

### Mangelernährung in der Schweiz

# «Jeder Fünfte im Spital ist mangelernährt»

Die «Schweizer Zeitschrift für Ernährungsmedizin» nimmt den Bericht des Europarates zum Anlass, mit Professor Dr. med. Ulrich Keller, Endokrinologe und Fachmann für klinische Ernährung im Bereich Medizin der Basler Universitätsklinik, über den Stellenwert der Mangelernährung in der Schweiz und mögliche therapeutische Auswege zu diskutieren.

**Schweizer Zeitschrift für Ernährungsmedizin (SZE): Herr Professor Keller, wie definieren Sie Mangelernährung und woran lässt sie sich erkennen?**

**Professor Ulrich Keller (UK):** Die einfachste Möglichkeit ist die Berechnung des Body Mass Index (BMI). Das hat aber seine Probleme, denn es gibt unterernährte Menschen, die einen normalen BMI aufweisen, umgekehrt aber auch grosse, schlanke Menschen, die einen niedrigen BMI haben, aber nicht mangelernährt sind. Bei einem BMI unter 18 liegt jedoch häufig eine Mangelernährung vor. Ein Gewichtsverlust von über 5 Prozent in drei Monaten ist auch ein Hinweis für Mangelernährung. Weil die Methode der Erfassung des Ernährungsstatus immer noch umstritten ist, hat man sich in der Schweiz aufgrund des Europarat-Berichtes darauf geeinigt, den so genannten Kondrup-Risiko-Score einzusetzen. Der Däne Kondrup zeigte glaubhaft, dass sich über eine einfache Befragung das Risiko der Mangelernährung gut beurteilen lässt. Dabei ist der Gewichtsverlust der vergangenen drei oder sechs Monate massgebend, der in verschiedenen Kategorien, zum Beispiel 5 Prozent, 10 Prozent etc., erfasst wird. Zusätzlich wird auch ein Krankheitsfaktor berück-



Professor Ulrich Keller

sichtigt. Diese beiden Grössen, also Gewichtsabnahme und Krankheitsfaktor, ergeben einen Summenscore, der das Risiko einer Mangelernährung aufzeigt. Das ist jedoch nur eine mögliche Screeningmethode. Bei Hochrisikopatienten können zusätzlich Laborwerte herangezogen werden, wobei man sich hier fragen muss, welche dazu geeignet sind. Zum Beispiel ist das Albumin sicher ein wichtiger Wert, denn ein normaler Albuminspiegel spricht eindeutig gegen eine Mangelernährung; auf der anderen Seite haben viele Patienten im Spital einen niedrigeren Albuminspiegel, ohne mangelernährt zu sein, eben als Anzeichen einer schweren Erkrankung. Auch die erniedrigte Lymphozytenzahl oder das erniedrigte Kreatinin in Serum und Urin sind Laborparameter einer Mangelernährung. Für die Praxis ist es indessen wichtig, eine Methode zu empfehlen, die breit anwendbar ist, rasch geht und nichts kostet; deshalb ist der Kondrup-Score sehr gut für ein rasches, zuverlässiges Screening geeignet.

**Wie häufig ist Mangelernährung tatsächlich?**

**U.K.:** In internistischen Abteilungen eines Krankenhauses liegt die Häufigkeit bei zirka 20 Prozent, das heisst, jeder oder jede Fünfte im Spital ist mangelernährt. Meist handelt es sich um ältere, kranke Menschen. Es ist

wichtig anzumerken, dass die Mangelernährung in der Regel im Zusammenhang mit einer Krankheit entsteht, und nicht weil die Leute zu wenig zu essen haben. Es ist die Krankheit, die eine Mangelernährung auslöst und die dann per se wieder eine ungünstige Wirkung auf die Krankheit, den Zustand des Patienten, seine Lebensqualität und seine Rekonvaleszenz hat.

