

Bericht und Report

Journal für Ernährungsmedizin 2006; 8 (3), 39-42

Homepage:

www.aerzteverlagshaus.at

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

MIT NACHRICHTEN DER



For personal use only.

Not to be reproduced without permission of Verlagshaus der Ärzte GmbH.

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Von 19. bis 22. Oktober 2006 fand in Istanbul der 28. ESPEN Kongress der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ehem. European Society for Parenteral and Enteral Nutrition) statt. Gemäß dem Motto "Bridging the Gap Between Science and Practice" sollten wissenschaftliche Daten unter dem Blickwinkel der praktischen Anwendung präsentiert werden.

► VON DORIS FUSSENEGGER



Abb.: Türkei, Istanbul, Die blaue Moschee

ESPEN Kongress 2006: Educational Lectures im Überblick

Die inhaltlichen Schwerpunkte der stark frequentierten „Educational Sessions“ im Querschnitt:

Dr. Miguel León Sanz von der Abteilung für Klinische Ernährung in Madrid referierte über das Metabolische Syndrom (MS) und Lifestyle Interventionen. Im Klinischen Management des MS stehen die Prävention von Typ-2-Diabetes und kardiovaskulären Erkrankungen im Vordergrund. Das Hauptaugenmerk der Intervention soll dabei auf die Reduktion von Übergewicht/Adi-

positas und der physischen Inaktivität als grundlegende Ursachen für das MS gelegt werden. Die Ernährungsempfehlungen für das Metabolische Syndrom entsprechen im Wesentlichen den rezent erschienenen Diet and Lifestyle Recommendations Revision 2006 der American Heart Association (AHA; siehe Tabelle Seite 39).

Dr. Sanz zufolge ist die Gesamtenergieaufnahme das wesentliche Kriterium für die angestrebte Gewichtsabnahme von fünf bis zehn Prozent des Körpergewichts, wobei die sogenannten

„Low-Carb“-Diäten keinen zusätzlichen Vorteil bieten. Die physische Aktivität sollte nach dem „FITT Principle“ ausgerichtet sein: *Frequency*: drei- bis fünfmal pro Woche; *Intensity*: niedrig bis moderat mit schrittweiser Steigerung; *Time*: 30 bis 60 Minuten; *Type*: Aktivitäten mit niedriger Belastung (Low Impact); zum Beispiel Walking, Fahrradfahren, Aerobics, Wassergymnastik. Bei einer fünf- bis zehnprozentigen Reduktion des Körpergewichts kommt es bei Übergewichtigen zu einer Verbesserung beziehungsweise Präven-

tion der Insulinresistenz, des Metabolischen Syndroms, Typ-2-Diabetes mellitus, Dyslipidämien, Bluthochdruck und kardiovaskulären Vorfällen. Selbst wenn eine medikamentöse Therapie

der Adipositas in Betracht gezogen wird, ist eine begleitende Lebensstiländerung für eine effektive Gewichtsabnahme mit anhaltender Stabilisierung am wirkungsvollsten.

ersten zwei Lebensjahren eine starke Gewichtszunahme vermieden werden. Für Schwangere und stillende Frauen empfiehlt er die tägliche Einnahme von zirka 200 mg EPA/DHA-Supplementen.

- Balancieren Sie die Energieaufnahme und die physische Aktivität, um ein gesundes Körpergewicht zu erreichen und zu erhalten

- Integrieren Sie körperliche Bewegung in Ihre täglichen Gewohnheiten

- Bereiten Sie kleinere Portionen zu

- Ihre Ernährung sollte reichlich Obst und Gemüse enthalten

- Wählen Sie Vollkorngetreideprodukte und Nahrungsmittel mit hohem Gehalt an pflanzlichen Faserstoffen (Hülsenfrüchte)

- Konsumieren Sie mindestens zweimal wöchentlich Fisch, bevorzugt fettreiche Arten

- Reduzieren Sie die tägliche Aufnahme von gesättigten Fettsäuren auf weniger als sieben Prozent der Gesamtenergie, Transfettsäuren auf weniger als ein Prozent und Cholesterin auf weniger als 300 mg:

- Wählen Sie mageres Fleisch beziehungsweise Gemüse als Alternative,
- wählen Sie fettfreie, ein Prozent Fett enthaltende oder fettreduzierte Milchprodukte,
- Minimieren Sie die Aufnahme von hydrogenierten Fetten,
- ersetzen Sie feste Fette durch flüssige Pflanzenöle,
- bevorzugte Zubereitungsarten von Fleisch, Fisch und Geflügel sind Grillen oder Backen,
- entfernen Sie die Geflügelhaut vor dem Verzehr.

- Reduzieren Sie die Aufnahme von Getränken oder Lebensmitteln mit zugesetztem Zucker

- Beschränken Sie die Salzaufnahme durch
 - sparsame Verwendung bei der Zubereitung
 - Auswahl von salzarmen Lebensmitteln

- Wenn Sie Alkohol konsumieren, dann in Maßen (Frauen ein Getränk, Männer zwei Getränke pro Tag)

Literatur: Lichtenstein AH et al. Circulation 2006; 114: 82–96

Tab.: AHA 2006, Diet and Lifestyle Recommendations for Cardiovascular Disease Risk Reduction + Practical Tips

Prof. Philip Calder von der University of Southampton diskutierte die Rolle von Omega-3-Fettsäuren in der frühen Entwicklung des kindlichen Immunsystems. Da schon während der Schwangerschaft und in der frühen Kindheit grundlegende immunologische Veränderungen erfolgen, könnte die Fettsäurezusammensetzung der Ernährung, die Immunkompetenz sowie die funktionelle Entwicklung beeinflussen. Atopische Erkrankungen sind mit einem unterdurchschnittlich niedrigen Omega-3-FS-Status zu Gunsten von Omega-6-Fettsäuren assoziiert. Die langkettigen Omega-3-Fettsäuren EPA und DHA sind Gegenspieler der Omega-6-FS-Arachidonsäure und können diese partiell in Zellmembranen ersetzen. Eine frühe Aufnahme von langkettigen Omega-3-Fettsäuren EPA und DHA (aus fettreichem Fisch) über Plazenta und Muttermilch könnte somit die immunologische Entwicklung verbessern, bis hin zu einer möglichen Prävention von atopischen Erkrankungen.

Prof. Berthold Koletzko von der Universität München bezeichnet die Ernährung in der Kindheit als wesentlichen Prädiktor für die Gesundheit im Erwachsenenalter. Das heißt, im Kindesalter kommt es zu einer frühen metabolischen Programmierung der späteren Gesundheit. Die verfügbare Evidenz für den gesundheitlichen Langzeitbenefit des Stillens zeigt günstigere Cholesterinwerte im Alter von 13 bis 16 Jahren, einen niedrigeren Blutdruck und eine geringere Intima Media Dicke sowie weniger atherosklerotische Plaques im Erwachsenenalter. Eine Studie an bayrischen Kindern sowie eine rezente Meta-Analyse deuten darauf hin, dass das Risiko für die spätere Entwicklung von Übergewicht signifikant geringer ist, je länger das Kind gestillt wird. Im Konkreten wurde für jedes Monat ein um vier Prozent verringertes Risiko berechnet. Laut Koletzko sollte in den

Prof. Biesalski von der Universität Stuttgart-Hohenheim beleuchtet in seinem Beitrag das Risiko und den Nutzen der Supplementierung von Vitaminen und Antioxidantien. Risikogruppen und Risikofaktoren für einen defizitären Status sind ältere Personen, strenge Vegetarier, Raucher, rigides Diätverhalten (< 1.500 kcal), chronischer Alkoholmissbrauch, Adipositas, Diabetes, chronische Entzündungsprozesse, Krebs, Malabsorption und neurodegenerative Erkrankungen. Die häufigsten Nährstoffmängel bei älteren Personen mit degenerativen Erkrankungen und Osteoporose betreffen Folsäure, Vitamin D, B₁₂, B₆, Fe und Antioxidantien.

