

DIAETOLOGEN

NR.4 / 2008

THERAPIE AKTIV

**ERNÄHRUNGSMEDIZINISCHE
INTERVENTION BEI COPD**

DIABETES IM GRIFF

**ERNÄHRUNGSMEDIZINISCHE
MASSNAHMEN
BEI ANOREXIA NERVOSA**

■ DIAETOLOGEN ■

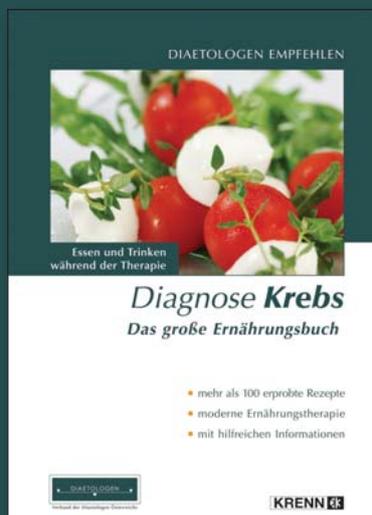
Verband der Diätologen Österreichs

JOURNAL FÜR ERNÄHRUNGSMANAGEMENT UND -THERAPIE

ERNÄHRUNGSBÜCHER DES VERBANDS DER DIAETOLOGEN ÖSTERREICHS



Preis für Mitglieder **17,50**
Normalpreis 19,90



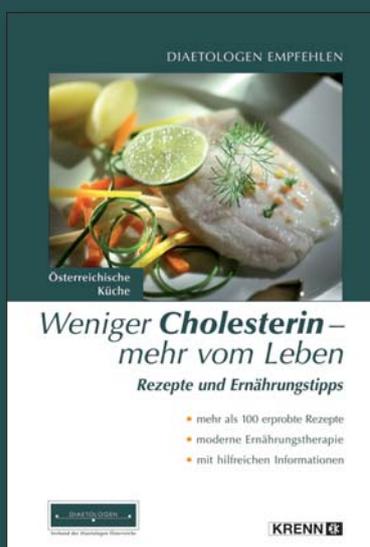
Preis für Mitglieder **17,50**
Normalpreis 19,90



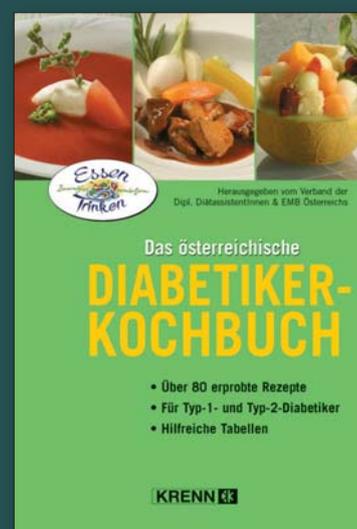
Preis für Mitglieder **13,00**
Normalpreis 14,90



Preis für Mitglieder **13,00**
Normalpreis 14,90



Preis für Mitglieder **13,00**
Normalpreis 14,90



Preis für Mitglieder **17,50**
Normalpreis 19,90

Alle Bücher können direkt beim Verband der Diätologen Österreichs telefonisch, per Fax, per Mail oder über die Homepage (Mitgliederbereich) bestellt werden:

Tel.: 01-602 79 60

Fax: 600 38 24

e-mail: office@diatologen.at

www.diatologen.at



EDITORIAL

LEBENSLANGES LERNEN: EIN "MUSS" FÜR DIAETOLOGEN

LLL steht für **Lifelong Learning** oder **Lebenslanges Lernen** – ein Schlagwort bzw. ein Begriff, den man in der heutigen Zeit sehr oft zu hören oder zu lesen bekommt. Dahinter verbirgt sich jedoch nicht nur ein marketingtechnisch wirksamer Begriff, sondern eine wichtige Entwicklung, die Europa und seine Bürger wettbewerbsfähiger machen soll. In der heutigen Zeit mehr denn je von Nöten – so ist alles im Umbruch und unterliegt enormen Veränderungen. Gerade im Gesundheitsbereich und in der Medizin kann man ohne kontinuierliche Fort- und Weiterbildung im heutigen Berufsleben kaum mehr bestehen.

Lifelong Learning ist eine wichtige politische Strategie der Europäischen Union, um auf die veränderten Bedingungen reagieren zu können. Im November 2001 verabschiedet die Kommission die Mitteilungen, einen europäischen Raum des lebenslangen Lernens zu schaffen. Seit dem ist Lebenslanges Lernen ein fixer Bestandteil in der Entwicklung der ganzen Bildungspolitik.

Dazu die Europäische Kommission: „Lebenslanges Lernen umfasst Lernen aus persönli-

chen, sozialen und beruflichen Gründen. Es kann in den unterschiedlichsten Umgebungen erfolgen, d. h. innerhalb oder außerhalb der formalen Bildungssysteme. Lebenslanges Lernen zu fördern bedeutet, mehr in Menschen und ihr Wissen zu investieren, den Erwerb von Basisqualifikationen (einschließlich digitaler Kompetenz) zu unterstützen und den Weg für innovativere, flexiblere Formen des Lernens zu ebnet. Menschen aller Altersgruppen soll ein gleichberechtigter und ungehinderter Zugang zu hochwertigen Lernangeboten und einer Vielzahl von Lernerfahrungen in ganz Europa ermöglicht werden. Den Bildungssystemen kommt bei der Verwirklichung dieses Ziels eine entscheidende Rolle zu. Dies spiegelt sich auch in der Mitteilung wieder, in der die Mitgliedstaaten aufgefordert werden, ihre formalen Bildungs- und Berufsbildungssysteme zu reformieren, um Barrieren zwischen verschiedenen Lernformen zu beseitigen.“

Einerseits sind Arbeitgeber gefordert, Ihren Mitarbeitern Fort- und Weiterbildung zu ermöglichen, andererseits sollen Bildungseinrichtungen und Berufsbildungssysteme ein dementsprechendes Angebot anbieten. Mittlerweile haben sich auf dem

gesamten Bildungsmarkt enorme Möglichkeiten entwickelt und das Angebot ist groß. Wir müssen es nur mehr annehmen und nutzen.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich Sie auf die Fortbildungsmöglichkeiten des Verbandes im Herbst hinweisen. So haben wir für Sie sehr viele interessante Angebote parat und in dieser Ausgabe finden Sie dazu einen kleinen Vorgeschmack: so können Sie sich in das Thema COPD und Ernährung einlesen – ein neues und sehr interessantes Betätigungsfeld für unsere Berufsgruppe. Weiters finden Sie interessante Informationen zum Disease Management Programm Diabetes – auch dazu gibt es nun eine vertiefende Fortbildung für Diätologen.

Investieren Sie in Ihre berufliche Zukunft

Ihre

Andrea Hofbauer
vorsitzende@diaetologen.at

INHALTE:

4 ERNÄHRUNGS-
MEDIZINISCHE
INTERVENTION BEI COPD

10 KOHLENHYDRATARME
ERNÄHRUNGSFORMEN
FÜR DIABETIKER

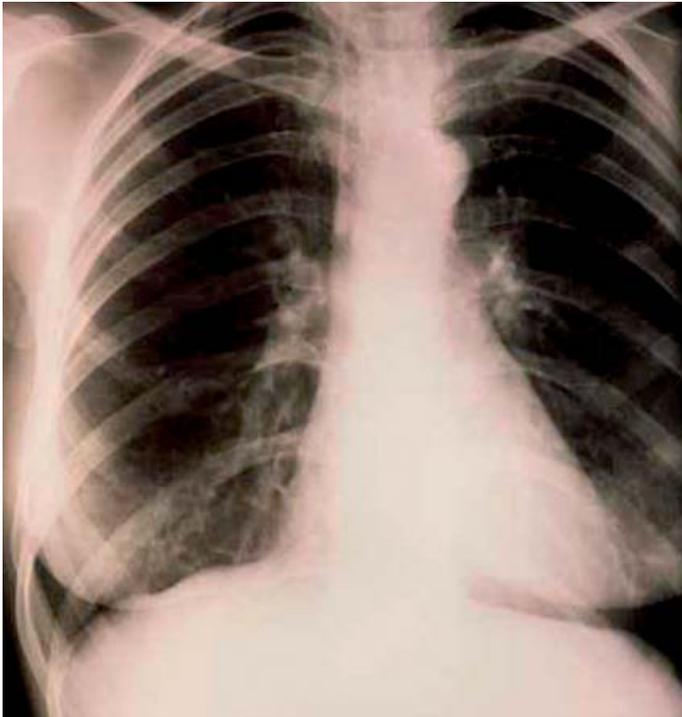
15 KURZINFOS

7 THERAPIE AKTIV –
DIABETES IM GRIFF

13 ERNÄHRUNGSMEDIZINISCHE
MASSNAHMEN BEI ANOREXIA
NERVOSA IN DER ADOLESZENZ

ASTHMA UND COPD – BEWÄHRTE UND NEUE THERAPIEN IM ÜBERBLICK

ERNÄHRUNGSMEDIZINISCHE INTERVENTION BEI COPD



COPD: „RAUCHERKRANKHEIT NUMMER EINS“ (Wantke)

