

Malnutrition im Alter: Nutzen und Risiken von Medikamenten

M. Hofmann

Bei der Versorgung von geriatrischen Patienten mit Medikamenten kommt es häufig zu Interaktionen und unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Der Grund ist eine dem Alter und der damit einhergehenden Steigerungsrate an Krankheiten geschuldete größere Einnahmezahl an Medikamenten. Diese Polypharmazie beinhaltet aber nicht nur eine Erhöhung der Menge an verschiedenen Medikamenten, sondern auch eine höhere Anzahl an meist oralen Medikamenten und eine damit meistens einhergehende Erhöhung der Einnahmezeitpunkte.

Neben einer sinkenden Compliance von Patienten und Pflegepersonal ist auch mit einer erhöhten Wechselwirkungsrate mit Lebensmitteln im Besonderen und Nahrung im Allgemeinen zu rechnen.

Neben den Klassikern wie der Grapefruit, die durch eine Blockade des Cyp-P450-Systems eine Veränderung der Bioverfügbarkeit vieler Medikamente auf die Dauer von mehreren Tagen auch nach einmaligem Verzehr bewirkt, und des Johanniskrauts, das den Metabolismus vieler Medikamente beschleunigt, ist aber auch mit einer veränderten Aufnahme und Pharmakokinetik der Medikamente durch die Nahrung selbst zu rechnen.

Allen voran die Bisphosphonate, die mit der Nahrung bis zu 90 % ihrer Bioverfügbarkeit einbüßen. Antibiotika wie Ciprofloxacin oder Doxycyclin haben eine um 50–80 % geringere Bioverfügbarkeit. Bei Cefalosporinen erreicht man dagegen eine Steigerung gegenüber nüchtern von 30 % bei Einnahme nach dem Essen, ebenso bei im Alter häufiger verordneten Medikamenten wie Exemestan oder Rivastigmin.

Anhand nur dieser Beispiele ist eine genaue Abstimmung der Medikation mit der Nahrungsaufnahme unerlässlich, wobei auch auf die dauerhaft gleichen Einnahmeabstände mit dem Essen Wert gelegt werden muss.

Ein solches Medikationsregime ist in der Regel mit einer starren Dosierungshilfe nicht zu gewährleisten, weshalb ein Umstellen auf ein variables System wie das individuelle, maschinelle Blistern zu empfehlen ist. Vorteilhaft ist dabei die Möglichkeit einer EDV-gestützten Interaktions- und Plausibilitätsprüfung des Medikationsplans durch den betreuenden Pharmazeuten. Auch hier ist natürlich nicht nur die Compliance des Patienten, sondern aller an der Versorgung beteiligter Personen gefordert.

Neben der ebenfalls postulierten Forderung nach einer altersgerechten Dosierung (start low – go slow) ist auf den durch die Rabattverträge der Kassen bedingten häufigen Wechsel der Generika und auf deren (gesetzlich erlaubte) Spannweite an Bioverfügbarkeit unter den Anbietern von maximal 45 % zueinander hinzuweisen.

Zusätzlich zu einer eiweißreichen Ernährung statt leerer Kalorien und ausreichender Bewegung sollte auf Medikamente geachtet werden, die als Nebenwirkung eine Gewichtszunahme zur Folge haben. Neben Psychopharmaka wie Olanzapin machen das auch Medikamente wie Lithium, Kortison und Betablocker. Überprüft wird die Einsatzmöglichkeit von Losartan gegen Sarkopenie.

Anabolika sind wegen ihrer Nebenwirkungsrate eher abzulehnen, Erythropoetin (hochpreisig) und Eisen nach HB-Abklärung einsetzbar. Bilanzierte Vitaminpräparate und Zusatzernährung bieten zusätzlich akzeptablen Nutzen.

Korrespondenzadresse
Martin Hofmann
Asklepios-Apotheke
Schiersteiner Straße 42
65187 Wiesbaden

Leitlinien und Standards zur Ernährung in der Geriatrie

D. Volkert

Ernährungsprobleme und Versorgungsdefizite sind in geriatrischen Institutionen weit verbreitet. Obwohl die positiven Effekte unterschiedlichster Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation bei alten Menschen – von der Umfeld-

gestaltung beim Essen bis zur künstlichen Ernährung – in zahlreichen Studien gut belegt sind, werden Ernährungsprobleme im klinischen Alltag häufig nicht wahrgenommen und folglich nicht adäquat behandelt. In den letzten Jahren wurden mehrere

Leitlinien und Standards entwickelt, um die Umsetzung des wissenschaftlichen Kenntnisstands in die Praxis zu erleichtern und eine hochwertige Ernährungsversorgung älterer Menschen zu ermöglichen. Hierzu zählen insbesondere die ärztlichen Leit-

linien zur enteralen und zur parenteralen Ernährung in der Geriatrie (DGEM/DGG und ESPEN), der DN-QP-Expertenstandard »Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege« für Pflegefachkräfte, der Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) für Ernährungsfachkräfte sowie das interdisziplinäre »Qualitätsniveau II« der BUKO-QS zur oralen Nahrungs- und Flüssigkeits-

versorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung.

