

Zeitschrift: Fachzeitschrift Heim
Herausgeber: Heimverband Schweiz
Band: 71 (2000)
Heft: 7-8

Rubrik: Bouquet garni : Seite für die Küche

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 05.05.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Mangelernährung im Land des Überflusses:

MEHR ALS EINE MILLION SCHWEIZER WEISEN EIN DEUTLICHES ERNÄHRUNGSDEFIZIT AUF

pd. Bern, im Juni 2000 – Gemäss verschiedenen klinischen Studien sind 25 bis 50% der hospitalisierten Patienten in den Ländern mit hohem Lebensstandard von Mangelernährung betroffen. Es kann davon ausgegangen werden, dass in der Schweiz zur Zeit mehr als eine Million Menschen ernährungsbedingte Mangelerscheinungen aufweisen. Zur Risikogruppe gehören vor allem ältere Menschen und hospitalisierte Patienten. Es gäbe zwar eine effiziente Prävention und Behandlungsmethoden; deren Umsetzung kann aber nur durch die Sensibilisierung und das Engagement der Fachleute im Gesundheitswesen erreicht werden.

An einem Presseseminar, das in Bern stattgefunden hat, haben Mitglieder der Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz (GESKES) ihre Studienresultate zum Problem der Mangelernährung in unserem Land veröffentlicht. Von ernährungsbedingten Mangelerscheinungen ist in den westlichen Ländern zwar kaum je die Rede. Es handelt sich aber um eine real existierende Problematik, deren Bedeutung von Jahr zu Jahr steigt. Gemäss klinischen Studien, die im Kantonsspital Genf durchgeführt wurden, wurde bei einem von zwei Patienten eine Unterernährung festgestellt, was sich nur in 25% der Fälle durch den nachteiligen Einfluss der Pathologie erklären lässt. Ausserdem sind 5 bis 8% der über 65-Jährigen, die zu Hause leben, und bis zu 85% der in der Geriatrie hospitalisierten Patienten von Mangelernährung betroffen.

In den meisten Fällen tritt eine Mangelernährung schleichend auf und wird erst dann erkannt, wenn Komplikationen auftreten. Sie sollte jedoch unbedingt während der ersten Tage der Erkrankung oder Hospitalisierung festgestellt und angegangen werden. Nur so ist es möglich, den Ernährungsbedürfnissen des Patienten gerecht zu werden und die Komplikationen der Mangelernährung zu verhindern, die sonst zur eigentlichen Erkrankung noch hinzukommen.

Was heisst eigentlich Mangelernährung?

Von Mangelernährung spricht man, wenn bei der nicht fetthaltigen Körper-

Masse (Wasser, Proteine) sowie bei der fetthaltigen Körper-Masse oder auch bei den Mineralsalz-, Vitamin- und Spurenelement-Reserven anatomische und funktionale Abweichungen vom Normalzustand festgestellt werden. Eine Mangelernährung ist in unseren Breiten oft das Resultat einer Unterernährung.

Ein Phänomen – zahlreiche Ursachen

Die Mangelernährung kann verschiedene Ursachen haben: Appetitmangel, Krankheit, Spitalaufenthalt, erschwerten Zugang zu Lebensmitteln (infolge eingeschränkter Bewegungsfreiheit oder aus sozioökonomischen Gründen), Kau- oder Schluckbeschwerden. Der Appetitmangel wiederum kann altersbedingt entstehen oder andere Gründe haben, wie Schmerz, Depression, Angst, Brechreiz, Erbrechen, Diarrhöe, Nebenwirkungen von Medikamenten oder Störung des Geschmackssinns.

Die spontane Nahrungsaufnahme findet beim Menschen im Leben durchschnittlich etwa 70 000 Mal statt und setzt sich aus verschiedenen Phasen zusammen: Sie beginnt bei der Realisierung des Hungergefühls und endet bei der Nährstoffaufnahme im Darm. Der Hunger ist der Motor der Nahrungsaufnahme. Dessen subjektive Wahrnehmung regt den Menschen zur Suche nach Essbarem an. Ausgelöst wird er durch verschiedene Faktoren, nämlich durch die Kontraktion des leeren Magens oder das Absinken des Blutzuckerspiegels. Begleitet wird Hunger von physischer Schwäche, Magenkrämpfen,

Nervosität und Aggressivität. Bei Krankheit kommt es jedoch zu unterschiedlichen Beeinträchtigungen dieser Vorgänge.