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung – COPD – ist heute eine Volkskrankheit, die ungefähr 5–10% der Bevölkerung, insbesondere Männer, betrifft. Die Häufigkeit der Erkrankung steigt kontinuierlich. Aufgrund der Komorbiditäten (hypoxiebedingte Herz-Kreislaufkrankungen: (KHK, Herzinfarkt, Rechtsherzinsuffizienz, ischämische Insulte) ist die chronisch obstruktive Lungenerkrankung eine gefährliche Erkrankung. Im Jahr 2020 wird die chronisch obstruktive Lungenerkrankung laut WHO-Schätzung die dritthäufigste Todesursache sein. Die COPD ist eine langsam fortschreitende Krankheit, die meist erst jenseits des 40. Lebensjahres manifestiert. Der Risikofaktor Nummer eins ist das Rauchen, Kardinalsymptom ist die Belastungsdyspnoe. Leider werden die ersten Symptome der COPD allzu oft ignoriert, womit die Chance auf eine frühzeitige Behandlung zumeist nicht wahrgenommen wird. Das Diagnostikum der Wahl ist die Lungenfunktion.

Präventive Maßnahmen gegen COPD liegen auf der Hand und werden derzeit erfreulicherweise auch öffentlich diskutiert: NICHTRAUCHEN! Untersuchungen haben gezeigt, dass allein durch Nichtrauchen die fortschreitende Verschlechterung der Lungenfunktion zu bremsen ist und der Patient länger leistungsfähig bleibt. Insbesondere die Invalidisierung der Patienten durch Hypoxie wäre zumindest teilweise zu vermeiden.

Genetik mag bei der Entwicklung der COPD eine Rolle spielen, die derzeit wichtigste genetische Ursache ist der homozygote Alpha-1-Antitrypsinmangel (Genotypus ZZ). Eine Screeninguntersuchung bei COPD-Patienten ist notwendig und gerechtfertigt. Bei positivem Befund ist auch eine Familienuntersuchung für diese autosomal rezessiv vererbte Erkrankung angezeigt. Obwohl der Alpha-1-Antitrypsinmangel nur für zirka 1% aller COPD-Fälle verantwortlich ist, erscheint aufgrund der Häufigkeit der COPD und ihrer steten Zunahme auch dieser Prozentsatz von volksgesundheitlicher Relevanz.

Der therapeutische Ansatz bei COPD richtet sich nach dem Schweregrad der Erkrankung. Tabelle 1 gibt über die derzeitige Stufentherapie nach GOLD Auskunft. Die GOLD-Klassifikation hat sich kürzlich insofern geändert, als Stadium 0 (at risk) herausgenommen wurde. Die Eckpfeiler der Therapie sind kurzwirksame Beta-Mimetika und Anticholinergika, Kombinationspräparate (inhalatives langwirksames Beta-Mimetikum und inhalatives Steroid) und das langwirksame Anticholinergikum Tiotropium. Bei Exazerbationen wird oft systemisches Steroid verabreicht, nach Besserung kann es meist wieder ausgeschlichen werden – nur wenige Patienten benötigen eine Therapie über Monate. Neuere Therapien wie Phosphodiesterasehemmer (PDE-4, PDE-7) oder TNF- α -Blocker haben sich noch nicht als wirksam erwiesen.



Bei Patienten mit Hypoxie ($pO_2 < 55$ mmHg) besteht die Indikation zur Langzeitsauerstoffgabe, optimalerweise mit einem zusätzlichen Mobilgerät, sodass der Patient mit Sauerstoff seinen täglichen Verpflichtungen/Erledigungen wieder nachgehen kann. Bei ausgedehnten Emphysebullae in den Oberlappen kann eine chirurgische Volumsreduktion erwogen werden. Durch eine neue Technik mit Ventilen, die zu Atektierung der nachgeschalteten Lungenanteile führen, ist eine Volumsreduktion auch mittels Bronchoskop möglich, womit ein chirurgischer Eingriff vermieden werden kann.

Die pulmonale Rehabilitation nimmt eine zentrale Stelle in der Therapie ab COPD GOLD II, insbesondere bei Stadium III und IV, ein. Hier gilt das Ziel, den Patienten wieder in den Alltag zu integrieren. Rehabilitation sollte unter ärztlicher Aufsicht nach einem Trainingsprogramm mit täglichen Trainingseinheiten durchgeführt werden.

Ein bisher wenig beachteter Punkt ist die richtige Ernährung, da COPD aufgrund der chronischen Inflammation eine Systemerkrankung ist: Osteoporose, Hormonmangel, erhöhter Energiebedarf mit Muskelabbau bis hin zur respiratorischen Kachexie. Bemerkenswert ist, dass nach Eisner (Eisner MD. Resp Res. 2007: 8: 7.) nur 24% der COPD-Patienten normalgewichtig sind (BMI 18,5 - 24,9), 3% der Patienten sind mit einem BMI $< 18,5$ deutlich untergewichtig. Bei weitem das größte Problem ist die Adipositas permagna, da 53% der COPD-Patienten einen Body-Mass-Index $> 30,0$ haben. Diese Tatsache stellt den Therapeuten vor ein multifaktorielles Problem, zu dessen Lösung fachübergreifende Konsultationen (Gastroenterologen, Diabetologen und Ernährungsspezialisten) erforderlich sind.

ÜBERGEWICHTIG UND DOCH SCHWACH (Schmid)

Die Problematik des fortschreitenden Gewichtsverlustes und die Wichtigkeit der Ernährung für die Atemfunktion sind seit längerem bekannt. Im Mittelpunkt vieler Studien stand früher das Gesamtkörpergewicht und nicht die Anteile der Körperzusammensetzung [Körperwasser, Körperfett, Magermasse (FFM = fettfreie Masse)]. Neuere Erkenntnisse beruhen auf der Tatsache,

dass der Anteil des „activity metabolizing tissue“, der indirekt durch die fettfreie Masse (= Muskelmasse) gemessen werden kann, ein besserer und ernährungsrelevanterer Parameter ist, als das reine Körpergewicht (Bargon J., Pneumologie 2001: 55: 475- 480.). Selbst bei normalengewichtigen oder übergewichtigen COPD-Patienten konnte bereits in einem frühen Krankheitsstadium eine beginnende Atrophie der Atemhilfsmuskulatur und der Skelettmuskulatur festgestellt werden (Anker SD., Aktuelle Ernährungsmedizin 2003: 28: S110-S113.). Der Verlust an Muskelmasse hat einen direkten Einfluss auf die Belastbarkeit von COPD-Patienten.

Problematik

- Frühes Auftreten der Reduktion von Muskelmasse bei COPD-Patienten.
- Gewichtsverlust und Verlust an Muskelmasse wirken sich ungünstig auf die Mortalität und Morbidität von COPD Patienten aus.
- COPD-Patienten benötigen für dasselbe Ausmaß körperlicher Belastung mehr Energie (kcal) als Gesunde. (Steinkamp G., Pneumologie 2003: 57: 681-689.)
- Der BMI ist als gewichtsspezifischer diagnostischer Parameter nicht ausreichend.

Die Untersuchungsergebnisse von Eisner bezüglich der Häufigkeit von stark übergewichtigen COPD-Patienten (BMI > 30) erscheint im Bezug auf die oft zitierte respiratorische Kachexie auf den ersten Blick widersprüchlich. Von essentieller Wichtigkeit ist der Zusammenhang zwischen Körperzusammensetzung und funktioneller Einschränkung bei COPD. Nicht nur der Verlust an fettfreier Masse, sondern auch das Ansteigen der Fettmasse scheint ein limitierender Faktor in Bezug auf Belastbarkeit und Krankheitsentwicklung bei COPD zu sein.

