

ERNÄHRUNGSMEDIZINISCHE BETREUUNG UNTERSTÜTZT DIE GENESUNG BEI STATIONÄREN PATIENTEN MIT MANGELERNÄHRUNGSRISSKO

Die Prävalenz der Mangelernährung ist hoch. Fast jeder dritte Patient, der stationär in eine internistische Klinik aufgenommen wird, hat Anzeichen einer Mangelernährung; bei älteren Menschen sogar über die Hälfte. Schuetz et al. zeigten in einer Studie eindrücklich, dass Patienten, von einer Ermittlung des Mangelernährungsrisikos und einer entsprechenden ernährungsmedizinischen Betreuung in der Klinik profitieren. So reduzierte eine protokollgesteuerte, patientenindividualisierte ernährungsmedizinische Betreuung im Krankenhaus nicht nur schwerwiegende Komplikationen, sondern auch die Sterblichkeitsrate. Diese mit 2.000 teilnehmenden Patienten mit dem Namen „Effect of early nutritional support on Frailty, Functional Outcomes, and Recovery of malnourished medical inpatients Trial (EFFORT)“ bislang größte Studie zur Wirksamkeit einer ernährungsmedizinischen Betreuung im Krankenhaus wurde im Juni 2019 im Lancet veröffentlichtⁱ.

HINTERGRUND

Sowohl aktuelle Richtlinien als auch verschiedene Studien empfehlen ein Ernährungsscreening und eine entsprechende ernährungsmedizinische Betreuung für stationäre Patienten, bei denen das Risiko einer Mangelernährung bestehtⁱⁱ. Das gilt auch für Patienten, die nicht kritisch erkrankt sind und bei denen keine chirurgische Indikation besteht. Immerhin zeigt rund jeder vierte stationäre Patient Zeichen einer Mangelernährungⁱⁱⁱ. Ziel dieser Studie war die Untersuchung, inwiefern eine ernährungsmedizinische Betreuung das Risiko unerwünschter klinischer Ergebnisse bei stationären Patienten mit Ernährungsrisiko verringert und gegenteilig nicht sogar mit Nebenwirkungen assoziiert ist.

METHODIK

Die offene multizentrische Studie fand im Zeitraum zwischen dem 01.04.2014 und dem 28.02.2018 an insgesamt acht Schweizer Krankenhäusern statt. Der Probandenstamm wurde aus Patienten mit Ernährungsrisiko (Ernährungsrisiko-Screening 2002 [NRS 2002] mit einem Wert von ≥ 3 Punkten) und einem erwarteten stationären Klinikaufenthalt von mehr als 4 Tagen zusammengestellt. Insgesamt nahmen 2.028 Patienten an der Studie teil. Diese wurden nach dem Zufallsprinzip in zwei Gruppen aufgeteilt. Während die eine Gruppe während des Klinikaufenthalts mit Standard-Krankenhausernahrung versorgt wurde, erhielt die andere Gruppe eine individuelle ernährungsmedizinische Betreuung, die sich auf das Erreichen des ermittelten Kalorien- und Proteinbedarfs fokussierte. Bei Entlassung erhielten die Patienten einen entsprechenden Ernährungsplan für zu Hause. Als primärer Endpunkt definierten Schuetz et al. unerwünschte klinische Ereignisse nach 30 Tagen wie Aufnahme auf die Intensivstation, schwere Komplikationen, Gesamtmortalität, Wiederaufnahme ins Krankenhaus oder eine Verschlechterung des Allgemeinzustands.

RESULTATE

Die zuvor festgelegten Kalorienziele (patientenindividuell mit der Harris-Benedict-Formel definiert) wurden in der Interventionsgruppe bei 800 (79 %) und die Proteinziele (1,2 – 1,5 g/kg Körpergewicht bzw. bei Patienten mit Nierenerkrankungen 0,8 g/kg KG) bei 770 Probanden (76 %) erreicht. Demgegenüber wurden die Kalorienziele in der Kontrollgruppe bei 547 (54 %) und die Proteinziele bei 557 Patienten (55 %) erreicht. Nach 30 Tagen hatten 232 von 1.015 Patienten (23 %) in der Interventionsgruppe eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, verglichen mit 272 von 1013 Patienten (27 %) in der Kontrollgruppe (angepasstes Odds Ratio [OR] 0,79 [95% CI 0,64 – 0,97], $p = 0,023$). Ebenfalls konnte in der Interventionsgruppe die Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen signifikant reduziert werden. Bis zum 30. Tag waren 73 Patienten (7 %) in der Interventionsgruppe verstorben, verglichen mit 100 Patienten (10 %) in der Kontrollgruppe (angepasstes OR 0,65 [0,47 – 0,91], $p = 0,011$). Ein statistisch relevanter Unterschied im Anteil der Patienten, bei denen Nebenwirkungen als Folge der Ernährungsunterstützung auftraten, wurde zwischen Interventions- und Kontrollgruppe nicht festgestellt (162 [16%] gegenüber 145 [14%], angepasst OR 1,16 [0,90 – 1,51]), $p = 0,26$).

ERGEBNISSE STÜTZEN DIE EMPFEHLUNGEN DER RICHTLINIEN

Es zeigte sich, dass eine individuelle ernährungsmedizinische Betreuung von Patienten mit Mangelernährungsrisiko während eines stationären Aufenthaltes nicht nur die Komplikationsrate reduziert, sondern auch die Sterblichkeitsrate. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung eines routinemäßigen Screenings des Ernährungszustandes bei Klinikaufnahme und einer individualisierten ernährungsmedizinischen Betreuung von Risikopatienten.

ⁱ Schuetz P, Fehr R, Baechli V, Geiser M, Deiss M, Gomes F, et al. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. Lancet. 2019 Jun 8;393(10188):2312-2321. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31030981/> (Abrufdatum: 24.02.2021)

ⁱⁱ Reber E, Gomes F, Bally L, Schuetz P, Stanga Z. Nutritional Management of Medical Outpatients. J Clin Med. 2019 Aug; 8(8): 1130. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6722626/> (Abrufdatum: 24.02.2021)

ⁱⁱⁱ Jeder vierte stationäre Patient mit Zeichen von Mangelernährung. Dt. Ärzteblatt, Veröffentlichungsdatum: 08.06.2018 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/95734/Jeder-vierte-stationaere-Patient-mit-Zeichen-von-Mangelernaehrung> (Abrufdatum: 25.02.2021)