

# Teil I

## Allgemeine Ernährungsaspekte bei Senioren

1 Grundlagen .....	3
2 Ernährungsempfehlungen für ältere Menschen.....	27
3 Aktuelle Praxis der Ernährung von Senioren .....	43
4 Kritische Nährstoffe .....	55

I

II

III



# 1 Grundlagen

Ulrike Arens-Azevêdo

Altersphysiologische Veränderungen ... 4 | Veränderungen der Lebens-  
umstände ... 14 | Psychologische Aspekte: Essen und Wohlempfinden ... 17 |  
Kostkonsistenz und Konsistenzanpassung ... 21

1

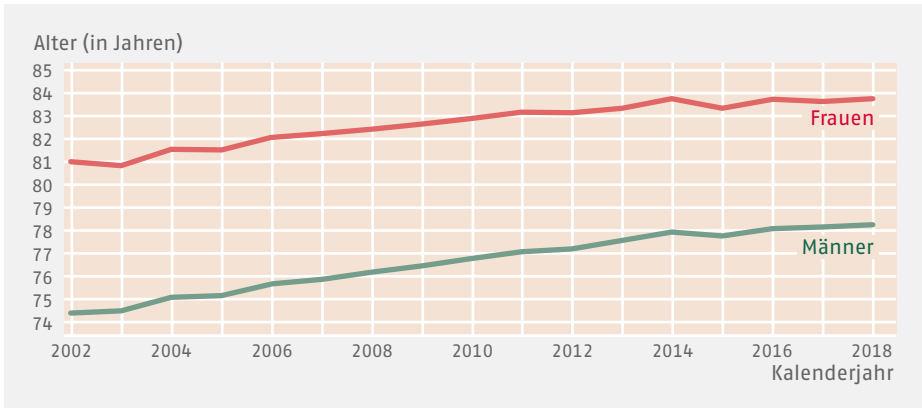
In diesem Kapitel werden wesentliche Veränderungen und Rahmenbedingungen beschrieben, die einen Einfluss auf die Ernährung und Verpflegung im Alter haben können. Zum einen stehen die physiologischen Veränderungen des älteren Menschen selbst im Mittelpunkt, zum anderen werden auch Aspekte des Umfelds beleuchtet, die ebenfalls ausschlaggebend für das Wohlbefinden im Alter sind.

Der biologische Alterungsprozess ist vorprogrammiert. Dabei ist der Zeitpunkt, zu dem ein Organismus altert, oder zu dem sich ein Mensch alt fühlt, von einer Reihe unterschiedlicher Faktoren abhängig. Physiologische Veränderungen, psychische Gegebenheiten, Ernährung und soziale Kontakte sowie Bewegung und Lebenseinstellung können den Alterungsprozess beeinflussen. Die physiologischen Veränderungen erfolgen nicht in allen Organen gleichmäßig. Ausführende Organe wie das Muskelsystem oder das Knochengewebe sind stärker und schneller vom Alterungsprozess betroffen als diejenigen Systeme, die das innere Gleichgewicht beeinflussen wie das Hormonsystem oder das Nervensystem. Die Fülle der Einflussfaktoren führt dazu, dass es weder den typischen alten Menschen noch einen typischen Altersverlauf gibt.

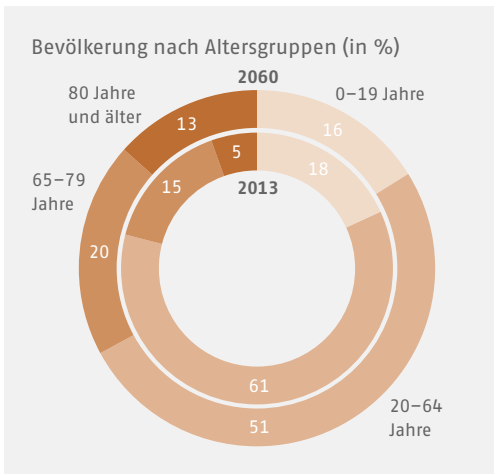
Die Lebenserwartung ist in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen: betrug sie um 1900 für Frauen 48,3 Jahre und für Männer 44,8 Jahre, so liegt sie heute bei Frauen bei 83,4 Jahren und bei Männern bei 78,5 Jahren (Statistisches Bundesamt 2019). Experten schätzen, dass gegenwärtig eine Lebenserwartung von 100 Jahren durchaus realistisch wäre, würde der Mensch während seines gesamten Lebens auf seine Gesundheit achten. Europaweit liegt die Lebenserwartung von Männern und Frauen in der Bundesrepublik Deutschland im Mittelfeld (● Abb. 1.1).

Auf der Basis der stetig leicht ansteigenden Lebenserwartungen wurden auch die Prognosen des statistischen Bundesamts konzipiert. Sie zeigen für das Jahr 2060 ein grundsätzliches Dilemma auf: vergleichsweise wenig junge Menschen stehen vielen älteren gegenüber (● Abb. 1.2). Dieser Bevölkerungsaufbau hat erhebliche Auswirkungen auf die Versorgungssysteme der Zukunft.

Obwohl sich die älteren Menschen häufig subjektiv noch gesund fühlen, können objektiv gesehen bereits körperliche und geistige Einschränkungen eingetreten sein. Umso mehr gilt es, die Stärken zu stärken und die Lebensfreude im Alter zu erhalten. Die Ernährung spielt hierbei eine wichtige Rolle, denn sie beeinflusst unmittelbar die geistige



○ **Abb. 1.1** Lebenserwartung in Europa. Statistisches Amt der Europäischen Union 2020



○ **Abb. 1.2** Anteil der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2013 (innerer Ring) im Vergleich zu einer Vorusberechnung für das Jahr 2060 (äußerer Ring). Statistisches Bundesamt 2015

und körperliche Leistungsfähigkeit und damit auch das allgemeine Wohlbefinden. Eine ausgewogene gesundheitsfördernde Ernährung schon während der aktiven Lebensphase ist dabei die beste Voraussetzung zur Erreichung einer hohen Lebenserwartung und einer geringeren Krankheitsanfälligkeit im Alter.

## 1.1 Altersphysiologische Veränderungen

Alle Organe sind vom Alterungsprozess betroffen. Nicht immer wirkt sich dieses unmittelbar auf die Leistungsfähigkeit des jeweiligen Organs aus. So hat der Körper zunächst zahlreiche Möglichkeiten, Veränderungen auszugleichen oder abzufangen, bevor sich der Alterungsprozess nach außen hin deutlich manifestiert. Darüber hinaus wirken sich auch regelmäßige Bewegung und der jeweilige Trainingszustand auf die Funktionsfähigkeit der Organe aus.

▣ **Tab. 1.1** Einteilung älterer Menschen nach Alter und Funktionserhalt

Einteilung nach Alter		Einteilung nach Funktionserhalt
65– 74 Jahre	Junge aktive Alte	■ Unabhängig lebende Senioren
75– 90 Jahre	Hochbetagte	■ Hilfsbedürftige Senioren
90–100 Jahre	Höchstbetagte	■ Pflegebedürftige Senioren
> 100 Jahre	Langlebige	

Da sich im Alter die physiologischen Gegebenheiten ändern und die Altersverläufe keineswegs einheitlich sind, hat sich eine spezifische Einteilung zum einen nach unterschiedlichen Altersgruppen, zum anderen nach dem Funktionserhalt etabliert (▣ Tab. 1.1). Insbesondere das Merkmal „Funktionserhalt“ hat große Auswirkungen auf Lebensqualität und Wohlbefinden, denn dieses Merkmal wird gemessen an der Fähigkeit, übliche Alltagsaufgaben zu bewältigen (BMFSFJ 2019).

Unter den Veränderungen, die sich direkt auf die Ernährung auswirken, sind vor allem der veränderte Energie- und Nährstoffbedarf zu nennen. Charakteristisch ist dabei, dass von den energieliefernden Nährstoffen Kohlenhydraten und Fett weniger benötigt werden, gleichzeitig aber die Zufuhrempfehlungen für Vitamine und Mineralstoffe gleich hoch bleiben, für Protein ist der Schätzwert leicht erhöht.

### 1.1.1 Veränderungen im Energieumsatz

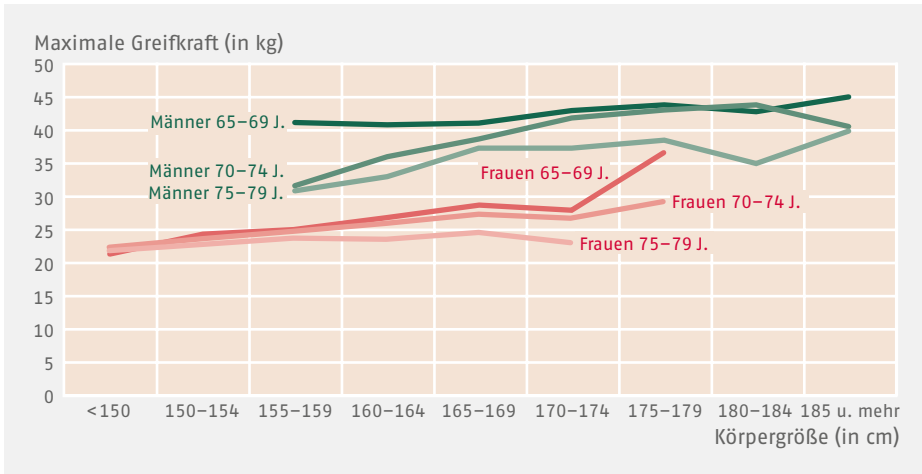
Während des Alterungsprozesses nimmt die Muskelmasse kontinuierlich ab. Der Umfang des Abbaus ist in hohem Maße davon abhängig, inwieweit der ältere Mensch noch körperlich aktiv ist und wie viel er sich täglich bewegt. Bis zum 80. Lebensjahr kann der Abbau schon einmal 20–40 % der gesamten Muskelmasse betragen. Dabei verliert der ältere Mensch auch erheblich an Kraft. Dort, wo Muskelmasse verschwindet, wird Fettgewebe eingelagert.

In der DEGS1-Studie 2012 wurden hierzu 1830 ältere Menschen in Bezug auf ihre Greifkraft in der Hand untersucht (◉ Abb. 1.3)<sup>1</sup>. Die Greifkraft ist wichtig, um Lasten zu tragen, sich hochzuziehen oder beim Aufstehen abzustützen. Sie ist geschlechts- und körpergrößenabhängig. Ältere Frauen ab 65 Jahren haben noch eine durchschnittliche Greifkraft von 25 kg, Männer von 40,5 kg. Deutlich ist eine kontinuierliche Abnahme mit zunehmendem Alter (Fuchs et al. 2012).

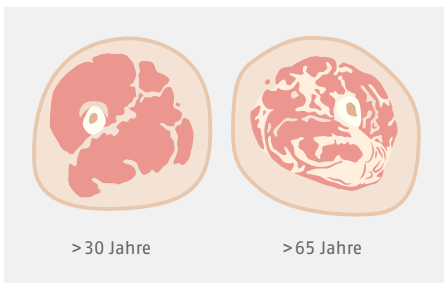
Ähnlich wie in den Armen verändert sich auch die Muskelmasse in den Beinen. ◉ Abb. 1.4 zeigt den Unterschied zwischen dem Oberschenkel eines jungen und eines älteren Menschen im Querschnitt.

Der Abbau der Muskelmasse und die Verlangsamung der verschiedenen Stoffwechselabläufe wirken sich unmittelbar auf den Grundumsatz und damit den Gesamtenergieumsatz aus. Hieraus resultieren im Wesentlichen die im Vergleich zu jüngeren Jahren niedrigeren Richtwerte zur Energieaufnahme pro Tag.

<sup>1</sup> Die Befragungen, Untersuchungen und Tests der DEGS1-Studie wurden im Zeitraum von 2008 bis 2011 durchgeführt.



○ **Abb. 1.3** Veränderungen der Muskelkraft im Arm in Abhängigkeit von Altersgruppe, Geschlecht und Körpergröße (Ergebnisse der DEGS-Studie)



○ **Abb. 1.4** Oberschenkelquerschnitt in Abhängigkeit vom Lebensalter

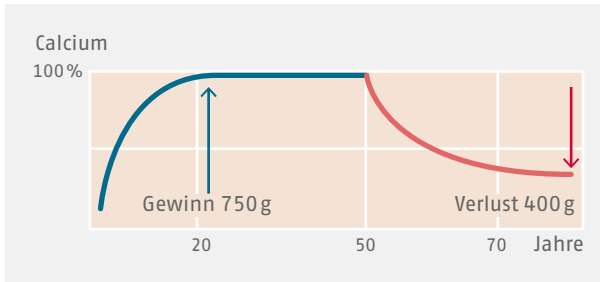
■ **MERKE** Sarkopenie bezeichnet den übermäßigen Abbau von Muskelmasse im Alter. Dies führt zu einer starken Verringerung der Muskelkraft (Cruz-Jentoft et. al 2010, Granic et al. 2019).

Ein einfacher „Aufstehetest“ kann bereits den entscheidenden Hinweis geben. Hierbei sitzt die Person mit verschränkten Armen zunächst auf einem Stuhl und soll fünfmal hintereinander aufstehen. Wird dieses nicht innerhalb einer Zeit von weniger als 10 Sekunden geschafft, so ist möglicherweise eine Sarkopenie vorhanden.

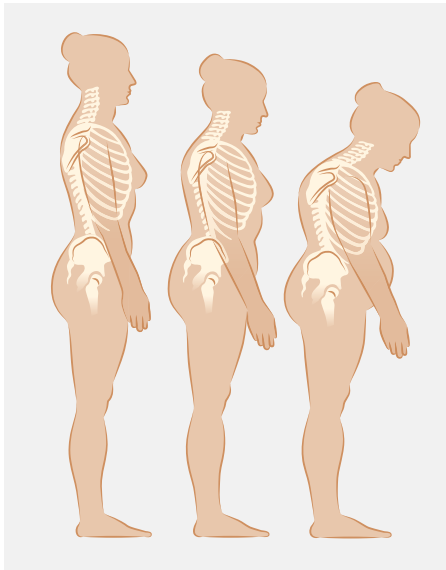
Charakteristisch ist im Alter auch eine größere Häufigkeit von Stürzen. Während ca. 30 % der über 65-Jährigen einmal im Jahr hinfällt, ist es bei den über 85-Jährigen schon jeder zweite. Grund hierfür ist nicht nur das Nachlassen der Muskelmasse, sondern auch der zunehmende Verlust des Gleichgewichts (WHO 2015, Fuchs et al. 2013). Allerdings kann auch Osteoporose hierfür eine Ursache sein (► Kap. 9.3).

### 1.1.2 Veränderungen in der Knochenmasse

Vom Abbau der Knochenmasse sind alle Menschen jenseits von 50 Jahren betroffen. Bei Frauen ist der Abbau nach der Menopause besonders stark bemerkbar. Die Verringerung der Knochenmasse betrifft sowohl die organische Substanz – das Bindegewebe – als auch



● **Abb. 1.5** Veränderung der Knochenmasse in Abhängigkeit vom Lebensalter. Nach Heseker 2005



● **Abb. 1.6** Veränderungen der Haltung bei Osteoporose

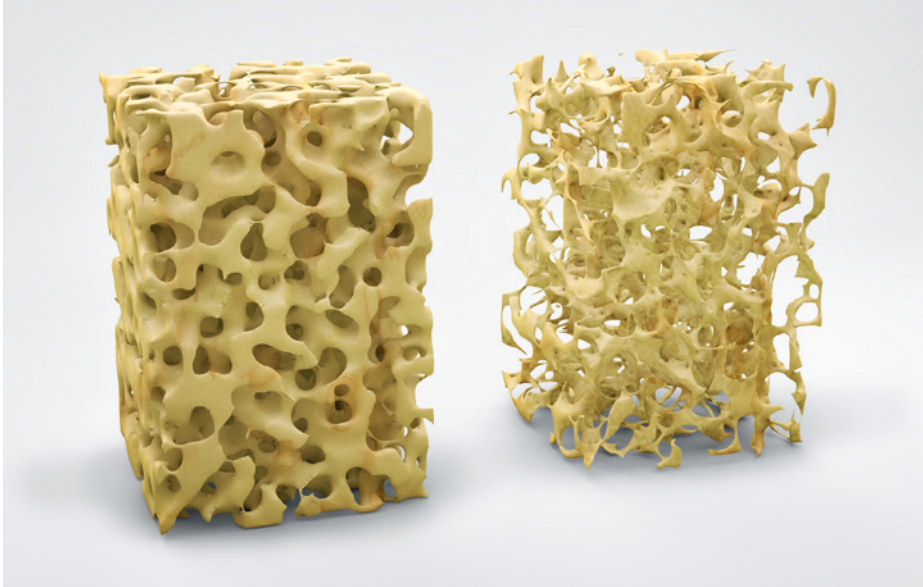
die anorganische Substanz – die Mineralsalze (● Abb. 1.5) (Colon et al. 2018, Guiglia et al. 2013).

