

ÖÄZ Supplementum | Entgeltliche Sonderpublikation | November 2021

S

Supplementum

Österreichische
Ärztezeitung

MANGEL- ERNÄHRUNG IM ALTER

Mangelernährung im Alter

UNTERSCHÄTZTES UND FOLGENREICHES PROBLEM

Heute 65-Jährige sind keine alten Menschen. Nicht das Alter zählt, sondern wie viele gute Jahre man noch vor sich hat. Es ist paradox: In Österreich wird man ziemlich alt, ist aber ziemlich lange krank oder fühlt sich krank. Der Anteil subjektiv als gesund empfundener Jahre beträgt bei Frauen nur 77 Prozent ihrer Lebenszeit, bei Männern sind es 81 Prozent¹.

Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für Lebensqualität im Alter und hängt maßgeblich von der Ernährung ab. Laut Bevölkerungsprognose 2020 der Statistik Austria wird der Anteil der über 65-Jährigen von heute 19,4 % auf 26,4 % im Jahr 2040 ansteigen. In Anbetracht dieser demografischen Entwicklung wird die Zukunftsrelevanz des Phänomens Mangelernährung (ME) deutlich, deren Risiko mit erhöhter Morbidität und Mortalität verbunden ist.

Ein regelmäßiges Ernährungsscreening ist die wichtigste Maßnahme, um ME frühzeitig zu erkennen. Mangelernährte Patient*innen profitieren besonders durch eine rasche und gezielte Ernährungsintervention. Zu diesem Schluss kommt eine hochkarätige Expert*innenrunde (siehe S.6), die auf Einladung von Nutricia Milupa Österreich im Juli 2021 darüber diskutierte, wie ME im Alter möglichst frühzeitig erkannt und behandelt beziehungsweise vermieden werden kann.

Jede(r) fünfte Ältere lebt mit dem Risiko für Mangelernährung

ME bei älteren Menschen ist ein weit verbreitetes, unterschätztes und folgenreiches Problem. Von den 90 bis 95 % der in Europa zu Hause lebenden älteren Menschen sind rund 21 % mangelernährt oder haben ein Risiko dafür². Dabei spielt gerade im höheren Lebensalter die Protein-Mangelernährung eine besondere Rolle, weil sie direkt mit einem Verlust an Muskelmasse, Muskelkraft und letztlich an Funktionalität verbunden ist.

„Personen die alt, einsam und chronisch krank sind, haben ein erhöhtes Risiko für Mangelernährung. Insbesondere wenn die Einsamkeit groß ist, vernachlässigen viele Leute ihre Ernährung. Man muss die Menschen nur fragen, wie sie ihre Gesundheit einschätzen, dann werden sie es einem sagen.“ Univ. Prof. Dr. Michael Hiesmayr

Mangelernährung führt zu Gewichts- und Funktionsverlust

In ihren Guidelines Definitions and Terminology of Clinical Nutrition definierte die ESPEN 2017 ME als ...

„... einen Zustand, der auf eine unzureichende Aufnahme von Nährstoffen zurückzuführen ist und zu einer veränderten Körperzusammensetzung (verringerte fettfreie Masse) und Körperzellmasse führt, was zu einer verminderten körperlichen und geistigen Funktion und einem schlechteren klinischen Outcome bei Krankheiten führt“.

ME ist mitverantwortlich für ...

- erhöhte Morbidität und Mortalität,
- verminderte Funktionalität und Lebensqualität,
- häufigere und um bis zu einem Drittel längere Krankenhausaufenthalte,
- um bis zu 38 % höhere Kosten im Gesundheitssystem³.

Die British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN) schreibt in einem 2015 veröffentlichten Paper⁴: „Bemühungen zur Vorbeugung und frühzeitigen Behandlung von Unterernährung können große Auswirkungen sowohl auf die klinische als auch die wirtschaftliche Belastung durch ME haben.“

Am weltweiten jährlichen nutritionDay erfasst das betreuende Klinik-Personal das ME-Risiko. Im Jahr 2020 wurden 12,5 % der hospitalisierten Menschen als mangelernährt und 18,5 % als ME-Risikopatienten eingestuft. In Pflegeeinrichtungen liegt die Prävalenz der ME laut einer rezent publizierten Studie in Abhängigkeit vom verwendeten Screening-Instrument bei 28-53 % der Bewohner*innen⁵.

