

Kreißl A, Widhalm K

**Minireview: Essverhalten und Essensauswahl**

*Journal für Ernährungsmedizin 2010; 12 (2), 26-29*

**Homepage:**

**[www.aerzteverlagshaus.at](http://www.aerzteverlagshaus.at)**

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

MIT NACHRICHTEN DER



# 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**





MINIREVIEW

# ESSVERHALTEN UND ESSENSAUSWAHL

**Welche Determinanten sind ausschlaggebend? Hat „Essen“ mit Erziehung zu tun, oder ist es uns genetisch vorgegeben, welche Vorlieben wir haben oder entwickeln werden?**

Alexandra Kreißl\*, Kurt Widhalm

Essverhalten und die Auswahl an Lebensmitteln sind sehr komplexe Prozesse, die durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden. Tabelle 1 gibt einen kurzen Überblick über die unterschiedlichen Determinanten, die in der Essensauswahl eine Rolle spielen und eine Kombination aus genetischen und umweltbedingten Faktoren darstellen.

„Brain Function“-Studien sind ein wichtiger Schritt, um die Interaktionen zwischen den Determinanten des Essverhaltens zu verstehen.“

Der gegenwärtige Lebensstil hat dazu beigetragen, dass die Interaktionen zwischen den verschiedenen Determinanten noch komplexer geworden sind. Rezente Studien zu „Brain Function“ und Genetik führen zu einem besseren Verständnis in Bezug auf die physiologischen und psychologischen Prozesse im menschlichen Essverhalten. Die Mehrheit der Menschen hat eine Intention „gesund“ zu essen.<sup>1</sup> Außerdem wurde nachgewiesen, dass das Wissen über „Healthy eating“ – auch in sozialen Brennpunkten – sehr hoch ist.<sup>2</sup> Demzufolge wissen die Leute, was sie essen sollen und haben dies auch vor, aber sie sind nicht in der Lage, die Intentionen in gesundes Essverhalten zu transportieren bzw. umzulagern. Dies ist auch der Grund dafür, dass es zahlreiche Kampagnen in Europa gibt, die zum Ziel haben, herauszufinden, wie das Wissen über gesunde Ernährung beeinflusst werden kann.



Determinanten	
Biologische Faktoren	Alter, Geschlecht, Genetik, Präferenzen/Vorlieben für bestimmte Lebensmittel, „Brain Function“, Einstellung, Hedonistisches Bedürfnis
Moderner Lebensstil	Außer-Haus-Verzehr, Art der Arbeit, Convenience Produkte, Fast Food, Berufstätigkeit der Eltern (keine regelmäßigen Mahlzeiten bei Tisch in der Familie), TVs/Computer, Autos, Stress, Supermärkte
Physikalische Eigenschaften	Auswahl, Vielfalt, Etikettierung der Produkte, Schmackhaftigkeit, Portionsgrößen, Schulen (Mensa, Buffet, Kantine)
Ökonomische Faktoren	Einkommen, sozio-ökonomischer Status, Lebensmittel-Preise, Arbeit, Bildung, Ernährungswissen
Soziale Aspekte	Kultur, Erziehung, Familie, Freunde, Marketing, Werbung, Globalisierung
Andere Einflüsse	Migration, Rauchen, Bewegung, Schlaf, Verstädterung, Psyche, Weltwirtschaftskrise

