

Ernährungstherapie in der Akutgeriatrie anhand eines Fallbeispiels



Fabienne Schaller

Fabienne Schaller

Die Ernährungsberatung sieht sich bei der Therapie älterer Menschen häufig mit komplexen Situationen konfrontiert. So sind bei geriatrischen Patienten im Akutspital oftmals multiple Erkrankungen vorhanden, und es müssen weitere Begleitumstände wie die soziale Situation oder kognitive Fähigkeiten neben den eigentlichen Erkrankungen als Ätiologie für Ernährungsprobleme erkannt werden. Im folgenden Beitrag wird die Komplexität der Ernährungstherapie bei multimorbiden älteren Patienten im Spital anhand eines Fallbeispiels mit Verweisen zu den aktuellen Leitlinien und Erkenntnissen aus der Praxis beschrieben.

Rolle der Ernährungsberatung bei älteren Menschen

Die Ernährungsberatung hat vielseitige Aufgaben im Bereich der Geriatrie (*Kasten*). Als Hauptbehandlungsgrund wird häufig die Mangelernährung gesehen. Sie hat jedoch auch weitere Indikationen bei geriatrischen Patienten, bei welchen sie deren Gesundheitszustand positiv beeinflussen kann (z.B. nach gastrointestinalen Operationen, angepasst an die metabolische Lage [z.B. Refeeding-Syndrom], Defäkationsprobleme).

Screening und Assessment

Das Screening einer Mangelernährung ist ein wichtiger Teil in deren Erkennung und Behandlung. Die ESPEN-Leitlinie für klinische Ernährung in der Geriatrie (2) empfiehlt, alle älteren Personen, unabhängig von einer spezifischen Diagnose, routinemässig auf eine Mangelernährung zu untersuchen. Miteingeschlossen sind übergewichtige und adipöse Patienten, da bei diesen ebenso eine Mangelernährung auftreten kann. Die Untersuchung sollte mit einem validierten Screening-Tool erfolgen. Bei einem Risiko für Mangelernährung gehen die Massnahmen laut der DGEM-Leitlinie für klinische Ernährung in der Geriatrie (3) und der ESPEN-Leitlinie für klinische Ernährung in der Geriatrie (2) über reine Ernährungsanpassungen hinaus. So sollte eine individuelle Ernährungstherapie von einer/m qualifizierten Ernährungsberater/in (BSc/HF SVDE) durchgeführt werden.

Validierte Screening-Tools sind beispielsweise NRS (Nutrition Risk Score) und MNA (Mini Nutrition Assessment). Aus eigener Erfahrung zeigt sich, dass geriatrische Patienten im Akutspital von einem frühzeitig durchgeführten Screening profitieren (< 48 h nach Eintritt), da Risiken rascher erkannt und früher ernährungstherapeutisch behandelt werden kann.

Fallbeispiel

Beim vorliegenden Fallbeispiel Frau C. waren folgende Informationen beim Eintritt verfügbar:

72 Jahre, ledig, keine Kinder, drei Brüder ohne Kontakt, im Altersheim wohnend.

Die Einweisung erfolgte aufgrund einer geriatrisch, akut rehabilitativen Komplexbehandlung nach Anlage eines protektiven Ileostomas und danach erschwertem postoperativen Kostaufbau.

Hauptdiagnosen: Adeno-CA Zökum (ED 1/18), entdeckt bei routinemässiger Koloskopie, Verschlechterung des Allgemeinzustandes seit 2 Jahren. Laut Patientin erfolgte eine:

Hemikolektomie rechts mit protektivem doppelläufigem Ileostoma (Rückverlegung geplant), und eine Trelumina bei V.d. auf Gastroparese (postoperativ) mit rezidivierendem Erbrechen sowie bisher ungenügendem Kostaufbau per os.

Nebendiagnosen: V.d. auf pseudomembranöse Kolitis (multiples pilzförmiges Ulcera Colon), Bakteriämie mit Antibiotika behandelt. Hat Clostridium difficile und flüssigen Stuhlgang mehrmals täglich (High-Output-Stomaverlust > 1500 ml/Tag), akute bis chronische Niereninsuffizienz (GFR 9), COPD Grad 2, Diabetes mellitus Typ 2 beziehungsweise diabetische Stoffwechsellage, Sarkoidose Stadium II (Nephrokalkinose) und St. nach rezidivierender Soor-Ösophagitis.

Medikamente: Insuman Rapid (NSS), Nephrotrans 1-1-1-0, Kalium Effervetten 1-0-1-0, Pantozol 1-0-0-0, Optifibre 1-1-1-1 ML, Imodium lingual 1-1-1-0.

