



© Marek Wisner/fotock.afabiz.com

2 Bedeutung der Ernährungstherapie

In diesem Kapitel lernen Sie die wichtigsten Zusammenhänge zwischen Ernährungsstatus und Gesundheit kennen. Des Weiteren erläutere ich Ihnen, warum wir uns oftmals falsch ernähren und was man meiner Meinung nach dagegen tun kann. Und zum Schluss erfahren Sie mehr über die Vorteile einer gesunden Ernährung, von der nicht nur der Einzelne (Gesundheit) profitiert, sondern auch die Gemeinschaft (Kosten).

2.1 Sind die klassischen Naturheilverfahren noch zeitgemäß?

2.1.1 Sebastian Kneipp – Vorreiter der klassischen Naturheilverfahren

Wenn heute von den klassischen Naturheilverfahren die Rede ist, sind damit in erster Linie die Methoden gemeint, deren sich der Bad Wörishofener Pfarrer Sebastian Kneipp im 19. Jahrhundert bediente.

Diese Naturheilverfahren sind:

- Hydro- und Thermoerapie
- Ernährungstherapie

- Bewegungstherapie
- Phytotherapie
- Ordnungstherapie

Die Kneipp'sche Therapie besteht also beileibe nicht nur aus den am meisten bekannten Güssen und Wickeln [17]. Kneipp empfahl seinen Patienten eine einfache und rustikale Kost, ausreichend Bewegung und einen vernünftigen Umgang mit den Tages- und Jahresrhythmen sowie den eigenen Emotionen. Die am schlechtesten zu greifende „Ordnungstherapie“ hat sowohl chronobiologische als auch psychosomatische Aspekte. Die wichtigsten „Medikamente“ bei Kneipp waren pflanzliche Heilmittel, oft in Form von Teeaufgüssen (Abb. 2.1) [22].

Exkurs

Unter „ordnungstherapeutischen“ Gesichtspunkten hätte Kneipp sicherlich die heutige gängige Praxis, auch im Winter frische Erdbeeren zu kaufen oder bereits ab September in den Läden Lebkuchen zu finden, stark kritisiert. Zu einer „naturgemäßen Ernährung“ gehört es u. a., sich an die natürlichen Erntezyklen zu halten und lokal erzeugte Lebensmittel zu präferieren.

Zu seiner Zeit war Kneipp ein medizinischer „Revoluzzer“ – wenn auch wider Willen – und hatte zahlreiche Neider und Gegner im medizinischen Establishment. In der Bevölkerung genoss Kneipp jedoch höchstes Ansehen, seine



Abb. 2.1 Kneipp setzte pflanzliche Heilmittel oft in Form von Teeaufgüssen ein. (© tycoon101/stock.adobe.com)

Bücher erzielten Bestsellerauflagen. Die Kneipp'schen Methoden waren im Vergleich zu konventionellen Verfahren aufgrund ihrer besseren Wirksamkeit beliebter, zudem wiesen sie weniger Nebenwirkungen auf. Außerdem konnte sich ein großer Teil der Bevölkerung eine ärztliche Behandlung schlichtweg gar nicht leisten.

Da nach und nach auch Ärzte seine Verfahren kennenlernten und sogar in die universitäre Forschung und Ausbildung integrierten, erlangten die Kneipp'schen Verfahren den Rang der „Schulmedizin“. Die Behandlungen nach Kneipp haben heute – ganz anders als vor 150 Jahren – nichts Sensationelles mehr an sich, sondern sind gewissermaßen „ein alter Hut, der keinen Hund hinter dem Ofen hervorlockt“ – obwohl die Verfahren nach wie vor sinnvoll und wirksam sind. Sie sollten daher immer noch die **Grundlage jeglicher naturheilkundlichen Therapie** sein. Meiner Meinung nach hat jeder Arzt, der sich mit Naturheilverfahren beschäftigt, individuell zu überprüfen, welche der Kneipp'schen Verfahren

bei seinem Patienten in der aktuellen Situation infrage kommen – ggf. ergänzt um weitere Methoden wie Akupunktur, Neuraltherapie oder eben auch orthomolekulare Medizin.

2.1.2 Nicht selten bestimmt Sensationsgier das Handeln der Patienten

Leider wenden sich Patienten gern sehr spektakulären Verfahren zu. Ohne diese neuen Methoden diskreditieren zu wollen: Es macht in der Kaffeerunde oder am Stammtisch einfach mehr her, wenn der Patient berichtet, er habe eine hawaiianische Energiemassage erhalten oder werde jetzt nach der tibetischen Schamanenmedizin behandelt. Dagegen kommt es meist nicht so gut an, wenn er äußert, dass der Arzt ihm morgendliche Wechselgüsse verordnet habe oder dass er sein morgendliches Schinkenbrötchen gegen einen Obstteller eintauschen solle.