**Tabelle 1:** Einflussfaktoren auf Essverhalten und Essensauswahl

Fotos: © Photo Alto

## Die wichtigsten Einflüsse

### 1. DER ÜBERGANG VOM STILLEN ZUR BEIKOST

Die Präferenzen für ein genussvolles Essen werden vor allem von der Mutter an das Kind, prägend in der frühen Kindheitsphase, wo die Bindung am engsten ist, übergeben. Während die Präferenzen für süß und salzig (und wahrscheinlich auch für fettig) vererbt werden, verändern sich die vererbten Abneigungen für bitter und sauer. Der Grund dafür ist eine Kombination aus wiederholter Geschmacks-Aufnahme, Konditionierung und Modellierung. Aus wissenschaftlicher Sicht gibt es „sensiblere“ Perioden in der Entwicklung des Geschmacks. Es konnte gezeigt werden, dass die Ernährung der Mutter, die während der Schwangerschaft ins Fruchtwasser übergeht und vom Fötus geschluckt wird, Einfluss auf den späteren Geschmack hat.<sup>3</sup> Einige Studien haben vor allem unterschiedliche Süßkonzentrationen untersucht, wobei die Neugeborenen Präferenzen für das Süße haben, die unabhängig von Lernerfahrungen sind, und eine Aversion gegen saures, salziges und bitteres Essen.<sup>4,5,6</sup> Wissenschaftler haben herausgefunden, dass sich die Salzpräferenz erst im Kleinkind- bis Grundschulalter entwickelt und auf erfahrungsbedingtes Lernen zurückführen lässt.<sup>7</sup> Am wichtigsten ist der Zeitpunkt, wann das erste Mal Nahrung zugeführt wird, bevor es zur Entwicklung von Neophobia kommt.<sup>8</sup> Es ist bekannt, dass Eltern einen großen Einfluss auf Kinder haben. Aber auch das Verhalten der Eltern beim Füttern, besonders das der Mutter, ist wichtig für die Entwicklung des Essverhaltens des Kindes.<sup>9</sup> Die Praktiken der Eltern beeinflussen das Kind maßgeblich in Bezug auf den Kontakt (Art, Menge, Häufigkeit) als auch die Reaktion auf ein bestimmtes Nahrungsmittel (z.B. Ablehnung). Dies manifestiert sich mit dem fünften Lebensjahr und bildet die Grundlage für das Essverhalten im erwachsenen Alter. Der Kontakt, und die damit verbundenen Erfahrungen mit gewissen Nahrungsmitteln, werden als mere exposure effect bezeichnet.<sup>1</sup>

### 2. DER ÜBERGANG VOM KINDES-INS JUGENDALTER

In Studien konnte nachgewiesen werden, dass Kinder im Alter von 3-5 Jahren bereits ausgeprägte „Lifestyle-Muster“ haben. Deswegen ist die Kindheitsphase für die Entwicklung sehr wichtig, aber auch für das Essverhalten. Übergewichtige Vorschulkinder sind nachweislich weniger aktiv, mehr als 2h/Tag Fernsehen wird mit Übergewicht assoziiert, eine vermehrte TV-Frequenz wird mit einer höheren Energie-Aufnahme ver-

bunden.<sup>11-14</sup> Deswegen sollten die Kinder schon mit „Vorsicht als mit Nachsicht genießen“. Frühe Erfahrungen (egal ob negative oder positive) in Bezug auf Physical Activity und Food Choices können Einfluss auf die spätere Nahrungsmittelauswahl und die Einstellung zu Bewegung und Sport haben.<sup>15-20</sup> Die potentiellen Determinanten auf das Verhalten von Volksschulkindern zeigen, dass persönliche (Wissen, Selbstvertrauen, Geschmackspräferenzen), sozioökonomische, umweltbedingte (Einfluss durch Eltern, Gesellschaft, Freunde, Marketing, Werbung, die Einstellung der Eltern zum Gewicht und die Qualität der Lebensmittel) und ökologische Faktoren (Möglichkeit, Zugang und Angebot) Einfluss auf das Verhalten haben.<sup>21-23</sup>

