

Bachelorarbeit

Pflegerische Maßnahmen zur Förderung der Nahrungsaufnahme bei dementiell erkrankten Personen in Langzeit- und Akutpflege – Ein Literaturreview

eingereicht von

Franziska Winkler

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaften

Unter der Anleitung von

Dr.rer.cur.Daniela Schoberer, Sen. Lecturer BSc MSc

Graz, 22.03.2020

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Graz, am 22.03.2020

Winkler Franziska, eh.

Zusammenfassung

Hintergrund: Demenz ist die vierthäufigste Todesursache, in etwa 130.000 Betroffene leben in Österreich. Aufgrund eines Wachstums der alternden Bevölkerung und verbesserter Versorgung wird dieser Anteil bis 2050 auf 230.000 Betroffene ansteigen. Durch den Abbau der Gedächtnisleistung, sowie der kognitiven Funktion kommt es zu Schwierigkeiten in der Ausführung verschiedener alltäglicher und lebenserhaltender Tätigkeiten.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es, pflegerische Maßnahmen zur Förderung der Nahrungsaufnahme von dementen Personen in der Akut- und Langzeitpflege darzustellen und herauszufinden, wie sich die Anwendung dieser auf die Nahrungsaufnahme der dementiell Erkrankten auswirkt.

Methode: Die dafür verwendete Methode ist eine Literaturübersicht. Es wurden in den Datenbanken PUBMED und CINAHL mit einer passenden Suchstrategie, welche zusätzlich mit Meshterms verfeinert wurde, gesucht. Daraufhin wurde jede Studie, anhand der Ein- und Ausschlusskriterien selektiert und mit dem MMAT Bewertungstool beurteilt.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 9 Studien für die Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen. Pflegerische Interventionen wie das Spielen von Musik im Hintergrund während der Nahrungsaufnahme, Gedächtnistraining mit oder ohne Montessorielementen und positive Bestärkung, sowie die Aufforderung zum Essen haben einen positiven Effekt auf den Ernährungszustand von dementen Personen. Es wurde untersucht, dass zusätzliche körperliche Aktivität nicht zu einer signifikanten Steigerung der Nahrungsaufnahme führt. Jedoch wurde entdeckt, dass zusätzliche soziale Aktivität einen positiven Einfluss auf die Nahrungszufuhr der Betroffenen hat. Die adäquate Informationsweitergabe an die Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen, wie Angehörige und Erwachsenenschutzvertreter und Erwachsenenschutzvertreterinnen, ist ein wichtiger Faktor in der Versorgung.

Schlussfolgerung: Eine individuell auf die dementiell erkrankte Person zugeschnittene Methode zur Nahrungsförderung hat eine positive Wirkung auf die Nährstoffversorgung und das Gewicht des Betroffenen, der Betroffenen.

Schlüsselwörter: Demenz, Ernährung, Nahrung, Aufnahme, Mahlzeit, Pflege

Abstract

Background: Dementia is the fourth most frequent cause of death, with about 130,000 people affected living in Austria. Due to an increase of the ageing population and improved care, this proportion will rise to 230,000 by 2050. Due to the reduction of memory performance and cognitive function, difficulties arise in carrying out various everyday and life-sustaining activities.

Aim: The aim of this work is to present nursing interventions to promote the food intake of people with dementia in acute and long-term care and to find out how the application of these interventions affects the food intake of people with dementia.

Method: The method used for this is a literature review. The databases PUBMED and CINAHL were searched with a suitable search strategy, which was additionally refined with meshterms. Each study was then selected according to the inclusion and exclusion criteria and evaluated with the MMAT evaluation tool.

Results: A total of 9 studies were used to answer the research question. Nursing interventions such as playing music in the background during food intake, memory training with or without Montessori elements and positive reinforcement and encouragement to eat have a positive effect on the nutritional status of people with dementia. It has been investigated that additional physical activity does not lead to a significant increase in food intake. However, it was discovered that additional social activity has a positive influence on the food intake of the people concerned. Adequate information dissemination to decision-makers, such as family members and adult protection representatives, is an important factor in care provision.

Conclusion: A method of nutritional support individually tailored to the person suffering from dementia has a positive effect on the nutrient supply and weight of the person affected.

Keywords: dementia, nutrition, food, intake, meal, eat, nurs

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Stadien und Formen der Demenz	1
1.2	Problem der Mangelernährung bezogen auf Demenz	4
1.2.1	Messmethoden für die Erkennung von Mangelernährung	5
1.3	Probleme bei der Pflege von Demenzerkrankten	6
1.3.1	Dementiell bedingte Probleme bezogen auf die Nahrungsaufnahme	8
1.4	Maßnahmen zur Förderung der Nahrungsaufnahme	9
1.5	Relevanz des Themas für die Pflege	10
1.6	Forschungslücke	12
1.7	Forschungsfrage und Forschungsziel	12
2	Methode	13
2.1	Design	13
2.2	Literaturrecherche	13
2.3	Ein- und Ausschlusskriterien	15
2.4	Kritische Bewertung der Studien	16
2.5	Datenanalyse der Ergebnisse	17
3	Ergebnisse	17
3.1	Ergebnisse der Literaturrecherche	17
3.2	Charakteristika der inkludierten Studien	18
3.3	Qualität der eingeschlossenen Studien	23
3.3.1	Effekt von Nahrungsergänzungsmitteln und Nährstoffanreicherung von Mahlzeiten	30
3.3.2	Einfluss einer pflegerischen Intervention auf das Verhalten des dementiell Erkrankten	31
3.3.3	Wissen der Entscheidungsträger über Methoden zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme	33
3.3.4	Effekt von körperlichem Training auf die Nahrungsaufnahme	33
4	Diskussion	34
4.1	Empfehlungen für die Pflegeforschung	37
4.2	Empfehlungen für die Pflegepraxis	38
4.3	Stärken und Limitationen	38

5	Schlussfolgerung	39
6	Literaturverzeichnis	40

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Pico-Schema</i> _____	13
<i>Tabelle 2: Literaturrecherche</i> _____	14
<i>Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien</i> _____	15
<i>Tabelle 4: Charakteristika der inkludierten Studien</i> _____	19
<i>Tabelle 5: Erklärungen der Messmethoden</i> _____	22
<i>Tabelle 6: Bewertung der randomisiert kontrollierten Studien</i> _____	27
<i>Tabelle 7: Bewertung der quantitativen nicht randomisierten Studie</i> _____	29

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Flowchartdiagramm</i> _____	17
---	----

Abkürzungsverzeichnis

ADL	<i>Activities of Daily Living</i>
BMI	<i>Body Maß Index</i>
FAST	<i>Functional Assesment Staging Test</i>
LEI	<i>Level of eating independence</i>
MDDA Scale	<i>Multi- Dimensional Dementia Assessment Scale</i>
MMSE	<i>Folstein's Mini Mental State</i>
MNA	<i>Mini Nutritional Assesment</i>
NINCDS/ADRDA	<i>National Institute of Neurological and Communicativ Disorders and Stroke/ Alzheimer's Disease and Related Disorders Association</i>
NPI	<i>Cumming's Neuropsychiatry Inventory</i>
PEG	<i>Perkutane endoskopische Gastrostomie</i>
PEJ	<i>Perkutane endoskopische Jejunostomie</i>
ROT	<i>Realitäts- Orientierungs-Training</i>
SR	<i>Spaced retrieval training</i>
SR+M	<i>Spaced retrieval training in Verbindung mit Montessorielementen</i>

1 Einleitung

Demenz ist die vierthäufigste Todesursache nach Herz-Kreislauf-erkrankungen (Ziegler and Doblhammer, 2002). In etwa 130.000 dementiell erkrankte Personen leben in Österreich. Aufgrund eines Wachstums der alternden Bevölkerung und verbesserter medizinischer und pflegerischer Versorgung wird dieser Anteil bis 2050 auf 230.000 Betroffene ansteigen (Sütterlin et al., 2011). Demenz betrifft vor allem Personen im höheren Alter. Daher ist es der demografischen Entwicklung zufolge ein wichtiges gesundheitspolitisches Thema, welches ebenso gesellschaftliche Relevanz hat. Demnach wird es immer wichtiger, eine möglichst effektive Versorgung der dementen Personen anzustreben, um die bestmögliche Betreuung gewährleisten zu können (Höfler et al., 2015).

Die Erkrankung gilt bis heute als unheilbar. Es konnten noch keine Medikamente gefunden werden, welche die Krankheit an sich heilen könnten (Lane et al., 2017). Es wird zu einer deutlichen Verschiebung des Verhältnisses von unterstützungsbedürftigen Personen und denen kommen, welche das Unterstützungspotential zur Versorgung von dementen Personen aufbringen. Daher ist es umso wichtiger, die Lebensqualität der Erkrankten in den Fokus zu rücken (Höfler et al., 2015).

1.1 Stadien und Formen der Demenz

Bei der dementiellen Erkrankung handelt es sich um eine fortschreitende Krankheit, welche die Funktion der kognitiven, sozialen und emotionalen Fähigkeiten beeinträchtigt. Die Diagnostik erfolgt mittels Demenztests, neurologischer sowie psychiatrischer Abklärung. Ebenfalls wird die Demenz meist mittels MRT (Magnetresonanztomographie) und CT (Computertomographie) abgeklärt (Schäffler, 2018). Die Einteilung der Erkrankung erfolgt in Stadien und Formen.

Es gibt 7 Stadien zur Einteilung der Demenz. Im ersten Stadium zeigt der/die Betroffene keinerlei Probleme bezogen auf das Gedächtnis. Ebenfalls sind im Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin noch keine Anzeichen, welche für eine Demenz sprechen, ersichtlich (Alzheimer Austria, 2019).

Anzeichen wie leichte Vergesslichkeit treten im zweiten Stadium auf, jedoch werden Demenzsymptome noch nicht als solche wahrgenommen (Schäffler, 2018). Kognitive Schwierigkeiten oder Konzentrationsprobleme treten im dritten Stadium auf. Hier bemerken die Betroffenen eine leichte Minderung des Wahrnehmungsvermögens. Zu stärker gemindertem Wahrnehmungsvermögen und vermehrten Gedächtnisschwierigkeiten kommt es im vierten Stadium (Alzheimer Austria, 2019). Dieses ist geprägt vom Vergessen kürzlicher Geschehnissen. Ebenfalls ist das Erledigen komplexerer Tätigkeiten erschwert möglich (Schäffler, 2018). Das 5. Stadium ist geprägt von auffälligen Gedächtnislücken und Denkproblemen. Häufige Verwirrung bezüglich der Zeit tritt auf (Schäffler, 2018). In diesem Stadium wird Hilfestellung bei alltäglichen Aktivitäten benötigt. Ebenfalls beginnt sich in diesem Stadium meist die Persönlichkeit zu verändern (Alzheimer Austria, 2019). Ab dem 6. Stadium haben die Betroffenen nahezu kein Kurzzeitgedächtnis mehr. Die Erinnerung an die Namen naher Angehöriger entfällt (Schäffler, 2018). Dieses Stadium ist geprägt von Charakterveränderungen, Misstrauen bis hin zu Wahnvorstellungen. Der Tag und Nacht Rhythmus ist betroffen und die Personen irren umher. Die dementiell Erkrankten brauchen nun auch bei Grundbedürfnissen, wie der Ausscheidung, Hilfe (Alzheimer Austria, 2019). Stadium 7 ist die letzte Phase der Erkrankung. Die Betroffenen haben eine stark eingeschränkte Wahrnehmung und sind vollkommen auf Hilfe angewiesen. Sinnvolle Gespräche sind in diesem Stadium nicht mehr möglich, die Betroffenen erkennen ihre Angehörigen nicht mehr (Schäffler, 2018). Auch das Halten des Kopfes oder der Schluckvorgang ist nur mehr erschwert möglich. Je nach Form der Demenz kommen mehr oder weniger Symptome während den Stadien hinzu (Alzheimer Austria, 2019).

Die häufigste Form der dementiellen Erkrankungen ist Morbus Alzheimer. Der größte Risikofaktor ist hier das Alter selbst, nur in wenigen Fällen betrifft es Personen, welche unter 60 Jahre sind (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2019). Kennzeichen für eine Alzheimer Demenz sind der langsame Untergang von Nervenzellen und deren Kontakten. Ebenso sind im Hirn Eiweißablagerungen ersichtlich (Lane et al., 2017). Leitsymptome von Morbus Alzheimer sind Gedächtnis-, Orientierungs-, sowie Sprachstörungen. Ebenfalls kommt es zu Einschränkungen des Denkvermögens und Veränderungen des Urteilsvermögens. Häufig kommt es auch zu einer Persönlichkeitsveränderung (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2019).

Die Symptome nehmen im Verlauf der Erkrankung stetig zu. Je nach Menge der Eiweißablagerungen bilden sich die Symptome unterschiedlich stark aus (Lane et al., 2017).

Eine weitere häufig verbreitete Form nach Morbus Alzheimer ist die Frontotemporale Demenz. Diese Form betrifft häufig Personen vom mittleren Alter aufsteigend. Die Erkrankung betrifft vor allem die Nervenzellen im Stirn- und Schläfenbereich. Hier kommt es zu einer Atrophie der Hirnlappen, was zu einem Abbau der Funktion dieses Areals führt (Snowden et al., 2002). Dieses Hirnareal kontrolliert das Sozialverhalten und ist für die Emotionsregelung zuständig (Bathgate et al., 2003). Die Symptomatik zeichnet sich durch Veränderung der Persönlichkeit und des Sozialverhaltens aus. Das zeigt sich durch Teilnahmslosigkeit, Reizbarkeit, Emotionsverlust und nicht gesellschaftlich akzeptierten Agieren in Gruppen, welches häufig gezeichnet ist von bizarrem Verhalten (Snowden et al., 2002). Ebenfalls kann es zu Sprach- und Wortfindungsstörungen kommen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2019). Durch die Symptome der Persönlichkeitsveränderung ist die Diagnostik schwierig. Die frontotemporale Demenz wird häufig fälschlicherweise als eine andere psychische Störung diagnostiziert (Snowden et al., 2002).

Weiters kann auch das Absterben von Nervenzellen aufgrund einer Durchblutungsstörung des Gehirns ein Zeichen für eine dementielle Erkrankung sein. Hier spricht man von der vaskulären Demenz (Bathgate et al., 2003). Bei dieser Form ist verstärkt die Erinnerungsfähigkeit der Erkrankten betroffen, der Beginn ist hier eher schleichend. Ebenso kommt es zu Denkschwierigkeiten und schwankenden Stimmungsveränderungen sowie zu apathischem Verhalten (Teilnahmslosigkeit) (Erkinjuntti et al., 2004). Die vaskuläre Demenz kann aufgrund einer Ischämie (Minderdurchblutung), Hämorrhagie (Blutung) oder aufgrund Verletzungen des Hirns auftreten. Das Ausmaß der Betroffenheit der Regionen, sowie welche Gefäße betroffen sind, ist ausschlaggebend wie ausgeprägt die Symptome sind (Erkinjuntti et al., 2004).

