

Screening auf Malnutrition als objektivierte Voraussetzung einer medizinischen Teilhabeförderung

Barbara Hanussek, Thomas Gaertner, Patrick Schunda
Medizinischer Dienst Hessen, Oberursel

Einleitung

- Eine krankheitsbedingte Malnutrition führt insbesondere bei geriatrischen Krankenhauspatientinnen und -patienten zu einer deutlich erhöhten Komplikationsrate, z. B. durch assoziierte Infektionen und hat negative Auswirkungen auf die weitere Prognose sowie Lebensqualität. Für das Jahr 2023 werden die dadurch geschätzten Mehrkosten mit bis zu 6,5 % der Gesamtkosten aller Krankenhausbehandlungen angesetzt.
- Schätzungen zufolge sterben jährlich rund 200.000 mangelernährte Patientinnen und Patienten, wobei durch ein systematisches Ernährungsmanagement rund 55.000 Todesfälle vermieden werden könnten [1]. Studien belegen die Wirksamkeit von Interventionen im Hinblick auf die Reduktion assoziierter Komplikationen [2].

Fragestellungen

- Inwieweit erfolgten 2023 bei geriatrischen Krankenhauspatientinnen und -patienten ein standardisiertes Screening sowie eine sachgerechte Diagnostik zur Malnutrition bzw. Ernährung gemäß den Empfehlungen der „Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM)“ [3] oder der „S1 Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2 – Living Guideline“ [4] (beide aus dem Jahr 2019)?
- Wurden die Diagnose Malnutrition und phänotypische Diagnosekriterien, wie BMI oder Muskelmasse durch Messung des Oberarm-/Wadenumfangs, im Entlassungsbericht erwähnt?

Methode

Retrospektive Stichprobenanalyse anhand von Unterlagen zu 80 DRG-Gutachten (w=45, m=35, Alter 70-97 Jahre) von Krankenhausbehandlungen aus dem Jahre 2023 zu 5 verschiedenen geriatrischen Fachabteilungen. Einschlusskriterien: Alter $\geq$ 70 Jahre, geriatrische Komplexbehandlung (OPS 8-550.-) und initialer Barthel-Index $\leq$ 35 Punkte.

Ergebnisse

- In den Unterlagen fanden sich bei zwei der fünf Kliniken in den 80 ausgewerteten Fällen insgesamt 17 x ein standardisiertes Assessment angelegt (15 x MNA, 2 x NRS), aber nur 9 x ausgefüllt.
- 1 x Ernährungsberatung bei einem spezifisch internistischen Krankheitsbild.
- 32 Patientinnen und Patienten (40 %) erhielten eine allgemeine enterale Nahrungssupplementierung.
- Keine Messergebnisse zur Muskelmasse (s. o.), wohl aber zu einer (reduzierten) funktionellen Muskelkraft durch Handkraftmessung oder Stuhl-Aufsteh-Test.
- Bei der Untergruppe der Patientinnen und Patienten (n=42) mit positivem Assessment oder Nahrungssupplementierung wurde die Diagnose einer Eiweißmalnutrition im Arztbericht nur unvollständig kodiert. Das Gleiche gilt für die Angabe des BMI oder Aussagen zum Gewichtsverlauf.
 - Kachexie (< 18,5): n=3 (9 %)
 - Übergewicht (> 25): n=11 (32 %)
 - Adipositas (> 30): n=6 (18 %)
 - Normgewicht (18,5 - 24): n=9 (41 %)
- Bei dieser Untergruppe wurde der BMI 34 x (81 %) erhoben:

Diskussion

- Die Auswertung der Krankenhausunterlagen aus dem Jahr 2023 ergab eine nur unzureichende Umsetzung der Empfehlungen zum Screening in Hinblick auf das Bestehen einer krankheitsbedingten Malnutrition und damit nicht zuletzt für Maßnahmen zur Förderung einer selbstbestimmten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.
- Ferner machen sowohl die nicht regelhafte Kodierung der Diagnose Malnutrition als auch die unvollständige Dokumentation objektivierbarer Diagnosekriterien in den Entlassungsberichten eine diesbezüglich gezielte Weiterbehandlung und Beurteilung des Therapieverlaufs unmöglich.
- Allein die Angabe eines BMI ist im Hinblick auf eine bestehende Malnutrition und dem damit verbundenen relevanten Verlust an Muskelmasse nicht aussagekräftig, da nur < 10% der erfassten BMI einer Kachexie entsprachen, dagegen bis zu 40 % einer Präadipositas bzw. Adipositas. Für beide Patientengruppen wären eine multimodale Intervention mit individuell angepasster Ernährungstherapie und Mobilisation erforderlich. Voraussetzung dafür sind der Einsatz validierter Screeninginstrumente [5] sowie die Erfassung objektivierbarer Parameter.
- Die Anwendung funktioneller Tests zur Muskelkraft ergänzt den BMI spezifisch bei guter Reproduzierbarkeit, insbesondere durch die Handkraftmessung bei eingeschränkter Mobilität [6], diese vermeiden auch Fehlinterpretationen durch Ödeme oder sarkopene Adipositas.
- Aufgrund der Komplexität der möglichen Ursachen einer Malnutrition erscheint eine interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig.
- Für das Ziel einer Verbesserung von Teilhabemöglichkeit und Lebensqualität der Betroffenen ist dem Thema einer krankheitsbedingten Malnutrition dringend mehr Aufmerksamkeit zu schenken und Handlungsbedarf geboten.

Literatur

- [1] Pirlich M. Mangelernährung in deutschen Krankenhäusern: tödliche Folgen und hohe Kosten – aktuelle Zahlen und Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten. Pressekonferenz der deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. vom 12.11.2024 [zitiert 14.03.2025]. Verfügbar unter: <https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Pressebereich/Pressemappe%20DGEM-PK%20zur%20MAW%202024.pdf>.
- [2] Kaegi-Braun N, Gressies C, Tribble P, Stumpf F, Keller B, Schuetz P. Mangelernährung in der Inneren Medizin. Innere Medizin 2023; 64: 515-524.
- [3] Löser C. Unter-/Mangelernährung im Krankenhaus. Auktuel Ernährungsmed 2011; 36: 57-75.
- [4] Krupp S. S1-Leitlinie Geriatrisches Assessment der Stufe 2, Living Guideline, Version 11.01.2024, AWMF-Register-Nr. 084-002LG. [zitiert 14.03.2025]. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/084-002LGL_S1_Geriatrisches_Assessment_der_Stufe_2_2024-02.pdf.
- [5] Schleger B, Lubomierski N. Ernährungsscreening und -assessment. Gastroenterologie up2date 2024; 20: 15-22.
- [6] Habboub B, Speer R, Gosch M, Singler M. Diagnostik und Therapie der Sarkopenie und sarkopenen Adipositas. Dtsch Arztebl 2025; 122 (5): 121-134.