

AKE-Nachrichten

Journal für Ernährungsmedizin 2007; 9 (2), 33-35

Homepage:

www.aerzteverlagshaus.at

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

MIT NACHRICHTEN DER



**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Mangelernährung trotz Überfluss

Der Fokus im Gesundheitswesen liegt weltweit auf der zunehmenden Adipositas. Der nutritionDay in European Hospitals zeigt jedoch, dass auch die Prävalenz der krankheitsassoziierten Mangelernährung inakzeptabel hoch ist. Das bedeutet für die Patienten eine längere Krankenhausverweildauer und eine eingeschränkte Lebensqualität, für das Gesundheitssystem bringt das enorme Kosten mit sich. ▶ **KARIN SCHINDLER***

Seit mindestens 20 Jahren ist die Mangelernährung bei stationären Patienten ein Thema – dennoch bleibt die Häufigkeit hoch. Für den deutschsprachigen Raum wurden 2006 erstmals Prävalenzdaten der krankheitsassoziierten Mangelernährung publiziert^[1]. Von 1886 konsekutiv stationär aufgenommenen Patienten waren 27,4 Prozent mangelernährt. In geriatrischen (56,2 Prozent), gastroenterologischen (32,6 Prozent) und onkologischen (37,6 Prozent) Abteilungen war die Prävalenz am höchsten.

Wer ist mangelernährt?

Lange ist man davon ausgegangen, dass nur Patienten mit einem zu niedrigen Körpergewicht beziehungsweise niedrigen Body Mass Index mangelernährt sind. Pirllich et al. zeigten jedoch, dass auch normal- bzw. übergewichtige Patienten betroffen sein können. Hätte man in der deutschen Studie den BMI zur Klassifikation der Mangelernährung herangezogen (WHO Kriterium BMI < 18,5 kg/m²), wären nur 4,1 Prozent der Patienten als mangelernährt eingestuft worden. Das Risiko einer Mangelernährung besteht allerdings auch bei Patienten, die ungewollt Gewicht verlieren, nicht ausreichend essen können oder keinen Appetit haben.

Gründe und Folgen einer Mangelernährung

Krankheit und Nicht-Essen sind häufig miteinander gekoppelt. Allerdings gibt es noch weitere – vor allem strukturelle



nutritionDay
IN EUROPEAN HOSPITALS

– Gründe, warum Patienten nicht ausreichend essen: Warten auf Eingriffe und Untersuchungen, für die Nüchternheit nötig ist (die dann möglicherweise auf den nächsten Tag verschoben werden); das Essen schmeckt nicht oder entspricht nicht den kulturellen Erwartungen; man kann nicht allein essen und aufgrund von Personalknappheit hat niemand Zeit zu füttern; fehlende Zahnprothese u. v. m.

Alle, die zur Gewichtskorrektur schon einmal gehungert haben, wissen, wie unangenehm die Nahrungskarenz ist: Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Gereiztheit sind häufige „Nebenwirkungen“. Im Fall einer Krankheit verkompliziert das Nicht-Essen möglicherweise die Erkrankung an sich, verzögert die Genesung, resultiert in einer längeren Krankenhaus-Aufenthaltsdauer und erhöht den Bedarf an qualifizierter Pflege, wie zum Beispiel der Intensivpflege. All dies erhöht letztlich die Kosten für das Gesundheitssystem. Erstmals wurde dazu eine umfassendere Untersuchung von der britischen Gesellschaft für klinische Ernährung publiziert. In Großbritannien verursacht die krankheitsassoziierte Mangelernährung Kosten von mehr als 7,3 Milliarden Pfund^[2].

Mangelernährte Patienten sind, im Gegensatz zu solchen mit seltenen Erkrankungen beziehungsweise auch sehr häufigen Erkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes, nicht in Selbsthilfegruppen organisiert. Der dänische Ernährungsmediziner Jens Kondrup formulierte es so: „Patienten mit Schmerzen schreien, der mangelernährte Patient ist apathisch und still“. Das ist ein Grund, warum Mangelernährung häufig weder von betreuenden Berufsgruppen, noch von Patienten als Problem wahrgenommen wird. In Fachkreisen ist man sich einig, dass eine Verbesserung der Situation nur durch größere Aufmerksamkeit erreicht werden kann. Die Umsetzung der Resolu-



© PHOTODISC

tion des Europarates beziehungsweise der Leitlinien zur klinischen Ernährung erfordert eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen betreuenden Berufsgruppen, Krankenhausverwaltungen, politischen Entscheidungsträgern und betroffenen Patienten.