Um also die in der Überschrift gestellte Frage zu beantworten: Nein, die klassischen Verfahren scheinen heute überhaupt nicht mehr zeitgemäß zu sein, was die psychologische Wirkung und die Attraktivität auf die Patienten angeht. In puncto Erstattung müssen wir ein weiteres trauriges Kapitel eröffnen. Obwohl alle klassischen Verfahren schulmedizinisch etabliert sind, ihre Wirksamkeit wissenschaftlich unter Beweis gestellt haben und sogar die Möglichkeit der Abrechnung über die Kasse besteht, macht es wegen des hohen Aufwands und der entsprechend geringen Gebührensätze für den Arzt aus ökonomischen Gründen keinen Sinn, diese klassischen Verfahren in seiner Praxis regelhaft anzuwenden – zumindest im ambulanten Bereich.

Das Fähnlein der klassischen Naturheilverfahren wird eigentlich nur noch in der Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ und in interessierten Laienkreisen wie Kneipp- oder Naturheilvereinen hochgehalten (z. B. Diplom-Kneipparzt). Selbst bei Heilpraktikern finden wir heute eher Dunkelfeldmikroskopie und Irisdiagnostik als eine ordentliche Beratung unter klassischen Aspekten.

Wenn der Patient allerdings wissen möchte, was er selbst, und zwar möglichst ohne Nebenwirkungen, zur Linderung oder Heilung seiner Beschwerden beitragen und wie er seine **Selbstheilungskräfte** auf natürlichem Wege anregen und unterstützen kann, kommt er um die Beschäftigung mit diesen klassischen Verfahren nicht herum. Er sollte eine entsprechende Information bei seinem Arzt oder Heilpraktiker einfordern. Diese sollten ihm wiederum entsprechende Verfahren anbieten. Moderne, nachgefragte und ökonomisch attraktive Maßnahmen und die bewährten, klassischen Verfahren schließen sich ja keineswegs aus, sondern ergänzen sich in der Regel sinnvoll. Mehr Möglichkeiten zur Selbstbehandlung erfährt der Laie in Schmiedel [21].

Beispiel: Es macht wenig Sinn, Arteriosklerose bei erhöhtem Cholesterinspiegel homöopathisch oder auch mit Statinen behandeln zu wollen, wenn nicht hinterfragt wird, wie cholesterinreich und ballaststoffarm die Ernährung des Patienten ist.

In diesem Sinne sind die klassischen Verfahren also nicht nur zeitgemäß, sondern auch **dringend notwendig**. Gerade in der angespannten finanziellen Situation der Kassen – und die Situation wird sich angesichts der Altersstruktur der Bevölkerung und des medizinischen Fortschritts mit immer neueren und teureren Maßnahmen und Medikamenten weiter verschärfen – sollten sich die Entscheidungsträger fragen, inwieweit kostengünstige, nebenwirkungsarme und die Mitverantwortung des Patienten erfordernde Verfahren möglichst schnell und breit in die konventionelle Medizin integriert werden können. Mit den klassischen Naturheilverfahren ließe sich vermutlich **viel Geld einsparen** – bei den Kassen und bei den Patienten, wenn sie denn nur bekannt wären, die Patienten dazu motiviert wären und sie konsequent angewendet würden.

2.2 Allgemeiner Ernährungsstatus

2.2.1 Keiner ist mehr unterernährt

Von extremen Ausnahmen abgesehen (z. B. Magersucht, soziale Verwahrlosung, schwerer Alkoholismus) verhungert bei uns niemand mehr. Wir leben seit einigen Jahren im Schlaraffenland, was unsere Ernährung angeht. Alle Grundnahrungsmittel sind ständig verfügbar, und dies auch noch zu erschwinglichen Preisen. Niemand – auch nicht Sozialhilfeempfänger – befinden sich in einer Gefahr der Unterernährung. Eine solche Situation ist in der mehrere Hunderttausend Jahre währenden Geschichte des Homo sapiens noch nie vorgekommen! Wir sollten auch nicht vergessen, dass dies nicht für alle Regionen auf der Erde selbstverständlich ist. Große Teile der Menschheit müssen nach wie vor in Sorge darum leben, für den nächsten Tag sauberes Trinkwasser, Brot, Gemüse, Früchte und andere Lebensmittel für sich und ihre Angehörigen zu beschaffen.

Die sichere Beseitigung des größten Mangels hat aber nicht automatisch dazu geführt, dass unsere Ernährung optimal geworden ist. Wenn es keinen Mangel mehr gibt, dann ist damit in erster Linie die ausreichende Bereitstellung von Nahrungsenergie und Eiweiß gemeint. Im Gegenteil: In diesen beiden Bereichen führen wir nicht nur ausreichend, sondern im Durchschnitt der Bevölkerung sogar zu viel zu.

Unsere Ernährung ist also – wenn man den Durchschnittsbürger betrachtet – zu energiereich, zu fett, zu eiweißreich, zu salzig, zu süß und enthält zu wenige Ballaststoffe.

