

Gruber K

Im Zentrum des Geschehens

Journal für Ernährungsmedizin 2011; 13 (2), 10-11

Homepage:

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



IM ZENTRUM DES GESCHEHENS

Mit der Professur für „Innere Medizin mit Berücksichtigung der Gastroenterologie und Hepatologie“ an der Medizinischen Universität Wien hält Univ.-Prof. Dr. Michael Trauner seit einem Jahr einen der großen klassischen Lehrstühle in Wien. Ein Gespräch über Ziele, Zukunft und Perspektiven.

Was hat Sie bewogen, nach Wien zu gehen?

Eine wichtige Motivation war sicher, eine gastroenterologisch-hepatologische Abteilung an einer medizinischen Universität im internationalen Spitzenfeld zu übernehmen und weiter zu gestalten. Dann sehe ich hier auch Möglichkeiten, über meine wissenschaftliche Kernkompetenz als Hepatologe hinauszugehen. Es ist mir ein Anliegen, die unterschiedlichen Gebiete in der Gastroenterologie klinisch und wissenschaftlich stärker zu vernetzen. Und wir haben in der Abteilung ja nicht nur unseren hepatologischen Schwerpunkt, sondern beschäftigen uns auch intensiv mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Endoskopie und gastroenterologischer Intensivmedizin und Psychosomatik.

Wie sind Sie auf Ihr „Kernthema“ in Forschung und Klinik, die Leber, gekommen?

Da bin ich durch meinen akademischen Lehrer Professor Denk geprägt worden, der ein weltbekannter Leberpathologe war und mich schon als Student durch seine packende Vorlesung begeistert hat. Die zentrale Rolle der Leber als „Stoffwechselfabrik“ hat mich fasziniert. Darüber hinaus ist die Hepatologie ein Fach mit Zukunftspotenzial, sowohl, was die klinische Relevanz betrifft, als auch als Forschungsfeld. In der klinischen Gastroenterologie und Hepatologie hat mich mein klinischer Lehrer Professor Krejs geprägt, der damals gerade aus den USA zurückgekommen ist und frischen akademischen Wind nach Graz gebracht hat. Beide

haben meine internationale Karriere wesentlich gefördert.

Welchen Stellenwert sehen Sie dabei für die Ernährung?

Die Gastroenterologie und die Hepatologie sind natürlich sehr stoffwechsel- und ernährungsorientiert. Viele der gastroenterologischen und hepatologischen Erkrankungen werden ja durch den Lebensstil getrieben, und wir werden in Zukunft noch wesentlich mehr damit zu tun haben als heute. Unter anderem deshalb, weil zahlreiche dieser Erkrankungen von Reflux bis Speiseröhrenkrebs und viel andere Malignome (Pankreas, Kolon, Leber) nicht zuletzt Adipositas-assoziiert sind, wobei das metabolische Syndrom als Ko-Faktor ganz wichtig ist.

Man hört immer häufiger von der Fettleber, die auch eines Ihrer Forschungsthemen ist. Wird sie häufiger oder rückt sie mehr in den Blickpunkt?

Beides, sie ist aber ganz klar im Zunehmen begriffen. Metabolisches Syndrom, Adipositas und Diabetes werden häufiger und damit die Fettleber als Folgeerkrankung. Und es wird immer deutlicher, dass die Fettleber als Drehscheibe eine wichtige Rolle in der Entwicklung zum Diabetes spielt. Sie ist nicht nur Folge, sondern sehr früh schon in die Insulinresistenz involviert.

In welchen Dimensionen muss man da denken?

In US-amerikanischen Kohortenstudien findet man bei 40 bis 50 % auch der jüngeren Bevölkerung eine Fettlebererkrankung, davon 18 % im Stadium

einer Steatohepatitis. Damit ist diese Erkrankung 20mal häufiger als Hepatitis C und deutlich häufiger als Hepatitis B. Wenn es zu einer Fettleber-Hepatitis kommt, hat man es mit einer potentiell progressiven Erkrankung zu tun, um nicht zu sagen, mit einem Killer. Sie geht über die Entzündung hinaus bis zur Fibrose und zum Leberkrebs. Dieser metabolisch getriebene Krebs tritt zunehmend früher auf als der virus-induzierte und muss möglicherweise anders behandelt werden. Wenn man bedenkt, dass in etwa zehn Jahren auch hier mit einer Entwicklung wie in den USA zu rechnen ist, muss man davon ausgehen, dass eine Lawine im Anrollen ist. Ein besonderes Problem ist die Zunahme von Adipositas und Fettleber bei Jugendlichen. Wir sehen jetzt schon immer mehr Leberkrebsformen in der noch nicht zirrhotischen Fettleber.

Sie haben die Fettleber bei jungen Menschen erwähnt.

Die Pädiater thematisieren die Fettleber ganz zu Recht. Wenn man mit 50 oder 60 eine Fettleber entwickelt, wird man höchstwahrscheinlich nicht daran sterben, weil es zu lange dauert, bis Probleme entstehen. Aber wenn ein Jugendlicher schon eine Fettleber hat, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass Fettleber-Hepatitis, -Zirrhose oder Leberkarzinom mit 40 oder 50 Jahren medizinisch relevant werden.

Gibt es Ursachen jenseits des Übergewichts?

Wir sehen auch aggressive Spielformen der Fettleber bzw. der Fettleberhepatitis bei Patienten, denen man das metabo-

lich quasi nicht ansieht. Hier spielen Ernährungsfaktoren wie die Fruktose eine ganz wichtige Rolle.

Ist die Fruktose wirklich so „böse“?

