

Leserbriefe zum Artikel **Low-FODMAP-Diät – Ein Hype um nichts?**

Zu diesem Beitrag in Heft 9 der ERNÄHRUNGS UMSCHAU haben uns zahlreiche Zuschriften erreicht, von denen in der Print-Ausgabe einige in teilweise gekürzter Form wiedergegeben wurden. Nachstehende finden Sie die ungekürzten Zuschriften.

Diagnostische Eliminationsernährung für 2–6 Wochen

Imke Reese und Christiane Schäfer gehen in ihrem Artikel leider sehr undifferenziert mit den Erkenntnissen aus der FODMAPs-Forschung um. Sie bemängeln in ihrer ersten These die fehlende Wissenschaftlichkeit, schlagen ihrerseits aber ein Vorgehen mit „Ernährungs- und Symptomtagebüchern“ vor, dessen Wissenschaftlichkeit nie auch nur ansatzweise getestet wurde. Ernährungsstudien sind tatsächlich schwierig durchzuführen. Doppelblinde-Placebo-kontrollierte Studien sind im Bereich der Ernährung selten oder völlig praxisfremd. In der FODMAPs-Forschung wurden aus meiner Sicht sinnvolle und transparente Versuchsanordnungen vorgenommen, welche mir als Ernährungsberaterin wichtige Erkenntnisse für meinen Beratungsalltag liefern.

Die von Reese und Schäfer aufgestellten Thesen 2–4 sind schlicht falsch! Die FODMAPs-Forscher betonen ja gerade, dass Fruktose und Laktose nur bei einer Intoleranz bzw. Malabsorption als FODMAPs gelten und nur dann eingeschränkt werden müssen. Sie warnen auch davor, die strenge Phase längerfristig durchzuführen, unter anderem wegen der unterdessen bekannten, möglicherweise negativen Auswirkungen auf die Darmflora. Wenn das in Deutschland nicht so kommuniziert und gemacht wird, darf das nicht dem FODMAPs-Konzept als solchem angelastet werden. Sondern es scheint an einer guten Umsetzung in der Praxis zu fehlen.

Die Autorinnen betonen, dass gemäß Reizdarmsyndrom-Leitlinie bei „einer Kohlenhydrat-Malassimilation eine entsprechende Ernährungstherapie sinnvoll“ sei. Was anderes als „malassimierte Kohlenhydrate“ sind denn FODMAPs? Die Diagnose einer Kohlenhydrat-Malassimilation ist allerdings nicht so einfach. Die in Europa üblichen H₂-Atemtests erfassen weder alle FODMAPs-Untergruppen, noch die „H₂-Non-Producer“ noch die Beschwerden, welche auf der osmotischen Wirkung gewisser FODMAPs beruhen.

Die FODMAPs-arme Ernährung ist deshalb ein Teil der Diagnosestellung: Sie ist eine diagnostische Eliminationsernährung für 2–6 Wochen, welche zur Identifizierung derjenigen Personen führt, welche von einer FODMAPs-Einschränkung profitieren. Studien zeigen, dass 3 von 4 Personen darauf ansprechen. Bei einer Reduktion der Beschwerden kann danach mit gezielten Tests die individuelle Toleranz der verschiedenen FODMAPs-Untergruppen herausgefunden werden. Ziel ist, die FODMAPs-reichen Nahrungsmittel nur soweit nötig einzuschränken. Dies nicht nur wegen der präbiotischen Wirkung gewisser FODMAPs [1], sondern auch, um die Ausgewogenheit der Ernährung und die Anwendung im Alltag zu erleichtern. Eine Langzeitstudie zeigte, dass die FODMAPs-Einschränkung längerfristig nur zu 50 % nötig ist für eine individuell gute Beschwerdekontrolle [2]. Das beschriebene Vorgehen ermöglicht es, rasch und unter Alltagsbedingungen den Nutzen einer Ernährungsumstellung erlebbar zu machen. Es berücksichtigt zudem, dass Verdauungsbeschwerden oft nicht nur von der Ernährung abhängig sind und befähigt die Betroffenen längerfristig selbstverantwortlich zu handeln.

