



Christine Brombach

Planetary Health Diet

Nachhaltige und klimafreundliche
Ernährung für Pflege-
und Gesundheitsberufe



Planetary Health Diet

Planetary Health Diet

Christine Brombach

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:

André Fringer, Winterthur; Manela Glarcher, Salzburg; Stefan Schmidt, Neubrandenburg;
Christine Sowinski, Köln; Angelika Zegelin, Dortmund

Christine Brombach

Planetary Health Diet

Nachhaltige und klimafreundliche Ernährung für
Pflege- und Gesundheitsberufe

Prof. Dr. Christine Brombach, Dozentin Ernährung und Consumer Science, ZHAW Department Life Sciences und Facility Management, Forschungsbereiche: Consumer Science, Ernährungsverhalten, Ernährungsverhalten im höheren Lebensalter.
Institut für Lebensmittel- und Getränkeinnovation
Campus Reidbach
Einsiedlerstrasse 35
8820 Wädenswil
Schweiz
E-Mail: broc@zhaw.ch

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Der Verlag weist ausdrücklich darauf hin, dass im Text enthaltene externe Links vom Verlag nur bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses eingesehen werden konnten. Auf spätere Veränderungen hat der Verlag keinerlei Einfluss. Eine Haftung des Verlags ist daher ausgeschlossen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://www.dnb.de> abrufbar.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved. Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten.

Verantwortliche Person in der EU: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3,
37085 Göttingen, info@hogrefe.de.

Anregungen und Zuschriften bitte an den Hersteller:

Hogrefe AG
Lektorat Pflege
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Jürgen Georg, Oliver Böni, Detlef Kraut
Redaktionelle Bearbeitung: Martina Kasper
Herstellung: René Tschirren
Umschlagabbildung: Getty Images/udra
Umschlaggestaltung: Hogrefe AG, Bern
Illustration: Angelika Kramer, Stuttgart (Abbildungen 2-4, 3-1, 3-4, 3-5)
Satz: Mediengestaltung Meike Cichos, Göttingen

Format: EPUB

1. Auflage 2026
© 2026 Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96412-6)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76412-2)
ISBN 978-3-456-86412-9
<https://doi.org/10.1024/86412-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Dank	9
Vorwort	11
1 Bedeutung von Ernährung in der Pflege	13
1.1 Zur Relevanz des Themas	13
1.2 Pflege und Ernährung: derzeitige Herausforderungen	16
1.2.1 Warum, wie, was und mit wem essen wir?	16
1.2.2 Essen und Ernährung – reden wir über das gleiche?	17
1.2.3 Essen und Geschmack	17
1.2.4 Essen wird sozial erlernt	18
1.2.5 Essen und Biografie	19
1.3 Essen in Zeiten von Polykrisen	22
1.4 Literatur	23
2 Grundlagen der Ernährung	25
2.1 Lebensmittelgruppen	25
2.1.1 Getränke	27
2.1.2 Früchte und Gemüse	27
2.1.3 Getreideprodukte und Kartoffeln	29
2.1.4 Eiweißhaltige Lebensmittelgruppe	29
2.1.5 Vegetarische oder vegane Produkte	30
2.1.6 Fetthaltige Lebensmittelgruppe	31
2.1.7 Allergien und Unverträglichkeiten in der Pflege	32
2.2 Nährstoffe: ein kurzer Überblick	32
2.2.1 Energie- und nicht-energieliefernde Nährstoffe	33
2.2.2 Energieliefernde Nährstoffe und deren Funktionen	34
2.2.3 Nicht-energieliefernde Nährstoffe und deren Funktionen	34
2.2.4 Nährstoffversorgung in der Pflege	34
2.2.5 Gesundheitswirkungen von Lebensmitteln	35
2.3 Essen, Identität, Herkunft und Kultur	37
2.4 Ernährung im häuslichen, ambulanten und stationären Setting	39
2.5 Literatur	40
3 Planetary Health Diet	43
3.1 Ernährung und Klima	43
3.2 Planetary Health Diet und Nachhaltigkeit	47
3.2.1 Nachhaltigkeit in der Pflege	47
3.2.2 Nachhaltigkeitsziele	49
3.2.3 Grundprinzipien der Planetary Health Diet (PHD)	51

3.3	Welche Relevanz hat die PHD für die Pflege?	54
3.4	Gesundheitswirkungen der PHD	55
3.5	Erfolgreiche Umsetzung der PHD im Pflegealltag	58
3.6	PHD im Vergleich zu One Health	59
3.7	Literatur	61
4	Ernährung und nichtübertragbare chronische Krankheiten (NCD)	65
4.1	Überblick über chronische Krankheiten und Ernährung	66
4.2	PHD als gesundheitsförderliche und verlaufsbegünstigende Ernährung	70
4.3	Häufige nichtübertragbare chronische Erkrankungen im Pflegekontext	72
4.3.1	Dysphagie – Schluckstörung	72
4.3.2	Schlaganfall	74
4.3.3	Bluthochdruck – Hypertonie	75
4.3.4	Krebserkrankungen	78
4.3.5	Diabetes Typ 2	79
4.3.6	Osteoporose	79
4.4	Zusammenfassung	80
4.5	Literatur	80
5	Ernährung im Gleichgewicht	85
5.1	Übergewicht und Adipositas	86
5.2	Mangelernährung und Untergewicht	87
5.3	Sarkopenie und Frailty	88
5.4	Körpergewicht regelmäßig beobachten	89
5.5	Zusammenfassung	89
5.6	Literatur	91
6	Psyche, Wohlbefinden und Essen	93
6.1	Unsere Sinnesorgane als Fenster zur Welt	93
6.2	Emotionen und Essen	95
6.3	Literatur	98
7	Praktische Ideen und Umsetzungsmöglichkeiten	101
7.1	Szenarien und Organisationsprinzipien	101
7.1.1	SPITEX ambulante Pflege (Schweiz)	102
7.1.2	Unterstützung der Angehörigen (Pflege im familialen Setting)	102
7.1.3	24-h-Betreuung/Live-in-Care	103
7.1.4	Ausschließlich private Pflege durch Familie	103
7.2	Literatur	104

8	Ernährung in Pflegeberufen	105
8.1	Erweiterung der Pflegeausbildung und Pflegepraxis	105
8.2	Planetary Health Education Framework	106
8.3	Ethische Herausforderung und Verantwortung	107
8.4	Literatur	107
9	Verknüpfung und Fazit	109
9.1	Literatur	110
Autorin		111
Sachwortverzeichnis		113

Dank

Mein Dank gilt dem Hogrefe Verlag, insbesondere Frau Kasper und Herrn Georg, die mich mit großem Interesse, Begeisterung, Geduld und viel Verständnis, ihren wertvollen Hinweisen und Vorschlägen durch dieses Buchprojekt begleitet haben. Ihnen ist es zu verdanken, dass das Buch überhaupt erst so weit vorankommen konnte. Ich danke dem Verlag dafür, die Idee dieses Buches aufgegriffen und damit einem Fachpublikum zugänglich gemacht zu haben.

Ein Werk wie dieses entsteht niemals ohne den fachlichen und inspirierenden Austausch mit Kolleginnen und Kollegen. Besonders bedanken möchte ich mich bei Franziska Stöckli, Initiantin des Klimatopfs, Prof. Dr. Jörg Bohlen-der, meinen Kolleginnen Prof. Dr. Silke Bartsch, Prof. Dr. Petra Lührmann, Johanna Schaufel-berger, Dr. Karin Bergmann. Mein ganz besonderer Dank gilt Vanja Zago, die den Erstkontakt

zum Hogrefe Verlag und dem Herausgeber, Herrn Georg, hergestellt hat.

Meinen Studierenden danke ich herzlich für ihre Unterstützung bei den Literaturrecherchen, insbesondere Nataliia Yakovenko sowie Alina Tuschschmid für die technische Hilfe bei der Erstellung der Abbildungen.

Nicht zuletzt danke ich meinen Kindern Christian, Friederike und Charlotte für ihre Geduld, wenn ich meine Abende und Wochenenden mit der Arbeit an diesem Buch zubrachte. Ich danke insbesondere für ihre konstruktive Kritik bei der Durchsicht der Manuskripte sowie für die zahlreichen und lebhaften Diskussionen, die wir, wie könnte es anders sein, beim gemeinsamen Essen und Ausprobieren genussvoller, nachhaltiger Rezepte pflegten. Meinen Kindern und ihrer Generation widme ich dieses Buch.

Vorwort

„Eure Nahrung sei eure Medizin und euer Heilmittel.“ Dieses, dem antiken Arzt Hippokrates zugeschriebene Zitat bringt auf eindruckliche Weise zum Ausdruck, was heute durch zahlreiche wissenschaftliche Erkenntnisse belegt ist: Ernährung ist ein zentraler Schlüssel für Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität. Die regelmäßige und angemessene Versorgung des Körpers mit Nahrung ist eine grundlegende Voraussetzung für körperliche und seelische Gesundheit und damit auch für Selbstbestimmung. Dies gilt in besonderem Maße in Pflegesituationen. Gerade dort, wo Menschen auf Unterstützung angewiesen sind, gewinnt Essen eine Bedeutung, die weit über die reine Zufuhr von Energie und Nährstoffen hinausgeht. Essen schafft Nähe und Beziehung, es ist Ausdruck von Zugehörigkeit, von Kultur und gelebter Biografie. Über das Essen zeigen sich persönliche Vorlieben, Erinnerungen und Werte. Es ist Teil der eigenen Identität und eng verbunden mit der Frage, wie man leben möchte. In diesem Sinne ist Essen auch Ausdruck von Selbstermächtigung und Selbstfürsorge, selbst dann, wenn Autonomie in anderen Lebensbereichen eingeschränkt ist. Gleichzeitig wird Ernährung heute zunehmend im Kontext globaler Herausforderungen betrachtet. Klimawandel, Umweltzerstörung, Ressourcenknappheit und soziale Ungleichheiten stellen drängende Fragen an unser Ernährungssystem. Verantwortung für Gesundheit lässt sich nicht mehr von Verantwortung für unseren Planeten trennen. Damit

ergibt sich insbesondere für den Pflegebereich eine besondere Aufgabe, nämlich Sorge zu tragen nicht nur für das leibliche Wohl der Menschen, sondern auch für das Wohlergehen unserer Mitwelt und Umwelt. Die Planetary Health Diet verbindet die beiden Perspektiven der menschlichen Gesundheit und ökologischen Nachhaltigkeit und bietet damit einen zukunftsweisenden Orientierungsrahmen, auch für die Pflege. Sie trägt dazu bei, Bedingungen zu schaffen, unter denen Menschen in einer gesunden Umwelt leben, gesund bleiben und gesund werden können. Dieses Buch möchte hierzu eine praxisnahe und wissenschaftlich fundierte Handreichung sein. In kurzen, übersichtlich gestalteten Kapiteln werden ausgewählte Themen der Ernährung in Pflegesituationen aufgegriffen. Jedes Kapitel verbindet kompakte wissenschaftliche Einblicke mit konkreten, alltags-tauglichen Handlungsempfehlungen. Ziel ist es, Fachpersonen in der Pflege zu unterstützen, Ernährung sowohl als Teil professioneller Sorge als auch als Ausdruck von Verantwortung gegenüber Menschen, Gesellschaft und Umwelt zu verstehen und zu gestalten.