Die Einnahme von einzelnen Vitaminen in normaler Dosierung (1–3 x RDA) wirkt sich im Falle von selektiven Defiziten günstig aus und scheint nach derzeitiger Evidenz ohne Risiko zu sein. Dies gilt auch für Multivitaminpräparate bei unbalancierter Ernährung von Risikogruppen beziehungsweise zur Verbesserung des Nährstoffstatus vor Operationen oder unter klinischen Bedingungen. Bei schwangeren Frauen zeigen Daten aus China und den USA eine drastische Reduktion von Neuralrohrdefekten nach Supplementierung oder Anreicherung mit Folsäure. Auch wenn in Interventionsstudien kein Risiko für hohe Vitamin E-Gaben beobachtet werden konnte, sollte Vitamin E jedenfalls mit Vitamin C im Verhältnis eins zu drei kombiniert werden. Damit kann eine ausreichende Regeneration des Vitamin E zum Schutz vor weiterer Oxidation von Membranen gesichert werden. Prof. Biesalski weist darauf hin, dass das einzige Risiko von normal-dosierten Multivitaminpräparaten darin besteht, wenn diese zur Kompensation eines ungesunden Lebensstils eingenommen werden.

In der Frage nach dem Einsatz von Supplementen im Sport berichtet **Prof. Stefan Mühlebach** von der Universität

Bern, dass mittlerweile ein unübersichtliches Spektrum von meist gut vermarkteten und kostenintensiven Nahrungsergänzungsmitteln verfügbar ist. Unter den als „ergogenen“ beworbenen Präparaten ist jedoch außer für Kreatin keine Evidenz für einen potentiellen leistungssteigernden Nutzen gegeben.

Unter den zahlreichen Referenten war Österreich durch die Wissenschaftler **Prof. Michael Hiesmayr** (Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Wien) und **Prof. Erich Roth** (Leiter des Chirurgischen Forschungslaboratoriums an der Medizinischen Univer-

sität Wien) vertreten. Im Rahmen der Sir David Cuthbertson Lecture wurde Prof. Erich Roth eingeladen, die Ehrenvorlesung mit dem Titel „Immune and cell modulation by amino acids“ zu halten. Nähere Infos dazu finden Sie auf den AKE-Seiten (siehe Seite 46).

Prof. Hiesmayr präsentierte gemeinsam mit Frau Dr. Karin Schindler die ersten Resultate des Nutrition Day 2006, an dem 748 Stationen aus 25 Ländern mit 16.455 Patienten teilnahmen. Dabei zeigte sich mitunter, dass weniger als 50 Prozent der Patienten die kompletten Mahlzeiten verzehrten. Als häufigsten Grund für die verringerte Nah-

rungsaufnahme gaben die Patienten an, keinen Hunger zu haben. Laut Datenauswertung verdoppelt beziehungsweise vervierfacht sich jedoch das Mortalitätsrisiko bei Patienten, die nur die Hälfte oder ein Viertel der Mittag Mahlzeit verzehrten. ■■

Eine ausführliche Sammlung der Kongresspräsentationen (inklusive „Nutrition Day-first results“) ist auf der ESPEN Homepage unter folgendem Link bis Jänner 2007 verfügbar:
www.espen.org/lectures

Diaetologen: AK Ernährung und Geriatrie

Der Anteil älterer Menschen (Personen von 60 oder mehr Jahren) in Europa beträgt derzeit etwa 20 Prozent und wird nach Schätzungen im Jahr 2020 auf 25 Prozent ansteigen (WHO 2002). „Dramatische“ demographische Veränderungen sind in der Gruppe der sehr alten Menschen (80 Jahre und älter) zu verzeichnen. Gerade aufgrund dieser Altersentwicklung ist das Aufgabengebiet von Diaetologen im Bereich der Geriatrie von großer Bedeutung und es ist wichtig, KollegInnen für dieses Betätigungsfeld zu sensibilisieren.