2.2.2 Mangel im Überfluss

Die Zufuhr zu großer Nahrungsmengen garantiert leider noch nicht, dass dabei auch alle essenziellen Nährstoffe bereitgestellt werden. Von den meisten Nährstoffen wird zwar die in den Ernährungsempfehlungen angegebene ausreichende Menge zu sich genommen, auch ein klinisch relevanter Mangel an Vitamin B₅ (S.139) oder Vitamin C (S.149) kommt nur in Ausnahmefällen vor. Bezüglich einiger Vitamine sehen aber bereits jetzt die Ernährungsgesellschaften (z.B. DGE) einen Handlungsbedarf. Beispiele:

- Bei Neugeborenen wird eine Vitamin-K-Substitution empfohlen.
- Bei Kleinkindern wird eine Vitamin-D-Substitution empfohlen.
- Bei Schwangeren im ersten Trimenon wird eine Folsäuresubstitution empfohlen.

Zumindest für bestimmte Bevölkerungsgruppen ist die Versorgung mit bestimmten Vitaminen ebenfalls problematisch, auch ohne dass es bisher offizielle Empfehlungen zu einer Erhöhung der Zufuhr gibt. So finden Studien bei Altersheimbewohnern regelmäßig bei nahezu allen Probanden einen **Vitamin-D-Mangel** [18], [20]. Auch bei Autoimmunerkrankungen finde ich häufig eine Vitamin-D-Unterversorgung und erhöhte Lipidperoxide als Ausdruck einer erhöhten Belastung mit freien Radikalen (durch den Entzündungsprozess), was indirekt auf einen relativen Mangel an antioxidativen Vitaminen hindeutet. Patienten mit psychischen und/oder

Schlafstörungen haben oft einen **Vitamin-B-** sowie einen **Zink-Mangel** – beide Nährstoffe sind an der Synthese des Neurotransmitters Serotonin beteiligt.

Bei den „großen“ Mineralstoffen Kalium, Kalzium und Magnesium sind manifeste Mangelzustände selten, aber latent recht häufig anzutreffen. Einen schweren Kaliummangel (erkennbar an einem erniedrigten Serumwert) finden wir bspw. bei intensiver Diuretikatherapie ohne entsprechende Substitution. Wird der genauere Vollblutwert bestimmt, so wird man bezüglich eines **Kaliummangels** schon wesentlich häufiger fündig. Die Bestimmung der **Kalziumwerte** in Serum oder Vollblut hilft uns in Bezug auf den Gesamtkörperbestand nicht wirklich weiter. Hier ist die Knochendichtebestimmung die exakteste Methode. Wie häufig – zumindest postmenopausal oder im Senium – eine verminderte Knochendichte ist, davon wissen Orthopäden bzw. Radiologen ein Lied zu singen. Latente **Magnesiummangelzustände** weisen große Teile der Bevölkerung auf. Wer auch nur gelegentlich einen Wadenkrampf hat, darf davon ausgehen, dass er bereits eine klinisch relevante Unterversorgung hat – auch wenn der gemessene Serumwert noch normal ist. Magnesiummangel stelle ich nur noch klinisch fest. Weder die Serum- noch die Vollblutanalyse halte ich inzwischen für geeignet, einen Mangel zu erkennen oder auszuschließen – auch wenn ich mich dabei im Widerspruch zu zahlreichen Kollegen befinde.

Bezüglich der „kleinen“ Mineralstoffe, also der **Spurenelemente**, sieht es nicht besser aus. Hier einige Beispiele:

- Bei Patienten mit Infektneigung, Krebs oder psychischen Störungen hat ein hoher Prozentsatz einen Zinkmangel.
- Patienten mit Krebs oder Autoimmunerkrankungen liegen mit ihrem Selenwert häufig im unteren Normbereich – wobei es sich hier um den „deutschen“ Normbereich handelt. Im internationalen Vergleich ist dieser eher (zu?) niedrig angesetzt, nicht wenige Patienten unterschreiten aber bereits diese Werte. Optimalwerte, die die maximale Funktion wichtiger selenabhängiger Enzyme wie der Glutathionperoxidase gewährleisten, finde ich

praktisch nur bei Menschen mit Selensubstitution.

Auch die Zusammensetzung der **Fettsäuren** darf als nicht optimal bezeichnet werden. Die Bedeutung der Omega-3-Fettsäuren etwa für die Prävention tödlicher Herzrhythmusstörungen, die Blutdruckregulation oder die Vermeidung von Autoimmunerkrankungen ist heute unbestritten. Fettsäureanalysen, die beim Individuum den Spiegel der ungesättigten und gesättigten, Omega-6- und Omega-3-Fettsäuren quantifizieren könnten, werden selten und in konventionellen Kliniken und Praxen so gut wie gar nicht durchgeführt. Und das, obwohl hier oft suboptimale Zustände, v. a. aber konkrete Ernährungsempfehlungen aufgezeigt werden könnten.

