

Mangelernährung in Pflegeheimen und Spitälern

Einschneidende Folgen für die Gesundheit

Mangelernährung bei betagten Menschen ist ein schwerwiegendes und häufiges Problem. Zunehmend wird es in Heimen erkannt und anerkannt. Doch oft fehlen geeignete Instrumente. Darunter leiden die Bewohnerinnen und Bewohner – und verursachen hohe Kosten.

Beat Leuenberger

Wollen alte Menschen in den Heimen nicht mehr richtig essen, liegt es offensichtlich an der Küche: Sie trifft Geschmack und Vorlieben der Bewohnerinnen und Bewohner nicht. «Eine weit verbreitete Meinung, sogar unter Heimleitenden», stellt Cristina Mitrache fest. «Doch diese Ansicht ist grundfalsch», sagt die Ärztin mit Schwerpunkt Geriatrie, die am Basler Felix-Platter-Spital die «Sprechstunde Mangelernährung» leitet. Denn für schwindenden Appetit und ungenügende Nahrungsaufnahme gibt es im Alter vielerlei Gründe, die nichts mit den Künsten der Küchenmannschaft zu tun haben – «und zwar körperliche wie seelische», erklärt Mitrache.

Bevor jemand also auf die Idee kommt, dem wackeren Personal in der Küche die Hölle heiss zu machen, lohnt es sich, nach den Beschwerden der vermeintlichen Kostverächter zu forschen und sie zu beheben: nach Zahnproblemen etwa, Aphten in der Mundhöhle, Schluckbeschwerden, Depressionen und Demenz (siehe Kasten «Risikofaktoren für Mangelernährung» Seite 13).

Darin sind sich die Fachleute einig: Fehl- und Mangelernährung gehören zu den häufigsten und am wenigsten beachteten Krankheiten im Alter. Allerdings: Eine allgemein anerkannte Definition von Mangelernährung gibt es nicht. Verschiedene Methoden dienen dazu, eine Mangelernährung festzustellen: Blutuntersuchungen, aber auch Hautfaltendickenmessung am Oberarm oder Messung des Mittelarmumfangs. Das gebräuchlichste Mass

ist der Body-Mass-Index (BMI), der sich aus Körpergrösse und Gewicht errechnen lässt (kg/m^2). «Da eine einheitliche Diagnose fehlt, variieren die Zahlen von mangel- und unterernährten Bewohnerinnen in Schweizer Heimen je nach Studie und Messmethode stark – zwischen 23 und 85 Prozent», erklärt Cristina Mitrache. Sicher ist: Mangelernährung hat einschneidende Folgen für die Gesundheit, und zwar für den ganzen Menschen.

EU-weit 30 Millionen Menschen betroffen

Schwäche, Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Antriebsarmut treten bereits bei einer leichten Mangelernährung auf. Ein anhaltendes Nährstoffdefizit zieht starke körperliche Schädigungen und Störungen wichtiger Organfunktionen nach sich. Die Anfälligkeit für Austrocknung, Gelenkversteifungen, Druckgeschwüre, tiefe Venenthrombosen steigt. Ein schwächelndes Immunsystem erhöht das Risiko für Infektionskrankheiten generell, auf eine Schwächung der Atemmuskulatur folgen mehr Atemwegsinfektionen im Speziellen. Sogar die Herzfunktion ist oft beeinträchtigt, was zu Herzversagen führen kann. Mangelernährte Menschen sind zunehmend auf Pflege angewiesen, büssen einen erheblichen Teil an Lebensqualität ein. Und: «Mangelernährte betagte Patienten sterben früher als gut Genährte», erklärt Mitrache.

Erstaunlich: Die Tatsache, dass Mangelernährung auch enorm viel kostet, ist kaum bekannt. «In den Ländern der EU sind 60 Prozent der Pflegeheimbewohner unterernährt oder auf dem Weg dorthin», resümierte Michael Hiesmayr, Professor für Innere Medizin an der Universität Wien, am diesjährigen Kongress der Europäischen Gesellschaft für klinische Ernährung und Stoffwechsel. Dies bedeutet: «Von Mangel- und Unterernährung sind 30 Millionen Menschen betroffen, die jährlich Folgekosten von 250 Milliarden Franken herbeiführen – das Dreifache der Kosten für krankhaftes Übergewicht.» Für die Schweiz gibt es



