



pflegekongress16

24. und 25. november 2016 | austria center vienna



Institut für Pflegewissenschaft

Medizinische Universität Graz

Durchführung von Mangelernährungs-Screenings in Krankenhäusern und Pflegeheimen

Doris Eglseer, BBSce MSc

Universitätsassistentin, Diätologin

Univ. Prof. Dr. Christa Lohrmann

Vorständin Institut für Pflegewissenschaft



Neues aus der Welt der Wissenschaft

derStandard.at > Gesundheit >> Arzt und Patient

International Inland Wirtschaft Web Sport Panorama Etat Kultur Krankheit Th

Spitalspatienten

3. November 2016, 12:32

Mangelernährung Morbidität. 50 bis 70 Prozent in Spitalmahlzeiten in S

Wer krank ist, viele vermutl Krankenhaus. Erstmals aufgen Essen schw Klir lr



foto: wikipedia/juan fernández(CC-Lizenz) Im Krankenhaus bleibt Essen oft übrig, weil Patienten der Appetit fehlt.



BMI als Risiko empfehlen entspre Routine

Bei der Diskussion um Ernährung geht es um **Übergewicht** und seine schädlichen Folgen für Herz, und Gelenke. Dabei wird die Kehrseite der Medaille gerne vergessen: Mehr als 80 Prozent der alten Patienten, die in ein Krankenhaus kommen, haben ein hohes Risiko für

Die Presse.com

POLITIK ECONOMIST GELD PANORAMA KULTUR TECH SPORT MOTOR LEBEN BILDUNG ZEITRE

Mangelernährung: Trotz Überfluss "verhungern"

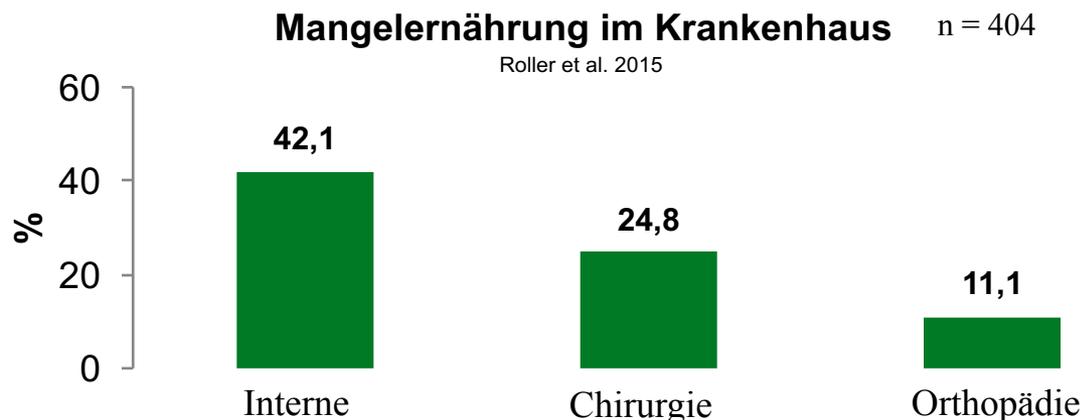
Armut, Trauer oder Isolation führen häufig zu ungewolltem Gewichtsverlust. Dieses Phänomen kostet dem Gesundheitssystem etwa gleich viel wie krankhaftes Übergewicht.

Trotz des Überflusses an Essen sind in Österreich Patienten regelrecht am "verhungern". Beinahe jeder Zweite (47 Prozent), der in ein heimisches Krankenhaus eingeliefert wurde, hatte schon zuvor an Gewicht verloren. Die Folgen sind dramatisch: Denn diese Menschen sind nicht ausreichend mit Energie und Nährstoffen versorgt. Das kann nicht nur die Lebensqualität einschränken, sondern auch zu einem längeren Aufenthalt im Krankenhaus und zu einer höheren Sterblichkeit führen. Mangelernährung zieht sich durch alle Altersschichten, darauf machen Experten am Mittwoch bei einer Pressekonferenz in Wien aufmerksam.