2.2.3 Zu viel Energie, zu wenige Nährstoffe

Etwa die Hälfte der deutschen Bevölkerung ist übergewichtig (BMI > 25), etwa ein Fünftel ist bereits fettüchtig (BMI > 30; [19]). Schätzungen von Epidemiologen gehen davon aus, dass im Jahre 2030 ca. die Hälfte der gesamten deutschen Bevölkerung fettüchtig sein wird, wenn die jetzige Entwicklung nicht gestoppt wird. Damit schlittern wir ungebremst in eine gesundheitliche Katastrophe hinein, deren Ausmaß noch gar nicht abzuschätzen ist. Allein aufgrund der Zunahme der Übergewichtigen wird es einen sprunghaften Anstieg von Diabeteserkrankungen geben. Die konventionelle Therapie des Diabetes, v. a. aber seiner Folgeerkrankungen, die durch die jetzige kosmetische, rein am Blutzucker orientierte Therapie überhaupt nicht reduziert werden können, ist so kostenintensiv, dass alle jetzigen Sparbemühungen von Politik und Kassen allein durch den Diabetes völlig zunichtegemacht werden. Wir müssten jetzt massiv gegensteuern, um nicht in den nächsten Jahren in ein finanzielles Desaster zu laufen – und da wären **diätetische Präventivmaßnahmen** ganz vorne zu nennen.

Gerade bei den Überernährten findet man häufig die größten Mangelzustände. Wie

kommt das? Mehr Kalorien zuzuführen bedeutet nicht, mehr essenzielle Nährstoffe aufzunehmen, wenn die überschüssige (überflüssige?) Nahrung in Form von Hamburgern, Kartoffelchips und Softdrinks verschlungen wird. Die Therapie dieser gravierenden Fehlernährung – „Mangel im Überfluss“ – kann nicht darin bestehen, die fehlenden Nährstoffe mit „Multipräparaten“ zu ergänzen. Vielmehr muss der Verbrauch (Missbrauch?) energiereicher, aber relativ nährstoffarmer Nahrungsmittel massiv zugunsten von energiearmen, aber relativ nährstoffreichen Lebensmitteln verändert werden. Das erfordert ein Umdenken in der gesamten Gesellschaft, v. a. aber beim Einzelnen.

Um ein solches Ziel auch nur annähernd zu erreichen, reicht es aber nicht aus, „schlechte“ Lebensmittel zu verbieten und „gesunde“ Kost zu propagieren (frisches Gemüse statt Fast Food), vielmehr sind auch die Bedingungen, die zur Fehlernährung geführt haben, kritisch zu hinterfragen. Dabei wird man nicht umhinkommen, psychosoziale Aspekte in die Überlegungen mit einzubeziehen. Orthomolekulare Präparate haben bei den „unterernährten Übergewichtigen“ dann ihren Stellenwert, wenn aufgrund der klinischen Symptomatik möglicher oder im Labor nachgewiesener Nährstoffdefizite (vorübergehend) eine Substitution bestimmter Nährstoffe Sinn macht.

2.3 Fehlernährung als Basis der meisten „Zivilisationskrankheiten“

2.3.1 Richtige Ernährung zwischen Bewusstem und Unterbewusstem

Jeder weiß heute mehr oder weniger gut, was gesund ist und was nicht. Die Tüte Popcorn im Kino, die tiefgekühlte Salamipizza zum Abendessen und der Softdrink zum Durstlöschen stellen auch nach Meinung in Ernährungsfragen

weitestgehend ungebildeter Mitbürger nicht gerade das Optimum gesunder Ernährung dar – vergleiche Kapitel Schlechter Ernährungszustand trotz Schlaraffenland (S. 14).

Frisches Obst, knackige Salate und Vollkornprodukte haben allgemein den Ruf, besonders gesund zu sein. Dies steigert aber nicht unbedingt deren Beliebtheit. Im Gegenteil: Die Aussage, etwas schmecke sehr „gesund“, ist negativ besetzt. Mit dieser abfälligen Bemerkung wird zum Ausdruck gebracht, dass die verzehrte Mahlzeit wohl einen hohen gesundheitlichen Wert, aber wenig Geschmack besitze. Wir sind eben von klein auf daran gewöhnt, dass ungesundes Essen gut schmeckt und gesunde Lebensmittel eher nicht schmecken, mehr Mühe in der Zubereitung oder beim Verzehr bereiten. Auch der Aspekt „Belohnung“, gerade bei den Kleinen, ist nicht zu unterschätzen. Sätze wie „Wenn du brav bist, ...“ enden selten mit dem Wort „Apfel“, sondern eher mit „Eis“ und Co.

Einige Beispiele attraktiver, nicht gerader gesunder „Lebensmittel“:

- Schokolade ist süßer und schmeckt besser als eine Banane, wobei kleine Mengen „dunkler“ Schokolade heute durchaus als gesund gelten.
- Es ist bequemer, einen Smoothie oder Joghurt zu verzehren, als einen frischen Apfel zu kauen.
- Ein labbriger Hamburger ist leichter zu kauen als ein Vollkornbrot mit ganzen Körnern.