**Trifft man bei Senioren, die allein oder in Altersheimen leben, nicht auch häufig ernährungsbedingte Mangelerscheinungen an? Gibt es das wirklich nur im Spital?**

**U.K.:** Nein; es gibt durchaus ältere Menschen zu Hause, die nicht wegen körperlicher, lebensbegrenzender Erkrankungen in eine Mangelernährung geraten. Ursache können auch Schluckbeschwerden, Depressionen, Vereinsamung oder psycho-soziale Gründe sein. Es gibt ein ganz breites Spektrum. Es ist vielleicht nicht hinreichend bekannt, aber es gibt eine Reihe chronischer Erkrankungen, die zur Mangelernährung führen. Dazu gehört eine Herz- oder Lungeninsuffizienz ebenso wie natürlich Magen-Darm-Erkrankungen und Krebsleiden.

**Was sind aus Ihrer Sicht die wesentlichsten Aussagen des europäischen Berichtes, den wir am Anfang bereits ansprachen?**

**U.K.:** Das zentrale Thema des Berichtes ist die Unterernährung im Spital. Der Bericht betont, dass die Organisationsstrukturen in den Spitälern im Hinblick auf eine Vermeidung der Unterernährung oft den Anforderungen nicht genügen, und zwar in ganz Europa, nicht nur in der Schweiz. Ausserdem wird das gehäufte Auftreten der Mangelernährung immer noch zu wenig wahr- und ernst genommen. Es finden sich immer viele Gründe, dieses Problem zu ignorieren. Klar ist, dass es mit Absichtserklärungen nicht getan ist, sondern nur mit einer Verhaltensänderung und einer entsprechenden Strategie in den Spitälern angehendbar ist. Man könnte die Situation mit der Krankenhaushygiene vergleichen: Dort ist es akzeptiert, dass ein

# Mangelernährung

Spital gewisse Standards erfüllen muss, und wenn es das nicht tut, macht es sich mitschuldig und wird angreifbar. Diese Verantwortlichkeit des Spitals ist bei der Mangelernährung bisher noch nicht gegeben, die Spitalverwaltungen sind sich oft dieser Verantwortung nicht bewusst. Hier müssen in den Spitalern die notwendigen Strukturen für die Lösung des Problems geschaffen werden. Es sind die Arbeitsabläufe – von der Front über die Pflegeassistentin, die Krankenschwester, den Arzt und Oberarzt, vielleicht die Ernährungsberaterin, bis hin zur Küche und der Spitalverwaltung –, die besser koordiniert werden müssen. Irgendwie muss die Küche hinten mitbekommen, was es vorne für Bedürfnisse gibt. Stichwort: Immunsuppression eines Patienten; dieser benötigt eine spezielle Ernährung, beispielsweise keine rohen Nahrungsmittel. Dies muss die Küche entsprechend umsetzen können; die geeigneten Nahrungsmittel müssen verfügbar sein, auch solche, die vielleicht nicht der üblichen Kost entsprechen. Ausserdem muss vom Pflegepersonal festgestellt werden, ob

und was der Patient gegessen hat und was nicht. Und wenn nicht, warum nicht? Hat der Patient vielleicht spezielle Wünsche, oder mag er etwas nicht? Bei der ganzen Personalknappheit ist die Umsetzung allerdings ein zunehmendes Problem, denn nur wenige pflegen noch am Krankenbett, und die Zeit, in der ein Patient tatsächlich vom Arzt oder vom Pflegepersonal gesehen wird, wird immer knapper. Darunter leidet auch die Kommunikation. Auch die Zeit zum «Füttern» des Patienten ist nicht mehr gegeben.

## *Und was passiert, wenn solche Patienten entlassen werden?*

**UK:** Auch hierzu gibt der europäische Bericht entsprechende Empfehlungen: Wird ein Patient, der an einer Mangelernährung leidet, in eine andere Pflegestation verlegt oder nach Hause geschickt, dann sollten die Bemühungen weitergehen. Auch die Spitex ist hier gefordert und sollte mehr darauf geschult und im nutritiven Bereich aktiver werden; das ist sie traditionell jedoch nicht. Die Spitex ist beispielsweise nicht tätig bei der Be-

schaffung und Abgabe von Trinknahrungssupplementen. Dafür fühlt sich niemand verantwortlich, das ist auch so ein Niemandsland. Hier müssen sich Angehörige oder die Patienten selbst darum kümmern. Die Existenz dieser Trinknahrungssupplemente ist leider auch nicht hinreichend bekannt.

