

Therapieansätze bei CED

Die Rolle der Ernährung bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa

Sven-David Müller

Bei Menschen, die unter den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa leiden, werden Ernährungseinflüsse für die Entstehung, den Ernährungs- und Allgemeinzustand, die Behandlung und das Auftreten von Nahrungsmittel-, Getränke- und Speisenintoleranzerscheinungen als bedeutsam angesehen. Chronisch entzündliche Darmerkrankungen führen häufig zu Ernährungsstörungen, deren Ausgleich Verlauf und Aktivität der Erkrankungen günstig beeinflussen können. Der Stellenwert der enteralen Ernährung mit Trink-, Sonden- und Zusatznahrungen wird im Gesamtherapiekonzept bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa bisweilen nicht gebührend beachtet. 80 – 90 Prozent der Crohn-Betroffenen leiden unter Bauchschmerzen, teils kolikartig, mit Schleim und Blutauflagerung. 90 Prozent leiden an Durchfall und 60 bis 75 Prozent an Gewichtsverlust. Aufgrund von Komplikationen müssen 90 Prozent der Morbus Crohn Patienten mindestens einmal im Krankheitsverlauf operiert werden. Der erwiesene Nutzen der enteralen Ernährungstherapie mit Trink-, Sonden- und Zusatznahrung liegt in der raschen Besserung der klinischen Beschwerden, Verbesserung des Ernährungszustandes und Behandlung der Wachstumsretardierung und verzögerten sexuellen Reife bei von CED betroffenen Kindern und Jugendlichen. Die Beziehungen zwischen Ernährung und Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind vielfältig und für das symptomfreie Intervall und den akuten Entzündungsschub gegeben. Ob die Ernährungsweise ein Cofaktor in der Auslösung der Erkrankungen ist, ist nicht eindeutig geklärt. Insbesondere im

Bereich der Probiotika scheinen vielfältige Zusammenhänge in der Auslösung und Therapie zu bestehen. Unter dem Begriff chronisch entzündliche Darmerkrankungen werden der Morbus Crohn, die Colitis ulcerosa sowie nicht klassifizierbare Formen (Colitis indeterminata) zusammengefasst. Die Ursachen und die Ätiologie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen im engeren Sinne (Morbus Crohn und Colitis ulcerosa) sind weiterhin nicht geklärt. Chronisch entzündliche Darmerkrankungen werden weltweit beobachtet, sie unterscheiden sich jedoch erheblich in ihren Inzidenzraten. Beide Erkrankungen werden in den vergangenen Jahren zunehmend diagnostiziert. Insbesondere die Häufigkeit des Morbus Crohn nimmt insgesamt zu. Zweifelsfrei belegbar sind die Beziehungen zwischen Ernährung und Auslösung der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa nicht.

Die Häufigkeitsrate für den Morbus Crohn und die Colitis ulcerosa ist in Nordeuropa deutlich höher als in Südeuropa. Ein ähnliches Nord-Süd-Gefälle findet sich auch in Amerika, wo die Erkrankungen in den entwickelten nordamerikanischen Gebieten (beispielsweise den USA) häufiger sind als in den weniger entwickelten südamerikanischen Gebieten. Da die Ernährungsweise ebenfalls ein Nord-Süd-Gefälle aufweist, gab und gibt es immer Gedankenansätze bezüglich einer Ernährungskomponente in der Genese der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Es bleibt aber festzustellen, dass bisher Ernährungsfaktoren in der Auslösung der Erkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa nicht wissenschaftlich eindeu-

