

Liebe Leserinnen und Leser,

in der monatlichen Information der DGEM e.V. geht es im Oktober 2006 um folgende Themen:

- + **Mangelernährung im Alter – Tendenz steigend**
Frühzeitige Diagnose wichtig – Trinknahrung unterstützende Therapie
- + **Mangelernährung und Ernährungszustand leicht erkennen**
Service DGEM e.V. auf der Homepage zum Herunterladen
- + **Veranstaltungen**

Herausgeber:
DGEM e.V.
Präsident Prof. Dr.
Georg Kreymann
Olivaer Platz 7
10707 Berlin
infostelle@dgem.de
Tel. 030/88 91-2852
Fax 030/88 91-2839
www.dgem.de
© 2006 DGEM e.V.

Mangelernährung im Alter – Tendenz steigend Frühzeitige Diagnose wichtig – Trinknahrung als unterstützende Therapie

Die Zahl der in Deutschland lebenden älteren Menschen steigt kontinuierlich an. Waren es im Jahr 2003 noch rund 3,4 Millionen 80 bis 90-Jährige, so werden es im Jahr 2020 voraussichtlich über 5,7 Millionen sein. Im Jahr 2050 werden nach Schätzungen sogar rund 9,1 Millionen Menschen zwischen 80 und 90 Jahre alt sein. Diese Zahlen aus dem fünften Bericht zur Lage der Älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland zeigen, dass die Problematik des demografischen Wandels sich stetig verstärkt. Insbesondere die Zahl der Hochaltrigen wird, laut Bericht S. 36, überproportional in den nächsten Jahren ansteigen. Damit geht auch einher, dass die Zahl der mangelernährten älteren Menschen signifikant höher werden wird. „Mangelernährung gehört zu den häufigsten Diagnosen, die bei älteren Menschen gestellt werden,“ sagt Dr. Jürgen Bauer, Oberarzt am Lehrstuhl für Innere Medizin und Geriatrie, Universität Erlangen-Nürnberg und Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM e.V.). Sie bedinge unter anderem längere Liegezeiten in Krankenhäusern und verursache eine höhere Zahl von Sterbefällen. Organische Erkrankungen und deren Medikation, aber auch psychische Belastungen und Veränderungen im sozialen Leben (z.B. Sterbefälle naher Angehöriger) können zu einer Mangelernährung führen. Eine frühzeitige Diagnose durch den niedergelassenen Arzt sowie in Krankenhäusern und Pflegeheimen und eine gezielte Ernährungstherapie könne Abhilfe schaffen. Zunächst müsse jedoch das Problembewusstsein für die Mangelernährung im Alter geweckt werden. Dieses un-



Deutsche
Gesellschaft für
Ernährungsmedizin e.V.

NEWSLETTER
Oktober 2006
Seite 2

terstützen auch die ESPEN-Guidelines, die unter <http://www.espen.org/Education/guidelines.htm> einzusehen sind.

Etwa 35 bis 40 Prozent der Bewohner von Pflegeheimen sind von Mangelernährung akut betroffen oder zumindest durch sie gefährdet. Das Gleiche gilt für 35 Prozent der Patienten in Inneren Abteilungen der Krankenhäuser sowie für vier bis acht Prozent im ambulanten Bereich. Von einer akuten Gefährdung spricht man, wenn ein älterer Mensch innerhalb von drei Monaten mehr als fünf Prozent seines Gewichtes verliert. Jedoch ist jedweder Gewichtsverlust bei Älteren kritisch zu hinterfragen, er bedarf der weiteren Aufmerksamkeit und gegebenenfalls der therapeutischen Unterstützung. „Wichtig ist es, im Familienalltag sich ändernde Essgewohnheiten von Älteren zu erkennen,“ sagt Dr. Bauer. Es sei für Institutionen empfehlenswert, das so genannte „Tellerschema“ anzuwenden. Das betreuende Personal kann damit die Menge des tatsächlich Verzehrten in Viertelportionen dokumentieren. Wird jeweils nur ein oder werden nur zwei Viertel gegessen, so weist dies auf eine akute Gefährdung für eine Mangelernährung hin. Wichtig ist ebenso die laufende Kontrolle des Körpergewichtes. Bei mobilen Menschen ist regelmäßiges Wiegen leicht durchzuführen. Immobile Patienten in Krankenhäusern, Alten- oder Pflegeheimen hingegen müssen auf einer speziellen Sitz- oder Liegewaage gewogen werden. Wesentlich bedeutsamer als das aktuelle Gewicht ist die Gewichtsentwicklung der älteren Menschen im Verlauf. Gibt es dazu keine geführte Gewichtstabelle, so kann auch eine zu weit gewordene Kleidung Hinweise auf einen deutlichen Gewichtsverlust geben. Ein Body Mass Index (BMI) von unter 20 kg/m² ist bei älteren Menschen ein wichtiger Indikator einer Mangelernährung. Bei jüngeren Menschen liegt diese BMI-Grenze bei unter 18,5 kg/m².

