

# Executive Summary

zum

PRAEVENIRE Gipfelgespräch

## Mangelernährung im Alter

(Montag, 11. März 2024)

***Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für eine hohe Lebensqualität. Das gilt besonders in höherem Lebensalter und hängt vom Zusammenspiel aus den drei Säulen Ernährung, Bewegung und mentale Gesundheit ab. Gerade die Ernährung steht mit zunehmendem Alter aber immer weniger im Fokus. Betroffene verlieren – oft unbemerkt – an Gewicht, weil sie weniger Appetit haben oder weil sie häufig alleine essen und damit auch kaum Wert auf eine ausgewogene Mahlzeit sowie regelmäßiges Essen legen. Bei vielen kommen aufgrund körperlicher Beschwerden oder demenzieller Einschränkungen noch Schluckstörungen oder das „Vergessen“ auf Essen hinzu. Am Ende steht das Phänomen der „Mangelernährung“. Welche Rolle ein Ernährungsscreening dabei spielen kann und wer dazu eingebunden sein muss, haben Expert:innen kürzlich im Rahmen eines PRAEVENIRE Gipfelgesprächs diskutiert.***

Mangelernährung ist ein weit verbreitetes und dennoch unterschätztes Problem, mit einer Vielzahl an Folgen für die Betroffenen und das Gesundheitssystem. Studien zeigen, aus, dass in Europa zwischen einem Fünftel und der Hälfte aller zu Hause lebenden älteren Menschen mangelernährt sind oder ein Risiko dafür haben.<sup>1,2</sup> Ein regelmäßiges Ernährungsscreening wäre eine zentrale Maßnahme, um Mangelernährung frühzeitig zu erkennen und zu intervenieren. Sowohl die Definition einer Mangelernährung als auch unterschiedliche Screeninginstrumente sind in der Literatur gut beschrieben, wie zum Beispiel MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire), SGA (Subjective Global Assessment), MNA (Mini Nutritional Assessment), NRS (Nutritional Risk Screening 2002) oder das GMS (Grazer Mangelernährungsscreening). Zur Einschätzung des Ernährungsrisikos sind jedenfalls vier Dimensionen zu erheben:

1. gemessenes Gewicht und Größe
2. Gewichtsverlust rezent
3. Nahrungsaufnahme/Appetit in letzter Zeit
4. Mobilität/Beweglichkeit

### **Was ist „Mangelernährung“?**

Mangelernährung ist ein Zustand, der auf eine unzureichende Aufnahme von Nährstoffen zurückzuführen ist und zu einer veränderten Körperzusammensetzung und -zellmasse führt. Die Folgen sind eine Verminderung körperlicher und geistiger Funktionen und ein schlechterer klinischer Outcome bei Krankheiten.<sup>3</sup>

Zudem ist Mangelernährung mitverantwortlich für

- eine erhöhte Morbidität und Mortalität,
- eine verminderte Funktionalität und Lebensqualität
- häufigere und längere Krankenhausaufenthalte
- höhere Kosten im Gesundheitssystem<sup>4</sup>

## 1. Regelmäßige Screenings zeigen den Handlungsbedarf auf

Risikogruppen, ernährungsmedizinische Auffälligkeiten sowie eine bestehende Mangelernährung rechtzeitig zu erkennen und zu intervenieren, ist wichtig, um die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit zu erhöhen und somit wesentlich zur Lebensqualität der Betroffenen beizutragen. Empfehlungen für einen Versorgungspfad bei Mangelernährung im Alter sowie eine individualisierte Ernährungstherapie wurden vom Competence Center Integrierte Versorgung 2020 herausgegeben.<sup>3</sup> Werden in einem ersten geriatrischen Assessment keine Auffälligkeiten entsprechend des Scores diagnostiziert, so wird empfohlen, nach einem Jahr die Erhebung zu wiederholen. Liegt eine Risikosituation vor, so können die Abstände des Screenings auch bei ein bis drei Monaten liegen. Bei Pflegeheimbewohner:innen wird die Durchführung einmal monatlich empfohlen. Studien zeigen, dass hier gesamtökonomisch Kosten gespart werden könnten.<sup>4</sup>