Die Einschränkungen, die Eltern ihren Kleinen beim Konsum ungesunder Lebensmittel auferlegen, machen diese nur noch attraktiver. Alles, was verboten und nicht leicht zu haben ist, weckt Begehrlichkeiten. Dr. Eckhart von Hirschhausen, Arzt und Kabarettist, empfiehlt zur Steigerung des Verzehrs von Obst und Gemüse eine paradoxe Intervention: Wenn man möchte, dass der Nachwuchs Gurkensalat und frisches Obst essen will, dann müsse man diese einfach nur verbieten. Da ist möglicherweise etwas dran.

Vielleicht müssen wir gar nicht zu solchen radikalen Psychotricks greifen, sondern können uns einfacherer Methoden bedienen, um gesundes Essen attraktiv zu machen. Zunächst einmal sollten wir uns bewusst machen, wer oder was schuld daran ist, dass wir selbst möglicherweise

eher ungesundes Essen bevorzugen, und uns folgende Fragen stellen:

- Mögen wir lieber Süßes wie Eiscreme und Schokolade?
- Mögen wir lieber Herzhaftes wie Jägerschnitzel oder Schweinshaxe?
- Können wir nicht nein sagen, wenn uns beim Geburtstag von Tante Erna das dritte Stück Sahnetorte angeboten wird?
- Müssen wir nach einem frustrierenden Erlebnis im privaten oder beruflichen Bereich zu Süßigkeiten oder Alkohol als „Trostpflaster“ greifen?
- Können wir stressige Situationen nicht ohne reichlich koffeinhaltige Heiß- oder Kaltgetränke zusammen mit fett- und zuckerreichen Zwischenmahlzeiten für den kleinen Hunger zwischendurch überstehen?

Unser Ernährungsverhalten wird ergo viel eher von unserem Unterbewusstsein als von unserer Großhirnrinde gesteuert – sonst wäre die Werbung mit ihren gerade die Emotionen ansprechenden Botschaften nicht so erfolgreich.

2.3.2 Schuld und Sühne – in der Ernährung fehl am Platz

Es gibt also vieles, was „schuld“ an unserer Fehlernährung ist. Nebenbei: Den Begriff „Schuld“ mag ich in der Ernährungsdiskussion ebenso wenig wie die „Ernährungssünde“. Damit wird Fehlverhalten – ein viel besserer und neutralerer Begriff – viel zu stark belastet. Wir sollten uns schon unser Fehlverhalten und die Gründe dafür klarmachen. Erst dann können wir versuchen, aktiv dagegen anzugehen. Gewonnen haben wir den Kampf um gesunde Ernährung damit aber noch lange nicht. Der Bauch ist nämlich beim Essen wichtiger als der Kopf (S. 15) – im tatsächlichen wie im übertragenen Sinne!

Unser Verstand sagt uns, was wir essen sollen, unser Gefühl schreibt uns aber vor, was wir essen wollen. Um Wollen und Sollen zur Deckung zu bringen, müssen wir gesundes Essen attraktiv besetzen. Dazu gehören Ruhe und eine angenehme Atmosphäre (**Abb. 2.2**) bei den Mahlzeiten.



Abb. 2.2 Gesundes Essen attraktiv besetzen, z. B. durch eine angenehme Atmosphäre. (© fotofox33/stock.adobe.com)

Großzügiges Würzen der Speisen (nicht nur mit Salz, sondern v. a. mit Kräutern und Gewürzen) erhöht das Geschmackserlebnis. Und eine schöne Dekoration des Essens sowohl auf dem Teller (z. B. nettes Drapieren der verschiedenen Teile eines Menüs) als auch neben dem Teller (z. B. schöne Tischdecke, leise Musik, gedämpftes Licht und flackernder Kerzenschein) vermögen das sinnliche Erleben auch und gerade gesunder Speisen enorm zu steigern. Wir sollten nicht nur essen, um uns mit genügend Energie und Nährstoffen zu versorgen, sondern auch um uns positive „genüßliche“ Erlebnisse zu verschaffen.

Wenn wir uns so an „gesundes Essen“ gewöhnt haben, dann können wir darangehen, unsere Umgebung davon zu überzeugen. Der Schwerpunkt liegt hier beim „Überzeugen“, nicht beim „Missionieren“. Eine Hausfrau und Mutter kann ihren Mann und ihre Kinder kaum mehr von gesunder Nahrung abschrecken, als wenn sie ständig an den schlechten Ernährungsgewohnheiten ihrer Lieben herumnörgelt und in

einem einzigen großen Schritt von ungünstigen auf sehr gesunde Lebensmittel umschaltet.

Die **Politik der sanften, kleinen Schritte** mit wirklich wohlschmeckenden Vollwertgerichten und Gespräche darüber, ob überhaupt eine Bereitschaft zur Veränderung vorhanden ist, können mehr bewirken als forsche Hauruckmethoden, die meist nichts außer Widerständen provozieren.