Die Forscher betonen zudem einhellig, dass das FODMAPs-Konzept nur in Begleitung einer erfahrenen Ernährungsfachkraft durchgeführt werden sollte. In der Schweiz und in Österreich gibt es Weiterbildungen und Arbeitsgruppen zu diesem Thema, wo die Anwendung, die Möglichkeiten und Grenzen des FODMAP-Konzeptes besprochen werden. In Österreich ist soeben ein Beratungsstandard FODMAPs-arme Ernährung erschienen.

Das FODMAPs-Konzept ist neu und es gibt tatsächlich noch einige offene Fragen. Die Empfehlungen werden sich vermutlich in den nächsten Jahren noch verändern bzw. verfeinern. Der FODMAPs-Ansatz ist weder ein Allheilmittel noch eine unzumutbare Therapie. Viele Betroffenen haben einen großen Leidensdruck und schätzen es sehr, nach dem FODMAPs-Ansatz gezielt vorzugehen und durch eine Fachperson kompetent begleitet zu werden. Ein Großteil kann so die Beschwerden wirksam reduzieren und Lebensqualität wiedergewinnen.

Ich möchte daher die Ernährungsfachkräfte in Deutschland ermutigen, die neuen Erkenntnisse im Bereich FODMAPs seriös und kritisch zu prüfen und individuell anzuwenden statt sie pauschal abzulehnen.

1. Staudacher et al. (2015) The impact of low fodmap dietary advice and probiotics on symptoms in irritable bowel syndrome: a randomised, placebo-controlled, 2 x 2 factorial trial. Gut [doi:10.1136/gutjnl-2015-309861.103]
2. Martin L (2015) Long term effectiveness of short chain fermentable carbohydrate (FODMAP) restriction in patients with irritable bowel syndrome. Gut [doi:10.1136/gutjnl-2015-309861.104 OC-104]

Beatrice Schilling

Dipl. Ernährungsberaterin FH/BSc
Baden/Schweiz

Nicht einfach einzuhalten

Mit Interesse habe ich Ihren provokanten Artikel über die Low FODMAP Diet gelesen. Ich bin als selbständige Dietitian in England tätig – nach Australien wohl das Mutterland der low FODMAP diet. Hier in England gilt die low FODMAP diet schon seit einer Weile als das Non-plus-ultra in der Ernährungstherapie von Reizdarmpatienten (bei uns IBS). Dietitians können sich im King's College London zu Spezialisten ausbilden lassen. Was ich festgestellt habe ist, dass die low FODMAP diet gern auch von Ärzten empfohlen wird und gern als erste Wahl eingesetzt wird, ohne großartig andere Faktoren, wie Lifestyle, Essensverhalten, Stress etc. zu berücksichtigen. Aber, und das wird vom King's College als sehr wichtig kommuniziert, die Diät ist nur vorübergehend, sollte vom Ernährungstherapeuten begleitet werden. Eine Wiedereinführung der Lebensmittel muss erfolgen.

In meiner eigenen Praxis handhabe ich es so, dass die low FODMAP diet erst dann zum Einsatz kommt, wenn alle anderen Interventionen und Änderungen keine zufriedenstellende Verbesserung der Symptome ergeben haben. Aber auch dann mache ich Unterschiede: Leidet ein Patient z. B. an Verstopfung, wird die Laktose nicht reduziert, da sie nicht als Trigger in Frage kommt. Außerdem ist es ganz wichtig, dass meine Patienten gleichzeitig Probiotika einnehmen und die Kost trotz Einschränkung während der Laufzeit so gesund wie möglich ist und die Patienten genug Alternativen kennen zu den Lebensmitteln, die sie temporär reduzieren oder ausschließen sollen. Die low FODMAP diet ist nicht einfach einzuhalten. Besonders hier in England, wo die Leute eher auswärts essen als selbst zu kochen, kann es eine ziemliche Challenge sein.