Der Arbeitskreis Ernährung und Geriatrie wurde im Jahr 2000 gegründet und setzt sich aus einem Team von rund 20 DiaetologInnen aus ganz Österreich unter dem wissenschaftlichen Beirat von Prim. Univ.-Doz. Dr. Peter Fasching und OA Dr. Thomas Frühwald zusammen. Die Leitung des Arbeitskreises obliegt Maria Kandlbauer und Susanne Bayer. Wir sind Ansprechpartner im Bereich Ernährung/Diätetik im Alter. Ziel des Arbeitskreises ist eine Verbesserung der ernährungsmedizinischen Versorgung von Klienten/Patienten in geriatrischen Einrichtungen. Ziel der Ernährung im Alter ist die Erhaltung der Lebensqualität, das bedeutet für die meisten Menschen vor allem eine

Der Arbeitskreis Ernährung und Geriatrie innerhalb des Verbandes der Diaetologen Österreichs arbeitet seit sechs Jahren gemeinsam mit ärztlich-wissenschaftlichen Experten an der Verbesserung der ernährungsmedizinischen Situation in geriatrischen Einrichtungen.

► MARIA KANDLBAUER



© PHOTODISC

unabhängige Lebensführung und den Erhalt der Alltagskompetenz. Schwerpunkt der ernährungsmedizinischen Beratung in der Geriatrie stellt die Mangelernährung in Kombination mit Multimorbidität dar.

Unser Service besteht aus dem Erarbeiten von Standards beziehungsweise Richtlinien, zum Beispiel im Bereich von Mangelernährung, Diabetes mellitus, Schluckbeschwerden, Osteoporose, Dekubitus, Obstipation und Diarrhoe. Weiters sind wir Ansprechpartner für KollegInnen, medizinische Fachkräfte, Institutionen und Vereine. Außerdem sind wir an der Zusammenarbeit mit Firmen aus dem Lebensmittel- beziehungsweise Pharmabereich interessiert und bei Tagungen im In- und Ausland präsent (unter anderem am ersten gemeinsamen Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie von 16. bis 18. November 2006 in Berlin).

Die Bedeutung einer gesunden Ernährung im jüngeren Alter ist bereits zahlreich erforscht, wie wichtig eine angepasste Ernährung im geriatrischen Bereich ist, wird immer noch viel zu wenig beachtet.

Ernährungsmaßnahmen im Alter – wozu?

Mit gezielten Ernährungsmaßnahmen kann jeder dazu beitragen, dass Alterungsprozesse langsamer fortschreiten, Alterskrankheiten seltener oder später auftreten und die Lebensqualität erhalten bleibt. Eine Resolution des Europarates zur Ernährungsversorgung in Krankenhäusern aus dem Jahr 2003 könnte auch als Grundlage für geriatrische Einrichtungen dienen. Die Erhebung des Ernährungszustandes bei jedem Patienten und bei Bedarf eine daraus folgende Ernährungstherapie stehen im Mittelpunkt dieser Resolution. Die Probleme der Ernährung im Alter hängen häufiger mit einem Mangel an Nährstoffen und Energiezufuhr zusammen, als mit einem Überfluss der Nahrungsmittel. Etwa zehn Prozent der Menschen über 60 Jahren leiden unter chronischer Mangelernährung. Die daraus entstehenden Folgeerkrankungen

und Kosten belasten das Gesundheitssystem enorm. Vor allem in Pflegeheimen wird vermutlich der Anteil der mangelernährten alten Menschen in den kommenden Jahren weiter zunehmen, da Mangelernährung vor allem auch bei Demenzkranken sehr häufig vorkommt und in Pflegeheimen etwa drei Viertel der Bewohner eine dementielle Erkrankung haben.

