

JOURNAL FÜR ERNÄHRUNGSMEDIZIN

KANDLBAUER M
Ernährungstherapie bei Kachexie

*Journal für Ernährungsmedizin 2002; 4 (4) (Ausgabe für Schweiz)
16-17*

*Journal für Ernährungsmedizin 2002; 4 (4) (Ausgabe für
Österreich), 18-19*

Homepage:

**[www.kup.at/
ernaehrungsmedizin](http://www.kup.at/ernaehrungsmedizin)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Mit Nachrichten der



**INTERDISZIPLINÄRES ORGAN FÜR PRÄVENTION UND
THERAPIE VON KRANKHEITEN DURCH ERNÄHRUNG**

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Ernährungstherapie bei Kachexie

M. Kandlbauer

Im Vordergrund steht bei den meisten betroffenen alten Menschen die kalorische bzw. generelle Unterernährung (Energie-Mangelernährung, Protein-Energie-Mangelernährung) in unterschiedlichem Ausmaß. Die Entstehung ist meist multifaktoriell bedingt. Eine extreme Form der Unterernährung wird als Kachexie bezeichnet (lt. WHO generell bei einem BMI < 18,5).

Ernährungstherapeutische Maßnahmen

Optimierung des Nahrungsangebotes

Ein bedarfsgerechtes, nährstoffreiches Essensangebot ist die Voraussetzung für eine ausgewogene Ernährung. Leicht verdauliche, nicht zu fettreiche Kost von hoher Nährstoff- und Energiedichte mit reichlichem Flüssigkeitsangebot von mindestens 1,5 bis 2 Liter pro Tag kombiniert mit „Krafttraining“ gilt als wichtigste Therapiemaßnahme bei genereller Unterernährung.

Richtige Speisenkonsistenz (fest, breiig oder flüssig)

Bei der Breikost sollten die Speisen frei von chemischen, mechanischen und thermischen Reizen sein. „Chemisch“ bedeutet, daß die Speisen nicht zu sauer, scharf oder süß sein dürfen; „mechanisch“ bedeutet, daß die Konsistenz nicht zu grob sein darf und keine Bröckchen aufweisen sollte; „thermischer Reiz“ bedeutet, daß die Speisen nicht zu kalt oder zu heiß angeboten werden sollten (nicht vom Kühlschrank heraus dem Patienten reichen!).

Kau- und Schluckbeschwerden: Kost ist in verschiedenen Konsistenzen erforderlich, je nach vorhandener Fähigkeit, das Essen im Mund zu zerkleinern und zu schlucken.

- ⇒ Harte Lebensmittel durch möglichst gleichwertige weichere oder pürierte Produkte ersetzen
- ⇒ Brotrinde entfernen
- ⇒ Hartes Obst fein raspeln oder dünsten

Steigerung der Mahlzeitenfrequenz

Mindestens 5–6 Mahlzeiten pro Tag – gleichmäßige Belastung des Verdauungsapparates. Entgegenwirken einer ernährungsbedingten Müdigkeit, Schwerpunkt auf die erste Mahlzeit – das Frühstück – legen; wird meist von allen Mahlzeiten am besten angenommen.

Appetitfördernde Maßnahmen

- ⇒ Wunschkost: Sensible und depressive Patienten erfahren die Wunschkost als Ausdruck persönlicher Zuwendung, die mit dazu beiträgt, daß mehr gegessen wird
- ⇒ Anbieten eines Aperitifs (Wein, Bier, Campari, Martini ...) ca. eine Stunde vor den Hauptmahlzeiten bzw. von hochwertigen Fruchtsäften aus biologischem Anbau. CAVE: wenn Kontraindikation für Alkohol besteht!
- ⇒ Anbieten von anregenden Teesorten

- ⇒ Die Gerichte können kräftig gewürzt, dürfen jedoch nur sparsam gesalzen sein. Die Nahrungsmittel sollten auch im Hinblick auf ihre geschmackliche Akzeptanz getestet und die individuellen Geschmacksempfindungen berücksichtigt werden
- ⇒ Ansprechende Gestaltung des Umfeldes bei der Nahrungsaufnahme (starke Essenserüche vermeiden, Räume gut durchlüften, Namenskärtchen, aktuelle Speisekarte, Blumen, Serviette ...)
- ⇒ Wenn möglich, in Gemeinschaft essen, denn Gesellschaft regt zum Essen an
- ⇒ Speisen appetitlich und in entsprechender Portionsgröße auf dem Teller anrichten (psychischer Effekt des Aufessens dadurch gegeben)
- ⇒ Regelmäßiges Anbieten kleiner Portionen. Nahrungszufuhr alle zwei bis drei Stunden, eventuell auch nachts, wenn Hungergefühl auftritt
- ⇒ Beim Essenreichen sollten sich Pflegende soviel Zeit wie nur möglich nehmen

Zusammenfassend ist stets auf eine individuelle Betreuung des „appetitlosen“ Patienten zu achten.

