

Mangelernährung in der Onkologie

Dr. med. Oliver Marschal

Internist, Medikamentöse Tumortherapie,
Ernährungsmedizin und Palliativmedizin
Ärztlicher Leiter des SAPV-Team Braunschweig
und der Onkologischen Trainings-Therapie BS

Darlegung von Interessenskonflikten

Selbstständig in eigener Praxis

Mitglied Arbeitsgruppe Stoffwechsel, Ernährung und
Bewegung der DGHO

Beratertätigkeit für Expertengruppe SIRT und Baxter

Vortragstätigkeit für Baxter, Braun, Pfizer, Hexal und EONS

Keine sonstigen finanziellen Zuwendungen

„Die meisten chronisch Kranken sind mager und reduziert, keine muskelstarken Individuen, deren Eiweißstand auf stets gleicher Höhe zu erhalten ist.“

„...fehlt es bei der Ernährung des kranken Menschen, welche eine der obersten Pflichten des Arztes ist, ... noch an Planmäßigkeit und Klarheit.“

G.Klemperer (1891)

„Heute Nachmittag habe ich entschieden ein PET machen zu lassen. ...radioaktive Substanz...Und die ist mit Traubenzucker angereichert,... und ...wo ein Tumor ist, ist mehr...zu sehen, weil ein Tumor viel verbrennt.

Deshalb nehmen Menschen auch ab, wenn sie Krebs haben.“

Christoph Schlingensief (2010)

Ernährungsmediziner - Vokabular

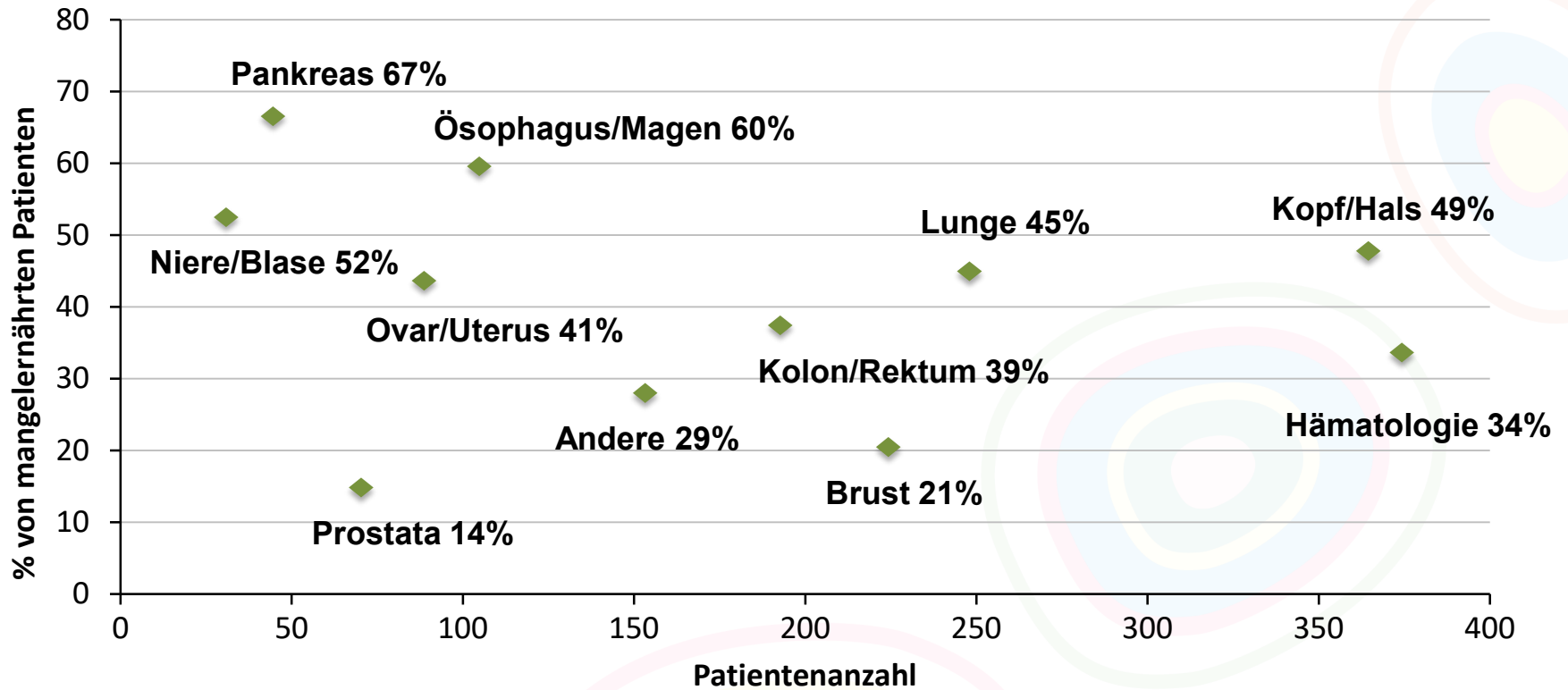
- Krankheitsspezifische Mangelernährung¹
BMI < 18.5 kg/m oder Gewichtsverlust > 10 % / 3-6 Monate
oder
BMI < 20 kg/m² und Gewichtsverlust > 5 % / 3-6 Monate
- Kachexie¹
ist ein multifaktorielles Syndrom charakterisiert durch ungewollten Gewichtsverlust, Muskelatrophie, Müdigkeit, Schwäche und einem signifikanten Verlust an Appetit bei Koexistenz einer geringen- bis mittelgradigen Inflammation
- Sarkopenie²
ist ein Syndrom, das charakterisiert ist durch einen progredienten und generalisierten Verlust an Skelettmuskelmasse und Muskelkraft mit dem Risiko eines ungünstigen Outcomes

