

# Ernährungsberatung im Alter

**Diana Kappis, Nadine Osswald**



Diana Kappis

Essen im Alter sollte wie in jüngeren Jahren neben der Versorgung des Körpers mit Nährstoffen und Energie Genuss und Freude bedeuten. Oft beschreiben ältere Menschen eine Inappetenz, ein rasches Sättigungsgefühl, Geschmacksveränderungen, Übelkeit und Kaubeschwerden. Dies vermindert die Freude am Essen und führt zu einer Abnahme der Nahrungsaufnahme. Der resultierende Gewichts- und Kraftverlust ist im Alter meistens nicht wieder gutzumachen (1). Ziele der Ernährungsberatung sind ein Erhalt der Funktionalität und der Lebensqualität sowie eine bedarfsdeckende Ernährung (2). Diesen Zielen in der Beratung gerecht zu werden, ist eine Herausforderung für alle Beteiligten. Der folgende Beitrag geht auf die Probleme in der Beratung des älteren Menschen ein, zeigt Unterschiede, Chancen und Grenzen auf.

## Hauptprobleme der Ernährung im Alter

Von einem älteren Menschen wird ab dem 65. Lebensjahr gesprochen. Der Alterungsprozess zieht sich somit über mehrere Jahrzehnte hin, wobei es grosse individuelle Unterschiede im Gesundheits- und Allgemeinzustand gibt. Das Ess- und Trinkverhalten im Alter wird durch eine Vielzahl von Faktoren wie physiologische Altersveränderungen, Krankheiten, Medikamente, psychische, soziale und finanzielle Probleme beeinflusst (1). Diese Faktoren können zusammen eine verminderte Nahrungsaufnahme und/oder einen Gewichtsverlust verursachen, und sie machen den alten Menschen anfällig für eine Unter- und Mangelernährung (1).

Bei der Entstehung einer Malnutrition spielt die Altersanorexie eine bedeutsame Rolle (3). Sie entsteht durch eine veränderte Hunger- und Sättigungsregulation sowie durch eine verminderte Sinneswahrnehmung (3–6). Bei zirka der Hälfte der älteren Bevölkerung treten Störungen der Geruchs- und Geschmackswahrnehmung auf (7). Ohne Sehkraft wird der Appetit nicht mehr visuell angeregt und hat gleichfalls eine verminderte Nahrungsaufnahme zur Folge (8). Hinzu kommt, dass bei 19 Prozent der gesunden Senioren Kaubeschwerden auftreten, bei geriatrischen Patienten sogar bei 46 Prozent (7).

Ältere Menschen sind häufiger von akuten und chronischen Erkrankungen betroffen. Diese können einen erhöhten Energie- und Proteinbedarf verursachen, die Nahrungsaufnahme erschweren und eine Mangelernährung fördern (1). Auswirkungen einer Demenz können eine vergessene Nahrungsaufnahme, das Verlernen der Essenszubereitung und des selbstständigen Essens sein. Ausserdem kann bei einer Demenz ein erhöhter

Energiebedarf durch Hyperaktivität entstehen (8). Nebst kognitiven Beeinträchtigungen finden sich in den Krankenakten von geriatrischen Patienten oftmals lange Diagnoselisten mit einer Reihe von Medikamenten. Die Polymedikation kann eine ungenügende Nahrungsaufnahme begünstigen und durch Nebenwirkungen wie Inappetenz, Geruchs- und Geschmacksveränderungen Nausea und Aversion gegenüber Lebensmitteln (z.B. Fleisch) verursachen (1).

Alter, Krankheit und Gebrechlichkeit bringen demnach zahlreiche Risiken für eine Mangelernährung mit sich, die bei der Beratung zu beachten sind (siehe *Tabelle*).

## Umsetzung und Grenzen der Beratung im Alter

Alle genannten Probleme sind in der Beratung älterer Menschen zu berücksichtigen. Dazu gehören neben der aktuellen Ernährungssituation auch die sozialen Hintergründe und medizinische Faktoren, die den Grundstein für geeignete Interventionen legen (1). Im Patientengespräch soll die Motivation für das Umsetzen der Interventionen gefördert werden. Die ernährungstherapeutischen Massnahmen müssen sowohl im Spitalalltag als auch zu Hause für den älteren Menschen umsetzbar sein. Je nach kognitiver Einschränkung kann ein direktes Gespräch mit dem Betroffenen nicht mehr durchgeführt werden. In diesem Fall sind die Angehörigen, Bezugspersonen und/oder Pflegenden gefragt. Sie haben aufgrund ihrer Nähe zum Betroffenen direkten Einfluss auf die Verbesserung des Ernährungszustandes und können beispielsweise bei der Nahrungsaufnahme helfen. Dieser Personenkreis nimmt deshalb eine wichtige Position bei der Förde-



Nadine Osswald

Tabelle:

**Faktoren, die eine Mangelernährung im Alter begünstigen****Physiologische Altersveränderungen**

- Vermindertes Appetit- und Durstgefühl
- Rasch eintretendes, verlängertes Sättigungsgefühl (durch hormonelle Veränderungen, verzögerte Magenentleerung)
- Abnahme der Sinneswahrnehmung (Geruchs- und Geschmacksveränderungen, verminderter Visus)
- Kauprobleme (fehlende Zähne, schlecht sitzende Prothesen)
- Veränderte Verdauungsfunktion (Diarrhö, Verstopfung, Blähungen)
- Schluckbeschwerden

**Medizinische Faktoren**

- Akute und chronische Erkrankungen
- Polymedikation/Nebenwirkung von Medikamenten

- Verminderte kognitive Funktion (demenzielles Syndrom, Delirium)
- Depression

**Ernährungsverhalten**

- Einseitige Nahrungsmittelauswahl
- Restriktive Diäten
- Alkoholabusus

**Weitere Faktoren**

- Probleme bei der Essensbeschaffung, Zubereitung und beim selbstständigen Essen
- Einsamkeit, Verwahrlosung, soziale Isolation, Armut
- Stress und Trauer (Spital, Umzug in eine Pflegeinstitution, Krankheit, Tod von Angehörigen, etc.)

rung und Unterstützung von ernährungstherapeutischen Prozessen ein (8). Es ist zudem wichtig, bei der Beratung älterer Menschen mit fortgeschrittener Erkrankung und einer negativen allgemeinen Prognose die Ziele der Ernährungstherapie anzupassen. Die Lebensqualität steht im Vordergrund und nicht mehr die bedarfsdeckende Ernährung (9).

Mit dem unten aufgeführten Fallbeispiel soll die Problematik der Durchführung einer Ernährungsberatung bei älteren Menschen geschildert werden.

**Fallbeispiel**

Frau M., eine 82-jährige pensionierte kaufmännische Angestellte, wurde aufgrund eines Herzinfarktes (NSTEMI) zur Rehabilitation ins Geriatriespital überwiesen. Zuvor wohnte Frau M. alleine in einer 3-Zimmer-Wohnung mit täglicher Unterstützung durch die Spitex. Sie ist ledig, hat keine Kinder, als Bezugsperson hat sie eine Cousine, zu der loser Kontakt besteht. Die wesentlichen Eintrittsdiagnosen sind eine dekompensierte Herzinsuffizienz (NYHA IV), ein Diabetes mellitus Typ 2 sowie eine leichte kognitive Störung. Eine Polymedikation lag aufgrund der medizinischen Situation vor.

Zur Ernährungstherapie wurde Frau M. mit einem Body-Mass-Index (BMI) von 15,2 kg/m<sup>2</sup> angemeldet. Das Nutritional-Risk-Screening (NRS) ergab 5 Punkte. Eine erhebliche Energie- und Proteinmangelernährung wurde diagnostiziert.

Die Anamnese der Essgewohnheiten zu Hause ergab eine genügende Nahrungsaufnahme. Aufgrund der kognitiven Auffälligkeiten wurde zusätzlich eine Fremdanamnese mithilfe der Spitex erhoben. Laut jener hatte Frau M. selten Lebensmittel zu Hause. Sie wurde regelmässig von der Spitex gewogen, wobei ein Gewichtsverlust von rund 4 Kilogramm Körpergewicht innerhalb der letzten drei Monate festgestellt wurde.

Ein Essprotokoll ergab eine Energie- und Proteindeckung von 25 bis 50 Prozent des notwendigen Bedarfs in der ersten Woche der Rehabilitation. Die Patientin äusserte Inappetenz, Dyspnoe, Müdigkeit und Mundtrockenheit. Die verringerte Nahrungsaufnahme und die vorliegende Mangelernährung empfand Frau M. als nicht tragisch. Eine Anpassung auf eine feingeschnittene Kost mit einer Extraportion Sauce wurde vorgenommen, wodurch sich die Nahrungsaufnahme im Verlauf etwas verbesserte. Die Patientin bekam unterstützend eine hochkalorische Trinknahrung als Zwischenmahlzeit, und einzelne Menükomponenten wurden mit Maltodextrin und Eiweisspulver angereichert. Durch die ernährungstherapeutischen Interventionen konnte eine bedarfsgerechte Ernährung mit einer Gewichtsstabilisierung erzielt werden. Die Kostenübernahme für die Trinknahrung wurde bei der Krankenkasse beantragt und für zwei Jahre bewilligt. Frau M. äusserte den Wunsch, baldmöglichst nach Hause austreten zu dürfen. Wegen der kognitiven Auffälligkeiten wurden neuropsychologische Untersuchungen durchgeführt, die eine mittelschwere Demenz und eine nicht mehr gegebene Urteilsfähigkeit bezüglich der Wohnsituation ergaben. Auch der Hausbesuch mit der Ergotherapeutin führte zur Empfehlung einer Anmeldung für ein Alters- und Pflegeheim. Ungefähr drei Monate nach dem Spitaleintritt trat Frau M. in ein Alters- und Pflegeheim über. Eine Verlaufskontrolle wurde etwa einen Monat nach Austritt mit folgendem Ergebnis durchgeführt: Die Trinknahrung wurde von der Pflege abbestellt, da Frau M. sie kaum einmal trank. Ausserdem liess sie regelmässig ganze Mahlzeiten aufgrund von Müdigkeit und Inappetenz weg. Trotz angereicherter Speisen verlor sie weitere 3 Kilogramm Körpergewicht und wurde zunehmend schwächer.