Ein Beitrag zur Problemlösung: NutritionDay in Europe

Um die Aufmerksamkeit für die Mangelernährung von Patienten zu erhöhen, hat die österreichische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Ernährung (AKE) gemeinsam mit der „European Society of Clinical Nutrition“ (ESPEN) den „nutritionDay“ (Leitung Prof. Michael Hiesmayr, suppl. Leiter der Klinischen Abteilung für Herz-Thorax-Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Wien) ins Leben gerufen. Die multizentrische Erhebung unter österreichischer Koordination betrachtet die Situation aus drei Perspektiven: a) der Sicht des Patienten, b) dem Blick auf die Strukturen, c) dem Blick auf die medizinischen Fakten. Die Erhebungsinstrumente sind in insgesamt 26 Sprachen verfügbar. Hierdurch werden sprachliche Barrieren bei Patienten und Stationspersonal verhindert.

NutritionDay gibt Patienten eine Stimme

Essen ist ein wichtiger Faktor für die Lebensqualität vieler Österreicher, davon sind Kranke nicht ausgenommen. Aus Patientenbefragungen ist bekannt, dass das Essen sehr viel zur Zufriedenheit mit dem Krankenhaus beiträgt. Meldungen wie „Patienten verhungern im Krankenhaus“ oder „Krankenhausessen ist ungenießbar“ zeigen auch, wie selektiv die Wahrnehmung im Bezug auf das Essen im Krankenhaus ist. Die direkte Befragung der Patienten nach ihrem Essverhalten ist einzigartig für den nutritionDay. Damit erhalten die Patienten eine Stimme und es wird möglich, Essverhalten mit Outcome zu verknüpfen.

Erste Ergebnisse des nutritionDays 2006

Normalgewichtig und trotzdem mangelernährt

Am NutritionDay 2006 haben 748 Stationen aus 25 Ländern teilgenommen. Insgesamt wurden die Angaben von 16.455 Patienten evaluiert. Österreich ist an der Untersuchung mit 34 Zentren und 3.015 Patienten beteiligt. Nach 30 Tagen wurde bei fast 90 Prozent

der Patienten erhoben, was seit dem nutritionDay aus Ihnen geworden ist. Als Indikator zur Beurteilung einer Mangelernährung beziehungsweise eines Risikos wird vielfach der Body Mass Index (BMI) herangezogen. Die evaluierten europäischen Patienten haben im Mittel einen BMI von $25,6 \pm 6 \text{ kg/m}^2$, 22 Prozent können als übergewichtig klassifiziert werden. Dieses Ergebnis ähnelt anderen Untersuchungen in Europa. Es sollte allerdings nicht zur Annahme verleiten, dass heute alle stationär aufgenommenen Patienten normalgewichtig oder sogar übergewichtig sind. In geriatrischen, onkologischen und infektiologischen Stationen hatten zwischen 10 und 15 Prozent der Patienten einen BMI unter $18,5 \text{ kg/m}^2$ (entspricht der WHO Klassifikation für Mangelernährung).

Nicht einmal jeder zweite Patient isst an diesem Tag das Mittagessen vollständig auf. Nicht, weil es nicht schmeckt. Wenn die Patienten wenig essen, dann, weil sie keinen Appetit haben (47 Prozent) oder weil ihnen übel ist (14 Prozent). Als Ursachen wurden Krankheit und das „im Krankenhaus sein“ angegeben. Essen die Patienten gar nicht, geschieht das überwiegend aus organisatorischen Gründen (zum Beispiel erforderlicher Nüchternheit für Untersuchungen).

Wenig Appetit bedeutet höhere Sterblichkeit

Gegenüber Patienten mit ausreichender Nahrungsaufnahme (Mortalität 1,3 Prozent) erhöht sich die Mortalität bei Appetitmangel drastisch: Bei halber Nahrungsaufnahme steigt die Mortalität auf 2,4 Prozent, bei jenen, die weniger als ein Viertel des Nahrungsangebots beziehungsweise gar nichts essen auf 5,5 bzw. 5,7 Prozent.