tig gesichert sind. Das Nord-Süd-Gefälle lässt vermuten, dass eine verminderte Zufuhr von Ballaststoffen und eine vermehrte Aufnahme von Zucker und zuckerhaltigen Nahrungsmitteln sowie Fetten (insbesondere gehärtetes Fett sowie erhitztes Fett – Transfettsäuren) an der Krankheitsentstehung ursächlich beteiligt sein könnten. Tatsächlich konnte beim Morbus Crohn, nicht hingegen bei der Colitis ulcerosa, im Vergleich zu Gesunden ein gesteigerter Verzehr von Zucker und zuckerhaltigen Speisen nachgewiesen werden, während sich nur in einem Teil der Studien eine erniedrigte Aufnahme von Ballaststoffen zeigte. Diskutiert wird ferner die potentiell krankheitsauslösende Rolle von Transfettsäuren und von Bäckerhefe (*Saccharomyces cerevisiae*) sowie ein erhöhtes Erkrankungsrisiko von Personen, die nicht gestillt wurden. Bei Patienten mit Colitis ulcerosa gibt es weit weniger Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Ernährungsfaktoren und Auslösung der Erkrankung. Obwohl bei Morbus Crohn Patienten eine vermehrte Zufuhr von Zuckerhaltigem vor als auch nach Ausbruch der Erkrankung festgestellt wurde, ist deren ursächliche oder krankheitsverschlimmernde Bedeutung nicht belegt. Die Ballaststoffzufuhr bei Crohn-Patienten ist teils normal, teils reduziert.

Symptomatik / Beschwerden bei Morbus Crohn

Die Symptomatik, der Verlauf und die Komplikationen der Erkrankung sind variabel. Dafür sind der Lokalisationsort und das Ausmaß der chronischen Entzün-

dung entscheidend. Die Kardinalsymptome sind rezidivierende krampfartige Beschwerden, die vor allem im rechten Unterbauch vorkommen, massive, oftmals schleimige und seltener blutbehaftete Durchfälle und Gewichtsverlust sowie Untergewicht und Mangelernährung. Im Verlauf der Erkrankung entwickeln sich in Abhängigkeit von der Schwere des Krankheitsverlaufs und der Lokalisation der Läsionen Zeichen der isolierten oder der generalisierten Mangelernährung. Ursachen dafür sind beispielsweise eine Resorptionsstörung oder Verluste.

Gründe der Mangelernährung bei Morbus Crohn

Verminderte Nahrungsaufnahme

- Schmerzen
- Appetitlosigkeit
- Angst vor dem Essen (bevor ich etwas Falsches esse, esse ich besser nichts, weniger oder einseitig)
- Durchfall
- Übelkeit
- Erbrechen
- Anorexie

Resorptionsstörungen

- Kurzdarmsyndrom nach Operationen
- Gallensäureverlust nach Ileumresektion
- Bakterielle Fehlbesiedelung, Überwucherung des Dünndarms
- Medikamentenbedingt

Gastrointestinale Probleme

- Intoleranzen von Nahrungsmitteln
- Enterale Fisteln
- Stenosen
- Verminderte Resorptionsfläche und -kapazität
- Laktasemangel

Erhöhte Verluste

- Eiweißverlustsyndrom (exsudative Enteropathie)
- Blutungen im Magen-Darm-Trakt
- Durchfallsgesteigerter Bedarf (Stresszustände)
- Fieber
- Operationen

- Hohe Entzündungsaktivität
- Gesteigerter Zellumsatz im Gastrointestinaltrakt

Medikamentennebenwirkung

- Eiweißabbau (bedingt durch Glukokortikoide)
- Folsäuremalabsorption (bedingt durch Sulfasalazin)
- Malabsorption fettlöslicher Vitamine (bedingt durch Cholestyramin)

Bei Kindern und Jugendlichen führt die Mangelernährung zum verminderten Längenwachstum und zum verzögerten Eintreten in die Pubertät. Nach dem Ausgleich der Ernährungsdefizite durch enterale Ernährung oder hochkalorische, eiweißreiche Ernährung setzt rasch ein Längenwachstum ein, und die Entwicklungsrückschritte werden aufgeholt. Kinder und Jugendliche mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen bedürfen der individuellen, fachgerechten Beratung durch spezialisierte Diätassistenten. Die Colitis ulcerosa ist eine chronische entzündliche Erkrankung des Colons, die die Mukosa betrifft. Die Einbeziehung des Rektums ist obligat. Von hier kann sich die Erkrankung über das ganze Kolon hinaus kontinuierlich ausbreiten. Durch die Proktokolektomie sind Patienten „heilbar“. Bei Morbus Crohn handelt es sich um eine chronische, transmurale Entzündung, die den gesamten Gastrointestinaltrakt befallen kann. Die bevorzugte Lokalisation ist das terminale Ileum und das Kolon. Typisch ist der Wechsel von veränderter und normaler Mukosa.