### 3. DER ÜBERGANG VOM JUGEND-INS ERWACHSENENALTER

Im Teenager-Alter haben sich sowohl der Lebensstil als auch die Sportaktivitäten gefestigt.<sup>24</sup> Man sagt „Der Mensch ist ein Gewohnheitstier“ und dieses Sprichwort ist auf jegliche Art von Verhalten umlegbar. Zurzeit ist es so, dass vor allem Jugendliche eine erhöhte Aufnahme an Süßigkeiten als auch Junk Food wie Pommes Frites, Pizza und Hamburgern haben. Folglich wird von dieser Personengruppe weniger an Früchten, Gemüse, Vollkornprodukten, fettfreiem Fleisch und Fisch aufgenommen. Das beschriebene Essverhalten resultiert in einer erhöhten Zufuhr an Fett, gesättigten Fettsäuren, Trans-Fetten und zugeführtem Zucker mit ungenügender Mikronährstoff-Aufnahme wie Kalzium, Eisen, Zink, Kalium, als auch Vitamin A, D, C, und Folsäure.<sup>25</sup> Neben der Familie spielt auch die Schule eine sehr wichtige Rolle in der Entwicklung von „gesundem Lifestyle“. Vor allem Ganztagschulen haben einen großen Einfluss auf das Ernährungsverhalten durch deren Auswahl in Kantinen, Buffets und in der Mensa. Nicht zu vergessen sind die Schulkameraden und Freunde, da diese auch großen Einfluss auf die Jugendlichen haben.

### 4. VERFÜGBARKEIT UND ANGEBOT AN LEBENSMITTELN

Der Einkauf bestimmt natürlich maßgeblich die Zusammensetzung der Mahlzeiten und die Verfügbarkeit von Snacks, Früchten

etc. hat wiederum Einfluss auf deren Konsum und Verzehrshäufigkeit. In einer Studie konnte gezeigt werden, dass adipöse Menschen im Supermarkt mehr Kalorien kaufen und Nahrungsmittel, die mehr Fett enthalten.<sup>26</sup> Abgesehen davon, auch wenn die Regale mit unterschiedlichen Marken übersättigt sind, greift der Mensch immer wieder zu den gleichen Lebensmitteln, da die gewohnten Geschmäcker eines bekannten Produktes vertrauter sind. Nederkoom et al. haben in einer rezenten Studie basierend auf dem „Stop signal task“ (SST) nachgewiesen, dass Erwachsene, die „impulsiver“ sind, signifikant mehr essen, aber nur, wenn sie hungrig sind. Der „Stop signal task“ ist ein Hilfsmittel, um die Impuls-Kontrolle zu messen. Eine andere Studie dieser Arbeitsgruppe, basierend auf dem gleichen Prinzip, wurde an Studenten in einem virtuellen Supermarkt durchgeführt, um zu messen, inwieweit Hunger Auswirkungen auf deren Einkauf hat. Auch hierbei konnte gezeigt werden, dass die „impulsiveren“ Teilnehmer mehr Kalorien eingekauft haben, insbesondere Snacks, wenn sie hungrig waren. Als Fazit konnte bei beiden Untersuchungen festgestellt werden, dass bei Sättigung keine Unterschiede zu beobachten sind, aber wenn Hunger verspürt wird, dann dieser Auswirkungen auf die Impuls-Kontrolle hat.<sup>27</sup> Im Allgemeinen hat der Mensch den Wunsch nach einem angenehmen Geschmack und dies wird als hedonistisches Bedürfnis bezeichnet. Der Schwerpunkt dieser Theorie beruht darauf, dass es primär nicht um das Grundbedürfnis geht – die „Sättigung“ – sondern um den Geschmack und den damit verbundenen Genuss. Hierbei wird zwischen „Liking“ und „Wanting“ unterschieden.<sup>28</sup> Dieses Bedürfnis beeinflusst wiederum die Essensauswahl, den Einkauf und vieles mehr.