Die Lewy Körper Demenz wird auch Lewy Body Demenz genannt und ähnelt ebenfalls stark der Alzheimer Krankheit. Charakteristisch für die Erkrankung ist die Anhäufung von bestimmten Eiweißpartikeln im Hirn (Outeiro et al., 2019).

Ein leitendes Kennzeichen der Erkrankung ist die Schwankung der geistigen Leistungsfähigkeit. Ebenfalls kommt es häufig zu Halluzinationen. Des Öfteren zeigen Betroffene parkinsonartige Symptome, wie unwillkürliches Zittern und sind in ihren Bewegungen eher steif (Outeiro et al., 2019).

Eine weitere Form der Demenz ist das Korsakow Syndrom. Dabei handelt es sich um eine Erinnerungs- und Merkfähigkeitsstörung. Die Fähigkeit neue Informationen zu speichern geht verloren. Sowie die Fähigkeit alte Erinnerungen richtig wieder zu geben. (Arts et al., 2017). Gleichzeitig entwickelt sich die Tendenz, die Gedächtnislücken mit Konfabulationen zu füllen. Eine Konfabulation ist eine komplett frei erfundene Geschichte. Dem Patienten, der Patientin ist das Füllen mit Konfabulationen nicht bewusst (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2019). Die Gefühlslage der Betroffenen kann sich dahingehend verändern, dass die Personen sich distanzlos verhalten. Ebenfalls scheinen diese meist unpassend heiter und fröhlich. Ausgelöst wird diese Demenzform durch eine chronische Schädigung des Gehirns, aufgrund von jahrelangem übermäßigem Alkoholkonsums (Arts et al., 2017).

Aufgrund der zahlreichen verschiedenen Symptome, welche die unterschiedlichen Demenzformen mit sich bringen, treten verschiedenste Probleme auf. Es kommt zu Herausforderungen, bezüglich der Bewältigung von Grundbedürfnissen und Alltagstätigkeiten, dazu zählt ebenfalls die Nahrungsaufnahme. Demzufolge gibt es viele demente Personen, welche an einer unzureichenden Nahrungsaufnahme beziehungsweise Mangelernährung leiden.

1.2 Problem der Mangelernährung bezogen auf Demenz

Im Alter steigt die Gefahr von Mangelernährung an (Bunn et al., 2016). Unentdeckte Mangelernährung erhöht das Krankheitsrisiko bis hin zum Tod (Johnsen et al., 2000). Unter Mangelernährung versteht man eine mangelnde Nährstoffversorgung aufgrund nicht ausreichender Ernährung oder zu einseitiger Nahrungszufuhr (Rösli et al., 2013). Ein großer Prozentsatz der dementen Personen in Versorgungseinrichtungen leiden an Mangelernährung. Aufgrund verschiedenster Symptome ihrer Erkrankung, welche sie im täglichen Leben einschränken, ist die ausreichende Nahrungszufuhr erschwert möglich (Meijers et al., 2014). Häufig können dementiell erkrankte Personen nicht essen, oder verweigern die Nahrung, was zu einer unerwünschter Gewichtsabnahme führt (Meijers et al., 2014).

Häufig nehmen die älteren Personen zu wenig Eiweiß zu sich, was sich zudem negativ auf die Wundheilung sowie den Knochenbau auswirkt (Johnsen et al., 2000).

Mangelernährung bedeutet nicht zwingend unzureichende Ernährung, sondern, dass sich die Bedürfnisse des Körpers mit dem Alter verändern (Johnsen et al., 2000). Ebenfalls hängt die Mangelernährung nicht zwangsweise mit dem Gewicht der betroffenen Person zusammen, daher ist das Erkennen eines Mangelernährungsproblems oftmals erschwert (Meijers et al., 2014). Das Alter und die kognitive Leistung sind zwei der bedeutendsten Faktoren für Mangelerscheinungen (Johnsen et al., 2000). Daher sind besonders demente Personen stark gefährdet eine Mangelernährung zu erleiden (Bunn et al., 2016).

1.2.1 Messmethoden für die Erkennung von Mangelernährung

Mangelernährung beeinträchtigt die Lebensqualität erheblich. Sie ist verantwortlich für den Abbau der Muskulatur und verschlechtert das Immunsystem der Betroffenen (Stanga et al., 2009). Ebenfalls hat eine unzureichende Nährstoffzufuhr Auswirkung auf die Wundheilung, wodurch Wundheilungsstörungen begünstigt werden können (Tannen, 2018). Um diesen Problemen vorzubeugen und die Prognose der Patienten und Patientinnen zu begünstigen, ist es wichtig Screening Instrumente zur Erkennung von Mangelernährung zu verwenden.

Ein bekanntes Screening Instrument zur Erkennung eines Nährstoffmangels ist das „Mini Nutritional Assesment“ – „MNA“. Dieses Instrument dient zur schnellen Identifikation von Mangelernährung bei älteren Personen. Diese Screening Methode setzt sich aus Fragestellungen zur Lebensstilführung und Mahlzeiteneinnahme zusammen und wird kombiniert mit den Komponenten von Gewicht, Größe und kürzlicher Gewichtsabnahme. Dieses Assessmentinstrument wird häufig in Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen benutzt (Vellas et al., 1999).

Ein weiteres häufig genutztes Screening Instrument zur Erkennung von Mangelernährung ist das „Malnutrition Universal Screening Tool“ kurz „MUST“. Diese Methode wird häufig im ambulanten Bereich bei Erwachsenen angewendet. Dieses Instrument beschäftigt sich mit der Korrelation von Gewichtsverlust, beeinträchtigtem körperlichen Wohlbefinden und einer Verschlechterung des Ernährungszustandes (Stanga et al., 2009).

Das „Nutritional Risk Screening“ ist ein Screening Instrument, welches auf Mangelernährung, durch die Komponenten der kürzlichen Gewichtsveränderung, derzeitig akuten Erkrankungen, Alter und Nahrungseinnahme hinweist (Young et al., 2013).

Der „Body Mass Index“, auch „BMI“ genannt, ist kein direktes Instrument zur Erhebung von Mangelernährung. Jedoch wird das Gewicht und die Größe bei jeder stationären Aufnahme erhoben und der „BMI“ wird meist automatisch von den Dokumentationssystemen der verschiedenen Krankenhäuser berechnet. Da der „BMI“ nur die Größe und das Gewicht miteinbezieht, ist sein Nutzen zur Diagnose von Mangelernährung umstritten (Nutall, 2015). Jedoch kann er dennoch ein erstes Warnzeichen für Mangelernährung darstellen.

Da die Gefahr von Mangelernährung im Alter ansteigt und die Vielzahl der dementen Personen geprägt von höherem Alter ist, ist es wichtig ein adäquates Screening Instrument anzuwenden, um die zureichende Nährstoffzufuhr aufzeigen zu können.

1.3 Probleme bei der Pflege von Demenzerkrankten

Aufgrund der unterschiedlichen Auswirkungen der dementiellen Erkrankung kommt es zu verschiedenen Problemen im Umgang mit dementen Personen.

Einerseits kann es aufgrund der Persönlichkeitsveränderung der betroffenen Personen zu Apathie (Teilnahmslosigkeit), Agitation (Unruhe) und aggressiven Verhalten kommen. Die Ursachen für dieses Verhalten können verschiedensten Ursprungs sein, sei es Schmerz, Wahnvorstellungen oder der Verlust der Kontrolle über das eigene Verhalten. Auch Stress oder missverstandene Kommunikation können zu diesen herausfordernden Verhaltensweisen führen (Wegweiser-Demenz, 2019). Des Öfteren kann es vorkommen, dass eine demente Person spuckt oder anderweitig handgreiflich wird. Jedoch ist das meist nicht aus Boshaftigkeit oder direkt an die angegriffene Person gerichtet (Patel and Hope, 1993). Häufig ist es sehr herausfordernd den Ursprung für die Aggression zu finden. Oftmals empfinden die dementiell erkrankten Personen die Situation überfordernd und fühlen sich in der derzeitigen Umgebung nicht wohl oder sind traurig. Aufgrund der Erkrankung können die betroffenen Personen sich häufig nicht ausreichend verbal ausdrücken (Alzheimer's Society, 2016). Diese Verhaltensweisen lassen sich nicht vermeiden, aber mit einer guten Pflegebeziehung meistern. Man sollte die Eigenheiten der Personen kennenlernen.

Dadurch weiß man mit der Zeit welche Gewohnheiten die Betroffenen benötigen, um sich wohl zu fühlen, da sich die Lösung der gespannten Situation auf individuelle Ursachen bezieht (Wegweiser-Demenz, 2019).

Aufgrund der Änderung der Persönlichkeit, ist häufig das Nähe- und Distanzverhalten der Personen eingeschränkt. Daher ist das soziale Zusammenleben erschwert möglich, da gesellschaftliche Normen häufig nicht eingehalten werden (Snowden et al., 2002).

Neben den Persönlichkeitsveränderungen bringt die Demenz auch körperliche Probleme mit sich. Es kann ebenfalls zu Kau- und Schluckschwierigkeiten kommen. Die dementiell erkrankten Personen können vergessen zu schlucken. Oder sie vergessen zu kauen und schlucken die unzerkaute Nahrung (Meijers et al., 2014). Ebenfalls kann ein unzureichender Hustenreflex oder das fehlende Gefühl schlucken zu müssen, zu einer Aspiration führen. Durch die erhöhte Gefahr der Aspiration erhöht sich ebenfalls die Pneumoniegefahr (Lungenentzündungsgefahr), welche für ältere Menschen fatale Auswirkungen haben kann (Nakazawa et al., 1993). Ebenfalls kann das alleinige im Mund behalten der Nahrung ein Problem für die Betroffenen darstellen (Alzheimer's Society, 2016).

Durch die Erkrankung kann die Koordinationsfähigkeit gestört sein. Daher kann es dazu kommen, dass die Erkrankten Bewegungen ausführen, welche unwillkürlich geschehen (Alzheimer's Society, 2016). Ebenfalls kann der ganze Bewegungsapparat eingeschränkt sein und die Personen versteifen. Das Versteifen des Körpers kann bis hin zur völligen Rigidität führen (Outeiro et al., 2019).

Bei vielen Erkrankten kann sich ein erhöhter Bewegungsdrang ausbilden. Dieser ist häufig verbunden mit innerlicher Unruhe (Cunningham et al., 2015). Oder der Bewegungsdrang verkümmert und die Personen führen keine eigenständigen Bewegungen aufgrund verschiedenster Ursachen durch. Daher können sich aufgrund des erhöhten Bewegungsdrangs die sogenannten „Läufer“ ausbilden, welche ständig auf und ab gehen oder sich vermehrt bewegen. Beiderlei Formen bieten gewisse Tücken, in Bezug auf die adäquate Ernährung. Da bei einer Gruppe der Betroffenen, durch den erhöhten Bewegungsdrang, viele Kalorien verbrennt werden und andererseits bei den Personen, welche sich nahezu nicht bewegen weniger Kalorien

verbrennt werden. Daher muss in diesem Bereich verstärkt auf individuelle Kalorienzufuhr geachtet werden (Bausch et al., 2012).

1.3.1 Dementiell bedingte Probleme bezogen auf die Nahrungsaufnahme

Essen und Trinken ist wichtig für das körperliche Wohlbefinden. Eine unzureichende Nahrungsaufnahme kann zu unerwünschtem Gewichtsverlust, steigendem Infektionsrisiko und Kraftlosigkeit führen (Alzheimer's Society, 2016). Bei der dementiellen Erkrankung gehen fortschreitend geistige und körperliche Fähigkeiten zu Grunde, welche essentiell für die Nahrungsaufnahme sind. Daher kommt es zu Auswirkungen auf das Ess- und Trinkverhalten, sowie auch auf den Appetit (Gillick and Mitchell, 2002).

Durch einen Verlust der Alltagsfähigkeiten, wie einkaufen, kochen oder Umgang mit Besteck, kommt es dazu, dass die eigenständige Nahrungszubereitung wegfällt und die selbstständige Nährstoffaufnahme erschwert bis gar nicht möglich ist (Bausch et al., 2012).

Demenz kann zu einem erhöhten oder verminderten Sättigungsgefühl führen. Das Gefühl für Hunger kann im Laufe der Zeit verloren gehen, aber auch ständiger Begleiter der Betroffenen sein (Gillick and Mitchell, 2002). Manche Personen mit Demenz essen zu viel oder zu oft, da sie kein Sättigungsgefühl mehr verspüren. Häufig tritt bei dieser Personengruppe auch das Problem auf, dass diese ebenfalls versuchen Dinge zu Essen welche nicht essbar sind (Alzheimer's Society, 2016).

Ebenso kann es der Fall sein, dass die dementiell erkrankten Personen den Sinn der Nahrungsaufnahme nicht mehr verstehen und das Essen und Trinken verweigern (Bausch et al., 2012). Es kann zahlreiche Gründe geben warum der Appetit der Person vermindert ist. Sei es Schmerz, der die Nahrungsaufnahme erschwert, Depressionen oder die verminderte physische Aktivität. Da die Kommunikation eingeschränkt sein kann, sind die Ursachen oft nur erschwert herauszufinden (Alzheimer's Society, 2016).

Es kommt zur Veränderung des Wahrnehmungsvermögens, der Gedächtnisleistung und der sozialen Fähigkeit (Cunningham et al., 2015).

Daher können Probleme im Bereich der Ernährung auftreten. Die Welt wird anders wahrgenommen, als sie in Wirklichkeit ist. Die Betroffenen leben in der Vergangenheit oder in einer Welt fernab der Realität (Bausch et al., 2012).

Die Wahrnehmung kann sprunghaft wechseln oder dauerhaft in dieser Wahrnehmung stagnieren (Cunningham et al., 2015). Hier kann der Fall auftreten, dass die Betroffenen auch im Alter ihrer Meinung nach keine Zeit für das Essen haben, da sie früher als berufstätige Person berufsbedingt keine Zeit dafür hatten. Eine weitere Auswirkung der veränderten Wahrnehmung kann sein, dass die Erkrankten aus verschiedensten Gründen ein Lebensmittel nicht mehr erkennen, welches sonst immer gegessen wurde (Alzheimer'sSociety, 2016).