COPD – eine Systemerkrankung

Der Verlauf der COPD ist charakterisiert durch eine dynamische Abwärtsspirale. Sie beginnt mit reduzierter körperlicher Belastbarkeit und Belastungsdyspnoe und endet mitunter in der respiratorischen Kachexie. Gewichtsverlust findet sich bei 25 bis

Medikamentöse Therapie der COPD
Stufenplan nach GOLD – global initiative for obstructive lung disease*

COPD	I mild	II moderat	III schwer	IV sehr schwer
FEV1/VC	$< 70\%$	$< 70\%$	$< 70\%$	$< 70\%$
FEV1	$> 80\%$	50–80%	30–50%	$< 30\%$
	+ Vermeidung von Risikofaktoren, Grippeimpfung + kurzwirksames Beta-2-Mimetikum/Anticholinergikum (wenn nötig)			
		+ langwirksames Beta-2-Mimetikum/Anticholinergikum + pulmonale Rehabilitation		
			+ inhalatives Steroid (bei rezidivierenden Exazerbationen)	
				+ Langzeitsauerstoff – LTOT + Volumsreduktion

Tabelle 1

* Am J Res Crit Care Med. 2007: 176: 532-555.

40% der Patienten mit einem FEV1 < 50%! Die Ursachen dieser progredient verlaufenden Erkrankung sind vielfältig und mitunter noch ungeklärt. Der Hypermetabolismus bei COPD beruht auf

- erhöhter Atemarbeit,
- chronischen Entzündungsprozessen,
- Veränderungen der belastungsinduzierten Thermogenese,
- Verminderung der oxidativen Kapazität der Beinmuskulatur und
- insuffizienter Fettsäurenutzung aufgrund der Verminderung des Uncoupling- Protein 3. (Steinkamp G. Pneumologie 2003; 57: 681-689.)

Auch die Einnahme bestimmter Medikamente (Beta-2-Sympatomimetika, Theophyllin) erhöht den Energiebedarf beziehungsweise führt zu Muskelschwäche (Steroide).

Von zentraler Bedeutung für das Entstehen der Kachexie ist – neben dem erhöhten Grundumsatz – die stark ausgeprägte Appetitlosigkeit. Diese Anorexie kann einerseits durch eine mechanische Beeinträchtigung der Atmungsvorgänge bedingt und andererseits neurohormonell über die Wirkung von Leptin verursacht werden. Beschwerden wie gastroösophagealer Reflux, vorzeitiges Sättigungsgefühl oder reduzierte Geschmacksempfindung sind nicht nur häufig, sie führen auch zu einer Verminderung der Nahrungsaufnahme. Zuletzt führt Mangel- und Unterernährung über Verminderung der pulmonalen Abwehrmechanismen zu rezidivierenden Infektexacerbationen mit konsekutivem Verlust an Lungenfunktion. Somit existiert ein leider zu wenig beachteter Circulus vitiosus: COPD kann zu Malnutrition führen, die wiederum zu Progressio der COPD führt.

COPD – eine ernährungsmedizinische Herausforderung

Aufgrund der Begleiterkrankungen bei COPD-Patienten ist ein einheitliches ernährungsmedizinisches Therapieschema schwie-

rig, da die Therapiemaßnahmen auf eine ausgesprochen heterogene Patientengruppe eingestellt werden müssen. Der Schweregrad der Grunderkrankung, der Grad des Über- oder Untergewichts, die Körperzusammensetzung und latente oder manifeste Begleiterkrankungen sind individuell ernährungstherapeutisch zu erfassen. Die ernährungsmedizinische Effizienz ist, wie bei vielen chronisch progredienten Erkrankungen, abhängig vom Zeitpunkt des Therapiebeginns. Leider werden ernährungsmedizinische Interventionen meist erst dann unternommen, wenn die Patienten bereits kachektisch sind.

Diätologinnen nehmen in der interdisziplinären Therapie mit Pulmologen, Internisten, Gastroenterologen und Physiotherapeuten eine zentrale Rolle ein. Sie müssen nach diätologischen Kennzahlen Therapieprogramme ausarbeiten und diese laufend den individuellen Bedürfnissen anpassen, da chronische Erkrankungen kontinuierliche Betreuung benötigen. Ein speziell ausgearbeitetes Ernährungsassessment soll den Brückenschlag zwischen Ärzten und Diätologen erleichtern und eine auf individuelle Bedürfnisse und Symptome angepasste ernährungsmedizinische Therapie sicherstellen.

Conclusio

Zusammenfassend ist die COPD eine bedrohliche, allerdings leider noch unterdiagnostizierte und untertherapierte Erkrankung. Ernährungsmedizinische Interventionen werden zumeist erst dann unternommen, wenn die Patienten bereits kachektisch sind. Als wichtigster präventiver Faktor wäre eine konsequente Nichtraucherpolitik wünschenswert, damit die COPD nicht im Jahre 2020 die dritthäufigste Todesursache werden kann.



*Barbara A. Schmid
Diätologin in freiberuflicher Praxis
Gärtnergasse 4/6, A-1030 Wien
Tel.: +43/0/664 413 12 84
b.schmid@chello.at
www.diaetologen.at
www.ambulatorium.com*



*Univ.-Doz. Dr. Felix Wantke
Wilhelminenspital, 2. Medizinische
Abteilung/Lungenabteilung
Montleartstraße 37,
A-1171 Wien
Tel.: +43/1/49 150-22 01
felix.wantke@wienkav.at*

Update und Spezialisierung im Bereich Lunge und Diätetik. Besuchen Sie das Spezialseminar

Lunge und Lungenerkrankungen, das Stiefkind in der Diätologie?

Ort: Bad Gleichenberg / Steiermark

Termin: 13. – 15. Nov. 2008

Max. Teilnehmeranzahl: 15 Personen

Veranstaltungsort: FH JOANNEUM GesellschaftmbH, Kaiser-Franz-Josef-Straße 418, 8344 Bad Gleichenberg

Organisation: Barbara Angela Schmid, freiberufliche Diätologin, Wien; E-mail: b.schmid@chello.at; Mobil: +43(0) 0664 413 12 84
vor Ort: Elisabeth Pail, Studiengangsleiterin FH Steiermark

Tel: +43 (0) 316 / 5453-6770, Fax: +43 (0) 316 / 5453-6741, Mobil: +43 (0)664 / 80 453 6770

E-mail: elisabeth.pail@fh-joanneum.at, www.fh-joanneum.at

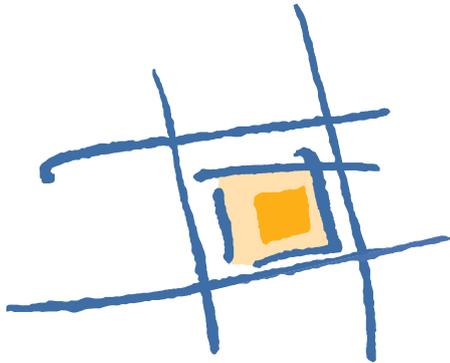
Kursdauer: 3 Tage

Anmeldeschluss: 15. September 2008

Kosten: € 270,—

STRUKTURIERTE BETREUUNG VON TYP-2-DIABETIKERN UND DIE ROLLE DER DIÄTOLOGIN.

„THERAPIE AKTIV – DIABETES IM GRIFF“



Therapie Aktiv

DIABETES IM GRIFF

Seit etwa einem Jahr läuft in Österreich das Projekt „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ mit dem Ziel der flächendeckenden strukturierten Versorgung von Typ-2-Diabetikern. In den meisten Bundesländern wurde das Programm bereits umgesetzt. Wie ist die Rolle der Diätologin im Rahmen des Disease-Management Programms (DMP)?

Von den etwa 350.000 Diabetikern in Österreich leiden ca. 90 % am Typ 2-Diabetes, die Dunkelziffer ist hoch. Die WHO prognostiziert einen Anstieg der Diabetikerzahlen von etwa 37 % bis zum Jahr 2025. Um diesem steigenden Versorgungsbedürfnis Rechnung zu tragen und eine kontinuierliche, qualitativ hochwertige medizinische Betreuung von Diabetespatienten zu gewährleisten, wurde in Österreich vor einem Jahr das DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ gestartet. Die gemeinsame Planung des Projekts erfolgte in Zusammenarbeit der Sozialversicherungen, des Bundesministeriums für Gesundheit, der Ärztekammer, der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG) sowie der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin.

Status quo: Roll-out und Einschreibungen

Insgesamt sind österreichweit derzeit 4557 Patienten und 306 Ärzte in das Programm „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“ eingeschrieben. „Therapie Aktiv“ ist in den Bundesländern Steiermark, Niederösterreich, Salzburg, Tirol und Wien zumindest teilweise umgesetzt. In Oberösterreich und im Burgenland laufen ähnliche Diabetikerprogramme, eine Angleichung ist in Oberösterreich vereinbart, im Burgenland angedacht. In Vorarlberg und Kärnten wird das Programm voraussichtlich Anfang 2009 starten.

