

In den westlichen Industrieländern entwickeln sich Magen-Darm-Beschwerden und -Erkrankungen infolge falscher Ernährung und stressgeplagter Lebensweise zu regelrechten Volkskrankheiten. Umso wichtiger sind eine gute Diagnose und die richtige Therapie. Ein wichtiger Bestandteil der Therapie ist die Diät oder eher die richtige Ernährung.

Gibt es noch sinnvolle diätetische Maßnahmen in der Gastroenterologie?



Prof. Dr. U. Rabast
Grünstraße 72
45529 Hattingen

Unser körperliches Wohlbefinden ist von sehr vielen unterschiedlichen Faktoren abhängig. Eine gesunde Ernährung und ein gut funktionierendes Verdauungssystem spielen dabei eine wichtige Rolle. Redewendungen aus dem täglichen Sprachgebrauch wie „Liebe geht durch den Magen“, „ein gutes Bauchgefühl“ oder umgekehrt „auf den Magen schlagen“ oder eine „Wut im Bauch“ weisen immer wieder auf diesen wichtigen Zusammenhang zwischen Befindlichkeit und Verdauung hin.

Für den medizinischen Laien, lange Zeit auch für den Fachmann, war es nur allzu verständlich: Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes werden durch eine Fehlernährung ausgelöst und können durch die richtige Ernährung oder eine gezielte Zufuhr von Nährstoffen gebessert oder geheilt werden. Diese empirische Denkweise bestimmte mehr als ein Jahrhundert die Anwendung organbezogener Schonkostformen, die bei Magen-, Darm-, Leber-, Galle- oder Bauchspeicheldrüsenerkrankungen propagiert wurden [1, 2, 3]. So sollte eine Magenschonkost die Säuresekretion möglichst nicht stimulieren und die Motorik ruhig stellen. Die Gallen- und Pankreasdiät sollte die Gallen- und Pankreassekretion möglichst nicht anregen und die Kolitisdiät den Darm motorisch ruhig stellen. Ein Wirksamkeitsnachweis war für diese Diäten nie erbracht worden. Der Einsatz erfolgte aufgrund rein hypothetischer Denkansätze und Empfehlungen von Autoritäten der damaligen Zeit. Häufig resultierte aus diesen Diätformen eine Unterversorgung mit Energie und essenziellen Nährstoffen.

Erkrankungen gastrointestinaler Organe

Lebererkrankungen

Der Pathologe NOTHNAGEL (1899), eine Autorität der damaligen Zeit, sah beim Vorliegen einer Lebererkrankung die Diättherapie als essenziell an. Später beobachtete EPPINGER (1934) bei chloroformierten Tieren eine geringere Zahl an Leberzellnekrosen, wenn die Tiere vorher kohlenhydratreich ernährt wurden und die Leber damit einen hohen Glykogengehalt aufwies. Er empfahl deshalb als Leberdiät eine eiweißarme und kohlenhydratreiche Kost. Glykogen galt als Schutzfaktor für die Leber, ein hoher Glykogengehalt der Leber war insbesondere dann, wenn diese erkrankt war, erstrebenswert. Als besonders guter Glykogenbildner war damals Fruchtzucker bekannt. Später wurde er als Leberzucker bezeichnet und den Leberkranken in Form von Fructose parenteral infundiert oder als Sirup oral zugeführt. Eine eiweißarme Kost aber ist in der Praxis letztlich fettarm und führt zur energetischen Unterversorgung des Erkrankten. Bereits 1941 erkannten dies die Amerikaner PATEK und POST [4]. Sie sahen in den üblichen Leberschonkostformen eine Form der Mangelernährung, mit der man dem Patienten die einzige sinnvolle Therapie, eine adäquate Ernährung, vorenthält. Sie ernährten ihre Patienten hochkalorisch, fett- und eiweißreich. Der Ernährungszustand und die damals bestimmbaren Laborparameter besserten sich, Aszites bildete sich tendenziell zurück und die Überlebenszeit der so Ernährten verlängerte sich.



In der Folgezeit verlor Fett wieder an Bedeutung. Da fettreiche Kost zu dyspeptischen Beschwerden führen kann, empfahl KALK aus Kassel dem Leberkranken eine eiweißreiche und fettarme Diät [1]. Dies aber schränkt die Anzahl auswählbarer Lebensmittel stark ein. So muss zwangsläufig auf fettarme Milchprodukte wie z. B. Magerquark zurückgegriffen werden. Die eingeschränkten Möglichkeiten der Proteinauswahl führten bei dieser Diätform zur spöttischen Bezeichnung der „Kaseo-Diät“.

Im Laufe von fast hundert Jahren war ohne wissenschaftliche Begründung, irgendwann jedem der drei Hauptnährstoffe (Kohlenhydrate, Fett, Eiweiß) ein positiver Effekt beim Vorliegen einer Lebererkrankung zugeschrieben worden. Heute gibt es für den leberkranken Hepatitis- oder unkomplizierten Leberzirrhose-Patienten nahezu keine Einschränkungen [1, 5]. Die normale Mischkost im Sinne einer leichten Vollkost bzw. gastroenterologischen Basisdiät kann verzehrt werden. Erst wenn Komplikationen im Sinne einer hepatischen Enzephalopathie oder eines Aszites vorliegen, sind diätetische Maßnahmen angezeigt.

