

# Diabetesmanagement

## *Interdisziplinär*

ADJUTUM VERLAG • Fröhlichgasse 10, 1230 Wien • September 2010

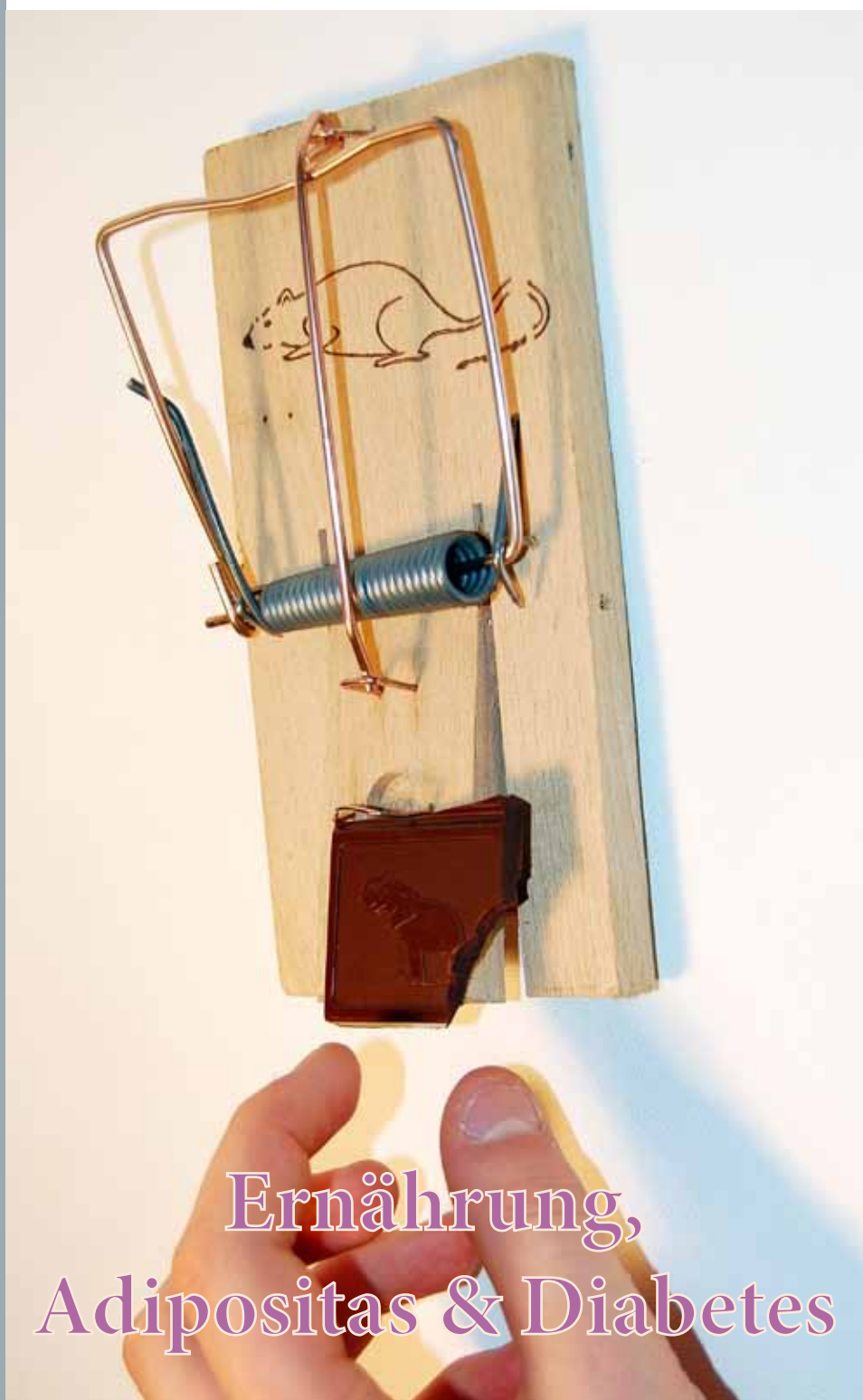
**Interview:  
Adipositaschirurgie  
für Diabetespatienten**

**Lebensstiländerung,  
Suchtstrukturen, Ess-  
störungen und die  
ironischen Prozesse  
des Gehirns**

**Erfolgsfaktor  
Diaetologe in der  
langfristigen  
Adipositastherapie**

Heft

6



**Ernährung,  
Adipositas & Diabetes**



## Sehr geehrte LeserInnen!

Wohlschmeckend...

... werden in den Wochen der Wahlwerbung irgendein Grundtenor und ein oder zwei Schlagworte präsentiert und wir alle sollen glauben gemacht werden:

Alles wird wieder gut; vorausgesetzt wir wählen das was auf den Plakaten steht. Die älteren Semester unter uns, die schon mehrmals zur Wahl gegangen sind wissen: eh wurscht!

Wenn man die Schlagworte alleine betrachtet ist das auch so, denn kaum wird ein Thema so umgesetzt wie es angekündigt wird. Das Ergebnis ist ein Sud aus einem Aufguss, der eine lange Rezeptur und eine lange Liste von Zutaten hat. Dieses Elixier ist es allerdings was die Demokratie am Leben erhält und nur der Wahlgang schützt vor schwerwiegenden Nebenwirkungen wie Anarchie, Diktatur oder Bürgerkrieg und Hunger.

### Diabetischen Totalschaden verhindern

In direkter Analogie dazu können die Schlagworte zur Diabetes- und Adipositas therapie gesehen werden. Kaum eine Behandlung alleine führt zum Erfolg. Das Zusammenspiel einiger dann schon viel eher und der absolute Erfolg bleibt sowieso aus. Niemals wird ein schwerkranker Adipositaspatient, der zudem noch an Diabetes leidet, es schaffen, Traummaße zu erreichen oder wettkampffähige Leistungen erbringen zu können. Vielmehr gilt es den drohenden Totalschaden zu verhindern: Früher Schlaganfall und Herzinfarkt, Gelenksbeschwerden und mangelnde Immobilität, Blindheit, Dialyse und Amputation, damit verbunden soziale Verarmung und Vereinsamung.

Die kontinuierliche Auseinandersetzung mit der Krankheit und den Fehlern im Lebensstil, die stetige Verbesserung der Therapiestrategien und die frühzeitige Entdeckung von Erkrankungen wie zum Beispiel im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung, die im Osten Österreichs noch immer weniger wahrgenommen wird wie in anderen Landesteilen, können dazu beitragen, die Ausbreitung der Pandemie der Industrieländer einzuschränken.

