

JOURNAL FÜR MENOPAUSE

GYGLI C

*Die ernährungsmedizinische Beratung im Menopausenzentrum des
Inselspitals Bern*

Journal für Menopause 2000; 7 (2) (Ausgabe für Schweiz), 14-20

Journal für Menopause 2000; 7 (2) (Ausgabe für Deutschland)

13-20

Journal für Menopause 2000; 7 (2) (Ausgabe für Österreich)

14-20

Journal für Ernährungsmedizin 2003; 5 (3) (Ausgabe für Schweiz)

24-27

Homepage:

www.kup.at/menopause

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

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

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



C. Gygli

DIE ERNÄHRUNGSMEDIZINISCHE BERATUNG IM MENOPAUSENZENTRUM DES INSELSPITALS BERN

The medical advice on nutrition from the menopause centre of the Inselhospital in Berne

Summary:

Women with obesity, glucose intolerance, disturbances of the lipid levels, hypertonia, osteoporosis, deficient and incorrect nutritional habits as well as other medical problems are advised by a specialist for preventive and clinical nutrition in the surgery for nutritional medicine at the menopause centre of the Frauenklinik of Berne.

A medical checklist, technical and laboratory tests and the history of the patient serve as a basis for the various forms of nutritional therapy supplied by the clinic.

Although obesity is the most common reason for referral, it is necessary to ensure a sufficient supply of minerals (calcium, magnesium, potassium, selenium and zinc), vitamins (E, C, folic acid, B2, B6, D), proteins and

carbohydrates in addition to a general reduction of the calories and the fat intake. Many of the referred women regularly undergo physically and psychically strenuous weight reducing programmes (partly on medical advice). In the long term these are generally unsuccessful, lead to deficient nutrition and result in artificially reduced eating habits. Nutritional advice should never simply aim at an optimal supply of nutrients, it must also aim at an improvement of the quality of life. An analysis of the current situation allows concrete measures for the reaching of interim goals to be set. The clients are helped to fit these goals to their daily life and hence enabled to analyse their own behaviour and to develop their own enjoyable strategies to bring about desired changes.

Key words: *menopause, osteoporosis, malnutrition, lifestyle, vitamins*

und Kohlehydraten ein Schwerpunkt in der Beratung sein.

Viele der zugewiesenen Frauen unterziehen sich regelmäßig (auch auf ärztliche Verordnung) körperlich und psychisch belastenden Gewichtsreduktionsprogrammen. Diese bleiben langfristig meistens erfolglos, führen zu Nährstoffmängeln und einem gezügeltem Eßverhalten. Eine Ernährungsberatung darf nie nur eine optimale Nährstoffzufuhr zum Ziel haben, sondern muß auch die Verbesserung der Lebensqualität fördern. Aufgrund einer Ist-Analyse werden konkrete Maßnahmen für die Erreichung von Teilzielen geplant. Die Klientinnen werden bei der Umsetzung in den Alltag begleitet und dazu befähigt, ihr Verhalten selber zu analysieren und eigene, auch genussvolle Strategien zu entwickeln, um erwünschte Veränderungen dauerhaft zu festigen.

DAS MENOPAUSENZENTRUM – INTERDISZIPLINARITÄT ALS KONZEPT

ZUSAMMENFASSUNG

In der ernährungsmedizinischen Sprechstunde des Menopausenzentrums der Universitäts-Frauenklinik Bern werden Frauen mit Adipositas, Glukoseintoleranz, Dyslipidämien, Hypertonie, Osteoporose, Mangel- und Fehlernährung, aber auch mit anderen internistischen Problemen von einer Fachperson für präventive und klinische Ernährung beraten.

Als Grundlage für die verschiedenen ernährungstherapeutischen Maßnahmen dienen die medizinische Anamnese, Labor, technische Untersuchungen und die Biographie der Betroffenen.