Hilft die low FODMAP diet? Schwer zu sagen und oft nicht einfach messbar (trotz Symptom-Skala). Ich würde sagen, 1/3 der (meiner) Patienten hat sich nur vage daran gehalten und keine Verbesserung erzielt. 1/3 hat trotz strenger Einhaltung keine zusätzliche Verbesserung erzielt (gegenüber dem, was mit traditioneller IBS Ernährungstherapie und Stressreduktion erreicht wurde) und bei ca. 1/3 der Patienten hat die Diät positiv angeschlagen und auch nach der *reintroduction phase* zu anhaltender Verbesserung der Symptome geführt.

Claudia Ehrlicher

Registered Dietitian

Den FODMAP-Patienten gibt es nicht

Jede Form der Diät, die zu starken Einschränkungen in der Lebensmittelauswahl führt, hat bei vielen Patienten oft eine zu lange und zu starke Minimierung des Speiseplans zur Folge. Vorübergehend eintretende Besserung und Angst vor der Wiederkehr der Symptome hindert viele Betroffene am Kostaufbau, sofern keine entsprechende Betreuung durch fachlich fundierte Ernährungsberatung erfolgt. Damit beginnt ein Teufelskreis. In den meisten Fällen erreichen Patienten in meiner Praxis Besserung durch individuelle Ernährungstherapie. Ich kann das Fazit der Autorinnen nur unterschreiben! *Den FODMAP-Patienten gibt es nicht.*

Dipl. oec. troph. Insa Raabe-Jost

Praxis für Ernährungsberatung und Ernährungstherapie
Osnabrück

Low-FODMAP – keine Pauschaldiät!

Den Autorinnen kann ich nur zustimmen: Bei einzelnen, von Facharzt und spezialisierter Ernährungsfachkraft umfassend betreuten Patienten kann die Low FODMAP-Strategie eingesetzt werden. In ihrer Grundkonzeption ist es eine Auslassdiät für wenige Wochen und bedarf dann eines strukturierten Kostaufbaus. Ratgeberliteratur und Diätlisten auf Internetseiten sind nach meiner Erfahrung für die Patienten in der Regel höchst verwirrend. Verbotslisten führen – wie bei vielen anderen Unverträglichkeitsthemen – häufig zu einer Kost, die wichtige Nährstofflieferanten vernachlässigt. Im Falle von Low-FODMAP offensichtlich langfristig genau für das Problemfeld selbst, den Darm und seine „Bewohner“.

Petra Funk-Wentzel

Diplom Ökotrophologin
Praxis für Ernährungstherapie & Ernährungsberatung
Stuttgart

Wissenschaftliche Begründung ist in der Tat noch sehr vage

Mit großem Interesse habe ich den Artikel von Reese und Schäfer über FODMAP gelesen. Die wissenschaftliche Begründung ist in der Tat noch sehr vage. Dass der Laie auf solche Pauschaldiäten aufspringt, ist nachvollziehbar.

Ich als Fachperson muss jedoch die Fakten nach wissenschaftlichen Kriterien beurteilen können. Da oft die Zeit fehlt, fundiert Literaturrecherche zu betreiben, bin ich für solch differenzierte Fachartikel sehr froh. Dieser Beitrag gibt mir gute fachliche Hinweise, um selber darauf professionell und kritisch mein Fachwissen aufzubauen bzw. die bisherigen wissenschaftlichen Fakten kritisch beurteilen zu können. In kurzer Zeit gibt der Artikel komprimiert Fakten zur Hand, die ich sonst mühsam, wenn überhaupt, selber erarbeiten hätte müssen.

