

Uwe Siedentopp

# Ernährungsmedizinische Strategie bei Reizdarmsyndrom

## Zusammenfassung

Das Reizdarmsyndrom ist eine funktionelle Erkrankung des Verdauungstraktes mit hoher Inzidenz. Neben einer gesicherten viszerale Hypersensitivität wirken verschiedene pathophysiologische Mechanismen als Einflusskomponenten. Für Betroffene stehen Ernährungsfaktoren sehr häufig als Ursache und Therapieprinzip im Vordergrund. Die notwendigen ernährungsmedizinischen Instrumente zur Differenzialdiagnose, Ernährungsberatung und individuellen Ernährungstherapie werden vorgestellt. Empfehlungen zum sinnvollen Einsatz von Ballaststoffen sowie zur gezielten Lebensmittelauswahl haben eine hohe ernährungsmedizinische Bedeutung, um eine Malnutrition zu vermeiden. Aspekte und Methoden der traditionellen chinesischen Diätetik ergänzen und erweitern westliches Ernährungswissen in besonderer Weise.

**Schlüsselwörter:** Reizdarmsyndrom, Nahrungsmittelintoleranzen, Ernährungstherapie, Ernährungsprotokoll, Ballaststoffe, chinesische Diätetik

Das Reizdarmsyndrom (RDS) gehört nosologisch zu den funktionellen Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes. In vielen Fällen finden sich klinisch auch Zeichen einer funktionellen Dyspepsie. Die Prävalenz wird weltweit mit 6–25%, für Deutschland mit 15–25% (w:m = 2–3:1) angegeben (2). Der Häufigkeitsgipfel liegt zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr. Die sozioökonomische Bedeutung wird durch eine langfristige und ausgeprägte Einschränkung der Lebensqualität mit krankheitsbedingten Arbeitsausfällen und/oder Frühberentungen geprägt (1).

Zu den typischen Beschwerden des RDS gehören gemäß Konsensusbericht der DGVS (1):

- abdominale Schmerzen, oft in Beziehung zur Defäkation (meist Erleichterung durch Defäkation)
- Veränderung der Defäkation in mindestens zwei der folgenden Aspekte:
  - Frequenz
  - Konsistenz (hart, breiig, wässrig,

Veränderung konstant oder wechselnd)

- Passage mühsam, gesteigerter Stuhldrang; Gefühl der inkompletten Darmentleerung; Schleimabgang
- Häufig assoziiert sind ein Gefühl der abdominalen Distension und/oder Blähungen.

Auch wenn es sich beim RDS um eine Er-

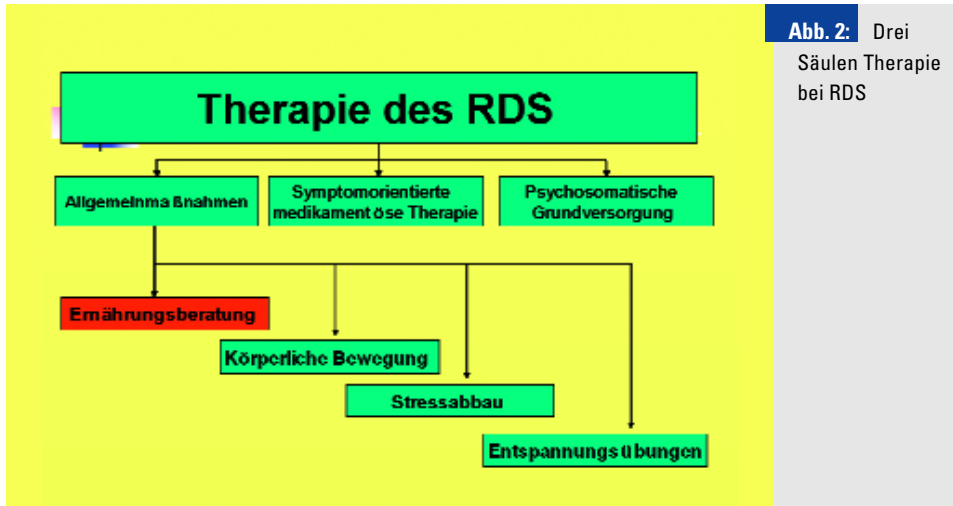
krankung handelt, die nicht zu einer verminderten Lebenserwartung führt, ist der Leidensdruck der Betroffenen erheblich. Im Praxisalltag wird die Ernährung als mögliche Ursache und Therapieprinzip von den Patienten immer wieder ins Gespräch gebracht. Daher kommt einer adäquaten und individuellen ernährungsmedizinischen Beratungsstrategie eine wichtige Funktion im therapeutischen Gesamtkonzept zu.

