



## Ernährung für Senioren

# Im hohen Lebensalter gut bei Kräften sein und bleiben

*Annette Immel-Sehr, Bonn / Statt Übergewicht und Adipositas steht bei älteren und alten Menschen oft ein anderes Problem im Vordergrund. Sie verlieren an Körpergewicht und scheinbar plötzlich ist derselbe Mensch, der sich ein Leben lang um überschüssige Pfunde sorgte, mangelernährt. Die Folgen für seine Gesundheit und Lebensqualität sind immens.*

Immer mehr Menschen werden immer älter. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung gewinnt die Prävention im Alter an Bedeutung. Diese zielt aber nicht nur auf die Verhinderung von Erkrankungen, sondern vor allem auf die Bewahrung funktioneller Kapazitäten ab. Lebensqualität im Alter bedeutet für die meisten Menschen vor allem eine unabhängige Lebensführung und den Erhalt der Alltagskompetenz. Ein guter Ernährungszustand und körperliche Aktivität sind dabei von herausragender Bedeutung. Beides beeinflusst sich wechselseitig und lässt sich bis ins höchste Lebensalter durch einfache Maßnahmen verbessern. Voraussetzung ist, dass Ernährungszustand und Mobilität regelmäßig beurteilt werden. So können Risikopersonen frühzeitig erkannt und präventive Maßnahmen eingeleitet werden (1).

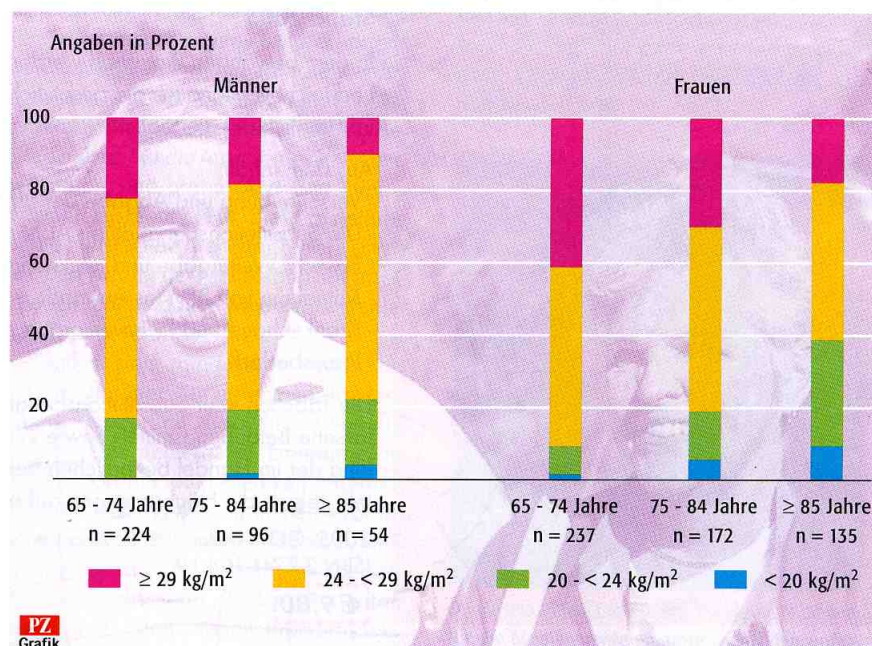
Der Body Mass Index (BMI) gilt heute als Standard zur Bewertung des Körpergewichts (Körpergewicht [kg]/Quadrat der Körperlänge [m<sup>2</sup>]). Für die Gesundheit gilt im jüngeren Erwachsenenalter ein BMI von 20 bis 25 als optimal. Im Alter scheint ein etwas höheres Körpergewicht die gesundheitliche Prognose zu verbessern: Ab 65 Jahren liegt der wünschenswerte BMI in der Spanne von 25 bis 29 (2). Auch die Grenze für Untergewicht wird bei älteren Menschen anders gezogen als bei jüngeren Erwachsenen. Hier gilt nicht ein BMI unter 18,5, sondern

bereits niedriger als 20 als klinisch relevant (3). Manche Experten setzen die Untergewichtsgrenze im Alter sogar bei einem BMI von 22 an.

Der Ernährungsbericht 2000 der Deutschen Gesellschaft für Ernährung beinhaltet eine repräsentative Analyse der Ernährungssituation von 4020 Senioren ab 65 Jahren (nationaler Studienteil), die mit

überwiegend gutem körperlichen Gesundheitszustand in Privathaushalten leben (4). Einschlusskriterium für die Studie war die »Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen«.

Es zeigt sich, dass der Anteil übergewichtiger Menschen mit zunehmendem Alter sinkt und gleichzeitig der Anteil der untergewichtigen zunimmt (Grafik). Von den zu Hause lebenden Frauen ab 85 Jahren hatten knapp 40 Prozent einen BMI unter 24, bei den Männern waren es gut 20 Prozent. In der Gesamtheit der Studienteilnehmer wiesen 18 Prozent der Männer und 32 Prozent der Frauen einen BMI unter 24 auf. Ein BMI zwischen 20 und 24 bedeutet kein klinisch relevantes Untergewicht, doch kann von diesem niedrigen Ausgangsgewicht aus schnell eine kritische Grenze erreicht werden, wenn beispielsweise eine aktuelle Erkrankung oder ein Ereignis im sozialen Umfeld das Essen und



Häufigkeit von BMI-Klassen bei zu Hause lebenden alten Menschen in Abhängigkeit vom Alter (nach 4, nationaler Studienteil)

Trinken beeinträchtigen. In dieser Studie hatte immerhin etwa jede zehnte Frau und jeder 30. Mann ab 85 Jahren einen BMI unter 20, also klinisch bedeutsames Untergewicht.