Diätetische Therapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind die häufigsten chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED). Sie manifestieren sich meist in der Jugend oder dem frühen Erwachsenenalter. Beide Erkrankungen sind nicht heilbar, und es gibt Mischformen beider Erkrankungen. Die Colitis ulcerosa ist nur chirurgisch durch

Resektion des Colons „heilbar“. Eine kausale Ursache für den Morbus Crohn oder die Colitis ulcerosa ist nicht bekannt. Die Erkrankungen sind multifaktoriell bedingt.

Mögliche Ursachen:

- Genetische Prädisposition
- Ernährungsfaktoren (Western Diet = westliche Ernährungsweise)
- Umwelteinflüsse
- Allergische Reaktionen
- Mikroorganismen
- Noxen
- Psychische Faktoren

Ernährungseinflüsse

Die Western Diet mit reichlichem Zucker- und Fastfoodkonsum bei Ballaststoffmangel und Bevorzugung synthetischer Fette (Margarine mit einem hohen Anteil gesättigter Fettsäuren und/oder Transfettsäuren) werden als krankheitsmitauslösende Ernährungsfaktoren zusammengerechnet. Diese sind für den Morbus Crohn als „Mitentstehungsursache“ nach bisherigem Kenntnisstand relevanter als bei der Colitis ulcerosa. Bei der Colitis wird insbesondere eine nicht stattgefundene Muttermilchernährung als Mitursache angesehen. Es wird diskutiert, ob CED auch allergisch bedingt sind. Ausschlussdiäten (exclusion diet) und die kohlenhydratarme Lutz-Diät haben bei einigen CED-Patienten Erfolge. Die bisher erhobenen wissenschaftlichen Daten erlauben keine pauschale Empfehlung hinsichtlich dieser „Außenseiter-Diätformen“. Auch könnten CED auf einen Mikroorganismus (ähnlich Helicobakter pylori bei Gastritiden) zurückzuführen sein. Dies wird durch die erfolgreichen Therapien mit Probiotika bei CED gestützt. Tatsächlich

konnte beim Morbus Crohn, hingegeben nicht bei der Colitis ulcerosa, ein im Vergleich zu Gesunden gesteigerter Verzehr von Haushaltszucker (Saccharose) nachgewiesen werden, während sich nur in einem Teil der Untersuchungen eine erniedrigte Aufnahme zeigte.

Der Einfluss der Darmflora auf Colitis ulcerosa und Morbus Crohn mit Lokalisationsort Dickdarm

Viele Faktoren spielen eine Rolle bei der Entstehung der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Eine große Bedeutung haben die Bakterien, die unseren Darm als sogenannte Darmflora besiedeln. Der Magen-Darm-Trakt ist von einer unvorstellbar großen Anzahl von Mikroorganismen besiedelt. Sie beträgt rund 100 Billionen Bakterien (100.000.000.000.000). Die meisten davon sind Bakterien, die mit anderen Kleinstlebewesen die Darmflora bilden. Die höchste Konzentration findet sich im Dickdarm. Diese Darmflora ist jedoch nicht etwa schädlich, sondern außerordentlich wichtig und gesundheitsförderlich. Die größte Oberfläche des menschlichen Organismus ist nicht etwa die Haut, sondern die Oberfläche des Magen-Darm-Traktes, die mit rund 200 Quadratmetern ungefähr so groß ist wie ein Tennisfeld. Sofort nach der Geburt werden alle Körperoberflächen des Neugeborenen, natürlich auch der Magen-Darm-Trakt, mit Bakterien und anderen Kleinstlebewesen besiedelt. Die Bakterien bilden dort eine Lebensgemeinschaft, innerhalb derer sich die verschiedenen Arten im Gleichgewicht befinden. Krankmachende Bakterien können dieses Gleichgewicht stören, gesundheitsförderliche Bakterien tragen dazu bei, es zu erhalten. Die Schleimhaut des Magen-Darm-Traktes muss den Organismus vor dem Eindringen von schädigenden Substanzen schützen. Die Darmflora ist keine leblose Masse, sondern lebendig. Die Darmflora ist wichtig für eine gute Abwehrsituation des Körpers, und sie ist ein wichtiger Bestand-

