

sprachlichen Modalitäten gestört bzw. liegt die Punktzahl unter 28, ist eine logopädische Therapie immer indiziert.

1.6.2 Mangelernährung-Screening

Formular 10: Mini Nutritional Assessment (MNA)

		Einteilung	Punkte
1	Hat der Patient einen verminderten Appetit? Hat er während der letzten 3 Monate wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kaufen oder Schlucken weniger gegessen (Anorexie)?	0 = schwere Anorexie 1 = leichte Anorexie 2 = keine Anorexie	
2	Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten	0 = Gewichtsverlust > 3 kg 1 = weiß es nicht 2 = Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg 3 = kein Gewichtsverlust	
3	Mobilität/Beweglichkeit	0 = vom Bett zum Stuhl 1 = in der Wohnung mobil 2 = verlässt die Wohnung	
4	Akute Krankheit oder psychischer Stress während der letzten 3 Monate?	0 = ja 1 = nein	
5	Psychische Situation	0 = schwere Demenz oder Depression 1 = leichte Demenz oder Depression 2 = keine Probleme	
6	Körpermassenindex (Body Mass Index, BMI) (Körpergewicht/Körpergröße) ² , in kgm ²)	0 = BMI < 19 1 = 19 BMI < 21 2 = 21 BMI < 23 3 = BMI BMI 23	
Ergebnis Vor-Anamnese Teil 1			
7	Wohnsituation: Lebt der Patient unabhängig zu Hause?	0 = nein 1 = ja	
8	Medikamentenkonsum: Nimmt der Patient mehr als 3 Medikamente pro Tag?	0 = ja 1 = nein	
9	Hautprobleme: Schorf oder Druckgeschwüre?	0 = ja 1 = nein	
10	Mahlzeiten: Wie viele Hauptmahlzeiten isst der Patient pro Tag? (Frühstück, Mittag- und Abendessen)	0 = 1 Mahlzeit 1 = 2 Mahlzeiten 2 = 3 Mahlzeiten	
11	Lebensmittelauswahl: Isst der Patient mindestens einmal pro Tag Milchprodukte? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein mindestens ein- bis zweimal pro Woche Hülsenfrüchte oder Eier? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein jeden Tag Fleisch, Fisch oder Geflügel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0,0 = wenn oder 1 mal ja 0,5 = wenn 2 mal ja 1,0 = wenn 3 mal ja	
12	Isst der Patient mindestens zweimal pro Tag Obst oder Gemüse?	0 = nein 1 = ja	
13	Wie viel trinkt der Patient pro Tag? (Wasser, Saft, Kaffee, Tee, Wein, Bier ...)	0,0 = weniger als 3 Gläser/Tassen 0,5 = 3 bis 5 Gläser/Tassen 1,0 = mehr als 5 Gläser/Tassen	
14	Essenaufnahme mit/ohne Hilfe	0 = braucht Hilfe beim Essen 1 = isst ohne Hilfe, aber mit Schwierigkeiten 2 = isst ohne Hilfe, keine Schwierigkeiten	
15	Glaubt der Patient, dass er gut ernährt ist?	0 = schwerwiegende Unter-/Mangelernährung 1 = weiß es nicht oder leichte Unter-/Mangelernährung 2 = gut ernährt	

1 Geriatrisches Assessment

		Einteilung	Punkte
16	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	
17	Oberarmumfang (OAU in cm)	0,0 = OAU < 21 0,5 = 21 OAU 22 1,0 = OAU > 22	
18	Wadenumfang (WU in cm)	0 = WU < 31 1 = WU 31	
	Ergebnis Teil 1		
	Ergebnis Teil 2		
	Gesamtsumme		

≥ 24 Punkte: unauffällig

17–23,5 Punkte: Risiko für Unterernährung

< 17 Punkte: Unterernährung

Formular 11: Ernährungsbogen

Patientendaten

Datum: _____

Untersucher: _____

1. Appetitlosigkeit/Veränderung des Appetits

- Ist Ihr Appetit mäßig oder schlecht? oder ja nein
- Hat er sich in den letzten Wochen verschlechtert?