Aufgrund der nachlassenden Gedächtnisleistung kann es auch sein, dass die Personen vergessen schon gegessen zu haben, oder darauf vergessen, dass sie noch essen sollten (Bausch et al., 2012). Ebenfalls kann ein angemessenes Verhalten bei Tisch verloren gehen. Außerdem ist die Konzentrationsfähigkeit der Demenzerkrankten vermindert, deshalb können sie sich häufig nicht so lange auf den Vorgang der Nahrungsaufnahme konzentrieren und schweifen ab (Alzheimer'sSociety, 2016). Eine Veränderung des Verhaltens kann durch verschiedenste Symptome der unterschiedlichen Demenzarten hervorgerufen werden (Cunningham et al., 2015).

Des Öfteren funktioniert die Hand Augen Koordination nicht mehr gut. Es kommt zu Problemen beim Trinkvorgang, da das Glas nicht zum Mund geführt werden kann oder das Halten des Bestecks erschwert möglich ist (Alzheimer'sSociety, 2016). Weiters kann die Temperatur der Speisen häufig nicht mehr von den Betroffenen selbst erkannt werden, daher ist die Verbrennungsgefahr bei der Nahrungsaufnahme erhöht (Alzheimer'sSociety, 2016).

1.4 Maßnahmen zur Förderung der Nahrungsaufnahme

Pflegerische Maßnahmen, welche zur Förderung der Nahrungsaufnahme eingesetzt werden, sind beispielsweise eine angenehme Atmosphäre bei Tisch zu schaffen, Hintergrundgeräusche zu minimieren und die Personen ins Geschehen miteinzubinden (Bunn et al., 2016, Altus et al., 2002). Ebenfalls sollte man den Personen genügend Zeit geben in Ruhe zu Essen (Alzheimer'sSociety, 2016).

Da sich die Sinne aufgrund der dementiellen Erkrankung verändern, können riechen, schmecken, hören, tasten und sehen in die Pflege miteinbezogen werden (Cunningham et al., 2015, Bunn et al., 2016). Mögliche pflegerische Maßnahmen, in diesem Bereich wären bei Tisch unterschiedliche Farben zu benutzen, welche sich voneinander abheben, um die Orientierung bei Tisch zu erleichtern (Alzheimer's Society, 2016). Ebenfalls wäre das Interventionskonzept der basalen Stimulation eine Möglichkeit, unabhängig vom Stadium der Demenz, die Sinne mit-einzubeziehen und die Wahrnehmung zu fördern (Bienstein and Fröhlich, 2010).

Der Fokus der Speisen- und Getränkeauswahl sollte daraufgesetzt werden, dass es die Bedingungen der Nahrungsaufnahme einerseits erfüllt, jedoch sollte der Aspekt nicht außer Acht gelassen werden, dass das Essen Freude bereiten sollte (Bausch et al., 2012). Eine pflegerische Möglichkeit, um das gewährleisten zu können, wäre eine gründliche Anamnese bezüglich der Essensvorlieben (Alzheimer's Society, 2016).

Weitere pflegerische Maßnahmen zur Förderung der Nahrungsaufnahme wären „Eat by walking“, um agitierten Personen die Nahrungsaufnahme zu erleichtern oder die Möglichkeit von „Fingerfood“, hierbei werden Lebensmittel angeboten, welche man ohne Besteck selbstständig essen kann (Bausch et al., 2012, Bunn et al., 2016). Des Weiteren könnte man auf das „Realitäts Orientierungs Training“ zurückgreifen. Dieses 24h Konzept hilft dabei, dass sich die dementiell Erkrankten besser im Tagesablauf zurecht finden (Taulbee and Folsom, 1966).

Ebenfalls kann sogenannte Zusatznahrung herangezogen werden. Hierbei handelt es sich um hochkalorische Produkte, welche gegessen, getrunken oder zu Speisen hinzugefügt werden können (Valentini et al., 2013).

1.5 Relevanz des Themas für die Pflege

Pflegepersonen sind rund um die Uhr bei der betroffenen Person und eine der zahlreichen Aufgaben ist mitunter Einschränkungen bezogen auf die Nahrungsaufnahmen zu erkennen und frühzeitig zu handeln, um eine bedarfsgerechte Ernährung der Patienten/-innen und Bewohner/-innen sicherzustellen (Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort, 2019).

Das Krankheitsbild der Demenz bringt für Betroffene Schwierigkeiten in der Ausführung verschiedener Tätigkeiten mit sich, sei es kognitiv oder motorisch (Cunningham et al., 2015). Daher ist es die Aufgabe der Pflegepersonen, die betroffene Person ausreichend zu unterstützen. Da die verschiedenen Formen der Demenz unterschiedliche Auswirkungen haben, bedarf es geschulter Pflege um adäquat mit den Veränderungen umzugehen (Lämmler and Thiessen, 2007).

Ressourcen fördern ist eine wichtige Aufgabe der Pflege, einerseits da die Patienten und Patientinnen, sowie Bewohner und Bewohnerinnen gefördert werden, andererseits um Erkrankungen entweder zu verbessern oder Verschlechterungen zu vermeiden. Man kann Personen durch ressourcenförderndes Handeln ein möglichst autonomes Leben ermöglichen (Bölicke et al., 2007).

Eingeben des Essens ist eine Maßnahme die häufig aufgrund von Zeitgründen in Langzeitpflegeeinrichtungen, aber auch verschiedensten Krankenhäusern, verwendet wird, da man so genügend Nahrungszufuhr sicherstellen kann und es insgesamt eine vermutete Zeitersparnis bringt. Jedoch verliert die betroffene Person dabei an Eigenständigkeit und das Essen kann zur Qual werden (Schweiger, 2011). Das Wissen über verschiedene Maßnahmen der Nahrungszufuhr, speziell bei dementen Personen, stellt eine wichtige Tätigkeit der Pflege dar (Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort, 2019). Der Ernährungszustand hat großen Einfluss auf verschiedenste Faktoren (Johnsen et al., 2000).

Um adäquate Pflege garantieren zu können, muss das Wissen über die Erkrankung gewährleistet sein. Nur so kann das Wissen, welche Auswirkungen die Nahrungsaufnahme auf den Alltag haben kann, vorhanden sein. Sei es banal erscheinende Dinge zu berücksichtigen, zum Beispiel dass man Dinge, welche nicht essbar sind vom Teller entfernt, um Aspirationen vorzubeugen oder, dass man keine zu heißen Speisen hinstellt, da die Betroffenen die Temperatur oftmals nicht mehr spüren.

Ebenfalls darf die soziale Interaktion nicht außer Acht gelassen werden. Häufig benötigt es Gespräche mit den Angehörigen über die Veränderungen der Personen bezüglich der Krankheit. Daher nimmt man hier als Pflegeperson den Part der Vermittlung ein (Amella, 2007). In den nächsten Jahren werden immer mehr Personen mit einer dementiellen Erkrankung Pflege benötigen (Däuble, 2015).

2030 steigt die Zahl der Demenzerkrankten auf 260 000. Personen mit dieser Erkrankung haben einen erhöhten Pflegeaufwand. Die generelle Bevölkerungsdichte steigt an, die Bevölkerung wird älter. Das bedeutet mehr zu pflegende Personen. Daher benötigt man effektive pflegerische Maßnahmen, um die Grundbedürfnisse von dementen Personen zu befriedigen, zu denen auch die ausreichende Nahrungszufuhr gehört. (Däuble, 2015).

1.6 Forschungslücke

Es gibt viele Demenzerkrankte in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Viele dementiell Erkrankte leiden an einer unzureichenden Nahrungsaufnahme, darunter sind ebenfalls viele mangelernährte Personen.

Die Pflege nimmt eine wichtige Rolle im Bereich der Unterstützung ein, um eine adäquate Ernährungssituation zu gewährleisten. Derzeit gibt es keine Übersichtsarbeiten, welche die Effektivität der verschiedenen Maßnahmen zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme aufzeigen. In der Praxis wird die Unterstützung der Nahrungsaufnahme unterschiedlich gehandhabt, daher braucht man objektive Evidenz.

Um diese Forschungslücke zu füllen und den aktuellen Wissensstand in diesem Bereich zu erweitern, wird im Rahmen dieser Bachelorarbeit ein Literaturreview durchgeführt, mit dessen Hilfe derzeit vorhandenes Wissen zusammengefasst wird.

1.7 Forschungsfrage und Forschungsziel

Nachfolgend wird die Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit aufgezeigt.

„Welche Maßnahmen kann das Pflegepersonal tätigen, um eine ausreichende Nahrungsaufnahme der dementiell erkrankten Personen in der Akut- und Langzeitpflege zu gewährleisten?“

Daraus ergibt sich folgendes Forschungsziel für diese Arbeit:

Ziel dieser Arbeit ist es, pflegerische Maßnahmen zur Förderung der Nahrungsaufnahme von dementen Personen in der Akut- und Langzeitpflege darzustellen und herauszufinden, wie sich die Anwendung dieser auf die Nahrungsaufnahme der dementiell Erkrankten auswirkt.

Tabelle 1: Pico-Schema

P (Population)	Demenzerkrankte Personen, jegliches Alter
I (Intervention)	Pflegerische Maßnahmen zur Nahrungsaufnahme
C (Control)	-
O (Outcome)	Ausreichende Ernährung, Steigerung der Nahrungsaufnahme, Gewicht im Normbereich, BMI im Normbereich Sekundär soll erhoben werden ob es durch die Maßnahmen zu einer erhöhten Akzeptanz, Autonomie und Selbstwirksamkeit der Betroffenen kommt.

BMI= Body Maß Index

2 Methode

Im Methodenteil wird die wissenschaftliche Herangehensweise der vorliegenden Bachelorarbeit beschrieben. Auf die Literaturrecherche, Ein- und Ausschlusskriterien und die Suchstrategie wird hier näher eingegangen. Die Suchstrategie wird in einer Tabelle dargestellt.

2.1 Design

In dieser Arbeit wurde zur Beantwortung der Forschungsfrage ein Literaturreview (Literaturübersicht) durchgeführt. Bei einem Literaturreview handelt es sich um eine kritische Zusammenfassung über den aktuellen Stand der Forschung zu einem spezifischen Forschungsproblem. Dadurch versucht man, Fragen oder Probleme der Praxis zu beantworten oder Empfehlungen für die weitere Forschung auszusprechen (Polit and Beck, 2017).

2.2 Literaturrecherche

Mithilfe des Internets und diversen Büchern erfolgte ein erstes Einlesen in die vorhandene Literatur, um sich einen Überblick zu verschaffen. Im Zeitraum von Oktober bis November 2019 wurde eine systematische Literatursuche in den Datenbanken PUBMED (Public Medical Literature Online) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) durchgeführt.

Ergänzt wurde die Recherche mit einer Handsuche in Referenzlisten von relevanten Studien und mit einer Suche in der Internetdatenbank Google Scholar abgerundet. Die Literatursuche in beiden Datenbanken erfolgte mit englischen Suchwörtern, den sogenannten Keywords.

Die Grundstruktur der Suche bilden die Wörter „dementia“ und „nutrition“. Mit den zugehörigen Synonymen „food“, „intake“, „meal“ und „eat“, für den Begriff „nutrition“ wurde die Strategie erweitert. Aufgrund der zahlreichen Studien zu Nahrungsergänzungsmitteln, wurde der Begriff „nurs“ für die Suche noch ergänzt. Diese wurden mit den Boole'schen Operatoren „AND“ und „OR“ verbunden. Um eine möglichst hohe Trefferanzahl an relevanten Studien zu erhalten, wurden ebenfalls Synonyme und MeSH-Terms (Medical Subject Headings) hinzugefügt. In Cinahl wurde mit Subject Headings anstelle der MeSH-Terms gearbeitet.

Mitunter wurde eine Trunkierung, als „*“ gekennzeichnet, gesetzt, um die Trefferanzahl zu erhöhen. Ebenfalls wurde der Filter „clinical trial“ verwendet, ansonsten wurden keine Limitationen gesetzt, um zu verhindern, dass relevante Studien verloren gehen. In der Suchmaschine Google Scholar wurden die Wörter „dementia“ und „food“ für die Handsuche verwendet.

Die Suchstrategie wird in der nachfolgenden Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Literaturrecherche

Datenbank	Suchstrategie	Filter
PUBMED	(((((dementia) OR dementia [MeSH Terms])) AND (((((nutrition*) OR food) OR intake) OR meal) OR eat*)) AND nurs*)	<ul style="list-style-type: none"> • Clinical Trial • Controlled Clinical Trial • Randomized Controlled Trial
CINAHL	(MH dementia OR dementia) AND (nutrition* OR food OR meal OR intake OR eat*) AND (nurs*)	<ul style="list-style-type: none"> • Randomized Controlled Trial • Clinical Trial
Google Scholar	dementia AND food	<ul style="list-style-type: none"> • Erste 20 Seiten

Die Auswahl der Studien beschränkt sich auf quantitative Studien, da sich dieses Literaturreview mit der Anwendung und dem Effekt der Maßnahmen zur Förderung der Nahrungsaufnahme der dementen Personen auseinandersetzt.

Daher wurden in den Datenbanken die Filter „Clinical Trial“, „Randomized Controlled Trial“ und „Controlled Clinical Trial“ verwendet. Ein „Clinical Trial“ untersucht die Effektivität oder Wirksamkeit von neu eingeführten Interventionen. Bei einem „Controlled Clinical Trial“ gibt es zusätzlich eine Kontrollgruppe, welche mit der Interventionsgruppe verglichen wird. Bei einem „Randomized Controlled Trial“ handelt es sich um eine zufällige Auswahl der Stichprobe, das erhöht die Repräsentativität der Studie (Polit and Beck, 2017).

Ansonsten wurden keine Limitationen gesetzt. Es wurden sowohl englischsprachige als auch deutschsprachige Artikel hinzugezogen, ebenfalls wurden Studien jeglichen Alters berücksichtigt, um keine passenden Artikel zu übersehen.

Die Ergebnisse der Literatursuche aus den Datenbanken Pubmed und Cinahl wurden in das Literaturverwaltungsprogramm Endnote X9 eingefügt. Innerhalb dieses Literaturverwaltungsprogrammes wurde ein Ausschluss der Duplikate durchgeführt. Daraufhin wurde ein Titel- und Abstractscreening durchgeführt. Anschließend wurden die Volltexte der Studien gelesen und hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien geprüft. So wurden Studien ausgeschlossen, welche nicht relevant für die Beantwortung der Forschungsfrage sind.

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

In Tabelle 3 werden die Ein- und Ausschlusskriterien, welche für diese Arbeit getroffen wurden, tabellarisch dargestellt.