Regelmäßiges Screening ist das A und O

Regelmäßiges Screening ist die wichtigste Maßnahme, um bestehende ME zu erkennen sowie gefährdete Senior*innen frühzeitig zu identifizieren. Roller-Wirnsberger: „Mittels des so

Mangelernährung im Alter

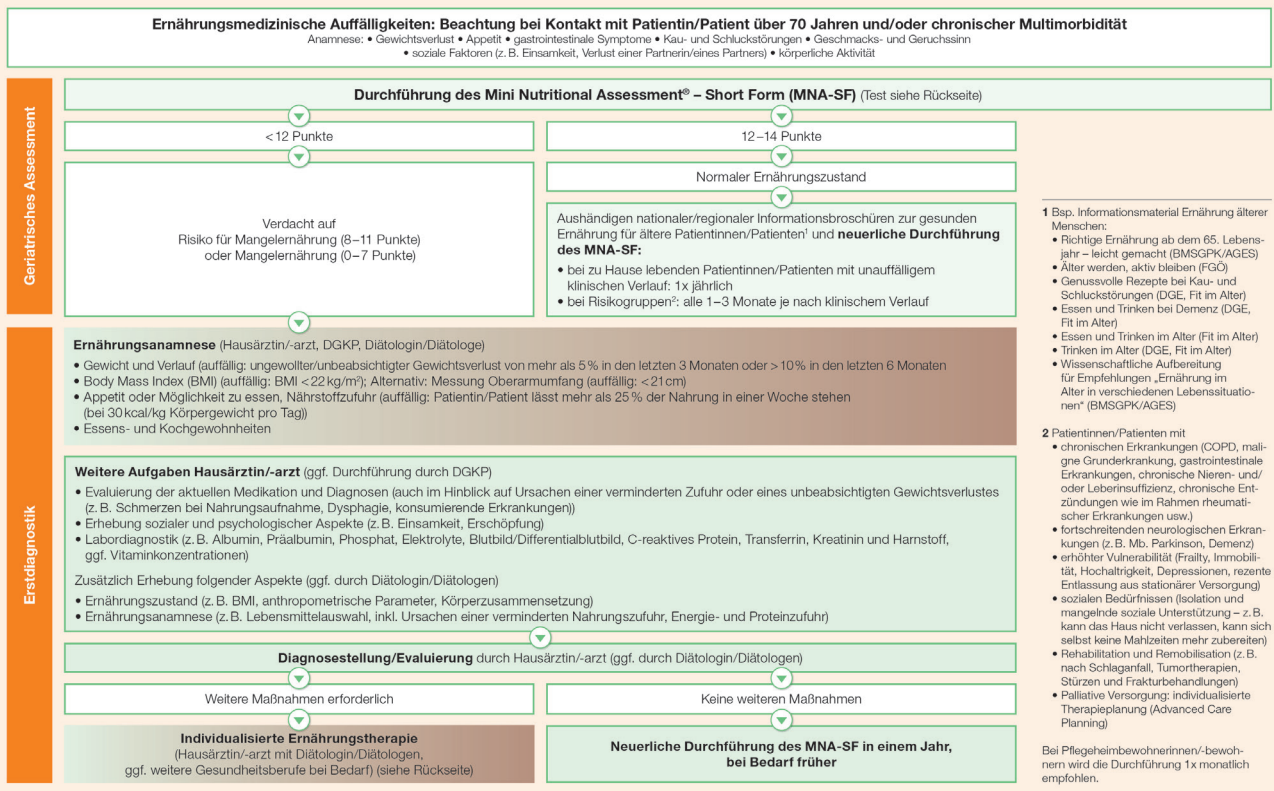


Abb.: Versorgungspfad „Mangelernährung im Alter“ der Österreichischen Sozialversicherung



genannten Versorgungspfades der Österreichischen Sozialversicherung soll das Screening und nachfolgende Assessment sowie Therapie der Mangelernährung nun endlich flächendeckend im Primärversorgungsbereich in Österreich etabliert werden. Dies wird sowohl von der Österreichischen Nationalen Ernährungskommission als auch im Rahmen der Europäischen Initiative Optimal Nutritional Care for All (ONCA) bereits seit 2012 gefordert.“