Cristina Mitrache empfiehlt, den Ernährungszustand älterer Menschen beim Eintritt ins Heim unbedingt abzuklären.

zwar keine entsprechenden Zahlen. Doch liess das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Situation in den Spitälern untersuchen. Danach lagen im Jahr 2004 157000 Patientinnen und Patienten mangelernährt in den Betten und erlitten während ihres Aufenthalts im Spital nahezu doppelt so häufig Infektionen wie normal Ernährte. Sie brauchten mehr Medikamente, waren bei der Entlassung weniger selbständig und hatten ein erhöhtes Risiko, früher zu sterben. Andreas Frei, der Gesundheitsökonom, der die Studie im Auftrag des BAG durchführte, errechnete, dass die Mangelernährten in den Schweizer Spitälern im Jahr 2004 Mehrkosten von 526 Millionen Franken verursachten. In seinem Schlussbericht schreibt der Wissenschaftler: «In der Schweiz wird die Mangelernährung in den Spitälern als schwerwiegendes Problem zunehmend erkannt und anerkannt. Jedoch fehlen die Strukturen und Prozesse für den Umgang damit weitgehend.»

Systematisches Screening

Das war 2004. Seither hat sich vieles zum Besseren gewendet, jedenfalls in den Spitälern. Cristina Mitrache bestätigt: «Tatsächlich thematisieren die Fachleute das Problem der Unterernährung und seiner Folgen erst seit wenigen Jahren ernsthaft.» Ausschlaggebend waren nicht zuletzt die Ergebnisse eines Tests mit gesunden, fitten 70-Jährigen. Sie zeigten, dass die Seniorinnen und Senioren, die freiwillig bei diesem Experiment mitmachten, nach einer Fastenzeit verlorenes Gewicht nicht mehr wiedererlangen konnten. «Diese Erkenntnis veranlasste uns dazu, den Ernährungszustand älterer Menschen beim Eintritt ins Spital systematisch zu screenen», sagt Cristina Mitrache. Dazu stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung, welche die Ärztin im Felix-Platter-Spital stufenweise anwendet: Das «Mini Nutritional Assessment» und, je nach Resultat, anschliessend verschiedene Labortests («Nutrogramm») und die sogenannte «Beobachtung durch die Pflegenden zu den Ernährungsgewohnheiten der Bewohnerinnen und Bewohnern, BEOP».

Die Ärztin empfiehlt dringend, «solche Abklärungen auch in Pflegeheimen routinemässig durchzuführen – beim Eintritt, aber auch in regelmässigen Abständen während des Aufenthalts der Bewohnerinnen und Bewohner». Diese Meinung vertritt vehement auch Michael Hiesmayr von der Medizinischen Universität Wien: «Auch die Gesundheitspolitik ist gefordert. Jeder sechste Heimbewohner in den EU-Ländern mit einem BMI von unter 20 nimmt zu wenig Nahrung auf. Ernährungsscre-

Mini Nutritional Assessment

Anamnesebogen zur Bestimmung des Ernährungszustandes älterer Menschen

- A Hat der Patient einen verminderten Appetit? Hat er während der letzten 3 Monate wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken weniger gegessen?
- 0 = schwerer Appetitverlust
 1 = leichter Appetitverlust
 2 = kein Appetitverlust
- 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 / Beweglichkeit
- 0 = vom Bett zum Stuhl
 1 = in der Wohnung mobil
 2 = verlässt die Wohnung
- D Akute Krankheit oder psychischer Stress in den letzten 3 Monaten?
- 0 = ja
 2 = nein
- E Psychische Situation
- 0 = schwere Demenz oder Depression
 1 = leichte Demenz oder Depression
 2 = keine Probleme
- F Körpermassindex (Body Mass Index, BMI) (Körpergewicht / (Körpergrösse)², in kg / m²)
- 0 = BMI < 19
 1 = 19 ≤ BMI < 21
 2 = 21 ≤ BMI < 23
 3 = BMI ≥ 23

Ergebnis (max. 14 Punkte)

- 12 Punkte oder mehr = normaler Ernährungszustand
 11 Punkte oder weniger = Gefahr der Mangelernährung
 Weniger als 10 Punkte = Nutrogramm und BEOP verordnen (siehe Haupttext)



So viel müssten Betagte zu Mittag essen: 180 g Teigwaren ...



