

Stellungnahme des Ausschuss Ernährung der DDG zum Consensus Report: Nutrition Therapy for Adults with Diabetes or Prediabetes

[Evert AB et al. Diabetes Care 2019;42:731-54.]

1. Grundannahmen und Forderungen des Consensus Reports

Der im Mai 2019 von der Amerikanischen Diabetesgesellschaft publizierte Consensus Report „Nutrition Therapy for Adults with Diabetes or Prediabetes“ [1] stellt vor den spezifisch ernährungsbezogenen Empfehlungen als Grundannahme fest, dass die diabetesbezogene medizinische Ernährungsberatung im Rahmen der Diabetesberatung als fundamental angesehen wird:

- Ernährungstherapie als Komponente der Diabetesbehandlung ist nicht als Ernährungs-“information“ zu verstehen, sondern als „Beratungs-“leistung im Sinne einer umfassenden Diabetes-Selbstmanagement Ausbildungs- und Unterstützungsleistung („comprehensive diabetes self-management education and support“ (DSMES))
- Diabetesbezogene Ernährungsberatung muss individualisiert erfolgen
- Diabetesbezogene Ernährungsberatung wird von Ernährungsfachkräften vermittelt und ist adäquat zu honorieren

2. Empfehlungen vor dem Hintergrund der Grundannahmen und Forderungen

2.1. Konsensus Empfehlungen zu Makronährstoffen

Eine allgemeingültige anteilige Aufnahme von Kohlenhydraten, Eiweiß und Fett in der Ernährung von Menschen mit Diabetes wird als nicht evidenzbasiert angesehen.

Hinsichtlich der Proteinaufnahme bei Diabetes wird zum einen die limitierte Studienlage und zum anderen die Uneinheitlichkeit der Ergebnisse existierender Studien mit möglichen Vorteilen einer eiweißreichen Ernährung im Rahmen einer Gewichtsreduktion konstatiert.

2.2. Konsensus Empfehlungen zu Ernährungsmustern

Für das Diabetesmanagement ist eine Auswahl verschiedener Ernährungsmuster akzeptabel.

Bis zum Vorliegen zusätzlicher Evidenz sollten Menschen mit Diabetes nicht-stärkehaltige Gemüsesorten und wenig-verarbeitete Lebensmittel bevorzugen, sowie raffinierten Zucker und hochverarbeitetes Getreide vermeiden.

- Die größte Evidenz für die Senkung der Blutglukosespiegel bei Menschen mit Diabetes mellitus liegt für die Reduktion der Kohlenhydrataufnahme vor. Diese kann unter Berücksichtigung von persönlichen Bedürfnissen und Vorlieben in Form verschiedener Ernährungsmuster eingesetzt werden.
- Für ausgewählte erwachsene Personen mit Typ-2-Diabetes ist die Reduktion der Kohlenhydrataufnahme mittels Low-Carb- (LCD) oder Very-Low-Carb-Ernährungsformen (VLCD) ein möglicher Ansatz. Dabei wird von den Autoren eine Low-Carb-Ernährungsform mit einem KH-Anteil von 26-45% an der täglichen Energiezufuhr definiert. Eine Very-Low-Carb-Ernährungsform sieht eine Reduktion <26% vor.
- In Studien bis zu 6 Monaten reduziert eine kohlenhydratarme Ernährung den HbA1c, die Triglyzeride, den Blutdruck und die Menge der Diabetesmedikation deutlicher als eine fettarme Ernährung. Studien mit einer Dauer >12 Monate zeigen jedoch abnehmende Effekte, am ehesten aufgrund einer langfristig schwer einzuhaltenden Adhärenz.

- Bei Diabetes mit chronischer Niereninsuffizienz, Diabetes mit Essstörungen und Schwangeren ist die Datenlage zur Anwendung einer solchen Ernährungsform nicht ausreichend.
- Der langfristige Einfluss einer durch die kohlenhydratarme Ernährung ggf. erhöhten Aufnahme von (gesättigten) Fetten auf das kardiovaskuläre Risiko ist nicht bekannt.
- Zu Beginn einer Umstellung auf ein kohlenhydratarmes Ernährungsmuster sollte der Diabetes durch einen erfahrenen Arzt überwacht werden, da es unter Diabetesmedikation zu Hypoglykämien kommen kann.
- Neben Low-Carb-Ernährungsformen werden die Effekte u.a. der mediterranen, vegetarischen oder veganen und einer fettreduzierten Ernährung auf Zielparameter der Diabetestherapie dargestellt, ohne dass eine Ernährungsform den anderen überlegen wäre.

