

1. Einleitung

1.1 Die Ursprünge des Fastens

Um das Fasten von seinem ursprünglichen bis zum heutigen Stellenwert begreifen zu können, lade ich Sie zu einem Streifzug durch die Geschichte dieser alten Heilmethode ein - unter der Führung von Françoise Wilhelmi de Toledo (Fastenärztin in der Buchinger-Klinik, Bodensee). Sie schreibt, dass das Fasten ein physiologischer Prozess ist, und der Mensch ohne diese Fähigkeit den geschichtlichen Zeitraum bis heute nicht überlebt hätte. Vom Ursprung her ist es eine vorübergehende, zeitbegrenzte Pause in der Nahrungszufuhr und auch bei den Tieren angelegt: Winterschlaf haltende Tiere schlafen in dieser Zeit, Zugvögel bewegen sich intensiv ohne Nahrung, und Pinguine können bis zu sechs Monate pro Jahr bei Außentemperaturen bis minus 60 Grad fasten und währenddessen sogar mausern und ihre Eier legen. Menschen haben in der Geschichte notgedrungen eher gehungert, z. B. nach schlechter Ernte, Naturkatastrophen, Kriegszeiten und Epidemien. Freiwilliges Fasten, im Gegensatz zum Hungern, bewirkte bei ihnen körperliche aber auch seelische Veränderungen im Sinne einer Wendung nach Innen. Zeiten der Nahrungsenthaltung wurden von beinahe allen Religionen auch zur Vertiefung des Gebetes ritualisiert mit dem intuitiven Wissen, dass die Manipulation des Essverhaltens nicht ohne Gefahr ist. Deswegen wurde das Fasten nie isoliert angeboten, sondern in der jüdisch-christlichen Tradition z. B. an Spiritualität (Beten) und Nächstenliebe (Almosen geben) gebunden. Das Fasten als ein von Menschen freiwillig inszeniertes Geschehen findet man in verschiedenen Bereichen: Religion, Medizin, Diätetik und Politik.

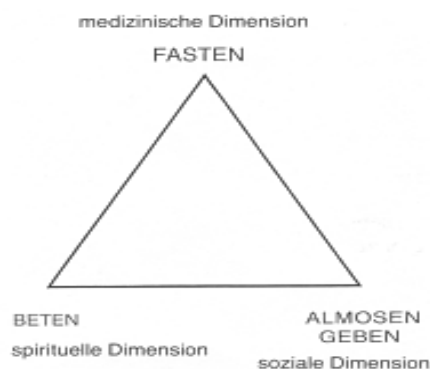


Abb. 1: Fasten in der jüdisch-christlichen Tradition (Wilhelmi, 2004)



Abb. 2: Das Fasten beim Menschen (Wilhelmi, 2004)

In der Geschichte der Medizin ist vom Fasten schon früh die Rede. Am Ende des 19. Jahrhunderts wurde es in den Kirchen immer weniger praktiziert; es entwickelten sich Schulen, die das Fasten naturheilkundlich und ganzheitlich zur Prävention und Therapie chronischer Krankheiten ausübten. Damals wie heute propagierten auch Nichtärzte das Fasten. Erwin Hof verstand sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts als Heildiätetiker und Fastenleiter und bezeichnete das Fasten als „Operation ohne Messer“. In dieser Zeit kristallisierte sich aus der traditionellen Praxis das Fasten als medizinische Therapie heraus. Ein bedeutender Fastenarzt ist Otto Buchinger (1878-1966), der wie viele andere auch das Fasten am eigenen Leib erfahren hatte. Mit 18tägigem Wasserfasten heilte er eine resistente Infekt-Polyarthritits, wegen der er dienstuntauglich vom Militär entlassen worden war, völlig aus. Diese persönliche, bedeutungsvolle Erfahrung hat ihn dazu veranlasst, seine Tätigkeit als Fastenarzt aufzunehmen und das Fasten mit Maßnahmen wie Bewegung, Darmreinigung, Naturheilverfahren und die für Buchinger typische „heilende Seelenführung“ zu erweitern. In vielen Büchern beschrieben die Ärzte dieser Zeit die Fastenwirkungen auf zahlreiche Krankheiten; die Indikationen „Übergewicht“ und „Diabetes mellitus Typ 2“ waren damals eher sekundär. Von der offiziellen Medizin wurden sie mit ihrer Therapie oft nur am Rande beachtet oder bekämpft (Wilhelmi, 2004).

1.2 Die Fastenlandschaft von heute

Wilhelmi de Toledo berichtet von Hungerkuren bei extrem adipösen Patienten aus den USA, die 1959 zu extrem langen Verläufen von bis zu 249 Tagen führten! Das Fasten wurde von seinen traditionellen Hilfsmethoden isoliert und als „Null-Kalorien-Diät“ lediglich zum Körperfettabbau benutzt. Auch in der Universität Ulm nahmen die Patienten unter C. Pfeiffer, H. Ditschuneit und H. Wechsler, ohne Hunger zu verspüren, relativ schnell ab. Diese Gewichtsreduktion hielt aber nicht lange an, und Beschwerden durch Kreislauf- und Stoffwechselstörungen traten auf. Studien zeigten die negative Stickstoffbilanz während des Fastens. Die traditionellen Fastenärzte waren der Ansicht, dass „pathologisches“ Eiweiß katabolisiert wird. Im Gegensatz dazu wurde aber von den „offiziellen“ Studien dieser Eiweißabbau als Hauptgefahr der Fastentherapie deklariert, und ungeachtet von Fastenlänge,

Ausgangslage und anderen Indikationen (außer Adipositas) musste unbedingt substituiert werden (Wilhelmi, 2004).