## *Was enthalten die Trinknahrungen, und welchen Stellenwert haben sie bei der Versorgung älterer Patienten?*

**U.K.:** Im Vergleich zu den nichtsupplementierten Getränken, wie zum Beispiel Orangensaft oder Ovomaltine, die ja relativ einseitig sind und nicht «komplett», sind die meisten Trinknahrungen vollbilanziert auf Basis der RDA (Recommended Daily Allowances). Wenn man ein oder zwei Einheiten Trinknahrung pro Tag zu sich nimmt, lässt sich damit die Hälfte oder sogar zwei Drittel des täglichen Nährstoffbedarfs decken. Sicherlich braucht nicht jeder Patient diese Trinknahrung, aber häufig ist es eine gute Variante.

*Neben diesen schweren Fällen der Mangelernährung, wie wir sie im Spital vorfinden, gibt es doch sicher auch subtilere Formen, wo einfach eine Unterversorgung mit Vitaminen und Spurenelementen besteht. Was ist darüber bekannt? Eine längerfristige Unterversorgung mit essenziellen Nährstoffen macht auf Dauer doch ebenso anfällig für Krankheiten?*

**U.K.:** Das ist ganz sicher ein Problem. Viele der Betagten sind beispielsweise unterversorgt mit Kalzium, Vitamin D und Vitamin B<sub>12</sub>. Bei einer kurzen Befragung realisiert man aufgrund des Mineralwasser- beziehungsweise des Milchprodukte- oder Fleischkonsums, was die Leute ungefähr an Nährstoffen zu sich nehmen. Durch Nachfragen und das Bemühen, diesen Zustand mit Supplementen oder mit der besseren Verfügbarkeit von Lebensmitteln oder Menüs sowie durch ein patientengerechtes Angebot zu verbessern, kann man vieles erreichen.

Wird nichts gegen eine Unterversorgung mit essenziellen Nährstoffen unternommen, werden erneute Krankheitskomplikationen ausgelöst. Das ist ein Teufelskreis. Selbst eine durch Krankheit hervorgerufene Mangelernährung, wie bei einem Tumorleiden zum Beispiel, reduziert die Abwehrkräfte und die Mobilität des Patienten, sodass unweigerlich Sekundärkomplikationen entstehen. Man weiss, dass ungefähr jeder fünfte Tumorpatient an den Folgen der Kachexie stirbt und nicht am Tumorleiden selbst.

*Was empfehlen Sie denn den Hausärzten im Umgang mit mangelernährten Patienten?*

**U.K.:** Wichtig ist die Sensibilisierung der Patienten und Angehörigen für die Folgen einer Mangelernährung sowie der Hinweis auf mögliche Versorgungswege, wie zum Beispiel die Spitex oder andere Beratungsstellen. Zudem sollte man auf die Trinknahrungen hinweisen, damit die Angehörigen die Möglichkeit haben, das umzusetzen. Bei schwer kranken Patienten, die nicht schlucken können, sollte man rechtzeitig, wenn gewünscht, auch eine Sondenernährung installieren, bevor der Patient kachektisch wird. Dabei gilt es sicher auch ethische Aspekte zu berücksichtigen. Einerseits kann es mit der Ethik nicht vereinbar sein, einen Patienten nicht zu ernähren. Andererseits gibt es auch fortgeschrittene Krankheitsstadien, bei denen die Ernährung nicht mehr so wichtig ist, aber das gehört in den Rahmen der Palliation. Insgesamt lässt sich abschliessend sagen, dass es in der Schweiz gegenwärtig eine zunehmende Sensibilisierung für dieses Thema gibt. Das Problem – insbesondere in den Spitalern – wird jetzt vermehrt aufgegriffen, und es ist vorgesehen, einen Konsens mit entsprechenden Empfehlungen zu erarbeiten. ■

*Wir danken Ihnen für das Gespräch.*

Das Interview führte Claudia Reinke

Interessenskonflikte: keine

## Gründung der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung (SGE)

Die beiden bisherigen Fachgesellschaften, die Schweizerische Vereinigung für Ernährung und die Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung, haben am 20. Januar 2004 ein Zusammengehen beschlossen.