**Dr. Günter Sokol**

Herausgeber „Diabetesmanagement interdisziplinär“

## THEMEN

<b>Serie Adipositas &amp; Diabetes:</b> <b>Interview: Adipositaschirurgie für Diabetespatienten</b> Dr. M. Kisser	4-5
<b>Serie Adipositas &amp; Diabetes: Lebensstiländerung, Suchtstrukturen, Essstörungen und die ironischen Prozesse des Gehirns</b> Prof. Dr. E. Ardelt-Gattinger	6-8
<b>Serie Adipositas &amp; Diabetes: Erfolgsfaktor Diätologe in der langfristigen Adipositas therapie</b> M. Loderer	9-10

# 11. Jahrestagung

der Österreichischen Adipositas Gesellschaft

29. - 30. Oktober 2010  
Schloss Seggau | Steiermark

Kongresspräsidentin:  
Univ. Prof. Dr. Anita Rieder  
Institut für Sozialmedizin,  
Zentrum für Public Health,  
Medizinische Universität Wien

- Tagungsthemen:**
- Gender hat Gewicht
  - Adipositas im Kinder- und Jugendalter
  - Adipositas und Gewicht im Alter
  - Maßgeschneiderte Bewegungstherapie
  - Adipositas und Arbeitsplatz
  - Homo metabolicus
  - Gewichtsneutrale Diabetestherapie
  - Adipositasparadoxon
  - Gesunde Lebensmittel im Focus
  - VLCD-s im Focus
  - Nationaler Aktionsplan Adipositas ?
  - Integrierte Versorgung und bariatrische Chirurgie



**Tagungsbüro / Teilnehmeranmeldung:**  
Österreichische Adipositas Gesellschaft  
Währingerstr. 76/13, 1090 Wien  
Tel.: 0043 (0)7703338  
Fax: 0043 (0)72645229  
Mail: office@adipositas-austria.org

**Fachausstellung:**  
Medizinische Ausstellungs- und  
Verlagsgesellschaft  
Freyung 9, 1010 Wien  
Tel.: 01/53663-42  
Fax: 01/535 60 16

Abstimmterreichung bis 1. Juli 2010 an office@adipositas-austria.org  
www.adipositas-austria.org

**Impressum:** September 2010  
INTERDISZIPLINÄRES  
DIABETESMANAGEMENT/Sechste Ausgabe

**Herausgeber:** Dr. Günter Sokol  
**Medieninhaber:** Michaela Haubl  
E-Mail: michaela.haubl@adjutum.at

**Verlag:** ADJUTUM Verlag  
1230 Wien, Fröhlichgasse 10  
Tel.: +43 (0)1 890 48 78  
Fax: +43 (0)1 890 48 78 - 15

**Redaktion & Anzeigen:**  
Emanuel Munkhambwa (EM)  
Tel.: +43 (0)699 189 048 78  
Fax: +43 (0)1 890 48 78 - 15  
E-Mail: redaktion@adjutum.at

**Layout/Satz bzw. Druck:**  
ADJUTUM Verlag  
Demczuk Fair Drucker, 3002 Purkersdorf

**Bankverbindung:**  
BAWAG P.S.K.  
Blz.: 14000, Kontonummer: 04010882864

**ABO-Verwaltung:**  
Tel.: +43 (0)1 890 48 78  
Fax: +43 (0)1 890 48 78 - 15  
E-Mail: office@adjutum.at  
Jahres ABO zum Preis von: € 30.-  
(inkl. MwSt. u. Porto)  
Erscheinungsweise: periodisch

Ankündigungen, Empfehlungen sowie sonstige Beiträge und Berichte, für deren Veröffentlichung ein Entgelt geleistet wurde, sind am Ende des Beitrages mit den Buchstaben "EB" gekennzeichnet.

Coverfoto + Foto Seite 3: flickr/mafleen

# SERIE

# Adipositas & Diabetes

## Teil 2



In der Serie Adipositas und Diabetes widmen wir uns vorrangig den Vorträgen des „Multidisziplinären Symposiums zur chirurgischen Behandlung des adipösen Diabetikers – Die Zeit danach!?“ vom 26. Februar 2010 in Wien.

Diese Veranstaltung fand auf Initiative von Prof. Dr. Bernhard Ludvik, Doz. Dr. Gerhard Prager (beide AKH Wien) und Bernhard Gantner von Covidien Austria bereits zum zweiten Mal statt – mit großem Erfolg: Insgesamt nahmen an die 80 Ärzte und Interessierte aus anderen Fachbereichen teil.

Ziel ist es, das Bewußtsein der Ärzte in Österreich für die Zusammenhänge zwischen den beiden Volksleiden zu wecken und die Fortbildung durch interdisziplinären Austausch zu fördern.

Dementsprechend werden in dieser Ausgabe der Fachzeitschrift „Diabetesmanagement interdisziplinär“ sowohl medikamentöse und chirurgische als auch psychologisch/psychiatrische und ernährungswissenschaftliche Maßnahmen und Methoden beleuchtet.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und freuen uns auf Ihr Feedback!

Ihr ADJUTUM Verlag  
redaktion@adjutum.at

Mit freundlicher Unterstützung von:



**COVIDIEN**

*positive results for life™*



# Interview: Adipositaschirurgie für Diabetes-Patienten

**Dr. Michael Kisser**

Krankenhaus Hietzing

## Was kann sich der adipöse Diabetespatient von einem chirurgischen Eingriff erwarten?

Der adipöse Diabetiker hat zumindest zwei Probleme: er ist übergewichtig und zuckerkrank. Zum Einen kann der Diabetiker von einem chirurgischen Eingriff erwarten, dass er Gewicht reduziert und zum Anderen, dass er keine weitere Diabetestherapie benötigt oder zumindest der Zucker deutlich besser eingestellt werden kann. In Zahlen bedeutet das: Zwei von drei adipösen Diabetikern die sich operieren lassen, benötigen danach keinerlei Diabetestherapie mehr.

## Welcher Eingriff ist für den adipösen Diabetiker am besten geeignet?

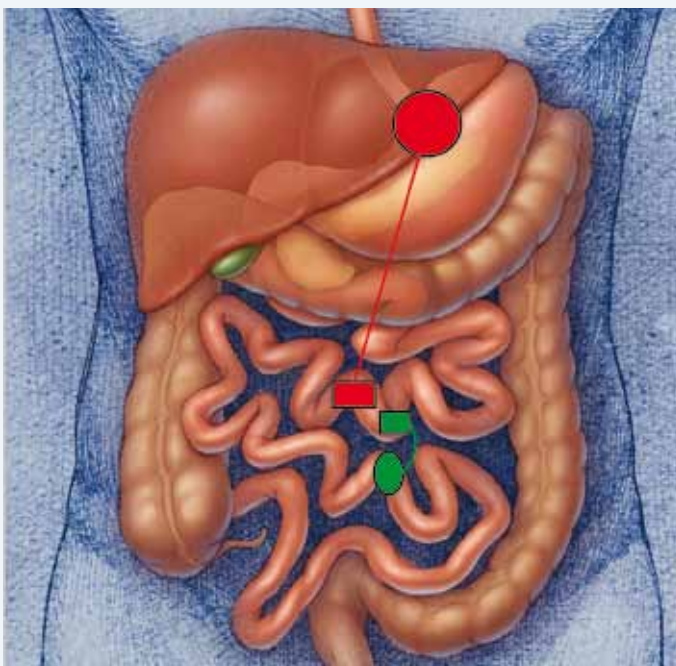
Für den adipösen Diabetiker hat sich in verschiedensten Studien der Magenbypass in der Bauchspiegelungstechnik

