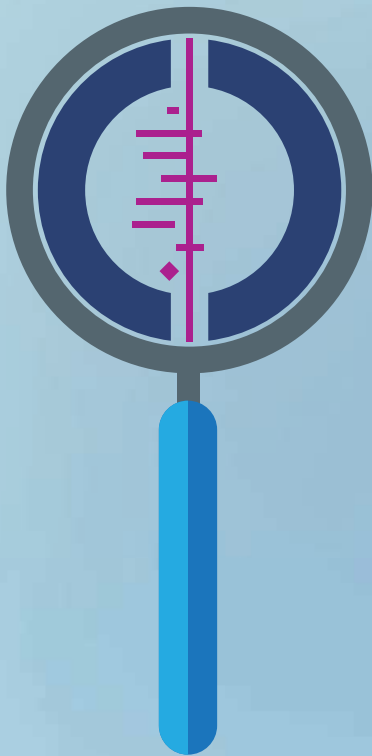


# Was bringt ergänzende Ernährung nach Hüftfraktur?

**Cochrane Review** Dieser Review untersucht, ob Ernährungsmaßnahmen bei älteren Patienten nach einer Hüftfraktur Auswirkungen auf die Genesung haben.\*



Ältere Menschen mit Hüftfrakturen sind zum Zeitpunkt ihrer Fraktur oft unterernährt, und viele weisen eine schlechte Nahrungsaufnahme während des Krankenhausaufenthaltes auf. Unterernährung könnte die Genesung nach der Hüftfraktur behindern. Wir überprüften die Wirkung von Ernährungsmaßnahmen bei älteren Menschen, die sich von einer Hüftfraktur erholen.

**Suchergebnisse:** Wir durchsuchten die wissenschaftliche Literatur bis

November 2015 und haben 41 Studien mit 3 881 Teilnehmern in diesen Review eingeschlossen. Alle Ernährungsmaßnahmen wurden innerhalb eines Monats nach der Hüftfraktur begonnen. Die Studien hatten methodische Fehler, die die Validität ihrer Ergebnisse beeinflussen könnten. Ein gewisser Teil der Evidenz war von sehr niedriger Qualität, was bedeutet, dass wir bezüglich der Ergebnisse sehr unsicher sind.

**Hauptergebnisse:** Achtzehn Studien untersuchten die Verwendung von zusätzlicher oraler Nahrungsaufnahme, die Energie aus anderen Quellen als Protein, Protein, einige Vitamine und Mineralien lieferte. Es gab Evidenz von niedriger Qualität dafür, dass diese orale Nahrungsaufnahme von Mehrnährstoffen die Sterblichkeit nicht senken kann, jedoch eine mögliche Reduzierung der Anzahl der Personen mit Komplikationen bewirkt, zum Beispiel Druckgeschwür (Dekubitus), Infektion, venöse Thrombose, Lungenembolie, Verwirrung. Weiterhin gab es Evidenz von sehr niedriger Qualität dafür, dass eine orale Nahrungsaufnahme von Mehrnährstoffen ungünstige Ereignisse (Tod oder Komplikationen) reduzieren könnte, und dass sie nicht zu erhöhtem Erbrechen und Durchfall führen.

Weitere Studien untersuchten, welche Auswirkungen folgende Formen des Ernährungsmanagements auf die Sterblichkeit oder Komplikationen hatte: a) die Ernährung durch eine Nasensonde (vier Studien), b) die Ernährung durch eine Magensonde mit nachfolgender oraler Nahrungsaufnahme (eine Studie), c) eine

anfängliche Ernährung durch eine Vene und dann durch den Mund (eine Studie), d) die Erhöhung der Proteinzufuhr durch die orale Nahrungsaufnahme (vier Studien), e) die intravenöse oder orale Gabe von Vitaminen (z. B. Vitamin B1 oder D), Eisen, Mineralien sowie weiteren Nahrungsergänzungsmitteln, f) die Nutzung von Diätassistenten als Helfer bei der Nahrungsaufnahme (eine Studie). Alle diese Studien lieferten Evidenz von niedriger oder sehr niedriger Qualität und zeigten keine klare Wirkung auf die Sterblichkeit oder Komplikationen.

**Schlussfolgerungen:** Orale Nahrungsergänzungsmittel, die Energie aus anderen Quellen als Protein, Protein, Vitamine und Mineralien liefern und deren Einnahme vor oder kurz nach der Operation begonnen wurde, können Komplikationen nach Hüftfrakturen bei älteren Menschen vorbeugen, aber möglicherweise nicht die Sterblichkeit beeinflussen. Randomisierte Studien von angemessener Größe mit besserem Design sind erforderlich. Wir schlagen vor, dass die Rolle der Diätassistenten sowie der peripheren venösen oder der nasogastrischen Ernährung bei sehr unterernährten Patienten eine weitere Bewertung erfordert.

\*Gekürzte Fassung der deutschen Übersetzung der laienverständlichen Zusammenfassung (die vollständige Übersetzung finden Sie online unter: <http://onlinelibrary.wiley.com> [DOI s. rechte Seite]).

Quelle: Avenell A, Smith TO, Curtain JP, Mak JC, Myint PK. Nutritional supplementation for hip fracture aftercare in older people. Cochrane Database Syst Rev 2016; (11): CD001880.