Die Ernährungsanamnese erfolgt im Idealfall interdisziplinär in der Primärversorgung, bei Hausärzt:innen, durch diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal sowie Diätolog:innen. Nach der Durchführung zum Beispiel eines „Mini Nutritional Assessment®“ (MNA) oder des Versorgungspfades des Competence Center Integrierte Versorgung (2020) kann eine individualisierte Ernährungstherapie erstellt werden. Abhängig vom individuellen Therapieziel erfolgen in bestimmten Intervallen die Evaluierung und das Monitoring.

## 2. Auf Risikogruppen muss besonderer Fokus liegen

Zu den Risikogruppen zählen Patient:innen ab 65 Jahren mit gastrointestinalen Erkrankungen, chronischer Leber- und Niereninsuffizienz, COPD aber auch besonders onkologischen Erkrankungen sowie Depression oder Angsterkrankungen. Ein weiteres Augenmerk auf den Ernährungsstatus muss weiters bei neurologischen Erkrankungen wie Demenz oder Morbus Parkinson gelegt werden. Nicht zu unterschätzen ist darüber hinaus ein erhöhtes Risiko für Mangelernährung durch Immobilität, verbunden mit sozialer Isolation, Hochaltrigkeit oder wenn die Patient:innen kürzlich aus der stationären Versorgung nach Hause entlassen wurden. Ein Fokus auf das Thema Mangelernährung muss auch in Rehabilitations- und Remobilisationseinrichtungen, im Rahmen der palliativen Versorgung sowie im Bereich der stationären Betreuung gelegt werden. In der Geriatrie ist die Ernährung ein zentrales Thema, denn die unzureichende Zufuhr an Protein und Nährstoffen über einen längeren Zeitraum hat gravierende Auswirkungen auf zahlreiche Körperfunktionen. Mangelernährung führt zu abnehmender Muskelmasse und -kraft (Sarkopenie) sowie Gebrechlichkeit (Frailty).

Neben der Prävention von Mangelernährung ist ein wesentliches Ziel der Ernährungsintervention, die Autonomie und Freude am Essen aufrechtzuerhalten. Das gelingt am besten, indem ältere Menschen wieder selbst ihr Essen auswählen und im Idealfall auch eigenständig zubereiten oder in Gesellschaft essen.

## 3. Die Ressourcen für Mangelernährung-Screenings sind intra- und extramural nicht gleich verteilt

Knappe Ressourcen machen die Durchführung von regelmäßigen Screenings im niedergelassenen Bereich schwierig. Ohne passende Strukturen ist derzeit eine flächendeckende

---

<sup>3</sup> Mangelernährung im Alter, Hrsg: Competence Center Integrierte Versorgung. Inhaltliche Erarbeitung: Univ.-Prof. Dr. med. univ. Roller-Wirnsberger, MME, Medizinische Universität Graz, Abteilung für Innere Medizin. 1. Auflage Dezember 2020.

<sup>4</sup> DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-105711>

Umsetzung eines Mangelernährung-Screenings nicht aussichtsreich. Zudem braucht es neben dem Hausarzt auch andere Gesundheitsberufe aus der Diätologie oder Physiotherapie, um das Gesamtkonzept wirkungsvoll umzusetzen. Auch in Alten- und Pflegeheimen macht es die Ressourcenknappheit praktisch nicht möglich, einmal pro Monat ein Mangelernährung-Screening durchzuführen. Zudem ist die Diätologie vor allem im extramuralen Bereich nicht überall verfügbar und die Leistungen der Diätolog:innen nicht als Kassenleistung verrechenbar.