Ich könnte mir auch vorstellen, dass Fortbildungen in dieser Art ergiebig, anregend, konstruktiv und nachhaltig wären.

Vielen Dank für diesen Beitrag und ich hoffe, dass „Im Focus“ in dieser Form weiterbesteht.

Daniel Gianelli

Leiter Gastronomie und Ernährungstherapie
Hochgebirgsklinik Davos

Erfahrung aus der praktischen Beratungsarbeit mit Reizdarm-Patienten

Mehrdimensionale Diagnostik und Ausschluss von Differenzialdiagnosen

Die fundierte Anamnese ist definiert und mehrdimensional. Beschwerden (oft schwankend) und der Leidensdruck sind multifaktoriell, offenbar auch durch schwer nachweisbare Mikroentzündungen mitverursacht und im Zusammenhang von Ernährung/Lebensstil stehend. Ursache für das Reizdarmsyndrom (Arbeitsgruppe Prof. Schemann, TUM): Mikroentzündungen, die eine Sensibilisierung des Darmnervensystems auslösen. Die irritierte Darmschleimhaut setzt vermehrt neuroaktive Substanzen frei. Ergänzend hierzu findet sich ein interessanter Artikel unter www.jem-online.at/redaktion/reizdarm-aEUR-extrem-haufig-extrem-schwierig-191.html

Nutzen und Risiken von Maßnahmen

Der Patient benötigt eine genaue Erklärung für die Notwendigkeit der Ziele und dem Nutzen eines Verbesserungsmanagements. Eine gezielte Anleitung zum Führen eines Ess-Trink-Beschwerde-Protokolls und zu achtsamer Selbstwahrnehmung ist notwendig. Zum Verständnis von sinnvollen Verhaltensänderungen und zur Motivation für eine Bereitschaft zur Lebensstiländerung kann die Auswertung schriftlich und optisch erfolgen.

Ernährung als Erstlinien-Therapie

Diese wird nach der Auswertung der Ernährungsanamnese und des Ernährungstagebuchs mit dem Patienten festgelegt. Die Ernährung sollte in vielfacher Hinsicht und insbesondere auch im Hinblick auf die Darmgesundheit und der Darm-Mikrobiota möglichst ausgewogen sein. Sie wird individuell mit

dem Patienten unter Berücksichtigung der Unverträglichkeiten und möglicher Maßnahmen ausgewählt, da RDS-Patienten sehr unterschiedliche Unverträglichkeiten zeigen. Es müssen nicht alle Stoffe aus der Kost pauschal eliminiert werden, die Symptome hervorrufen könnten, vielmehr kommen individuelle symptom- und verhaltensbezogene Maßnahmen zum allmählichen Abstellen der Beschwerden recht erfolgreich zum Einsatz.

Einsatz von „gastroenterologischer Basisdiät“ unter Anpassung in Richtung FODMAPs

Eine definierte „gastroenterologische Basisdiät“ (mit Regeln zum Mahlzeiten-Rhythmus, kleinen Mengen, gut Kauen, Auslassen von Unverträglichkeiten und individuell schwerverdaulicher Lebensmittel...) bzw. Auslassen von FODMAPs findet dann Anwendung, wenn darin ein klarer Vorteil für den Patienten besteht. Wie so oft: Die Dosis macht's! Eine Anpassung in Richtung FODMAPs als diätologische Intervention kann nur nach diätetischer Diagnose erfolgen. Leider gibt es viel Unwissenheit und Missverständnisse. Eine erfahrene Diätassistentin/Ernährungstherapeutin sollte unbedingt für das Ernährungsmanagement einbezogen werden. Sie bespricht mit dem Patienten die erforderlichen Ernährungsprinzipien, ebenso die gesamte Ernährungsumstellung (mit vorausgehendem Kostaufbau) und nimmt dem Patienten unbegründete Ängste.

