

Faktenblatt zu Qualitätsindikatoren für die stationäre Langzeitpflege – Mangelernährung

Wie ist der Qualitätsindikator zum Thema Mangelernährung definiert?

Mangelernährung wird anhand vom Gewichtsverlust gemessen. Der Qualitätsindikator ist definiert als:

- Prozentualer Anteil an Bewohnenden, mit einem Gewichtsverlust von 5% und mehr in den letzten 30 Tagen oder 10% und mehr in den letzten 180 Tagen

Ausschlusskriterien: Folgende Bewohnende werden aus der Berechnung des Qualitätsindikators ausgeschlossen:

- Bewohnende mit einer Lebenserwartung von weniger als 6 Monaten
- Bewohnende mit Eintrittsassessament

Bewohnende am Lebensende werden ausgeschlossen, weil ein Gewichtsverlust erwartet wird und dieser kein Qualitätsmerkmal der im Pflegeheim geleisteten Pflege ist. Die zweite Gruppe wird ausgeschlossen, weil der Indikator einen Gewichtsverlust bis vor 180 Tagen misst. Das Pflegeheim hat keinen Einfluss auf einen Gewichtsverlust, der vor Eintritt geschah.

Risikoadjustierung: Folgende Merkmale der Bewohnenden werden zur Risikoadjustierung verwendet:

- Pflegestufe
- kognitive Einschränkung (gemessen durch die Cognitive Performance Scale CPS)

Bei einzelnen Bewohnenden kann Gewichtsverlust auch ein positives Zeichen sein, z. B. von einer ausgewogeneren Ernährung oder verbesserten Therapie (z. B. Diuretika). Dementsprechend muss mit einem gewissen Prozentsatz an Bewohnenden mit erwünschtem Gewichtsverlust in einem Alters- und Pflegeheim gerechnet werden.

Warum wird Mangelernährung als Qualitätsindikator gemessen?

Mangelernährung versteht sich als ein Mangel an Eiweiss und spezifischen Nährstoffen, der Gewichtsverlust ist ein Symptom davon. Die Mangelernährung wird in diesem Qualitätsindikator anhand eines vorliegenden Gewichtsverlusts gemessen.

Ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko für Mangelernährung, das sich nach dem Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim noch erhöht. Dies ist bedingt durch veränderte Nahrungsaufnahme und Bioverfügbarkeit

von Nährstoffen und die reduzierte Fähigkeit, auf metabolischen Stress bei Krankheit zu reagieren. Während der Energiebedarf im Alter vermindert ist, bleibt der Nährstoffbedarf gleich oder ist zum Teil erhöht. Mangelernährung ist mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität der Bewohnenden verbunden (s. Kasten).

Mangelernährung wird in Alters- und Pflegeheimen teilweise nicht erkannt, unterschätzt und ungenügend behandelt.

Die Messung des Gewichtsverlusts unterstützt das Erkennen und Angehen von Mangelernährung und kann so zur Verbesserung der Lebensqualität der Bewohnenden beitragen.

Mit welcher Häufigkeit kommt Mangelernährung in Alters- und Pflegeheimen vor?

Gemessen anhand des Gewichtsverlusts hat Mangelernährung in Schweizer Pflegeheimen eine Prävalenz zwischen 5% und 34%.

Was sind mögliche Gefahren der Mangelernährung?

- Erhöhte Morbidität und Mortalität
- Erhöhtes Risiko für Hospitalisierungen, höhere Komplikationsrate und längere Aufenthaltsdauer im Spital
- Zunehmende Schwäche und Gebrechlichkeit, reduzierte Funktionsfähigkeit und Aktivität, reduzierte Kapazität für Rehabilitation und Lebensqualität
- Erhöhtes Risiko für nosokomiale Infektionen, Stürze, Frakturen, Dekubitus, Verschlechterung von chronischen Erkrankungen, verzögerte Genesung und Wund-/Infektheilung
- Vitamin- und Mineraliendefizite
- Erhöhte Gesundheitskosten

Welche Faktoren hängen mit einer Mangelernährung zusammen?