Risiko für Mangelernährung: mindestens 1 x pro Jahr screenen

Es wird empfohlen, zu Hause lebende Menschen mit unauffälligem Verlauf bei jedem Kontakt mit dem Gesundheitssystem, im Minimum jedoch 1 x jährlich routinemäßig zu screenen. Bei Risikogruppen empfiehlt es sich, das Screening alle 1-3 Monate durchzuführen. Wird dabei ein Risiko für eine ME festgestellt, sollte unverzüglich mit einer Ernährungsintervention begonnen werden.

Welche Screening-Tools sind empfehlenswert?

Sämtliche Screening-Instrumente für ME sind in der Literatur gut beschrieben und werden hier nicht weiter erläutert. Eine gute Übersicht gibt z. B. die DGEM⁶.

Zur Einschätzung des Ernährungsrisikos sind jedenfalls die folgenden vier Dimensionen zu erheben:

1. gemessenes Gewicht und Größe (bestimmt durch Fersekniehöhen-Messung, da die erfragte Größe meist nicht korrekt ist bzw. überschätzt wird)
2. Gewichtsverlust rezent
3. Nahrungsaufnahme/Appetit in letzter Zeit
4. Mobilität/Beweglichkeit

Eine wissenschaftliche Aufbereitung von Empfehlungen für Screening, Assessment und Ernährung von älteren und alten Menschen bietet die Fachbroschüre „Ernährung im Alter in verschiedenen Lebenssituationen“ des BMSGPK⁷.

Gewichtsverlust in der Praxis oft schwierig ermittelbar

Ein wichtiger Indikator für ME ist ungewollter Gewichtsverlust, dessen Diagnose im extramuralen Bereich herausfordernd sein kann. Informationen zum Ausgangsgewicht fehlen oft, ein variierender Hydratationsstatus (z. B. Ödeme) kann eine Gewichtsabnahme maskieren.

Kann eine Patientin/ein Patient nicht gewogen werden, liefern Wadenumfang (< 31 cm) sowie Oberarmumfang (< 22 cm) erste Hinweise. Auch ein Blick in die Küche ist oft hilfreich. Was

und wieviel die Menschen im Kühlschrank haben, korreliert mit dem Risiko für ME und ist ein Hinweis darauf, ob sie/er sich noch selbst versorgen kann. Diese einfache Maßnahme könnten mobile Pflegedienste regelmäßig bei Hausbesuchen ergreifen.

*„Ein Blick in den Kühlschrank gibt Auskunft darüber, ob Patient*innen in der Lage sind, sich selbst zu versorgen.“* Susanne Domkar, MSc.

Akuter Gewichtsverlust aussagekräftiger als BMI

Für Hiesmayr sind das Gewicht bzw. der BMI als Indikatoren zu wenig. „Es ist ein natürlicher Prozess, dass man mit dem Alter dünner wird. Diesen unvermeidbaren Gewichtsverlust muss man von einer plötzlichen Gewichtsabnahme unterscheiden, die sich völlig anders auf den Outcome auswirkt. Nicht das Dünnsein per se ist ein Risikofaktor, sondern die akute Katabolie, die auf eine konsumierende Erkrankung hinweist. Geringere Essmengen sind die unmittelbaren Verursacher für kurzfristigen Gewichtsverlust und sind immer ein Warnsignal.“

Ruppe ergänzt aus Sicht der Allgemeinmedizin, dass in der Praxis häufig die Zeit für aufwändiges Screening fehle. Drei einfache Anamnese-Fragen würden erste Hinweise liefern:

1. *Hat sich Ihr Appetit geändert?*
→ berücksichtigt auch Übergewichtige/Adipöse
2. *Haben Sie das Gefühl, Gewicht verloren zu haben?*
→ Die Patient*innen bemerken, dass sie Gewicht verloren haben, wenn die Kleidung weiter wird.
3. *Hat sich Ihre Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen, verändert?*
→ Hinweis auf die Funktionalität. Oft kann der Hausarzt alleine durch Blickdiagnose beim Betreten des Untersuchungszimmers die Gangsicherheit bzw. -geschwindigkeit einschätzen.

