

Ernährung im Leben mit geistiger Behinderung

Aspekte der alltäglichen Begleitung

Margarete Nowag

Die tägliche, ausgewogene Ernährung ist wesentlicher Baustein eines gesunden und zufriedenen Alltags und hat großen Einfluss auf viele Lebensbereiche von Menschen mit und ohne Behinderung. Die Nahrungsaufnahme und somit die Zufuhr essenzieller Nährstoffe stellt nicht die alleinige Funktion von Essen und Trinken dar. Es kann dem Wohlergehen der Menschen dienen und steigert damit die individuell empfundene Lebensqualität. Essen und Trinken ist ein wichtiger Teil des sozialen Alltags, führt Menschen mit und ohne Behinderung zusammen und lässt Traditionen und Kulturen leben.

Insbesondere für Menschen mit Behinderung dienen Mahlzeiten im unterschiedlichen Maß als Rhythmusgeber eines Tages, als große Freude, zur seelischen Entlastung, Stressabbau und Entspannung. Allerdings oft auch zur Kompensation. Essen und Trinken ist für eine große Anzahl der Menschen mit Behinderung aus diesen Gründen mitunter das Hauptthema des Tages.

Die persönliche Lebensform wie auch die Wohn- bzw. Betreuungssituation sind entscheidende Determinanten in der Gestaltung der guten und ausreichenden Versorgung unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse. Es gilt, die Selbstständigkeit und Teilhabe der Behinderten durch praxisnahe und realistische Hilfestellungen zu steigern. Bei der Erbringung von Teilhabeleistungen ist stets den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener mit der Zielsetzung der Förderung der Selbstbestimmung und Teilnahme am Leben in der Gesellschaft Rechnung zu tragen (► Abb. 1).



► **Abb. 1** Die Ernährungsberatung von Menschen mit Handicap muss einige physiologische und psychologische Besonderheiten berücksichtigen. Aber sie lohnt sich! © Fotolia/muro

Motive der Lebensmittelwahl

Die Ernährungspsychologen Volker Pudell und Joachim Westenhöfer weisen nach, dass die Motive der Lebensmittelauswahl aus physiologischen, gesundheitlichen, emotionalen, sozialen, traditionellen, ökonomischen bis hin zu werbeorientierten Beweggründen erfolgen und dass ihnen ein Geschmacksanspruch zugrunde liegt. Diese Aufzählung lässt vermuten, dass Menschen mit und ohne geistiger Behinderung ihre Lebensmittelauswahl nicht ausschließlich aus ernährungsbewussten Gründen treffen [1].

Aus der Beratungsarbeit möchte ich aber hinzufügen, dass die häufig auftretenden Motive der Menschen mit Behinderung v.a. Appetit, Geschmack und Genussverhalten sowie die emotional-kompensatorische Wirkung und die Angebotslage sind. Hunger spielt darüber hinaus eine große Rolle. Einer Vielzahl von Menschen mit Behinderungen fehlt

die Fähigkeit, ihr Ess- und Ernährungsverhalten kognitiv steuern zu können – eine Beobachtung, die bei der Beratung ein wichtiges Kriterium darstellt.

Was tun in der alltäglichen Beratungssituation?

Folgende Beratungsinhalte sind aus meiner Erfahrung gut umzusetzen und werden als hilfreich erlebt:

- Die Mahlzeitenstruktur
 - angemessene Portionsgrößen: Erklärung des Hand- oder Tellerprinzips
 - Mahlzeitenfrequenz: Klärung der täglichen Hauptmahlzeiten und Pausensnacks an den unterschiedlichen Orten (eigene Wohnung, Wohneinrichtungen, Werkstätten und Tagesförderung etc., unterwegs)

- Gespräch über Gewohnheiten, Lieblingsspeisen, Versorgungssituation (Selbstversorgung, Außer-Haus-Verpflegung, institutionelle Verpflegung ganztags)
- Vielfalt erleben, neue Lebensmittel einführen: Einkaufstraining, Interesse wecken durch Fotokarten, Rezeptbücher, Kocheinheiten
- gemeinsame Mahlzeiten erleben
- einen Essplan entsprechend der kognitiven Fähigkeiten erstellen
- Selbstkompetenz steigern: Wege der Selbstkontrolle finden am Beispiel Trinkpyramide oder Tellerprinzip (► Abb. 2)
- das individuelle Tempo finden, um satt und zufrieden zu sein: Genuss- und Achtsamkeitstraining
- Hunger und Sättigung erklären, wiederholen, mit Begriffen und Gefühlen benennen, malen, leichte Sprache verwenden (► Abb. 3).