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Population	demente Personen jeglichen Alters, alle Formen und Stadien von Demenz	Personen ohne Demenz
Intervention	alle pflegerischen Maßnahmen zur Förderung der Nahrungsaufnahme (z.B. Bibliografische Anamnese, zusätzliche Reize eliminieren, Sinne verstärkt berücksichtigen, Speisen- und Getränkeauswahl, ROT, Musiktherapie, körperliches Training, Gedächtnistraining, Nahrungsergänzungsmittel..)	parenterale Ernährungsformen; Ernährung über PEG, PEJ oder Nasogastralesonden

Setting	Krankenhaus, Pflegeheime	häusliche Versorgung, Ambulanzen, extramurale Versorgung, Versorgung in einem betreuten Wohnen
Design	Interventionsstudien	systematische Literaturreviews

ROT= Realitäts Orientierungs Training, PEG= Perkutane endoskopische Gastrostomie, PEJ= Perkutane endoskopische Jejunostomie

2.4 Kritische Bewertung der Studien

Die final eingeschlossenen Studien wurden mit dem Bewertungsbogen „Mixed Methods Appraisal Tool“ kurz MMAT nach Hong et al. (2018) kritisch bewertet. Das Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) ist ein Instrument um Primärstudien zu bewerten. Man kann qualitative, quantitativ- deskriptive, nicht randomisierte Studien, sowie RCT'S und gemischte Studiendesigns bewerten.

Für Literaturreviews und theoretische Artikel ist dieses Bewertungsinstrument nicht geeignet. Für das MMAT spricht, dass es nicht nur für ein bestimmtes Studiendesign geeignet ist, sondern für alle fünf oben genannten. Das MMAT ist in zwei Bereiche aufgeteilt. Der erste Bereich besteht aus spezifischen Fragen, mit denen man herausfinden kann, ob es sich um eine empirische Studie handelt oder nicht. Wenn beide Fragen mit „Nein“ beantwortet werden, kann das MMAT nicht für die Bewertung der Studie eingesetzt werden.

Wenn beide Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, kann man die Bewertung der Studie fortsetzen. Hierbei muss man die korrekte Studienkategorie ermitteln. Hierfür ist ein Informationsblatt beigelegt, indem die verschiedenen Arten kurz erklärt werden. Nachdem man die richtige Studienkategorie gefunden hat, müssen fünf Fragen beantwortet werden.

Hierfür stehen die Antwortmöglichkeiten „Ja“, „Nein“ und „Nicht ersichtlich“ zur Verfügung. Daraufhin sollten die bewerteten Studien gegenübergestellt werden, damit ein Vergleich möglich ist. Durch das Gegenüberstellen ist es möglich, individuell herauszufinden, welche Studie eine hohe Qualität hat (HONG et al., 2018).

2.5 Datenanalyse der Ergebnisse

Der Verlauf zur Auswahl der Studie wird mittels Flowchart bzw. Flussdiagramm, zum besseren Verständnis dargestellt. Damit nachvollziehbar ist, wie man zu den ausgewählten Studien und deren Ergebnisse gekommen ist. Die Studiencharakteristika werden aus den Studien extrahiert und wie folgt in einer Tabelle dargestellt: Titel, Autor, Autorin, Methode, Setting und wichtigste Endpunkte.

3 Ergebnisse

Dieses Kapitel befasst sich mit den Ergebnissen der Literaturrecherche sowie der Zusammenfassung der relevanten Ergebnisse der Studien.

3.1 Ergebnisse der Literaturrecherche

Die vorhandenen Ergebnisse der Literaturrecherche wurden auf Duplikate überprüft. Diese Artikel wurden mittels Titel- und Abstractscreening auf ihre Relevanz zur Beantwortung der Forschungsfrage beleuchtet. Die 24 übrigen Artikel wurden anhand des Volltextscreenings auf die Bedeutsamkeit für die Beantwortung der Forschungsfrage überprüft. Die eingeschlossenen Studien wurden daraufhin mit dem MMAT kritisch bewertet. Eine Übersicht der Literatursuche bietet das Flowchartdiagramm in Abbildung 1.

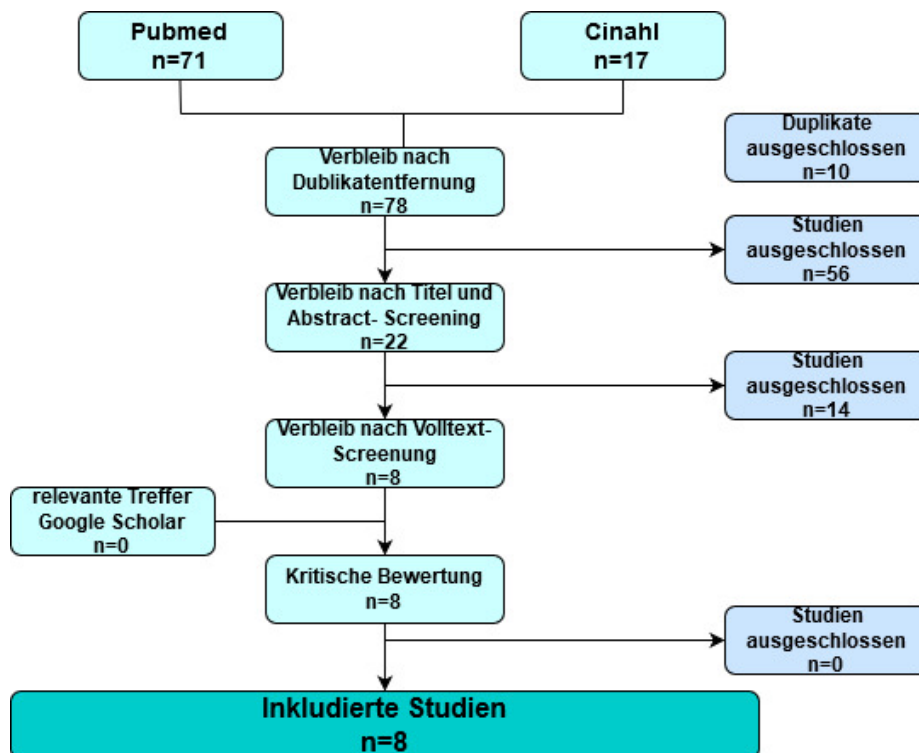


Abbildung 1: Flowchartdiagramm

3.2 Charakteristika der inkludierten Studien

Bis auf zwei der acht verwendeten Studien wurde jede in einem anderen Land durchgeführt. Zwei Studien wurden in Amerika durchgeführt, jeweils eine Studie in Kanada, Spanien, Schweden, China, Frankreich und in den Niederlanden.

Sechs Studien sind randomisiert kontrollierte Studien und zwei sind Pilotstudien, welche Teil einer jeweils größeren Studie sind. Drei Studien befassen sich mit dem Thema der Nahrungsergänzungsmittel und dem nährstoffreichen Anreichern von Mahlzeiten. Weitere drei Studien befassen sich mit dem Verhalten von dementiell erkrankten Personen während der Nahrungsaufnahme. Eine Studie dieser drei befasst sich mit dem Effekt der Musiktherapie auf das Verhalten während des Essens, eine weitere mit dem Effekt von Gedächtnistrainingsmethoden, um das krankhafte Schlingen während des Essens zu mindern. Die dritte der drei Studien befasst sich mit dem Kurz- und Langzeiteffekt von positiver Bestärkung und Aufforderung während des Essens auf das Verhalten der Nahrungsaufnahme.

Weiters wurde eine Studie miteinbezogen, welche sich mit dem Thema, inwieweit sich das Wissen der Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen, der demenzten Personen, über die Methoden der Nahrungsaufnahme von stark dementiellen erkrankten Personen auswirkt, befasst. Eine Studie befasst sich mit der Auswirkung von körperlichem Training auf den Ernährungszustand. Eine ausführliche Darstellung der Charakteristika der Studien befindet sich in Tabelle 4.

In den Studien wurden verschiedene Messmethoden verwendet, die Erklärungen dieser befinden sich in Tabelle 5.

Tabelle 4: Charakteristika der inkludierten Studien

Autor und Autorinnen; Jahr; Land	Forschungsziel	Interventionen	Messmethoden	Setting; Stichprobe	Design
<p>Young Greenwood Van Reekum., Binns</p> <p>Canada 2005</p>	<p>Ziel war es, den Effekt aufzuzeigen, welchen man erzielt, wenn man für die Pflegeeinheit typische Gerichte gegen nährstoff- und kohlenhydratreichere Mahlzeiten in Pflegeheimen austauscht.</p>	<p><u>Intervention:</u> Es handelte sich um vier Phasen zu je 21 Tagen. In der ersten Phase erhielten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen die gewöhnliche Kost. In der zweiten Phase wurden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen willkürlich dem kohlenhydratreichen Abendessen oder dem Erhalt eines Nahrungsergänzungsmittels am Vormittag zugeteilt. In der dritten Phase haben alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen erneut ihre gewöhnliche Kost erhalten. In der vierten Phase erhielt die Interventionsgruppe erneut kohlenhydratreiches Abendessen oder ein Nahrungsergänzungsmittel am Vormittag.</p>	<p><u>Messmethode:</u> BMI, Severe Impairment Battery und die Global Deterioration Scale</p>	<p>34 Bewohner und Bewohnerinnen eines Pflegeheims mit Alzheimer.</p> <p>27 Frauen und 7 Männer, im Alter zwischen 84 – 92.</p>	<p>Randomized Crossover Trial</p>
<p>Gil Gregorio, Ramirez Diaz, Ribera Casado</p> <p>2003 Spanien</p>	<p>Ziel war es, den Effekt von Nahrungsergänzungsmitteln auf die Morbidität und die Sterblichkeitsrate von Alzheimererkrankten Personen, welche in einem Pflegeheim, wohnen aufzuzeigen.</p>	<p><u>Intervention:</u> Die Personen wurden willkürlich einer Gruppe zugewiesen. Die Interventionsgruppe erhielt ein Nahrungsergänzungsmittel zusätzlich zu den normalen Mahlzeiten. Diese Nahrungsergänzungsmittel wurden ein Jahr verabreicht.</p>	<p><u>Messmethode:</u> FAST, MMSE, Blessed scale, NPI, MNA, Anthropometric Data, BMI und einer Erhebung der Laborwerte</p>	<p>8 Pflegeheime in Madrid</p> <p>99 Bewohner und Bewohnerinnen mit Alzheimer, welches mit den Kriterien von NINCDS/ADRDA diagnostiziert wurden.</p> <p>Davon 25 in der Interventionsgruppe und 74 Personen in der Kontrollgruppe.</p> <p>80 Frauen und 19 Männer, im Alter von 80-93 Jahren. Mit einem FAST Ergebnis von 5-6.</p>	<p>Randomized Controlled Trial</p>

Ragneskog, Kihlgren, Karlsson, Norberg 1996 Schweden	Ziel war es den Effekt von Musik auf das Verhalten von dementen Personen, während des Abendessens aufzuzeigen.	<u>Intervention:</u> Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden innerhalb von 5 Phasen während des Abendessens gefilmt. Die erste Phase dauerte eine Woche, hier wurden Daten erhoben und die Forscher und Forscherinnen haben sich mit ihrem Equipment vertraut gemacht. Die weiteren 4 Phasen haben jeweils 2 Wochen gedauert. Während der 2., 3. und 4. Phase wurde den Teilnehmern und Teilnehmerinnen, während des Abendessens immer eine andere Musikrichtung vorgespielt. Zwischen diesen Phasen gab es jeweils eine Woche ohne Musik. Die 5. Phase hat als Kontrollphase, zur Gänze ohne Musik, gedient.	<u>Messmethode:</u> MDDA Scale, Zeiterhebung wie lang die Personen für das Abendessen gebraucht haben Anhand der Videos wurde das Verhalten beobachtet.	Spezielles Pflegeheim für demenzerkrankte Personen in Göteborg 5 Bewohner und Bewohnerinnen mit Demenz. 4 Frauen und ein Mann, zwischen 69 und 85 Jahren.	Pilotstudy
Kao, Lin, Wu, Lin, Liu 2016 China	Ziel war es, den Effekt von verschiedenen Gedächtnistrainingsmethoden auf das krankhafte Schlingen von Essen bei dementen Personen, aufzuzeigen.	<u>Intervention:</u> Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden in eine von 2 Interventionsgruppen oder in eine Kontrollgruppe zufällig zugeteilt. Innerhalb der 6 Wochen erhielten die Interventionsgruppen täglich 30 Minuten Gedächtnistraining. Nach diesen 6 Wochen gab es nach einem Monat, 3 Monaten und 6 Monaten eine Kontrolle der erlernten Fähigkeiten, einem Videogeführten Interview erhoben und gemessen.	<u>Messmethode:</u> verallgemeinerte Schätzgleichung, chinesische Version des Barthel Index, Cohen-Mainsfield Agitation Inventory, MMSE Das Schlingverhalten wurde mittels einer eigens dafür entwickelten Skala und einem Videogeführten Interview erhoben und gemessen.	8 auf Demenz spezialisierte Pflegeheime in Taiwan 140 Bewohner und Bewohnerinnen mit einer dementiellen Erkrankung. 46 Personen in der SR Gruppe, 49 Personen in der SR+M Gruppe und 45 Personen in der Kontrollgruppe Das Alter der Teilnehmer und Teilnehmerinnen betrug zwischen 82 und 84 Jahren.	Cluster-randomized single-blind Design
Hanson, Carey, Caprio, Lee, Ersek, Garrett, Jackman,	Ziel war es, den Effekt von Entscheidungshilfen zur Auswahl von Nahrungsmitteln	<u>Intervention:</u> Die Interventionsgruppe erhielt zur Auswahl der geeigneten Nahrungsmitteln zusätzliche Entscheidungshilfen, Information über die dementielle Erkrankung und Vor- und Nachteile des Unterstützungsmittels. Die Kontrollgruppe erhielt die gängigen Informationen um eine Entscheidung	<u>Messmethode:</u> <i>Für die dementen Personen:</i> Global Deterioration Scale, Minimum Data Set,	24 Pflegeheime in North Carolina 425 Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen der dementiell erkrankten Personen. 256	Cluster randomized Controlled Trial