**Selbstständig oder bereits hilfsbedürftig?**

Zur Einschätzung der Ernährungssituation von selbstständigen, in Privathaushalten lebenden Senioren wurde die Studie «Ernährung 65» durchgeführt, über die im Ernährungsbericht 2000 informiert wurde (8). Sie verdeutlicht, dass sich die Gesundheits- und Ernährungssituation von selbstständigen, zu Hause lebenden Senioren nicht wesentlich von der Gruppe jüngerer Erwachsener unterscheidet und daher nicht als kritisch einzustufen ist (1). Mit Unterstützung in der Selbstständigkeit zu Hause sind zum Beispiel der Einsatz eines Mahlzeitendienstes, die Sicherstellung der Versorgung durch Angehörige oder eine 24-Stunden-Betreuung gemeint.

In Alters- und Pflegeheimen können einrichtungsspezifische Bedingungen die Ernährungsversorgung beeinflussen. Eine adäquate Ernährung ist je nach Selbstständigkeit der Bewohner abhängig vom verfügbaren Hilfs- und Pflegepersonal, aber auch von der Auswahl der Speisen sowie deren Zusammensetzung (8). Ein hoher Zeit- und Kostendruck sowie die Grenzen der Berücksichtigung von individuellen Bedürfnissen im Rahmen der Gemeinschaftsverpflegung können sich ungünstig auf die Ernährung auswirken

(8). Bei vielen älteren Menschen in Alters- und Pflegeheimen liegt die tägliche Nährstoffaufnahme erheblich unter den von den Fachgesellschaften (D-A-CH) empfohlenen Referenzwerten (8). Kritisch wird es vor allem bei Senioren, die eine stark reduzierte Energiezufuhr aufweisen, sowie bei sehr einseitiger Ernährung (8).

## Fazit

Solange der ältere Mensch körperlich und geistig fit ist, liegt meist ein guter Ernährungszustand vor. Viele im Beitrag aufgezeigte Faktoren können diesen Zustand verschlechtern und den Betroffenen in seiner Lebensqualität einschränken. Es gibt viele Schwierigkeiten in der Beratung des älteren Menschen, die eine Verbesserung der Ernährungssituation limitieren. Wichtig ist es, die möglichen Ursachen zu identifizieren und durch ein geeignetes Setting sowie Interventionen zu optimieren.

Im Fallbeispiel wäre beispielsweise eine früher einsetzende Ernährungsberatung respektive Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme zu Hause (Mahlzeitendienst oder Mittagstisch) sinnvoll gewesen.

### Korrespondenzadresse:

Diana Kappis/Nadine Osswald  
Adullam Spital und Pflegezentren  
Ernährungsberatung  
Mittlere Str. 15  
4056 Basel  
E-Mail: d.kappis@adullam.ch

### Quellen:

1. Biesalski HK, Bischoff SC, Puchstein C: Ernährungsmedizin, nach dem neuen Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Thieme-Verlag Stuttgart 2010; 359–364.
2. Volkert D, Berner YN, Berry E et al.: ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. *Clinical Nutrition* 2006; 25: 330–360.
3. Volkert D, Siebert CC: Mangelernährung in der Geriatrie. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 2011; 36a: 175–190.
4. Bauer JM, Wirth R, Troegner J et al.: Ghrelin, anthropometry and nutritional assessment in geriatric hospital patients. *Z Gerontol Geriatr* 2007; 40: 6–31.
5. Clarkston WK, Pantano MM, Morley JE et al.: Evidence for the anorexia of aging: gastrointestinal transit and hunger in healthy elderly vs. Young adults. *Am J Physiol* 1997; 272: 8–243.
6. MacIntosh CG, Andrews JM, Jones KL et al.: Effects of age on concentrations of plasma cholecystokinin, glucagon-like peptide 1, and peptide YY and their relation to appetite and pyloric motility. *Am J Clin Nutr* 1999; 69: 999–1006.
7. Volkert D, Frauenrath C, Oster P et al.: Malnutrition in the aged – effect of physical, mental, psychological and social factors. *Z Gerontol* 1989; 22: 6–10.
8. Gerber H, Brüggemann J, Brucker U et al.: Grundsatzstellungnahme, Essen und Trinken im Alter, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Essen 2014; 30–151.
9. Volkert D et al.: Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG – Klinische Ernährung in der Geriatrie – Teil des laufenden S3-Leitlinien-Projekts Klinische Ernährung. *Aktuel Ernährungsmed* 2013; 38: e1–e48.