### 5. BRAIN FUNCTION/IMAGING UND GENETIK

Die Essens-Wahrnehmung basiert auf physiologischen Prozessen, durch die äußeren Sinnesorgane kommt es zu einer Chemo-rezeption der Stimuli. In einem weiteren Schritt kommt es zu einer Umwandlung in elektrochemische Erregungsmuster der Nervenbahnen, die als sensorische Bilder ins Gehirn gelangen. Zum Teil ist die Fähigkeit der chemosensorischen Merkmale angeboren, kann aber auch trainiert werden und wird durch Sinneswahrnehmungen, psychologische Faktoren und Motivation beeinflusst. Neuroimaging liefert wichtige Ansätze, ist aber mit enormen Kosten und Zeitintensivität verbunden. Die Ergebnisse sind von vielen an Faktoren wie Alter, »



**Konklusion**

Die Motivation eines Neugeborenen zu essen, wird primär durch Hunger und Sättigung reguliert, was in weiterer Folge vor allem durch sozio-kulturelle Lernprozesse abgelöst wird. Weitere Studien sind notwendig, um die Determinanten für den Übergang von guten Intentionen und Absichten zum tatsächlichen Verhalten und wie dies positiv beeinflusst werden kann, zu untersuchen. Einerseits werden Geschmäcker angeboren, andererseits stellen sie erfahrungsbedingte Lernprozesse dar. Kulturell und regional geprägte Präferenzen werden durch Liking by tasting erlernt und führen letztendlich zu einer Habitualisierung. Von wissenschaftlichem Interesse wären Präferenzstudien, die aber nicht nur Geschmacksqualitäten isoliert untersuchen (süß/salzig/sauer/bitter), sondern auch die mannigfaltigen Interaktionen der Sensorik wie Geruch, Textur, Temperatur, Farbgebung, etc. inkludieren. Sie wären auch in Zusammenhang mit genetischen Determinanten und Brain Function/Imaging (beispielsweise im Vergleich von Eltern/Kind) von enormer Wichtigkeit.

Reifegrad, individueller Metabolismus, Motivation, Müdigkeit, Aufmerksamkeit, Hunger und Sättigungs-Zustand abhängig. Studien, die mit fMRI (Functional magnetic resonance tomography) durchgeführt worden sind, konnten zeigen, dass visuelle emotionale Stimuli höheren motivierenden Einfluss haben. Die verursachen größere Reaktionen in der Amygdala und in visuellen sensorischen Gehirnregionen.<sup>29-32</sup> Die Genetik ist ebenfalls wichtig für die Entwicklung von Präferenzen in Bezug auf „Mögen/Like“ von süßen und salzigen Geschmacksrichtungen und das „Nicht-Mögen/Dislike“ von bitterem und saurem Geschmack.<sup>33-34</sup> Variationen in Geschmacks-Rezeptor-Genen hat Einfluss sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen auf deren Geschmacks-Sensitivität. Es ist z.B. bekannt, dass das Bitter-Schmecken vererbt wird und großen individuellen Schwankungen unterliegt. Insgesamt enthält das menschliche Genom 25 Gene, die die Rezeptoren für „bitter“ kodieren (TAS2R). Am besten untersucht wurden bisher die Bitter-substanzen PROP (Propylthiouracil) und PTC (Phenylthiocarbamid). Hierbei hat man zwischen sogenannten „Taster“ und „Non-Taster“ unterschieden, und der Polymorphismus des TAS2R38 stellt die Ursache dar, ob der bittere Geschmack besser wahrgenommen wird oder nicht. Im Hinblick auf den Gender-Aspekt konnte gezeigt werden, dass Frauen häufiger „Supertaster“ sind als Männer.<sup>35</sup>

Mag. Alexandra Kreißl,  
Univ.-Prof. Dr. Kurt Widhalm,  
Abteilung für Ernährungsmedizin,  
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde,  
Währinger Gürtel 18 – 20, 1090 Wien  
\*Korrespondenzadresse:  
alexandra.kreissl@meduniwien.ac.at

