

KRANKENHAUSSERIE

Gegen Mangelernährung im Alter

In der Geriatrie hilft ein interdisziplinäres Ernährungsteam aus Ärzten, Pflegepersonal, Psychologen, Logopäden und Diätassistentin mangelernährten Patienten.

VON MONIKA HARTJES

EMMERICH Jenseits des 70. Lebensjahres findet sich eine Mangelernährung fünfmal häufiger als bei den unter 30-Jährigen, 62 Prozent der über 85- und 90 Prozent der über 95-Jährigen leiden darunter. In geriatrischen Kliniken sind bis zu 60 Prozent der Patienten mangelernährt. In Pflegeheimen benötigen 46 Prozent der Bewohner Hilfe bei der Essensaufnahme. Mangelernährung verlängert den Krankenhausaufenthalt erheblich.

„Deshalb ist neben der Diagnostik und Therapie von Krankheiten die richtige Ernährung ein wichtiger Schwerpunkt in der Geriatrie“, erklärt Auda Fares, Oberarzt der Klinik für Altersmedizin im Krankenhaus Emmerich. Dort arbeitet ein Spezialisten-Team von Ärzten, Ernährungsberatern, Psychologen, Logopäden, Therapeuten und Pflegekräften eng zusammen mit dem Ziel, einer Mangelernährung zu begegnen. „Es ist eine Besonderheit des St. Willibrord-Spitals, dass qualifizierte Fachkräfte in diesem Bereich so intensiv zusammenarbeiten. Das gibt es nur selten in Deutschland. Aber das Thema ist gerade mit zunehmendem Alter so wichtig“, betont Auda Fares. „Es gibt verschiedene Faktoren für Mangelernährung, unter anderem Appetitlosigkeit, Geschmacksverlust oder auch verschiedene Medikamente.“

So bildet beispielsweise die Diagnostik und Behandlung von Patienten mit einer Dysphagie (Schluckstörung) einen Behandlungsschwerpunkt der Abteilung. Bei bis zu 20 Prozent aller Patienten in einem Akutkrankenhaus, bei 20 bis 50 Prozent der Bewohner von Seniorenheimen, bei über 30 Prozent aller Patienten mit neurologischen Erkrankungen und bei 50 bis 60 Prozent aller Patienten mit Schlaganfall kommen Schluckstörungen vor.

„Wenn ein Patient aufgenommen wird, so wird neben seinen Daten auch die Größe und das Gewicht ermittelt. Das geschieht ein-



Ute Jäger, Antje Wolf, Ann-Kathrin Roelling, Jana Wolters und Auda Fares (v.l.) haben ein Auge auf Patienten mit Mangelernährung.

RP-FOTO: MARKUS VAN OFFERN

mal pro Woche. Nehmen wir Veränderungen wahr, wird das gleich mit den Ärzten und entsprechenden Therapeuten besprochen“, erklärt Ann-Kathrin Röling, Gesamtleitung Pflege in der Geriatrie, die Vorgehensweise.

Im Fall von Schluckbeschwerden, wie sie beispielsweise bei Schlaganfallpatienten und Demenzerkrankten vorkommen, wird zur Diagnostik häufig eine fiberoendoskopische Schluckuntersuchung durchgeführt. Sie ermöglicht es der Logopädin unter anderem zu erkennen, ob Nahrungsbestandteile in den Kehlkopf oder in die Lunge eindringen.

Ebenso erfolgt am Anfang eine ausführliche Dysphagie-Diagnostik. Dafür ist die Logopädin Uta Jaeger zuständig. „Es kann beispielsweise helfen, wenn die Konsistenz von Nahrungsmitteln an die Schluckfunktion angepasst wird. Das Essen und Trinken geht dann einfacher, wobei Patienten oft erleichtert sind, weil sie beim Schlucken weniger husten müssen“, erklärt Jaeger.

