

# Dysphagie und Ernährungsstörung bei Demenz

## Herausforderung für Betroffene und Umfeld

Nicole Bruggisser

Die Veränderungen des Ess- und Trinkverhaltens im Verlauf einer Demenz, die auch schwere Schluckstörungen umfassen können, stellen eine besondere Herausforderung für die Betroffenen und ihr Umfeld dar und erfordern eine behutsame Betreuung mit manchmal schwierigen Entscheidungen. Im Folgenden ein Überblick über therapeutische Interventionen auf Basis der aktuellen Studienlage. Die Evidenz spricht gegen den Einsatz von PEG-Sonden und die nicht hinterfragte Anwendung von Konsistenzanpassungen.



Foto: NB

Nicole Bruggisser

Am Kantonsspital Baden werden in der Logopädie sowohl stationär als auch ambulant Patienten mit Demenz behandelt. Schluckabklärungen, therapeutische Massnahmen sowie die Beratung von Pflege, Ärzten und Angehörigen spielen eine wichtige Rolle.

### Demenz und Ernährungsstörung

Schluckstörungen und Ernährungsstörungen treten im Rahmen einer Demenz bei 80 bis 93 Prozent der Patienten auf (1, 2). In diesem Artikel werden die in diesem Zusammenhang typischen Probleme aufgezeigt, ohne auf spezifische Unterschiede zwischen den verschiedenen Demenzformen (Alzheimer-Demenz, Lewy-Body-Demenz, frontotemporale Demenzen, Parkinson-Demenzen, vaskuläre Demenz und sekundäre Demenzen) einzugehen.

Durch Malnutrition und Dehydratation bedingte Spitaleintritte kommen bei Demenzkranken 10-mal häufiger vor als bei Gleichaltrigen (3). Pneumonie ist der Grund für 55 Prozent der Spitaleintritte bei Demenz (4). Sowohl die Effizienz als auch die Sicherheit des Schluckens sind Faktoren für erschwertes Essen und Trinken (2). Viele Patienten sind abhängig vom Eingeben, lehnen das Essen zeitweise ab und zeigen Aspirationen und Erstickungsanfälle (3). Neben einer Verminderung der Lebensqualität kann eine demenzbedingte Dysphagie auch zu Kachexie und zum Tod führen (5).

### Faktoren für eine Dysphagie und Ernährungsstörung bei Demenz

Die Gründe für eine Ernährungsstörung bei Demenz sind vielfältig. Neben typischen Altersphänomenen wie Inappetenz, einem verminderten Durstgefühl und Muskelabbau (Sarkopenie) sind Abhängigkeit und eine eingeschränkte Wahrnehmung zum Beispiel von Geruch oder Geschmack (4, 6) weitere Probleme.

Speisen werden teilweise als fremd wahrgenommen oder lösen Angst vor Vergiftung aus, fehlendes Zeitgefühl und Gedächtnisprobleme können zur ständigen Annahme führen, eben erst gegessen zu haben. Medikamente mit der Nebenwirkung Mundtrockenheit und damit eine lange Kauphase mit schnell eintretendem Sättigungsgefühl sind weitere Faktoren. Die Fähigkeit, den Essensvorgang zu planen und zu initiieren, die Aufmerksamkeit zu halten und Hilfsmittel wie Besteck korrekt zu erkennen, sind eingeschränkt. Hinzu kommen Verhaltensprobleme wie hastiges Essen mit ungeschluckten Residuen im Mund oder Ausspucken (6, 7). Auch Depressionen oder Immobilität können eine Inappetenz zur Folge haben. Ablenkbarkeit und Bewegungsdrang erhöhen den Energiebedarf, aber erschweren es, sich zum Essen Zeit zu nehmen. Ein erhöhtes Sturz- und Frakturrisiko bei Muskelabbau können die Folgen sein. Ein reduziertes Durstgefühl und Angst vor Inkontinenz verhindern oft ausreichendes Trinken (8). Die so entstehende Mangelernährung und Dehydratation sind typische Probleme, die wiederum die Symptome der Demenz und die Selbstsorgeproblematik verstärken können.