Obwohl Adipositas der wichtigste Überweisungsgrund ist, muß neben der Reduzierung der Gesamtenergie und Fettmenge auch die genügende Versorgung mit Mineralstoffen (Kalzium, Magnesium, Kalium, Selen, Zink), Vitaminen (E, C, Folsäure, B2, B6, D), Proteinen

Auf der gynäkologischen Endokrinologie der Universitäts-Frauenklinik des Inselspitals Bern wurde die Menopausensprechstunde nach der Auswertung einer Marktanalyse initiiert. Zwei Informationsveranstaltungen im Winter 98/99 wurden von rund 1000 Frauen und Männern besucht. Die Spezialsprechstunde konnte sich als Institution zur ganzheitlichen Betreuung von 356 Frauen und einem Mann (Andropause) mit insgesamt 794 Konsultationen im Zeitraum vom Januar bis Ende Oktober 1999 etablieren.

Die medizinische Betreuung der Frauen erfolgt durch zwei Ärztinnen und einen Arzt mit Ausbildungen in Endokrinologie, Gynäkologie, Allgemeinmedizin und Psychosomatik.

Die medizinische Abklärung erfolgt unter Beachtung des subjektiven Empfindens (Biographie, berufliche und familiäre Situation) und durch eine objektive Beurteilung (Klinik, technische Untersuchungen). Gemeinsam mit den Klientinnen werden ganzheitliche Therapieansätze ausgearbeitet. Wichtige Kontakte mit anderen medizinischen Disziplinen ergeben sich vor allem in den Bereichen Senologie, Osteologie, Endokrinologie, Ernährungs- und Physiotherapie.

Zuständig für die Ernährungsberatung ist eine diplomierte Ernährungsberaterin. Sie ist verantwortlich für die Überprüfung der ärztlichen Therapieempfehlungen, die Festlegung der Maßnahmen und die praktische Durchführung aller Ernährungsberatungen und -therapien nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Angeboten werden neben Einzelsitzungen auch Gruppenkurse mit Ernährungsberatung und Bewegungsphysiotherapie für Adipositas und Osteoporose (letztere mit einer ärztlich geleiteten Fragestunde).

INDIKATIONEN FÜR DIE ERNÄHRUNGSTHERAPIE

Verschiedene Untersuchungen und Daten dienen als Grundlage für die Abklärung der wichtigsten Indikationen für eine Ernährungsberatung:

- *Angaben aus der medizinischen Anamnese*
- *Labor, andere Parameter*
 - Body Mass Index (BMI)
 - Körperfettverteilung
 - Gewichtsverlauf
 - Blutdruck
 - Lipidprofil: Gesamtcholesterin, LDL, HDL, Triglyzeride
 - Nüchternblutglukose, HbA1c
 - Harnsäure
 - Parameter zum Knochenstoffwechsel
 - Knochendensitometrie

Die häufigsten Indikationen für eine Ernährungstherapie [1, 2] werden nachfolgend aufgezählt und genauer beschrieben.

Adipositas, unerwünschte Gewichtszunahme

Das Gewichtsproblem als ein Leitsymptom der Menopause ist der häufigste Überweisungsgrund für eine Ernährungstherapie. Altersabhängige und hormonell bedingte Stoffwechselveränderungen führen zusammen mit einer verringerten körperlichen Aktivität und möglicherweise häufigen drastischen Versuchen zur Gewichtsreduktion zu einem tieferen basalen Energiebedarf. Veränderungen der Lipolyseaktivität begünstigen eine verstärkte, vorwiegend androide Fettanlagerung.

Aus dem Zusammenspiel dieser verschiedenen Faktoren ergibt sich eine prozentuale Zunahme der Fettmasse und eine Gewichtszunahme oft schon vor dem Eintreten der Menopause.

Glukoseintoleranz und Dyslipidämien

Veränderungen des Insulin-, Kohlenhydrat- und Lipidmetabolismus werden häufig erstmals im Rahmen der Menopausensprechstunde festgestellt.

Hypertonie

Gemeinsam mit einer Insulinresistenz und Adipositas findet sich häufig ein ernährungstherapeutisch positiv beeinflussbarer arterieller Blutdruck.

