

DIE ROLLE DER ERNÄHRUNGSMEDIZIN UND DIÄTTHERAPIE IN DER KLINISCHEN MEDIZIN UND PRAXIS

Jeannette Obereisenbuchner

Neurologische Kliniken Beelitz - Heilstätten, Beelitz

In den letzten Jahren und auch aktuell sind Statistiken zur Prävalenz und Inzidenz von sogenannten Volkskrankheiten wie beispielsweise die Adipositas, art. Hypertonie und der Diabetes sowie deren Folgeerkrankungen, aber auch klinisch relevanten Komplikationen wie die Mangelernährung mehr als Besorgnis erregend. Die weltgrößte Gesundheitsstudie „Global Burden of Diseases Study“ 2010 gibt einen Eindruck über die wachsenden Herausforderungen, denen sich das Gesundheitssystem und die Volkswirtschaft weltweit stellen müssen. Die drei häufigsten Risikofaktoren für die weltweit vorkommenden Krankheitsfälle sind die Hypertonie, Rauchen und chron. Alkoholkonsum. 2010 starben weltweit 9,4 Mio. Menschen an den Folgen von Bluthochdruck, 12,9 Mio. Menschen an den Folgen ischämischer Herzerkrankungen und Schlaganfälle, 6,3 Mio. Menschen an den Folgen der Nicotinsucht, 1,3 Mio. Menschen an den Folgen des Diabetes mellitus und mehr als 3 Mio. Todesfälle waren auf einen zu hohen BMI zurückzuführen (1). Bis zum Tod gibt es aber Jahre bis Jahrzehnte lange Krankheits- und Behandlungszeiten, Klinikaufenthalte, Kosten und menschliches Leid. Laut Schätzungen der GBDS 2010 werden kurz nach dem Jahr 2015 mehr über 65-jährige als Kinder unter 5 Jahren auf der Welt leben. Paradox erscheinen dazu die steigende Lebenserwartung im Kontext zur steigenden Erkrankungsrate, längeren Behandlungsdauer und zunehmenden Behandlungsinintensität incl. Komplikationszuwachs. Das Krankheits-Eintrittsalter sinkt und die finanziellen Ressourcen sind weitestgehend erschöpft. Allseits steigt das Bemühen, kosteneffizient den zunehmenden medizinischen Herausforderungen zu begegnen. Bisherige Maßnahmen präventiv und therapeutisch scheinen nicht ausreichend und nachhaltig genug, was allein im Bemühen die Adipositas zu stoppen mehrfach belegt werden musste. Zahlen aus Deutschland lassen leider auch keinen Optimismus zu.

6 Mio. der erwachsenen Menschen haben einen bekannten Diabetes mellitus, davon haben 90% einen DT2. Schätzungen nach liegt die Dunkelziffer (unerkannte Diabetes-Fälle) bei 7–8 Mio. Betroffenen (2). Kosten von 18 Mrd. € pro Jahr bzw.



Diätassistentin, med. Ernährungsberaterin, Diabetesberaterin DDG. Zusatzqualifikationen zur Parenteralen, Enteralen und Gastroenterologischen Ernährungstherapie

2600€/Person/Jahr belasten das deutsche Gesundheitssystem, somit ist der Diabetes die teuerste chron. Erkrankung (3). Das Deutsche Diabeteszentrum Düsseldorf prognostiziert bis zum Jahr 2030 einen Diabetes T2 Zuwachs, nur in der Altersgruppe 55–74 Jahre, von 1,5 Mio. Neuerkrankungen (4). Die Daten der NVS II (Max Rubner Institut 2008) zeigen, dass 58,2% der Gesamtbevölkerung übergewichtig sind, davon 20,8% adipös. 2011 starben in Deutschland 40,2% der Todesfälle an Herz-Kreislaufkrankungen. In Deutschland findet sich die höchste Hypertonie-Prävalenz in Europa und bei der Schlaganfall-Mortalität steht Deutschland mit an Europas Spitze. 2008 verursachte die Behandlung der Hypertonie in Deutschland Kosten von 9 Milliarden Euro (StBa 2010). 43,9% der Frauen und 51,4% der Männer haben eine bekannte und behandelte Hypertonie (RKI 2008). Im Gegensatz dazu ist in deutschen Kliniken jeder 4. Patient mangelernährt (5). Vor diesem Hintergrund muss sich jeder Leistungserbringer auf diesem Sektor fragen, ob dem noch beizukommen ist und wenn ja, wer hat noch Ressourcen, und sind diese bislang ausreichend erkannt und genutzt. Alle aufgeführten Erkrankungen, und die Liste lässt sich deutlich erweitern, sind ernährungsmedizinisch sowohl präventiv vor allem auch diättherapeutisch maßgeblich und positiv zu beeinflussen. Diätassistenten aber auch Oecotophologen und Ernährungswissenschaftler mit anerkannten Weiterbildungen sind prädestinierte, anerkannte und qualifizierte Leistungserbringer. Wer sonst ist in der Lage und hat das nötige Fachwissen, eine komplexe Diättherapie von der Aufnahme bis zu Entlassung eines Patienten durchzuführen? Der Umfang erstreckt sich vom Screening, Ernährungs-Assessment, Ernährungs-

