

JOURNAL FÜR ERNÄHRUNGSMEDIZIN

ROSENKRANZ G

Ernährungstherapie bei Demenz

Journal für Ernährungsmedizin 2002; 4 (4) (Ausgabe für Schweiz)
11

*Journal für Ernährungsmedizin 2002; 4 (4) (Ausgabe für
Österreich), 13*

Homepage:

**[www.kup.at/
ernaehrungsmedizin](http://www.kup.at/ernaehrungsmedizin)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Mit Nachrichten der



**INTERDISZIPLINÄRES ORGAN FÜR PRÄVENTION UND
THERAPIE VON KRANKHEITEN DURCH ERNÄHRUNG**

Ernährungstherapie bei Demenz

G. Rosenkranz

Viele Studien belegen, daß Gewichtsverlust und Alzheimer-Krankheit (AD) in engem Zusammenhang stehen. Barrett-Connor et al. [1] konnten aufzeigen, daß der Diagnose einer AD oftmals ein Gewichtsverlust vorausgeht. AD dürfte somit auch durch eine Dysfunktion der zentralen Regulation des Körpergewichts charakterisiert sein [2].

Für eine einfache und schnelle Ermittlung des Ernährungszustandes eignet sich das Mini Nutritional Assessment (MNA[®]) [3]. Mittels Punktesystem werden die untersuchten Personen 3 Kategorien zugeordnet, welche spezifische ernährungstherapeutische Notwendigkeiten aufweisen:

Patienten mit gutem Ernährungszustand (> 23,5 Punkte lt. MNA[®])

- ↪ 1 × monatlich das Gewicht kontrollieren
- ↪ Auf eine bedarfsgerechte Ernährung achten (laut Empfehlungen der D-A-CH-Referenzwerte)

Patienten mit Risiko zur Mangelernährung (17–23,5 Punkte)

- ↪ Hinterfragen der ermittelten Risikobereiche
- ↪ Energieanreicherung der Speisen, besseres Angebot an Vitaminen und Mineralstoffen
- ↪ Führen eines Ernährungsprotokolls, um Mängel aufzudecken, wenn möglich Kontakt zur Dipl. Diätassistentin und Ernährungsmedizinischen Beraterin (DDA & EMB)

Patienten mit schlechtem Ernährungszustand (< 17 Punkte)

- ↪ Kontrolle laborchemischer Parameter für Malnutrition
- ↪ Suchen nach anderen Gründen der Mangelernährung, wie Depression, Verlust von Unabhängigkeit usw.
- ↪ Modifikation der Mahlzeitenmenge (Mahlzeiten aufsplitten, mehr Zwischenmahlzeiten anbieten, Getränke ...)
- ↪ Führen eines genauen Ernährungsprotokolls

Spindler et al. [4] empfehlen häufige, kleine Mahlzeiten, um die nötige Energie- und Proteinzufuhr zu gewährleisten. Wiederholte Ernährungsprotokolle geben Aufschluß, ob die zugeführte Energie- und Proteinmenge das Minimum von 34 kcal/kg KG/d bzw. 1g/kg KG/d erreichen. Als Zusatz werden Multivitamin- oder zumindest Folsäure- und Vitamin B12-Präparate für AD-Patienten empfohlen.

Zur Energieanreicherung eignen sich hochwertige Öle (Weizenkeimöl, Olivenöl, Maiskeimöl, Rapsöl) und Maltodextrin. Folsäurereiche Lebensmittel [5] sind Blumenkohl, Kohlsprossen, Spinat, Broccoli, Hülsenfrüchte, Leber; reich an Vitamin B12 [5] sind Fleisch, Käse, Leber, Seelachs, Rotbarsch, Thunfisch, Hering.

Blandford et al. [6] finden im gestörten Eßverhalten den Hauptgrund für den Gewichtsverlust. Sogar mit enteraler Ernährung konnten keine besseren Ergebnisse im Hinblick auf die Überlebensrate erzielt werden als bei Patienten, denen das Essen händisch eingegeben wurde. Die Abneigung gegenüber einer Nahrungsaufnahme steht in engem Zusammenhang mit dem kognitiven Zustand und dem allgemeinen Krankheitsverlauf.

Im Zentrum der kognitiven Störungen bei Demenz steht der Verlust von Merkfähigkeit, Orientierung, Sprache, Planungs- und Entscheidungsfähigkeit. Die Ernährungstherapie muß in erster Linie diese kognitiven Störungen berücksichtigen.

Ernährungstherapeutische Empfehlungen

1. Der Patient kann durch einen regelmäßigen und überschaubaren Tagesablauf unterstützt werden. Gleichbleibende Essenszeiten, Einbinden der Patienten in Frühstücks-, Mittagessen- und Abendessenvorbereitungen, die Auswahl jahreszeitgebundener Speisen und Bräuche, fixe Sitzplätze, vertrautes Geschirr, Besteck, Tischschmuck etc.
2. Der Kranke braucht das Gefühl des „Gebrauchtwerdens“. Erhaltene Fähigkeiten müssen erkannt und aufgegriffen werden (z. B. Tisch decken, abwaschen, Hilfstätigkeiten bei der Mahlzeitenzubereitung).

Die Hypothese, daß insbesondere das Auftreten von AD-Formen mit spätem Krankheitsbeginn durch eine bestehende arterielle Hypertonie oder einen Diabetes mellitus vom Typ 2 begünstigt wird, wird durch rezente Untersuchungen bestärkt [7].

Literatur:

1. Barrett-Connor E, Edelstein S, Corey-Bloom J, Wiederholt W. Weight loss precedes dementia in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 1147–52.
2. White H, Pieper C, Schmader K. A longitudinal analysis of weight change in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 5311–2.
3. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontol* 1994; 4: 113–43.
4. Spindler A et al. Protecting the nutritional status of Alzheimer's disease patients. *Research and Practice in Alzheimer's Disease* 1998; Suppl: Weight loss.
5. Heepe F. Diätetische Indikationen. 3. Auflage. Springer Verlag, Berlin, 1998.
6. Blandford G, Watkins LB, Mulvihill MN, Taylor B. Assessing abnormal feeding behavior in late stage dementia: a taxonomy and initial finding. *Facts Res Gerontol*; 1997.
7. Kellermann J, Schmitz B. Alzheimer Demenz. Mögliche Ursachen und begünstigende Faktoren. *Ernährungsumschau* 2001; 48: 312–7.

Aus der Landesnervenklinik Sigmund Freud, Graz

Korrespondenzadresse: DDA & EMB Gabriele Rosenkranz, Landesnervenklinik Sigmund Freud, Wagner Jauregg Platz 1, A-8053 Graz;

E-Mail: gabriele.rosenkranz@lsf-graz.at

ANTWORTFAX

JOURNAL FÜR ERNÄHRUNGSMEDIZIN

Hiermit bestelle ich

ein Jahresabonnement

(4 Ausgaben) zum Preis von

Inland € 36,- bzw.

Ausland (Europa) € 45,- zzgl.

Portokosten

Name

Anschrift

Datum, Unterschrift

Einsenden oder per Fax an:

Verlagshaus der Ärzte GmbH, Nibelungengasse 13, A-1010 Wien,

FAX: +43 (0) 512 44 86-24

Homepage:

www.aerzteverlagshaus.at