Die Knochenmasse kann im Alter nur begrenzt erneuert werden. Der Abbau ist aber bei aktiver und regelmäßiger Bewegung wesentlich weniger stark als bei Bettlägerigkeit oder weitgehender Bewegungsunfähigkeit.

Die **Osteoporose** ist eine ernährungsabhängige Krankheit, bei der sich die Knochenmasse charakteristisch verändert. Da weniger Mineralsalze eingelagert werden, wird der Knochen porös. Knochenbrüche erfolgen deshalb schneller, selbst bei vergleichsweise geringer Krafteinwirkung. Bei einer ausgeprägten Osteoporose sind die älteren Menschen stark behindert. Ihr Gang wird vorsichtig und steif, sie laufen leicht vornübergebeugt (● Abb. 1.6). Diese unsichere Gangart kann Stürze begünstigen.

Die charakteristischen Veränderungen in der Haltung entstehen dabei in erster Linie durch Mikrofrakturen der Wirbelkörper. Die poröse Struktur der Wirbelkörper entsteht dadurch, dass die Knochenbälkchen (Trabekel) vermehrt einbrechen und die Hohlräume sich vergrößern (● Abb. 1.7). Bei gesunden Strukturen sind die Hohlräume nur klein, die Knochenstruktur ist kompakt.

Zwischen den gefürchteten Knochenbrüchen und einer unzureichenden Versorgung mit Calcium und Vitamin D gibt es einen direkten Zusammenhang. Gleichzeitig haben



○ **Abb. 1.7** Gesunde (links) und osteoporotische (rechts) Knochensubstanz im Vergleich

aber auch regelmäßige Bewegung und sportliche Aktivität eine positive Auswirkung auf die Knochendichte. Da insbesondere Oberschenkelhalsbrüche im Alter zu langen Liegezeiten und Immobilität sowie in der Folge zu Appetitlosigkeit und Mangelernährung führen können, sind diese unbedingt zu vermeiden (DVO 2014/2016, Li et al. 2017, Zanker u. Duque 2019).

### 1.1.3 Veränderungen im Verdauungssystem

Innerhalb des Verdauungssystems gibt es zahlreiche Veränderungen, die sich im Wesentlichen zwei Faktoren zuordnen lassen. Dies ist zum einen die Verringerung der Organmassen wie z. B. der **Leber** und der **Bauchspeicheldrüse**, zum anderen die Atrophierung der Schleimhäute. Dabei trocknen die Schleimhautzellen aus, ihr Wassergehalt sinkt, die Oberfläche wird schuppig.

Verringerte Organmassen und Atrophie der Schleimhäute verursachen eine verringerte Absonderung von Verdauungsenzymen. Insgesamt sind diese Veränderungen jedoch nicht so stark, dass sie die Verdauung nachhaltig beeinträchtigen oder dass aus diesem Grund bestimmte Lebensmittel nicht mehr verzehrt werden dürften (Rémond et al. 2015).

Der **Kiefer** verformt sich im Lauf der Zeit. Zahnbein und Zahnschmelz unterliegen einer Abnutzung. Karies erreicht häufiger die Zahnwurzel und führt zum Verlust des Zahnes. Gegenwärtig benötigen von den über 80-Jährigen die meisten eine Zahnvoll- oder -teilprothese. Es ist davon auszugehen, dass zukünftig der Zahnerhalt deutlich besser wird, und die älteren Menschen weniger Probleme mit dem Zahnersatz haben werden. Zahnprothesen beeinträchtigen den Speichelfluss und verändern die Geschmackswahrnehmung. Sie führen auch zu einem verringerten Kaudruck (selbst gut sitzende Prothesen verringern den Kaudruck um ca. ein Drittel), das kräftige Hineinbeißen in einen Apfel ist deutlich erschwert.



## 7 Kau- und Schluckbeschwerden

Katharina Stapel

Ursachen und Folgen ... 85 | Erkennung und Diagnostik ... 86 | Ernährungs-  
therapeutische Maßnahmen ... 89 | Prävention ... 91 |

Essen und Trinken sind wichtige Bestandteile der individuellen Lebensqualität (►Kap. 1.3). Gerade im Alter kann es zu Veränderungen kommen, die auf diese Lebensqualität Einfluss nehmen: Zahnverlust, Verlust von Kaumuskulatur, Beschwerden beim Kauen und Schlucken sowie ein verzögerter Schluckreflex (►Kap. 1.1.3).

Wichtig ist es, dass sowohl Kau- als auch Schluckstörungen rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Schätzungen zufolge bleiben 40–60 % der Kau- und Schluckstörungen unerkannt. Die Folgen einer solchen Störung können gravierend sein und bringen immer die Gefahr einer Mangelernährung mit sich.

Wie die Ergebnisse der ErnStES-Studie zeigen, bekommen ca. 10 % der Bewohner in Pflegeeinrichtungen passiertes und 13 % teilweise passiertes Essen (DGE 2008). Ungefähr 30–40 % der Pflegeheimbewohner sind von Kau- und Schluckstörungen betroffen, im Akutkrankenhaus sind es ca. 10–15 %, bei neurologischen Erkrankungen ca. 25–50 %.

### 7.1 Ursachen und Folgen

#### 7.1.1 Kaustörungen und Kaubeschwerden

Das Kauen der Nahrung sorgt für eine schluckfähige Konsistenz. Gleichzeitig werden Aromastoffe freigesetzt und der Geschmack angeregt. Der Nahrungsbrei wird zwischen den Zähnen gekaut, eingespeichelt und in sogenannte Boli (schluckfähige Portionen) geformt. Für das Kauen werden Lippen-, Wangen-, Zungen- und Kiefermuskulatur benötigt.

Wenn die Nahrung nicht mehr gekaut werden kann, liegen meist Zahnverluste, schlecht sitzende Prothesen oder Druckstellen im Mund ursächlich vor. Ebenso können Krankheiten im Mundraum wie Karies, Mundsoor (Pilzbefall im Mund) oder eine verminderte Speichelbildung im Alter verantwortlich dafür sein, dass die Nahrung nicht mehr (ausreichend) gekaut wird. Diese Ursachen führen zu **Kaubeschwerden**.

Spricht man von **Kaustörungen**, liegen meist andere Ursachen vor:

- mangelnde Kraft der Muskulatur und fehlende Ausdauer,
- Absinken des Kiefergelenks,
- Lähmungen.

Eine Kaubeschwerde, die unerkannt oder unbehandelt ist, kann sich zu einer Kaustörung weiterentwickeln.

Die Hauptfolge von Kaustörungen ist der Zustand der Mangelernährung. Diese hat einen starken Einfluss auf die Gesundheit und die Lebensqualität des älteren Menschen (► Kap. 5). Die psychische Belastung ist dabei nicht zu unterschätzen. Appetitlosigkeit, Depressionen und depressive Verstimmungen gehen häufig mit dem Verlust von genussvollem Essen einher.

Krankheiten bewirken Veränderungen der Essgewohnheiten, die meist vorübergehend sind. Bleiben die Störungen allerdings bestehen, muss sich der Betroffene auf eine lebenslange Veränderung liebgegener Gewohnheiten einstellen.

### 7.1.2 Dysphagien (Schluckstörungen)

Dysphagien kommen im Alter häufig vor (Hanke et al. 2014, Meier-Lenschow 2014). Ab einem Alter von 55 Jahren sind 16–22 % betroffen.

Die Ursachen für eine Schluckstörung sind unterschiedlich:

- Schlaganfall,
- Morbus Parkinson,
- Alzheimer/Demenz,
- Kopf-Hals-Tumore,
- Schädel-Hirn-Trauma,
- Multiple Sklerose,
- Entzündungen von Hals, Rachen und Mund,
- Bewusstseinsstörungen,
- Verhaltensstörungen.

Die Folgen einer Dysphagie sind ebenso gravierend wie die einer Kaustörung. Wer sich einmal aufgrund einer Schluckstörung verschluckt hat, hat enorme Angst vor erneutem Verschlucken, was sich oftmals auch durch eine Ablehnung des Essens und Trinkens zeigt. Das wiederum erhöht das Risiko einer Mangelernährung sowie einer Gewichtsreduktion (► Kap. 5).

Fehlt der Schluckreflex, so kann dies dazu führen, dass Nahrung, Flüssigkeit oder Speichel in die Luftröhre gelangen und eine Aspirationspneumonie ausgelöst wird. Daraus kann ein lebensbedrohlicher Zustand entstehen. Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Gefahr der Dehydratation durch mangelnde Flüssigkeitsaufnahme (► Kap. 6).

Wie bei einer Kaustörung muss auch bei der Dysphagie der ältere Mensch auf ein Stück Lebensqualität verzichten, was sich auf seinen psychischen und sozialen Zustand auswirken kann.

## 7.2 Erkennung und Diagnostik

Aufgrund der unterschiedlichen Ursachen ist eine Trennung zwischen Kau- und Schluckstörung erforderlich.

Bei einer **Kaustörung** werden meist bestimmte Nahrungsmittel abgelehnt, die eine intakte Kaufähigkeit voraussetzen. Weichere Kost wird bevorzugt, teilweise wird das Essen jedoch auch ganz verweigert.

Wenn der ältere Mensch über Schmerzen oder Probleme im Mundbereich berichtet oder solche anzeigt, sollte dem immer nachgegangen werden. Kann er sich nicht mehr äußern, muss von den Pflegenden aktiv nachgeschaut werden, ob ggf. eine Kaustörung oder Kaubeschwerde vorhanden ist.

Liegt eine Entzündung im Mundbereich vor, können folgende Symptome einen Hinweis darauf geben:

- Brennen und Schmerzen beim Essen und Trinken,
- raue Stimme, Heiserkeit, Taubheitsgefühl, Probleme beim Sprechen,
- Schluckstörungen, Mundtrockenheit,
- Überempfindlichkeit auf Heißes, Kaltes, Salziges,
- bestimmte Konsistenzen sind schwer zu schlucken, z. B. Krümeliges oder Trockenes,
- Zahnschmerzen, Zahnfleischbluten, Zahnfleischentzündungen,
- Mundgeruch.

Eine **Schluckstörung** ist komplexer. Der Schluckvorgang wird klassischerweise in vier Phasen – bzw. nach Prosiegel (2014) in sieben – Schluckphasen unterteilt:

1. In der **oralen Vorbereitungsphase** werden die Speisen im Mund zerkleinert und mit Speichel vermischt.
2. Der Nahrungsbrei wird dann in der **oralen Phase** zu einem Bolus geformt und zum Rachen transportiert. Bis hierhin ist der Prozess steuerbar und liegt außerhalb eigener Reflexe. Was nun folgt, ist der Schluckreflex sowie der Übergang in eine reflexgesteuerte Bewegungskette.
3. In der Rachenphase, der **pharyngealen Phase** werden die unteren und oberen Atemwege durch das Gaumensegel und durch den Kehlkopf verschlossen.
4. In der Speiseröhrenphase, der **ösophagealen Phase**, werden die Atemwege wieder geöffnet und der Nahrungsbrei wird über die Speiseröhre zum Magen hin transportiert.

Der Schluckvorgang kann in verschiedenen Phasen gestört sein. Meist treten Schluckstörungen in der zweiten und/oder dritten Phase auf. Für die Therapie ist es wichtig, die betroffene(n) Phase(n) zu eruieren.

■ Tab. 7.1 fasst zusammen, in welchen Phasen es zu unterschiedlichen Störungen kommen kann. Sollten am Verpflegungsprozess beteiligte Personen Störungen wahrnehmen, ist ein Arzt zu konsultieren. Dieser stellt im besten Fall zusammen mit der Logopädie eine mögliche Diagnose.

Um eine Schluckstörung erkennen zu können, ist konsequentes Beobachten bei der Nahrungsaufnahme wichtig. Dabei kann deutlich werden, dass der ältere Mensch aus Angst, sich zu verschlucken, eine Furcht vor der Nahrungsaufnahme oder dem Trinken entwickelt. Weitere Anzeichen hierfür können Husten und Räuspern während der Mahlzeit sein, die deutlich auffällig sind. Viele verweigern auch das Trinken (Achtung: Dehydrationsgefahr, ► Kap. 6). Ist die Fließgeschwindigkeit der Getränke zu hoch, kann sich der ältere Mensch relativ schnell verschlucken. Das „Sammeln“ von Nahrungsresten in den Wangentaschen ist auch von außen gut zu sehen und ein weiteres Indiz für eine Schluckstörung.

Bekommt der ältere Mensch schwer und/oder keine Luft beim Essen und Trinken, kann dies ebenfalls ein sicheres Zeichen einer Schluckstörung sein.

▣ **Tab. 7.1** Störungen der unterschiedlichen Schluckphasen. DGE 2012

Schluckphase	Störung	Symptome
Orale Vorbereitungsphase	Eingeschränkter Lippen- oder Kieferschluss	Speichel oder Nahrung läuft aus dem Mund
	Eingeschränkte Kiefer- oder Zungenbewegung	Geringe Kaubewegungen, unzerkaute Nahrungsreste
	Reduzierte Wangenkontraktion	Nahrungsreste in den Wangentaschen
	Eingeschränkte Zungenschüsselbildung für Bolusformung	Nahrungsreste im Mund
	Reduzierte Zungenhebung	Probleme mit festen Speisen, verlängertes Kauen, Nahrungsaustritt
Pharyngeale Phase	Gestörte Reflexauslösung	Verschlucken, Husten, Ausspucken der Nahrung
	Eingeschränkter Verschluss der oberen Atemwege durch Gaumensegel	Niesen, Nahrungsaustritt aus der Nase
	Eingeschränkte pharyngeale Kontraktion	Fremdkörpergefühl im Hals, wiederholtes Schlucken, Husten, veränderte Stimmqualität
	Gestörter Verschluss der Luftröhre	Verschlucken, Husten, Würgen, veränderte Stimmqualität, unklare Fieberschübe, Aspirationspneumonie
Ösophageale Phase	Gestörte Öffnung des unteren Speiseröhrenschließmuskels	Gefühl des Steckenbleibens der Nahrung hinter dem Brustbein, Aufstoßen, Rückfluss von Nahrung
	Verkrampfung der Speiseröhre	Schmerzen

An eine Schluckstörung muss auch gedacht werden, wenn der ältere Mensch einen Gewichtsverlust zeigt, der sich nicht durch andere Ursachen erklären lässt. Befindet er sich im Risikobereich einer Mangelernährung, ist das in jedem Fall ein Alarmzeichen, bei dem unverzüglich reagiert werden muss.

