

Konsensusstatement Geriatrie

Empfehlungen für die Ernährung des älteren Menschen in der Langzeitpflege

Um den Ernährungszustand von Menschen, die in Langzeitpflegeheimen wohnen, zu verbessern bzw. zu erhalten, wurden in einer Konsensuskonferenz Leitlinien erarbeitet. Diese Empfehlungen stehen den entsprechenden Institutionen zur Verfügung und sollen für diese verpflichtend sein. Die Ergebnisse sind unter der Schirmherrschaft der Arbeitsgemeinschaft für Klinische Ernährung (AKE) in Kooperation mit der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG) und dem Verband der Diätologen Österreichs erstellt worden.



Essen bedeutet Lebensfreude.

Zu den Kernforderungen des Konsensusstatements zählt, dass alle Personen, die in eine Pflegeeinrichtung stationär aufgenommen werden, bei der Aufnahme durch Pflegepersonen einem standardisierten Ernährungs-Screening unterzogen werden müssen. Bei Bewohnern mit kognitiven oder kommunikativen Defiziten ist das betreuende Umfeld in die Erhebungsphase einzubinden.

Besteht der Verdacht eines Defizits, bedarf es zur weiteren Diagnose eines Assessments, das die Beeinträchtigungen, die zu Malnutrition führen können, spezifisch erfasst. Es bietet den Ansatz für aufzubauende pflegerische und therapeutische Maßnahmen, mit dem Ziel eine ausreichende Nahrungs- und Trinkmenge sicherzustellen.

Ziel der Ernährung im Alter ist die Erhaltung der Lebensqualität. Das bedeutet für die meisten Menschen vor allem eine unabhängige Lebensführung und den Erhalt der Alltagskompetenz. Schwerpunkt der ernährungsmedizinischen Beratung in der Geriatrie stellt die Mangelernährung in Kombination mit Multimorbidität dar.

Die Bedeutung der Körpermasse für die Prognose nimmt im Alter ab!

Wer dick oder dünn alt geworden ist, sollte daran nichts oder nur mehr wenig ändern, weil dieses Körpergewicht offensichtlich die jeweils beste Ausstattung ist!

Ein **bedeutender Gewichtsverlust** wird definiert mit ein bis zwei Prozent Gewichtsverlust in einer Woche, fünf Prozent in einem Monat, 7,5 Prozent in drei bzw. zehn Prozent in sechs Monaten.

Der Gewichtsverlauf ist ein wesentlicher Indikator zur Erkennung eines Ernährungsrisikos. Ausmaß und Geschwindigkeit der Gewichtsveränderung sind von Bedeutung (Hinweise auf zu weite Kleidungsstücke bzw. abnehmende Kleidergrößen).

Mechanismen einer verminderten Nahrungsaufnahme beim älteren Menschen

- Fehlende Kompensation nach Hungerphasen
- Negative Beziehung zwischen Hungergefühl und Magenentleerung
- Verzögerte Magenentleerung
- Vermehrte Antrumfläche postprandial
- Negative Beziehung zwischen Antrumfläche und oraler Energieaufnahme

- Erhöhte basale und postprandiale CCK-Spiegel

Physiologische Begünstigung der Malnutrition, insbesondere in Kombination mit anderen Faktoren!

Der **Energiebedarf** sinkt zwischen dem 30. und 55. Lebensjahr um fünf Prozent pro Jahrzehnt. Zwischen dem 55. und 75. Lebensjahr nimmt er um acht Prozent ab, danach nochmals um zehn Prozent. Körperliche Aktivität und die Geschwindigkeit der Stoffwechselvorgänge beeinflussen den Energiebedarf.

Grundumsatz und Leistungsumsatz nehmen im Alter ab!

Grundumsatzberechnung laut Harris & Benedikt (BMR)

x körperlicher Aktivität (PAL-Wert laut D-A-CH-Referenzwerten)

$$m: 66,5 + 13,8 \times \text{kg} + 5 \times \text{cm} - 6,8 \times a$$

$$f: 66,5 + 9,6 \times \text{kg} + 1,9 \times \text{cm} - 4,7 \times a$$

- **PAL 1,2:** Ausschließlich sitzende und liegende Lebensweise (z. B. alte, gebrechliche Menschen, bettlägerig, jedoch ohne Erkrankung)
- **PAL 1,4:** Sitzende Tätigkeit, zeitweilig gehen und stehen
- **PAL 1,6:** Überwiegend gehende und stehende Tätigkeit (Alzheimer Demenz Patienten mit Bewegungsdrang)

Faustregel

- immobil Patient 25 kcal/kgKG/Tag
- mobiler Patient 30–35 kcal/kgKG/Tag
- Patienten mit Dekubitalulcera 35–50 kcal/kgKG/Tag

Flüssigkeitsbedarf

- 30 ml/kg Körpergewicht (Ist-Gewicht) bzw. 1 ml/kcal (Gesamtwasseraufnahme)
- Besonders bei älteren Menschen kann das Durstempfinden so abgeschwächt sein, dass sie nicht mehr in der Lage sind,