„Der Magenbypass in der Bauchspiegelungstechnik führt in rund 80 Prozent der Fälle zu einer kompletten Remission der Zuckerkrankheit und zu einem guten Gewichtsverlust.“

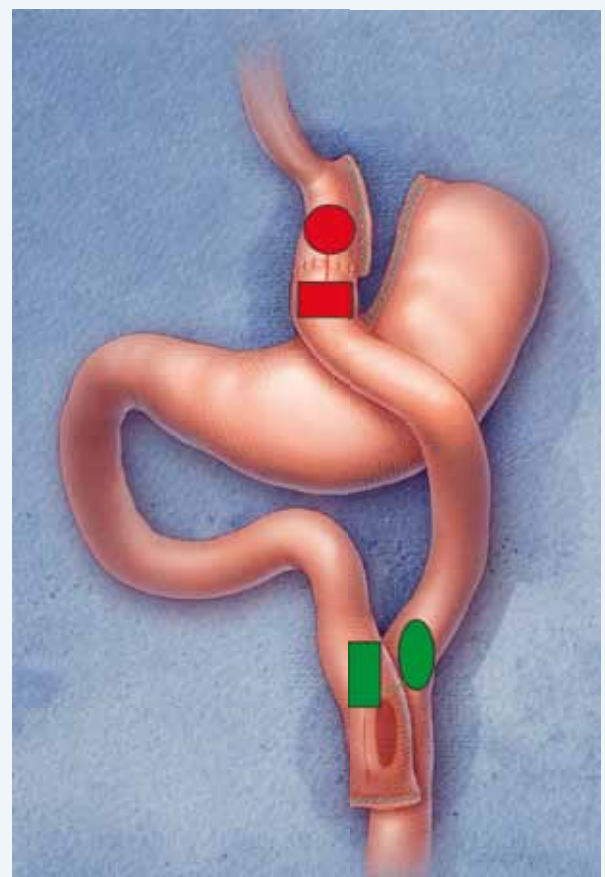
als der geeignetste Eingriff herauskristallisiert. Dieser führt in rund 80 Prozent der Fälle zu einer kompletten Remission der Zuckerkrankheit und zu einem guten Gewichtsverlust. Als Alternative kommt die biliopankreatische Diversion in Frage, die aber in Österreich sehr selten durchgeführt wird. Die Sleeve Gastrectomy ist für adipöse Patienten ebenfalls gut geeignet, dem Magenbypass aber bei diabetischen Patienten gemäß Studien unterlegen. Auch das Magenband führt zu einer Verbesserung des Glukosestoffwechsels, aber nur auf Grund der Gewichtsreduktion. Der Effekt tritt im Vergleich zum Magenbypass jedoch viel später und in geringerem Ausmaß ein.

## Welche Einschlusskriterien gibt es für eine Magenbypass-OP?

Es gilt die BMI-Grenze von 35, sprich unterhalb dieses Wertes sollte, außer im Rahmen von Studien, nicht operiert werden.



Normaler Verdauungstrakt; die rote runde Markierung zeigt den in Funktion verbleibenden Magenanteil, der mit dem Dünndarmteil (rote eckige Markierung) verbunden wird. Die beiden in grün markierten Dünndarmteile werden zum Zuführen der Verdauungssäfte wieder verbunden.



Schematische Darstellung des Verdauungstraktes nach der Magenbypass-Operation.

### Wie wichtig ist die Zusammenarbeit zwischen Chirurgen und Internisten?

Die Zusammenarbeit dieser beiden Fachrichtungen ist enorm wichtig, da es sich beim adipösen Diabetiker um einen sehr kranken Patienten handelt. Nicht nur Übergewicht und die Zuckerkrankheit sondern auch Herzerkrankungen, Fettstoffwechselstörungen und Blutdruckentgleisungen kommen nicht selten zum Tragen. Durch eine Operation kann es sehr rasch zu einer Veränderung der Stoffwechsellage kommen, zum Beispiel durch das Auftreten einer Hypoglykämie, wenn der Patient seine Insulintherapie nicht entsprechend reduziert.

### Was muss man als zuweisender Arzt besonders beachten?

Ich empfehle adipöse Diabetiker in Kompetenzzentren, die sich mit metabolischer Chirurgie auseinandersetzen, zu überweisen. Die Zentren sollten über einen internistischen Stoffwechselexperten verfügen. Sind geschulte Diätologen im Haus, kann eine entsprechende begleitende Ernährungsberatung durchgeführt werden. Psychologen oder psychiatrisch geschultes Personal ermöglichen die Abklärung zusätzlich vorhandener Begleiterkrankungen sowie andere begleitende Maßnahmen. Die Chirurgie sollte erfahren sein und über eine Intensivstation verfügen, da adipöse Diabetiker bei großen Eingriffen im Problemfall sehr rasch betreut werden müssen.

### Wie sieht die Nachversorgung der Patienten aus?

Aus meiner Sicht gibt es zwei Phasen der Nachbehandlung. In der ersten Phase, direkt nach der Operation, geht es um die operationsspezifischen Komplikationsmöglichkeiten wie Wunde, Mobilität, Anastomosen – hier ist das chirurgische Management gefragt. Aber auch in der ersten Phase kann es zu Hypoglykämien kommen, die Domäne der Stoffwechselexperten. In der zweiten Phase sollte ein Ernährungsberater hinzugezogen werden, um zu verhindern, dass der Patient zuviel und/oder falsch isst, sowie um Mangelzustände zu erkennen und auszugleichen. Für den niedergelassenen Bereich ist anzumerken,

dass adipöse Patienten die mit einem Magenbypass versorgt worden sind prinzipiell alles essen dürfen, jedoch ausgewogen und in kleinen Portionen. Besonderes Augenmerk sollten die Kollegen auf das Erkennen von Mangelzuständen richten.

EM

EB

#### Anschrift des Interviewpartners

Dr. Michael Kisser  
Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel  
2. Chirurgische Abteilung  
Wolkersbergenstrasse 1; 1130 Wien  
Tel: 01/80110-3512  
E-Mail: michael.kisser@wienkav.at



The link between treating obesity and resolving diabetes.

*At Covidien, we believe innovation is the key to helping medical professionals and patients find effective treatments. Including those involving gastric bypass surgery and Type II Diabetes. That's why, from developing new products for surgeons to forging new global partnerships that can help resolve diabetes, we're providing the crucial link between healthcare concerns and healthcare success.*

For more, visit  
[www.covidien.com](http://www.covidien.com)



# Lebensstiländerung, Suchtstrukturen, Essstörungen und die ironischen Prozesse des Gehirns

Prof. Dr. Elisabeth Ardel-Gatteringer Universität Salzburg

Co-Autoren: Mag. Markus Meindl<sup>2</sup>, Mag. DA Johann Hattinger<sup>1,3</sup>, Assoz. Prof. Dr. Susanne Ring-Dimitriou<sup>1,2</sup>, Prof. Dr. Leonhard Thun-Hohenstein<sup>1,5</sup> & Dr. Daniel Weghuber<sup>1,3,4</sup>

1) Obesity Academy Austria, 2) Universität Salzburg, 3) Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Salzburg, 4) Paracelsus Privatmedizinische Universität Salzburg, 5) Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Metaanalysen zeigen, dass der Großteil der konservativen Therapien und der Präventionskampagnen gegen Adipositas weder bei Erwachsenen noch bei Kindern/Jugendlichen dauerhafte Erfolge in Bezug auf Gewichtsabnahme nachweisen können (Miller & Jacob, 2001; Ebeling et al. 2002), auch die Compliance bei Diabetikern könnte wesentlich verbessert werden (Kogan, 2009).