Möge dieses Buch dazu beitragen, Freude am Lesen zu wecken, zum Nachdenken anzuregen und neue Perspektiven für eine gesundheitsfördernde und nachhaltige Ernährung in der Pflege zu eröffnen.

*Christine Brombach
Wädenswil, April 2026*

Bedeutung von Ernährung in der Pflege

Nahrungsaufnahme ist eine essenzielle Grundvoraussetzung für unser körperliches Wohlbefinden. Doch das Essen ist auch ein ganzheitliches, körperliches Erlebnis – es spricht alle Sinne an und hat auch in vieler Hinsicht eine soziale und kulturelle Bedeutung. Dieses Kapitel thematisiert die Bedeutung von Ernährung und Essen – zwei Begriffe, die zwar oft synonym verwendet werden, jedoch durchaus differenziert betrachtet werden müssen. Zudem wird erklärt und begründet, dass Essen keine rein biologisch vorgegebene Handlung ist, sondern eine kulturell konstruierte Praxis.

1.1 Zur Relevanz des Themas

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland, wie auch im gesamten D-A-CH-Raum, ist in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen, unter anderem im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel. Im Dezember 2023 waren 5,69 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Von ihnen wurden rund 86 % (4,49 Millionen Personen) zu Hause versorgt, überwiegend durch Angehörige (67 %). Die von Angehörigen erbrachte Pflege nimmt damit eine zentrale Rolle im deutschen Gesundheitssystem ein. Schätzungen zufolge pflegen etwa fünf Millionen Menschen in Deutschland Angehörige im häuslichen Umfeld, wobei Frauen häufiger Pflegeaufgaben übernehmen als Männer. Insgesamt leisten zwi-

schen fünf und sechs Prozent der erwachsenen Bevölkerung regelmäßig Pflege.

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit erheblich an. Während in der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen etwa 11 % der Personen pflegebedürftig waren, zeigte sich bei den 90-jährigen und Älteren die höchste Prävalenz. In dieser Altersgruppe waren 87 % der Bevölkerung als pflegebedürftig erfasst (DESTATIS Statistisches Bundesamt, 2026a).

Aus der Zeitverwendungserhebung 2022 wird deutlich, dass Frauen insgesamt mehr „Care-Arbeit“ übernehmen und generell mit rund 29 Stunden pro Woche deutlich mehr unbezahlte Arbeiten leisten als Männer mit rund 20 Stunden (DESTATIS Statistisches Bundesamt, 2022a). Dabei nimmt der Anteil der in der „Küche“ und Haushaltsorganisation ausgewiesenen unbezahlten Arbeiten bei Männern und Frauen deutlich den größten Anteil der unbezahlten Arbeit ein. Daher ist es auch in der Pflegesituation von Angehörigen zu vermuten, dass hier die Versorgung mit Essen und der dazu gehörenden Haushaltsorganisation die meiste Zeit der Pflegetätigkeit beansprucht.

Eine ausgewogene Ernährung spielt lebenslang eine entscheidende Rolle für unser Wohlbefinden und unsere Gesundheit (Calder et al., 2018). Es ist daher wichtig, auf eine bedarfsgerechte und vielseitige Ernährung, ausreichende Bewegung und genügend Schlaf zu achten. So kann Übergewicht, nicht übertragbare Krank-

heiten vorgebeugt und Gesundheit gefördert und erhalten bleiben.

Eine Ernährungsweise, wie sie im D-A-CH-Raum derzeit in der allgemeinen Bevölkerung üblich ist, enthält allgemein zu viel Nahrungsenergie, zu viele Fette, v. a. tierische und gesättigte Fette, zu viel Zucker, Salz und gleichzeitig zu wenig Gemüse, Obst, Hülsenfrüchte, Nüsse und Vollkornprodukte. Langfristig sind diese Ernährungsweisen mit den Risiken von erhöhten Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ 2, Bluthochdruck, Osteoporose und verschiedener Krebsarten verbunden (Dominguez et al., 2022; Everitt et al., 2006). Des Weiteren nimmt diese vorwiegend „westliche“ Ernährungsweise durch den hohen Anteil an tierischen Lebensmitteln negativen Einfluss auf die Umwelt und die verfügbaren Ressourcen unseres Planeten (Leydon et al., 2023; Rockström et al., 2024; Willett et al., 2019). Daher ist es von großer Wichtigkeit, unsere Ernährung an die zukünftigen Bedürfnisse anzupassen, um gleichermaßen unsere eigene Gesundheit sowie die Ressourcen unseres Planeten zu schützen (Fanzo & Davis, 2019).

Die Veränderungen der Ernährungsgewohnheiten vor allem seit der Industrialisierung, hat tiefgreifende Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung genommen, auch auf pflegebedürftige Menschen in häuslichen, ambulanten oder stationären Settings. Mit dem Einzug industriell verarbeiteter Lebensmittel im 19. und 20. Jahrhundert wurden Nahrungsmittel einerseits hygienisch, sicher und ganzjährig verfügbar, was in früheren Zeiten unbekannt war, andererseits kamen neue Lebensmittel auf den Markt wie Süßgetränke, Fertiggerichte oder Milchprodukte, die heute in größeren Mengen verzehrt werden. Ebenfalls kamen im Zuge der Industrialisierung – dann vermehrt aber nach dem 2. Weltkrieg – raffinierte Getreideprodukte, mit Glukose- und Fruktosesirup angereicherte Lebensmittel sowie eine Vielzahl zuckerhaltiger Lebensmittel auf den Markt. Im Zuge des sich rasch weiterentwickelnden Lebensmittelmarktes nahmen auch jene Produkte zahlenmä-

ßig zu, die vielschichtige Zusatzstoffe enthielten. Besonders hochverarbeitete Lebensmittel zeichnen sich durch die Zugabe natürlicher oder synthetischer Zutaten wie Maissirup, Emulgatoren, Süßstoffe oder Farbstoffe aus, die Haltbarkeit, Konsistenz und Geschmack der Lebensmittel verbessern sollen (Huebbe & Rimbach, 2020; Monteiro et al., 2025).

Diese Veränderungen haben die Zusammensetzung der Lebensmittel im Vergleich zu einer stärker pflanzenbasierten und ballaststoffreichen Ernährung früherer Zeiten grundlegend verschoben. Heute ist die Aufnahme von einfachen Zuckern (Mono- und Disacchariden), Salz und gesättigten Fetten deutlich erhöht, während der Konsum ballaststoffreicher Lebensmittel zurückgegangen ist, sichtbar etwa an der weiten Verbreitung von (hoch)verarbeiteten, weichen und energiedichten Lebensmitteln. Bereits in der Kindheit und Jugend praktizierte Ernährungsweisen werden ins höhere Lebensalter „mitgenommen“ und können dann, kombiniert mit eingeschränkter Mobilität oder weiteren Risikofaktoren, die Gesundheit oder auch Pflegebedürftigkeit erheblich beeinflussen (Mazzocchi et al., 2021; Musicus et al., 2022; Ridberg et al., 2025).

Die menschliche Ernährung umfasst schätzungsweise rund 26.000 biochemische Substanzen, von denen nur ein Bruchteil (etwa 150) von nationalen Behörden reguliert wird. Diese Stoffe werden sowohl durch die Darmmikrobiota als auch durch körpereigene Zellen verarbeitet (Choi et al., 2018; Dreher, 2018). Moderne Methoden wie Metabolomik und bioinformatische Analysen verdeutlichen, wie komplex die Wechselwirkungen zwischen Ernährung, Lebensstilfaktoren (z.B. Bewegungsmangel, Schlaf, Tabak- und Alkoholkonsum) und Medikamenteneinnahme sind (Sharma et al., 2024). Unsere Ernährung wie auch die Einnahme von Antibiotika und Medikamenten können die Zusammensetzung des Darmmikrobioms nachhaltig verändern (Adolph & Tilg, 2024). Dass Essen mehr ist als die bloße Versorgung des menschlichen Körpers mit Nährstoffen, ist eine uralte

Kenntnis, die schon die griechischen Philosophen in ihrem „Diaita-Prinzip“ verdeutlichten, indem sie zu Ausgewogenheit und Mäßigung (Tsiompanou & Marketos, 2013) und einer Veränderung der Ernährung als Behandlung rieten. Dies wird heute beispielsweise von dem führenden Kardiologen Dariush Mozaffarian propagiert. Er ist Jean-Mayer-Professor an der Friedman School of Nutrition Science and Policy, Professor für Medizin an der Tufts University sowie behandelnder Arzt am Tufts Medical Center (Mozaffarian, 2025).

Essen ist jedoch keine rein biologisch vorgegebene Handlung, sondern auch eine kulturell konstruierte Praxis. Jede Gesellschaft entwickelt spezifische Ernährungsweisen und Essgewohnheiten, die durch soziale Normen, Traditionen und gesellschaftlich-kulturelle Strukturen geprägt und vermittelt sind. Das eigentliche „Essen“, also die Verspeisung von Lebensmitteln, geht dabei weit über die Nahrungsaufnahme hinaus: Es trägt kulturelle Bedeutungen, spiegelt gesellschaftliche Hierarchien wider und dient der Reproduktion sozialer Identität (Mauss, 2012; Müller et al., 2026).

Im Verlauf der Menschheitsgeschichte hat das Essen entscheidend zur Menschheitsentwicklung beigetragen; die Beherrschung des Feuers gilt hierbei als ein zentraler Meilenstein. In Anlehnung an Mauss' Konzept des Essens als „totales soziales Phänomen“ (Mauss, 2012) kann Ernährung als ein sozial eingebetteter Prozess verstanden werden, in dem kulturelle Werte, kollektive Zugehörigkeiten und individuelle Identitäten zum Ausdruck kommen. Orte des Essens, wie der familiäre Esstisch, der Gemeinschaftsraum einer Seniorengruppe oder das Essen im häuslichen Pflegekontext werden damit zu symbolischen Räumen, in denen Nahrungsmittel in kulturell anerkanntes und identitätsstiftendes Essen transformiert werden.

Diese Transformation ist materiell, sozial und symbolisch, sie beruht auf individuellen Erfahrungen und erworbenem Wissen. Für die ambulante Pflege bedeutet dies:

Essen ist nicht nur Nahrungsaufnahme zur Sicherung der körperlichen Gesundheit, sondern zugleich Ausdruck von Identität, Zugehörigkeit und Selbstbestimmung. Pflegekräfte begegnen in der Praxis einer großen Vielfalt an Ernährungsstilen und kulturellen Bedeutungszuschreibungen, die zu kennen und zu respektieren Voraussetzung für den Umgang mit zu Pflegenden darstellen (Müller et al., 2026).

Gerade bei älteren und pflegebedürftigen Menschen kann Essen ein zentrales Element sein, um Kontinuität, Sicherheit und kulturelle Verortung zu ermöglichen. Der Einbezug gewohnter Esspraktiken und die Wertschätzung individueller Präferenzen fördern dabei die Gesundheit und das Wohlbefinden.