Sobald der Verdacht einer Schluckstörung vorliegt, sollten die Ursachen, der Schweregrad der Schluckstörung und das Aspirationsrisiko festgestellt werden. Es sollte mit einer ausführlichen Anamnese begonnen werden, in die sowohl Pflegekräfte als auch Angehörige mit einbezogen werden. Im Anschluss ist eine gründliche Schluckdiagnostik durch einen Logopäden vorzunehmen. Dabei muss eruiert werden, in welcher Phase des Schluckvorgangs eine Störung vorliegt. Nur so ist eine entsprechende Therapie erfolgreich anzupassen.

## 7.3 Ernährungstherapeutische Maßnahmen

Einer der häufigsten Fehler in der Ernährungstherapie ist die unzureichende Maßnahmenplanung. Wie bereits in ▶Kap. 5 (Mangelernährung) erläutert, sollte sich die Maßnahmenplanung immer aus den Ursachen ableiten. Bei einer Kaustörung wird oftmals ausschließlich die Ernährungstherapie durchgeführt, was für den älteren Menschen fatale Folgen haben kann. Wie bei anderen Erkrankungen auch, ist es wichtig, einen multidisziplinären Therapieansatz zu gestalten (▶Kap. 14).

### Fallbeispiel

Hugo S. hat Schwierigkeiten mit seinem Gebiss. Es sitzt nicht richtig und verursacht Schmerzen beim Kauen. Hugo S. möchte keine kaulastige Nahrung mehr zu sich nehmen. Die Küche stellt Herrn S. pürierte und weiche Kost zur Verfügung.

Zunächst stabilisiert sich sein Ernährungszustand. Innerhalb eines halben Jahres verliert Hugo S. aber deutlich an Gewicht. Er klagt über Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Antriebslosigkeit.

Hugo S. hat, außer einer adaptierten Kostform, keinerlei weitere Maßnahmen erhalten. Das Gebiss wurde nicht angepasst. Hugo S. verlor weitere Kaumuskulatur. Dauerhafte pürierte Verpflegung ist wenig appetitanregend und genussfördernd. Die Freude am Essen und Trinken als Lebensqualität geht somit verloren. Den Muskulaturverlust wird Hugo S. nicht mehr auftrainieren können. Ältere Menschen können eine anabole Stoffwechsellage nicht mehr erreichen, was bedeutet, dass Herr S. weiterhin auf weiche/pürierte Kost angewiesen ist, sofern er schmerzfrei essen möchte. Das Risiko einer Mangelernährung steigt dadurch immens.

### 7.3.1 Ernährungstherapie bei Kaustörungen

Die Nahrungskonsistenz muss an die jeweilige Störung angepasst werden:

- keine zu feste oder zu harte Nahrung,
- Zerkleinern von Lebensmitteln sowie Konsistenzveränderung (schneiden, raspeln, zerdrücken, quetschen, pürieren; ▶Kap. 1.4; ▶Kap. 14.3.1),
- Anreicherung bei Gewichtsreduktion.

### 7.3.2 Ernährungstherapie bei Schluckstörungen

Ein Ziel sollte es sein, im interdisziplinären Team die Schluckfähigkeit – soweit möglich – wiederherzustellen. Auch bei der Ernährungstherapie ist eine Zusammenarbeit mit Arzt/Ärztin und Logopädie unabdingbar. Bei der interdisziplinären Therapie wird sicheres Schlucken wieder trainiert, sodass Essen und Trinken wieder selbstständig und ohne Angst möglich sind. Menschen mit Demenz spielen hier eine Sonderrolle.

Zunächst sollte die orale Versorgung sichergestellt werden, mit dem Anspruch, dass alle Atemwege stets geschützt sind und eine Steigerung der Lebensqualität für den älteren Menschen erreicht wird. Diese Ernährungstherapie baut auf drei Säulen auf:

1. diätetische Maßnahmen,
2. geeignete Ess- und Trinkhilfen,
3. gezielte Anregung der Sinne.

Um eine orale Versorgung möglich zu machen, muss der Betroffene in der Lage sein, seinen eigenen Speichel schlucken zu können. Des Weiteren sollte der Hustenreflex noch

vorhanden sein, sodass er für den Fall des Verschluckens Verschlucktes abhusten kann. Ein wacher und aufmerksamer Zustand des älteren Menschen ist dabei notwendig.

Die Fließgeschwindigkeit des Lebensmittels muss an den Kaustörungsgrad des Betroffenen angepasst sein. Die Konsistenz ist entscheidend für das Aspirationsrisiko. Dabei gibt es keine einheitliche Maßeinheit, sondern es muss individuell entschieden werden.

Bei Dysphagie empfiehlt sich ein **vierstufiger Kostaufbau**, der von passierter über pürierte, teilpürierte bis zur adaptierten/weichen Kosten reicht (► Kap. 1.4, □ Tab. 1.3).

Separat zu betrachten sind die **Getränke**. Flüssigkeit hat eine sehr hohe Fließgeschwindigkeit und bereitet den meisten älteren Menschen große Probleme. Aus Angst, sich wiederholt zu verschlucken, verweigern Betroffene oftmals das Trinken, wodurch das Risiko einer Dehydration maßgeblich erhöht wird. Das Andicken der Getränke führt dazu, dass der Betroffene mehr Zeit und Kontrolle beim Schlucken gewinnt. Es gilt, darauf zu achten, dass die Andickungsmittel geschmacklich und optisch neutral, leicht einzurühren sowie für heiße und kalte Getränke geeignet sind. Kohlensäurehaltige Getränke sollten zunächst vermieden werden.

Ein wichtiger Baustein in der Ernährungstherapie stellt die **Anregung der Sinne** dar. Eine Stimulation der Sinne durch Geruch, Aussehen, Geschmack und Haptik regt die Speichelbildung an. Bekommt der ältere Mensch pürierte Kost, empfindet er dies meist als wenig ansprechend. Die gezielte Anregung der Sinne kann dazu führen, dass der Betroffene sich auf das Essen freut und Appetit bekommt.

Grundsätzlich ist es eine große Herausforderung, pürierte und passierte Kost **appetitlich anzurichten** (► Kap. 14.3.1). Es sollte vermieden werden, dass mehrere Komponenten vermischt werden. Nach Möglichkeit sollte die Konsistenz durch Formung und Zusatz von Stabilisatoren in ihre Ursprungsoptik zurückgeführt werden (► Kap. 1.4). Es ist äußerst schwierig bis nahezu unmöglich, anhand des Geschmacks allein das Lebensmittel zu bestimmen. Es sollte darauf geachtet werden, dass immer transparent ist, was angeboten wird, und dass Lebensmittel nicht unnötig geschmacklich verfälscht werden.

Ein besonderes Augenmerk sollte auf geeignete **Ess- und Trinkhilfen** gelegt werden. Häufig werden Schnabelbecher in Alten- und Pflegeheimen eingesetzt (► Kap. 14.3.3). Diese sind bei Schluckstörungen jedoch nicht geeignet, da man keine Kontrolle über die Fließgeschwindigkeit hat. Zudem gibt es gerade auch bei heißen Getränken große Schwierigkeiten, da sie zu Verbrennungen führen können. Die Auswahl an Ess- und Trinkhilfen ist sorgsam abzuwägen und individuell zu entscheiden.

Beim Essen und Trinken benötigt der Betroffene **Begleitung**. Es sollte auf eine aufrechte Sitzhaltung sowie einen leicht nach vorne gebeugten Kopf geachtet werden. Es ist wichtig, dass dem Betroffenen die Lebensmittel und der Essvorgang erläutert werden. Schlucken erfordert höchste Konzentration – daher ist es wichtig, dass der Betroffene selbst das Tempo des Essens vorgibt. Die Begleitung sollte ausreichend Zeit einplanen. Kann der Betroffene sich selbst nicht mehr äußern, so muss genau darauf geachtet werden, ob der Mund wirklich vollständig geleert ist, bevor der nächste Biss erfolgt. Der ältere Mensch muss sich beim Essen und Trinken gut konzentrieren können. Wird das Essen angereicht, muss auf kleine Bissen geachtet werden. Nach dem Trinken ist jeweils eine kleine Pause einzulegen. Nach dem Essen sollte der ältere Mensch noch ca. 20 Minuten sitzen bleiben, um einen Rückfluss der Nahrung zu verhindern.

## 7.4 Prävention

---

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, einer Dysphagie bzw. deren Ursachen vorzubeugen:

- Eine gesunde Lebensweise in Kombination mit vitamin- und nährstoffreicher Kost hilft einer Schluckstörung vorzubeugen.
- Reichlicher Konsum von hochprozentigem Alkohol sowie das Konsumieren von Zigaretten sollten vermieden werden, um das Risiko eines Mund- und Halsraum-Karzinoms zu minimieren.
- Zu den Risikofaktoren einer Dysphagie gehören auch magensäurebedingte Entzündungen der unteren Speiseröhre. Das kann zu erheblichen Schmerzen führen, die ein Schlucken deutlich erschweren. Sodbrennen ist daher immer ernst zu nehmen.
- Um Speiseröhrenkrebs zu vermeiden, ist es notwendig, dass ein möglicher Reflux behandelt und therapiert wird. Speiseröhrenkrebs verursacht im Verlauf der Erkrankung erhebliche Schluckbeschwerden.
- Um Kautstörungen entgegenzuwirken, empfiehlt sich eine regelmäßige Mundhygiene sowie Vorsorgebehandlungen beim Zahnarzt (►Kap. 10). Diese sorgen dafür, dass mögliche Probleme rechtzeitig erkannt und behandelt werden können.
- Gerade im Alter ist es wichtig, die Kaumuskulatur zu trainieren und nicht automatisch auf weichere Kost zurückzugreifen. Regelmäßige Bewegung der Kiefermuskulatur hilft die Kaufähigkeit zu erhalten.

### Literatur

DGE, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg). ErnStES-Studie, Ernährungsbericht 2008

DGE, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg). DGE-Praxiswissen, Kau- und Schluckstörungen im Alter. 2. Aufl., Bonn 2012

Hanke F et al. Konsensuspapier – Bedarfsgerechte Medikation bei neurologischen und geriatrischen Dysphagie-Patienten. MMW-Fortschr Med Originalien II, 2014, 64–71

Meier-Lenschow T. Dysphagie und HNO. HNO 4, 2014, 202–205

Prosiegel M. Neuroanatomie des Schluckens. In: Bartolome G, Schröter-Morasch H (Hrsg).

Schluckstörungen – Diagnostik und Rehabilitation. 5. Aufl., Urban & Fischer, München 2014

# 10 Mundhygiene bei Senioren

Georg Gaßmann

Mundhygiene und systemische Gesundheit... 124 | Mundhygiene in der Pflege ... 125 | Mundhygieneartikel und praktische Umsetzung... 129

## 10.1 Mundhygiene und systemische Gesundheit

■ **MERKE** Die Mundhygiene bei Senioren sollte nicht als ein Bestandteil der Körperpflege, sondern als integraler Bestandteil eines essenziellen, risikoorientierten, medizinischen Prophylaxekonzepts verstanden werden.

Dies ist vor dem Hintergrund der Zusammenhänge zwischen oraler und systemischer Gesundheit und Krankheit zu fordern. Die Evidenz, dass diese Zusammenhänge bestehen, wird zunehmend größer. Epidemiologische Untersuchungen aus den 1980er und 1990er Jahren zeigen einen Anstieg des Risikos für kardiovaskuläre Erkrankungen und daraus resultierende Komplikationen wie Thrombosen, Embolien, Herzinfarkte und Schlaganfälle bei Vorliegen einer chronischen Parodontitis (Mattila et al. 1989 u. 1993, DeStefano et al. 1993, Beck et al. 1996, Genco et al. 2002, Joshipura et al. 1996).

Seit 1996 wird Parodontitis als sechste Komplikation des Diabetes anerkannt (Löe 1993). Dabei ist von einer Bidirektionalität des Einflusses auszugehen. Dies bedeutet, dass einerseits der schlecht eingestellte Diabetes durch den erhöhten Glucosespiegel im Blut zur Bildung sogenannter „advanced glycosylation end products“ (AGEs) führt, die in immunologischen und somatischen Zellen zu einer gestörten Zellfunktion führen (Nassar et al. 2007, Janket et al. 2008, Li et al. 2014). Andererseits führt die persistierende chronische Parodontitis mit ihren disseminierenden Keimen und Entzündungsmediatoren zu einer schlechteren Einstellbarkeit des Diabetes (Simpson et al. 2015, Mammen et al. 2016).

Trotz großer ätiologischer Unterschiede werden darüber hinaus Assoziationen zwischen parodontalen Entzündungen und rheumatoider Arthritis auf der Grundlage hoher pathogenetischer Gemeinsamkeiten diskutiert. Interventionsstudien zeigen nach erfolgreicher Parodontitistherapie neben einer positiven Beeinflussung der Entzündungsparameter der parodontalen Entzündung auch einen positiven Einfluss auf die Rheumafaktoren und damit auf die Lebensqualität der betroffenen Patienten (Venkataraman u. Almas 2015). Gerade in dieser Patientengruppe ist die **adaptierte Griffgestaltung** der Mundhygienehilfsmittel erforderlich (● Abb. 10.1).

Die aktuelle fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) hat zum ersten Mal auch die Altersgruppe der 75- bis 100-Jährigen einbezogen und sie mit dem Begriff der





○ **Abb. 10.1** Adaptierte Griffgestaltung zur Verbesserung der Haptik für Patienten mit Behinderungen in der manuellen Handhabung. Der Einsatz der „Superbrush“ (ganz links) ermöglicht eine effiziente Reinigung auch mit Hin- und Her-Bewegungen.

„älteren Senioren“ belegt. Während sich in den jüngeren Alterskohorten ein rückläufiger Trend für Karies und Parodontitis im Vergleich zu den vorangegangenen Studien DMSI-IV abzeichnet, wird in der Gruppe der über 75-Jährigen eine Häufung der Probleme gesehen. Dies wird mit dem Begriff der **Morbiditätskompression** umrissen. Damit wird der Umstand beschrieben, dass eine Verschiebung des Auftretens von Erkrankungen hin zu höherem Alter zu beobachten ist. Der sich seit Dekaden abzeichnende Wandel in der demografischen Entwicklung lässt erwarten, dass die Gruppe der älteren Senioren in den kommenden Dekaden immer größer wird und sich daher in dieser Patientengruppe ein vermehrter Handlungsbedarf ergibt und ergeben wird (Jordan u. Micheelis 2016).

## 10.2 Mundhygiene in der Pflege

Die immer älter werdenden Menschen haben zunehmend mehr eigene Zähne und sind häufig mit komplexen prothetischen oder auch implantologischen Rehabilitationen versorgt. Diese erfordern sowohl in festsitzenden als auch in herausnehmbaren Varianten ein hohes Maß an Mundhygiene, das von den Bewohnern der Seniorenpflegeeinrichtungen vor dem Hintergrund nachlassender Sinneswahrnehmungen, Taktilität, Multimorbidität und Demenz entweder nur unvollständig oder gar nicht mehr erbracht werden kann. Da die Mundhöhle als Intimbereich gesehen wird, zeigen viele Pflegenden eine verständliche Scheu vor der Unterstützung oder Übernahme der Mundhygienemaßnahmen der Bewohner (Fiske u. Lloyd 1992, Wårdh et al. 1997, Nicol et al. 2005).

- **MERKE** Die Scheu vor der Mundpflege muss durch die Vermittlung von Kenntnissen, Fachwissen und Fertigkeiten in der Unterstützung und Übernahme der Mundpflege beseitigt werden.

Aus der Verbesserung der Mundhygiene lässt sich ein für die Pflegenden wie auch für die Pflegebedürftigen kurzfristig realisierbarer Erfolg ablesen, der sich in reduzierten Entzündungszeichen und reduziertem Mundgeruch (Halitosis) äußert. Daher ist zu erwar-

ten, dass sich daraus neben der Steigerung der Lebensqualität für die Bewohner auch eine Steigerung der Motivation für die Pflegenden ergibt.