Ernährungssituation heute

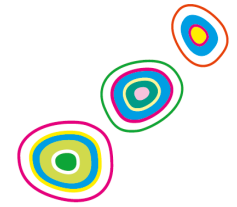
- 30-50 % der Patienten weisen bei Diagnosestellung Mangelernährungszeichen auf (Bachmann, J Gastrointest Surg. 2008)
- 80% der Tumorpatienten im Spätstadium leiden am Anorexie-Kachexie-Syndrom (Uomo, JOP 2006)
- Bei onkologischem Erstkontakt geben 64% der Patienten (N= 1952) einen Gewichtsverlust an (Muscaritoli , 2017, Vol. 8, (No. 45), pp: 79884-79896)
- Ärzte schätzen Häufigkeit von Mangelernährung höher, deren Folgen aber geringer als Betroffene ein (Gyan et al, JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2018 Jan;42(1):255-260)
- In eigener Praxis 35% Mangelernährte bei Leberfaliae, 25% Mangelernährte über alle Tumor-Entitäten, 35% aller GI-Tumorpatienten (eigene Daten aus 2017, Eingangsscreening NRS)
- Ca. 50.000 Tumorpatienten sterben pro Jahr in D an Mangelernährung (Ceptor, Mangelernährung in D 2007, ISBN 987-3-00-022678-6)

Prävalenz von Mangelernährung bei verschiedenen Tumorentitäten

N=1903



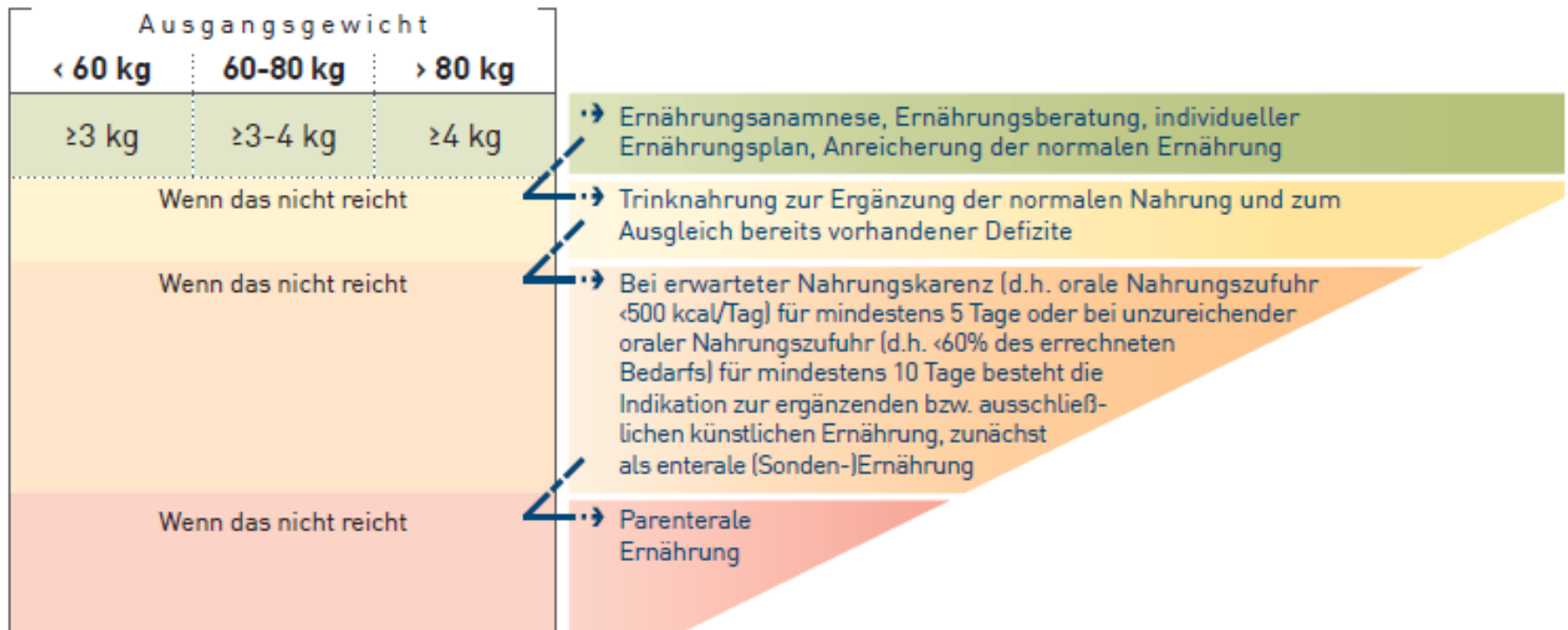
Einfachster Leitfaden (nach DGEM)



