



Universität Hohenheim (766)
Fort- und Weiterbildungseinrichtung der Universität
Hohenheim für die DGE-BW
Fruwirthstrasse 14
70599 Stuttgart



Sektion
Baden-Württemberg der
Deutschen Gesellschaft für
Ernährung e.V.
DGE-BW e.V.

1. Fachtagung der DGE-BW Ernährung im Alter

Sektion
Baden-Württemberg der Deutschen
Gesellschaft für Ernährung e. V.
(DGE-BW e.V.)



in Kooperation mit

Ministerium für Ländlichen Raum,
Ernährung und Verbraucherschutz
Baden-Württemberg



IN FORM- Projekt "Fit im Alter"
der Deutschen Gesellschaft
für Ernährung e. V. (DGE)



Landesgesundheitsamt
Baden-Württemberg



Fit im Alter - Gut versorgt zu Hause

Samstag, 27. November 2010
Universität Hohenheim, Stuttgart
Biologiezentrum

UNIVERSITÄT HOHENHEIM



DGE-BW e.V.



Universität Hohenheim (766)
Fort- und Weiterbildungseinrichtung der Universität
Hohenheim für die DGE-BW
Fruwirthstrasse 14
70599 Stuttgart



Sektion
Baden-Württemberg der
Deutschen Gesellschaft für
Ernährung e.V.
DGE-BW e.V.

Wir möchten uns bei allen Referenten, bei allen sichtbaren und unsichtbaren Helfern und bei allen Institutionen, Verbänden und Firmen bedanken, die diese Tagung erst ermöglicht haben.

Die Kooperationspartner

- Ministerium für Ländlichen Raum, Ernährung und Verbraucherschutz BaWü
- fit im Alter, DGE-Bonn
- Landesgesundheitsamt BaWü

Den Unterstützern

- LBBW Stiftung

Den Firmen und Verbänden

- BAGSO
- Dr. Oetker
- Hofmann Menü
- Beutelsbacher Fruchtsaftkellerei
- Vorlo GmbH
- Schönenberger
- Apetito
- Pfrimmer Nutricia
- Informationszentrale Deutsches Mineralwasser

Besuchen Sie uns doch einmal auf unserer Homepage:

www.dge-bw.de

Angebote

Vorträge in Hörsaal B2

Workshops am Nachmittag in verschiedenen Hörsälen in diesem Gebäudeteil der Universität

Informationen im Foyer

- Informationsmaterial fit im Alter, DGE Bonn
- BAGSO
- Tagungsbüro **DGE-BW**
- **Ministerium für Ländlichen Raum, Ernährung und Verbraucherschutz**

Stände, z.T. mit Verkostungen:

- BAGSO
- Dr. Oetker
- Hofmann Menü
- Beutelsbacher Fruchtsaftkellerei
- Vorlo GmbH
- Schönenberger
- Apetito
- Pfrimmer Nutricia
- Informationszentrale Deutsches Mineralwasser

Rund um Essen und Trinken

Getränke

Kaffee/Tee/Säfte/Wasser

Kaffee/Tee

Euro 1.-

belegte Brötchen

Euro 1,50

Butterbrezeln

Euro 1.-

Pausenverpflegung

belegte Brötchen und Butterbrezeln sowie Verkostungen an den o.g. Ständen
Äpfel/Birnen der DGE-BW kostenfrei

Mittagspause:

Gemüsecremesuppe

Linseneintopf mit Würstchen

je Euro 3.-

incl. Brötchen

Mittagessen

im Foyer

**Äpfel, Mineralwasser, Saftschorle
kostenfrei**

- 9.30 Ausstellung und Registrierung im Foyer
- 10.00 Eröffnung und Organisatorisches
Prof. Dr. Christiane Bode
Vorsitzende des Vorstands DGE-BW e.V.
Prof. Dr. Peter Grimm
Geschäftsführer DGE-BW e.V.
- 10.15 Gesundheitliche Situation und Versorgung älterer Menschen in Deutschland
Dr. med. Ilse Gehrke
Krankenhaus vom Roten Kreuz, Bad Cannstatt
- 10.45 Grundsätze einer seniorenrechtlichen Ernährung
Dr. rer. med. Angela Jordan, Grebenstein
- Bewegte Pause. Regina Tessarzik, IKK classic
- 11.45 Neue Maßstäbe für Senioren: Qualitätsstandard für "Essen auf Rädern"
Ricarda Holtorf, Projekt "Fit im Alter - Gesund essen, besser leben",
DGE, Bonn
- 12.00 Zu viel oder zu wenig?
Körpergewicht und Mangelernährung im Alter - erkennen und reagieren.
Prof. Dr. med. Stephan Bischoff,
Universität Hohenheim
- 12.45 Mittagspause
- 13.30 Prof. Dr. Hans-Peter Liebig
Rektor der Universität Hohenheim
- Ernährung von Senioren im Blickfeld der Politik
Staatsekretärin Friedlinde Gurr-Hirsch MdL
Ministerium für Ländlichen Raum, Ernährung und Verbraucherschutz
Baden-Württemberg

Parallelprogramm ab 14.00 Uhr
(je 2 Workshops sind belegbar):
14.00 Uhr - 15.10 Uhr und 15.30 Uhr - 16.40 Uhr

A Ernährungsstatus bestimmen und erkennen -
praktische Übungen
Dipl. Ern.-Wiss. Paul Urbain, Uniklinik Freiburg

B Qualitätsstandards für die Seniorenverpflegung
in der Praxis
Ricarda Holtorf, DGE, Bonn

C Praktische Hilfe bei Mangelernährung
Dr. Susanne Nowitzki-Grimm, Schorndorf

D Absicherung für das Ehrenamt - aus dem Alltagsgeschehen ehrenamtlicher
Mitarbeiter
Peter Zender, Ecclesia-Versicherungsdienst GmbH, Stuttgart
fällt aus wegen zu geringer Anmeldezahl

E Lebensmittelhygienische Anforderungen bei ehrenamtlichen Angeboten für
Senioren
Dr. Andrea Stöcklein
Lebensmittelüberwachung, Stuttgart

F Ambulante Essensversorgung von Senioren
Dr. Cornelia Pfau, Max-Rubner-Institut, Karlsruhe

G Diabetes im ambulanten Bereich:
Rechtzeitig erkennen, Eigenverantwortung stärken
Dipl. Oec. troph. Irene Noack, Sankt Augustin

H Leckerer speziell für Senioren: die Praxis
Thomas Schipanski
Hermann Baschang GmbH, Großküchentechnik
Karlsruhe

Ende gegen 16.40 Uhr

Gesundheitliche Situation und Versorgung älterer Menschen

Dr. med. Ilse Gehrke, Chefärztin Geriatrie

Krankenhaus vom Roten Kreuz, Stuttgart

Zusammenfassung:

Altersdefinitionen:

Nach konventioneller Definition beginnt das Alter ab 65, wobei bis ca. 80 Jahre, im sogenannten „3. Alter“, noch mit guter Gesundheit und körperlicher und geistiger Fitness gerechnet werden kann, während die Phase der Funktionseinschränkungen und der zunehmenden Gebrechlichkeit jenseits der 80 beginnt. Die Bewertung der Altersveränderungen ist dabei nicht allein an den Jahren festzumachen, sondern sie sind immer im Zusammenhang mit der körperlichen Verfassung, mit der seelischen Ausgeglichenheit und mit den Anforderungen des Umfeldes zu sehen. Insgesamt ist der Gesundheitszustand der heute 70-Jährigen deutlich besser als noch vor 30 Jahren. Die mit dem Alter nachlassenden körperlichen Funktionen können häufig durch Verhaltensanpassung und Verwendung von Hilfsmitteln ausgeglichen werden. Die Kompensationsmöglichkeiten gegenüber unvorhergesehenen Belastungen lassen allerdings nach.

Demografischer Wandel:

Durch die Zunahme der Lebenserwartung kommt es zu einem erheblichen Wandel der demografischen Situation in der Bundesrepublik. Durch die höhere Lebenserwartung der Frauen, begleitet von den Verschiebungen in der Geschlechtszusammensetzung, bedingt durch die derzeitige betagte Kriegsgeneration, kommt es zu einem starken Überwiegen weiblicher Senioren in den höheren Altersgruppen. Die typische Situation in den Ehen und Lebenspartnerschaften, in denen der männliche Partner in den meisten Fällen älter ist, führt dazu, dass diese Frauen, wenn sie in ein vorgerücktes Alter kommen, zu 75 % alleine leben, Männer nur zu 15 %. Somit überwiegt in den 1-Personen-Haushalten der über 80-Jährigen ganz stark die weibliche Bevölkerung. Diese sind, im Fall einer eintretenden Pflegebedürftigkeit, häufig nicht ausreichend durch ein soziales Netz abgesichert.

Dass die deutliche Zunahme der älteren Bevölkerung unter gleichzeitigem Nachlassen der Geburtenzahl zu einer Überalterung der Bevölkerung mit äußerst problematischen Folgen z. B. auf die Rentenzahlungen führt, ist hinlänglich bekannt. Während 2000 noch 4 unter 65-Jährige Personen potenziell für den Unterhalt eines über 65-Jährigen arbeiten konnten, verschiebt sich dieses Verhältnis bis 2050 auf 2:1.

Der Anteil der hochbetagten, über 80-Jährigen und auch der über 95-Jährigen steigt in den nächsten Jahren und Jahrzehnten kontinuierlich an. Somit wird es eine wesentliche Aufgabe der Zukunft sein, sich mit den spezifischen Bedürfnissen und Erfordernissen betagter und hochbetagter Senioren auseinanderzusetzen. Dabei hat ein 100-Jähriger heutzutage eine Lebenserwartung von noch 2 weiteren Jahren.

Alter und Gesundheit:

Wie auch in jüngeren Jahren kann man die gesundheitliche Situation der Senioren nicht abkoppeln von den Faktoren Bildung und Einkommen. In ärmeren Haushalten ist der Gesundheitszustand schlechter als in gut situierten. Ferner besteht ein Zusammenhang zwischen Bildung und Lebenserwartung. Höherer Bildungsstatus und längere Ausbildung geht mit einer verlängerten Lebenserwartung einher. Die subjektive Gesundheitseinschätzung in allen Altersgruppen differiert ebenfalls nach dem sozialen Status. Zusammengefasst ist sie jedoch für über 70-Jährige überraschend gut. 40 % aller 70-85-Jährigen geben einen guten bis sehr guten Gesundheitszustand an, gegenüber 55 % der jüngeren Bevölkerung. Interessant ist, dass der größte Teil dieser höherbetagten Altersgruppe erwartet, dass der Gesundheitszustand sich in absehbarer Zeit nicht ändern wird (60 %). Damit zeigt sich, dass die subjektive Gesundheitssituation in der deutschen Bevölkerung auch bei betagten Bürgern überwiegend eine sehr gute ist.

Lebensqualität im Alter:

Die Lebensqualität im Alter ist, entgegen der häufig verbreiteten Einschätzung, insgesamt ebenfalls gut. Wesentlichen Einfluß haben hier soziale Faktoren, erhaltene Mobilität und Eigenständigkeit sowie das Fehlen massiver gesundheitlicher Beeinträchtigungen wie etwa Schmerzen. Somit sind schmerzauslösende Erkrankungen wesentliche Faktoren zur Einschränkung von Lebensqualität, muskuloskeletale Erkrankungen sind in der letzten Phase vor Renteneintritt zunehmend Ursache für Frühberentungen. Dieses unterstreicht nochmals die hohe Bedeutung einer adäquaten Schmerztherapie in allen Altersgruppen im Hinblick auf eine gute Lebensqualität.

Alter und Krankheit:

Trotz guter Lebensqualität finden sich in den höheren Altersgruppen immer mehr Senioren, bei denen verschiedene Erkrankungen gleichzeitig vorliegen (Multimorbidität) und bei denen auch Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten deutlich werden. Diese sind besonders vulnerabel im Hinblick auf eine akute Verschlechterung der Gesundheits- und Mobilitätssituation. Häufig bedürfen sie einer spezifisch altersmedizinisch/geriatriischen Behandlung, um Begleitkomplikationen und Immobilisierung zu vermeiden und die Rückkehr ins häusliche Umfeld nach einer Akuterkrankung zu sichern.

In der Bedeutung für die Gesamtsterblichkeit sind die Herz-Kreislauf-Erkrankungen am wichtigsten, gleich gefolgt von den Schlaganfall- und Tumorerkrankungen. Die therapeutischen Fortschritte der letzten 15 Jahre in der Behandlung des Herzinfarktes haben nur zu einer unwesentlichen Reduktion der Gesamtsterblichkeit an dieser Erkrankung geführt. Im Gegensatz hierzu konnte in der Behandlung der akuten Schlaganfälle dessen Sterblichkeit fast halbiert werden.

Erfolgreich altern:

Etwa 80 % der 80-Jährigen leben in Deutschland selbständig, sie sind in ihrer Lebensführung nicht auf fremde Hilfe angewiesen. Bis 80-85 Jahre besteht eine zunehmend gute geistige und körperliche Fitness. Die Anbindung in familiäre und außerfamiliäre Beziehungen ist, abhängig vom sozialen Umfeld und Bildungsstand, ebenfalls gut. Insgesamt befindet sich die Lebensqualität auf hohem Niveau. Wichtig ist es in diesem Alter Strategien zu entwickeln, um sich an Einschränkungen, die sich durch Alterseinschränkungen ergeben, anzupassen.