Studien in Deutschland zeigen seit Beginn der 1970er Jahre einerseits einen dringend verbesserungswürdigen Zustand der Mundhygiene bei Bewohnern von Seniorenpflegeeinrichtungen und andererseits eine Fehleinschätzung dieser Lage durch die pflegenden Institutionen (Knolle u. Strassburg 1970, Wefers et al. 1989, Stark et al. 1998, Niekusch u. Bock-Hensley 2005).

- **ACHTUNG Die Tatsache, dass Menschen sich nicht mehr in der Lage sehen, sich selbst um ihre Mundhygiene zu kümmern, darf nicht zu der Konsequenz führen, dass die verbliebenen Zähne entfernt werden!**

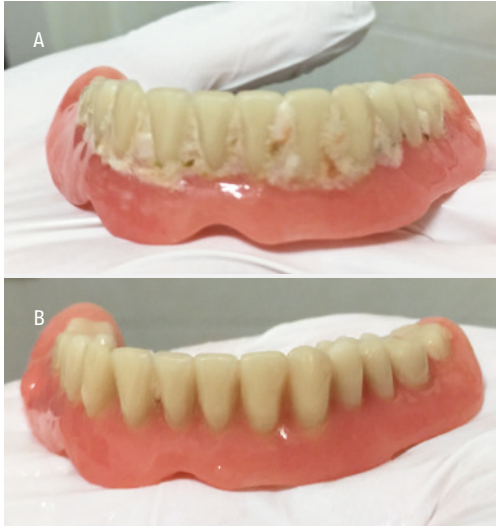
Interventionsstudien aus dem deutschen Sprachraum mit unterschiedlichen Beobachtungszeiträumen haben vielmehr gezeigt, dass interprofessionelle Schulungsmaßnahmen und eine daraus folgende Unterstützung in der oralen Hygiene durch das Pflegepersonal dazu beitragen, sowohl kurzfristig als auch nachhaltig eine deutliche Verbesserung der Mundgesundheit der zu pflegenden Senioren zu bewirken (Manojlovic 2010, Klee u. Gängler 2014).

Dass sich auch die Fähigkeit zur **Beurteilung des Mundgesundheitszustands** durch das Pflegepersonal durch interprofessionelle Schulungen verbessern lässt, konnte mit einer entsprechend konzipierten Studie von Jordan et al. (2012) gezeigt werden. Es konnten 53 Patienten und die Pflegenden aus drei Seniorenpflegeeinrichtungen einbezogen werden. Als Evaluationsinstrument wurde die Vollständigkeit der Beurteilung des Mundgesundheitszustands vor und vier Monate nach der Schulungsmaßnahme herangezogen. Die Ergebnisse zeigten, dass es neben der gesteigerten Kompetenz in der Beurteilung des Mundgesundheitszustands auch zu einer signifikanten Verbesserung der Mundhygiene der Pflegebedürftigen gekommen ist (Jordan et al. 2012).

Benz und Haffner (2010) listen fünf prägnante Gründe für die große **Bedeutung der Mundpflege in der Pflege** auf, die nachfolgend sinngemäß wiedergegeben werden.

1. Mundprobleme werden ignoriert, bis im Rahmen von Notfallbehandlungen die „schuldigen“ Zähne extrahiert werden. Dies hat häufig zur Folge, dass der Zahnersatz seine Verankerung verliert und durch die verringerte Adaptionsfähigkeit der alten Menschen neuer oder angepasster Zahnersatz gemieden wird, wodurch letztlich die Kaufähigkeit eingeschränkt wird.
2. Bakterielle **Biofilme** auf Zähnen und Zahnersatzoberflächen (● Abb. 10.2) haben einen Einfluss auf die allgemeine Gesundheit (Scannapieco et al. 2003, Sumi et al. 2003, Scannapieco u. Cantos 2016). Es wird ein Zusammenhang zu chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD, chronic obstructive pulmonary diseases) und nosokomialen Lungentzündungen gesehen.

Für die Reinigung der Prothesen sollten speziell dafür konfigurierte Prothesenzahnbürsten zum Einsatz kommen (● Abb. 10.3). Die Reinigung sollte über einem mit Wasser gefüllten oder mit einem Handtuch ausgepolsterten Waschbecken mit Handwaschseife erfolgen. Dies kann dazu beitragen, dass Beschädigungen des Zahnersatzes vermieden werden, sollte die Prothese im Reinigungsvorgang entgleiten. Im Rahmen interprofessioneller Schulungen muss am jeweiligen Patienten mit der Pflegekraft das Ein- und Ausgliedern der Prothese eingeübt werden.



○ **Abb. 10.2** Unterkieferprothese vor (A) und nach (B) der Reinigung



○ **Abb. 10.3** Prothesenzahnbürsten

3. Der Nahrungsaufnahme durch den Mund kommt nicht nur eine lebenserhaltende physische Bedeutung zu, sondern sie beinhaltet auch eine wesentliche psychische Komponente. Der Verlust oder die Einschränkung der Kaufunktion durch Schmerzen im Mund oder schlecht sitzenden Zahnersatz behindert die natürliche Nahrungsaufnahme, die – lediglich als trauriger Kompromiss anzusehen – durch die perkutane endoskopische Gastrostomie substituiert werden kann.
4. Kompetente Notfallbehandlung ist vor dem Hintergrund von Multimorbidität und Demenz in der Angst vor Komplikationen auf beiden Seiten – Patient und Arzt – schwer zeitnah zu organisieren. Von einer regelmäßigen prophylaktischen Betreuung lässt sich erwarten, dass solche Notfallsituationen weniger häufig auftreten (Vigild 1990).
5. Der Anteil an Menschen mit demenziellen Erkrankungen unter den Pflegebedürftigen wird immer größer. So leiden 50 % der über 90-Jährigen an Demenz. Es ist daher davon auszugehen, dass demenziell Erkrankte über mehrere Jahre intensiv betreut werden müssen und somit nachhaltige prophylaktische Konzepte dringend erforderlich sind (Benz u. Haffner 2010).

Die im Jahr 2010 von Benz und Haffner vermuteten komplexen Zusammenhänge zwischen Kognition und Kauvorgängen auf eigenen Zähnen haben sich inzwischen durch eine Vielzahl von Studien verfestigt (Gil-Montoya et al. 2015, Shin et al. 2016, Ide et al. 2016). Als Ursachen für diese Zusammenhänge werden einerseits die Dissemination von Keimen aus dem parodontalen Biofilm und die erhöhte systemische Zirkulation proinflammatorischer Zytokine bei Vorliegen einer chronischen Parodontitis angesehen. Andererseits konnte gezeigt werden, dass in der Kauaktivität ein wichtiger peripherer sensorischer Input für den Hippocampus liegt, der eine zentrale Rolle im Erhalt der kognitiven Fähigkeiten, des Lernens und der Erinnerung spielt. Somit sei im Ausweichen auf passierte Kost aufgrund eingeschränkter Kaufunktion oder bei Xerostomie (Mundtrockenheit) ein Triggerfaktor für die Progression der Demenz zu sehen (Chen et al. 2015).

Es wird allerdings weiterer Forschungsbedarf in dieser Fragestellung gesehen, um die ätiopathogenetischen Zusammenhänge zwischen Parodontitis, Kaufunktion (Mastikation) und kognitiven Fähigkeiten zu verstehen (Wu et al. 2016).

- **MERKE** Die Verbesserung der Mundpflege in der Pflege von Senioren ist sinnvoll und notwendig!

### Info 10.1: Schulungsprogramme/-medien

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat in Kooperation mit dem Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) eine Reihe von Kurzfilmen zur Unterstützung der Mundhygiene von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen bei YouTube zur freien Verfügung ins Netz gestellt. Die Filme sollen dazu beitragen, pflegenden Angehörigen eine Unterstützung zu geben. ([www.youtube.com](http://www.youtube.com), Bundeszahnärztekammer (BZÄK) / Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) [Zugriff 28.09.2020])

Im Rahmen des sogenannten „Teamwerk“-Konzepts ist ein Schulungsprogramm entstanden, das als CD verfügbar ist (DGGAZ, Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin: Schulungs-CD Mundpflege in der Pflege. Erhältlich über: <https://dgaz.org/information-materialien/schulungs-cds> [Zugriff 28.09.2020]). Die CD richtet sich an zahnmedizinisches Personal, das im Rahmen von Kooperationen mit Seniorenpflegeeinrichtungen interprofessionelle Schulungen durchführen möchte.

Eine ähnliche Intention verfolgt die im Zahnärztlichen Fach-Verlag erschienene laminierte Broschüre und ein dazu gehöriges interaktives Schulungsprogramm mit dem Titel „Initiative Handicap – Zur Prävention von Karies und Parodontopathien“ Die Broschüre eignet sich zudem als Nachschlagewerk in der Pflege. (Hinz 2015)

Von der Bundeszahnärztekammer wurde ein „Handbuch der Mundhygiene“ erstellt, das sich explizit als Ratgeber an das Pflegepersonal von Senioren, Menschen mit chronischen Erkrankungen und mit Behinderungen richtet. Das Handbuch ist online abrufbar. ([www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/h/files/assets/common/downloads/Mundhygienehandbuch\\_Pflege.pdf](http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/h/files/assets/common/downloads/Mundhygienehandbuch_Pflege.pdf) [Zugriff 28.09.2020]). Die Schweizerische Zahnärztegesellschaft (SSO) hat eine überarbeitete Version unter dem gleichen Titel herausgegeben.

Ein computergestütztes Trainingsprogramm für Pflegekräfte, Ärzte und pflegende Angehörige zur Mundgesundheit wurde in Kooperation des Bereichs Seniorenzahnmedizin der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde Leipzig, der Forschungsgruppe Geriatrie des Evangelischen Geriatriezentrums Berlin, mit Unterstützung der Fa. GABA (heute: CP GABA), und des Arbeitskreises für Gerostomatologie e.V. unter dem Titel „Gesund im Alter – auch im Mund“ entwickelt.

- **MERKE** Bei aller Verfügbarkeit von Schulungsprogrammen ist dennoch der persönliche Kontakt zur Vermittlung der Kenntnisse und Fähigkeiten in der Beurteilung und Unterstützung der Mundpflege essenziell.

Eine wichtige Säule in der Dentalhygiene ist – neben Zahnärztinnen und Zahnärzten – **spezialisiertes Personal** (◉ Abb. 10.4), das vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in naher Zukunft in erhöhtem Maße benötigt werden wird. Alternativ zu der



○ **Abb. 10.4** Die persönliche empathische Betreuung durch in der Dentalhygiene und dem Präventionsmanagement spezialisiertes Personal ist eine wichtige Säule in der mobilen Betreuung von Bewohnern von Seniorenpflegeeinrichtungen.



○ **Abb. 10.5** Auswahl von Mundhygieneartikeln

Aufstiegsfortbildung gab es seit 2014 den dualen Studiengang „Dentalhygiene und Präventionsmanagement“ an der Praxishochschule in Köln, der inzwischen unter der EU|FH Europäischen Fachhochschule Rhein/Erft GmbH weitergeführt wird.

### 10.3 Mundhygieneartikel und praktische Umsetzung

Im Rahmen der mobilen Betreuung von Bewohnern von Seniorenpflegeeinrichtungen werden anhand der beim Patienten vorgefundenen Verhältnisse aus der breiten Palette der zur Verfügung stehenden Mundhygieneartikel die richtigen Artikel – individualisiert auf den Patienten – ausgewählt (○ Abb. 10.5) und ihre Nutzung durch Patient und Pflegekraft aktiv eingeübt.



○ **Abb. 10.6** Auswahl von Hilfsmitteln zur Zungenreinigung

- **MERKE** Es ist von entscheidender Bedeutung ist, dass das pflegende Umfeld in die Demonstration und Einübung der Mundpflege aktiv miteinbezogen wird.

Zu einer effizienten Mundpflege gehört neben der Zahnreinigung auch eine **Reinigung der Zunge**. Von der oralen bakteriellen Belastung finden sich 60–80 % auf dem Zungenrücken (Filippi 2009). Bei offensichtlichem Zungenbelag ist die Bakteriendichte um den Faktor 25 erhöht (De Boever u. Loesche 1996). Die große Bedeutung der oralen Gesundheit für die allgemeine Gesundheit erfordert eine substantielle bakterielle Reduktion. Dazu ist eine Reinigung der Zunge unerlässlich. Eine gereinigte Zunge steigert zudem das Geschmackempfinden und verleiht ein angenehmes Frischegefühl. ○ **Abb. 10.6** zeigt eine Auswahl der zur Verfügung stehenden Hilfsmittel zur Zungenreinigung.

- **MERKE** Die praktische Umsetzung der vom zahnmedizinischen Personal demonstrierten Mundhygienemaßnahmen durch den Patienten und die Pflegekräfte ist unabdingbar.

Die bloße Ermahnung zur Optimierung der individuellen Mundhygiene hat keinen Effekt. Auch Putzdemonstrationen an überdimensionalen Modellen zeigen nahezu keine Wirkung, da die Übertragung der Gegebenheiten in die eigene Mundhöhle den meisten Menschen nicht gelingt. Allenfalls zur Veranschaulichung spezieller räumlicher Gegebenheiten können Demonstrationen an individuellen Modellen der jeweiligen Patienten sinnvoll sein.

In der Instruktion bzw. Übernahme der Mundhygiene können die folgenden praktischen Hinweise zu einer erfolgreichen und effektiven Durchführung beitragen.

- Ein Stuhl wird in geringem Abstand zu einer Wand platziert, sodass der Helfende rechts hinter dem Patienten bequem stehen und sich zwischendurch anlehnen kann. Die Hand auf der Schulter vermittelt einen ersten Kontakt, der den Patienten spüren lässt, dass es sich um einen Moment der menschlichen Zuwendung handelt (○ **Abb. 10.4 A**). Auf diese Weise kann der eher konfrontativen Situation, wenn man



○ **Abb. 10.7** Kinnabstützung und Abhalten der Lippe (gezeigt am Beispiel eines jungen Mannes mit Behinderung)



○ **Abb. 10.8** Demonstration der Effektivitätssteigerung durch unterschiedliche Anstellwinkel des Borstenfeldes an die Zahnreihe: gerade (A) und schräge (B) Anstellung des Borstenfeldes. In Anlehnung an die modifizierte Bass-Technik



voreinander steht, um die Mundhygiene zu unterstützen, aus dem Wege gegangen werden.

- Der Pflegebedürftige kann seinen Kopf am Oberkörper des Helfenden anlehnen, sodass eine optimale Sicht auf die intraorale Situation gegeben ist (○ Abb. 10.4B). Das Kinn wird mit der Hand unterstützt und die Lippe wird abgehalten (○ Abb. 10.7).
- Eine Demonstration der Effektivität wird über die unterschiedlichen Anstellmöglichkeiten des Borstenfeldes an die vestibulären Zahnoberflächen ermöglicht. Auf diese Weise wird ersichtlich, wie durch die 45°-Anstellung des Borstenfeldes eine Anpassung an die Kontur der Zähne erfolgt, ohne dass eine spezielle Konfiguration der Borstenanordnung erforderlich wäre (○ Abb. 10.8).



○ **Abb. 10.9** Abhalten der Oberlippe



○ **Abb. 10.10** Linguale Positionierung bei reflexivem Zungendruck

- Die Reinigung kann zunächst ohne Zahnpasta erfolgen. Dadurch ist die Reinigung nicht an das mitunter sehr beengte Umfeld des Badezimmers gebunden. Die Nachreinigung durch den Patienten selbst erfolgt dann mit Zahnpasta.
- Durch Abhalten der Oberlippe mit dem Zeigefinger ist eine gute Sicht auf die Frontzahnsituation gegeben (○ Abb. 10.9).
- Häufig kann der reflexive Zungendruck bei dem Versuch der lingualen Reinigung durch bloßes Auflegen der Zahnbürste überwunden werden, sodass in der Phase der Entspannung die Bürste die Lingualflächen erreichen kann (○ Abb. 10.10).
- Die Gewährung von kleinen Pausen während des Vorgangs vermittelt den Pflegebedürftigen das Gefühl, dass es nicht darum geht, etwas „hinter sich zu bringen“. Die Mundhygiene kann vielmehr als eine Phase des Tages wahrgenommen werden, in der man sich intensiv um sie kümmert und so auch Raum für etwas Kommunikation gegeben ist.



