

Wie Hausärzte psychosomatisch ticken

Jeder Hausarzt kennt diesen Moment der Entscheidung: Ein 70-jähriger Patient kommt in die Praxis, Sie kennen ihn gut, Sie wissen, er hat Diabetes II, eine arterielle Hypertonie, er ist im Programm „Therapie aktiv“ bei Ihnen, ist mehr oder weniger „compliant“, aber diesmal ist er irgendwie anders: blasser, er fühlt sich matt, die Gartenarbeit geht ihm langsamer von der Hand, er will das eigentlich nur so nebenbei erwähnen. Sie werden stutzig und schon beginnt im Hintergrund Ihre Intuition zu arbeiten: Unkontrolliert und wie automatisch vergleichen Sie seine jetzige Erscheinung mit früheren Begegnungen. Nein, Brustschmerzen hat er keine. Naja, Depression oder so? Schlafen kann er gut, nein, kein Grübeln. Und jetzt kommt die warnende Stimme in Ihnen durch: KHK? Und Sie weisen ihn – das EKG ist unauffällig – nach einigem Abwägen stationär ein, siehe da: Nach vier Tagen kommt er mit einem Stent zurück in die Praxis. Man könnte das geschilderte Vorgehen auch als „kognitiven Kurzschluss“ bezeichnen, bei dem eine Entscheidung getroffen wird, ohne dass die Gründe für die Entscheidung klar beschrieben werden können. Im genannten Fall war wohl die Beziehung, die Empathie zum Patienten entscheidend, beruhend auf vielen Vorbegegnungen. Umgekehrt ist Ihnen sicher schon „passiert“, dass Sie Patienten mit dramatischem Brustschmerz innerhalb von Minuten „heilen“ konnten, sei es mit Hilfe eines „therapeutischen EKG“ oder lediglich durch Zuhören.

Passend dazu haben André et al. herausgearbeitet, dass Hausärzte schon bei der ersten Präsentation von gesundheitlichen Problemen als Faustregel einschätzen, ob es sich um einen Notfall, um ein körperliches oder psychosoziales Problem handelt.

Ich denke, wir haben für unsere Arbeit, für unser Dasein ein enormes Repertoire zur Verfügung, das in der knallharten Faktenwelt wenig beachtet wird und dennoch „wissenschaftlich“ ist. Wir sollten dieses Repertoire benennen, verbreiten, darüber reden, lehren, darüber forschen und vor allem definitiv erlernen. Letzteres ist – ich behaupte ausschließlich – in Lehrpraxen möglich. Dieses Lernen den jungen Hausarztkollegen vorzuenthalten, erachte ich als grotesk. Daher zum x-ten Male an alle Stakeholder: Hausarztsein lernt man nur in der Lehrpraxis gut. Die ÖGAM hat gut ausgearbeitete feine Pläne dazu, neuerdings ergänzt durch ein psychosomatisches Grundcurriculum auf der Basis von Psy I.

Worin besteht nun dieses genannte Repertoire, das uns so unterscheidet von der Welt des Spezialistentums: abwartendes Offenhal-

ten, Verzicht auf Absicherungsmedizin, gelebte Anamnese, Langzeitorientierung (vor allem!), Personenorientiertheit, trainierte Achtsamkeit auf den abwendbar gefährlichen Verlauf, Beachtung des Beziehungsumfelds, das hermeneutische Fallverständnis, der weite Blick auf Kultur und Gesellschaft, unsere Empathiefähigkeit.