„Mit einfachen Fragen, die sich um den Appetit bzw. die Essmenge drehen sowie eine sorgfältige Blickdiagnose, lässt sich das Risiko für Mangelernährung grob abschätzen.“ Dr. Georg Ruppe

Awareness bei Pflegenden erhöhen

Angehörige und Heimhilfen kennen die betroffenen Patient*innen oft sehr lange. Sie können recht gut beurteilen, ob sich die Essgewohnheiten oder das Gewicht geändert haben.

Es wäre wünschenswert, dass Heimhilfe-Organisationen mehr Kompetenz für die Thematik ME – etwa durch entsprechend ausgebildete Mitarbeiter*innen im Team – aufbauen. Bei begründetem Verdacht könnten sie eine genauere Diagnostik einleiten und zumindest Empfehlungen für das weitere Prozedere geben. Dazu gehört die Informationsweitergabe an und Kommunikation mit der/dem betreuenden Ärztin/Arzt bzw. der Diätologin/dem Diätologen. Diese Schnittstelle ist derzeit noch verbesserungswürdig.

Informationen für alle, die ältere Menschen betreuen, pflegen und verköstigen findet man in der Broschüre „Ich lade dich zum Essen ein“ des BMSGPK⁷ und im Ratgeber „Gesundheit im Alter“⁸.

Ernährungsintervention senkt Morbidität und Mortalität

Bei Vorliegen von Ernährungsrisiken ist eine ausführliche Anamnese essenziell. Es ist empfehlenswert, weitere Maßnahmen nicht erst bei schwerer ME zu beginnen. Schon bei den ersten Anzeichen muss durch rasche Einleitung einer Ernährungstherapie gesteuert werden. Daten der 2019 im Lancet publizierten EFFORT-Studie zeigen, dass eine systematische Erfassung von Patient*innen auf ME sowie eine Ernährungstherapie positive Effekte auf den Genesungsverlauf haben können. In dieser Studie wurde durch gezielte Ernährungsintervention die Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen signifikant gesenkt⁹.

Eine Metaanalyse aus 2019 mit über 6.800 mangelernährten Patient*innen fand bis zu 6 Monate nach Spitalsentlassung eine 27 %ige relative Senkung des Sterblichkeitsrisikos bei Patient*innen, die während ihres Krankenhausaufenthalts eine Ernährungsintervention erhalten hatten¹⁰.

In einer Kohortenstudie mit mehr als 110.000 mangelernährten Patient*innen in Krankenhäusern konnte in einer Analyse nach Ausschluss (par)enteral ernährter Patient*innen gezeigt werden, dass Ernährungsberatung oder multimodale Ernährungstherapie das Sterblichkeitsrisiko um 25 % senkte¹¹.

*„Ein Mehr an Eiweiß und Energie z. B. über zusätzliche Trinknahrungen in kompakter Form während des stationären Aufenthalts geht mit einer Verbesserung der Funktionalität und letztlich einem Überlebensvorteil für mangelernährte Patient*innen einher und ist eine einfache und kostengünstige Intervention.“* Prim. Univ. Prof. Dr. Peter Fasching

Risikopatient*innen gehören in die Hände von Diätolog*innen

Die Expert*innenrunde betont einhellig, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit für eine gelungene Ernährungstherapie intra- und extramural unabdingbar ist. Internationale Publikationen belegen den Mehrwert der Ernährungsmedizinischen Intervention, insbesondere sobald Diätolog*innen im interprofessionellen Team arbeiten.

*„Individuelle Ernährungsanamnese sowie -therapie muss in die Hände von Fachexpert*innen mit entsprechender Qualifikation gelegt und leistungsbezogen vergütet werden.“* Univ. Prof. Dr. Regina Roller-Wirnsberger

Verbesserungswürdiges Schnittstellenmanagement

Sobald die Menschen nach Hause entlassen werden, sind sie wieder selbst oder die Angehörigen und Pflegekräfte für die Ernährung verantwortlich.