Wesentliche Elemente einer erfolgreichen Anpassungsleistung sind

1. Die Selektion von Zielen, Ansprüchen, Erwartungen und Standards, die noch erfüllt werden können
2. Die Optimierung der vorhandenen Ressourcen und Handlungsmittel
3. Die Kompensation der fehlenden Möglichkeiten durch Verhaltensänderung

Der Erhalt der körperlichen Fitness und körperliches Training spielen eine wesentliche Rolle, um die Vitalitätslebenskurve aufrecht zu erhalten, ebenso wie auch Ernährungsaspekte und sozioemotionale Aspekte.

Erfolgreich altern heißt, sich Lebensfreude und Lebensqualität bis in das hohe Alter zu bewahren.

Der Versand von Einladungen ist sehr teuer. Um künftig schneller, flexibler und auch kostengünstiger reagieren zu können, wollen wir einen Mail-Verteiler aufbauen.

Bitte schicken Sie uns ein Mail und geben Sie in die Betreff-Zeile ein:

Adresse Verteiler DGE-BW

Wir werden dann die Absenderadresse in unseren Verteiler aufnehmen. Wir versichern Ihnen, dass wir die Adressen nicht weitergeben werden und nur zu Mitteilungen über unsere Aktivitäten nutzen werden. Die DGE-BW ist öffentlich gefördert und verfolgt keine kommerziellen Ziele.



Grundsätze einer seniorenrechtlichen Ernährung

Dr. Angela Jordan, Dipl. oec. troph., Grebenstein

Unser Körper macht einen natürlichen Alterungsprozess durch. Damit gehen zahlreiche körperliche Veränderungen einher. Mit zunehmendem Alter nimmt die Muskelmasse ab. Meist sinkt damit auch die Mobilität und Bewegung. Durch diese Veränderungen im Körper eines älteren Menschen sinkt der Energiebedarf. Was viele vernachlässigen ist, dass der Bedarf an wichtigen Nährstoffen wie Eiweiß, Vitaminen und Mineralstoffen unverändert bleibt, bei einigen Mikronährstoffen wie beispielsweise Kalzium und Vitamin D wird sogar von einem höheren Bedarf ausgegangen. Damit ein älterer Mensch bei Kräften und guter Gesundheit bleibt, ist die richtige Auswahl der Lebensmittel von besonderer Bedeutung.

Auf die richtige Auswahl und Zubereitung kommt es an

Bei der Auswahl der Lebensmittel gilt der Grundsatz „energiearm und nährstoffreich“. Es sollten bevorzugt Speisen auf den Tisch kommen, die eine große Nährstoffdichte haben. Dazu gehören Gemüse, Obst, Vollkorngetreideprodukte, Milchprodukte, fettarmes Fleisch, Fisch, Geflügel, Eier, Hülsenfrüchte und Pflanzenöle. Aber auch die Zubereitung und Darbietung der Speisen sollte nicht vernachlässigt werden. Denn im Alter können beim Essen zunehmend Schwierigkeiten auftreten wie beispielsweise durch Probleme beim Kauen und Schlucken oder Appetitlosigkeit. Wichtig ist deshalb, dass das Essen und Trinken nicht nur als reine Nährstoffzufuhr angesehen wird. Bei der Speisenzubereitung soll auch die Anregung der Sinne (Geruch, Geschmack, Aussehen) eine große Rolle spielen. Schon Johann-Wolfgang von Goethe sagte: „Das Essen soll zuerst das Auge erfreuen und dann den Magen.“

Reichlich pflanzliche Kost

Es wird empfohlen, knapp drei Viertel der Speisen in Form von Obst, Gemüse, Getreideprodukten, Kartoffeln und Hülsenfrüchten zu essen. Obst und Gemüse bilden wesentliche Bestandteile einer gesunden Ernährung. Sie enthalten kaum Fett, aber reichlich Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente sowie Ballaststoffe und sekundäre Pflanzenstoffe. Deshalb gilt die Empfehlung 5 Portionen – 3 Portionen Gemüse und 2 Portionen Obst – pro Tag zu essen. Als Portion gilt jeweils eine Hand voll. Auch bei Kauproblemen können durch die richtige Zubereitung Frischkost und Vollkornprodukte gegessen werden: Rohkost fein raspeln, Obst schälen, Obst ggf. als Obstpüree, Kompott oder frisch gepressten Obstsaft verzehren, fein ausgemahlene Vollkornbrote (z. B. Grahambrot) bevorzugen, ggf. Brotrinde entfernen, Müsli/Vollkornhaferflocken über Nacht einweichen.

Mäßig tierische Lebensmittel

Rund ein Viertel verteilt sich auf die tierischen Lebensmittel. Dazu gehören Milchprodukte, Fleisch, Wurst, Fisch und Eier. Milch und Milchprodukte sind wichtig für die Calciumversorgung. Empfohlen werden täglich 250 ml Milch oder 250 g Milchprodukte (z. B. Jogurt, Dickmilch, Kefir) und zwei Scheiben Käse (60 g). Seefisch ist eine gute Jodquelle. Fette Seefische wie Hering, Lachs, Makrele und Thunfisch liefern außerdem wertvolle Omega-3-Fettsäuren. Ein bis zwei Fischmahlzeiten sollten pro Woche auf dem Speiseplan stehen. Fleischerzeugnisse enthalten viel Eisen und B-Vitamine. Pro Woche reichen etwa 300-600 g Fleisch und Wurst aus, um den Bedarf zu decken.

Sparsam bei Fetten und Ölen

Fette und Öle sollten insgesamt sehr sparsam verwendet werden: 15 – 30 g Butter oder Margarine und 10 – 15 g Öl werden pro Tag empfohlen. Pflanzliche Öle und Fette enthalten einen hohen Anteil ungesättigter Fettsäuren, die Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorbeugen können, und sind deshalb tierischen Fetten (beispielsweise Butter und Schmalz) vorzuziehen. Besonders empfehlenswert sind Raps-, Walnuss-, Soja- und Olivenöl.

Ausreichend trinken

Trinken ist lebensnotwendig. Die Flüssigkeitsaufnahme hat direkte Auswirkungen auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Mindestens 1,5 Liter Trinkflüssigkeit am Tag sollten es sein. Empfohlen wird insbesondere Wasser, mit Wasser verdünnte Fruchtsäfte sowie ungesüßte Kräuter- und Früchtetees. Kaffee und schwarzen Tee sowie Alkohol sollten in Maßen genossen werden.