Etwa einem Viertel der Patienten, die uns täglich besuchen, uns um Rat fragen, etwas von uns wollen, kann keine eindeutige medizinische Diagnose zugeordnet werden, ganz einfach, weil keine ICD-10-Diagnose „Armut“ oder „Lebenskrise“ oder „Müdigkeit“ vorgesehen ist (Im Vergleich dazu ist das von der ÖGAM in Zukunft favorisierte ICPC-2-Diagnosesystem mit einfachem Schema sehr wohl in der Lage, die subjektive Welt des Patienten zu beschreiben und in der Diagnose miteinzubeziehen). Dennoch behandelt jeder Hausarzt „nichtdiagnostizierte“ Patienten – in den meisten Fällen einfühlsam, zuwendend und umfassend. Genau hier sind wir psychosomatisch zu Hause. Und daher gibt es seit März 2013 die ÖGPAM, die Österreichische Gesellschaft für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin in der Allgemeinmedizin (als Zweigverein der ÖGAM, www.oegpam.at).

Wir sollten uns unserer großen oft unbeachteten Schatzkiste der Hausarztmedizin bewusst sein und uns ihrer bedienen. Sie kann uns niemand wegnehmen, aber wir sollten öfter davon weitererzählen – selbstbewusst.



Dr. Bernhard Panhofer

*Dr. Bernhard Panhofer
Arzt für Allgemeinmedizin, Ungenach*

Die Arbeit in der ÖGAM ist in den letzten Jahren vielfältig und umfangreich geworden.

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at

Ernährungsbedingte

Laut Deutscher Gesellschaft für Ernährung gibt es derzeit zwei gängige Instrumente zur Erfassung des Ernährungszustandes, den SGA (= Subjective Global Assessment), und den MNA (= Mini Nutritional Assessment, entwickelt von einer Forschergruppe in Zusammenarbeit mit der Fa. Nestle), den Sie anschließend abgebildet finden.

Details dazu unter:

<https://www.dge.de/modules.php?name=News&file=print&sid=924>

Grundregeln

- Bei schlechtem Ernährungszustand und Malnutrition beim alten Menschen ist eine zugrunde liegende chronische Erkrankung wahrscheinlich. Er sollte schon deshalb genauer beachtet werden.
- Der Ernährungszustand einer älteren Person sollte erfasst und regelmäßig kontrolliert werden, z.B. durch Veränderungen des Körpergewichts. Der Mini-Nutritional-Assessment-(MNA)-Test kann sowohl bei Pflegeheimpatienten als auch bei zuhause lebenden älteren Personen angewendet werden.
 - Auch eine übergewichtige Person kann an einer Malnutrition leiden (fat frail).
- Ernährungsinterventionen sind geeignet, um einen guten Ernährungszustand und ein adäquates Körpergewicht zu erhalten, Gewichtsverlust zu verhindern und die Erhaltung von Alltagsfähigkeiten und Lebensqualität zu unterstützen.
 - Ein niedriger Body Mass Index (BMI) und eine ungewollte Gewichtsabnahme erhöhen die Morbidität und Mortalität.
 - Eine ausreichende Zufuhr von Kalorien und Eiweiß sollte gewährleistet sein. Es wichtig, die Muskelkraft zu erhalten und die Entwicklung einer Sarkopenie zu verhindern.
 - Bei Patienten unter dem 75. Lebensjahr mit einem BMI von über 30 ist eine vorsichtige Gewichtsreduktion durch vermehrte körperliche Aktivität in der Behandlung von Diabetes, Herzinsuffizienz, Hypertonie und Art wichtig. Ansonsten ist leichtes Übergewicht beim älteren Menschen eher selten eine Indikation für Gewichtsabnahme.
 - Patienten im Alter über 75 Jahre profitieren in der Regel nicht von einer Gewichtsreduktion.
- In Ländern mit wenig Sonne wird für Menschen über 60 Jahre eine tägliche Substitution von 800 IE Vitamin D (20 µg) empfohlen. Für die Verhinderung von sturzassoziierten Frakturen ist eine Mindestdosis von 700–800 IU (17,5–20 µg) notwendig. Für die Prävention einer Osteoporose sollte auch die Einnahme von Kalzium (800–1.500 mg/Tag), vorzugsweise diätetisch, gesichert sein.
- Leidet ein älterer Mensch an einem Mangel an Vitamin B₁₂ oder Eisen, liegt der Verdacht auf eine Magen-Darm-Erkrankung nahe.
- Die routinemäßige Einnahme von anderen Vitaminen oder anderen Spurenelementen hat keine nachgewiesene Wirkung.