Eine optimale Ernährung ist unerlässlich, damit der Organismus gut funktioniert, und es ist wichtig, die pathologischen Abläufe zu verstehen, die bei Krankheit eine Mangelernährung zur Folge haben können. Nur so lassen sich die negativen Auswirkungen auch angehen. Ziel ist es, den kranken Menschen mit einer adäquaten Ernährung zu versorgen, sodass dem erhöhten Nährstoffbedarf während des Krankheitsprozesses Rechnung getragen wird.

Risikogruppen

Verschiedene Risikogruppen sind verstärkt der Gefahr einer Mangelernährung ausgesetzt. Das kann durch eine ungenügende Nahrungsaufnahme und/oder Nährstoff-Resorption im Darm oder auch auf einen chronisch erhöhten Stoffwechselbedarf zurückgeführt werden. Zu den Risikogruppen gehören vor allem Kinder, ältere Menschen, chronisch Kranke, Menschen mit einer physischen Behinderung oder einem kürzlich erlittenen Gewichtsverlust, erhöhtem Stoffwechselumsatz, chronisch gestörter Resorption, aber auch Menschen, die sich einem chirurgischen Eingriff unterziehen müssen, der einen deutlichen Gewichtsverlust zur Folge hat.

Erkennung der Mangelernährung

Die Erkennung der Mangelernährung beruht auf anamnestischen und diagnostischen nicht invasiven Methoden und Kriterien wie Gewichts- und Appetitentwicklung des Patienten, den Risikofaktoren einer Unterernährung sowie auf Messungen von Gewicht und Körpergrösse mit anschliessender Berechnung des Body Mass Index und einem Index für Mangelernährung.

Bei der Gesamteinschätzung wird beurteilt, ob der Ernährungszustand der betroffenen Person gut, defizitär oder stark defizitär ist, ob die Ursachen der Mangelernährung vermutlich verschwinden werden, sich abschwächen

oder verstärken sowie zu welchem Zeitpunkt und ob die Ernährungs-Massnahmen sofort oder später, komplett oder nur partiell nötig sind.

Ein fortschreitender Gewichtsverlust geht einher mit Krankheitsbildern, welche die Progression der Unterernährung zeigen. Je rascher der Gewichtsverlust verläuft, desto schwieriger ist es, eine weitere Verschlechterung des Zustands zu bremsen und mit Hilfe der Ernährung eine anabole Stoffwechselsituation zu erreichen. Es sollte deshalb alles unternommen werden, um den unbeabsichtigten Gewichtsverlust frühzeitig zu erkennen.

Klinische und ökonomische Konsequenzen der Mangelernährung

Eine Mangelernährung, die durch Unterernährung bedingt ist, hat einen Gewichtsverlust zur Folge, der – sobald er 10 bis 15% des Normalgewichts beträgt – eine deutliche Beeinträchtigung der lebenswichtigen Körperfunktionen mit sich bringt. Dadurch kommt es zu einer allgemeinen Schwächung des klinischen und psychischen Zustands des Patienten, der Verstärkung schon bestehender Krankheitsbilder, einer Minderung des Heilungspotenzials und einer Erhöhung des Sterblichkeitsrisikos.

Die Abstimmung von Kalorienbedarf und -zufuhr des Patienten erlaubt, einer Mangelernährung vorzubeugen oder deren Folgen zu verringern und so den Ernährungszustand zu erhalten oder zu verbessern. Ausserdem lassen sich damit Defizite an Proteinen, Fetten, Kohlenhydraten, Wasser, Mineralsalzen, Spurenelementen und Vitaminen vermeiden. Als weitere Auswirkungen sind zu erwähnen: Die Reduktion des Schweregrades der Grunderkrankung (diverse Infektionen und Dysfunktionen) und Sterblichkeit, die Förderung des Heilungsprozesses, die Behandlung von Wachstumsrückständen beim unterernährten Kind, die Verbesserung des Allgemeinzustands bei chronischen Krankheiten, die Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer, die Optimierung der Rekonvaleszenz und die Senkung der allgemeinen Behandlungskosten.

