



## **Ernährung und Flüssigkeitszufuhr im Alter, nach Schlaganfall, bei chronischen neurodeg. Erkrankungen und persist. „Wachkoma“**

*Christoph Fuchs*

Zentrum für Akutgeriatrie und Frührehabilitation

SAPV Team Christophorus Hospizverein München

Bozen 13.12.2014

# Ernährung des alten Menschen

---

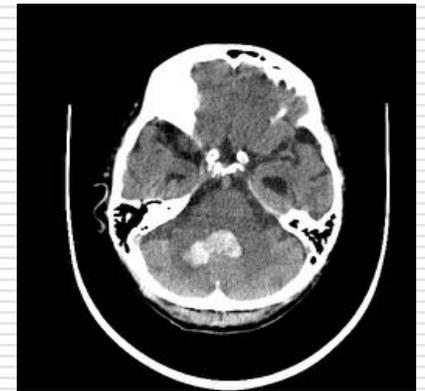
## Diagnostik

- Multimorbider Patient hat ein Problem mit bedarfsgerechter Flüssigkeits-/Nährstoffaufnahme
- Multiprofessionelles, mehrdimensionelles Assessment zum Erkennen worum es geht!!

# Ernährungs-/Schluckstörungen

---

- Zahnstatus
- Sozialer Status
- Schlaganfall
- Parkinson Syndrome
- Tumore des (oberen) Verdauungstraktes
- Vorübergehende Schluckstörung durch schwere Erkrankung (auch psychische!!)
- Fortgeschrittene dementielle Syndrome



# Anorexie – Asthenie

## Komplikationen, Folgen

---

- Gewichtsabnahme
- Muskelschwäche
- Soziale Isolation
- Kachexie
- Infektanfälligkeit
- Dekubitus

bei Verlust des Unterhautfettgewebes  
bei zunehmender Immobilität

# Anorexie – Asthenie

## psychosoziale Aspekte

---

- hohe bis extreme psychische Belastung für die Angehörigen und den Patienten
  - „Liebe geht durch den Magen“
  - „Essen hält Leib und Seele zusammen“
- Nahrung ist auch
  - Genussmittel
  - Symbolwert im Bezug auf Lebensqualität
  - „der Mensch ist, was er isst!“
- das veränderte Körperbild  
=> führt zur sozialen Isolation



## Mangel- ernährung im Alter



# Klinische Anzeichen einer Dysphagie

---

- Husten, Räuspern, Würgen, Erbrechen
- oraler oder nasaler Speichel- und Nahrungsaustritt
- erschwertes Kauen
- Nahrungsreste in der Mundhöhle
- gurgelnder / feuchter Stimmklang
- grobblasige Atemgeräusche, Verschleimung
- rezidivierende Pneumonien, bronchiale Infekte
- unklares Fieber
- Gewichtsverlust
- Essensverweigerung / Unlust am Essen

# Planung der Therapie

„akute“ Dysphagie	„chronische“ Dysphagie
Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Langzeitbeatmung, Medikamente, Kopf-/Hals-Malignome, Traumata usw.	Parkinson, multiple Sklerose, ALS, Demenz, hohes Alter mit Multimorbidität und körperlicher Schwäche, usw.
plötzlicher Beginn	schleichender Beginn
normales Schlucken soll wieder erlernt/möglich werden -> restituierende Verfahren, temporär kompensatorisch und adaptive Methoden	noch vorhandene Ressourcen sollen möglichst lange erhalten werden -> vor allem adaptive Maßnahmen

# Logopädie im palliativen Verständnis

klinische Einschätzung von

- Schweregrad der Schluckstörung
- Ressourcen des Patienten

Kostanpassung  
Therapeutische Hilfen

intensive Mundpflege  
basale Stimulation

psychosoziale Begleitung von  
Patient und Angehörigen

# Trinkhilfe: Nasenausschnittsbecher (1/2)

---



# Trinkhilfe: Nasenausschnittsbecher (2/2)

---



palliative Logopädie

# Schluckreflexstimulation

---



# Literaturempfehlung mit praktischen Tipps



# Stufen der Ernährungstherapie



# Was nährt im Alter?

---

- Menschliche Nähe (Isolation)
- Geborgenheit (Erbe)
- Sexualität?? (Berliner Prostituierten Bericht)

# Verändertes Anspruchsverhalten an das Alter

## Länger Lust auf Sex

Trendforscher sehen eine neue Generation Älterer, die mit Selbstbewusstsein in die zweite Hälfte des Lebens

