

Mangelernährung im Alter

Ernährungsmedizinische Auffälligkeiten: Beachtung bei Kontakt mit Patientin/Patient über 70 Jahren und/oder chronischer Multimorbidität

Anamnese: • Gewichtsverlust • Appetit • gastrointestinale Symptome • Kau- und Schluckstörungen • Geschmacks- und Geruchssinn
• soziale Faktoren (z. B. Einsamkeit, Verlust einer Partnerin/eines Partners) • körperliche Aktivität

Durchführung des Mini Nutritional Assessment® – Short Form (MNA-SF) (Test siehe Rückseite)

< 12 Punkte

12–14 Punkte

Verdacht auf
Risiko für Mangelernährung (8–11 Punkte)
oder Mangelernährung (0–7 Punkte)

Normaler Ernährungszustand

Aushändigen nationaler/regionaler Informationsbroschüren zur gesunden Ernährung für ältere Patientinnen/Patienten¹ und **neuerliche Durchführung des MNA-SF:**

- bei zu Hause lebenden Patientinnen/Patienten mit unauffälligem klinischen Verlauf: 1x jährlich
- bei Risikogruppen²: alle 1–3 Monate je nach klinischem Verlauf

1 Bsp. Informationsmaterial Ernährung älterer Menschen:

- Richtige Ernährung ab dem 65. Lebensjahr – leicht gemacht (BMSGPK/AGES)
- Älter werden, aktiv bleiben (FGÖ)
- Genussvolle Rezepte bei Kau- und Schluckstörungen (DGE, Fit im Alter)
- Essen und Trinken bei Demenz (DGE, Fit im Alter)
- Essen und Trinken im Alter (Fit im Alter)
- Trinken im Alter (DGE, Fit im Alter)
- Wissenschaftliche Aufbereitung für Empfehlungen „Ernährung im Alter in verschiedenen Lebenssituationen“ (BMSGPK/AGES)

2 Patientinnen/Patienten mit

- chronischen Erkrankungen (COPD, maligne Grunderkrankung, gastrointestinale Erkrankungen, chronische Nieren- und/oder Leberinsuffizienz, chronische Entzündungen wie im Rahmen rheumatischer Erkrankungen usw.)
- fortschreitenden neurologischen Erkrankungen (z. B. Mb. Parkinson, Demenz)
- erhöhter Vulnerabilität (Frailty, Immobilität, Hochaltrigkeit, Depressionen, rezente Entlassung aus stationärer Versorgung)
- sozialen Bedürfnissen (Isolation und mangelnde soziale Unterstützung – z. B. kann das Haus nicht verlassen, kann sich selbst keine Mahlzeiten mehr zubereiten)
- Rehabilitation und Remobilisation (z. B. nach Schlaganfall, Tumorthérapien, Stürzen und Frakturbehandlungen)
- Palliative Versorgung: individualisierte Therapieplanung (Advanced Care Planning)

Bei Pflegeheimbewohnerinnen/-bewohnern wird die Durchführung 1x monatlich empfohlen.

Geriatrisches Assessment

Erstdiagnostik

Ernährungsanamnese (Hausärztin/-arzt, DGKP, Diätologin/Diätologe)

- Gewicht und Verlauf (auffällig: ungewollter/unbeabsichtigter Gewichtsverlust von mehr als 5% in den letzten 3 Monaten oder > 10% in den letzten 6 Monaten)
- Body Mass Index (BMI) (auffällig: BMI < 22 kg/m²; Alternativ: Messung Oberarmumfang (auffällig: < 21 cm))
- Appetit oder Möglichkeit zu essen, Nährstoffzufuhr (auffällig: Patientin/Patient lässt mehr als 25% der Nahrung in einer Woche stehen (bei 30 kcal/kg Körpergewicht pro Tag))
- Essens- und Kochgewohnheiten

Weitere Aufgaben Hausärztin/-arzt (ggf. Durchführung durch DGKP)

- Evaluierung der aktuellen Medikation und Diagnosen (auch im Hinblick auf Ursachen einer verminderten Zufuhr oder eines unbeabsichtigten Gewichtsverlustes (z. B. Schmerzen bei Nahrungsaufnahme, Dysphagie, konsumierende Erkrankungen))
- Erhebung sozialer und psychologischer Aspekte (z. B. Einsamkeit, Erschöpfung)
- Labordiagnostik (z. B. Albumin, Präalbumin, Phosphat, Elektrolyte, Blutbild/Differentialblutbild, C-reaktives Protein, Transferrin, Kreatinin und Harnstoff, ggf. Vitaminkonzentrationen)

Zusätzlich Erhebung folgender Aspekte (ggf. durch Diätologin/Diätologen)

- Ernährungszustand (z. B. BMI, anthropometrische Parameter, Körperzusammensetzung)
- Ernährungsanamnese (z. B. Lebensmittelauswahl, inkl. Ursachen einer verminderten Nahrungszufuhr, Energie- und Proteinzufuhr)

Diagnosestellung/Evaluierung durch Hausärztin/-arzt (ggf. durch Diätologin/Diätologen)

Weitere Maßnahmen erforderlich

Keine weiteren Maßnahmen

Individualisierte Ernährungstherapie
(Hausärztin/-arzt mit Diätologin/Diätologen,
ggf. weitere Gesundheitsberufe bei Bedarf) (siehe Rückseite)

**Neuerliche Durchführung des MNA-SF in einem Jahr,
bei Bedarf früher**



Individualisierte Ernährungstherapie und Ernährungstest



Mini Nutritional Assessment® – Short Form (ÖGGG, 2011)

1. Hat die Patientin/der Patient während der letzten 3 Monate wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken weniger gegessen?

- starke Abnahme der Nahrungsaufnahme (0)
- leichte Abnahme der Nahrungsaufnahme (1)
- keine Abnahme der Nahrungsaufnahme (2)

2. Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten

- Gewichtsverlust >3 kg (0)
- nicht bekannt (1)
- Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg (2)
- kein Gewichtsverlust (3)

3. Mobilität

- bettlägerig oder in einem Stuhl mobilisiert (0)
- in der Lage, sich in der Wohnung zu bewegen (1)
- verlässt die Wohnung (2)

4. Akute Krankheit oder psychischer Stress während der letzten 3 Monate?

- ja (0)
- nein (2)

5. Neuropsychologische Probleme

- schwere Demenz oder Depression (0)
- leichte Demenz (1)
- keine psychologischen Probleme (2)

6. Body Mass Index (BMI): Körpergewicht (kg)/Körpergröße² (m²)

- BMI < 19 (0)
- 19 ≤ BMI < 21 (1)
- 21 ≤ BMI < 23 (2)
- BMI ≥ 23 (3)

12–14 Punkte = normaler Ernährungszustand | 8–11 Punkte = Risiko für Mangelernährung | 0–7 Punkte = Mangelernährung

Gesamtpunkte: _____/14

Legende

Hausärztin/-arzt

Zusammenarbeit Hausärztin/-arzt mit angegebenen Gesundheitsberufen

Quelle Ernährungstest: ÖGGG. (2011). *Österreichisches geriatrisches Basisassessment*. Wien: Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie. **1** Hausärztin/-arzt sollte über eine Qualifikation in der Ernährungsmedizin (z. B. Masterlehrgang oder ÖÄK-Diplom) verfügen. **Abkürzungen:** AGES – Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit | BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz | DGE – Deutsche Gesellschaft für Ernährung | FGÖ – Fonds Gesundes Österreich