Nächste Veranstaltungen der DGE-Sektion Baden-Württemberg

Fortbildungsveranstaltungen für Multiplikatoren:

23. 3. 2011: Sondertagung Schulverpflegung

24. 3. 2011: DGE-BW-Forum OBST

6. 10. 2011: Ernährungsfachtagung

Und viele Veranstaltungen in ganz Baden-Württemberg rund ums Thema Schulverpflegung

Aktuelle Informationen finden Sie unter

www.dge-bw.de

Neue Maßstäbe für die Verpflegung von Senioren zu Hause „Qualitätsstandard für Essen auf Rädern“

Ricarda Holtorf, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.
Projekt „Fit im Alter – Gesund essen, besser leben“.

Im Vortrag werden die Inhalte, Medien und Hilfestellungen von „Fit im Alter – Gesund essen, besser leben.“ sowie der neue „Qualitätsstandard für Essen auf Rädern“ vorgestellt. Dieser wurde von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) in Zusammenarbeit mit dem Projekt „Fit im Alter – Gesund essen, besser leben.“ sowie Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Praxis und Politik erarbeitet. Dies erfolgte im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und im Rahmen von „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“. Damit gibt die DGE den zweiten Qualitätsstandard im Bereich der Gemeinschaftsverpflegung älterer Menschen heraus.

Mit dem Ziel die Verpflegungsqualität zu Hause lebender älterer Menschen nachhaltig zu verbessern, richtet sich der Qualitätsstandard an Küchenleiter/innen von Senioreneinrichtungen, die „Essen auf Rädern“ herstellen und verteilen, an Caterer, Wohlfahrtsverbände oder private Anbieter sozialer Dienste, aber auch Fachkräfte von Gaststätten und Metzgereien, die dieses Dienstleistung anbieten. In fünf Kapiteln werden die Kriterien aufgeführt, bei denen neben der ernährungsphysiologischen und sensorischen Qualität der Speisen auch der Bereich Service und die Auslieferung der Speisen eine bedeutende Rolle spielen. Kernstück bilden die in Kapitel zwei genannten Angaben zur Mittagsverpflegung mit Kriterien zur Lebensmittelauswahl und zur Speisenplanung. Die Lebensmittelauswahl basiert auf der Dreidimensionalen Lebensmittelpyramide der DGE und zeigt, wie ein optimales Speisenangebot aussehen sollte. Zur Speisenherstellung werden Anforderungen an Zubereitung, Warmhaltezeiten und die Sensorik gestellt. Darüber hinaus wird in den weiteren Kapiteln dargestellt, wie die Qualität rund um Erstgespräch, Beratung und Bestellung aussehen kann. Aktuell geltende rechtliche Rahmenbedingungen sowie ein umfangreicher Anhang mit Umsetzungshilfen für „Essen auf Rädern“, aber auch Angebote, die über die Mittagsverpflegung hinausgehen, bieten damit eine praxisnahe Orientierung für Anbieter wie Hersteller, Servicemitarbeitende und Verteiler, aber auch für Kundinnen und Kunden und deren Angehörige.

„Fit im Alter – Gesund essen, besser leben“ ist ein Projekt der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. und Teil des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“. Das Projekt wird gefördert durch das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages.“

Ricarda Holtorf
Projekt „Fit im Alter – Gesund essen, besser leben.“
Godesberger Allee 18
53175 Bonn
holtorf@dge.de
www.fitimalter-dge.de

Zu viel oder zu wenig?

Körpergewicht und Mangelernährung im Alter - erkennen und reagieren.

Prof. Dr. med. Stephan Bischoff,
Universität Hohenheim

Die Workshops

A Ernährungsstatus bestimmen und erkennen - praktische Übungen

Dipl. Ern.-Wiss. Paul Urbain, Uniklinik Freiburg

Das Vorliegen einer Malnutrition bei älteren Menschen wird oft nicht erkannt und folglich auch nicht rechtzeitig behandelt. Die Folgen einer Malnutrition im Alter sind für die Betroffenen vielfältig und reichen von gestörter Wundheilung, erhöhter Komplikationsrate, erhöhter Infektanfälligkeit bis hin zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität. Eine Verschlechterung der geistigen Funktion, Muskelschwäche und verringerte Knochendichte führen zu einem erhöhten Sturz- und Frakturrisiko und einer verminderten Lebensqualität. Gründe dafür sind unter anderem die ungenügende ernährungsspezifische Ausbildung der Ärzte und Pflegekräfte, das mangelnde Bewusstsein dieser Problematik bei Angehörigen, sowie das Fehlen eines routinemäßigen Screenings auf Malnutrition bei Senioren.

Der Ernährungsstatus ist das Ergebnis der Bilanz von Aufnahme und Bedarf an Nahrungsenergie und allen essentiellen Nährstoffen. Ein verbindlicher Konsens zur Nomenklatur klinisch relevanter Ernährungsdefizite existiert derzeit nicht!

Die "Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin" unterteilt den Oberbegriff Fehlernährung (Malnutrition) in zwei Kategorien: 1. Unterernährung und 2. Mangelernährung. Unterernährung ist durch eine anhaltend niedrige Energiezufuhr charakterisiert und geht mit vermindertem Energiespeicher und niedrigem BMI einher. Der Begriff Mangelernährung ist weiter gefasst. Von Mangelernährung wird gesprochen, wenn entweder ein Eiweißmangel, oder ein krankheitsassoziierter Gewichtsverlust vorliegt, oder bestimmte Nährstoffe (inklusive essentielle Fettsäuren und Mikronährstoffe) fehlen. Zwischen den verschiedenen Formen der Fehlernährung sind Überschneidungen möglich, da bei Unterernährung auch häufig eine Mangelernährung hinsichtlich bestimmter Nährstoffe vorliegt. Störungen der Energie- sowie Nährstoffbilanz führen langfristig zu Veränderungen der Körperzusammensetzung. Die Zusammensetzung des Körpers bestimmt maßgeblich seine Funktion (Verlust von Fettmasse und/oder aktiver Körperzellmasse). Fehlernährung (Unterernährung, Mangelernährung) sowie Überernährung fassen alle klinisch relevanten Veränderungen des Ernährungsstatus zusammen, die zu einem erhöhten Krankheitsrisiko führen können.