Hintergrund



- ▶▶ **Ernährung:** Aufgabe der Pflege
- ▶▶ **Im Krankenhaus:** 20-60% der PatientInnen mangelernährt/Risiko für Mangelernährung (Roller 2015, Schönherr 2012, Pierlich 2006, Westergren 2008)
- ▶▶ **Im Pflegeheim:** bis zu 80% der BewohnerInnen mangelernährt/Risiko für Mangelernährung (Bell 2013, Volkert 2013)



Hintergrund



▶▶ Hauptgründe für Mangelernährung (Pirlich et al. 2006)

- Akute und chronische Erkrankungen
- Polypharmazie
- Alter
- Soziale Aspekte

▶▶ Nahrungsaufnahme im Krankenhaus (Hiesmayr et al. 2009)

- 60% essen nicht alles auf
- 30% essen $\frac{1}{2}$ der Portionen
- 13% essen $\frac{1}{4}$ der Portionen
- 11% essen gar nichts

Portionsgr.: 1/1 3/4 1/2 1/4 0 E
Erbrechen

Tag 1	Datum:	TN*/ SN/ PE	Anmerkung	Kcal gesamt
Frühstück				
Mittag				
Abend				

Tag 2	Datum:	TN*/ SN/ PE	Anmerkung	Kcal gesamt
Frühstück				
Mittag				
Abend				

▶▶ Negative Outcomes für mangelernährte Personen (Norman et al. 2008)

- Morbidität ↑
- Mortalität ↑
- Komplikationen ↑
- Aufenthaltsdauer ↑
- Pflegeabhängigkeit ↑
- Lebensqualität ↓

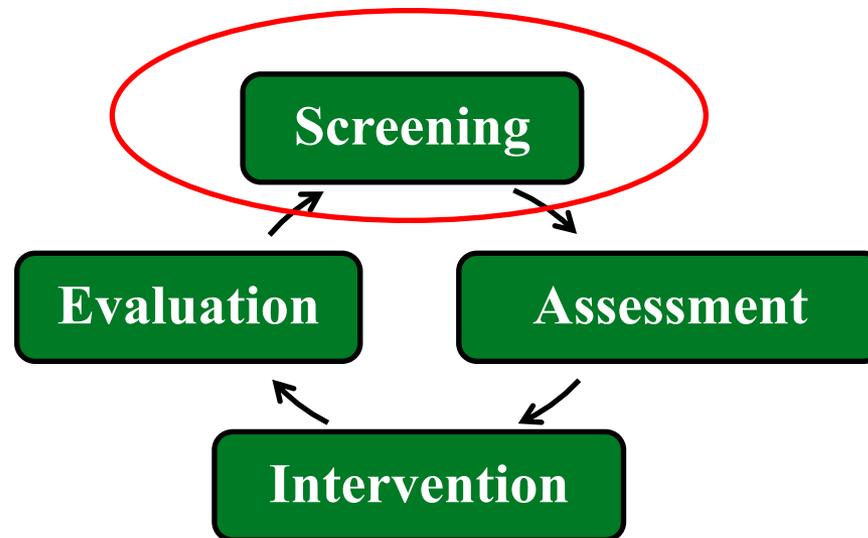
▶▶ Kosten

- 2.1% bis 10% der nationalen Gesundheitsausgaben (Khalatbari-Soltani et al. 2015)
- Investition von € 5 Millionen in Ernährungstherapie kann € 50 Millionen sparen (Elia 2005)

Hintergrund



- ▶▶ Mangelernährung ist potentiell vermeidbar/behandelbar (Muscaritoli et al. 2016)
- ▶▶ Ernährung ist ein Aspekt von Pflegequalität (Tappenden et al. 2013)
- ▶▶ Ganzheitlicher und interdisziplinärer Ansatz ist notwendig (Correia et al. 2014)



Screening



Das Mangelernährungsscreening ist ein **einfacher und schneller Prozess, um** Personen, die sehr wahrscheinlich mangelernährt sind oder ein Risiko für eine krankheitsspezifische **Mangelernährung** tragen, **zu identifizieren** und festzustellen, ob die Durchführung eines detaillierten Ernährungsassessments indiziert ist.

(Valentini et al. 2013, DGEM-Terminologie in der Klinischen Ernährung)

Screening – Inhalt



Laut **ESPEN-Guidelines** soll ein Mangelernährungs-Screening folgende Fragen beantworten:

1. Wie ist der **aktuelle Ernährungszustand**?
2. Ist der **Ernährungszustand stabil**?
3. Ist die **Nahrungszufuhr verringert**?
4. Ist eine Verschlechterung des Ernährungszustandes durch die **Krankheit** zu erwarten?

