

Problem Malnutrition im Krankenhaus und Pflegebereich

OA Dr. med. Jürgen Bauer

Medizinische Klinik 2, Klinikum Nürnberg

Lehrstuhl für Innere Medizin V – Universität Erlangen-Nürnberg

Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg

Tel. 0911/398-5543

E-Mail: juergen.bauer@klinikum-nuernberg.de

Die Malnutrition im Alter ist ein häufiges, aber oftmals verkanntes Problem. Neben Makronährstoffdefiziten findet gerade im Pflegeheimbereich auch häufig ein Mangel an Mikronährstoffen, vor allem Vitaminen.

Die Prävalenz der Malnutrition liegt im Pflegeheimbereich in Deutschland um 35 % und erreicht in geriatrischen Kliniken Werte um 50 %. Mangelernährte ältere Patienten weisen eine deutlich erhöhte Morbidität, vor allem aufgrund einer erhöhten Infektanfälligkeit, aber auch Mortalität auf. Eine Gewichtsabnahme im Alter geht im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen mit einem erhöhten Abbau von Muskelgewebe einher. Die Folge ist ein Verlust an Muskelkraft, Funktion und Selbständigkeit.

Die Ursachen sind vielfältig. Hierbei spielen neben physiologischen altersbedingten Veränderungen Komorbiditäten sowie die sozialen Lebensbedingungen eine entscheidende Rolle. Eine Abnahme des Geruchs- und Geschmacksempfindens vermindert im Alter die Attraktivität des Essens. Veränderungen der Regulation der Nahrungsaufnahme führen zu einer frühzeitigen Sättigung. Demenz und Depression besitzen für die Entstehung einer Malnutrition im Alter große Bedeutung zu. Ferner muß gastrointestinalen Symptomen, vor allem der oft ausgeprägten Obstipationsneigung, auch im Alter eine ausreichende Aufmerksamkeit geschenkt werden. Eine Malnutrition wird durch die Einnahme bestimmter Pharmaka begünstigt. Die häufigsten diesbezüglich relevanten Verordnungen sind Antihypertensiva, Diuretika, Schlafmittel und NSAR. Eine Verschlechterung der finanziellen Situation fördert ebenso die Entstehung einer Malnutrition wie eine zunehmende soziale Isolation. Die Entwicklung einer Malnutrition sollte frühzeitig erkannt werden, um schweren Stadien vorzubeugen.

Die Ermittlung des Körpergewichtes stellt auch im höheren Alter eine wichtige Bezugsgröße für die Beurteilung des Ernährungszustandes dar. Ein etabliertes Maß für die Beurteilung der

Ernährungssituation ist der Body Mass Index - BMI. Für ältere Menschen ist der Grenzwert für die Diagnose einer Mangelernährung bei 22 kg/m^2 anzusetzen. Bedeutsamer jedoch als das absolute Gewicht ist die individuelle Gewichtsentwicklung bzw. eine Gewichtsabnahme. Es ist ferner von großer Bedeutung die aktuelle Verzehrsmenge des Patienten zu beurteilen. Hier können sogenannte Tellerprotokolle nützlich sein. Ein wertvoller ergänzender anthropometrischer Parameter ist ferner der Wadenumfang mit einem Cut-off-Wert von 31 cm, welcher sehr gut mit der Muskelmasse und damit Funktionalität korreliert. Der Serumalbuminspiegel ist sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich ein wichtiger Prognoseindikator bezüglich Morbidität und Mortalität, aber er erweist sich in Hinblick auf die (Früh-) Diagnose einer Malnutrition als wenig sensitiv und spezifisch. Auf Laborbestimmungen kann daher für die Diagnose einer Malnutrition des älteren Menschen in der Regel verzichtet werden.