Magenerkrankungen

Ähnliche Überlegungen wie bei der Leber führten auch zum Einsatz von Magenschonkostformen. Die Ursachen des Ulkusleidens waren unbekannt, eine wirksame Therapie gab es nicht. Die Patienten wurden meist im Rahmen eines drei- bis vierwöchigen

Kuraufenthaltes mit ausgeklügelten Diätverfahren behandelt. Das wohl bekannteste war die so genannte Sippy-Diät. Mit reichlich Milch und Sahne sollte der säuresekretionshemmende Effekt von Fett genutzt werden. Da der hohe Kalziumgehalt der Milch zum Säurerebound führt, wurde zwischendurch Natriumbikarbonat verabreicht.

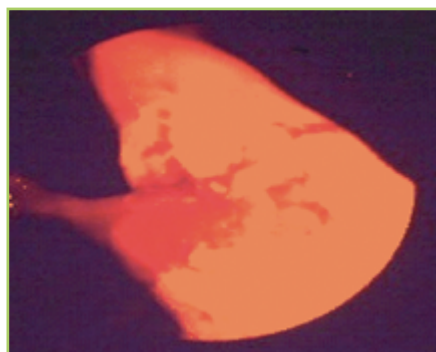
Bei der Diät nach KALK und von BERGMANN wurden eine 5%-ige Zuckerlösung, dann Milch, Mondamin und Haferschleim verabreicht, danach erfolgte ein Kostaufbau. Besserten sich die Beschwerden, so wurde dies der Diät zugeschrieben. Der Milieuwechsel, der als wahrscheinlichere Ursache für die Besserung anzusehen war, blieb unberücksichtigt. Kam es bei diesen Patienten zu einer akuten Magenblutung, so war die Prognose ungünstig. Aufgrund der vorangegangenen Unterversorgung mit Energie und essenziellen Nährstoffen fand sich häufig ein schlechter Ernährungszustand der Patienten. EPPINGER und auch MEULENGRACHT empfahlen deshalb in einer Zeit, in der es die

Möglichkeiten der aktiven Blutstillung noch nicht gab, auch bei Patienten mit einem blutenden Ulcus die Gabe einer Mischkost (◆Abbildung 1).

Eine Magenschonkost gilt inzwischen schon seit vielen Jahren als obsolet. Auch der Magenranke kann, abgesehen von wenigen als unverträglich anzusehenden scharfen Gewürzen und größeren Mengen an Kaffee, alles verzehren, was vertragen wird [6].

Gallenblasen-, Gallenwegserkrankungen

An der Entstehung von Gallensteinen durch eine fettreiche Ernährung, aber auch durch extrem fettarme Reduktionsdiäten, besteht kein Zweifel. Unter fettreichen Reduktionskostformen dagegen wird die Gallensteinbildung ungleich seltener beobachtet. In Lehrbüchern der Inneren Medizin gilt eine gewisse Fettunverträglichkeit als Hinweis auf das Vorliegen einer Gallenblasen- oder Gallenwegserkrankung als gesichertes Wissen.



Meulengracht (1934):

Empfiehl bei der Ulkusblutung ab dem 1. Tag reichlich Nahrung (Brot, Hafergrütze, Butter)

Eppinger (1941):

Empfiehl grobe Diät für Ulkusranke (Schrotbrot, grobe Gemüse, Obst etc.)

Abb. 1: Historische Kost bei akuter Magenblutung

Glossar:

Aszites = „Bauchwassersucht“, Ansammlung von Flüssigkeit in der freien Bauchhöhle

dyspeptische Beschwerden = Oberbauchbeschwerden ohne nachweisbare organische Ursachen

rebound = hier: überschießende Produktion

Sucht man die für den Gallensteinträger am besten geeignete Kost, so findet man unisono die Empfehlung zur fettarmen, ballaststoffreichen Kost. Das Risiko einer Kolik lässt sich mit dieser, rein hypothetisch, am besten reduzieren. Kontrollierte, randomisierte Studien, in denen dieser Frage nachgegangen wurde, sucht man jedoch vergeblich. Der Wert einer „Galleschonkost“ konnte bislang in keiner Untersuchung bewiesen werden. Befragt man gastrointestinal Gesunde, Patienten mit funktionellen Beschwerden und Patienten mit Gallensteinen bezüglich der Unverträglichkeit bestimmter Lebensmittel, so liegt die Rate unter den Patienten mit funktionellen Beschwerden am höchsten. Abgefragt wurden Weißkraut, weiße Bohnen, gebratene Zwiebeln, tierisches Fett, Steinobst und Kaffee. Gallensteinträger gaben im Vergleich zu den Patienten ohne Gallensteine keineswegs häufiger Beschwerden an. Erstaunlicherweise tolerierten sie gebratene Speisen sogar besser als Patienten mit funktionellen Beschwerden [7]. Auch in anderen Untersuchungen konnte ein pathologischer Befund der Gallenblase nicht mit einer Fettintoleranz korreliert werden. Von 142 Befragten gaben 53 % mit normalem und 50 % mit pathologischem Cholecystogramm dyspeptische Beschwerden an. Eine reine Fettintoleranz fand sich bei 4 % mit pathologischem, aber bei 28 % mit normalem Cholecystogramm [8]. Selbst mit Hilfe von Testmahlzeiten unterschiedlicher Fettmengen ließen sich keine Unterschiede in der Ausprägung der Gallenblasenkontraktion nachweisen [9].