"Die hohe Komorbidität von Adipösen mit Essstörungen wird gemeinhin unterschätzt. In etwa 30 % der betroffenen Patienten leiden unter Binge Eating Disorder, 7 % leiden unter Bulimie."

Die chirurgischen Interventionen sind in Bezug auf Verbesserung der Lebensqualität und anderer interdisziplinärer Parameter sehr erfolgreich. Eine kürzlich mit dem neuen interdisziplinären Test- und Qualitätssicherungssystem AD-EVA (Ardelt-Gatteringer & Meindl, 2010) durchgeführte Evaluation von 70 Magenband- und Bypass-Patienten (mindestens ein Jahr nach OP) zeigte bei etwa 80 % eine signifikante Verbesserung, nicht nur bezüglich des erwünschten Gewichtsverlusts und der medizinischen Komorbiditäten, sondern auch hinsichtlich vieler interdisziplinärer Lebensstil-Parameter. Lediglich die Werte für Ernährungspräferenzen für „Gesundes“ und für Genuss am Essen bleiben gleich oder verringern sich. Die Bulimiewerte steigen sogar an. Die Patienten bleiben in diesen Bereichen, sogar wenn sie mit Hilfe der Chirurgie Übergewicht oder Normalgewicht erreicht haben signifikant unter bzw. über den Normwerten ihrer neuen Bezugsgruppen. Etwa 20 % geht es in vielen Bereichen anhaltend schlecht.

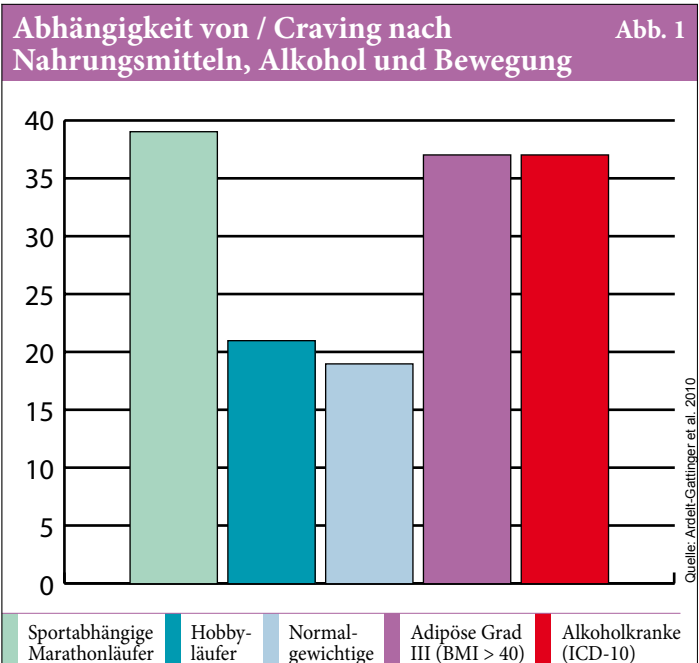
## Der „Gute Wille“ allein zählt nicht

Das neue Paradigma für alle Maßnahmen heisst „Health at any Size“ (Miller & Jacob, 2001). Die hierfür von Experten empfohlene und mit konservativen Maßnahmen unterstützte Lebensstiländerung trifft meist auf „guten Willen“, bisweilen sogar verzweifelt Bemühen, die Erfolge aber halten sich ebenfalls in Grenzen. Viele Experten, aber auch die betroffenen Patienten gehen davon aus, dass mit entsprechend „gutem Willen“ und harter Selbstkontrolle eine Änderung, zwar schwierig, aber prinzipiell dauerhaft möglich sei. Diese Fehleinschätzung geht einmal darauf zurück, dass die hohe Komorbidität Adipöser

mit Essstörungen entweder nicht bekannt ist oder unterschätzt wird. Die Literatur stimmt überein, dass ca. 30 % (de Zwaan & Schüssler, 2000) unter Binge Eating Disorder leiden. Sie haben mindestens zweimal wöchentlich stattfindende nicht steuerbare „Essanfälle“ über die sie „verzweifelt“ sind, sich „schämen“ und deshalb „alleine“, im Geheimen „fressen“. Bei 7 % der Adipösen wird nach solch einem Essanfall zusätzlich bulimisch mittels Erbrechen, Laxantien oder Diuretika kompensiert. Unsere Untersuchungen an ca. 4.000 Kindern (Ardelt-Gatteringer & Meindl, 2010) zeigten, dass Kinder und Jugendliche (8-18 Jahre) in keinem geringerem Ausmaß als erwachsene Adipöse Symptome der genannten Essstörungen aufweisen, die allerdings als vorklinisch bezeichnet werden können, d.h. noch nicht den in ICD-10 dargestellten Vollbildern entsprechen.

## Wenn Essen zur Sucht wird

Zum anderen konnten wir in mehreren Studien (Ardelt-Gatteringer et al., 2000a, 2000b, 2002, 2003, 2010; Ott, 1995; Franke, 1995) nachweisen, dass sich adipöse Personen in der Intensität des Verlangens nach übermäßigem Essen nicht von anderen



Suchterkrankten unterscheiden. 95 % der morbid Adipösen erfüllen mindestens jene drei Kriterien, die nach ICD-10 für die Diagnose „Abhängigkeit“ nötig sind. Sie unterscheiden sich auch in ihrem subjektiven Gefühl des „Craving nach übermäßigem Essen“ nicht von jenen, die unter Substanz-gebundenen Abhängigkeiten wie Alkohol- oder Nikotinabhängigkeit oder nicht Substanz-gebundenen wie Sportabhängigkeit leiden (vgl. Abb. 1). Diese mit Hilfe von jeweils domänenspezifischen Fragebögen durchgeführten Untersuchungen (Ardelt-Gattinger & Meindl, 2010) werden zunehmend durch neurophysiologische Erhebungen gestützt. Adipöse weisen demnach einen mit Heroin- und Alkoholkranken vergleichbaren Mangel an Dopaminrezeptoren auf (Wang et al., 2004; Volkow et al., 2002). Die besondere Dramatik liegt darin, dass übermäßiges Verlangen nach Essen eine Sucht darstellt, von der man nicht „trocken“ sein kann.

