

Kurzfassung des Vortrages von Prof. R. Kluthe, Freiburg

Einführung

Die 1. wissenschaftliche Tagung des Berufsverbandes deutscher Ernährungsmediziner hat sich zum Ziel gesetzt, die aktuellen Möglichkeiten der Ernährungstherapie kritisch zu beleuchten. Dabei soll diskutiert werden, bei welchen Erkrankungen bzw. Krankheitsstadien eine Ernährungstherapie alleine infrage kommt und unter welchen Umständen Medikamente in Konkurrenz zur Diättherapie alternativ oder unterstützend hinreichend belegt Anwendung finden sollen.

Die Tagung hat bewusst auf finanzielle Unterstützung der Pharmaindustrie auf der einen und der Ernährungsindustrie auf der anderen Seite verzichtet. Sie trägt damit den immer häufiger geäußerten Bedenken auch aus dem Ärztstand Rechnung, die auf das zunehmende Ausmaß der Einflussnahme vor allem von Pharmafirmen auf die medizinische Bildung und Fortbildung hinweisen. Wir sind auch mit unseren Seminarkursen bewusst dem Bestreben gefolgt, die Integrität der kontinuierlichen ärztlichen Fortbildung ohne finanzielle Unterstützung zu gestalten, wie u.a. im jüngsten Editorial vom „Lancet“ vom 2. September ds. Jahres zum Ausdruck gebracht (Editorial, 2000). Hier wird mit Nachdruck gefordert, die Integrität des Lernprozesses in der kontinuierlichen ärztlichen Fortbildung durch eigene Unkostenübernahme zu gewährleisten, wie das bei vielen anderen Berufen üblich ist. So legten wir auch bewusst Wert darauf, dass der Berufsverband und unsere Zeitschrift „Der Ernährungsmediziner“ industriunabhängig sind.

Das Thema „Ernährung und/oder Medikament“ verpflichtet in besonderem Maße zu solchen Überlegungen, ist doch ein wesentlicher Teil der Thematik von vornherein mit einer von der Diätetik her gesehenen Wichtung der Therapie zugunsten der medikamentösen Therapie belastet. Diese Übergewichtung gilt in besonderem Maße für den Typ-2-Diabetes, die Hypertonie und Dyslipoproteinämien, in zunehmendem Maße aber jetzt auch für die Adipositas. Auch die kostenintensive Konkurrenz der Dialysetherapie gegenüber der konservativen diätetischen Therapie in fortgeschrittenem Stadium der chronischen Niereninsuffizienz sei hier erwähnt. Es sei gerade hierauf besonders hingewiesen, da wir genaue Daten darüber besitzen, wie die Dialysekosten die Allgemeinheit belasten, während wir auf der anderen Seite das Know How haben, die konservative Therapie vor der Dialyse optimal zu gestalten. Ein Jahr Dialyse ist mit allem

drum und dran mit rund DM 100.000,- anzusetzen. Bei 80.000 Dialysepatienten (derzeitiger Schätzwert für Deutschland) bedeutet eine Verzögerung der Dialyse um 1 Jahr dann 8 Milliarden, eine unvorstellbar hohe Summe. Und ein Jahr Dialyseverschiebung ist eine Zeit, die wie die große amerikanische MDRD-Studie (Modification of Diet in Renal Disease) gezeigt hat, schon mit mäßiger Eiweißeinschränkung erreicht werden kann. Wenn man eine mittlere Überlebenszeit der Patienten von 10 Jahren rechnet, sind das pro Jahr 800.000.000 Millionen Mark. Dazu kommt, dass die Dialysetherapie immer häufiger wird, in erster Linie durch die epidemische Zunahme des Typ-2-Diabetes. Diese beiden Fakten machen eine systematische Aktivierung der diätetischen Möglichkeiten zu einem Muss. Wenn nach aktuellen Rechnungen 5-6 % der Bevölkerung an Typ-2-Diabetes leiden und 30-40 % derzeit eine Nephropathie bekommen, wird auch die Notwendigkeit einer systematischen diätetischen Therapie des Diabetes klar.

