

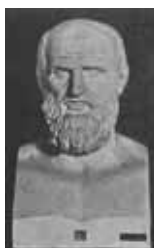


Cornelia Wäscher

Von der antiken Diätetik zur zukünftigen Ernährungstherapie und Prävention

Die antike Diätetik

In der Antike war alles bedeutungsvolle Ernährungswissen in der Diätetik – einer umfassenden Lehre über die Kunst des Lebens – theoretisch systematisiert und praxisorientiert zusammengefasst. Den Mittelpunkt der Diätetik bildeten Regeln für Nahrung und Getränke. Aber auch der Einfluss anderer Lebensbereiche, insbesondere der Kleidung, Sexualität, Reinigung, Wohnung, körperlichen Bewegung und Ausscheidungen, auf das Wohlbefinden wurde behandelt [1].



Hippokrates von Kós (460–375 v. Chr.)



Galenus von Pergamon (130–200 n. Chr.)

Die so genannte **Diaitía** (griechisch *diaitáomai* „sich ernähren, sich aufhalten“, von griechisch *ainymai* „greifen, nehmen“ und griechisch *diá* „auseinander, durch“, also eigentlich „die Verteilung“) des HIPPOKRATES wurde durch GALEN ab dem zweiten nachchristlichen Jahrhundert zu einem umfassenden Gedankengebäude erweitert, welches für nahezu 15 Jahrhunderte zum zentralen Paradigma der abendländischen Medizin werden sollte. Die hippokratisch-galenische Diaitía beschäftigte sich mit der Entstehung von Krankheiten und ordnete das gesamte Leben der Menschen in eine umfassende Lehre krankheitsvermeidender Lebensart ein. Die Diaitía stellte **endemische** und **epidemische** Krankheiten der griechischen Bevölkerung der damaligen Zeit in Zusammenhang mit ihren Lebensweisen und ihrer Konstitution.

Wandel der Diätetik

Gleichgewicht zu halten oder zu erreichen war das Ziel der antiken Diätetik,

die darin die Bedingung für ein gelungenes Leben sah. Das richtige Maß und die Ausgewogenheit der Elemente, die für den Organismus wie für die ganze Natur als grundlegend angesehen wurden, waren die Mittel, im Mikrokosmos wie im Makrokosmos Gleichgewicht herzustellen und zu garantieren. Danach galt: „Die Ausgewogenheit der Kräfte – des Kalten und Warmen, des Feuchten und Trockenem, des Bitteren und des Süßen usw. – fördert Gesundheit; die Alleinherrschaft des einen oder anderen löst Krankheiten aus“ [2; vgl. Beitrag zur Traditionellen chinesischen Ernährung in Ernährungs Umschau Heft 1 + 2, 2007].

Die antike Diätetik war somit eine Lehre, die weit über die gezielte Beeinflussung des persönlichen Wohlbefindens hinauszielte. Sie rechtfertigte soziale und politische Verhältnisse und gab Anleitungen, wie auf diese einzuwirken sei, um Gleichgewicht, sprich Eintracht, zu erhalten [3].

Im Mittelalter wurden die antiken Diättraditionen fortgeführt; allerdings erhielten sie nun eine stärker religiöse Fundierung. In der Renaissance und der Aufklärung wurde die Annahme, dass die einzelnen Bereiche menschlichen Lebens miteinander verbunden sind, sich gegenseitig beeinflussen und deshalb nur als Gesamtzusammenhang erklärt werden können, zunehmend von einer differenzierenden und analysierenden Betrachtungsweise abgelöst. Die Diätetik dieser Zeit zeichnete sich trotzdem im Vergleich zur heutigen naturwissenschaftlichen und medizinischen Ernährungslehre durch eine relativ ganzheitliche Betrachtung von Gesundheit



Cornelia Wäscher
Master of Public Health
Knesebeckstr. 17
10623 Berlin

Glossar:

endemisch = ständig in einem Gebiet vorkommend

epidemisch = gehäuft und dabei zeitlich und auf ein Gebiet begrenzt vorkommend



Lebensmittelauswahl einer gesunden Ernährung

und Wohlbefinden aus. Seither beschränkte sie sich zunehmend auf physiologische Vorgänge. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurde Diätetik endgültig auf Diät – also Krankenkost – verkürzt, die bei Störungen des körperlichen Wohlbefindens einzuhalten sei.