Screening - Eigenschaften



Eigenschaften eines Mangelernährungs-Screening-Tools:

- ▶▶ Hohe Praktikabilität (schnell, einfach, sinnvoll)
- ▶▶ Hohe Validität
- ▶▶ Hohe Reliabilität
- ▶▶ Hohe Sensitivität und Spezifität



<http://www.gopixpic.com/560/-regression-model-the-simple-linear-assumes-that>

Screening vs. Assessment



Screening	Assessment
Risikoeinschätzung	Tiefergehende Einschätzung, Ursachenabklärung
So kurz wie möglich	Nimmt mehr Zeit in Anspruch
Bei allen PatientInnen/BewohnerInnen	Nur bei RisikopatientInnen/ bewohnerInnen
Durchführung von geschulten Personen	Durchführung von SpezialistInnen wie z.B. DiätologInnen

Charney 2008

Auf das Screening folgt ein Assessment!

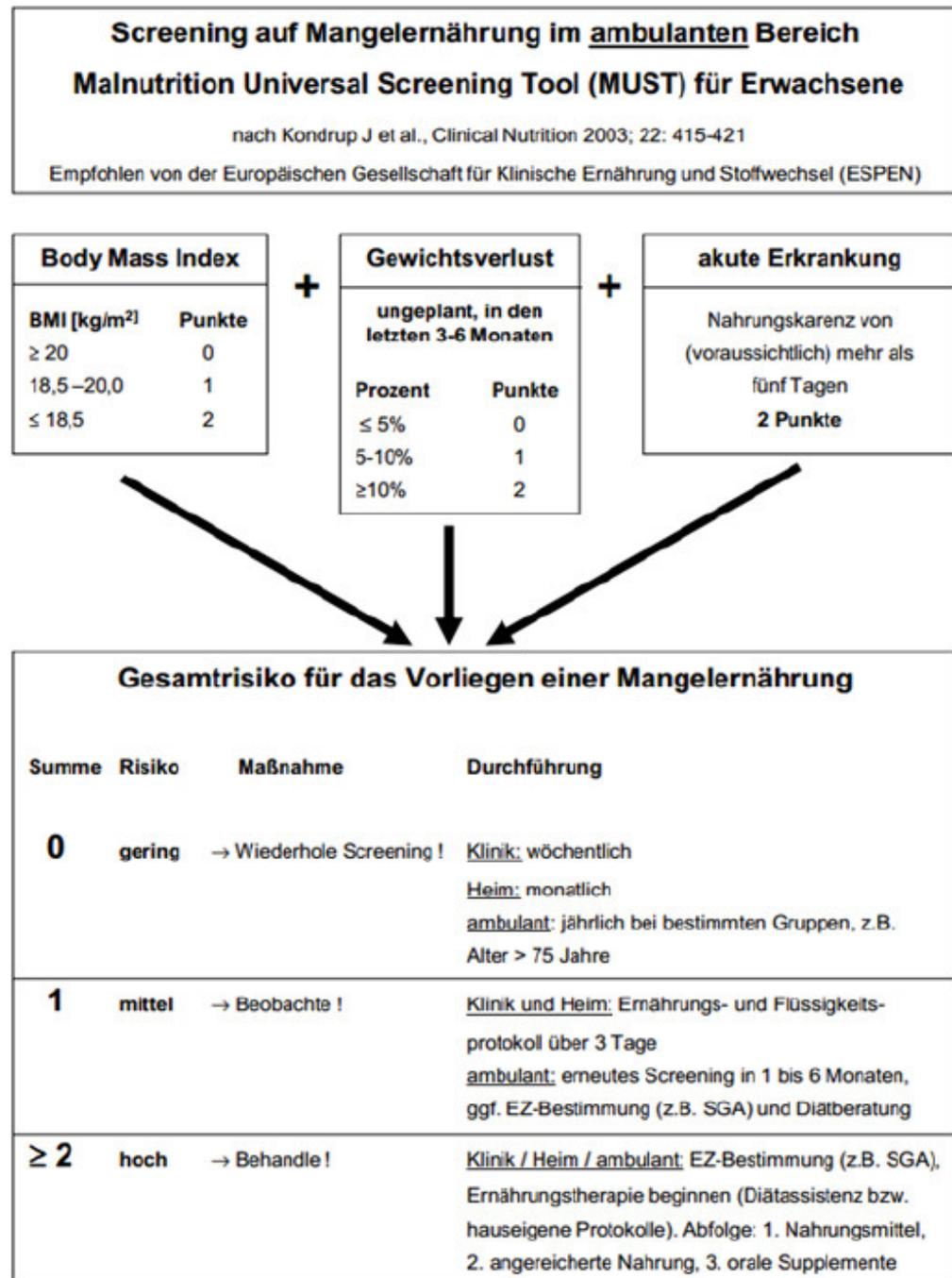
Screening - Empfehlungen

- ▶▶ Alle Personen sollen **bei Aufnahme** ins Krankenhaus/ins Pflegeheim gescreent werden
- ▶▶ Screening soll regelmäßig **wiederholt** werden
- ▶▶ Screening soll von **geschulten Personen** durchgeführt werden

Screening-Tools MUST

- ▶▶ Ambulanter Bereich (+ klinischer Bereich)
- ▶▶ 3 Fragen
- ▶▶ Handlungsempfehlungen

Kondrup et al. 2003



Screening-Tools MNA

- ▶ Für ältere Personen (Geriatric)
- ▶ 6 bzw. 7 Fragen
- ▶ Ausführliche Anleitung, Videos etc.

<http://www.mna-elderly.com/>

Vellas et al. 1999

© Doris Eglseer

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
NutritionInstitute

Name:						Vorname:					
Geschlecht:		Alter (Jahre):		Gewicht (kg):		Größe (cm):		Datum:			

Füllen Sie den Bogen aus, indem Sie die zutreffenden Zahlen in die Kästchen eintragen. Addieren Sie die Zahlen, um das Ergebnis des Screenings zu erhalten.

Screening		
A	Hat der Patient während der letzten 3 Monate wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken weniger gegessen? 0 = starke Abnahme der Nahrungsaufnahme 1 = leichte Abnahme der Nahrungsaufnahme 2 = keine Abnahme der Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>