Eine eigentliche Schluckstörung mit Kauproblemen und Sensibilitätseinschränkungen und damit eine erhöhte Aspirationsgefahr treten im Verlauf gehäuft auf (1, 9). Stille Aspirationen (ohne sichtbare Zeichen wie Husten) sind eine besondere Gefahr. Speziell erschwerend sind Probleme mit der Mundhygiene und dem Zahnstatus, damit geht eine erhöhte Gefahr für Aspiration von kontaminiertem oralem Sekret einher (3, 4). *Abbildung 1* zeigt Faktoren für eine Schluck- und Ernährungsstörung bei Demenz.

### Abklärung Dysphagie

Eine differenzierte logopädische Schluckabklärung umfasst Anamnese, Aufmerksamkeitstestung, orofa-

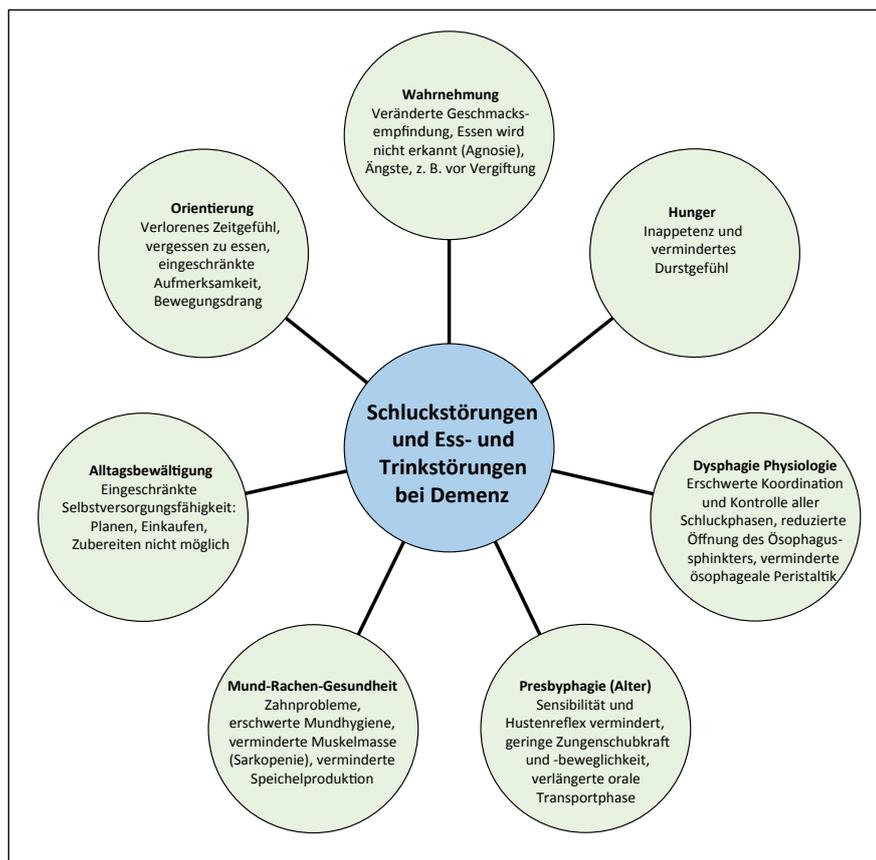


Abb. 1: Faktoren für Schluck- und Ernährungsstörungen bei Demenz

ziales Screening mit Testung der Hirnnervenfunktionen (V Trigemini, VII Facialis, IX Glossopharyngeus, X Vagus, XII Hypoglossus), Evaluation des Speichelmanagements, der Schutzreflexe Husten und Räuspern und der Stimme, schliesslich eine Schluckuntersuchung mit verschiedenen Konsistenzen (10).