Der Ernährungszustand sollte regelmäßig kontrolliert werden

Prävalenz der Malnutrition

- In der westlichen Welt liegt die Prävalenz der Mangelernährung in der älteren Bevölkerung bei 5–10%.
- Bei den über 80-Jährigen beträgt sie 10–20%.
- Bei hospitalisierten Menschen ist in 27–65% eine Mangelernährung feststellbar.
- Von den in ständiger institutioneller Betreuung befindlichen alten Menschen leiden 30–80% an Mangelernährung.

Prädisponierende Faktoren

- Schwierigkeiten bei der Nahrungsbeschaffung
 - wirtschaftlich bedingt (niedrige Altersrente, fehlende Bereitschaft, für Essen Geld auszugeben)
- Mobilitätsprobleme, reduzierte Alltagsfähigkeiten, fehlende personelle Unterstützung
- tief verwurzelte Gewohnheiten, Alkoholismus
- Schwierigkeiten beim Kauen und Schlucken
 - Schlaganfall, Demenz, Parkinson-Syndrom, fehlende Zähne, Schmerzen im Mund
- erhöhter Nahrungsbedarf
 - Infektionen, Druckulzera
 - Trauma, chirurgische Eingriffe, insbesondere bei Hüftfrakturen
- zu Kachexie führende Erkrankungen
 - Karzinom, chronische Infektionen (z.B. Tuberkulose)
 - Demenz
- mangelhafte Verwertung von Nährstoffen
 - Malabsorption (Darmerkrankungen, z.B. Zöliakie)
- andere Ursachen
 - psychische Ursachen (Depression, Paranoia, Manie)
 - Medikamente (verminderter Appetit, Mundtrockenheit, Veränderung von Geschmack und Geruch)
 - verminderter Geschmacks- oder Geruchssinn
- altersbedingte, physiologische Veränderungen
 - Die Verlangsamung des Grundumsatzes und die verminderte körperliche Aktivität haben einen niedrigeren Kalorienbedarf zur Folge; bei älteren Frauen sinkt die Kalorienzufuhr oft auf unter 1.500 kcal ab. Unterhalb dieser Grenze besteht die Gefahr einer Unterversorgung mit bestimmten Nährstoffen.
 - Durch verzögerte Magenentleerung werden energiereiche Nahrungsprodukte (Zucker, freie Fettsäuren) langsamer abgebaut, was zu einem länger anhaltenden Gefühl der Sättigung führen kann.
 - Mit zunehmendem Alter wird Muskelgewebe abgebaut und der Anteil an Fettgewebe nimmt zu.
 - abnehmende Glukosetoleranz
 - Anfälligkeit für Störungen des Flüssigkeitshaushalts

Störungen bei Älteren

Folgen von Mangelernährung

- Mangelernährung und ungewollte Gewichtsabnahme sind mit erhöhter Morbidität und Mortalität assoziiert.
- verzögerte Erholung nach Krankheit
- verlängerter Krankenhausaufenthalt, erhöhter Bedarf an medizinischer Unterstützung
- beeinträchtigte Immunfunktion, langsamere Wundheilung, erhöhtes Infektionsrisiko
- beschleunigter Verlust an Muskelmasse, Verminderung der Muskelfunktion und Muskelkraft, die Erhöhung von Sturz- und Frakturrisiko.

Diagnostik der Mangelernährung

- Klinische Befunde sind keine sensitiven Indikatoren für Mangelernährung.
- Die gebräuchlichsten Indikatoren sind: ungewollte Gewichtsabnahmen, geringes Körpergewicht oder niedriger BMI, schlechte Wundheilung, Oberarmumfang, Serumalbumin, Hämoglobin und Lymphozyten, genaue Überprüfung der Zusammensetzung der Nahrung, Fähigkeit zur Beschaffung und Vorbereitung von Mahlzeiten, Zufuhr von Vitaminen, klinische Untersuchung.
- Derzeit gilt das MNA als das verlässlichste Maß zur Beurteilung des Ernährungszustands. Es wurde bereits in mehreren Ländern validiert.
- Eine Verschlechterung des Ernährungszustandes wird sehr oft übersehen.