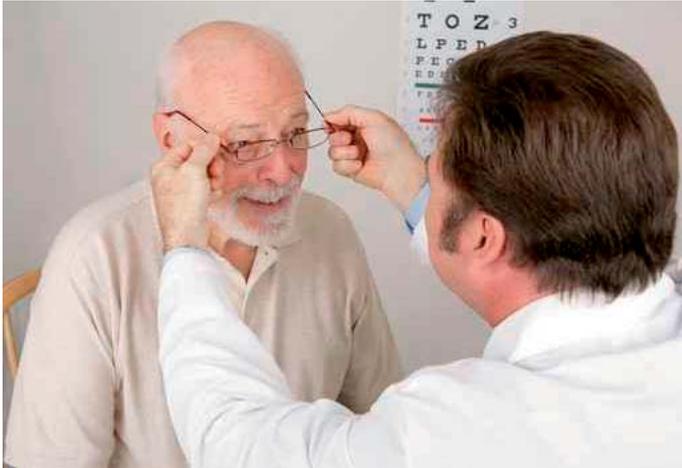


das Disease-Management-Team der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, von li. nach re.:

1. Reihe: DI Bruner (Projektleiter), Prim Dr Gert Klima (medizinischer Projektleiter)
2. Reihe: M.Fortmüller, B.Grieß, S. Reitbauer, Mag. S.Haslberger
3. Reihe: Mag. G. Hofer, DI M. Wörndle, Mag. H. Nagy, Mag (FH) S. Mayer, V. Dietrich

Homogenität der Behandlung verbessern

Vor allem strukturelle Probleme bei der Therapie von Diabetikern wie zu später Behandlungsbeginn, Inhomogenität der Behandlung und mangelndes Schnittstellenmanagement sollen künftig durch die einheitliche Versorgung der Patienten verbessert werden. Zahlen aus dem Jahr 2004 (FOKO) ergaben, dass im niedergelassenen Bereich weniger als 50 % der Diabetiker einen Augenarzt konsultierten, weniger als 60 % eine HbA1c-Messung und weniger als 40 % eine Fußuntersuchung hatten.



Langzeitbetreuung optimieren, Patienten schulen und die Selbstverantwortung der Patienten stärken:

Basiselemente von „Therapie Aktiv“ sind die optimierte Langzeitbetreuung im niedergelassenen Bereich und die Schulung der Patienten. Für eine bestmögliche Versorgung des Patienten ist auch dessen Motivation ausschlaggebend. Ein ganz wesentliches Ziel von „Therapie aktiv“ ist es daher, Patienten in ihrer Selbstverantwortung zu stärken. Einerseits ist es Aufgabe des DMP Arztes zusammen mit dem Diabetiker immer wieder neue, in kleinen Schritten erreichbare Zielvereinbarungen zu treffen und ihn bei der Umsetzung dieser zu unterstützen.

Andererseits, und hier kommt auch die Diätologin zum Einsatz, ist die Diabetikerschulung ein wichtiger Teil des Programms. Jede Diätologin mit der Zusatzausbildung zum Diabetesberater kann im Rahmen des DMP „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“ Patienten schulen.

Die Schulung im Rahmen von „Therapie aktiv“ hat folgende Inhalte und Ziele:

- Wissen in gut aufbereiteter Form leicht verständlich zu vermitteln
- Die Teilnehmer der Schulung sollten dabei unterstützt werden ihre chronische Krankheit zu akzeptieren und Ihren Lebensstil zu verändern
- Sie sollte den Teilnehmern den Raum bieten mit Gleichgesinnten, die ebenfalls erhöhte Blutzuckerwerte und somit ähnliche Fragen, Sorgen und Ängste haben Erfahrungen auszutauschen und unterschiedliche Möglichkeiten kennenzulernen, damit umzugehen und sich im Alltag zurechtzufinden.

- die optimale, persönliche Therapie für jeden Einzelnen und einen akzeptablen Weg dorthin zu finden.
- notwendige Verhaltensänderungen zu erkennen, alte Gewohnheiten zu überdenken und neue Wege zu einem gesünderen Leben zu finden

Geschult wird im DMP Programm nach dem Düsseldorfer Modell. Hier liegt die Stärke der Diätologinnen: Strukturiert zu arbeiten, fachlich kompetent Wissen einfach verständlich zu ver-



mitteln und auf die Bedürfnisse und Fragen der einzelnen Teilnehmer einzugehen. Aufgrund seiner Schulung kann sich der Patient aktiv in die Betreuung einbringen. Der Arzt hat den Vorteil, dass sich mit dem geschulten Patienten Therapiemaßnahmen besser umsetzen lassen. Aus standespolitischer Sicht könnte es hier zukünftig vor allem für freiberufliche Kolleginnen ein breites Betätigungsfeld geben. Sofern eine Diätologin das Zusatzseminar zum Diabetesberater absolviert hat kann sie mit einem niedergelassenen Arzt, der sich als DMP- Arzt registrieren lässt, Diabetiker noch kompetenter und effektiver betreuen. Zukünftig wird diese Zusatzausbildung auch vom Verband der Diätologen, speziell auf die Bedürfnisse und das Vorwissen der Diätologin abgestimmt, angeboten.

Nähere Informationen zu „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ auch unter: <http://diabetes.therapie-aktiv.at>

E-Mail: office@therapie-aktiv.at

Beachten Sie bitte auch die Ankündigung zum Spezialseminar Diabetesberatung auf der folgenden Seite.

Autorin: Birgit Grieb
 Steiermärkische Gebietskrankenkasse
 Diätologin - Disease Management - Therapie Aktiv
 A-8011 Graz, Josef-Pongratz-Platz 1
<http://www.stgkk.at>
 Tel. +43 (0) 316 8035 – 5438 , Fax +43 (0) 316 8035 – 5754
<mailto:birgit.griess@stgkk.at>

Fortbildung Diabetesschulung/Diabetesberatung

Ziel der Fortbildung

Eine Vertiefung des bereits durch die Ausbildung erlangten Wissens im Bereich Diabetes. AbsolventInnen dieser Fortbildung können Diabetesschulung und -beratung in allen Bereichen nach den aktuellen Erkenntnissen der Wissenschaft durchführen. Es wird angestrebt, die Fortbildung im Sinne der Qualitätssicherung mit der Österreichischen Diabetesgesellschaft zu akkordieren. Weiters kann diese Fortbildung zukünftig für Diätologen die Voraussetzung darstellen, um im Rahmen von Disease-Management-Programmen Diabetesschulungen durchzuführen. Verhandlungen dazu laufen.

Zielgruppe

- Diätologen, die im Bereich Diabetesschulung und Diabetesberatung bereits tätig sind oder tätig sein wollen.
- Diätologen, die im extramuralen oder intramuralen Bereich Diabetesschulung abhalten und Diabetiker betreuen.

Aufbau und Inhalte

1. Heimstudium, Vorbereitungsliteratur

- Auffrischung des Wissens über die Physiologie und Pathophysiologie des Glucose- sowie Fettstoffwechsels
- Studium der Evidenzbasierten Ernährungsleitlinien

2. Theoretischer Teil

Modul 1 (4 Tage)

- Medizinisches Update, Diabetes und Recht sowie Sport bei Diabetes mellitus
- Update – Medikamentöse Therapie bei Diabetes mellitus
- Wissenschaftliches Update zur diätologischen Behandlung/Diätschulung des Diabetikers
- Behandlung des multimorbiden Diabetikers aus medizinischer Sicht
- Der Diabetische Fuß

Modul 2 (4 Tage)

- Behandlung des multimorbiden Diabetikers aus diätologischer Sicht
- Psychologie/Kommunikation
- Die Diabetesschulung
- Disease-Managementprogramm (DMP)

3. Praktischer Teil

Zur Vertiefung des Wissens aus der Fortbildung sowie der persönlichen Weiterentwicklung in der Beratung und Schulung von Diabetikern, wird von den Teilnehmern zwischen den beiden Theorieblöcken ein Praktikum im Ausmaß von 40 Stunden an einem Diabetesschulungszentrum absolviert. Die Anleitung sowie Beurteilung erfolgt durch eine Diätologin mit mindestens 5jähriger Berufserfahrung in der Diabetesberatung und -schulung. Der Verband der Diätologen ist bei der Vermittlung der Praktikumsstellen gerne behilflich.