## Pathogenetische Konzepte

Für das Reizdarmsyndrom werden verschiedene pathophysiologische Mechanismen angenommen (Abb. 1). Durch übereinstimmende Ergebnisse unabhängiger Studien gilt eine viszerale Hypersensitivität als gesichert. Zu den wahrscheinlichen Einflusskomponenten gehören durchgemachte bakterielle Darminfektionen, belastende Lebensereignisse und Alltagsstress. Die Auswahl und Zubereitung von Nahrungsmitteln sowie das Ess- und Ernährungsverhalten der Patienten können das Symptombild ebenfalls beeinflussen. Dabei spielen

**Abb. 1:** Mögliche pathophysiologische Mechanismen des RDS





**Abb. 2:** Drei Säulen Therapie bei RDS

## Ernährungsmedizinische Grundlagen

Das Therapiekonzept des Reizdarmsyndroms basiert auf drei wesentlichen Säulen (Abb. 2). Neben einer psychosomatischen Grundversorgung/Psychotherapie wird eine symptomorientierte medikamentöse Behandlung durchgeführt. Im Rahmen der Allgemeinmaßnahmen gilt eine stabile Arzt-Patienten-Beziehung als wichtigste Grundlage. Als Bausteine kommen hier eine individuelle Ernährungsberatung, körperliche Bewegung, Maßnahmen zum Stressabbau sowie Entspannungsübungen zum Einsatz.

Allergien, Intoleranzen und unspezifische Effekte eine Rolle. Motilitätsstörungen und Störungen des enteralen sowie autonomen und zentralen Nervensystems werden als weitere Einflussfaktoren diskutiert (2).

Für das klinische Erscheinungsbild hat sich die Einteilung nach Leitsymptomen bewährt:

- Abdomineller Schmerz- und Gas-Bläh-  
typ: Die Klinik entspricht den ROM-II-Kriterien, die als Basis für wissen-

schaftliche Studien weltweit anerkannt sind

- Diarrhötyp
- Obstipationstyp.

### Diagnostik

Als Basis für eine Diagnosesicherung gelten ein festes Symptomenmuster und der gezielte Ausschluss relevanter Differenzialdiagnosen (Laktoseintoleranz, Fruktose-Sorbit-Malabsorption, Nahrungsmittelallergie, exokrine Pankreasinsuffizienz). Zur Basisdiagnostik gehören eine exakte Anamneseerhebung incl. gründlicher Ernährungsanamnese, eine körperliche Untersuchung, Basislabor mit BSG, Blutbild, Differenzialblutbild, CRP, BZ, SD-Werten, Elektrolyten, Leberenzymen, Urinstatus, okkultes Blut, mikrobiologische Stuhluntersuchungen, Abdomen-Sonographie und Koloskopie (nicht obligat).

Die weiterführende Zusatzdiagnostik orientiert sich an der prädominanten Symptomatik: Ausschluss einer exokrinen Pankreasinsuffizienz, H<sub>2</sub>-Atemteste zum Ausschluss einer Laktoseintoleranz, Fruktose-/Sorbitintoleranz und einer bakteriellen Fehlbesiedlung. Bei RDS finden sich in circa 50% Lebensmittelintoleranzen oder Kohlenhydratmalabsorptionen. Eine pathologische Fermentation geht mit einer deutlich vermehrten Wasserstoffproduktion einher (4).

Als Ziele einer ernährungsmedizinischen Therapie gelten die Linderung der Beschwerden, die Vermeidung einer unausgewogenen, einseitigen Kost- oder Diätform aus Angst vor Symptomauslösung sowie die Abklärung und Behandlung von nachgewiesenen Nährstoffdefiziten. Zu den ernährungswissenschaftlichen Basisdaten gehört nicht nur die Ermittlung des Body-Mass-Index (BMI), sondern auch die Frage der Gewichtsentwicklung in den vergangenen 6–12 Monaten.