Mit Altersschwäche (Altersatrophie) wird der Abbau von körperlichen Funktionen mit zunehmendem Alter bezeichnet. Diesem natürlichen Prozess des Alterns unterliegen fast alle Organe und Gewebe und der Prozess ist gekennzeichnet durch sowohl quantitative als auch qualitative Veränderungen. So kann z.B. die Osteoporose, als Folge eines Abbaus der Knochensubstanz, ein natürlicher Prozess des Alterns sein. Außerdem führen biologische Veränderungen des Stoffwechsels im Alter zu besonderen Problemen im Energie- und Nährstoffhaushalt. Die Abnahme sowie veränderte Wirkung von bestimmten Zytokinen und Hormonen führen einerseits zu einer frühzeitigen Sättigung und einem verminderten Appetit (Altersanorexie) und andererseits zu einer verminderten anabolen (muskelaufbauende Wirkung) Stoffwechsellage. Die altersbedingte Magenschleimhautatrophie begünstigt einen Vitamin B12-Mangel und die Abnahme der Hautdicke im Alter führt zu einem Vitamin D-Mangel durch verringerte Eigensynthese.

Diese wenigen Beispiele verdeutlichen, dass die natürlichen Altersveränderungen in vielfältiger Weise eine Verschlechterung des Ernährungsstatus begünstigen. Wichtig ist es, die altersbedingte Malnutrition von der altersunabhängigen Malnutrition zu unterscheiden. Die altersunabhängige Malnutrition kann Folge von Krankheit, schlechten Ernährungsgewohnheiten oder Lebensstils sein. Diese Form der Malnutrition hat ähnliche Auswirkungen und kann den Prozess der Altersatrophie begünstigen oder sogar beschleunigen. Im Alter sind die Ursachen einer Malnutrition demnach komplexer und vielfältiger als bei jüngeren Menschen.

Ein Ernährungs-Screening dient dazu Menschen zu identifizieren, deren beeinträchtigter Ernährungsstatus oder deren Risiko für Malnutrition im Rahmen von Routineuntersuchungen nicht auffallen würde und die wahrscheinlich von einer Ernährungstherapie nach genauerer Untersuchung (Ernährungs-Assessment) profitieren würden. Das Ernährungs-Screening soll eine schnelle und günstige Methode sein, die systematisch bei allen Patienten durchgeführt werden kann. Das Ernährungs-Assessment ist weit aufwendiger und genauer, da es verschiedene Methoden und Parameter in der Beurteilung des Ernährungsstatus integriert. In Frage kommen dabei zum Beispiel: klinische Anamnese, Ernährungsanamnese, anthropometrische Messungen, Plasmaproteine, Muskelfunktionstests und bioelektrische Impedanzanalyse. Anhand des Ernährungs-Assessments kann ein individueller Plan zur Ernährungstherapie erarbeitet werden. Für Ernährungs-Screening, -Assessment, Verlaufskontrolle des Ernährungsstatus und Durchführung ernährungstherapeutischer Maßnahmen muss eine geeignete Infrastruktur vorhanden sein.

Hervorzuheben als Ernährungs-Screening ist der "Mini Nutritional Assessment" (MNA), welcher spezifisch für Menschen über 65 Jahren zur Abschätzung des Malnutrisionsrisikos validiert wurde. Dieser zweiteilige Score beinhaltet neben einem Ernährungs-Screening auch ein kleines Ernährungs-Assessment und berücksichtigt insbesondere Risikofaktoren, welche für die Entstehung von Malnutrition bei älteren Menschen bedeutsam sind.

Verschiedene Aspekte der Malnutrition werden mit unterschiedlichen Methoden bestimmt. Es gibt eine Vielzahl solcher Methoden, welche einfach und praktisch anzuwenden sind. Die Bestimmung der Muskelmasse kann über anthropometrische Verfahren (Oberarmmuskelumfang), Muskelfunktionstests (Handgriffstärke) und Bioelektrische Impedanzanalyse erfolgen. Zur Bestimmung der Fettmasse stehen unter anderem BMI und Hautfaltenmessungen (Trizepshautfaltendicke) zur Verfügung. Weiterhin gibt eine Vielzahl klinischer Symptome, die auf eine Malnutrition hinweisen. Ein schlechter Ernährungsstatus kann sich unter anderem äußerlich sichtbar an Haut, Haaren, Nägeln, Augen und Mund zeigen, sowie neurologische Symptome wie Verwirrtheit oder Krämpfe hervorbringen.

Da die Malnutrition im Alter schnell gravierende Folgen hat, sollte die Diagnostik einer Malnutrition bei Senioren und die Abklärung ihrer Ursachen Bestandteil der ärztlichen Routineuntersuchung und der pflegerischen Betreuung sein. Damit Ernährungsprobleme frühzeitig erkannt und die richtigen Maßnahmen rasch ergriffen werden können.

B Qualitätsstandards für die Seniorenverpflegung in der Praxis

Ricarda Holtorf, DGE, Bonn, Projekt „Fit im Alter – Gesund essen, besser leben“.

Im Workshop werden beide Qualitätsstandards für die Seniorenverpflegung der „Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen“ und der „Qualitätsstandard für Essen auf Rädern“ näher vorgestellt. Dabei liegt der Fokus auf Kapitel 2, der Gestaltung der Verpflegung. Praxisnah werden wesentliche Kriterien zur Lebensmittelauswahl bei der Mittags- bzw. Vollverpflegung aber auch zur Speisenplanung und -herstellung vorgestellt.

Beide Qualitätsstandards haben das Ziel die Verpflegungsqualität zu Hause lebender älterer Menschen, die „Essen auf Rädern“ erhalten bzw. von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Senioreneinrichtungen nachhaltig zu verbessern. Sie bieten eine praxisorientierte Hilfestellung für Fachkräfte der Seniorenverpflegung.

Durch die Umsetzung der Qualitätsstandards wird Bewohnerinnen und Bewohnern, sowie Kundinnen und Kunden von „Essen auf Rädern“ eine abwechslungsreiche und gesundheitsfördernde Lebensmittel- bzw. Speisenauswahl ermöglicht. Ein vollwertiges Verpflegungsangebot, wie in den Qualitätsstandards beschrieben, leistet einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung der Gesundheit, Leistungsfähigkeit und der Prävention von Mangelernährung.

Beide Qualitätsstandards wurden von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) in Zusammenarbeit mit dem Projekt „Fit im Alter – Gesund essen, besser leben.“ sowie Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Praxis und Politik erarbeitet. Dies erfolgte im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und im Rahmen von „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“.

Thema des Workshops sind darüber hinaus praktische Umsetzungshilfen, die im Rahmen des Projekts „Fit im Alter“ erarbeitet und zur Verfügung gestellt werden. Erfahrungen mit der Umsetzung der Qualitätsstandards, können im Rahmen des Workshops ausgetauscht und diskutiert werden.