diagnose über die Intervention, Evaluation, Überwachung, Codierung, Dokumentation und Beratung (6). Die Implementierung anerkannter und qualifizierter Leistungserbringer auf diesem Sektor sichert und verbessert nicht nur das Patientenwohl und reduziert das Risikoprofil und Komplikationsraten, sondern erwirtschaftet darüber hinaus Gewinn und Kostenersparnis. Der totale Netto-Nutzen der Diättherapie durch Diätassistenten beläuft sich auf 0,4–1,9 Milliarden Euro (7). Bei rechtzeitiger Intervention krankheitsbedingter Mangelernährung bereits bei Patienten mit hohem Risikoprofil können bis zu 2,5 Krankenhaustage (8) bzw. zwischen 200–1500€ pro Patient eingespart werden (9, 10, 11). Die Leitlinien der American Dietetic Association, noch sehr fragmentarisch in Deutschen Leitlinien, der Algorithmus von Weimann et al., „Supportiver Einsatz von Trinknahrung von erwachsenen Patienten“ sind richtungsweisend, die konsequente Nutzung der Ernährungsmedizin und Diättherapie ist dringend, flächendeckend und nachhaltig notwendig.

LITERATURVERZEICHNIS

1. LOZANO R, NAGHOVI M, LIM SS, ET AL. Lancet 2012
2. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2013
3. PROF. DR. MED. H. HAUNER, Kongressabstact DDG 2008
4. DDZ 2012/ BRINKS R. ET AL. Eur J Epidemiol 2012
5. PIRLICH, SCHÜTZ ET AL. Clin Nutr Vol 25;4: 563–572
6. Nutrition Care Process –NCP Academy of Nutrition 2011
7. SEO Economisch Onderzoek 2012
8. KRUIZENGA HM ET AL. Am Clin Nutr 2005;82:1082–9
9. AMARAL ET AL. Clin Nutrition 2007;26: 778–84
10. NUIJTEN, MITTENDORF Aktual Ernährungsmed 2012;37: 126-133
11. RUSSEL CA Clin Nitr 2007;Suppl.1: 25–32

MODERNE ASPEKTE DER DEMENZERKRANKUNG

Jörg Schulz

Campus Berlin-Buch

Weltweit nimmt die Anzahl von Demenzerkrankungen zu. Dabei beträgt der Anteil der degenerativen Formen (Morbus Alzheimer) bis zu 60 %. Gegenwärtig nimmt man an, dass in Deutschland 1,3 Millionen an Demenz erkrankt sind. Viel versprechende Untersuchungen über die Entstehung von neurodegenerativen Veränderungen haben noch nicht den therapeutischen Durchbruch ergeben. Während moderne bildgebende Verfahren eine Früherkennung zulassen (PET, MRT), sind Forschungen nach speziellen Indikatorproteinen, d.h. Biomarker, noch im vollen Gange.

Gegenwärtig werden in der klinischen Praxis die nichtmedikamentösen und medikamentösen Verfahren angewandt, wobei für die Behandlung der Alzheimer- Demenz zwei Medikamentengruppen zur Verfügung stehen. Das sind Memantine und Acetylcholinesterasehemmer. Die klinischen Studien zeigten auch Verbesserungstendenzen in der kognitiven Leistungsfähigkeit. Für die vaskuläre Demenz gibt es gegenwärtig kein zugelassenes Medikament.



Prof. Dr. med. Jörg Schulz

Robert-Rössle-Str. 10
13125 Berlin
Campus Berlin-Buch

Möglicherweise kann ein Krebsmittel – Bexaroten- typische Alzheimersymptome rückgängig machen. Diese Aussage kommt von US – Forschern, die im Tierversuch ein Rückgang der charakteristischen Eiweißablagerungen im Gehirn feststellen konnten. Inwieweit eine hoffnungsvolle Behandlung bei Menschen möglich ist, bleibt jedoch abzuwarten.