Für eine systematische und auf eine Früherkennung zielende Erfassung der Mangelernährung sowie einer diesbezüglichen Gefährdung dienen die so genannten Screening- und Assessmentverfahren, wie das Mini Nutritional Assessment (MNA) und der NRS 2002. Diese Fragebögen können unter www.mna-elderly.com/practice/forms/MNA_german.pdf beziehungsweise unter <http://www.dgem.de/materialien.htm> im Internet heruntergeladen werden. Während der MNA sich eher für den ambulanten Bereich eignet und die Kooperation der Betroffenen voraussetzt, bietet der NRS 2002 für den Krankenhausbereich

Abdruck honorarfrei.
Belegexemplar erbeten.

Wenn Sie den Newsletter digital abonnieren oder abbestellen wollen, senden Sie bitte eine Info an dgem-news@dgem.de



Deutsche
Gesellschaft für
Ernährungsmedizin e.V.

NEWSLETTER

Oktober 2006

Seite 3

erkennbare Vorteile. Beide Verfahren können auch im Bereich der Alten- und Pflegeheime zum Einsatz kommen.

Um einen mangelernährten älteren Menschen mit einer effizienten Ernährungstherapie zu versorgen, sind verschiedene Schritte notwendig. Zunächst ist es wichtig, die Gründe für die Mangelernährung zu identifizieren. Dazu gehören unter anderem auch Veränderungen im sozialen Leben des Älteren. So kann z.B. der Tod des Partners oder der Partnerin zu geänderten Essgewohnheiten führen. Ebenso stellen körperliche oder seelische Erkrankungen, appetithemmende Medikamente sowie die Einweisung in ein Alten- oder Pflegeheim häufig eine gravierende Veränderung dar, die zu weniger Essen führen kann. In vielen Fällen kann eine intensivere pflegerische Zuwendung, das Zubereiten eines Wunschmenüs oder mehr soziale Eingebundenheit zur Verbesserung des Zustandes führen. Sind diese sozialen Maßnahmen nicht ausreichend, ist die Gabe von Trinknahrung ein wichtiger Schritt in der Ernährungstherapie. Studien im Krankenhaus- und Pflegeheimbereich haben gezeigt, dass ältere Patienten, nachdem sie Trinknahrung zusätzlich erhalten haben, weniger Komplikationen erlitten und leistungsfähiger wurden. Notwendig ist dabei, dass die Trinknahrung über einen befristeten Zeitraum konsequent gegeben wird. Sie sollte im optimalen Fall einen Nährwert von zusätzlichen 400 Kilokalorien pro Tag oder mehr aufweisen und zwischen den Hauptmahlzeiten angeboten werden.

Weitere Schritte der Ernährungstherapie sind eine enterale Ernährung über eine nasogatrale Sonde oder einen Magenschlauch durch die Bauchhaut über eine so genannte Perkutane Endoskopische Gastrostomie (PEG), welche im Einzelfall unter Berücksichtigung der individuellen Situation diskutiert werden müssen.

