

Ernährung älterer Menschen in stationären Einrichtungen (ErnSTES-Studie)

Helmut Heseke, Universität Paderborn

Einleitung

Die Sicherstellung einer ausreichenden Ernährung bzw. Nährstoffversorgung stellt bei pflegebedürftigen älteren Menschen eine große Herausforderung dar, die erhebliche diätetische und pflegerische Anstrengungen erfordert. Über die Nährstoffversorgung von älteren Personen in stationären Einrichtungen der Altenpflege liegen nun erstmals aussagekräftige Daten vor. Diese Daten zeigen, dass – im Gegensatz zu den selbständig lebenden älteren Menschen – erhebliche Ernährungsdefizite bestehen.

Hintergrund

Mit zunehmendem Alter kommt es vermehrt zu altersassoziierten Veränderungen, die von erheblicher Bedeutung für das Ernährungsverhalten bzw. den Ernährungs- und Gesundheitsstatus älterer Menschen sind. Altersassoziierte Veränderungen im Stoffwechsel und im Energie- und Nährstoffbedarf, zunehmende Appetitlosigkeit und die im Alter häufig auftretende Multimorbidität prädisponieren ältere Menschen für die Entwicklung einer Mangelernährung. Bedingt durch die Abnahme des Geschmacks- und Geruchsvermögens werden viele Speisen als gleich schmeckend und normal gewürzte Gerichte als fade empfunden. Kau- und Schluckbeschwerden sowie Mundtrockenheit erschweren die Nahrungsaufnahme und reduzieren den Appetit erheblich. Eine altersassoziierte Verminderung der Magendehnung und eine erhöhte Aktivität von Sättigungshormonen führen oft dazu, dass bei einzelnen Mahlzeiten nur kleine Mengen gegessen werden. Neben den genannten Veränderungen beeinflussen auch körperliche Behinderungen (z. B. Lähmungen nach Schlaganfall, starkes Zittern bei Morbus Parkinson, Sehstörungen) und geistige Beeinträchtigungen (z. B. Vergesslichkeit, Verwirrtheit, Depressionen, Demenz) bzw. Krankheiten (z. B. Alzheimer, Entzündungs- und Schmerzzustände) die Nahrungsaufnahme. Daher sind Ernährungsdefizite besonders bei akut oder chronisch kranken Senioren und Seniorinnen zu erwarten. Diese werden allerdings häufig von einem unzureichend geschulten Personal nicht oder nicht rechtzeitig wahrgenommen.

Untersuchungskollektiv und -methoden

An dieser Ernährungsstudie nahmen im Jahr 2006 aus zehn Altenpflegeheimen in sieben Bundesländern insgesamt 773 Bewohnerinnen und Bewohner teil. Das untersuchte Gruppe setzte sich aus einer Stichprobe von 153 Männern (20 %) mit einem mittleren Alter von 81 Jahren und 620 Frauen (80 %) mit einem mittleren Alter von 86 Jahren zusammen.

Unter der Assistenz der Pflegefachkräfte wurden bewohnerbezogene Daten, wie der Gesundheits- und Ernährungszustand, mithilfe von standardisierten Fragebögen und anthropometrischen Messungen (z. B. Körpergewicht etc.) erhoben. Die von den Teilnehmern verzehrten Nahrungsmengen wurden mit Hilfe eines Verzehrprotokolls ermittelt. Strukturfragebögen über den Wohnbereich bzw. über die Einrichtung wurden in einem standardisierten Interview mit den verantwortlichen Personen ausgefüllt.

Gesundheitszustand der Pflegeheimbewohner

Die Studienteilnehmer lebten zum Zeitpunkt der Erhebung 31 Monate in den Altenpflegeheimen, davon lebten 25 % fünf Jahre und länger dort. Die meisten Studienteilnehmer litten an 1 bis 3 chronischen Krankheiten und nahmen täglich mehr als fünf verschiedene Medikamente ein. Bei über der Hälfte der Studienteilnehmer wurde ärztlicherseits eine Demenz diagnostiziert. Der größte Teil der Bewohner wurde von den Pflegefachkräften als pflegebedürftig bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens eingestuft. 34 % erhielten Leistungen nach Pflegestufe I, 42 % nach Pflegestufe II und 18 % nach Pflegestufe III.

Der größte Teil der Bewohner erhielt Vollkost, am zweithäufigsten wurde den Bewohnern eine Diabeteskost serviert. Leichte Vollkost erhielten im Mittel 8 % der Bewohner. Nur ein geringerer Anteil der Bewohner nahm nach Kenntnis des Pflegepersonals Nahrungsergänzungsmittel ein. Die häufigsten Ernährungsprobleme waren Hilfsbedarf beim Kleinschneiden der Lebensmittel, gelegentliche Appetitlosigkeit, gelegentlicher Verzehr von auffällig geringen Lebensmittel- und Trinkmengen und Trinken nur nach Aufforderung.

Ernährungszustand

Mit zunehmendem Alter nimmt der BMI ab. Wird zur Beurteilung die wissenschaftlich anerkannte BMI-Einteilung nach der WHO herangezogen, weisen 8 % der Männer und 6 % der Frauen einen BMI < 18,5 auf, 39 % beider Geschlechter liegen mit ihrem BMI im Bereich von 18,5 bis 24,9; 33 % der Männer und 34 % der Frauen haben einen BMI zwischen 25 und 29,9; 17 % der Männer bzw. 14 % der Frauen sind mit einem BMI im Bereich von 30 bis 34,9 als adipös anzusehen. Aber auch 3 % der Männer und 7 % der Frauen weisen einen extrem hohen BMI (> 35) auf.