Diagnose

Ernährungstherapie mit System

Verlust an Körpergewicht ($\geq 5\%$ in 3 Monaten),
der spätestens eine Ernährungsbehandlung initiieren sollte:



Therapieablauf und Erstattung der Kosten

ERSTATTUNGSFÄHIGKEIT

Leitlinienbasiertes Stufenschema⁶

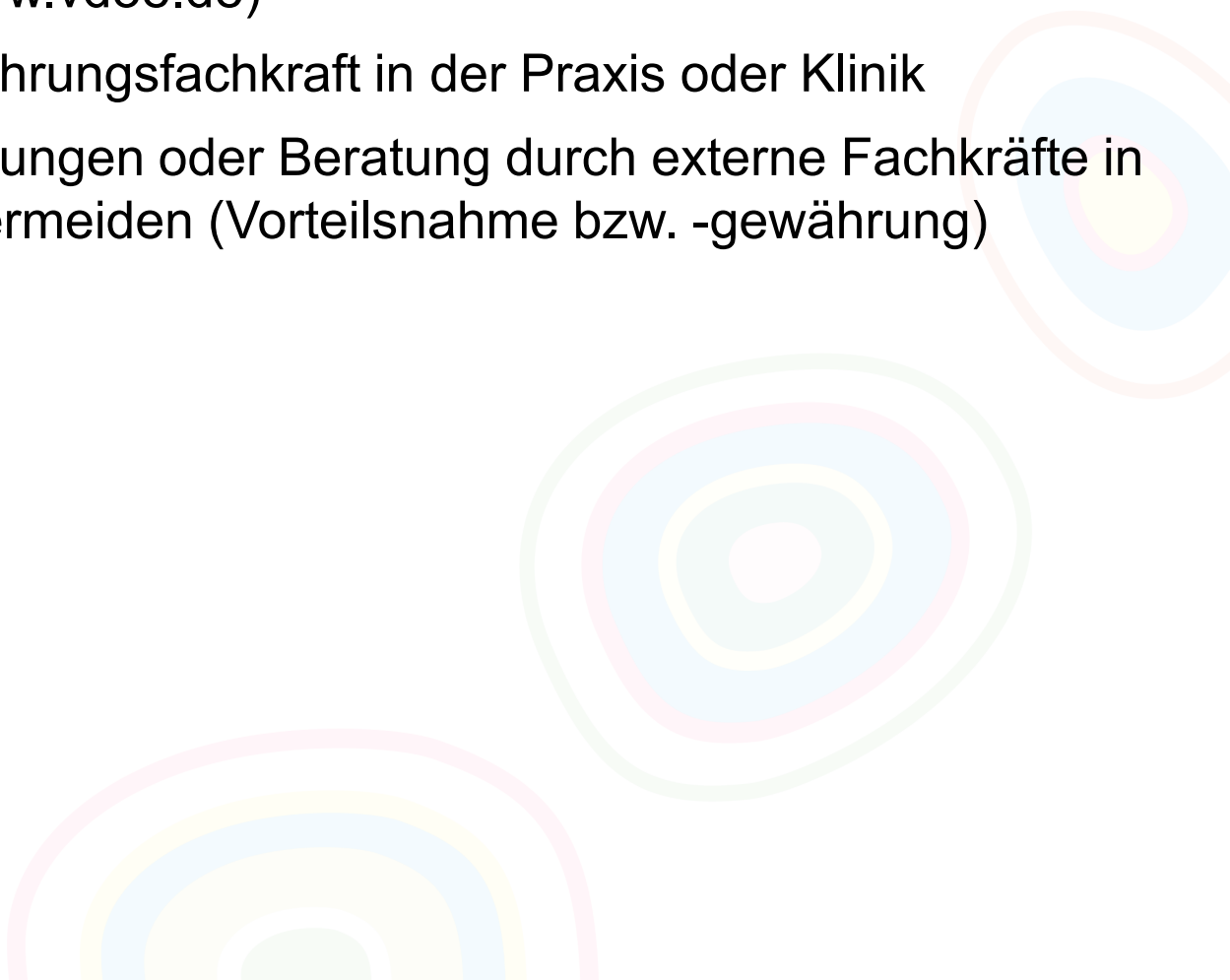
•→ Ernährungsanamnese, Ernährungsberatung, individueller Ernährungsplan	•→ Teilweise erstattungsfähig*
•→ Anreicherung der normalen Ernährung	•→ Nicht erstattungsfähig
•→ Hochkalorische Trinknahrung zur Ergänzung der normalen Ernährung und zum Ausgleich bereits vorhandener Defizite	•→ Erstattungsfähig
•→ Zusätzlich oder ausschließlich Sondennahrung bei schweren Versorgungslücken oder Dysphagie	•→ Erstattungsfähig
•→ Zusätzlich oder ausschließlich parenterale Ernährung	•→ Erstattungsfähig