Eine Fülle von Studien aus Deutschland und anderen wohlhabenden Industrieländern hat gezeigt, dass Mangelernährung vor allem auch in Heimen und Pflegeeinrichtungen ein weit verbreitetes Problem darstellt. Je nach Definition und ausgewähltem Patientenkollektiv wird die Prävalenz der Mangelernährung bei geriatrischen Patienten zwischen 20 und 80 Prozent angegeben (3).

Die Auswertung der Verzehrsprotokolle der zu Hause lebenden Senioren (4) ergab für die Mehrzahl der untersuchten Mikronährstoffe eine ausreichende Zufuhr. Für Vitamin D, Calcium und Folsäure lag die durchschnittliche Zufuhr jedoch unterhalb der empfohlenen Menge.

### Fatale Folgen der Fehlernährung

Mangel- und Fehlernährung haben immense Folgen für die Lebensqualität und Prognose eines alten Menschen. Eiweiß- und Kalorienmangel führen zu Muskelabbau, zunehmender Schwäche, Einschränkung körperlicher Aktivität und Verlust von Mobilität. Damit kommt ein Teufelskreis in Gang: Der alte Mensch geht nicht mehr gerne vor die Tür, erledigt seine Einkäufe nicht mehr selbst, empfindet die Zubereitung des Essens als Last, ihm fehlt der Appetit anregende Aufenthalt an der frischen Luft und so weiter. Der weitere Verlust von Muskelmasse ist programmiert.

Auch der Mangel an einzelnen Nährstoffen kann gesundheitliche Folgen haben. Calcium- und Vitamin-D-Mangel begünstigen Osteoporose und Frakturen. Flüssigkeitsmangel verursacht eine zunehmende Exsikkose, die Orthostaseprobleme, erhöhte Sturzneigung, Elektrolytentgleisung und Verwirrtheit nach sich zieht. Der Mangel an Ballaststoffen begünstigt Obstipation und Divertikulitis. Eisenmangel führt zur Anämie; Zinkmangel erschwert die Wundheilung und beschleunigt einen Dekubitus.

Viele Studien haben den Einfluss eines schlechten Ernährungszustands auf den Erhalt der Gesundheit sowie den Verlauf der Genesung, insbesondere bei oder nach einem Krankenhausaufenthalt, beschrieben. Mangelernährung erhöht die Komplikationsrate nach Operationen und das Infektionsrisiko während eines Klinikaufenthalts. Insgesamt ist die Mortalitätsrate sowohl in der Klinik als auch einen Monat bis sechs Jahre nach der Entlassung bei unterernährten geriatrischen Patienten erhöht (3, 5, 6).

Bemerkenswert ist eine Arbeit, bei der der Kühlschrankinhalt alter Menschen und die Zahl der Krankenhauseinweisungen



Regelmäßiges ausgewogenes Essen und Trinken tragen im Alter entscheidend zum Erhalt der Lebensqualität bei.

Foto: G. Gensthaler

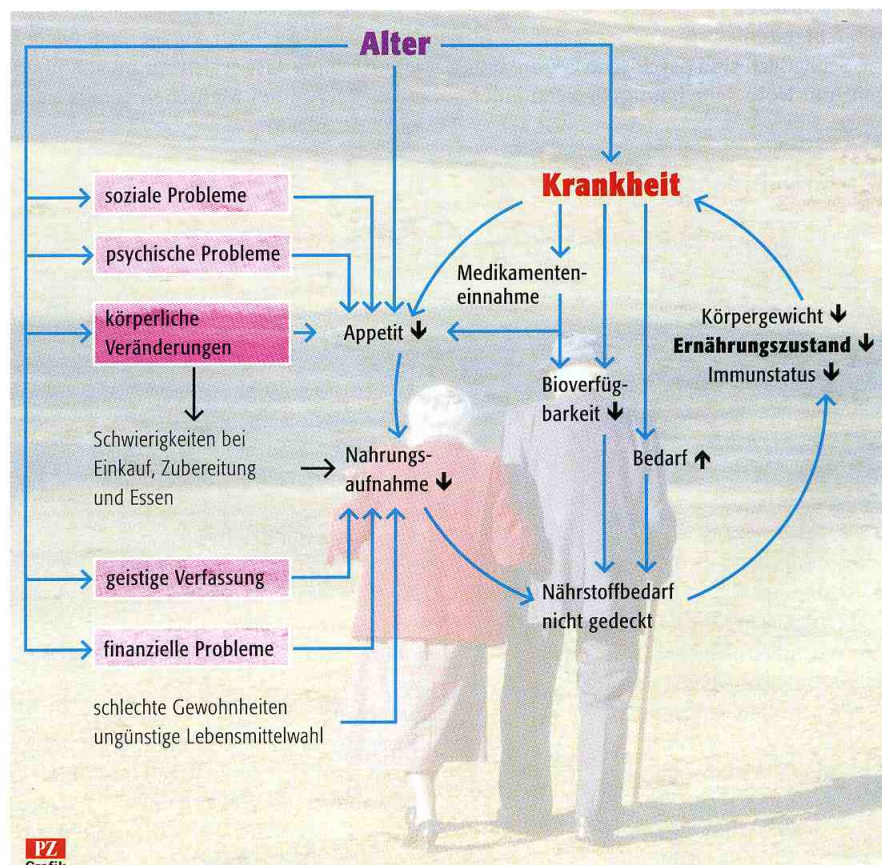
untersucht wurden. Menschen mit einem relativ leeren Kühlschrank mussten häufiger ins Krankenhaus eingewiesen werden als Personen, die ihren Kühlschrank gut gefüllt hatten und vermutlich rege nutzten (7).