**PEG bei Demenz kontraindiziert**

Die Frage nach dem Sinn einer Sondenernährung wird bei einem Ernährungsnotstand oft gestellt. Eine PEG-Sonde (PEG = Perkutane endoskopische Gastrostomie) kann bei einigen Krankheitsbildern ein Hilfsmittel zur überbrückenden Bedarfsdeckung sein – bei Menschen mit Demenz ist aufgrund der aktuellen Forschungslage aber dezidiert davon abzuraten. Entgegen der guten Absicht ist eine signifikante Lebensverkürzung die Folge (8, 9, 14–18): Komplikationen wie Perforationen, Dislokation, Blutungen, Infektionen, Undichtigkeiten, Dekubiti und Reflux sind häufig (13), der Ernährungszustand verbessert sich nicht, und speziell ist eine Zunahme von Aspirationspneumonien (deren Auftreten man verhindern wollte) zu verzeichnen. Die Massnahme «nichts per os» führt zu einer bakteriellen Kolonisation der Mundflora, was eine der erwiesenen Ursachen von Pneumonien ist (14, 19, 20). Auf der sozialen Ebene führt eine PEG oft zu Agitiertheit, nötigem Fixieren, weniger Stimulation und Kontakt zu Pflegepersonen durch die fehlende Zuwendung beim Essen.

Der Patientenwille, der für die ethische Entscheidungsfindung wichtig ist, kann oft nicht eindeutig ermittelt werden, speziell wenn keine Patientenverfügung vorliegt. Für die stellvertretenden Angehörigen ist es entscheidend zu wissen, dass die Empfehlung gegen eine PEG nicht heisst, den Patienten nun «verhungern zu lassen» oder ihn nicht mehr gut zu betreuen. Alternativen müssen aufgezeigt und eine sorgfältige Beratung über die zu erwartende Entwicklung des Schluckens bei Demenz angeboten werden (9, 14–16).

Auch das Schlucken von Medikamenten wird evaluiert. Nicht mit Sicherheit ausschliessen lässt sich in der klinischen Untersuchung eine stille Aspiration. Entsprechend ist in Zweifelsfällen eine instrumentelle Dysphagieabklärung angezeigt: eine Videofluoroskopie (Röntgenschluckuntersuchung) oder eine endoskopische Schluckuntersuchung (FEES). Therapeutische Massnahmen werden aus der Gesamteinschätzung abgeleitet.

**Geeignete und ungeeignete therapeutische Interventionen**

Der Umgang mit einer Dysphagie bei Patienten mit degenerativen Erkrankungen wie Demenz erfordert nicht nur Einfühlungsvermögen und das Bewusstsein, dass eine vollständige Wiederherstellung des ungestörten Schluckvorgangs nicht möglich ist. Ebenso wichtig ist es, sich bei einschneidenden Entscheidungen der aktuellen, bereits umfangreichen Evidenz zu geeigneten und ungeeigneten Massnahmen bewusst zu sein. Die *Tabelle* fasst die Evidenzlage zu Massnahmen bei demenzbedingten Schluck- und Ernährungsstörungen zusammen.

**Kostanpassungen nur bedingt gerechtfertigt**

Eine weitverbreitete Massnahme bei Dysphagie ist eine Anpassung der Konsistenzen, sei es zum Beispiel das Pürieren von Kost oder das Eindicken von Getränken für eine langsamere Fließgeschwindigkeit. Auch wenn das vordergründig als Sicherheitsmassnahme einleuchten mag, gibt es dafür keine ausreichende Evidenz. Im Gegenteil, die Studienlage zeigt, dass die Nachteile gravierend sind. Zusätzlich zur eingeschränkten Lebensqualität durch veränderte Nahrungsmittel und damit verbunden weniger Zufuhr bestehen auch physiologisch negative Folgen (11). Das Eindicken verhindert in Videofluoroskopien zwar teilweise Aspirationen, begünstigt aber sekundäre und stille Aspirationen durch vermehrte Residuenbildung und führt langfristig sogar zu mehr Pneumonien (5). Weitere Folgen sind Dehydratation, ein schlechterer Ernährungszustand und erhöhte Mortalität (12). Die vermehrte Kauarbeit bei normal fester Kost und flüssigen Getränken scheint zu besserem Speichelmanagement, weniger Infekten und weniger Hospitalisationen zu führen (4, 13). Nur bei ausgeprägter Bolusaspersionsgefahr bei stark verminderter oraler Verarbeitung können – nach einer sorgfältigen Abklärung aller Alternativen – allenfalls pürierte Nahrungsmittel infrage kommen (4, 13). Oft behalten aber Menschen mit Demenz pürierte Speisen lange im Mund und aspirieren still, da kein klarer sensorischer Input zur Verarbeitung hilft (9). Beim Trinken sind Flüssigkeiten vorzuziehen, solange ein ausreichender Hustenstoss vorhanden ist. Hier ist es wichtig, mit Aufklärung und Schulung die Gewohnheiten des Betreuungsteams anzusprechen und auch die tatsächlichen bekannten Faktoren für Aspirationspneumonien zu erläutern (*Tabelle*).