Vor dem Hintergrund derartiger Untersuchungsergebnisse sind extrem fettarme Kostformen für den Gallenblasen- oder Gallenwegserkrankten nicht sinnvoll, eine gastroenterologische Basisdiät im Sinne einer leichten Vollkost ist auch hier ausreichend. Gut belegt dagegen ist ein gewisser Schutz vor dem Auftreten von Gallensteinen durch eine ballaststoffreiche Kost. Als günstig gilt vor allem

der Verzehr von Lebensmitteln mit reichlich löslichen Ballaststoffen. In der Nurses Health Study fanden sich in einem 16-jährigen follow up 5 771 Cholecystektomien. Die Rate in der Gruppe mit der höchsten Ballaststoffzufuhr lag am niedrigsten [10]. Bereits eine Mehrzufuhr von 5 g löslichen Ballaststoffen senkte das Risiko signifikant.

Unspezifische Lebensmittelintoleranzen

Eine Reihe gastrointestinal Gesunder klagt ebenso wie der gastrointestinal Kranke nach dem Verzehr bestimmter Speisen über Völle- und Druckgefühl, Übelkeit, allgemeines Unbehagen, Darmgeräusche (Borborygmien) und Durchfälle. Fehlt eine organische Ursache der Symptomatik, so wird das Vorliegen einer unspezifischen Lebensmittelintoleranz angenommen. Als ursächlich für die Symptomatik werden Vorurteile gegen bestimmte Speisen, die ängstliche Selbstbeobachtung, ein intensiver fermentativer Abbau von Ballaststoffen oder die überschießende Freisetzung gastrointestinaler Hormone angesehen. Gezielte Befragungen von fast 2 000 Krankenhauspatienten ergaben eine Hitliste der als besonders unverträglich eingestuften Lebensmittel. Hierzu gehören Hül-

senfrüchte, Gurkensalat, frittierte und fette Speisen sowie Weißkohl und CO₂-haltige Getränke (◆ Tabelle 1).

Diese Untersuchungsergebnisse waren die Basis für den Wegfall der organbezogenen Schonkostformen im Klinikbereich [6]. Bei der heute im Klinikalltag eingesetzten leichten Vollkost, der so genannten gastroenterologischen Basisdiät, werden im Gegensatz zur sonst üblichen Vollkost lediglich alle mit einer Häufigkeit von mehr als 5 % als unverträglich angegebenen Lebensmittel weggelassen.

Unter Alltagsbedingungen sollte der Patient aber nicht alle als unverträglich gelisteten Lebensmittel von vornherein meiden, sondern alles verzehren, was er verträgt. Der Verzehr eines unverträglichen Lebensmittels führt nicht zur Organschädigung. Bedenkenlos kann es erneut verzehrt werden, wenn der Genuss höherwertig angesetzt wird als die danach auftretende Beschwerdesymptomatik. Eine ungleich höhere Rate an Unverträglichkeiten fand sich in neueren Untersuchungen bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (M. Crohn, Colitis ulcerosa). Für eine Reihe von Lebensmitteln lag diese bei 50 % [11] (◆ Tabelle 2).

Glossar:

Cholecystogramm =
Röntgenaufnahme
der Gallenblase mit
Kontrastmittel

Hülsenfrüchte	(30,1 %)	Pommes frites	(15,3 %)
Gurkensalat	(28,6 %)	hartgekochte Eier	(14,7 %)
frittierte Speisen	(22,4 %)	frisches Brot	(13,6 %)
Weißkohl	(20,2 %)	Bohnenkaffee	(12,5 %)
CO ₂ -haltige Getränke	(20,1 %)	Kohlsalat	(12,1 %)
Grünkohl	(18,1 %)	Mayonnaise	(11,8 %)
fette Speisen	(17,2 %)	Kartoffelsalat	(11,4 %)
Paprikagemüse	(16,8 %)	Geräuchertes	(10,7 %)
Sauerkraut	(15,8 %)	Eisbein	(9,0 %)
Rotkraut	(15,8 %)	Tomaten	(1,9 %)
süße und fette Backwaren	(15,8 %)	Schnittkäse	(1,6 %)
Zwiebeln	(15,8 %)	Camembert	(1,3 %)
Wirsing	(15,6 %)	Butter	(1,2 %)

Tab. 1: Rangliste der Lebensmittelintoleranzen bei Krankenhauspatienten (n=1918; nach [6])

Morbus Crohn	%	Colitis ulcerosa	%
Lauch, Zwiebeln (r.)	66	Kartoffelsalat	55
fette Backwaren	58	Lauch, Zwiebeln (r.)	52
fette Speisen	58	Reibekuchen	49
stark Gewürztes	57	Lauch, Zwiebeln (gek.)	48
Erbsen, Linsen	57	Bratkartoffeln	46
Paprika	55	stark Gewürztes	45
Crementorte	54	fette Speisen	43
Reibekuchen	54	Nüsse	43
Kohl	54	frisches Brot	47
Lauch, Zwiebeln (gek.)	51	Crementorte	42
Rohkostsalat	49	süße Backwaren	42
Sauerkraut	49	fette Backwaren	42
Weintrauben	49	grüne Bohnen	42
		Pommes Frites	41

Tab. 2: Hitliste der als unverträglich angegebenen Lebensmittel bei Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa (nach [11])

Die praktische Umsetzung des Rationalisierungsschemas stößt bei diesen Patienten auf Schwierigkeiten, da kaum noch Lebensmittel übrig bleiben, die bei weniger als 5 % der Befragten zu Unverträglichkeiten führen.