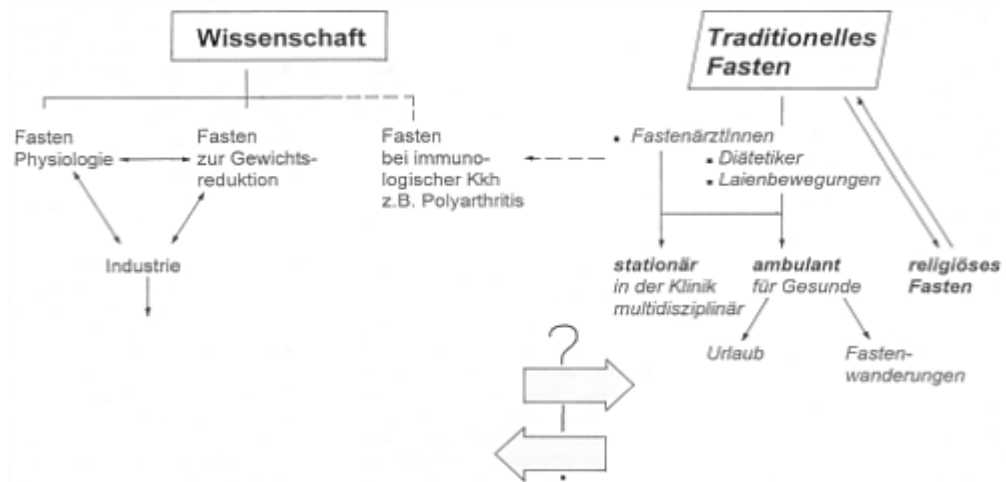


Abb. 3: Fasten heute zwischen Tradition und Wissenschaft (Wilhelmi, 2004)

Dies führte zur „Very low calorie diet“ (VLCD) mit industriellem Eiweiß und Mikronährstoffen, geriet aus den Händen der Ärzte und wurde in Supermärkten und Apotheken frei verkauft. 1978 starben 60 übergewichtige Menschen nach diesem zwei oder mehrere Monate ärztlich nicht begleiteten, eiweißsubstituierten Formula-Fasten. Der dramatische Zwischenfall löste eine Panikwelle aus, und Fastengegner zitieren bis heute die mehr als 25 Jahre alten Studien. Fasten geriet in Misskredit, obwohl es sich nicht um Fasten, sondern um qualitativ schlechtes, eiweißsubstituiertes VLCD handelte (Wilhelmi, 2004).

... Trotz allem wird nach wie vor gefastet - nicht nur in der Buchinger-Klinik. Ist es vielleicht mehr als ein Überbleibsel vergangener Zeiten?

1.3 Entwicklung und Prognose des Diabetes mellitus Typ 2

In den letzten 40 Jahren ist die Zahl der an Diabetes erkrankten Menschen in Deutschland um das zehnfache angestiegen – von ca. 0,6 % auf rund 7 % der Bevölkerung. Laut KORA Survey 2000 (Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg) kommt auf jede Person mit bekanntem Diabetes eine Person mit bis dahin nicht diagnostiziertem Diabetes. Verantwortlich für diesen Zuwachs ist vor allem die Zahl übergewichtiger Menschen, die bessere Behandlung des Diabetes mellitus (daraus resultiert die höhere Lebenserwartung) und eine frühere Diagnosestellung. Größtes

Problem ist wahrscheinlich das Übergewicht als wichtigster Risikofaktor für die Diabetesentstehung (Tobie, 2004).

Experten rechnen für das Jahr 2010 in Deutschland mit ca. 10 Millionen diagnostizierten Diabetikern – das bedeutet eine weitere Zunahme von 50 %. Nicht nur der physische und psychische Leidensdruck der Betroffenen nimmt zu, sondern auch die Kosten für das Gesundheitssystem steigen ins Unermessliche. In der CODE-2-Studie fanden sich bei Diabetikern ohne assoziierte Erkrankungen 1,3fach höhere Kosten als für den Durchschnitt aller gesetzlich Krankenversicherten. Leidet ein Diabetiker bereits an einer oder mehreren Folgeerkrankungen, verursacht er damit 2,5- bis 4,1fach höhere Kosten (Standl, 2004). Nach meiner Einschätzung wirft die oben genannte Situation eher Fragen als ausreichende Antworten auf.

1.4 Mein Bezug zum Thema

Meine Neugier hat mich 1995 zum Fasten geführt: Beim UGB-Kongress war ich äußerst beeindruckt von der großen Zahl der KollegenInnen mit bis zu zehnmaliger Fastenerfahrung! Mein erster diesbezüglicher Versuch hatte einige Jahre vorher stattgefunden und wurde bereits mittags wegen unerträglicher Kopfschmerzen abgebrochen. Anschließend erfolgreiche Fastenerfahrungen bedeuten mir:

- Ich kann begrenzte Zeit leben aus dem, was in mir ist und eigene Grenzen verändern! Fasten in der Pollensaison macht Beschwerdefreiheit! Nach dem Fasten verschwindet meine Neurodermitis für viele Monate. „Altes“ wird geklärt und meine aktuellen Fragen beantwortet. Ich darf immer wieder anfangen!