Übersetzung: T. Kober

## Kommentar: Die „richtige“ Intervention finden

Die systematische Übersichtsarbeit von Avenell et al. (2016) behandelt ein klinisch relevantes Thema: Menschen, die eine hüftgelenksnahe Fraktur erlitten haben, befinden sich in der Regel bereits in einem fortgeschrittenen Alter, weisen Symptome körperlicher Gebrechlichkeit und unter Umständen auch kognitive Einschränkungen auf.

Bereits physiologisch, also unter alterstypisch gesunden Bedingungen, sind Nährstoff-, Vitamin- und Energiereserven mit fortgeschrittenem Alter rascher erschöpft als bei jüngeren Erwachsenen. Das bedeutet, dass akute schwere Erkrankungen oder chirurgische Eingriffe von älteren Patientinnen und Patienten weniger rasch und gut kompensiert werden können.

Dennoch: Obwohl es sowohl theoretisch als auch empirisch gute Gründe für die Annahme gibt, dass Menschen mit hüftgelenksnaher Fraktur von perioperativen ernährungsbezogenen Therapie- und Pflegemaßnahmen profitieren könnten, liefern die von Avenell et al. eingeschlossenen 41 randomisiert-kontrollierten Studien insgesamt keinen eindeutigen Beleg dafür, dass diese Maßnahmen die Mortalität, das Komplikationsrisiko, die funktionellen Fähigkeiten und die Lebensqualität der Betroffenen innerhalb des ersten Jahres nach der Fraktur und deren chirurgischen Korrektur verbessern. Als Begründung verweisen die Autorinnen und Autoren der Übersichtsarbeit insbesondere auf die überwiegend unzureichende Beweiskraft der Studien infolge diverser Verzerrungsquellen und zu geringer Stichprobenumfänge. Diese methodischen Probleme sind in den eingeschlossenen Studien verbreitet, erklären aber nicht allein das unbefriedigende Ergebnisbild. Hinzu kommen noch weitere konzeptionelle und methodische Probleme in diesen Studien.

Die untersuchten Interventionen bestanden hauptsächlich aus der Supplementation mehrerer oder einzelner Nährstoffe oder Vitamine, entweder auf natürlichem Weg oder mittels Sonde oder parenteraler Ernährung. Es sind jedoch Zweifel daran angebracht, dass diese Interventionen dem tatsächlichen ernährungsbezogenen Therapie- und Pflegebedarf der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer entsprachen. Zum Beispiel wurden nur in acht der 41 eingeschlossenen Studien ausschließlich Patientinnen und Patienten mit nachgewiesenen Mangelernährungssymptomen aufgenommen, und für viele Studien bleibt aufgrund fehlender Informationen unklar, inwieweit der Ernährungszustand der teilnehmenden Patientinnen und Patienten eingeschränkt war. In 17 der 41 Studien, also fast der Hälfte, waren Patientinnen und Patienten mit Demenz beziehungsweise schweren kognitiven Beeinträchtigungen generell von der Teilnahme ausge-

schlossen. Gerade diese Patientinnen und Patienten benötigen jedoch in der Regel vermehrt Unterstützung beim Essen und Trinken.

In keiner der Studien wurden Maßnahmen untersucht, die die vermutlich häufigen Ursachen für eine unzureichende Nahrungsaufnahme bei älteren Menschen mit einer hüftgelenksnahen Fraktur adressieren: motorische Schwierigkeiten beim Essen und Trinken, Schluckstörungen, eine nachlassende Wahrnehmung des Appetits, rasche Sättigungsgefühle oder eine fehlende kognitive Aufmerksamkeit für das Essen und Trinken. Die Forderungen von Avenell et al. nach ausreichend großen, verzerrungsarm durchgeführten randomisiert-kontrollierten Studien, die Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität des Speisenangebots im Krankenhaus, zur Anpassung der Frequenz von Nahrungsangeboten und zur pflegerischen Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme evaluieren, ist daher unbedingt zu unterstreichen.

Trotz dieses weiterhin bestehenden Forschungsbedarfs, ist es jedoch wichtig, festzuhalten, dass die Ergebnisse von Avenell et al. nicht demonstrieren, dass Maßnahmen zur Ergänzung und Unterstützung der Ernährung bei Patientinnen und Patienten mit hüftgelenksnaher Fraktur nicht wirksam oder gar überflüssig sind. Die Ergebnisse setzen nicht die bestehenden evidenzbasierten Empfehlungen zur pflegerischen Unterstützung der Ernährung und Ernährungstherapie bei älteren, pflegebedürftigen Menschen außer Kraft (z. B. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2017, Volkert et al. 2013). Ebenso wenig heben sie die pflegerische und ärztliche Verpflichtung auf, patientenindividuelle ernährungsbezogene Probleme zu identifizieren und gemeinsam mit den Betroffenen geeignete Maßnahmen auf dem Boden dieser Empfehlungen auszuwählen.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege – 1. Aktualisierung 2017“ Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück, 2017  
Volkert D, Bauer JM, Frühwald T, Gehrke I, Lechleitner M, Lenzen-Großimlinghaus R, Wirth R, Sieber C und das DGEM Steering Committee. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG. Aktuelle Ernährungsmedizin 2013; 38: e1-e48

Sie finden diesen Review auch online unter <http://onlinelibrary.wiley.com>. Geben Sie unter Suche einfach die DOI ein: 10.1002/14651858.CD001880.pub6



**Prof. Dr. Katrin Balzer** hat eine Juniorprofessur Evidenzbasierte Pflege am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, inne.  
Mail: [katrin.balzer@uksh.de](mailto:katrin.balzer@uksh.de)