Extrem einseitige und für die Gesundheit bedenkliche Ernährungsformen sind nicht Teil der Empfehlungen.

2.3. Konsensus Empfehlungen zu hypokalorischer Ernährung/ Gewichtsreduktion

Im Hinblick auf die Ernährung zur Gewichtsreduktion wird in einem eigenen Kapitel des ADA Consensus Reports zum Gewichtsmanagement betont, dass es entscheidend darauf ankomme eine individuell akzeptierte und praktikable hypokalorische Ernährungsweise zu erarbeiten, die zu einem Energiedefizit und letztlich zu einer nachhaltigen Gewichtsabnahme führt, unabhängig von der Makronährstoffzusammensetzung oder dem Ernährungsmuster.

Vergleichbar konstatiert in Deutschland die „Interdisziplinäre S3-Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas“ der Deutschen Adipositas Gesellschaft im Verbund mit der DDG, der DGE und der DGEM folgende Empfehlungen [2]:

Um ein Energiedefizit zu erreichen, können verschiedene Ernährungsstrategien angewandt werden:

- Reduktion des Fettverzehr,
- Reduktion des Kohlenhydratverzehr,
- Reduktion des Fett- und Kohlenhydratverzehr.

3. Stellungnahme des Ausschuss Ernährung der DDG mit Schwerpunkt auf die Low-Carb-Ernährungsformen

Die Empfehlungen stehen im Einklang mit den vielfältigen Ernährungsweisen, die von der Bevölkerung der USA – und der Bundesrepublik Deutschland – im Alltag praktiziert werden.

Angesichts der Definition der Autoren des ADA Consensus Report einer Low-Carb- Ernährungsform von <45 Energie% KH entspricht diese Empfehlung (als eine der möglichen) ohnehin dem aktuellen Ernährungsverhalten in Deutschland, welches aber in vielen Punkten nicht den Empfehlungen für eine gesunde Ernährung entspricht [3].

Aus Sicht des Ausschusses Ernährung der DDG macht es zumindest langfristig keinen Sinn lediglich einen Makronährstoff in einer Ernährungsform zu limitieren.

Der Ausschuss Ernährung weist darauf hin, dass sich die Empfehlungen nicht auf eine rein quantitative Betrachtung der Makronährstoffe beziehen sollten, sondern deren qualitative Bewertung mit einbeziehen müssen. Fettsäurezusammensetzung, Ballaststoffe und glykämische Last sind wichtiger als die reine Makronährstoffrelation. Diese sollte daher nicht unabhängig von den qualitativen Aspekten interpretiert werden.

Eine moderate Low-Carb-Ernährung kann durchaus empfehlenswert sein, wenn sie wie bei einem mediterranen Ernährungsmuster einen hohen Anteil an MUFAs hat. Eine High-Carb-Ernährung kann bei hohem Ballaststoffanteil und niedriger glykämischer Last ebenso gesund sein.

Insgesamt bereichert der ADA Consensus Report mit Empfehlungen zur Ernährungstherapie bei Erwachsenen mit Diabetes mellitus das therapeutische Denken um die nicht erstmalige, aber erneute Fokussierung auf eine individuell zugeschnittene Ernährungsberatung, die den Fächer der Optionen ausschöpft, um für die Betroffenen umsetzbar zu sein.

In diesem Sinne sind Ernährungsempfehlungen erforderlich, die ihre Statements für die verschiedenen Diabetes-Typen, Behandlungsformen und gesundheitlichen Situationen differenzieren und persönliche und soziale Aspekte stärker berücksichtigen.

Diese kurze Stellungnahme geht insbesondere auf den Low-Carb-Aspekt des ADA Consensus Report ein und nicht auf die Gesamtheit seiner zahlreichen weiteren Ernährungsaspekte in der Diabetestherapie. Er nimmt keinen Bezug auf die im Consensus Report inkludierten Empfehlungen für Personen mit gestörter Glukosetoleranz.

Referenzen

[1] Evert AB, Dennison M, Gardner CD, Garway WT, Lau KHK, MacLeod J et al. Nutrition Therapy for Adults with Diabetes or Prediabetes: A Consensus Report. *Diabetes Care* 2019;42:731-54.

[2] DAG e.V., Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3: Prävention und Therapie der Adipositas, Version 2.0, Martinsried, 2014.

[3] Max Rubner-Institut, Nationale Verzehrstudie II, Karlsruhe, 2008.

Vorbereitet für den Vorstand der DDG

Durch Prof. Dr. Peter Kronsbein, Mönchengladbach und Prof. Dr. Diana Rubin, Berlin Stand
27.09.2019