Für die ambulante Pflege bedeutet dies, dass Ernährung nicht isoliert betrachtet werden darf, sondern immer in Bezug zu den Alltags- und Lebenswelten der zu Pflegenden verstanden werden sollte:

- Essen und Ernährung sind ein wesentlicher Bestandteil der täglichen Lebensführung, eng verbunden mit den Routinen des Alltags und der Gestaltung des individuellen Lebens. Die jeweilige Ernährungsweise stellt einen zentralen Einflussfaktor auf Gesundheit, Wohlbefinden und Krankheitsverläufe dar. Pflegekräfte benötigen daher Kenntnisse über die Zusammenhänge von Ernährung, Essen, die Bedeutung einer ballaststoffreichen, zukunftsfähigen und nachhaltigen Ernährung und die sensible Balance zwischen Medikation, Lebensstil und Mikrobiomgesundheit (Caruso et al., 2021; Kumar et al., 2016).
- Eine ausgewogene, pflanzenbetonte Ernährung fördert lebenslang Gesundheit und Wohlbefinden und beugt nichtübertragbaren Krankheiten vor. Die derzeit verbreitete energie- und fettreiche, stark verarbeitete Ernährung erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebs und belastet zugleich die Umwelt. Eine nachhaltige Ernährungsumstellung ist daher ent-

scheidend für die Gesundheit von Menschen und Planet (Huebbe & Rimbach, 2020).

1.2 Pflege und Ernährung: derzeitige Herausforderungen

Der demografische Wandel und die zunehmende Zahl älterer Menschen stellen auch die pflegerische Versorgung vor neue Herausforderungen und Chancen. Insbesondere in der ambulanten Pflege rückt Ernährung als zentraler Faktor für Gesundheit, Lebensqualität und den Erhalt von Selbstständigkeit in den Fokus. Im Hinblick auf Menschen über 65 Jahre sind dies die spezifischen physiologischen Bedürfnisse, etwa im Hinblick auf Energie- und Nährstoffversorgung, Appetit oder Kau- und Schluckfähigkeit als auch psychosoziale Anforderungen, die eng mit Essgewohnheiten, Ritualen und kulturellen Prägungen verknüpft sind. Gleichzeitig wächst in dieser Altersgruppe das Interesse an gesundheitsfördernden Maßnahmen, die ein möglichst selbstbestimmtes Leben im eigenen Zuhause unterstützen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den „Älteren“ um eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe handelt: Über Hundertjährige gehören ebenso dazu wie Menschen, die erst kürzlich das (Vor)Rentenalter erreicht haben. Entsprechend unterschiedlich sind die biografischen Prägungen, die durch verschiedene politische und historische Kontexte entstanden sind, von den Erfahrungen des Zweiten Weltkriegs bis hin zu Zeiten wirtschaftlichen Wohlstands und heute den Polykrisen (Bude, 2010). Ebenso vielfältig sind die gesundheitlichen Voraussetzungen, die finanziellen Möglichkeiten sowie die Bildungsbiografien innerhalb dieser Altersgruppen.

Für die Pflegepraxis bedeutet dies, dass Ernährung nicht standardisiert, sondern individuell betrachtet werden muss. Pflegekräfte sind gefordert, biografische Hintergründe und persönliche Präferenzen in die Versorgung einzu-

beziehen, um eine kultursensible, alltagsnahe und ressourcenorientierte Ernährungsgestaltung zu ermöglichen. Dabei kommt es darauf an, sowohl die Herausforderungen wie Mangelernährung, Einschränkungen durch Multimorbidität oder soziale Isolation als auch die Chancen einer gezielten Ernährungsbegleitung zu erkennen.

Ziel ist es, Ernährung in der häuslichen oder ambulanten Pflege als integralen Bestandteil einer ganzheitlichen Versorgung zu verstehen, die die körperliche Gesundheit als auch das psychosoziale Wohlbefinden unterstützt. Ohne ausreichende Versorgung des Körpers mit allen notwendigen Nährstoffen, Energie und Wasserzufuhr können wir nicht gesund bleiben oder gesund werden.

Der demografische Wandel führt zu einer wachsenden Zahl älterer Menschen und stellt die Pflege, insbesondere im ambulanten Bereich, vor neue Aufgaben und Anforderungen. Ernährung wird dabei zu einem zentralen Bestandteil der Gesundheitsförderung, da sie Gesundheit, Lebensqualität und Selbstständigkeit wesentlich beeinflusst.

1.2.1 Warum, wie, was und mit wem essen wir?

Die Bedeutung von Essen und Trinken für unser Überleben ist unbestritten. Nahrungsaufnahme ist eine essenzielle Grundvoraussetzung für unser körperliches Wohlbefinden. Essen bedeutet jedoch viel mehr als das bloße Zuführen von Nahrung: Es ist ein ganzheitliches, körperliches Erlebnis, das alle Sinne anspricht und uns sozial wie kulturell verbindet. Durch Essen schaffen wir Nähe, vermitteln Fürsorge und Geborgenheit und wir drücken ohne Worte Zuneigung, Liebe und Aufmerksamkeit aus. Der Geschmack spielt eine entscheidende Rolle, da er uns ein Gefühl von Heimat und Zugehörigkeit vermittelt und uns ein Leben lang begleiten kann (Sheperd, 2005).

Reflexion

- Welche heimatlichen Gerichte kennen Sie?
- Zu welchen Situationen, Zeiten werden diese Speisen gegessen?
- Welche Gedanken und Gefühle tauchen bei Ihnen auf, wenn Sie sich vorstellen, diese Gerichte zu essen?

Die Essenszubereitung ist dabei ein sehr wichtiger und der zeitintensivste Bereich der täglichen Alltagsaktivitäten im Privathaushalt. Laut Zeitbudgetstudie Deutschland von 2025 arbeiteten 2022 Erwachsene in Deutschland durchschnittlich rund 45 Stunden pro Woche, ähnlich viel wie zehn Jahre zuvor. Nahezu die Hälfte der unbezahlten Arbeit und aufgewendeten Zeit der Frauen entfiel 2022 auf klassische Hausarbeit wie Kochen, Putzen und Wäschepflege. Dafür investierten sie im Durchschnitt über 13 Stunden pro Woche, etwa doppelt so viel Zeit wie die Männer. Auch für Betreuung, Pflege und Unterstützung von Haushaltsmitgliedern wendeten Frauen mit rund 3,5 Stunden pro Woche fast doppelt so viel Zeit auf wie Männer (diese knapp zwei Stunden). Für Einkäufe und Haushaltsorganisation benötigten Frauen im Schnitt etwa fünf Stunden, Männer rund vier Stunden pro Woche.

Die Essenszubereitung stellt einen zentralen Teil der häuslichen Alltagsarbeit dar, die v.a. von Frauen getragen wird und damit einen wesentlichen Beitrag zur alltäglichen Gesundheits- und Versorgungspraxis leistet (DESTATIS Statistisches Bundesamt, 2022b).

1.2.2 Essen und Ernährung – reden wir über das gleiche?

Der Begriff Essen kann emotionalen, sozialen und kulturellen Aspekten zugeordnet werden. Essen ist nicht nur ein biologischer Prozess, sondern hat auch starke Verbindungen zu unseren Erinnerungen, Gefühlen, sozialen Interak-

tionen und Gewohnheiten. Das Essen kann Trost spenden, Freude bereiten, Identität verdeutlichen und eine soziale Bindung schaffen (Bisogni et al., 2005).

Ernährung hingegen bezieht sich in unserem Alltagsverständnis meist auf das Rationale und die biologischen Prozesse der Nahrungsaufnahme. Hier stehen die physiologischen Bedürfnisse des Körpers im Vordergrund. Ernährung berücksichtigt die Nährstoffzusammensetzung von Lebensmitteln, den Energiebedarf des Körpers und die Auswirkungen von Nahrung auf die Gesundheit. Diese Sichtweise wie auch die Wahrnehmung im Alltag sind vorwiegend rational und naturwissenschaftlich basiert und fokussiert auf Fakten und Wissenschaft (Bandura, 1991). Ein Beispiel soll das verdeutlichen: Im Alltag gehen wir nicht „uns ernähren“, sondern „wir gehen essen“, und Gesundheit und Ernährung werden eher miteinander verknüpft als „Gesundheit und Essen“.

Zentral ist das Ernährungsverhalten, welches wie folgt vom Max-Rubner-Institut definiert ist:

„Ernährungsverhalten ist die Gesamtheit geplanter, spontaner oder gewohnheitsmäßiger Handlungsvollzüge von Individuen oder sozialen Gruppen, mit denen Nahrung beschafft, zubereitet, verzehrt und nachbereitet wird. Dabei wird berücksichtigt, dass Ernährungsverhalten sowohl Einflussfaktoren als auch Auswirkungen aus den Dimensionen Gesundheit, Umwelt, Gesellschaft und Wirtschaft entlang der gesamten Produktkette von Lebensmitteln beinhaltet“ (Max-Rubner-Institut für Ernährungsverhalten, 2026).

1.2.3 Essen und Geschmack

Unsere Wahrnehmung des „Geschmacks“ entsteht durch die Kombination von Riechen und Schmecken. Sinneszellen auf der Zunge und in der Mundschleimhaut erkennen Grundqualitäten wie sauer, salzig, bitter, süß und umami (wohlschmeckend, köstlich).

Dementsprechend sind es fünf Grundgeschmacksarten, die wir über die Mundschleimhaut und die Zunge verteilt wahrnehmen:

- süß
- salzig
- bitter
- sauer
- unami

Hingegen können über die Nase mehrere Tausend, wenn nicht Millionen Düfte wahrgenommen werden, die Zahlendimensionen von Düften, die Menschen erkennen können, sind unbekannt (Gerkin & Gastro, 2015).

Eigentlich „schmecken“ wir nicht über die Zunge und Mundschleimhaut, sondern es ist unsere Nase, die die Feinheiten des Geschmacks entschlüsselt. Im sogenannten Riechepithel in der Nasenschleimhaut sitzen die Riechzellen, die bei jedem Kauen über die Atemluft „belüftet“ werden und die gasförmigen Partikelchen der Nahrung wahrnehmen und als Reize weiterleiten. Das wird „retronasales Riechen“ genannt.

Zusätzlich können wir prickelnde oder stechende Empfindungen über die Nase und den Trigeminusnerv wahrnehmen, der Nase und Gehirn über eine direkte Nervenbahn verbindet. Über die Nasenschleimhaut können wir Gerüche wahrnehmen, die weitaus nuancierter sind als unsere Geschmackseindrücke im Mund. Daher erleben wir oft, dass Essen fade schmeckt, wenn wir eine verstopfte Nase haben, da das retronasale Riechen eingeschränkt ist. Dabei gelangen die gasförmigen Geschmacksstoffe der Nahrung beim Kauen aus dem Mund in die Nase und ermöglichen uns das Riechen und Schmecken, was zu den sehr individuellen Geschmacks- und Geruchserfahrungen führt (Schling, 2019). Bereits im Mutterleib beginnt das ungeborene Kind, Geschmackseindrücke zu sammeln, wenn es das Fruchtwasser schluckt und somit die Geschmacksstoffe wahrnimmt, die die Mutter über ihre Nahrung aufgenommen hat. Gestillte Kinder lernen durch die Muttermilch die un-

terschiedlichen Lebensmittel kennen, die die Mutter verzehrt hat, und werden auf diese Weise mit der Esskultur ihrer Umgebung vertraut gemacht.

