

# 1 **Gesellschaftliche und gesundheitspolitische Relevanz von Mangelernährung – Die Bedeutung von Essen und Trinken in gesellschaftlicher Hinsicht**

*Magdalena M. Schreier*

Nahrung ist die Grundlage menschlicher Lebensprozesse und hat auf sämtliche körperliche, psychische, soziale, wirtschaftliche und politische Dimensionen des menschlichen Lebens eine unmittelbare Wirkung. Soziale Systeme, gesellschaftliche Entwicklung und gesellschaftliches Zusammenleben funktionieren in enger Abhängigkeit vom Vorhandensein ausreichender Nahrungsmittel. So wird auch das Recht auf Nahrung als einer der selbstverständlichsten Bestandteile sozialer Beziehungen angesehen (Barlösius 1999).

Der scheinbar universale und selbstverständliche Anspruch auf ausreichend Nahrung ist als ein das Überleben sicherndes, fundamentales Recht, und im Artikel 25 der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der United Nation heißt es:

„... Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlergehen gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige Leistungen sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände. ...“ (Office of High Commission for Human Rights 1948).

## 1.1 **Prävalenz von Mangelernährung**

Trotz der UN-Deklaration der Menschenrechte vor über 60 Jahren leiden nach Angaben des UN Millenium-Projects weltweit 800 Millionen Menschen an Hunger. Alle 3,6 Sekunden stirbt ein Mensch an Mangelernährung, die große Mehrzahl davon sind Kinder unter fünf Jahren (vgl. United Nations 2006).

Vor vollen Tellern am reich gedeckten Tisch zu hungern, das klingt unglaublich. Umso erschreckender ist die Anzahl derjenigen, die in unserer Wohlstandsgesellschaft trotz der ausreichenden Verfügbarkeit hochwertiger Lebensmittel und Nahrungsergänzungstoffe mangelernährt sind. Davon betroffen sind vor allem kranke, pflegebedürftige und alte Menschen, die sich nicht mehr selbstständig versorgen, ihre Wünsche nicht mehr hinreichend äußern können und bei der Alltagsbewältigung, wie z. B. beim Zubereiten von Mahlzeiten oder beim Essen und Trinken, auf fremde Hilfe angewiesen sind (s. Kapitel 14).

Angesichts der hohen Ansprüche unserer Gesundheitsversorgung und der therapeutischen Möglichkeiten, selbst bei hochbetagten Menschen komplizierte Eingriffe und Behandlungen mit hoher Erfolgsquote durchführen zu können, verblüfft das Ergebnis einer Studie an Krankenhäusern in Deutschland und Österreich, wonach von 1.886 Teilnehmern nahezu 28 % Patienten mangelernährt waren, davon mit 43 % vor allem die über 70-jährigen (Pirlich et al. 2005, 2006). In einer weiteren Studie in zwei deutschen Universitätskrankenhäusern hatten 23 % von insgesamt 1.308 Patienten mit internistisch gastroenterologischen Erkrankungen eine Mangelernährung (Rosenbaum et al. 2007).

Es muss allerdings auch davon ausgegangen werden, dass Patienten eine Mangelernährung erst während ihres Aufenthalts im Krankenhaus entwickeln, was auch auf Krankheiten und Behandlungen zurückzuführen ist, die sich ungünstig auf den Ernährungszustand auswirken (z. B. intensivmedizinische Behandlungen, große Operationen, Chemotherapie). Unter Umständen kann die Gefahr einer Mangelernährung im Rahmen der Krankenhausbehandlung nicht ganz abgewendet werden, wenn ernährungsmedizinische Maßnahmen nicht in vollem Umfang genutzt oder wirksam werden können (z. B. Gefahr der Hyperalimentation bei kritisch kranken Intensivpatienten, vgl. Lochs et al. 2003).

Häufig zeigt sich bei betagten und hochbetagten Menschen, die z. B. aufgrund einer Fraktur oder Prellung nach einem Sturz eingewiesen werden, nach genauerer Untersuchung, dass es sich um ein Geschehen aufgrund einer bis dahin noch unbekanntem Mangelernährung handelt.

Daten, die genaue Auskunft über die Inzidenz, d. h. das Neuauftreten von Mangelernährung bei Patienten während des Aufenthalts in deutschen Krankenhäusern geben, stehen noch nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung. Eine Studie von Whirter und Pennington zeigt allerdings sehr eindrücklich, dass die Inzidenz von Mangelernährung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung ein ernst zu nehmendes Problem ist. Es wurden 112 Patienten des Gesamtkollektivs nachuntersucht, wobei 69 % der übergewichtigen Patienten von ungewolltem Gewichtsverlust betroffen waren. Von den normalgewichtigen Patienten verloren 39 % an Gewicht, und von den bereits als mangelernährt identifizierten Patienten hatten sogar 75 % erheblich an Gewicht verloren (McWhirter & Pennington 1994).