„Fit im Alter – Gesund essen, besser leben“ ist ein Projekt der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. und Teil des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Das Projekt wird gefördert durch das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages.“

Ricarda Holtorf
Projekt „Fit im Alter – Gesund essen, besser leben.“
Godesberger Allee 18
53175 Bonn
holtorf@dge.de
www.fitimalter-dge.de

C Praktische Hilfe bei Mangelernährung

Dr. Susanne Nowitzki-Grimm, Schorndorf

Die Häufigkeit der Mangelernährung wird für den ambulanten Bereich, d.h. bei Senioren, die zu Hause leben, mit ca. 10% angegeben. Im stationären Bereich kann das Auftreten von Mangelernährung auf bis zu 60% ansteigen. Neben der Ernährungstherapie spielt im ambulanten Bereich v.a. die Prävention eine große Rolle.

Wie kann ich Mangelernährung feststellen?

Im Workshop werden Möglichkeiten zur Erfassung von Mangelernährung vorgestellt und ausprobiert, z.B. MNA. Wichtig ist, Mangelernährung bzw. deren Risikofaktoren zu erkennen und die Betroffenen zu unterstützen.

Wer ist häufig betroffen?

Im ambulanten Bereich sind besonders allein lebende Senioren und Senioren mit Depressionen zu beachten.

Welche Ernährungsempfehlungen gibt es bei Mangelernährung?

Wie kann das Angebot bei Veranstaltungen auch Senioren mit Appetitlosigkeit ansprechen?

Wie kann ein Tagesplan für Menschen mit Demenz aussehen?

Fragen aus der Praxis, die im 2. Teil des Workshops erarbeitet werden. Wichtig ist die Bevorzugung nährstoffdichter Lebensmittel und eine abwechslungsreiche Lebensmittelauswahl. Auch die Darreichungsform, z.B. als Finger Food, oder die Wahl intensiver Farben kann bei Appetitlosigkeit geschickt eingesetzt werden.

Wichtig ist bei Mangelernährung auch, interdisziplinäre Zusammenarbeit, z.B. mit Zahnärzten und Logopäden nicht zu vergessen.

Wie gehe ich in der Beratung vor?

Die Ernährungstherapie beginnt mit einem Screening, auch der individuell vorhandenen Kompetenzen. Es werden Ziele und Maßnahmen festgelegt. Dokumentation der Maßnahmen erlaubt auch anderen Personen, den Beratungsprozess zu verfolgen. Regelmäßige Screenings sind für die Erfolgskontrolle notwendig.

Was tun, wenn übliche Speisen nicht zum Ziel führen?

Reicht die abwechslungsreiche Gestaltung der Ernährung nicht aus, Mangelernährung zu verbessern oder aufzuhalten, steht im ambulanten Bereich die Trinknahrung zur Verfügung. Beispiele und der Verwendung auch bei der Lebensmittelzubereitung werden vorgestellt.

Anhand von Fallbeispielen werden die praktischen Hilfsmöglichkeiten abschließend vertieft.

E Lebensmittelhygienische Anforderungen bei ehrenamtlichen Angeboten für Senioren

Dr. Andrea Stöcklein, Stadtoberärztin, Landeshauptstadt Stuttgart

Warum müssen beim Umgang mit Lebensmitteln besondere Vorsichtsmaßnahmen beachtet werden?

Kontaminierte Lebensmittel und Hygienefehler beim Umgang mit Lebensmitteln führen immer wieder zu schwerwiegenden Erkrankungen, die besonders bei Kleinkindern und älteren Menschen lebensbedrohlich werden können.

Es ist wichtig, dass jeder Einzelne, der außerhalb des privaten häuslichen Bereichs mit Lebensmitteln umgeht, sich der Eigenverantwortung bei der Vermeidung von lebensmittelbedingten Infektionen bewusst ist.

Am 01. Januar 2006 wurden die bis dahin geltenden nationalen Verordnungen des Lebensmittelrechts durch das sog. EU-Hygienepaket abgelöst. Dieses gilt unmittelbar in jedem Mitgliedsstaat und ist in allen Teilen verbindlich.

Der Schutz für Leben und Gesundheit des Menschen ist einer der höchsten Grundsätze des europäischen Lebensmittelrechts, Hauptziel dabei ist die Gewährleistung eines hohen Verbraucherschutzniveaus welches damit Hintergrund der strengen Gesetzgebung ist.

Der zentrale Satz des Hygienepakets steht in Artikel 1 der **VO (EG) Nr. 852/2004**. „Die Hauptverantwortung für die Sicherheit eines Lebensmittels liegt beim Lebensmittelunternehmer. Die Sicherheit der Lebensmittel muß auf allen Stufen der Lebensmittelkette gewährleistet sein.“

Das bedeutet, dass jeder, der LM herstellt, behandelt oder in Verkehr bringt in vollem Umfang dafür haftet. Im neuen Recht wird diese Person als „Lebensmittelunternehmer“ bezeichnet. Dabei ist gleichgültig, ob das Unternehmen auf Gewinnerzielung ausgerichtet ist oder nicht und ob es öffentlich oder privat ist.

Was ist ein sicheres LM? Dies ist im Umkehrschluss zu beantworten. Ein Lebensmittel ist nicht sicher, wenn es **gesundheitsschädlich und/oder** für den Verzehr durch den Menschen **ungeeignet** ist. Dabei sind die normalen Verwendungsbedingungen, sowie die Verbraucherinformationen auf dem Etikett zu berücksichtigen. Für den Verzehr durch den Menschen ungeeignet ist ein Lebensmittel bei stofflichen Veränderungen (Fremdstoffe, Verderb etc.), bei erkennbar ekelerregender Beschaffenheit sowie bei nicht erkennbar ekelerregender Beschaffenheit.

Zur Risikominimierung wird der Lebensmittelunternehmer zur **Eigenkontrolle** verpflichtet (Temperaturkontrollen, Aufrechterhaltung der Kühlkette, Probenahme und Analyse).

Die **Einhaltung und Kontrolle von Kühl- und Warmhaltetemperaturen** sind wichtig, weil ausreichendes Erhitzen Krankheitserreger abtötet und Kühltemperaturen die Vermehrung der Keime verhindern. Die meisten pathogenen Keime in LM haben ihr Wachstumsoptimum bei 30-40 °C.

Rückverfolgbarkeit wird gewährleistet durch Lieferscheine, insbesondere im ehrenamtlichen Bereich, in dem Versorgung mit Lebensmitteln oft auf Spendenbasis erfolgt, werden „Salat- bzw. Kuchenlisten“ empfohlen, um im Zweifelsfall die Quellen einer Infektion ermitteln zu können.

