

> Stufenmodell zur Therapie der Mangelernährung

Leitliniengerechtes Vorgehen bei Dialysepatienten

Dialysepatienten haben aufgrund ihrer häufigen Multimorbidität ein stark erhöhtes Risiko für eine Mangelernährung. Je nach Diagnosekriterien und untersuchter Pa-

tientengruppe weisen 20 bis 50 % der Dialysepatienten in Deutschland eine leichte bis mäßige Form der Mangelernährung auf. 6 bis 8 % sind sogar stark mangelernährt. [1]

Mangelernährung wird bei Dialysepatienten oftmals als Begleiterscheinung der vorliegenden Grunderkrankung hingenommen. Allerdings ist die Mangelernährung selbst ein Katalysator eines ungünstigen Krankheitsverlaufs und daher unbedingt behandlungsbedürftig.

Prävalenz und Bedeutung

Welch immensen Einfluss der Ernährungsstatus auf die Lebenserwartung von Hämodialysepatienten hat, zeigt eine Untersuchung aus dem Jahr 2002. Nach drei Jahren lebten von den leicht mangelernährten Patienten 40%, von den mäßig bis stark Mangelernährten nur noch 30%, im Gegensatz dazu jedoch 80% der Patienten mit normalem Ernährungsstatus. Eine wichtige Erkenntnis: Bereits mit einer leichten Mangelernährung sank die Überlebenswahrscheinlichkeit der Patienten rapide [2] (siehe Abb. 1).

Behandlung einer Mangelernährung

Um gefährdete Patienten rechtzeitig zu identifizieren, ist es sinnvoll, Gewichtsverlauf, BMI und Serumalbuminwerte zu beobachten, um bei sinkenden Werten frühzeitig eingreifen zu können. Basierend auf den Leitlinien der verschiedenen Fachgesellschaften haben sich die in Abbildung 2 dargestellten Interventionsstufen etabliert [modifiziert nach 3].

Erste und zweite Stufe

Nach der Diagnose einer Mangelernährung sollten zunächst die individuellen Ursachen gesucht und möglichst therapiert werden. Die Ursachen können akute Erkrankungen und Begleiterkrankungen der Niereninsuffizienz, psychische und soziale Probleme sowie andere Versorgungsbarrieren für eine bedarfsgerechte Ernährung umfassen.

Dritte und vierte Stufe

Wenn schließlich die Steigerung der spontanen Nährstoffzufuhr auch im Zusammenspiel mit der Ernährungsberatung nicht erfolgreich ist, besteht die dringende Notwendigkeit der Supplementation mit einer für Dialysepatienten angepassten, eiweißreichen Trinknahrung. Diese darf die normale Ernährung nicht ersetzen, sondern soll als zusätzliche Zwischenmahlzeit täglich eingenommen werden.

Welche Parameter eignen sich für die Verordnung einer nephrologischen Trinknahrung?

- BMI < 20 kg/m²
- Gewichtsverlust > 5 – 10 % (ungewölk in den letzten 3 – 6 Monaten)
- Serumalbumin < 35 g/l (in Kombination mit unauffälligem CrP)

Für die Verordnung reicht bereits einer dieser Screeningparameter aus. Das Vorliegen der Mangelernährung sollte mit mindestens einem der Parameter in der Patientenakte dokumentiert werden.

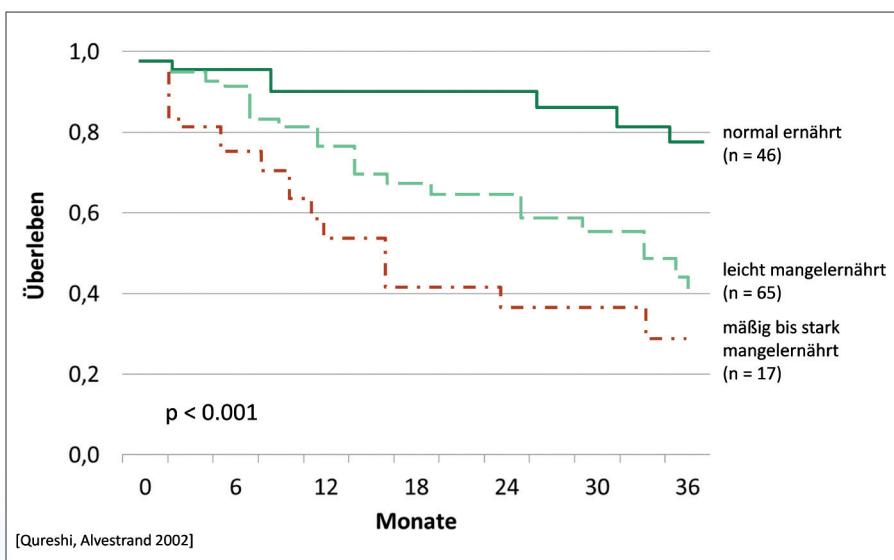


Abb. 1: 3-Jahres-Überlebensrate von Dialysepatienten in Abhängigkeit des Ernährungszustandes, modifiziert nach [2]

Die orale Nährstoffzufuhr ist wichtig für das gesamte Verdauungssystem – aber auch für das Immunsystem. Die Ausschüttung von gastrointestinalen Hormonen und die Stimulation von Verdauungssekreten fördern den Stoffwechsel. Der Erhalt der Darmbarriere mit seinen vielfältigen Auswirkungen auf das Immunsystem ist von großer Bedeutung. Eine häufig unterschätzte Tatsache ist, dass die Gabe oraler Trinknahrung helfen kann, den Appetit selbst wieder erwachen zu lassen. Dieser äußerst wichtige Effekt bildet die Voraussetzung für eine dauerhafte Verbesserung des Essverhaltens sowie des Ernährungszustandes.