Angesichts der kürzeren Verweildauer von Krankenhauspatienten dürfte es allerdings schwierig sein, die tatsächliche Inzidenz von Mangelernährung im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt festzustellen. Mit der zunehmenden Anzahl pflegebedürftiger älterer Menschen in der stationären Langzeitpflege ist auch dort das Problem der Mangelernährung zunehmend von Bedeutung. Eine Untersuchung in einem deutschen Altenheim ergab bei 57 % der 114 teilnehmenden Bewohner eine Mangelernährung (Norman et al. 2006). In einer Studie, die in 29 deutschen Pflegeheimen mit insgesamt 2.393 Probanden durchgeführt wurde, schwankt die Anzahl der von einer Mangelernährung betroffenen Bewohner je nach

Prävalenz im ambulanten Bereich

Indikatoren bzw. verwendeten Erfassungsinstrumenten zwischen 8 % und 20 % (Tannen et al. 2008). Die Pilottestung des NutritionDay in deutschen und österreichischen Altenpflegeheimen mit insgesamt 2.137 Studienteilnehmern ergab eine Prävalenz der Mangelernährung von 16 % (Valentini et al. 2009). Nach der ErnSTES-Studie, die in zehn deutschen Altenpflegeheimen mit 773 Bewohnern durchgeführt wurde, waren je nach Indikator zwischen 6 % und 11 % von einer Mangelernährung betroffen (Heseker et al. 2008). Eine umfassende Darstellung der Mangelernährung in deutschen Pflegeheimen ist mangels ausreichender repräsentativer Daten auf der Basis standardisierter und bei alten Menschen validen Erfassungsparametern noch nicht möglich.

Gesundheitsökonomische  
Auswirkungen

Die meisten alten Menschen kommen erst in die Pflegeeinrichtungen, wenn eine Versorgung zuhause nicht mehr möglich ist, weil bereits viele Beeinträchtigungen eine umfassende pflegerische Versorgung erforderlich machen. Deshalb wird nicht selten bereits beim Einzug in die Einrichtung eine Mangelernährung festgestellt.

Zur Ernährungssituation und Häufigkeit von Mangelernährung bei betagten und hochbetagten Menschen in Deutschland, die weitgehend selbstständig in ihrem häuslichen Umfeld leben, liegen ebenfalls keine ausreichend aktuellen Daten vor. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass auch in diesem Setting Mangelernährung ein Problem ist, das häufig erst viel zu spät erkannt wird. Dafür sprechen auch die Untersuchungsergebnisse einer Langzeitstudie zur Prävalenz und Inzidenz von Mangelernährung bei älteren zuhause lebenden Menschen in Schweden. Die Basiserhebung zu Beginn dieser Langzeituntersuchung bei 576 Teilnehmern ergab eine Prävalenz von 14 %, wobei 19 % der Frauen und 11 % der Männer betroffen waren. Fünf Jahre nach der ersten Erhebung hatten 7–16 % der inzwischen 80-jährigen Menschen eine Mangelernährung entwickelt, wobei Frauen häufiger betroffen waren als Männer. Die Ergebnisse der Follow-up-Untersuchungen zeigen mit zunehmendem Alter eine deutlich höhere Gefahr für eine Mangelernährung. Dabei war ein von den alten Menschen subjektiv empfundener schlechter Gesundheitszustand, gefolgt von Depressionen, mit einem deutlich höheren Risiko für Mangelernährung verbunden (Johansson et al. 2008).

Bewusstsein und  
Verantwortlichkeiten

## 1.2 Folgen von Mangelernährung: Leiden und Kosten

Die Folgen einer Mangelernährung wirken sich auf sämtliche Stoffwechsel- und Organfunktionen aus, es kommt häufiger zu Komplikationen und es ist mit einer erhöhten Multimorbidität und Mortalität zu rechnen (Volkert 1997; Incalzi et al. 1994, 1997; Sullivan & Walls 1994). Da sich Ernährungszustand und Gesundheitszustand gegenseitig beeinflussen, entsteht ein Teufelskreis, von dem sich ins-

besondere schwerkranke und alte Menschen nur sehr schwer erholen können (Volkert 1997; Müller et al. 2007). Die Betroffenen leiden jedoch nicht nur an den gesundheitlichen Folgen der Mangelernährung. Bereits wenige Tage, die ein Patient unzureichend ernährt ist, wirken sich erheblich auf seine Lebensqualität aus (Norman et al. 2006a, 2006b).