Die Diätassistentin Jana Wolters kommt unter anderem bei einer Konsistenzstufenanpassung

ins Spiel. Wichtig ist, dass genügend Vitamine, Mineralstoffe und vor allem auch Eiweiß mit dem Essen aufgenommen werden. Gemeinsam macht man sich Gedanken, wie passiertes Essen fürs Auge attraktiv bleibt. Es ist wichtig, auch die Gewohnheiten der Senioren zu beachten, die beispielsweise zum Frühstück gerne ein Brot essen. „Wir bieten ein passiertes Brot an, das – mit Marmelade bestrichen – wie ein normales Frühstücksbrot aussieht“, erläutert Jana Wolters. Die Besonderheit dieses Brotes ist, dass es mit weniger Risiko auf akute Atemnot geschluckt werden kann. Durch Quarkspeisen und frisch zubereitete Shakes aus Obst, die mit Sahne und Proteinen angereichert werden können, bekommen die Patienten zusätzliche Kalorien gereicht.

In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass bei vielen Schlaganfallpatienten mit Schluckstörungen durch eine differenzierte und individuell angepasste Therapie eine orale Ernährung sichergestellt werden konnte, was einen erheblichen Zugewinn an Lebensqualität bedeutet.

Mangelernährung kann aber auch psychische Ursachen haben: Soziale Isolation, die Änderung der Lebensumstände, aber auch psychische Störungen wie Depressionen können zu Appetitlosigkeit führen. Die Psychologin Antje Wolf führt dann intensive Gespräche mit dem Patienten oder der Patientin. „Eine meiner Fragen im Erstgespräch ist

INFO

Geriatrie: Jeder zweite Patient mangelernährt

Hohe Quote Bei der Aufnahme in deutsche Kliniken ist jeder vierte Patient mangelernährt oder hat ein Risiko für Mangelernährung, in der Geriatrie mehr als jeder zweite Patient.

Grundprinzipien Bei der klinischen Ernährung im Alter müssen mögliche Ursachen von Mangelernährung so weit wie möglich beseitigt werden. Die Nahrungsaufnahme muss durch angemessene Pflegemaß-

nahmen unterstützt werden. Dabei können verschiedene Maßnahmen kombiniert werden, um eine optimale Versorgung zu erreichen. Individuelle Ressourcen, Bedürfnisse und Wünsche müssen berücksichtigt und die Ernährung als Teil des Gesamtbehandlungskonzepts gesehen werden.

Ziele Erreicht werden soll der Erhalt und die Verbesserung von Funktionalität, Aktivität, Rehabilitationspotential und Lebensqualität. Krankheitshäufigkeit und Sterberate sollen reduziert werden.

immer, ob der Patient gut schlafen kann und ob er Appetit hat“, erklärt Antje Wolf. Schlafen und Essen stellen Grundbedürfnisse des Menschen dar. Wichtig sei es, die Patienten zum Essen zu motivieren, ihnen auch zu erklären, wie wichtig beispielsweise Eiweiß ist, um wieder auf die Beine zu kommen, so Antje Wolf.

Da ein gemeinsames Essen motivieren kann, gibt es auf der Station 3F ein spezielles Esszimmer, wo alle nicht bettlägerigen Patienten zusammen am Tisch sitzen. Das Zimmer ist gemütlich eingerichtet. Aktionen wie das wöchentliche Waffelbacken in netter Gesellschaft machen allein durch den leckeren Geruch schon Appetit. Und auch das gemeinsame Frühstück, bei dem

alle am gedeckten Tisch sitzen und in aller Ruhe aussuchen können, was sie essen möchten, motiviert zum Zugreifen. Damit Patienten, die im Bett liegen müssen, nicht allein sind, hilft das Pflegepersonal mit viel Geduld bei der Essensaufnahme.

„Wir arbeiten sehr verzahnt miteinander. In wöchentlichen Team-sitzungen sprechen wir über jeden Patienten und entscheiden, welche Maßnahmen für ihn individuell wichtig sind“, erklärt Oberarzt Fares. Die Betreuung geht über den Aufenthalt des Patienten in der Geriatrie hinaus. „Wir geben im Entlassbrief den betreuenden Angehörigen oder der Senioreneinrichtung, in der der Patient untergebracht ist, Tipps, wie sie die Ernährung weiterführen können.“



FÜR DEN MENSCHEN - GANZ NAH DRAN!
Erfahrung. Gesundheit. Vertrauen.