Und wer hat einen besonderen Energie- und Nährstoffbedarf?

Das Untergewicht bei Menschen mit geistiger Behinderung ist häufig begründet durch einen hohen Energieverbrauch, wie z.B. bei Dauerspastiken, hyperaktivem Verhalten und chronisch entzündlichen Erkrankungen. Dauerhafte Appetitlosigkeit kann ebenfalls eine Ursache sein. Aggressive Erkrankungen, Schluck- und Kaubeschwerden, ggfs. verursacht durch schlechte Zahnprothesen, Medikamenteneinfluss und die möglicherweise damit zusammenhängende unzureichende Absorption der Nährstoffe können zu einem mangelhaften Versorgungszustand führen. Auch seelische Belastungen spielen eine wichtige Rolle [3].

Diese Ernährungsempfehlungen berücksichtigen die besondere Lebensform der betroffenen Person:

- Regelmäßige, kleine, schmackhafte Mahlzeiten mit hoher Nährstoffdichte unter Berücksichtigung von eventuell notwendigen Supplementen sind anzubieten.
- Mit Fotokarten und Kochbüchern nach Vorlieben und Lieblingsspeisen fragen.
- Einen angemessenen Zeitrahmen einplanen.

- Möglicherweise die Mahlzeit anreichern.

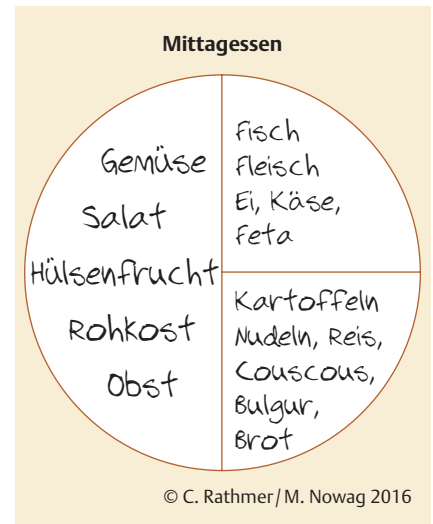
Es gilt zu klären, welche Form der Assistenz einbezogen ist oder werden sollte. Allerdings ist jederzeit darauf zu achten, dass die Selbstständigkeit gewahrt bleibt. Ein Menüplan im Rahmen einer Handlungsempfehlung und ein Essprotokoll geben Auskunft für alle Beteiligten. Daneben ist es ratsam, gemeinsam in Bewegung zu sein.

Übergewicht, Adipositas

Menschen mit und ohne geistige Behinderung werden aus den gleichen Gründen übergewichtig und adipös. Die primären Gründe liegen auf der Hand: zu wenig Aktivität und Bewegung bei zu hoher Energieaufnahme. Das metabolische Syndrom mit Hypertonie, Insulinresistenz und Glukoseintoleranz als Vorstufe von Typ-2-Diabetes mellitus, Hyperlipidämie und Hyperurikämie ist mitunter eine Folge der Adipositas [4, 5]. Das Risiko für einzelne Erkrankungen ist bereits durch die Form der Behinderung deutlich erhöht [2]. Die Ernährungstherapie ist festgelegt durch die Leitlinien der einzelnen Fachgesellschaften. Sie sollte in verständlicher Sprache erfolgen.

Doch weise ich auf die besonderen Situationen vieler Menschen mit Behinderung hin, die das kompensatorische Essen und Trinken begründen. Stress und Herausforderungen im Leben sind oft eine Ursache für die Entstehung von Adipositas (► Info 1).

