

# Ernährung von Senioren als interdisziplinäre Aufgabe

## Übergewicht im Alter<sup>1</sup>

Physiologische Veränderungen und Erkrankungen im Alter gehen mit einer Vielzahl von Ernährungsrisiken einher. Dazu gehören neben einer erhöhten Prävalenz von Malnutrition zunehmend auch Übergewicht und Adipositas. Diese werden anteilig über eine Reduktion des Energiebedarfs durch körperliche Inaktivität und durch eine Abnahme metabolisch hoch aktiver Gewebe erklärt. Mit Übergewicht assoziierte Komorbiditäten bestehen auch im Alter und können durch eine Gewichtsabnahme z. T. gebessert werden.

Die Indikation für eine Gewichtsabnahme im Alter sollte jedoch sehr sorgfältig gestellt werden und Kontraindikationen wie Herz- oder Niereninsuffizienz und Osteoporose berücksichtigen. Besonderheiten für die Gewichtsreduktion im Alter sind eine moderate Kalorienrestriktion (ca. –500 kcal/d) mit einem hohen Proteinanteil (1,0 g/kg hochwertiges

Protein) und einer ausreichenden Supplementierung von Vitaminen und Mineralstoffen. Insbesondere muss auf eine ausreichende Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr (1 500 mg Ca/d, 1 000 IU Vitamin D/d) geachtet werden, um eine Abnahme der Muskelmasse und der Knochendichte weitgehend zu verhindern. Die Indikation einer Kalzium-Supplementierung muss jedoch angesichts möglicher unerwünschter kardialer Nebenwirkungen sehr zurückhaltend gestellt werden. Sie bleibt weitgehend der Behandlung einer Osteoporose sowie einer passagären Anwendung bei Gewichtsreduktion vorbehalten. Die Bedeutung einer gezielten Auswahl kalziumreicher Lebensmittel zur Prävention des Knochenabbaus rückt daher wieder mehr in den Vordergrund und ist eine wesentliche Aufgabe in der Diätberatung und Versorgung älterer Menschen.

Gerade die Vitamin-D-Versorgung ist im Alter oft unzureichend, da die Sonnenlichtexposition oft zu gering und die Vitamin-D-Syntheseleistung der Haut vermindert ist. Eine Supplementierung ist daher in vielen Fällen nötig und kann helfen, unspezifische Symptome eines Vitamin-D-Mangels wie muskulo-skeletale Schmerzen zu bekämpfen.

Die Prävalenz eines übermäßigen altersbedingten Abbaus der Skelettmuskelmasse (Sarkopenie) wird häufig unterschätzt, weil diese (v. a. bei bestehendem Übergewicht) schwer zu diagnostizieren ist. Die Folgen für Gesundheit und Lebensqualität sind groß: Kraft- und Funktionseinbußen der Skelettmuskulatur erhöhen das Risiko für Stürze. Eine Verschlechterung der Immunfunktion und Thermoregulation erhöht das Risiko für Infektionen. Komorbiditäten wie Diabetes mellitus Typ 2 und einige

Medikamente begünstigen die Sarkopenie. Insgesamt erscheinen daher im Alter die Meidung einer Diät und die Empfehlung einer, den individuellen Möglichkeiten angepassten, erhöhten körperlichen Aktivität als die am besten geeignete Maßnahme zur Regulation der Energiebilanz und damit des Körpergewichts.

## Mangelernährung im Alter<sup>2</sup>

### Identifizierung von mangelernährten Patienten/Senioren und deren Betreuung im Krankenhaus/Seniorenheim

Mangelernährung ist mit messbaren Veränderungen von Körperfunktionen verbunden und hat einen ungünstigen Krankheitsverlauf zur Folge. Entscheidend ist, dass dieser Zustand durch eine adäquate Ernährungstherapie reversibel ist.

Die Diagnose Mangelernährung und die Risikoeinschätzung einer vorliegenden Mangelernährung obliegen der Verantwortung der Klinikleitung (ärztlicher Direktor, Geschäftsführung) oder der Leitung eines Seniorenheimes.

Im Jahr 2003 hat der Europarat eine Resolution über die Verpflegung und Ernährungsversorgung in Krankenhäusern veröffentlicht und eine Verbesserung der Ist-Situation gefordert. Eine **Resolution des Ministerrats des EU-Parlaments im November 2003** hat folgendes<sup>3</sup> beschlossen:

- Die hohe Zahl an unterernährten Patienten in den Krankenhäusern ist nicht akzeptabel.
- Die europäischen Regierungen werden aufgefordert, die ernährungsmedizinische Praxis in den Krankenhäusern und in der ambu-



Prof. Anja BOSY-WESTPHAL beim Vorsymposium zum VDD Kongress: Senioren in der Gemeinschaftsverpflegung

<sup>1</sup>Prof. Anja Bosy-Westphal

<sup>2</sup>Sigrid Kalde, Diätassistentin

<sup>3</sup>[www.bda.uk.com/Downloads/CoEResolution.pdf](http://www.bda.uk.com/Downloads/CoEResolution.pdf)

- lanten Behandlung zu verbessern.
- Bei allen Patienten soll routinemäßig der Ernährungszustand bestimmt werden.
  - Score zum Erheben dieses Status soll einfach durchzuführen sein. Bei Patienten, bei denen der Ernährungszustand ein Risiko darstellt, soll ein Ernährungsplan aufgestellt werden.
  - Ernährungsunterstützung als Teil der Therapie hat mit System zu erfolgen!