Gilliam, Wessell, Mitchell 2011 Amerika	Maßnahmen für stark dementiell erkrankte Personen aufzuzeigen.	zu treffen. Es wurden ein und 3 Monate nach der Informationsgabe Interviews geführt. Ebenso wurden nach 6 und 9 Monaten Gewichtsanalysen und die Sterblichkeitsrate erhoben.	Gewichtsanalyse mittels Waage <i>Für die Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen: Desicional conflict scale</i>	dementiell erkrankte Personen. 126 in der Interventionsgruppe und 127 in der Kontrollgruppe.	
Maltais, Rolland, Hay, Armaingaud, Cestac, Rouch, De Soutoo Barreto 2018 Frankreich	Ziel war es, Herauszufinden ob körperliche Übungen oder vermehrte soziale Interaktionen einen positiveren Effekt auf den Ernährungszustand von dementen Personen in Pflegeheimen zeigen.	<u>Intervention:</u> Die Personen wurden verblindet einer der Interventionsgruppen zugewiesen. Die körperlich aktive Interventionsgruppe hatte 24 Wochen täglich ein 60-Minütiges Training. Die sozial aktive Interventionsgruppe hatte in dieser Zeit verschiedene Gruppenaktivitäten, welche keine körperliche Aktivität erfordern.	<u>Messmethode:</u> MNA, Gewicht, BMI	Pflegeheim in Frankreich 91 Bewohner und Bewohnerinnen mit einer Demenzform, welche mindestens 1 Monat in einem Pflegeheim wohnen. 44 Personen in der körperlich aktiven Gruppe und 47 in der sozial aktiven Gruppe.	Randomized Controlled Trial
Wouters-Wesseling, Wouters, Kleijer, Bindels, de Groot, van Staveren 2002 Niederlande	Ziel war es, den Effekt von flüssigen Nahrungsergänzungsmitteln bei dementen Personen in Pflegeheimen zu überprüfen.	<u>Intervention:</u> Die Interventionsgruppe erhielt am Tag zwei Päckchen zu je 250 ml, flüssige Nahrungsergänzungsmittel und die Placebogruppe erhielt ein flüssiges Placebo ¹ ohne weiteren Nährstoffanteil, für drei Monate. Beide Gruppen erhielten zusätzlich die gleichen Gerichte als Mahlzeiten.	<u>Messmethode:</u> Laborkontrolle, ADL Erhebung, Gewicht, BMI	Zwei Pflegeheime in Boxtel 42 Personen mit Demenz, mit einem BMI unter 23 kg/m ² (Männer) und unter 25 kg/m ² (Frauen). In der Interventionsgruppe befinden sich 21 und in der Placebogruppe ebenso 21 Personen. Durchschnittliches Alter betrug >60	Prospective randomised double-blind intervention study
Coyne, Hoskins, 1997	Ziel war es, den Kurz- und Langzeit Effekt von direkten	<u>Intervention:</u> In Phase 1 wurden die LEI erhoben. Beide Gruppen erhalten 3 Mahlzeiten. Die Interventionsgruppe nimmt die Mahlzeiten mit positiver Bestärkung und Aufforderung zu sich.	<u>Messmethode:</u> Eigens entwickelte LEI Scale abgeleitet von der Klein-	Ein Pflegeheim in Mississippi mit 230 Betten	Pilotstudy

Amerika	Aufforderungen und positiver Bestärkung auf die Nahrungsaufnahme von dementiell erkrankten Personen in Pflegeheimen aufzuzeigen.	Am 6. Und 7. Tag wurde die Kurzzeitauswirkung gemessen. Und am 12. Und 13. Tag die Langzeitauswirkung.	Bell ADL Eating Scale.	24 Personen mit einer Form von Demenz, welche mehr als die Hälfte ihres Essens selbstständig essen können. 12 Personen in der Interventionsgruppe und 12 in der Kontrollgruppe. Die Personen befinden sich im Alter von 68 bis 96 Jahre.	
---------	--	--	------------------------	--	--

ADL= Activities of Daily Living, BMI= Body Maß Index, FAST= Functional Assesment Staging Test, LEI= Level of eating independence, MDDA Scale = Mulit- Dimensional Dementia Assessment Scale, MNA = Mini Nutritional Assessment, NINCDS/ADRDA= National Institute of Neurological and Communicativ Disorders and Stroke/ Alzheimer's Disease and Related Disorders Association, NPI= Cummings's Neuropsychiatry Inventory, SR= Spaced retrieval training, SR+M= Spaced retrieval training in Verbindung mit Montessorielementen

Tabelle 5: Erklärungen der Messmethoden

Messmethode	Erklärung
BMI	Körpergewicht in Relation zu Körpergröße
Severe Impairment Battery	Wird zur geistigen Kompetenzbeurteilung von dementen Personen verwendet
Global Deterioration Scale	Gibt Pflegepersonen einen Überblick über die kognitive Funktion von Patienten und Patientinnen
FAST	Teilt Demenzformen ein
MMSE	Misst die kognitive Beeinträchtigung
Blessed scale	Misst die Funktionseinschränkung
NINCDS/ADRDA	Gibt Kriterien zur Einleitung von Demenzformen vor
NPI	Misst die Verhaltensänderung
MNA	Ein Test um Mangelernährung festzustellen
Anthropometric Data	Gewicht, Größe, Oberarmumfang, Wadenumfang und die Hautfalten des Biceps, Triceps und des Kopfes werden gemessen
MDDA Scale	Zeigt die Auswirkung von Demenz auf die körperlichen, emotionalen und geistigen Vorkommnisse des täglichen Lebens
Barthel Index	Bewertungsverfahren der alltäglichen Fähigkeiten
Cohen- Mainsfield Agitation Inventory	Gibt die Häufigkeit von Verhaltensmerkmalen an
Minimum Data Set	Dient zur klinischen Beurteilung von Bewohnern und Bewohnerinnen
Desicional conflict scale	Misst die persönliche Wahrnehmung und das Gefühl während der Entscheidungsfindung

3.3 Qualität der eingeschlossenen Studien

Die Studie von Young et al., (2005) untersuchte 34 Bewohner und Bewohnerinnen mit Alzheimerdemenz des Baycrest Centre for Geriatric Care's im Alter zwischen 84 und 92. Die Probanden und Probandinnen befanden sich in unterschiedlichen Einheiten des Pflegeheims und diese Einheiten wurden der Intervention randomisiert zugeteilt. Die Forschungsfrage ist nicht explizit angegeben, kann jedoch aus dem Ziel der Studie entnommen werden. Aufgrund eines p-Wertes von über 0,05 kann der Studie entnommen werden, dass die Grundcharakteristika der Teilnehmer und Teilnehmerinnen ähnlich genug sind. Der Ergebnisteil ist gut gegliedert, da dieser mit Unterüberschriften versehen wurde und liefert alle nötigen Informationen, um die Forschungsfrage zu beantworten. Es wurde jedoch keine verblindete Endpunktmessung durchgeführt. Die Akzeptanz der Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurde durch eine Einverständniserklärung erhoben, diese wurde ebenfalls von den Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen der dementen Personen eingeholt. Aufgrund von akuter Krankheit mussten zwei Personen die Studie abbrechen.

Gil Gregorio et al., 2003 untersuchte 99 Bewohnern und Bewohnerinnen mit Alzheimerdemenz, aus acht Pflegeheimen in Madrid. Die Probanden und Probandinnen wurden randomisiert der Intervention zugeteilt. Es wurden verschiedene Tests durchgeführt, um sicherzustellen, dass die Grundcharakteristika der Teilnehmer und Teilnehmerinnen ähnlich genug für eine aussagekräftige Studie sind. Der Ergebnisteil enthält alle nötigen Informationen um die Forschungsfrage zu beantworten, welche nicht explizit angegeben ist, aber aus dem Forschungsziel ableitbar ist. Ebenfalls wurde die Übersicht der Ergebnisse mit einigen Tabellen vereinfacht dargestellt. Ob eine verblindete Endpunktmessung durchgeführt wurde oder eine Einverständniserklärung eingeholt wurde, ist nicht ersichtlich. Während der Datenerhebungsphase sind 22,7% der Probanden und Probandinnen der Kontrollgruppe und 16% aus der Interventionsgruppe verstorben. Ansonsten hat kein Teilnehmer, keine Teilnehmerin die Studie abgebrochen.

140 Bewohner und Bewohnerinnen, im Alter zwischen 82 und 84 Jahren wurden in der Studie von Kao et al., 2016, randomisiert in eine der drei Gruppen eingeteilt. Es

wurde ein Test durchgeführt, um die Homogenität der Teilnehmer und Teilnehmerinnen innerhalb der drei Gruppen sicherzustellen. Die Daten des Ergebnisteils der Studie sind sehr ausführlich angegeben und mit Tabellen vereinfacht dargestellt. Es handelte sich um eine einfach verblindete Endpunktmessung, da der Forschungsassistent, die Forschungsassistentin zur Erhebung der Ergebnisse dem Probanden, der Probandin zufällig zugeteilt wurde. Die Einverständniserklärung wurde von den Teilnehmern und Teilnehmerinnen, sowie deren Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen eingeholt. Aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes mussten insgesamt fünf Personen die Studie abbrechen, betroffen waren zwei Personen aus der SR Gruppe, zwei Personen aus der Kontrollgruppe und eine Person aus der SR+M Gruppe.

Hanson et al., 2011 führten eine cluster randomisiert kontrollierte Studie mit 425 Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen von 254 dementen Personen durch. Diese Studie wurde in 24 Pflegeheimen in North Carolina durchgeführt. Die Pflegeheime wurden zufällig ausgewählt. Anhand der Tabelle, welche die Grundcharakteristika aufzeigt, ist ersichtlich, dass sich diese stark ähneln. Da alle Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen vor der Beschlussfassung für eine geeignete Ernährungsform für die stark dementiell erkrankte Person stehen. Die Endpunktmessung war einfach verblindet. Die Personen, welche die Ergebnisse erhoben hatten, waren nicht verblindet, jedoch waren die Forschungsmitglieder, welche die Ergebnisse ausgewertet haben, verblindet. Es wurde eine Einverständniserklärung von den Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen für ihre Teilnahme und die der dementiell erkrankten Personen eingeholt. Aufgrund von Tod, Rückzug der Zustimmungserklärung von Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen oder Verlegung in eine andere Pflegeeinheit, mussten 26 Personen aus der Interventionsgruppe und 29 Personen aus der Kontrollgruppe die Studienteilnahme abbrechen.

91 Bewohner und Bewohnerinnen mit unterschiedlichen Demenzformen wurden in der Studie von Maltais et al., 2018 untersucht. Die Probanden und Probandinnen wurden randomisiert den Gruppen für die Intervention in einem Pflegeheim in

Frankreich zugeteilt. Die Forschungsfrage wird nicht explizit angegeben, diese kann man jedoch aus dem Forschungsziel ablesen. Der Ergebnisteil ist eher kurzgehalten, dennoch enthält er alle Informationen zur Beantwortung der Forschungsfrage. Die Endpunktmessung wurde unverblindet durchgeführt. Es wurde eine Einverständniserklärung der Teilnehmer erhoben. Vor den Basismessungen sind drei Personen weggefallen. Drei Personen aus der körperlich aktiven Gruppe und eine aus der sozial aktiven Gruppe, mussten die Studie nach drei Monaten abbrechen. Die Gründe dafür waren Krankenhausbesuche, Todesfälle und Knochenbrüche.

In der doppelt verblindeten Studie von Wouters-Wessling et al., 2002 wurden 42 dementiell erkrankte Personen untersucht. Die Probanden und Probandinnen von zwei Pflegeheimen in Boxtel wurden randomisiert in zwei Gruppen eingeteilt. Die Forschungsfrage wurde nicht extra genannt, ist jedoch von Forschungsziel ableitbar. Der Ergebnisteil ist gut gegliedert und enthält relevante Informationen zur Beantwortung der Forschungsfrage. Jedoch fehlen einige Angaben zum p-Wert der Ergebnisse, obwohl eine Aussage bezüglich der Signifikanz getätigt wurde. Es wurde eine Einverständniserklärung sowie ein Ethikkonsil eingeholt. In der Interventionszeit haben 7 Teilnehmer und Teilnehmerinnen die Studie abgebrochen. Gründe der Probanden und Probandinnen der Placebogruppe waren Todesfälle, Rückzug der Einverständniserklärung seitens der Familie und negatives Geschmackserlebnis. Die Personen der Gruppe, welche Nahrungsergänzungsmittel erhalten haben, konnten die Studie nicht beenden aufgrund von Durchfallerkrankungen oder Tod.

Die Studie von Coyne and Hoskins, 1997 untersucht 24 demente Personen in einem Pflegeheim in Mississippi. Das Alter der Probanden und Probandinnen betrug zwischen 68 und 96 Jahren. Aus dem Forschungsziel ist es möglich die Forschungsfrage abzuleiten. Die Personen wurden zufällig in sechs Gruppen aufgeteilt.

Ebenfalls wurde eine Münze geworfen welcher Speisesaal für die Interventionsgruppe und welcher für die Kontrollgruppe genutzt wird. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich des Alters, kognitiven Status und den Kommunikationsmustern. Jedoch gab es einen

signifikanten Unterschied der Demenzformen. Es ist nicht ersichtlich ob die Endpunktmessung verblindet stattgefunden hat. Es wurde eine mündliche Einverständniserklärung von den Probanden und Probandinnen erhoben, ebenfalls wurde eine schriftliche Einverständniserklärung von den Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen eingefordert. Aufgrund von Krankheit mussten vier Teilnehmer und Teilnehmerinnen die Studie abbrechen. Zwei Partizipanten und Partizipantinnen konnten an der Studie nicht bis zum Schluss teilnehmen, da die Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen dieser Personen die Zustimmung widerrufen haben.

Bei der Pilotstudie von Ragneskog et al., 1996 wurden fünf Bewohner und Bewohnerinnen mit verschiedenen Formen der Krankheit Demenz aus einem speziellen Pflegeheim für demenzerkrankte Personen in Göteborg untersucht. Es handelte sich um vier Frauen und einen Mann, im Alter zwischen 69 und 85 Jahren. Es ist keine explizite Forschungsfrage vorhanden, jedoch ist es möglich diese aus dem Forschungsziel abzuleiten. Es handelt sich um eine quantitative Vergleichsstudie mit einer Interventionsphase und einer Kontrollphase. Als Datenerhebungsmethode wurden Videoaufnahmen, während des Abendessens gewählt, diese haben zur Analyse der Ergebnisse gedient. Diese eignen sich gut, da man die Probanden und Probandinnen nicht während des Essens durch Beobachtungen stört und so das Verhalten verfälschen könnte. Die Ergebnisse sind gut gegliedert, da die einzelnen Ergebnisse jedes Probanden, jeder Probandin namentlich in Absätzen aufgezeigt wurden.

Die Bewertung der Studien, anhand der Bewertungskriterien von Hong et al., 2018, wurden in Tabelle 6 und Tabelle 7 zusammengefasst.