Differenzialdiagnostische Überlegungen bei unspezifischer Lebensmittelintoleranz

Zunächst gilt es, bei den meisten dieser Patienten eine organische Erkrankung als Ursache der Beschwerdesymptomatik auszuschließen. So muss an ein Magen- und Duodenalulcus, eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung, eine Zöliakie oder eine chronische Pankreatitis ebenso gedacht werden wie an eine mögliche Tumorerkrankung. Der Patient muss bezüglich seiner Beschwerden ernst genommen und klinisch untersucht werden. Keineswegs aber darf er wiederholt einer kostenaufwändigen Diagnostik unterzogen werden. Die Furcht, an einer schweren Erkrankung zu leiden, muss ihm genommen und die Zuwendung zu Außenseitermethoden verhindert werden. Detaillierte Diätvorschläge sollten unterbleiben. Bei häufigem Arztwechsel können sie so unterschiedlich ausfal-

len, dass der Patient schließlich nicht mehr weiß, was er überhaupt essen darf.

Erst wenn andere zugrunde liegende Erkrankungen oder spezifische Intoleranzerscheinungen ausgeschlossen wurden, darf das Vorliegen einer unspezifischen Lebensmittelintoleranz oder einer funktionellen Störung angenommen werden.

Laktose-, Sorbit- und Fructosemalabsorption

Auch eine Laktose-, Sorbit- oder Fructosemalabsorption kann eine der unspezifischen Lebensmittelintoleranz entsprechende Beschwerdesymptomatik bedingen. Mit Hilfe des H₂-Exhalationstests können diese nach Verabreichung einer bestimmten Menge der jeweiligen Testsubstanz auf einfache Weise diagnostiziert werden [12].

Laktasemangelsyndrom (Laktosemalabsorption und Laktoseintoleranz)

Die Häufigkeit des Laktasemangelsyndroms liegt in Deutschland bei ca. 15 bis 20 %, während bei den Schwarzafrikanern nahezu 100 % der Bevölkerung eine fehlende Laktaseaktivität in der Dünndarmschleimhaut aufweisen. Die im Dünndarm durch das Enzym Laktase bedingte Spaltung der Laktose in Glukose und Galaktose unterbleibt. Nach dem Verzehr von Milchzucker oder milchzuckerhaltigen Speisen tritt deshalb bei diesen Patienten die Laktose in den Dickdarm über. Dort wird sie fermentativ abgebaut. Es fallen organische Säuren und gasförmige Subs-

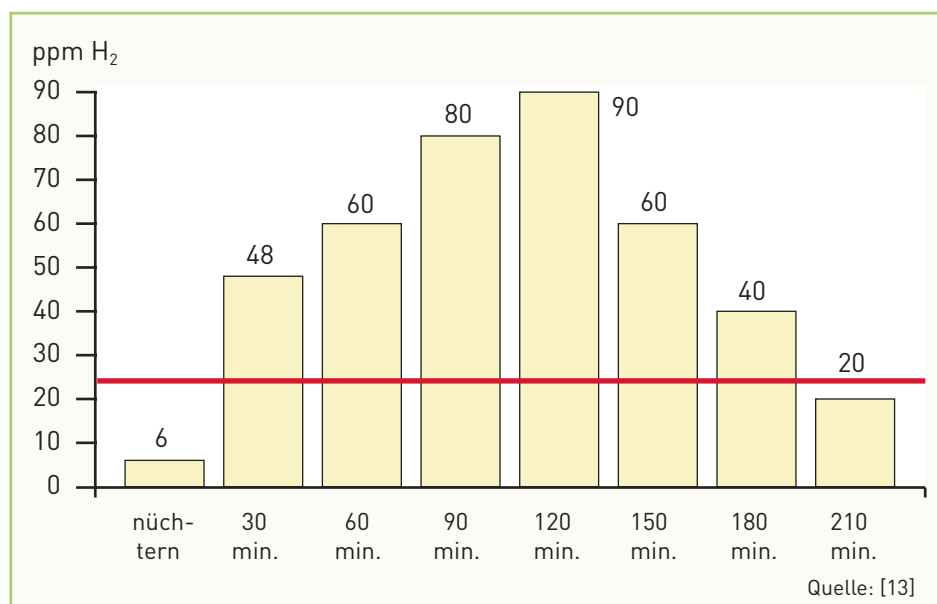


Abb.2: Pathologischer Laktosetoleranztest (Anstieg über 20 ppm nach Gabe von 50 g Laktose) ppm = parts per million

tanzen (Kohlendioxid, Methan, Wasserstoff) an.

Sie führen bei etwa der Hälfte aller laktoseintoleranten Patienten zu Beschwerden wie bei einer unspezifischen Lebensmittelintoleranz oder wie bei einem Reizdarmsyndrom. Die Häufigkeit einer Laktoseintoleranz ist bei Patienten mit Reizdarmsyndrom im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöht. Objektiviert werden kann das Vorliegen einer Laktosemalabsorption mit dem Laktosetoleranztest. Nach Laktosegabe kommt es durch den fermentativen Abbau der Laktose zum Anfall von Wasserstoff, der sich in der Ausatemluft messen lässt (◆Tabelle 3). Ein Anstieg über 20 ppm gilt als pathologisch (◆Abbildung 2). Überraschenderweise fand sich eine Laktoseintoleranz bei fast 40 % der Patienten mit einer Kolondivertikulose [13] (◆Abbildung 3).