Bereits der Entlassungsbrief müsse sämtliche Kerninformationen enthalten. Häufig wird die im Krankenhaus begonnene orale Ernährungsintervention nicht im Entlassungsbrief vermerkt und daher im niedergelassenen Bereich nicht weitergeführt.

*„Klar ist: Das medizinische Personal hat wenig Zeit, sich um Mangelernährung zu kümmern. Wünschenswert wäre dennoch eine verbesserte Kommunikation, wenn das Setting gewechselt wird, beispielsweise wenn Patient*innen aus der Klinik entlassen werden. Ein Leichtes wäre es, Trinknahrung im Rahmen der sonstigen Medikation anzuführen.“* Prim. Dr. Michael Smeikal

Trinknahrung bei Bedarf

Die wichtigsten Ziele der Ernährungsintervention sind die verbesserte Funktionalität, eine Gewichtszunahme, eine Verbesserung des Allgemeinzustandes sowie des Ansprechens auf medizinische Interventionen.

Damit werden die Selbständigkeit und die Fähigkeit, den Alltag besser zu meistern, unterstützt. In jedem Fall ist Nahrung

hier die erste Medizin. Die ernährungstherapeutische Gabe von Trinknahrung gewinnt im Rahmen der Prävention und Therapie der ME zunehmend an Bedeutung. Sie schließt Lücken in jenen Fällen, in denen Patient*innen durch Zwischenmahlzeiten und Nahrungsanreicherung nicht ausreichend mit Energie und Nährstoffen (v.a. Protein) versorgt werden können. Trinknahrung sollte gezielt eingesetzt werden. Bei begründetem Verdacht, dass die Patient*innen ihren Nährstoffbedarf über die normale Ernährung nicht mehr decken können, sind Trinknahrungen eine sinnvolle Ergänzung.

Susanne Domkar erläutert, worauf bei der Auswahl und Darreichung einer geeigneten Trinknahrung zu achten ist:

- möglichst geringes Volumen
- mindestens 250 kcal/Portion
- mindestens 10 g Protein/Portion
- regelmäßig 1 Fläschchen pro Tag über 10-12 Wochen ergänzend zu einer bedarfsgerechten, gesunden Ernährung kann helfen, die erforderliche Zufuhr an Kalorien, Eiweiß und wichtigen Mikronährstoffen (z. B. Zink, Vitamin D, Folsäure) zu erreichen
- geschmacklich attraktiv (beliebt sind Kaffee, Schokolade, Banane), möglichst große Auswahl an verschiedenen Geschmacksrichtungen
- Trinknahrung attraktiv servieren (in ein Glas umfüllen, nach Wunsch kühlen oder wärmen) oder ein Dessert (z. B. Eiskaffee) damit zubereiten
- neutrale Varianten für die Zubereitung bzw. Anreicherung von pikanten Speisen
- abwechselnde Konsistenz erhöht Compliance: „Pudding“/„Creme“ wird eher gegessen als ein Fläschchen getrunken (auch Vorteile für Patient*innen mit Schluckstörungen). Zudem ist es unter Umständen einfacher, beim Löffeln zu helfen als beim Trinken.
- der beste Zeitpunkt ist nach einer Ernährungsanamnese individuell festzulegen: Evtl. in der Früh, weil da der Appetit meist am größten ist. Manchmal wird auch ein angereichertes Kakao- oder Kaffeegetränk als Zwischenmahlzeit oder kurz vor dem Schlafengehen gut angenommen.

Gesundheits- und Ernährungskompetenzen fördern

Neben der Prävention von ME ist ein wesentliches Ziel der Ernährungsintervention, die Autonomie und Freude am Essen aufrechtzuerhalten. Das gelingt am besten indem ältere Menschen wieder selbst ihr Essen auswählen und im Idealfall auch eigenständig zubereiten.