Im Jahr 1996 habe ich mich zur „UGB-Gesundheitstrainerin Fasten“ qualifiziert und seitdem regelmäßig ambulant und stationär Fastengruppen begleitet. Für mein jährliches Fasten bevorzuge ich die Kombination mit Wandern und erlebe mich dabei in einer Leistungsfähigkeit und einem Wohlbefinden, wie ich es unter „normalen“ Bedingungen bei mir nicht kenne.

- Göteborg - Stockholm (1999), Innsbruck - Venedig (2000), Salzburg - Mariazell (2002), Ammergauer Alpen (2003).

In 2001 habe ich einen 60seitigen „Fastenbegleiter“ für meine KursteilnehmerInnen erstellt – inzwischen in der zweiten Auflage.

Die Gesundheitsreform 1997 führte zum Verlust meines Arbeitsplatzes als Ernährungsmedizinische Beraterin in der AOK, und nach einigem Suchen kam ich mit der Weiterbildung zur Diabetesassistentin DDG (2000) zur Diabetologie. Schon bald entstand der Wunsch, die Themen „Fasten“ und „Diabetes“ miteinander verknüpfen zu können. So entwickelte sich mein Thema für diese Facharbeit im Rahmen der Beraterausbildung!

1.5 Was ich nicht bearbeite:

- Fasten in anderen Ländern, Kontinenten, Kulturen und Religionen;
- Fastenvarianten: Früchte- / Körner-Fasten, Molke-Kur, Null-Diät, Markert-Diät (Eiweißdrink), F. X. Mayr-Kur, Schroth-Kur u. a.;
- Fastenaktionen der Kirchen (Misereor, „Sieben Wochen Ohne“);
- „Formula“-Fasten (Modifiziertes Fasten, VLCD);
- Fasten in der Literatur, z. B. bei Hermann Hesse;
- Politisches Fasten: Mahatma Gandhi u. a.;
- Fasten in der Therapie bei weiteren Erkrankungen.

1.6 Meine Frage und mein Anliegen

Ziel dieser Facharbeit ist zu prüfen, ob das Buchinger Heilfasten

- für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 (physiologisch) geeignet ist und ein Einstieg in eine langfristige Verhaltensänderung („Lifestyle“) sein kann;
- die Palette der Therapiemöglichkeiten für dieses Klientel erweitern und bereichern kann.

Mit dieser Facharbeit möchte ich den mir möglichen Beitrag leisten, damit

- Ärzte / Therapiefachkräfte ausreichend Basisinformationen erhalten, um das Fasten in seiner Komplexität einordnen und vermitteln zu können;
- das Buchinger Heilfasten im Kreuzfeuer der Kritik besteht und eine angemessene Wertschätzung erfährt.

1.7 Meine Vorgehensweise

Am Anfang steht die Bedeutung von „Insulinresistenz“ im Gesamtprozess der Diabetesmanifestation und die (Noch-)Chance von Lebensstiländerung – wissenschaftlich untermauert durch die Diabetes Präventionsstudie. Das Buchinger Heilfasten mit seinem ganzheitlichen Ansatz wird vorgestellt, und

danach die Argumente der Fastengegner kritisch beleuchtet. Wie die praktische Umsetzung gelingt, machen die Details aus der Kurpark-Klinik in Überlingen deutlich. Wie DiabetesberaterInnen einem Menschen mit Typ 2 Diabetes und Fastenwunsch bei seinen Vorbereitungen angemessene und qualifizierte Unterstützung geben können, wird im folgenden Abschnitt beleuchtet. Ist Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 durch Fasten der Schritt in die langfristige Veränderung möglich? Die kritische Auseinandersetzung zur Verknüpfung von „Fasten“ und „Diabetes“ bildet den Abschluss dieser Facharbeit.

2. Die Insulinresistenz – ein Teufelskreis

Von einer Insulinresistenz spricht man, wenn primär ein Rückgang der insulinabhängigen Glucoseaufnahme vorliegt, der sich an den Zellen von Leber, Skelettmuskulatur und Fettgewebe ausdrückt. Der Glucosestoffwechsel wird trotz dieser Insulinresistenz durch eine gesteigerte Insulinsekretion kompensiert. Diese Hyperinsulinämie ist die Voraussetzung für die Entstehung des Typ 2 Diabetes. Hohe Insulinspiegel steigern den Appetit und fördern die Adipositas. Zudem steigen die Triglyceridwerte an, das HDL-Cholesterin fällt ab, und in den großen Blutgefäßen kommt es zur vermehrten Einlagerung von Lipiden (Tobie, 2004).