Die Kachexie im Alter ist ein überaus komplexes Thema mit multifaktoriellen Ursachen. Im Jahr 2005 haben sich renommierte Experten aus Geriatrie, Pflegewissenschaft, Ernährungsmedizin und -wissenschaft sowie Vertreter von Krankenkassen und Seniorenverbänden aus Deutschland zu einer „Allianz gegen Mangelernährung im Alter“ zusammengeschlossen. Ziel der Allianz ist es, die Situation mangelernährter Menschen zu verbessern und die Entstehung von Mangelernährung im Alter weitestgehend zu vermeiden. In diesem Team arbeitet auch eine deutsche Berufskollegin, mit der wir bereits in Kontakt getreten sind. (www.allianz-gegen-mangelernaehrung.de/)

Frühzeitige Therapie

Generell ist eine frühzeitige Therapie anzustreben, da die Behebung von Verlusten an Körpersubstanz beim älteren Menschen einer größeren Anstrengung bedarf als bei jüngeren Erwachsenen. Ziel ist eine Gewichtsstabilisierung, denn bereits verlorene Körpermasse kann der ältere Mensch meist nicht mehr aufbauen. Der kalorische Aufwand für ein Kilogramm Gewichtszunahme beträgt bei älteren Personen 8.856 bis 22.620 Kilokalorien im Gegensatz zu jüngeren Personen (mit Anorexia nervosa) mit 7.500 Kilokalorien. Um diesem Faktor rechtzeitig entgegensteuern zu können, wurde der Body-Mass-Index (BMI) für Personen über 65 Jahren von verschiedenen internationalen Gesellschaften höher angesetzt, sodass der Normalbereich für diese Altersgruppe zwischen 22 und 26,99 liegt, im Gegensatz zum gesunden Erwachsenen mit 19–25 BMI Normalbereich. In geriatrischen Einrichtungen werden diese Probleme bereits häufig durch die Einrichtung von interdisziplinären

Ernährungsteams aufgegriffen. Jede Berufsgruppe sollte ihren Beitrag dazu leisten. Mittels eines validierten Ernährungsassessments kann ein Risiko für Mangelernährung rasch erkannt und in weiterer Folge eine entsprechende „ernährungsmedizinische Therapie“ eingeleitet werden. Auch im seit 1. Juli 2005 gültigen Wiener Wohn- & Pflegeheimgesetz wird das Recht des Bewohners auf eine „bedarfsgerechte Ernährung oder Diät“ betont.

Aufgaben der Diätologen bei geriatrischen Personen

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit beziehungsweise Schulung, damit beispielsweise Mangelernährung frühzeitig erkannt wird;
- Ernährungsassessment, Früherkennung der Risikopersonen (MNA[®], SGA[®], AKE-Screening, AKE-CD zum Ernährungsmonitoring[®]...);
- Interventionsmaßnahmen bei bereits mangelernährten Patienten (Kalorienanreicherung, appetitfördernde Maßnahmen, geeignete Kostform...);
- Angehörigenberatung;
- Abklärung der Essenssituation zu Hause;
- Diagnose Kachexie im Entlassungsbrief anregen.

Essen bedeutet Lebensfreude – mit geringem Aufwand den größtmöglichen Nutzen zu erzielen! Nützliche Tipps und optimale Hilfestellung bietet der Arbeitskreis Ernährung und Geriatrie. ■■

LITERATUR

- 1 F. Robinson, British Nutrition Foundation – Vereinigtes Königreich. Ernährung für die Gesundheit im Alter, 03/2003.
- 2 J. Bauer, Nürnberg. Mechanismen des Gewichtsverlustes beim geriatrischen Krankenhauspatienten und therapeutische Ansätze. Berlin, Ernährung 2006. www.allianz-gegen-mangelernaehrung.de
- 3 D. Volkert, Erlangen. Prävalenz der Malnutrition des alten Menschen in Deutschland – Ambulanz, Pflegeheim, Krankenhaus. Berlin, Ernährung 2006.
- 4 D. Volkert. Ernährung im Alter. Quelle und Meyer, Wiesbaden, 1997.

Korrespondenzadresse: Maria Kandlbauer, Arbeitskreisleitung Ernährung und Geriatrie des Verbandes der Diätologen Österreichs, Grüngasse 9/Top 20, 1050 Wien, E-Mail: geriatrie@diatologen.at