4. Prüfung

Die Fortbildung wird im Sinne der Qualitätssicherung von den Teilnehmern mit einer Prüfung abgeschlossen. Diese gliedert sich in folgende Teile:

- Multiple-Choice-Test über die theoretischen Fortbildungsinhalte am letzten Tag der Fortbildung
- Literaturgestützte Fallbeispielbearbeitung

Termine

Modul 1: Mittwoch, 22. Oktober 2008 – Samstag 25. Oktober 2008

Modul 2: Mittwoch, 22. April 2009 – Samstag, 25. April 2009

Veranstaltungsort

Wien (Der genaue Veranstaltungsort wird noch bekannt gegeben.)

Gruppengröße

Die Fortbildung wird in Gruppen von maximal 30 Teilnehmern abgehalten.

Veranstalter

Verband der Diätologen Österreichs, Grüngasse 9/Top 20, 1050 Wien

Telefon: 01 602 7960, Fax: 01 600 3824, E-Mail: office@diatologen.at

Ansprechpersonen Organisation

Michaela Wallisch (Leitung Arbeitskreis Diabetes & Ernährung), Telefon: 0699/1925 61 03

Ulrike Thaler (2. Vorsitzende), Telefon: 0664/3909949, e-mail: diabetes@diatologen.at

ZUKUNFT ODER VERGANGENHEIT?

KOHLHYDRATARME ERNÄHRUNGSFORMEN FÜR DIABETIKER

Als es noch kein Insulin zur Therapie des Diabetes gab war die Beschränkung der Kohlenhydrate die Einzige Möglichkeit den Blutzucker in einem gewissen Rahmen zu halten. Seit dieser Zeit hat die Medizin jedoch riesige Fortschritte gemacht. Durch orale Antidiabetiker und Insulin können Menschen mit Diabetes auf der Grundlage einer ausgewogenen Mischkost langfristig gut behandelt werden. Leider kommt die Ernährungstherapie oft zu kurz, obwohl Studien wie die 1-Jahres-Auswertung der amerikanischen Look-AHEAD-Studie demonstrieren, dass mit intensiver Lebensstilintervention einschließlich Ernährungstherapie eine deutliche Senkung des erhöhten Körpergewichts mit gleichzeitiger Verbesserung des HbA1c-Wertes und anderer kardiovaskulärer Risikofaktoren gelingt¹. Aber was ist nun die „richtige“ Ernährungstherapie bei Diabetes?



Jahrzehntelang galt die kohlenhydratreiche (50 – 55%), fettarme (30%) und eiweißmoderate (15-20%) Kost als unumstritten. In Amerika, wo diese Kostform u.a auch von der AHA (American Heart Association) vertreten wird, gerät sie immer mehr in Zweifel, da trotz des fettarmen Ansatzes die Menschen in den USA immer dicker wurden. Die Schuld wird nunmehr immer öfter bei den Kohlenhydraten gesucht. Aus dieser Unzufriedenheit heraus erfahren kohlenhydratarme Kostformen ein Revival. Aber wie ist eine kohlenhydratarme Kostform definiert? Ist sie wirklich eine Alternative und wenn für wen?

Schon bei der Definition stößt man auf die ersten Probleme. Bis jetzt gibt es unter den Fachleuten keine abgestimmte und akzeptierte Definition. Die tägliche Kohlenhydratzufuhr schwankt beim Vergleich von den verschiedenen Studien zwischen 20g und 40% der Energiezufuhr (das entspricht bei 2500 kcal immerhin 250g). Deswegen ist es schwierig die einzelnen Studienergebnisse miteinander zu vergleichen.

Die grundsätzliche Frage bei KH-armen Kostformen ist jene, wodurch die Kohlenhydrate ersetzt werden sollen. Gerade bei Diabetikern ist der Fettkonsum eher zu hoch. Also kommt eigentlich nur Eiweiß in Frage. Eine Eiweißreiche Kost hat den Vorteil, dass sie einen höheren Sättigungswert als eine kohlenhydratreiche, fettarme Kost hat. Jedoch steigt mit zunehmendem Eiweißgehalt der Nahrung die Nierenbelastung. Da die Niere gerade bei Diabetikern ohnehin gefährdet ist sollte man diesen Aspekt nicht unbeachtet lassen. Eine eiweißreiche Kost beschleunigt bei Patienten mit beginnender oder bereits fortgeschrittener Nephropathie die Progression dieser Erkrankung mit drohendem Nierenversagen.^{2,3}

Während kohlenhydratbetonte Kostformen weitestgehend unbedenklich sind, werden bei eiweißreichen Kostformen immer wieder Nebenwirkungen wie Anstieg der Harnsäure, Neigung zur Obstipation, Schwindel, Kopfschmerzen, Schlafstörungen und vermehrte Ketonkörperbildung beschrieben. Bei einer starken Reduktion der KH kann es auch zu einer verminderten Zufuhr an wasserlöslichen Vitaminen, Magnesium und Ballaststoffen kommen. Bei einer moderaten KH-Beschränkung auf >30% der Gesamtenergie dürften solche Risiken weitestgehend minimiert sein.⁴

Grundsätzlich muss man bei den kohlenhydratarmen Kostformen zwischen 2 Arten unterscheiden: Den ketogenen Diäten (z.B. Atkins) und den kohlenhydrat-moderaten Kostformen (Glyx, Logi...)

Ketogene Diäten:

Unter diesem Begriff fasst man alle extrem kohlenhydratarme Kostformen zusammen, die ein Verhältnis Fett : (Eiweiß/ Kohlenhydraten) von mindestens 3:1 aufweisen. Bei einem Mangel an Kohlenhydraten bildet der Körper zur Energiegewinnung aus Fettsäuren Ketonkörper. Wird mit der Nahrung zusätzlich vermehrt Fett zugeführt kann es zu einer vermehrten Ketonkörperbildung kommen, da der Körper für die Fettverbrennung Glukose benötigt. Es kann zu Ketoazidose kommen. Die anfallenden Stoffwechselprodukte belasten die Niere und

führen zu den bereits oben beschriebenen Beschwerden. Diese Kostformen führen initial zu einem schnelleren Gewichtsverlust, jedoch fehlen ausreichend kontrollierte Studien, die zeigen, dass diese Diäten auch eine erfolgreiche Stabilisierung des Gewichts über Jahre ermöglichen. Bei mittel und langfristigen Anwendungen von extrem kohlenhydratarmen Diäten sind Gesundheitsrisiken mangels fehlender Studien ebenfalls nicht auszuschließen.⁵

Kohlenhydratmoderate Kostformen

Andere Empfehlungen sind nicht so extrem kohlenhydratarm und fettreich wie die ketogenen Diäten sondern setzen auf einen moderaten Kohlenhydratkonsum unter Berücksichtigung des Glykämischen Index (GI) bzw. der Glykämische Last (GL). Dadurch, dass nur Kohlenhydrate mit einem niedrigen GI bzw. Mahlzeiten mit einer niedrigen GL konsumiert werden, soll eine zu hohe Insulinantwort verhindert werden. Eine Überproduktion von Insulin wird mit einer vermehrten Ansammlung von Fettdepots in Verbindung gebracht. Stärke und glucosehaltige Lebensmittel sind nur in geringen Mengen zugelassen. Hingegen bilden stärkearmes Gemüse, Salate und Obst in Kombination mit eiweißreichen Nahrungsmitteln die Basis. Bezüglich des Fettkonsums gibt es bei diesen Kostformen die Empfehlungen: vorwiegend einfach und mehrfach ungesättigte Fettsäuren (Rapsöl, Olivenöl...) zu verwenden.

Studienergebnisse haben dazu geführt, dass einzelne Expertengremien ihre Ernährungsempfehlungen für Diabetiker modifiziert haben. Es wird dabei eine moderate Reduktion der Kohlenhydrate auf 40% der tgl. Energie empfohlen. Vorzugsweise sollen Kohlenhydrate mit niedrigem GI bzw. GL verwendet werden. Stattdessen wird eine Erhöhung der Eiweißzufuhr empfohlen, die Nierenfunktion muss dabei jedoch kontrolliert werden.⁶ Von den Diabetes Gesellschaften gibt es hierzu noch keine neuen Empfehlungen und es werden weiterhin kohlenhydratbunte Kostformen mit der üblichen Proteinzufuhr vertreten.