Zu dieser Zeit wurde eine Vielzahl von Ernährungslehren populär. Das prominenteste Beispiel ist die **Makrobiotik**, nach dem 1796 von Christoph Wilhelm HUFELAND verfassten Werk „Makrobiotik oder die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern“ [4, 5]. Ein weiteres Beispiel aus jener Zeit stellt die **Gastrosophie** dar – eine Ernährungslehre, die medizinisches Wissen und Kochkunst zusammenbringen wollte. Enger mit den Wurzeln der antiken Diätetik verbunden waren streng reglementierte Ernährungsstile, weil sie die Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit ins Zentrum stellten. Beispiele dafür sind der **Vegetarismus** und die **Rohkost** nach BIRCHER-BENNER. Ähnlich wie die antike Diätetik betrachteten die alternativen Ernährungsstile Nahrung und Wohlbefinden als Gesamtphänomen und zergliederten diese nicht in einzelne Aspekte [2].

Ernährungstherapie und Prävention heute

Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität hängen maßgeblich von der Ernährung ab. Das antike Konzept der Gesundheitslehre steht der 1947 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) festgesetzten Gesundheitsdefinition erstaunlich nahe. Die von den griechischen Ärzten HIPPOKRATES und GALEN gegebenen Ernährungsvorschriften orientieren

sich nicht allein an den damals bekannten Krankheiten, sondern zielten wie andere ihrer Lebensvorschriften, etwa das Gemüt und körperliche Bewegung betreffend, auf die Erhaltung der Gesundheit im umfassenden Sinn. Gegenwärtig spielt die Prävention wieder eine wichtigere Rolle, allerdings nur als Teilbereich der modernen Medizin, unter anderem als Ernährungstherapie bei bestimmten Erkrankungen und Funktionsstörungen.

Unter **ernährungsmitbedingten Erkrankungen** werden Krankheiten verstanden, bei denen die Ernährung bzw. das Ernährungsverhalten als alleinige Ursache oder als einer von mehreren Faktoren im Rahmen einer multifaktoriellen Krankheitsgenese anzusehen ist. Nicht berücksichtigt sind in diesem Zusammenhang Krankheiten, deren Verlauf durch diätetische Maßnahmen beeinflusst wird (z. B. Niereninsuffizienz, Phenylketonurie etc.).

Bei der Prävention ernährungsmitbedingter Krankheiten, insbesondere Herz-Kreislauf- und Tumorerkrankungen spielen die Ernährung, die körperliche Aktivität und das Körpergewicht eine entscheidende Rolle. Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen, Hypertonie und Diabetes mellitus sind für eine vorzeitige Arteriosklerose verantwortlich. Chronischer Alkoholkonsum führt zu Übergewicht und Hypertonie, zum Anstieg des Risikos für Folgeschäden sowie zu einem erhöhten Krebsrisiko insbesondere im Bereich von Mund, Rachen und Speiseröhre sowie der Leber, des Rektums und der weiblichen Brust [6].

Die moderne Ernährungstherapie kann jedoch erwiesenermaßen den Verlauf von Erkrankungen günstig beeinflussen, das

Komplikationsrisiko senken, den Therapieerfolg fördern und Klinikaufenthalte verkürzen bzw. erst gar nicht entstehen lassen.

Gesundheitsförderung und Prävention sind wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgaben und werden durch den sozialen und demographischen Wandel zunehmend bedeutender. Die neuen Herausforderungen durch den Rollen- und Strukturwandel in der Familie und im Zusammenleben insgesamt, die erhöhten Anforderungen an Mobilität und Flexibilisierung im Arbeitsleben und die Zunahme der Arbeitsintensität, aber auch die verlängerte Lebenserwartung beeinflussen das Ernährungsverhalten der Bevölkerung nachhaltig.

Herausforderungen

Die Forderung nach einer besseren Kommunikation und mehr Kooperation im Gesundheitswesen ist im Laufe der letzten Jahre ins Zentrum des öffentlichen Interesses gerückt und wird sowohl von Gesundheitspolitikern, den Krankenkassen, als auch von den Patienten und Klienten immer dringlicher angemahnt. Integrierte Versorgung, Case- und Disease-Management, Verbraucher- und Patientenberatungsstellen sind nur einige Lösungsansätze, die in diesem Zusammenhang diskutiert werden [7, 8].