Unsere Sinne sind damit unsere „Fenster“ zur Welt, d.h. sie ermöglichen es uns, in der komplexen Umwelt jegliche Informationen, die zum Überleben wichtig sind, wie auch die Geruchsreize wahrzunehmen, einzuordnen und entsprechend darauf zu reagieren. Jedes Sinnesorgan ist speziell auf seine Aufgabe ausgerichtet und trägt zur Wahrnehmung und Kommunikation mit der Umwelt bei. Diese Sinne sind jedoch eng miteinander verknüpft und beeinflussen sich gegenseitig. Assoziationen entstehen, wenn wir etwas riechen, sehen, hören usw., was erlernte und kulturell bedingte Verknüpfungen sind (Gutjar et al., 2015; Stevenson, 2012a). Seh-, Gehör- und Geruchssinn sowie die freien Nervenendigungen des N. trigeminus helfen uns im Alltag, Gefahren optisch zu erkennen, akustisch wahrzunehmen sowie olfaktorisch oder trigeminal zu registrieren. Die Sinne können in sogenannte Fernsinne, die mittels Telerezeptoren entsprechend entfernte Reize aufnehmen, und sogenannte Nahsinne differenziert werden. Letztere, „Geschmack“ (flavour) und „Tastsinn“ im Nasen- und Mundraum, werden über direkten chemischen Kontakt diverser volatiler (gasförmiger) oder löslicher Substanzen mit den entsprechenden Rezeptoren (Kontaktrezeptoren) aus den Lebensmitteln in Austausch gebracht.

Unsere Sinne sind kulturell geprägt, da sowohl Geschmack als auch Geruch aufgrund früherer Erfahrungen mit kulturell vermittelten Werten und Kontexten verknüpft und damit erlernt werden (Jeong & Lee, 2021).

1.2.4 Essen wird sozial erlernt

Der Umgang mit Essen und Geschmack wird von früh an erlernt, im Laufe unseres Lebens machen wir uns mit den kulturell akzeptierten Praktiken rund um das Essen vertraut. Was, wie, wann, wo und mit wem wir essen, hat sei-

ne Wurzeln in unserer persönlichen Geschichte und wird durch die Geruchs- und Geschmackswahrnehmungen im Moment des Essens lebendig. Marcel Proust (2017) beschreibt dies eindrucksvoll in seinem Roman *Unterwegs zu Swann*.

Wir werden in eine Welt hineingeboren und lernen im Laufe unseres Lebens die Essgewohnheiten unserer Umgebung kennen: welche Speisen zu welcher Zeit, in welcher Art und in Gesellschaft üblicherweise verzehrt werden. Ohne diese „Ernährungssozialisation“ wären wir nicht in der Lage, sichere Entscheidungen darüber zu treffen, welche Lebensmittel genießbar sind und welche nicht, da wir die Bedeutung und Verwendung der in unserer Kultur verwendeten Lebensmittel erst erlernen müssen und uns damit auch zurechtfinden (Højlund, 2015).

1.2.5 Essen und Biografie

Das Kapitel beschäftigt sich mit der Esskultur im Generationenvergleich und ihre Bedeutung für die Pflege. Wird das Ernährungs- und Trinkverhalten älterer Menschen, insbesondere der Kriegsgeneration, betrachtet, zeigt sich ein zentrales Muster: Essen war in ihrer Kindheit und Jugend kein selbstverständliches Gut. Ein jederzeit verfügbares, vielfältiges Lebensmittelangebot für 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr, wie es heute üblich ist, war in den 1930er bis 1950er Jahren unvorstellbar. Nahrung war eng an Ressourcen gekoppelt und bis weit in die Nachkriegszeit hinein nicht jederzeit im Handel erhältlich. Lebensmittel galten als kostbar und wurden als Gabe verstanden, die Wertschätzung und Dankbarkeit erforderte, geprägt durch Erfahrungen von Knappheit und Hunger (Brombach, 2024). Gesellschaftliche Rahmenbedingungen, normative Strukturen sowie ökonomische Ressourcen beeinflussen das Ernährungsverhalten in erheblichem Maße. Empirische Befunde zeigen, dass Privathaushalte in Deutschland im Jahr 1907 rund 47% ihres Einkommens für Lebensmittel aufwendeten,

um 1950 etwa 40% und im Jahr 2022 rund 14%. Infolgedessen erweiterte sich der finanzielle Handlungsspielraum für den Konsum anderer Güter. Gleichzeitig veränderte sich die gesellschaftliche Bedeutung von Lebensmitteln: Die Sicherstellung der Nahrungsaufnahme entwickelte sich von einer primären Notwendigkeit hin zu einem breiten Spektrum an Konsumoptionen. Begünstigt durch ein zunehmend differenziertes Angebot, eine weitgehende zeitliche Verfügbarkeit bei den vergleichsweise niedrigen Preisen sowie eine größere Auswahl an schnell verfügbaren und geschmacklich ansprechenden Speisen (DESTATIS Statistisches Bundesamt, 2026b).

Im Gegensatz dazu stehen die Perspektiven jüngerer Generationen. Für sie ist Essen zwar grundsätzlich verfügbar, aber auch nicht mehr selbstverständlich in seiner gegenwärtigen Form. Ihre Reflexion über Ernährung speist sich weniger aus der Erfahrung von Mangel, sondern aus dem Überfluss: Lebensmittelverschwendung, industrielle Agrar- und Lebensmittelproduktion, Globalisierung, Tierwohl, Klimawandel und soziale Gerechtigkeit prägen die heutigen Diskurse über Essen. Ernährung ist damit zunehmend ein öffentlich und medial verhandeltes Thema und dient nicht selten auch der Selbstinszenierung. Dennoch bleibt generationenübergreifend die Erkenntnis bestehen, dass Essen weit mehr ist als Nährstoffaufnahme. Es ist Träger von Gemeinschaft, Identität und Tradition, besonders sichtbar bei festlichen Anlässen wie Geburtstagen oder Weihnachten (Köster, 2003).

Für die Pflege ist es bedeutsam, diese biografischen und kulturellen Unterschiede zu berücksichtigen. Mahlzeitenstrukturen, Wertschätzung von Lebensmitteln und Essgewohnheiten sind nicht isoliert zu betrachten, sondern in familiäre, historische und gesellschaftliche Kontexte eingebettet. Essen kann dabei als „Botschaft“ verstanden werden, als materieller Träger gemeinsamer Erinnerungen, Bedeutungen und Werte, die zwischen den Generationen weitergegeben werden.

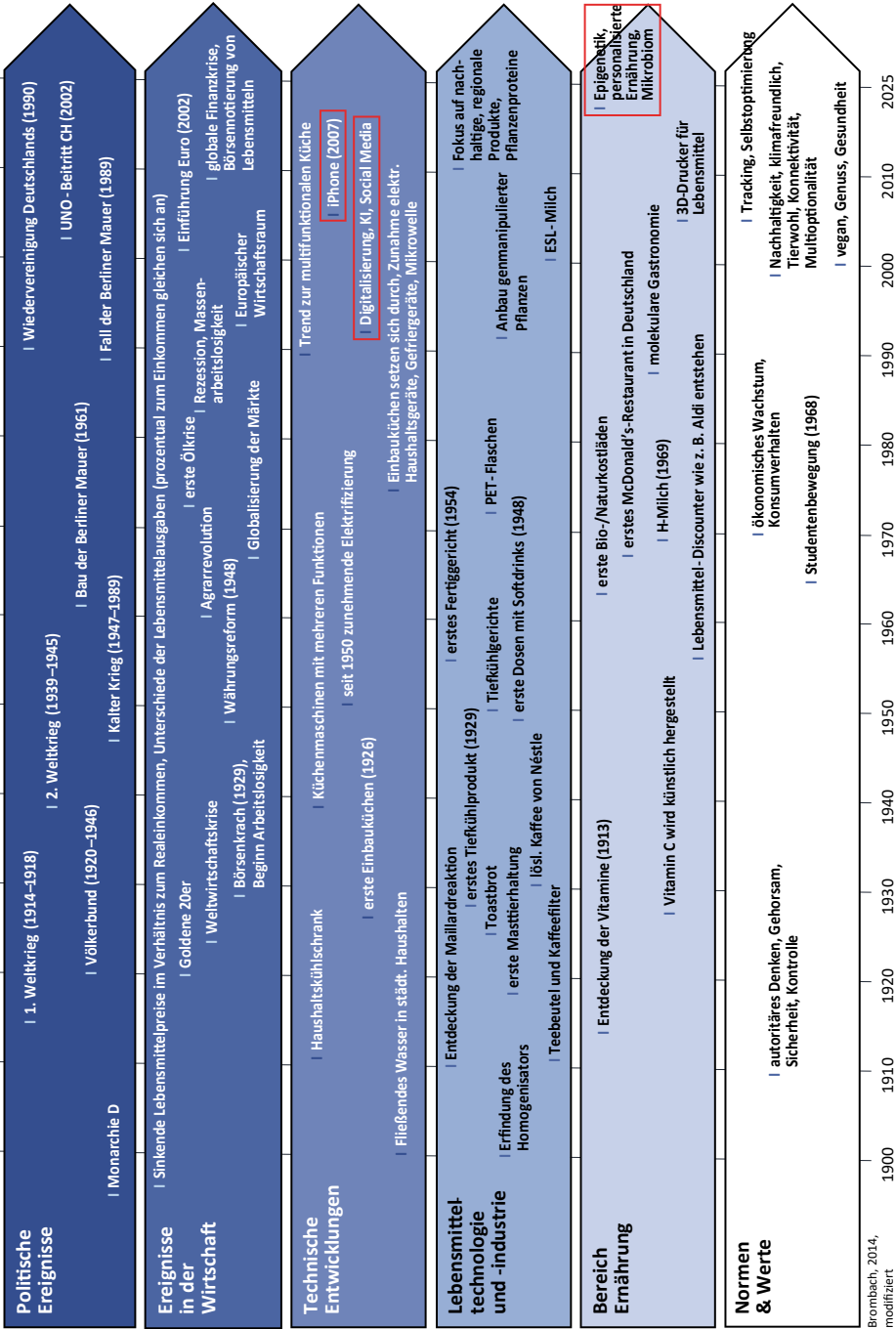


Abbildung 1-1: Veränderungen im Verlauf von 125 Jahren im Kontext der Ernährung (Eigendarstellung in Anlehnung an Brombach, 2014)

Nach Brombach (2024) wirken sich gesellschaftliche vorgegebene Rahmenbedingungen, die Verhältnisse, auf das Ernährungsverhalten aus und begleiten den Menschen lebenslang. Diese umfassen:

- die kulturell-historische Epoche, in die ein Mensch hineingeboren wird
- technische und technologische Entwicklungen
- politisch-ökonomische Rahmenbedingungen
- verfügbare Lebensmittel und Zubereitungsarten im jeweiligen historischen Zeitfenster
- gesellschaftlich dominante Werte und Normen.