Osteoporose oder prädisponierende Faktoren für Osteoporose

Die zugewiesenen Frauen haben vorwiegend eine familiäre Prädisposition, eine frühe Menopause, endokrine Erkrankungen, eine exzessive sportliche Betätigung, anamnestische Eßstörungen oder iatrogene Ursachen, wie z. B. eine Steroidtherapie.

Gastrointestinale Probleme

Sie können beispielsweise als Folge von Malabsorptionen (z. B. Laktoseintoleranz), unspezifischen Nahrungsmittelunverträglichkeiten, zu geringer Trinkmenge, Laxanzienabusus oder medikamentösen Therapien auftreten.

Fehlernährung

Diätexzesse, anamnestische oder aktuelle Eßstörungen, alternative Kostformen, aber auch die unsachgemäße Instruktion und Durchführung von medizinisch indizierten Ernährungsformen, führen häufig zu einer chronischen Mangelernährung.

Andere mögliche Indikationen

Verschiedene internistische Probleme können eine Überweisung zu einer Ernährungsberatung sinnvoll machen, z. B. maligne Erkrankungen als Kontraindikationen für peri- und postmenopausale Hormonersatztherapien, Gallensteine, Gicht, rezidivierende Nierensteine, eine verminderte Immunabwehr oder Nahrungsmittelallergien (Kuhmilchweißallergie).

MANGEL- UND FEHLERNÄHRUNG — EIN DAUERTHEMA!

Mit zunehmendem Alter reduziert sich der Gesamtenergiebedarf, jedoch kaum der Protein-, Vitamin- und Mineralstoffbedarf [3]. Die Erfahrung zeigt, daß viele der zugewiesenen Patientinnen bedeutende Nährstoffdefizite aufweisen. Als Folge von Maßnahmen bei ernährungsbedingten Problemen entsteht bei unkundiger Beratung oder einem Programm in Eigenregie häufig ein Mißverhältnis oder ein Mangel an Makro- und Mikronährstoffen [4]. Gerade dies ist aber unerwünscht, zeigt sich doch immer klarer, daß ein Zusammenhang zwischen pathologischem Geschehen und der Zufuhr bestimmter Nahrungsinhaltsstoffe besteht.

Insbesondere das mittlerweile weitverbreitete Wissen um die Bedeutung einer Fettreduktion führt oft zu einer langfristigen extremen Einschränkung tierischer Nahrungsmittel und zu einer ungenügenden Protein- und Kalziumzufuhr von unter 600 mg/d (Empfehlung in/nach der

Menopause: 1200–1500 mg!) sowie zu einer ungenügenden Versorgung mit Selen, Zink und den Vitaminen D, B2 und B6. Eine unverhältnismäßige Einschränkung von hochwertigen sichtbaren Fetten bewirkt eine geringere Vitamin E-Zufuhr. Stärkebeilagen, also auch Vollkornprodukte und Hülsenfrüchte, werden immer noch häufig als vermeintliche Dickmacher zu massiv reduziert, was nicht selten zu einem Hungerzustand mit Ketogenese und einer wiederum verminderten Selen-, Kalium- und Magnesiumaufnahme führt.

Gemüsen und Obst wird dabei als Lieferanten von sekundären Pflanzeninhaltsstoffen, Folsäure oder Vitamin C und als relativ energiearmen Magenfüllern zu wenig Bedeutung geschenkt.

Die massiven Einschränkungen bei stark gezeigtem Eßverhalten werden dann gerne mit fett- und zuckerreichen „Belohnungen“ oder Eßattacken kompensiert [5]. Von sinnvollen ernährungstherapeutischen Maßnahmen zum Schutz vor einer übermäßigen Abnahme der Knochendichte, vor karzinogenen Prozessen, vor Arteriosklerose oder zur Regulierung des Blutdrucks kann bei dieser Art von Ernährung nicht gesprochen werden. Auch als Maßnahme zur langfristigen Gewichtsregulierung taugen sie nicht, da eine Reduzierung der Muskelmasse durch die zu geringe Protein- und Kohlenhydratzufuhr eine unerwünschte Grundumsatzsenkung mit sich bringt [6].