Die Gesundheitspolitik fordert inzwischen mehr Markt-, Bedarfs- und Wettbewerbsorientierung auch auf der Leistungsanbieterseite. Im Bereich der **Ernährungsinformation, Ernährungsaufklärung und Ernährungsbildung** finden sich eine Reihe von seriösen und unseriösen Anbie-

tern. Um für Klienten und Patienten mehr Transparenz der zu erwartenden Beratungsleistung sicherzustellen, sind Maßnahmen der Qualitätssicherung und Evaluation sowie die Dokumentation der Beratungsleistung eminent wichtig. Standards einer qualitätsgesicherten Ernährungsberatung und Ernährungstherapie spielen demnach eine immer größere Rolle. Qualitätssichernde Maßnahmen sollten auch einen Diskurs guter Qualität im Sinne der Förderung der Patienteneinmündigkeit integrieren. Um diesen Mangel zu beheben, ist die aktive Mitarbeit aller im Berufsverband tätigen Ernährungsfachkräfte gefordert.

Zukunftsorientierung

Impulse für die Zukunftsorientierung der Ernährungsberatung und -therapie lassen sich aus den sozialepidemiologischen Be-

stärker noch als bisher sollten sich Ernährungsberatung und -therapie daher sowohl an **sozialen Faktoren** als auch an **Wirtschaftlichkeitskriterien** orientieren, etwa in folgender Weise:

- Stärkere Zielgruppen- und Setting-Orientierung (bislang sind die Angebote eher an den Anbietern als an den Zielgruppen oder dem Setting orientiert).
- Stringente Orientierung und Umsetzung von Angeboten für sozial Benachteiligte.
- Berücksichtigung des Gender Mainstreaming-Prinzips (für die einzelnen Maßnahmen muss geprüft werden, ob sie Frauen und Männer gleichermaßen erreichen und ob es nicht in vielen Bereichen für Männer und Frauen unterschiedliche Angebote geben sollte).
- Konsequente Verknüpfung von verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen (bislang werden beinahe ausschließ-

beispielsweise Rabatteffekte beim Lebensmitteleinkauf zu erschließen.

Weitere Vorschläge zur Zukunftsorientierung von Ernährungsberatung und -therapie ergeben sich aus der gesundheitswissenschaftlichen und -ökonomischen Forderung nach mehr Qualitätssicherung und Evaluation. Hierzu bietet es sich an, dass der Berufsverband der Diätassistenten (VDD) seine bisherigen Bemühungen um bundesweite Koordinierung und Vernetzung der Dokumentation und Evaluation beratender und therapeutischer Dienstleistungen im Ernährungsbereich verbindlicher gestaltet und vertieft. ■

Literatur

1. Eckart WU: *Geschichte der Medizin*. Berlin, Springer (2005)
2. Thomson G: *Die ersten Philosophen. Forschungen zur altgriechischen Gesellschaft, Band. II, Berlin-Ost* (1974)
3. Barlösius E: *Soziologie des Essens. Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung*. Weinheim, Juventa (1999)
4. Hufeland CW: *Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern*. Stuttgart, Hippokrates (1975)
5. Gurlt E: *Hufeland, Christoph Wilhelm*. In: *Allgemeine Deutsche Biographie (ADB)*, Bd 13, 286–296 (1962)
6. Schauder P, Ollenschläger G: *Ernährungsmedizin. Prävention und Therapie*. München, Urban & Fischer (2006)
7. SVRKiG: *Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Sondergutachten 1995. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung*. Baden-Baden, Nomos (1995)
8. SVRKiG: *Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit – Zielbildung, Prävention, Nutzenorientierung und Partizipation, Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, Bd 1, Gutachten 2000/2001*. Baden-Baden, Nomos (2002):
9. Hurrelmann K: *Determinanten von Gesundheit*. In: *BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim, Fachverlag Peter Sabo (2004)



Abb. 1: Bedingungsfaktoren des Gesundheits- und Krankheitszustandes der Bevölkerung (nach [9], S. 27)

funden der Gesundheitswissenschaften ableiten. ◆ **Abbildung 1** zeigt die **3 Determinanten von Gesundheit**, wie sie der Nestor der Gesundheitswissenschaften in Deutschland, Prof. Dr. Klaus HURRELMANN, durch die Auswertung von drei Jahrhunderten epidemiologischer Forschung ermittelt hat. Die stärkste Determinante der Bevölkerungsgesundheit stellt demnach der sozialsystemische Bereich dar, die schwächste die medizinische Versorgung.

lich individuelle Faktoren bei der Beratungsleistung berücksichtigt, die sozialsystemische Perspektive fehlt noch).

Praktische Umsetzungsbeispiele für diese Forderungen sind beispielsweise zugehende Ernährungsberatung für sozial benachteiligte Männer, zugehende Kochkurse für Alleinerziehende und Migranten, sowie zugehende Beratung von Kindertagesstätten und Schulen in sozialen Brennpunkten zur Netzwerkbildung, um