Ein Ernährungsmanagement durch erfahrene Diätassistentin ist unerlässlich! Zu berücksichtigen sind:

- Unverträglichkeiten im Kontext der Gegebenheiten
- verträgliche Lebensmittel
- Ernährungsprinzipien
- Kostaufbau
- Ernährungsumstellung/günstiges Essmuster als Dauerernährung
- Wochenplan-Gestaltung

Der diätologische Prozess (diätologische Anamnese – diätologische Analyse – Therapie) als Teil der bestmöglichen Therapie für die Patienten

Datensammlung – Befundung – Ziele/Planung – Umsetzung – Zielnachhaltung/Abschluss mit Arztbericht/ Evaluation

Die Therapieumsetzung erstreckt sich vom Erkennen der Problemsituation zum kontinuierlichen Verbesserungsmanagement – mit Ressourcenaktivierung des Patienten – Reasoning „Ratio“ *bewusste, zielgerichtete und regulierbare Handlungen* – zu bewusstem Denken – Wollen – Tun. Berücksichtigung findet die häusliche Ernährung mit Einkaufsverhalten/Vorratshaltung/Speisenzubereitung und der Berufsalltag im Kontext sonstiger Gegebenheiten wie Ernährungsstil/Lebensstil, insbes. auch Stress und Stressempfinden, Krankheiten und Zustände (Gefühle: Ängste und Ärger; Depressionen/Esstörungen/Mangel: Nährstoffe u. a.).

Welche langfristigen Risiken birgt der nicht durch professionelle Ernährungsberatung begleitete „Selbstversuch“?

Stets muss auch der Diätmissbrauch besprochen werden – mit den damit verbundenen Risiken für nachteilige Lebensqualität:

- Fehl- bzw. Mangelernährung
- eingeschränkte Lebensqualität durch Angst-besetzte Auslass-Versuche bzw.
- Angst-besetzte Nahrungsaufnahme und körperlich-kognitiv-emotionale Störungen und Verunsicherungen
- fortlaufende falsche und sich verfestigende Denkmuster/falsche Prioritäten
- erlernte Hilflosigkeit durch Misserfolge (auch durch falsche Erwartungen)
- hohe Kosten für das Gesundheitswesen.

Gertraud Haberecht

German EU Dietitian für Ernährungsberatung und Diättherapie

Staatl. anerk. Diätassistentin | Diätologin (at)

Diplom Diät-/Ernährungsberaterin/DGE

Ernährungsmedizinische Beratung

Praxis der Ernährungsberatung, Diät-Esstherapie, Memmelsdorf - Lichteneiche (Bamberg)

Hype mit teilweise grotesken Formen

Wir begrüßen ausdrücklich die von Reese und Schäfer angestoßene Diskussion zum Thema FODMAP-Diet.

Aktuell gibt es besonders bei Ärzten, Patienten und in der Presse einen Hype, der diese Diätform als „das Heilmittel“ feiert. Dabei nimmt das Ganze teilweise groteske Formen an. So wurde kürzlich einer Patientin, die wegen eines Harnwegsinfekts vom Urologen behandelt wurde und dort wohl auch Durchfall ansprach, gleich die Low-FODMAP-Diät angeraten! Dies ohne jegliche Diagnostik bzw. Vorliegen eines Reizdarms!

Wir halten es deshalb für angebracht, dass wir Ernährungsfachkräfte uns mit dieser Kostform und ihren Auswirkungen kritisch auseinandersetzen. Im Moment sehen wir die allgemeine Tendenz, Low-FODMAP als „Listentherapie“ umzusetzen und diese als Dauertherapie beizubehalten, obwohl weder im Grundkonzept von Gibson und Shepard noch in den Ausführungen von Frau Schilling so beschrieben. Die wichtige Botschaft: Das Low-FODMAP-Konzept ist mehr als FODMAP-arme Ernährung und die Ernährungsberatung bei Reizdarm mehr als das Low-FODMAP-Konzept kommt leider gar nicht über!