**Unterstützende Massnahmen**

Klassisch logopädische Therapiemassnahmen bei Dysphagie wie funktionelle Übungen und Kompensationsstrategien sind oft bei eingeschränkter Kognition nicht langfristig umzusetzen. Umso mehr lässt sich durch eine unterstützende Umgebung für das Essen und Trinken erreichen – in diesem Sinne hat die Beratung von Betreuungspersonen den wichtigs-

Tabelle:

**Sinnvoller therapeutischer Umgang mit Dysphagie und Ess- und Trinkstörungen bei Demenz**

| Symptomatik  | Therapeutische Interventionen   | Positive Effekte   | Negative Effekte  | Evidenz                             |
|--|---|--|---|-------------------------------------|
| Dysphagie  | Logopädische und ggf. instrumentelle Schluckabklärung*, Ermittlung der sichersten Nahrungsaufnahme und des Schluckens von Medikamenten  | Risikovermeidung durch angepasste Schluckbedingungen, Beratung des Betreuungsteams, Hilfsmiteleinsetz, Haltungsoptimierung | Grenzen der direkten logopädischen Therapie bei Demenz: aktive Kompensationsstrategien oder funktionelle Übungen schwierig umzusetzen   | 4, 7, 9, 21, 22                     |
| Aspirationsgefahr                                  | a) Nichts per os  |  | Hohe Pneumonie- und Mortalitätsrate, mehr Spitalaufenthalte   | 4, 9, 13, 18                        |
|  | b) «risk feeding» – Essen trotz Aspirationsgefahr   | Kürzere Spitalaufenthalte, bessere Ernährung und Hydrierung. Wichtig: gute Teamkommunikation und Angehörigengespräche      |   | 4, 17, 20                           |
| Ineffiziente orale Verarbeitung, Aspirationsgefahr | a) Kostenpassungen, Konsistenzmodifikationen (z. B. pürieren, Getränke eindicken)   | Kurzfristig weniger Husten, weniger Erstickungsanfälle   | Langfristig mehr Pneumonien (stille Aspiration bei Eingedicktem, sekundäre Aspiration bei Residuen**), Akzeptanzproblem, weniger Lebensqualität, Dehydratation, Malnutrition  | 5, 11, 12, 13, 23, 24, 25, 26       |
|  | b) Normale feste Kost und freie Flüssigkeiten   | Weniger Aspirationspeumonie, mehr Kauarbeit, Speichelverarbeitung, weniger Zahnkrankheiten, weniger Infektanfälligkeit     | Risiko Bolusaspiration: sorgfältig abschätzen   | 13                                  |
| Inappetenz und reduzierte Trinkmenge               | Fingerfood, einfach erreichbare Getränke, angepasste Portionen, Geschmacksvorlieben kennen, Ernährungsberatung involvieren, stetige Nahrungsangebote ohne Druck, Anreicherung, Tagesstruktur, gemeinsame Zubereitung, gemeinsames Essen | Verbesserter Ernährungsstatus, soziale Teilhabe, Gruppenzugehörigkeit, positive gemeinsame Erlebnisse                      |   | 3, 7, 18, 20                        |
| Zahnprobleme                                       | Zahnärztliche Massnahmen, ausgezeichnete Mundhygiene  | Weniger Pneumonien bei Mundgesundheit  |   | 7, 9, 13                            |
| Bedarfsdeckung                                     | PEG, Sondenernährung  |  | Keine Verbesserung des Ernährungsstatus, höhere Sterblichkeit: Komplikationen wie Pneumonie (bakterielle Kolonisation der Mundflora, Reflux), Infekte, Perforation, Blockaden, Lecks, Dislokation, Diarrhö/Druckulzera, Blutungen, geringe Lebensqualität (Fixierung, weniger Pflegekontakte, weniger positive Wahrnehmungserfahrungen) | 4, 8, 9, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 27 |
| Agnosie (Essen nicht erkennen)                     | Optimierung von Aussehen, Temperatur, Geruch des Essens, Küche öffnen, vertraute ruhige Essensumgebung, Ess-Trink-Rituale   | Verknüpfung mit Essenserinnerungen, familiäres Setting, bessere Zugänglichkeit ohne Zeitdruck                              |   | 7, 20                               |
| Schwieriges Essverhalten, Ablehnung                | Logopädische Schulungen für Betreuungspersonal  | Wissen über fortgeschrittene Demenz und ethische Fragestellungen, Umgang mit Unsicherheit, Handlungsrepertoire             |   | 3, 6, 7, 18                         |
| Ernährungsstörung                                  | Sorgfältige Angehörigenberatung   | Aufklärung bezüglich Angst vor dem Verhungern, Begleitungsmöglichkeiten aufzeigen, bessere assistierte Autonomie           |   | 9, 15, 16, 18, 20                   |

