

### 3.3.1.6 Die Auswirkungen auf die Ernährungs- und Gesundheitssituation von Senioren

Zusammenfassung: Die Ernährungssituation von gesunden Senioren ist geprägt von den selben Überernährungsproblemen, wie sie für Erwachsene bekannt sind. Über die altersspezifischen Problemgruppen ist zu wenig bekannt. Es ist zu vermuten, dass durch bessere Kenntnisse und Anwendungen die Lebensqualität im Alter durch Ernährungsfaktoren deutlich verbessert werden könnte.

In Zukunft wird es mehr Menschen geben, die zur Gruppe der Senioren gezählt werden (Kap. 1.3.4.1.6). Diese Bevölkerungsgruppe ist sehr heterogen, und sie entsteht aus dem graduellen Übergang von der Gruppe der immer älter werdenden Erwachsenen. Mit zunehmendem biologischem Alter werden die Alterungsprozesse deutlicher. Doch auch schon vor dem Seniorenalter kann es zu chronischen Erkrankungen und Behinderungen kommen (Kap. 3.3.3). So gibt es zwar weniger leistungsfähige und funktionstüchtige Senioren, aber auch solche, die sich in ihrem biologischen Alter kaum von jüngeren unterscheiden. Wie bereits beschrieben wurde (Kap. 1.4.4.1.6), können sich ca. 80 % der Senioren noch selbst versorgen, doch es gibt über 1 Millionen, die Pflegedienstleistungen beanspruchen und über 650.000 wohnen in Altenheimen. Daran wird deutlich, dass nicht allgemein über die Auswirkungen der Ernährungssituation auf Senioren gesprochen werden kann.

Zum Ernährungszustand der Senioren gibt es keine repräsentativen Studien in Deutschland. Im Bundes-Gesundheitssurvey sind Personen bis 79 Jahre untersucht worden, doch diese Senioren sind nur ein kleiner Teil (Kap. 3.3.1.5). Darüber hinaus sind die Senioren bei Erhebungen stärker positiv selektiert wie andere Studienteilnehmer. Alle, die sich nicht mehr selbst versorgen können, können auch nicht teilnehmen. So zeigen die Daten kein echtes Problembild. Es verwundert nicht, dass die Ergebnisse von Senioren kaum anders sind als die von Erwachsenen. Ebenso ist bei der Studie „Ernährung älterer Menschen“, die im Ernährungsbericht 2000 publiziert wird, eine positive Auswahl getroffen worden, denn nur „normale ältere“ Menschen nahmen daran teil (DGE 2000a Kap. 9).

Es gibt bei den Senioren mehr Übergewichtige. Hier muss aber deutlich angesprochen werden, dass alle Kriterien der Beurteilung von den jungen, normalen Erwachsenen ausgehend abgeleitet sind. Dies trifft auch für die Beurteilungen der Körperzusammensetzung zu. Es könnte sein, dass die Zunahme des Fettgewebes mit dem Alter auch teilweise biologisch angelegt ist, also kein erhöhtes Risiko darstellt. Ähnlich kritisch müssen alle andere Bezugswerte betrachtet werden, wenn Senioren damit beurteilt werden.

Innerhalb der Gruppen der Senioren sind die über 80 jährigen, allgemeiner Hochbetagte, als besondere Gruppe zu behandeln, und darunter wieder die vielen Alterskranken, die geriatrischen Patienten. Bei letzteren ist nicht Überernährung das akute Problem, sondern Mangelernährung und sogar Unterernährung. In der Bethanien-Ernährungsstudie (BEST), die im Ernährungsbericht 1996 publiziert wurde, zeigten sich rund 60 % der über 75 jährigen Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus als unterernährt (DGE 1996).

Neben Übergewicht gibt es bei alten Menschen auch Untergewicht. Das traf auch für 18 % der Männer und 32 % der Frauen der Studie aus dem Ernährungsbericht 1996 zu. Ähnliche Beobachtungen ergeben sich auch in anderen europäischen Ländern (wie z.B. der Schweiz) (Eichholzer et al. 2000).

Neben den beiden vorgenannten Studien (aus Bonn bzw. Heidelberg) ist nur noch die GISELA-Studie (Giessener Senioren Langzeitstudie) in Giessen zu nennen, bei der speziell der Ernährungszustand von Senioren untersucht wird. Diese longitudinal angelegte Studie ist noch nicht beendet, doch erste Ergebnisse sind publiziert. Sie beschreiben einen relativ guten Ernährungszustand einschließlich den einzelnen Nährstoffen. Die gesundheitlichen Risiko-

indikatoren, die mit Übergewicht einhergehen, wie z.B. Cholesterin, nehmen zu (Neuhäuser-Berthold et al. 2000).

Die körperliche Aktivität im Alter verringert sich, aber es gibt eine Reihe von aktiven Senioren. Die Teilnehmer der GISELA-Studie scheinen von nicht nachlassender Aktivität zu sein, nicht nur bezüglich ihrer Teilnahme, sondern auch gemäss den Untersuchungsangaben.