Malnutrition kann auch die Pharmakotherapie erheblich beeinflussen, nämlich dann, wenn es sich um Arzneistoffe mit hoher Plasmaeiweiß-Bindung handelt. Da unter Mangelernährung der Albuminspiegel sinkt, steigt der Anteil des freien Arzneistoffs und damit die Gefahr von Intoxikationen.

neistoffs und damit die Gefahr von Intoxikationen.

### Teufelskreis der Altersanorexie

Die Ursachen für die Entstehung einer Mangelernährung sind vielfältig. Natürliche Veränderungen des Organismus im Lauf des Alterns haben Einfluss auf die Nahrungsaufnahme und den Bedarf an Nährstoffen. Aber auch Erkrankungen und die aktuelle Lebenssituation beeinträchtigen das Ernährungsverhalten alter Menschen (8, 9).



Teufelskreis der Mangelernährung im Alter (3)

Im Alter nimmt das Verlangen nach Nahrung ab (Altersanorexie). Zum einen ist die Regulation von Hunger und Sättigung verändert. Das Hungergefühl ist schwächer als früher und bereits nach kleinen Mengen fühlt man sich satt. Zudem schwindet der Appetit, weil Geschmacks- und Geruchssinn physiologischerweise nachlassen. Allerdings bleibt die Wahrnehmung »süß« bis ins hohe Alter am besten erhalten, während sauer, salzig und bitter schwächer werden.

Das Sekretionsvermögen der Speicheldrüsen sinkt, was zu Mundtrockenheit und Schluckbeschwerden führen kann. Zahnverschleiß und Rückbildungen am Zahnapparat erschweren das Kauen. Nicht selten verursachen schlecht sitzende Prothesen und daraus resultierende Druckstellen und Entzündungen Probleme beim Essen. All dies kann letztlich zu einer unzureichenden Nahrungsaufnahme führen.

Mit zunehmendem Alter nimmt die Konzentrationsfähigkeit der Nieren ab. Gleichzeitig lässt das Durstempfinden nach, was das Risiko einer Dehydratation erheblich erhöht. Auf Grund reduzierter Magensäuresekretion kann die Bioverfügbarkeit von Calcium, Eisen und Vitamin B12 reduziert sein, was eine Mangelversorgung mit diesen Nährstoffen zur Folge haben kann.

Funktionseinschränkungen von Armen, Händen und Fingern, etwa infolge einer Polyarthrit, können erhebliche Probleme beim Zubereiten des Essens und beim Hantieren mit Besteck und Trinkgefäßen bereiten.

Schließlich sind psychische Erkrankungen und Nöte sehr häufig Ursache einer

ungenügenden Nahrungsaufnahme. Depression oder Demenz gehen früher oder später stets mit Appetitverlust und Essproblemen einher. Chronische Schmerzen, Trauer nach Verlust des Lebenspartners, Zukunftsängste und nicht zuletzt Einsamkeit rauben den Appetit. Auch die finanzielle Situation alter Menschen wirkt sich unter Umständen auf die Ernährung aus. Bei knapper Kasse wird schnell am Essen gespart, vor allem dann, wenn es sowieso nicht mehr richtig schmeckt oder Probleme bereitet.

Neben Funktionsstörungen und Erkrankungen können auch die im Alter zahlreich verordneten Medikamente die Nahrungsaufnahme stören. Arzneistoffe wie Chinolone, Metronidazol oder L-Dopa beeinträchtigen das Geschmacksempfinden; andere Arzneistoffe wie nicht steroidale Antirheumatika reizen die Magenschleimhaut oder verursachen Diarrhö (zum Beispiel Antibiotika). Arzneistoffe können auch die Wirksamkeit von Nährstoffen beeinträchtigen, so beispielsweise Triamteren und Furosemid die Wirkung von Folsäure. Antibiotika, Diuretika, Glucocorticoide und Urikosurika verursachen nicht selten einen Zinkmangel (19). All diese Faktoren spielen zusammen und können einen Teufelskreis der Mangelernährung auslösen (Grafik, Seite 29).

Noch etwas ist im Alter anders als bei Jüngeren: Die Kompensationsmöglichkeiten des Organismus sind eingeschränkt. Verliert ein 40-Jähriger auf Grund einer fieberhaften Erkältungskrankheit oder eines heftigen Magen-Darm-Infekts einige Pfunde, so sind sie nach kurzer Zeit wieder »drauf«, ohne dass er sich darum bemühen muss. Beim alten Menschen funktioniert

die Wiederherstellung des alten Gleichgewichts nicht mehr oder nur mit Mühe. Häufig erreicht er sein vorheriges Gewicht nicht mehr und nimmt im Lauf der Zeit immer mehr ab.

### Früh intervenieren

Aus diesem Grund ist es so wichtig, sinkendes Körpergewicht frühzeitig zu bemerken und schon zu intervenieren, lange bevor ein Mensch untergewichtig ist. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin sowie die Geriatischen Fachgesellschaften fordern ein routinemäßiges Ernährungsassessment bei Senioren (3).