Zuweisung zur Ernährungsberatung: Weiterführung der Ernährungstherapie nach Übertritt vom Akutspital ins eingewiesene Spital (NRS von 5).

Aufgrund des Ergebnisses von fünf Punkten wurde die Ernährungsberatung involviert. Die Reevaluation des Screenings nach Übertritt ergab einen NRS von vier Punkten. Die unterschiedliche Punktzahl der beiden Screenings ist durch die Verbesserung der Energie-

und Nährstoffabdeckung über die enterale Ernährung zu erklären. Ein detailliertes Ernährungsassessment erfolgte anschliessend durch die Ernährungsberatung.

Ernährungsassessment bei Frau C

Anthropometrische Daten: Grösse: 152 cm, Gewicht: 81 kg, Body-Mass-Index (BMI): 35,1 kg/m², Gewichtsverlauf: -13 kg in 2 Jahren (Gewicht vorher 94 kg)

Ernährungsanamnese

Aufnahme/Zufuhr: zu 75 Prozent über die Sonde (56 g, entspricht 70% der täglichen Proteinzufuhr), per os nicht quantifizierbar.

Kenntnis/Überzeugung: Patientin ist der Ansicht, sie habe nie mehr richtig gegessen und müsse auch nicht mehr richtig essen. Unklar ist immer wieder, ob die Patientin froh wäre, weiter abzunehmen.

Allergien: Anamnestisch: Nüsse, diverse Früchte (unklar, welche genau).

Ernährungsbezogene Lebensqualität: Patientin gibt an, seit 2 Jahren nicht mehr (richtig) gegessen zu haben. Pflegezentrum kann diesbezüglich nur wenig Auskunft geben. Die Pflegenden sagen, Frau C. esse sehr wenig zu den Hauptmahlzeiten (rund 1/3 vom Teller) und trinke zwischendurch Cola und Trinknahrung. Die Patientin hat in der Beratung «gut ernährt» zu sein, als Ziel angegeben.

Biochemische Daten

Labor: Rezidivierende Hyponatriämien, St. n. Hypokaliämien (substituiert), metabolische Azidosen (pH 7,21, Bikarbonat 17,1 mmol/l, pCO₂ 5,88 kPa), Harnstoff 10,9 mmol/l, Kreatinin 188 µmol/l, Serum-Osmolarität: 348 mmol/l, zeitweise GFR 8 ml/min.

Bilanz: schwierig einschätzbar, da nicht alle Angaben vorhanden sind. Meist über 1500 ml/Tag flüssiger Output über das Stoma, das undicht ist, dadurch Wundveränderung. Vermutlich ist die Bilanz negativ, da Verlust über Ileostoma und wenig orale Aufnahme sowie Verschlechterung der Nierensituation.

Ernährungsbezogene körperliche Befunde: Body-Impedanzanalyse als Einfachmessung aufgrund der Dehydratation nicht beurteilbar (Körperzellmasse und Phasenwinkel sind falsch tief), Wasserverteilung gibt jedoch Hinweise auf Dehydratation.

Schluckfunktion: immer wieder fraglich, nach Logopädie keine Dysphagie, Patientin gibt Schmerzen beim Schlucken an (Soor).

Zahnstatus: gut. **Appetit:** laut Patientin keiner. **Stuhlgang:** flüssiges Stomaoutput, Stoma häufig nicht dicht (verätzte Stellen).

Ernährungstherapeutische Behandlung

Aus dem Ernährungsassessment ergaben sich mehrere Probleme, welche ernährungstherapeutisch verbessert werden könnten (Tabelle). Die Probleme wurden nach NCPT-(Nutrition Care Process Terminology)-Standards formuliert und priorisiert.

Im Anschluss wurde für jedes Ernährungsproblem ein Interventionsplan inklusive Zielsetzung getroffen. Die Zielsetzung berücksichtigte die vorhandenen Leitlinien zur Ernährung älterer Menschen in einer Akutsituation (3). Zwar steht meist die Verbesserung des

Ernährungszustands auf oralem Weg im Vordergrund. In einigen Situationen, wie bei Frau C., ist jedoch eine Ergänzung durch eine enterale oder auch parenterale Ernährung nötig, um die klinische Situation des Patienten zu verbessern.

Als mögliche Parameter zur Überprüfung der Ernährungsinterventionen schlägt die Leitlinie eine adäquate Nahrungsaufnahme, Erhalt oder Steigerung des Körpergewichts und Verbesserung des funktionalen und klinischen Outcomes vor.

