

**Bundeskongress Kompetenz in Ernährung
28. und 29. April 2006, CongressPark Wolfsburg**

LEBENSQUALITÄT DURCH ERNÄHRUNG VERBESSERN

Ernährung von Schwerkranken und onkologischen Patienten

Gisela Krause-Fabricius, Dr. oec. troph., Hundbuschstrasse 93, 45478 Mülheim

Bei vielen Erkrankungen ist Malnutrition ein häufig beobachteter Risikofaktor, der sowohl die Morbidität als auch die Mortalität signifikant beeinflusst. Als Beispiel seien Patienten mit HIV-Infektionen, Mucoviscidose, Tumoren oder multimorbide geriatrische Patienten genannt.

Bereits vor der Diagnosestellung ist jeder zweite Tumorpatient mangelernährt. Neben Sepsis ist die tumorbedingte Kachexie die zweithäufigste Todesursache bei onkologischen Patienten und bei 10 – 20 % sogar die einzige Todesursache. Die Kachexie ist gekennzeichnet durch einen Verlust an Fett- und Muskelmasse, häufig verbunden mit einer Zunahme der Extrazellulärflüssigkeit (Ödeme), die den Gewichtsverlust verschleiern kann. Eine ungewollte Gewichtsabnahme von mehr als 10% gilt als Zeichen für eine Protein-Energie-Malnutrition.

Die Ursachen für die Mangelernährung sind vielfältig: Beispielsweise führen tumorbedingte Stoffwechselveränderungen zu Anorexie und gleichzeitig zu einem erhöhten Bedarf an Energie, Eiweiß und Fett, lokale, z.B. raumgreifende Tumore oder Resektionen im Magen-Darm-Trakt erschweren die Nahrungsaufnahme oder führen zu Malabsorption bzw. Maldigestion, Nebenwirkungen von aggressiven Therapien und Medikamenten bewirken Geruchs- und Geschmacksveränderungen und Appetitlosigkeit, alters- oder therapiebedingte Kau- und Schluckstörungen verhindern ein normales Essen und Trinken.

Das Problem der Mangelernährung ist zwar wohlbekannt, aber wirksame Therapien werden nicht oder nicht früh genug eingesetzt. Bereits bei stationärer Aufnahme sind 30-60% aller Tumorpatienten fehl- oder mangelernährt. Während des Krankenhausaufenthaltes verschlechtert sich der Ernährungszustand weiter, was mit einer hohen Komplikationsrate, schlechter Therapietoleranz, insgesamt einer schlechteren Prognose und nicht zuletzt längeren Liegezeiten verbunden ist. Um eine mögliche Malnutrition zu verhindern oder wenigstens hinauszuzögern, sollte bereits mit Diagnosestellung und nicht erst bei Kachexie eine Ernährungstherapie beginnen.

Die Patienten und ihre Angehörigen werten den sichtbaren körperlichen Verfall durch Kachexie als ein Zeichen, dass die Krankheit sich verschlimmert und informieren sich mit Hilfe anderer Quellen. Google (Deutsch) allein weist zum Thema „Krebs + Ernährung“ 2.410.000 Einträge auf; wie kann ein Laie wissenschaftlich fundierte Informationen von krankmachenden Krebsdiäten unterscheiden, die die Mangelernährung noch fördern können? Boulevardpresse und „Erfahrungsberichte“ von anderen Patienten schüren Ängste gegenüber bestimmten Lebensmitteln oder Inhaltsstoffen (z.B. Verbot von Eiweiß, „Zucker nährt den Krebs“ usw.), die den Patienten weiter verunsichern. Andere suggerieren den Bedarf von Nahrungsergänzungsmitteln, die weit über den Empfehlungen der Fachgesellschaften liegen (für „Krebs + Vitamine“ gibt es 2.220.000 Seiten bei Google).

Auch eine „gesunde Vollwertkost“ mit Frischkornbrei und reichlich rohem Gemüse ist für viele Patienten, besonders solchen mit Kau- und Schluckproblemen und Erkrankungen im Gastro-

intestinaltrakt, unverträglich und fördert die Kachexie. Die Folge: die Patienten werden so verunsichert, dass die Angst vor dem Essen ihnen buchstäblich „die Kehle zuschnürt“. Auf der anderen Seite hat die normale, orale Nahrungsaufnahme einen enorm hohen Stellenwert und trägt maßgeblich zu einer guten Lebensqualität bei und sollte daher so lange wie möglich beibehalten werden.

