–2468. <https://doi.org/10.3390/nu7042456>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2018). *Mini Mental State Examination (MMSE)*. DIMDI - medizinwissen Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Abgerufen 01.Juni 2021, von <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/zusatz-10-mmse.htm>
- Büscher, A., & Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). (2017). *Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege* (1. Aktualisierung 2017). Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).
- Büscher, A., & Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). (2019). *Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen*

- mit Demenz (Sonderdruck einschließlich Kommentierung und Literaturstudie).
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).
- Cereda, E. (2012). Mini Nutritional Assessment. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 15(1), 29. <https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e32834d7647>
- Cereda, E., Pedrolli, C., Klersy, C., Bonardi, C., Quarleri, L., Cappello, S., Turri, A., Rondanelli, M., & Caccialanza, R. (2016). Nutritional status in older persons according to healthcare setting: A systematic review and meta-analysis of prevalence data using MNA®. *Clinical Nutrition*, 35(6), 1282–1290. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.03.008>
- Chang, C.-C., & Roberts, B. L. (2011). Malnutrition and feeding difficulty in Taiwanese older with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15–16), 2153–2161. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03686.x>
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2020a). *Andere Demenzformen*. DAIZG. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz. Abgerufen 11. April 2021, von <https://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/andere-demenzformen.html>
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.). (2020b). *Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen*. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (2016, Februar 16). *Screening*. DGEM. Abgerufen 08. Mai 2021, von <https://www.dgem.de/screening>
- Douglas, J. W., & Lawrence, J. C. (2015). Environmental Considerations for Improving Nutritional Status in Older Adults with Dementia: A Narrative Review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(11), 1815–1831. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2015.06.376>
- Dudenredaktion. (o. J.). Oral. In *Duden online*. Abgerufen 11. Juni 2021, von <https://www.duden.de/node/154989/revision/155025>
- Fleischer, N., & Klewer, J. (2011). Untersuchung des Ernährungsmanagements vor und während der Implementierung des nationalen Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege in einer stationären Altenpflegeeinrichtung. *HeilberufeScience*, 2(4), 143–149. <https://doi.org/10.1007/s16024-011-0037-4>

- Freijer, K., Tan, S. S., Koopmanschap, M. A., Meijers, J. M. M., Halfens, R. J. G., & Nuijten, M. J. C. (2013). The economic costs of disease related malnutrition. *Clinical Nutrition*, 32(1), 136–141. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2012.06.009>
- Guigoz, Y. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA®) review of the literature—What does it tell us? *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 10(6), 466–485.
- Hammar, L. M., Swall, A., & Meranius, M. S. (2016). Ethical aspects of caregivers' experience with persons with dementia at mealtimes. *Nursing Ethics*, 23(6), 624–635. <https://doi.org/10.1177/0969733015580812>
- Hansen, K. V., Frøiland, C. T., & Testad, I. (2018). Porcelain for All – a nursing home study. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31(7), 662–675. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-10-2016-0160>
- Hanssen, I., & Kuven, B. M. (2016). Moments of joy and delight: The meaning of traditional food in dementia care. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5–6), 866–874. <https://doi.org/10.1111/jocn.13163>
- Heiligmann, S., Herbers, T., Klimek, M., Lauber, A., Ludwig, J., & Schleyer, D. (2019). *I care—PflegeExamen KOMPAKT* (G. T. V. Georg Thieme Verlag KG, Hrsg.). Thieme.
- Kaiser, M. J., Bauer, J. M., Ramsch, C., Uter, W., Guigoz, Y., Cederholm, T., Thomas, D. R., Anthony, P., Charlton, K. E., Maggio, M., Tsai, A. C., Grathwohl, D., Vellas, B., Sieber, C. C., & MNA-International Group. (2009). Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *JNHA - The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 13(9), 782. <https://doi.org/10.1007/s12603-009-0214-7>
- Kastner, U., & Löbach, R. (2018). *Handbuch Demenz*. Elsevier Health Sciences.
- Keller, H. H. (2016). Improving food intake in persons living with dementia. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1367(1), 3–11. <https://doi.org/10.1111/nyas.12997>
- Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), 415–421. [https://doi.org/10.1016/S0261-5614\(03\)00098-0](https://doi.org/10.1016/S0261-5614(03)00098-0)

