



21. Leipziger Fortbildungsveranstaltung für Ernährungstherapie

Bereits zum 21. Mal fand im März 2010 die Leipziger Fortbildungsveranstaltung für Ernährungstherapie statt. Erfasst wurde ein Themenspektrum von Ernährungsberatung über Diabetes, Zöliakie, Ernährung bei Lebererkrankungen und Krebs bis hin zur Vorstellung von Weiterbildungsangeboten.

Die Veranstaltungsreihe wurde begründet als „Fortbildung für Diätassistenten“ im Nachwendejahr 1990. Veranstalter ist neben der Medizinischen Berufsfachschule, Fachbereich Diätassistenz, die DGE e. V., Sektion Sachsen, und der Förderverein für Medizinische Ausbildung FörMA e. V.. Auch in diesem Jahr wurde wieder deutlich, welche wichtige Rolle auf die Zielgruppe Diätassistenten zugeschnittene Angebote bei der Weiterbildung spielen. Es konnten über 400 Teilnehmer begrüßt werden.

Nach den einführenden Worten von Dr. Stefan VOGES und Dr. Barbara ENDER ging Prof. Dr. Peter SCHWARZ vom Universitätsklinikum Dresden auf die Rolle des Übergewichts und die besondere Problematik der **viszeralen Adipositas bei Diabetes mellitus Typ 2** ein. Das Fettdepot im Bauch hat eine entscheidende Bedeutung bei der Entwicklung des Diabetes mellitus. Aus der Fettzelle im viszeralen Fett

werden über 100 verschiedene Hormone sezerniert, die Bluthochdruck, Insulinresistenz, Fettstoffwechselstörungen oder auch Erkrankungen wie Impotenz, Depressionen und Demenz bedingen können. Damit ist für eine präventive Intervention die Reduktion des viszeralen Fettes ein wichtiges Ziel. Der beste Parameter ist dabei

der Taillenumfang. Jegliche Verringerung des Taillenumfangs stellt einen Benefit für den Patienten dar. Ein weltweites Netzwerk zur Diabetesprävention ist im Aufbau. Interessierte sind eingeladen,

sich im Netzwerk unter der Internetadresse www.activeindiabetesprevention.com zu registrieren.

Dr. Anke TÖNJES vom Universitätsklinikum Leipzig gab einen Überblick über Therapieziele und leitliniengerechte Therapie des Diabetes mellitus und ging auf die Therapie des Diabetes Typ 2 mit **neuen oralen Antidiabetika** ein. Vor wenigen Jahren wurden inkretinbasierte Therapieformen für die Behandlung des Typ-2-Diabetes eingeführt. Sie machen sich die physiologischen Wirkungen des Darmhormons Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) zu Nutze. GLP-1 stimuliert bei Hyperglykämie die Insulinsekretion, hemmt die Glukagonsekretion, verzögert die Magenentleerung und wirkt als zentralnervöser Mediator der Sättigung. In vitro sowie in Tierexperimenten verbessert GLP-1 die Betazellfunktion. Für die Therapie wurden langwirksame, DPP-4-resistente GLP-1-Analoga („Inkretin-Mimetika“) oder DPP-4-Inhibitoren („Inkretinverstärker“) entwickelt¹. Beide Substanzgruppen senken den HbA_{1c} und verbessern die Glykämie ohne intrinsisches Hypoglykämierisiko. Sie hemmen ferner die Glukagonsekretion und tragen somit zur Hemmung der Glukosefreisetzung aus der Leber bei. GLP-1-Analoga müssen als Peptide subkutan verabreicht werden. Sie senken außerdem das Körpergewicht, was bei übergewichtigen Patienten mit Typ-2-Diabetes ein zusätzlicher positiver Effekt ist. DPP-4 Inhibitoren sind oral wirksam und weniger spezifisch, da durch sie auch die Degradation des Inkretinhormons Gastric inhibitory Polypeptide (GIP) und anderer Peptidhormone gehemmt wird. Sie sind gewichtsneutral und gut in Kombination mit Metformin einsetzbar. Bei beiden Substanzgruppen sind keine schwerwiegenden Nebenwirkungen bekannt.

Ein weiteres neues Therapieprinzip in der Diabetologie sind SGLT2-Hemmer. Die Wirkung basiert auf der Hemmung eines im Nierentubulus exprimierten natriumabhängigen Glukosetransporters (SGLT2),

durch die die Glukoserückresorption nicht mehr so effektiv funktioniert. In Studien konnte bei Gesunden und Typ-2-Diabetikern eine erhöhte Glukoseausscheidung belegt werden. Bei Diabetikern konnte eine Reduktion des HbA_{1c} und des Körpergewichts erreicht werden. Ob die chronisch gesteigerte Glukosurie ohne langfristige Probleme bleibt, wird sich zeigen.

Diplompsychologin Julia KUGLER stellte sich Fragen zur **Verhaltensmodifikation in der Ernährungsberatung**. Die Anwendung psychologischer Erklärungsansätze in der Ernährungsberatung steigert die Handlungskompetenzen der BeraterInnen. Erkenntnisse über das Lernen helfen zu verstehen, wie Verhaltensmuster und Gewohnheiten beim Klienten entstanden sind. Um gewohntes Verhalten des Klienten beeinflussen und verändern zu können, ist es für die Ernährungsberatung unerlässlich, sich mit psychologischen Themenkomplexen wie Einstellungen, Emotionen und Motivation zu beschäftigen. Hierzu gehören auch die Stärkung der Selbstwirksamkeit des Klienten und die individuelle Klärung der vorhandenen Ressourcen für eine Erweiterung der Handlungsalternativen.

