

JOURNAL FÜR ERNÄHRUNGSMEDIZIN

STÖCKELMAYR A, PÖCKSTEINER T, SALFINGER D
Ernährungstherapie bei Obstipation

*Journal für Ernährungsmedizin 2002; 4 (4) (Ausgabe für Schweiz)
20-21*

*Journal für Ernährungsmedizin 2002; 4 (4) (Ausgabe für
Österreich), 22-23*

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 Obstipation

A. Stöckelmayr¹, D. Salfinger², Th. Pöcksteiner³

Obstipation ist eine Funktionsstörung des Dickdarms, bei deren Therapie an erster Stelle die Ursachenforschung steht (medizinische Abklärung durch den Arzt).

Von Obstipation wird gesprochen, wenn die Darmentleerung seltener als alle 3 Tage erfolgt. Die normale Stuhlfrequenz liegt bei 1×/Tag, kann sich aber auch auf 3×/Tag bis 1× alle 3 Tage erstrecken. Der Stuhl ist zu hart, zu wenig, zu selten (Defäkation nur durch heftiges Pressen, Gefühl der unvollständigen Darmentleerung).

Die Stuhlfrequenz wird durch verschiedene Faktoren wie körperliche Aktivität, Streß, anatomische Besonderheiten des Dickdarms, Ernährung, Trinkmenge etc. beeinflusst.

Ursachen für eine Obstipation

- ✚ Wenig Flüssigkeit, wenig Bewegung, ballaststoffarme Ernährung: diese 3 Faktoren spielen gerade beim alten Menschen eine sehr große Rolle.
 - ⇒ Ernährungstherapeutisch beeinflussbar durch Modifizierung der Ernährungsgewohnheiten
- ✚ Psychisch bedingte Obstipation
Keine Zeit, Streß, Ortswechsel oder Situationswechsel, bewußte Unterdrückung des Stuhldrangs etc. Psychische Faktoren sind auch bei alten Menschen sehr häufige Ursachen für chronische Obstipation.
 - ⇒ Diätetische Maßnahmen alleine reichen hier nicht aus (z. B. Gesprächstherapie)
- ✚ Laxantienabusus (unkontrollierte Einnahme von Abführmitteln)
Der Darm gewöhnt sich an die Stimulanz und wird träge, wodurch es zu einer Darmlähmung kommen kann. Besonders alte Menschen greifen häufig zu schnell und unkontrolliert zu Abführmitteln.
 - ⇒ Langsame Entwöhnung mit gleichzeitiger Umstellung der Ernährung; vorsichtige Erhöhung der Ballaststoffzufuhr [1]

Ernährungstherapeutische Empfehlungen

Ballaststoffreiche Kost (mindestens 30 g Ballaststoffe pro Tag):

- ✚ 5 Portionen Obst und Gemüse pro Tag [1]
- ✚ Bevorzugung von dunklem Brot und Gebäck (fein vermahlenes Vollkornbrot Roggenbrot, Grahamweckerl, Kornspitz, Kürbiskernweckerl ...)
- ✚ Ev. Einsatz von Halbvollkornteigwaren; bei Akzeptanz Naturreis und Vollkornteigwaren
- ✚ Kaliumreiche Ernährung (sofern keine Kontraindikation vorhanden). Kalium wirkt sich positiv auf die Darmmotilität aus; Kaliummangel hemmt die Peristaltik. Für

PatientInnen mit Kauproblemen kann man auf entrindetes Schwarzbrot, gekochte Salate, passiertes Gemüse und Obst in Form von Mus oder Kompott zurückgreifen.