Präparate zur Substitution werden dabei häufig nicht eingenommen oder sind unangepaßt, etwa in Form von Monoprä-

paraten (z. B. Vit. C oder Vit. B-Komplex in Megadosen) oder gängigen Präparaten mit einem nur teilweise oder minimal abgedeckten Vitamin- und Mineralstoffgehalt.

FRAUEN ALS KLIENTINNENGRUPPE

Frauen sind eine anspruchsvolle und kritische Klientinnen-Gruppe. Aufgrund ihrer Sozialisation beschäftigen sie sich intensiv mit Ernährungsfragen und haben ein großes Bedürfnis, fachkundige Stellungnahmen zu kontroversen Fragen zu erhalten. Die Diskussion alternativer Kostformen ist immer wieder ein wichtiges Thema, was auch für Ernährungsfachleute eine große fachliche und psychologische Herausforderung darstellt. Fundierte Kenntnisse in Ernährungsphysiologie, -psychologie und Diätetik und die Fähigkeit zur Hilfestellungen bei der praktischen Umsetzung der Empfehlungen sind gefragt!

Daß Frauen in westlichen Ländern häufiger von Adipositas betroffen sind als Männer, ist ein weit verbreitetes, falsches Vorurteil. Verschiedene Studien, u. a. die Resultate der schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/1993, zeigen auf, daß die BMI-Werte aller Perzentilen und Altersgruppen von 7358 befragten Frauen tiefer liegen als für die 7930 befragten Männer. Von Übergewicht (Grad I–III nach WHO-Definition) betroffen sind rund 21,8 % der Frauen und 39,2 % der Männer [7]! Auch eine Befragung der Universitätsklinik für Psychiatrie in Innsbruck von je 1000 Tiroler Frauen und

Männern [8, 9] und die Auswertung der Untersuchung von insgesamt 31.289 Personen aus Frankreich, den Niederlanden, Belfast (Nordirland), Schweiz, Spanien und Italien durch die EURALIM-Studiengruppe zeigte durchschnittlich höhere Body Mass-Indizes für Männer als für Frauen [10].

Trotzdem sind Frauen offensichtlich immer die bevorzugten Zielgruppen von vielen, auch zweifelhaften, Programmen oder Methoden zur Gewichtsreduktion, in denen physiologische, aber auch emotionale oder soziale Bedürfnisse kaum berücksichtigt werden.

Frauen bezeichnen sich oft als übergewichtig, obwohl ihr Gewicht bei einem akzeptablen BMI liegt [11]. Kaum eine der zugewiesenen (auch nicht adipösen) Frauen hat nicht schon mehrere Versuche zur Gewichtsreduktion hinter sich. Nicht selten sind diese mit leidvollen Erfahrungen verbunden, unter anderem auch wegen der gewählten Methode selber. Genannte Beispiele sind eine 400-Kcal.-Diät kombiniert mit ärztlich verordnetem Amphetamin, Thyroxin oder humanem Chorion-Gonadotropin (hCG), Nulldiäten, obskure pseudomedizinische Diäten wie die „Mayo-Klinik-Diät“ oder die „Max-Planck-Diät“ (von der sich das gleichnamige angesehene Institut dezidiert distanziert). Auch die alleinige Abgabe von Antiadiposita ohne eine gleichzeitige umfassende Ernährungs- und Verhaltenstherapie ist weit verbreitet.

Die Frauen berichten dann nach einer „erfolgreich“ durchgestandenen Methode von der darauffolgenden Gewichtszunahme und

dem Gefühl des Versagens. Unrealistische Erwartungen, Vergleiche mit Anpreisungen aus der Werbung oder das Anstreben des damaligen Gewichtes als junge Frau sind nicht selten weitere Faktoren, die Enttäuschungen vorprogrammieren.