Die Diagnose Reizdarm wurde 2006 mit den ROM-III-Kriterien aktualisiert; davor war es unter Ärzten eher eine „Verlegenheits-Diagnose“, die Patienten wurden oft in die psychosomatische Ecke gestellt. In Australien hat man 2005 bereits das Low-FODMAP-Konzept als interdisziplinäres Vorgehen von Arzt und Diätassistenten publiziert. Die individualisierte Diättherapie bei Reizdarm hat bei uns erst 2010 richtig Einzug in die S3-Leitlinie gefunden.

Wie ist das Thema Ernährung bis 2010 bzw. bis zur Entdeckung von FODMAP hier in Deutschland für die Betroffenen behandelt worden? Unsere Erfahrung aus der Praxis ist: Die Idee, eine Ernährungstherapie in die Behandlung zu integrieren, kam i. d. R. von den Patienten. Sie haben uns aktiv aufgesucht und wir haben mit ihnen eine Diättherapie durchgeführt, die sich an ihren Diagnosen, Symptomen und der Bewertung ihres Essens orientiert hat.

Was ist also so neu [an low-FODMAP], wo sind die Unterschiede? Schaut man sich FODMAP und die Empfehlungen zur individualisierten Ernährungstherapie bei Reizdarm an, dann wird die gastroenterologisch kundige Kollegin feststellen, dass in beiden Konzepten eine vernünftige Anamnese, Bewertung von Ernährungs- und Symptomtagebüchern sowie die Überprüfung von Lebensmittelauswahl, -menge und der Mahlzeitenzusammensetzung die Basis bilden. Also ganz klassisches Handwerkszeug: Der diätologische Prozess orientiert an Anamnese und Symptomatik sowie Bedürfnissen des Patienten. Deshalb muss das nicht automatisch FODMAP-Diät heißen, und eine Diätassistentin wirbt in der Regel auch nicht unbedingt mit jeder einzelnen Diätmaßnahme, sondern mit dem Hinweis, bei welchen Diagnosen sie tätig wird.

Ein Unterschied ist sicherlich, dass es zum FODMAP-Ernährungstherapie-Konzept wissenschaftliche Studien gibt. Ehrlicherweise muss man aber auch sagen, dass die Studienlage übersichtlich ist und sich im Wesentlichen mit der Reduzierung der FODMAP beschäftigt. Es gibt wenig zu weiteren Trigger-Faktoren wie Alkohol, Portionsgrößen, Stress, Mahlzeitenmenge etc. Gibson und Shepard weisen explizit darauf hin, dass die Therapie von einer erfahrenen Diätassistentin begleitet werden soll. Es gibt Hinweise u. a. bei Staudacher [1], dass bereits die Diättherapie durch eine Fachkraft die Symptome beim Reizdarm verbessert. Dies wird speziell in Veröffentlichungen im deutschsprachigen Raum und bei vielen Ärzten unter den Tisch gekehrt und man konzentriert sich nur auf die Listen mit hohem und niedrigem FODMAP-Gehalt. Anstatt den Patienten, wie empfohlen, an eine diätetische Fachkraft zu verweisen, wird einfach behauptet, diese gäbe es in Deutschland nicht, und deshalb habe man diese Info erstellt. Mit dem Ergebnis, dass es eine Fülle von widersprüchlichen, falschen und unvollständigen Informationen gibt, die Patienten mit der Umsetzung allein gelassen werden und der wichtige Aspekt, dass man nur eine Symptomlinderung erreichen kann, keine Heilung. Die dafür notwendige 2. Phase zur Austestung der individuellen Toleranz und Erweiterung der Speisenauswahl fällt unter den Tisch. Hauptsache man hat etwas, was man „diesen schwierigen Patienten“ mitgeben kann.