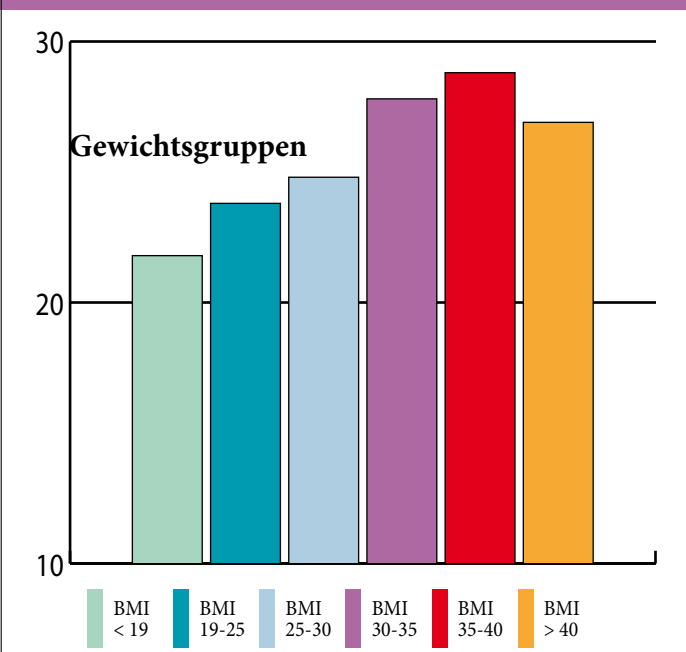
### Die ironischen Prozesse des Gehirns

Die Beherrschung dieses Cravings hieße noch stärkere, konsequentere Kontrolle. Paradoxerweise kann Gedankenkontrolle dahingehend zu ironischen Effekten führen, dass die unterdrückten unerwünschten Essgedanken vermehrt ins Bewusstsein eindringen und somit eine gedankliche Ablenkung von Nahrungskonzepten unter Umständen schier unmöglich machen.

Je höher das Gewicht ist, desto höher ist die Kontrolle der Essgedanken (Ardelt-Gattinger & Meindl, 2010) und zwar in der Weise, dass immer mehr an NICHT-Essen gedacht wird (vgl. Abb. 2). Erst ab der morbid Adipositas lässt sich eine leichter – resi-

Summenwerte: Kognitive Kontrolle  
= Denken an NICHT essen

Abb. 2



gnativer - Abfall feststellen, die Werte sind aber immer noch signifikant höher als bei den Schlanken und Normalgewichtigen.



# AD-EVA

NEU

Interdisziplinäres Testsystem zur Diagnostik und Evaluation bei Adipositas und anderen durch Ess- und Bewegungsverhalten beeinflussbaren Krankheiten

hrsg. von Elisabeth Ardelt-Gattinger und Markus Meindl

AD-EVA kann bei Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen angewendet werden und dient der Einzel- und Gruppendiagnostik von psychologischen, medizinischen, ernährungs- und sportwissenschaftlichen Einflussfaktoren auf Adipositas/Übergewicht und deren Folgen. Das Verfahren bietet die Möglichkeit einer standardisierten Verlaufsdagnostik und kann zur Planung und Evaluation von Präventionsmaßnahmen, Beratungen und Therapien eingesetzt werden.

AD-EVA erfasst:

- pathogenes und salutogenes Essverhalten
- Hungerwahrnehmung/Umgang mit Nahrungsmitteln
- Körperbild
- Craving/Abhängigkeit
- vorklinische und klinische Essstörungen
- Lebensqualität
- extrinsische und intrinsische Sportmotivation
- Nahrungsmittelpräferenzen
- Physische Fitness von Kindern und Jugendlichen (Modul 2)

Zusätzlich ermöglicht ein an das international eingesetzte System BAROS angelehntes Auswertungssystem die standardisierte Zusammenfassung der Ergebnisse.

**Test komplett (Modul 1):**

Bestellnummer 03 131 01, € 253.00/CHF 393.00

**Modul 2: Manual Physische Fitness-Testbatterie (PFTB)**

Bestellnummer 03 131 15, € 37.00/CHF 57.00

**Zu beziehen bei Ihrer Testzentrale:**

Robert-Bosch-Breite 25 · D-37079 Göttingen

Tel.: 0049-(0)551 50688-14/-15 · Fax: -24

E-Mail: testzentrale@hogrefe.de · www.testzentrale.de

Länggass-Strasse 76 · CH-3000 Bern 9

Tel.: 0041-(0)31 30045-45 · Fax: -90

E-Mail: testzentrale@hogrefe.ch · www.testzentrale.ch

Wegner, Schneider, Carter und White (1987) konnten zeigen, dass eine erfolgreiche Gedankenunterdrückung nicht dauerhaft möglich ist, bzw. dass mentale Kontrolle durch eine gewisse Störanfälligkeit charakterisiert ist. Jeder, sofern er schon einmal versucht hat beispielsweise Gedanken an einen rosa Elefanten zu unterdrücken, wird das Phänomen der Fehlbarkeit mentaler Kontrolle aus eigener Erfahrung kennen.

Die inzwischen durch Experimente empirisch gut belegte und ebenfalls durch die neuere Gehirnforschung gestützte Theorie der ironischen Prozesse mentaler Kontrolle (Wegner, 1994) zeigt uns, dass unser Gehirn zwar kurzfristig der inneren Aufforderung „NICHT-Schokolade etc. essen“ folgen kann, dies aber langfristig aufgrund der Interaktion zweier Prozesse und zwar von „Operating- und Monitoring-Processes“ nicht möglich ist. Bewusste Gedankenunterdrückung als menschheitsgeschichtlich junger Prozess verbraucht ein hohes Maß an kognitiven Ressourcen und ist unter zusätzlicher Belastung dementsprechend störanfällig. Lässt die Aufmerksamkeit nach, etwa im Falle von Müdigkeit, Ablenkung, TV, Lesen etc. wird der zuvor unterdrückte Gedanke durch einen zweiten Prozess, den sogenannten „Monitoring-Process“ – der von der Verfügbarkeit kognitiver Ressourcen weitgehend unabhängig ist und in nicht-bewusster Form parallel zum Operating Process abläuft – noch stärker bewusst als zuvor.

### Welche Lösungen bieten sich dem Praktiker?

Lösungsansätze für die beiden erstgenannten Probleme liegen in einer Diagnose des Ausmaßes des „Craving“ nach und der „Abhängigkeit von übermäßigem Essen“ sowie der Essstörungskomorbidität (vgl. Suchtfragebogen und Essstörungsfragebögen in Ardel-Gattinger & Meindl, 2010) und entsprechend angepassten psychotherapeutischen Interventionen, die vor der Beratung oder diese begleitend erfolgen sollten. Bisher wurde zur Umgehung der drängenden Essgedanken oft Ablenkung von Essgedanken empfohlen, wie etwa „Musik hören“ etc. Dies führt – wie uns ebenfalls neurokognitive Untersuchungen lehren – dazu, dass etwa Schokolade mit jenem Musikstück im Gehirn vernetzt wird, das man angehört hat, um dem Essgedanken zu entgehen. Wir verwenden zudem viel unserer Speicherkapazität auf das Musikhören, der nicht gehemmte „Monitoring-Process“ wird nun dafür sorgen, dass Schokolade etc. immer wieder auftritt, was die Verbindung mit diesem Musikstück assoziativ festigt.