Das Bewusstmachen der Zusammenhänge zwischen Fehlernährung und Krankheit kann ein Schritt auf dem Weg zur Veränderung sein, er ist aber nicht der größte und wichtigste. Kaum ein Mensch wird seine gesamte Ernährung ändern, damit er in vielleicht 30 Jahren keinen Diabetes bekommt. Gibt es weitere Argumente (z. B. bestimmte Krankheiten in der Familie gehäuft), so kann dies eine Verhaltensänderung erleichtern. Noch am leichtesten gelingt eine solche, wenn ein gewisser Leidensdruck besteht, d. h., wenn bestimmte Krankheiten oder Beschwerden bestehen, die mit Ernährung zu

beeinflussen sind – dann ist das Kind aber meist schon in den Brunnen gefallen.

Beispiele ernährungsabhängiger Krankheiten:

- Arteriosklerose (Herzinfarkt, Schlaganfall)
- Arthrose
- Bluthochdruck
- Diabetes mellitus II
- Fettstoffwechselstörungen
- Gicht
- Krebs (nicht alle, aber viele Arten, z. B. Dickdarm-, Magen-, Brustkrebs)
- Osteoporose
- rheumatische Erkrankungen
- Übergewicht
- Verstopfung

2.4 Immer wichtiger: vorbeugen statt heilen

2.4.1 Primäre und sekundäre Prävention

Bei der Prävention von Erkrankungen unterscheiden wir zwischen primärer und sekundärer Prävention. Unter primärer Prävention verstehen wir alle Maßnahmen, die geeignet sind, das **Eintreten einer Krankheit** zu verhindern, bevor diese entstehen kann. Bei der sekundären Prävention ist es bereits zu einer Krankheit gekommen. Alle Aktionen, die geeignet sind, um ein **Fortschreiten oder Wiederauftreten dieser Krankheit** zu unterbinden, dienen der sekundären Prävention.

Bei der primären Prävention müssen viele Menschen „mitmachen“, und zwar auch solche, die vielleicht niemals die zu verhütende Krankheit bekommen, aber nur so können einige „gerettet“ werden. Bei der sekundären Prävention ist der individuelle Nutzen in der Regel höher, da eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Krankheit weiter fortschreitet bzw. erneut zutage tritt. Dafür müssen die präventiven Maßnahmen entsprechend intensiv und konsequent betrieben werden.

- Beispiel für primäre Prävention: In der Familie ist Diabetes mellitus Typ II gehäuft. Der Patient ernährt sich kalorienbewusst, fett- und zuckerarm sowie ballaststoffreich, damit es nicht zu einem Diabetes kommt.
- Beispiel für sekundäre Prävention: Ein Patient erleidet einen Herzinfarkt. Er meidet seitdem cholesterinreiche Lebensmittel, ernährt sich mit antioxidanzienreichen Früchten und Gemüsen und bevorzugt Omega-3-Fettsäure-reiche Fische gegenüber Fleischgerichten, um einen Reinfarkt zu vermeiden.

2.4.2 Was ist wissenschaftlich belegt?

Vorbeugen ist besser als heilen, denn eine erfolgreiche Prävention kann menschliches Leiden vermeiden – das nehmen wir zumindest an, beweisen können wir es kaum. In vielen Fällen werden präventive Maßnahmen auch **ökonomischer** sein, wobei auch hier der wissenschaftliche Nachweis nicht immer leicht zu erbringen ist. Ob eine Maßnahme tatsächlich wirtschaftlich im Sinne von Geldeinsparen ist, hängt u. a. von den Kosten und ihrer Effizienz ab. So wird eine mehrere Tausend Euro teure stationäre Rehabilitation bei einem Patienten mit arterieller Verschlusskrankheit der Beine nicht zum Ziel führen (und weitere Kosten vermeiden), wenn es während der Therapie nicht gelingt, den Raucher zur konsequenten Nikotinkarenz zu bewegen.

Exkurs

Rauchen, Solidargemeinschaft und Ökonomie

Modellrechnungen haben ergeben, dass Raucher keineswegs Parasiten des Gemeinwesens darstellen, wie dies gern kolportiert wird. In einer Gesamtberechnung aller Einflussfaktoren wurde vielmehr vorurteilsfrei aufgezeigt, dass Raucher ökonomisch enorm zum Gesamtwohl der Solidargemeinschaft beitragen. Sie leben im Durchschnitt mehrere Jahre kürzer als Nichtraucher. Viele sterben an einem Herzinfarkt, bevor sie die Klinik erreichen und dadurch hohe Kosten



verursachen. Bei der Diagnose Lungenkrebs liegt die Lebenserwartung mit und ohne Therapie in der Regel unter einem Jahr. Nichtraucher werden hingegen älter und bekommen im hohen Lebensalter länger dauernde und damit auch teurere Erkrankungen. Raucher entlasten dagegen den Staatshaushalt durch ihr Steueraufkommen. Und nicht zuletzt unterstützen sie durch ihr „sozialverträgliches“ frühes Ableben ganz entscheidend die Rentenkassen. Wenn alle Raucher also plötzlich Nichtraucher würden, wäre es das Schlimmste, was unseren sozialen Sicherungssystemen passieren könnte.

