

Klaus Bally^a, Edouard Battegay^b

Was sollen kardiovaskuläre Risikopatienten essen?

Ernährungsempfehlungen in der Hausarztpraxis

Dass Lifestyle-Modifikation und dabei insbesondere die Ernährung in der Primär- und Sekundärprophylaxe der Arteriosklerose von nicht zu unterschätzender Bedeutung sind, ist seit langem bekannt. Es gehört zu den hausärztlichen Kernkompetenzen, Menschen mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko im Hinblick auf eine ausgewogene Kost zu beraten. Ist diese Beratungstätigkeit vor dem Hintergrund neuer Erkenntnisse schwieriger geworden?

«Traditionelle» Diätberatung in der Hausarztpraxis

«Konsumieren Sie weniger Fett, kein Schweinefleisch, weniger Butter und Rahm, meiden Sie Süssigkeiten zwischendurch und beachten Sie bitte, dass Eigelb viel Cholesterin enthält» – so oder ähnlich lauteten bis vor gar nicht so langer Zeit kurz zusammengefasst die hausärztlichen Ernährungsempfehlungen für Individuen mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko. Was wurde damit erreicht?

In einer Studie des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Basel [1], in deren Rahmen in 20 Hausarztpraxen der Nordwestschweiz retrospektiv die Krankengeschichten von 1000 konsekutiv die Praxis aufsuchenden Patienten analysiert wurden, zeigte sich, dass kaum ein kardiovaskulärer Risikopatient nicht von seinem Hausarzt bezüglich adäquater Ernährung beraten wird. Bei insgesamt 866 von diesen 1000 Patienten war aufgrund der Angaben in der Krankengeschichte eine Risikostratifizierung möglich. Wegen des individuellen kardiovaskulären Risikos war bei insgesamt 480 von diesen 866 Patienten eine lipidsenkende Therapie (Diät und/oder Statintherapie) angezeigt. Nur 18 dieser 480 Individuen (3,7%) wurden von ihrem Hausarzt nicht bezüglich Ernährung beraten, wohingegen von 315 Personen mit Indikation für eine Statintherapie 143 (45%) kein Statin erhielten.

Obwohl der Effekt der eingeleiteten Therapie nicht zu den eigentlichen Studienzielen gehörte, war es in einer grossen Zahl der Fälle möglich, das Ausmass der Senkung des Totalcholesterins retrospektiv aus den Angaben in der Krankengeschichte zu dokumentieren:

Von 91 Individuen, die nur eine hausärztliche Ernährungsberatung erhielten, wurde ...

- bei 42 (46%) Patienten eine Cholesterinsenkung von weniger als 0,5 mmol/l erreicht;
- bei 28 (31%) Patienten eine Cholesterinsenkung von 0,5 bis 1 mmol/l erreicht;
- bei 21 (23%) Patienten eine Cholesterinsenkung von über 1 mmol/l erreicht.

Von 130 Individuen, die eine Ernährungsberatung und eine Statintherapie erhielten, wurde ...

- bei 16 (12%) Patienten eine Cholesterinsenkung von weniger als 0,5 mmol/l erreicht;
- bei 18 (14%) Patienten eine Cholesterinsenkung von 0,5 bis 1 mmol/l erreicht;

- bei 96 (74%) Patienten eine Cholesterinsenkung von über 1 mmol/l erreicht.

Somit war eine hausärztliche Ernährungsberatung zumindest bezüglich Wirkung auf das Totalcholesterin von einem beachtlichen Erfolg gekrönt, allerdings wie zu erwarten natürlich nicht im gleichen Ausmass, wie dies bei einer medikamentösen Behandlung der Fall ist.

Neue Erkenntnisse für eine hausärztliche Ernährungsberatung

Welche Erkenntnisse sollten in eine zeitgerechte hausärztliche Ernährungsempfehlung einfließen?

- Wahrscheinlich haben alleinige Fett- und Cholesterinreduktionsempfehlungen nur einen geringgradigen Einfluss auf die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität [2].
- Eine Korrelation des Konsums von mehr oder weniger Eiern mit der Inzidenz von Herzinfarkten und Schlaganfällen besteht nicht [3].
- Einfach ungesättigte Fettsäuren beeinflussen mehrere kardiovaskuläre Risikofaktoren günstig (mediterrane Kost).
- Bei den mehrfach ungesättigten Fettsäuren soll auf ein ausgewogenes Verhältnis von Omega-6- zu Omega-3-Fettsäuren geachtet werden (5:1).
- Transfettsäuren wirken sich ungünstig auf das Herz-Kreislauf-Risiko aus.
- Und schliesslich ist es nach wie vor unbestritten, dass ein Zusammenhang des Serumtotalcholesterins und insbesondere der LDL-Cholesterinwerte mit dem kardiovaskulären Risiko besteht, weswegen es gerechtfertigt und vor allem für unsere Patienten plausibel ist, mittels Ernährungsempfehlungen eine Senkung der Serumlipidwerte anzustreben.