Die diätetische Therapie ist allerdings nur dann sinnvoll, wenn die im H₂-Atemtest gefundene Laktosemalabsorption auch Beschwerden im Sinne einer Laktoseintoleranz verursacht. Meist werden 5 g Laktose als Einzelportion toleriert. Die Einhaltung einer laktosearmen Kost führt

50 g Laktose in 400 ml Wasser

■ nüchtern und in 30-minütigen Abständen Bestimmung der H₂-Exhalation in der Ausatemluft

■ pathologisch: Werte > 20 ppm (30 ppm)

Eventuell zusätzliche Glukosemessung

■ pathologisch: Anstieg < 20 %

Tab. 3: Diagnostik beim Laktasemangelsyndrom

meist zu einem Verschwinden der beklagten Beschwerdesymptomatik. Beim Außerhausverzehr empfiehlt sich die Einnahme eines Laktasepräparates. Laktosehaltigen Lebensmitteln (Milch, Quark) kann einige Stunden vor dem Verzehr ein Laktasepräparat zugesetzt werden. Für den, der gerne Milch trinkt, kommt der Genuss laktosefreier Milch in Frage. Keinesfalls darf dem laktoseintoleranten Patienten zum Verzicht auf alle Milchprodukte geraten werden, da eine Unterversorgung mit Kalzium zu befürchten wäre. Der Laktoseintolerante kann eine Reihe von Milchprodukten problemlos verzehren, da sie weitgehend laktosefrei sind (z. B. Weich-, Schnitt-, Hartkäse).

Fructose- und Sorbitmalabsorption

Die beiden Monosaccharide Fructose und Sorbit sind in Früchten und Fruchtsäften, aber auch in einer Reihe von industriell hergestellten Produkten enthalten. Sorbit und Fructose werden von 30–40 % der Bevölkerung im Dünndarm unzureichend absorbiert und treten deshalb ins Kolon über. Hier werden sie fermentiert und können so typische gastrointestinale Beschwerden auslösen [12, 14]. Bei manchen Patienten bedingt bereits der Verzehr von 5 g Sorbit (enthalten in 4–5 „zuckerfreien“ Pfefferminzbonbons) oder der Genuss von 250 g Apfelsaft (16 g Fructose, 1 g Sorbit) Abdominalbeschwerden und Diarrhöen. Das weitgehende Meiden dieser Substanzen, insbesondere das Meiden sorbithaltiger Getränke, Bonbons und Kaugummis und sorbit- und fructosehaltiger Früchte (Pflaumen, Birnen, Weintrauben, Rosinen, Äpfel, Apfelsaft, Traubensaft) führt meist zum raschen Verschwinden der Beschwerdesymptomatik.

Reizdarmsyndrom

Das Reizdarmsyndrom findet sich in den Industrienationen bei 20–30 % der Bevölkerung. Es ist mit einer abdominalen Symptomatik assoziiert. Ca. 50 % aller Patienten in gastroenterologischen Fachpraxen berichten über die für ein Reizdarmsyndrom typische Beschwerdesymptomatik in Form von Schmerzen, Flatulenz, Missempfindungen, Diarrhö oder Obstipation. Symptome von Seiten des Kolons stehen zwar im Vordergrund, die funktionelle Störung betrifft aber meist den gesamten Gastrointestinaltrakt. Bei einem Teil der Patienten sind Ernährungsfaktoren für die Auslösung der Beschwerden mitentscheidend. Etwa ein Drittel aller Patienten berichtet über einen Zusammenhang mit dem Verzehr bestimmter Lebensmittel. Die Ursache des Reizdarmsyndroms ist weitgehend unklar. Man nahm früher Motilitätsstörungen, die zu einer Hyperalgesie führen, an.

Glossar:

Hyperalgesie = gesteigertes Schmerzempfinden

lyophilisiert = gefriergetrocknet

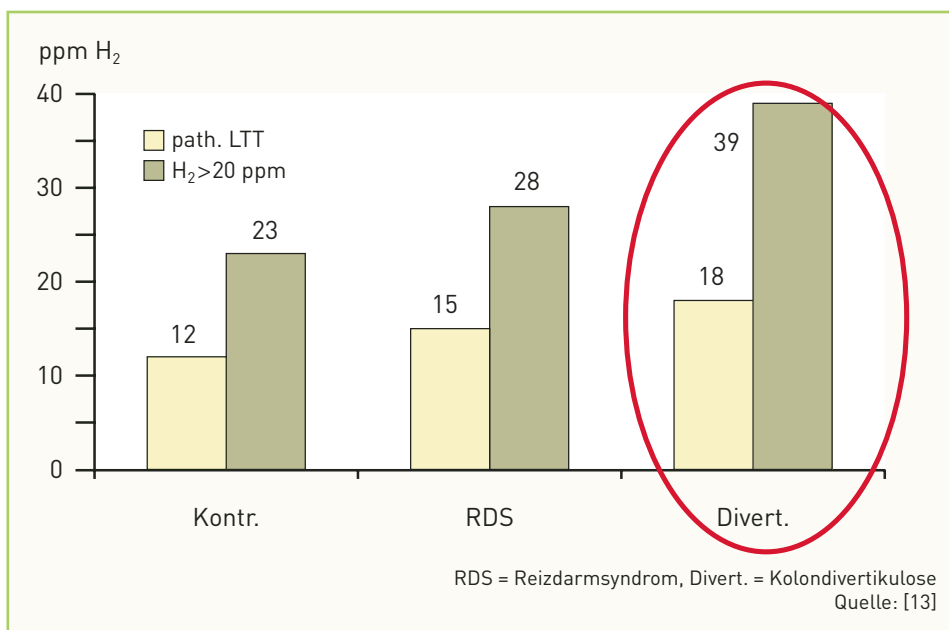


Abb. 3: Prozentuale Verteilung der pathologischen Laktosetoleranztests (LTT) und H₂-Atemgastests über 20 ppm

Heute wird ein Transmitterproblem an den Serotoninrezeptoren, eine gestörte zentrale Schmerzverarbeitung (brain-gut axis) oder die vermehrte Freisetzung bestimmter gastrointestinaler Hormone (Cholezystokinin oder Motilin) als wahrscheinlichere Ursache diskutiert.

Liegt ein Reizdarmsyndrom vom Obstipationstyp vor, so stellt eine ballaststoffreiche Kost oder die Gabe von Ballaststoffen in Form von Weizenkleie oder Psyllium eine sinnvolle therapeutische Maßnahme dar [1]. Bei Patienten, bei denen die Diarrhö oder Schmerzen im Vordergrund der Beschwerdesymptomatik stehen, finden sich positive Mitteilungen über den Einsatz von Probiotika. Insbesondere *Lactobacillus acidophilus*, auch in lyophilisierter Form, wurde erfolgreich angewandt [15].

Mit gastrointestinalen Beschwerden einhergehende „Modeerkrankungen“

Multiple chemical sensitivity syndrom (Chemisches AIDS)

Insbesondere in Laienkreisen werden Beschwerdekompexe mitgeteilt, deren Ursachen von Seiten der Schulmedizin nicht näher zu erklären sind. Unter den Begriffen chemisches AIDS, Umweltkrankheit oder multiple chemische Insensitivität werden Beschwerden subsummiert, die Umweltgiften angelastet werden. Zentralnervöse Beschwerden (Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Unruhezustände, Reizungen der Schleimhäute) werden ebenso mitgeteilt wie gastrointestinale Beschwerden, wie sie auch bei einem Reizdarmsyndrom oder einer unspezifischen Lebensmittelintoleranz zu finden sind. Ein Zusammenhang mit Umweltgiften als auslösender Faktor konnte bisher nicht nachgewiesen werden. Sinnvolle Therapiemaßnahmen sind nicht bekannt [1].

- Leberzirrhose mit Aszites oder hepatischer Enzephalopathie
- chronische Pankreatitis mit exokriner Insuffizienz
- Refluxösophagitis
- totale und partielle Gastrektomie
- Zöliakie
- Kurzdarmsyndrom
- chologene Diarrhö
- Obstipation
- Kolondivertikulose

Tab. 4: Gastroenterologische Erkrankungen, bei denen diätetische Maßnahmen sinnvoll sind

Candida-Hypersensitivitätssyndrom

Ebenso spekulativ ist die Vermutung eines Zusammenhangs zwischen Beschwerden der Haut, der Psyche, des Gesamtorganismus oder des Gastrointestinaltraktes bei der Besiedlung des Magen-Darm-Traktes mit dem Pilz *Candida albicans*. Gefördert werden soll die Besiedlung durch eine zuckerreiche Ernährung. Wird mittels Stuhlproben gezielt nach *Candida albicans* gesucht, so findet sich dieser bei nahezu 70 % der Bevölkerung. Therapeutisch empfohlen werden, neben einer zuckerarmen Antipilzdiät, Antimykotika. Die American Academy of Allergy and Immunology hat das Konzept bereits 1986 als un-

bewiesen und spekulativ und die orale Antimykotikagabe als gefährlich eingestuft [1].

Bei welchen Erkrankungen ist eine diätetische Therapie sinnvoll?

Eine Reihe von organischen gastrointestinalen Erkrankungen kann mit wissenschaftlich begründeten Diätformen beeinflusst werden (◆ Tabelle 4).

Hierzu gehört unter anderem der Verzehr ballaststoffreicher Lebensmittel beim Vorliegen einer Obstipation oder einer Divertikulose [1, 8], das Meiden von Milchzucker beim Bestehen einer Laktoseintoleranz [13], die glutenfreie Kost beim Vorliegen einer Zöliakie [16, 17, 18], der therapeutische Einsatz von Formel-diäten bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen [19, 20], die Anpassung der Fettzufuhr beim Vorliegen einer chronischen Pankreatitis mit exokriner Insuffizienz, diätetische Maßnahmen nach einer Gastrektomie oder Magenteilresektion und eine gezielte – vom Resektionsausmaß und -ort abhängige – diätetische Therapie bei Patienten mit Kurzdarmsyndrom [21]. Wie wenig an Dünndarmrestlänge nach einer ausgedehnten Resektion verbleiben kann, zeigt ◆ Abbildung 4.