Erhöhte Level von Cortisol und Katecholaminen wie Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin – ausgelöst durch Auf-



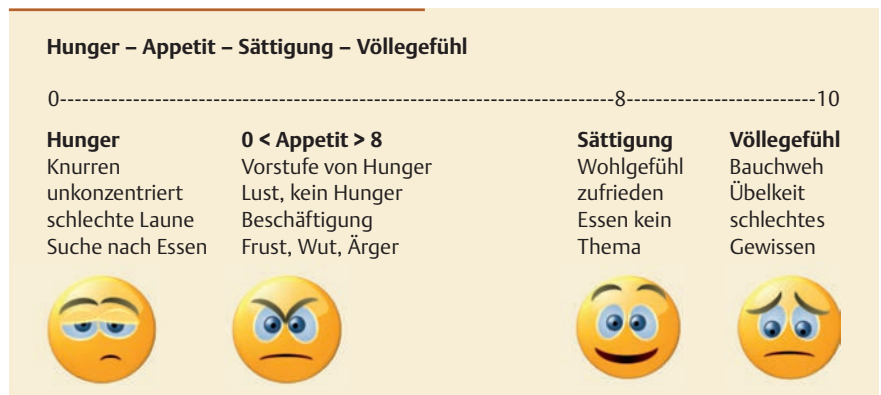
► Abb. 2 Das Tellerprinzip am Beispiel Mittagessen.

regung, Angst und Stress – beeinflussen den Lipidstoffwechsel negativ, hemmen die Proteinsynthese und haben somit eine negative Wirkung auf den Muskelaufbau bzw. den Grundumsatz. Beides fördert maßgeblich die Entstehung der Adipositas. Gleichzeitig tritt eine Fehlregulation der Hormone wie Leptin, Insulin und Ghrelin ein, die mitverantwortlich für die Steuerung von Hunger und Sättigung sind.

„Glückshormone“ wie Serotonin und Dopamin bewirken ein positives Lebensgefühl und haben Einfluss auf die Hypophyse. Eine verminderte Expression bei chronischem Stress führt oft zu vermehrtem Essen als Kompensation.

In der Ernährungstherapie diskutiert werden:

Zur Senkung der Stresshormone: Eine ausgewogene Kost mit ausreichender Zufuhr von Omega-3-Fettsäuren aus



► Abb. 3 Hunger bis Völlegefühl: Eine Skala mit Zahlen, Worten, Bildern. © Clipart / M. Nowag

Besondere Stressfaktoren bei Menschen mit Behinderung

- Es ist die soziale und gesellschaftliche Ausgrenzung, verbunden mit geringer Wertschätzung und Anerkennung; jede Form von Abhängigkeit mit oftmals eingeschränkten Handlungsspielräumen
- Arbeitslosigkeit und Finanznot
- Langeweile und viel Zeit, um an Essen zu denken
- soziale Vereinsamung und damit verbundene Ängste
- Unruhe in den sozialen Systemen, den Lebensräumen; in einer möglicherweise nicht selbst gewählten Gemeinschaft leben und teilen müssen, Lärm
- fehlende Selbstbestimmung kontra Empowerment: Viele Betroffene wissen um ihre Rechte und ihre Möglichkeiten, sind aber auch mit der Realität konfrontiert und spüren ihre Grenzen [6].

Fettfisch (z. B. Matjes, Makrele und Lachs) oder Nüssen, Magnesium und Vitamin C.

Zur Steigerung der Glückshormone:

L-Tryptophan als Vorstufe des Serotonins ist enthalten in dunkler Schokolade und Kakao, Gemüse (Oligosaccharide), Nüssen, Obst wie Banane, Ananas, Erdbeeren, Himbeeren. Zink ist u. a. enthalten in Spinat, Bohnen, Champignons, Rindfleisch, Nüssen, Meeresfrüchten, Kakao.

Zusätzlich: Moderate Bewegung, Entspannung, basale Stimulation, Schlaf, Geselligkeit, Sonnenlicht bzw. Vitamin D.

Die syndromale Form der Adipositas

Eine syndromale Adipositas kann bei einer frühen Manifestation vor dem 5. Lebensjahr und bei Body-Mass-Index-Werten über 40 bzw. über der 99. Perzentile vorliegen. Syndromale Fälle sind meist durch einen niedrigen IQ-Wert und einen Kleinwuchs charakterisiert [4]. Durch Bestimmung des Serumleptinwertes wird ein Leptinmangel nachgewiesen, der nahezu monokausal auftritt.