- **MERKE** Mundpflege ist integraler, essenzieller Bestandteil der Pflege. Dabei benötigt die Pflege die interprofessionelle Unterstützung durch mobile, empathische, zahnmedizinische Teams, die sich durch Kooperationsverträge (§ 119b SGBV) an entsprechende Einrichtungen binden und darin einen weiteren Weg zur ethischen Erfüllung ihrer Berufung sehen.

## Literatur

- Beck J et al. Periodontal disease and cardiovascular disease. *J Periodontol* 67 (10 Suppl), 1996, 1123–1137
- Benz C, Haffner C. Zahnmedizinische Prophylaxe in der Pflege – Das Teamwerk-Konzept. In: Müller F, Nitschke I (Hrsg). *Der alte Patient in der zahnärztlichen Praxis*. Berlin 2010, 272–273
- BZÄK, Bundeszahnärztekammer (Hrsg). *Handbuch der Mundhygiene. Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf. Ein Ratgeber für Pflegepersonal und unterstützende Personen*. [www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/h/files/assets/common/downloads/Mundhygienehandbuch\\_Pflege.pdf](http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/h/files/assets/common/downloads/Mundhygienehandbuch_Pflege.pdf) (Zugriff: 28.09.2020)
- Chen H et al. Chewing Maintains Hippocampus-Dependent Cognitive Function. *Int J Med Sci* 12(6), 2015, 502–509
- De Boever EH, Loesche WJ. The tongue microbiota and tongue surface characteristics contribute to oral malodour. van Steenberghe D, Rosenberg M (Hrsg). *Bad breath: a multidisciplinary approach*. Leuven 1996, 111–122
- DeStefano F et al. Dental disease and risk of coronary heart disease and mortality. *BMJ* 306(6879), 1993, 688–691
- Filippi A. Halitosis – eine aktuelle Kurzübersicht. *Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde* 31, 2009, 170–177
- Finucane TE. Periodontitis, edentulism, and dementia. *J Am Geriatr Soc* 61(11), 2013, 2060
- Fiske J, Lloyd HA. Dental needs of residents and carers in elderly peoples' homes and carers attitudes to oral health. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 2, 1992, 91–95
- Genco R, Offenbacher S, Beck J. Periodontal disease and cardiovascular disease: epidemiology and possible mechanisms. *J Am Dent Assoc* (1939), 133, 2002, 14S–22S
- Gil-Montoya JA et al. Is periodontitis a risk factor for cognitive impairment and dementia? A case-control study. *J Periodontol* 86(2), 2015, 244–253
- Grabe HJ et al. Tooth loss and cognitive impairment. *J Clin Periodontol* 36/7, 2009, 550–557
- Hinz R. *Initiative handicap zur Prävention von Karies und Parodontopathien*. Zahnärztlicher Fach-Verlag, Herne 2015
- Ide M et al. Periodontitis and Cognitive Decline in Alzheimer's Disease. *PLoS One* 11(3), 2016, e0151081
- Jäger S et al. Mundhygiene und Mundgesundheit bei Bewohnern von Altenpflegeheimen- Auswirkungen eines Trainingsprogramms für Pflegekräfte auf die Mundgesundheit der Bewohner. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 52, 2009, 927–935
- Janket SJ et al. Oral infection, hyperglycemia, and endothelial dysfunction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 105(2), 2008, 173–179
- Jordan AR et al. Verbesserung der zahnmedizinischen Betreuung in der Altenpflege durch Schulungen von Pflegekräften. *Pflege* 25(2), 2012, 97–105

## 14 Die fördernde Mahlzeitengestaltung – So macht das Essen Freude

Ulrike Grohmann

Wohnumfeldgestaltung... 225 | Umgebungsgestaltung und Essverhalten... 229 | Essen und Trinken diskret unterstützen... 234 | Die Tischgemeinschaft... 242

14

Essen und Trinken spielen im sozialen und kulturellen Leben eine wichtige Rolle. Das ist auch im Alter nicht anders. Besonders ansehnliche, wohlschmeckende Speisen oder eine schöne Tischdekoration beeinflussen den Appetit und steigern das Wohlbefinden. Das Gleiche gilt auch für eine angenehme Gesellschaft bei Tisch oder festliche Mahlzeiten zu bestimmten Anlässen.

Das Umfeld, in dem die Speisen serviert werden, beeinflusst Genuss und Freude am Essen. Damit sich die verschiedenen Faktoren positiv auf das Essverhalten der pflegebedürftigen Senioren auswirken können, müssen die verschiedenen, in einer Senioreneinrichtung tätigen Berufsgruppen zielgerichtet zusammenarbeiten. Nur mit einem guten Schnittstellenmanagement gelingt es, die Prozesse für eine optimale Speiserversorgung, für störungsfreie Mahlzeiten und die Gestaltung einer förderlichen und angenehmen Umgebung während der Mahlzeiten abzustimmen.

Die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit zeigt sich an den verschiedenen Rahmenbedingungen, die für eine optimale Ernährungsversorgung notwendig sind: Neben der Gestaltung der Verpflegung steht die Unterstützung der Senioren beim Essen und Trinken im Fokus. Für die Essatmosphäre ist die Gestaltung der Tische und Räume von Bedeutung: Ausgewählte Materialien können Vertrautheit und Orientierung bieten, indem sie beispielsweise die Beleuchtung, die Farbgebung, die Lüftung und die Geräuschkulisse günstig beeinflussen.

### 14.1 Wohnumfeldgestaltung

Eine angenehme Wohnatmosphäre gehört zu den wesentlichen Voraussetzungen, damit sich die Bewohner in einer Einrichtung wohl fühlen. Bei der Gestaltung der Wohn- und Gemeinschaftsräume wird den Bedürfnissen und Gewohnheiten der Senioren Rechnung getragen. Neben einer wohnlichen Umgebung, die die räumliche Orientierung ermöglicht, sind dabei Bereiche mit Gelegenheit zur Begegnung sowie zum persönlichen Rückzug notwendig.

Damit Mahlzeiten als angenehm empfunden werden können, muss das Umfeld gezielt gestaltet werden. In ein **Gestaltungskonzept** fließen neben individuellen Geschmacks-

vorlieben Überlegungen ein, wie die Erkenntnisse zu körperlichen und kognitiven Einschränkungen alter Menschen umzusetzen sind. Zudem werden die biografischen Daten der Bewohnergeneration bei der Wohnumfeldgestaltung eine Rolle spielen. So haben sich beispielsweise etliche Einrichtungen bei der Möblierung von Wohnräumen am Stil der 40er und 50er Jahre des 20. Jahrhunderts orientiert.

Die Entwicklung eines Gestaltungskonzepts für das Wohnumfeld trägt dazu bei, die Anforderungen der unterschiedlichsten Seiten zu berücksichtigen. Menschen mit Beeinträchtigungen, und das gilt in ganz besonderem Maß für demenziell Erkrankte, sollte das Leben mit räumlichen, sozialen und organisatorischen Elementen erleichtert werden. Welche Raumerfordernisse eine Demenzkrankheit mit sich bringt, ist heute bekannt: Von der Architektur bis hin zur Dekoration mit Tischdecken und Gestecken gibt es Erkenntnisse, was Menschen mit kognitiven Einschränkungen hilft. Mithilfe der Raumgestaltung können Depressivität, Unruhe oder Aggressivität deutlich reduziert werden – was im Umkehrschluss auch das Leben derjenigen erleichtert, die sie betreuen.

Die Bewohner sollen sich in der Einrichtung zu Hause fühlen. Es gilt dabei, ein institutionelles Milieu so weit wie möglich zu vermeiden. Neuere Wohnformen, wie Haus- oder Wohngemeinschaftskonzepte, versuchen ein möglichst hohes Maß an Alltagsnormalität zu realisieren. Bänke, Sofas und einzeln stehende Sitzmöbel signalisieren Gemütlichkeit, laden zum Verweilen ein und ermöglichen eine Beobachtung des Geschehens. Mit Stehlampen und unterschiedlichen Schranktypen lässt sich eine Wohn- bzw. Esszimmeratmosphäre wie in einem Privathaushalt erzeugen.

So wichtig auch die Raumdekoration, beispielsweise für eine jahreszeitliche Orientierung ist: In Pflegeeinrichtungen muss eine Lösung zwischen Reizarmut und Reizüberflutung gefunden werden. Große oder unruhige Dekorationen überfordern vor allem Demenzkranke leicht, Räume ohne Dekoration sind langweilig, ungemütlich und wirken steril. Demenziell erkrankte Menschen sollen angeregt werden, ohne sie zu überfordern. Sie benötigen viel weniger Reize als kognitiv gesunde Menschen.

#### 14.1.1 Berücksichtigung altersbedingter Beeinträchtigungen

Die Leistungsfähigkeit des Menschen lässt aufgrund altersbedingter Beeinträchtigungen nach. Diese altersbedingten Beeinträchtigungen lassen sich in die drei Bereiche Sinne, Körper und Geist gliedern (▣ Tab. 14.1).

Ursache der altersbedingten Beeinträchtigung sind strukturelle Veränderungen des Körpers aufgrund des Alterungsprozesses. Hinzu können Erkrankungen bzw. Behinderungen kommen, die ebenfalls die Funktionen der betroffenen Bereiche beeinflussen bzw. die altersbedingten Beeinträchtigungen verstärken.

▣ **Tab. 14.1** Bereiche, die von einer altersbedingten Beeinträchtigung betroffen sind

Sinne	Körper	Geist
Sehen	Beweglichkeit	Informationsverarbeitung
Hören	Kraft	Gedächtnis
Fühlen/Tasten	Fingerfertigkeit	Reaktion
Riechen/Schmecken		Koordination

Die unterschiedlichen Einschränkungen können verschiedene Auswirkungen auf die Teilhabe der Senioren am normalen Alltag haben. Sowohl bei der Gestaltung des Wohnumfeldes als auch beim Decken des Tisches bis hin zu der Verpflegung müssen diese Beeinträchtigungen Berücksichtigung finden (▣ Tab. 14.2).

▣ **Tab. 14.2** Tischgestaltung und Speisenauswahl: Berücksichtigung altersbedingter Beeinträchtigungen

Beeinträchtigungen	Tischgestaltung	Speisen und Getränke
<b>Sehen</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verminderung der Sehschärfe</li> <li>■ Verzögerte Scharfeinstellung</li> <li>■ Höhere Blendempfindlichkeit</li> <li>■ Altersweitsichtigkeit</li> <li>■ Schlechtere Farbwahrnehmung</li> <li>■ Einengung des Gesichtsfelds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Blendfreie Tischoberfläche</li> <li>■ Angepasste Beleuchtung</li> <li>■ Farblich ansprechende Tischdekoration</li> <li>■ Kontraste zwischen Teller und Tisch (farbiger Teller[-rand], farbige Tischdecke, Tischset)</li> <li>■ Farbige Gläser, Becher, Tassen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ansprechendes Anrichten der Speisen</li> <li>■ Klarer farblicher Kontrast zwischen einzelnen Komponenten</li> <li>■ Kontrast zwischen Speisekomponenten und Teller</li> <li>■ Farbige Getränke (Saft, Limo) in Gläsern</li> </ul>
<b>Hören</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Altersschwerhörigkeit</li> <li>■ Einschränkung des Hörens höherer Frequenzbereiche (z. B. Telefonklingeln)</li> <li>■ Beeinträchtigung v. a. durch störende Hintergrundgeräusche („Cocktailparty-Schwerhörigkeit“)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tischsets, Tischdecken (vermindern Geschirrkloppern und senken Geräuschkulisse)</li> </ul>	
<b>Riechen/Schmecken</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nachlassen des Geruchs- und Geschmacksinns</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ansprechendes Anrichten der Speisen für optische Reize.</li> </ul> <p>Weitere Hinweise: ▶ Kap. 14.1.2</p>
<b>Körperliche Einschränkungen</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verminderung von Kraft, Beweglichkeit und Fingerfertigkeit</li> <li>■ Kau- und Schluckbeschwerden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Auswahl an geeignetem Geschirr und Besteck</li> <li>■ Passende Wahl von Hilfsmitteln (▶ Kap. 14.3.3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ggf. Konsistenzanpassung (z. B. weiche Kost, passierte Kost)</li> <li>■ Fingerfood</li> </ul>

■ **Tab. 14.2** Tischgestaltung und Speisenauswahl: Berücksichtigung altersbedingter Beeinträchtigungen (Fortsetzung)

Beeinträchtigungen	Tischgestaltung	Speisen und Getränke
<b>Geist</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verlangsamte Informationsverarbeitung und Reaktion</li> <li>■ Verminderte Gedächtnisleistung</li> <li>■ Erschwerte Koordination</li> <li>■ Demenzielle Veränderungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vermeidung von Reizüberflutung (Dekoration)</li> <li>■ Vermeidung von nicht-essbarer Dekoration (evtl. Gefährdung Demenzkranker)</li> <li>■ Ggf. auf kleingemustertes Geschirr und Servietten verzichten (Muster wird von Demenzkranken evtl. fälschlicherweise als Insekten etc. identifiziert)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ggf. Konsistenzanpassung</li> <li>■ Ansprechendes Anrichten</li> <li>■ Erkennbare Komponenten</li> <li>■ Ggf. Fingerfood</li> </ul>

■ **Tab. 14.3** Allgemeine Anforderung an die Raumgestaltung in Altenhilfeeinrichtungen

Einrichtungsmerkmale	Ziel
Helle Räumlichkeiten (möglichst viel Tageslicht)	Orientierung im Raum Orientierung bzgl. der Tageszeit Sicherheit
Kombination aus indirekter Beleuchtung mit Wand-, Decken- und Tischleuchten	Blendfreies Licht gibt Sicherheit Lichtinseln wirken wohnlich Vermeidung von institutionellem Licht
Stühle mit hohem Sitzkomfort und Armlehnen	Bequemlichkeit Erleichtern das selbstständige Aufstehen und fördern die Mobilität
Ausreichend Platz für Pflegerollstühle, Rollatoren	Anpassung an Bedürfnisse von Pflegebedürftigen
Rutschfester und gut zu reinigender Bodenbelag	Sicherheit für Bewohner Anforderungen an Hygiene und Sauberkeit

### 14.1.2 Anforderungen an die Raumgestaltung

Für Altenhilfeeinrichtungen gelten einige grundlegende Anforderungen, unabhängig von den spezifischen Einschränkungen und Erkrankungen der Bewohner (■ Tab. 14.3).

#### Kriterien für die Gestaltung des Speisesaals bzw. des Essraums

- Schwellenfreier Zugang,
- einfach und selbstständig auffindbar, der Weg dorthin gut gekennzeichnet und mit Handläufen versehen,
- mit Rollstühlen unterfahrbare Tische,
- ausreichend Platz für eine weitere Person zum Anreichen des Essens,

- Mobiliar hebt sich gut sichtbar vom Boden ab (unterschiedliche Farben für Tischplatten und Bodenbelag),
- Vermeidung von Lärm und Unruhe (► Kap. 14.2).