Es wäre sehr interessant zu untersuchen, welche Folgen eine FODMAP-arme Diät ohne fachliche Unterstützung mit sich bringt. Bisher gibt es dazu noch keine Studien. Überhaupt fehlen Erfahrungen zum Langzeiteffekt. Problematisch ist grundsätzlich die rigide Einteilung in „FODMAP-reich“ und „FODMAP-arm“. Es gibt keine klar definierten Grenzen, wenige Daten zu FODMAP-Gehalten, wenn

basieren sie auf australischen Untersuchungen, deren Lebensmittel sich in der Zusammensetzung etc. doch vielfach von unseren lokalen Produkten und Ernährungsgewohnheiten unterscheiden. Die Weitergabe von entsprechenden englischsprachigen APPs ist in der Beratung nicht geeignet, ganz besonders wenn man sieht, welche widersprüchlichen Listen nach Übersetzungen entstanden sind. Mal gelten Brombeeren als FODMAP-arm, mal als reich... Weintrauben werden als FODMAP-arm eingestuft, obwohl sie einen hohen Fruktose-Gehalt haben und diese Obstsorte bei unseren Patienten mit am häufigsten genannt wird, wenn es um Beschwerden geht. Vor allem fehlen konkrete Angaben zu Verzehrsmengen. Das macht es nicht einfach, gute Empfehlungen zu geben. Was versteht der Patient unter großen Mengen Weizenprodukten – was meinen wir – was ist die tatsächliche individuelle Grenze?

Der Effekt dieser „Schwarz-Weiß-Listen“ für die Patienten ist außerdem ähnlich wie bei Menschen mit Pollen-Allergien: Es wird alles weggelassen, weil es auf einer Liste steht – nur weil auf die möglichen Kreuzreaktionen hingewiesen wurde – selbst wenn Anamnese und Ernährungsprotokoll zeigen, dass die Lebensmittel vertragen werden.

Im deutschen Low-FODMAP-Buch von Shepard und Gibson heißt es mehrfach, dass die Diät nicht glutenfrei ist, sogar ein paniertes Stück Schnitzel wäre tolerierbar. Außerdem soll es eigentlich um die Fruktane im Getreide gehen und nicht um das Gluten. Warum sind dann aber alle Rezepte und Empfehlungen strikt glutenfrei? Warum wird auf Zöliakie getestet, um Gluten auch dann wegzulassen, wenn die Diagnose Zöliakie ausgeschlossen wurde? Vor allem auch mit dem Hintergrund, dass im Buch selbst auf fehlende wissenschaftliche Daten hingewiesen wird. In der Praxis wird von Ärzten Patienten etc. alles in einen Topf geschmissen [und behauptet] Dinkel habe weniger Gluten als Weizen, obwohl eine Analyse, die im Jahresbericht der Deutschen Forschungsanstalt 2014 zu einem ganz anderen Ergebnis kommt. Fruktane finden gar keine Erwähnung. Frau Schilling weist in ihrem Beitrag aber auch darauf hin, dass [die Verträglichkeit] eventuell etwas mit der Teigführung zu tun hat. Selbst unter Begleitung von Diätassistenten und Oecotrophologen besteht bei der Karenzphase das Risiko auf Mangelerscheinungen. Die Auswirkungen auf die Darmflora durch die Reduzierung der präbiotisch wirkenden Oligosaccharide sind ebenfalls noch ungeklärt. Hierauf verweisen auch mehrere Beiträge von Ärzten und Diätassistenten, die FODMAP einsetzen.

Klar einheitliches evidenzbasiertes Handeln sieht für uns anders aus. Selbst bei Ärzten und Fachkräften, welche die Low-FODMAP-Diät einsetzen gibt es Aussagen, dass es auch Effekte gibt, wenn man FODMAP nicht so streng umsetzt. Sollten wir uns dann nicht eher darauf einigen, dass FODMAPs eine Rolle spielen, und die Therapie eben individualisiert an den betroffenen Patienten angepasst werden muss und unbedingt in die Hände von qualifiziertem Fachpersonal gehört?