B	Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten 0 = Gewichtsverlust > 3 kg 1 = nicht bekannt 2 = Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg 3 = kein Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>
C	Mobilität 0 = bettlägerig oder in einem Stuhl mobilisiert 1 = in der Lage, sich in der Wohnung zu bewegen 2 = verlässt die Wohnung	<input type="checkbox"/>
D	Akute Krankheit oder psychischer Stress während der letzten 3 Monate? 0 = ja 2 = nein	<input type="checkbox"/>
E	Neuropsychologische Probleme 0 = schwere Demenz oder Depression 1 = leichte Demenz 2 = keine psychologischen Probleme	<input type="checkbox"/>
F1	Body Mass Index (BMI): Körpergewicht in kg / (Körpergröße in m) ² 0 = BMI < 19 1 = 19 ≤ BMI < 21 2 = 21 ≤ BMI < 23 3 = BMI ≥ 23	<input type="checkbox"/>

WENN KEIN BMI-WERT VORLIEGT, BITTE FRAGE F1 MIT FRAGE F2 ERSETZEN.
WENN FRAGE F1 BEREITS BEANTWORTET WURDE, FRAGE F2 BITTE ÜBERSPRINGEN.

F2	Wadenumfang (WU in cm) 0 = WU < 31 3 = WU ≥ 31	<input type="checkbox"/>
-----------	--	--------------------------

Ergebnis des Screenings (max. 14 Punkte)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 Punkte:	<input type="checkbox"/> Normaler Ernährungszustand	<input type="button" value="Speichern"/>
8-11 Punkte:	<input type="checkbox"/> Risiko für Mangelernährung	<input type="button" value="Drucken"/>
0-7 Punkte:	<input type="checkbox"/> Mangelernährung	<input type="button" value="Rücksetzen"/>

Screening-Tools GMS

▶ Für den klinischen Bereich

▶ 4 Fragen

▶ Handlungsalgorithmus

Geburtsdatum:

Aktuelles Gewicht (in kg):

Körpergröße (in m):

BMI = (kg/m²):

Erhebung 1- 3 durch: PFLEGE

1. Gewichtsverlust während der letzten 3 Monate?

aktuelles Gewicht: _____

Gewicht vor 3 Monaten: _____

Bewertung: Gewichtsverlust:

< 5% = 0 Punkte:

5-10% = 1 Punkt:

> 10% = 2 Punkte:

2. Body Mass Index (BMI) (kg/m²)

für Patienten bis 65 Jahre:

für Patienten ab 65 Jahre:

BMI: > 20

BMI: > 22

0 Punkte:

BMI: 18 – 20

BMI: 20 – 22

1 Punkt:

BMI: < 18

BMI: < 20

2 Punkte:

3. Kam es in den letzten Monaten zu einem Rückgang der Nahrungsaufnahme aufgrund von:

Appetitverlust

Nein:

Ja = 1 Punkt:

Kau- Schluckbeschwerden

Nein:

Ja = 1 Punkt:

Übelkeit, Erbrechen, Durchfall

Nein:

Ja = 1 Punkt:

4. Erkrankungen:

Codierung der Diagnose durch: ARZT

a) maligne Systemerkrankungen (ohne Chemo/Radiotherapie)

präterminale Niereninsuffizienz (Se/Kreat. > 5 mg/dl)

akuter gastrointestinaler Infekt

Maldigestion

Chronischer Alkoholabusus

dekompensierte Leberzirrhose (CHILD C)

Systemische Amyloidose

COPD Grad ≥ III

Herzinsuffizienz NYHA Stadium ≥ III

Neurogene Dysphagie

Wunde NPUAP Stadium I + II

Polypragmasie > 5 Medikamente

1 Punkt:

b) fortgeschrittene Tumorerkrankung

Sepsis

Wunde NPUAP Stadium III + IV

Malabsorptionssyndrom

Chemo- u/o Radiotherapie (länger als 1 Woche)

2 Punkte:

Achtung: 4 a + b aber nur 2 Gesamtpunkte möglich!

+ 1 Punkt, wenn Alter ≥ 65 Jahre

Ergebnis: ≥ 3 = Mangelernährung, ICD10 Code: E46

Forschungsfragen der Studie



1. Wie häufig werden **Leitlinien/Standards zum Thema Mangelernährung** verwendet?
2. Wie häufig wird der **Ernährungszustand** der PatientInnen/BewohnerInnen **erfasst** und mit welchen Methoden?
3. Wie häufig werden **validierte Mangelernährungs-Screenings** angewendet?

Methode



- ▶ **Österreichische Pflegequalitätserhebung**
am 14. April 2015
- ▶ **Design:** multizentrische Querschnittstudie
- ▶ **Datenerhebung:** durch geschultes
Pflegepersonal
mittels standardisiertem Fragebogen u.a. zum
Thema Mangelernährung
- ▶ **2 Ebenen:**
 1. Einrichtung: Gibt es eine Leitlinie?
 2. PatientInnen: Erfassung des Ernährungszustandes/Verwendung von
Screening-Tools?



Stichprobe



▶▶ 5952 TeilnehmerInnen

- 56 Krankenhäuser: 5274 PatientInnen
- 2 Geriatrische Krankenhäuser: 112 PatientInnen
- 9 Pflegeheime: 566 BewohnerInnen

▶▶ Rücklaufquote 75%

▶▶ Fachbereiche

Krankenhäuser	%
Nichtoperativ	46,2
Operativ	30,8
Sonstige	12,8

Pflegeheime	%
Pflegestation	83,4
Psychogeriatric/Demenzstation	11,8
Sonstige	4,8

Charakteristika der Stichprobe



	Kranken- häuser (n = 5274)	Geriatrische Kranken- häuser (n = 112)	Pflege- Heime (n = 566)	Gesamt (n = 5952)
Geschlecht, weiblich (%)	53,20	68,80	74,60	55,60
Durchschnittsalter in Jahren	65	82	83	67
Häufigste Erkrankungen (%)				
Kreislaufsystem	39,6	70,5	70,8	43,2
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	24,7	56,3	50,9	27,8
Verdauungssystem	19,5	10,7	29,2	20,2
Atmungssystem	19,9	12,5	19,8	19,8
Hilfsbedarf Aktivitäten des täglichen Lebens (%)	39,8	92,0	97,2	46,3
Hilfsbedarf Aktivitäten im Haushalt (%)	29,7	55,4	87,5	35,7