Tabelle 6: Bewertung der randomisiert kontrollierten Studien

Autoren oder Autorinnen	Gibt es eine klare Forschungsfrage?	Ist es möglich mit den gesammelten Daten die Forschungsfrage zu beantworten?	Gibt es eine entsprechende Randomisierung?	Sind die Grundcharakteristika der Gruppen gleich?	Sind die Daten der Ergebnisse komplett?	Gibt es eine verblindete Endpunktmessung?	Ist die Akzeptanz der Teilnehmer und Teilnehmerinnen für die Maßnahmen gegeben?
Young et al., 2005	Ja, es gibt ein Ziel, aus dem man die Forschungsfrage ableiten kann.	Ja, die Daten sind ausreichend.	Ja, die Einheiten des Pflegeheimes wurden der Intervention zufällig zugeteilt.	Ja, die Grundcharakteristika der Gruppen sind gleich, da die p-Werte über 0,05 liegt.	Ja, in den Ergebnissen wurde alle Punkte zur Beantwortung der Forschungsfrage aufgegriffen.	Nein, die Studie war nicht verblindet.	Zwei Personen mussten die Studie aufgrund von Krankheiten abbrechen.
Gil Gregorio et al., 2003	Ja, es gibt ein Ziel, aus dem man die Forschungsfrage ableiten kann.	Ja, die Daten sind ausreichend.	Ja, die Personen wurden zufällig der Gruppe, welche Nahrungsergänzungsmittel erhielt, zugeteilt.	Ja, die Grundcharakteristika der Gruppen sind gleich, es wurden für die Auswahl der Teilnehmer und Teilnehmerinnen einige Tests durchgeführt.	Ja, im Ergebnisteil wurde auf alle Punkte zur Beantwortung der Forschungsfrage eingegangen.	Nicht ersichtlich.	16% der Interventionsgruppe und 22,7% der Kontrollgruppe sind während der Datenerhebung verstorben.
Kao et al., 2016	Ja, es gibt ein Ziel, aus dem man die Forschungsfrage ableiten kann.	Ja, die Daten sind ausreichend.	Ja, die Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden zufällig eine der drei Gruppen zugeteilt.	Ja, es wurde ein Test durchgeführt, um sicher zu stellen, dass alle drei Gruppen homogen sind.	Ja, der Ergebnisteil ist vollständig für die Beantwortung der Forschungsfrage.	Ja, der Forschungsassistent war dem Probanden, der Probandin zufällig zugeteilt, um das Ergebnis zu ermitteln.	Fünf Personen haben aufgrund eines Krankenhausaufenthalts die Studie abbrechen müssen, zwei aus der SR Gruppe, eine Person aus der SR +M Gruppe und zwei Personen aus der Kontrollgruppe.
Hanson et al., 2011	Ja, es gibt ein Ziel, aus dem man die	Ja, die Daten sind ausreichend.	Ja, die Pflegeheime wurden zufällig ausgewählt.	Ja, die Grundcharakteristika der teilnehmenden Personen waren gleich.	Ja, es wurden alle Punkte behandelt, um die Forschungsfrage	Ja, die Personen, welche die Daten erhoben haben, waren nicht verblindet, jedoch	26 Personen der Interventionsgruppe und 29 Personen der Kontrollgruppe mussten die Studie abbrechen aufgrund von Tod,

	Forschungsfrage ableiten kann.				beantworten zu können.	waren die Personen verblindet welche die Ergebnisse ausgewertet haben.	Rückzug der Zustimmung der Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen und Verlegung in eine andere Pflegeeinheit.
Maltais et al., 2018	Ja, es gibt ein Ziel, aus dem man die Forschungsfrage ableiten kann.	Ja, die Daten sind ausreichend, um die Forschungsfrage zu beantworten.	Ja, die Probanden und Probandinnen wurden den Gruppen zufällig zugeteilt.	Ja, die Grundcharakteristika der beiden Gruppen sind gleich.	Ja, die Daten der Ergebnisse sind komplett, um die Forschungsfrage zu beantworten.	Nein, die Personen, welche die Ergebnisse ausgewertet haben, waren nicht verblindet.	Insgesamt sind drei Personen vor den Basismessungen weggefallen. Weitere 3 Personen aus der körperlich aktiven Gruppe und eine Person aus der sozialen Gruppe sind nach 3 Monaten weggefallen. Die Gründe für den Ausfall waren Brüche, Todesfälle oder Krankenhausbesuche.
Wouters-Wesseling et al., 2002	Ja, es gibt ein Ziel, aus dem man die Forschungsfrage ableiten kann.	Ja, die Daten sind ausreichend, um die Forschungsfrage zu beantworten.	Ja, die Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden der Intervention zufällig zugeteilt	Ja, aufgrund eines p-Werts über 0,05 sind die Grundcharakteristika der beiden Gruppen gleich.	Nein, die erhobenen Daten für den Ergebnisteil sind ausreichend, um die Forschungsfrage zu beantworten. Jedoch fehlen bei einigen Aussagen die Angaben des p-Wertes.	Ja, die Endpunktmessung war doppelt verblindet.	7 der 42 Teilnehmer und Teilnehmerinnen haben die Studie innerhalb der Interventionszeit abgebrochen. Gründe für den Ausstieg aus der Placebogruppe waren, dass der Geschmack den Personen nicht zugesagt hat, Tod und Rückzug der Zusage seitens der Familie. Die Personen der Gruppe welche Nahrungsergänzungsmittel erhalten haben, haben die Interventionszeit aufgrund von Tod, Durchfallerkrankungen abgebrochen.
Coyne and Hoskins, 1997	Ja, es gibt ein Ziel, aus dem man die	Ja, die Daten sind ausreichend, um die	Ja, die Probanden und Probandinnen wurden zufällig in sechs	Ja, es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und	Ja, die erhobenen Daten der Ergebnisse waren ausreichend für die	Nicht ersichtlich.	Vier Teilnehmer und Teilnehmerinnen mussten aufgrund von Krankheit die Studie abbrechen. Zwei

	Forschungsfrage ableiten kann.	Forschungsfrage zu beantworten.	Sitzgruppen aufgeteilt. Ebenfalls wurde eine Münze geworfen welcher Speisesaal für die Interventionsgruppe und welcher für die Kontrollgruppe ist.	Kontrollgruppe bezüglich Alter, kognitiver Status und Kommunikationsmuster. Jedoch waren die Demenzformen signifikant unterschiedlich.	Beantwortung der Forschungsfrage.		Personen konnten an der Studie nicht bis zum Schluss teilnehmen, da die Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen der Partizipanten und Partizipantinnen die Zustimmungserklärung zur Studie widerrufen haben.
--	--------------------------------	---------------------------------	--	--	-----------------------------------	--	---

Tabelle 7: Bewertung der quantitativen nicht randomisierten Studie

Autoren oder Autorinnen	Gibt es eine klare Forschungsfrage?	Ist es möglich mit den gesammelten Daten die Forschungsfrage zu beantworten?	Sind die Teilnehmer repräsentativ für die Zielbevölkerung?	Sind die Messmethoden für die Interventionen und Ergebnisse angemessen?	Sind die Daten der Ergebnisse komplett?	Sind die Störfaktoren angegeben?	Wurden die Interventionen wie beabsichtigt durchgeführt?
Ragneskog et al., 1996	Ja, es gibt ein Ziel, aus dem man eine Forschungsfrage ableiten kann.	Ja, die Daten sind ausreichend, um die Forschungsfrage zu beantworten.	Nicht ersichtlich. Jedoch ist eine gewisse Repräsentativität gegeben da alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen unterschiedliche Demenzformen aufweisen.	Ja, die Ergebnisdaten sind komplett, es wurde alle Ergebnisse der Teilnehmer und Teilnehmerinnen erläutert. Ebenfalls sind Tabellen bezüglich der Ergebnisse vorhanden.	Ja, die Ergebnisdaten sind komplett, es wurde alle Ergebnisse der Teilnehmer und Teilnehmerinnen erläutert. Ebenfalls sind Tabellen bezüglich der Ergebnisse vorhanden.	Nicht ersichtlich.	Ja, die Musikinterventionen wurden ohne Abweichungen durchgeführt.

3.3.1 Effekt von Nahrungsergänzungsmitteln und Nährstoffanreicherung von Mahlzeiten

In der Studie von Young et al., 2005 wurde die Intervention gesetzt, dass die Interventionsgruppe entweder ein kohlenhydratreiches Abendessen erhielt oder am Vormittag ein Nahrungsergänzungsmittel. Kontrollgruppe und Interventionsgruppe erhielten ansonsten die gleichen Mahlzeiten. Die Intervention wurde in vier Phasen zu je 21 Tagen eingeteilt. In der ersten Phase haben alle Probanden und Probandinnen ihre gewöhnliche Kost erhalten. In Phase zwei hat die Interventionsgruppe die Interventionskost erhalten und die Kontrollgruppe hat weiterhin die gewöhnliche Nahrung erhalten. Während der dritten Phase haben alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen wieder die gewöhnliche Nahrung erhalten und in Phase vier erhielt die Interventionsgruppe erneut die Interventionskost. Aufgrund der Interventionen kam es zu einer erhöhten Nährstoffaufnahme, besonders im Bereich der Kohlenhydrate (p-Wert= 0,053). Protein und Fettaufnahme war unverändert. 19 von 32 Personen wiesen eine signifikant höhere Nährstoffaufnahme auf (p-Wert=0,05). Jedoch gab es nach der Untersuchungszeit keine Veränderung des Gewichts, was laut Forscherteam auf die kurzen Interventionsphasen zurückzuführen war (p-Wert= 0,076). Die Personen, welche eine kognitiv stärkere Beeinträchtigung aufgewiesen haben, haben aus der Intervention einen größeren Nutzen ziehen können.

Zusätzlich zur Hauptmahlzeit wurde in der Studie von Gil Gregorio et al., 2003, ein Nahrungsergänzungsmittel verabreicht. Dieses Nahrungsergänzungsmittel wurde ausgewählt da es reich an Kalorien, Proteinen und anderen wichtigen Nährstoffen ist. Dieses Produkt wurde ein Jahr an die Interventionsgruppe verabreicht. Während der Verabreichungsphase wurden alle Krankenhausaufenthalte, Infektionen oder Tode vermerkt. Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus der Interventionsgruppe haben das Nahrungsergänzungsmittel gut angenommen. Die Laborparameter weisen einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen auf (p-Wert <0,05). Die anthropometrischen Daten haben sich in der Interventionsgruppe signifikant verbessert (p-Wert 0,001).

Die Probanden und Probandinnen der Interventionsgruppe wiesen weniger Infektionen und Krankenhausaufenthalte auf (p-Wert=0,05).

Drei Monate lang erhielt die Interventionsgruppe, in der Studie von Wouters- Weseling et al., 2002, zwei 250 ml Päckchen eines flüssigen Nahrungsergänzungsmittels zwischen den normalen Mahlzeiten. Die Kontrollgruppe erhielt ein Placebo ohne zusätzliche Nährstoffe. Es wurde kein signifikanter Unterschied der Nährstoffe zwischen den Gruppen im Labor ersichtlich. Ebenfalls gab es keinen gastrointestinalen Unterschied beider Gruppen. In beiden Gruppen litten jeweils zwei Personen während der Substitutionsphase an Durchfall. Ebenfalls gab es keinen Unterschied in den Aktivitäten des täglichen Lebens beider Gruppen. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe nahmen signifikant an Gewicht zu (p-Wert= 0,02).

3.3.2 Einfluss einer pflegerischen Intervention auf das Verhalten des dementiell Erkrankten

In der Studie von Ragneskog et al., 1996 wurden Probanden und Probandinnen während des Abendessens gefilmt. Die Intervention wurde auf fünf Phasen aufgeteilt, in jeder Phase wurde den Personen eine andere Musikrichtung mit einem Kassettenrekorder vorgespielt. In der ersten Phase haben die Forscher und Forscherinnen die Daten erhoben und sich mit ihrem Equipment vertraut gemacht. In den weiteren drei Phasen wurde den Teilnehmern und Teilnehmerinnen Musik während des Abendessens vorgespielt. Zwischen jeder Phase war eine Woche Musikpause. Die fünfte Phase hat als Kontrollphase gedient, in dieser Phase wurde keine Musik gespielt. Anhand der Videos wurde ausgewertet, inwiefern sich das Verhalten der Probanden und Probandinnen unter Musikeinfluss verändert hat. Unter Musikeinfluss waren vier der fünf Teilnehmer und Teilnehmerinnen während des Abendessens weniger agitiert als in der Kontrollphase. Zwei Personen waren signifikant weniger agitiert, während der beruhigenden Musik (p-Wert=0,05). Eine Dame hatte, während Popmusik im Hintergrund lief, konstant selbstständig gegessen im Gegensatz zur Kontrollphase. Ein Herr war weniger agitiert während des Abendessens, wenn beruhigende Musik im Hintergrund gelaufen ist und hat sich besser auf das Essen konzentrieren können.

Die anderen drei Teilnehmerinnen wurden positiv und negativ von der Musik beeinflusst. Die Studie zeigte, dass insbesondere beruhigende Musik sich positiv auf agitierte Personen auswirkt, da sie etwas zu Ruhe kommen können (p-Wert= 0,05).

Eine Interventionsgruppe erhielt ein 30- minütiges Gedächtnistraining, in der Studie von Kao et al., 2016, die andere Interventionsgruppe erhielt 30- minütiges Gedächtnistraining und Elemente aus der Montessoripädagogik. Die Kontrollgruppe erhielt kein zusätzliches Training. Jedoch durfte die Kontrollgruppe am normalen Tagesprogramm teilnehmen. Nach der sechswöchigen Interventionsphase wurden die Fähigkeiten der Probanden und Probandinnen überprüft. Die Fähigkeiten wurden erneut nach drei und sechs Monaten überprüft. Die Studie zeigt, dass sich das krankhafte Schlingverhalten der Probanden und Probandinnen der Interventionsgruppe mit dem Gedächtnistraining nach drei Monaten verbessert hatte (p-Wert von 0,021). Das Schlingverhalten der Probanden und Probandinnen der Interventionsgruppe, welche das Gedächtnistraining und die Montessorielementen erhalten haben, hat sich nach sechs Monate verbessert (p-Wert von 0,020). Der Unterschied des Essverhaltens hat sich jedoch nicht signifikant verbessert (p-Werte von 0,532 SR Gruppe und 0,971 SR+M Gruppe). Jedoch zeigt sich eine Verbesserung des Erinnerungsvermögens beider Interventionsgruppen (p-Wert= 0,044).