Die konservative Therapie der chronischen Niereninsuffizienz ist in Deutschland nie populär gewesen. Daran hat sich bis heute nichts geändert. Im Gegenteil, Frühdialyse ist im Zeitalter moderner Dialysetechnik allgemein üblich geworden. Es ist kein Einzelfall, sondern ein Zeichen für die Gesamtsituation und –auffassung, wenn ein führender deutscher Nephrologe in Heft 4 der Zeitschrift „Dialyse aktuell“ die Situation vor der explosionsartigen Entwicklung der Dialysetherapie folgendermaßen beschreibt:

„Vor der Dialyse wurde eine eiweißarme Kost (Kartoffel-Ei-Diät) verabreicht, unter der wegen ungenügender Nahrungsaufnahme (urämische Anorexie) erniedrigte Serumharnstoff- und Kreatininwerte (Muskelschwund) erzielt wurden, was damals als Besserung der Nierenfunktion gedeutet wurde“.

In der Tat gibt es viele solcher Beobachtungen und Berichte. Aber diese Mangelsymptome traten nicht wegen der Diät auf, sondern weil die Diät nicht kontrolliert flankiert durch entsprechende diätetische Führung realisiert wurde. Die Diätkontrolle erwies sich in mehreren Studien als das A und O. Eiweißarme Diät macht eine Dialysetherapie nach Erreichen eines Serum-Kreatinins von 6,0 mg % je nach Grundkrankheit erst nach 12 Monaten (Glomerulonephritis), nach 16 Monaten (Pyelonephritis), nach 25 Monaten bei Zystennieren erforderlich. Von noch größerer Bedeutung war die Auswirkung eiweißarmer Diät vor der Dialyse auf die Prognose während der Dialysetherapie. Eiweißarme Diät wirkt sich nicht nur positiv vor der Dialyse, sondern vor allem auch während der Dialysephase aus (Lüttgen et al. 1981). Die Erklärung liegt darin, dass durch die Therapie vor der Dialyse wesentliche Organkomplikationen unterdrückt wurden, also die Patienten eine

bessere Überlebenschance unter Dialyse haben, wenn die Diättherapie vor der Dialyse regelgerecht erfolgte. Diese Befunde sind 20 Jahre alt, gehören aber zu dem Teil der Ernährungsmedizin, der reaktiviert werden muss. Mit dieser Problematik wird sich der Vortrag „Ernährungsintervention in der Nephrologie“ befassen.

Deutlich anders gelagert als in der Nephrologie sind die Ernährungsinterventionen bei den großen Stoffwechselstörungen, der Adipositas, Typ-2-Diabetes, Dyslipoproteinämien und der Hypertonie. Während die Ernährungsintervention bei chronischer Niereninsuffizienz das Ziel verfolgt, durch adäquate Diätetik die urämische Symptomatik zu unterdrücken und die Progression der Erkrankung zu verlangsamen, unternimmt die Ernährungstherapie bei den Stoffwechselkrankheiten den Versuch, das Rad soweit wie möglich zurückzudrehen und unter Umständen zumindest ein symptomarmes Latenzstadium zu erreichen. Dabei sind sowohl die Fragen, ob überhaupt und wann ein Medikament eingesetzt wird bzw. eingesetzt werden muss, in manchen Fällen äußerst strittig. Dem Arzt verbleibt hier ein großer Spielraum. Im Einzelfall obliegt das Vorgehen seiner individuellen Entscheidung. Es ist das Ziel dieser Tagung über alle Möglichkeiten aufzuklären, um eine Entscheidungshilfe für das therapeutische Vorgehen bei den wichtigsten ernährungsabhängigen Erkrankungen zu geben.

Literatur

1. Drug-company influence on medical education in USA
Editorial. Lancet
356, 781 (2000)
2. FRANZ, H.E.
Nephrologie – Quo vadis?
Dialyse aktuell 4, S. 18 (2000)
3. Kumulative Überlebensrate bei schematisch
kontrollierten Patienten (SKP) und nicht schematisch
kontrollierten Patienten (NKP) unter Dialyse (Zentrums-
und Heimdialyse
LÜTTGEN, F.M., R. KLUTHE, V. HEINZE, X. MATTHEI, M.
FINDEISEN in
Aktuelle Probleme der Dialyseverfahren und der
Niereninsuffizienz
Herausgeber: P. v. DITTRICH und G. SEYFARTH
Verlag Bindervogel Friedberg 1981
4. PEDRINI, MT, LEVEY AS, LAU JJ, et al
The effect of dictary protein restriction on the
progression of diabetic and non diabetic renal disease.
Metaanalysis.
Ann.Int.Med. 124, 627-632_ (1996)