Behandlung der Mangelernährung

- Das Ziel der Ernährungsintervention ist die Sicherstellung einer ausreichenden Zufuhr von Kalorien, Eiweiß und Nährstoffen sowie die Erhaltung eines ausreichenden Ernährungszustandes.
- Proteinmangel ist ein Problem, von dem besonders alte und kranke Menschen betroffen sind und das aktivere Maßnahmen erfordert, als derzeit üblich sind.
- Nahrungsergänzende Proteingaben scheinen Mortalität und Komplikationen zu vermindern.
- Häufige hochkalorische Zwischenmahlzeiten sichern beim unterernährten älteren Patienten eine adäquate Kalorienzufuhr besser als eine konventionelle Diät.

- Die Gestaltung von Mahlzeiten, wie sie im Familienleben gepflegt werden, verbessert die Lebensqualität und erhöht die Kalorien- und Nährstoffzufuhr.
- Ernährungsgewohnheiten von zuhause lebenden älteren Menschen sollten überprüft werden; ein Zustellservice für Mahlzeiten, besonders nach Krankenhausaufenthalt, in Erwägung ziehen.
- Ein älterer Mensch sollte täglich 1–1,2 g Protein pro Kilogramm Körpergewicht erhalten; im Krankheitsfall ist der Bedarf noch größer.
- Der Proteinanteil und die Nährstoffdichte in der Nahrung sollten mit dem Alter zunehmen.

Andere häufige ernährungsbedingte Störungen

- Mangel an bestimmten Nährstoffen
 - Anämien (Eisen, Vitamin B₁₂): Es ist an eine mögliche gastrointestinale Grunderkrankung zu denken.
 - Osteoporose und Osteomalazie:
 - Vitamin-D-Mangel ist oft bei alten Menschen zu beobachten, die sich in institutioneller Betreuung befinden und sich selten im Freien aufhalten. Routinemäßige Vitamin-D-Gaben sind gerechtfertigt. In einer Dosis von 700–800 IE (17,5–20 µg) täglich ist Vitamin D wirksam bei der Frakturprävention. In Ländern mit wenig Sonne wird für alle über 60-jährigen Personen eine tägliche Substitution mit 800 IU (20 µg) ganzjährig empfohlen.
 - Nachtblindheit
 - Neuropathien (B-Vitamine)
- Folsäure-Mangel ist häufig.
- Adipositas
 - Gesundheitsrisiken und Folgen von Adipositas:
 - Stoffwechselerkrankungen (Diabetes)
 - physische Mobilitätseinschränkungen
 - Hautinfektionen (Intertrigo)
 - kardiovaskuläre Erkrankungen
- Versuche, Gewicht abzunehmen sollten vorsichtig erfolgen. Ein Gewichtsverlust und Gewichtsschwankungen können leicht zu einem Verlust an Muskelgewebe und einer Zunahme des relativen Anteils an Fettgewebe führen.

Literatur:

- 1 Suominen MH, Kivistö S, Pitkälä KH, The effects of nutrition education on professionals' practice and further to the nutrition of aged nursing home residents accepted for publication. Eur J Clin Nutr 2007; 61(10):1226–32
- 2 Milne A, Avenell A, Potter J, Meta-Analysis: Protein and energy supplementation in older people. Ann Intern Med. 2006; 144:37–48



Das Redaktionsteam:

Dr. Cornelia Croy, Dr. Barbara Degn, Dr. Reinhold Glehr,
Dr. Susanna Michalek, Dr. Elisabeth Modler,
Dr. Peter Pichler, Dr. Susanne Rabady

ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig! Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter

Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat
c/o Wiener Medizinische Akademie
Herr Christian Linzbauer
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel.: 01/405 13 83-17
Fax: 01/407 82 74
office@oegam.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.