#### **4. Die Datenlage zu Mangelernährung ist noch mangelhaft und muss ausgebaut werden**

Nur wenige Untersuchungen wie sie zum Beispiel aus zwei Wiener Altersheimen vorliegen, geben konkret Aufschluss über die Dimension des Problems: 45 % der Heimbewohner:innen haben zu niedrige Albuminwerte, 40 % sind Vitamin D unterversorgt, bei 30 % liegt ein erhöhtes CRP vor und bei 45 % wurde ein Eisenmangel diagnostiziert.<sup>5</sup> Ein Ernährungsscreening bei Spitalspatient:innen zeigt, dass eine ernährungstherapeutischen Intervention das Überleben verbessert.<sup>6</sup> Klar ist auch der Zusammenhang zwischen diesen Parametern und der Lebensdauer: Je stärker die Mangelernährung ausgeprägt ist, desto kürzer ist die Lebenserwartung.<sup>7,8</sup>

Die Dunkelziffer von Mangelernährung ist vor allem bei zu Hause lebenden älteren Menschen hoch und das Problem verschärft sich. Die Zahl der Singlehaushalte steigt und damit auch der Faktor „Einsamkeit“ und die soziale Isolation, die zu Reizdeprivation führen. Etwa 10 % der heute 80-jährigen Menschen haben zudem ein kognitives Problem, das heißt, sie haben Schwierigkeiten, einkaufen zu gehen, zu kochen und für eine ausgewogene Ernährung zu sorgen. Das zeigt die Vielschichtigkeit des Problems: Mangelernährung kann nicht durch die Zufuhr von Kalorien allein behoben werden, sondern braucht auch soziale Konzepte.

#### **5. Einfache Indikatoren können rasch erste Hinweise geben**

Eine Ernährungsdiagnostik sollte gerade bei älteren Menschen immer Teil einer Anamnese sein. Dazu braucht es einfache Scores, etwa im Umfang von einigen kurzen Fragen, die sowohl intramural als auch extramural rasch umsetzbar und vergleichbar sind. Auch ein minimales Set an Laborparametern – gerade bei Risikogruppen – sollte Bestandteil dieses Screenings sein. Einfache funktionelle Tests, wie die Ganggeschwindigkeit oder die Handkraft geben beispielsweise einen guten Hinweis auf die Muskelkraft als relevanten Parameter.

Ein wichtiger Indikator für Mangelernährung ist ungewollter Gewichtsverlust, dessen Diagnose im extramuralen Bereich jedenfalls herausfordernd sein kann. Informationen zum Ausgangsgewicht fehlen oft, ein variierender Hydratationsstatus kann eine Gewichtsabnahme maskieren. Nicht immer können Betroffene im häuslichen Setting gewogen werden, zum Beispiel auf Grund von Immobilität oder des Fehlens einer Waage. Hier kann ein erster Hinweis aus dem Wadenumfang (< 31 cm) sowie dem Oberarmumfang (< 22 cm) oder der Beurteilung der Hautfalte am Trizeps des Oberarms abgeleitet werden.<sup>9</sup> Als Erkennungsmerkmale der Mangelernährung gelten auch Zeichen der Austrocknung wie trockene, rissige und leicht verletzliche Haut, trockene Zunge und Schleimhäute sowie stehende Hautfalten.

---

<sup>5</sup> Widhalm, H.K.; Keintzel, M.; Ohrenberger, G.; Widhalm, K. The Urgent Need for Nutritional Medical Care in Geriatric Patients—Malnutrition in Nursing Homes. *Nutrients* 2023, 15, 4367. <https://doi.org/10.3390/nu15204367>  
Haitchi S, Moliterno P, Widhalm K: Prevalence of Vit D deficiency in seniors: *Clin Nutr ESPEN* 37: 691-96(2023)

<sup>6</sup> [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32776-4/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32776-4/abstract)

<sup>7</sup> <https://www.pflege.de/leben-im-alter/ernaehrung/mangelernaehrung/>

<sup>8</sup> AGES im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit (HRSG), *Wissenschaftliche Aufbereitung für Empfehlungen „Ernährung im Alter in verschiedenen Lebenssituationen“*, Oktober 2013