Die European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) hat Leitlinien für Ernährungsscreenings entwickelt, um ein Risiko für eine Mangelernährung frühzeitig zu erfassen. Für die Betreuung alter Menschen wird das Mini Nutritional Assessment (MNA) empfohlen (10, 11, 12). Die Kurzform dieses Tests umfasst lediglich sechs Fragen, die in wenigen Minuten zu beantworten sind (Kasten). Resultiert daraus ein Risiko für Mangelernährung, ist der vollständige MNA mit 18 Fragen angebracht. Daraus ergeben sich weitere Ansatzpunkte für eine Intervention.

Man benötigt jedoch nicht unbedingt ein standardisiertes Screening, um Gewichtsverluste bei alten Menschen zu bemerken. Was zuallererst gefordert ist, ist die Aufmerksamkeit der Menschen im nächsten Umfeld. Auch dem Apothekenteam sollte es auffallen, wenn die Kleidung eines alten Kunden in letzter Zeit viel zu weit wird oder sein Gesicht immer so eingefallen wirkt. Man sollte nachfragen, den Ursachen auf den Grund gehen und konkreten Rat zur Problemlösung geben. Alte Menschen sehen das Thema Essen und Trinken oft nicht als relevant für ihre Gesundheit an oder schämen sich, Probleme anzusprechen. Häufig wird die eigene Nahrungsaufnahme auch überschätzt.

### Gesund und bekömmlich essen

Mit zunehmendem Alter nimmt – im Wesentlichen durch eine Atrophie der Skelettmuskulatur (Sarkopenie) – der Anteil der fettfreien Körpermasse ab. Verbunden damit sind ein sinkender Grundumsatz und Energiebedarf.

Die Variabilität des Energiebedarfs ist jedoch im Alter sehr groß. Dies liegt vor allem an der individuell sehr unterschiedlichen körperlichen Aktivität. Richtwerte für die tägliche Energiezufuhr gesunder Personen über 65 Jahren mit mittlerer körperlicher Aktivität liegen bei 2300 kcal für Männer und 1800 kcal für Frauen gegenüber 2900 kcal sowie 2300 kcal für Männer und Frauen im Alter von 25 bis 50 Jahren (13). Erkrankungen wie COPD, Krebs, Dekubitus oder Demenz können den Energiebedarf

### Mini Nutritional Assessment (MNA-Test)

#### 1. Hat der Patient einen verminderten Appetit?

Hat er während der letzten drei Monate wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken weniger gegessen (Anorexie)?

- 0 = schwere Anorexie
- 1 = leichte Anorexie
- 2 = keine Anorexie

#### 2. Gewichtsverlust in den letzten drei Monaten

- 0 = Gewichtsverlust > 3 kg
- 1 = weiß es nicht
- 2 = Gewichtsverlust von 1 bis 3 kg
- 3 = kein Gewichtsverlust

#### 3. Mobilität/Beweglichkeit

- 0 = vom Bett zum Stuhl
- 1 = in der Wohnung mobil
- 2 = verlässt die Wohnung

#### 4. Akute Krankheiten oder psychischer Stress während der letzten drei Monate?

- 0 = ja
- 2 = nein

#### 5. Psychische Situation

- 0 = schwere Demenz oder Depression
- 1 = leichte Demenz oder Depression
- 2 = keine Probleme

#### 6. Body Mass Index (BMI)

- 0 = BMI < 19
- 1 = BMI 19 bis < 21
- 2 = BMI 21 bis < 23
- 3 = BMI ≥ 23

#### Punktwert

12 bis 14: normaler Ernährungszustand  
unter 12: Gefahr der Mangelernährung, vollständiger MNA erforderlich

Quelle: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

durch Steigerung des Grundumsatzes erhöhen.

Im Großen und Ganzen differiert der Nährstoffbedarf alter Menschen nicht von dem jüngerer (13). Für gesunde Senioren scheint zwar eine leicht erhöhte Proteinzufuhr günstig zu sein, doch sind die Fachgesellschaften noch immer zurückhaltend, die Empfehlungen entsprechend anzupassen (3, 14). Die empfohlenen Zufuhrmengen an Vitaminen, Mineralstoffen und essenziellen Fettsäuren sind weitgehend unverändert. Lediglich für Vitamin D wird wegen der nachlassenden Eigensynthese eine doppelt so hohe Zufuhr empfohlen als für jüngere Erwachsene. Häufig lässt sich die erforderliche Menge bei Hochbetagten nur durch Supplemente sicherstellen.

Da der Nährstoffbedarf weitgehend unverändert ist, die erforderliche Energiemenge jedoch sinkt, muss bei der Zusammenstellung des Essens eine hohe Nährstoffdichte angestrebt werden. Dies erreicht man durch die Auswahl von Lebensmitteln, die nährstoffreich und gleichzeitig kalorienarm sind, beispielsweise Obst, Gemüse, Kartoffeln, Vollkornprodukte, fettarme Milchprodukte, mageres Fleisch und fettarmer Fisch. Eine sachgerechte Lagerung, kurze Kochzeiten, wenig Kochwasser sowie das Vermeiden von wiederholtem Aufwärmen oder langem Warmhalten sind wichtige Maßnahmen, um die Nährstoffe zu erhalten.