Die Zielsetzungen der neuen «Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung (SGE)» sind:

- Die Aufklärung der Bevölkerung über alle Fragen einer gesunden Ernährung mit aktuellen, wissenschaftlich gesicherten Informationen
- Die Förderung der wissenschaftlichen Forschung im Ernährungsbereich sowie der Informationsaustausch über neue Forschungsvorhaben und -resultate

- Die Förderung des Erfahrungsaustausches und der Zusammenarbeit zwischen den wissenschaftlich und den praktisch auf dem Gebiet der Ernährung tätigen Personen und Organisationen.

Präsident der neuen Gesellschaft, die etwa 5700 Mitglieder zählt, ist Professor Dr. Paul Walter, ehemaliger Direktor des Biochemischen und des Schweizerischen Vitamin-Instituts der Universität Basel. ■

SGE/SSN  
Effingerstr. 2  
Postfach 8333  
3001 Bern  
Tel. 031-385 00 00, Fax 031-385 00 05  
E-Mail (neu): [info@sge-ssn.ch](mailto:info@sge-ssn.ch)  
Internet (neu): [www.sge-ssn.ch](http://www.sge-ssn.ch)

## Glosse

### Mangel: Ernährung

Meine Mangelernährung: ist erkältungsbedingt. Das ist jetzt mein vierter Tag ohne Geschmackssinn. Jeden Morgen der Test, hoffnungsfroh, ein Schluck Orangensaft – nix. Gar nix. Und dabei hätte ich solche Lust zu essen: Fisch mit Gemüse und Reis und Spaghetti Napoli und Schokolade und ... Kochen oder Essen gehen macht keinen Sinn, ich halte mich an Brot, Mangelernährung aus Faulheit und Frustration. Es hat etwas Autistisches, nichts schmecken zu können.

B.s Mangelernährung: machte mich wütend. Die fünfzehnjährige, hübsche B. mit der normalen Figur, zuerst war es nur Light-Joghurt anstatt normales, Mager- statt Vollmilch, dann Früchte zum Znacht, irgendwann Salat ohne Sauce und Miss-Sixty-Jeans (die Unschlabberbaren), die schlabberten. Die Mutter sagte: Sie ist in der Pubertät, da verändert sich der Körper halt. Mit Mangelernährung: musste Kollegin L. letztthin ins Bett. Da hatte sie den ganzen Tag über sooo Lust auf Spinat, Spinat! und nur Spinat, hat sich dann auch einen Beutel frischen Spinat gekauft – sooo einen Beutel! –, hat das grüne Gold liebevoll zubereitet, und was blieb übrig? So ein Häufchen!, ruft sie und macht eine hohle Hand. (Warum sie übrigens ausgerechnet auf Spinat einen solchen Appetit hatte, war ihr sofort klar, als sie noch am selben Abend ihre Tage kriegte.)

Die Mangelernährung meiner Grossmutter hatte dagegen vielerlei Ursachen. Für sie war Essen seit jeher eng mit Hunger verknüpft. Im Alter fiel es ihr deshalb schwer zu essen, wenn sie nicht wirklich Hunger hatte. Auch alleine essen machte ihr Mühe – essen sollte man in Gesellschaft, sagte sie. Der geniessende Mensch, der im Denken während der einsamen Mahlzeit an sich selber zehrt, verliert allmählich die Munterkeit, sagte Kant. Richtig Lust zu essen hatte meine Grossmutter selten.

Michèle Roten  
E-Mail: [michele.roten@foaster.ch](mailto:michele.roten@foaster.ch)