Interview von Roland Mischke



SZ, Magazin  
am  
Wochenende,  
5.6. Mai 2007

# Leitlinien Enterale Ernährung Trink-und Sonden-Nahrung

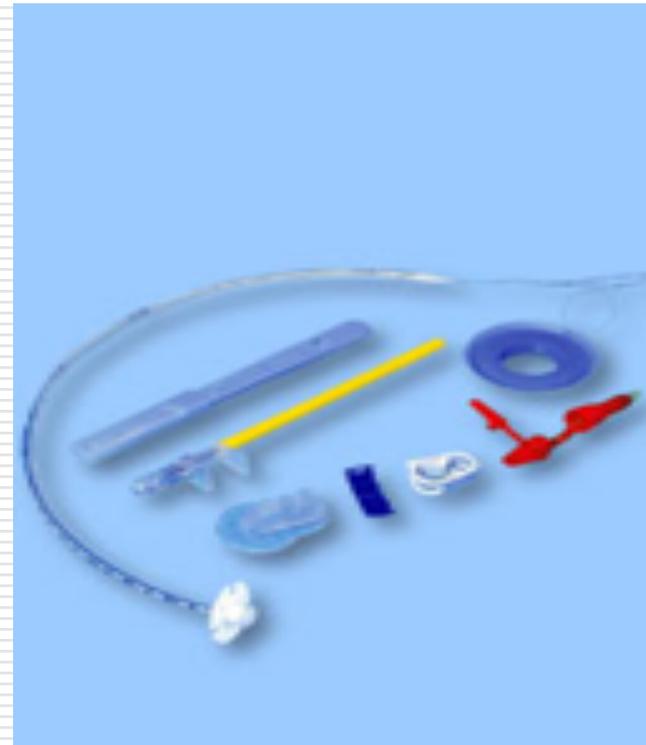
---

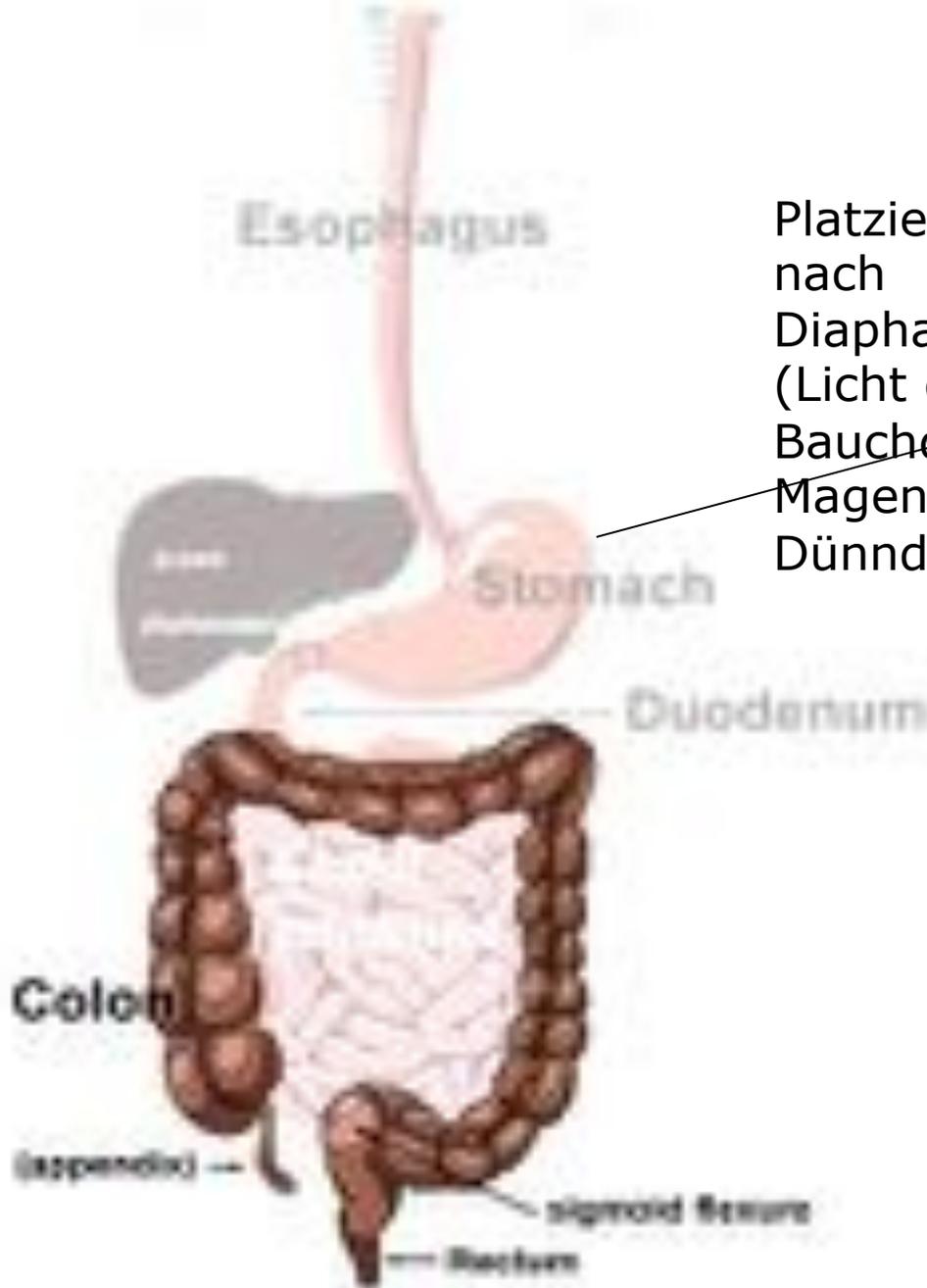
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Deutsche Gesellschaft für Geriatrie 2013  
[www.dgem.de](http://www.dgem.de)
- Ziele der Ernährungstherapie:
  - Steigerung der Energie – und Nährstoffzufuhr;
  - Erhaltung des Ernährungszustandes (o. Verbesserung);
  - Erhaltung der Funktionalität
  - Erhaltung der Lebensqualität
  - Reduktion der Morbidität und Mortalität