* nach Rücksprache mit der Krankenkasse

Erstattungsfähig sind Elementardiäten und Sondennahrungen (diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke), die als einzige Nahrungsquelle geeignet sind⁷.

7 G-BA Neufassung der Arzneimittel-Richtlinien/AMR. Kapitel E 15.1ff, vom 21.06.2007

Welche Kooperationsformen sind ambulant möglich ? (§299a und §299b)

- Verweis an freie Diätassistentin oder Ökotrophologin (www.vdd.de oder www.vdoe.de)
 - Anstellung einer Ernährungsfachkraft in der Praxis oder Klinik
 - Kostenlose BIA-Messungen oder Beratung durch externe Fachkräfte in der eigenen Praxis vermeiden (Vorteilsnahme bzw. -gewährung)
- 

Aktuelle Leitlinien DGEM 10/13

Ernährung im ambulanten Bereich

- Empfehlung 2: Bei Vorliegen einer chron. Erkrankung mit erhöhtem Risiko für Mangelernährung.....frühzeitig...künstliche Ernährung.....erwogen werden
- Empfehlung 3: keine künstliche Ernährung bei Lebenserwartung < 30 Tagen, Ablehnung, fehlender Compliance oder techn. Schwierigkeiten
- Empfehlung 4: Bei Übergang aus palliativer Phase in die Sterbephase sollte eine Neudefinition der Therapieziele erfolgen

Kommentar zu Empfehlung 2

- Beispiele für HEE: Tumorkachexie, tumorbedingte Kau- und Schluckstörung...
- Beispiele für HPE: Abdominelle Tumorleiden mit Peritonealcarcinose oder Befall abd. Gefäße mit funktionellen Störungen oder Kurzdarmsyndrom, CED und Strahlencolitis
- **Auch in Situationen ohne kuratives Therapieziel!¹**

Leitlinie Onkologie DGEM 2015

Empfehlung 47

Auch bei unheilbar kranken Tumorpatienten sollte auf eine ausreichende Nahrungsaufnahme geachtet werden, da die Überlebenszeit auch bei diesen Patienten stärker durch eine Unterernährung als durch die Grunderkrankung eingeschränkt sein kann.

(KKP; starker Konsens)

Aktuelle ESMO-Leitlinie Ösophaguscarcinom

- Independent from the body mass index, weight loss confers an increased operative risk, worsens a patient's quality of life and is associated with poor survival in advanced disease.
- Therefore, nutritional support according to the ESPEN guidelines [10] is an integral part of the medical care for patients with oesophageal cancer in the curative and in the palliative setting [II, A].

ICD 10-Kodierung: Das Thema muss zu den Kassen und Länder-KVen!!

- E 41 Alimentärer Marasmus
- E 43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung
- E 44.- Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades
- E 46 Nicht näher bez. Energie- und Eiweißmangel
- E 64.0 Folgen der Energie- und Eiweißmangelkrankung
- R 64 Kachexie