Die in der Tabelle genannten Ernährungsdiagnosen wurden der Evaluation entsprechend im Verlauf der Ernährungstherapie angepasst und unterschiedlich priorisiert.

Es war das oberste Ziel, die Befunde der ersten beiden Diagnosen zu verbessern. Die weiteren Ernährungsprobleme sollten später angegangen werden.

Mit einer besseren Stuhlkonsistenz, reduzierter Stuhlmenge, einem adäquaten Flüssigkeitsmanagement sowie einer gesteigerten oralen und enteralen Ernährung konnte Frau C. ihren Ernährungszustand verbessern. Nach Ende der enteralen Ernährung verschlechterte sich die Kalorien- und Proteinabdeckung über die orale Nahrungsaufnahme sowie von Nahrungszusätzen auf etwa 50 Prozent. Es zeigte sich, dass vor allem die Einstellung der Patientin gegenüber einer Steigerung der oralen Aufnahme nur ungenügend beeinflusst werden konnte. Die Patientin konnte den Zusammenhang der verbesserten oralen Nahrungsaufnahme auf den Ernährungszustand und der Reduktion des Stomaoutputs nicht ausreichend verstehen. Eine Ileostoma-Rückverlegung ist nach Austritt der Patientin, und zurück ins Altersheim, in wenigen Monaten geplant.

Kontinuität

Die Ernährungsberatung legt Wert darauf, dass die begonnenen Massnahmen nach Spitalaustritt weitergeführt werden können. Auch die ESPEN-Leitlinie für

Thérapie nutritionnelle en gériatrie aigüe

Mots-clés: dépistage et évaluation – interventions nutritionnelle – diagnostics nutritionnels

Le conseil nutritionnel chez la personne âgée peut souvent être confronté à des situations complexes. L'article fait le point sur la thérapie nutritionnelle chez le patient âgé multimorbide hospitalisé, à partir d'un cas tiré de la pratique, et en se référant aux directives actuellement en vigueur ainsi qu'aux constatations provenant de la pratique.

Kasten:

Rolle der Ernährungsberatung bei älteren Personen

- Initiierung und Koordination von Ernährungsscreening-Programmen zur Identifizierung des Risikos und der Risikofaktoren einer Mangelernährung.
- Entwicklung von evidenzbasierten Standards, Prozessen sowie Vorgaben für das Qualitätsmanagement der Ernährungsberatung.
- Hilfestellung bei der Entwicklung von nationalen Ernährungsempfehlungen und -richtlinien für ältere Menschen in Akutsituationen (z.B. Spitäler) und für die ältere Bevölkerung generell (Prävention).
- Beitrag zur Verbesserung des Ernährungswissens rund um die ältere Bevölkerung in der Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen.
- Erfüllen gerontologischer Ernährungsbedürfnisse zum Erhalt der Gesundheit und zur Vorbeugung von Erkrankungen.
- Förderung der geriatrischen Ernährungsforschung durch Initiierung und Durchführung wissenschaftlicher Arbeiten in diesem Gebiet.

(übersetzt nach dem Positionspapier der EFAD, 2017 [1])

Tabelle:

Ernährungsbehandlung im Überblick

Nr.	Ernährungsdiagnose	Ernährungsinterventionen		Ernährungsmonitoring
		Ziel	Verordnung/Intervention	
1	Veränderte gastrointestinale Funktion aufgrund High-Output-Stoma nach Ileostomie, gesehen an flüssigem Stomaoutput > 1,5 l/Tag, 348 mmol/l, Serum-Osmolarität und veränderter Nierenfunktion (GFR 8 ml/min)	Reduktion des Stomaoutputs Verbesserung der Stuhlkonsistenz Angepasste Flüssigkeitsaufnahme/-zufuhr (oral, i.v.) Verminderung der Hautschädigung Verminderung der Mortalität/Morbidität (Nierenversagen) durch Verbesserung der Nierenfunktion (GFR) und der serumisotonischen Osmolarität	Nahrungsergänzungsmittel (reich an löslichen Nahrungsfasern) Aufbau oraler Nahrungsaufnahme (Berücksichtigung des Nahrungsfasergehaltes) Antidiarrhoika Flüssigkeitsbilanz Versorgung mit i.v.-Flüssigkeit und Flüssigkeiten per oral Engmaschige Kontrolle der Laborwerte (Elektrolyte) Koordination und Rücksprachen mit involvierten Diensten (Ärzte, Pflege)	Bilanz Flüssigkeitszufuhr (Menge, Zusammensetzung) Laborwerte (Elektrolyte, Nierenfunktion, Serum-Osmolarität) und BIA (Body-Impedanzanalyse) Stuhlkonsistenz und Menge (Stuhlprotokoll) Einnahme des Nahrungsergänzungsmittels Nahrungsfaseraufnahme Hautverhältnisse
2	Veränderte gastrointestinale Funktion aufgrund V.d. auf postoperative Gastroparese, gesehen an Nausea, Emesis	Verbesserung der Gastroparese Verringerung von Emesis und Nausea	Koordination und Rücksprachen mit involvierten Diensten (Ärzten) bzgl. Medikation und medizinischer Massnahmen bzgl. der Gastroparese	Emesis Nausea Einnahme der Medikation
3	Unzureichende Zufuhr enteraler Sondennahrung, da Zielsetzung des oralen Kostaufbaus. Zurückhaltende Steigerung der Flussrate und Nährstoffdichte des Sondenkostproduktes aufgrund bereits flüssigem Stuhlgangs, das zeigt sich an einer berechneten Kalorien- und Proteinabdeckung von nur 50% des berechneten Bedarfs.	100% Energie- und Nährstoffabdeckung	Empfohlene Energiezufuhr: 1950 kcal (24 kcal/kg/KG) Empfohlene Proteinzufuhr: 81 g (1 g/kg/KG) Wechsel des Sondenkostproduktes auf ein niedermolekulares Beibehalten der Fließgeschwindigkeit, aber Steigerung des Volumens der enteralen Ernährung Koordination und Rücksprachen mit involvierten Diensten (Ärzte, Pflege)	Berechnung der enteralen und oralen Energie- und Proteinaufnahme (Essprotokoll) Enterale Ernährung (Fließgeschwindigkeit, Volumen, Verträglichkeit Nausea, Emesis)
4	Schluckschwierigkeiten aufgrund rezidivierenden enoralen Soors, erkennbar an einer reduzierten berechneten Nahrungsaufnahme, Vermeidung gewisser Lebensmittel	Verbesserung der Schluckfunktion Anpassung der Konsistenz	Modifikation der Konsistenz der Nahrungsmittel (weiche Kost) Soormedikamente Empfehlung einer logopädischen Abklärung Koordination und Rücksprachen mit involvierten Diensten (Ärzte, Pflege, Logopädie)	Logopädische Beurteilung Patientenempfinden (Schmerzen)
5	Ungewollter Gewichtsverlust aufgrund kataboler Erkrankung (Zökum-CA), gesehen an Gewichtsverlust von 10%/3 Monaten (Ref. > 7,5%/3 Mt.) und ungenügender Aufnahme	100% Energie- und Nährstoffabdeckung Stabilisierung des Gewichts	Beizogene Leitlinie (ESPEN Guideline Clinical Nutrition in Geriatrics, 2018) Empfohlene Energieaufnahme: 1950 kcal (24 kcal/kg/KG) Empfohlene Proteinaufnahme: 81 g (1 g/kg/KG) Modifikation des Energie-, Protein- und Fettgehalts der Mahlzeiten durch Anreicherung Einsatz von oralen Trinknahrungen Kombination der enteralen und oralen Ernährung Koordination und Rücksprachen mit involvierten Diensten (Ärzte, Pflege, Diätküche)	Berechnung der enteralen und oralen Energie- und Proteinaufnahme (Essprotokoll) Einnahme der Trinknahrungen Gewicht, BIA

Fortsetzung Tabelle nächste Seite

Fortsetzung Tabelle:

Ernährungsbehandlung im Überblick

Nr.	Ernährungsdiagnose	Ernährungsinterventionen		Ernährungsmonitoring
		Ziel	Verordnung/Intervention	
6	Malnutrition aufgrund chronischer Erkrankung sowie Veränderung der Struktur des Gastrointestinaltraktes mit Auswirkung auf den Appetit, erkennbar an einem Gewichtsverlust von 10%/3 Monaten (Ref. > 7,5%/3 Mt.) und geschätzter Energieaufnahme < 50–75% des berechneten Energiebedarfs	100% Energie- und Nährstoffabdeckung Stabilisierung des Gewichts	siehe Nr. 5	siehe Nr. 5
7	Limitierte Akzeptanz von Nahrungsmitteln aufgrund Selbsteinschränkung von Nahrungsmittelaversionen hinsichtlich spezifischer Nahrungsmittel (einige Früchte und Schokolade). Hat Angst vor einigen Nahrungsmitteln sowie Misstrauen gegenüber dem Behandlungsteam	Verbesserung der oralen Aufnahme	Ernährungsedukation (Wichtigkeit der Steigerung der oralen Aufnahme, Gewichtsstabilisierung, Flüssigkeitshaushalt) Ernährungsberatung (motivierende Gesprächsführung) Erweiterung der Auswahl durch Einsatz/Aufbau einzelner Nahrungsmittel	Einnahme von Nahrungsmitteln (Essprotokoll) Lebensmittelauswahl Akzeptanz/Ablehnung gegenüber der Behandlung