Dagegen gibt es jedoch gastrointestinale Erkrankungen, bei denen eine herkömmliche, mittels einer Misch-

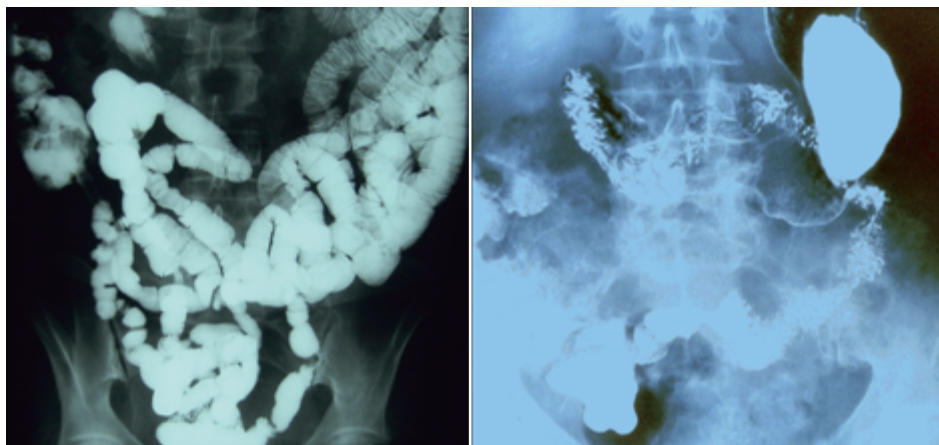


Abb. 4: Normaler Dünndarm (li.) und extremes Kurzdarmsyndrom mit 40 cm Dünndarmrestlänge (re.)

Zusammenfassung

Die diätetische Therapie im Klinikalltag wurde über mehr als ein Jahrhundert vom Gedanken der organbezogenen Schonung bestimmt. Magen-, Darm-, Leber-, Galle- und Pankreasdiäten sollten das erkrankte Organ sekretorisch und/oder motorisch ruhig stellen und so einen Besserungs- oder Heilungsprozess begünstigen. Die Maßnahmen waren wissenschaftlich nicht begründet und erfolgten rein empirisch. Eine von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung und Diätetik 1978 an nahezu 2000 Klinikpatienten durchgeführte Befragung ergab, unabhängig vom Vorliegen einer Erkrankung, bei einem relativ hohen Anteil der Befragten die Angabe von Beschwerden nach dem Verzehr bestimmter Lebensmittel. In Verbindung mit bereits früher publizierten wissenschaftlichen Ergebnissen stellten die Ergebnisse dieser Befragung die bislang praktizierte Diättherapie in Frage. Die Ergebnisse führten zur allmählichen Elimination wissenschaftlich nicht begründeter organbezogener Schonkostformen aus dem Klinikalltag, die durch die „leichte Vollkost“ oder „gastroenterologische Basisdiät“ ersetzt wurden.

Heute eingesetzte Diäten sind wissenschaftlich begründet und stellen bei einer Reihe von Krankheitsbildern den essenziellen therapeutischen Bestandteil dar, häufig ohne Alternative zu einer anderen Therapieform (z. B. bei Zöliakie, chologener Diarrhö, Kurzdarmsyndrom, Zustand nach Gastrektomie, Obstipation, Divertikulose etc.).

Summary

Are there any sensible dietetic measures which can be taken in gastroenterology?

U. Rabast, Hattingen

For more than a century, dietary therapy in normal clinical treatment has been influenced by the concept of sparing specific organs. Stomach, intestinal, liver, bile and pancreas diets are intended to spare the secretion and/or motoric activity of the corresponding organ, thus favouring the process of cure or improvement. There is no scientific basis for these measures, which are purely empirical. The German Working Party for Clinical Nutrition and Dietetics carried out a questionnaire in 1978 on almost 2000 hospital patients. This gave the result that a relatively high proportion of patients suffered symptoms of consuming specific foods – independently of any disease. Taken together with earlier scientific articles, the results of this questionnaire raised doubts about the practice of dietary therapy. The findings have led to the elimination from normal clinical treatment of organ-specific forms of bland diets with no scientific basis and these have now been replaced by the “light balanced diet” or the “basic gastroenterological diet”.

The diets that are now used are based on scientific evidence and are an essential component of the treatment of several clinical presentations, to which there is often no alternative [e.g. for coeliac disease, chologenic diarrhoea, short bowel syndrome, status after gastrectomy, constipation, diverticulosis, etc.).

Key words: gastroenterology, dietetics, diet types, diets, bland diets, light balanced diet

Ernährungs Umschau 55 (2008) S. 540–546

- **Ulcus ventriculi und duodeni**

- **akute Hepatitis**

- **chronische Hepatitis**

- **Leberzirrhose**

- **Fettleber**

- **M. Crohn**

- **Colitis ulcerosa**

- **Gallenwegs- und Gallenblasenerkrankungen**

- **chronische Pankreatitis (ohne exokrine Insuffizienz)**

Tab. 5: Gastroenterologische Erkrankungen, die durch herkömmliche diätetische Maßnahmen nicht zu beeinflussen sind

kost durchgeführte diätetische Therapie nicht sinnvoll beziehungsweise erforderlich ist (◆ Tabelle 5).

So bedarf es beim Vorliegen einer unkomplizierten Leberzirrhose, einer Hepatitis, einer Fettleber, einer chronischen Pankreatitis ohne exokrine Insuffizienz, bei einem Ulcus ventriculi oder Ulcus duodeni oder bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen keiner ausgeklügelten diätetischen Therapie.