Die anderen Risiken der Ernährung, wie durch Lebensmittelinfektionen und durch Kontaminationen, sind bei Senioren wahrscheinlich kaum unterschiedlich. Bei lebensmittelbedingten Allergien gibt es eine für das Alter positive Beziehung: das Auftreten verringert sich. Aber dies ist eine der wenigen Ausnahmen, denn ansonsten ist es Kennzeichen des Älterwerdens, dass Funktionen nachlassen und körperliche und gesundheitliche Beschwerden häufiger anzutreffen sind. So gaben nur 6,5 % der 487 selbstständig lebenden Senioren der GISELA-Studie an, keine Erkrankung zu haben. Es kommen sogar gehäuft mehrere Erkrankungen gleichzeitig vor (Multimorbidität). Da man sich subjektiv an die „unvollkommene“ Gesundheit gewöhnt hat, bezeichnen die meisten Senioren der vorgenannten Umfragen, ihren Gesundheitszustand als sehr gut, und weniger als 20 % äußerten sich negativ diesbezüglich. (s. DZFA 2000).

Dieses scheinbar positive Bild sollte nicht täuschen, die Problembereiche sind bisher nicht erfasst. Mehr Forschung ist notwendig. Deutschland hängt auch auf diesem Gebiet der Ernährungsforschung hinterher. Es gibt keine Institution, die sich als Hauptaufgabe diesem zunehmend wichtigen Bereich widmet. Solche Ansätze, wie die longitudinale Studie GISELA, oder die Erforschung des Ernährungszustandes der geriatrischen Patienten (Heidelberg), gilt es zu fördern. Aus interdisziplinären Verlaufsstudien (beginnend bei aktiven Senioren) kann der zunehmende Grad an notwendiger Hilfe von Außen bei der Ernährung (einschließlich der Haushaltsführung) ermittelt werden. Damit kann herausgefunden werden, welchen Beitrag richtige Ernährung und zusätzliche Nährstoffe (bzw. funktionelle Lebensmittel) leisten können, damit Senioren länger selbstständig aktiv bleiben können. Das betrifft körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, aber auch ganz praktische Haushalts- und Lebenshilfen (wie z.B. die Anpassung der Küchenausstattung an die sich verminderten Fähigkeiten) (Mollenkopf et al. 2000).

Hier muss sehr differenziert untersucht werden, denn die Senioren werden zunehmend unterschiedlicher in ihren Leistungsdefiziten. So benennen Senioren der Geront'73-Studie folgendes:

- Schlecht hören	26 %	- Gallenblase	14 %
- Schlecht sehen	38 %	- Leberbeschwerden	10 %
- Ärger mit den Zähnen	16 %	- Nierenbeschwerden	8 %
- Asthma	15 %	- Zuckerkrank	11 %
- Herzbeschwerden	52 %	- Gicht	7 %
- hoher Blutdruck	28 %	- Rheuma, Gelenkleiden	47 %
- Magengeschwüre	3 %	- Vergesslichkeit	31 %

Durch die vermehrt auftretenden Erkrankungen, aber auch durch den Wunsch nach „ewiger“ Gesundheit, werden von Senioren beträchtliche Mengen an Nahrungsergänzungsmitteln (Kap. 1.4.1.22) und Medikamenten eingenommen (Kap. 3.3.1.5). Hier wird in einigen Fällen sehr viel und zu viel versprochen. Solchen Irreführungen muss widersprochen werden, dazu müs-

sen aber auch mehr Erkenntnisse erforscht werden, wie Nähr- und Nahrungsinhaltsstoffe den Alterungsprozess verlangsamen können. Ebenso ist das weite Feld der Interaktionen zwischen Arzneiwirkungen und denen von Nährstoffen besser zu untersuchen (Randeall et al. 2000, Swiss Society for Nutrition Research 2000, Stehen 2000, Knapp 1996, Roe 1994).

Durch bessere, angepasste Ernährung, d.h. bessere Ernährungsempfehlungen für Senioren, kann sich das bei älteren Menschen schwächer werdende Immunsystem stärken. Die Alterungsprozesse können sich verlangsamen. Allerdings kann diese Prävention nicht erst im Lebensabend beginnen, sondern praktisch schon in früher Jugend (Abb. 3.2 Kap. 3.3.1.1).

Die Erforschung der Ernährungssituation der verschiedenen Seniorengruppen soll der Lebensqualität dieser Altersgruppe dienen, doch von den erfolgreich alt gewordenen Menschen kann und soll auch gelernt werden. Ernährungsepidemiologische Studien sollten die Faktoren der Ernährung (und des Lebensstils) identifizieren, die für ein langes Leben vorteilhaft sind. Daraus sind Präventionsprogramme für alle abzuleiten. Ebenso wichtig zu untersuchen ist die Situation von den anderen Senioren, wie die der verschiedenen Pflegebedürftigen, den chronisch Kranken, den Heiminsassen, usw. Dazu gehören auch gesellschaftliche Problemgruppen, die Armut im Alter und auch die Besonderheit von Senioren aus den ersten Gastarbeitergenerationen in Deutschland.

Es gibt Programme und Bemühungen um die Senioren, auch nach dem Internationalen Jahr der Senioren. Leider wird aber immer noch der Faktor Ernährung zu wenig berücksichtigt. Die identifizierten Defizite in Deutschland können durch entsprechende Förderung und Koordinierung der vorhandenen isolierten Forschungsansätze behoben werden. Vorbild hierfür könnte wiederum die USA und das "Nutrition and Health for Older American-Program" sein (American Dietetic Association 2000).