Praktische Ernährungsempfehlungen für kardiovaskuläre Risikopatienten in der Hausarztpraxis

Die zur Primär- und Sekundärprävention der KHK/Atherosklerose empfohlene Ernährung entspricht bezüglich Menge dem Energiebedarf (Berechnung vgl. www.sge-ssn.ch) und bezüglich Zusammensetzung der generellen Empfehlung für gesunde Ernährung, wie sie in der Lebensmittelpyramide dargestellt ist (Abb. 1). Eine solche ausgewogene Mischkost wirkt sich auch in der Prävention anderer Krankheiten günstig aus: z.B. Diabetes mellitus Typ 2, Osteoporose, Krebs. Sie gilt für Personen von 19 bis 65 Jahren mit wenig körperlicher Aktivität. Sie trifft nicht für besondere Personengruppen zu: Kinder, Schwangere, Vegetarier, Leistungssportler. Zur Erhaltung eines gesunden Körpergewichtes ist zudem wichtig, sich täglich mindestens eine halbe Stunde zu bewegen.

Im Speziellen soll bei kardiovaskulären Risikopatienten darauf geachtet werden,

- tierische Fette (Fleisch und Milchprodukte) mit Mass zu konsumieren;
- Transfettsäuren aus industrieller Produktion (Chips, Popcorn, Gebäck) zu meiden;
- regelmässig Früchte, Gemüse und Nüsse zu essen;
- auf eine nahrungsfaserhaltige Kost zu achten;

^a Institut für Hausarztmedizin der Universität Basel

^b Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Universitätsspital Zürich

- auf den Konsum von Omega-3-Fettsäuren zu achten (Raps-/Sojaöl; Kaltwasserfische; evtl. Kapseln auf der Basis von Fischöl oder Algen);
- maximal einen (Frauen) bzw. zwei (Männer) Standarddrinks Alkohol pro Tag zu konsumieren.

Bei Hypertonie empfiehlt sich speziell eine Gewichts- und auch eine Salzreduktion (<6 g Natrium pro Tag), bei Diabetes mellitus Typ 2 sollten Nahrungsmittel mit niedrigem glykämischen Index (Abb. 2) bevorzugt werden, und nur 10% des Kalorienkonsums sollten in Form von Saccharose erfolgen (z.B. 50 g zugesetzter Zucker bei einem täglichen Kalorienbedarf von 2000 kcal). Bei Hypercholesterinämie empfiehlt sich wie bei der Hypertonie und dem Diabetes vor allem eine Gewichtsreduktion sowie ein Ersatz der gesättigten Fettsäuren durch eine Erhöhung der einfach und mehrfach ungesättigten Fettsäuren (Olivenöl, Rapsöl). Mit der Einnahme von täglich zwei Gramm Pflanzensterinen (Phytosterolen) in Form von Margarine wird eine Totalcholesterin- und LDL-Cholesterinsenkung von bis zu 10% erreicht [4]. Bis heute gibt es allerdings keine Morbiditäts- und Mortalitätsstudien, welche den Nutzen von Phytosterolen in der Prävention der Arteriosklerose bestätigen könnten.

Absolut entscheidend für die Reduktion des kardiovaskulären Gesamtrisikos ist – neben der Motivation zur Bewegung (3–5 Mal/Woche Training: Joggen, rasches Walking, Velofahren, Schwimmen) – die Behandlung des Übergewichts:

- Eine Reduktion der Kalorienbilanz von 500 kcal pro Tag bzw. 3500 kcal pro Woche entspricht einem Gewichtsverlust von 0,5 kg pro Woche (initial aufgrund des Wasserverlustes etwas mehr);
- langfristige Ernährungsumstellung; Crash-Diäten funktionieren nicht;
- grösste Wirksamkeit: Kombination von Ernährungstherapie, Verhaltenstherapie und Bewegung.

Ernährungstherapie

Grundsatz: Es spielt keine Rolle, was gegessen wird, solange es weniger Kalorien sind (dies gilt natürlich nicht für Extreme):

- drei reguläre Mahlzeiten pro Tag;
- kleinere Portionen als gewöhnlich, nicht nachschöpfen, keine Snacks zwischen den Mahlzeiten;
- Nahrungsmittel mit niedriger Energiedichte bevorzugen: Salat, Früchte, Gemüse, fettreduzierte Milchprodukte wie Milch, Joghurt usw.;
- Vermeidung bzw. Reduktion von Nahrungsmitteln mit hoher Energiedichte, d.h. oft auch hohem Fettanteil: Kuchen, Kekse, Käse, Schokolade, Nüsse, Chips, rotes Fleisch, Geflügelhaut und alle frittierten Speisen.