Da bei alten Menschen das Sättigungsgefühl früher eintritt, verlieren große voluminöse Hauptmahlzeiten an Bedeutung. Stattdessen sollten Zwischenmahlzeiten fest in den Tagesablauf eingeplant werden. Eine warme Mahlzeit am Tag hilft jedoch, einer einseitigen Ernährung vorzubeugen.

Im Lauf des Alters entwickelt sich nicht selten eine Lactoseintoleranz. Deswegen vollständig auf Milch und Milchprodukte zu verzichten, ist allerdings nicht nötig. Zum einen werden geringe Mengen meist noch vertragen, zum anderen sind gesäuerte Milchprodukte wie Joghurt oder Dickmilch sowie Hartkäse lactosearm beziehungsweise -frei.

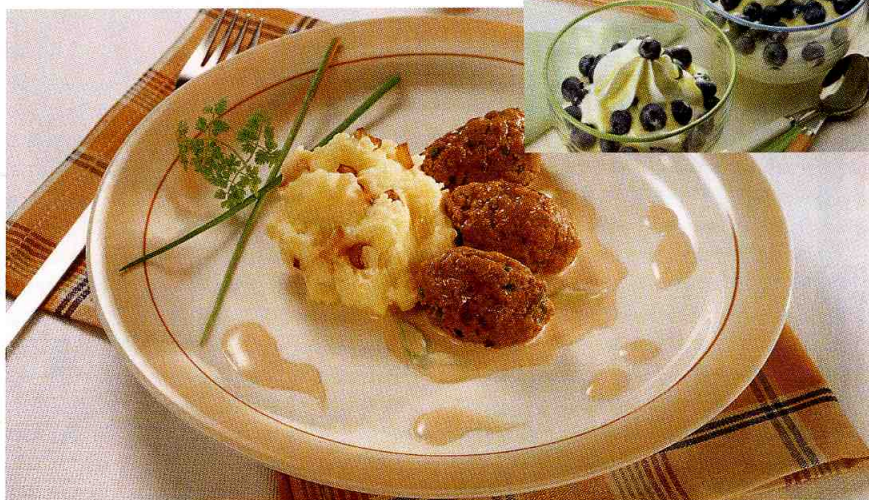
Eine gesunde altersgerechte Ernährung lässt sich leicht umsetzen (Kasten, nach 18). Die klaren Kernbotschaften kann man dem alten Menschen etwa in Form eines Handzettels als Gedankenstütze nach einem Beratungsgespräch mit nach Hause geben.

### Schonkost ist obsolet

Diäten sollten im Alter nach Möglichkeit keine Rolle mehr spielen. Die früher sehr verbreiteten speziellen Ernährungsregeln wie die Magen- oder die Galle-Schonkost gelten heute als obsolet. Zum einen haben sie keine Wirkung gezeigt, zum anderen können einseitige Diäten immer auch einen Nährstoff-

Schmackhaft, appetitlich angerichtet,  
leicht kau- und schluckbar:  
Hauptgericht und Zwischenmahlzeit  
für Senioren

Fotos: CMA-Fotoservice



mangel verursachen. Von der beeinträchtigten Lebensfreude ganz zu schweigen...

Heute wird bei Unverträglichkeiten oder Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts eine so genannte Leichte Vollkost empfohlen (15). Dabei gibt es keine strengen diätetischen Regeln, sondern erlaubt ist, was vertragen wird. Was individuell Beschwerden hervorruft, etwa frittierte Speisen, Kohlgemüse oder Hülsenfrüchte, wird aus dem Speiseplan gestrichen.

Bei erhöhtem Energiebedarf, zum Beispiel bei bestehender Malnutrition, bei konsumierenden Erkrankungen oder in der Rekonvaleszenz geht es darum, viele Kalorien in kleine, gut verdauliche Portionen zu packen. Jetzt ist eine nährstoff- und energiedichte Ernährung erforderlich. Beispielsweise kann man Speisen mit Sahne oder Butter energetisch aufwerten. Da Fett ein Geschmacksträger ist, werden die Gerichte dadurch zugleich schmackhafter.

### Empfehlungen für die Lebensmittelauswahl

- Täglich eine warme Mahlzeit
- Täglich mindestens ein Stück Obst
- Täglich mindestens eine Portion Gemüse oder Salat
- Täglich mehrere Portionen Milch, Joghurt, Quark oder Käse
- Täglich mindestens eine Scheibe Vollkornbrot
- Täglich mindestens 1,5 bis 2 l Flüssigkeit
- Mehrmals pro Woche ein Stück Fleisch, Fisch oder ein Ei
- Außerdem nicht vergessen: Bewegung im Freien!



Säfte, Wasser, Tee: Senioren sollen trinken, was ihnen schmeckt. Hauptsache reichlich.

Fotos: CMA-Fotoservice

Auch kalorienreiche Getränke wie Kakao, Fruchtsaft oder Malzbier sind eine gute und wohlschmeckende Möglichkeit, die Energiezufuhr zu erhöhen. Sichtbar bereitgestellte Snacks können zwischendurch zum Essen anregen.