Effektiv lassen sich ironischen Prozesse am besten durch eine maximale Abkehr vom pathogenen („Du sollst .... kontrollieren = nicht essen“) hin zum salutogenen Vorgehen vermeiden. Um nur einige Beispiele zu nennen: Patienten sollten über die genannten Prozesse informiert und gemeinsam die Verhältnisse am Teller zugunsten von GERNE gegessenen und günstigen Nahrungsmitteln verschoben werden. Nicht von Weglassen ist die Rede, sondern von: Gemüse und Salat nehmen zu! Eine günstige Vorratshaltung erwünschter UND beliebter Nahrungsmittel kann einen Mikrokosmos in der erwähnten Überflusgesellschaft schaffen. Essprotokolle sollten primär der Notierung nach Beratung neu ausprobiertes, gesunder und wohlschmeckender Nahrungsmittel dienen. Der Abschied von den pathogenen Häufigkeitsprotokollen fällt auch deshalb leicht, weil Adipöse selbstwertstützend ein „Underreporting“ eines hohen Prozentsatzes der aufgenommenen Nahrung vornehmen.

### Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass zum einen Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie zur Behandlung von Suchtanteilen und Essstörungen hilfreich eingesetzt werden können, zum anderen ein grundsätzliches Umdenken weg von pathogenen innerlichen und äußerlichen Verboten hin zum salutogenen Vorgehen stattfinden sollte. **In diesem Sinne:**

### Anbieten statt Verbieten



### Literatur

1. Ardel-Gattinger E. & Meindl M. (Hrsg.) (2010). AD-EVA. Interdisziplinäres Testsystem zur Diagnostik und Evaluation bei Adipositas und anderen durch Ess- und Bewegungsverhalten beeinflussbaren Krankheiten. Bern: Huber.
2. Ardel-Gattinger E., Lechner H. & Lengenfelder P. (2003). Aktuelle Ernährungsmedizin, 28, 311. (A).
3. Ardel-Gattinger E. & Lechner H. (2002). Psychologische Aspekte in der Adipositaschirurgie. Zentralblatt für Chirurgie, 127, 1055-106. (O).
4. Ardel-Gattinger E. et al. (2000a). Was geschieht, wenn sich der Traum erfüllt. Psychologische Aspekte der Adipositas (S.172 - 193). In: Hell E. & Miller K. Adipositas. Landsberg: Ecomed-Vlg. (B).
5. Ardel-Gattinger E. et al. (2000b). BMI 40 – The point of no Return? Psychologische Unterscheidungsmerkmale zwischen den Gewichtsklassen (S. 195 - 218). In: Hell E & Miller K. Adipositas. Landsberg:Ecomed-Vlg. (B)
6. De Zwaan M. & Schüssler P. (2000). Journal für Ernährungsmedizin, 1, 16-19.
7. Ebbeling C.B. et al. (2002). Lancet 360, 473-482.
8. Kogan A.J. (2009). Am J Manag Care. 15(9 Suppl):S255-62.
9. Stice E. et al. (2009). Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77(3), 486-503.
10. Miller W. & Jacob A. (2001). Obesity Reviews, 2, 37-45.
11. Wegner D.M. (1994). Psychological Review, 101, 34-52.
12. Wegner D.M. et al. (1987). Journal of Personality and Social Psychology, 53(1), 5-13.
13. Hirsch A. (1995). Zeitschr. f. Med. Psych. 1995, 3: 100-108.

### Anschrift der Autorin

A. Univ. Prof. Dr. Elisabeth Ardel-Gattinger  
 Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie  
 Hellbrunnerstrasse 34  
 A-5020 Salzburg

Obesity Academy Austria  
 Qualitätsnetzwerk Übergewicht  
 Hotline 06641806599



# Erfolgsfaktor Diaetologe in der langfristigen Adipositas therapie

– am Beispiel des Adipositas-Therapiekonzeptes myLINE®

Manuela Loderer

AENGUS Ernährungskonzepte GmbH

„Um übergewichtige/adipöse Patienten erfolgreich bei deren Lifestyleänderung zu begleiten, bedarf es einer umfassenden und langfristigen Betreuung, die über bloße Informationsvermittlung hinaus geht.“

Vor zehn Jahren entwickelten Ärzte, Diaetologen und Psychologen in Kooperation mit Experten der Medizinischen Universitätsklinik Graz das Programm myLINE® ([www.myline.at](http://www.myline.at)), das niedergelassene Allgemeinmediziner sowie Internisten in ihren Ordinationen anbieten können. Die mehr als 200 Partnerärzte arbeiten gemeinsam mit 170 Diaetologen und sind mit der strukturierten Adipositas- und Diabetes Typ 2-Therapie mit nachhaltiger Lebensstiländerung auch langfristig höchst erfolgreich.

## Notwendigkeit von Präventionsmaßnahmen

Die Zahlen und Fakten des Ersten Österreichischen Adipositasberichtes 2006 (1) sprechen für sich: Bei Übergewicht und Adipositas handelt es sich um das weltweit am schnellsten wachsende Gesundheitsrisiko sowie das Hauptgesundheitsproblem dieses Jahrhunderts. Auch in Österreich selbst ist die Prävalenz nicht weniger besorgniserregend: 11 % der österreichischen Bevölkerung leidet an Adipositas (BMI > 30), 42 % der Österreicher sind übergewichtig (BMI 26 – 30) (2). Mit zunehmender Dauer und Ausprägung der Adipositas wird die Behandlung einerseits immer schwieriger, komplexer und teurer, andererseits sind die gesundheitlichen Folgeerscheinungen der Adipositas nach Gewichtsverlust nicht immer reversibel. Besonderer Handlungsbedarf im Bereich Prävention ergibt sich aus der Tatsache, dass die Prävalenz der Adipositas mittlerweile in den meisten Industriestaaten so hoch ist, dass die verfügbaren Ressourcen nicht mehr ausreichen, um allen Betroffenen eine Behandlung anzubieten (3).

## Ernährungsberatung in der Adipositas therapie

Gerade im Ernährungsbereich fühlen sich viele berufen, tätig zu werden. Ernährungsberater, Gesundheitspädagogen, Ernährungscoaches, Ernährungstrainer u.v.m.

Dr. Roland Schwarz/Ried und sein Team – eine der 200 österreichischen myLINE®-Partnerordinationen.

drängen auf einen lukrativen, weil stetig wachsenden Markt. Aufgrund der in Österreich gültigen rechtlichen Rahmenbedingungen sind derzeit ausschließlich Ärzte und Diaetologen befugt, Menschen mit besonderen Ernährungsbedürfnissen zu beraten bzw. Ernährungstherapien durchzuführen. Diese Gesetzgebung hat ihre klare Berechtigung, da keine andere Ausbildung im Bereich Ernährung eine derart optimale Kombination zwischen Wissenschaftlichkeit und Praxisnähe bieten kann, wie dies in den österreichischen Fachhochschulen für Diaetologie der Fall ist. Ernährungsberatung verlangt nicht nur fachliche Kompetenz und Qualifikation, sondern vor allem eine hohe soziale Kompetenz des Beraters. Um übergewichtige/adipöse Patienten erfolgreich bei deren Lifestyleänderung zu begleiten, bedarf es einer umfassenden und langfristigen Betreuung, die über bloße Informationsvermittlung hinaus geht. Der Berater wird Vertrauensperson und Ansprechpartner in allen Patientenbelangen, hervorragende Kenntnisse in den Bereichen Gesprächsführung und Beratungstechnik sind daher mindestens ebenso wichtig, wie die Fachkompetenz an sich.