ANGEPASSTE ERFOLGSKRITERIEN: DAS BEISPIEL ADIPOSITAS- THERAPIE

Bei jeder klinischen Ernährungstherapie, nicht nur für Adipositas, ist es sinnvoll mit den Patientinnen Erfolgskriterien ausführlich zu besprechen, um sie von unrealistischen Erwartungen wegzuführen und eine Basis für viele individuelle Therapieansätze und realistische Zielsetzungen zu schaffen.

Ein Beispiel für angepasste Erfolgskriterien für die Adipositas sind die Empfehlungen des Institute of Medicine (IOM) der amerikanischen National Academy of Sciences von 1995, die Pudel und Ellrott 1998 [5] mit dem Punkt 5, „Verbesserung der Lebensqualität“ ergänzt haben (siehe Tabelle 1). Die zusätzlich zu den Punkten 1–4 erwähnte Verbesserung der Lebensqualität nimmt auf das subjektive Empfinden der Patientinnen Rücksicht, trägt so auch individuellen Bedürfnissen und dem Wohlbefinden Rechnung und verbessert die Compliance.

Obwohl ein normaler BMI von 19,5–25 das geringste Risiko für Morbidität und Mortalität bedeutet, soll also ein gesundes Gewicht nicht als alleinige Zieldefinition für bereits Übergewichtige dienen. Für die meisten Adipösen ist als

Anfangsziel die Verhinderung einer Gewichtszunahme und die Erhaltung einer moderaten Gewichtsreduktion von 5–10 % des Ausgangsgewichts zu setzen. Damit kann schon eine Verbesserung der Insulinsensitivität und der Blutdruckeinstellung erreicht werden [5].

VERHALTENSÄNDERUNG — HILFE ZUR SELBSTHILFE

Menschliches Ernährungsverhalten wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst und kann deshalb durch Maßnahmen, wie z. B. die Abgabe eines Planes, eines Antiadiposits oder von Diätetika, nicht dauerhaft verändert werden. Ernährungsberatung ist nicht nur Wissensvermittlung, sondern vor allem Verhaltenstherapie und berücksichtigt individuelle körperliche und emotionale Bedürfnisse. Zur Einleitung einer dauernden Verhaltensänderung soll die Klientin längerfristig begleitet und zur Entwicklung individueller, flexibler und selbstbestimmter Strategien befähigt werden.

Tabelle 1: Kriterien für ein erfolgreiches Gewichtsmanagement (nach IOM und Ellrott & Pudel, 1998 [5])

1. Langfristiger Gewichtsverlust
 - ≤ 5 % des Ausgangsgewichts
 - 1 Jahr oder länger
2. Verbesserung von gewichtsassoziierten Erkrankungen
3. Verbesserung des Gesundheitsverhaltens
 - Ernährung, regelmäßige körperliche Aktivität
 - regelmäßige ärztliche Kontrolle
4. Überwachung von durch das Programm selber verursachten unerwünschten Nebenwirkungen
5. Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität

1. Erstgespräch

Das Erstgespräch ist ein wichtiger Einstieg, der neben der initialen Vorbereitung der Patientin durch die behandelnden Ärzte/Ärztinnen entscheidend ist für den weiteren Verlauf der Beratung. Es dient zur Klärung von Vorstellungen über mögliche Ziele, Inhalte und den Ablauf der Ernährungsberatung und die Rollen von Beraterin und Klientin. Unrealistische Vorstellungen und Ängste werden relativiert, grundsätzliche Fragen geklärt. Die Klientinnen berichten über Wissen, Erfahrungen, Vorstellungen, Anliegen und Hoffnungen in Zusammenhang mit der Ernährungsberatung/Erkrankung und ihrem persönlichem Umfeld.

Je nach den Bedürfnissen der Klientinnen wird ein Thema, z. B. Veränderungen des Stoffwechsels und Grundumsatzes durch Crash-Diäten, ausführlicher behandelt. Eine Übersicht über häufige Themen befindet sich in Tabelle 2.