### Checkliste Tisch und Tischgedeck

- Aufgeräumter Tisch, Entfernen unnötiger Dinge (Zeitungen etc.),
- vollständig gedeckter Essplatz für jeden Bewohner,
- Geschirr und Besteck an die Fähigkeiten der Bewohner angepasst,
- Geschirr: Farbe ansprechend, Kontrast zum Tisch und kein Muster, das ggf. Demenzkranke verwirren könnte,
- Servietten (Stoff/Papier): Farbe ansprechend und kein Muster, das ggf. Demenzkranke verwirren könnte,
- Tischdecke, Tischsets (Struktur, Farbe, Kontrast, ggf. Funktionalität),
- Tischdekoration: ansprechend, jahreszeitlich, für Demenzkranke ungefährlich,
- Menage zum Nachwürzen.

---

### Bitte nicht!

Bitte nicht mit dem Beginn der Mahlzeit bereits das Dessert eindecken! – Auch wenn es für die Abläufe der Einrichtung einfacher ist: Die meisten Menschen sind eine feste Reihenfolge von Vorspeise (z. B. Suppe), Hauptgericht und süßem Nachtisch gewöhnt. Dies beizubehalten verschafft alten Menschen Orientierung. Senioren mit geringem Appetit laufen schnell Gefahr, nach der Süßspeise satt zu sein und dann nichts mehr zu essen. Ein süßer Abschluss geht nach der Hauptspeise aber fast immer noch!

---

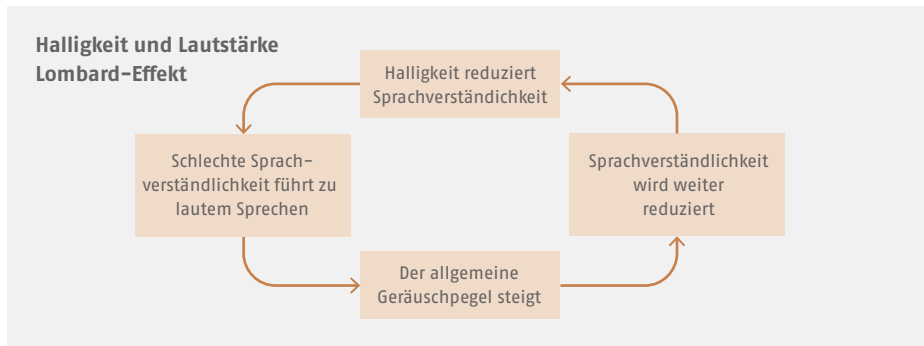
## 14.2 Umgebungsgestaltung und Essverhalten

Gemeinsame Mahlzeiten sind ein wichtiges Ereignis für Bewohner in sozialen Einrichtungen. Essen strukturiert den Alltag, bietet Gelegenheiten zur Kommunikation und ist insgesamt ein Höhepunkt des Tages. Damit das Essen zu einem gelungenen Ereignis wird, ist auch die Gestaltung des Raums entscheidend: Wer bleibt schon gerne länger als nötig am Tisch, wenn es ungemütlich ist? Ob, wie gerne und wie viel Menschen bei einer Mahlzeit essen, ist von vielen Umgebungsfaktoren abhängig. So ist in Senioreneinrichtungen unter Umständen entscheidend, ob Bewohner den Weg zum Speiseraum selbstständig zurücklegen können oder darauf angewiesen sind, dorthin gebracht zu werden.

Die Möglichkeit, Einfluss auf die Mahlzeit nehmen bzw. eine freie Wahl treffen zu können, wirkt sich ebenso auf die Lust zu Essen aus wie die Tischgemeinschaft, die Art des Servierens, das Klima im Raum (Temperatur, Zugluft), die Einrichtung, Lichtverhältnisse, Farben und Akustik.

### 14.2.1 Einfluss der Akustik

So gut wie alle Menschen empfinden eine hohe Umgebungslautstärke beim Essen als unangenehm. Demenzkranke reagieren schnell mit körperlicher Unruhe und sind vom Essen abgelenkt – die Konzentration leidet. Lärm führt zur Ausschüttung von Stresshormonen und erschwert die Kommunikation, insbesondere für Menschen mit einer verminderten Hörleistung, die besonders störanfällig für Hintergrundgeräusche sind. Ältere



○ **Abb. 14.1** Helligkeit und Lautstärke. Nach Sennlaub 2015

Menschen benötigen Räume mit wenig Hall und eine reduzierte Hintergrundbeschallung. Kleinere Gruppen sind meist ruhiger als große. Daher bieten Mahlzeiten in Wohngruppen mehr Ruhe als große Speisesäle.

Bei der Planung und Einrichtung von Speiseräumen kann mit akustischen Hilfen gearbeitet werden (○ Abb. 14.1). Geeignet sind alle Materialien, die den Schall brechen etwa Akustikdecken, Polster oder Tapeten. Mitarbeiter in der Einrichtung selbst können unmittelbar Einfluss auf die Akustik im Speiseraum nehmen und aktiv dazu beitragen, die Geräuschkulisse zu senken.

#### **Praxistipp: Für eine angenehme Geräuschkulisse im Speiseraum**

- Lautes Rufen vermeiden.
- Auf lautes Klappern in der Spülküche während der Mahlzeiten verzichten (falls Küche in der Nähe des Speisesaals).
- Geschirr möglichst geräuscharm abräumen.
- Auf laute Radiomusik im Hintergrund verzichten.
- Ggf. beruhigende leise Musik während der Mahlzeiten wählen.

#### **14.2.2 Bedeutung von Farben und Kontrasten**

Veränderungen im Bereich des Sehens führen nicht nur zu einer Verunsicherung bei der Verortung im Raum. Das Sehen hat einen entscheidenden Einfluss auf das Essverhalten. Jeder kennt den Ausspruch: „Beim bloßen Anblick läuft mir das Wasser im Munde zusammen“. Lust am Essen entsteht auch über optische Reize: Eine ansprechend aussehende Speise wird bereits als appetitlich empfunden, noch bevor sie verkostet oder ihr Duft wahrgenommen werden kann. Daher sollte viel Wert auf das ansprechende Anrichten der Speisen gelegt werden.

Zuvor muss jedoch der Essplatz als solcher wahrgenommen werden können. Fehlende Kontraste zwischen Tischplatte und Bodenbelag, zwischen Teller und Tischplatte bzw. Tischdecke und der Komponenten auf dem Teller erschweren eine Orientierung und führen dazu, dass die appetitanregenden Reize ausbleiben.

Wegen der verminderten Sehschärfe, der Einengung des Gesichtsfeldes und der schlechteren Farbwahrnehmung sind für ältere Menschen Helligkeit und Kontraste von besonderer Wichtigkeit. Besonders vor den Mahlzeiten sollte auch darauf geachtet werden, dass die Brille des Seniors geputzt ist.



○ Abb. 14.2 Kontrast auf dem Teller. Sennlaub 2015

Eine Brille mit **Kantenfiltergläsern** filtert bestimmte Lichtanteile heraus, sodass diese nicht auf dem Auge ankommen. Solche Brillen können unangenehmes Streulicht verringern, die Lichtmenge reduzieren und Kontraste verstärken. Von vielen sehbehinderten Menschen wird dies als sehr angenehm und hilfreich empfunden.

#### **Bitte nicht!**

Das Wasser im Glas, der weiße Teller auf dem weißen Tischcloth mit dem Menü aus gedünstetem Fisch mit Béchamelsauce, Reis und Blumenkohl. – Kein Wunder, wenn da der Appetit ausbleibt. Möglicherweise kann der Bewohner den Teller kaum auf dem Tisch erkennen, geschweige denn das leckere Essen! – Daher auf farblich kontrastierende Mahlzeitengestaltung achten (○Abb. 14.2).

### **14.2.3 Gewährleistung störungsfreier Mahlzeiten**

In Senioreneinrichtungen müssen die Pflegekräfte häufig unter enormem Zeitdruck viele pflegerische Tätigkeiten am Bewohner ausführen. Da passiert es schnell, dass dies geschieht, während der Bewohner beim Mittagessen ist. Mahlzeitenunterbrechungen können dazu führen, dass Bewohner weniger oder gar nichts mehr essen und trinken oder sich verschlucken, weil sie abgelenkt sind. Demenziell erkrankte Menschen vergessen bei einer Störung schnell, dass sie sich beim Essen befinden. Daher sollten unnötige, mahlzeitenfremde pflegerische, therapeutische und medizinische Tätigkeiten während der Mahlzeiten unterbleiben (**Protected Mealtimes**).



Wenn dagegen die Mitarbeiter von Pflege oder Hauswirtschaft eine kontinuierliche Betreuung und Unterstützung während der Mahlzeit leisten, entwickelt sich dabei oft eine gute Beziehungsgestaltung zum Bewohner. Beeinträchtigte Menschen profitieren davon durch eine Steigerung der Verzehrmenen und eine Verbesserung der Ernährungssituation.

#### 14.2.4 Fördernde Mahlzeitengestaltung

Eigenständigkeit beim Essen und Trinken ist ein hohes Gut. Bei den Mahlzeiten bieten sich tagtäglich wiederkehrende Gelegenheiten, Bewohner fördernd zu unterstützen, damit ihre Selbstständigkeit so lange wie möglich erhalten bleibt. Mit der Fähigkeit, selbstständig essen zu können, entscheidet sich, was und wie viel die Senioren essen und trinken. Für eine fördernden Gestaltung und gezielte Aktivierung sind es oft kleine Hilfestellungen und Unterstützungen, die große Wirkungen zeigen können. Dafür ist es zwingend notwendig, dass die Beteiligten der verschiedenen Berufsgruppen aus Küche, Service, Hauswirtschaft und Pflege hier professionell zusammenarbeiten. In allen Bestrebungen geht es darum, Menschen zu befähigen, Aufgaben des Alltags so eigenständig wie möglich zu bewältigen und damit Essen und Trinken auch weiterhin als genussvoll zu erleben.

#### Mahlzeiten in vertrauter familiärer Weise

Eine an die Bedürfnisse und Esskultur der Bewohner angepasste Umgebung und ein angenehmes Ambiente bei den Mahlzeiten haben einen nachweislich signifikant günstigen Einfluss auf die Lebensqualität, die funktionalen Fähigkeiten und Aktivitäten, das Körpergewicht und die Verzehrmenen der Bewohner.

Auch die Art, wie die Mahlzeiten angeboten werden, hat einen deutlichen Einfluss. Eine dezentrale Versorgung in Altenheimen mit Speisenangeboten zum Selbstnehmen, in freundlicher Umgebung, mit angemessener Unterstützung während der Mahlzeiten hat einen positiven Effekt auf die Pflegebedürftigen. Wenn die Mahlzeiten im Speiseraum unmittelbar im Beisein der Bewohner portioniert werden, essen insbesondere demenziell erkrankte Bewohner deutlich mehr, als beim Servieren über ein Tablettssystem.

Die Senioren können so die Speisen sehen und ihre Auswahl selbst bestimmen. Zudem wird das Essen nicht so schnell kalt, da mehrere kleinere Portionen nachgereicht werden können. Dieser positive Effekt auf die Verzehrmenen macht sich auch in Wohngruppen nachweisbar bemerkbar. So haben Mahlzeiten in gewohnter familiärer Weise mit Tischgemeinschaften und Speisen auf dem Tisch zum Selbernehmen positive Wirkungen auf das Ernährungsverhalten Demenzkranker. Die Bewohner bringen sich viel mehr in die gemeinsamen Mahlzeiten ein, beteiligen sich mehr an den Vorbereitungen, reichen sich gegenseitig die Speisen an und kommunizieren viel mehr miteinander.

- **MERKE** Mitarbeiter, die in Schulungen gelernt haben, wie sie eine familiäre und kommunikative Mahlzeit gestalten können, erreichen anschließend eine deutlich größere aktive Beteiligung der Demenzkranken an den Mahlzeiten.

#### Verlust der eigenen Esskultur

Bei Überlegungen zur Esskultur und zu einer angenehmen Mahlzeitengestaltung sollten die Mitarbeiter der Einrichtungen auch kritisch die eigene Haltung hinterfragen, denn häufig repräsentieren die betagten Bewohner und die Pflegekräfte bzw. Bezugskräfte sehr

unterschiedliche Esskulturen. Eine Untersuchung zur Esskultur in der stationären geriatrischen Versorgung ergab, dass die Mahlzeitengestaltung im Wesentlichen durch die Mitarbeiter erfolgte und daher die Esskultur in den Einrichtungen auch eher den Vorstellungen der Pflegekräfte als den dort untergebrachten Menschen entsprach. Die alten Menschen sahen kaum eine Möglichkeit, an der Gestaltung der Mahlzeiten mitzuwirken. Sie trauten sich häufig auch nicht, sich zu beklagen, wenn sie mit der Situation unzufrieden waren. Da sich die alten Menschen in der Pflegeeinrichtung als Gast fühlten, verhielten sie sich sehr zurückhaltend und warteten, bis ihnen etwas angeboten wurde, statt zu verlangen, was sie gerne hätten. Problematisch war auch, dass sie ungern Unterstützung beim Essen und Trinken einforderten oder es ganz vermieden, um Hilfe zu bitten, weil sie nicht zur Last fallen wollten oder sich wegen ihrer Einschränkungen schämten. Dadurch gerieten sie in Gefahr, mangelernährt zu werden. (DNQP 2010)

#### **Info 14.2: Zurückhaltende Gäste oder aktive Bewohner?**

Für Mitarbeiter in der Einrichtung ist es enorm wichtig, die Situation der alten Menschen gut zu kennen, um auf diese Weise ihre Wünsche und Bedürfnisse zu erfahren. Für Angehörige der heutigen Generation ist es viel selbstverständlicher, etwas zu erbitten oder gar einzufordern als für alte Menschen. Wer sich nicht zu Hause, sondern als Gast fühlt, behält seine Zurückhaltung.

14

### **Alltagsgestaltung in Haus- und Wohngemeinschaften**

In Haus- und Wohngemeinschaften orientiert sich die Alltagsgestaltung an dem Normalitätsprinzip. Sie kommt daher den Bedürfnissen von Senioren, vor allem auch von Menschen mit Demenz, besonders entgegen. Das Zusammenleben erfolgt in einer übersehbaren Gemeinschaft mit festen Bezugspersonen. Der Tagesablauf richtet sich nicht nach den Pflegehandlungen, sondern wird alltagsnah gestaltet. Alle Arbeiten in Zusammenhang mit den Mahlzeiten, angefangen von der Planung und dem Einkauf über die Mahlzeitenzubereitung, das Tischdecken und Geschirrspülen gehören zum Leben. Die Bewohner können sich beteiligen oder zumindest alles beobachten, zum Essen bleibt ihnen mehr Zeit als meist üblich.

Dieses Wohnmodell kommt den Bedürfnissen nach Beteiligung, Mitsprache, Zugehörigkeit, Aktivität und Orientierung der Heimbewohner entgegen. Das Modell von Haus- und Wohngemeinschaften ist nicht zwangsläufig mit neuen Wohnmodellen (Neubauten) verbunden. Auch in konventionellen, stationären Heimen gibt es vielfältige Möglichkeiten, die Bewohner aktiv einzubeziehen.

### **Hauswirtschaft im Alltag von Menschen**

Für die Lebensgestaltung im Alltag sind hauswirtschaftliches Wissen und die entsprechenden Fähigkeiten und Fertigkeiten maßgebliche Faktoren. Diese Überlegungen sind die Basis für die Konzeptionen vieler Haus- und Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Senioren. Die überwiegende Zahl der Heimbewohner ist weiblich und war in jüngeren Jahren verantwortlich für die Ernährung ihrer Familie. Die Heimbewohnerinnen können somit auf eine lange Erfahrung der Essenzubereitung zurückblicken. Wird diese Erfahrung nach der Übersiedlung ins Heim nicht respektiert, bedeutet dies ein Nicht-ernst-Nehmen ihrer Persönlichkeit. Daher gilt es, das „Expertenwissen“ der Heimbewoh-

ner zu berücksichtigen und zu nutzen sowie für die Heimbewohner kreativ und phantasievoll vielfältige Mitwirkungsmöglichkeiten in der Küche zu schaffen.