## Synergieeffekt Arzt & Diaetologe

Das myLINE®-Konzept wird ausnahmslos in niedergelassenen Arztpraxen angeboten, die regelmäßige Beratung und Betreuung der Programmteilnehmer wird dabei ausschließlich von Diaetologen und/oder dem Arzt selbst durchgeführt. Damit kann myLINE® als einziges Adipositasprogramm am österrei-



Foto: © AENGUS Ernährungskonzepte GmbH

chischen Markt auf eine vollständige Abdeckung der Qualitätsleitlinien für ambulante Adipositas-therapie (4) verweisen und bietet seinen Programmteilnehmern ideale Rahmenbedingungen zur erfolgreichen Gewichtsreduktion, dauerhaften Lebensstiländerung sowie langfristigen Gewichtsstabilisierung.

### Individuelle langfristige Betreuung

Der langfristige Erfolg der Programmteilnehmer steht in engem Zusammenhang mit der individuellen langfristigen Betreuung im Rahmen des myLINE®-Konzepts.

Diese ermöglicht:

- ein optimales Eingehen auf die individuellen Lebens- und Essgewohnheiten sowie die Bedürfnisse des Patienten – es gibt keine starren Diätpläne,
- die Bestimmung des persönlichen Wunschgewichtes und auch des individuellen Tempos – sogar Unterbrechungen sind erlaubt,
- eine maßgeschneiderte Beratung in Anlehnung an die Ergebnisse der regelmäßigen Erfolgskontrolle mittels Bio-Impedanz-Analyse (BIA) und
- eine hohe Adhärenz durch das Angebot einer langfristigen („lebenslangen“) Betreuung in allen Belangen rund um das Körpergewicht.

### Wissenschaftliche Evaluation – laufende Qualitätssicherung

Das myLINE®-Konzept wurde 2005 in einer wissenschaftlichen Arbeit der medizinischen Universität Graz evaluiert (5), 2008 wurde die Effizienz des Programms anhand einer Langzeit-Verlaufsanalyse nach internationalen Vorgaben geprüft und zum wiederholten Male bestätigt (6).

myLINE® unterzieht sich zudem einer ständigen Qualitätssicherung, sowohl Methodik als auch inhaltliche Grundlagen werden durch Experten aus dem wissenschaftlichen Beirat laufend überprüft und diskutiert.

### Zusammenfassung

Die massive Ausbreitung der Adipositas verlangt nach strukturierten, hochqualitativen und langfristig angelegten Betreuungskonzepten, die allen Bevölkerungsschichten zugänglich sein müssen. myLINE® gewährleistet diese Voraussetzungen und bietet mit seinem Ärzte-Netzwerk eine österreichweit flächendeckende, hochqualifizierte Betreuung von Patienten mit Übergewicht, Adipositas und Typ-2 Diabetes.

Ernährungs- und Diätberatung ist mit einer großen Verantwortung verbunden und verlangt daher nach Kompetenz, zum Schutze der Patienten. Im myLINE®-Konzept wird diesem Umstand zu 100 Prozent Rechnung getragen, denn das Programm wird ausnahmslos nur in Arztordinationen und nur unter der fachlichen Anleitung eines Arztes und/oder eines Diätologen angeboten.

### Literatur

1. Kiefer I., Rieder A., Rathmanner Th., et al.: Erster Österreichischer Adipositasbericht 2006. 1. Auflage, Wien, 08.2006.
2. Elmadfa I. et al.: Österreichischer Ernährungsbericht 2008. 1. Auflage, Wien, 03.2009.
3. Hoppichler et al.: Leitlinien der Österreichischen Adipositas-Gesellschaft. 2004, [www.adipositas-austria.org](http://www.adipositas-austria.org).
4. Hauner H. et al.: Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme. Adipositas 2000; 10 (19), 5-8.
5. Wallner S.J., Wascher T.C.: Qualität von Adipositasprogrammen. Journal f Ernährungsmed 2006; 8 (3), 11-16.
6. Wallner S.J. et al.: Langzeit-Behandlung mit Adipositasprogrammen. Journal f Ernährungsmed 2008; 10 (4), 14-18.

### Anschrift der Autorin

Manuela Loderer, Diätologin  
Leitung Qualitätsmanagement  
AENGUS Ernährungskonzepte GmbH  
Straßganger Straße 289, 8053 Graz  
Tel: 0316/286054-0  
[manuela.loderer@aengus.at](mailto:manuela.loderer@aengus.at)  
[www.myline.at](http://www.myline.at)

## Österreichische Adipositas-Gesellschaft

**Die Österreichische Adipositas Gesellschaft (ÖAG) ist die medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft in der sich unter dem Motto „Gewicht ist uns wichtig“ Expertinnen und Experten zusammengefunden haben, deren zentrale Anliegen nicht nur die Forschung und der wissenschaftliche Austausch auf diesem Gebiet, sondern insbesondere auch die Verbesserung der medizinischen Versorgung der Betroffenen sind.**

Adipöse Patientinnen und Patienten sind in der öffentlichen Wahrnehmung unterrepräsentiert, werden in unserem Gesundheitssystem häufig gar nicht als Patientinnen und Patienten anerkannt. Die Österreichische Adipositas Gesellschaft versteht sich vor allem als „Anwältin“ dieser Patienten.

### Ziele und Projekte der ÖAG

In den nächsten Jahren setzt sich die Gesellschaft zum Ziel, vor allem zur Ausbildung für Ärztinnen und Ärzte und Gesundheitsberufe beizutragen, praxisorientierte Aspekte spezifisch

auf adipöse PatientInnen abgestimmt, zu vermitteln und die Bevölkerung über Risiken, Präventionsmöglichkeiten und professionelle Therapie zu informieren.

Zusätzlich zu Ihrer Jahrestagung (29.-30.10.2010) organisiert die Gesellschaft die Adipositasakademie. Die Akademie wendet sich an alle praktisch-klinisch tätigen Ärzte, ErnährungswissenschaftlerInnen und DiätologInnen, die ihre Kompetenzen in der Adipositasbetreuung verbessern möchten.

Die Adipositas-Akademie soll keine „akademischen Adipologen“ hervorbringen, sondern die Grundlagen der Betreuung im klinischen Alltag vermitteln.

Mit der Etablierung der ersten qualitätsgesicherten und von einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft zertifizierten Fortbildung zur Betreuung adipöser PatientInnen in Österreich möchte die ÖAG einen entscheidenden Beitrag für die dringend notwendige Verbesserung der Betreuungssituation und der Kompetenzen der damit befassten Berufsgruppen leisten.