<sup>9</sup> [https://www.uk-augsburg.de/fileadmin/Daten/Kliniken/3\\_Medizinische/Dateien/med3\\_fortb\\_erkennen-mangelernaehrung-alte-menschen-nau.pdf](https://www.uk-augsburg.de/fileadmin/Daten/Kliniken/3_Medizinische/Dateien/med3_fortb_erkennen-mangelernaehrung-alte-menschen-nau.pdf)

Auch ein Blick in den Kühlschrank oder sehr locker sitzende Kleidung gibt einfach Aufschluss über mögliche Mangelernährungserscheinungen. Wesentlich ist neben der Erfassung und Diagnostik einer Mangelernährung die nachfolgende Behandlung der vorhandenen Risikoindikatoren.

## Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

- 1) **Aufklärung:** Das Bewusstsein rund um das Thema muss bei relevanten Zielgruppen verbessert werden: der Politik, den Gesundheitsdienstleistern, den Angehörigen und den Betroffenen.
- 2) **Datenlage:** Um konkrete Maßnahmen abzuleiten, muss die Datenlage verbessert und das bereits bekannte positive Kosten-Nutzen-Verhältnis eines Mangelernährung-Screenings aufgezeigt werden.
- 3) **Etablierung von Ernährungsscreenings:** Als eine zentrale Maßnahme, um Mangelernährung frühzeitig zu erkennen und zu intervenieren. Risikogruppen sind bekannt und sollten besonders im Fokus stehen. Die Beilage eines Ernährungsstatus bei Entlassungspapieren aus dem Krankenhaus ist rasch und kostengünstig umsetzbar
- 4) **Definition von Versorgungspfaden:** Ein Großteil der Betreuung von Betroffenen und Risikogruppen erfolgt im eigenen Wohnumfeld. Daher könnte die Einrichtung eines Lotsensystems für Angehörige und 24-Stunden-Betreuungen hilfreich sein.
- 5) **Ressourcenallokation:** Es gilt etablierte Strukturen mit einem Fokus auf Interprofessionalität so gut wie möglich zu nutzen. Eine Reihe von Gesundheitsdienstleistern hat bereits einen Zugang zur relevanten Zielgruppe. Ein Screening muss für Hausärzt:innen abrechnungsfähig sein, sonst wird es nicht durchgeführt.
- 6) **Präventiver Fokus:** Ein „Silver-Surfer-Pass“ – in Anlehnung an den Eltern-Kind-Pass – könnte das Thema umfassend in ein Präventionsangebot oder in die Vorsorgeuntersuchung integrieren.

### Mangelernährung in Zahlen

- Rund 21 % der zu Hause lebenden Senioren (65+) sind mangelernährt oder haben ein erhöhtes Risiko dafür. (1)
- 12,5 % der Krankenhauspatientinnen und -patienten galten 2020 als mangelernährt, 18,5 % hatten ein erhöhtes Risiko dafür.
- In Pflegeeinrichtungen gelten zwischen 28-53 % der Bewohnerinnen und Bewohner als mangelernährt. (2)
- Eine Mangelernährung ist mitverantwortlich für erhöhte Morbidität und Mortalität (3), verminderte Funktionalität und Lebensqualität, häufigere und längere Krankenhausaufenthalte und bis zu 38 % höhere Gesundheitskosten. (4)

#### Quellen:

(1) *PR*evention Of Malnutrition In Senior Subjects in the EU, promiss-vu.eu., (2) Keller H et al. *J Nutr Gerontol Geriatr.* 2019. Oct-Dec; 38(4): 329-344., (3) Gomes F et al. *JAMA Network Open* 2019; 2(11): e1915138., (4) Curtis LJ et al. *Clin Nutr* 2017 Oct; 36 (5)1391-1396.