In der **Abbildung 1-1** ist ein Zeitstrahl dargestellt, der verdeutlicht, wie sich im Verlauf von 125 Jahren, von 1900 bis 2025, in Deutschland die verschiedenen zeithistorischen Entwicklungen in den verschiedenen Dimensionen verändert haben. Diese Zeitachse bezieht sich politisch auf die Entwicklungen in Deutschland, alle anderen Dimensionen verlaufen vergleichbar im D-A-CH-Raum. Wir werden in eine bestimmte Zeit hineingeboren, in der technisch-soziale, kulturelle Entwicklungen stattfinden und uns im Verlaufe unserer Sozialisation prägen. Dabei ist es entscheidend, in welcher Zeit wir geboren wurden: Die Boomer-Generation (Jahrgänge 1950–1964) erlebten eine andere Prägung in ihrer Kindheit als die „Generation Z“, die zwischen 1995 und 2009 Geborenen, für die es selbstverständlich ist, dass Lebensmittel jederzeit verfügbar sind, digital bestellt und bezahlt werden können – eine Erfahrung, die die Boomer-Generation z.B. erst im Erwachsenenalter kennengelernt hat. Ebenso ist es für die „Generation Z“ selbstverständlich, ihre Essenserfahrungen mittels Social Media zu teilen und sich dazu auch digital auszutauschen.

Bedeutung der ernährungsbiografischen Aspekte für die Pflegepraxis

Für die Pflegepraxis, v. a. in der ambulanten und stationären Versorgung, bedeutet dies:

- **Biografiearbeit** wird auch beim Thema Ernährung relevant, um Essgewohnheiten, Wertvorstellungen und Prägungen der zu Pflegenden zu verstehen.
- **Generationsspezifische Unterschiede** müssen beachtet werden, da sie Einfluss auf Akzeptanz, Essenswünsche und Wertschätzung von Lebensmitteln haben.
- **Kulturelle und soziale Dimensionen** des Essens sind ebenso wichtig wie die physiologische Nährstoffversorgung, da sie Teilhabe, Identität und Lebensqualität fördern.

Pflegekräfte sind somit gefordert, Essen nicht allein funktional zu betrachten, sondern auch als kulturell und biografisch geprägte und gepflegte Praxis, die emotionale und soziale Bedürfnisse der zu Pflegenden widerspiegelt.

Fallbeispiel

Herr M., 96 Jahre alt, lebt allein in seinem eigenen Haus und wird regelmäßig von einer ambulanten Pflegekraft unterstützt, die für ihn auch die Mahlzeiten zubereitet. In einem Gespräch äußert Herr M., dass die Pflegekraft seiner Meinung nach „viel zu viel Fleisch und zu wenig Gemüse“ koche. Er fügt jedoch hinzu, dass er sie „nicht verärgern“ wolle, weil sie sich große Mühe gebe und er ihre Unterstützung sehr schätze. Dennoch fällt es ihm zunehmend schwer, die Mahlzeiten zu genießen, da sie nicht seinem gewohnten Geschmack und seinen langjährigen Ernährungsgewohnheiten entsprechen.

Dieses Beispiel verdeutlicht, wie wichtig es in der Pflege ist, den sozialen und kulturellen Hintergrund einer zu pflegenden Person zu berücksichtigen. Was für die Pflegekraft als „normale“ oder „gesunde“ Ernährung gilt, muss nicht den Vorstellungen oder Vorlieben der betreuten

Person entsprechen. Eine reflektierte, kultursensible Pflegepraxis erfordert daher, die eigenen Essnormen und Werte zu hinterfragen und die individuellen Gewohnheiten, geschmacklichen Vorlieben und biografischen Bezüge der zu pflegenden Person aktiv in die Versorgung einzubeziehen. Auf diese Weise können Akzeptanz, Genuss und Lebensqualität im Pflegealltag gefördert werden.

1.3 Essen in Zeiten von Polykrisen

Seit Beginn der Corona-Pandemie im Jahr 2020 und dem Angriff Russlands auf die Ukraine im Februar 2022 haben sich die Rahmenbedingungen für Ernährung und Pflege erheblich verändert. Beide Krisen haben gezeigt, wie stark globale politische und wirtschaftliche Entwicklungen die alltägliche Versorgung auch im häuslichen Kontext beeinflussen können.

Die Pandemie führte zunächst zu Kontaktbeschränkungen, Unterbrechungen von Lieferketten sowie eingeschränkter Verfügbarkeit bestimmter Lebensmittel. Für viele ältere Menschen, insbesondere in der ambulanten Pflege, bedeutete dies eine Verschärfung von Einsamkeit und Versorgungsunsicherheit. Gleichzeitig mussten Pflegekräfte zusätzliche Aufgaben übernehmen, etwa beim Einkaufen oder bei der Organisation von Mahlzeiten, da Angehörige oder Nachbarschaften zeitweise weniger unterstützen konnten. Mit dem Beginn des Ukraine-Kriegs traten neue Belastungen hinzu: weltweite Verknappungen von Primärenergie, Speiseölen, Weizen, Mais und Düngemitteln führten zu Preissteigerungen und Unsicherheiten auf dem Lebensmittelmarkt. Diskussionen um Energiesparmaßnahmen und einen ressourcenschonenden Umgang mit verfügbaren Mitteln, ebenso wie Appelle zu nachhaltigerem Konsum, etwa durch die Reduktion des Fleischverzehrs,

prägen seither den öffentlichen Diskurs. Ebenso hat die Diskussion um nachhaltigere Ernährung an Bedeutung zugenommen. Für die ambulante Pflege ergeben sich daraus zentrale Fragen: Wie gelingt es älteren und pflegebedürftigen Menschen, ihre Ernährung in Zeiten von Polykrisen unter solchen Veränderungen zu gestalten? Welche Strategien entwickeln Haushalte, um mit Energiesparmaßnahmen, steigenden Lebensmittelpreisen, eingeschränkter Verfügbarkeit sowie dem sich verändernden Angebot – etwa bei Alternativprodukten zu tierischen Lebensmitteln – umzugehen? Und in welchem Maße können Pflegekräfte hier unterstützend wirken, sei es durch Ernährungsbegleitung, die Organisation ressourcenschonender Mahlzeiten oder die Stärkung biografisch vertrauter Essgewohnheiten, die Sicherheit und Kontinuität vermitteln? (Anm. d. Autorin: Pflegekräfte sind keine Ernährungsberatungsfachkräfte, gleichwohl sind sie die Erstkontakte, die dann im Falle von Erkrankungen, unklarem Gewichtsverlust, Intoleranzen oder anhaltenden Verdauungsproblemen etc. den Arzt und Ernährungsfachkräfte zuziehen sollten.)

Bislang ist wenig erforscht, wie Privathaushalte, insbesondere solche mit Pflegebedarf, auf diese parallelen Krisen reagieren und welche Anpassungsstrategien langfristig tragfähig sind. Für die Pflegepraxis ist es jedoch von hoher Relevanz, solche Erfahrungen aufzugreifen, um bedarfsgerechte, nachhaltige und zugleich kultursensible Unterstützungsangebote zu entwickeln.

Reflexion

- Welche Krisen hat die zu pflegende Person erlebt?
- Wie sind diese Krisen mit dem Essen und der Pflege verbunden?
- Welche Strategien der Krisenbewältigung hat die zu pflegende Person angewendet? Können Sie darüber gemeinsam reden?

1.4 Literatur

- Adolph, T.E. & Tilg, H. (2024). Western diets and chronic diseases. *Nature Medicine*, 30, 2133–2147.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248–287. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-L](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L)
- Bisogni, C.A., Jastran, M., Shen, L. & Devine, C.M. (2005). A biographical study of food choice capacity: Standards, circumstances, and food management skills. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 37(6), 284–291. [https://doi.org/10.1016/S1499-4046\(06\)60158-9](https://doi.org/10.1016/S1499-4046(06)60158-9)
- Brombach, C. (2014). Essen & Trinken im Alter. Ratgeber für Pflegekräfte. *Aid*, 3667, 8–9.
- Brombach, C. (2024). Essbiografische Zugänge zur Einordnung eines jeweiligen Ernährungsverhaltens. In C. Küster, S. Hagspihl & J. Rückert-John (Hrsg.), *Verpflegung | Wohnen | Digitale Teilhabe: Inter- und transdisziplinäre Perspektiven der Alltagsversorgung zur Lebensqualität im Alter* (S. 37–52). Springer Fachmedien.
- Bude, H. (2010). Soziologie der Generationen. In G. Kneer & M. Schroer (Hrsg.), *Handbuch Spezieller Soziologien* (S. 421–436). VS Verlag, Springer.
- Calder, P.C., Carding, S.R., Christopher, G., Kuh, D., Langley-Evans, S.C. & McNulty, H. (2018). A holistic approach to healthy ageing: How can people live longer, healthier lives? *Journal of Human Nutrition and Dietetics: The Official Journal of the British Dietetic Association*, 31(4), 439–450.
- Caruso, C. & Puca, A.A. (2021). Special issue „Centenarians—A model to study the molecular basis of lifespan and healthspan“. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(4), 2044. <https://doi.org/10.3390/ijms22042044>
- Choi, J., Hur, T.-Y. & Hong, Y. (2018). Influence of altered gut microbiota composition on aging and aging-related diseases. *Journal of Lifestyle Medicine*, 8(1), 1–7. <https://doi.org/10.15280/jlm.2018.8.1.1>
- DESTATIS Statistisches Bundesamt. (2022a). *Zeitverwendung*. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Zeitverwendung/_inhalt.html
- DESTATIS Statistisches Bundesamt. (2022b). *Zeitverwendungserhebung (ZVE) 2022*. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Zeitverwendung/Tabellen/erwerbsarbeit-unbezahlte-arbeit-geschlecht-zve.html>
- DESTATIS Statistisches Bundesamt. (2026a). *Mehr Pflegebedürftige*. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergründe-Auswirkungen/demografie-pflege.html>
- DESTATIS Statistisches Bundesamt. (2026b). *Verbraucherpreisindex und Inflationsrate*. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Preise/Verbraucherpreisindex/_inhalt.html
- Dominguez, L.J., Veronese, N., Baiamonte, E., Guarnera, M., Parisi, A., Ruffolo, C., Tagliaferri, F. & Barbagallo, M. (2022). Healthy aging and dietary patterns. *Nutrients*, 14(4), 889. <https://doi.org/10.3390/nu14040889>
- Dreher, M.L. (2018). Whole fruits and fruit fiber emerging health effects. *Nutrients*, 10(12), 1833. <https://doi.org/10.3390/nu10121833>
- Everitt, A.V., Hilmer, S.N., Brand-Miller, J.C., Jamieson, H.A., Truswell, A.S., Sharma, A.P., Mason, R.S., Morris, B.J. & Couteur, D.G.L. (2006). Dietary approaches that delay age-related diseases. *Clinical Interventions in Aging*, 1(1), 11–31. <https://doi.org/10.2147/cia.2006.1.1.11>
- Fanzo, J. & Davis, C. (2019). Can diets be healthy, sustainable, and equitable? *Current Obesity Reports*, 8(4), 495–503. <https://doi.org/10.1007/s13679-019-00362-0>
- Gerkin, R.C. & Castro, J.B. (2015). The number of olfactory stimuli that humans can discriminate is still unknown. *eLife*, 4, e08127. <https://doi.org/10.7554/eLife.08127>
- Gutjar, S., de Graaf, C., Kooijman, V., de Wijk, R.A., Nys, A., ter Horst, G.J. & Jager, G. (2015). The role of emotions in food choice and liking. *Food Research International*, 76, 216–223. <https://doi.org/10.1016/j.foodres.2014.12.022>
- Højlund, S. (2015). Taste as a social sense: Rethinking taste as a cultural activity. *Flavour*, 4(1), 6. <https://doi.org/10.1186/2044-7248-4-6>
- Huebbe, P. & Rimbach, G. (2020). Historical reflection of food processing and the role of legumes as part of a healthy balanced diet. *Foods*, 9(8), 1056.
- Jeong, S. & Lee, J. (2021). Effects of cultural background on consumer perception and acceptability of foods and drinks: A review of latest cross-cultural studies. *Current Opinion in Food Science*, 42, 248–256. <https://doi.org/10.1016/j.cofs.2021.07.004>
- Köster, E.P. (2003). The psychology of food choice: Some often encountered fallacies. *Food Quality and Preference*, 14(5–6), 359. [https://doi.org/10.1016/S0950-3293\(03\)00017-X](https://doi.org/10.1016/S0950-3293(03)00017-X)