Im Jahr 2009 wurde in der **Prager Deklaration** zur Bekämpfung krankheitsbedingter Mangelernährung in Europa gefordert, mehr Problembewusstsein für die Mangelernährung zu schaffen, Leitlinien zu verankern und ein obligatorisches Screening zur Erfassung der Mangelernährung zu etablieren.

**Fazit:** Das Resolutionspapier des Ministerrats des EU-Parlaments (2003) und die Prager Erklärung (2009) zeigen, dass sich Politiker des Themas „Mangelernährung“ annehmen und aufrufen, aktiv im Kampf gegen die Mangelernährung zu sein.

### Prävalenz der Mangelernährung

Mangelernährung stellt nicht nur in den Entwicklungsländern, sondern auch in Industrienationen ein zunehmendes und im Klinikalltag sowie in Senioreneinrichtungen oft unterschätztes Problem dar, wobei der frühzeitigen Erfassung und konsequenten Therapie bis dato zu wenig Bedeutung beigemessen wird. Bereits im Jahre 1891 stellte G. KLEMPERER, Medizinische Klinik der Charité, fest: „Die meisten chronisch Kranken sind mager und reduziert, keine muskelstarken Individuen, deren Eiweißbestand auf stets gleicher Höhe zu erhalten ist.“ Die häufigste klinische Form der Mangelernährung ist die kombinierte Protein-Energie-Malnutrition.<sup>4</sup> Europäische Studien geben eine Häufigkeit von 20–60 % mangelernährter hospitalisierter Patienten an.<sup>5</sup> In Deutschland zeigte eine Prävalenzstudie ein Vorkommen von 27 % mangelernährter Patienten in der Klinik. Diese Studie hat ferner gezeigt, dass insbesondere über 80-

Jährige von einer Mangelernährung betroffen sind; in Seniorenheimen liegt die Prävalenz bei ca. 20–60 %.

### Ursachen und Folgen einer Mangelernährung

Die Ursachen einer Mangelernährung sind komplex und bedürfen einer individuellen Analyse. Eine Auswahl an möglichen Ursachen sind akute und chronische Erkrankungen, unzureichende Nahrungszufuhr, Kau- und Schluckstörungen, schlechter Zahnstatus, multipler Medikamentenkonsum, erhöhte Nährstoffverluste (Resorptions- und Digestionsstörungen), finanzielle Probleme, Isolierung im Alter, Immobilität und restriktive Diäten.

Die Folgen einer Mangelernährung sind in Art und Ausprägung sehr unterschiedlich. Es können ein erhöhtes Infektionsrisiko, verringerte Immunabwehr, erhöhte Komplikationsraten, schlechtere Wundheilung (Nahtinstabilitäten), erhöhtes Dekubitusrisiko, schlechteres Therapieansprechen, Verschieben von lebensnotwendigen Operationen, erhöhter Bedarf an Medikamenten und Hilfsmitteln und ein erhöhter Therapieaufwand auftreten. Mangelernährung wirkt sich auf alle Organsysteme, Immunsystem, Wundheilungsprozesse und die Skelettmuskulatur aus. Die Mortalitäts- und Komplikationsrate bei Mangelernährten ist signifikant erhöht.<sup>6</sup>

### Erfassung der Mangelernährung

Das Screening/Assessment auf Mangelernährung sollte im Krankenhaus und in Senioreneinrichtungen systematisch bei jedem Patienten/Senior und durch ein interdisziplinäres Team erfolgen. Die Zusammenarbeit der Mediziner, der Pflege und des Ernährungsteams sowie die Zusammenarbeit mit der Speisenproduktion (Küchenchef, Diätküchenleiter, Diätassistenten etc.) sind entscheidend für die erfolgreiche Identifikation der Mangelernährten und deren therapeutische Behandlung. Nicht nur die Erfassung des aktuellen Ernährungszustandes



Sigrid KALDE, Diätassistentin

mit Dokumentation des aktuellen Körpergewichtes, -größe und des möglichen Gewichtsverlustes in den letzten Monaten, sondern auch die Schwere der Grunderkrankung wird neben dem Alter des Patienten/Seniors erfasst.

Die mögliche aktuelle orale Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme stellt einen weiteren wichtigen prognostischen Parameter zur Beurteilung der Ernährungssituation dar. Nur durch eine konsequent strukturierte Erfassung des Ernährungszustandes mittels eines Scores bei der Aufnahme können die Patienten/Senioren möglichst schnell identifiziert werden und eine Therapieoption erhalten. Die Identifikation der Mangelernährung sollte als Instrument „einfach, sicher und schnell“ in der Umsetzung sein.

### Teil 2 des Berichts zur Ernährungstherapie bzw. Seniorenernährung in der Praxis lesen Sie in der kommenden Ausgabe der Ernährungs Umschau.

<sup>4</sup>laut Definition nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)

<sup>5</sup>nach Löser, DMW 2001; 126: 729–734

<sup>6</sup>nach Reilly et al.: JPEN 1988; 12: 371–376