Konkret geht es darum, bei Betroffenen das Bewusstsein und die Motivation für ein entsprechendes Ernährungsverhalten



v.l.n.r. Prim. Dr. Michael Smeikal, Dagmar Dehler, Prim. Univ. Prof. Dr. Peter Fasching, Susanne Domkar MSc., Dr. Georg Ruppe, Univ. Prof. Dr. Michael Hiesmayr, Univ. Prof. Dr. Regina Roller-Wirnsberger

zu fördern. Es muss ihnen klar gemacht werden was bedarfs- und bedürfnisgerechte Ernährung heißt und warum diese so wichtig für sie/ihn ist.

Wenn sie erkennen, dass sie damit ihre eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden steigern können, ist auch die Motivation höher, etwas dafür zu tun.

Was Sie nun konkret für Ihre zu Hause lebenden Patient*innen (65+) tun können:

1. Mindestens 1 x pro Jahr auf Mangelernährung screenen (idealerweise als Teil der Gesundenuntersuchung).
2. Anamnesefragen berücksichtigen.
3. Bei Vorliegen eines Ernährungsrisikos an Diätolog*innen verweisen.
4. Bewusstsein bei Patient*innen und Angehörigen schärfen.

Quelle: Nutricia Milupa Experten Round Table, 28.7.2021, Wien.

- 1 http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html
- 2 PRevention Of Malnutrition In Senior Subjects in the EU, promiss-vu.eu
- 3 Curtis LJ et al. Clin Nutr 2017 Oct;36(5):1391-1396.
- 4 Elia M 2015, www.bapen.org.uk
- 5 Keller H et al. J Nutr Gerontol Geriatr. 2019 Oct-Dec;38(4):329-344.
- 6 <https://www.dgem.de/screening>
- 7 <https://broschuerenservice.sozialministerium.at>
- 8 Dorner TE & Schindler K. (2017) Gesundheit im Alter - Selbständigkeit erhalten, Gebrechlichkeit vorbeugen. Manz Verlag, 978-3-214-08467-7
- 9 Schuetz P et al. Lancet 2019, Vol 393:2312-2321.
- 10 Gomes F et al. JAMA Network Open 2019; 2(11):e1915138.
- 11 Kaegi-Braun N. et al. JAMA Netw Open. 2021;4(1):e2033433.

Es diskutierten

(in alphabetischer Reihenfolge):

Dagmar Dehler, Direktorin Healthcare Nutrition DACH (Nutricia Milupa)

Susanne Domkar MSc., Landesleitung Wien des Verbands der Diätologen Österreichs, Arbeitskreis Geriatrie

Prim. Univ. Prof. Dr. Peter Fasching, 5. Med. Abteilung mit Endokrinologie, Rheumatologie und Akutgeriatrie, Wilhelminenspital Wien, Präsident der AKE

Univ. Prof. Dr. Michael Hiesmayr, Med-Uni Wien, Initiator und Organisator des NutritionDay

Univ. Prof. Dr. Regina Roller-Wirnsberger, Uni-Klinik für Innere Medizin, Universität Graz, Vizepräsidentin der ÖGGG, Leiterin des AK Ernährung in der AKE

Dr. Georg Ruppe MA, Arzt für Allgemeinmedizin, Wissenschaftlicher Leiter und Geschäftsführer der Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen (ÖPIA)

Prim. Dr. Michael Smeikal MSc., Abteilung Innere Medizin mit allg. Geriatrie und Palliativmedizin, Haus der Barmherzigkeit Wien; Zentrum für Geriatrie Medizin und Geriatrie Pflege, Donau-Universität Krems

Impressum: Medieninhaber und Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, Nibelungengasse 13, A-1010 Wien, www.aerztezeitung.at // **Auflage:** 12.000 Stück // **Fotocredit:** Lisa Resatz // **Entgeltliche Sonderpublikation.** Nachdruck und Wiedergabe, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Verlagshaus der Ärzte GmbH // **Druck:** Druckerei Berger, Ferdinand Berger & Söhne GmbH, A-3580 Horn // **Für den Inhalt verantwortlich:** Nutricia Milupa GmbH, Halleiner Landesstraße 58, A-5412 Puch/Hallein