Als wichtigstes Instrument der Ernährungsdiagnostik wird der Einsatz eines symptombezogenen Ernährungsprotokolls (Abb. 3) empfohlen (8). Im Gegensatz zur Ernährungsanamnese wird hierbei das tatsächliche Essverhalten dokumentiert und in einen zeitlichen Bezug zu körperlichen Beschwerden gestellt. Im Praxisalltag hat sich eine Protokolldauer von 5–7 Tagen (incl. Wochenende) als gut geeignet erwiesen. Die Compliance der Patienten ist erfahrungsgemäß sehr hoch. Ein derartiges Ernährungstagebuch dient insbesondere zur Bestimmung von Eliminationskostformen bei subjektiven Nahrungsmittelintoleranzen (exclusion diet).

Für verschiedene Lebensmittelgruppen konnten King und Mitarbeiter (4) Unverträglichkeitsreaktionen bei RDS-Patienten nachweisen. Milch und Milchprodukte sowie Weizenerzeugnisse fielen mit

## Adressen und Bücher

- > **Deutsche Reizdarmselfhilfe e.V., Mörikeweg 2, 31303 Burgdorf, Tel. 05136 - 896106, Fax 05136 - 873662**
- > **Darm Vital – Gesundheitsmagazin der Deutschen Reizdarmselfhilfe e.V.**
- > **www.reizdarmselfhilfe.de**
- > **www.rds-forum.de**
- > **Meinhardt S, Scholl C. Darm im Stress – Lebensführung, Essen, Trinken. Ein Ratgeber zum Reizdarmsyndrom. Deutsche Reizdarmselfhilfe e.V.**
- > **Kruis W, Iburg A. Reizdarm. Endlich Ruhe im Bauch durch richtige Ernährung. Trias Verlag 2004**

30–35% am häufigsten auf Eier, Kaffee und Schokolade führten in 20–30% zu körperlichen Beschwerden. Nüsse, Zitrusfrüchte, Tee und Hafererzeugnisse rangieren bei 10–20%. Früchte und Fruchtsäfte führten gehäuft zu Diarrhöen. In 250 ml Apfelsaft sind immerhin 16 g Fruktose und 1 g Sorbit enthalten. Aber auch salizylatreiche Lebensmittel (Rosinen, Honig, Datteln, Mandeln, Orangen und Ananas) und Lebensmittel

## Praxistipps

- > **Das Reizdarmsyndrom ist eine Ausschlussdiagnose. Alarmzeichen für organische Erkrankungen müssen erkannt und gezielt erfragt werden. Häufig geht das RDS mit Störungen weiterer intestinaler Organfunktionen von Ösophagus, Magen und Dünndarm einher (irritable bowel syndrome).**
- > **Veränderte Symptome im Krankheitsverlauf müssen ernst genommen, überprüft und evtl. diagnostisch neu abgeklärt werden. Der Patient muss darüber aufgeklärt werden, dass es sich um keine lebensbedrohliche Erkrankung handelt.**
- > **Lassen Sie den Patienten über 7 Tage ein symptombezogenes Ernährungsprotokoll führen, um subjektive Nahrungsmittelunverträglichkeiten abzuklären.**
- > **Der Einsatz von Ballaststoffen richtet sich in der Art und Menge nach der Leitsymptomatik. Quellstoffe (Kleie) benötigen eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr. Wasserlösliche Pektine und Flohsamenpräparate eignen sich sowohl für den Obstipations- als auch für den Diarrhötyp.**

**Abb. 3:** Symptombezogenes Ernährungsprotokoll

## Ernährungsprotokoll

	Lebensmittel / Getränke	Menge Tasse/Löffel...	Beschwerden (Dauer, Stärke +, ++, +++)
Frühstück: Uhr			
Zwischendurch: Uhr			
Mittagessen: Uhr			
Nachmittag: Uhr			
Abendessen: Uhr			
Spätmahlzeit: Uhr			

mit hohem Anteil biogener Amine (Histamin) wie Gouda, Camembert, Rotwein, Thunfisch, Makrele, Bananen haben Einfluss auf das komplexe Beschwerdebild. Die Wirkmechanismen dieser Reaktionsmuster sind wissenschaftlich derzeit noch unklar.