Diätologinnen sind in der täglichen Arbeit immer wieder mit Anfragen bzgl. Kohlenhydratreduktion konfrontiert. Eine kohlenhydratarne Kost von Grund auf zu verteufeln ist sicher auch nicht der richtige Weg. Gerade Personen, die schon viele gescheiterte Versuche hinter sich haben, können z.B. über kohlenhydratarne Abendmahlzeiten ihre Gewichtsreduktion ankurbeln. Worauf wir auf alle Fälle nicht vergessen sollten ist, dass individuelle Dispositionen, Geschmackvorlieben und andere Muster des Essverhaltens gerade für die Stabilisierung einen Einfluss haben und in die Entscheidung welche Kostform empfohlen wird mit einbezogen werden müssen. Als Grundlage für die Arbeit mit Diabetikern sollten wir, solange es keine aussagekräftigen Langzeitstudien gibt, uns auf die evidenzbasierten Empfehlungen (Toeller et al.): beziehen. Diese lassen ohnehin ausreichend Spielraum für eine individuelle Beratung.



Ihrer Verdauung zuliebe!

Stress, Angst oder schlechte Ernährung können zu einer unregelmäßigen Verdauung, Blähungen und Spannungsgefühlen im Oberbauch führen. Eine gezielte Ballaststoffzufuhr kann diese Symptomatik bessern.

Benefiber® wurde entwickelt, um diesen Bedürfnissen gerecht zu werden. Es enthält lösliche, nicht quellende Ballaststoffe aus der Guarbohne und ist als geschmacksneutrales Pulver oder trinkfertige Beutel mit Apfelgeschmack erhältlich. Benefiber® unterstützt die gesunde Darmflora und trägt so zur Regulierung der Darmtätigkeit bei.



Für Fragen und Bestellung von Geschmacksmustern:

Novartis Consumer Health – Gebro GmbH,
6391 Fieberbrunn
Fax: 05354-56335 81 362
Mail:novartis@gebro.com

Evidenzbasierte Ernährungsempfehlungen zur Behandlung des Diabetes mellitus (Toeller et al.: Evidenz-basierte Ernährungsempfehlungen)

Wichtiges und Praktisches zusammengefasst

Kohlenhydrate und Ballaststoffe: Kohlenhydratzufuhr: 45 – 60 En%

Für eine kohlenhydratarme Kost bei Diabetes existiert keine wissenschaftliche Begründung.

Natürlich vorkommende Lebensmittel, die ballaststoff- und vitaminreich sind, reichlich verzehren.

- Mindestens fünf Portionen Gemüse und frisches Obst pro Tag
- Mehrmals pro Woche Hülsenfrüchte
- Getreideprodukte aus dem vollen Korn bevorzugen

Kohlenhydratreiche Lebensmittel mit niedrigem glykämischen Index sind eine geeignete Wahl, wenn auch die übrigen Inhaltsstoffe den Anforderungen an eine gesunde Kost entsprechen.

- Einheimisches Obst und Gemüse, Hülsenfrüchte, fettarme Milchprodukte, Vollkornbrot und Nudeln aus Hartweizen
- Kartoffeln möglichst als Pellkartoffeln

Ein moderater Verzehr von Zucker ist möglich (bei 2 000 kcal pro Tag maximal 50 g Zucker).

- Haushaltszucker hat einen mittleren glykämischen Index
- Honig ist wie Haushaltszucker einzuordnen

Fette Gesamtfettzufuhr: <35 En% (Bei 2 000 kcal pro Tag nicht mehr als 75 g Fett)

- Gesättigte Fettsäuren und Transfettsäuren: zusammen <10En%
- Einfach ungesättigte Fettsäuren: 10 – 20En%
- Mehrfach ungesättigte Fettsäuren: <10En%

Öle mit einfach ungesättigten Fettsäuren sind günstige Fettleiferanten.

- Rapsöl und Olivenöl
- auch z.B. Gänseschmalz

Omega-3-Fettsäuren haben Gefäß schützende Eigenschaften.

- Zwei bis drei Portionen Fettfisch pro Woche, z. B. Hering, Lachs, Makrele
- Pflanzliche Lieferanten für Omega-3-Fettsäuren, z. B. Rapsöl und Nüsse

Grundsätzlich:

- Fettarme Wurst- und Käsesorten bevorzugen
- Fettarmes Gebäck, z. B. Hefengebäck, ist günstiger als Mürbeteiggebäck oder fettreiche Creme- und Oberstorten
- Kokosfett ist aufgrund des besonders hohen Anteils an gesättigten Fettsäuren nicht zu empfehlen
- Fertigprodukte mit ungünstigen Fetten meiden (s. Verpackungsaufdruck: enthält teilweise gehärtete Fette und Öle)

Eiweiß: Gesamteiweißzufuhr 10 – 20 En%

Diese Empfehlung gilt für Typ-1- und Typ-2-Diabetiker ohne Anzeichen einer Nierenschädigung.

(Bei 2 000 kcal pro Tag nicht mehr als 95 g Eiweiß)

- Tierische Eiweißlieferanten, z. B. Fleisch, Käse, Milch
- Pflanzliche Quellen, z. B. Nudeln, Kartoffeln, Brot

Typ-1-Diabetiker mit Nierenschädigung (Nephropathie mit Makroalbuminurie) benötigen eine Eiweißbegrenzung (0,8 g/kg Sollgewicht/Tag)

Alkohol

Alkohol nur in Maßen konsumieren: nicht mehr als 10 g Alkohol pro Tag für Frauen und 20 g pro Tag für Männer

- 0,5 l Bier oder 0,25 l Wein enthalten ca. 20 g Alkohol

Supplemente und funktionelle Lebensmittel

Speziallebensmittel für Diabetiker sind überflüssig. Es liegt keine ausreichende Evidenz für eine Empfehlung von Supplementen oder funktionellen Lebensmitteln bei Diabetes vor.

Autorin: Birgit Grieb, Diätologin

Steiermärkische Gebietskrankenkasse, Diätologin - Disease Management - Therapie Aktiv

A-8011 Graz, Josef-Pongratz-Platz 1, Tel. +43 (0) 316 8035 – 5438, Fax +43 (0) 316 8035 – 5754

<http://www.stgkk.at>; <mailto:birgit.griess@stgkk.at>

- 1) Look AHEAD Study Group (2007) Reduction in weight and cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes: one year results of the look AHEAD trial. *Diabetes Care* 30: 1374-1383; Quelle: *Ernährungs Umschau* 04/08, S. 231
- 2) Pedrini MT et al (1996) The effect of dietary protein restriction on the progression of diabetic and non diabetic renal diseases: a meta-analysis. *Ann Intern Med* 124: 627-632.; Quelle: *Ernährungs Umschau* 04/08, S. 232
- 3) Knight EL et al.(2003) The impact of protein intake on renal function decline in women with normal renal function or mild renal insufficiency. *Ann Intern Med* 138:460-467; Quelle:

Ernährungs Umschau 04/08, S. 232

- 4) Crowe TC (2005) Safety of low-carbohydrate diets. *Obes Rev.* 2005 Aug; 6(3):235-45. Review. PMID: 16045639 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 5) Thomas Ellrott, Georg-August-Universität Göttingen, Quelle: www.thieme-connect.com/ejournals/abstract; Stand August 2008
- 6) Joslin Diabetes Center and Joslin Clinic. *Clinical nutrition guideline for overweight and obese adults with type 2 diabetes Prediabetes or at high risk of developing type 2 diabetes.* Quelle: http://www.joslin.org/Files/Nutrition_Guideline_Graded.pdf, Stand August 2007

DURCHFÜHRUNG DER ERNÄHRUNGSMEDIZINISCHEN THERAPIE IN AUSGEWÄHLTEN EINRICHTUNGEN

ERNÄHRUNGSMEDIZINISCHE MASSNAHMEN BEI ANOREXIA NERVOSA IN DER ADOLESCENZ



Einführung und Zielsetzung

In Österreich nimmt die Zahl der Essstörungen immer weiter zu und es kann von keiner Umkehr dieser steigenden Tendenz ausgegangen werden. Die Ursachen hierfür stammen überwiegend aus dem sozialen Umfeld, wie zum Beispiel durch suggerieren von idealem Aussehen, Fastfood als richtige Ernährung und ähnlichem. Um die PatientInnen nach bestmöglichem Wissensstand betreuen zu können, ist es erforderlich, geeignete Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten einzusetzen.

Ziel der Bakkalaureatsarbeit war es, die Bedeutung der ernährungsmedizinischen Therapie im Rahmen der Gesamttherapie von Anorexia nervosa in der Adoleszenz darzulegen.

Fragebogenerhebung

Im Rahmen eines Fragebogens wurden die unterschiedlichen ernährungstherapeutischen Maßnahmen, die im Rahmen der Gesamttherapie von Anorexia nervosa in der Adoleszenz in den verschiedensten Institutionen durchgeführt werden, erhoben.