In der Studie von Coyne and Hoskins, 1997, erhielten die Interventions- sowie die Kontrollgruppe täglich drei Mahlzeiten. Die Interventionsgruppe wurde während der Nahrungsaufnahme aufgefordert zu essen und erhielt positive Bestärkung. Die Kontrollgruppe durfte ohne „Störungen“ wie gewohnt essen. Die Studie zeigt, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe bezüglich der abgeschlossenen Essenszyklen gibt (p-Wert=0,44). Die Interventionsgruppe nahm ihre flüssigen oder festen Mahlzeiten regelmäßiger zu sich (p-Wert=0,007). Jedoch ergab die LEI Skala keine besseren Werte für die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (p-Wert=0,19).

3.3.3 Wissen der Entscheidungsträger über Methoden zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme

In der Studie von Hanson et al., 2011, erhielt die Interventionsgruppe der Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen (in Österreich Erwachsenen-schutzvertreter und Erwachsenenschutzvertreterinnen) zur Auswahl der geeigneten Nahrungsunterstützungsmethode zusätzlich Entscheidungshilfen und Informationsmaterial über Demenz und nahrungsunterstützenden Formen. Nach einem und nach drei Monaten wurden Interviews mit den Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen der Interventions- und Kontrollgruppe über ihre Befindlichkeit und ihr Wissen geführt.

Nach sechs und nach neun Monaten wurden Gewichtsanalysen bei den zu betreuenden dementen Bewohnerinnen und Bewohnern durchgeführt und die Sterblichkeitsrate wurde erhoben. Nach drei Monaten zeigte sich bei der Interventionsgruppe ein geringerer Wert auf der Desicional Conflict Scale, ebenfalls hat sich der Gewissenskonflikt minimiert und der Wissensstand der Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen erhöht. Die dementiell erkrankten Personen der Interventionsgruppe profitierten von den verschiedenen Techniken der oralen Eingabe. Es gab keine signifikanten Gewichtsunterschiede zwischen den beiden Gruppen innerhalb der neun Monate (p-Werte= 0,69).

3.3.4 Effekt von körperlichem Training auf die Nahrungsaufnahme

In der Studie von Maltais et al., 2018 erhielt die Interventionsgruppe der körperlich aktiven Probanden und Probandinnen 24 Wochen täglich ein 60-minütiges Training. Die sozial aktive Interventionsgruppe nahm in dieser Zeit an verschiedenen Gruppenaktivitäten teil, welche keine körperliche Aktivität erforderten. Der Ernährungszustand der sozial aktiven Gruppe hat sich im Vergleich zum Ernährungszustand der körperlich aktiven Gruppe signifikant verbessert (p-Wert=0,046). Jedoch gab es, innerhalb von sechs Monaten, keine signifikanten Unterschiede des BMI Wertes (p-Wert von 0,898) oder des Gewichts (p-Wert von 0,928) beider Gruppen.

3.3.4.1 Sekundäre Outcomes

In der Studie von Ragneskog et al., 1996, wurde sichtbar, dass die beruhigende Musik im Hintergrund während der Nahrungsaufnahme nicht nur einen positiven Effekt auf die Bewohner und Bewohnerinnen des Pflegeheimes hatte, sondern auch auf das Pflegepersonal. Es war zu beobachten, dass die gute Laune des Pflegepersonals, aufgrund der Musik, sich positiv auf die zwischenmenschliche Beziehung zwischen Pflegepersonal und Bewohner/ Bewohnerin auswirkte. Jedoch war zu beobachten, dass das Pflegepersonal häufig abgelenkt durch die Musik wirkte und nicht die gesamte Aufmerksamkeit auf den Bewohner oder die Bewohnerin gerichtet war, was zu Irritationen geführt hat.

Es zeigte sich eine geringe Verbesserung der Belastung der Pflegepersonen, in der Studie von Kao et al., 2016, während der Durchführung der Interventionen, da sich die Pflegepersonen durch das verbesserte Schlingverhalten weniger gestresst fühlten.

Die Studie von Hanson et al., 2011 zeigte, dass ein höherer Zeitaufwand für das Pflegepersonal durch das Eingeben des Essens entsteht, als durch die Verabreichung von Nahrung über eine Ernährungssonde.

4 Diskussion

Das Ziel dieser Literaturarbeit war es, pflegerische Maßnahmen zur Förderung der Nahrungsaufnahme von dementen Personen in der Akut- und Langzeitpflege darzustellen und herauszufinden, wie sich die Anwendung dieser auf die Nahrungsaufnahme der dementiell Erkrankten auswirkt. Dieses Wissen kann dafür verwendet werden, in der Pflegepraxis bewiesene adäquate Methoden zur Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme anzuwenden und diese möglicherweise auch im Eigenheim einzusetzen.

Die eingeschlossenen 8 Studien geben einen Blick auf die verschiedenen Maßnahmen zur Förderung der Nahrungsaufnahme von dementiell erkrankten Personen in Pflegeheimen. Daher ist die Forschungsfrage „Welche Maßnahmen kann das Pflegepersonal tätigen, um eine ausreichende Nahrungsaufnahme der dementiell

erkrankten Personen in Akut- und Langzeitpflege zu gewährleisten?“ teilweise beantwortet. Teilweise aufgrund des Mangels an Studien in der Akutversorgung.

Alle Studien, welche anhand der Suchstrategie gefunden wurden, handeln über die Situation in verschiedenen Pflegeheimen. Die Studien von Young et al, 2005, Gil Gregorio et al., 2003 und Wouters- Wesseling et al., 2002, untersuchten die Wirkung von Nahrungsergänzungsmitteln auf die dementiell erkrankte Person und zeigen, dass diese Möglichkeit gute Resultate liefert. Zwei der drei Studie zeigten positive Unterschiede im Blutbild und bezüglich der Nährstoffaufnahme (Young et al., 2005, Gil Gregorio et al., 2003). Ebenfalls verbesserte sich das Gewicht der Probanden und Probandinnen durch zusätzliche Nahrungsergänzungsmittel in zwei von drei Studien (Gil Gregorio et al., 2003, Wouters-Wesseling et al., 2002). Der Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln wäre in der Akutpflege ebenfalls möglich, da diese Produkte zusätzlich zu den Mahlzeiten verabreicht werden können. Die Verabreichung dieser Produkte benötigt kein besonderes Setting und Nahrungsergänzungsmittel werden von den verschiedenen Herstellern in unterschiedlichen Konsistenzen und Geschmacksrichtungen angeboten.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist, dass es verschiedene pflegerische Maßnahmen gibt, welche einen positiven Einfluss auf das Verhalten der dementiell erkrankten Personen haben. Diese bieten sich sehr gut in der Langzeitpflege an, da hier das Setting für solche Aktivitäten optimal ist. Beruhigende Musik zum Beispiel hat einen positiven Einfluss auf das Verhalten agitierter Personen (Ragneskog et al., 1996). Diese Intervention ist eher unüblich, da man während der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegeperson gelehrt bekommt, alle Störfaktoren während der Nahrungsaufnahme auszuschalten, damit sich die Personen besser auf das Essen konzentrieren können und nicht abgelenkt werden.

Wie die Studie von Ragneskog et al., 1996 zeigt, eignet sich die Hintergrundmusik nicht für jeden Menschen gleich gut. Jedoch zeigt sich bei manchen Personen ein durchaus positiver Effekt. Hierzu ist möglicherweise gute Biographiearbeit wichtig, um herauszufinden, ob die Person beispielsweise früher schon während des Essens Musik gehört hat und die Melodie im Hintergrund aus Gewohnheitsgründen benötigt. In der Langzeitpflege kann man ebenfalls gut Gedächtnistrainings mit oder ohne Montessorielementen durchführen, um das Essverhalten der dementiell

Erkrankten zu beeinflussen. Das Gedächtnistraining reduziert das Schlingverhalten der Personen und hat nebenbei einen positiven Einfluss auf die kognitiven Fähigkeiten der Bewohner und Bewohnerinnen. Durch das Reduzieren des Schlingverhaltens verschlucken sich die Personen weniger, was zur Reduktion von Erkrankungen führt (Kao et al., 2016). Ebenfalls kann die langsamere Nahrungsaufnahme einen positiven Einfluss auf die Nährstoffaufnahme haben, da es so seltener zum Erbrechen der Nahrung kommt. Eine Variante, welche auch in der Akutpflege Anklang finden könnte, wäre die der positiven Bestärkung und Aufforderung zum Essen. Die Personen nehmen sowohl flüssige als auch feste Nahrung unter diesen Bedingungen regelmäßiger zu sich (Coyne and Hoskins, 1997). Aufgrund des Zeit- und Setting Faktors ist die variantenreiche Unterstützung zur Nahrungsaufnahme in der Akutpflege erschwert möglich, jedoch wäre es einfach umsetzbar dementiell Erkrankte während der Nahrungsaufnahme zu bestärken oder zum Essen aufzufordern, bevor man das Essen eingibt. So kann man die Ressourcen der Patienten und Patientinnen fördern und die Lebensqualität steigern.

Der Faktor Lebensqualität war auch in der Studie von Hanson et al., 2011 ein großes Thema. Bei heranschreitender dementieller Erkrankung können die dementen Personen nicht mehr alle Entscheidungen selbstständig treffen und dann müssen diese von den Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen getroffen werden. Die Nahrungszufuhr wird ebenfalls erschwert, umso stärker die Erkrankung wird. Daher muss eine Entscheidung getroffen werden, wie die betroffene Person weiterhin ernährt werden sollte. Das Eingeben von Essen über den Mund, sowie die Ernährungssonde haben beide Vor- und Nachteile (Hanson et al., 2011).

Die Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen müssen hier eine lebenswichtige Entscheidung treffen, welche laut der Studie von Hanson et al., 2011, zu weniger Gewissensbissen führt, wenn diese genügend Informationen über die Erkrankung und die verschiedenen Möglichkeiten zur Nahrungszufuhr erhalten. Die Informationsgabe ist ebenfalls ein wichtiger Faktor im Setting der Akutpflege, da die Aufklärung bezüglich der Ernährungssonde hier stattfindet. Darüber hinaus können im Krankenhaus situationsbedingt die Vor- und Nachteile der nahrungszuführenden Maßnahmen situationsgerecht individuell auf den Patienten, die Patientin abgewogen werden.

Zudem gibt es zahlreiche weitere Methoden, welche die Nahrungsaufnahme von Bewohnern und Bewohnerinnen im Langzeitsetting fördern können, wie die Studien von Törma et al., 2017 oder Nijs et al., 2006 zeigen. Die Art wie das Essen angerichtet wird, kann einen Effekt auf die Nahrungsaufnahme haben. Einerseits kann die Art wie die Speise serviert wird eine Auswirkung haben, andererseits kann auch die Gestaltung des Tisches einen Effekt auf das Essverhalten der Personen zeigen (Nijs et al., 2006, Törmä et al., 2018). Das Dazusetzen des Personals während des Essens kann ein familiäres Gefühl vermitteln, welches ebenfalls die Nahrungsaufnahme anregen kann (Nijs et al., 2006). Beide Studien beziehen sich nicht direkt auf demente Personen, jedoch wären diese Beispiele möglicherweise auch umsetzbar in Bezug auf dementiell Erkrankte.

Während der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegeperson lernt man noch viele andere Möglichkeiten zur Förderung der Nahrungsaufnahme, wozu keine Studien gefunden wurden. Während der Ausbildung wird das Thema Biographiearbeit als wichtige Pflegemaßnahme gelehrt. Bei der Biographiearbeit erhebt man so viele Informationen wie möglich aus dem Leben der Person. Das ist besonders wichtig bei dementiell erkrankten Personen, da diese je nach Demenzform möglicherweise „in der Vergangenheit leben“ und die Gegenwart nicht wahrnehmen. Anhand der Biographiearbeit kann man sehen, was die Person gerne gegessen hat, wann sie gegessen hat oder welche Werte der Person wichtig waren.

Des Öfteren hört man, dass die Bewohner und Bewohnerinnen im Pflegeheim körperlich unterfordert wären und daher weniger Essen zu sich nehmen würden. Maltais et al., 2018, widerlegen mit ihrer Studie, dass dementiell Erkrankte mehr Nahrung zu sich nehmen, wenn sie täglich zusätzlich körperlich aktivem Training beiwohnen. In dieser Studie war der Ernährungsstatus der sozial aktiven Gruppe besser im Vergleich zur körperlich aktiven Gruppe (Maltais et al., 2018). Daher ist die körperliche Auslastung der dementen Person möglicherweise kein Faktor, weswegen die Nahrungsaufnahme reduziert ist.

4.1 Empfehlungen für die Pflegeforschung

Aus dem aktuellen Stand der Forschung geht hervor, dass bislang keine Studien zum Thema der Förderungsmaßnahmen zur Nahrungsaufnahme im Krankenhaus

und deren Wirksamkeit durchgeführt wurden. Ebenfalls wurden keine Studien zu häufig in der Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson gelehrt Methoden, wie das Anbieten von Fingerfood, Snackfood oder den Nutzen von Biographiearbeit sowie dem „ROT“ durchgeführt. Am häufigsten wurde in den Studien der BMI erhoben, um ein Anzeichen von Mangelernährung zu erkennen, in zwei Studien wurde ein MNA durchgeführt, jedoch wäre es eine gute Möglichkeit, beispielsweise ein Nutritional Risk Screening oder das MUST zu verwenden, um einen klaren Aufschluss für das Vorliegen einer unzureichenden Ernährungssituation zu erhalten.

4.2 Empfehlungen für die Pflegepraxis

Es gibt verschiedenste Interventionen, welche angewendet werden können, um die Nahrungsaufnahme dementiell erkrankter Patienten, je nach Schweregrad der Demenz, zu steigern. Daher wäre es für die Pflegepraxis wichtig, sich auch an mehrere Variationen, die individuell auf die zu betreuende Person zugeschnitten sind, heranzutrauen. Oftmals kann, wie in den Studien ersichtlich, eine solche Intervention nach erprobter Zeit den Stresslevel der Pflegeperson sowie die aufzubringende Zeit reduzieren. Ebenfalls geht hervor, dass die Informationsweitergabe, welche mitunter auch im Kompetenzbereich einer diplomierten Gesundheits- und Pflegeperson liegt, einen wichtigen Faktor in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Angehörigen darstellt.

4.3 Stärken und Limitationen

Als Stärke dieses Literaturreviews kann gesehen werden, dass keine zeitliche sowie sprachliche Beschränkung bei der Literaturrecherche getätigt wurde. Durch die zusätzliche Suche mit Meshterms und Synonymen, hat sich eine umfassende Recherche ergeben. Ebenfalls wurde eine kritische Bewertung mit einem Bewertungsbogen durchgeführt, welcher für die Beurteilung aller Designs herangezogen werden kann. Für dieses Literaturreview wurden Randomized-Controlled Trials und Controlled Clinical Trials, welche nachgewiesen unter die besten Studiendesigns fallen, um für eine Fragestellung bezüglich der Effektivität einer Intervention eine aussagekräftige Aussage zu erhalten, verwendet. Ein weiterer positiver Aspekt dieser Arbeit ist die strukturierte Gliederung der Methode, sowie die genaue Beschreibung der Datenerhebung und Datenanalyse.