Ernährung in den Spitälern oft ungenügend

Klinische Studien im Kantonsspital Genf (HUG) haben gezeigt, dass 1707 Patienten, also die Hälfte, unterernährt sind, was sich nur in 25% der Fälle durch den nachteiligen Einfluss der Grunderkrankung erklären lässt. Das, obschon das Nahrungs-Angebot eigentlich den täglichen Kalorien- und Eiweissbedarf um

25% übersteigt, und zwar auch bei den über 65-Jährigen (+47%). In einer subjektiven Einschätzung der Mahlzeitenqualität geben 82% dem Frühstück das Prädikat «gut», 65% beim Mittagessen und 61% beim Abendessen. 18% bezeichnen das Frühstück als «inakzeptabel» oder «erträglich», 35% äussern sich entsprechend über das Mittagessen und 39% über das Abendessen.

Da die Ernährung nicht nur lebenswichtig ist, sondern auch einen wichtigen Einfluss auf das Wohlbefinden hat, wird die Ernährungskommission des Kantonsospitals Genf zusammen mit dem Restaurationsanbieter konkrete Massnahmen zur Verbesserung der Situation treffen.

Massnahmen zur Prävention: Ein vielschichtiger Prozess

Der optimalen Deckung des täglichen Nahrungsbedarfs eines Patienten muss während der Behandlung genügend Aufmerksamkeit geschenkt werden. Es ist wichtig, sich frühzeitig darum zu kümmern, denn die Kalorien- und Protein-Mangelernährung ist heimtückisch.

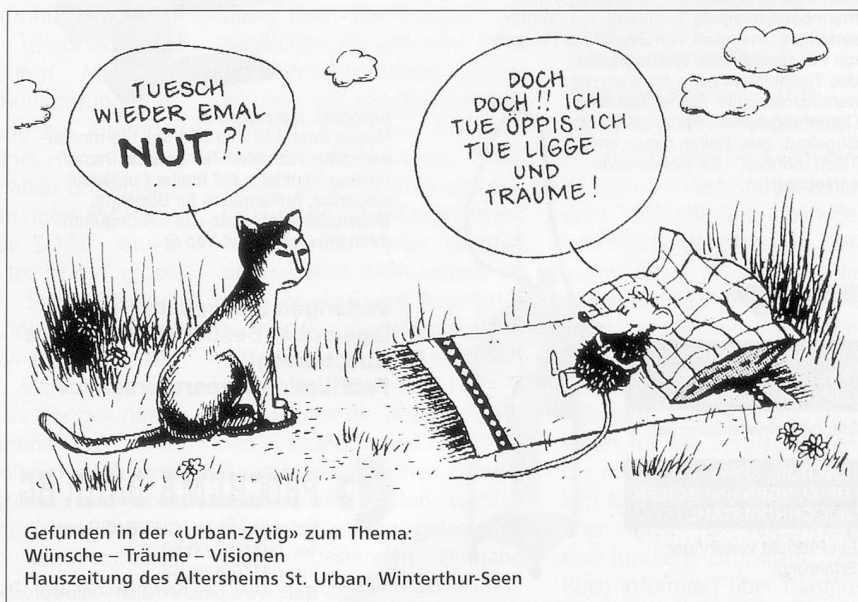
Mit einer sorgfältigen Evaluation der Ernährung können zahlreiche Komplikationen verhindert werden. Eine erfolgreiche Ernährung ist von der Freude am Essen und den Möglichkeiten abhängig, die einem Patienten vermittelt und angeboten werden können. Sämtliche Faktoren, welche diesem Grundsatz widersprechen, müssen vermieden oder korrigiert werden. Symptome wie Brechreiz oder Schmerz führen zu Angst vor dem Essen und vermindern die Nährstoffzufuhr. Ein mehr oder weniger umfassendes Fasten beeinträchtigt den Stoffwechsel des Organismus und hemmt den Appetit. Der Patient gerät somit in einen Teufelskreis des Appetitmangels.