teil des Immunsystems. Die Darmflora ist aber auch wichtig für die Ernährung des Dickdarms, denn die Darmflora lebt von Ballaststoffen, die wir nicht verdauen können. Die Mikroorganismen aber können Ballaststoffe verwerten, und als Stoffwechselprodukt fallen unter anderem kurzkettige Fettsäuren an, die die Darm-schleimhaut als Substrat nutzen kann.

Bei der Entstehung von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa spielt auch das Immunsystem eine wichtige Rolle. Die stärksten entzündlichen Veränderungen finden sich bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa an Orten mit hoher Konzentration krankmachender Keime (pathogene Mikroorganismen). Dabei scheint die natürliche Toleranz des Darmimmunsystems gegenüber den normalen Darmmikroorganismen verlorengegangen zu sein. Überschießende Immunreaktionen, die sich unter anderem auch gegen das eigene Darmgewebe richten, sind die Folge. Verschiedene Studien kommen zum Ergebnis, dass Veränderungen der Darmflora an der Entstehung der Erkrankungen ursächlich beteiligt sind. Die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen betreffen hauptsächlich den Dickdarm. Hier ist die höchste Bakterienkonzentration, denn der Stuhl besteht zu rund 50 Prozent aus Bakterien. Bestimmte Mikroorganismen befinden sich bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa vermehrt im Darm. Bestimmte krankmachende Keime werden bei Menschen, die unter chronisch entzündlichen Darmerkrankungen leiden, häufiger gefunden als bei Gesunden. Die bei CED veränderte Darmflora produziert außerdem weniger Substrat für die Zellen der Darmschleimhaut. In Studien zeigte sich, dass die Zufuhr von bestimmten Mikroorganismen als Arzneimittel die Darmflora verbessert und ein erfolgreicher Therapieansatz bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen darstellt. Ein solcher spezieller gesundheitsförderlicher Bakterienstamm wurde vom Freiburger Hygieniker Prof. Dr. med. Alfred Nissle entdeckt. Escherichia-coli-Bakterien des von Professor Nissle entdeckten Stammes (E. coli Stamm Nissle 1917) haben die Fähigkeit, andere,

krankmachende Mikroorganismen abzuwehren. Sie können sich an die Darmschleimhaut haften und über längere Zeit ansiedeln. Sie schützen den Körper vor krankmachenden Eindringlingen und bilden die für die Ernährung der Darmschleimhautzellen und die Durchblutung der Darmwand so wichtige kurzkettige Karbonsäure. Nicht zuletzt haben die probiotischen (pro = für, bios = das Leben) E. coli Bakterien eine anregende Wirkung auf bestimmte Zellen des Immunsystems und machen dadurch abwehrstark. Bereits 1918 berichtete Prof. Dr. med. Nissle erstmals über die erfolgreiche Anwendung bei einer Patientin mit Colitis ulcerosa. In aktuellen Studien zeigte sich, dass die Therapie mit dem E.-coli Stamm Nissle 1917 der Therapie mit Mesalazin in der Wirksamkeit gleichwertig ist. Viel sinnvoller ist es jedoch, die Probiotika in Form von Arzneimitteln zusätzlich zur medikamentösen Therapie einzunehmen und den Effekt noch zu verbessern. Patienten, die die medikamentöse Therapie nicht vertragen, haben mit E.-coli Stamm Nissle 1917 eine Alternative in der Therapie. Die probiotischen Bakterien können dazu beitragen, dass es bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn häufigere, längere Phasen eines beschwerdefreien oder beschwerdearmen Lebens gibt. Die Behandlung mit Escherichia-coli Stamm Nissle 1917 (Mutaflor) ist bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn gut verträglich. Diese Probiotika sollten im akuten Entzündungsschub als auch im symptomfreien Intervall Therapiebestandteil sein.