\* instrumentelle Schluckabklärungen: z. B. Videofluoroskopie (Röntgenschluckabklärung), FEES (endoskopische Schluckuntersuchung)

\*\* Risikofaktoren für eine Aspirationspneumonie: schlechte Mundhygiene, Mundinfektionen, Sondenernährung, Abhängigkeit vom Eingeben, Immobilität, Anzahl Medikamente, kognitive Einschränkungen, eingeschränkte Atemfunktion, Multimorbidität, reduziertes Immunsystem, Rauchen (13, 19)

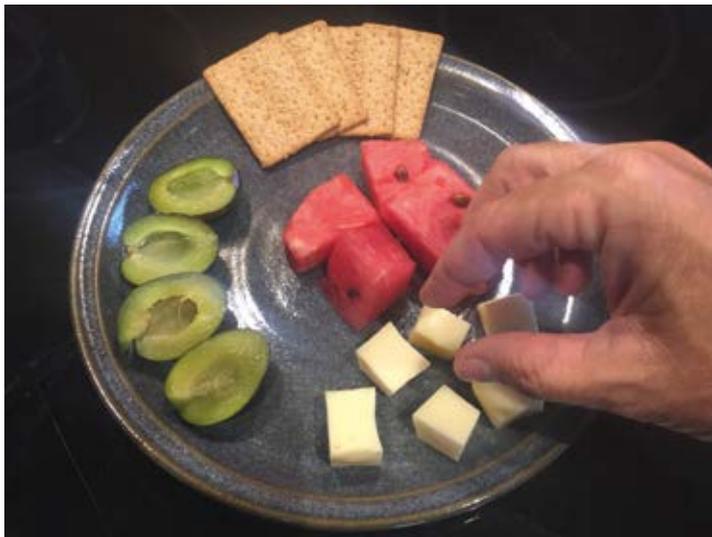


Abb. 2: Fingerfood an beliebten Orten kann zum Essen ermuntern



Abb. 3: Zusammen anstossen erleichtert den Einstieg ins Trinken

ten Stellenwert. Das Ziel soll eine grösstmögliche Autonomie, soziale Teilhabe und Lebensqualität für die betroffenen Menschen sein.

Folgende Anregungen können helfen (3, 6–8, 13, 21): zahnärztliche Behandlung, intensive Mundpflege, Zeit und Ruhe bei der Essbegleitung, über den Tag verteilt kleine Portionen anbieten, eventuell in Form von Fingerfood, das an oft begangenen Orten verteilt steht, individuelle Geschmäcke kennen und berücksichtigen, vertraute Rituale wie das Anstossen zur Trinkermutigung nutzen, bekannte Speisen verwenden, Zusammenarbeit mit der Ernährungsberatung, gutes Würzen mit Kräutern, die Küchentür beim Kochen offen halten, die Betroffenen bei der Vorbereitung einbeziehen, gemeinsame familienartige Tische, Haltungsanpassungen – und viel Geduld und Einfühlungsvermögen.