- Kumar, M., Babaei, P., Ji, B. & Nielsen, J. (2016). Human gut microbiota and healthy aging: Recent developments and future prospective. *Nutrition and Healthy Aging*, 4(1), 3–16. <https://doi.org/10.3233/NHA-150002>
- Leydon, C.L., Leonard, U.M., McCarthy, S.N. & Harrington, J.M. (2023). Aligning environmental sustainability, health outcomes, and affordability in diet quality: A systematic review. *Advances in Nutrition*, 14(6), 1270–1296. <https://doi.org/10.1016/j.advnut.2023.07.007>
- Mauss, M. (2012). *Schriften zur Religionssoziologie*. (S. Moebius, F. Nungesser & C. Papilloud, Hrsg.). Suhrkamp.
- Max-Rubner-Institut für Ernährungsverhalten. (2026). *Definition von Ernährungsverhalten*. Verfügbar unter <https://www.mri.bund.de/de/institute/ernaehrungsverhalten-1/>
- Mazzocchi, A., De Cosmi, V., Scaglioni, S. & Agostoni, C. (2021). Towards a more sustainable nutrition: Complementary feeding and early taste experiences as a basis for future food choices. *Nutrients*, 13(8), 2695. <https://doi.org/10.3390/nu13082695>
- Monteiro, C.A., Louzada, M.L., Steele-Martinez, E., Cannon, G., Andrade, G.C., Baker, P., Bes-Rastrollo, M., Bonaccio, M., Gearhardt, A.N., Khandpur, N., Kolby, M., Levy, R.B., Machado, P.P., Moubarac, J.-C., Rezende, L.F.M., Rivera, J.A., Scrinis, G., Srouf, B., Swinburn, B. & Touvier, M. (2025). Ultra-processed foods and human health: The main thesis and the evidence. *Lancet*, 406(10520), 2667–2684. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01565-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01565-X)
- Mozaffarian, D. (2025). Why I'm optimistic about the future of food is medicine in healthcare. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 20(2).
- Müller, H., Bartsch, S. & Brombach, C. (Eds.). (2026). *Global food stories. Eating cultures in times of transformation*. Berlin Universities Publishing.
- Musicus, A.A., Wang, D.D., Janiszewski, M., Eshel, G., Blondin, S.A., Willett, W. & Stampfer, M.J. (2022). Health and environmental impacts of plant-rich dietary patterns: A US prospective cohort study. *Lancet Planetary Health*, 6(11), e892–e900. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(22\)00243-1](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(22)00243-1)
- Proust, M. (2017). *Auf der Suche nach der verlorenen Zeit* (E. Rechel-Mertens, Übers.; L. Keller, Hrsg.; Bd. 1, Frankfurter Ausgabe). Suhrkamp. (Originalwerk veröffentlicht 1913)
- Ridberg, R., Owens, C., Wang, M., Moreno Loaeza, L., Wang, L., Gerard, C. & Mozaffarian, D. (2025). „Food is Medicine“ to advance mental health and build resilient food systems globally. *Nature Food*, 6(3), 223–227. <https://doi.org/10.1038/s43016-025-01145-8>
- Rockström, J., Donges, J.F., Fetzer, I., Martin, M.A., Wang-Erlandsson, L. & Richardson, K. (2024). Planetary boundaries guide humanity's future on earth. *Nature Reviews Earth & Environment*, 5(11), 773–788. <https://doi.org/10.1038/s43017-024-00597-z>
- Schling, P. (2019). Geschmacksrichtungen. In P. Schling (Hrsg.), *Der Geschmack: Von Genen, Molekülen und der faszinierenden Biologie eines der grundlegendsten Sinne* (S. 7–39). Springer Fachmedien.
- Sharma, S., Prizment, A., Nelson, H., Zhang, L., Staley, C., Poynter, J.N., Seshadri, G., Ellison, A. & Thyagarajan, B. (2024). Association between accelerated biological aging, diet, and gut microbiome. *Microorganisms*, 12(8), 1719. <https://doi.org/10.3390/microorganisms12081719>
- Shepherd, R. (2005). Influences on food choice and dietary behavior. *Diet Diversification and Health Promotion*, 57, 36–43.
- Stevenson, R.J. (2012a). The role of attention in flavour perception. *Flavour*, 1(1), 2. <https://doi.org/10.1186/2044-7248-1-2>
- Tsiompanou, E. & Marketos, S.G. (2013). Hippocrates: Timeless still. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(7), 288–292. <https://doi.org/10.1177/0141076813492945>
- Willett, W., Rockström, J., Loken, B., Springmann, M., Lang, T., Vermeulen, S., Garnett, T., Tilman, D., DeClerck, F., Wood, A., Jonell, M., Clark, M., Gordon, L.J., Fanzo, J., Hawkes, C., Zurayk, R., Rivera, J.A., De Vries, W., Majele Sibanda, L., ... Murray, C.J.L. (2019). Food in the anthropocene: The EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *Lancet*, 393(10170), 447–492. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31788-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31788-4)

Ernährung im Gleichgewicht

Die Skelettmuskulatur spielt eine entscheidende Rolle für Gesundheit und Wohlbefinden, weit über ihre Funktion für Bewegung und Kraft hinaus. Sie ist ein stoffwechselaktives Organ, das maßgeblich den Energieverbrauch des Körpers mitbestimmt. Da Muskeln selbst in Ruhe viel Energie benötigen, tragen sie wesentlich zur Stabilität des Körpergewichts bei. Menschen mit mehr Muskelmasse haben in der Regel einen höheren Grundumsatz, benötigen also mehr Kilokalorien in der Nahrung und können ihr Gewicht langfristig besser regulieren (Merz & Thurmond, 2020).

Neben ihrer mechanischen Funktion ist die Muskulatur ein zentrales Organ für den Stoffwechsel von Kohlenhydraten und Fetten. Rund 80 % der Glukoseaufnahme nach einer Mahlzeit erfolgt über die Muskulatur, vermittelt durch das Hormon Insulin. Damit spielt die Muskelmasse eine Schlüsselrolle bei der Blutzuckerregulation und bei der Vermeidung von Insulinresistenz und Diabetes mellitus Typ 2, weshalb Bewegung und körperliche Aktivität so wichtig sind (Lee & Jun, 2019; Merz & Thurmond, 2020).

Zudem wirkt die Muskulatur als endokrines Organ, das als solches *Hormone* herstellt und diese *direkt ins Blut* abgibt. Die Muskelmasse produziert sogenannte Myokine, das sind Botenstoffe, die Entzündungen hemmen und Herz, Leber, Fettgewebe, Gehirn und Immunsystem positiv beeinflussen. Wenn Muskelmas-

se verloren geht, sei es durch Alterungsprozesse, Krankheit, Inaktivität oder Diäten, sinkt nicht nur der Energieverbrauch, sondern auch die metabolische Leistungsfähigkeit des Körpers. Es kommt leichter zu einer Gewichtszunahme in Form von Fett, während gleichzeitig Kraft, Beweglichkeit und Selbstständigkeit abnehmen. Besonders im höheren Lebensalter führt ein Abbau von Muskulatur, wie er bei Sarkopenie auftritt, zu einer erhöhten Sturzgefahr, zu Pflegebedürftigkeit und Mortalität. Auch bei kurzfristigen, strengen Diäten ist Muskelverlust ungünstig, da er den Grundumsatz reduziert und so den bekannten Jo-Jo-Effekt begünstigt (Hopinks et al., 2023).

Für die Pflege bedeutet das: Der Erhalt der Muskelmasse ist ein wesentlicher Bestandteil einer gesundheitsfördernder Pflegepraxis in allen Altersgruppen, besonders aber im Alter. Pflegefachpersonen unterstützen dabei, indem sie auf ausreichende Energie- und Proteinzufuhr, Bewegung und regelmäßiges Gewichtsmonitoring achten. Eine pflanzenbetonte Ernährung wie die Planetary Health Diet (PHD) bietet hier einen wichtigen Rahmen: Sie liefert wertvolle pflanzliche Proteine, gesunde Fette, komplexe Kohlenhydrate und sekundäre Pflanzenstoffe, die Muskelstoffwechsel, Energiehaushalt und die allgemeine Gesundheit fördern und zugleich die ökologische Nachhaltigkeit berücksichtigen (Merz & Thurmond, 2020; Willett et al., 2019).

Merke

Die Muskulatur bildet das funktionelle Fundament des Körpergewichts: Sie ist nicht nur für die Mobilität entscheidend, sondern auch für *Stoffwechsel, Energiehaushalt und Lebensqualität* – allesamt die zentralen Aspekte pflegerischer Gesundheitserhaltung.

Das Körpergewicht zeigt, ob Energieaufnahme und -verbrauch zusammenpassen. Im höheren Alter ist Untergewicht häufig und muss früh erkannt und behandelt werden, gleichzeitig kommen Übergewicht und Adipositas in allen Altersgruppen vor und bringen eigene Risiken mit sich.

Verlässliches Wiegen

Für verlässliche Verlaufskontrollen gilt: Immer mit derselben geeichten Waage, auf festem, ebenem Untergrund, zur gleichen Tageszeit, in Unterwäsche oder leichter Kleidung und nach Möglichkeit mit leerem Harntrakt wiegen, um dann das Gewicht zu dokumentieren. Meist genügt es, monatlich zu wiegen; häufiger dann, wenn akut ein Anlass dazu besteht (z.B. ungewollter Gewichtsverlust, Therapieumstellung, neue Medikation, akute Erkrankung). Ein *ungewollter* Verlust >5% Körpergewicht in drei Monaten sollte immer abgeklärt werden, es kann dann eine ernsthafte Erkrankung oder psychosoziale Belastungen vorliegen, die adressiert werden sollten (z.B. Trauer, Einsamkeit).

