

Wiesbaden, 4.–5.11.2011

18. Wiesbadener Geriatrie-Kolloquium



Rund 250 Mediziner, Therapeuten und Pflegekräfte besuchten in diesem Jahr das 18. Wiesbadener Geriatrie-Kolloquium, welches unter Leitung von Herrn Dr. med. Wolfgang Knauf, Direktor des Zentrums für Internistische und Geriatriische Medizin der Asklepios Paulinen Klinik erneut am 4. und 5. November im Biebricher Schloss veranstaltet wurde. Wie im letzten Jahr wurde auch das diesjährige Kolloquium in Kooperation sowohl mit der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen als auch dem FORUM DEMENZ des Amtes für Soziale Arbeit der Landeshauptstadt durchgeführt.

Inhaltlich ging es um die Malnutrition im Alter, also ein Thema, welches äußerst facettenreich ist. Dementsprechend wurden neben Ursachen und diagnostischen Möglichkeiten aus gastroenterologischer Sicht spezielle Aspekte beim hochbetagten Patienten fokussiert. Namhafte Referenten aus ganz Deutschland fesselten mit ihren Beiträgen das Auditorium. Nachfolgend sind die Abstracts der meisten Referate wiedergegeben.

Ursachen der Malnutrition aus Sicht der Gastroenterologie

K. Tischbirek

Formen der Mangelernährung können auf einen krankheitsassoziierten Gewichtsverlust (mehr als 10% des Ausgangsgewichtes in sechs Monaten), einen Eiweißmangel oder spezielle Defizite an essentiellen Nährstoffen (Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente) zurückgeführt werden. Während es bei der Malnutrition vornehmlich zur Reduzierung der Fettmasse kommt, steht bei der Sarkopenie die Verringerung der Muskelmasse im Vordergrund. Die Kachexie in Assoziation zu chronischen entzündlichen oder tumorösen Prozessen bedingt gleichermaßen den Abbau von Fett-, Muskelmasse und Gewicht. Folgen der Mangelernährung sind der Abbau von Muskelsubstanz, damit zunehmende Immobilität und erhöhte Pflegebedürftigkeit. Vermehrte Komplikationen ergeben sich aus der schlechteren Therapie- und Medikamentenverträglichkeit, stärkeren Wundheilungsstörungen und erhöhter Infektanfälligkeit durch die Schwächung des Immunsystems.

Zahnverlust, schlecht sitzende Zahnprothesen, mangelnde Spei-

chelbildung oder medikamentös bedingte Mundtrockenheit führen zur eingeschränkten Nahrungsauswahl. Zunehmender Sehverlust kann dazu führen, dass Nahrungsmittel nicht mehr richtig wahrgenommen oder verdorbene Speisen nicht erkannt werden. Durch die Verschiebung der Schwellenwerte für die Geschmacksqualität »süß, sauer, salzig, bitter« schmecken »normal« gewürzte Speisen fade. Nach einem Schlaganfall, in der Spätphase des Morbus Parkinson, der Multiplen Sklerose oder von Multisystematrophien können neurogene Schluckstörungen zur erheblichen Beeinträchtigung der oralen Ernährung führen. Eine Hiatushernie oder Motilitätsstörung des Magens kann eine höhergradige Refluxösophagitis auslösen, die über Schmerzen, Stenose oder Blutung symptomatisch wird. Bei Verzögerung der Magenentleerung mit persistierendem Völlegefühl wird die Mahlzeit frühzeitig abgebrochen. Eine chronisch-atrophische Gastritis ist über den fehlenden Intrinsic-Faktor Ursache für die unzu-

reichende Aufnahme von Vitamin B₁₂. Chronische Durchfallerkrankungen (z. B. chronische Pankreatitis, Sprue) führen über die Malabsorption zur Mangelernährung und müssen zur gezielten Behandlung ätiologisch eingeordnet werden.

Bei tumorerkrankten Patienten korreliert die Aktivierung der inflammatorisch katabolen Stoffwechseleränderungen mit der Reduzierung des Appetits. Psychische Belastungssituationen, Schmerzsymptomatik und Wasting durch erhöhten Grundumsatz bedingen eine Malnutrition (Anorexie-Kachexie-Syndrom). Einschneidende biographische Ereignisse, Trauer, einsame Wohnsituation führen zur Vernachlässigung, regelmäßig und ausreichend zu essen. Geringes Einkommen und fehlende Hilfsangebote erschweren die Versorgung mit schmackhaften Speisen.

Schon vor Stellung der Diagnose einer Demenz kann als frühes Symptom ein Gewichtsverlust dokumentiert werden. Mit Progression der