Auf der Ebene der Bewohnenden:

- Medizinische Gründe:
 - Chronische Erkrankungen (z. B. Herzinsuffizienz, COPD), End-of-life-Situation
 - Allgemeine Schwäche, Abgeschlagenheit
 - Gastrointestinale Erkrankungen und Symptome (z. B. Malabsorptionssyndrom, Dysphagie, *Helicobacter pylori*)
 - Stoffwechselstörungen, Diabetes
 - Chronische Infektionen
 - Bösartige Tumorerkrankungen
 - Körperliche Einschränkungen (z. B. bei Arthrose, Folgen eines CVI), Abhängigkeit in Aktivitäten des täglichen Lebens, Angewiesensein auf Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, eingeschränkte Mobilität oder Kraft
 - Alkoholismus, andere Suchterkrankungen

- Schluck- und Kauprobleme (z. B. bei Parkinson, Demenz, CVI), mangelnde orale Gesundheit (z. B. schlechter Zahnstatus, schlecht sitzende Prothese, trockener Mund, Infektionen im Mundbereich)
- Appetitlosigkeit (z. B. als Nebenwirkung von Medikamenten)
- Geschmacksveränderungen, veränderte Sinneswahrnehmung
- Auswirkungen von Krankheiten, Nebenwirkungen von Medikamenten oder Therapien, z. B. Schmerzen, Übelkeit
- Polymedikation
- Psychische Erkrankungen und kognitive Beeinträchtigungen:
 - Affektive Störungen, Depression, Angst
 - Essstörungen, Anorexie
 - Demenz, Delirium
- Soziale Gründe:
 - Soziale Isolation, Einsamkeit

Auf der Ebene des Personals:

- Fehlende Ausbildung über Mangelernährung, fehlende Kenntnisse zur Wichtigkeit des Screenings von Mangelernährung und deren Behandlung

Auf der Ebene der Organisation:

- Fehlender Leitfaden / fehlende Handlungsanweisung zum Umgang mit Mangelernährung
- Fehlende interprofessionelle Zusammenarbeit (z. B. Ärzte, Pflege, Küche, Hotellerie, Ernährungsberatung, Logopädie)
- Nicht zufriedenstellendes Essensangebot (Menge, Geschmack, Temperatur, Aussehen, Konsistenz), keine altersgerechte Küche
- Unangenehme Essensumgebung (Geräusche, Gerüche, Unterbrechungen, Tischnachbarn, Dekoration und Raumgestaltung)
- Inadäquate, unflexible Essenszeiten
- Fehlende Unterstützung beim Essen, emotionaler Support
- Fehlende Hilfsmittelangebote (z. B. Besteck und Teller für Menschen mit Hemiplegie)
- Fehlende oder inadäquate Geräte zur Gewichtsmessung

Was gilt es zu beachten bei der Messung der Qualitätsindikatoren?

Grundsätzlich ist die Erhebung der Daten in den Handbüchern/Erfassungsanleitungen der Instrumente geregelt, mit denen die Daten erhoben werden.

Der Indikator wird anhand zweier Kriterien überprüft:

- Gewichtsabnahme von 5% und mehr in den letzten 30 Tagen
- Gewichtsabnahme von 10% und mehr in den letzten 180 Tagen

Der Indikator gilt als erfüllt, wenn je eines der beiden Kriterien erfüllt ist oder beide zusammen.