Der Fragebogen wurde an insgesamt neun Einrichtungen versendet – drei davon sind Spezialkliniken, die unter anderem Essstörungen behandeln, eine davon ist in Deutschland. Sechs Institutionen sind Krankenhäuser in Österreich, die ebenfalls Essstörungen – eher in kurzen Intervallen – behandeln. Der Bogen wurde an Ärzte/Ärztinnen, Diätologen/Diätologinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen und andere Personen, die mit der Betreuung von Anorexia nervosa befasst sind, gerichtet und war nicht zur Weitergabe an Patienten und Patientinnen gedacht.

Von der Befragung von Patienten und Patientinnen wurde Abstand genommen, da das Hauptanliegen des Fragebogens die ernährungsmedizinische Therapie sowie deren Durchführung im Rahmen der Betreuung von Anorexia nervosa in der Adoleszenz aus Sicht der Betreuer war.

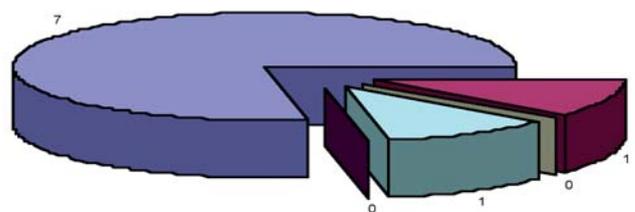
Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Das wesentlichste Ergebnis der Fragebogenerhebung ist, dass bereits Therapiekonzepte für Anorexia nervosa bestehen und auch angenommen werden.

Die befragten Einrichtungen betreuen pro Jahr zwischen drei und 250 PatientInnen, wobei in den Spezialkliniken die Bandbreite zwischen mindestens 30 und maximal 250 liegt. In allen befragten Einrichtungen wird neben der psychologischen auch eine ernährungsmedizinische Therapie angeboten, welche über den gesamten Aufenthaltszeitraum durchgeführt wird.

Die Wichtigkeit einer interdisziplinären Therapie wird von den Befragten grundsätzlich außer Frage gestellt.

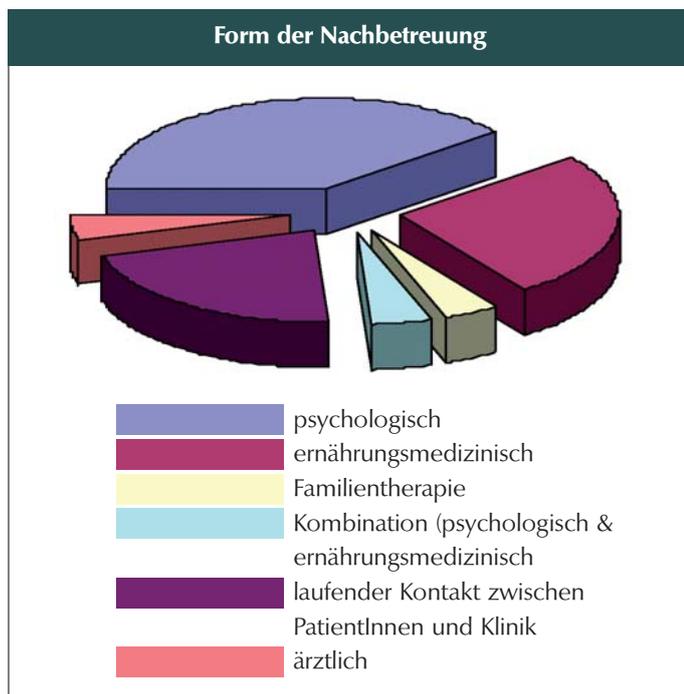
Wie empfinden Sie die Ernährungstherapie eines/r Patienten/in, der/die an Anorexia nervosa leidet?



Auf die Frage nach den „perfekten“ ernährungstherapeutischen Maßnahmen im Rahmen der Behandlung von Anorexia nervosa wird überwiegend die interdisziplinäre Zusammenarbeit angege- ben. Als wesentlich werden auch eine stationäre Langzeit- behandlung sowie die Einführung eines Qualitätsmanagements mit regelmäßiger Evaluierung erachtet. Allerdings wurde von einer Einrichtung festgestellt, dass es keine perfekte ernährungsthera- peutische Maßnahme für dieses Krankheitsbild gibt.

Die Frage, ob Therapien abgebrochen werden, wurde in sieben Fällen mit „Ja“ und in zwei Fällen mit „Nein“ beantwortet. Auf die Frage nach der Anzahl der abgebrochenen Therapien pro Jahr kam überwiegend die Antwort „nicht bekannt“ – lediglich in einem Fall wurde als Quote 50% angegeben.

Es ist offensichtlich, dass das Therapieangebot insgesamt noch am Anfang der Entwicklung steht und keine Einheitlichkeit der priva- ten und öffentlichen Einrichtungen für stationäre und ambulante Behandlung sowie Nachbehandlung besteht. Eine Nachbe- treuung wird zwar zu 100% angeboten, der Schwerpunkt liegt jedoch auf einer psychologischen Betreuung, die durch ernäh- rungsmedizinische und andere Therapieformen ergänzt wird.



Über Erfolgs- oder Rückfallsquoten ist festzuhalten, dass es nur Schätzungen gibt, da laut Rückmeldung der befragten Einrichtungen keine geregelten statistischen Erhebungen durch- geführt werden.

Diskussion

Anorexia nervosa ist eine Erkrankung, deren Folgen und Kon- sequenzen nicht außer Acht gelassen werden sollten. Bei einer

Nichtbehandlung kann diese Essstörung sehr rasch zum Tode der erkrankten Person führen oder andernfalls chronifizieren.

Da keine eindeutigen Zahlen zur Epidemiologie der Essstörungen in Österreich vorliegen, sind konkrete Aussagen zum Auftreten und zur Verteilung von Anorexia nervosa in der Adoleszenz nicht möglich.

Um der zunehmenden Entstehung von Essstörungen entgegen zu wirken, ist es notwendig, sämtliche auslösende Faktoren zu ver- meiden. Dazu müssten der Bereich der Prävention weiter ausge- baut und in weiterer Folge die erforderlichen Maßnahmen gesetzt werden.

In Österreich werden derzeit PatientInnen die an Anorexia nervo- sa leiden vor allem in Spezialkliniken umfassend betreut und the- rapiert.

Die ernährungsmedizinische Therapie stellt einen wichtigen Eckpfeiler in der Behandlung von Anorexia nervosa dar. Im Rahmen der Ernährungstherapie kommt es besonders auf das Feingefühl der/des betreuenden Diätologin/Diätologen an. Jede Essstörung muss individuell behandelt werden. Eine gemäßigte Gewichtszunahme ist ebenso anzustreben, wie das Erlernen neuer Essgewohnheiten bzw. eines neuen Essverhaltens der PatientInnen.

Obwohl keine Studien über die Bedeutung der ernährungsmedi- zinischen Therapie bei Anorexia nervosa vorliegen, gibt es Reviews von wissenschaftlichen Arbeiten, in denen die Ernährungstherapie angeführt ist. Daraus lässt sich schließen, dass der ernährungsmedizinischen Therapie im Rahmen der Gesamttherapie von Anorexia nervosa wohl eine wichtige Rolle zugeschrieben werden kann.

Abschließend ist zu bemerken, dass die Entwicklung einer ein- heitlichen Standardtherapie eine Herausforderung für die Zukunft darstellt. Jedenfalls ist zusätzlich ein individuell zugeschnittenes Therapieangebot zu ermöglichen. Die Interdisziplinarität wird als unabdingbar gesehen. Die Nachbetreuung nach stationärem Aufenthalt durch den behandelnden Hausarzt und eine/n Diätologin/Diätologen ist aus Sicht der Verfasserin ein wün- schenswerter Aspekt für eine erfolgreiche Langzeittherapie.



Martina Sailer
Studiengang „Diätologie“
FH Joanneum Bad Gleichenberg
Martina.Sailer.DIO06@fh-joanneum.at

... KURZINFOS ... KURZINFOS ... KURZINFOS ...

MYTHOS ODER WAHRHEIT: WIE WIRKSAM SIND PROBIOTIKA?

fzm - Im Kühlregal dürfen sie mittlerweile nicht mehr fehlen: Die Rede ist von probiotischen Lebensmitteln. In Joghurts, Quarkspeisen, Wurst- oder Käsewaren stehen dem Verbraucher vielgestaltig Probiotika zur Auswahl. Die lebenden Mikroorganismen haben vor allem auf das "Ökosystem Darm" eine nachweislich positive Wirkung, speziell bei Kindern mit Durchfall und Menschen mit chronischen Dickdarmentzündungen, erläutert Jürgen Schulze in der jüngsten Ausgabe der "Ernährung und Medizin" (Hippokrates Verlag, Stuttgart. 2008).