Insulinresistenz und Hyperinsulinämie beeinflussen den Natrium-Stoffwechsel: Über eine verstärkte Natriumrückresorption der Niere steigt der Blutdruck an. Salzsensitive Hypertoniker sind besonders insulinresistent. Bei Auftreten einer Mikroalbuminurie als Zeichen einer allgemeinen Gefäßschädigung im Körper nimmt die Unempfindlichkeit gegenüber dem Insulin weiter zu. Wenn diese Mehrsekretion über längere Zeit bestanden hat und gleichzeitig ein genetischer Defekt für eine spätere Beeinträchtigung der erforderlichen Insulin-Sekretion aus den Beta-Zellen vorliegt (relativer Insulinmangel), kommt es zur Glucoseintoleranz und zum Auftreten eines Typ 2 Diabetes (Tobie, 2004). Der Typ 2 Diabetes ist dadurch gekennzeichnet, dass im allgemeinen anfangs kein Insulin zugeführt werden muss. Das kann sich allerdings im Verlauf der Krankheit ändern. Charakteristisch ist der Beginn der Krankheit nach dem 40. Lebensjahr; inzwischen tritt der Diabetes Typ 2 mehr und mehr bei übergewichtigen Jugendlichen und Kindern auf.

Neben einer erblichen Veranlagung gilt Übergewicht als Hauptursache für die Insulinresistenz. Vor allem Menschen mit androider Adipositas sind gefährdet. Sie verfügen über besonders aktive fettspaltende Enzyme, die zu einer hohen Konzentration an freien Fettsäuren im Blut beitragen. Die freien Fettsäuren hemmen den Insulinabbau in der Leber (Insulinkonzentration im Blut steigt). Auch werden in der Leber vermehrt Triglyceride und VLDL gebildet, die zu erhöhten Blutfetten beitragen. Da im Blut viele freie Fettsäuren sind, werden diese im Skelettmuskel vermehrt zur Energienutzung herangezogen. Dadurch verbrauchen die Muskeln weniger Glucose, und die Blutzuckerkonzentration steigt weiter an (Berger, 2000).

Zur Verbesserung der Krankheitssymptome tragen die Reduktion des Körpergewichtes und die vermehrte körperliche Betätigung oft deutlich bei. Bei Bewegung nimmt die Muskelzelle Glucose insulinunabhängig auf und entlastet dadurch die insulinbildenden Zellen. Körperliche Aktivität sollte deshalb Teil jeder Diabetestherapie sein.

Fazit: Es ist ratsam, einer bestehenden Insulinresistenz mit allen Mitteln entgegenzuwirken.

3. Diabetes Präventionsstudie (DPS), Finnland (2000)

Bei mehr als 90 % der übergewichtigen Typ 2 Diabetiker ist die Insulinresistenz nachweisbar. Dass sich Typ 2 Diabetes auf der Vorstufe von IGT durch Lebensstiländerung erfolgreich verhindern lässt, beweist neben anderen Studien die DPS aus Finnland. Aus zwei Gründen verwende ich sie in meiner Arbeit:

- Sie erfüllt Grundvoraussetzungen, denn die Teilnehmerzahl ist ausreichend hoch (über 200), sie ist randomisiert, kontrolliert und Interventionsgruppe (n = 265) und Kontrollgruppe (n = 257) sind vergleichbar.
- Diese Studie beantwortet meine Eingangsfrage bereits teilweise: die abschließliche Veränderung des Lebensstils – losgelöst von medikamentöser Therapie – kann zum richtigen Zeitpunkt einen Großteil des Problems lösen.

3.1 Studienbeschreibung

Über fünf Jahre wurden zwei Kollektive von insgesamt 522 Patienten mit IGT beobachtet (172 Männer, 350 Frauen, Alter: 40 bis 65 Jahre, durchschnittlicher BMI 31 kg/m²). Ziele der Lebensstiländerung waren:

- Gewichtsabnahme um 5 %;
- der Ballaststoffanteil sollte auf mehr als 15 g/1000 kcal gesteigert werden (Obst, Gemüse, Cerealien);
- Nahrungsfett gesamt < 30 %, gesättigte Fettsäuren < 10 %;
- täglich mindestens 30 Minuten sportliche, körperliche Aktivität.

Die Patientenkollektive wurden gemäß der Studienbeschreibung in ihrer Therapie begleitet und über fünf Jahre beobachtet (Fritsche, 2004).

3.2 Ergebnisse und Beurteilung

Nicht alle Patienten erreichten sämtliche Behandlungsziele. Bei denen, die alle Behandlungsziele erreichten, konnte bei Studienende kein Diabetes diagnostiziert werden. Die Patienten, die kein Behandlungsziel erreichten, haben zu 33 % einen Diabetes entwickelt. Bereits nach zwei Jahren war eine verstärkte Reduktion der Krankheitslast in der Interventionsgruppe erkennbar. Das Risiko, an Diabetes zu erkranken, konnte hier insgesamt um 58 % reduziert werden. Dies war direkt assoziiert mit dem veränderten Lebensstil. Fritsche räumt besonders der Gewichtsreduktion besondere Bedeutung ein: bei Gewichtsabnahme um 5 % sinkt das Risiko zur Diabeteserkrankung um 60 %; bei Gewichtszunahme um 3 kg verdoppelt sich dieses Risiko.

Insgesamt kann man sagen, dass eine Änderung des Lebensstils über Gewichtsabnahme (durch weniger Fett, v. a. aus tierischen Lebensmittel und mehr Ballaststoffen aus Obst, Gemüse und Cerealien) und verstärkter körperlicher Aktivität bei Personen mit eingeschränkter Glukosetoleranz präventiv wirkt gegenüber Typ 2 Diabetes (Fritsche, 2004).