... 120 g Gemüse ...

Fotos: Annemarie Meier Bosshard

nings müssen Routine werden, gleich wie das Messen der Körpertemperatur und des Blutdrucks!», fordert er.

Ab 70 Jahren nicht mehr abnehmen

In Heimen am einfachsten anzuwenden und mit wenig Aufwand verbunden ist laut Cristina Mitrache die Kurzversion des Mini Nutritional Assessment MNA (siehe auf Seite 11). Sechs Fragen müssen Pflegenden über Appetit, Gewichtsverlauf, Mobilität, Krankheiten und psychische Verfassung der Bewohnerinnen und Bewohner beantworten. Aus den Antworten lässt sich ein erstes Bild gewinnen:

- Der Ernährungszustand ist normal.
- Die Gefahr der Mangelernährung besteht.
- Die Durchführung von Labortests («Nutrogramm») ist angezeigt.
- Die Pflegepersonen sollten BEOP durchführen – eine tabellarische Ernährungsbilanz während vier Tagen (ein entsprechend überarbeitetes Formular stellt das Felix-Platter-Spital im Verlauf des November zum Herunterladen von der Homepage zur Verfügung: www.felixplatterspital.ch).

Cristina Mitrache hält fest, das Ziel der Bemühungen müsse sein, «dass Menschen vor dem 70. Altersjahr nicht zunehmen, und ab 70 sollten sie nicht mehr abnehmen». Für dieses Motto plädiert auch Reinhard Imoberdorf, Internist am Kantonsspital Winterthur: «Das Körpergewicht ist ein wichtiger Prognosefaktor», warnte er am diesjährigen Fortbildungstag des Kollegiums für Hausarztmedizin zum Thema «Malnutrition». Am längsten leben laut Imoberdorf Menschen mit einem BMI zwischen 25 und 30 – nach gängiger Definition also mit leichtem Übergewicht. Auch der Fachmann aus Winterthur rief die Hausärzte dazu auf, über 70-jährige Patienten nicht abnehmen zu lassen, da in diesem Alter ungewollter Gewichtsverlust ein Zeichen für eine Erkrankung sei.

«Die Pflegenden in Heimen sollten neben dem Einsatz standardisierter Instrumente aber auch sensibilisiert werden, Mangel-

lernährung bei Betagten im Alltag zu erkennen», schlägt Cristina Mitrache vor. Es gelte, Veränderungen wahrzunehmen – und zwar nicht nur im Essverhalten: Werden die Gehstrecken kürzer und kürzer, die ein Betagter noch bewältigt? Kommt ein unsicherer Gang dazu? Leidet eine Betagte neuerdings unter Kurzatmigkeit, Schwindel oder Vergesslichkeit? Hat sie an Selbständigkeit merklich verloren? Klagen Bewohnende über Unwohlsein? Nimmt die Kraft in den Händen sichtbar ab und die Pflegebedürftigkeit zu? «Auch Angehörige sollen den Pflegenden unbedingt melden, wenn sie derartige Veränderungen beobachten», rät Mitrache.

Und schliesslich erwähnt sie den Wert der interdisziplinären Zusammenarbeit. Diese bedeutet: «Arzt oder Ärztin, Pflegepersonal und Ernährungsberatung müssen am gleichen Strick ziehen und sich regelmässig zu Ernährungsvisiten treffen. Dies würde ich auch den Heimen empfehlen. Es ist zeiteffizient und hilft, die Probleme rasch zu erfassen und gezielt anzugehen.»

Halbe Portionen reichen nicht

Verwirrten betagten Menschen hilft beim Essen eine möglichst grosse Einfachheit und Schmucklosigkeit (siehe Beitrag Seite 34). Im Gegensatz dazu lieben körperlich und geistig gesunde Heimbewohnende Abwechslung, Vielfalt, Farbigkeit. «Einen grossen Stellenwert hat sodann die «anmüchelige» Präsentation der Speisen», sagt Franziska Kämpfer, Diätköchin und Lehrbeauftragte bei Curaviva Weiterbildung. Denn es gilt, alte, häufig hochbetagte Menschen mit genügend Energie, Eiweiss, Kalzium, Vitamin D, Vitamin B12 und Antioxidantien zu versorgen.