In der **Verordnung über die Kennzeichnung von Lebensmitteln (LMKV)** werden Kennzeichnungselemente für Lebensmittel in Fertigpackungen festgelegt. Diese Verordnung gilt auch für selbst hergestellte und verpackte Lebensmittel, wie z. B. Konfitüren. Es müssen demnach auf der Verpackung an gut sichtbarer Stelle, in deutscher Sprache, leicht verständlich, deutlich lesbar und unverwischbar mindestens folgende Angaben gemacht werden: Verkehrsbezeichnung, Name und Anschrift des Herstellers, Zutatenverzeichnis, Mindesthaltbarkeitsdatum /Lagerbedingungen und etliche andere mehr. Auch Zusatzstoffe müssen ggf. kenntlich gemacht werden (Allergenkennzeichnung!).

Besonders wichtige Kennzeichnungselemente auf einer Fertigpackung sind **Lagerbedingungen** und **Mindesthaltbarkeitsangaben**. Nur unter den angegebenen Bedingungen haftet der Hersteller bis zum Mindesthaltbarkeitsdatum für die Sicherheit des Lebensmittels. Nach Prüfung (optisch, sensorisch etc) dürfen diese Lebensmittel in eigener Verantwortung auch darüber hinaus in Verkehr gebracht werden. Das **Verbrauchsdatum** dagegen bezeichnet eine Ausschlussfrist.

Hauptüberträger jeglicher Keime ist der Mensch selber. Nur durch hohe **persönliche Sauberkeit** und Hygiene ist dieses Risiko zu vermindern (ausreichende Händereinigung, Tragen von Arbeitskleidung usw.).

Personen, die mit Lebensmitteln umgehen, benötigen vor Aufnahme ihrer Tätigkeit eine **Belehrung nach dem Infektionsschutzgesetz** durch das Gesundheitsamt. Ziel der Belehrung ist, auszuschließen, dass Erkrankte, oder dessen verdächtige Personen oder Ausscheider tätig sind oder beschäftigt werden im direkten Umgang mit Lebensmitteln. Für ehrenamtliche Helfer wurde diese Belehrung durch die Ministerien Für Arbeit und Soziales sowie Für Ernährung und Ländlichen Raum Baden-Württemberg gemeinsam vereinfacht und in einem Merkblatt des Landesgesundheitsamtes zusammengefasst („Vermeidung von Lebensmittelinfektionen für Ehrenamtliche bei Vereinsfesten Freizeiten und ähnlichen Veranstaltungen – Merkblatt“; www.gesundheitsamt-bw.de/ Fachpublikationen). Bei ehrenamtlichen Tätigkeiten bis zu dreimal jährlich wird eine Belehrung nicht verlangt.

Beispiele für Mängel, insbesondere bei nicht professionellem Umgang mit Lebensmitteln sind nicht leicht zu reinigende Arbeitsflächen (z.B. Bierbänke ohne Folienabdeckung), unsaubere Kühlschränke, mangelhafte Kühlleistung, unzureichender / fehlender Spuckschutz, fehlende Handwascheinrichtung, unzureichende Überdachung / Boden, unsaubere Arbeitskleidung, Vorbereitung empfindlicher Lebensmittel am Stand.

Die Lebensmittelunternehmer sind per Verordnung verpflichtet, die **Maßnahmen der Überwachung zu dulden** und die in der Überwachung tätigen Personen in Erfüllung ihrer Aufgabe zu unterstützen.

Die Landeshauptstadt Stuttgart plant ab Ende November 2010 regelmäßige, kostenfreie Schulungen für Ehrenamtsträger. Zuerst sollen ehrenamtlich Tätige der Schulversorgungen geschult werden. Später soll das Angebot ausgeweitet werden. Die Schulungen erfolgen in Kooperation zwischen der Lebensmittelüberwachungsbehörde und dem Gesundheitsamt der Stadt Stuttgart. Anmeldungen, Ausstellen der Bescheinigungen und nähere Informationen sind über das Gesundheitsamt erhältlich.

F Ambulante Essensversorgung von Senioren

Dr. Cornelia Pfau, Max-Rubner-Institut,
Institut für Ernährungsverhalten, Haid-und-Neu-Str. 9, 76131 Karlsruhe

Die Versorgung älterer zu Hause lebender Menschen mit Mahlzeiten stellt eine zunehmende Herausforderung für Betroffene wie auch für die Anbieter ambulanter Mahlzeitendienste dar. Eine ambulante Essensversorgung ist für viele Senioren die Voraussetzung, um in der eigenen Wohnung bleiben zu können. Allerdings ist relativ wenig Wissen über die vorhandenen Angebote der verschiedensten Anbieter vorhanden, auf die im Bedarfsfall zurückgegriffen werden kann. Zudem sind die Informationen über die Angebote für die Kunden häufig sehr unübersichtlich.

In diesem Workshop wird zuerst ein Überblick über die Art der zur Zeit auf dem Markt vorhandenen Anbieter gegeben. Hierbei ist zu unterscheiden nach den Herstellern der Mahlzeiten und den Lieferanten der Mahlzeiten. Bei der Verteilung heißer Mahlzeiten (Heißauslieferung) können die Speisen aus verschiedenen Produktionssystemen stammen: die Speisen werden frisch zubereitet und anschließend verteilt oder sie werden produziert, anschließend gekühlt („Cook and Chill“, Kühlkost) oder tiefgefroren (TK) und dann bei Bedarf aufbereitet und verteilt. Speisen für die Kaltauslieferung stammen aus den beiden letztgenannten Produktionssystemen und können individuell im Haushalt aufbereitet werden. Jedes System hat hierbei seine Vor- und Nachteile. Bei sachgerechter Produktion und Verteilung kann jedes System mit den dafür geeigneten Speisen die Versorgung der Kunden mit einer warmen Mahlzeit sicherstellen. Außerdem wird auch die Situation bzw. die Lage der Kunden in die Betrachtung einbezogen, die die Spanne vom rüstigen bis zum bettlägerigen Kunden umfassen kann.

Schwerpunkt des Workshops wird auf der Darstellung wesentlicher Punkte für die Beurteilung eines Mahlzeitendienstes aus der Sicht des Kunden liegen, die auf den Ergebnissen des EU-Projekts „Senior Food/Food in Later Life“ beruhen. Im Rahmen dieses Projektes wurde auch die Zufriedenheit der Kunden mit ernährungsbezogenen Dienstleistungen „Essen auf Rädern“ sowie die Qualitätsvorstellungen der Anbieter über die Dienstleistungen untersucht. Hierfür wurden im Herbst 2004 28 Nutzer und 10 Anbieter von Essen auf Rädern befragt. In den Interviews wurden ausschließlich offene Fragen gestellt. Die befragten Senioren äußerten sich in entspannter Atmosphäre detailliert zu ihrem Mahlzeitendienst und nannten auch Kritikpunkte, die sonst eher nicht zur Sprache kommen. Sie beleuchteten im Detail die spezifischen Probleme und Chancen, die sich durch die Nutzung mobiler Mahlzeitendienste ergeben.