2. Verhaltensdiagnose/Ist-Analyse

Als Basis für die Planung weiterer Maßnahmen dient zusätzlich die Erfassung der Lebens- und Eßgewohnheiten der Klientinnen mittels Gesprächen und 6tägigen Ernährungs-Tagebüchern (wieviel, wovon, wie oft, weshalb, unter welchen Umständen gegessen?). Die Tagebücher ermöglichen eine objektive Beurteilung der Nährstoffzufuhr, zeigen aber auch Verhaltenstendenzen (z. B. restriktive Eßgewohnheiten, Eßattacken etc.) auf und dienen der Klientin als Grundlage zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Eßverhalten.

Diese Ist-Analyse dient dazu, die nötigen Änderungen im Verhalten aufzuzeigen, um daraufhin die nötigen konkreten Schritte zur Beratungsplanung festzulegen.

3. Beratungsplanung

Berücksichtigt werden einerseits aus ernährungsphysiologischer Sicht wichtige Veränderungen der Ernährungsweise zur erwünschten Stoffwechselbeeinflussung (z. B. die Erhöhung der Kaliumzufuhr bei Hypertonie), aber andererseits auch die Bereitschaft und Möglichkeiten der Klientinnen, nötige Änderungen durchzuführen. Gemeinsam werden konkrete Maßnahmen geplant und Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt, wel-

che die Erreichung von überprüf-
baren Zwischenzielen ermöglichen. So kann schrittweise eine Annäherung an das aus medizinischer Sicht angestrebte Endziel angegangen werden.

4. Selbstbeobachtung, Übernahme von Eigenverantwortung

Durch geeignete Hilfsmittel und Informationsmaterial, gezielt eingesetzte Beobachtungsaufgaben und das Führen von Eß-, Verhaltens- und Bewegungstagebüchern, aber auch durch regelmäßiges Wiegen (max. 1x/Woche) erhalten die Patientinnen sinnvolle Mittel zur Informationsbeschaffung und Selbstbeobachtung und somit auch die Möglichkeit, ihr Verhalten auch ohne therapeutische Fremdkontrolle langfristig zu kontrollieren und zu verändern [12].

Tabelle 2: Mögliche Themen beim Erstgespräch

- Bereitschaft für Beratung und Ernährungsumstellung
- Sozial-, Ernährungs-, Bewegungsanamnese
- Ressourcen (seelische, geistige, zeitliche und finanzielle)
- Klärung der Rolle der Klientin/der Beraterin
- Vergleich der Ziele der Klientin mit Zielen der Beraterin
- Krankheitslehre
- Bedeutung von ausgewählten Nährstoffen
- Aufzeigen konkreter Möglichkeiten, Stoffwechselveränderungen zu beeinflussen
- Diäterfahrungen: Erfolge, Mißerfolge
- Leidensdruck, psychische Befindlichkeit bezogen auf Erkrankung
- Zufriedenheit mit Körperbild/Körpergefühl
- Crash-Diäten, Wunderdiäten und körperliche Folgen
- Wirkung und Sinn von Medikamenten (z. B. Antiadiposita, Supplemente) und Formuladiäten
- Vorlieben, Abneigungen, Gewohnheiten
- Kochkenntnisse

FAZIT

Die Ernährungsberatung ist als eigenständiges Fachgebiet im interdisziplinären Betreuerteam des Menopausenzentrums integriert. Die Zusammenarbeit zwischen dem Ärzteteam, der Ernährungsberatung und der Physiotherapie ermöglicht so eine umfassende und professionelle Betreuung der Klientinnen und die Beobachtung von Fortschritten auf verschiedenen Ebenen. Eine Therapie kann laufend neuen Bedürfnissen angepaßt oder neu eingeleitet werden (z. B. Psychotherapie oder Antiadiposita).