Zur Einordnung hilft der Body Mass Index (BMI), der ein Maß für die Körpermasse ist. Hierzu gilt:

Gewicht (kg) geteilt durch Körpergröße (m)².

Beispiel: 60 kg bei 1,60 m → 23,4 kg/m².

Bei Menschen ab 70 Jahre weisen <20 kg/m² auf Untergewicht und eine mögliche Mangelernährung hin.

Im höheren Lebensalter über 75 Jahre kann auch ein BM zwischen 20–22 kg/m² mit erhöhter Sterblichkeit verbunden sein, weil insbesondere der Muskelabbau zu einem niedrigeren Körpergewicht führt. Muskelmasse ist stoffwechselaktiv, d.h. hier ist besondere Aufmerksamkeit für eine ausreichende Ernährung wichtig.

5.1 Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas entstehen, wenn die Energieaufnahme dauerhaft den Energieverbrauch übersteigt. Häufig tragen Bewegungsmangel, eine sitzende Lebensweise, hochverarbeitete und energiedichte Lebensmittel, Schlafmangel, Stress und soziale Faktoren dazu bei. Genetische und hormonelle Einflüsse spielen ebenfalls eine Rolle. In allen Altersgruppen, insbesondere aber im mittleren Lebensalter, sind Übergewicht und Adipositas weit verbreitet. Laut der globalen NCD-Risk-Analyse sind heute mehr als 40% der Erwachsenen weltweit übergewichtig und der Anteil adipöser Personen hat sich seit 1990 mehr als verdoppelt (Phelps et al., 2024).

Adipositas gilt nicht nur als ästhetisches Problem, sondern als chronische, multifaktorielle Erkrankung, die mit zahlreichen Gesundheitsrisiken verbunden ist. Dazu zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Typ-2-Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, einige Krebserkrankungen sowie orthopädische Beschwerden. Langfristig führt ein zu hohes Körpergewicht zu Entzündungsprozessen im Körpergewebe, die sich negativ auf den gesamten Stoffwechsel auswirken (Phelps et al., 2024).

Im Alter verändert sich der Zusammenhang zwischen Gewicht und Gesundheit. Ein leicht erhöhtes Körpergewicht kann bei älteren Menschen mit einer besseren Überlebenswahrscheinlichkeit verbunden sein („Obesity Paradox“), da Fettreserven bei Krankheit oder Appetitverlust einen kurzfristigen Energie-

schutz zu bieten scheinen. Dabei sind die Mechanismen, die dazu führen, noch nicht vollständig erforscht. Dennoch bleibt Adipositas im Alter mit Einschränkungen von Beweglichkeit, Gelenkfunktion und Lebensqualität verbunden (Donini et al., 2020).

Handlungsschwerpunkte für die Pflege

Pflegefachpersonen können in allen Settings (ambulant, stationär, Langzeitpflege) zur Früherkennung und Gewichtsstabilisierung beitragen. Dazu gehört die regelmäßige Gewichtskontrolle, die Beobachtung von Ernährungsgewohnheiten und die Motivation zu Bewegung und Alltagsstraining. Ernährungsbezogen empfiehlt sich die Orientierung an pflanzenbetonten Mustern wie der Planetary Health Diet, die zur Gewichtsreduktion beitragen. [Vertiefende Informationen zur Pflege von Menschen mit Adipositas und Übergewicht finden sich in dem Praxishandbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe, herausgegeben von Ahrens und Rohr (2025). Anm. d. Lek.]

5.2 Mangelernährung und Untergewicht

Mangelernährung und Untergewicht entstehen, wenn der Körper über längere Zeit nicht genügend Energie, Eiweiß oder Mikronährstoffe erhält, um seine Funktionen aufrechtzuerhalten. Besonders im höheren Lebensalter ist Untergewicht häufig, v.a. bei Menschen mit chronischen Erkrankungen, Kau- oder Schluckstörungen, eingeschränkter Mobilität oder nach Krankenhausaufenthalten. Ursachen können vielfältig sein: Appetitverlust, Veränderungen des Geschmacks- und Geruchssinns, Zahnprobleme, Dysphagie, Depression, soziale Isolation oder finanzielle Einschränkungen beim Einkaufen und Kochen. Im Alter sinkt der Energiebedarf zwar leicht, der Bedarf an Eiweiß und Mikronährstoffen bleibt jedoch gleich oder ist sogar erhöht. Wird über längere Zeit zu

wenig gegessen, greift der Körper auf Muskel- und Fettreserven zurück. Das führt zu Gewichtsverlust, Muskelschwäche, verminderter Immunabwehr, erhöhter Sturzgefahr und schlechterer Wundheilung (Cederholm et al., 2019).

Merke

Studien zeigen, dass bereits ein ungewollter Gewichtsverlust von mehr als 5 % in drei Monaten ein Warnsignal für eine beginnende Mangelernährung ist (Cederholm et al., 2019).

Für die Erfassung und Diagnose hat sich der internationale GLIM-Standard (Global Leadership Initiative on Malnutrition) etabliert (GLIM, 2023). Dieses Modell kombiniert phänotypische Kriterien wie Gewichtsverlust, einen niedrigen BMI oder eine verringerte Muskelmasse mit unzureichender Nahrungsaufnahme oder Entzündung. Dadurch kann Mangelernährung in Pflege und Klinik strukturiert erkannt und bewertet werden. Die Pflege spielt in der Prävention und Behandlung eine Schlüsselrolle. Pflegefachpersonen beobachten die Essensaufnahme, das Gewicht und die körperliche Leistungsfähigkeit und können frühzeitig auf Veränderungen reagieren. Besonders wichtig ist das regelmäßige Wiegen unter vergleichbaren Bedingungen sowie die Dokumentation und Weitergabe relevanter Beobachtungen an die Hausarztpraxis und Angehörige (Cederholm et al., 2019).

Zentrale pflegerische Handlungsschwerpunkte

- Screening und Verlaufskontrolle mit validierten Instrumenten (z.B. MNA-SF) und Gewichtsdocumentation
- angepasste Ernährung: bedarfsgerechte, energiereiche und eiweißreiche Kost, kleine und häufige, proteinreiche Mahlzeiten, ggf. Trinknahrungen oder orale Nahrungssupplemente (ONS)

- Optimierung der Esssituation durch angenehme Atmosphäre, Unterstützung beim Essen und gemeinschaftliche Mahlzeiten sowie Konsistenzanpassung bei Kau- oder Schluckstörungen
- interprofessionelle Zusammenarbeit durch Einbindung von Ernährungsberatung, Ärzt:innen, Logopädie und Sozialdienst
- Evaluation und Kommunikation sowie fortlaufende Beobachtung und Anpassung der Maßnahmen, Einbezug von zu Pflegenden und ihren Angehörigen

Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN) empfehlen bei älteren Menschen eine Energiezufuhr von 25–30 kcal/kg Körpergewicht pro Tag und eine Proteinaufnahme von 1,0–1,2 g/kg/Tag; bei Krankheit, Wundheilung oder Rehabilitation kann der Bedarf höher liegen (Harries et al., 2025).

5.3 Sarkopenie und Frailty

Sarkopenie bezeichnet den altersbedingten rapiden und fortlaufenden Verlust von Muskelmasse, -kraft und -funktion. Dieser Prozess beginnt bereits ab dem 40. Lebensjahr und beschleunigt sich im höheren Alter. Ursachen sind geringe körperliche Aktivität, unzureichende Proteinaufnahme, chronische Entzündungsprozesse, Hormonveränderungen, Multimorbidität und Mangelernährung. Auch längere Inaktivität, etwa bei Krankheit oder Krankenhausaufenthalt, kann zu einem raschen Abbau führen. Schon ein bis zwei Wochen Bettruhe können die Muskelmasse und -funktion deutlich verringern (Di Girolamo et al., 2021). Die Folgen sind gravierend, denn es kommt zu eingeschränkter Mobilität, Sturzgefahr, Frakturen, einer verzögerten Rehabilitation und einer höheren Pflegeabhängigkeit. Studien zeigen, dass Sarkopenie mit einer erhöhten Mortalität und einer geringeren Lebensqualität verbunden ist (Cruz-Jentoft et al., 2019).

Eine erweiterte Sicht auf die Sarkopenie erlaubt das sog. „Frailty-Syndrom“ alter Menschen, das ein komplexes und zentrales Pflegekonzept in der Pflege alter Menschen darstellt. Der aus dem Englischen stammende Begriff „Frailty“ (Gebrechlichkeit) beschreibt eine im Alter häufiger auftretende Kombination von deutlich eingeschränkter körperlicher Leistung, nachlassender Kognition und erhöhter Stressanfälligkeit. Frailty ist charakterisiert durch eine erhöhte Anfälligkeit des alternden Organismus für äußere und innere Störmechanismen. Diese geht mit verringerten körperlichen Reserven und verminderter Widerstandsfähigkeit gegenüber Stressoren einher. Die erhöhte Anfälligkeit begünstigt negative gesundheitliche Folgen wie Stürze, Hospitalisationen, Heimeinweisungen sowie eine erhöhte Sterblichkeit (Bauer & Sieber, 2008). Klinische Kennzeichen von Frailty sind:

- ungewollter Gewichtsverlust >5 kg/Jahr (Sarkopenie)
- allgemeine Erschöpfung (mental, emotional, physisch)
- Schwäche, d.h. Abnahme der groben Kraft
- langsame Gehgeschwindigkeit
- niedriger physischer Aktivitätslevel (Fried et al., 2001).

Der Kreislauf der Gebrechlichkeit, dargestellt in **Abbildung 5-1**, illustriert die an der Gebrechlichkeit beteiligten Prozesse und Symptome. So können Krankheit und Altern die Entwicklung von Mangelernährung sowie Kachexie (Abmagerung durch Verlust von Fett- und Muskelmasse) und Sarkopenie (Muskelabbau) begünstigen. Diese Prozesse führen klinisch zu Gewichts- und Kraftverlust sowie zu Erschöpfung mit verringerter Gehgeschwindigkeit und verminderter posturaler Stabilität, welche infolge von Stürzen die Entwicklung von Behinderungen und Abhängigkeit begünstigen. Die verringerte körperliche Aktivität verstärkt wiederum den Muskelabbau und verringert die Ausdauerfähigkeit und körperliche Belastbarkeit (Fried et al., 2001). Die Pflegediagnose

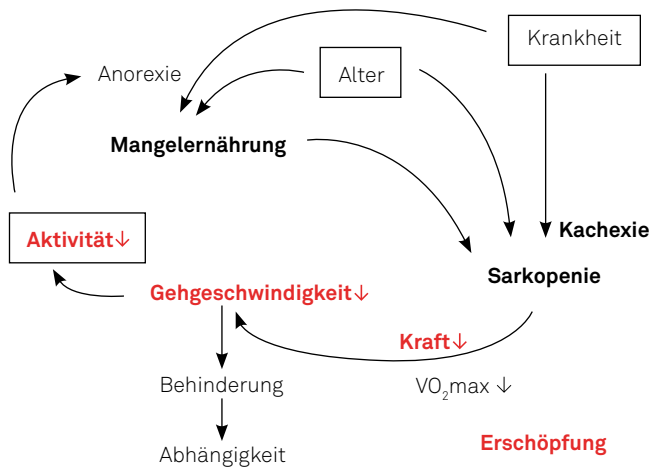


Abbildung 5-1: Frailty-Kreislauf mit beteiligten Prozessen und Kennzeichen (Quelle: Fried et al., 2001, S. 147–157).