- Konishi, M., & Kakimoto, N. (2021). Relationship between oral and nutritional status of older residents with severe dementia in an aged care nursing home. *Gerodontology*, 38(2), 179–184. <https://doi.org/10.1111/ger.12512>
- Lärm, A. (2018). *Mit Demenz im Pflegeheim*. DAIZG. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz. Abgerufen am 28. April 2021, von <https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/archiv-alzheimer-info/mit-demenz-im-pflegeheim.html>
- Lautenschlager, N. T., & Förstl, H. (2003). Primäre und sekundäre Demenzen. In H. Przuntek & T. Müller (Hrsg.), *Morbus Parkinson* (S. 7–20). Steinkopff. https://doi.org/10.1007/978-3-642-57362-0_2
- Lehfeld, H., Ihl, R., Schweizer, A., Steinwachs, K., Frölich, L., Gutzmann, H., Blaha, L., Kügler, C., Steiner, I., Jentzsch, J., Schmidt, K.-H., Fischer, W., Kagerbauer, A.-M., Bürger, G., Autenrieth, T., Heinrich, C., Möslers, T., Zimmermann, P., Horn, R., ... Erzigkeit, H. (1999). Psychometrische Schweregradbeurteilung bei dementiellen Erkrankungen: Ein Vergleich von MMST, ADAS, BCRS und SKT. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 10(4), 187–202. <https://doi.org/10.1024//1016-264X.10.4.187>
- Maltais, M., Rolland, Y., Haÿ, P.-E., Armaingaud, D., Cestac, P., Rouch, L., & de Souto Barreto, P. (2018). The Effect of Exercise and Social Activity Interventions on Nutritional Status in Older Adults with Dementia Living in Nursing Homes: A Randomised Controlled Trial. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 22(7), 824–828. <https://doi.org/10.1007/s12603-018-1025-5>
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund & der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.). (2014). *Grundsatzstellungnahme. Essen und Trinken im Alter—Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen*. https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungennahmen/MD_S_Grundsatzstellungnahme_EssenTrinken_im_Alter_Mai_2014.pdf
- Milne, A. C., Potter, J., Vivanti, A., & Avenell, A. (2009). Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003288.pub3>
- Mitchell, S. L., Teno, J. M., Kiely, D. K., Shaffer, M. L., Jones, R. N., Prigerson, H. G., Volicer, L., Givens, J. L., & Hamel, M. B. (2009). The Clinical Course of

- Advanced Dementia. *New England Journal of Medicine*, 361(16), 1529–1538.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa0902234>
- Mole, L., Kent, B., Abbott, R., Wood, C., & Hickson, M. (2018). The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 26(4), e485–e496. <https://doi.org/10.1111/hsc.12540>
- Neubart, R. (2018). Demenz. In R. Neubart (Hrsg.), *Altenselbsthilfe: Bedeutung—Aufgaben—Organisation—Umsetzung* (S. 123–137). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-55154-7_6
- Pentzek, M. (2005). Der Mini-Mental-Status-Test (MMST) als Demenz-Screening. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 81(5), 203–204.
<https://doi.org/10.1055/s-2005-836496>
- Posthauer, M. E., Dorner, B., & Friedrich, E. K. (2014). Enteral Nutrition for Older Adults in Healthcare Communities. *Nutrition in Clinical Practice*, 29(4), 445–458. <https://doi.org/10.1177/0884533614541482>
- Reuther, S., van Nie, N., Meijers, J., Halfens, R., & Bartholomeyczik, S. (2013). Mangelernährung und Demenz bei Bewohnern in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46(3), 260–267. <https://doi.org/10.1007/s00391-012-0346-y>
- Rijt, L. J. M. van de, Feast, A. R., Vickerstaff, V., Sampson, E. L., & Lobbezoo, F. (2021). Oral function and its association with nutrition and quality of life in nursing home residents with and without dementia: A cross-sectional study. *Gerodontology*. <https://doi.org/10.1111/ger.12535>
- Rittler, P., Bolder, U., Hartl, W. H., & Jauch, K. W. (2006). Enterale Ernährung. *Der Chirurg*, 77(11), 1063–1080. <https://doi.org/10.1007/s00104-006-1251-y>
- Salminen, K. S., Suominen, M. H., Soini, H., Kautiainen, H., Savikko, N., Saarela, R. K. T., Muurinen, S., & Pitkala, K. H. (2019). Associations Between Nutritional Status and Health-Related Quality of Life Among Long-Term Care Residents in Helsinki. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 23(5), 474–478.
<https://doi.org/10.1007/s12603-019-1182-1>
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., & Ullrich, L. (Hrsg.). (2017). *Thiemes Pflege: Das Lehrbuch für Pflegendende in Ausbildung* (13. aktualisierte und erweiterte Auflage). Georg Thieme Verlag.

