

Unterernährung im Spital

Unterernährung im Spital ist ein häufiges Problem, welches im klinischen Alltag wenig Beachtung findet. Unterernährung ist ein unabhängiger Risikofaktor bei Erkrankung, führt zu erhöhter Morbidität und Mortalität, verlängert dadurch die Aufenthaltsdauer im Spital und ist ein wichtiger Kosten steigernder Faktor im Gesundheitswesen. Wichtig ist, dass bereits bei Spitaleintritt Patienten mit manifesten Unterernährung oder mit einem Risiko dafür erkannt werden. Dies erfordert eine systematische Erfassung jedes Patienten. Entsprechend muss das Erfassungsinstrument einfach, leicht und schnell anwendbar sein. Wir haben deshalb zusammen mit sieben Schweizer Spitalern das Projekt «Unterernährung im Spital/Ernährung des Spitalpatienten» gestartet mit dem Hauptziel, die Inzidenz der Unterernährung in verschiedenen Spitälern der Schweiz zu erfassen und Aussagen zu machen, ob die notwendigen Ernährungstherapien durchgeführt werden.

Reinhard Imoberdorf, Peter E. Ballmer

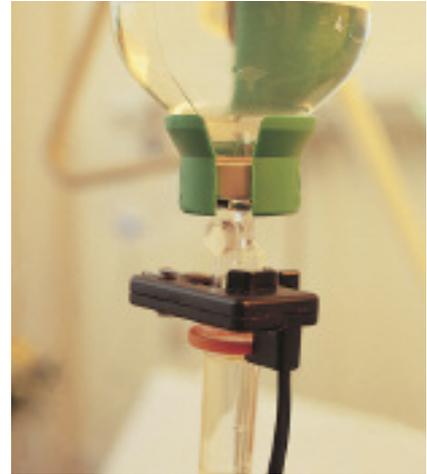
Einleitung

«Was ist das Schwerste von allem, was Dich das Leichteste dünkt, mit den Augen zu sehen, was vor den Augen Dir liegt.»

Dieses von Johann W. von Goethe vortrefflich formulierte Gedicht möchten wir an den Anfang stellen, da es in wunderbarer Weise genau das beschreibt, was wir als Kliniker täglich erleben. Viele Patienten im Spital sind offensichtlich unterernährt, was wir zwar sehen, aber dennoch nicht realisieren. Sie werden zur Abklärung, zum Beispiel eines Gewichtsverlustes, eingewiesen, also muss eine Diagnose her, die heute oft mittels hochtechnisierter Apparate erzwungen wird. Etwas Wichtiges aber wird nicht selten vergessen: die Bedeutung des Ernährungszustandes zu werten und auch während der Abklärungen für eine adäquate Ernährung zu sorgen. In diesem Beitrag wurden wir eingeladen, kurz unser Projekt «Unterernährung im Spital/Ernährung des Spitalpatienten» vorzustellen.

Häufigkeit

Die Prävalenz der krankheitsbedingten Unterernährung bei Krankenhauspatienten liegt bei 20 bis 50 Prozent. In einer eigenen Erhebung an der Medizinischen Klinik des Kantonsospitals Winterthur konnten wir ebenfalls bei beinahe 30 Prozent der Patienten Zeichen für Unterernährung feststellen (Arbeit in Vorbereitung).



Definitionen

Die verschiedenen Begriffe, wie Protein-Energie-Mangelernährung, Malnutrition oder krankheitsbedingte Unterernährung, werden in der Literatur nicht einheitlich verwendet. Im Zentrum steht Malnutrition, was am besten mit Fehlernährung übersetzt wird. Unter den Begriff Malnutrition werden folgende Zustände subsumiert: Vitamin-, Spurenelement-Mangelzustände, sekundäre Verluste bei Diarrhö, Überernährung und Unterernährung. Eine sehr breit gefasste Definition findet sich im kürzlich erschienenen Buch von Stratton und Mitarbeitern (1). Malnutrition ist ein Ernährungszustand, bei welchem ein Mangel, ein Exzess oder ein Ungleichgewicht in der Zufuhr von Energie, Protein oder anderen Nährstoffen zu messbaren unerwünschten Wirkungen auf Gewebe, Körperform und -funktion sowie auf den klinischen Outcome führen.