Das ist häufig gar nicht so einfach. In ihren Kursen zeigt Ernährungsberaterin HF Annemarie Meier Bosshard, ebenfalls Curaviva-Dozentin, jeweils Fotos von normalen Portionen. Doch die Kursteilnehmer wissen: So viel essen unsere Leute nicht. Sie verlangen halbe, manchmal Viertelportionen. Das reicht natür-



... und 100 bis 120 g Fleisch.



Doch so viel ist den meisten Heimbewohnenden zu viel.

lich nie und nimmer. Was also tun? Die Ernährungsfachfrauen wissen es. Sie nennen die Eckpfeiler einer Ernährungstherapie:

Die Freude am Essen fördern:

- Essbiografie abklären und berücksichtigen (Lieblingsgerichte von früher)
- Essen schmackhaft zubereiten und schön anrichten
- Angepasste Portionengrößen servieren
- Menüplan mit den Heimbewohnerinnen und -bewohnern besprechen
- Essensdüfte in den Raum zaubern
- Für eine gute Tischatmosphäre sorgen

Nährstoff- und Energiezufuhr sichern:

- einige Tage Essprotokoll führen (siehe oben: BEOP)
- Anpassung der Ernährung, zum Beispiel kalorienreiche Getränke, kalorien- und eiweissreiche Zwischenmahlzeiten sowie angereicherte Suppen anbieten; alle Speisen in der Küche anreichern. Zur Proteinanreicherung eignen sich Milch, Quark, Joghurt, geriebener Käse oder industriell hergestellte Proteinkonzentrate; zur Energieanreicherung kommen Raps- und Olivenöl, Butter, Vollrahm, Mascarpone, Sauerrahm, Kokosnussmilch, Mandelpüree, Zucker, industriell hergestellte Kohlehydratkonzentrate in Frage.
- Sollten diese Massnahmen noch nicht genügen, kann Zusatznahrung in Erwägung gezogen werden. Und als Ultima Ratio gibt es die Möglichkeit der enteralen (über den Magen-Darm-Trakt) oder parenteralen (unter Umgehung des Magen-Darm-Trakts) Ernährung. •

Ein Leitfaden «Ernährung für Hochbetagte» findet sich auf www.curaviva.ch / Information / Empfehlungen.

Risikofaktoren für Mangelernährung

- Geschmacksänderung (Massnahme: Medikamente überprüfen)
- Zahnprobleme (Massnahmen: Prothesenkontrolle, Mundspülen, Zahnarztbesuch)
- Probleme der Mundschleimhaut: Aphten, Druckstellen, Trockenheit, Soor (Massnahmen: Mundspülen, Salbe vor dem Essen, Lutschtabletten)
- Schluckprobleme (Massnahmen: Rachen untersuchen, Medikamente überprüfen, Kost anpassen, Hilfe beim Essen)
- Erbrechen, Übelkeit, Aufstossen (Massnahmen: Ursache abklären, Medikamente überprüfen, Verdauung regeln, Kost anpassen)
- Durchfall, Verstopfung (Massnahmen: Ursache abklären, Medikamente überprüfen, Kost anpassen)
- Erkrankungen des Magendarmtraktes (Massnahmen: Behandlung der Grunderkrankung, Kost anpassen)
- Psychiatrische Leiden wie Depression und Demenz (Massnahmen: Psychopharmaka, Hilfe beim Essen, Fingerfood)
- Pflegebedürftigkeit wie Sehbehinderung, Schwerhörigkeit, Immobilität (Massnahmen: Hilfe bei der Menüauswahl, Hilfe beim Essen, Fingerfood, Verbesserung der Mobilität)
- Neurologische Erkrankungen wie Schlaganfall, Aphasie (Sprachverlust), Parkinson'sche Krankheit (Massnahmen: Hilfe bei der Menüauswahl, Hilfe beim Essen, Fingerfood)

Zuständig für die Diagnose, die Anordnung und die Durchführung geeigneter Massnahmen ist immer ein ganzes Team. Immer dabei sind die Pflegefachpersonen. Dazu gehören ausserdem, in unterschiedlicher Zusammensetzung, Arzt oder Ärztin, Ernährungsberaterin, Logopädin, Ergo-, Physio- und Aktivierungstherapeutin. (leu)