- Stange, I., Poeschl, K., Stehle, P., Sieber, C. C., & Volkert, D. (2013). Screening for malnutrition in nursing home residents: Comparison of different risk markers and their association to functional impairment. *The Journal of Nutrition, Health & Aging, 17*(4), 357–363. <https://doi.org/10.1007/s12603-013-0021-z>
- Statista. (2020). *Demenz—Anzahl der Demenzkranken in Deutschland nach Alter und Geschlecht 2018*. Statista. Abgerufen 11. Mai 2021, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/246028/umfrage/anzahl-der-demenzkranken-in-deutschland-nach-alter-und-geschlecht/>
- Statista Research Department. (2010, November 30). *Anteil Demenzkranker in Deutschland bis zum Jahr 2060*. Statista. Abgerufen 28. April 2021 <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/170788/umfrage/anteil-demenzkranker-in-deutschland-seit-2010/>
- Staub, M., Pironi, L., Bozzetti, F., Baxter, J., Forbes, A., Joly, F., Jeppesen, P., Moreno, J., Hébuterne, X., Pertkiewicz, M., Mühlebach, S., Shenkin, A., & Van Gossum, A. (2009). ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Home Parenteral Nutrition (HPN) in adult patients. *Clinical Nutrition, 28*(4), 467–479. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2009.04.001>
- Stockdell, R., & Amella, E. J. (2008). The Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Scale- Determining how much help people with dementia need at mealtime. *try this;* *108*(8), 46–54. <https://alliedhealth.ceconnection.com/files/HowtoTryThisTheEdinburghFeedingEvaluationinDementiaScale-1454601642978.pdf>
- Streicher, M., Themessl-Huber, M., Schindler, K., Sieber, C. C., Hiesmayr, M., & Volkert, D. (2017). Who receives oral nutritional supplements in nursing homes? Results from the nutritionDay project. *Clinical Nutrition, 36*(5), 1360–1371. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.005>
- Tangvik, R. J., Bruvik, F. K., Drageset, J., Kyte, K., & Hunskår, I. (2021). Effects of oral nutrition supplements in persons with dementia: A systematic review. *Geriatric Nursing, 42*(1), 117–123. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.12.005>
- Thyrian, J. R., Boekholt, M., Hoffmann, W., Leiz, M., Monsees, J., Schmachtenberg, T., Schumacher-Schönert, F., & Stentzel, U. (2020). Die Prävalenz an Demenz erkrankter Menschen in Deutschland – eine bundesweite Analyse auf

- Kreisebene. *Der Nervenarzt*, 91(11), 1058–1061.
<https://doi.org/10.1007/s00115-020-00923-y>
- Ticinesi, A., Nouvenne, A., Lauretani, F., Prati, B., Cerundolo, N., Maggio, M., & Meschi, T. (2016). Survival in older adults with dementia and eating problems: To PEG or not to PEG? *Clinical Nutrition*, 35(6), 1512–1516.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.04.001>
- Vandewoude, M. F. J., van Wijngaarden, J. P., De Maesschalck, L., Luiking, Y. C., & Van Gossum, A. (2019). The prevalence and health burden of malnutrition in Belgian older people in the community or residing in nursing homes: Results of the NutriAction II study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 31(2), 175–183. <https://doi.org/10.1007/s40520-018-0957-2>
- Visscher, A., Battjes-Fries, M. C. E., van de Rest, O., Patijn, O. N., van der Lee, M., Wijma-Iidsinga, N., Pot, G. K., & Voshol, P. (2020). Fingerfoods: A feasibility study to enhance fruit and vegetable consumption in Dutch patients with dementia in a nursing home. *BMC Geriatrics*, 20(1), 423.
<https://doi.org/10.1186/s12877-020-01792-5>
- Volkert, D., Chourdakis, M., Faxen-Irving, G., Frühwald, T., Landi, F., Suominen, M. H., Vandewoude, M., Wirth, R., & Schneider, S. M. (2015). ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clinical Nutrition*, 34(6), 1052–1073.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.09.004>
- von Arnim, C., & Wirth, R. (2019). Mangelernährung. In W. Maetzler, R. Dodel, & A. H. Jacobs (Hrsg.), *Neurogeriatrie: ICF-basierte Diagnose und Behandlung* (S. 195–210). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57358-7_13
- Vucea, V., Keller, H. H., Morrison, J. M., Duizer, L. M., Duncan, A. M., Carrier, N., Lengyel, C. O., Slaughter, S. E., & Steele, C. M. (2018). Modified Texture Food Use is Associated with Malnutrition in Long Term Care: An Analysis of Making the Most of Mealtimes (M3) Project. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 22(8), 916–922. <https://doi.org/10.1007/s12603-018-1016-6>
- Watson, R. (1997). Construct validity of a scale to measure feeding difficulty in elderly patients with dementia. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 1(2), 114–115.
[https://doi.org/10.1016/S1361-9004\(06\)80014-2](https://doi.org/10.1016/S1361-9004(06)80014-2)