Für die Behandlung des Leptindefekts steht eine kausale Substitutionstherapie zur Verfügung.

Mit einer frühzeitigen Gabe von Wachstumshormon kann eine Adipositas bei z. B. **Prader-Willi-Syndrom** verhindert werden [7–9]. Menschen mit einem Prader-Willi-Syndrom weisen einen erhöhten Ghrelin-Spiegel auf [10]. Ghrelin ist ein appetitanregendes Hormon, welches in der Mukosa und der Bauchspeicheldrüse produziert wird. In Hungerphasen steigt der Ghrelin-Spiegel im Blut an, nach dem Essen sinkt er ab. Schlafmangel und chronischer Stress induzieren eine erhöhte Ghrelin-Ausschüttung und tragen auf diese Weise vermutlich zur Entwicklung der Adipositas bei [7].

Sind diese Hunger und Sättigung regulierenden Hormone unphysiologisch im Stoffwechsel vorhanden, so tritt u. a. eine gestörte Kontrolle von Stimuli ein. Dies bedeutet, dass zum einen die Balance zwischen Hunger und Sättigung gestört und somit ein stetes Appetitempfinden vorhanden ist. Zum anderen sind Außenreize sehr schwer regulierbar.

Adipositas: Was empfiehlt sich in der Ernährungsumstellung?

Die Empfehlungen zur Ernährungstherapie bei Übergewicht und Adipositas gelten auch für Menschen mit geistiger Behinderung. Mögliche Erkrankungen und die Ausprägung der geistigen Behinderung bestimmen die Kostform. Aufgrund der hormonellen Einflüsse auf das Essverhalten bietet sich eine Lebensmittelauswahl mit moderatem glykämischen Index und eine Trinkmenge von mind. 1,5 l am Tag an. Geeignet sind energiearme und -freie Getränke (Mineralwasser, Tee, Kaffee und feindosierte Schorlen).

Von Bedeutung sind **Regeln im Essalltag**, die den Mahlzeitenrhythmus (3–5 Mahlzeiten), die Portionsgrößen und das Naschen und Snacken vereinbaren. Diese Regeln werden selbst bestimmt. Die Vereinbarung basiert auf der persönlichen Zielsetzung unter Berücksichtigung der individuellen Situation. Es stellt sich bei jedem Klienten die Frage, wofür das Essen bei ihm steht. Somit beinhalten die

Regeln auch Tipps und Empfehlungen, im Alltag auftretende Missstände auf anderem Weg zu kompensieren als mit Essen und Trinken.

Diese Vereinbarung kann auch den Umgang mit dem zur Verfügung stehenden Geld beinhalten. Die Regeln sind nachvollziehbar, möglichst in leichter Sprache formuliert und verfügbar. Es wird darüber hinaus vereinbart, welche Form der Selbst- und Fremdkontrolle für den Einzelnen wichtig und welches Belohnungssystem wünschenswert ist.

Die emotionalen Stimmungsschwankungen bis hin zu sehr ausgeprägten Charakterzügen können den Verlauf beeinflussen; die kognitive Kontrolle von Impulsen und rationale Entscheidungen stehen häufig nicht im Vordergrund. Umso wichtiger ist die gemeinsame Vereinbarung!

Neben der Ernährungsumstellung steht das regelmäßige Bewegungsprogramm als notwendige Beratungssäule! **Leichte bis mittlere Aktivität**, möglichst täglich und an der persönlichen Ausdauer orientiert.

Die Ernährungserziehung in den ersten Lebensjahren beeinflusst den Gesundheitszustand maßgeblich. Es sei gesagt, dass aufgrund der oftmals schwierigen Mutter-Kind-Beziehung prä- und postnatale Störungen in der Ernährung auftreten können. Umso mehr sind die Beratungsstellen ein wichtiger Stützpunkt für junge betroffene Familien.

Down-Syndrom

Was ist besonders an Menschen mit einem Down-Syndrom? Die Leitsymptome sind Kleinwuchs, mentale Entwicklungsstörungen, Hypogonadismus, komplette Androgen-Resistenz, Genmutation, Hypothyreose, multifaktorielle Adipositas, u. a. verursacht durch die Genmutation und einen geringen Grundumsatz.