Die Situation ist aber schon bei stationärer Aufnahme nicht rosig. In Österreich hat fast jeder zweite Patient vor der stationären Aufnahme ungewollt abgenommen. Bei diesen Patienten besteht das Risiko, eine Mangelernährung zu entwickeln. Viele sind der Meinung, dass dieser Gewichtsverlust zur Erkrankung gehört. Bedenkt man, dass die Mangelernährung die Genesung deutlich beeinträchtigt und mit erheb-



lichen zusätzlichen Kosten verbunden ist, sollte man sich fragen, inwieweit man den ungewollten Gewichtsverlust als unabwendbares Schicksal hin nimmt. Diese Frage betrifft alle: die Behandler vor und nach der stationären Aufnahme, aber auch die Patienten und ihre Angehörigen.

Kann die Situation verbessert werden?

Die Prävalenz der Mangelernährung kann nur reduziert werden, wenn die bestimmenden Faktoren (Kompetenz, Administration, Logistik und Organisation) berücksichtigt und verändert werden. Schulung und Ausbildung von Ärzten, Pflegepersonen und Verpflegungspersonal sensibilisieren für die Problematik, Aufklärung der Patienten und ihrer Angehörigen erhöht deren Aufmerksamkeit und macht sie zu Partnern im Behandlungsprozess. Sensibilisierte Behandler erheben den Ernährungszustand routinemäßig und selbstverständlich. Eine optimale Lösung ist eine gemeinsame Dokumentation der verschiedenen Berufsgruppen in der elektronischen Krankengeschichte. Hierbei leistet die Spitalsverwaltung (Organisation, Administration) einen wichtigen Beitrag durch die Bereitstellung des entsprechenden Moduls. Die Überwachung von Risikopatienten („Essen Sie ausreichend?“) mit entsprechender Dokumentation und, wenn nötig, die frühzeitige Einleitung einer entsprechenden Ernährungstherapie sollten ebenfalls eine Selbstverständlichkeit sein. Damit dies möglich wird, müssen die Zuständigkeiten für Evaluation-Überwachung-Verordnung der Ernährungstherapie zwischen den Berufsgruppen klar geregelt sein (Kompetenz, Organisation). Ein sehr schönes Beispiel dieser optimierten interprofessionellen Kooperation ist an der Universitätsklinik Graz gelungen.

Auch die Spitalsverwaltung spielt bei der Reduktion von Mangelernährung eine Rolle. Sie muss die Verpflegung als Faktor für den Erfolg der Patientenbetreuung wahrnehmen. Häufig stehen finanzielle und logistische Überlegungen im Vordergrund, wodurch der Zusammenhang zwischen Patienten-

verpflegung und Essen zur Genesung entkoppelt wird. Wünschenswert wäre die Anpassung der Verpflegung an die individuellen Patientenbedürfnisse: Wahlmöglichkeit (Speisenauswahl, Portionsgröße), Flexibilität (um veränderte Bedürfnisse abdecken zu können), optimale Lieferung des Essens und eine entsprechende Ess-Umgebung. Letzteres mag wegen der allgemein verkürzten Liegedauer als irrelevant angesehen werden. Für Patienten, die längere Zeit hospitalisiert sind, bleibt das Ambiente ein wichtiger Faktor.

Die Wahrnehmung der ungewollten Gewichtsabnahme vor der stationären Aufnahme ist zweifelsohne ein wichtiger Faktor in der Prävention der Mangelernährung. Auch ambulante Patienten müssen aufmerksam beobachtet werden. Damit wird ein frühes Erkennen von Veränderungen (beginnende Mangelernährung genauso wie beginnendes Übergewicht) und eine frühzeitigere Ernährungstherapie (von der Gewichtsreduktion bis zur Anreicherung) möglich. Daher müssen auch die niedergelassenen Ärzte dringend in diesen Prozess einbezogen werden.

Die Bestimmung des Ernährungszustandes im extra- wie im intramuralen Bereich sollte so selbstverständlich wie die Bestimmung von Laborparametern werden.

Das Projekt wird institutionell unterstützt von der Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (AKE), der Europäischen Gesellschaft für klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN) und der Medizinischen Universität Wien. ■■

Weitere Informationen:

<http://www.nutritionday.org>

LITERATUR

- 1 Pirlich, M., et al., The German hospital malnutrition study. *Clin Nutr*, 2006.
 - 2 Stratton, I.M., et al., The cost of disease-related malnutrition in the UK and economic considerations for the use of oral nutritional supplements (ONS) in adults., ed. M. Elia. 2005: BAPEN.
- * Arbeitsgemeinschaft für Klinische Ernährung (AKE), Höfergasse 13/1, 1090 Wien