

Erhöhtes Mangelernährungsrisiko

Ernährungsempfehlungen in der Zeit von SARS-CoV-2 und für Patienten mit COVID-19

Peter E. Ballmer

Präsident der Gesellschaft für Klinische Ernährung Schweiz (GESKES/SSNC)

Patientinnen und Patienten, die SARS-CoV-2 infiziert oder gar von einer COVID-19-Erkrankung betroffen sind oder waren, haben ein erhöhtes Mangelernährungs-Risiko. Dies betrifft nicht nur, aber vorwiegend ältere Menschen und Personen mit Vorerkrankungen (polymorbide Patienten). Eine Infektion zusammen mit Mangelernährung hat oft einen schlechten Outcome zur Folge, das heisst diese Menschen haben ein hohes Risiko, Komplikationen zu erleiden oder gar zu sterben.

Deshalb ist das Management der Mangelernährung gerade in diesen Zeiten von grosser Bedeutung. Die Europäische Gesellschaft für Klinische Ernährung und Metabolismus, die ESPEN (*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*), hat deshalb aktuell ein Experten-Statement in der Zeitschrift *Clinical Nutrition* [1] veröffentlicht.

In 10 Statements die wichtigsten Punkte zusammengefasst

Statement 1: Screening – jetzt erst recht

Alle betagten Personen und betroffene Patientinnen und Patienten erst recht, sollen ein Screening auf Mangelernährung erhalten. Dabei sollen gemäss den ESPEN-Empfehlungen im ambulanten Bereich zum Beispiel die speziell für betagte Personen validierten MNA (*Mini Nutritional Assessment*)-Kriterien [2] (das Formular zur Erhebung des MNA finden Sie zum Downloaden bei der Online-Version dieses Artikels unter www.primary-hospital-care.ch) oder die MUST-Kriterien, und im stationären Bereich der NRS-2002 [3] (Abb. 1) angewendet werden. Wichtig scheint uns, dass dieses Screening auch in den Praxen und Altersheimen durchgeführt, und der NRS-2002 weiterhin in den Spitälern konsequent angewendet wird.

Bei Risiko für Mangelernährung oder manifester Mangelernährung soll ein Assessment durch eine

professionelle Ernährungsberatung erfolgen, und es sollen entsprechende Massnahmen eingeleitet werden. Das Assessment hat zum Ziel, den Bedarf an Energie (Kilokalorien) und Protein zu erfassen.

Statement 2: Nährstoff-Defizite gezielt beheben

Werden Energie- und Proteinbedarf nicht gedeckt, soll die Nahrung in einem ersten Schritt gezielt mit energie- (Butter, Rahm, hochwertige Pflanzenöle, Maltodextrin) und proteinreichen (Eiern, Reibkäse, Quarkspeisen, Proteinkonzentraten) Nahrungs- und Ergänzungsmitteln angereichert werden.

Statement 3: Vitamin- und Mineralstoff-Supplementierung

Bei Personen mit Risiko für eine Mangelernährung oder manifester Mangelernährung, soll auch an eine vorübergehende Vitamin- und Mineralstoff-Supplementierung gedacht werden.

Statement 4: Regelmässige, angepasste körperliche Aktivität


Neben der Optimierung der Nahrungszufuhr sollen die körperliche Aktivität und damit der Erhalt der Muskelmasse gefördert und das Immunsystem gestärkt werden.

Statement 5: Protein- und energiereiche Trinksupplemente

Reicht die Anreicherung der Nahrung nicht zur Gewichtserhaltung und/oder Nährstoffdeckung aus, sollen Trinksupplemente, sogenannte *Oral Nutrition Supplements* (ONS) während mindestens einem Monat verabreicht werden. Diese in der Apotheke, speziell in GESKES-zertifizierten Homecareapotheken, erhältlichen Produkte sollen protein- und energiereich sein und zusätzlich rund 30 g Protein und 400 Kilokalorien enthalten.

mfe Häuser- und Kinderärzte Schweiz
Médicins de famille et de l'enfance Suisse
Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera

Redaktionelle
Verantwortung:
Sandra Hügli, mfe



Score Nutritional Risk Screening (NRS 2002)¹

Durch das Behandlungsteam innerhalb 24 h nach Spiteleintritt

Störung des Ernährungszustandes:	Schwere der Erkrankung (Stressmetabolismus)
<p>Keine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leicht → Gewichtsverlust > 5% in 3 Monaten <i>oder</i> → Nahrungszufuhr 50–75 % des Bedarfs in der vergangenen Woche • Mässig → Gewichtsverlust > 5% in 2 Monaten <i>oder</i> → BMI 18,5 – 20,5 kg / m² und reduzierter Allgemeinzustand <i>oder</i> → Nahrungszufuhr 25 – 50 % des Bedarfs in der vergangenen Woche • Schwer → Gewichtsverlust > 5% in einem Monat (> 15% in 3 Monaten) <i>oder</i> → BMI < 18,5 kg / m² und reduzierter Allgemeinzustand <i>oder</i> → Nahrungszufuhr 0 – 25 % des Bedarfs in der vergangenen Woche 	<p>Keine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leicht z. B. Schenkelhalsfraktur, chronische Erkrankungen besonders mit Komplikationen: Leberzirrhose, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, chronische Hämodialyse, Diabetes, Krebsleiden • Mässig z. B. grosse Bauchchirurgie, Schlaganfall, schwere Pneumonie, hämatologische Krebserkrankung • Schwer z. B. Schädel-Hirn-Trauma, Knochenmarktransplantation, Intensivpflichtige Patientinnen und Patienten (APACHE-II > 10)
<p>Alter der Patientinnen und Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alter ≥ 70 Jahre → Fortgeschrittenes Alter 	
<p>0 – 2 Punkte: Zurzeit kein behandlungsbedürftiges Risiko einer Mangelernährung</p>	<p>3 – 7 Punkte: Risiko resp. manifeste Mangelernährung</p>

Abbildung 1: Score Nutritional Risk Screening (NRS).

Statement 6: Bei Bedarf enterale Ernährung

Ist der Energie- und Proteinbedarf auch mit diesen Massnahmen nicht vollständig gedeckt, soll eine enterale Ernährung mittels Sondenkost in Betracht gezogen werden.

Statement 7: Parenterale Ernährung als letzte Massnahme

Allenfalls kommt bei unvollständiger Bedarfsdeckung eine parenterale Ernährung in Frage.

Statement 8: Künstlich beatmete Patienten auf der Intensivstation

Ernährung mittels Sondenkost soll innerhalb von 24 bis 48 Stunden begonnen werden, da gerade Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation ein grosses Risiko haben, eine Mangelernährung zu erleiden. Eine proteinreiche, isokalorische Nährlösung in der Akutphase ermöglicht eine angemessene Proteinzufuhr bei moderater Energiebelastung. Später – in der stabilen post-akut Phase – soll auf ein proteinreiches, hochkalorisches Produkt umgestellt werden.

Statement 9: Ergänzende parenterale Ernährung

Beim Intensivpatienten ist eine ergänzende parenterale Ernährung zu erwägen, wenn die Sondenkost den Bedarf nicht abdeckt.

Statement 10: Schluckstörung nach der künstlichen Beatmung

Patientinnen und Patienten, die zum Beispiel bedingt durch eine längere Phase künstlicher Beatmung an Dysphagie leiden, brauchen eine entsprechende adaptierte Nahrung (individuell eingedickte Getränke und weiche bis breiige Speisen, eventuell vorübergehend Sondenernährung) und sollen ein professionelles Schlucktraining erhalten.

Werden die Patienten entsprechend diesen Anweisungen betreut, können wir davon ausgehen, dass sie besser überleben, eine kürzere Rekonvaleszenz haben und ihre Lebensqualität verbessert wird.

Da wir weder eine Impfung noch eine wirksame Therapie gegen das SARS-CoV-2-Virus haben, sind diese supportiven Massnahmen von grosser Bedeutung, sowohl in den ärztlichen Praxen, als auch in Altersheimen und im Krankenhaus.

Literatur

- 1 Barrazoni R. et al. ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. *Clinical Nutrition*, 2020.
- 2 Kaiser MJ, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical Tool for Identification of Nutritional Status. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2009.
- 3 Kondrup J, et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical Nutrition*, 2003.

Korrespondenz:
Sandra Hügli-Jost
Kommunikationsbeauftragte
mfe Haus- und
Kinderärzte Schweiz
Geschäftsstelle
Effingerstrasse 2
CH-3011 Bern
Sandra.Huegli[at]
hausarztteschweiz.ch