¹ Maria Maierhofer, Diätologin
Stellvertr. Leitung Arbeitskreis Ernährung & Geriatrie, Geriatriezentrum am Wienerwald, Wien

TABELLE 1
Physiologische Altersveränderungen und Risiko für Ernährungsprobleme

Physiologische Altersveränderungen	Risiko für Ernährungsprobleme
Geschmacks- und Geruchsempfinden↓ Durstempfinden↓ Appetit↓, Appetitregulation↓	→ erhöhtes Risiko für Gewichtsverlust, Mangelernährung
Fettfreie Körpermasse↓, v.a. Muskelmasse (Sarkopenie) → Energiebedarf↓	→ bei unverändertem Nährstoffbedarf erhöhtes Risiko für Nährstoffdefizite
Körperwassergehalt↓ Durstempfinden↓ Urinkonzentrationsfähigkeit↓	→ erhöhtes Dehydrationsrisiko
Hautsynthese von Vitamin D↓ Sonnenlichtexposition↓	→ erhöhtes Risiko für Vitamin D Mangel
Häufigkeit atrophischer Gastritis↑	→ erhöhtes Risiko für Vitamin B ₁₂ -, Calcium- und Eisenmangel

Dorothee Volkert

ein bestehendes Flüssigkeitsdefizit adäquat wahrzunehmen. Aufgrund der häufigen Multimorbidität (renale und kardiale Situation, Diarrhoe) der Bewohner ist die jeweilige Trinkmenge mit dem behandelnden Arzt abzustimmen. Kaffee wird zur Trinkmenge hinzugerechnet.

Die Trinkgefäße sollten nicht zu schwer sein, insbesondere von der Nutzung sogenannter Schnabeltassen wird, z. B. bei Schluckstörungen, immer wieder abgeraten, da bei diesen die Flüssigkeit ungehindert in den Mund fließen kann und der physiologische Schluckvorgang erschwert wird. Als Alternativen bieten sich z. B. Becher mit Griffverstärkung an.

Eiweißbedarf

- 1-1,2 g/kgKG/Tag (bei Personen ab 65 a)
- 1,2-1,5 g/kgKG/Tag bei Eiweißmangel bzw. Wundheilungsstörungen

Die Ballaststoffzufuhr bleibt mit 30 g/Tag im Alter gleich, der Mineralstoff-, Spurenelement- und Vitaminbedarf ist gleich bleibend bis leicht erhöht.

Kritische Versorgung im Alter

Allgemein: Ballaststoffe, Vitamin D, Calcium, Vitamin C (vor allem bei Nikotinabusus) und Flüssigkeit

In Institutionen zusätzlich: Vitamin B 6, B 12, Folsäure, Zink, Eisen, Jod, Fluorid

Bei Patienten mit Dekubitalulcera ist der Vitamin A, C, E und Zinkbedarf um ein Vielfaches erhöht. Bei weniger als 1000 Kilokalorien pro Tag besteht allgemeine Gefahr einer generellen Unterversorgung.

Kernpunkte der

Ernährungsoptimierung im Alter

- Reduktion der Energiezufuhr im Alter
- Unveränderte Zufuhr an Vitaminen und Mineralstoffen
- Höhere Dichte an Mikronährstoffen und Eiweiß bei niedrigerer Energiedichte
- Ausgewogene Ernährung, die dem Patienten schmeckt und seine Vorlieben berücksichtigt

Empfehlungen für eine abwechslungsreiche Mischkost

Täglich:

- 1 warme Mahlzeit
- Mindestens 1 Stück Obst
- Mindestens 1 Portion Gemüse oder Salat
- Mehrere Portionen Milch, Joghurt, Topfen oder Käse
- Mindestens 1 Scheibe dunkles Brot/Vollkornbrot
- Mindestens 1,5-2 Liter Flüssigkeit (verdünnte Frucht-/Gemüsesäfte,
- Leitungswasser, Mineralwasser, Kräuter-/Früchtetee ...)

Mehrmals pro Woche:

- Fleisch, Fisch oder Ei
- Bewegung im Freien bzw. Sonnenlicht-Exposition

Tipps für eine optimale Eiweißzufuhr im Alter

Suppen und Saucen mit Ei legieren, eiweißreiche Speisen bevorzugt anbieten und individuelle Wünsche/Bedürfnisse der zu Betreuenden berücksichtigen, soweit möglich (*Süß- und Mehlspeisen, Knödel mit Ei, Omelette, weiche Fleischspeisen*).

Weiters können Speisen mit Käse oder Joghurt angereichert (*Gratinieren, Saucen ...*) bzw. Milchprodukte als Zwischenmahlzeit angeboten werden (*Pudding, Joghurt, Cremes ...*).