### Das Trinken nicht vergessen

Da der Körper im Alter Flüssigkeitsdefizite nicht mehr zuverlässig mit einem Durstgefühl meldet, sollten alte Menschen regelmäßig auch ohne Durst trinken (16). Als Flüssigkeitsmenge, die über Getränke und Suppen aufgenommen wird, werden für Menschen über 65 Jahre täglich mindes-

tens etwa 20 ml pro Kilogramm Körpergewicht empfohlen (13). Demnach sollte eine Person mit 70 kg wenigstens 1,4 Liter täglich trinken. Bei hohen Temperaturen im Sommer, bei Durchfall, Erbrechen oder Fieber muss man deutlich mehr trinken. Umgekehrt muss die Flüssigkeitsmenge bei schwerer Herz- oder Niereninsuffizienz erniedrigt werden.

Um die empfohlene Flüssigkeitsmenge tatsächlich zu erreichen, hat sich die Aufstellung eines konkreten Tagestrinkplans bewährt (Tabelle 1). Bei Angst vor dem nächtlichen Toilettengang kann man einige Stunden vor dem Zubettgehen mit dem Trinken aufhören. Damit das Trinken keine leidige Pflicht wird, sondern auch Genuss bietet, sollte man für Abwechslung bei den Getränken sorgen. Empfehlenswert ist weiterhin, eine Flasche Wasser oder Saftschorle zur Erinnerung gut sichtbar auf den Nachttisch oder neben den Fernsehsessel zu stellen.

Entgegen früherer Meinung dürfen Kaffee und schwarzer Tee übrigens voll auf die Flüssigkeitsbilanz angerechnet werden. Bei Menschen, die diese Getränke regelmäßig trinken, zeigen sie keine diuretischen Effekte. Ebenso ist Alkohol in moderaten Mengen erlaubt, ein Glas Wein oder ein Aperitif können zudem den Appetit anregen.

Harninkontinenz darf kein Grund sein, auf das Trinken zu verzichten. Hier sind Pharmakotherapie, Vorlagen und gegebenenfalls Beckenbodentraining geeignet, das Problem zu lösen. Ein stark konzentrierter Harn wegen zu geringer Flüssigkeitszufuhr erhöht hingegen die Drangsymptomatik und das Risiko der Harnsteinbildung.

### Schluckstörungen

Verschiedene Erkrankungen, insbesondere neurologische und entzündliche können zu Schluckstörungen (Dysphagie) führen. Die häufigste Dysphagie-Ursache überhaupt ist der Schlaganfall. Hinweise auf Probleme mit dem Schlucken können vielfältig sein (17) und werden nicht immer als solche erkannt:

- häufiges Husten, Räuspern oder Würgen beim Essen,
- Veränderung der Stimme (gurgelnd, rau, heiser, nass),
- vermehrte Schleimproduktion,
- Meiden von bestimmten Speisen und Getränken (Konsistenz),
- Herausfließen von Speisen und Getränken aus dem Mund (sabbern),
- Meiden von Essen in der Öffentlichkeit,
- kontinuierliche Gewichtsabnahme,
- erhöhte Temperatur oder wiederholt auftretende Fieberschübe,
- rezidivierende Pneumonien.

Achtung: Bei neurologischen Erkrankungen oder Karzinompatienten fehlen die

| Tageszeit          | Getränkebeispiele                     | Flüssigkeitsmenge (ml) |
|--------------------|---------------------------------------|------------------------|
| Nach dem Aufstehen | 1 Glas Wasser                         | 200                    |
| Frühstück          | 2 Tassen Milchkaffee oder Tee         | 300                    |
| Zwischenmahlzeit   | 1 Glas Fruchtsaft oder Buttermilch    | 200                    |
| Mittagessen        | 1 Tasse Suppe und 1 Glas Apfelschorle | 150<br>200             |
| nachmittags        | 2 Tassen Milchkaffee oder Kakao       | 300                    |
| abends             | 1 Tasse Kräutertee<br>1 Glas Wein     | 150<br>150             |
| <b>Gesamtmenge</b> |                                       | <b>1650</b>            |

Tabelle 1: Beispiel für einen Tagestrinkplan (modifiziert nach 16)

Zeichen von Kau- und Schluckstörungen häufig (silent aspirators).

Patienten mit Kau- und Schluckstörungen ernähren sich nicht selten nur von Suppen und Brei. Hierdurch lässt sich zwar die Energieversorgung decken, die ausreichende Zufuhr von Nährstoffen ist jedoch in der Regel nicht gewährleistet.

Die Ursachen von Schluckstörungen sollten zunächst abgeklärt werden, um möglichst eine kausale Therapie einzuleiten.

Mit einem Schlucktraining unter Anleitung einer spezialisierten Ernährungsberaterin können verloren gegangene Abläufe wieder erlernt werden. Für Dysphagiepatienten sind Flüssigkeiten und flüssige Speisen weit schwieriger zu schlucken als feste Speisen. Daher ist es oft hilfreich, die Konsistenz von Flüssigkeiten mit Hilfe von modifizierter Maisstärke zu erhöhen. Ruhe, die richtige Körperhaltung und verschiedene Hilfsmittel wie bestimmte Löffel oder Trinkbecher erleichtern das Schlucken weiter.