Ergebnisse

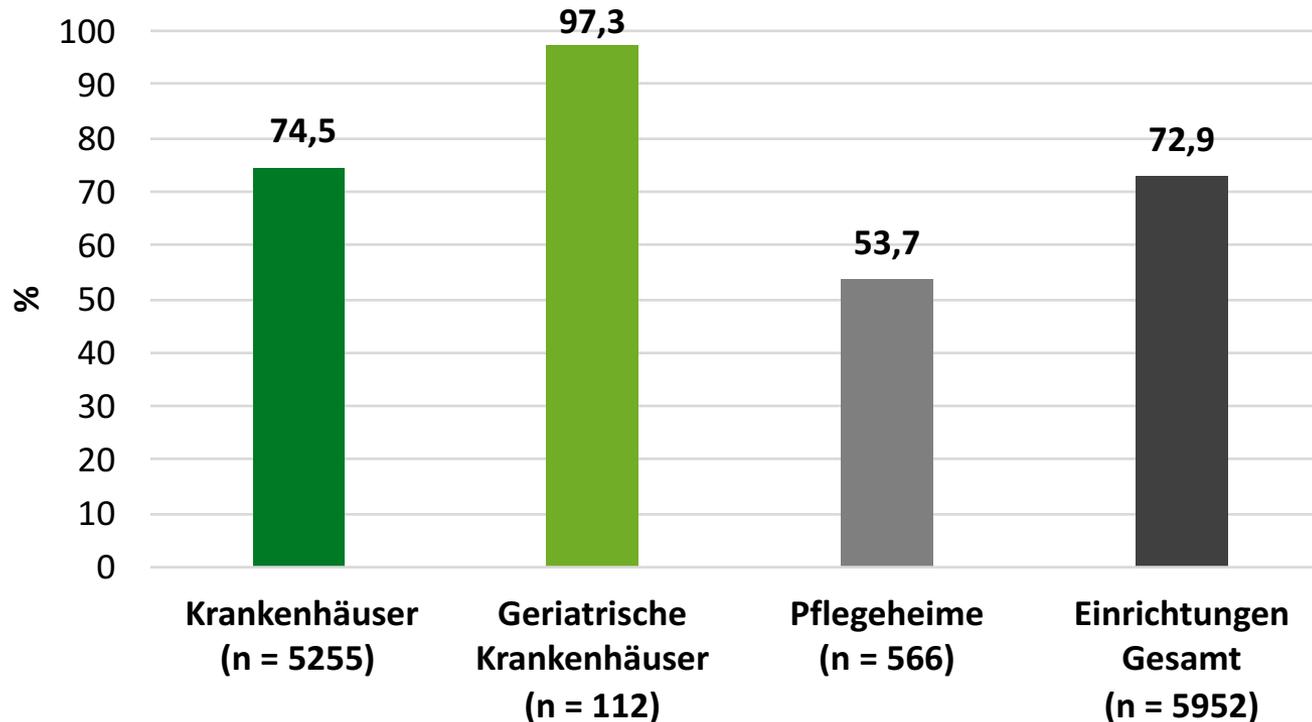


Gibt es in der Einrichtung einen anerkannten **Standard/Leitlinie** zur Prävention und/oder Behandlung von **Mangelernährung**, welcher auf einer (inter)nationalen Leitlinie basiert?