Mini Nutritional Assessment

MNA®



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

Füllen Sie den Bogen aus, indem Sie die zutreffenden Zahlen in die Kästchen eintragen. Addieren Sie die Zahlen des Screenings. Ist der Wert ≤ 11, fahren Sie mit dem Assessment fort, um den Mangelernährungs-Index 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"/>
F Body Mass Index (BMI): Körpergewicht (kg) / Körpergröße² (m²) 0 = BMI < 19 1 = 19 ≤ BMI < 21 2 = 21 ≤ BMI < 23 3 = BMI ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Ergebnis des Screenings (max. 14 Punkte)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 Punkte: Normaler Ernährungszustand 8-11 Punkte: Risiko für Mangelernährung 0-7 Punkte: Mangelernährung	
Für ein tiefergehendes Assessment fahren Sie bitte mit den Fragen G-R fort	

Assessment	
G Lebt der Patient eigenständig zu Hause? 1 = ja 0 = nein	<input type="checkbox"/>
H Nimmt der Patient mehr als 3 verschreibungspflichtige Medikamente pro Tag? 0 = ja 1 = nein	<input type="checkbox"/>
I Hat der Patient Druck- oder Hautgeschwüre? 0 = ja 1 = nein	<input type="checkbox"/>

J Wie viele Hauptmahlzeiten isst der Patient pro Tag? 0 = 1 Mahlzeit 1 = 2 Mahlzeiten 2 = 3 Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>
K Eiweißzufuhr: Isst der Patient	
• mindestens einmal pro Tag Milchprodukte (Milch, Käse, Joghurt)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
• mindestens zweimal pro Woche Hülsenfrüchte oder Eier?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
• täglich Fleisch, Fisch oder Geflügel?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
0,0 = wenn 0 oder 1 mal «ja» 0,5 = wenn 2 mal «ja» 1,0 = wenn 3 mal «ja»	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
L Isst der Patient mindestens zweimal pro Tag Obst oder Gemüse? 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
M Wie viel trinkt der Patient pro Tag? (Wasser, Saft, Kaffee, Tee, Milch ...) 0,0 = weniger als 3 Gläser / Tassen 0,5 = 3 bis 5 Gläser / Tassen 1,0 = mehr als 5 Gläser / Tassen	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
N Essensaufnahme mit / ohne Hilfe 0 = braucht Hilfe beim Essen 1 = isst ohne Hilfe, aber mit Schwierigkeiten 2 = isst ohne Hilfe, keine Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>
O Wie schätzt der Patient seinen Ernährungszustand ein? 0 = mangelernährt 1 = ist sich unsicher 2 = gut ernährt	<input type="checkbox"/>
P Im Vergleich mit gleichaltrigen Personen schätzt der Patient seinen Gesundheitszustand folgendermaßen ein: 0,0 = schlechter 0,5 = weiß es nicht 1,0 = gleich gut 2,0 = besser	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
Q Oberarmumfang (OAU in cm) 0,0 = OAU < 21 0,5 = 21 ≤ OAU ≤ 22 1,0 = OAU > 22	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
R Wadenumfang (WU in cm) 0 = WU < 31 1 = WU ≥ 31	<input type="checkbox"/>

Assessment (max. 16 Punkte)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
Screening	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
Gesamtauswertung (max. 30 Punkte)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of MNA® - Its History and Challenges*. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Geront 2001; 56A: M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
Mehr Informationen unter: www.mna-elderly.com

Auswertung des Mangelernährungs-Index	
24-30 Punkte	<input type="checkbox"/> Normaler Ernährungszustand
17-23,5 Punkte	<input type="checkbox"/> Risiko für Mangelernährung
Weniger als 17 Punkte	<input type="checkbox"/> Mangelernährung