# PEG Platzierung

---

- ❑ Nasaler Zugang  
(nasogastrale,  
transpylorische  
Sonden)
- ❑ perkutaner  
Zugang
- ❑ perkutan  
endoskopisch
- ❑ Feinnadelkatheter  
-Jejunostomie





Platzierung der PEG  
nach  
Diaphanoskopie  
(Licht durch  
Bauchdecke) in den  
Magen oder  
Dünndarm

# PEG - Anwendung

---

- Langsamer „Kostaufbau“ > Tee/  
Wasser/Ernährungslösung
- Lokale Befundkontrolle
- Laufgeschwindigkeit individuell!!
- Refluxkontrolle
- Bolusgabe vs. Dauerinfusion  
überprüfen

# Indikationen/Gründe zur PEG Ernährung (1)

---

- ❑ **Anatomisch** (Stenosen, Kurzdarmsyndrom, Fistel,..)
  
- ❑ **Funktionell** (nach/vor Radio-, Chemotherapie; neurogen, stoffwechselbedingt,....)
  
- ❑ **Unzureichende orale Nahrungszufuhr** aufgrund von z.B. Schmerzen, Anorexie, „Verweigerung“, Hypermetabolismus („wasting“ bei Sepsis, Polytrauma,...), ...

## Gründe für PEG Sonden (2)

---

- Onkologisch: HNO/Ösophagus-Magen-Ca.  
Strahlenmukositis
  - Gastroenterologisch: Malabsorptions-/  
Resorptionsstörungen
  - Neurologisch: ALS, M.Parkinson,  
Schlaganfall-Folgen. M.S.
  - Geriatrie: neurologisch,  
neurodegenerativ – Demenz-Formen
  - Intensivmedizin (Koma)
-

# Ernährungstherapie grundsätzlich bzgl. Nutzen abwägen

---

- Nach Apoplex
- Bei Demenz
- Nach Intensivtherapie
- Bei M. Parkinson
- Bei Wachkoma

# Literatur

---

- AWMF-Leitlinie: Enterale Ernährung bei Patienten mit Schlaganfall, 2010
- ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition-Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG), 2005
- Fuchs, et al, Palliative Geriatrie, Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis, Kohlhammer, 2012
- Löser C, Mangelernährung im Krankenhaus-Prävalenz, klinische Folgen, Budgetrelevanz, Deutsche Medizinische Wochenschrift 2001; 126:729-34
- Oemichen F et al. Leitlinie der Deutschen... Ethische und rechtliche Gesichtspunkte der künstlichen Ernährung. 2013; 38:112-117
- Volkert D et al. Leitlinie der Deutschen... Aktuel Ernährungsmed. 2013; 38:e1-e48