- Fragen Sie die Bewohnende oder deren Angehörige bei Einzug nach einer Gewichtsveränderung in den letzten 30 resp. 180 Tagen
- Wenn Bewohnende länger als 30 resp. 180 Tage im Pflegeheim sind, wird der Gewichtsverlust anhand der Gewichtsmessungen, die in der Bewohnerdokumentation eingetragen sind, berechnet. Es empfiehlt sich, nach Möglichkeit monatlich das Gewicht zu messen
- Bei der Gewichtsmessung ist Folgendes zu beachten:
 - Wenn möglich die Bewohnenden jeweils zur selben Zeit und unter denselben Bedingungen wägen, z. B. jedes Mal dieselbe Waage nehmen
 - Die Kalibrierung der Waage überprüfen
 - Bei bettlägerigen Bewohnenden nach Möglichkeit Gewichtsmessung in einem Pflegerollstuhl auf einer Rollstuhlwaage vornehmen, im Rahmen der vorgesehenen Mobilisierung
- Lassen Sie bei Schwierigkeiten mit der Prozentrechnung jemanden anderen nachrechnen

Von der Messung des Qualitätsindikators werden Bewohnende ausgeschlossen, die eine Lebenserwartung von weniger als 6 Monate haben. Beantworten Sie die Frage zur Lebenserwartung auf Basis der Einschätzung im interprofessionellen Team. Dies ist eine Schätzung und die Situation kann sich auch wieder ändern.

Mögliche Massnahmen zur Reduktion der Mangelernährung

Verschiedene Guidelines unterstützen die Behandlung der Mangelernährung. Grundsätzlich gilt es, sowohl den Status der Mangelernährung anzugehen wie die zugrunde liegenden Ursachen.

Einflussfaktoren

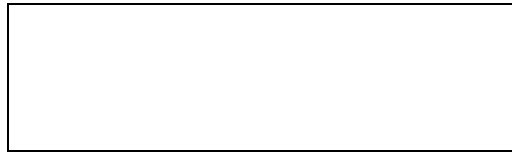
Bewohnende

- Medizinische Gründe
- Psychische Erkrankungen und kognitive Beeinträchtigungen
- Soziale Gründe

Massnahmen

- Screening auf Malnutrition (z. B. Einsatz von Screeninginstrumenten wie Mini Nutritional Assessment (MNA) mit regelmässiger Gewichtsmessung, Essmenge beobachten)
- Bei Hinweis auf Mangelernährung: Durchführung eines umfassenden Assessments im interprofessionellen Team Überprüfen von Risikofaktoren, Ernährungsgewohnheiten und Gesundheitsproblemen
- Ziele festlegen und Massnahmen ergreifen:
 - Beseitigung ursächlicher Probleme
 - Angenehme Essensumgebung schaffen
 - Unterstützung anbieten beim Essen, Hilfsmittel zur Verfügung stellen
 - Modifikation von Mahlzeiten und Lebensmitteln (z. B. Wunschkost, Fingerfood)
 - Anreicherung von Speisen (z. B. gehaltvolle Lebensmittel wie Rahm,





Butter, Öl oder Nährstoffkonzentrate wie Maltodextrin, Proteinpulver)

- Trinknahrung

Involvierte Berufsgruppen

- Fehlende Ausbildung über Mangelernährung, fehlende Kenntnisse zur Wichtigkeit des Screenings von Mangelernährung und deren Behandlung



- Regelmässige Fort- und Weiterbildung, Schulung zum Umgang mit besonders vulnerablen Gruppen (z. B. Menschen mit Demenz, mit Sehbehinderung)
- Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit bei Ernährungsfragen

Organisation

- Fehlender Leitfaden / fehlende Handlungsanweisung
- Fehlende interprofessionelle Zusammenarbeit
- Nicht zufriedenstellendes Essensangebot
- Unangenehme Essensumgebung
- Inadäquate, unflexible Essenszeiten
- Fehlende Unterstützung beim Essen, emotionaler Support
- Fehlende Hilfsmittelangebote
- Fehlende oder inadäquate Geräte zur Gewichtsmessung