Obwohl Gewichtsprobleme aus medizinischer Sicht und für die Frauen selber oft im Vordergrund stehen, dürfen andere ernährungsmedizinische Aspekte nicht außer

Christine Gygli

Geboren 1963, in Suhr, Schweiz. 1983 Maturität am neusprachlichen Gymnasium Aarau, Schweiz. Von 1984 bis 1990 Tätigkeiten in verschiedenen Arbeitsgebieten und Auslandsaufenthalte. Von 1991 bis 1994 Ausbildung zur diplomierten Ernährungsberaterin SRK. Juni 1994 bis April 2000 verantwortliche Ernährungsberaterin der Universitäts-Frauenklinik des Inselspitals Bern. 1998 Zusatzausbildung zur Ausbilderin SVEB1 in Erwachsenenbildung. 1999 Projektmitarbeit beim Aufbau des Menopausenzentrums der gynäkologischen Endokrinologie an der Frauenklinik, Bereich Ernährung. Seit Mai 2000 Ausbilderin an der Schule für Ernährungsberatung im Ausbildungszentrum des Inselspitals Bern.



Selbständige Tätigkeit: Unterricht, Referate, Fachartikel, Beratung.

Korrespondenzadresse:

Christine Gygli
Ausbildungszentrum Insel
Schule für Ernährungsberatung
CH-3010 Bern, Murtenstraße 10
E-mail: christine.gygli@azi.insel.ch

acht gelassen werden. Die Zufuhr aller Nährstoffe gilt es zu beachten, insbesondere die Empfehlungen zur Ernährungstherapie/Prävention von Glukose- und Fettstoffwechselstörungen, Hypertonie und Osteoporose.

Ernährungsberatung heißt, alle internistischen, sozialen und psychischen Faktoren in das Therapiekonzept miteinzubeziehen. Vor allem soll die Freude am eigenen Körper, trotz Erkrankung oder Gewichtsproblem, aber auch die Lust am Essen (ohne dauerndes schlechtes Gewissen) gefördert werden; ausgehend von der Ten-

denz vieler Diätwilliger zwischen extremem Verzicht und übermäßiger Nahrungszufuhr zu schwanken, sind dies Hauptaufgaben in der Ernährungsberatung. Für viele Frauen ist es schlußendlich eine Erleichterung, überhaupt wieder „normal“ essen zu dürfen und sich von extremen Einschränkungen distanzieren zu können!

Damit erwünschte Prozesse in Gang kommen, braucht es Zeit, Geduld und die Bereitschaft der Betroffenen, sich von der Vorstellung einer „vorübergehenden Kur“, welche heroisch und mit zusammengebissenen Zähnen

durchgemacht werden muß, zu lösen. Für eine lebenslange erwünschte Umstellung braucht es eine gesunde Lebensweise, welche Raum läßt für ein hohes Maß an Lebensfreude und Genuß.

Literatur:

1. Biesalski HK (ed). Ernährungsmedizin. Thieme, Stuttgart, 1999.
2. Mall-Haefeli M (ed). Ganzheitliche Betrachtung der Menopause. Hans Huber, Bern, 1996.
3. Volkert D. Ernährung im Alter. Quelle & Meyer, Heidelberg, 1997.
4. Leitzmann C, Michel P. Alternative Kostformen aus ernährungsphysiologischer Sicht. Akt Ernähr Med 1993; 18: 2–13.
5. Ellrott T, Pudel V. Adipositas therapie, Thieme, Stuttgart 1998.
6. Singh MA. Combined exercise and dietary intervention to optimize body composition in aging. Ann NY Acad Sci 1998; 854: 378–93.
7. Eichholzer M, Lüthy J, Gutzwiller F. Epidemiologie des Übergewichts in der Schweiz: Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/1993. Schweiz Med Wochenschr 1999; 129: 353–61.
8. Kinzl JF, Traweger C, Kindl S. Eßverhalten Tiroler Frauen: Ergebnisse einer Befragung. Ernährungsumschau 1998; 45: 18–20.
9. Kinzl JF, Traweger C, Trefalt E. Eßverhalten Tiroler Männer: Ergebnisse einer Befragung; Ernährungsumschau 1998; 45: 392–5.
10. The EURALIM Studygroup Nutrition & The Heart. Healthy Living in Europe. European Communities, Geneva, 1998.
11. Crawford D, Campbell K. Lay definitions of ideal weight and overweight. Int J Obes Relat Metab Disord 1999; 23: 738–45.
12. Pudel V, Westenhöfer J. Ernährungspsychologie. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen, 1991.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)