1. Staudacher HM, Lomer MC, Anderson JL et al. (2013) Fermentable carbohydrate restriction reduces luminal bifidobacteria and gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome. J Nutr 142: 1510–1518

Dip.oec.troph Iris Flöhrmann, Diätassistentin
Ernährungsberatung-Stormarn
Ahrensburg

Stefanie Metty, Diätassistentin
Diät- und Ernährungsberatung, Ernährungstherapie
Schwabach

Stellungnahme des Arbeitskreises Diätetik in der Allergologie (ak-dida) zum Thema Low-FODMAP Diät [Auszug]

Zahlreiche auf dem Markt befindliche Patientenratgeber schüren die Popularität des Konzepts und forcieren sogar eine Anwendungserweiterung auf andere, über das RDS hinausgehende Verdauungsstörungen. Zudem wird die individuelle Kostgestaltung ohne langfristige Karenzempfehlungen, wie im Ursprungskonzept fest verankert, in den meisten aktuellen Empfehlungen zu wenig beachtet. Der ak-dida sieht diese Entwicklung mit Besorgnis und positioniert sich deutlich gegen die **pauschalisierte** Anwendung einer umfassenden und einschneidenden Low-FODMAP-Diät als dauerhaftes Ernährungskonzept bei Patienten mit gastrointestinalen Symptomen. Das ernährungstherapeutische Vorgehen bei Reizdarmsyndrom sollte – wie von der S3-Leitlinie Reizdarm gestützt [1] – vielmehr auf einer fundierten Anamnese mit Überprüfung der medizinischen Befunde und Auswertung von Ernährungs-Symptomprotokollen basieren und in individuelle, symptomorientierte Empfehlungen überführt werden. Eine konstruktiv-kritische Auseinandersetzung mit dem Ernährungskonzept der Low-FODMAP-Diät in der ernährungswissenschaftlichen Fachliteratur wurde bereits angestoßen [2], deren Fortführung wünschenswert ist.

1. Layer P, Andresen V, Pehl C et al. (2011) S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Gemeinsame Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM). Z Gastroenterol 49: 237–293
2. Reese I, Schäfer C (2015) Low-FODMAP-Diät – Ein Hype um nichts? Ernährungs Umschau 62(9): M541–M545

Dr. Anja Waßmann-Otto

Dermatologisches Ambulatorium Hamburg-Alstertal
Hamburg

Schlusswort der Autorinnen

Wir freuen uns über die angeregte Diskussion, die unsere kritische Auseinandersetzung mit FODMAP-Konzept entfacht hat. Diese Diskussion ist sinnvoll und wichtig, da die breite Anwendung des FODMAP-Konzepts nicht selten im Widerspruch zu der eigentlichen Idee der Urheber steht, individuell und ohne langfristige Verbote zu arbeiten. Was beim Studieren der Leserbriefe auf den ersten Blick wie eine Kontroverse erscheint, zeigt bei näherem Hinsehen doch eine erstaunlich breite Übereinstimmung:

1. Eine ernährungstherapeutische Intervention sollte symptomorientiert und individuell erfolgen und
2. immer durch eine Ernährungsfachkraft betreut werden.
3. Pauschalen Diätvorgaben, die ohne fachliche Begleitung durchgeführt werden, sind eindeutig abzulehnen.

Wir wünschen uns, dass auch in anderen Fachkreisen ähnlich konstruktiv diskutiert wird und die o. g. Botschaften nicht nur bei Ernährungsfachkräften, sondern auch unter den kooperierenden Fachdisziplinen eine breite Anerkennung finden.

Dr. Imke Reese

München
www.ernaehrung-allergologie.de

Christiane Schäfer

Diplom-Oecotrophologin (Univ.)
Hamburg
www.christianeschaefer.de