Eine angepasste Kommunikation mit wenig Information, aber jeweils guter Vorbereitung des nächsten Schrittes und allenfalls Berührungen und Humor können einer Verweigerung entgegenwirken. Auch wenn die innere Logik eines Menschen mit Demenz nicht immer von aussen nachvollziehbar ist, hilft eine erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber den gezeigten Gefühlen bei der Kommunikation.

Sorgen der Angehörigen aufgrund der geringen Essensmenge gegen Ende des Lebens müssen gemeinsam angesprochen werden. Es ist wichtig, diese Angst zu relativieren und die Angehörigen dafür zu sensibilisieren, dass das zwanglose gemeinsame Sitzen am Tisch oder auch die Mundpflege Zeichen liebevoller Zuwendung sein können.

### Beispiel einer Patientensituation im Spital

Zu einer Patientin mit einer frontotemporalen Demenz wurde die Logopädin gerufen, da sie das Essen mehrheitlich verweigerte und immer wieder beim Trinken hustete. Die Pflegefachperson hatte vorsorglich püriertes Essen bestellt. Die Begegnung fand beim Mittagessen statt, um eine möglichst natürliche Situation ohne Abklärungscharakter zu schaffen. Zusätzlich

zur pürierten Kost nahm die Logopädin ein Stück Kuchen mit in der Hoffnung, mit der vertrauteren Konsistenz einen attraktiveren Anreiz setzen zu können. In der Begegnung kam eine Art Gespräch zustande, in dem teilweise verständliche Äusserungen über die Heimat der Patientin aufgegriffen werden konnten, oft aber Wörter ohne nachvollziehbaren Sinn vorkamen. Trotzdem gab es Gelegenheit zum gemeinsamen Lachen, und das Essen konnte eher beiläufig eingegeben werden, wobei die Patientin das Bedürfnis nach Pausen anzeigte und mit viel Zeit auch die Medikamente in flüssiger Form oder als kleine Tabletten, in ein Löffelchen Creme eingepackt, schlucken konnte. Das Husten beim Trinken war auffällig, aber kräftig, und die Patientin genoss das angebotene Cola. Beim Kuchen war Zeit zum Kauen nötig, sie schien ihn aber zu geniessen. Für mehr Lebensqualität konnte deshalb auf weiche Kost umgestellt werden.

### Schlussgedanken

In der beschriebenen Situation waren die Elemente vertraute Konsistenz, Zeit, eine Atmosphäre ohne Druck, das Ernstnehmen von gezeigten Gefühlen und eine nachfolgende Besprechung mit der betreuenden Pflegefachfrau hilfreich. Im Umgang mit Schluck- und Ernährungsstörungen ist es speziell wichtig, sich sowohl der medizinischen als auch der ethischen Implikationen von Fragen am Lebensende von Menschen mit Demenz im interprofessionellen Team bewusst zu sein. Gute Kommunikation auch mit den Angehörigen kann helfen, so viel Autonomie und Würde wie möglich zu erhalten.

Korrespondenzadresse  
Nicole Bruggisser, MSc  
Kantonsspital Baden AG  
Leiterin Logopädie  
Im Ergel 1, 5404 Baden  
E-Mail: nicole.bruggisser@ksb.ch

Interessenkonflikte: keine.

Die Referenzen finden Sie in der Onlineversion des Beitrags unter [www.rosenfluh.ch/ernaehrungsmedizin-2020-04](http://www.rosenfluh.ch/ernaehrungsmedizin-2020-04)