- Wiltfang, J., Bouter, C., & Schmidt, U. (2019). Alzheimer-Demenz: Neurobiologie, Diagnostik und experimentelle Ansätze. *PSYCH up2date*, 13(05), 375–390. <https://doi.org/10.1055/a-0748-9087>
- World Health Organization. (2020, September). *ICD-11—Mortality and Morbidity Statistics*. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Abgerufen 11. April 2021, von <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2fentity%2f546689346>
- Wu, H. S., Lin, L. C., Wu, S. C., Lin, K. N., & Liu, H. C. (2014). The effectiveness of spaced retrieval combined with Montessori-based activities in improving the eating ability of residents with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 70(8), 1891–1901. <https://doi.org/10.1111/jan.12352>
- Wu, S. A., Morrison-Koechl, J., Slaughter, S. E., Middleton, L. E., Carrier, N., McAiney, C., Lengyel, C., & Keller, H. (2020). Family member eating assistance and food intake in long-term care: A secondary data analysis of the M3 Study. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11), 2933–2944. <https://doi.org/10.1111/jan.14480>

Anhang

Anhang 1: Suchstrategie Pubmed	XII
Anhang 2: Mini Nutritional Assessment	XIII

Anhang 1: Suchstrategie Pubmed

Suchnummer	Schlagwort	Trefferanzahl
#1	dementia	228 568
#2	alzheimers	183 345
#3	cognitive impairment	118 728
#4	memory loss	87 929
#5	dementia OR alzheimers OR cognitive impairment OR memory loss	412 484
#6	malnutrition	153 305
#7	undernutrition	157 720
#8	undernourishment	155 230
#9	malnutrition OR undernutrition OR undernourishment	159 231
#10	long term care	150 541
#11	nursing home	96 135
#12	residential care	14 405
#13	assisted living	25 769
#14	retirement home	1 485
#15	long term housing	6 644
#16	long term care OR nursing home OR residential care OR assisted living OR retirement home OR long term housing	269 329
#17	#5 AND #9 AND #16	353
#18	children	2 824 238
#19	#17 NOT #18	343
#20	#19 Limitation: <ul style="list-style-type: none"> • 10 Jahre • Titel/ Abstract • Sprache: Englisch & Deutsch 	212

(eigene Darstellung)

Anhang 2: Mini Nutritional Assessment



Mini Nutritional Assessment MNA® - Long Form (MNA® -LF)

Name:		Vorname:		
Geschlecht:	Alter (Jahre):	Gewicht (kg):	Größe (m):	Datum:

Füllen Sie den Bogen aus, indem Sie die zutreffenden Zahlen in die Kästchen eintragen. Addieren Sie die Zahlen des Screenings. Ist der Wert ≤ 11 , fahren Sie mit dem Assessment fort, um den Mangelernährungs-Index zu erhalten.