Kritisch äußert sich Standl zu den Ergebnissen der Studie. Vermutlich erreicht man nach seinen Worten eher eine Verzögerung der Diabetesmanifestation um mehrere Jahre. Und auch das hat schon einen Wert, wenn man an die möglichen mikrovaskulären Komplikationen (Auge, Niere) bei nicht adäquater Behandlung denkt oder an die Einschränkungen der Lebensqualität, die sich durch eine chronische Krankheit lebenslang ergeben. Natürlich

bleibt seiner Meinung nach die Frage offen, ob sich die wesentlich häufigeren und in der Regel gravierenderen makro- bzw. kardiovaskulären Komplikationen durch die Verhinderung der Diabetesmanifestation ebenfalls verhindern lassen (Standl, 2002).

Fazit: Diese Studie zeigt, was zwar jeder theoretisch weiß, was aber im Alltag gerne ignoriert wird: Es lohnt sich, seinen Lebensstil im Sinne von Gesundheitsförderung zu verändern! Dass das Fasten diesbezüglich eine Steigerung sein kann – im positivsten Sinne (!) – das möchte ich im weiteren Verlauf deutlich machen!

4. Fasten – richtig gemacht

4.1 Definition

Die ÄGHE definiert Fasten als den bewussten freiwilligen Verzicht auf feste Nahrung und Genussmittel für begrenzte Zeit. Es ist die physiologisch angelegte Umschaltung des Stoffwechsels auf Ernährung von Innen ohne Hunger bei guter Leistungsfähigkeit. Alle Ausscheidungsvorgänge sollen gefördert werden durch reichliches Trinken, ausreichend körperliche Bewegung und ausreichende Darmentleerung. Außerdem sind ausreichend Ruhe und Stille empfehlenswert. Heilfasten betrifft den ganzen Menschen in seiner Einheit aus Körper, Seele und Geist (ÄGHE, 2002).

4.2 Das Buchinger Heilfasten

Beim Heilfasten handelt es sich um einen Begriff, den der Arzt Dr. Otto Buchinger 1935 prägte. Er verbindet damit das ärztlich betreute, stationäre und multidisziplinäre Fasten unter Berücksichtigung der drei Dimensionen Körper, Seele und Geist. Dieses Fasten bietet sich an für Prävention, Therapie und als „Fasten für Gesunde“ (Kurzfasten unter Anleitung ausgebildeter FastenleiterInnen mit möglichst fastenerfahrener ÄrztIn im Hintergrund) (ÄGHE, 2002).

Tägliche Fastenverpflegung: ca. 300 – 500 kcal/Tag (¼ l Obst- oder Gemüsesaft, ¼ l Gemüsebrühe, 2 – 3 Tl. Honig), 2 – 3 l Getränke (Wasser, Tee).
Bei Bedarf: Eiweiß, essentielle Fettsäuren, Vitamine, Mineralien.

Charakteristik: fachliche Betreuung, Abstand vom Alltag, Körpertraining, Diätetik, „Psychotherapie“ (inkl. Entspannungsmethoden z. B. autogenes Training), Physiotherapie, Darmreinigung, stufenweiser Kostaufbau, Nachsorgeprogramm (Wilhelmi/ Buchinger, 1996).

4.3 Wozu heilfasten? – Intention und Motivation

Im körpermedizinischen Sinne unterscheidet Kuhn das präventive Fasten für Gesunde und das therapeutische Heilfasten. Er weist auf Überschneidungen hin z. B. bei Menschen, die sich subjektiv wohl fühlen, die aber objektiv Risikofaktoren haben wie z. B. hoher Blutdruck oder grenzwertige Blutzuckerwerte. Weiterhin beschreibt er seelische Motive, um Innezuhalten und Klarheit zu gewinnen. Im geistig-spirituellen Bereich ist u. a. immer der Wunsch vorhanden, dem Höheren Selbst näherzukommen. Schweigen, Meditation, Gebet, Traumtagebuch, psychotherapeutisches Gegenüber können u. a. den Fastenprozess unterstützen. Aus dieser Haltung heraus kann das Fasten einen sozialen und politischen Bezug bekommen hinsichtlich sozialer Gerechtigkeit, Frieden und Bewahrung der Schöpfung und grenzt sich dadurch vom Hungerstreik ab (Kuhn, 1999).

4.4 Kontraindikationen

Wirkliche Kontraindikationen für (ärztlich begleitetes) Fasten gibt es wenige. Kuhn nennt bei den körperlichen Gründen u. a. starkes Untergewicht, bestimmte bestehende Krebserkrankungen, körperlich-seelisches Erschöpfungssyndrom, fortgeschrittene Leber- / Nierenfunktionsschwäche. Seelische Ausschlusskriterien können Psychosen, Neurosen und Essverhaltensstörungen sein. Geistige Gegengründe sind gegeben, wenn freiwilliger Verzicht nicht geleistet und bewusste Eigenverantwortung nicht übernommen werden können (Kuhn, 1999).

4.5 Indikationen

Die Fastentherapie ist eine fachübergreifende Behandlungsform, weil die verschiedensten Organsysteme und auch die Psyche beeinflusst werden. In den Fastenleitlinien werden zunächst – neben vielen weiteren Indikationen – die metabolischen Erkrankungen genannt (Typ 2 Diabetes, Adipositas,

Hyperlipidämie, Hypertonie). Sehr deutlich hervorgehoben wird, dass die Fastentherapie nicht einfach verordnet werden kann, sondern aktive Patientenmitarbeit erfordert, und auch die Erfahrung der FastenärztIn eine entscheidende Rolle spielt. Fastendauer und Fastenmethode müssen individuell mit dem (motivierten) Faster abgestimmt werden (ÄGHE, 2002).

