

EINSCHÄTZUNG DES ERNÄHRUNGSZUSTANDES MITTELS SUBJECTIVE GLOBAL ASSESSMENT (SGA)

Der SGA ist eine einfache, ohne apparativen Aufwand von Ärzten oder medizinischem Personal durchzuführende und reproduzierbare bed-side Methode zur Einschätzung des Ernährungszustandes bei ambulanten oder stationären Patienten.

Grundlage: Auf Grundlage von Anamnese (Gewichtsveränderung, Nahrungszufuhr, gastrointestinale Symptome, Leistungsfähigkeit, Grunderkrankung) und klinischer Untersuchung (Unterhautfettgewebe, Muskelmasse, Ödeme) schätzt der Untersucher den Ernährungszustand des Patienten ein als:

SGA A = gut ernährt
SGA B = mäßig mangelernährt bzw. mit Verdacht auf Mangelernährung
SGA C = schwer mangelernährt

Die Zuordnung ergibt sich allein auf Grundlage der subjektiven Bewertung durch den Untersucher und nicht durch ein gewichtetes Punkteschema. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf den Merkmalen Gewichtsverlust, verminderte Nahrungszufuhr, Verlust von subkutanem Fettgewebe und Muskelschwund. Die anderen anamnestischen Fragen sollen dem Untersucher dabei helfen, den vom Patienten berichteten Gewichtsverlust und die veränderte Nahrungszufuhr zu bestätigen.

Durchführung (siehe SGA-Bogen):

Gewichtsveränderung:	< 5% des Körpergewichts: geringer Gewichtsverlust
	5–10% des Körpergewichts: potentiell bedeutender Gewichtsverlust
	> 10% des Körpergewichts: bedeutender Gewichtsverlust

Ein Gewichtsverlust mit anschließender Gewichtskonstanz oder geringer Gewichtszunahme ist günstiger zu bewerten als andauernder Gewichtsverlust, auch wenn der Netto-Gewichtsverlust signifikant ist.

- Nahrungszufuhr im Vergleich zur üblichen Zufuhr: normal oder abnormal (Art?, wie lange?)
- Gastrointestinale Symptome (Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall), die täglich und über länger als zwei Wochen auftreten.
- Leistungsfähigkeit: voll leistungsfähig, eingeschränkt leistungsfähig, gehfähig, bettlägerig
- Metabolischer Bedarf der Grunderkrankung. Erkrankung mit hohem Streß, z.B. akuter Schub einer Colitis ulcerosa mit häufigen blutigen Diarrhoen; Erkrankung mit niedrigem Streß, z.B. latente Infektion, maligne Erkrankung
- Körperliche Untersuchung: Es erfolgt jeweils die Einteilung in normal, leicht, mäßig, stark:
 - Verlust von subkutanem Fettgewebe durch Greifen der Hautfalten: am Trizeps und an der Axillarlinie in Höhe der unteren Rippen
 - Muskelschwund durch Abtasten von Muskelmasse und Muskelspannung: am Deltoides und am Quadrizeps. Achtung: Einfluss von neurologischen Defekten.
 - Ödeme in beiden Knöcheln und in der Sakralregion, Aszites. Achtung: Ödeme als Folge von Erkrankungen wie dekompensierte Herzinsuffizienz gehen weniger stark in den Gesamteindruck ein.

SGA A: keine Zeichen einer Mangelernährung

Eine kürzliche Gewichtszunahme, die nicht nur auf einer Flüssigkeitseinlagerung beruht, führt zu SGA A, auch wenn der Nettogewichtsverlust zwischen 5 und 10% beträgt und der Patient einen leichten Verlust von subkutanem Fettgewebe aufweist. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient eine Verbesserung der anderen anamnestischen Parameter angibt (z.B. verbesserter Appetit).

SGA B: mäßig mangelernährt bzw. mit Verdacht auf Mangelernährung

Mindestens 5% Gewichtsverlust in den Wochen vor Aufnahme ohne Gewichtsstabilisierung oder -zunahme, eine deutliche Abnahme der Nahrungszufuhr und ein leichter Verlust von subkutanem Fettgewebe oder leichter Muskelschwund: SGA B.

Abgrenzung zu SGA A: Bei Unsicherheiten und nicht eindeutig auf SGA B hinweisenden Merkmalen: SGA A.

SGA C: schwere Mangelernährung

Offensichtliche körperliche Zeichen einer Mangelernährung wie hoher Verlust von subkutanem Fettgewebe, starker Muskelschwund, teilweise Ödeme bei gleichzeitigem Vorhandensein eines klaren und überzeugenden Gewichtsverlustes (>10% des Körpergewichtes) und andere hinweisende Punkte in der Anamnese.

Abgrenzung zu SGA B: SGA C erfordert eindeutige Hinweise auf eine schwere Mangelernährung. Bei zweifelhaften Merkmalen: SGA B.

Achtung: Bei Patienten mit ausgeprägten Ödemen, Aszites oder Tumormasse sollte einem Gewichtsverlust weniger Gewicht beigemessen werden.

Literatur:

1. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP et al. What is subjective global assessment of nutritional status? JPEN 1987; 11: 8–13
2. Detsky AS, Baker JP, Mendelson RA et al. Evaluating the accuracy of nutritional assessment techniques applied to hospitalized patients: Methodology and comparisons. JPEN 1984; 8: 153–159
3. Baker JP, Detsky AS, Wesson D et al. Nutritional assessment: A comparison of clinical judgement and objective measurements. N Engl J Med 1982; 306: 969–972
4. Baker JP, Detsky AS, Whitwell J et al. A comparison of the predictive value of nutritional assessment techniques. Hum Nut Clin Nutr 1982; 36c: 233–241

Deutsche Übersetzung adaptiert nach: Schütz T, Plauth M. *Aktuell Ernähr Med* 2005; 30:43-48