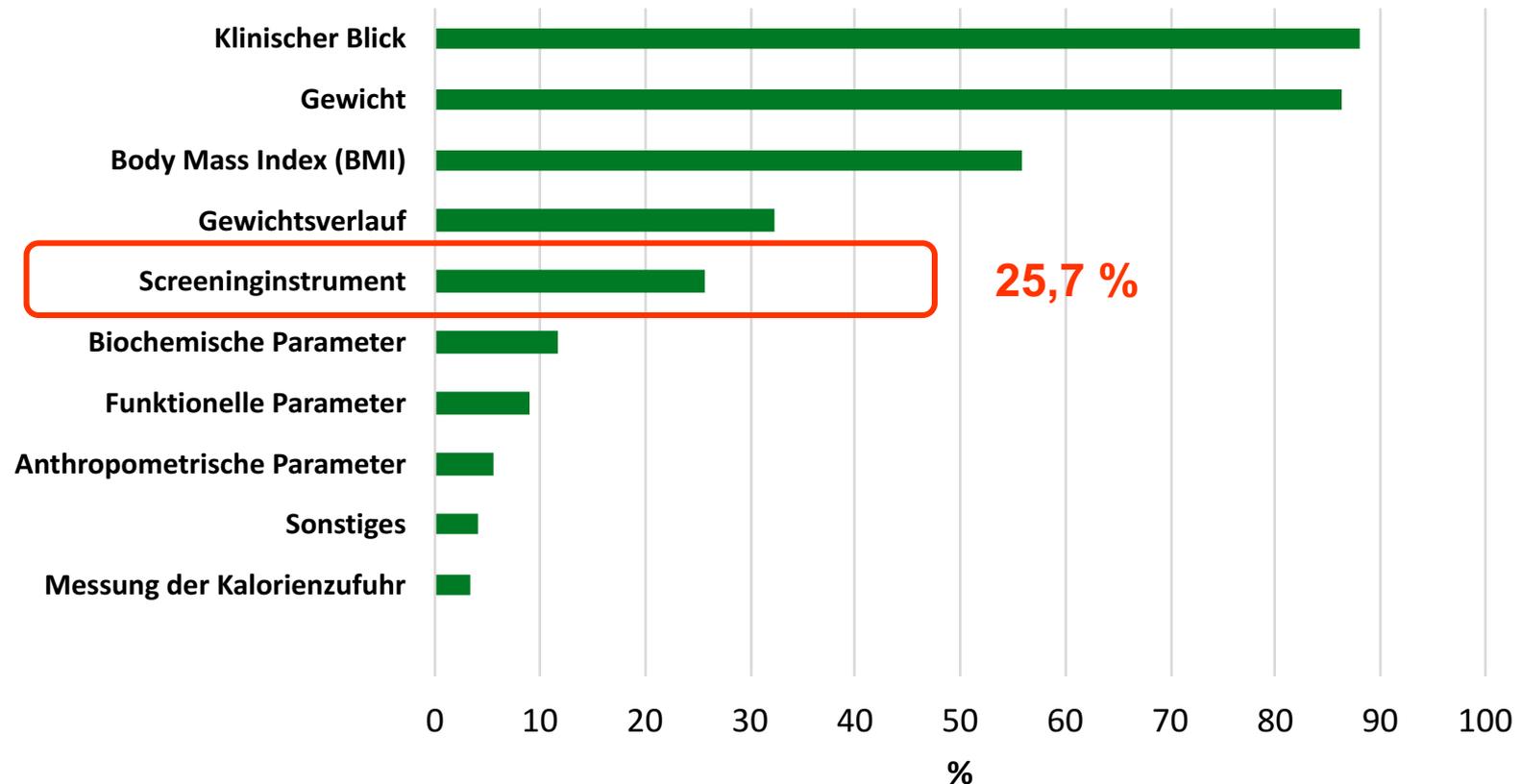
Art der Einrichtung	Leitlinie vorhanden
Krankenhäuser (n = 53)	45,3 %
Geriatrische Krankenhäuser (n = 2)	100 %
Pflegeheime (n = 9)	55,6 %
Gesamt (n = 64)	48,4%