4.6 Der Stoffwechsel stellt sich um

Unter „Alltagsbedingungen“ bezieht der Mensch die Energie aus der Oxidation von Glukose. Wasser und Kohlendioxid werden dabei freigesetzt und ausgeschieden / abgeatmet. Für die schnelle Verfügbarkeit ist Zucker als Glykogen in Muskel und Leber gespeichert; die Menge von ca. 400 g reicht bei Nahrungsmangel für 24 bis 48 Stunden. Im Übermaß zugeführte Kohlenhydrate werden als Fett – der wichtigsten Energiereserve – deponiert. Durch die Fähigkeit zur Energiespeicherung im Fettgewebe ist der Mensch für Zeiten von Nahrungsmangel und Fasten ausgestattet (Tobie, 2004).

Nach Fastenbeginn sind die Glykogenvorräte bald erschöpft, und Energie wird durch Oxidation von Fettsäuren gewonnen. Im gesamten Fasten bleibt der Blutzuckerspiegel beim Gesunden niedrig-normal. Anfangs werden täglich 180 g Glucose produziert (d. h. ca. 740 kcal) aus:

- den glucoplastischen Aminosäuren (u. a. Muskeleiweiß);
- dem Glycerinanteil der Triglyceride;
- den Stoffwechselprodukten Laktat und Pyruvat (Kuhn, 1992).

Bei Fastern mit Diabetes mellitus wird auf die Zugabe von Kohlenhydraten in Form von Honig oder Fruchtsaft verzichtet (Wilhelmi/Buchinger, 1996).

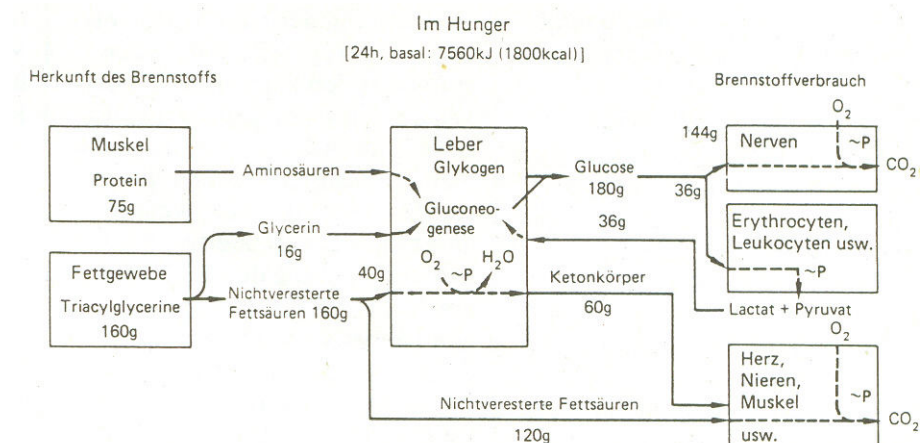


Abb. 4: Energiebereitstellung zu Beginn des Fastens (Kuhn, 1992)

Ab dem zweiten Fastentag greift der Körper bevorzugt auf Fettvorräte zurück. Aus deren Fettsäuren entstehen Ketonkörper – die große Menge im Fasten ist eine Herausforderung für den Stoffwechsel (Kuhn, 1992).

Da die Energiegewinnung aus den Fettsäuren mengenmäßig nicht ausreicht, wird in der Niere Glukose aus dem Eiweißabbau glucoplastischer Aminosäuren gewonnen. Aus abgespaltenem Stickstoff entsteht Ammoniak, der die anfallenden Säuren neutralisiert (Wilhelmi/Buchinger, 1996).

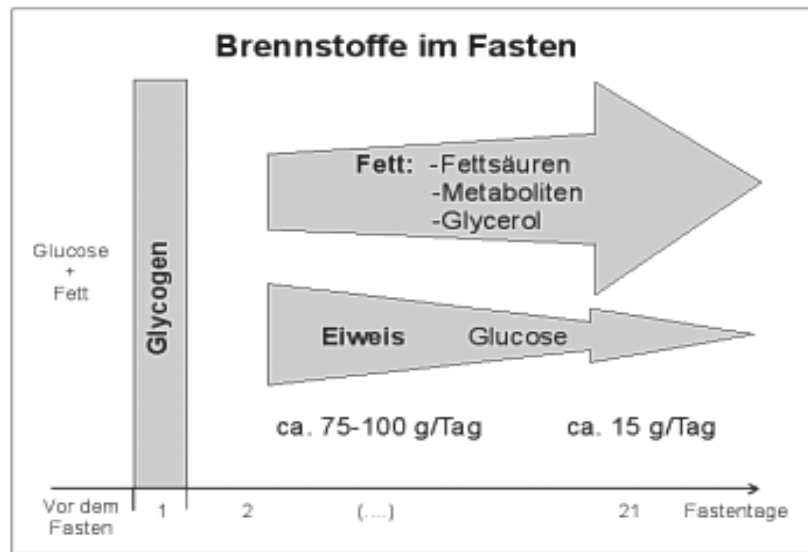


Abb. 5: Energiebereitstellung während des Fastens (Wilhelmi, 2005)