- ✚ Flüssigkeitszufuhr
Ausreichende Flüssigkeitszufuhr (mind. 2 Liter täglich). Aufgrund eventueller Blähungen sollten stark CO₂-haltige Getränke gemieden werden. Mit Hilfe eines Trinkplans läßt sich die notwendige Trinkmenge gut über den Tag verteilen, und die PatientInnen bekommen auch einen guten Überblick über das eigene Trinkverhalten.
- ✚ Körperliche Bewegung
Vermehrte körperliche Bewegung, den individuellen Ressourcen angepaßt, z. B. Darmmassagen [1] und Bauchmuskelübungen („Radfahren“ im Bett, Bauchdecke anspannen; mehrmalige Wiederholungen pro Tag)
- ✚ Zusätzliche Hilfsmittel, um die Verdauung in Gang zu bringen:
 - ⇒ Weizenkleie, Haferkleie, Leinsamen
Weizenkleie (Ballaststoffgehalt von ca. 45 %) hat ein besonders hohes Wasserbindungsvermögen. Das Stuhlvolumen erhöht sich deutlich, wodurch der intrakolische Druck verringert und die Passagezeit im Kolon verkürzt wird [2]. Die Menge an Weizenkleie, die zur Normalisierung der Darmentleerung erforderlich ist, muß vom Patienten selbst ermittelt werden. Sie liegt im allgemeinen zwischen 15 und 40 g täglich (3–5 EL). Beginn mit 1 EL/Tag und steigern bis zu 3, max. 5 EL über den Tag verteilt; unbedingt auf zusätzliche Flüssigkeitszufuhr (pro EL Kleie 200 ml Flüssigkeit = 1 Glas) achten, da es sonst zu Verklumpungen und dadurch zu Passagebeeinträchtigungen und im Extremfall zu einem Ileus kommen kann. Kleietabletten haben nicht denselben Effekt, da sie nicht die gleiche Quellfähigkeit besitzen.
 - ⇒ Milchsäurehaltige Nahrungsmittel [1]
Saure Milch, Kefir, Joghurt ...
 - ⇒ Fruchtsäurehaltige Getränke
Apfel-, Orangen-, Grapefruitsaft
 - ⇒ Dörrobst
Z. B. 4–5 Stück Dörripflaumen über Nacht in Wasser einweichen und die Früchte samt Wasser am nächsten Morgen auf nüchternen Magen trinken [1].
 - ⇒ Thermische Reize
Z. B. 1 Glas lauwarmes Wasser in der Früh auf nüchternen Magen trinken [1]
 - ⇒ Milchzucker
Beginnen mit 1 TL und steigern bis zu 4 EL, je nach Bedarf. Laktose dient den Darmbakterien als Nähr-

Aus dem ¹Alten- und Pflegeheim Tabor, Steyr, dem ²Landes-Pensionisten- und Pflegeheim St. Pölten und der ³Ord. Dr. A. Pöcksteiner, Kremsmünster
Korrespondenzadresse: DDA & EMB Doris Salfinger, Landes-Pflege- und Pensionistenheim St. Pölten, Hermann Gmeiner Straße 4, A-3100 St. Pölten;
E-Mail: salfinger.lpph.st-poelten@da-heim.at

stoff, dadurch wird die Darmperistaltik angeregt, und die Aufrechterhaltung des sauren pH-Milieus wird gewährleistet. Nachteil: Flatulenz und Gewöhnungseffekt, je mehr Laktose aufgenommen wird, umso mehr Laktase wird produziert; es entsteht jedoch keine Abhängigkeit.

⇒ Inulin, Laktulose

Inulin und Laktulose können im Dünndarm nicht abgebaut werden und gelangen somit in den Enddarm, wo sie bakteriell abgebaut werden. Dadurch kommt es zu einem laxierenden Effekt. Besonders Laktulose erzielt beim geriatrischen, chronisch obstipierten Patienten bei individueller Dosierung einen guten Therapieerfolg [2].

Zuvor verabreichte Abführmittel dürfen nicht abrupt abgesetzt, sondern müssen langsam, mit Steigerung des Ballaststoffgehalts, reduziert werden.

Ernährungstherapeutische Maßnahmen bei Obstipation können als Gesamtprogramm über Wochen bis Monate durchgeführt werden.

Abdominelle Beschwerden in Form von Flatulenz können in der Initialphase auftreten, verschwinden aber fast immer nach wenigen Tagen [1].

Besserung zeigt sich in leichten Fällen nach etwa 3 Wochen, in hartnäckigen Fällen nach 8 bis 12 Wochen.

Literatur:

1. Biesalski H-K, Fürst P, Kaspar H, Kluthe R, Pöhlert W, Puchstein Ch, Stählin HB. Ernährungsmedizin. 2. Aufl. Georg Thieme, Stuttgart, 1999; 358–9.
2. Kasper H. Ernährungsmedizin und Diätetik. 9. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 2000.