

## **Kurzfassung des Vortrages von Prof. H. B: Stähelin, Basel**

### **Ernährungsintervention in der Geriatrie**

Bis zu 50% akut erkrankter frischhospitalisierter geriatrischer Patienten weisen Zeichen der Malnutrition auf. Tritt im Rahmen akuten Erkrankung eine Unter- und damit Fehlernährung auf, so verlängert sich die Hospitalisationsdauer und die Mortalität ist signifikant höher. Geriatrische Patienten neigen wegen ihrer Multimorbidität besonders zur akuten und chronischen Malnutrition. Die Zeichen müssen gezielt gesucht werden. Das unspezifische Zeichen Inappetenz bedarf einer sorgfältigen Abklärung, da soziale Faktoren wie Vereinsamung oder Konflikte, Krankheiten wie Depressionen, neurologische Störungen, defektes Gebiss, Infektionskrankheiten, Ulcuskrankheit, Karzinome, Herzinsuffizienz und im höheren Alter besonders eine Demenz ursächlich verantwortlich sein können. Häufig handelt es sich um das Zusammentreffen verschiedener Faktoren.

Das akute oder chronische Krankheitsgeschehen führt zudem zu einer katabolen Stoffwechselsituation, wobei die im Rahmen der Krankheit gebildeten Zytokine einen gesteigerten Proteinabbau bewirken und die Albuminsynthese vermindern. Das durch den Muskelabbau freigesetzte Magnesium und Zink wird ausgeschieden und geht so dem Körper für die Rekonvaleszenz verloren. Das Mineralstoffdefizit ist vorprogrammiert.

Die altersbedingte Sarkopenie und die Abnahme der Muskelmasse auf Grund des Bewegungsdefizits bringen geriatrische Patienten in eine prekäre Lage. Dabei gilt zu bedenken, dass diese Patienten auch immungeschwächt sind. Ein gutes Mass dafür ist die absolute Lymphozytenzahl, die auf Grund des Krankheitsgeschehens einerseits und auf Grund der Mangelernährung andererseits zum Teil massiv vermindert sein kann. Werden nicht genügend Nährstoffe und insbesondere Eiweiß zugeführt, so ist der Körper nicht in der Lage, die notwendigen Immunzellen zu synthetisieren. Ein Teil der im Alter abgeschwächten Symptomatik (fehlendes Fieber, geringe weitere Entzündungszeichen) sind Ausdruck dieser Immuninkompetenz.

Die Diagnose Malnutrition wird heute noch viel zu häufig nicht gestellt. Eine gezielte Suche nach Hinweisen ist erforderlich. Einfach erhältliche Laborparameter (Albumin, Lymphozytenzahl, Transferrin, Zink und Vit. B12, Homocystein) sind aufschlussreich neben der sorgfältigen Anamnese (Frage nach Fleischverzehr und Gewichtsverlauf) und dem Body Mass Index. Bei einer namhaften Anzahl Betagter findet sich auch eine ungenügende Versorgung mit Mikronährstoffen. Vit. D ist geriatrischen Patienten in bis zu 1/3 ungenügend. Dies wirkt sich nicht nur auf den Knochenstoffwechsel sondern auch auf

die Muskelkraft aus. Gewisse Studien zeigen eine Steigerung der Muskelkraft unter Substitution und damit verbunden Abnahme der Sturzhäufigkeit.

Neben der gezielten Therapie der Grundkrankheiten ist eine adäquate Versorgung mit Energie und Mikronährstoffen notwendig. Dies ist häufig nur durch eine zusätzliche enterale Zufuhr erreichbar, bei Schluckstörungen oder starker Inappetenz am wirksamsten über eine PEG. Diese wird vom Patienten in der Regel gut toleriert und erlaubt auch eine Nahrungsaufnahme per Os nach Wunsch, was für die Lebensqualität sehr wichtig ist. Die totale parenterale Ernährung wird von uns nur für kurze Zeit oder als Übergangsmaßnahme eingesetzt. Am Beispiel von Patienten mit ausgedehnten Dekubitalgeschwüren lassen sich diese Zusammenhänge sehr gut demonstrieren. Patienten mit Dekubitus haben immer auch eine Malnutrition. Größere Hautdefekte können wirksam plastisch chirurgisch gedeckt werden. Der Heilungserfolg der chirurgischen Intervention hängt nun aber ganz entscheidend von der vorgängigen genügenden Ernährung des Patienten ab. Dies ist zeitraubend. Drei bis vier Wochen müssen dafür eingesetzt werden. Eine deutlich ausgebildete Malnutrition braucht mehrere Wochen, bis sie durch ernährungstherapeutische Maßnahmen ausgeglichen ist. Es besteht heute aber kein Zweifel, dass eine adäquate Ernährungsintervention die Rehabilitationsaussichten entscheidend verbessern. Eine organ- und krankheitsspezifische Therapie ist beim geriatrischen Patienten ungenügend, wenn sie nicht von einem Ernährungsassessment begleitet und wenn notwendig durch eine Ernährungstherapie ergänzt wird.

Literatur: SEILER WO und STÄHELIN HB: Malnutrition bei Betagten. Z Gerontol Geriat 1999;32 Suppl.1