Im weiteren Fastenverlauf entwickelt der Körper entscheidende Anpassungsmechanismen:

- Die Nervenzellen – zunächst auf Glukose angewiesen – nutzen die aus Fettsäureverbrennung entstehende Ketonensäure als Energiequelle. Das spart Glukose und Eiweiß für Glukoneogenese ein.
- Das Gehirn verringert seinen Energiebedarf aus Glukose von ursprünglich 100 auf 25 Prozent.
- Ab fünfter Fastenwoche wird die täglich gebildete Glukosemenge von anfangs 180 g auf 80 g gesenkt.
- Der tägliche Eiweißabbau geht von ca. 75 g (1. Fastentag) auf ca. 15 g/Tag ab der 5. Fastenwoche zurück (Kuhn, 1992).

Die Muskulatur verfügt über die größte Eiweißmenge. Bei körperlichem Training im Fasten wird diese jedoch geschont und nicht abgebaut. Das erklärt die Bedeutung von Bewegung (Wilhelmi/Buchinger, 1996).

Der Gewichtsverlust im Fasten hängt mit der Fettverbrennung zusammen und beträgt pro Tag durchschnittlich 380 g für Frauen und 450 g für Männer (Wilhelmi/Buchinger, 1996).

Fazit: Fasten kann seine positiven Wirkungen dann entfalten, wenn es gemäß der beschriebenen Aspekte richtig durchgeführt wird.

5. Argumente der Fastengegner und kritische Einordnung

5.1 Das Fasten in der Kritik

Mit absoluter Regelmäßigkeit, besonders zu Beginn des Frühjahrs, berichten seit vielen Jahren Rundfunk und Presse von der Gefährlichkeit des Fastens. Die ÄGHE hat dazu eine ausführliche Stellungnahme formuliert, die hier in knapper Form wiedergegeben wird (*Kursiv = Vorwurf*, Normal = Antwort):

- *Bei Nullkalorienzufuhr wird auf körpereigene Eiweißreserven zurückgegriffen.* – Im Buchinger Heilfasten werden 300 – 500 kcal/Tag verabreicht in Form von frischen Obst- und Gemüsesäften, Honig, Gemüsebrühe; ggfs. erfolgen weitere Zusätze, z. B. Milchprodukte. Der Hauptbrennstoff ist ab dem 2. Fastentag das eingelagerte Fett und nicht das Eiweiß.
- *Zur Gewichtsreduktion ist Fasten ungeeignet, da der Körper v. a. Flüssigkeit verliert und Muskulatur abbaut.* – Durch regelmäßiges Heilfasten halten viele Menschen ihr Normalgewicht bzw. wirken einer Tendenz zum Übergewicht entgegen. Die anfängliche Wasserelimination ist wünschenswert und therapeutisch sinnvoll bei Hypertonie und Ödemen. Der Eiweißabbau erfolgt in geringem Umfang mit stetig abnehmender Tendenz und ist zudem ein reversibles Phänomen mit therapeutischer Wirksamkeit (Abbau hypertropher Muskelmasse – Aufbau gesunder Eiweißstrukturen nach dem Fasten). Fasten plus Bewegung steigert die Leistungsfähigkeit der Muskulatur (inkl. Herzmuskulatur); Beweglichkeit / Belastbarkeit nehmen zu.
- *Heilfasten kann mit dem Tode enden.* – Todesfälle durch Herzstillstand sind nur nach einer sog. „Liquid-Protein-Diet“ aufgetreten (siehe S. 3).
- *Fettgewebe bleibt bei kurzfristiger Fastenkur erhalten, JoJo-Effekt wird ausgelöst.* – Bei unverändertem, ungünstigen Ernährungs- / Bewegungsverhalten kann ein JoJo-Effekt auftreten. Lebensstiländerung (inkl. Anstreben eines emotionalen Gleichgewichts) mit / nach dem Fasten ist entscheidend.

- *Häufig kommt es beim Fasten zu schmerzhaften Gichtanfällen.* – Im medizinisch angeleiteten Fasten sind Gichtanfälle selten wegen ausreichender Flüssigkeitszufuhr, Beachtung elementarer Fastenregeln und Beachtung der Laborwerte bei Risikopersonen.
- *Durch hohe Flüssigkeits- und Elektrolytverluste kann Fasten zu niedrigem Blutdruck, Schwindel, Kopfschmerz, Müdigkeit, trockener (Schleim-)Haut, Mundgeruch und Kälteempfinden führen.* - Unphysiologische Elektrolytverluste werden durch körpereigene Sparmechanismen und Fastenzusätze verhindert. Die anderen Beschwerden können auftreten und sind naturheilkundlich gut behandelbar. Viele Fastende sind völlig beschwerdefrei und erleben meist eine Steigerung des körperlichen und geistigen Wohlbefindens.
- *„Heilende Entschlackung“ ist nicht möglich, beim Menschen gibt es keine Schlacken.* – „Entschlackung“ ist eine von Buchinger geprägte Metapher für das subjektive Gefühl der Fastenden (Wohlbefinden, Leichtigkeit, Klarheit) und objektive Veränderungen (freiere Atmung, reinere Haut, positivere Stimmungslage, abnehmende Beschwerden). Erhöhte Mengen physiologischer Stoffwechselprodukte im Blut normalisieren sich (Triglyceride, Cholesterin, Glucose); abgebaut werden Fettdepots im Gewebe, arteriosklerotische Ablagerungen in Gefäßwänden, pathologische Eiweissablagerungen.
- *Sich bildende Gallensteine können Kolik auslösen.* – Das Gallensteinrisiko wächst mit dem Übergewicht; bei schnellen Gewichtsreduktionen werden eher Koliken ausgelöst. Gallensteinbildung nach Heilfasten ist der ÄGHE nicht bekannt, möglicherweise, weil es selten länger als drei bis vier Wochen dauert und nur naturbelassene Zusätze benutzt werden (ÄGHE, 2005).