Probiotika

Unter Probiotika versteht man lebende Mikroorganismen, die aktiv und in ausreichender Menge in den Dickdarm gelangen und die Darmflora günstig beeinflussen. Hierdurch üben sie positive gesundheitliche Effekte aus. Bestimmte Milchsäurebakterien (Laktobazillen) sind besonders überlebensfähig. Probiotika haben einen positiven Effekt bei Durchfallerkrankungen und auf das darmassoziierte Immunsystem. Probiotika

kommen beispielsweise in gesäuerten Milchprodukten (Joghurt), Sauerkraut (frisch), Kefir und Brottrunk vor.

Therapie bei CED

Die Therapie (Ernährung + Medikamente) der CED ist symptomatisch und auf Entzündungshemmung und Ausgleich von Mangelzuständen ausgerichtet. Als Substanz wird häufig 5-ASS (Salofalk) gegeben. Im akuten Entzündungsschub werden häufig Glukokortikoide (Kortisonpräparate, systemisch oder lokal) gegeben. Eine Substitutionstherapie mit Zink (Curazink (Zinkhistidin) oder Zinkorotat POS), Eisen, Kalzium, B-Vitaminen und fettlöslichen Vitaminen wird in der Regel durchgeführt. Die Ernährungstherapie im akuten Entzündungsschub besteht in einer totalen Nahrungskarenz zur mechanischen Entlastung der entzündeten Darmabschnitte. Der Effekt der enteralen und der parenteralen Ernährung für die Verbesserung des Ernährungsstatus von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen steht außer Zweifel. Die ausschließlich enterale oder parenterale Ernährung hat darüber hinaus therapeutischen Nutzen. Die Indikation zur parenteralen Ernährung ist in der Regel nicht gegeben. Die parenterale Ernährung ist der enteralen Ernährung mit Trink-, Sonden- oder Zusatznahrung im therapeutischen Effekt deutlich unterlegen. In Deutschland werden noch zu viele Patienten im akuten Entzündungsschub einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung parenteral ernährt.

Ernährung im akuten Entzündungsschub

Der Wert der künstlichen Ernährung, sowohl der enteralen als auch der parenteralen, für die Verbesserung des Ernährungszustands von CED-Betroffenen steht außer Zweifel. Die Ernährung im akuten Entzündungsschub erfolgt total oder teilweise parenteral über einen ZVK (zentraler Venenkatheter) oder oral (über den

Mund) oder via Sonde (Sonde durch die Nase) mit hoch- oder niedermolekularen Trink-/Sondennahrungen. Beim Morbus Crohn liegt eine relative Kontraindikation für eine Ernährung über eine PEG (= perkutane (durch die Haut) gastroscopische (mit dem Gastroskop gelegte) Gastrostomie (Punktion, Einbringung einer Sonde)) vor. Die enterale Ernährung ist in ihrer Wirksamkeit der parenteralen Ernährung überlegen. Niedermolekulare Nahrungen werden heute nur noch selten eingesetzt. Inzwischen stehen Spezialnahrungen für CED-Patienten zur Verfügung (Elemental 028 oder Modulen IBD). Die ausschließlich künstliche Ernährung dient zudem therapeutischen Zwecken. Bei Morbus Crohn lässt sich durch enterale Ernährung in 50 bis 90 Prozent eine Remission erzielen. Die Rezidivrate ist bei parenteraler und enteraler Ernährung gleich hoch. Mit Glukokortikoiden liegt die Remissionsrate bei 79 Prozent. Sinnvoll ist es, eine künstliche Ernährung mit der Glukokortikoidtherapie zu kombinieren. Am Anfang der Therapie sollte die Nahrung in jedem Falle frei von Ballaststoffen und reich an MKT-Fetten sein. Lediglich therapierefraktäre Patienten werden parenteral ernährt. Bei Symptombesserung und Absenkung der Entzündungsparameter erfolgt ein langsamer Kostaufbau. Die parenterale Ernährung führt rasch zur Zottenatrophie und birgt die Gefahr der bakteriellen Translokation. Patienten, die unter Durchfall leiden, müssen ausreichend Flüssigkeit zuführen. Oftmals ist die parenterale Flüssigkeitssubstitution über periphere Zugänge notwendig.

