

## Mangelernährung im Alter

„Malnutrition in Older Adults“

### Einleitung

Eine gesunde, nährstoffreiche Ernährung ist nachgewiesenermaßen verbunden mit einem längeren und gesünderen Leben. Mangelernährung ist ein Zustand des Ungleichgewichts zwischen der Aufnahme von Nährstoffen und dem Bedarf, was zu einer veränderten Körperzusammensetzung, verminderter körperlicher und geistiger Funktionsfähigkeit sowie einer Beeinträchtigung zahlreicher klinischer Ergebnisse führen kann. Bei älteren Erwachsenen hat Mangelernährung nachweislich schwerwiegende nachteilige Folgen, einschließlich körperlicher und kognitiver Beeinträchtigungen, vermehrter Komplikationen und Krankheitsfolgen, längerer stationärer Aufenthalte, schlechter Lebensqualität und damit verbundenen erhöhten Gesundheitskosten.

### Epidemiologie

Mangelernährung ist bei älteren Erwachsenen weit verbreitet, wobei das Risiko dafür mit zunehmendem Alter zunimmt. Die epidemiologischen Daten hängen jedoch stark von der Pflegeeinrichtung, dem Land und den verwendeten diagnostischen Kriterien ab. In Ermangelung eines globalen Konsenses über die Definition und Diagnose von Mangelernährung wurde ein Screening-Tool entwickelt, um gefährdete ältere Erwachsene zu ermitteln – das MNA-Screening (Mini Nutritional Assessment-Screening). Studien mit diesem Tool zeigen, dass die Prävalenz von Mangelernährung in der Gesamtbevölkerung bei etwa 3 % liegt, 22 % bei stationären Krankenhauspatient:innen und fast 30 % bei älteren Erwachsenen in Pflegeheimen.

### Ätiologische Faktoren

Mangelernährung kann durch verminderte Nahrungsaufnahme, erhöhten Nährstoffbedarf, eine gestörte Magen-Darm-Aufnahme oder eine vermehrte Ausscheidung von Nährstoffen verursacht werden. Mangelernährung bei jüngeren Erwachsenen, tritt in den meisten Fällen aufgrund von Erkrankungen auf, bei älteren Erwachsenen ist sie meist mit einer verminderten oder einseitigen Nahrungsaufnahme assoziiert.

#### Mögliche Ursachen und Risikofaktoren für Mangelernährung im Alter

<b>Altersbedingte physiol. Veränderungen</b>	Appetitlosigkeit, verminderte Sinneswahrnehmung, unvollständige Kompensation des Gewichtsverlusts
<b>Körperliche Beeinträchtigungen</b>	Schwierigkeiten beim Kauen durch Zahnverlust / -ersatz, Infektionen, Entzündungen, Schluckbeschwerden, eingeschränkte Mobilität
<b>Geistige Beeinträchtigungen</b>	Kognitive Beeinträchtigung oder Demenz, Depression, veränderter Tag-Nacht-Rhythmus, Psychiatrische Essstörung
<b>Gesundheitliche Beeinträchtigungen</b>	Magen-Darm-Erkrankungen, akute und chronische Erkrankungen, Schmerzen, Nebenwirkungen von Medikamenten, Intolleranzen
<b>Soziale und finanzielle Probleme</b>	Einsamkeit oder soziale Isolation, Armut, belastende Lebensereignisse, fehlende Unterstützung, Vernachlässigung
<b>Ernährungsfaktoren / schlechte Gewohnheiten</b>	zu kleine Mahlzeiten oder Auslassen von Mahlzeiten, ungesunde / einseitige Ernährung - Verzicht auf wertvolle Lebensmittelgruppen

Tab. 1: Übersicht Ursachen und Risikofaktoren für Mangelernährung im Alter

## Diagnose

Mangelernährung bei älteren Erwachsenen kann rasch oder schleichend auftreten – etwa durch reduzierte Nahrungsaufnahme oder erhöhten Nährstoffbedarf infolge chronischer Erkrankungen oder Stress. Fachgesellschaften empfehlen den Einsatz validierter Screening-Instrumente zur frühzeitigen Risikoerkennung. Eine symptomorientierte Diagnose basiert auf fünf Kriterien: drei phänotypischen Merkmalen (Gewichtsverlust, niedriger BMI, geringe Muskelmasse) und zwei ursächlichen Faktoren (verminderte Nahrungsaufnahme, Entzündungen). Für eine Diagnose muss jeweils mindestens ein Kriterium erfüllt sein. Bei über 70-Jährigen gelten angepasste BMI-Grenzwerte: <22 für Mangelernährung, <20 für schwere Mangelernährung. Häufig erfolgt die Diagnosestellung über Screening-Tools wie das MNA-Screening; Werte von <12 weisen auf ein Risiko hin und sollten durch die genannten Kriterien bestätigt werden. Mangelernährung tritt zudem häufig gemeinsam mit geriatrischen Syndromen auf. Wird eine geringe Muskelmasse festgestellt, ist die Prüfung der Muskelkraft essenziell, da eine begleitende Sarkopenie das Risiko funktioneller Einschränkungen erhöht. In ressourcenarmen Regionen ist eine unzureichende Nahrungsaufnahme aufgrund mangelnden Zugangs zu hochwertigen Lebensmitteln die häufigste Ursache von Mangelernährung.