Weltweit arbeiten Forscherteams an der Erprobung geeigneter Bakterienstämme. Diese sollen entweder in Lebensmitteln zur Prophylaxe oder in Arzneimitteln zu therapeutischen Zwecken eingesetzt werden. Trotz zahlreicher klinischer Untersuchungen zur Wirksamkeit von Probiotika müsse jedoch konsequent weiter geforscht werden, fordert der Autor. Denn nicht jedes Probiotikum wirke wie das andere. Leider stelle man bei probiotischen Lebens- und Nahrungsergänzungsmitteln immer wieder falsche Deklaratio-

nen, eine Verseuchung mit anderen Mikroorganismen und mangelhafte oder gänzlich fehlende lebende Keimzahlen fest. Studienergebnisse von einem Mikroorganismus auf den anderen zu übertragen ohne vorher weitere Untersuchungen durchgeführt zu haben, sei beispielsweise nicht möglich, betont Schulze.

Auf der Suche nach dem ‚perfekten‘ Probiotikum kommt der Forschung mittlerweile die Gentechnologie zu Hilfe. Künstliche "Designer-Probiotika" produzieren als "mikrobiologische Kleinstfabriken" vor Ort Substanzen, die wie Arzneimittel wirken. Oder sie dienen als Transportmittel für Arzneistoffe. Der Humanbiologe warnt jedoch vor dem Hintergrund der schier grenzenlosen Möglichkeiten der Gentechnik, erst dann eine klinische Anwendung zu versuchen, wenn alle "sicherheitspharmakologischen und ökotoxikologischen Bedenken" ausgeräumt seien.

J. Schulze:

Probiotika – ein kritisches Update

Ernährung und Medizin 2008; 23 (2): S. 66-72

DIE VIELEN ERKRANKUNGEN DEUTSCHER DIABETIKER

fzm - Viele Menschen mit Typ-2-Diabetes mellitus haben nicht nur einen erhöhten Blutzucker. Sehr häufig liegen Folge- und Begleiterkrankungen vor, wie die bisher größte Studie zur Versorgungssituation von Diabetikern in Deutschland zeigt, die jetzt in der Fachzeitschrift "DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift" (Georg Thieme Verlag, Stuttgart. 2008) veröffentlicht wurde. Etwa sechs bis sieben Prozent der Deutschen sind an Typ-2-Diabetes mellitus erkrankt. Der "Alterszucker" ist Folge jahrelangen Bewegungsmangels und einer Fehlernährung. Bei den meisten Patienten ist nicht nur der Blutzucker zu hoch. Etwa dreiviertel leiden auch an Bluthochdruck, etwa die Hälfte ist übergewichtig und bei ebenso vielen finden Ärzte bei der Blutuntersuchung eine Fettstoffwechselstörung. Dies zeigt die Auswertung der Daten von fast 400.000 Typ-2-Diabetikern, die Dr. Nico Görlitz vom Klinikum Schwabing in München und Mitarbeiter durchgeführt haben. Es handelt sich um Diabetiker, die in den Jahren 2004 bis 2006 in Bayern von ihren Ärzten für ein so genanntes Disease Management Programm (DMP) angemeldet wurden. Das DMP wurde eingeführt, um die Versorgung von chronisch Kranken in Deutschland, wie z.B. Diabetikern, langfristig zu verbessern. In Bayern nehmen 60 Prozent aller Diabetiker daran teil. Die Analyse der Erhebungsbögen ermöglichte erstmals einen Überblick über den Gesundheitszustand von Menschen mit Typ-2-Diabetes mellitus, sagt Dr. Görlitz.

Etwa jeder zehnte der im Durchschnitt 67 Jahre alten Typ-2-Diabetiker hatte, im Mittel sieben Jahre nach der Diagnose des erhöhten Blutzuckers, bereits einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall erlitten. Sie sind eine Folge der Zuckerkrankheit an den

größeren Arterien und werden als diabetische Makroangiopathie bezeichnet. Zu ihr gehören auch Durchblutungsstörungen in den Beinen, die von den Ärzten in Bayern etwas seltener diagnostiziert werden als im internationalen Vergleich. Deutlich seltener als erwartet waren auch die Diagnosen von Folgeschäden an Augen (Retinopathie), Niere (Nephropathie) und Nerven (Polyneuropathie). Sie gelten als Folge einer Schädigung kleinerer Blutgefäße und werden deshalb als Mikroangiopathie bezeichnet. Die bayrischen Ärzte gaben diese Diagnose bei einem Fünftel der Patienten an. In internationalen und deutschen Studien, in denen die Patienten gezielt von Fachärzten untersucht wurden, war der Anteil der Diabetiker mit Mikroangiopathie zum Teil deutlich höher, schreibt Dr. Görlitz, der hier eine mögliche Versorgungslücke vermutet und die Ärzte zu einer noch genaueren Untersuchung auffordert. Mit der Behandlung des Blutzuckers in Bayern ist Dr. Görlitz zufrieden. Der so genannte HbA1c-Wert, ein Maß für die langfristige Blutzuckereinstellung, entspricht mit 6,9 Prozent den Anforderungen der Diabetologen. Trotzdem ist – nach anderen Untersuchungen – die Lebenserwartung der Diabetiker um sechs Jahre niedriger als im Bevölkerungsdurchschnitt, wofür die Folgeerkrankungen der Zuckerkrankheit verantwortlich sind.

N. Görlitz et al.:

Prävalenzen von Folge- und Begleiterkrankungen des Typ-2-Diabetes. Querschnittuntersuchung an DMP-Teilnehmern in Bayern.

DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift 2008; 133 (33): S. 1667-1672

SPEZIALSEMINARE FÜR DIAETOLOGEN
VERANSTALTET VOM VERBAND DER DIAETOLOGEN ÖSTERREICHS

DIAETOLOGEN-TERMINKALENDER

22. - 25. Okt. 2008
Wien

Diabetesschulung/beratung für Diabetologen

Modul I

Organisation:

Michaela Wallisch und Ulrike Thaler
Tel.: 0699/19 25 61 03
mail: diabetes@diaetologen.at

8. Nov. 2008
Uniklinik Innsbruck

Spezialseminar

Künstliche Ernährung II

Organisation:

Christine Pall
Tel.: 0664/14 87 865
mail: tirol@diaetologen.at

13. - 15. Nov. 2008
FH Joanneum
Bad Gleichenberg

Lunge und Lungenerkrankungen:

Das Stiefkind in der Diätologie?

Achtung - Nur mehr Restplätze!

Organisation:

Barbara Angela Schmid, Tel.: 0664/413 12 84; mail: b.schmid@chello.at
und Elisabeth Pail, Tel.: 0316/5453-6770; mail: elisabeth.pail@fh-joanneum.at

21. Nov. 2008
Linz

Basisseminar

Parenterale Ernährung

Organisation:

Klaus Nigl
Tel.: 0732/7676-4460
mail: klaus.nigl@elisabethinen.or.at

Anmeldungen für alle Seminare nimmt das Verbandsbüro entgegen:

Verband der Diätologen Österreichs

Grüngasse 9/20, 1050 Wien, Telefon: 01 602 7960, Fax: 01 600 3824

E-Mail: office@diaetologen.at

Impressum: Herausgeber: Verband der Diätologen Österreichs, Grüngasse 9/Top 20, 1050 Wien, Tel.: 01-602 79 60; Fax: 01-600 38 24; e-mail: office@diaetologen.at; www.diaetologen.at; **Chefredaktion:** Andrea Hofbauer, Tel.: 0664-13 28 930, redaktion@diaetologen.at. **Erscheinungsweise:** Diätologen Journal für Ernährungsmanagement und Therapie erscheint alle zwei Monate, jeweils Mitte des Monats für Mitglieder und Interessierte des Verbandes der Diätologen Österreichs. Der Bezugspreis ist für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verbandes der Diätologen Österreichs. **Allgemeine Hinweise:** Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche und/oder wissenschaftliche Meinung des jeweiligen Autors wieder und fallen somit in den persönlichen Verantwortungsbereich des Verfassers. Der Verband übernimmt keinerlei Haftung für drucktechnische und inhaltliche Fehler. **Anzeigen:** MAW Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft A-1010 Wien, Freyung 6, Ansprechpartnerin: Ingrid Winkler; Tel: (+43/1) 536 63-33; Fax: (+43/1) 535 60 16; e-mail: maw@media.co.at; www.maw.co.at. **Druck:** Druckerei Trauner, Köglstraße 14, 4020 Linz; **Grafik und Gestaltung:** Marion Takhi;