- Standardisierte Handlungsanleitungen einführen mit klarer Regelung der Verantwortlichkeiten zu Screening, Abklärung und Behandlung
- Eventuell Schaffung einer Ernährungskommission, nach Möglichkeit mit Einbezug von Bewohnenden
- Angenehme Essatmosphäre schaffen
- Bedarfsgerechte Angebotsplanung
- Essbiografien erfassen und Angebotsplanung danach ausrichten
- Konsistenzstufen beachten
- Verfügbarkeit von Nahrungszusätzen, Trinknahrung
- Verfügbarkeit von Hilfsmitteln fürs Essen
- Flexibilisierung der Essenszeiten, ausreichende Zeit zum Essen, Angebote von Zwischenmahlzeiten
- Angemessene Personalausstattung für die Unterstützung der Nahrungsaufnahme
- Zugang zu Ernährungsberatung, zahnärztliche Behandlung und/oder Therapeuten ermöglichen

Weiterführende Ressourcen

- Handbücher/Erfassungsanleitungen von BESA, Q-Sys und Plaisir/Plex
- Empfehlung zum Umgang mit Mangelernährung:
 - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2017).
 - Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Osnabrück: DNQP.
 - Volkert, D., Bauer, J. M., Frühwald, T., Gehrke, I., Lechleitner, M., Lenzen- Grossimlinghaus, R., Wirth, R., Sieber, C., DGEM Steering Committee (2013). Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG. Klinische Ernährung in der Geriatrie. Teil des laufenden S3-Leitlinienprojekts Klinische Ernährung. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 38(03), e1–e48. doi:10.1055/s-0033-1343169
 - Löser, C. (2014). Ursachen und Klinik der Mangelernährung. *Therapeutische Umschau*, 71(3), 135–139. doi:10.1024/0040-5930/a000494
 - Rösli, A., Imoberdorf, R., Ruhlin, M., Tandjung, R. (2013). Mangelernährung. *Praxis*, 102(11), 627–636. doi:10.1024/1661-8157/a001330

Bibliografie

- Ahmed, T., Haboubi, N. (2010). Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clinical Interventions in Aging*, 5, 207–521.
- Bosshard Taroni, W., Pralong, G. (2011). Détection du risque de malnutrition chez la personne agée. *Revue Médicale Suisse*, 7(294), 1056–1057.
- Imoberdorf, R., Ballmer, P. E. (2014). Die Epidemiologie der Mangelernährung. *Therapeutische Umschau*, 71(3), 123–126. doi:10.1024/0040-5930/a000492
- Löser, C. (2014). Ursachen und Klinik der Mangelernährung. *Therapeutische Umschau*, 71(3), 135–139. doi:10.1024/0040-5930/a000494
- Simmons, S. F., Peterson, E. N., You, C. (2009). The accuracy of monthly weight assessments in nursing homes: Implications for the identification of weight loss. *Journal of Nutrition Health and Aging*, 13(3), 284–288.
- Tamura, B. K., Bell, C. L., Masaki, K. H., Amella, E. J. (2013). Factors associated with weight loss, low BMI, and malnutrition among nursing home patients: A systematic review of the literature. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 649–655. doi:10.1016/j.jamda.2013.02.022
- Volkert, D., Bauer, J. M., Frühwald, T., Gehrke, I., Lechleitner, M., Lenzen-Großimlinghaus, R., Wirth, R., Sieber, C., DGEM Steering Committee (2013). Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG. Klinische Ernährung in der Geriatrie. Teil des laufenden S3-Leitlinienprojekts Klinische Ernährung. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 38(03), e1–e48. doi:10.1055/s-0033-1343169

Herausgeber

CURAVIVA, Branchenverband von ARTISET,
Föderation der Dienstleister für Menschen mit Unterstützungsbedarf, Bern

Autorinnen

Dr. Raphaëlle-Ashley Guerbaai, Prof. Dr. Franziska Zúñiga: Institut für Pflegewissenschaft, Department of Public Health, Medizinische Fakultät, Universität Basel

Auskünfte/Informationen

info@curaviva.ch

© CURAVIVA, 2. Aufl., Januar 2024