2. Schwierigkeiten beim Schneiden

- Haben Sie Probleme, ein Stück Fleisch klein zu schneiden? ja nein
oder
- Macht es Ihnen Schwierigkeiten, ein Marmeladenbrot zu schmieren?

3. Schlechter Zahnstatus/Kauprobleme

- Haben Sie Probleme beim Apfel essen oder Fleisch kauen ja nein
- Macht es Ihnen Schwierigkeiten, Brot mit der Rinde/Kruste zu essen? ja nein

4. Schluckstörung

- Haben Sie Probleme beim Schlucken? ja nein

5. Gastrointestinale Erkrankung

- Haben Sie Probleme mit Ihrer Verdauung? ja nein

6. Auffallende, unbeabsichtigte Gewichtsabnahme

- Ist Ihnen der Rock bzw. die Hose spürbar zu weit geworden? ja nein
oder
- Haben Sie in der letzten Zeit deutlich an Gewicht abgenommen? (Gewichtsabnahme > 2–3 kg im letzten Monat oder > 5–10 kg im letzten halben Jahr) ja nein

7. Chronische Erkrankung und/oder chronische Schmerzen

- Hatten Sie innerhalb des letzten halben Jahres mehrmals pro Woche Schmerzen? ja nein
oder
- Besteht bei dem Patienten eine Erkrankung mit Auswirkung auf seine Ernährung? (Verminderte Nahrungsaufnahme z. B. bei Tumoren und/oder gesteigertem Nährstoffverbrauch, z. B. bei Stoffwechselerkrankungen) ja nein

Formular 11: Ernährungsbogen (Fortsetzung)

8. Immobilität

- Können Sie weniger als 10 Meter ohne Hilfspersonlaufen? ja nein
oder
- Timed up and go Test > 20 Sekunden ja nein

9. Unbefriedigende soziale Situation

- Haben Sie Schwierigkeiten, mit Ihrem Geld über die Runden zu kommen? ja nein
- Essen Sie zu Hause meistens allein? ja nein
oder
- Ist es für Sie problematisch, selbst einzukaufen (bzw. einkaufen zu lassen) oder Ihr Essen zuzubereiten? ja nein

10. Hoher Konsum von Medikamenten oder Genussmitteln (Alkohol, Nikotin)

- 5 oder mehr verschiedene Präparate pro Tag oder ja nein
- mehr als 10 Zigaretten pro Tag oder ja nein
- mehr als 3 Gläser alkoholische Getränke pro Tag ja nein

11. Geistige Beeinträchtigung

- MMS < 24 Punkte oder ja nein
- gesicherte Demenz ja nein

12. Depression

- Fühlen Sie sich oft traurig oder niedergeschlagen? ja nein
- oder GDS > 5 Punkte ja nein

Punkte _____ (12)

Jede mit ja beantwortete Frage bedeutet einen Negativpunkt. Je mehr Punkte, desto höher das Risiko.

1.6.3 Karnofsky-Index (Beurteilung der Lebensqualität)

Wenn man sich ein Bild darüber machen möchte, wie die Erkrankung die Lebensqualität des Patienten beeinträchtigt, so haben sich standardisierte Fragebögen als hilfreich erwiesen. Der Karnofsky-Aktivitäts-Index ist eine Skala von 0–100 %, in der abgestuft abgebildet wird, inwieweit der Patient noch selbstständig agieren kann oder bereits auf fremde Hilfe angewiesen ist. Weiterhin gebräuchlich ist auch der Aktivitätsstatus der WHO sowie der Spitzer-Lebensqualitäts-Index. Der Gebrauch solcher Hilfsmittel ermöglicht im Rahmen eines fortlaufenden Einsatzes, die Entwicklung des Patienten gut abzubilden und stellt somit nicht nur eine Momentaufnahme dar.