1 und 2: Hohe Priorität = sollte zwingend bis Austritt behoben sein

3 und 4: Mittlere Priorität = sollte, wenn möglich, bis Austritt behoben sein

5 bis 7: Tiefere Priorität = kann im Verlauf noch behoben werden

klinische Ernährung in der Geriatrie (3) empfiehlt, die Kontinuität der Ernährungstherapie aufrechtzuerhalten.

Im Fall von Frau C. bedeutete dies, dass das Altersheim und die Institution, welche für die Rückverlegung des Ileostomas zuständig war, einen ausführlichen Austrittsbericht erhielt, in welchem der Verlauf der Ernährungstherapie und die bestehenden Ernährungsprobleme geschildert wurden. Es wurde darum gebeten, die Patientin weiterhin ernährungstherapeutisch zu betreuen und ihren Gewichtsverlauf, die Nahrungsaufnahme und das Stomaoutput regelmässig zu überprüfen.

Das vorliegende Fallbeispiel widerspiegelt eine komplexe Ernährungssituation, in welcher die Ernährungsberatung vernetzt arbeitet. Häufig ist diese bei den Ernährungstherapien älterer Menschen im Akutspital Schnittstelle zwischen dem Patienten, Angehörigen, Ärzten, Pflegenden und anderen Therapeuten, der Küche sowie externen Institutionen und Diensten, um eine bedarfsgerechte Ernährung sicherzustellen.

Ausblick

Die Ernährungsberatung erlebt im Alltag, wie Ressourcen, aber auch Hindernisse die Therapie beeinflussen. Einige Hindernisse betreffen die bei der Bevölkerung und den Betreuenden teilweise vorhandenen inkorrekten Ernährungsinformationen. Dazu gehört beispielsweise falsches Ernährungswissen, welches dazu führt, dass sich Patienten in der Ernährung stark einschränken (z.B. nicht abgeklärte Allergien, Unverträglichkeiten, Diäten, nicht seriöse Empfeh-

lungen zur «gesunden Ernährung», welche nicht mehr auf die Patientengruppe zutreffen).

Erschwert ist die Beratung auch bei ökonomisch, sozial oder medizinisch schwierigen Verhältnissen, bei welchen die Patienten im Spital gut essen, aber zu Hause nicht, weshalb die Interventionsmöglichkeiten gering sind.

Zudem sind in den meisten Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz keine Ernährungsfachkräfte tätig. Gerade hier gibt es aus Sicht der Ernährungsberatung Potenzial, die Situation in der Schweiz bezüglich der Ernährungssituation älterer Menschen zu verbessern. Zwar wurde bereits einiges in diese Richtung unternommen, dies jedoch vor allem im klinischen Bereich. Das Thema scheint nun auch generell an Bedeutung zu gewinnen. Es wäre wünschenswert, die Zusammenarbeit von Spitälern mit Alters- und Pflegeheimen und auch Hausärzten, insbesondere im Bereich der Ernährung und unter Einbezug einer Fachperson für Ernährung (Ernährungsberaterin [BSc] SVDE), zu verbessern. Ebenso wünschenswert wäre die Durchführung von Ernährungsstudien im klinischen und ambulanten Bereich unter Berücksichtigung der älteren Bevölkerung.

Korrespondenzadresse:

Fabienne Schaller, BSc BFH
Ernährungsberaterin SVDE
E-Mail: fabienne.schaller@waid.zuerich.ch
Stadtspital Waid, Medizinische Klinik
Tièchestrasse 99, 8037 Zürich

Literatur:

1. EFAD (2017): EFAS Statement on the Role of the Dietitian in the Prevention and Management of Nutrition-related Disorders in Older Adults. Abgerufen am 28.7.18 über: www.efad.org/media/1414/efad-esdn-older-adult-statement-paper-on-the-role-of-the-dietitian-in-the-prevention-and-management-of-nutrition-in-older-adults_2017.pdf.
2. Volkert D, Bauer JM, Frühwald T et al.: Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG: Klinische Ernährung in der Geriatrie. *Aktuelle Ernährungsmed* 2013; 38: e1–e48.
3. Volkert D, Beck AM, Cederholm T et al.: ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition* 2018; 1–38.