Essen ist für den Patienten, die Familie, Fachleute und die Gesellschaft ein Zeichen der Lebenskraft. Aus klinischer Sicht beinhaltet die Evaluation der Ernährung folgende Parameter: Ziele der Behandlungsstrategie (kurativ, palliativ oder terminal); der Zustand des Patienten (bei Bewusstsein, mit Bewusstseinseintrübung, Bewusstlosigkeit); die Beziehungen des Patienten zu seiner Familie, Ärzten und Pflegepersonal; schliesslich auch die Kosten zur Aufrechterhaltung einer oralen Ernährung.

Die Analyse dieser Parameter muss auf verschiedenen Ebenen stattfinden. Das Resultat sollte jedermann mitgeteilt werden, der mit dem Patienten zu tun hat. Eine klare, fundierte und abgesprochene Haltung kann zahlreiche Konflikte zwischen den verschiedenen involvierten Personen vermeiden und das psychische Wohlbefinden des Patienten verbessern.

Nahrungssupplemente: Die effiziente Lösung zur frühzeitigen Prävention

Eine Studie, die an über 80-jährigen Patienten mit Schenkelhalsbruch durchgeführt wurde (Delmi M. et al., 1990), zeigt, dass der Einsatz oraler Nahrungssupplemente den Gesundheitszustand der behandelten Personen massgeblich verbessert. Im Vergleich zu den Patienten mit Standardernährung kann mit einer systematischen Aufwertung der oralen Ernährung (bestehend aus zusätzlich 250 Kalorien und 20 g Proteinen pro Tag) die Anzahl Patienten, die einen günstigen postoperativen Verlauf aufweisen, deutlich erhöht werden: plus 20% bis zur 3. Woche nach der Operation, plus 50% während der Rekonvaleszenz bis zum 2. Monat und plus 35% bis zum 6. Monat.



Empfehlungen aus Fachkreisen

Die Britische Gesellschaft für Ernährung hat kürzlich Empfehlungen zur Gabe von Nahrungssupplementen bei Menschen, die zur Risikogruppe gehören, veröffentlicht. Daraus geht die Wirksamkeit der Präventions- und Behandlungsstrategie bei Mangelernährung in Bezug auf das Nutzen-Risiko-Verhältnis und das Kosten-Nutzen-Verhältnis hervor. Schlussfolgerung: Nahrungssupplemente sollten viel breiter und systematischer angewendet werden.

Vor allem die Menschen aus den erwähnten Bevölkerungsgruppen laufen Gefahr, eine Mangelernährung zu entwickeln oder zu verstärken. Als Folge kann die Prognose der eigentlichen Erkrankung schlechter ausfallen, die Behandlungsdauer verlängert sich, und die allgemeinen Behandlungskosten steigen.

Eine systematische Prävention der Mangelernährung

Die Erhaltung eines guten Ernährungszustands ist relativ einfach. Schwierig und langwierig ist hingegen die Behandlung

der Mangelernährung. Eine effiziente Prävention wäre möglich, da entsprechende Ernährungstherapien vorhanden sind.

Wenn die Mangelernährung in einigen Ländern ein Zeichen der Armut darstellt, ist sie bei uns ein Zeichen unzureichender Information seitens der Fachleute im Gesundheitswesen. Es müssen deshalb Anstrengungen unternommen werden, um sämtliche Beteiligten zu sensibilisieren, damit eine frühzeitige Erkennung und rechtzeitige Ernährungstherapie ermöglicht wird. Eine frühzeitige und systematische Ernährungsintervention könnte nicht nur die Situation verbessern, sondern auch noch die Gesundheitskosten senken.

Dr. med. Rémy Meier, Facharzt FMH für Innere Medizin und Gastroenterologie, Chefarzt im Kantonsspital Liestal, Präsident des Ausbildungsausschusses der Europäischen Gesellschaft für Enterale und Parenterale Ernährung

Dr. med. Claude Pichard, Facharzt FMH für Innere Medizin und Gastroenterologie, Chef Ernährungs- und Diättherapie im Kantonsspital Genf, Präsident der

Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz (GESKES), Präsident des Wissenschaftlichen Komitees der Französischen Gesellschaft für Enterale und Parenterale Ernährung

Anmerkung:

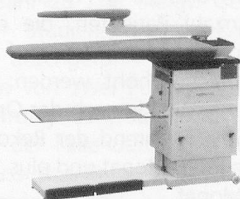
Die Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz (GESKES) hat die Unterstützung von wissenschaftlichen und klinischen Aktivitäten im Umfeld der Ernährung in der Schweiz zum Ziel. Die GESKES vertritt keine kommerziellen Interessen. Die Gesellschaft organisiert wissenschaftliche Veranstaltungen und Weiterbildungsseminare. Sie informiert Ernährungsspezialisten, Ärzte, Apotheker und das Pflegepersonal über neue Behandlungsmethoden und beantwortet die ernährungstechnischen Fragen offizieller Einrichtungen. Ein weiterer Schwerpunkt bildet der Austausch mit Gesellschaften ähnlicher Interessensgebiete.

Für detaillierte Informationen wenden Sie sich bitte an:

Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz (GESKES)

Homepage: www.geskes.ch ■

Blas-Saug-Bügeltisch Modell «Combiflex 218XL»



Tischblatthöhe verstellbar von 74–92 cm, rostfreies Tischblatt (XL 125 x 50 x 23 cm), thermostatgeregelte Tischblatt-Temperatur, einfaches Umstellen von Blasen auf Saugen mit Fusspedalleiste, Absaugsperr des Tischblattes beim Arbeiten mit dem Ärmelbügler, Abstellfläche für Dampfbügeleisen, Auffangtuch für Bügelgut, zwei Rollen hinten am Tisch montiert – für einfache Verschiebung

swiss VAP 5

**100%ige Bügelfreiheit,
Kein störendes Kabel
auf dem Tischblatt**

3fache Betriebssicherheit

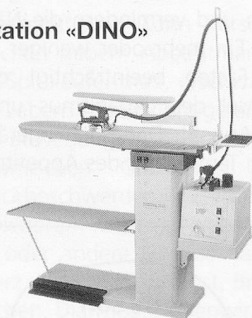
**ENERGIE-SPAR-
HEIZUNGEN und BOILER
aus CHROMSTAHL**

Ein Produkt vieljähriger Erfahrung



Bügeltechnik für hohe Ansprüche!

Bügelstation «DINO»



Kompakt, platzsparend
Masse total: 135 x 40 x 88 cm, thermostatgeregelte Tischblatt-Temperatur, Dampfabsaug-Ventilator auf breiter Fussleiste steuerbar, Auffangtuch für Bügelgut, Bügeleisen-Untersatz aus Silikonmumi (Midi Plus mit Swiss-Vap 5)

**Verlangen Sie weitere Unterlagen oder besuchen Sie unsere Ausstellung!
Fabrikation/Reparaturservice**



PROCHEMA BAAR AG

Falkenweg 11b, CH-6340 Baar

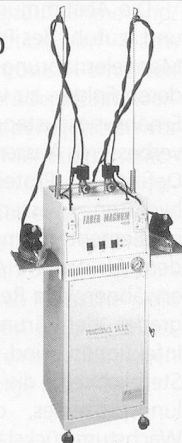
Tel. 041/768 00 50

Fax 041/768 00 53

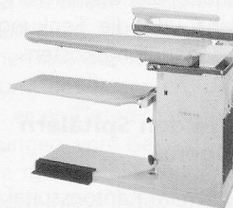
Neu: www.prochema.ch – info@prochema.ch

Faber Magnum 150

Mit eingebautem Dampferzeuger aus rostfreiem Stahl (5 l), elektronische Niveauekontrolle, Speisewasserpumpe, Dampfdruckregler, Überdrucksicherheitsventil, Abschlemmhahnen, 2 Dampfbügeleisen Swiss-Matic Typ B oder BMS, Speisewassergefäß aus rostfreiem Stahl (10 l), Gerät auf Untersatz mit vier Lenkrollen



Professioneller Dampf-Absaug-Bügeltisch Modell «Alisea 230»



Tischblatthöhe verstellbar von 80–95 cm, rostfreies Tischblatt (XL 125 x 50 x 23 cm), thermostatgeregelte Tischblatt-Temperatur, Dampfabsaug-Ventilator auf breiter Fussleiste steuerbar, Absaugsperr des Tischblattes beim Arbeiten mit dem Ärmelbügler, Abstellfläche für Dampfbügeleisen, Auffangtuch für Bügelgut