| Problem                                     | Maßnahmen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Appetitlosigkeit                            | Anregung des Appetits:<br>- Frische Luft (Spaziergang, Lüften der Räume)<br>- Gesellschaft/Betreuung beim Essen<br>- Ansprechendes Aussehen der Kost<br>- Kräftiger würzen, häufiger süße Speisen anbieten<br>- Amara oder Aperitif vor dem Essen<br>- Diäten möglichst vermeiden<br>Hohe Mahlzeitenfrequenz und kleine Portionen<br>Bei Bedarf: energetisch aufwerten, zum Beispiel durch Butter, Sahne, Milch                                                                                                                                                  |
| Schluckbeschwerden                          | Aufrechtes Sitzen, Hochlagern bei Bettlägerigen<br>Betreuung durch spezialisierte Ernährungsfachkraft<br>Lebensmittel anpassen<br>Esshilfen wie spezielle Löffel und Trinkbecher                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Kaubeschwerden                              | Wenn nötig, zahnärztliche Behandlung<br>Getränke zu den Mahlzeiten, reichlich Soße, häufiger Suppen, Puddingspeisen oder Ähnliches<br>Angepasstes Darreichen von Lebensmitteln:<br>- harte Brotrinden, Obstschalen entfernen<br>- Kost pürieren<br>- »Gläsernkost« als Zwischenmahlzeit<br>- Schwer kaubare Lebensmittel ersetzen, zum Beispiel Hackfleisch statt Bratfleisch, Kartoffelbrei statt Bratkartoffeln, gekochtes Gemüse statt Rohkost, Frischkäse statt Hartkäse, frisches Brot statt Körner- oder Knäckebrötchen, Apfelkompott statt frischer Apfel |
| Einschränkungen der Beweglichkeit der Hände | Esshilfen wie Bestecke mit verdickten oder verlängerten Griffen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Als Zusatz bei Malnutrition                 | Bei Bedarf zusätzliche Trinknahrung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

Tabelle 2: Mögliche Maßnahmen bei Essproblemen (modifiziert nach 9)

### Probleme überwinden

Für viele Probleme, die das Essen und Trinken im Alter erschweren, lässt sich eine Lösung finden (Tabelle 2). Die Maßnahmen scheinen mitunter banal, doch angesichts der hohen Zahl schlecht und mangelernährter alter Menschen sind sie wohl doch nicht so selbstverständlich.

○ **Appetit anregen:** Frische Luft und Bewegung im Freien regen den Appetit an. Ein kleiner Spaziergang vor dem Mittagessen oder am Nachmittag, der fester Bestandteil des Tages ist, ist zu empfehlen. Wichtig ist auch, Esszimmer und Wohnung täglich gut zu lüften. Denn es stellt sich keine Lust auf ein Stück Kuchen ein, wenn es überall noch nach dem Mittagessen riecht. Amara aus der Apotheke mit bitterstoffhaltigen Drogen wie Pomeranzenschale, Enzianwurzel oder Wermutkraut können ebenso helfen wie ein Glas Kräuterlikör als Aperitif vor dem Essen.

Die Freude am Essen lässt sich mitunter wieder herstellen, indem man kräftiger würzt, um dem nachlassenden Geschmackssinn entgegenzuwirken. Da die Geschmacksrezeptoren für »süß« bis ins hohe Alter am empfindlichsten bleiben, sind süße Mittagessen wie Grießbrei mit Kompott, Apfelpfannkuchen oder Quarkauflauf etwas, worauf betagte Menschen



gen an frühere gute Lebensjahre geweckt werden, fördert auch dies Appetit und Wohlbefinden.

○ **Nährstoffzufuhr verbessern:** Wenn Vollkornbrot empfohlen wird, ist nicht unbedingt hartes grobkörniges Schwarzbrot gemeint, das in der Tat ein gesundes kräftiges Gebiss erfordert. Was viele nicht wissen: Es gibt auch ausgemahlenes Vollkornmehl und daraus gebackene Brote, die man in jeder guten Bäckerei erhält.

Wenn jemand frisches Obst nicht mehr verträgt, ist Obstkompott eine gute Alternative. Die »Gläsernkost« für Kleinkinder

Speziell geformte Bestecke mit verdickten Griffen oder Brotzeitbrettchen mit Rand können Menschen mit versteiften oder unbeweglichen Fingern oder Gelenken das Essen erleichtern.

Foto: Strack AG



○ **Freundliche Atmosphäre:** Nicht nur die Auswahl der Nahrungsmittel, auch das Umfeld und die Atmosphäre beim Essen beeinflussen die Nahrungsaufnahme. Auch hier kann sinnvolle Prävention ansetzen. In Gesellschaft schmeckt es am besten. Es gibt viele Möglichkeiten, in Gemeinschaft zu kochen, zu essen oder zu trinken. Beispiele sind der »offene Mittagstisch« einer karitativen Einrichtung, die Wiederbelebung alter Kaffeeekränzchen oder ein paar Kekse und ein Glas Saft gemeinsam mit dem Enkel.

Lässt sich mit der adaptierten »normalen« Ernährung kein befriedigender Ernährungsstatus erreichen, sollten zusätzlich – nicht ersatzweise(!) – ein bis zwei Portionen Trinknahrung als Zwischen- oder Nachtmahlzeit getrunken werden.

### Aufmerksamkeit ist gefordert

Der gute Ernährungsstatus im Alter hat großen Einfluss auf das Wohlbefinden, den Erhalt der Alltagskompetenz und die gesundheitliche Prognose. Jedoch kennen viele die Gefahren, die aus einer Mangelernährung resultieren, gar nicht. So können chronische, aber auch vermeintlich banale Erkrankungen einen schnellen Verlust von Körpergewicht verursachen. Häufig verläuft die Gewichtsabnahme unspektakulär und schleichend und wird erst bemerkt, wenn die Kleidung schlottet. Dann aber ist bereits wertvolle Zeit verloren gegangen. Je eher man einschreitet, desto besser lassen sich Folgeschäden verhindern. Aufmerksamkeit und Wachsamkeit sind daher erforderlich, um Lebensqualität und Alltagskompetenz der betagten Menschen möglichst lange zu erhalten.