Kalorienanreicherung

Hoher Energiebedarf, um verlorene Körpersubstanz wieder aufzubauen (energiereiche Lebensmittel und Gerichte vermehrt einsetzen). Suppen, Soßen und Breie können mittels Anreicherung bestimmter Nährstoffe ihren Energiegehalt erhöhen.

- ⇒ Energieanreicherung durch Fett: Schlagobers, Crème légère (Schlagobers auf pflanzlicher Basis), Sauerrahm, Butter, Margarine oder Speiseöl
- ⇒ Energieanreicherung durch Kohlenhydrate: normaler Haushaltszucker, Traubenzucker, Fruchtzucker, Honig sowie industrielle Produkte, wie Maltodextrin® bzw. Nutrical®
- ⇒ Energieanreicherung durch Eiweiß: Milchpulver sowie diverse industriell gefertigte Eiweißkonzentrate
- ⇒ Weitere Energieanreicherung auf natürlichem Weg: Milchlischgetränke wie Kakao, Bananenmilch, Erdbeermilch, Fruchtojoghurt oder diverse Fruchtshakes

Einsatz von flüssigen Zusatznahrungen

- ⇒ Formula-Trinknahrungen (hohe Nährstoffdichte): z. B. Fortimel®, Fortifresh®, Forticreme®, Fresenius Energan plus®, Bioplus®, Ressource 2.0® ...

Bevorzugung von energiereicheren Varianten. Im Vergleich zu Wunschkost und energiereichem Essen sind Nahrungssupplemente eine einfache und schnelle Möglichkeit, relativ große Nährstoffmengen in geringem Volumen anzubieten. Günstig: Je nach Verzehrsmenge 1–2 Portionen täglich als Ergänzung zwischen den Mahlzeiten und am Abend.

Aus dem Geriatriezentrum am Wienerwald, Wien

Korrespondenzadresse: DDA & EMB Maria Kandlbauer, Geriatriezentrum am Wienerwald, Jagdschloßgasse 59, A-1130 Wien;

E-Mail: maria.kandlbauer@wienkav.at

Nach Ausschöpfung der oralen Ernährungstherapie mit Optimierung von Nahrungsangebot und Ernährungspflege sowie dem Angebot flüssiger Zusatznahrung Übergang zu Sondenernährung (z. B. PEG-Sonde) und zu parenteralen Ernährungsmaßnahmen laut AKE-Empfehlungen (2000) zur Sicherung einer ausreichenden Nährstoffversorgung. Vorziehen einer enteralen Ernährung, da diese den physiologischen Verhältnissen der normalen oralen Ernährung entspricht sowie risikoärmer, weniger pflegeintensiv und kostengünstiger ist.

Medikamentenüberprüfung

Wenn möglich Mehrfachmedikamentation vermeiden! Als Nebenwirkung führt eine Vielzahl von Medikamenten (z. B. Antazida, H₂-Blocker) zu Appetitmangel.

Körperliche Betätigung

Frische Luft, Physiotherapie etc.

Verwendete Literatur:

1. Volkert D. Ernährung im Alter. Quelle und Meyer, Wiesbaden, 1997.
2. Borker S. Essenreichen in der Pflege: eine empirische Studie. Ullstein Mosby, Berlin, Wiesbaden, 1996.
3. Hübsch S, Volkert D, Oster P, Schlierf G. Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung flüssiger Nährstoffkonzentrate in der Therapie der Mangelernährung geriatrischer Patienten. Akt Ernähr Med 1994; 19: 109–14.
4. Fasching P. Ernährung im Alter. Ernährungsassessment beim geriatrischen Patienten. Abstract, Vortrag 1998.
5. Wettstein A. Geriatrie. Thieme, Stuttgart, 1997.
6. Elmadfa I, Zarfl B, König J. Ernährung älterer Menschen in Wien. Dokumentation des WHO-Projektes „Wien – Gesunde Stadt“. Vol. 10. Hrsg. vom WHO-Projekt „Wien – Gesunde Stadt“, Wien, 1996.
7. Biesalski H-K, Fürst P, Kaspar H, Kluthe R, Pörlert W, Puchstein C, Stählin HB. Ernährungsmedizin. 2. Aufl. Georg Thieme, Stuttgart, New York, 1999; 270–87.