## Statements in alphabetischer Reihenfolge

*„Neben der Einbindung verschiedener Berufsgruppen und deren professionellen Sichtweisen muss immer der/die Betroffene miteinbezogen werden. Das betrifft sowohl die Festlegung von Zielen als auch die Planung und Durchführung von Maßnahmen. Selbstbestimmung und Würde gelten auch beim Essen bis zum Lebensende.“*

Susanne Bayer, Diätologin bei Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser

*„In der Onkologie diagnostizieren wir Mangelernährung sehr häufig, oft in Verbindung mit einer Dysphagie. Das erfordert eine Anpassung im Sinne einer spezifischen Ernährungstherapie unter Berücksichtigung aller möglichen Ernährungszugänge inklusive pflegerischen Maßnahmen. Das benötigt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit.“*

OA Dr. Patrick Clemens, Leiter Krebsregister Vorarlberg

*„Auf ein Screening müssen geeignete Maßnahmen der individuellen Ernährungsberatung und -therapie folgen, welche die Kernkompetenz von Diätolog:innen sind. Auch im extramuralen Bereich muss es ausreichend Möglichkeiten für Betroffene geben, eine diätologische Therapie in Anspruch zu nehmen, ohne diese selbst finanzieren zu müssen.“*

Susanne Domkar, MSc, Verband der Diätologen Österreichs, Landesleitung Wien

*„Oft führen neben biologischer auch psychische und/oder soziale Faktoren zur Mangelernährung. Die Erhebung des Ernährungsstatus unserer Patientinnen und Patienten sollte insbesondere bei bestehendem Risiko selbstverständlich sein, ein multimodaler Betreuungsansatz ist unerlässlich.“*

Dr. Reingard Glehr, Ärztin für Allgemeinmedizin

*„Mangelernährung ist bei älteren alleine lebenden Menschen oft zu finden. Insbesondere die Qualität, weniger die Quantität der Nahrung ist von Bedeutung.“*

MR Dr. Reinhold Glehr, Arzt für Allgemeinmedizin

*„Die Prävention und Therapie der Malnutrition ist in der Geriatrie elementar. Nur so können die Folgen von Sarkopenie und Gebrechlichkeit eingedämmt werden. Regelmäßige Screenings, auch im niedergelassenen Setting, sind sinnvoll, um die Zahl der gesunden Lebensjahre zu erhöhen. Doch an das Screening-Ergebnis müssen auch klare Handlungen angeknüpft werden.“*

Prim. Univ.-Prof. Dr. Bernhard Iglseder, Präsident der Österr. Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie, Uniklinikum Salzburg

*Fast die Hälfte aller Krebspatient\*innen erleiden im Laufe ihrer Erkrankung Gewichtsverlust und Abbau von Fett- und Muskelmaße. Die Ursachen dieses Phänomens der sogenannten Tumorkachexie sind mannigfaltig und erfordern von allen an der Behandlung von Krebspatient\*innen beteiligten Berufsgruppen erhöhte Aufmerksamkeit diese Symptome zu erkennen und entsprechende Gegenmaßnahmen einzuleiten.*

Prim. Doz. Dr. Hannes Kaufmann – Vorstand der 3. Med. Abteilung – Zentrum für Onkologie und Hämatologie der Klinik Favoriten und Landstraße

*„Das Problem ist multifaktoriell und es gibt nicht eine Ansprechperson. Eine Schulung von Heimhilfen, aber auch Angehörigen könnte helfen, die Risikofaktoren für Mangelernährung frühzeitig zu erkennen.“*

Mag. Karin Klas, Vorsitzende in der Gesellschaft der Pflegewissenschaft im Österr. Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV)

*„Aktuell haben wir keine ausreichende Datenlage über Mangelernährung in Österreich. Wir wissen aber, dass sich die Zahl der Menschen über 80 im nächsten Jahrzehnt verdoppeln und das Problem damit deutlich größer wird.“*

Prim. Univ.-Prof. Dr. Marcus Köller, Vorstand der Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation, Klinik Favoriten

*„Teil jedes Behandlungsvertrages ist die sichere Versorgung und damit das Feststellen einer Mangelernährung.“*

Mag. Petra Lehner, Senior Expert Food & Health, Arbeiterkammer Wien

*„Um die Prävention in Sachen Mangelernährung voranzubringen, müssen mehr Informationen zu den Themen Ernährung und Fitness im Alter vorliegen und auch niederschwellig zugänglich sein.“*