Eine Limitation dieser Arbeit ist, dass es kein systematisches Review ist. Es erfolgte die Selektion der Studien durch die Autorin selbst und nicht wie üblich von zwei Personen. Ebenso wurde die Suche nur auf zwei Datenbanken (PubMed und CINAHL) beschränkt, es wurde eine Handsuche (Google Scholar) getätigt, jedoch lieferte diese keine zusätzlichen relevanten Ergebnisse.

5 Schlussfolgerung

In dieser Arbeit wurden verschiedene Maßnahmen zur Förderung der Nahrungsaufnahme von dementiell erkrankten Personen untersucht. Es wurden 8 Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage ausgewählt. Einige Studien belegten einen positiven Effekt von Nahrungsergänzungsmitteln und Nährstoffanreicherung der Mahlzeiten auf die Nährstoffversorgung der dementiell erkrankten Person. Aus den Ergebnissen einiger Studien geht hervor, dass ein positiver Zusammenhang verschiedener pflegerischer Interventionen und dem Verhalten während der Nahrungsaufnahme von dementen Personen vorliegt. Ebenfalls wurde anhand der Studien ersichtlich, dass zusätzliche soziale Aktivitäten sich positiv auf den Ernährungszustand der dementiell Erkrankten auswirken. Außerdem geht hervor, dass eine adäquate Informationsgabe an die Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen eine Auswirkung auf deren Wohlbefinden, sowie das Wohlbefinden der dementen Personen haben kann, da durch die getätigte Entscheidung die Lebensqualität der zu betreuenden Personen beeinflusst wird.

Fast man die Ergebnisse zusammen, kann man daraus schließen, dass eine individuell auf die Person zugeschnittene Methode zur Nahrungsförderung eine signifikant positive Wirkung auf die Nährstoffversorgung und das Gewicht des dementiell Erkrankten, der dementiell Erkrankten haben kann. Jedoch gibt es noch keine Literatur, welche diesbezüglich Möglichkeiten für das Akutsetting aufzeigen würde.

6 Literaturverzeichnis

- ALTUS, D., ENGELMANN, K. & MATHEWS, M. 2002. Using Family- Style Meals to Increase Participation and Communication in Person with Dementia *Journal of Gerontological Nursing* vol. 9, pp. 47-53.
- ALZHEIMER'S SOCIETY. 2016. *Eating and drinking* [Online]. Alzheimer's Society United Kingdom Against Dementia. Available: https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/pdf/factsheet_eating_and_drinking.pdf [Accessed 01.01.2020].
- ALZHEIMER AUSTRIA. 2019. *Der Verlauf der Alzheimer-Erkrankung* [Online]. Alzheimer Austria Unterstützung für Angehörige und Betroffene Available: <https://www.alzheimer-selbsthilfe.at/was-ist-demenz/der-verlauf-der-alzheimer-erkrankung/> [Accessed 3.12.2019 2019].
- AMELLA, E. 2007. Eating and Feeding Issues in Older Adults with Dementia: Part II: Interventions,.
- ARTS, N. J. M., WALVOORT, S. J. W. & KESSELS, R. P. C. 2017. Korsakoff's syndrome: a critical review. *Neuropsychiatric Disease Treatment* vol.13, 2875–2890.
- BATHGATE, D., SNOWDEN, J. S., VARMA, A., BLACKSHAW, A. & NEARY, D. 2003. Behaviour in frontotemporal dementia, Alzheimer's disease and vascular dementia. *Acta Neurologica Scandinavica* vol 103, pp. 367-378.
- BAUSCH, K., GOERG, K., HOFFMANN, C., HOLTORF, R. & SCHNUR, E. 2012. *Essen und Trinken bei Demenz* [Online]. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung Available: [https://www.fitimalter-dge.de/fileadmin/user_upload/medien/Essen und Trinken bei Demenz.pdf](https://www.fitimalter-dge.de/fileadmin/user_upload/medien/Essen_und_Trinken_bei_Demenz.pdf) [Accessed 05.12.2019 2019].
- BIENSTEIN, C. & FRÖHLICH, A. 2010. *Basale Stimulation in der Pflege*, Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. .
- BÖLICHE, C., MÖSLE, R., ROMERO, B., SAUERBREY, G., SCHLICHTING, R., WERITZ- HANF, P. & ZIESCHANG, T. 2007 *Ressourcen erhalten*, Bern Verlag Hans Huber
- BUNDESMINISTERIUM FÜR DIGITALISIERUNG UND WIRTSCHAFTSSTANDORT. 2019. *Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG)* [Online]. Available: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> [Accessed 4.12. 2019].
- BUNN, D. K., ABDELHAMID, A., COPLEY, M., V., C., DICKINSON, A., HOWE, A., KILLETT, A., POLAND, F., POTTER, J. F., RICHARDSON, K., SMITHARD, D., FOX, C. & HOOPER, L. 2016. Effectiveness of interventions to indirectly support food and drink intake in people with dementia: Eating and Drinking well in dementia (EDWINA) systematic review. *BMC Geriatrics* vol. 89.

- COYNE, M. L. & HOSKINS, L. 1997. Improving eating behaviors in dementia using behavioral strategies. *Clin Nurs Res*, 6, 275-90.
- CUNNINGHAM, E., MC GUINNESS, B., HERRON, B. & PASSMORE, A. 2015. Dementia. *Ulster Med J*, vol. 84, pp.79-87.
- DÄUBLE, W. 2015. *Die Demenz ist auf dem Vormarsch* [Online]. Der Standard Available: <https://www.derstandard.at/story/2000012753851/die-demenz-ist-auf-dem-vormarsch> [Accessed 04.12. 2019].
- DEUTSCHE ALZHEIMER GESELLSCHAFT. 2019. *Die Krankheit* [Online]. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz Available: <https://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit.html> [Accessed 03.12.2019 2019].
- ERKINJUNTTI, T., ROMÁN, G., GAUTHIER, S., FELDMAN, H. & ROCKWOOD, K. 2004. Emerging Therapies for Vascular Dementia and Vascular Cognitive Impairment. *Stroke*, vol. 35, 1010-1017.
- GIL GREGORIO, P., RAMIREZ DIAZ, S. P. & RIBERA CASADO, J. M. 2003. Dementia and Nutrition. Intervention study in institutionalized patients with Alzheimer disease. *J Nutr Health Aging*, 7, 304-8.
- GILLICK, M. R. & MITCHELL, S. L. 2002. Facing Eating Difficulties in End-Stage Dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, vol.3, pp.227-232.
- HANSON, L. C., CAREY, T. S., CAPRIO, A. J., LEE, T. J., ERSEK, M., GARRETT, J., JACKMAN, A., GILLIAM, R., WESSELL, K. & MITCHELL, S. L. 2011. Improving decision-making for feeding options in advanced dementia: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*, 59, 2009-16.
- HÖFLER, S., BENGOUGH, T., WINKLER, P. & GRIEBLER, R. 2015. *Österreichischer Demenzbericht 2014* [Online]. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. Available: <https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/6/4/5/CH4156/CMS1436868155908/demenzbericht2014.pdf> [Accessed 05.12.2019 2019].
- HONG, Q. N., PLUYE, P., FÀBREGUES, S., BARTLETT, G., BOARDMAN, F., CARGO, M., DAGENAIS, P., GAGNON, M. P., GRIFFITHS, F., NICOLAU, B., O'CATHAIN, A., ROUSSEAU, M. C. & VEDEL, I. 2018. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for Information*, vol. 34, pp. 285-291.
- JOHNSEN, C., EAST, J. M. & GLASSMAN, P. 2000. Management of Malnutrition in the Elderly and the appropriate use of commercially manufactured oral nutritional supplements *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, vol.4, pp. 42-46.
- KAO, C. C., LIN, L. C., WU, S. C., LIN, K. N. & LIU, C. K. 2016. Effectiveness of different memory training programs on improving hyperphagic behaviors of residents with dementia: a longitudinal single-blind study. *Clin Interv Aging*, 11, 707-20.
- LÄMMLER, G. & THIESSEN, E. 2007. Demenz. vol. 40 pp. 69-70.
- LANE, C. A., HARDY, J. & SCHOTT, J. M. 2017. Alzheimer's disease *European Journal of Neurology*, vol. 25, pp.59-70.

- MALTAIS, M., ROLLAND, Y., HAY, 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. *J Nutr Health Aging*, 22, 824-828.
- MEIJERS, J. M. M., SCHOLS, J. M. G. A. & HALFENS, R. J. G. 2014. Malnutrition in care home residents with dementia *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, vol. 18 595-600.
- NAKAZAWA, H., SEKIZAWA, K., UJIIE, Y., SASAKI, H. & TAKISHIMA, T. 1993. Risk of Aspiration Pneumonia in the Elderly. *Chest Journal* vol.103, pp. 1636-1637.
- NIJS, K. A., DE GRAAF, C., KOK, F. J. & VAN STAVEREN, W. A. 2006. Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. *Bmj*, 332, 1180-4.
- NUTALL, F. Q. 2015. Body Mass Index
Obesity, BMI, and Health
A Critical Review. *Nutrition Research*, vol.50 pp. 117-128.
- OUTEIRO, T. F., KOSS, D. J., ERSKINE, D., WALKER, L., KURZAWA-AKANBI, M., BURN, D., DONAGHY, P., MORRIS, C., TAYLOR, J.-P., THOMAS, A., ATTEMS, J. & MCKEITH, I. 2019. Dementia with Lewy bodies: an update and outlook. *Molecular Neurodegeneration* vol. 14.
- PATEL, V. & HOPE, T. 1993. Aggressive behaviour in elderly people with dementia: A review. *International Journal of Geriatric Psychiatry* vol.8 pp.457-472.
- POLIT, D. F. & BECK, C. T. 2017. *Nursing Research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, Philadelphia, Wolter Kluwer
- RAGNESKOG, H., KIHLGREN, M., KARLSSON, I. & NORBERG, A. 1996. Dinner music for demented patients: analysis of video-recorded observations. *Clin Nurs Res*, 5, 262-77; discussion 278-82.
- RÖSLI, A., IMBERDORF, R., RÜHLIN, M. & TANDJUNG, R. 2013. Mangelernährung vol.11, pp. 627-638.
- SCHÄFFLER, A. 2018. *Demenz* [Online]. Pschyrembel Online. Available: <https://www.pschyrembel.de/Demenz/K05MH> [Accessed 03.12.2019 2019].
- SCHWEIGER, P. 2011. *Wir haben zwar Geduld aber keine Zeit. Eine Ethnografie subjektiver Arbeitsstile in der ökonomischen Altenpflege*, Herbert Utz Verlag.
- SNOWDEN, J. S., NEARY, D. & MANN, D. M. A. 2002. Frontotemporal dementia *British Journal of Psychiatry* vol. 180, 140-143.
- SNYDER, E. A., CAPRIO, A. J., WESSELL, K., LIN, F. C. & HANSON, L. C. 2013. Impact of a decision aid on surrogate decision-makers' perceptions of feeding options for patients with dementia. *J Am Med Dir Assoc*, 14, 114-8.
- STANGA, Z., LEUENBERGER, M., GERBER, A. & IMBERDORF, R. 2009. Mangelernährung: Welches ist das geeignete Screeninginstrument?

Malnutrition: Which Screening-Tool is Appropriate? *Aktuelle Ernährungsmedizin* vol. 34, pp. 74-82.

- SÜTTERLIN, S., HOßMANN, I. & KLINGHOLZ, R. 2011. *Demenz- Report Wie sich die Regionen in Deutschland , Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können* [Online]. Berlin- Institut für Bevölkerung und Entwicklung Available: https://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Demenz/Demenz_online.pdf [Accessed 02.12.2019 2019].
- TANNEN, A. 2018. *Mangelernährung und Dekubitus in Einrichtungen der stationären Gesundheitsversorgung* [Online]. Dissertationen Charité: Charité - Universitätsmedizin Berlin. Available: <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/3561> [Accessed 11.02.2020].
- TAULBEE, L. & FOLSOM, J. 1966. *Reality orientation for geriatric patients.* , Hospital and Community Psychiatry.
- TÖRMÄ, J., WINBLAD, U., SALETTI, A. & CEDERHOLM, T. 2018. The effects of nutritional guideline implementation on nursing home staff performance: a controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32, 622-633.
- VALENTINI, L., VOLKERT, D., SCHÜTZ, T., OCKENGA, J., PIRLICH, M., DRUML, W., SCHINDLER, K., BALLMER, P. E., BISCHOFF, S. C., WEIMANN, A. & LOCHS, H. 2013. *Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin*, Berlin, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York.
- VELLAS, B., GUIGOZ, Y., GARRY, P. J., NOURHASHEMI, F., BENNAHUM, D., LAUQUE, S. & ALBAREDE, J.-L. 1999. The mini nutritional assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Applied Nutritional Investigations*, vol. 2, pp.116-122.
- WEGWEISER-DEMENTZ. 2019. *Alltag mit Demenz* [Online]. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Available: <https://www.wegweiser-demenz.de/informationen/alltag-mit-demenzkrankung.html> [Accessed 03.12.2019 2019].
- WOUTERS-WESSELING, W., WOUTERS, A. E. J., KLEIJER, C. N., BINDELS, J. G., DE GROOT, C. P. G. M. & VAN STAVEREN, W. A. 2002. Study of the effect of a liquid nutrition supplement on the nutritional status of psycho-geriatric nursing home patients. *European Journal of Clinical Nutrition*, 56, 245-251.
- YOUNG, A. M., KIDSTON, S., BANKS, M. D., MUDGE, A. M. & ISENRING, E. A. 2013. Book cover Malnutrition screening tools: Comparison against two validated nutrition assessment methods in older medical inpatients
- Malnutrition screening tools: Comparison against two validated nutrition assessment methods in older medical inpatients *Nutrition* vol.29, pp. 101-106.
- YOUNG, K. W., GREENWOOD, C. E., VAN REEKUM, R. & BINNS, M. A. 2005. A randomized, crossover trial of high-carbohydrate foods in nursing home residents with Alzheimer's disease: associations among intervention response, body mass index, and behavioral and cognitive function. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 60, 1039-45.

ZIEGLER, U. & DOBLHAMMER, G. 2002. Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. *Das Gesundheitswesen*, vol. 71, pp. 281-290.