Ich würde sie als Lebergift dem Alkohol gleichsetzen, da gibt es viele Parallelen. Es gibt auch im Darm Wechselwirkungen. Die Darmpermeabilität steigt, die Darmwand wird durchgängig für Toxine, und wir haben einen „Second Hit“, der zu Entzündungen führt. Der Fruktosegenuss ist ganz klar mit progredienter Lebererkrankung assoziiert. Man müsste vermehrt auf die Nachteile eines übertriebenen Fruktosekonsums, z.B. durch Softdrinks, Fastfood usw. hinweisen. Außerdem hat die Fruktose teilweise noch immer einen „guten Ruf“ als blutzuckerneutraler Zucker in der Diabetologie. Fruktose-hältige Produkte haben aber zwar einen akut quasi kosmetischen Effekt auf den Blutzucker. Es gibt aber gute Vergleichsstudien, die zeigen, dass Fruktose verglichen mit Glukose mit früherer Insulinresistenz, erhöhten Blutfetten und auch einer Tendenz zu Fettlebererkrankungen einhergeht.

Da haben Leute mit einer Fruktose-Intoleranz sozusagen Glück.

In gewisser Weise ja, allerdings wurde noch nicht untersucht, ob Personen mit Fruktose-Intoleranz weniger zu Fettleber neigen.

Ihrer Abteilung ist auch das Diätbüro zugeordnet. Hat sich mit dem FH-Studium etwas geändert?

Die Schnittmenge zwischen Gastroenterologie und Diätbüro ist sehr groß und ich bin froh, dass das Diätbüro von der organisatorischen Seite meiner Abteilung zugeordnet ist. Was aber die Ausbildung der Diätologen betrifft, da waren die Interaktionen früher zahlreicher und enger, weil viele Mitarbeiter der Klinik auch an der Akademie gelehrt haben. Das hat sich mit dem unabhängigeren Status der FHs geändert. Aber vielleicht überlegt man sich Konzepte, wo Mitarbeiter vom AKH wieder an der FH lehren. Derzeit sieht es so aus, dass wir vor allem in der Fortbildung tätig sein werden. In Zukunft wird mit Prof. Hammer ein Mitarbeiter meiner Abteilung, der in Ernährungsmedizin verstärkt aktiv ist, ein Ansprechpartner für Leitlinien und Fortbildungsveranstaltungen zur Verfügung stehen. Es wäre wünschenswert, auch innerhalb des AKH wieder eine Fortbildungsreihe zu initiieren.

Diätologen sollen nun auch stärker in den wissenschaftlichen Prozess eingebunden werden.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass Routineversorgung nicht mit wissenschaftlichen Aufgabenstellungen vermischt wird. Das hat nichts mit dem Berufsstand per se zu tun, die Mitarbeiter des Diätbüros haben für Wissenschaft eigentlich keine Zeit. Aber ich sehe schon ein interessantes Entwicklungspotenzial für den Einsatz von Diätologen in der Wissenschaft, allerdings wird das über Drittmittel gehen müssen. In der Onkologie zum Beispiel sind schon Drittmittel-finanzierte Diätologen aktiv – das können wir uns der Gastroenterologie auch überlegen. Oder wir können die Universität davon überzeugen, Diätologen für Wissenschaft anzustellen. Ich würde das als durchaus sinnvoll erachten, wenn es zum Beispiel um Kohortenstudien zur Dokumentation von Ernährungsgewohnheiten oder –interventionen geht. Hier haben Diätologen eine höhere Expertise als Ärzte.

Was ist Ihnen zum Thema Ernährung & Medizin generell ein Anliegen?

Es ist wichtig, dieses Thema wissenschaftlich zu besetzen, sonst wird das Vakuum für Pseudowahrheiten und Pseudoweisheiten genutzt. Deshalb haben wir auch in der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie einen eigenen Ernährungsbeirat. Manchmal ist es auch wichtig aufzuzeigen, wo es keine Daten gibt und weitere Studien notwen-

dig sind. Man kann nicht immer so tun, als sei schon alles bekannt und könne in Empfehlungen gegossen werden.

Persönlich glaube ich, dass Ernährung medizinisch unterschätzt wird – sowohl, was die Über- als auch was die Unterernährung betrifft. In den meisten Vorträgen zu chronisch konsumierenden Erkrankungen kommt Ernährung als wichtigster prognostischer Faktor vor, im klinischen Alltag tut man aber oft erschreckend wenig dagegen. Die Ernährung muss wieder mehr ins Visier der Ärzteschaft rücken, weil es eine sehr wichtige präventive und auch therapeutische Interventionsmöglichkeit ist, die billiger ist als vieles andere. Einige Ansätze gibt es durchaus, so wird Ernährung nun in der Studentenlehre thematisiert, es gibt postgraduelle Initiativen wie die ÖIAE oder multidisziplinäre Fortbildungsgesellschaften wie die AKE.

Herzlichen Dank für das Gespräch!

K. Gruber

Bio-Box

- Geboren 1964 in Linz.
- Studiert in Graz, bereits als Student Ausbildung an renommierten Stoffwechselzentren (Hepatologie, Pädiatrie) wie dem Kings College Hospital in London; promoviert 1991 in Graz.
- Drei Jahre Forschungsaufenthalt am New Haven Liver Center in den USA; Habilitiert in Graz, Schwerpunktprofessur für klinische und molekulare Hepatologie.
- Seit 1. Juni 2010 Professur für „Innere Medizin mit Berücksichtigung der Gastroenterologie und Hepatologie“ an der Meduni Wien, Leiter der Klin. Abt. für Gastroenterologie und Hepatologie im AKH Universitätscampus Wien.
- Forschungsschwerpunkte: Molekulare Mechanismen und Therapie cholestatischer Lebererkrankungen und der Fettlebererkrankung.