Bei der Auswahl des geeigneten Supplements ist auf vollbilanzierte Trinknahrungen zu achten, die auf die speziellen Anforderungen von Dialysepatienten abgestimmt sind. Diese sind nach der aktuell gültigen Arzneimittelrichtlinie Kapitel I § 23 verordnungsfähig. Da vor allem eine Unterversorgung mit Eiweiß immense Folgen für den Ernährungsstatus, die Infektabwehr sowie die Wundheilung hat, ist zudem eine besonders eiweißreiche Trinknahrung zu empfehlen.

Ist die Gabe einer Trinknahrung bei funktionierendem Magen-Darm-Trakt zum Beispiel aufgrund von Schluckstörungen nicht möglich, sollte eine Ernährung über die Sonde in Betracht gezogen werden, um die Vorteile der enteralen Ernährung zu nutzen.

Fünfte und sechste Stufe

Bei der parenteralen Ernährung werden dem Patienten unter Umgehung des Verdauungstraktes Nährstoffe direkt in das Blut verabreicht. Das ist auf den ersten Blick unkompliziert, hat allerdings erhebliche Nachteile in der Langzeitbetrachtung und verursacht enorme Kosten. So ist eine intradialytische parenterale Ernährung bei

vergleichbarer Nährstoff- und Energimenge circa 13 Mal teurer als eine Trinknahrung. Sie ist zudem nur auf die Dialysetage beschränkt und setzt daher voraus, dass sich der Patient zu allen anderen Zeiten noch oral ernähren kann. Eine tägliche und totale parenterale Ernährung führt zu weit höheren Kosten und ist ausschließlich bei Diagnosen wie einem ausgeprägten Kurzdarmsyndrom, massiven Störungen des Magen-Darm-Traktes oder psychisch bedingten Essstörungen gerechtfertigt. Die langfristige Gabe beeinträchtigt die Funktion des Magen-Darm-Traktes und lässt die Darmzotten verkümmern. Eine Umstellung auf eine normale Ernährung wird dadurch schwieriger.

In der Praxis wird das Stufenmodell zur Therapie der Mangelernährung bei Dialysepatienten häufig nur zum Teil angewendet: Während die ersten beiden Stufen des Therapiemodells im Allgemeinen leitliniengerecht und routinemäßig erfolgen, werden die Chancen der dritten Stufe oftmals nicht rechtzeitig oder nicht konsequent ergriffen. Wie in den Leitlinien vorgesehen, sollte die Stufe 3 stärker in den Fokus rücken. Denn die Gabe einer



Trinknahrung ist nicht nur deutlich kostengünstiger als die Folgestufen, sondern auch vorteilhafter für den Patienten.



Katrin Wehn,
M. Sc. Ernährungswissenschaft
vitasyn medical GmbH

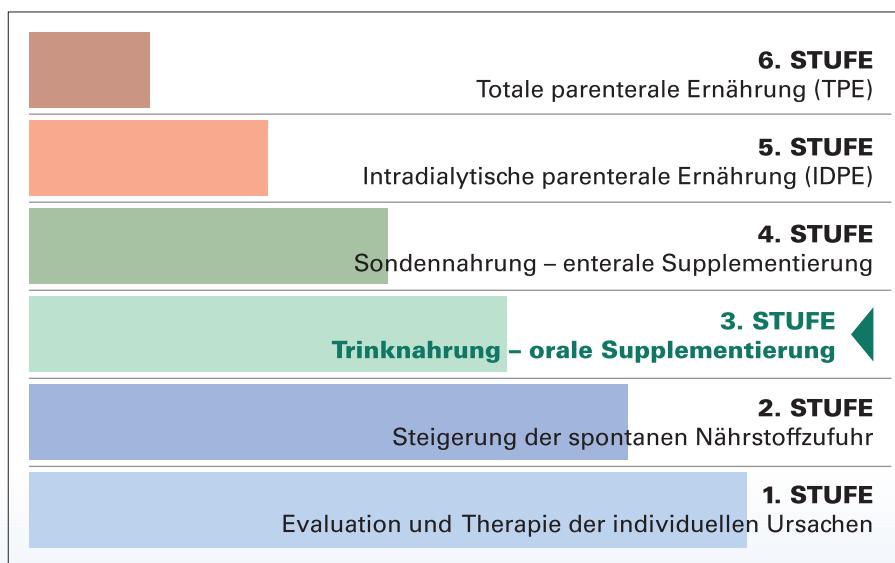


Abb. 2: Stufenmodell zur Therapie der Mangelernährung

Quellen:

1. Kuhlmann, U., D. Walb & F.C. Luft, *Nephrologie*. 4 ed. 2003, Stuttgart, New York: Thieme.
2. Qureshi, A.R. et al., *Inflammation, malnutrition, and cardiac disease as predictors of mortality in hemodialysis patients*. J Am Soc Nephrol, 2002. Suppl 1: p. 28-36.
3. Löser, C., *Unter- und Mangelernährung. Klinik – moderne Therapiestrategien – Budgetrelevanz*. Vol. 1. 2011, Stuttgart: Thieme.