Spezielle Screening- und Assessmentinstrumente dienen der Erkennung von Mangelernährten und von Risikopersonen. Gegenwärtig gelten das Mini Nutritional Assessment (MNA) und das Nutritional Risk Screening (NRS 2002) als die beiden für den Einsatz in der Geriatrie wichtigsten Verfahren.

Ein umfassendes Konzept zur Therapie der Mangelernährung des älteren Menschen muß sich auf verschiedene Ansätze stützen. Nach Ausschluß oder auch in Ergänzung einer primär kausalen Therapieoption kann dies aus einer verbesserten Nährstoffzufuhr mit Hilfe natürlicher Lebensmittel, aus einer Anreicherung derselben mittels kommerzieller Produkte, aus einer enteralen Ernährung mittels oraler Supplemente oder Sonde sowie in seltenen Fällen aus einer parenteralen Ernährung bestehen. Die Ziele einer Ernährungstherapie des älteren Menschen umfassen neben einer Verbesserung der Nährstoffzufuhr und des Ernährungszustandes vor allem die patientenrelevanten Endpunkte Funktionalität, Lebensqualität sowie Morbidität und Mortalität.

Eine ausreichende Anzahl an Studien um den Nachweis einer wissenschaftlichen Evidenz zu ermöglichen existiert nahezu nur für den Bereich der enteralen Ernährung und hier in erster Linie für die Therapie mit Supplementen. Mehrere Leitlinien sowie Metaanalysen der letzten Jahre fassen den gegenwärtigen Kenntnisstand zusammen. Es gelang dabei der Nachweis einer Steigerung der Energie- und Nährstoffzufuhr durch eine enterale Ernährung. Zudem kann der Ernährungsstatus des älteren Patienten erhalten oder verbessert werden. Für mangelernährte Krankenhauspatienten konnte eine Verkürzung der Verweildauer, eine

Verminderung des Auftretens von Komplikationen sowie eine Verringerung der Mortalität nachgewiesen werden. Eine positive Wirkung ließ sich insbesondere bei > 75 – Jährigen, bei einem Supplementangebot von > 400 kcal / Tag sowie bei primär schlechtem Allgemeinzustand dokumentieren. Bezüglich des Nachweises einer positiven Beeinflussung von Funktionalität und Lebensqualität muss die Datenlage als unzureichend betrachtet werden.

Obwohl die prozentuale Gewichtszunahme bei Pflegeheimpatienten und im ambulanten Bereich größer als im Krankenhausbereich ausfiel, war in diesen Bereichen keine signifikante Verringerung der Mortalität nachweisbar. Jedoch fand sich für Pflegeheimpatienten und für den ambulanten Bereich in den Studien, welche eine deutlichere Gewichtszunahme erzielten, sowie bei Patienten mit einem niedrigeren Ausgangs-BMI eine Verbesserung funktioneller Parameter. Auch war bei Patienten mit einem BMI < 20 kg/m² eine größere Steigerung der Kalorienzufuhr möglich als bei Patienten mit einem BMI > 20 kg/m². Verschiedene Studien weisen allerdings auf ein zunehmendes Complianceproblem bei längerfristiger Einnahme von Supplementen hin.

Bezüglich des Effektes einer Anreicherung der Nahrung ließ sich zwar in den wenigen vorhandenen Arbeiten eine Steigerung der Nährstoffzufuhr nachweisen, das Erreichen klinisch relevanter Endpunkte wurden jedoch nicht dokumentiert. Für weitere alternative Formen der Ernährungstherapie wie Diätberatung, Geschmacksverstärkung und Umgebungstherapie liegt gegenwärtig keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz in Form von Studien vor.

Zusammengefaßt handelt sich bei der Ernährungstherapie der Malnutrition des älteren Menschen um eine erfolgreiche und wirksame Therapieform, die jedoch weiterer gut durchdachter Studien bedarf, um ihre Evidenz zu stärken und Subgruppen definieren zu können, in denen patientenrelevante Endpunkte in einem hohen Prozentsatz erreicht werden.