Die Anwendung dieser Definitionen im Praxisalltag ist allerdings nicht ein-

Tabelle 1: Am Projekt beteiligte Spitäler

Medizinische Klinik	Chefarzt	Verantwortlicher Studienarzt
Universitätsklinik Liestal	Prof. Dr. med. W. Zimmerli	PD Dr. med. R. Meier
Spital Altstätten	Dr. med. P. Hangartner	Dr. med. M. Rhyner
Spital Zollikerberg	Prof. Dr. med. M. Stäubli	Prof. Dr. med. M. Stäubli
Spital Uster	Dr. med. M. Spiegel	Dr. med. P. Krebs
Spital Zimmerberg	PD Dr. med. B. Hess	PD Dr. med. B. Hess
Kantonsspital Nidwalden	Dr. med. D. Wegmann	Dr. med. D. Wegmann
Kantonsspital Winterthur	Prof. Dr. med. P.E. Ballmer	Dr. med. R. Imoberdorf

Mangelernährung

fach. Anlässlich einer Schweizer Konsensuskonferenz im Herbst 2003 wurde beschlossen, vor allem den Begriff der Unterernährung zu verwenden und die Unterernährung zu definieren als einen ungewollten Gewichtsverlust von > 10 Prozent des Körpergewichtes innerhalb der letzten sechs Monate.

Projekt Unterernährung im Krankenhaus/Ernährung des Spitalpatienten

Unterernährung ist assoziiert mit erhöhter Morbidität und Mortalität, die Rate der Rehospitalisationen ist erhöht, und unterernährte Patienten sind durchschnittlich länger hospitalisiert, was zu einer Zunahme der Kosten führt (2, 3). Es ist wichtig, dass Patienten bereits bei Krankenseintritt bezüglich des Ernährungszustandes erfasst und wenn nötig einer adäquaten Ernährungstherapie zugeführt werden. Wir haben deshalb das Projekt «Unterernährung im Spital/Ernährung des Spitalpatienten» gestartet, mit folgenden Zielsetzungen:

(a) Anwendung eines einheitlichen

Screening-Instrumentes zur Erfassung eines Unterernährungszustands oder des Risikos, in absehbarer Zeit in einen Bereich der Unterernährung zu geraten.

(b) Unterernährung wird als Komorbidität erkannt und erfasst.

(c) Regionale Unterschiede der Prävalenz und Inzidenz für Unterernährung in der Schweiz sollen erkannt werden. Ferner sollen Informationen erarbeitet werden über die Gründe, weshalb eine indizierte Ernährungstherapie nicht durchgeführt wurde und welche Komplikationen durch eine Ernährungstherapie bedingt sein könnten. Für die Auswertung der Resultate wurde eine eigene Datenbank entwickelt. Die Erhebung dauert insgesamt drei Jahre. Das Projekt läuft unter dem Patronat der Chefärztereinigung der SGIM (Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin) und der GESKES (Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz). Zurzeit sind insgesamt sieben Spitäler (*Tabelle 1*) im Projekt aktiv, wobei die Erhebungen jeweils auf den Medizinischen Kliniken durchgeführt werden.