Lebensmittel-, Energie- und Nährstoffzufuhr

Die von der DGE vorgeschlagene Menge an Milch und Milchprodukten in Höhe von 200 bis 250 g/Tag wird zwar im Mittel erreicht, liegt aber in einigen Einrichtungen deutlich niedriger. Bei den Frauen – nicht aber bei den Männern – wurde mit zunehmendem Alter ein geringfügiger Rückgang des Verzehrs von Fleisch- und Wurstwaren festgestellt. Der mittlere Fischverzehr war als gering einzustufen. Der tägliche Verzehr von Gemüse, Gemüseprodukten und Obst war sehr niedrig.

Die durchschnittliche Energiezufuhr lag unter dem Richtwert, der für ältere Menschen mit ausschließlich sitzender Tätigkeit und nur wenigen anstrengenden körperlichen Aktivitäten gilt. Der auf die Gesamtenergiezufuhr bezogene Fettanteil war sowohl bei Frauen als auch bei Männern sehr hoch. Die durchschnittliche tägliche Zufuhr von Kohlenhydraten war relativ niedrig, der Anteil der Mono- und Disaccharide an der Gesamtkohlenhydratzufuhr war sowohl bei den Männern wie auch bei den Frauen sehr hoch. Die durchschnittliche tägliche Proteinzufuhr lag zwar im Bereich der D-A-CH-Referenzwerte, eine Analyse der individuellen Proteinzufuhr zeigte aber, dass 36 % der Senioren bzw. 35 % der Seniorinnen die empfohlene tägliche Proteinzufuhr nicht erreichten. Die tägliche Ballaststoffzufuhr war nur etwa halb so hoch, wie der D-A-CH-Referenzwert.

Die Zufuhrwerte für die Mehrzahl der untersuchten Vitamine und Mineralstoffe unterschritten die D-A-CH-Referenzwerte. Eine deutlich zu geringe Zufuhr lag bei Vitamin D vor. Allerdings lässt sich die empfohlene Zufuhrmenge von 10 µg/Tag mit herkömmlichen Lebensmitteln auch kaum erreichen. Deutlich zu gering war auch die Vitamin E-Zufuhr. Eine Analyse der individuellen Zufuhrwerte zeigte, dass je nach Altersgruppe 50 % bis 70 % der Heimbewohner die empfohlenen Zufuhrmengen an Vitamin B₁, B₂, B₆ und B₁₂ nicht erreichten. Die aufgenommenen Folat- und auch Vitamin C-Mengen lagen im Mittel sogar 50 % unter den jeweiligen Referenzwerten. Auch die durchschnittliche Zufuhr der untersuchten Mineralstoffe unterschritt die D-A-CH-Referenzwerte. Besonders groß war der Abstand zum Referenzwert bei der Calciumzufuhr. Die Referenzwerte für die tägliche Zufuhr von Eisen wurden von 63 % der Männer bzw. 82 % der Frauen und die tägliche Zinkzufuhr von 68 % der Männer und 53 % der Frauen nicht erreicht. Insgesamt zeigte die Analyse der Nährstoffzufuhr keine deutlichen Alterstrends.

Einfluss von Pflegestufe und Demenzerkrankungen

Es konnte gezeigt werden, dass der Grad der Pflegebedürftigkeit den Ernährungszustand wesentlich stärker beeinflusst als das Lebensalter. Mit zunehmendem Pflegegrad wird es immer schwieriger, eine ausreichende Energieversorgung zu erreichen. Bei Betrachtung der Energie- und Nährstoffzufuhr von Personen ohne und mit Demenzerkrankungen waren deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu erkennen. Während bei den Senioren nur wenig Unterschiede zu beobachten waren, war bei den Seniorinnen mit Demenzerkrankungen die Zufuhr von Energie, Fett und Protein wesentlich geringer als bei Seniorinnen ohne Demenz. Auch die Zufuhr von vielen Vitaminen und Mineralstoffen sowie Ballaststoffen war bei Seniorinnen mit Demenz signifikant niedriger. Es wurde festgestellt, dass die Zeit des Personal für die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme oft sehr knapp bemessen war.

Schlussfolgerung

Da die Teilnahme der Pflegeheime an der Studie auf freiwilliger Basis stattfand, ist nicht auszuschließen, dass bei den untersuchten Heimen eine gewisse positive Selektion von besonders an Qualitätsverbesserung im Ernährungsbereich interessierten Heimen stattgefunden hat. Möglicherweise sind die festgestellten Defizite in der Lebensmittel- und Nährstoffversorgung in Einrichtungen mit weniger günstigen Voraussetzungen noch wesentlich größer. Die an der Untersuchung teilnehmenden Einrichtungen waren bemüht, eine altersgerechte Kost anzubieten, die auch die Geschmacksvorlieben der Zielgruppe sowie Kaustörungen berücksichtigt. Multimorbidität, körperliche Behinderungen und geistige Beeinträchtigungen bzw. Krankheiten haben erheblichen Einfluss auf den Appetit, auf die verzehrte Nahrungsmenge und Kostzusammensetzung. Die Nährstoffversorgung weist insgesamt eine große Streubreite auf. Auch wenn bei einzelnen Nährstoffen die D-A-CH-Referenzwerte im Mittel knapp erreicht werden, darf das nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele Senioren und Seniorinnen die Referenzwerte für die tägliche Nährstoffzufuhr erheblich unterschreiten. Als besonders problematisch muss die Versorgung mit Vitamin D eingestuft werden.