Screening		
A Hat der Patient während der letzten 3 Monate wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken weniger gegessen? 0 = starke Abnahme der Nahrungsaufnahme 1 = leichte Abnahme der Nahrungsaufnahme 2 = keine Abnahme der Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	
B Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten 0 = Gewichtsverlust > 3 kg 1 = nicht bekannt 2 = Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg 3 = kein Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>	
C Mobilität 0 = bettlägerig oder in einem Stuhl mobilisiert 1 = in der Lage, sich in der Wohnung zu bewegen 2 = verlässt die Wohnung	<input type="checkbox"/>	
D Akute Krankheit oder psychischer Stress während der letzten 3 Monate? 0 = ja 2 = nein	<input type="checkbox"/>	
E Neuropsychologische Probleme 0 = schwere Demenz oder Depression 1 = leichte Demenz 2 = keine psychologischen Probleme	<input type="checkbox"/>	
F Body Mass Index (BMI): Körpergewicht (kg) / Körpergröße² (m²) 0 = BMI < 19 1 = 19 \leq BMI < 21 2 = 21 \leq BMI < 23 3 = BMI \geq 23	<input type="checkbox"/>	
Ergebnis des Screenings (max. 14 Punkte)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 Punkte: Normaler Ernährungszustand		
8-11 Punkte: Risiko für Mangelernährung		
0-7 Punkte: Mangelernährung		
Für ein tiefergehendes Assessment fahren Sie bitte mit den Fragen G-R fort		
Assessment		
G Lebt der Patient eigenständig zu Hause? 1 = ja 0 = nein	<input type="checkbox"/>	
H Nimmt der Patient mehr als 3 verschreibungspflichtige Medikamente pro Tag? 0 = ja 1 = nein	<input type="checkbox"/>	
I Hat der Patient Druck- oder Hautgeschwüre? 0 = ja 1 = nein	<input type="checkbox"/>	
J Wie viele Hauptmahlzeiten isst der Patient pro Tag? 0 = 1 Mahlzeit 1 = 2 Mahlzeiten 2 = 3 Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	
K Eiweißzufuhr: Isst der Patient		
• mindestens einmal pro Tag Milchprodukte (Milch, Käse, Joghurt)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
• mindestens zweimal pro Woche Hülsenfrüchte oder Eier?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
• täglich Fleisch, Fisch oder Geflügel?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
0,0 = wenn 0 oder 1 mal «ja» 0,5 = wenn 2 mal «ja» 1,0 = wenn 3 mal «ja»	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
L Isst der Patient mindestens zweimal pro Tag Obst oder Gemüse? 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>	
M Wie viel trinkt der Patient pro Tag? (Wasser, Saft, Kaffee, Tee, Milch ...) 0,0 = weniger als 3 Gläser / Tassen 0,5 = 3 bis 5 Gläser / Tassen 1,0 = mehr als 5 Gläser / Tassen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
N Essensaufnahme mit / ohne Hilfe 0 = braucht Hilfe beim Essen 1 = isst ohne Hilfe, aber mit Schwierigkeiten 2 = isst ohne Hilfe, keine Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	
O Wie schätzt der Patient seinen Ernährungszustand ein? 0 = mangelernährt 1 = ist sich unsicher 2 = gut ernährt	<input type="checkbox"/>	
P Im Vergleich mit gleichaltrigen Personen schätzt der Patient seinen Gesundheitszustand folgendermaßen ein: 0,0 = schlechter 0,5 = weiß es nicht 1,0 = gleich gut 2,0 = besser	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Q Oberarmumfang (OAU in cm) 0,0 = OAU < 21 0,5 = 21 \leq OAU \leq 22 1,0 = OAU > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
R Wadenumfang (WU in cm) 0 = WU < 31 1 = WU \geq 31	<input type="checkbox"/>	
Assessment (max. 16 Punkte)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Screening	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Gesamtauswertung (max. 30 Punkte)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Ref. Velaz B, Vilars H, Abellan G, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: *Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J Geront 2001; 56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - *What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland. Trademark Owners © Nestlé, 1994. Revision 2006. N67200 12/99 10M
Mehr Informationen unter: www.mna-elderly.com

Auswertung des Mangelernährungs-Index

24-30 Punkte Normaler Ernährungszustand
17-23,5 Punkte Risiko für Mangelernährung
Weniger als 17 Punkte Mangelernährung

(Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V., 2016)

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel: *Mangelernährung von Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege* selbstständig und nur mit den angegebenen Hilfsmitteln verfasst habe. Alle Passagen, die ich wörtlich aus der Literatur oder aus anderen Quellen, wie z.B. Internetseiten übernommen habe, habe ich deutlich als Zitat mit Angaben der Quelle kenntlich gemacht.

Lea Buske

Hamburg der 17. Juni 2021