Das Screening-System

Das Screening-Instrument muss einige grundlegende Anforderungen erfüllen. Es muss verständlich sein, einfach anwendbar und darf nicht zeitaufwändig sein, da die Erfassung bei jedem Patienten erfolgt, der über 24 Stunden hospitalisiert wird. Das Erfassen des Ernährungsrisikos muss den Ernährungszustand und die Schwere der Erkrankung berücksichtigen. Es muss evidenzbasiert sein. Aufgrund dieser Anforderungen haben wir uns für das Erfassungsinstrument von Kondrup entschieden (4), welches vor kurzem auch von der ESPEN (European Society of Parenteral and Enteral Nutrition) für das Screening des Ernährungszustands empfohlen wurde (5). Es basiert auf der Annahme, dass aus dem Ausmass der Unterernährung und der Schwere der Erkrankung die Indikation für eine Ernährungstherapie gestellt werden kann (*Tabelle 2*). Wenn drei oder mehr Punkte erreicht werden, gilt eine Ernährungstherapie als indiziert, und es empfiehlt sich,

Tabelle 2: Erfassungsbogen nach Kondrup

Verschlechterung des Ernährungszustandes		Schwere der Erkrankung (Stressmetabolismus)	
Keine Verschlechterung	0	Kein Stressmetabolismus	0
Grad 1 (leicht) Gewichtsverlust > 5% in 3 Monaten oder Hat während der letzten Woche etwas weniger gegessen (50–75%)	1	Grad 1 (leicht) Hüftfraktur, chronische Patienten mit akuten Komplikationen: z.B. Zirrhose, COPD, chronische Hämodialyse, Diabetes, maligne Tumoren	1
Grad 2 (mässig) Gewichtsverlust > 5% in 2 Monaten oder BMI 18,5 bis 20,5 + reduzierter AZ oder Hat während der letzten Woche weniger als die Hälfte gegessen (25–50%)	2	Grad 2 (mässig) Grosse Bauchoperationen zerebrovaskuläre Insulte Schwere Pneumonie, Hämoblastosen	2
Grad 3 (schwer) Gewichtsverlust > 5% in 1 Monat oder BMI < 18,5 + reduzierter AZ oder Hat während der letzten Woche praktisch nicht gegessen (0–25%)	3	Grad 3 (schwer) Schädel-Hirn-Trauma Knochenmarkstransplantation Intensivstationspatienten (APACHE > 10)	3

+ Alterspunkt (wenn Patient ≥ 70 Jahre) = Total Punkte

eine Ernährungsberaterin hinzuzuziehen. Eine schwere Unterernährung (Grad 3) oder ein schwerer Stressmetabolismus (Grad 3) für sich allein sind damit bereits eine Indikation für eine Ernährungstherapie.

Nutzen des Projektes

Konkrete Resultate werden erst in ein bis zwei Jahren vorliegen. Die erhobenen Daten werden in erster Linie den Spitälern selber von Nutzen sein und aufzeigen, wo Handlungsbedarf besteht, das heisst bei welchen Patienten eine strukturierte klinische Ernährungstherapie Lebensqualität und klinischen Outcome verbessern könnte. Wir werden mit diesem Projekt die Grundlagen erarbeiten, anhand deren

wir die erforderlichen finanziellen und personellen Ressourcen im Bereich der klinischen Ernährung und der klinischen Medizin überhaupt zielgerichtet einsetzen können.

Weitere Interessenten für die Teilnahme an diesem Projekt können sich per E-Mail direkt an uns wenden (r.imoberdorf@ksw.ch).

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Reinhard Imoberdorf
Medizinische Klinik
Kantonsspital Winterthur
8401 Winterthur
Tel. 052-266 21 21
Fax 052-266 47 06
E-Mail: r.imoberdorf@ksw.ch

Referenzen:

1. Stratton RJ, Green CJ, Elia M.: Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. CAB International 2003. ISBN 0 85199 648 5.
2. Imoberdorf R, Stanga Z, Ballmer PE: Mangelernährung: Auswirkungen bei akuter Erkrankung. Schweiz Med Forum 2001; 1: 892–895.
3. Ballmer PE, Steffen P, Imoberdorf R: Mangelernährung: ein stark unterschätztes Problem. Schweiz Med Forum 2001; 1: 887–891.
4. Kondrup J: Can food intake in hospitals be improved? Clin Nutr 2001; 20 (Suppl 1):153–160.
5. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M: ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003; 22: 415–421.