Die Folgen einer Mangelernährung zu behandeln ist sehr mühsam, und vor allem bei alten Menschen ist ein Gewichtsverlust kaum auszugleichen (Roberts et al. 1994, Roberts 2000). Angesichts der gesundheitlichen Auswirkungen einer Mangelernährung ist auch mit erheblichen Kosten für die aufwendigen Behandlungen zu rechnen. In einer Untersuchung zur Abschätzung der Kosten für die Folgen von Mangelernährung in Deutschland ergab sich eine Gesamtsumme von knapp 9 Mrd. €, eine Größenordnung wie für die Folgen von Adipositas. Für Behandlung und Versorgung fallen allein im Krankenhaus 56 %, in der Pflege 26 % und in der häuslichen Pflege 15 % zusätzliche Kosten durch Mangelernährung an. Die Berechnungsmodelle der Studie zeigen bis 2020 einen weiteren Anstieg des gesundheitsökonomischen Problems der Mangelernährung um 22 % auf 11 Mrd. € (Müller et al. 2007).

### **1.3 Verantwortlichkeiten der verschiedenen Disziplinen und Akteure innerhalb und außerhalb von Gesundheitseinrichtungen**

Eine Mangelernährung ist nicht immer nur die Folge von Krankheiten oder ungünstigen körperlichen Faktoren. Im ungünstigsten Fall entsteht eine Mangelernährung auch aufgrund von Unkenntnis, unzureichender „Awareness“, mangelnder Erfassung des Ernährungszustands und Fehler beim Ernährungsmanagement.

In einer Resolution des Europarats wurden von einer europäischen Expertengruppe fünf weitverbreitete Barrieren beschrieben, die eine angemessene Ernährungsversorgung im Krankenhaus erschweren (vgl. Committee of Experts on Nutrition, Food Safety and Consumer Protection 2002):

1. Mangel an einer klar definierten Verantwortlichkeit für die Planung und das Management der Ernährungsversorgung
2. Mangel an ausreichender, ernährungsbezogener Qualifizierung aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen
3. Mangelnder Einfluss und Kenntnisse der Patienten
4. Mangelnde Kooperation zwischen den unterschiedlichen beteiligten Berufsgruppen
5. Mangelnde Involvierung des Krankenhausmanagements

Die Expertengruppe, die hinter dieser EU-Resolution steht, fordert das rasche Beheben der aufgeführten Mängel und insbesondere die Verbesserung der interdisziplinären Kooperation.

Um eine optimale Ernährungsversorgung zu gewährleisten, müssen alle an der Versorgung beteiligten Akteure – sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtungen – in die Pflicht genommen werden, ihren Beitrag in enger multiprofessioneller Absprache und Kooperation zu leisten. Dies wird im interdisziplinär ausgerichteten Qualitätsniveau für die orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung nicht nur ausdrücklich gefordert, sondern es werden für die jeweiligen Akteure konkrete Handlungsempfehlungen formuliert (vgl. Bartholomeyczik et al. 2008).

Eine Reihe Evidence-basierter Empfehlungen liegen für die Sicherstellung einer optimalen Ernährungsversorgung in den verschiedenen Disziplinen bereits vor. Neben dem interdisziplinären Qualitätsniveau und den ärztlichen Leitlinien für die enterale und parenterale Ernährung ist auch ein Expertenstandard zum Thema „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ entwickelt worden (Bartholomeyczik et al. 2008; Lochs et al. 2003; Koletzko et al. 2007; DNQP 2010).

Die besten Empfehlungen können jedoch nur dann etwas bewirken und erfolgreich gegen Mangelernährung eingesetzt werden, wenn sich alle an der Ernährungsversorgung beteiligten Berufsgruppen ihrer Verantwortung und Rolle bewusst sind und gemeinsam mit den pflegebedürftigen Menschen und vor allem in deren Sinne agieren.