Die Leitlinien und Standards geben auf der Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes praxisorientierte Empfehlungen zur Umsetzung einer hochwertigen Ernährungsversorgung und Vermeidung bzw. Beseitigung von Mangelzuständen. Sie decken die ganze Breite möglicher Maßnahmen der Ernährungstherapie ab, berücksichtigen alle beteiligten Professionen und sollten als Basis zur Erarbeitung lo-

kaler Handlungsanleitungen herangezogen werden. Nur wenn die Empfehlungen Eingang in die tägliche Routine finden, können ältere Menschen davon profitieren.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dorothee Volkert
Universität Erlangen-Nürnberg
Medizinische Fakultät
Institut für Biomedizin des Alterns
Heimerichstr. 58
90419 Nürnberg
E-Mail: dorothee.volkert@aging.med.uni-erlangen.de

Probleme der Ernährung bei Demenzkranken

H. Werner

Mangel- und Fehlernährung bei Demenzkranken sind ein schon lange bekanntes Problem. In Alten- und Pflegeheimen sind 30–80% der alten Menschen, in der häuslichen Umgebung 50–60% unter- bzw. fehlernährt. Bereits Studien aus den 80er-Jahren konnten zeigen, dass Kranke mit einer Demenz vom Alzheimertyp (DAT) in dieser Hinsicht stärker gefährdet sind als Patienten mit Multiinfarktdemenz oder Mischformen. Unter- und Fehlernährung sind eine der Ursachen für eine erhöhte Mortalität bei Demenzkranken.

Ein Gewichtsverlust tritt häufig bereits vor der Diagnose einer Alzheimer-Demenz auf, und es wird diskutiert, ob Gewichtsverlust ein präklinischer Indikator für eine DAT sein könnte. Die Ursachen für den Gewichtsverlust bei DAT sind unklar. Die Cytokin-vermittelte Kachexie, wie sie von Tumorerkrankungen und chronischen Infektionen bekannt ist, konnte bei DAT nicht nachgewiesen werden. Vermutlich liegt dem Gewichtsverlust eher ein multifaktorielles Geschehen zugrunde, wie es in der Merkhilfe »Meals on Wheels« zum Ausdruck kommt.

Faktoren, die eine Rolle spielen, sind primär altersassoziierte, physiologische Veränderungen (z. B. nach-

lassendes Durstgefühl, verminderter Geschmacks- und Geruchssinn mit der Folge reduzierter Nahrungsaufnahme, endokrine Veränderungen), die bei Kranken mit DAT ebenso auftreten wie bei Nichtdemenzkranken. Ferner tragen sekundär krankheitsassoziierte Faktoren wie Schluckstörungen, Verhaltensprobleme beim Essen, orodentale Störungen, Depression oder Medikamente zum Gewichtsverlust bei DAT bei.

Soziale Faktoren wie Isolation, wenig Bewegung und Aktivität, weniger Autonomie, weniger Möglichkeiten bei der Wahl der Speisen, Ablenkung beim Essen, ungeeignete Umgebung, ungeeignete Struktur der Nahrungsbestandteile sind ebenfalls geeignet, eine ausreichende Nahrungsaufnahme bei Demenzkranken zu behindern.

In Institutionen kann aufgrund einer unzureichenden Ausstattung mit qualifiziertem Personal oft nicht mehr die Geduld und die Zeit aufgewendet werden, die gerade der Demenzkranke bei der Unterstützung für eine adäquate Nahrungsaufnahme dringend benötigt.

Im Alter nimmt zwar der Energiebedarf ab, aber der Nährstoffbedarf bleibt gleich. Dies gilt prinzipiell auch für die DAT. Unterschiede werden aber in den

verschiedenen Stadien der Erkrankung deutlich. Während der »Happy Wanderer«, der den ganzen Tag in Bewegung ist, einen oft erheblich erhöhten Energie- und Nährstoffbedarf hat, nimmt dieser mit fortschreitender Progression der DAT zum Endstadium der Erkrankung immer mehr ab.

Die Interventionsmöglichkeiten bei Gewichtsverlust von Demenzkranken sind oft enttäuschend und wenig wirksam. Es ist lange bekannt, dass die künstliche Ernährung über nasogastrale Sonden oder perkutane endoskopische Gastrostomie bei Demenzkranken weder den Ernährungsstatus noch die Lebenserwartung noch die Lebensqualität verbessert. Sie ist darüber hinaus aus medizinisch-ethischen Gründen problematisch. Auch die orale Gabe hochkalorischer Supplemente, Strukturveränderungen der Nahrungsmittel oder das Anreichen von Essen (assisted feeding) haben in Studien vielfach nicht den gewünschten Erfolg gebracht. Gleiches gilt für appetitanregende Medikamente wie Wachstumshormon, β_2 -Antagonisten mit anaboler Wirkung, anabole Steroide, Megestrol, Antidepressiva oder Dronabinol, die neben mangelhafter Wirkung zum Teil auch ein inakzeptables Profil unerwünschter Arzneimittelwirkungen zeigen.