In vielen Situationen greifen auch demenziell veränderte Seniorinnen auf tief verinnerlichte Erfahrungen mit Hausarbeit zurück. Hier werden viele Fertigkeiten und Abläufe sichtbar, die durch lange Erfahrung und sichere Handhabung wie von selbst ausgeübt werden. Bewohnerinnen können damit wieder für sich selbst und die Gruppe tätig sein und gewinnen dabei deutlich an Selbstwertgefühl.

Für die Hauswirtschaftsleitung einer Haus- und Wohngemeinschaft gilt es, die Arbeitsvorhaben und die konkrete Aufgabenstellung auf die vorhandenen individuellen Ressourcen und Interessen abzustimmen. Für ein größtmögliches Maß an Alltagsnormalität ist professionelles Handeln zwingend notwendig und unabdingbar.

Bei der Betrachtung von Esskultur sollte bedacht werden, dass Individualität Grenzen hat und jede Gemeinschaft auch Anpassungsleistungen von ihren Mitgliedern erfordert. Die Anforderungen an die Anpassungsleistungen sind umso höher, je größer die Gruppe ist. Pflegeheime sind in der Regel Großhaushalte und wie jeder Großhaushalt auf Regeln des Zusammenlebens angewiesen. Je mehr Personen in einem Haushalt zusammenleben, desto höher ist letztlich der Regelungsbedarf – gerade auch im Hinblick auf die Esskultur.

---

### 14.3 Essen und Trinken diskret unterstützen

---

Altersbedingte Einschränkungen und Erkrankungen können dazu führen, dass es Senioren nicht mehr möglich ist, völlig selbstständig zu essen. Wer die erforderlichen Bewegungen, etwa das Führen der Hand zum Mund, oder Schneidebewegungen mit dem Messer nur noch eingeschränkt durchführen kann, wer unter einem Zittern der Hände leidet oder von Koordinierungsschwierigkeiten betroffen ist, benötigt Unterstützung beim Essen und Trinken.

Die Aufgabe besteht nun darin, Senioren beim eigenständigen Essen zu unterstützen und ihnen damit möglichst große Unabhängigkeit zu gewähren. Die Form der Unterstützung und die Wahl des Hilfsmittels sollten unter dem Aspekt erfolgen, wie sich die Eigenständigkeit und damit das Selbstwertgefühl der Senioren am besten erhalten lassen. Die Unterstützung muss systematisch geplant und darf nicht dem Zufall überlassen werden. Der individuelle Unterstützungsbedarf eines Bewohners entscheidet über die Wahl möglicher Hilfsmittel, die notwendige Konsistenz der Nahrung (► Kap. 14.3.1) und den Hilfebedarf bei der Nahrungsaufnahme (► Kap. 16.2.1).

---

#### Praxistipp

Bei den Mahlzeiten ist eine Überversorgung des Bewohners zu vermeiden. Es sollten keine Tätigkeiten für ihn übernommen werden, die er noch selbst ausführen kann – auch wenn es dann viel länger dauern sollte. Es muss grundsätzlich abgewogen werden, ob die angedachte Hilfestellung für den Senior sinnvoll ist.

Unter allen Mitarbeitern, auch den angeleiteten Hilfskräften, sollte Einigkeit herrschen, was unter den Zielen „Ressourcen erhalten“ bzw. „Selbstständigkeit fördern“ zu verstehen ist. Daran ergeben sich in der Praxis möglicherweise Konflikte mit der Auffassung des Arbeitsauftrags. Ein gemeinsames Leitbild mit klaren Handlungsanweisungen tritt solchen Konflikten entgegen.

---

- **MERKE** Den Senior selbstständig essen zu lassen kann bedeuten, anschließend mehr Aufwand für die Reinigung des Essplatzes und der Wäsche zu haben. Das Essen anzureichen würde diesen Aufwand zwar minimieren, aber dem Ziel der Unterstützung zur Selbstständigkeit widersprechen.

Für Bewohner, die nicht mehr eigenständig essen können, gibt es viele mögliche Stufen der Unterstützung. Wenn Bewohner motorisch nicht mehr in der Lage sind, das Essen selbst zu schneiden, übernimmt eine Pflegekraft das mundgerechte Zerkleinern. Vorher sollte der Senior in jedem Fall die Speisen in ihrem originären Zustand anschauen können. Beim mundgerechten Zerkleinern der Komponenten sollte der Teller weiterhin am Platz des Bewohners stehen. So kann er die Hilfsvorgänge verfolgen und bekommt zudem nicht den Eindruck, er würde die Speisen vom Teller eines Anderen bekommen. Wer nicht genügend Kraft zum Schneiden hat, kann möglicherweise jedoch noch sehr gut kauen – ein Pürieren des Menüs wäre hier eine völlig verfehlte Maßnahme.

Menschen, die schlecht sehen oder auch Lebensmittel aufgrund von Demenz nicht identifizieren, können die Speisen durch Anfassen „begreifen“ und so zum Essen aufgefordert werden. Auch die selbstständige Bewegung der Speisen von der Hand zum Mund, ob mit Besteck oder mit den Fingern, fördert die Bereitschaft zu Essen. Eine geführte Bewegung, bei der die Speisen, Besteckteile oder Trinkgefäße selbst mit der Hand umfasst werden, gibt Sicherheit. Der alte Mensch kann so seinem eigenen Rhythmus folgen.

Günstigen Einfluss sowohl auf kognitiv beeinträchtigte als auch auf nichtbeeinträchtigte Menschen zeigen auch die verbale Ansprache und Aufforderung, die sowohl freundliche, ermunternde oder auch auffordernde Berührung am Unterarm sowie Mahlzeiten in angenehmer Umgebung und erwünschter Gesellschaft.

### 14.3.1 Konsistenzanpassung der Kost

Damit Bewohner Freude am Essen haben, benötigen sie ansprechende, abwechslungsreiche und wohlschmeckende Speisen. Das gilt auch und möglicherweise sogar ganz besonders, wenn sie wegen unterschiedlicher Beeinträchtigungen auf eine Anpassung der Speisenskonsistenz angewiesen sind. Jeder einzelne Seniorenheimbewohner sollte seine Mahlzeit in der für ihn optimalen Konsistenz erhalten können.

#### Konsistenzstufenpläne

Damit die Heimküche die Kost auf die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen abstimmen kann, ist ein gut funktionierendes Schnittstellenmanagement notwendig. Für die Versorgung von Senioren mit Kau- und Schluckstörungen ist es unabdingbar, sich einrichtungsintern auf einheitliche Sprachregelungen zu verständigen.

#### Praxisbeispiel

Die Senioreneinrichtung beschließt, für die Verpflegung von Menschen mit Kau- und Schluckbeschwerden einen Konsistenzstufenplan einzuführen. In einer gemeinsamen Schulung für Pflege und Küche wird ein Schema festgelegt, das jede Konsistenzstufe klar beschreibt und zudem definiert, welche Lebensmittel jeweils geeignet und welche ungeeignet sind.

▣ **Tab. 14.4** Beispiel eines 5-stufigen Konsistenzstufenplans für Speisen<sup>1</sup>

Konsistenzstufe	Beschreibung	Geeignete Lebensmittel (Auswahl)	Ungeeignete Lebensmittel (Auswahl)
0	Nahrungskarenz	Orale Ernährung ist nicht möglich	Die Ernährung erfolgt ausschließlich über Sonde oder Infusion
1	Pürierte und passierte Kost	Ausschließlich faserfreie und glatte Kost in feinst passierter, homogener Form	Feinst passierte Suppen, Gemüse-, Fleisch-, Fisch- und Fruchtpürees Cremesuppen mit Einlage, Joghurt mit Stückchen, Kartoffelpüree mit Kräutern
2	Fein pürierte Kost (Breikost)	Konsistenz lässt sich im Mund leicht zerdrücken	Weiches Brot ohne Rinde, Getreidebrei, Kartoffelschnee, weiches Gemüse Klebrige Speisen, die sich schlecht zu einem glatten Brei verarbeiten lassen (z. B. Nudeln), keine gemischten Konsistenzen
3	Weiche Kost	Verzicht auf besonders harte Lebensmittel	Weiches Rührei, weiches Fischfilet gedünstet, Gemüse weichgekocht Trockenes sowie festes Fleisch, hartgekochtes Ei, Marmelade mit Kernen
4	Angepasste Normalkost	Überwiegend feste Speisen	Weiche Aufläufe, Hackfleisch, Brot mit Rinde, Wurstaufschnitt ohne Stückchen Kräuter, trockenes Fleisch, Reis, kross gebackene Brötchen, roher Schinken
5	Normalkost	Lebensmittellangebot entspricht der Konsistenz einer Vollkost	

<sup>1</sup> In Anlehnung an den „Konsistenzstufenplan für Speisen“, BestCon Food GmbH, Osnabrück

Geklärt werden muss, was unter welcher Konsistenzstufe zu verstehen ist. Der „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen“ empfiehlt einen vierstufigen Aufbau der angepassten Kost. Dabei steht Stufe 1 für eine passierte Kost, Stufe 4 bezeichnet eine adaptierte, weiche Kost (vgl. ▣ Tab. 1.3, ► Kap. 1.4). Andere Konsistenzstufenpläne nehmen weitere Abstufungen vor und definieren beispielsweise die Konsistenzstufen 0 (= Nahrungskarenz) bis 5 (= Normalkost); ▣ Tab. 14.4 gibt hierzu ein Beispiel.

Erfahrene Heimköche leiten die verschiedenen Konsistenzen aus dem jeweiligen Menüplan ab. Voraussetzung sind handwerkliches Können und fachliches Know-how. So haben im besten Fall alle Bewohner unabhängig von ihrem Handicap die Möglichkeit, sich das gleiche Menü schmecken zu lassen.

Haus- und Wohngemeinschaften, die selbst kochen, haben einen direkteren Zugang zum Bewohner. Hier lässt sich schnell erfahren, welche Kost in welcher Konsistenz der Senior an diesem Tag essen kann oder möchte. Voraussetzung für eine optimale Umsetzung dafür ist ebenfalls fachliches Know-how und kochhandwerkliches Können.



○ **Abb. 14.3**  
Smoothfood (am  
Beispiel von Fisch,  
Bohnen und  
Sättigungs-  
beilage). Bieder-  
mann et al. 2010

### Das Smoothfood-Konzept

- **DEFINITION** „Bei Smoothfood handelt es sich um rohe oder gegarte, frische oder gefrorene, ernährungsphysiologisch hochwertige Lebensmittel, die durch Schneiden, Mixen, Pürieren, Passieren, Pacossieren oder durch Aufschäumen in eine geschmeidige („smooth“) Konsistenz gebracht werden, ohne ihre ernährungsphysiologische Hochwertigkeit einzubüßen.“ (Biedermann et al. 2010)

Das Bestreben, einer konsistenzangepassten Speise die gleiche Sorgfalt angedeihen zu lassen wie der Normalkost, ist eines der Verdienste von innovativen Heimköchen. Herbert Thill und Markus Biedermann haben mit ihrem Smoothfood-Konzept die Küche im Seniorenheim sehr stark beeinflusst. Das Smoothfood-Konzept unterscheidet fünf Zubereitungsformen:

- Normalkost,
- Fingerfood,
- pürierte Kost,
- passierte Kost,
- Schaumkost.

Die Smoothfood-Technik verbindet klassische Zubereitungsarten mit Anwendungen aus der Molekularküche. Sowohl bei den Inhaltsstoffen wie auch bei der Konsistenz und der Konzentration der Geschmacks- und Aromastoffe wird durch diese Art der Zubereitung eine außergewöhnlich hohe Qualität erreicht. Die Ernährung von Menschen mit Kau- und Schluckstörungen kann dadurch entscheidend verbessert werden. (Biedermann et al. 2010; ○ Abb. 14.3).

#### 14.3.2 Essen ohne Besteck

Wenn Senioren nicht mehr angemessen mit dem Besteck umgehen können oder wollen, können ihnen die Speisen als Fingerfood angeboten werden (vgl. auch ► Kap. 8.3.2). Das ist eine Möglichkeit, die Eigenständigkeit beim Essen weitestgehend zu erhalten. Wer die Speisen mit den Fingern greift und zum Mund führt, regt die Sinne an. Oft kann dies

Senioren, die resigniert haben und unter Appetitmangel leiden, ermutigen und zum Essen animieren.

In der westlichen Esskultur ist es üblich, zum Frühstück und beim Abendessen das Brot mit der Hand zu essen – hier wird also ebenfalls Fingerfood praktiziert. Dies gilt in gleicher Weise für den Verzehr von Obst (Apfel, Banane) oder für Süßigkeiten und Kleinbäck (Schokolade, Kekse). Auch die Bratwurst im Brötchen, das Grillhähnchen oder auch Döner, Hamburger etc. werden in der Regel aus der Hand gegessen. Für andere, meist warme Mahlzeiten bestehen jedoch diesbezüglich Vorbehalte und es ergeben sich ethische Fragen, die berücksichtigt werden müssen. Die Angehörigen der Bewohner sollten in jedem Fall über das praktizierte „Essen ohne Besteck“ informiert sein. Auch sollte für Bewohner, die mit der Hand essen, immer ein vollständiges Besteck mit eingedeckt werden.

Die Küche muss sich mit dieser Form des Verpflegungsangebots auseinandersetzen. Mit Kreativität können Küchenprofis Ableitungen des Menüplans auch als Fingerfood anbieten. Demenziell erkrankte Senioren mit großem Bewegungsdrang sind oft nicht in der Lage, während der Mahlzeiten am Tisch zu sitzen. Daher bekommen sie die Möglichkeit, ihre Mahlzeit unterwegs, beim Gehen, zu sich zu nehmen. Für das Konzept „Eat by Walking“ (► Kap. 8.3.4) kommen daher Lebensmittel und Speisen in Frage, die sich aus der Hand, ohne Besteck, essen lassen. Sie werden dem Betroffenen „mit auf den Weg“ gegeben oder stehen an oft frequentierten Stellen als „Imbissstationen“ oder „Essinseln“ bereit. Mitarbeiter müssen diese Stationen regelmäßig kontrollieren, auffüllen und sauber halten.

- **MERKE** Ob Smoothfood, Essen ohne Besteck oder Eat by walking: Bei allen Konzepten gilt es, die jeweilige Verpflegungslösung auf die vorhandenen Fähigkeiten der Bewohner abzustimmen. Ziel ist es, lust- und genussvolles Essen und Trinken auch für Bewohner mit körperlichen oder kognitiven Einschränkungen zu ermöglichen.

### 14.3.3 Ess- und Trinkhilfen

Einige Beispiele für unterschiedliche Ess- und Trinkhilfen sind in ◉ Abb. 14.4 dargestellt.

Sind aufgrund spezifischer Einschränkungen Hilfsmittel für die Aufnahme von Speisen und Getränken nötig, so ist es zwingend notwendig, diese gemeinsam mit den Betroffenen und vor allem mit Experten wie Ergotherapeuten, Physiotherapeuten oder Logopäden auszuprobieren und auszuwählen.

- **ACHTUNG** Hilfsmittel dürfen unter keinen Umständen zu einer Gefährdung des Nutzers führen!

Dies ist insbesondere bei der Verwendung eines Schnabelbechers zu bedenken, der aufgrund der hohen und kaum zu kontrollierenden Einfließgeschwindigkeit des Getränks die Gefahr des Verschluckens birgt. Bei der Wahl der Ess- und Trinkhilfen sollte beachtet werden, dass sie die Autonomie des Bewohners fördern.