Das ist keineswegs zynisch gemeint, sondern entspricht den nackten Tatsachen. Vielleicht ist die Kenntnis dieser Umstände sogar geeignet, den Raucher zu einer Abkehr von seinem autoaggressiven und gemeinnützigen Verhalten zu bringen. Ärzte sollten im Sinne einer paradoxen Intervention nicht an die Solidarität mit den armen Nichtrauchern erinnern, sondern den Raucher vielmehr zu einem egoistischen Verhalten auffordern.

Und das Egoistischste, was ein Raucher tun kann, ist nun mal die Beendigung seiner selbstlosen Aufopferung für die Gemeinschaft.

Positive „Kosten-Nutzen“-Rechnungen dürften bei den meisten präventiven Ernährungsempfehlungen, sowohl hinsichtlich eines humanitären Vorteils für den Einzelnen als auch des sozialen Gewinns für die Gemeinschaft, unzweifelhaft sein – hier gibt es allerdings kaum gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse.

Bei der **orthomolekularen Therapie** ist es noch schwieriger, einen wirtschaftlichen Vorteil nachzuweisen, da dem möglichen Nutzen (und damit Kosteneinsparung durch Krankheitsvermeidung) die möglicherweise nicht unerheblichen Kosten für die orthomolekularen Präparate sowie ggf. die Diagnostik (Laboruntersuchungen) entgegenstehen.

Unabhängig von der Kosteneffizienz gibt es bisher **kaum harte Daten** dafür, dass diätetische und orthomolekulare Therapien den therapeutischen Nutzen entfalten, den wir uns von ihnen erwarten. Ich bin ehrlich genug, an dieser Stelle offen zuzugeben, dass das Datenmaterial hierfür meist sehr spärlich ist. Überwiegend verlassen

wir uns auf **plausible Erfahrungswerte** und leider nur spekulative Schlussfolgerungen, die in den wenigsten Fällen evidenzbasiert sind.

Beispiel Homozystein

In epidemiologischen Studien konnte nachgewiesen werden, dass hohe Homozysteinwerte im Blut einen statistisch signifikanten Risikofaktor für arteriosklerotische Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall darstellen. Interventionsstudien ergaben dagegen in der Gesamtschau nicht nur keinen Nutzen, sondern tendenziell sogar schädliche Auswirkungen.

Bei entsprechenden Risiken bin ich persönlich nach wie vor vom Nutzen einer Homozystein-senkung mit Vitaminen überzeugt, da die Studien teilweise methodisch sehr fragwürdig konzipiert und die Ergebnisse teilweise sehr merkwürdig interpretiert werden.

Ein Grund für die zum Teil widersprüchlichen Aussagen liegt in der **fehlenden Forschung**. Die Kosten für methodisch saubere und ausreichend große Studien sind dermaßen hoch, dass sich für Pharmafirmen solche Investitionen kaum jemals wieder amortisieren werden – zumal die Präparate nicht patentierbar sind, also mit keinem profitorientierten Preis versehen werden können. Und Konkurrenzhersteller können dann ein identisches Präparat jederzeit preisgünstiger auf den Markt bringen. Staatlich geförderte Non-Profit-Forschung könnte hier einige Fragen klären. Diese existiert bei uns im Vergleich zur profitorientierten Pharmaforschung so gut wie gar nicht. In den USA dagegen wird die komplementäre Forschung mit mehr als 150 Millionen \$ gefördert. Das NCCIH (National Center for Complementary and Integrative Health) wurde 1998 gegründet und hatte 2023 159 Millionen \$ zur Verfügung. Es ist die wichtigste staatliche Einrichtung in den USA zur Förderung von Forschung auf dem Gebiet der Komplementär- und Integrativmedizin. Beispielprojekte:

- Studien zur Wirkung von Omega-3-Fettsäuren bei Depressionen oder chronischen Schmerzen
- Programme zu integrativer Schmerztherapie bei Veteranen mit chronischen Beschwerden

- Untersuchungen zur Wirkung von Meditation bei posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS)

Davon können wir in Deutschland nur träumen!

Einige diätetische und orthomolekulare Interventionen konnten ihren Nutzen in der Praxis aber derart überzeugend unter Beweis stellen, dass sie mittlerweile Bestandteil der schulmedizinischen Leitlinien geworden sind – auch wenn diese Leitlinien kaum bekannt und bezüglich ihrer diätetischen oder orthomolekularen Anteile noch weniger umgesetzt werden.