## Literatur:

1. Warnecke T et al.: Dysphagia from a neurogeriatric point of view. Pathogenesis, diagnosis and management. *Z Gerontol Geriatr* 2019; 52: 330–335.
2. Michel A et al.: Oropharyngeal dysphagia in community-dwelling older patients with dementia: prevalence and relationship with geriatric parameters. *JAMDA* 2018; 19: 770–774.
3. Abdelhamid A et al.: Effectiveness of interventions to directly support food and drink intake in people with dementia: systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* 2016; 16: 26.
4. Dharinee H: An acute model of care to guide eating and drinking decisions in the frail elderly with dementia and dysphagia. *Geriatrics* 2018; 3(4): 65.
5. Flynn E et al.: Modifying the consistency of food and fluids for swallowing difficulties in dementia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018; 9: CD011077.
6. Faraday J, Salis C, Barrett A: Equipping nurses and care staff to manage mealtime difficulties in people with dementia: A systematic scoping review of training needs and interventions. *Am J Speech Lang Pathol* 2019; 28(2): 717–742.
7. Egan A, Andrews C, Lowit A: Dysphagia and mealtime difficulties in dementia: Speech and language therapists' practices and perspectives. *Int J Lang Commun Disord* 2020; 00: 1–16.
8. Knels C, Grün HD, Schuster P: Sprache und Ernährung bei Demenz. Klinik, Diagnostik und Therapie. *Forum Logopädie*, Stuttgart: Thieme 2018.
9. Goldsmith T, Kurash Cohen A: Swallowing disorders and aspiration in palliative care: Definition, consequences, pathophysiology, and etiology. *UpToDate review* 2020; <https://www.uptodate-com.ksb.netbib.ch>
10. Schröter-Morasch H: Klinische und video-pharyngo-laryngoskopische Untersuchung der Schluckfunktion. In: Bartolome G, Schröter-Morasch H (Hrsg.): *Schluckstörungen. Interdisziplinäre Diagnostik und Rehabilitation*. München: Elsevier, Urban & Fischer 2018; 171–212.
11. O'Keeffe ST: Use of modified diets to prevent aspiration in oropharyngeal dysphagia: is current practice justified? *BMC Geriatrics* 2018; 18: 167.
12. Painter V, Le Couteur DG, Waite LM: Texture-modified food and fluids in dementia and residential aged care facilities. *Clin Intervent Aging* 2017; 12: 1193–1203.
13. Sakashita R et al.: Preventing aspiration pneumonia among the elderly: a review focused on the impact of the consistency of food substances. In: Sasaki K, Suzuki O, Takahashi N (eds.): *Interface oral health science*. Tokyo: Springer 2014; 335–351.
14. Ticinesi A et al.: Survival in older adults with dementia and eating problems: To PEG or not to PEG? *Clin Nutr* 2016; 35: 1512–1516.
15. Goldberg LS, Altman KW: The role of gastrostomy tube placement in advanced dementia with dysphagia: a critical review. *Clin Interv Aging* 2014; 9: 1733–1739.
16. Borasio GD: *Über das Sterben. Was wir wissen – was wir tun können – wie wir uns darauf einstellen*. München: C.H. Beck 2013.
17. Berkman C, Ahronheim JC, Vitale CA: Speech-language pathologists' views about aspiration risk and comfort feeding in advanced dementia. *Am J Hosp Palliat Care* 2019; 36(11): 993–998.
18. Bosshard G: Ethische Aspekte in der Betreuung von Menschen mit Demenz. *SAMW Bulletin* 2017; 2: 1-4.
19. Gillman A, Winkler R, Taylor NF: Implementing the free water protocol does not result in aspiration pneumonia in carefully selected patients with dysphagia: a systematic review. *Dysphagia* 2017; 32: 345–361.
20. Mitchell SL: Palliative care of patients with advanced dementia. *UpToDate* 2017; <https://www.uptodate-com.ksb.netbib.ch>
21. Alagiakrishnan K et al.: Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr* 2013; 56(1): 1–9.
22. Speyer R: Behavioral treatment of oropharyngeal dysphagia. In: Ekberg O (ed.): *Dysphagia. Medical Radiology*. Cham: Springer 2017.
23. Vucea V et al.: Modified texture food is associated with malnutrition in long term care: An analysis of making the most of mealtimes (M3) project. *J Nutr Health Aging* 2018; 22: 104–110.
24. Miles A et al.: Cough response to aspiration in thin and thick fluids during FEES in hospitalized patients. *Int J Lang Commun Disord* 2018; 53(5): 909–918.
25. Steele CM et al.: The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function: a systematic review. *Dysphagia* 2015; 30(1): 2–26.
26. Robbins J et al.: Comparison of 2 interventions for fluid aspiration on pneumonia incidence: a randomised trial. *Ann Intern Med* 2008; 148: 509–518.
27. Cintra MTG et al.: A comparison of survival, pneumonia, and hospitalization in patients with advanced dementia and dysphagia receiving either oral or enteral nutrition. *J Nutr Health Aging* 2014; 18(10): 894–899.