Nähere Informationen und Termine finden Sie unter: [www.adipositas-austria.org](http://www.adipositas-austria.org)

# Blutzucker senken, auf natürliche Weise, mit *Coccinia indica* und Vitamin D

**Doz. Dr. Wolfgang J. Schnedl**

Facharzt für Innere Medizin in Liezen

**Die Zuckerkrankheit oder medizinisch Diabetes mellitus ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, die in erster Linie durch erhöhte Blutzuckerwerte gekennzeichnet ist. Man unterscheidet zwischen Diabetes mellitus Typ-1, dem juvenilen Diabetes und Diabetes mellitus Typ-2, der umgangssprachlich auch „Altersdiabetes“ genannt wird.**

## Coccinia indica

*Coccinia indica* (die Scharlachranke) ist eine kletternde, krautige und verzweigte Pflanze, die weit verbreitet in Indien wächst und wird seit vielen Jahrhunderten in Indien im Rahmen der ayurvedischen Medizin zur Senkung des Blutzuckers verwendet. Im Jahr 2003 wurde *Coccinia indica* in einer Übersichtsarbeit der Harvard Medical School als die Pflanze mit den meisten Hinweisen zur erfolgreichen Blutzuckersenkung beschrieben (1). In Studien beim Menschen konnte in Folge eine Blutzuckersenkung bei Glukosetoleranzstörung und bei Diabetes mellitus Typ-2 gezeigt werden (2). Dieser Effekt wurde vorher und nachher in vielen Tierversuchen nachgewiesen (3).

Eingesetzt wird ein Pulver aus getrockneten Blättern der Pflanze, obwohl indische Diabetiker unterschiedliche Mahlzeiten mit der Pflanze *Coccinia indica* zuzubereiten wissen.

Nebenwirkungen von *Coccinia indica* sind keine bekannt. Dabei konnte eine Senkung der nüchtern Blutzuckers um 21mg/dl und eine Senkung des HbA<sub>1c</sub>, des Langzeitblutzuckerwertes, um 0,6% nachgewiesen werden (2). Diese Wirkung ist wissenschaftlich mehrfach bewiesen und aus der bekannten Literatur geht hervor, dass eine Tagesdosis von mindestens 1.000mg pro Tag eines Extraktes von Blättern von *Coccinia indica* wirksam ist.

## Vitamin D

Die meisten Wirbeltiere, sowie auch der Mensch, decken den Großteil ihres Vitamin D (Cholecalciferol) Bedarfs durch Sonnenbestrahlung und Produktion von Vitamin D in der Haut ab. Daher wird Vitamin D also nur aus historischen Gründen als Vitamin bezeichnet, denn es hat grundsätzlich Wirkungen vergleichbar mit einem Hormon.

Wie epidemiologische Untersuchungen ergaben, ist heute noch die Vitamin D-Versorgung in vielen Ländern nicht optimal. Aktuelle Leitlinien in den USA empfehlen täglich eine zusätzliche Einnahme von 5µg (200 IU) Vitamin D für Kinder und jüngere Erwachsene, 10µg für 50-70-Jährige und 15µg für über 70-Jährige. Ein unter dem Normalbereich liegender Vitamin D Spiegel ist ein unabhängiger und langfristiger Risikofaktor für eine Reihe weiterer Krankheiten. Neben Diabetes mellitus und metabolischem Syndrom (4) gilt ein Vitamin D-Mangel als Risikofaktor für arterielle Hypertonie, kardiovaskuläre Erkrankungen, Osteoporose, Colonicarcinom, Prostatacarcinom, und auch Infektionskrankheiten (5).

Eine Kapsel Coccinia D® enthält zusätzlich zu *Coccinia indica* eine Dosis von 5µg (200 IU) Vitamin D. Damit kann man bei einer Einnahme von Coccinia D® zu den Mahlzeiten eine Dosis von 15µg (600 IU) Vitamin D täglich zuführen.

EB

### Literatur:

1. Yeh GY, Kapichuck TJ, Eisenberg DM, Philips RS. Systematic Review of Herbs and Dietary Supplements for Glycemic Control in Diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 1277-94.
2. Kuryian R, Bantwal G, Rajendran R, Kurpad AV. Effect of Supplementation of *Coccinia cordifolia* extract on newly detected diabetic patients. *Diabetes Care* 2008; 31:216-220.
3. Gunjan M, Jana GK, Jha Ak, Mishra U. Pharmacognostic and antihyperglycemic study of *Coccinia indica*. *Int J Phytomed* 2010; 2, 36-40.
4. Danescu LG, Levy S, Levy J. Vitamin D and diabetes mellitus. *Endocrine* 2009; 35: 11-17.
5. Zittermann A, Schleithoff SS, Frisch S, Götting C, Kuhn J, Koertke H, Kleesiek K, Tenderich G, Koerfer R. Circulating calcitriol concentrations and total mortality. *Clin Chem* 2009; 55: 1163-1170.

## NATÜRLICHE HILFE BEI DIABETES MELLITUS

# Coccinia D®

**REGULIERT DEN BLUTZUCKERSPIEGEL AUF  
NATÜRLICHE WEISE – VERHINDERT SPÄTSCHÄDEN.**

[www.coccinia.at](http://www.coccinia.at)

Dr. Auer® – Natur und Wissenschaft in Harmonie



### DIE KOMBINATION COCCINIA INDICA UND VITAMIN D3:

- Senkt nachhaltig Blutzucker und Blutfette
- Verringert Spätschäden bei Diabetes mellitus
- Wirkung wissenschaftlich bestens belegt
- Entwickelt in Zusammenarbeit mit Univ.-Doz. Dr. Wolfgang Schnedl.
- Natürliche Hilfe ohne Nebenwirkung.
- Schützt Augen, Herz und Nieren
- Unterstützt die vom Arzt verordneten Arzneimittel

LM zur diätetischen Behandlung von Diabetes mellitus und dessen Spätfolgen.  
Jetzt in Ihrer Apotheke.

Vertrieb: Kwizda OTC, [www.aapospa.com](http://www.aapospa.com)





# Unterstützen Sie die Beziehung zu Ihren Patienten mit einem ganz persönlichen Patientenmagazin!

**Neu!**

Zwei individuelle Patientenmagazine, mit denen Sie Ihre Arzt-Patienten-Beziehung noch persönlicher pflegen können!

Wir wissen, was Ihre Patienten von Ihnen (lesen) wollen!



**Ausführliche Beratung: Frau Michaela Haubl, Adjutum Verlag**  
**Tel: 0676/848 966 200 Fax: 01/890 48 78-15**

- Ja, ich interessiere mich für ein individuelles Patientenmagazin aus dem Bereich:
- „bewegt“ (Orthopädie/Physikalische Medizin und Rehabilitation/Physiotherapie)
  - „berührt“ (Interne Medizin/Onkologie/Allgemeinmedizin)

Name: .....

Kontakt: .....