Zumal unsere Patienten meist sehr daran interessiert sind, selbst zu ihrer Gesunderhaltung beizutragen, sollte der Ernährungsberatung in der Hausarztpraxis trotz der Verfügbarkeit von immer effizienteren Statinen und einer Vielzahl verschiedenster Antihypertensiva und Antidiabetika keinesfalls zu kurz kommen. Erfreulich sind die

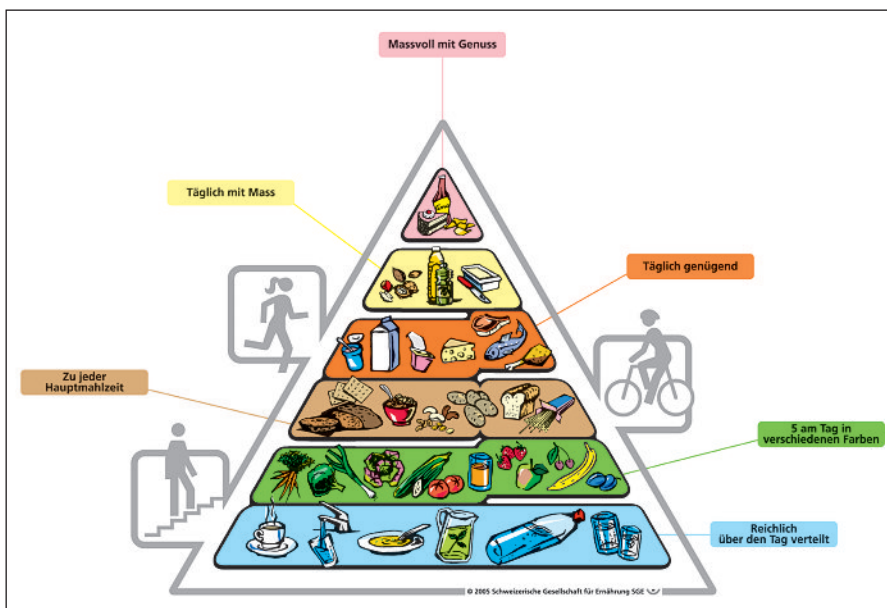


Abbildung 1
Nahrungspyramide. (Quelle: Schweizerische Gesellschaft für Ernährung 2004)

Lebensmittel mit hohem Glykämie-Index (>85)	Lebensmittel mit mittlerem Glykämie-Index (60–85)	Lebensmittel mit niedrigem Glykämie-Index (<60)
Brot, Weissbrot und Vollkornbrot	Bananen	Äpfel
Cornflakes	gebackene Bohnen	Bohnen
Glukose	Hafermehl	Datteln
Honig	Maisprodukte	Eiscreme
Kandiszucker	Nudeln	Erbsen
Karotten	Orangensaft	Feigen
Kartoffeln	Reis	Fruktose
Knäckebrot	Trauben	Joghurt
Rohrzucker	Vollkorngetreideprodukte	Kirschen
Rosinen	Vollkornroggenbrot	Linsen
Sirup		Milch
Sportgetränke mit Oligosacchariden		Pfirsiche
zuckerhaltige Limonade		Pflaumen
zuckerhaltige Sportgetränke		Tomatensuppe

Abbildung 2
Nahrungsmittel mit hohem, mittlerem und niedrigem Glykämie-Index.

Bestrebungen, diese wichtige Aufgabe der Ernährungsberatung auf die Medizinischen Praxisassistentinnen zu übertragen, verfügen diese doch nach sorgfältiger Schulung oft über ein hohe Kompetenz und ein entsprechendes Einfühlungsvermögen in die Lebenssituation unserer Patienten.

Literatur

- 1 Bally K, Martina B, Halter U, Isler R, Tschudi P. Practice barriers to guideline-recommended cholesterol management. *Swiss Med Wkly.* 2010;140: e-pub ahead of print January 2010.
- 2 Imoberdorf R, Rühlin M, Ballmer PE. Aktuelle Ernährungsrichtlinien zur Herz-Kreislauf-Prävention. *Schweiz Zeitschr Ernährungsmedizin.* 2007;1:4–12.
- 3 Djoussé L, Gaziano JM. Egg consumption in relation to cardiovascular disease and mortality: the Physicians' Health Study. *Am J Clin Nutr.* 2008; 87:964–9.
- 4 Demonty I, Ras RT, van der Knaap H, Duchateau G, Meijer L, Zock PL. Continuous Dose-Response Relationship of the LDL-Cholesterol-Lowering Effect of Phytosterol Intake. *J Nutr.* 2008 (139):1–14.
- 5 Grüniger U, Hösli R, Neuner S, Schmid M. Gesundheitscoaching – ein Programm für Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis vom Kollegium für Hausarztmedizin (KHM). *Schweizerische Ärztezeitung.* 2009. 90(45):1729–32.