Beispiel Omega-3-Fettsäuren

Die Zufuhr von Omega-3-Fettsäuren schützt u. a. vor dem plötzlichen Herztod. Bereits der wöchentliche Verzehr von 1–2 Portionen eines fetten Kaltwasserfischs (**Abb. 2.3**) oder die Einnahme von 1–2 g Omega-3-Fettsäuren in Kapselform verringern das Risiko des plötzlichen Herztodes um etwa 30–50%. Die Datenlage hierfür ist unumstößlich und wurde auch von den kar-

diologischen Fachgesellschaften anerkannt. Es gibt kein pharmakologisches Antiarrhythmikum, welches ähnliche Effekte aufzuweisen vermag. Trotzdem ist die Beratung gefährdeter Patienten – erst recht der „gesunden“ Bevölkerung – hierzu in der konventionellen Praxis eher dürftig.

So bleibt es in der Regel am Kranken, am mit Risikofaktoren behafteten Patienten oder am gesundheitsbewussten Bürger selbst hängen, mit diätetischen und ggf. auch mit orthomolekularen Maßnahmen eigenverantwortlich etwas zur Heilung, Linderung oder eben zur Prävention von Krankheiten beizutragen. Wir Therapeuten (z. B. Ärzte, Heilpraktiker, Ernährungsberater) sollten mit unserer Fachkompetenz und unserer Überzeugungskraft an präventiven Maßnahmen unserer Patienten erfolgreich mitwirken. Im Gegenteil wurde in jüngster Zeit sogar vor dem Auftreten von Vorhofflimmern unter Omega-3 gewarnt. Da hier nicht Platz ist, um differenziert darauf einzugehen, verweise ich auf meine YouTube-Videos hierzu – unter den Stichworten „Schmiedel“ und „Vorhofflimmern“ sind 3 Videos von mir zu finden.



Abb. 2.3 Fette Kaltwasserfische wie Lachs enthalten viele Omega-3-Fettsäuren. (© karepa/stock.adobe.com)

Fazit

Zum Abschluss fasse ich noch einmal die Bedeutung von Ernährung, Gesundheit und Therapie zusammen:

- Sebastian Kneipp war der Vorreiter der klassischen Naturheilverfahren (19. Jahrhundert). Ernährung spielte dabei eine zentrale Rolle.
- Der Patient musste also bereits früh eigenverantwortlich etwas für seine Gesundheit tun.
- In der heutigen Zeit gibt es zwar viel Wissen über eine gesunde Ernährung, ihre Umsetzung ist aber eher als mangelhaft zu bezeichnen. Um dieser Fehlernährung entgegenzusteuern, sollte gesundes Essen wieder attraktiv werden (in den Sinne, dass es schmeckt, gemütlich ist, Spaß macht, schön ist).
- Ein deutscher Durchschnittsbürger ernährt sich zu energiereich, zu fett, zu eiweißreich, zu salzig, zu süß und zu ballaststoffarm. Die Folgen sind Übergewicht, erstaunlicherweise auch diverse Mangelzustände und infolgedessen verschiedene Zivilisationskrankheiten (z. B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus II, Gicht).
- Eine gesunde Ernährung ist also ein wichtiger (präventiver) Faktor, der zur Gesundheit des Menschen beiträgt. Das ist nicht nur für jeden Einzelnen von Vorteil, sondern auch für die Gemeinschaft (Kosteneinsparungen). Hier ist allerdings das persönliche Engagement gefragt, da der medizinisch-wirtschaftliche Nutzen von diätetischen und orthomolekularen Maßnahmen nicht mit harten Daten belegt ist.

Nützliche Adressen

Deutsche Gesellschaft für Nährstoffmedizin und Prävention e. V. (DGNP).

<https://www.dgnp.de>

Nationale Verzehrsstudie II

<https://www.mri.bund.de/de/institute/ernaehrungsverhalten/forschungsprojekte/nvsII/>

Max Rubner-Institut (MRI)

<https://www.mri.bund.de>

Literatur

- [17] Bachmann RM, Schleinkofer GM. Natürlich gesund mit Kneipp: Fit und schön: über 60 Wasseranwendungen für zu Hause. 6. Aufl. Stuttgart: Trias; 2020
- [18] Burkhardt P. Vitamin D und Osteoporose. Schweiz Med Forum 2006; 6: 788–793
- [19] Max Rubner-Institut (MRI)/Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (BfEL), Hrsg. Nationale Verzehrsstudie II, Teil 1 und 2. Karlsruhe; 2008
- [20] Scharla SH, Barth D, Lempert UG. Untersuchung zur Verbesserung des Vitamin D-Stoffwechsels bei Altersheimbewohnern mittels einer Bestrahlung mit ultraviolettem Licht. J Miner Stoffwechs 2006; 13 (2): 47–51
- [21] Schmiedel V. Natürlich gesund: Das Selbstbehandlungsbuch. Stuttgart: Haug; 2009 (nur noch antiquarisch erhältlich)
- [22] Uehleke B, Hentschel HD. Das große Kneipp-Gesundheitsbuch: Mehr als nur Wassertreten: Ganz einfach gesund mit den 5 Behandlungsmethoden. 6. Aufl. Stuttgart: Trias; 2019