**REFERENZEN:**

1. Billoft-Jensen A, V Groth M, Matthiessen J, Wachmann H, Christensen T, Fagt S. Diet quality: associations with health messages included in the Danish Dietary Guidelines 2005, personal attitudes and social factors. Public Health Nutrition 2009, 12:1165-1173
2. Crombie IK, Kiezebrink K, Irvine L, Wrieden WL, Swanson V, Power K, Slane PW. What maternal factors influence the diet of 2-year-old children living in deprived areas? A cross-sectional survey. Public Health Nutr. 2009, Aug;12(8):1254-60. Epub 2008 Sep 30
3. Mennella JA, Jagnow CP, Beauchamp GK. Prenatal and postnatal flavor learning by human infants. Pediatr 2001 Jun;107(6):E88
4. Desor, J.A., Maller, O. & Turner, R.E. Taste acceptance of sugars by human infants. Journal of Comparative and Physiological Psychology 1973 84, 496-501
5. Nisbett, R.E. & Gurwitz, S.B. Weight, sex and eating behavior of human newborns. Journal of Comparative and Physiological Psychology 1970, 73, 245-253
6. Steiner, J.E. Human facial expressions in response to taste and smell stimulation. Advances of Child Development and Behavior 1979, 13, 257-295
7. Cowart, B.J. Development of taste perception in humans. Sensitivity and preference throughout the life span. Psychological Bulletin 1981, 90, 43-68
8. Harris G. Development of taste and food preferences in children. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2008 May;11(3):315-9
9. Faith MS, Scanlon K, Birch L, Francis L, Shery B. Parent-Child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. Obes Res 2004; 12: 1711-1722
10. Birch L. Development of food preferences. Annual Review of Nutrition 1999; 19: 41-62
11. Reilly JJ, Jackson DM, Montgomery C, et al. Total energy expenditure and physical activity in young. Scottish children: mixed longitudinal study. Lancet 2004; 363: 211-2
12. Metallinos-Katsaras ES, Freedson PS, Fulton JE, Shery B. The association between an objective measure of physical activity and weight status in preschoolers. Obesity (Silver Spring) 2007;15: 686-94
13. Lumeng JC, Rahnama S, Appugliese D, Kaciroti N, Bradley RH. Television exposure and overweight risk in preschoolers. Arch Pediatr Adolesc Med 2006; 160:417-22
14. Manios Y, Kondaki K, Kourlaba G, Grammatikaki E, Birbilis M, Ioannou E. Television viewing and food habits in toddlers and preschoolers in Greece: the GENESIS study. Eur J Pediatr 2008
15. Skinner JD, Caruth BR, Bounds W, Zeigler PJ. Children's food preferences: a longitudinal analysis. J Am Diet Assoc 2002; 102: 1638-1647
16. Skinner JD, Caruth BR, Bounds W, Ziegler P, Reidy K. Do food-related experiences in the first 2 years of life predict dietary variety in school-aged children? J Nutr Educ Behav 2002; 34: 310-5
17. Nicklaus S, Boggio V, Chabanet C, Issanchou S. A prospective study of food variety seeking in childhood, adolescence and early adult life. Appetite 2005; 44:289-97
18. Maynard M, Gunnell D, Ness AR, Abraham L, Bates CJ, Blane D. What influences diet in early old age? Prospective and cross-sectional analyses of the Boyd Orr cohort. Eur J Public Health 2006; 16: 316-24
19. Mattocks C, Deere K, Leary S, et al. Early life determinants of physical activity in 11 to 12 year olds: cohort study. Br J Sports Med 2008; 42:721-4
20. Reilly JJ. Physical activity, sedentary behaviour and energy balance in the preschool child: opportunities for early obesity prevention. Proc Nutr Soc 2008; 67:317-25
21. Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. Med Sci Sports Exerc 2000; 32: 963-75
22. Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database Syst Rev 2005;CD001871
23. Ferreira I, van der Horst K, Wendel-Vos W, Kremers S, van Lenthe FJ, Brug J. Environmental correlates of physical activity in youth - a review and update. Obes Rev 2007; 8:129-54
24. Moreno LA, Gonzalez-Gross M, Kersting M, Molnar D, de Henaaw S, Beghin L, Sjostrom M, Hagstromer M, Manios Y, Gilbert CC, Ortega FB, Dallongeville J, Arcella D, Wamberg J, Hallberg M, Fredriksson H, Maes L, Widhalm K, Kafatos AG, Marcos A, on behalf of the HELENA Study Group. Assessing, understanding and modifying nutritional status, eating habits and physical activity in European adolescents. The HELENA Study. Publ Health Nutr 2008; 11: 288-299
25. Bowman SA, Gortmaker SL, Ebbeling CB, Pereira MA, Ludwig DS. Effects of fast-food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey. Pediatrics 2004; 113: 112-118
26. Ransley JK, Donnelly JK, Botham H, Khara TN, Greenwood DC, Cade JE. Use of supermarket receipts to estimate energy and fat content of food purchased by lean and overweight families. Appetite 2003 Oct;41(2):141-8
27. Nederkorn C, Guerrieri R, Havermans RC, Roefs A, Jansen A. The interactive effect of hunger and impulsivity on food intake and purchase in a virtual supermarket. Int J Obes (Lond). 2009, 33(8):905-12. Epub 2009 Jun 23
28. Finlayson G, Bryant E, King NA, Blundell JE. Acute compensatory eating following exercise is associated with implicit hedonic wanting for food. Physiol Behav 2009; 97: 62-67
29. Bradley, M. M., Sabatinelli, D., Lang, P. J., Fitzsimmons, J. R., King, W., & Desai, P. Activation of the visual cortex in motivated attention. Behav Neurosci 2003; 117(2): 369-380
30. Sabatinelli, D., Bradley, M. M., Fitzsimmons, J. R., & Lang, P. J. Parallel amygdala and inferotemporal activation reflect emotional intensity and fear relevance. Neuroimage 2005; 24(4): 1265-1270
31. Sabatinelli, D., Lang, P. J., Keil, A., & Bradley, M. M. Emotional perception: correlation of functional MRI and event-related potentials. Cereb Cortex 2007; 17(5): 1085-1091
32. Vuilleumier, P. How brains beware: neural mechanisms of emotional attention. Trends Cogn Sci 2005; 9(12): 585-594
33. Benton D. Role of parents in the determination of children's food preferences. Int J Obes 2004; 28:858-869
34. Wardle J, Cooke L. Genetic and environmental determinants of children's food preferences. Br J Nutr 2008 Feb;99 Suppl 1:S15-21
35. Bartoshuk LM, Duffy VB, Mille U. PTC/PROP tasting: anatomy, psychophysics, and sex effects. Physiology Behav. 1994; 56(6):1165-71