Bevorzugen von biologisch hochwertigen Kombinationen:

- Kartoffel-Ei-Mischung, z. B. Kartoffelpfanne
- Getreide-Milch-Mischung, z. B. Grießauflauf
- Getreide-Ei-Mischung, z. B. Eiernockerln
- Hülsenfrüchte-Fleisch-Mischung, z. B. Linsen mit Geselchtem

Rezepturen und Analysen

Um eine bedarfsgerechte Ernährung der Senioren zu gewährleisten und zur Sicherung der Versorgungsqualität, ist die Erstellung und standardisierte Anwendung von Rezepturen mit einer genauen Nährstoffanalyse erforderlich. Damit ist auch eine Überprüfung der zugeführten Inhaltsstoffe und Kalorien mittels Tellermonitoring möglich. Der gute Geschmack des Essens, eine nährstoffschonende Zubereitung und eine optisch ansprechende Darreichung stehen immer an erster Stelle, wenn es um die Erwartungen der Menschen an das Essen geht.

Tellermonitoring (Ess- und Trinkprotokoll)

Erfassungsinstrument für quantitative

Body Mass Index (BMI) nach geriatrischen Kriterien

Alter > 65 a	BMI Beurteilung
≤ 18,5	Schwere Mangelernährung
18,5 – 19,99	Leichte Mangelernährung
20 – 21,99	Risiko für Mangelernährung
22 – 26,99	Normalgewicht
27 – 29,99	präadipös
≤ 30	Adipositas

Laut ESPEN (European Society of Parenteral and Enteral Nutrition), 2000

Mahlzeit	0	1/4	1/2	3/4	1/1	Getränke	Zusatznahrung, Handzeichen	Anmerkungen
Frühstück	<input type="checkbox"/>							
Vormittagsjause	<input type="checkbox"/>							
Mittagessen	<input type="checkbox"/>							
Nachmittagsjause	<input type="checkbox"/>							
Abendessen	<input type="checkbox"/>							
Spätmahlzeit	<input type="checkbox"/>							
								Gesamtrinkmenge: ... Liter

Adaptiert nach Vorlagen des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser, des Universitätsklinikums Graz und des nutritionDay.



Abb. 2: Vielschichtige Möglichkeiten die Ernährungssituation zu verbessern.

1. Natürliche Nahrungsmittel (vollwertige, nährstoffreiche Mischkost)
2. Natürliche Nahrungsmittel + Supplemente/Trinknahrungen
3. Enterale Ernährung
4. Parenterale Ernährung

Jedoch: Ohne „körperliches Training“ reduzieren auch bilanzierte Supplemente Muskelschwäche oder körperliche „frailty“ (Gebrechlichkeit) nicht!

Essen bedeutet Lebensfreude ⇒ Die Maßnahmen gehen weit über den Teller rand hinaus ⇒ Interdisziplinäres Team ■

Feststellung und Dokumentation der Mahlzeiteaufnahme (Abb. 1).

Wichtig sind einheitlich definierte Portionsgrößen (Schöpffmaß). Abweichende Portionsgrößen müssen dokumentiert werden.

Anpassungen zur Sicherstellung einer adäquaten Ernährung

- Regelmäßige Evaluierung eines Ernährungsprotokolls mittels Tellermonitoring,
- besondere Unterstützung der gefährdeten Bewohner bei der Nahrungsaufnahme durch die Pflege, Anpassung des laufenden Ernährungsregimes (Kalorien- und Nährstoffzufuhr, Anreicherung bzw. Konsistenz der Speisen, individuelle Kost anbieten).
- Anpassen der supportiven Ernährung in Form von adäquater Zusatznahrung, enteraler Ernährung sowie parenteraler Ernährung (über ärztliche Verordnung).

Tipps für die Gestaltung des Umfeldes bei der Nahrungsaufnahme

Essen in Gemeinschaft regt bekanntlich den Appetit an, jedoch sollte auch akzeptiert werden, wenn jemand lieber alleine essen möchte. Weiters sollten alle Sinne angesprochen werden (Aussehen, Geruch, Geschmack, Tastsinn) sowie der Essplatz entsprechend gestaltet werden (Möbel, Licht, Geräuschkulisse, Gerüche, Geschirr, Tischdecke, Tischschmuck).

Wichtig ist, fixe Essenszeiten und –frequenz einzuplanen bzw. durch die Mahlzeiten eine gute Tagesstrukturierung zu schaffen. Das Speisenangebot sollte individuell gestaltet werden, z. B. Hausmannskost, Spätmahlzeiten einplanen sowie die Essbiographie des Bewohners einfließen lassen (Lieblingsspeisen, Abneigungen, Essenszeiten ...).

Hilfreich ist, Rituale bei der Nahrungsaufnahme zu berücksichtigen in Form von Musik, Mithilfe beim Tisch decken bzw. ein gemeinsames Gebet zu sprechen.

Zu festlichen Anlässen können Tafeln errichtet bzw. dem Bewohner die Gastgeberrolle überlassen werden (Abb. 2)

Ernährungstherapeutische Möglichkeiten



Das Konsensuspapier Geriatrie kann über die Arbeitsgemeinschaft für Klinische Ernährung bezogen werden (www.ake-nutrition.at) bzw. office@ake-nutrition.at!

Korrespondenzadresse:
 Maria Maierhofer, Diätologin
 Stellvert. Leitung Arbeitskreis Ernährung & Geriatrie
 Geriatriezentrum am Wienerwald
 Jagdschlossgasse 59, 1130 Wien
geriatrie@diaetologen.at