Mag. Veronika Macek-Strokosch, Ernährungswissenschaftlerin bei Eat2day Ernährungsconsulting

*„Wir benötigen klare Vorgaben für das Benennen und das Erkennen von Risikopersonen.“*

Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier, Vizepräsident von AM Plus

*„Durch die zunehmende Ambulantisierung der Leistungen kann im Spital eine Mangelernährung kaum mehr festgestellt werden.“*

Dr. Wilhelm Marhold, PRAEVENIRE Experte

*„Das Screening-Konzept ist gut, aber die Zeit für die Durchführung ist in der Primärversorgung nicht vorhanden. In einer Kassenordination gibt es dafür auch keine Honorierung.“*

Dr. Erwin Rebhandl, Allgemeinmediziner und Präsident von AM Plus

*„Nur Ärztinnen und Ärzte können die Diagnose einer Mangelernährung stellen, viele sind dazu aber nicht ausreichend ausgebildet. In weiterer Folge muss auch die Ärztin oder der Arzt eine konkrete Vorstellung haben, was im Bereich der Diätologie umzusetzen ist. In seiner Verantwortung liegt auch die Verlaufskontrolle.“*

Univ.-Prof. Dr. Kurt Widhalm, Präsident des Österreichischen Akademischen Institutes für Ernährungsmedizin

*„Eine qualitativ hochwertige, der individuellen Situation angepasste Ernährung ist nicht nur aus gesundheitlichen Gründen wichtig, sondern hat auch eine wichtige soziale Dimension. Sie ist ein wesentlicher Teil einer täglich erlebten guten Lebensqualität bis ins hohe Alter!“*

Prim. Dr. Michael Smeikal, MSc, Ärztlicher Leiter im Haus der Barmherzigkeit Pflegekrankenhaus Tokiostraße

*„Menschen müssen in ihrer Umgebung abgeholt und motiviert werden. Meist sind ältere Menschen im häuslichen Setting zu finden und sind nicht automatisch Patientinnen oder Patienten. Dort werden sie am ehesten von den Angehörigen besucht, die entsprechend informiert sein müssen zu Mangelernährung.“*

Josef Zellhofer, Mitglied des Bundesvorstandes der Unionion – die Daseinsgewerkschaft

## Geprüfte Essenzen der Expert:innen

(Stand 26.08.2024):

- Susanne Domkar, MSc
- Univ.-Prof. Dr. Kurt Widhalm
- Josef Zellhofer
- Dr. Erwin Rebhandl
- Susanne Bayer
- Mag. Veronika Macek-Strokosch
- OA Dr. Patrick Clemens
- Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant
- Mag. Elisabeth Potzmann
- Dr. Wilhelm Marhold
- MR Dr. Reinhold Glehr
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Bernhard Iglseder
- Dr. Reingard Glehr
- Mag. Karin Klas
- Prim. Doz. Dr. Hannes Kaufmann

- Prim. Dr. Michael Smeikal, MSc
- Andreas Huss, MBA
- Ingrid Korosec
- Sarah Kroboth

## Diskussionsteilnehmende am 11.03.2024 (in alphabetischer Reihenfolge):

- Susanne Bayer
- OA Dr. Patrick Clemens
- Susanne Domkar, MSc
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Bernhard Iglseder
- Mag. Karin Klas
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Marcus Köller
- Mag. Petra Lehner
- Mag. Veronika Macek-Strokosch
- Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier
- Dr. Wilhelm Marhold
- Dr. Erwin Rebhandl
- Univ.-Prof. Dr. Kurt Widhalm
- Josef Zellhofer

Der Verein PRAEVENIRE hat die Initiative Mangelernährung ins Leben gerufen. Ziel ist, die betroffenen Persönlichkeiten entsprechend dem aktuellen Wissensstand besser zu versorgen. Der Verein PRAEVENIRE bedankt sich bei der Firma Nutricia für die Unterstützung dieser Impulsgesprächsrunde.