Obwohl bereits 1964 die Engländer KOCH und DONALDSON aufgrund von Untersuchungsergebnissen an 655 Patienten mit funktionellen Beschwerden, gastrointestinal Kranken und gastrointestinal Gesunden auf das Fehlen eines Nutzens ausgeklügelter organbezogener Schonkostformen hingewiesen haben [22], ließ die praktische Umsetzung dieser Kenntnisse lange auf sich warten. 1978 hat die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung und Diätetik das Rationalisierungsschema als Grundlage für die Ernährung im Krankenhaus herausgegeben [6]. Die Ausrichtung der Krankenhausernährung an diesem Schema war, wie eine 1989 in 20 Krankenhäusern veranlasste Umfrage ergab, unzureichend. Nur in zwei Kliniken wurde angegeben, man kenne das Schema [23]. Organbezogene Schonkostformen wurden zum Teil uneingeschränkt weiter praktiziert. Erst allmählich gelang es, unsinnige Diätformen aus dem Klinikalltag zu streichen und durch wissenschaftlich begründete Therapiemaßnahmen zu ersetzen.

Literatur

1. Kasper H *Ernährungsmedizin und Diätetik*. 9. Auflage. Verlag Urban & Schwarzenberg, München 2005
2. Kluthe R *Ernährungsmedizin in der Praxis*. Perimed-Spitta Verlag, Balin-gen, 1997
3. Rabast U (2005) *Diätetische Therapie bei gastroenterologischen Erkrankungen*. *Med Welt* 56: 231–236
4. Patek AJ, Post J (1941) *Treatment of cirrhosis of liver by nutritious diet and vitamin-B-supplements*. *J clin Invest* 20: 481ff
5. Mogadam M, Albarelli J, Ahmed SW, et al. (1984) *Gallbladder dynamics in response to various meals: Is dietary fat restriction necessary in the management of gallstones*. *Am J Gastroenterol* 79: 745
6. *Rationalisierungsschema der Arbeitsgemeinschaft für klinische Diätetik e.V. für die Ernährung im Krankenhaus*. *Akt Ernähr Med* 3 (1978) 144–148
7. Kratzsch KH, Rosch W, Günter HJ (1972) *Lebensmittelunverträglichkeiten bei gastroenterologisch Kranken und Gesunden*. *Z Ges inn Med* 27: 105ff.
8. Kasper H (1993) *Diäten bei Magen-Darm-Erkrankungen*. *Akt Ernähr Med* 18: 117–131
9. Müller MJ (2000) *Energy metabolism in patients with liver cirrhosis – implications for nutritional metabolic support*. *Medical Science* 6: 26–32 (Suppl. 9)
10. Tsai CJ, Leitzmann MF, Willet WC, Giovannucci EL (2004) *Long-term intake of dietary fiber and decreased risk of cholecystektomie in women*. *Am J Gastroenterol* 99: 1364–1370
11. Rabast U, Horn M (2003) *Häufigkeit der unspezifischen Lebensmittel-intoleranz bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen*. *Akt Ernähr Med* 28: 106–112
12. Mishkin DS, Mishkin S (2004) *Sorbitol H₂ breath testing when screening for malabsorption/intolerance in untreated celiac disease: Understanding the dose and concentration issues*. *Am J Gastroenterol* 99: 1196 (Letter to the editor)
13. Rabast GA, Rabast U, Kasper H (2000) *Häufigkeit der Laktoseintoleranz bei Patienten mit Reizdarmsyndrom, Divertikulose und einem Kontrollkollektiv*. *Akt Ernähr Med* 25: 238–241
14. Rumessen JJ, Gudmand-Hoyer E (1998) *Functional bowel disease: Malabsorption and abdominal distress after ingestion of fructose, sorbitol, and fructose sorbitol mixture*. *Gastroenterology* 95: 694–700
15. Rousseaux C et al. (2007) *Lactobacillus acidophilus modulates intestinal pain and induces opioid and cannabinoid receptors*. *Nat Med* 13(1): 35–37
16. Fayed SB, Aref J, Fathy HM et al. (2008) *Prevalence of celiac disease, Helico bacter pylory and gastroesophageal refflux in patients with refractory iron deficiency anemia*. *Trop Pediatr* 54(1):43–53
17. Green P, Jabry B (2003) *Coeliac disease*. *Lancet* 362: 383–391
18. Oehler G (2003) *Klinik, Diagnostik und Therapie der Sprue*. *Med Welt* 54: 239
19. Oehler G (2001) *Richtig essen bei chronischen Darmerkrankungen*. *Med Welt* 52: 301–306
20. Rabast U, Heskamp R (1986) *Adjuvante Therapie mit Formuladiät bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen*. *Dtsch Med Wschr* 111: 283–295
21. Rabast U (2003) *Das Kurzdarmsyndrom – ein seltenes, problembehaftetes Krankheitsbild*. *Med Welt* 7/8: 20–24
22. Koch JP, Donaldson RM A (1964) *Survey of intolerances in hospitalised patients*. *New Eng J Med* 271: 657f
23. Rabast U (1993) *Rationelle Diätetik – Probleme bei der Umsetzung des Rationalisierungsschemas*. *Akt Ernähr Med* 18: 385–387