Gerade in der Apotheke bieten sich gute Gelegenheiten, alte Menschen auf das Thema anzusprechen. Hier fällt es vielen bekanntlich leichter als beim Arzt, über ihre Probleme zu sprechen. Das gilt allemal für vermeintlich unwichtige Alltagsthemen wie Essen und Trinken. Auch die Angehörigen können im Beratungsgespräch sensibilisiert werden. Der gute Wille ist sicher meist vorhanden, doch fehlen oft die Ideen, die Probleme zu lösen. /



Gemeinsam kochen, essen und trinken macht den meisten Menschen mehr Spaß als ein einsames Mahl.

Foto: AOK

vielleicht häufiger Appetit haben. Vertraute Gerichte aus der eigenen Kindheit sind meist beliebter als »neumodische« Rezepte und Zutaten. Warum auch nicht – schließlich können die Essgewohnheiten nicht so falsch gewesen sein, wenn man damit 80 oder 90 Jahre alt geworden ist. Und wenn mit dem Geschmack oder dem Duft eines Essens angenehme Erinnerun-

schmeckt auch vielen alten Menschen. Das Pürieren von Speisen ist eine einfache Maßnahme bei Kauproblemen und dem Weichkochen wegen der Thermolabilität vieler Nährstoffe vorzuziehen. Da das Auge bekanntlich mit isst, sollte aber kein unappetitlicher Einheitsbrei gereicht werden. Man kann Gemüse, Kartoffeln und Fleisch einzeln pürieren und anrichten.

## Literatur

- (1) Micol, W., Specht-Leible, N., Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Med. Welt 56, Nr. 4 (2005) 139-143.
- (2) National Research Council, Diet and Health. Implications for reducing chronic disease risk. Nat. Academy Press, Washington DC 1989.
- (3) Volkert, D., Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM und DGG. Akt. Ernähr. Med. 29 (2004) 190-197.
- (4) Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Ernährungsbericht 2000. Frankfurt am Main, 2000.
- (5) Nes, M. C. van, et al., Does the mini nutritional assessment predict hospitalization out-

comes in older people? Age and Ageing 30 (2001) 221-226.

- (6) Potter, J., et al., The nutritional status and clinical course of acute admissions to a geriatric unit. Age and Ageing 24 (1995) 131-136.
- (7) Boumendjel, N., et al., Refrigerator content and hospital admission in old people. Lancet Vol. 356, 9229 (2000) 563.
- (8) Bauer, J., Sieber, C., Pathophysiologie und Diagnostik der Malnutrition im Alter. Geriatrie J. Nr.1 (2005) 12-16.
- (9) Küpper, C., Ernährung im Alter. Med. Welt 51, Nr. 12 (2000) 393-393.
- (10) Kondrup, J., et al., ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clin. Nutrition 22, Nr. 4 (2003) 415-421.
- (11) Vellas, B., et al., The mini nutritional assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. Nutrition 15 (1999) 116-122.
- (12) Bauer, J. M., et al., Screening und Assessment der Malnutrition: Ergebnisse des BANSS-Expertentreffens 2005. Eur. J. Ger. Nr. 4, Suppl. 3 (2005) 260-262.
- (13) Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung (SGE), Schweizerische Vereinigung für Ernährung (SVE). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Umschau Braus GmbH Verlagsges. DGE, Frankfurt am Main 2000.
- (14) Beaufre, B., et al., Report of the IDECG Working Group on energy and macronutrient metabolism and requirements of the elderly. Eur. J. Clin. Nutr. 54, Suppl. 3 (2000) 162-163.
- (15) Kluthe, R., et al., Das Rationalisierungsschema 2000. VitaMinSpur. 16 (2001) 13-20.
- (16) Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Prävention von Austrocknungszuständen im Alter. DGE Info 08 (2005) 119-120.
- (17) Paul, C., Ernährung bei Kau- und Schluckstörungen. Med. Welt 54, Nr. 9 (2003) 231-238.



**PZ**

Links zum  
Titelthema finden  
Sie im Internet

[www.pharmazeutische-zeitung.de](http://www.pharmazeutische-zeitung.de)

## Die Autorin



**Annette Immel-Sehr** studierte Pharmazie in Bonn und Frankfurt/Main. Nach der Approbation 1988 promovierte sie über ein pharmakologisches

Thema am Pharmakologischen Institut für Naturwissenschaftler der Universität Frankfurt. Von 1992 bis 1999 war Dr. Immel-Sehr als Referentin für Aus- und Fortbildung bei der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände tätig. Seither arbeitet sie freiberuflich als Beraterin für Wissenschafts-PR und als Fachjournalistin.

- (18) Volkert, D., Vollwertige Ernährung im Alter. In: Nikolaus, T., (Hrsg.), Klinische Geriatrie. Springer Berlin, Heidelberg, New York 2000.
- (19) Bielenberg, J., Arzneimittel und Vitamine. Govi-Verlag, Frankfurt am Main, Eschborn 1995.

## Anschrift der Verfasserin

Dr. Annette Immel-Sehr,  
Behringstraße 44,  
53177 Bonn-Bad Godesberg  
E-Mail: [ais@immel-sehr.de](mailto:ais@immel-sehr.de)