### Praktische Ernährungstherapie

Eine regelmäßige, ausgewogene, dem Alter sowie den individuellen Bedürfnissen angemessene Kost- und Ernährungsform sollte angestrebt werden. Bei nachgewiesener Unverträglichkeit sollte eine Eliminationskostform für zunächst drei Monate eingehalten werden. Danach kann probatorisch eine sukzessive Wiedereingliederung der Speisen erfolgen. Mittels Rotationsernährung werden dabei zweimal pro Woche die Lebensmittel neu in den Speiseplan integriert. Aus zahlreichen klinischen Erfahrungen und Selbsthilfeforen ergeben sich weitere ungünstige Lebensmittel, die es möglichst zu meiden gilt: Fette, blähende und sehr süße Speisen, scharfe Gewürze, zu kalte oder heiße und kohlen säurehaltige Getränke, Alkohol und vor allem frische, ungenügend ausgebackene Teig- und Brotwaren.

Von der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) wird eine gut verträgliche Mischkost empfohlen. Die Verordnung speziell

ler Diätformen ist in der Regel nicht erforderlich (1). Neben einer genügenden Trinkmenge wird häufig die Umstellung auf eine Ballaststoff reiche Kost empfohlen. Bei der Ernährungsberatung sollte man aber diesbezüglich sehr vorsichtig und schrittweise vorgehen. Individuelle Reaktionsmuster müssen unbedingt beachtet werden!

### Ballaststoffe

Bei den Ballaststoffen unterscheidet man zwei Gruppen. Wasserlösliche strukturierte Faserstoffe führen durch bakterielle Spaltung initial zu einer vermehrten Gasbildung. Dies kann für die Patienten unter Umständen sehr unangenehm sein. Die Wirkung auf die Darmfunktion erfolgt über ihre Quellfähigkeit und die Erhöhung der Bakterienmasse. Somit bietet sich diese Gruppe primär für den Obstipationstyp an. Wasserlösliche Gelbildner mit Wasserbindung in Gelen und viskösen Lösungen entwickeln keine oder nur eine sehr geringe Gasbildung. Ihre Wirkung beruht auf der Wasserbindungsfähigkeit im Darm. Damit ist ihr Einsatz sowohl beim Obstipations- als auch beim Diarrhötyp indiziert.

Als ballaststoffreiche Lebensmittel gelten Vollkornprodukte, Hülsenfrüchte, Gemüse, Salat, Kartoffeln, Obst, Trockenfrüchte, Nüsse und Samen. Von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung wird

## Fazit

- > **Patienten mit Reizdarmsyndrom fühlen sich in ihrer Lebensqualität stark beeinträchtigt. Ernährungsfaktoren werden daher häufig von Betroffenen als Verursacher und Therapieprinzip in die Diskussion eingebracht.**
- > **Nach Ausschluss einer Nahrungsmittelallergie und/oder -intoleranz sollten subjektive Unverträglichkeiten mit einem Ernährungstagebuch ermittelt und im individuellen Kost- und Speiseplan berücksichtigt werden. Auf der Basis einer vertrauensvollen und stabilen Arzt-Patienten-Beziehung sollte eine individuelle ernährungsmedizinische Beratung und Therapie eingeleitet und in regelmäßigen Zeitabständen überprüft werden. Malnutrition und Nährstoffmangelzuständen müssen behandelt werden.**
- > **Die westliche Ernährungsmedizin lässt sich in besonders geeigneter Weise durch die Methoden der Traditionellen Chinesischen Ernährung und Diätetik ergänzen und erweitern.**

eine Mindestmenge von 30 g Ballaststoffen pro Tag als Zufuhr für Gesunde empfohlen. Eine ballaststoffreiche Kost erfordert definitionsgemäß eine tägliche Zufuhr von 40–50 g/Tag. Ein Lebensmittel gilt als ballaststoffreich, wenn es 6 g/100 g enthält (z. B. Vollkornbrot). Getreideballaststoffe weisen einen besonders hohen Quelleffekt auf. 100 g Weizenkleie binden 500 ml Wasser und führen so zu einer erheblichen Vermehrung des Stuhlvolumens.

Wissenschaftliche Studien zum Einsatz von Weizenkleie bei RDS zeigen wider-

sprüchliche Ergebnisse. Positive Effekte werden nur bei den Subgruppen mit dem Hauptsymptom Obstipation deutlich (3). Die Kleiezufuhr wurde dabei stufenweise von 5 auf 15 g/Tag gesteigert. Zu beachten ist hierbei, dass 1 EL = 5 g Kleie = 2,5 g Ballaststoffe enthält. Die Flüssigkeitszufuhr muss dabei also 150 ml/EL betragen (5)!