## 1.4 Rolle und Verantwortung der Pflege

Seitdem es die Pflege gibt, steht die Ernährungsversorgung im Mittelpunkt ihres Wirkens. Seit sich Berufe wie Diätassistenz und Ernährungswissenschaft etabliert haben und Küche sowie Hauswirtschaft die professionelle Verpflegung in den Gesundheitseinrichtungen übernommen haben, befinden sich die Zuständigkeiten für die Zubereitung und Zusammensetzung der Speisen und Getränke nicht mehr in der Hand der Pflegeprofession. Dennoch ist die Pflege verantwortlich für eine angemessene Ernährung und den Einbezug der zuständigen Berufsgruppen (Savage & Scott 2005; Kowanko 1997). Dies ist insofern naheliegend, da die Pflege – wie kaum eine andere Berufsgruppe – aufgrund der Nähe zu den pflegebedürftigen Menschen über Einflussmöglichkeiten und Einblick in Bereiche verfügt, die für die Einschätzung der Ernährungssituation und Planung von Maßnahmen zur Sicherstellung der Ernährung notwendig sind (s. Kapitel 17).

Der Pflege steht seit 2010 der Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ zur Verfügung. In ihm werden sowohl die Rolle als auch die Aufgaben der Pflegefachkräfte bei der Ernährungsversorgung und Gestaltung des Schnittstellenmanagements ausgeführt, um zur Förderung und Sicherstellung einer bedürfnisorientierten Ernährung beitragen zu können (DNQP 2009).

Das Ziel der Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung kann jedoch nur erreicht werden, wenn eine enge Kooperation mit genügend Möglichkeiten zum interdisziplinären Austausch zwischen allen beteiligten Berufsgruppen gewährleistet ist (s. Kapitel 18).

## Literatur

- Barloesius E. (1999). *Soziologie des Essens. Grundlagentexte Soziologie*. Weinheim, München: Juventa.
- Bartholomeyczik S., Schreier M.M., Volkert D., Bai J.C. (2008). *Qualitätsniveau II Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung*. In: Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (Hrsg.). *Qualitätsniveaus in der stationären Altenpflege*. Heidelberg: Economica.
- Council of Europe (2002) (Hrsg.). *Food and Nutritional Care in Hospitals: How to Prevent Undernutrition. Report and Recommendations of the Committee of Experts on Nutrition, Food Safety and Consumer Protection*. Strasbourg: Council of Europe.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2010). *Expertenstandard: Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege*. Osnabrück: DNQP.
- Heseker H., Stehle P., Bai, J.C., Lesser St., Overzier S., Paker-Eichelkraut S., Stratmann St. (2008). *Ernährung älterer Menschen in stationären Einrichtungen (ErnSTES-Studie)*. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (Hrsg.). 11. Ernährungsbericht. Bonn: DGE-Medien Service.
- Incalzi R.A., Capparella O., Gemma A., Camaioni D., Sanguinetti C., Carbonin P.U. (1994). Predicting in-hospital mortality after hip fracture in elderly patients. *J Trauma* 36(1): 79–82.
- Incalzi R.A., Capparella O., Gemma A., Landi F., Bruno E., Di Meo F., Carbonin P.U. (1997). The interaction between age and comorbidity contributes to predicting the mortality of geriatric patients in the acute-care hospital. *J Intern Med* 242(4): 291–298.
- Johansson Y., Bachrach-Lindstrom M., Carstensen J., Ek A.C. (2008). Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *J Clin Nurs* ISSN 1365-2702 (Electronic): 1–11.
- Koletzko B., Jauch K.W., Krohn K., Verwied-Jorky S. (2007). Leitlinie Parenterale Ernährung. *Aktuel Ernaehr Med* 32 (suppl 1).
- Kowanko I. (1997). The role of the nurse in food service: a literature review and recommendations. *Int J Nurs Pract* 3(2): 73–78.
- Lochs H., Lübke H., Weimann A.H. (Hrsg.) (2003). DGEM Leitlinie Enterale Ernährung. *Aktuel Ernaehr Med* 28 (suppl 1): S1–S120.
- McWhirter, J.P. & Pennington, C.R. (1994). Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ* 308 (6934): 945–948.
- Mueller M., Uedelhofen K., Wiedemann U.C.H. (2007). *Mangelernährung in Deutschland*. Berlin, München, Paris, New York: Cepton.
- Norman K., Kirchner H., Lochs H., Pirlich M. (2006a). Malnutrition affects quality of life in gastroenterology patients. *World J Gastroenterol* 12(21): 3380–3385.
- Norman K., Smoliner C., Wagner K., Harting W., Lochs H., Pirlich M. (2006b). Zusammenhang zwischen Ernährungszustand, Funktionalität und Lebensqualität bei älteren Heimbewohnern. *World J Gastroenterol* 31(3): P6\_4.
- OHCHR (Office of High Commission for Human Rights) (1948). Resolution 217 AIII (<http://www.unhch.ch/udhr/lang/ger.pdf>, Zugriff am: 08.02.2009; <http://www.un.org/Overview/rights>; Zugriff am: 08.02.2009).