Chronische entzündliche Darmerkrankungen, allen voran M. Crohn und Colitis ulcerosa, sind alles andere als Ausnahmereisenerungen. Derzeit ist in Österreich von rund 80.000 Betroffenen auszugehen – Tendenz steigend. „Wir rechnen mit einer weiteren Zunahme von bis zu 3.000 CED-Patienten pro Jahr“, stellte Univ.-Prof. Dr. Walter Reinisch von der Klinischen Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie an der Meduni Wien fest. Auch Kinder und Jugendliche sind immer häufiger betroffen, so der Leiter der Arbeitsgruppe CED in der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH). Je jünger die Patienten, umso schwerer ist der Verlauf. Die wissenschaftliche Expertise wäre in Österreich vorhanden, woran es aber mangelt, ist eine Infrastruktur für eine flächendeckende adäquate Versorgung, die ein erhebliches Spezialwissen erfordert. „Es fehlen adäquate Ressourcen für den personellen und räumlichen Ausbau sowie für eine bessere Vernetzung, zum Beispiel im Rahmen einer österreichweiten CED-Datenbank,“ moniert Prof. Reinisch und setzt fort: „Mangelndes Wissen, Verharmlosung der Symptomatik oder experimentelle Erstdiagnosen bewirken eine verzögerte Diagnosestellung, inadäquate medizinische Versorgung und die Anwendung nebenwirkungsreicher, aber