Ernährung im symptomfreien Intervall

Ausgehend von der Annahme, dass ein gesteigerter Konsum von Zucker, Zuckerkhaltigem und eine geringe Aufnahme von ballaststoffreichen Lebensmitteln bei Morbus Crohn in der Entstehung bedeutsam ist, wurde der Wert einer zuckerarmen, ballaststoffreichen Diät im Hinblick auf Rezidivprophylaxe untersucht. Eine Multicenterstudie ergab, dass

kein Unterschied zwischen dieser Ernährungsweise und einer üblichen gesunden Ernährung besteht. Im symptomfreien Intervall ist daher eine ausgewogene, vitamin- und mineralstoffreiche, eiweißreiche Ernährung zu gewährleisten. Zink sollte aufgrund seines antiinflammatorischen Effekts dauerhaft substituiert werden (Tagesdosis: 15 mg). Es sollten organische Zinkverbindungen wie Zinkorotat oder Zinkhistidin bevorzugt werden, da die Bioverfügbarkeit von organischen Zinkverbindungen höher ist als von anorganischen Zinkverbindungen. Die Einhaltung einer leichten Vollkost ist nicht notwendig. Individuelle Nahrungsmittelunverträglichkeiten müssen ausgetestet werden (Ernährungs-/Beschwerde-/Stuhltagebuch). Es gibt keine allgemeingültige, die Symptombefreiheit gewährleistende Crohn- oder Colitisdiät. Bei Colitis ulcerosa hat sich die Substitution von Omega-3-Fettsäuren (Fischölkapseln in Arzneimittelqualität wie Aneu), die antiinflammatorisch wirken, bewährt. Gleichzeitig sollte eine geringe Arachidonsäurezufuhr erfolgen, da diese Fettsäure die Entzündung unterhält. Die Gabe von wasserlöslichen Ballaststoffen (Mucofalk) als adjuvante Therapie ist sinnvoll. Wasserlösliche Ballaststoffe sind geeignet, den Stuhl leicht einzudicken und werden von der Darmflora u. a. zu kurzkettigen Fettsäuren abgebaut, die den Ernährungsstatus der Darmschleimhaut im Kolonbereich verbessern.

Kachexie / Mangelernährung

Stationäre und ambulante Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen weisen oftmals die Zeichen einer allgemeinen Mangelernährung auf und sind häufig untergewichtig. Das trifft für Patienten im akuten entzündlichen Schub als auch im symptomfreien Intervall zu. Um eine Mangelernährung und/oder ein Untergewicht behandeln zu können ist die Verabreichung von hochkalorischen, eiweißreichen Trink- oder Zusatznahrungen sinnvoll. Die Gabe davon im symptomfreien Intervall kann sinnvoll

sein. Trink- und Sondennahrungen werden bei CED-Patienten von den Kostenträgern nach Verordnung erstattet.

Unter Kortisontherapie muss eine Osteoporoseprophylaxe via kalziumreiche Ernährung durchgeführt werden. Übergewichtige CED-Patienten sollten über die Vorteile des erhöhten Körpergewichts aufgeklärt und nicht zur Gewichtsreduktion angehalten werden. Die Verabreichung von Probiotika (E. coli Stamm Nissle als Mutaflor) erscheint bei CED-Patienten angezeigt.