Ernährungsempfehlungen, die sowohl zur Vermeidung von Ernährungsstörungen beitragen, als auch vom Patienten akzeptiert werden, können sich daher nur an dem individuellen Bedarf orientieren – und dieser „Bedarf“ umfasst alle physiologischen und psychologischen Gegebenheiten: Diagnose, Krankheitsbild, körperlicher Zustand, Ernährungszustand, Beschwerden und ihre individuelle Wahrnehmung, Therapien mit allen Nebenwirkungen, persönliche Lebensumstände, individuelle Vorlieben und Abneigungen, Fatigue, Lebensqualität usw..

Da in der Regel für den Patienten selbst Appetitlosigkeit und Veränderungen des Geschmacks und Geruchs Ursachen für die Gewichtsabnahme sind, muss die Ernährungstherapie dem Rechnung tragen. Als Beispiele mögen gelten:

- Beachtung der (derzeitigen) Vorlieben oder Abneigungen des Patienten („Wunschkost“), z.B.: Vermeiden geruchsintensiver Speisen oder Zubereitungen, individuelles Würzen,
- Zubereitung der Nahrung entsprechend dem Kau- und Schluckvermögen (weich, püriert, passiert, Babynahrung),
- Zwischenmahlzeiten (Pudding, Gebäck, Cracker, Studentenfutter),
- kein strenges Mahlzeitenregime,
- Anreicherung der Speisen mit Butter, Sahne, Avocado, Maltodextrin etc.; Formuladiäten (geschmacksneutral, süß, herzhaft), die zudem den erhöhten Eiweißbedarf decken helfen; Eicosapentaensäure (ca. 2-3 g), als Supplement oder in Formuladiäten tragen dazu bei, den Gewichtsverlust zu stoppen bzw. können sogar eine Gewichtszunahme bewirken.
- Die Wirkung antiemetischer Medikamente (gegen Übelkeit und Erbrechen) kann unterstützt werden durch Vermeiden von langen Nüchternphasen: Butterkeks o.ä. am Bett; kleine Mahlzeiten vor dem morgendlichen Aufstehen; „trockene“ Snacks zwischendurch (Toast, Knäckebrot, Zwieback); Schleimsuppen, die gleichzeitig bei Schleimhautveränderungen angezeigt sind.
- Therapieinduzierte Diarrhöen lassen sich durch diätetische Maßnahmen verbessern: Apfelpektin; gerbstofffreie Lebensmittel (Heidelbeeren, Heidelbeermuttersaft, schwarzer Tee, gesüßt und leicht gesalzen); Bitterschokolade, Wasserkakao; gerbstoffhaltige Medikamente oder Heilerde.

Bei Erkrankungen, Resektionen usw. im Gastrointestinaltrakt müssen außerdem die entsprechenden diätetischen Maßnahmen ergriffen werden. Der Ernährungszustand des Patienten muss regelmäßig kontrolliert werden, um ggf. so früh wie nötig Supplemente oder Zusatznahrungen („Astronautenkost“) zu geben. Auch eine (zusätzliche) parenterale Ernährung muss frühzeitig genug in Erwägung gezogen werden. Ernährungstherapie bei Schwerkranken ist also sowohl supportiv als auch indikativ:

- Supportive Therapie mit dem Ziel:
 - Den Ernährungszustand zu erhalten oder zu verbessern,
 - die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern,
 - tumor- und therapiebedingte Nebenwirkungen zu mindern,
 - Therapieregime einzuhalten (Frequenz, Dosis, Dauer...),
 - Rekonvaleszenz zu beschleunigen.
- Indikation bei
 - Erkrankungen/Resektionen im Gastrointestinaltrakt.

Idealerweise wird die Ernährungstherapie im Team durchgeführt; bestehend aus behandelndem Arzt, Facharzt (z.B. Onkologe), Ernährungsfachkraft, Psychoonkologe, Physiotherapeut – sowie dem Patienten selbst und/oder seinen pflegenden Angehörigen.