CHRONISCH ENTZÜNDLICHE DARMERKRANKUNGEN

**WEGE AUS DER „CED-FALLE“**

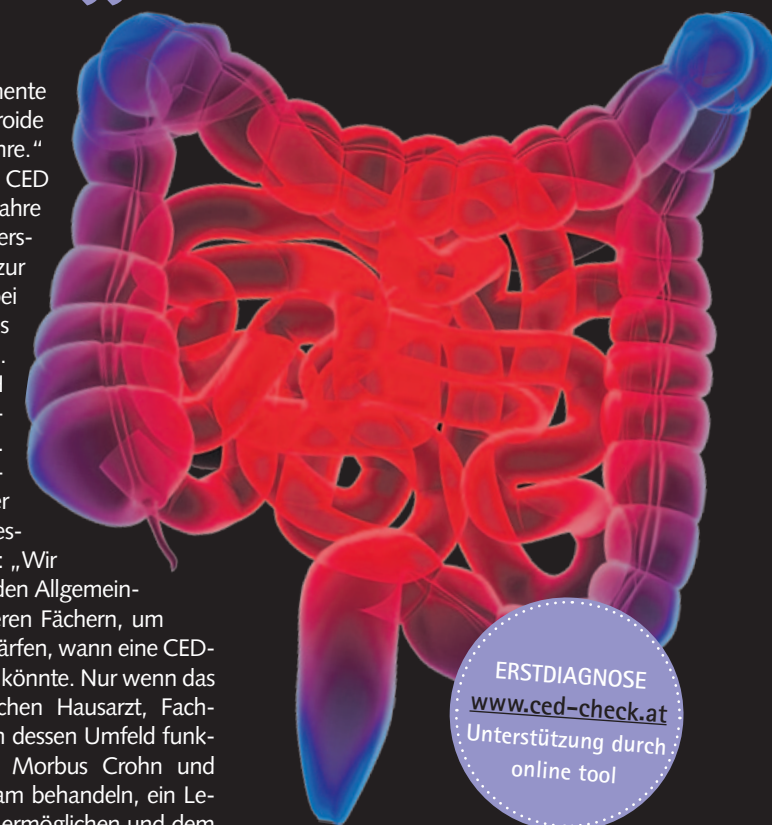
Wie die Versorgung der steigenden Zahl von CED-Patienten verbessert werden könnte, diskutierte eine hochkarätige Expertenrunde beim CED-Forum am 27. Mai in Wien. Spezialisierte Einheiten sind (noch) rar, Hilfe bei der Erstdiagnose soll der in Österreich entwickelte CED-Check bieten.

Wie die Versorgung der steigenden Zahl von CED-Patienten verbessert werden könnte, diskutierte eine hochkarätige Expertenrunde beim CED-Forum am 27. Mai in Wien. Spezialisierte Einheiten sind (noch) rar, Hilfe bei der Erstdiagnose soll der in Österreich entwickelte CED-Check bieten.