▣ **Tab. 14.5** Ess- und Trinkhilfen mit versteckter Funktionalität

Produkt	Funktion
Standsichere Teller und Schalen	Erlauben das Essen auch mit einer Hand
Überhöhter Tellerinnenrand	Erleichtert die Positionierung des Essens auf dem Besteck
Teller mit schrägem Innenboden und verstecktem Überhang	Erlaubt einfacheres Essen (auch von Suppe) mit nur einer Hand
Tassen mit weiten Henkeln	Erleichtern das Greifen
Hohe Tassenformen	Inhalt schwappt nicht so leicht über
Vertiefte Untertassen	Tassen kann besser abgestellt werden

### Checkliste Ess- und Trinkhilfen

- Einschränkung des Seniors klären/beschreiben,
- ggf. Austausch mit anderen Fachkräften (Logopäden, Ergotherapeuten),
- spezifisches Hilfsmittel auswählen,
- Verwendung mit Bewohner besprechen,
- ggf. Einüben des Gebrauchs,
- Probephase festlegen,
- Handhabbarkeit (?), Förderung der Selbstständigkeit (?),
- ggf. Wahl verwerfen und anderes Hilfsmittel wählen.

Neben Ess- oder Trinkhilfen, die klar als solche zu erkennen sind (z. B. Schnabelbecher), können auch Produkte mit versteckter Funktionalität dazu beitragen, dass Senioren möglichst lange selbstständig essen und trinken können. Sie sind nicht in jedem Fall als Ess- bzw. Trinkhilfen erkennbar, ähneln oder gleichen den üblichen Geschirrtteilen und tragen dazu bei, dass Menschen mit einem Handicap sich nicht ausgegrenzt fühlen (▣ Tab. 14.5; ○ Abb. 14.4 A, B, H).

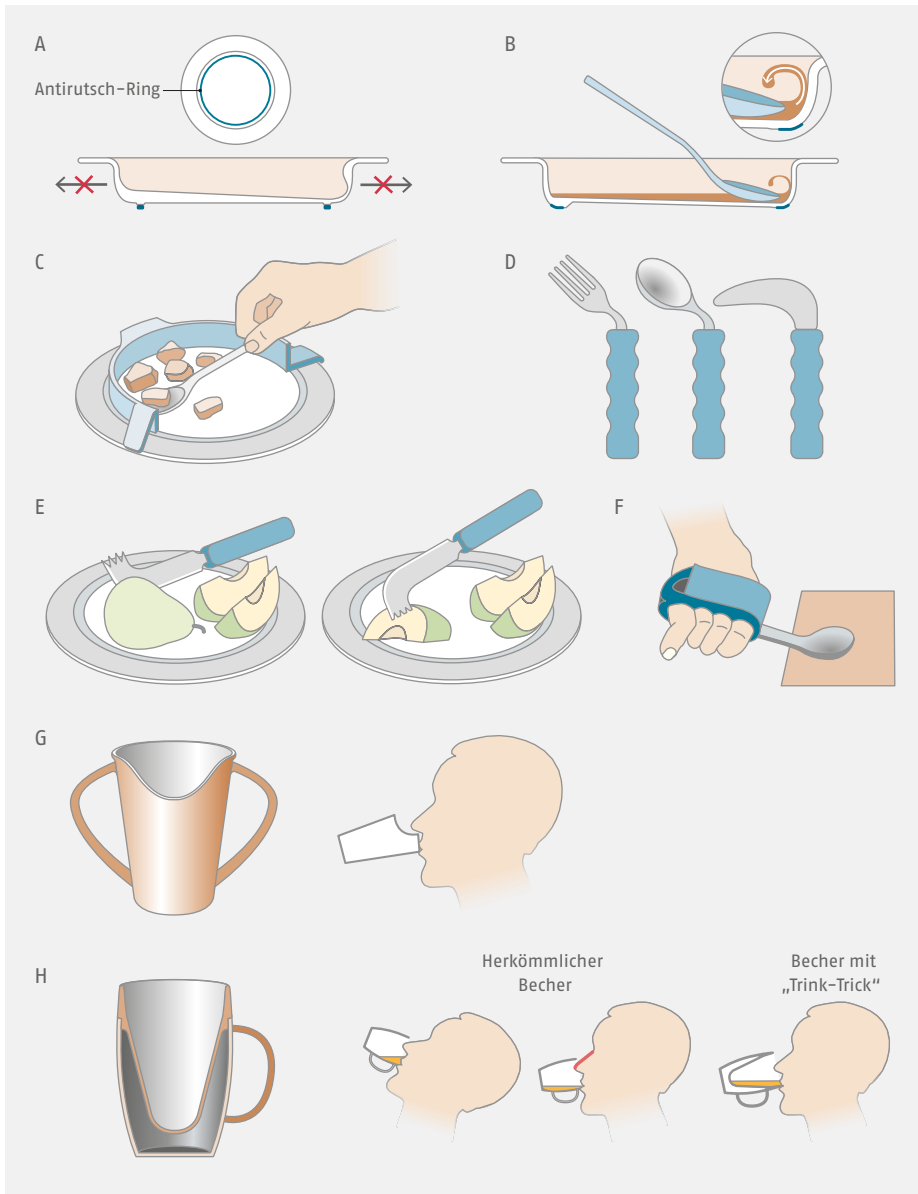
Bei Geschirr wird vermehrt auf unterschiedliche Farbränder gesetzt, da diese von Sehbehinderten und Demenzen besser wahrgenommen werden als einfarbiges Geschirr. Farbige Ränder können auch die Zugehörigkeit einer Abteilung oder Station deutlich machen. Für Demenzerkrankte hat sich die Farbe Rot als besonders effektiv erwiesen (○ Abb. 14.5).

Besteckteile sollten gut in der Hand liegen. Runde Griffe lassen sich besonders gut greifen, idealerweise sind sie etwas schwerer. Integrierte Gewichte helfen nicht nur Parkinson-Patienten, das Zittern zu mildern. Bei nachlassender Handkraft gibt es Besteckgriffe mit besonders leichtem Gewicht.

Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von speziellen Hilfsmitteln, die das Essen und Trinken erleichtern und so die Selbstständigkeit fördern können. Die Funktionalität einzelner Hilfsmittel wird immer durch den Nutzer bestimmt. Die folgende Aufzählung stellt eine Auswahl vor:

- Eine rutschfeste Unterlage (Tischset) sorgt für sicheren Halt von Tellern und Trinkgefäßen, damit sie nicht weggleiten.





● **Abb. 14.4** Ess- und Trinkhilfen (Beispiele). A Teller mit Antirutsch-Ring, B Teller mit schrägem Innenboden und Antirutsch-Ring, C Tellerranderhöhung, D unterschiedlich geformte Essbestecke, E Kombination aus Messer und Gabel, F Besteckhalterung, G Trinkbecher mit breiten Henkeln und Aussparung für die Nase, H Trinkbecher mit konisch geformtem Innenkörper. A, B und H zeigen Hilfsmittel mit versteckter Funktionalität.

- Silikon- oder Gummiringe an der Tellerunterseite verhindern ein Verrutschen des Tellers.
- Anti-Rutsch-Hilfen gibt es in allen Formen und Größen als Unterlage für Teller, Trinkgefäße, Rührschüsseln etc.



○ Abb. 14.5 Funktionelles Alltagsgeschirr mit kontrastreichem Rand

- Ein Frühstücksbrett mit erhöhtem Rand erleichtert das einhändige Brotstreichen.
- Ein elastischer Tellerrand, gegen den das Essen geschoben werden kann, unterstützt die Nahrungsaufnahme mit einer Hand (○ Abb. 14.4 C).
- Besteck mit verstärktem Griff erfordert geringere Handkraft für das Festhalten.
- Angewinkeltes Besteck ist hilfreich bei Bewegungseinschränkungen (○ Abb. 14.4 D). Es ist sowohl für Rechtshänder als auch für Linkshänder erhältlich.
- Kombinationen aus Messer und Gabel (○ Abb. 14.4 E) oder Gabel und Löffel in einem Besteckteil erleichtern einhändiges Essen.
- Ein sogenannter COOMBES-Becher (benannt nach Kay Coombes) hat einen schalenförmigen Aufsatz mit kleiner Öffnung. Damit kann der Bewohner geringe Mengen „normal“ trinken.
- Schnabelbecher werden häufig verwendet, sind aber **eher ungeeignet**, da sie den physiologischen Schluckakt erschweren und keine Kontrolle über Temperatur und einfließende Menge zulassen.
- Ein Nasenbecher ermöglicht durch den Ausschnitt für die Nase das Trinken bei geringer Neigung des Kopfes (○ Abb. 14.4 G).
- Eine Alternative zum Nasenbecher ermöglicht durch einen konisch geformten Innenbecher ein selbstständiges Trinken (○ Abb. 14.4 H).
- Eine Saugflasche ist geeignet für Menschen mit funktionierendem Saugreflex, z. B. im fortgeschrittenen Stadium der Demenz. Das Risiko des Verschluckens wird dadurch minimiert, die Selbstständigkeit unterstützt.
- Mithilfe von Trinkhalmen ist das Trinken ohne Neigung des Kopfes möglich. Das Risiko des Verschluckens ist eher gering.
- Eine Tasse mit Griffverstärkung kann sicher in der Hand gehalten und zum Mund geführt werden.
- Wärmeteller halten die Temperatur der Speisen auch für langsam essende Personen lange angenehm.

▣ **Tab. 14.6** Vor- und Nachteile verschiedener Materialien bei Ess- und Trinkhilfen

Porzellan	Kunststoff
Entspricht privaten Gewohnheiten	Im Privathaushalt v. a. für Babys, Kleinkinder oder in der Freizeit (Camping-, Picknick-Geschirr)
Vermittelt Normalität	Siehe oben, im Alltag weniger üblich
Vermittelt Hochwertigkeit	Ggf. wenig mit Tischkultur vereinbar
Temperaturleitfähigkeit: lässt sich vorwärmen, lässt sich sensorisch wahrnehmen	Geringe Temperaturleitfähigkeit, lässt sich sensorisch schlechter wahrnehmen (Verbrennungsgefahr bei Getränken!)
Spezifisches Gewicht verhindert Umkippen (Tassen, Suppentassen), Verschieben des Tellers beim Essen mit einer Hand	Geringes Eigengewicht, wenig Handkraft notwendig
Bleibt aufgrund der Glasur i. d. R. auch bei längerem Gebrauch (Spülmaschine!) ansehnlich	Kann bei längerem Gebrauch (Spülmaschine!) unansehnlich werden (Materialunterschiede bei Kunststoff)
Aussehen kann durch abgeschlagene Ecken und Kanten leiden	
Zerbrechlich, Einsatzzeit begrenzt	Unzerbrechlich, langlebig
	Für einige spezielle Ess- und Trinkhilfen kommt nur dieses Material in Frage

Einige der Ess- und Trinkhilfen stehen in unterschiedlichen Materialien zur Verfügung. Deren Eigenschaften müssen je nach Einsatzzweck, Priorität und persönlichem Geschmack unterschiedlich bewertet werden (▣ Tab. 14.6).

#### 14.4 Die Tischgemeinschaft

Eine Tischgemeinschaft ist das Essen in Gemeinschaft mit Anderen. Im Alltag finden sich Tischgemeinschaften hauptsächlich innerhalb der Familie. Diese gemeinsamen Mahlzeiten geben dem Tag oder der Woche eine wiederkehrende Struktur, die bereits in der Kindheit verinnerlicht und häufig im weiteren Verlauf des Lebens beibehalten wird. Dies bedeutet, dass alte Menschen mit den Tischgemeinschaften an bekannte Strukturen und Rituale anknüpfen können.

In Senioreneinrichtungen nehmen mehrere Bewohner regelmäßig am selben Tisch im Speiserestaurant, im Aufenthaltsraum des Wohnbereichs oder in der Wohngruppe ihre Mahlzeiten ein. Viele Senioren legen großen Wert darauf, selbst bestimmen zu können, wo sie sitzen und bestehen meist auf einer festen Sitzordnung.

Bei der Tischgemeinschaft gibt es, neben der Einnahme der Mahlzeiten, auch die Möglichkeit zur Begegnung und zum Kontakt der Bewohner untereinander und mit den Pflege- bzw. Betreuungskräften, zum Austausch und zur Kommunikation. Bei der Tisch-

gemeinschaft wird in Abhängigkeit von den Anforderungen der Bewohner Unterstützung beim Essen angeboten.

Voraussetzung für eine harmonische und appetitfördernde Tischgemeinschaft ist, dass die Bewohner eine gemeinsam akzeptierte Esskultur haben. Sind einzelne Bewohner so stark geistig oder körperlich beeinträchtigt, dass sie für andere abstoßendes Verhalten zeigen, wie z. B. ihr Gebiss während des Essens auf den Tisch legen oder mit den Händen in die Schüssel oder auf andere Teller greifen, führt das oft dazu, dass die „Normalesser“ die Mahlzeiten lieber auf ihren Zimmern oder in separaten Nischen zu sich nehmen.

Wenngleich Tischgemeinschaften einen nachweislich günstigen Effekt auf das Ernährungsverhalten hilfebedürftiger Menschen haben, kann es für den einzelnen Menschen belastend sein, in der Öffentlichkeit eines Speiseraums essen und trinken zu müssen. Daher muss die Diskretion und der Schutz beeinträchtigter Menschen mit Schwierigkeiten oder Hilfebedarf bei der Nahrungsaufnahme gewährleistet sein und der Wunsch, nicht in Gemeinschaft essen zu wollen, ist zu respektieren.

Wenn jedoch eine allgemeine Akzeptanz der Tischgemeinschaft untereinander besteht, sind Senioren ohne gesundheitliche Einschränkungen oft gern bereit, anderen unterstützend zur Seite zu stehen. Davon profitieren die Helfenden, die sich gebraucht fühlen, ebenso wie Senioren, die eine Hilfestellung ihrer Mitbewohner manchmal leichter akzeptieren, als wenn diese von Pflegekräften angeboten wird. Für demenziell erkrankte Senioren ergibt sich hier die Chance, sich an den gesünderen Mitbewohnern zu orientieren und sie bei den Vorgängen des Essens und Trinkens nachzuahmen.

## Literatur

- aid Infodienst Ernährung Landwirtschaft, Verbraucherschutz e. V. (Hrsg). Essen & Trinken im Alter – Ratgeber für Pflegekräfte. 1. Aufl., Bonn 2014
- Bauer-Söllner B. Ernährung im Heim – heute und in Zukunft. Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung, Steiner I, Händel HU (Hrsg). Esskultur für mehr Lebensqualität in der stationären Altenhilfe. Oberndorf 2006
- Biedermann M, Furer-Fawer S, Thill H. Smoothfood. 5 Sterne für die Heimküche. Freiburg 2010
- Biermann W, Weißmantel H. Seniorengerechtes Konstruieren SENSI: Das Design seniorengerechter Geräte. Düsseldorf 1995
- Der BestCon Konsistenzstufenplan, BestCon Food GmbH, Osnabrück. <https://bestcon-food.de/wp-content/uploads/2019/02/Konsistenzstufenkarte1.pdf> (Zugriff 28.09.2020)
- DGE, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg). DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Einrichtungen 3. Aufl., Bonn 2018
- DGE/aid (Hrsg). Senioren in der Gemeinschaftsverpflegung. Essen und Trinken: Bedarf und Bedürfnisse. 3. Aufl., Bonn 2013
- DNQP, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg). Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, Osnabrück 2010
- Feulner M. Förderung und Unterstützung des Erhalts von Alltags- und Haushaltsführungs-kompetenzen. Leicht-Eckhardt E (Hrsg). Bewohnerorientierte Hauswirtschaft – Praktische Konzepte und ihre Umsetzung in der Altenhilfe. München 2006
- Gemeinsam zu Tisch. Tischgemeinschaften gestalten – Lebensqualität schaffen. Broschüre für Pflegendе und Angehörige. Bestandteil des Materialpakets zu pflegen: palliativ; Heft 17/2013, Essen & Trinken. Seelze 2013