Korrespondenz:

Dr. med. Klaus Bally
 Facharzt FMH Allgemeine Medizin
 Institut für Hausarztmedizin der Universität Basel IHAMB
 St. Johannis-Parkweg 2
 4056 Basel
 klaus.bally@unibas.ch

Kommentar: Ernährungsberatung «plus»!

So fundiert ernährungswissenschaftliche Empfehlungen oft sind, so kompliziert und kaum umsetzbar kommen sie meistens daher. Oder schaffen Sie es, sich sowohl kreislauf-, knochen-, nieren-, muskel- wie hirngesund zu ernähren – und das mit Genuss? Umso lobenswerter, dass der Autor den aktuellen Stand des Wissens, was Ernährungsberatung in der Praxis sinnvollerweise umfasst, präzise und praktikabel auf den Punkt bringt. Letztlich liegt das Problem bei der Mehrheit bei der positiven Energiebilanz und beim Bewegungsmangel, wo Betroffene und Berater gemeinsam erfolgreich einwirken können. Ebenso wichtig wie das Aufzeigen der Verbesserungsmöglichkeiten, die eine optimierte Ernährung z.B. auf den Cholesterinstoffwechsel hat, ist es auch, deren Grenzen anzusprechen, damit keine übersteigerten Erwartungen entstehen. Wichtig scheint mir auch, an den Anfang der Intervention «Ernährungsumstellung» die Diskussion zu setzen, wo der Betroffene mit seinem kardiovaskulären Risiko überhaupt steht und was mit der Intervention daran geändert werden kann: Scheint der Nutzen minimal (z.B. eine nur geringe Reduktion des absoluten Risikos für ein kardiovaskuläres Ereignis), lohnt es sich aus Sicht des Patienten vielleicht

nicht, rigorose und unangenehme Änderungen der Ernährungsgewohnheiten anzupacken – auch das wäre eine Entscheidung, die wir als ärztliche Betreuer zu akzeptieren haben. Andererseits kann es für den Betroffenen sehr motivierend sein, seinen zu erwartenden Nutzen (Reduktion des Erkrankungsrisikos) zu erkennen.

Nun aber zum «plus», wie der Titel verspricht: Entscheidend bei der hausärztlichen Ernährungsberatung ist es, nicht nur reines Wissen zu vermitteln, sondern auch die Motivation für eine Veränderung zu klären und zu fördern. Gezielte Fragen mit Hilfe der Technik des «Motivierenden Interviews» ermöglichen es dem Beratenden, sich darüber klar zu werden, wie bereit er ist, etwas zu bewegen, ob er sich Veränderungen zutraut und wo allfällige Hindernisse liegen. Nächste Schritte sind klare Vereinbarungen zwischen Arzt und Patient, wo man in welcher Zeit wohin will, und eine Begleitung auf diesem Weg, die sich konstruktiv mit Misserfolgen und Barrieren auseinandersetzt.

Der Arzt, die Ärztin wird so zum «Ernährungs- und Bewegungscoach» des Patienten. Letzterer übernimmt, unterstützt durch seinen Coach, einen grossen Teil der Verantwortung, ob die veränderte Ernährung und körperliche Aktivität letztlich zum Erfolg führen. Nicht zufällig ist «Gesundheitscoaching» auch der Name des neuen Präventionsprogramms des KHM [5], das genau diese genannten Kommunikationstechniken benützt, um die hausärztliche Ernährungs- und Bewegungsberatung (und weitere Verhaltensänderungen) erfolgreich zu machen.

Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, MPH, Redaktor PrimaryCare

Edy Riesen

Tipps aus der Praxis

Nasenbluten ohne Vorwarnung im Altersheim – und kein Material dabei

Ein Tipp von Dr. med. Susanne Müller Senn, Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH, Oberdorf BL

Sie sind im Notfalldienst und machen einen Besuch in einem Altersheim. Dabei werden sie gebeten, noch «schnell» eine andere, antikoagulierte Patientin, die stark aus der Nase blutet, anzuschauen. Hin und zurück in die Praxis wäre es eine gute halbe Stunde. Sie suchen sich folgendes Material zusammen: Gazelonquetten, eine einfache Schere, eine Pinzette und eine Hautcrème

(z.B. Bepanthen-Salbe). Es werden längliche Streifen zugeschnitten und mit etwas Crème bestrichen. So lässt sich die vordere Nasentamponade gut bewerkstelligen. Die Entfernung der Einlage am nächsten Tag gelingt problemlos.

Korrespondenz:

Dr. med. Edy Riesen
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 Hauptstrasse 79
 4417 Ziefen
 edy.riesen@hin.ch