Ansprechpartner:
Dr. Jürgen Bauer
Medizinische Klinik 2 – Klinikum Nürnberg
Lehrstuhl für Innere Medizin – Geriatrie
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1
90419 Nürnberg
e-mail: Juergen.Bauer@klinikum-nuernberg.de

Abdruck honorarfrei.
Belegexemplar erbeten.

Wenn Sie den Newsletter digital abonnieren oder abbestellen wollen, senden Sie bitte eine Info an dgem-news@dgem.de



Deutsche
Gesellschaft für
Ernährungsmedizin e.V.

NEWSLETTER
Oktober 2006
Seite 4

Mangelernährung und Ernährungszustand leicht erkennen

Service DGEM e.V. auf der Homepage zum Herunterladen

Um den Status von Ernährungszustand und Mangelernährung leichter erkennen zu können, bietet die DGEM e.V. unter der Internetadresse

<http://www.dgem.de/materialien.htm> standardisierte Fragebögen zum

Herunterladen an. Diese Materialien unterstützen Ärzte, den Ernährungszustand ihrer Patienten besser einzuschätzen. Mit einfachen Fragen wie zum Beispiel:

Liegt der Body Mass Index unter 20,5? Hat sich das Gewicht in den letzten sechs Monaten verringert? Wenn ja, um wieviel? Liegt eine schwere Erkrankung vor?

kann der Arzt schnell Erkenntnisse in folgenden Bereichen schnell Erkenntnisse erhalten:

- Einschätzung des Ernährungszustandes (Subjective Global Assessment – SGA)
- Screening Mangelernährung im ambulanten Bereich (Malnutrition Universal Screening Tool – MUST)
- Screening Mangelernährung im Krankenhaus (Nutritional Risk Screening – NRS 2002)

Veranstaltungen

Stillen und kindliche Gesundheit

6. und 7. Oktober 2006 in München

http://www.lgl.bayern.de/aktuell/veranstaltungen/doc/programme_stillen_de.pdf

28th ESPEN Congress Istanbul

19. bis 22. Oktober 2006

http://www.espen.org/congress/istanbul/istanbul_default.htm

4. Gesundheitspflege-Kongress – Mangelernährung ein wichtiges Thema

27. und 28. Oktober 2006 in Hamburg

<http://www.heilberufe-kongresse.de/kap02/index.html>

Abdruck honorarfrei.
Belegexemplar erbeten.

Wenn Sie den Newsletter digital abonnieren oder abbestellen wollen, senden Sie bitte eine Info an
dgem-news@dgem.de



Deutsche
Gesellschaft für
Ernährungsmedizin e.V.

NEWSLETTER

Oktober 2006

Seite 5

20. Irseer Fortbildungsveranstaltung

27. und 28. Oktober 2006 Bildungshaus Kloster Irsee

http://www.dgem.de/material/pdfs/DGEM_Irsee_Programm_06.pdf

Proteine in der Ernährung

31. Oktober 2006 Inselspital Bern

<http://www.dgem.de/material/pdfs/GESKESsymposium311006.pdf>

DGEM auf der Medica 2006 in Düsseldorf vertreten

15. November 2006 Düsseldorf Seminar „Untergewicht bei meinem Patienten: Was tun?“

http://www.dgem.de/material/pdfs/Medica_Duesseldorf_06k.pdf

12. Leipziger Fortbildungstagung

17. und 18. November 2006 – Leipzig, Schloss Machern

http://www.dgem.de/material/pdfs/Machern_2006_AE.pdf

edi 2007

23. bis 24. Februar – Berlin Charité Campus Mitte

http://www.dgem.de/material/pdfs/Programmvorschau_edi_2007.pdf

ernährung 2007 - 31. Mai bis 2. Juni 2007

6. Dreiländertagung der AKE, DGEM und GESKES – Innsbruck, Kongresshaus

http://www.kongressmanagement.at/kongress_details.asp?id=26

Abdruck honorarfrei.
Belegexemplar erbeten.

Wenn Sie den News-
letter digital abonnieren
oder abbestellen wollen,
senden Sie bitte eine
Info an
dgem-news@dgem.de