Dr. R. GROSSKLAUS vom Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Berlin, nahm Stellung zur **Streichung von Diabetikerlebensmitteln in der Diätverordnung**. Die aktuellen evidenzbasierten Ernährungsempfehlungen zur Behandlung und Prävention des Diabetes mellitus sind denen sehr ähnlich, die auch der Allgemeinbevölkerung zur Erhaltung der Gesundheit angeraten werden. Rechtsgrundlage des § 12 der Diätverordnung ist noch die überholte glukozentrische Sichtweise, wonach ein striktes Verbot des Zusatzes von niedermolekularen Kohlenhydraten als Grundprinzip der Diät angesehen wurde. Diabetes mellitus ist aber keinesfalls nur eine „Zuckerkrankheit“ bzw. Erkrankung des Kohlenhydratstoffwechsels, sondern betrifft auch Störungen des Protein- und

Glossar:

DPP 4 =
 Dipeptidyl-peptidase 4, ein Enzym, das GLP-1 abbaut

¹Drucker DJ, Nauck MA (2006) The incretin system: glucagon-like peptide-1 receptor agonists and dipeptidyl peptidase-4 inhibitors in type 2 diabetes. *Lancet* 368: 1696–1705

Fettstoffwechsels. Der Austausch des Zuckers gegen Zuckeraustauschstoffe bringt daher keine Vorteile.

Eine Deklaration der Broteinheiten (BE) auf Lebensmitteln ist weder im europäischen Markt noch für Diabetiker in Deutschland sinnvoll oder hilfreich. Notwendig sind vielmehr leicht verständliche Angaben zu Brennwert, Eiweiß, Kohlenhydraten und Fett sowie Gesamtzucker, gesättigten Fettsäuren, Ballaststoffen und Natrium oder Kochsalz. Diese Angaben würden die Auswahl geeigneter Lebensmittel nicht nur für Diabetiker erleichtern.

Andrea HILLER, Diätassistentin, stellte die Standards der **Zöliakie**-Diagnose vor. Die einzig gültige Therapie bei Zöliakie ist weiterhin eine lebenslange glutenfreie Ernährung ab Diagnosestellung. Erste Priorität bei der glutenfreien Ernährung heute hat der „Ersatz“ der Grundnahrungsmittel Brot, Mehl und Nudeln, die in großer Vielfalt glutenfrei angeboten werden. Neue Rohstoffe erleichtern auch das glutenfreie Backen. Glutenfreie diätetische Lebensmittel unterliegen der Diätverordnung. Neu ist die im Januar 2009 verabschiedete EU-Verordnung für glutenfreie Lebensmittel als gesetzliche Regelung für alle Lebensmittel mit der „glutenfrei“-Auslobung (Glutengehalt unter 20 ppm). Ein „sehr geringer Glutengehalt“ ist für diätetische Lebensmittel reserviert, basierend auf dem Codex-Alimentarius-Wert zwischen 20 und 100 ppm.

PD Dr. WITTENBURG vom Universitätsklinikum Leipzig stellte die Prinzipien der Ernährung bei Leberzirrhose und Aszites vor. Wesentlich bei Leberzirrhose ist der vollständige Verzicht auf Alkohol. Hierdurch wird die Prognose deutlich verbessert. Häufig liegt bei Patienten mit einer Leberzirrhose eine Mangelernährung vor. Die Zufuhr von Gesamtkalorien (35–40 kcal/kg KG/d) und Eiweiß (1,2–1,5 g Protein/kg KG/d) sollten dann gesteigert werden. Die Befürchtung, eine hepatische Enzephalopathie auszulösen, ist meist unbegründet. Nur bei ausgeprägter Enzephalopathie ist bis zur Rekompensation eine Eiweißbeschränkung gerechtfertigt. Tritt unter eiweißreicher Kost eine Enzephalopathie auf, ist eine Erhöhung des Anteils verzweigtkettiger Aminosäuren zu empfehlen. Deren Anteil ist bei pflanzlichen Eiweißen deutlich höher als bei tierischen. Es ist daher sinnvoll, Patienten mit Leberzirrhose eine Ernährung mit einem hohen Anteil pflanzlicher Eiweiße nahezu legen.

Zeigt sich in der Diagnostik von **Aszites**, dass es sich um einen portalen Aszites bei Leberzirrhose handelt, wird als Basismaßnahme der Therapie die tägliche Natriumaufnahme beschränkt. Sofern die Natriumausscheidung im Urin mehr als 78 mmol/Tag beträgt, tritt nach einer Aszitespunktion kein neues Bauchwasser auf. Liegt eine solche Natriurese nicht spontan vor, sind Diuretika erforderlich. Beim Auftreten von Aszites kann es zu einer Verdünnungshyponatriämie kommen. Eine Flüssigkeitsbeschränkung bei Aszites ist nur bei einem verminderten Natriumspiegel im Serum unter 130 mmol/l erforderlich. Weiterhin stellte Carola DEHMEL vom Krankenhaus St. Georg ein Projekt zu Diätetik und Akzeptanz einer stoffwechseladaptierten Kost für Tumorkranke vor. Dr. Ute BREHME und Silke ZUR gaben Übersichten zu anerkannten Zertifikaten für die Ernährungsberatung, zu Zertifikatslehrgängen und Qualifizierungsmöglichkeiten der DGE und zu den Weiterbildungsangeboten des Universitätsklinikums Leipzig. Abgerundet wurde die Veranstaltung durch eine Industrieausstellung. Die vollständigen Abstracts der Vorträge sind im Internet unter www.dge-sachsen.de einsehbar.

*Susanne Koch, Diätassistentin und Dipl. oec. troph.
Eulenkamp 2, 22049 Hamburg*