„Frailty-Syndrom im Alter“ wird in Pflegefachbüchern (Doenges et al., 2024, S. 502–508; Herdman et al., 2022, S. 299–300) ausführlich mit passenden Pflegeinterventionen beschrieben. Ausführlichere Angaben finden sich in dem Frailty-Praxisbuch für Pflegefachpersonen von Rahman (2026).

Zentrale pflegerische Handlungsschwerpunkte

- Frühzeitiges Erkennen und Gegensteuern sind entscheidend.
- Regelmäßige Kontrolle von Gewicht, Handkraft und Mobilität sowie das Beobachten von Ernährungsaufnahme sind notwendig.
- Koordination interprofessioneller Maßnahmen mit Ärzt:innen, Physiotherapie und Ernährungsberatung sind wichtig.
- Eine ausreichende Proteinzufuhr (mindestens 1,0–1,2 g Protein/kg KG/Tag, ggf. verteilt über alle Mahlzeiten) wird empfohlen (Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV, 2024).
- Regelmäßiges Kraft- und Gleichgewichtstraining ist empfehlenswert (Bigman et al., 2024; Whaikid & Piaseu, 2024).

5.4 Körpergewicht regelmäßig beobachten

Für die Gesundheitserhaltung ist ein normales Gewicht die Voraussetzung. Über- oder Untergewicht sind zu vermeiden. Daher ist es in der Pflege wichtig, das Gewicht regelmäßig zu beobachten. Körpermessungen sind einfach durchzuführen und nicht sehr aufwändig. Ebenso können validierte Kurzerhebungen – beispielsweise mit dem Mini-Nutritional-Assessment-Fragebogen – erhoben werden, wie in **Abbildung 5-2** dargestellt. Es gibt eine Kurzform (MNA-SF, 6 Items, 0–14 Punkte) und eine Langform (MNA-LF, 18 Items). Typische Kategorien beim MNA-SF: 0–7 = Mangelernährung wahrscheinlich, 8–11 = Risiko, 12–14 = normaler Ernährungszustand. In Leitfäden wird die Anwendung jährlich, in der häuslichen Pflege, in Klinik oder Langzeitpflege bzw. bei Zustandsänderungen alle drei Monate empfohlen (Mini Nutritional Assessment, 2026).

5.5 Zusammenfassung

Eine pflanzenbetonte Ernährung, wie sie die Planetary Health Diet (PHD) vorsieht, liefert ballaststoffreiche, nährstoffdichte Lebensmittel und kann durch Hülsenfrüchte, Nüsse, Voll-



Mini Nutritional Assessment
MNA®

Name:

Vorname:

Geschlecht:

Datum:

Alter, Jahre:

Gewicht, kg:

Größe, cm:

Kniehöhe, cm:

Füllen Sie den Bogen aus, indem Sie die betreffenden Zahlen in die Kästchen eintragen. Addieren Sie die Zahlen, um das Ergebnis der Anamnese zu erhalten.

Anamnese

A Hat die Nahrungsaufnahme während der zurückliegenden 3 Monate aufgrund von Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schluckstörungen abgenommen?

0 = schwere Abnahme der Nahrungsaufnahme

1 = leichte Abnahme der Nahrungsaufnahme

2 = keine Abnahme der Nahrungsaufnahme

B Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten

0 = Gewichtsverlust > 3 kg

1 = weiß es nicht

2 = Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg

3 = kein Gewichtsverlust

C Mobilität

0 = bettlägerig oder in einem Stuhl mobilisiert

1 = in der Lage, sich in der Wohnung zu bewegen

2 = verlässt Wohnung

D Akute Krankheit oder psychischer Stress während der letzten 3 Monate?

0 = ja 2 = nein

E Neuropsychologische Probleme

0 = schwere Demenz oder Depression

1 = leichte Demenz

2 = keine psychologischen Probleme

F1 Körpermassenindex (Body Mass Index, BMI) (Körpergewicht / (Körpergröße²), in kg / m²)

0 = BMI < 19

1 = 19 ≤ BMI < 21

2 = 21 ≤ BMI < 23

3 = BMI ≥ 23

WENN KEIN BMI-WERT VORLIEGT, BITTE FRAGE F1 MIT FRAGE F2 ERSETZEN.

WENN FRAGE F1 BEREITS BEANTWORTET WURDE, FRAGE F2 BITTE ÜBERSPRINGEN.

F2 Wadenumfang (WU in cm)

0 = WU < 31

3 = WU ≥ 31

Ergebnis der Anamnese (max. 14 Punkte)

12-14 Punkte: normaler Ernährungszustand

8-11 Punkte: Gefahr der Mangelernährung

0-7 Punkte: Mangelernährung

0

Für eine tiefergehende Anamnese, bitte die vollständige Version des MNA® ausfüllen, die unter www.mna-elderly.com zu finden ist.

Ref: Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Mehr Informationen unter: www.mna-elderly.com

Abbildung 5-2: Beispiel des MNA zum Screening (Mini Nutritional Assessment Version 2.0; Copyright ©2023, Mapi Research Trust/MNA; mit freundlicher Genehmigung)

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Christine Brombach, Planetary Health Diet, 1. Auflage, 9783456864129 © 2026 by Hogrefe Verlag, Bern

kornprodukte und pflanzliche Öle die Energie- und Eiweißversorgung unterstützen. Gleichzeitig lässt sich dieses Ernährungsmuster individuell anpassen – etwa durch energieanreichernde Maßnahmen oder weiche Konsistenzen. Entscheidend ist, dass die Ernährung ausreichend, genussvoll und sozial eingebettet bleibt, was ein wesentlicher Aspekt kultursensibler Pflege und Gesundheitsförderung ist.

5.6 Literatur

- Ahrens, R. & Rohr, S. (2025). *Pflege von Menschen mit Adipositas und Übergewicht. Praxishandbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe*. Hogrefe.
- Bauer, J.M. & Sieber, C.C. (2008). Sarcopenia and frailty: A clinician's controversial point of view. *Experimental Gerontology*, 43(7), 674–678. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2008.03.007>
- Bigman, G., Rusu, M.E., Kleckner, A.S., Sorkin, J.D., Jin, Y., Talegawkar, S.A., Tanaka, T., Ferrucci, L. & Ryan, A.S. (2024). Plant-based diets and their associations with physical performance in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Nutrients*, 16(23), 4249. <https://doi.org/10.3390/nu16234249>
- Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV. (2024). *Mehr Protein für die Muskelgesundheit*. Verfügbar unter https://res.cloudinary.com/adminch/image/private/s--nXq_8W1r--/v1719952968/Bundespublikationen/341_852_d.eat
- Cederholm, T., Jensen, G.L., Correia, M.I.T.D., Gonzalez, M.C., Fukushima, R., Higashiguchi, T., Baptista, G., Barazzoni, R., Blaauw, R., Coats, A., Crivelli, A., Evans, D.C., Gramlich, L., Fuchs-Tarlovsky, V., Keller, H., Llido, L., Malone, A., Mogensen, K.M., Morley, J.E., ... Yu, J. (2019). GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – a consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical Nutrition*, 38(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.002>
- Cruz-Jentoft, A.J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., Cooper, C., Landi, F., Rolland, Y., Sayer, A.A., Schneider, S.M., Sieber, C.C., Topinkova, E., Vandewoude, M., Visser, M. & Zamboni, M. (2019). Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48(1), 16–31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>
- Di Girolamo, F.G., Fiotti, N., Milanović, Z., Situlin, R., Mearelli, F., Vinci, P., Šimunič, B., Pišot, R., Narici, M. & Biolo, G. (2021). The aging muscle in experimental bed rest: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Nutrition*, 8, 633987. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.633987>
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F. & Murr, A.C. (2024). *Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen* (7. Aufl.). Hogrefe.
- Donini, L.M., Pinto, A., Giusti, A.M., Lenzi, A. & Poggiogalle, E. (2020). Obesity or BMI Paradox? Beneath the tip of the iceberg. *Frontiers in Nutrition*, 7, 53. <https://doi.org/10.3389/fnut.2020.00053>
- Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W.J., Burke, G. & McBurnie, M.A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, 56(3), 146–157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
- Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM). (2023). Verfügbar unter <https://www.espen.org/education/glim>
- Harris, S., DePalma, J. & Barkoukis, H. (2025). Protein and aging: Practicalities and practice. *Nutrients*, 17(15), 2461. <https://doi.org/10.3390/nu17152461>
- Herdman, H.T., Kamitsuru, S. & Takao Lopes, C. (2022). *NANDA-I-Pflegediagnosen. Definitionen und Klassifikation 2024–2026*. Thieme/Recom.
- Hopkins, M., Gibbons, C. & Blundell, J. (2023). Fat-free mass and resting metabolic rate are determinants of energy intake: Implications for a theory of appetite control. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 378(1885), 20220213. <https://doi.org/10.1098/rstb.2022.0213>
- Lee, J.H. & Jun, H.-S. (2019). Role of myokines in regulating skeletal muscle mass and function. *Frontiers in Physiology*, 10, 42. <https://doi.org/10.3389/fphys.2019.00042>
- Merz, K.E. & Thurmond, D.C. (2020). Role of skeletal muscle in insulin resistance and glucose uptake. In R. Terjung (Ed.), *Comprehensive physiology* (pp. 785–809). Wiley.
- Mini Nutritional Assessment (MNA). (2026). Verfügbar unter www.mna-elderly.com
- Phelps, N.H., Singleton, R.K., Zhou, B., Heap, R.A., Mishra, A., Bennett, J.E., Paciorek, C.J., Lhoste, V.P., Carrillo-Larco, R.M., Stevens, G.A., Rodriguez-Martinez, A., Bixby, H., Bentham, J., Di Cesare, M., Danaei, G., Rayner, A.W., Barradas-

- Pires, A., Cowan, M.J., Savin, S., ... Ezzati, M. (2024). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: A pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *Lancet*, 403(10431), 1027–1050. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2)
- Rahman, S. (2026). *Das Frailty-Buch. Gebrechliche alte Menschen begleiten, pflegen und versorgen.* Hogrefe.
- Whaikid, P. & Piaseu, N. (2024). The effectiveness of protein supplementation combined with resistance exercise programs among community-dwelling older adults with sarcopenia: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Health*, 46, e2024030. <https://doi.org/10.4178/epih.e2024030>
- Willett, W., Rockström, J., Loken, B., Springmann, M., Lang, T., Vermeulen, S., Garnett, T., Tilman, D., DeClerck, F., Wood, A., Jonell, M., Clark, M., Gordon, L.J., Fanzo, J., Hawkes, C., Zurayk, R., Rivera, J.A., De Vries, W., Majele Sibanda, L., ... Murray, C.J.L. (2019). Food in the anthropocene: The EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *Lancet*, 393(10170), 447–492. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31788-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31788-4)