Ergebnisse

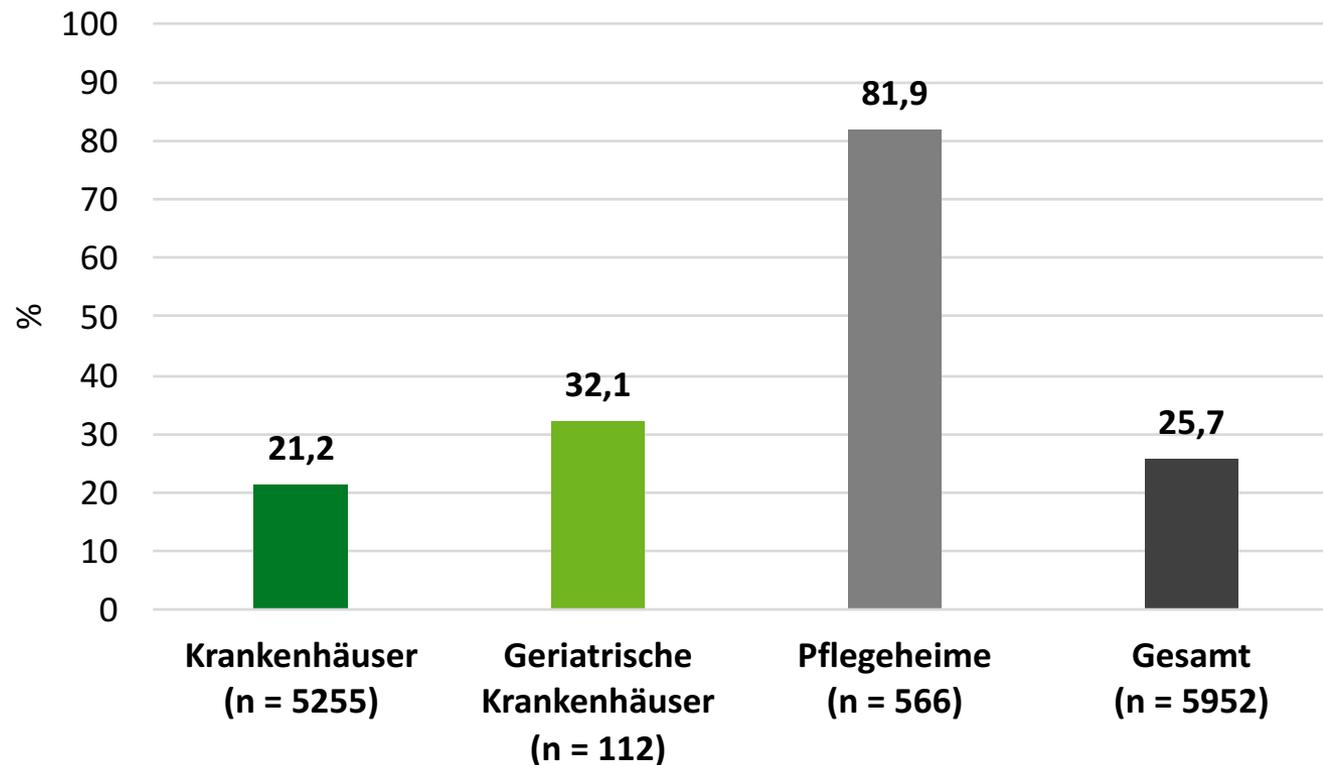
Erfassung des Ernährungszustandes bei Aufnahme in die Einrichtung



Indikatoren zur Erfassung des Ernährungszustandes



Personen, deren Ernährungszustand mit einem Screening-Tool gescreent wird



Zusammenhang Leitlinie und Screening-Tool

		Screening-Tool	
		Ja	Nein
Leitlinie	Ja	36,7 %	63,3 %
	Nein	18,8 %	81,2 %

Einrichtungen, die eine Leitlinie hatten, screenen PatientInnen/BewohnerInnen **signifikant** häufiger mit einem Screening-Tool ($p < 0,001^*$)!

* Chi-Quadrat-Test

- ▶▶ **Leitlinien** werden in ca. der Hälfte der Einrichtung verwendet
 - variiert stark zwischen Einrichtungsarten
 - unbekannt, welche Leitlinien verwendet wurden

- ▶▶ **Leitlinien** können Qualität in der Pflege verbessern
 - Methode der Entwicklung
 - Komplexität der Empfehlungen
 - Art der Implementierung

►► Erfassung des **Ernährungszustandes** bei ca. 70%

- Häufigste Indikatoren: klinischer Blick, Gewicht oder BMI
- Gewicht, BMI werden nicht als alleiniger Parameter empfohlen (Volkert 2013, Kondrup 2003)
- Klinischer Blick bei Mangelernährung nicht immer valide (Abayomi 2004)

Diskussion

- ▶▶ Verwendung eines **Screening-Instrumentes** bei ca. $\frac{1}{4}$ der PatientInnen/BewohnerInnen
 - variiert zwischen Einrichtungsarten

- ▶▶ In **Einrichtungen mit Leitlinien** werden **mehr** PatientInnen/BewohnerInnen mit **Screening-Tools** gescreent
 - Höhere Aufmerksamkeit
 - Schulungen des Personals
 - Unterstützung durch Vorgesetzte

Schlussfolgerung

Screening ist Grundlage für weitere Interventionen



Einführung in allen Einrichtungen wünschenswert



Handlungsalgorithmus notwendig



Studien zur Effektivität notwendig



Institut für Pflegewissenschaft

Medizinische Universität Graz

Doris Eglseer

doris.eglseer@medunigraz.at