## Prävention und Behandlung

Es gibt wirksame Strategien, um Mangelernährung bei Risikopersonen zu verhindern bzw. zu behandeln. Die individuellen Behandlungsziele sollten in Bezug auf die Nahrungsaufnahme (insbesondere Energie und Protein) und den Ernährungszustand (Körpergewicht und -zusammensetzung) definiert werden. Bei älteren Erwachsenen soll eine Energiezufuhr von 30 kcal pro Kilogramm Körpergewicht pro Tag angestrebt werden. Die Angemessenheit der Zufuhr sollte unter genauer Überwachung des Körpergewichts (unter Berücksichtigung von Flüssigkeitsretention und -verlusten) beurteilt, und die Aufnahme entsprechend angepasst werden. Der genaue Proteinbedarf älterer Erwachsener wird noch diskutiert, aber es besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass er höher sein sollte, als der von jüngeren Erwachsenen. Eine Zufuhr von mindestens 1,0 Gramm Eiweiß pro Kilogramm Körpergewicht pro Tag sollte das Ziel sein. Neben Energie und Eiweiß sind alle essentiellen Nährstoffe in ausreichender Menge notwendig. Orale Nahrungsergänzungsmittel können die Energie- und Nährstoffzufuhr ergänzen. Vor allem Vitamin D-Mangel tritt häufig bei älteren Erwachsenen auf und muss behandelt werden (Gabe einer Vitamin D-Dosis von 25 µg täglich lt. internationalen wissenschaftlichen Konsens).

Ältere Erwachsene sollten sich in regelmäßigen Abständen routinemäßigen Vorsorgeuntersuchungen auf Mangelernährung unterziehen, damit gefährdete Personen frühzeitig identifiziert werden können.

## Conclusio

Die größten Herausforderungen bestehen in der Wahrnehmung einer möglichen Mangelernährung bei älteren Erwachsenen. Ärzt:innen erhalten keine adäquate Ausbildung in Ernährung an medizinischen Fakultäten und sind sich größtenteils nicht bewusst wie wichtig es ist, ernährungsphysiologische Interventionen in die Behandlung der häufigsten chronischen Erkrankungen einzubeziehen. Folgen sind längere Krankheitsverläufe, längere Invalidität sowie eine verkürzte Lebensdauer.

---

Literatur: Cruz-Jentoft A.J., Volkert D., Malnutrition in Older Adults, The New England Journal of Medicine 2025; 392: 2244-2255

## **Praxistipps für Ärzt:innen und Patient:innen: Mangelernährung im Alter**

### **Für Ärzt:innen**

#### **Systematisches Screening etablieren:**

- Bei jedem älteren Patienten regelmäßige Ernährungs-Screenings durchführen (z. B. MNA).
- Besonders bei Erkrankungen, Gewichtsverlust, Appetitminderung, funktionellen Einschränkungen

#### **Gewichtsverlauf konsequent dokumentieren:**

- Körpergewicht, BMI und Muskelmasse regelmäßig erfassen.
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust ist ein Warnsignal – auch wenn der BMI normal erscheint.

#### **Ursachen differenziert abklären:**

- Physiologische, psychische, soziale und medizinische Faktoren systematisch prüfen.
- Schluckstörungen, Zahnstatus, Depression und gastrointestinale Erkrankungen erfragen.

#### **Mikronährstoffstatus beachten:**

- Vitamin-D-Mangel ist häufig – an Diagnostik und Substitution denken.
- Bei Risikopatient:innen auch andere kritische Nährstoffe berücksichtigen (z.B. B-Vitamine).

#### **Ernährungstherapie frühzeitig einleiten:**

- Energiebedarf ca. 30 kcal/kg KG/Tag, Protein  $\geq 1,0$  g/kg KG/Tag anstreben.
- Bei unzureichender Aufnahme frühzeitig orale Nahrungssupplemente einsetzen.

#### **Interdisziplinär arbeiten:**

- Zusammenarbeit mit Diätolog:innen, Pflege, Logopädie (bei Dysphagie) und Sozialdiensten.
- Angehörige aktiv einbeziehen, besonders bei kognitiven Einschränkungen.

### **Für Patient:innen und pflegende Angehörige:**

#### **Regelmäßige, abwechslungsreiche Mahlzeiten:**

- Drei Hauptmahlzeiten plus zwei bis drei kleine Zwischenmahlzeiten.
- Energie- und eiweißreiche Lebensmittel bevorzugen (z.B. Milchprodukte, Eier, Hülsenfrüchte, Fisch).

#### **Ausreichend trinken:**

- ca. 1,5 Liter täglich, sofern medizinisch nicht anders empfohlen.
- Getränke sichtbar platzieren und an regelmäßiges Trinken erinnern.

#### **Appetit fördern:**

- kleine Portionen, dafür häufiger essen.
- Lieblingsspeisen einbauen, Speisen optisch ansprechend gestalten.

#### **Kau- und Schluckfähigkeit beachten:**

- Zahnstatus regelmäßig kontrollieren.
- Bei Schluckbeschwerden frühzeitig ärztliche oder logopädische Abklärung suchen.

#### **Soziale Unterstützung stärken:**

- Gemeinsame Mahlzeiten fördern den Appetit.
- Einkaufs- und Kochhilfen organisieren, wenn Mobilität eingeschränkt ist.

#### **Vitamin-D-Versorgung sicherstellen:**

- Aufenthalte im Freien.
- Bei diagnostiziertem Mangel ärztlich empfohlene Supplemente einnehmen.

#### **Warnsignale ernst nehmen:**

- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust, Müdigkeit, Muskelschwäche oder Appetitlosigkeit frühzeitig ärztlich abklären lassen.