„Aufgrund mangelnder Infrastruktur werden nur 15 bis 20 Prozent der CED-Betroffenen von Spezialisten behandelt.“

lauf. Die wissenschaftliche Expertise wäre in Österreich vorhanden, woran es aber mangelt, ist eine Infrastruktur für eine flächendeckende adäquate Versorgung, die ein erhebliches Spezialwissen erfordert. „Es fehlen adäquate Ressourcen für den personellen und räumlichen Ausbau sowie für eine bessere Vernetzung, zum Beispiel im Rahmen einer österreichweiten CED-Datenbank,“ moniert Prof. Reinisch und setzt fort: „Mangelndes Wissen, Verharmlosung der Symptomatik oder experimentelle Erstdiagnosen bewirken eine verzögerte Diagnosestellung, inadäquate medizinische Versorgung und die Anwendung nebenwirkungsreicher, aber

ineffizienter Medikamente wie zum Beispiel Steroide und das oft über Jahre.“ Derzeit vergehen bei CED durchschnittlich 3,1 Jahre vom Auftreten der ersten Symptome bis zur Diagnosestellung, bei Morbus Crohn sind es nicht selten 5 Jahre. Dem will die ÖGGH gegensteuern. Präsident Univ.-Prof. Dr. Friedrich Renner, Primarius am KH der Barmherzigen Schwestern in Ried i. Innkreis: „Wir arbeiten intensiv mit den Allgemeinmedizinern und anderen Fächern, um den Blick dafür zu schärfen, wann eine CED-Erkrankung vorliegen könnte. Nur wenn das Zusammenspiel zwischen Hausarzt, Facharzt, Patient und auch dessen Umfeld funktioniert, können wir Morbus Crohn und Colitis ulcerosa wirksam behandeln, ein Leben in guter Qualität ermöglichen und dem Staat Budget sparen helfen.“ CED belastet ja nicht nur den Menschen, sondern durch Krankheitslast und Arbeitsausfälle auch den Staatshaushalt – in Österreich mit rund 2,7 Milliarden Euro pro Jahr. Innerhalb von 10 Jahren nach der Diagnose müssen sich 70 bis 80 Prozent der Patienten mindestens einer Darmoperation unterziehen. Das Dickdarmkrebs-Risiko ist bis zu 10-fach erhöht. Bei der Erstdiagnose soll seit Jänner 2010 ein weltweit einzigartiges, in Österreich entwickeltes online tool helfen: der CED-Check (www.ced-check.at). Anhand von 10 gezielten Fragen zu Anamnese und Symptomatik wird dem erstversorgenden Arzt ermöglicht, CED frühzeitig in die engere Auswahl an Ursachen für Darmprobleme einzubeziehen und die Patienten einer raschen weiteren Abklärung zuzuführen. CED dürfen nicht mit Gastritis oder dem Reizdarmsyndrom verwechselt werden. Zwar gibt es für CED keine Heilung, aber aussichtsreiche Therapieoptionen. „Je früher die Diagnose stattfindet und mit entsprechender Therapie begonnen wird, desto eher ist es möglich, den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen und unangenehme Begleiterscheinungen zu verhindern“, so Prof. Reinisch. „Zielgerichtete Therapien wie TNF-alpha-Blocker, welche den Krankheitsverlauf ganz entscheidend beeinflussen und auch für die



Behandlung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stehen, können die Lebensqualität der Betroffenen deutlich erhöhen, den Bedarf an Operationen – inklusive Entfernung des Dickdarms, künstlicher Darmausgang – senken und die Lebenserwartung verbessern.“

**Schmerz, Scham, Isolation**

„Es geht um schweren, chronischen Durchfall – in akuten Phasen bis 30 Mal am Tag“, erläutert Rudolf Breitenberger, Präsident der Österreichischen Morbus Crohn-Colitis Ulcerosa Vereinigung (ÖMCCV) und selbst Morbus Crohn-Patient. Dazu kommen extremer Gewichtsverlust, Schlafmangel, Darmkrämpfe, schmerzhafte Fistel- und Abszessbildungen. Der Aktionsradius ist auf die unmittelbare Verfügbarkeit einer Toilette eingeschränkt. Oft folgt der Rückzug aus dem sozialen Leben, Partnerschaft und Sexualität: „Viele flüchten in die totale Isolation aus Angst, dass es auffällt. Es folgen oft Angststörungen, Depression und Jobverlust.“

Fotos: © Fotolia