

„Diese Patienten fallen auf den ersten Blick gar nicht auf“

Laut Welthungerhilfe schmeißt jeder Bundesbürger jährlich 82 Kilogramm Lebensmittel weg – viele Nahrungsmittel werden schon bei der Herstellung entsorgt oder verderben bei Transport oder Lagerung. Gleichzeitig leiden auch in der Bundesrepublik viele Menschen an Unter- und Fehlernährung. In der Geriatrie kann das zu einem Problem werden, sagt Dr. Andreas Leischker, Chefarzt der Klinik für Geriatrie am Alexianer in Krefeld, im Gespräch mit dem Rheinischen Ärzteblatt.



Verminderter Appetit kann viele Ursachen haben, sagt Chefarzt Dr. Andreas Leischker.

Foto: Alexianer, Krefeld

RA Deutschland ist ein reiches Land. Dennoch überraschten Sie kürzlich mit der Aussage, dass viele ältere Menschen mangelernährt seien. Geschicktes Klappern für die Geriatrie oder dringend notwendiger Appell?

Leischker: Eindeutig letzteres. Gerade bei älteren Patienten sehen wir in der Klinik häufig eine Mangelernährung. Prävention tut also not. Wichtig ist, Mangelernährung als solche zu erkennen. Dafür haben wir ein Team von Beratern, das sich aus fortgebildeten Pflegenden und Ärzten zusammensetzt.

RA Was verstehen Sie unter Mangelernährung?

Leischker: Mangelernährung ist zum Beispiel dann der Fall, wenn ein Patient zu wenig Körpermasse aufweist, also einen Body-Mass-Index von unter 20. Das ist der Klassiker. Dann gibt es Patienten, die übergewichtig erscheinen, aber in der letzten Zeit 25 Kilogramm abgenommen haben und an Eiweißmangel und Muskelabbau leiden. Diese Patienten fallen auf den ersten Blick gar nicht auf. Für die Diagnose ist also der Gewichtsverlauf über die vergangenen Wochen und Monate von großer Bedeutung.

RA Welche Gründe gibt es für Mangelernährung?

Leischker: Oft beobachten wir körperliche und psychische Erkrankungen als Ursache für einen

verminderten Appetit. Weitere Gründe für eine einseitige Lebensmittelauswahl und eine verringerte Nahrungsaufnahme können soziale Aspekte sein, zum Beispiel der Verlust des Partners oder steigende Hilfsbedürftigkeit. Auch Altersarmut kann dazu führen, dass älteren Menschen die finanziellen Mittel für eine gesunde Ernährung fehlen.

RA Welche Symptome können auf Mangelernährung hinweisen und welche Folgen hat diese?

Leischker: Neben Untergewicht ist auch körperliche Schwäche ein typisches Symptom. Wir wissen, dass es bei Mangelernährten, gerade wenn sie eine Verletzung haben, zum Beispiel eine hüftgelenksnahe Fraktur, besonders wichtig ist, in dieser Phase für ausreichende Energie zu sorgen. Denn wenn nicht genügend Eiweiß oder Energiesubstrat zur Verfügung stehen, dauert die Frührehabilitation und Reha deutlich länger. Einige Patienten nehmen zwar ausreichend Nahrung zu sich, aber zu wenig Vitamine oder Spurenelemente, zum Beispiel Vitamin C. Das ist dann häufig ein Grund dafür, warum Wunden nicht oder Frakturen langsamer heilen. In vielen Haushalten wird kein frisches Obst oder Gemüse gegessen.

RA Welche weiteren Folgen beobachten Sie?

Leischker: Neben der körperlichen Schwäche beobachten wir häufig auch Vitamin-D-Mangel.

Neben dem erhöhten Risiko für Osteoporose ist damit auch ein stärkeres Auftreten extremer Muskelschwäche zu beobachten und damit eine Indikation gegeben, den Mangel ausreichend dosiert medikamentös auszugleichen. Bei Senioren, die das Haus nicht mehr verlassen, ist in aller Regel eine medikamentöse Substitution notwendig.

RA Wie diagnostiziert man den mangelernährten Patienten?

Leischker: Wir nehmen eine klinische Beurteilung vor und fragen: was isst der Patient und hat er an Gewicht abgenommen? Wenn wir ein Problem vermuten, erstellen wir die sogenannten Tellerdiagramme und schauen: wie viel hat der Patient morgens, mittags, abends gegessen? Damit gewinnen wir einen guten Überblick. Darüber hinaus gibt es weitere Tests, die im Klinikalltag aber oft nicht routinemäßig angewendet werden.

RA Welche Rolle spielen Pharmaka bei Mangelernährung?

Leischker: Es gibt viele Medikamente, die Übelkeit verursachen. Protonenpumpenhemmer können ebenfalls ungünstig wirken, weil unter ihrer Gabe der Appetit leiden kann. Das muss der niedergelassene Kollege abwägen. Unsere Devise als Geriater ist: nur das Nötigste, und weniger ist mehr. Wir gehen einmal wöchentlich mit dem Krankenhausapotheker durch, ob man auf Wirkstoffe verzichten kann oder ob es Interaktionen geben könnte. Unser Ziel ist jedenfalls, dass Patienten nicht mit mehr Medikamenten herausgehen als sie hereingekommen sind.

RA Wie lange haben Sie benötigt, um das Thema in den Fokus Ihres Hauses zu rücken?

Leischker: Das war ein kontinuierlicher Prozess. Man fängt oft mit Kleinigkeiten an, mit Assessments. Das Pflegepersonal muss sensibilisiert werden, das Küchenpersonal muss mit ins Boot geholt werden, auch die Mahlzeiten-Assistentinnen. Da ist Teamarbeit mit dem Ziel gefragt, dem Patienten kalorienreiche Kost zu gewährleisten. Die Logopäden gehören dazu, es gehört dazu, dass man einen Zahnarzt ins Team holt, der die zwickende Prothese auch mal in der Klinik anpasst. Es kommt darauf an, normale Nahrungsmittel kalorienreich auf den Teller zu bringen: Soßen werden dann mit Sahne angereichert, andere Speisen mit eiweißhaltigem Pulver. Und das alles muss schmecken und auch noch ansprechend aussehen. Oft empfinden ältere Patienten Trinknahrung als zu süß, darauf muss man dann reagieren. Unsere Ernährungsberater lassen sich, auf den Patienten abgestimmt, immer wieder etwas einfallen, denn ein Patentrezept gibt es nicht. **RA**

Das Interview führte Bülent Erdogan.