Langfristig wird die Stabilität von Gewicht und Körperzusammensetzung durch den Informationsaustausch zwischen den Energiereserven des Körpers und übergeordneten, hypothalamischen Zentren sichergestellt. Daran beteiligt sind das Peptidhormon Leptin und seine Rezeptoren. Genmutationen können diesen Regelkreis wie bei einer syndroma-

len Form der Adipositas stören [7–9]. Der Stoffwechsel bei Leptindefizienz ist in vielerlei Hinsicht vergleichbar mit dem Stoffwechsel von hungernden Personen: Da das wichtige Sättigungshormon Leptin fehlt, werden zentral über den Hypothalamus verschiedene Stoffwechsellvorgänge wie im Hungerzustand reguliert [8]. Das bedeutet für einen Menschen mit Down-Syndrom, dass er den Alltag mit viel Hunger und Appetit bestehen muss.

Des Weiteren ist der Grundumsatz durch einen Muskelhypotonus und mögliche Bewegungseinschränkungen durch Sehschwierigkeiten oder kardiovaskuläre Erkrankungen verringert. Durch frühzeitige, therapieübergreifende Interventionen und damit regelmäßige Bewegungs- und Sportübungen kann dem entgegengewirkt werden.

Fazit

Der Erfolg dieser Maßnahmen ist maßgeblich davon abhängig, dass sie in einer angenehmen Atmosphäre stattfinden, dass die Zielsetzung gemeinsam vereinbart wird und nicht zu ehrgeizig ist. Andere Betroffene und Unterstützende sollen mit einbezogen werden. Lob und Anerkennung sind dabei wichtige Bausteine, um die Compliance aufrechtzuerhalten [11].

Online

<http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-109135>

Literatur

- 1 Pudel V, Westenhöfer J. Ernährungspsychologie. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 2003
- 2 Reinehr T, Dobe M, Winkel K et al. Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen. Eine therapeutisch vergessene Patientengruppe. Dtsch Arztebl Int 2010; 107: 268–270
- 3 Diesener P. Umgang mit Schluckstörungen. In: Maier-Michalitsch N. Leben pur – Ernährung. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben; 2013: 72ff
- 4 Wabitsch M, Hebebrand, Kiess W, Zwiauer K, Hrsg. Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Berlin, Heidelberg: Springer; 2005: 38–49, 159ff
- 5 Wirth A, Hauner H. Adipositas: Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer; 2013
- 6 Vieweg B, Hrsg. Gesundheit! Gestaltungsmöglichkeiten für ein gesundes und aktives Leben behinderter und chronisch kranker Menschen. Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. Jena, Berlin; 2010: 29–31
- 7 Wiegand S, Krude H. Monogene und syndromale Krankheitsbilder bei morbidem Adipositas. Der Internist 2015; 56: 111–120
- 8 Hebebrand J, Hinney A, Knoll N et al. Molekulargenetische Aspekte der Körpergewichtsregulation. Dtsch Arztebl Int 2013; 110: 338–344
- 9 Blüher S, Sergeev E, Moser A et al. Syndromale Adipositas. Adipositas 2011; 5: 195–200
- 10 Yildiz BO, Suchard MA, Wong ML et al. Alterations in the dynamics of circulating ghrelin, adiponectin, and leptin in human obesity. Proc Natl Acad Sci USA 2004; 101: 10434–10439
- 11 Murray J, Ryan-Krause P. Obesity in children with Down syndrome: background and recommendations for management. Pediatr Nurs 2010; 36: 314–319



Margarete Nowag
Gluckstr. 57
22081 Hamburg

Margarete Nowag ist zertifizierte Diplom-Oecotrophologin (FH Münster und Uppsala, Schweden) und Systemische Therapeutin. Sie leitete klinische Adipositastherapiezentren zur Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen und entwickelte ambulante und klinische Konzepte zur Adipositastherapie. Aktuell arbeitet sie als selbstständige Ernährungstherapeutin für Adipöse, Patienten mit gastroenterologischen Problemstellungen und Menschen mit Lernschwierigkeiten und Behinderung. 2014 gründete sie das Bildungshaus Hamburg, ein Bildungsangebot für Ernährungsexperten (www.bildungshaus-hamburg.de).

margarete.nowag@alice.de