Neben einigen Aspekten der Mahlzeitenqualität werden vor allem wichtige Punkte der Servicequalität, wie die Übergabe des Essens, der Zeitpunkt der Belieferung, Verpackung und Temperatur sowie die Präsentation des Essens beleuchtet. Auch die Bedeutung der Informationsvermittlung oder von Zufriedenheitsmessungen durch den Anbieter sowie die Handhabung von Beschwerden zur Sicherung eines hochwertigen Angebots werden diskutiert.

G Diabetes im ambulanten Bereich: Rechtzeitig erkennen, Eigenverantwortung stärken

Irene Noack, Diplom-Oecotrophologin, Ernährungsberaterin/DGE, Sankt Augustin

Immer mehr - immer ältere Menschen – auch mit Diabetes

Diabetes mellitus Typ 2 zählt zu den häufigsten und teuersten chronischen Erkrankungen mit steigender Tendenz. Die Dunkelziffer nicht diagnostizierter Diabetesfälle wird auf 2 bis 3 Mio. alleine in Deutschland geschätzt. Mit der Zunahme der Lebenserwartung und der Inzidenz des Diabetes mellitus kommen in den nächsten Jahrzehnten neue Herausforderungen auf uns zu. Während heute ca. 3,7 Mio. Menschen in Deutschland älter als 80 Jahre sind, werden es 2050 mehr als 10 Millionen sein. Darunter werden auch immer mehr Menschen mit Diabetes sein.

Die wichtigsten Ernährungs- und Lebensstil-assoziierten Risikofaktoren für Typ-2-Diabetes ist Übergewicht, insbesondere das sogenannte viszerale Fett (Bauchfett, sichtbar am Bauchumfang), sowie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen infolge falscher Ernährung und Bewegungsarmut. Je ausgeprägter das Übergewicht ist und je länger es besteht, desto höher ist das Risiko. Ob und wann sich der Diabetes manifestiert, hängt allerdings auch von der genetischen Veranlagung ab.

Bei der Diabetestherapie kommt dem Patienten die entscheidende Rolle zu, da dieser die wesentlichen Therapiemaßnahmen des Diabetes in seinem persönlichen Alltag dauerhaft und eigenverantwortlich umsetzen muss. Die Prognose des Diabetes hängt daher zu einem großen Teil davon ab, inwieweit dies dem Betroffenen auf dem Hintergrund seines sozialen, kulturellen, familiären und beruflichen Umfeldes gelingt.

Ältere Menschen sind eine sehr heterogene Patientengruppe. Es gibt sehr aktive, selbstständige, aber auch pflegebedürftige, bettlägerige und/oder kognitiv eingeschränkte Senioren. Maßnahmen und Hilfestellungen für diese Patienten mit Diabetes dürfen daher nicht abstrakt sein, sondern müssen sich ganz konkret auf die Lebensperspektive und das Lebensumfeld der Senioren beziehen.

Beispiele zur praktischen Unterstützung älterer betroffener Diabetes-Patienten:

- *Aufklärung über die Erkrankung und ihre Folgen. Das Wissen über die Erkrankung stellt die Basis für die Bereitschaft einer Veränderung dar.*
- *Anregung zur Teilnahme an strukturierten Schulungen für geriatrische Diabetiker bzw. falls das nicht möglich ist zur ernährungstherapeutischen Einzelberatung.*
- *Unterstützung bei der Umstellung der Ernährung und Lebensmittelauswahl unter Beachtung von Veränderungen wie z.B. eine verringerte Geschmacks- und Geruchswahrnehmung, Kaubeschwerden, Einschränkung der Sinneswahrnehmung (Sehstörungen), eventuelle zusätzliche Unterstützung bei der Organisation von externen sinnvollen Verpflegungsangeboten.*

- *Anregung zur regelmäßigen Blutzucker-Kontrollen. Blutzucker-Selbstkontrollen helfen Menschen mit Diabetes zu verstehen, wie sich der Lebensstil auf den Blutzuckerspiegel auswirkt.*
- *Lernen in der Gruppe ist im Alter besonders wichtig und effektiv*
- *.....*

Alle unterstützenden Maßnahmen sollten stets mit der Zielsetzung der Steigerung und Erhaltung der Lebensqualität, bei gleichzeitiger Förderung der Eigenverantwortlichkeit des Menschen, erfolgen.

In unseren Workshops zum Themenbereich - Diabetes im ambulanten Bereich- werden wir uns mit den Fragen, „Wie sollen Diabetiker im Alltag mit der Erkrankung umgehen?“, „Wie isst, trinkt und bewegt man sich diabetesgerecht?“ beschäftigen und haben Gelegenheit praxisrelevante Ansätze im Bereich Ernährung und Bewegung zu diskutieren.

Ich freue mich auf einen regen Austausch mit Ihnen.

Irene Noack

H Leckerer speziell für Senioren: die Praxis

Thomas Schipanski
Hermann Baschang GmbH, Großküchentechnik
Karlsruhe

1. Vorstellung und kurze Einführung / Herr Schipanski / ca. 10 Min
2. Praktische Vorführung unter Einbeziehung und Mitarbeit der Teilnehmer

Es werden 4 Rezepturen (süß + salzig) nacheinander produziert und verkostet. / Herr Schipanski und Teilnehmer / ca. 50 Min

3. Fragen und Abschlußgespräch / ca. 10 Min



Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. mit Sitz in Bonn ist eine weitgehend öffentlich finanzierte Fachgesellschaft.

Die Sektion Baden-Württemberg – DGE-BW – wird vom Ministerium für Ländlichen Raum, Ernährung und Verbraucherschutz Baden-Württemberg unterstützt. Unsere Aufgabe ist es, unabhängige, neutrale Ernährungsinformationen den Multiplikatoren im Ernährungsbereich zur Verfügung zu stellen.

Wenn Sie fachliche Fragen haben, Referenten für eigene Veranstaltungen benötigen oder andere Anliegen rund um das Thema Ernährung haben, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Sektion Baden-Württemberg der
Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE-BW)
Prof. Dr. Peter Grimm
Schelztorstraße 22
73728 Esslingen

mail: zentrale@dge-bw.de

www.dge-bw.de

Bitte beachten Sie: Wir dürfen aus zeitlichen Gründen nur Multiplikatoren Auskünfte erteilen. Privatpersonen müssen sich mit ihren Fragen an andere Stellen wenden.

**Die DGE-BW wird gefördert durch das Ministerium für Ländlichen Raum,
Ernährung und Verbraucherschutz Baden-Württemberg.**