## Chinesische Medizin

Als wirksames komplementär-medizinisches Verfahren bietet sich auch eine Ernährungstherapie nach den Kriterien der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) an. Die Anamnesetechnik der TCM ermöglicht eine sehr individuelle und gezielte Syndromzuordnung. In Anlehnung an die klinische Befundsituation lässt sich das Reizdarmsyndrom häufig den Syndromen „Leber-Qi-Stagnation“, „Milz-Qi-Mangel“ oder „Nahrungsretention im Magen“ einordnen (10). Die diätetischen Empfehlungen in der TCM basieren auf qualitativen Lebensmittelmerkmalen wie Temperaturverhalten (heiß, warm, neutral, kühl, kalt), Geschmacksrichtung (sauer, bitter, süß, scharf, salzig) und Funktionskreisbezug (Leber/Gallenblase, Herz/Dünndarm, Milz/Magen, Lunge/Dickdarm, Niere/Blase) (9).

So sind beispielsweise bei Leber-Qi-Stagnation neutrale und warme Speisen mit scharfem und süßem Geschmack indiziert. Kalte sowie kühl/saure Lebensmittel gilt es zu meiden. Bei einem Milz-Qi-Mangel sind regelmäßige, nicht zu späte warme Mahlzeiten von großer Bedeutung. Liegt eine Nahrungsretention im Magen vor, steht die Veränderung der Essgewohnheiten (Stress- und Zeitfaktor) und des Mahlzeitenrhythmus des Patienten absolut im Vordergrund.

## Literatur

- 1 Hotz J, Enck P et al. Konsensusbericht: Reizdarmsyndrom – Definition, Diagnosesicherung, Pathophysiologie und Therapiemöglichkeiten. Konsensus der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. *Z Gastroenterol* 1999;37:685-700
- 2 Hotz J, Madisch A et al. Das Reizdarmsyndrom. *Dt Arztebl* 2000;97:A 3263-70
- 3 Kasper H. Irritables Colon. In: Adam O (Hrsg.) *Ernährungsmedizin in der Praxis*. Spitta Verlag, Balingen 2005;Kap. 3/7.41, S. 1-2
- 4 King TS et al. Abnormal colonic fermentation in irritable bowel syndrome. *Lancet* 1998;352:1187-89
- 5 Kluthe R. Ballaststoffreiche Diät. In: Adam O (Hrsg.) *Ernährungsmedizin in der Praxis*. Spitta Verlag, Balingen 2005;Ka. 4/7.5, S.1-4
- 6 Koula-Jenik H, Kraft M, Miko M, Schulz RJ (Hrsg). *Leitfaden Ernährungsmedizin*. Elsevier, München 2006
- 7 Krammer HJ, Schlieger F. So wird der Reizdarm erträglich. *Der Allgemeinarzt* 2005;14:26-29
- 8 Siedentopp U. Die Ernährungsanamnese. *Journal für Umweltmedizin, Supplement der Zeitung für Umweltmedizin*, medi Verlag, Hamburg 1994:18-21
- 9 Siedentopp U, Hecker HU. *Chinesische Diätetik – Lebensmittel, ihre Indikationen und Zuordnungen zu den Wandlungsphasen, Temperaturverhalten und Geschmacksrichtungen*. Drehscheibe. Siedentopp & Hecker GbR, Kassel 2004
- 10 Siedentopp U, Hecker HU. *Praxishandbuch Chinesische Diätetik*. Siedentopp & Hecker GbR, Kassel 2004

## Summary

The irritable bowel syndrome is a functional disease of gastrointestinal tract. Visceral hypersensitivity and other different factors influence disease development. For patients nutritional factors are often responsible for symptoms and important for therapy. Nutritional guidelines for individual therapy are discussed. Instructions for the use of dietary fibre and food choice are necessary for avoiding malnutrition. Chinese nutrition and dietetics especially completes western nutritional knowledge.

**Key words:** Irritable bowel syndrome, food intolerance, nutritional therapy, dietary record, dietary fibre, chinese nutrition

## Anschrift des Verfassers

*Dr. med. Dipl. oec. troph.*  
 Uwe Siedentopp  
 Abnatalstraße 5  
 34128 Kassel  
 www.dr-siedentopp.de