Patienten mit Morbus Crohn sind durch die Lokalisation der Entzündung bedingt häufiger von Mangelernährung und Untergewicht betroffen als Patienten mit Colitis ulcerosa. Die Zeichen der Mangelernährung und das Untergewicht sind nach Einleitung einer künstlichen, enteralen oder parenteralen Ernährung meist rasch reversibel.

Zusammenfassung

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind nach dem bisherigen Kenntnisstand keine ernährungsbedingten Erkrankungen. Es ist nicht eindeutig geklärt, ob der Ausbruch einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung durch Ernährungsfaktoren beeinflusst wird oder nicht. Eine einheitliche Crohn-Colitis-Diät gibt es nicht. Es muss zwischen der Ernährung im symptomfreien Intervall und während des akuten Entzündungsschubes unterschieden werden. Viele CED-Betroffene, insbesondere Morbus Crohn-Patienten, leiden unter Untergewicht und Mangelernährung. Die Ernährungstherapie muss gewährleisten, dass der Ernährungszustand der CED-Betroffenen optimal ist.

Im akuten Entzündungsschub ist die enterale Ernährung mit Trink-, Sonden- und Zusatznahrung der parenteralen Ernährung überlegen. Enterale Ernährung, Ausgleich von Mangelzuständen und medikamentöse antientzündliche Therapie sollten zum Therapiekonzept im akuten Entzündungsschub gehören.

Ein akuter Entzündungsschub kann nicht durch den Genuss von Lebens-

Ernährungsdefizite bei Morbus Crohn	
Gewichtsverlust	65 bis 75 %
Niedriger Albuminspiegel	25 bis 80 %
Eiweißverlust über den Magen-Darm-Trakt	65 bis 80 %
Negative Stickstoffbilanz (Eiweißmangel)	55 bis 75 %
Anämien (Blutarmut)	60 bis 80 %
Eisenmangel	35 bis 50 %
Folsäuremangel	50 bis 65 %
Vitamin B ₁₂ -Mangel	35 bis 45 %
Kalziummangel	10 bis 20 %
Magnesiummangel	14 bis 35 %
Kaliummangel	5 bis 20 %
Zinkmangel	40 bis 55 %
Vitamin-C-Mangel	10 bis 30 %
Vitamin-D-Mangel	60 bis 80 %
Vitamin-K-Mangel	10 bis 25 %
Ernährungsdefizite bei Colitis ulcerosa	
Gewichtsverlust	20 bis 60 %
Niedriger Albuminspiegel	25 bis 50 %
Anämien (Blutarmut)	60 %
Eisenmangel	80 %
Folsäuremangel	30 bis 40 %
Vitamin B ₁₂ -Mangel	5 %
Vitamin-D-Mangel	35 %

mitteln ausgelöst werden. Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sollten individuell durch erfahrene Diätassistenten beraten werden. Die Gabe von wasserlöslichen Ballaststoffen, dem Spurenelement Zink und von Fischölkapseln sind zusätzliche therapeutische Möglichkeiten. Außenseiterkostformen wie die Lutz-Diät können im Einzelfall hilfreich sein, einer klinischen Überprüfung halten sie nicht stand.

Bei Komplikationen wie Stenosen oder Milchzuckerunverträglichkeit muss eine intensive diätetische Beratung erfolgen. Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sollten ein Ernährungs-, Beschwerde- und Stuhltagebuch

führen und auf Lebensmittel verzichten, die sie schlecht vertragen können. ■

Literatur:
Beim Verfasser

Autor:

Sven-David Müller
Diätassistent und Diabetesberater DDG
Deutsches Kompetenzzentrum
Gesundheitsförderung und Diätetik e.V.
Wielandstraße 3
10625 Berlin
E-Mail: diaetmueller@web.de
www.dkgd.de