5.2 Dürfen Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 fasten?

Zu der Frage, ob Diabetiker heilfasten dürfen, gibt es viele positive Aussagen. Nach den „Leitlinien zur Fastentherapie“ (siehe Anlage) ist Diabetes mellitus eine bewährte Indikation (ÄGHE, 2002). Laut DDFI können Diabetiker grundsätzlich fasten, wenn keine Kontraindikationen vorliegen (siehe Kap.7) und es mit dem Arzt vorher besprochen wird (DDFI, 2004). Schrag sagt, dass das Fasten durch den sichtbaren Erfolg unmittelbar die Motivation zur Änderung pathogener Lebensweisen fördert. Vor allem übergewichtige Typ 2 Diabetiker, selbst sogenannte „Spätversager“, die Insulin spritzen,

profitieren vom Fasten. Beeindruckend ist für ihn die Tatsache, dass sich gleichzeitig alle kardiovaskulären Risikofaktoren bessern bzw. normalisieren, insbesondere Dyslipidämie und Hypertonie (Schrag, 1992). Nach Tobie ist eine ernährungsmedizinische Intervention mit kurzzeitigem (7 - 21 Tage) Fasten ein geeigneter Einstieg für Adipöse mit bzw. ohne Diabetes-Manifestation zur Verbesserung des Stoffwechsels. Ein Diabetiker scheint mehr vom Fasten zu profitieren als von einer Reduktionskost, bezogen auf die Verbesserung der Insulinresistenz (Tobie, 2004).

Fazit: Alle Gegenargumente entbehren der fachlichen Grundlage. Heilfasten ist mehr als nicht essen und eine Erfahrung wert!

6. Die Kurparkklinik Überlingen

6.1 Das Konzept der Klinik

Der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit der Kurparkklinik liegt seit über 25 Jahren in der Behandlung von ernährungsabhängigen Krankheiten mit allen biologischen, psychischen und sozialen Indikationen. Die Klinik ist als „Lehrklinik für Ernährungsmedizin“ zertifiziert (nach der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin) und als „Behandlungseinrichtung für Typ 2 Diabetiker“ anerkannt (nach der Deutschen Diabetes Gesellschaft).

Primäres Motivationsziel ist, Eigenverantwortlichkeit für die Erkrankung zu fördern und den Betroffenen aktiv am therapeutischen Prozess zu beteiligen. Das Konzept der Klinik beinhaltet eine spezifische Ernährungstherapie einschließlich des klinisch-therapeutischen Fastens, Bewegungstherapie unter Einbeziehung von physiotherapeutischen und krankengymnastischen Behandlungen, umfangreiche gesundheitsbildende Maßnahmen, Gruppen zum Entspannungstraining, Stressbewältigung, psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche.



Abb. 6: Das therapeutische Fasten in dem auf Ganzheitlichkeit ausgerichteten Konzept steht im Mittelpunkt der Therapie der Kurparkklinik (Kurparkklinik, 2005)

Das Konzept eignet sich hervorragend für die Behandlung von Adipositas mit den vielfältigen Folgeerkrankungen und von Diabetes mellitus Typ 2. Das klinische Fasten ist eine der intensivsten und risikoärmsten Methoden zur Behandlung von chronischen Erkrankungen. Der dabei erreichte Erfolg motiviert den Patienten zusätzlich und löst bei ihm außerdem einen wichtigen Impuls zur Lebensstilkorrektur aus. In der nachfolgenden Ernährungstherapie kann er erkennen, wo Änderungen der Lebensgewohnheiten erforderlich und sinnvoll sind (Kurparkklinik, 2005).

6.2 Das Fasten der Typ 2 Diabetiker in der Kurparkklinik

Während meiner beiden Hospitationen in der Kurparkklinik in den Jahren 2000 und 2004 habe ich viele fastende Diabetiker persönlich kennengelernt und durfte – im Hinblick auf diese Facharbeit – Einblick in Patientenakten nehmen. In darüber hinausgehenden Gesprächen mit Herrn Dr. Kronsteiner habe ich Kenntnisse bekommen, die ich an dieser Stelle zusammenfassend wiedergeben möchte:

Wenn Fasten nicht nur für einige Tage durchgeführt werden soll – z. B. wegen akuter, einfacher Gesundheitsstörung wie Magen-Darm-Katharr – absolviert man es vorzugsweise in einer Klinik. Wichtige Vorteile dabei sind, dass die stationäre Kur länger dauern kann und deshalb v. a. bei bestehenden Krankheiten besser wirkt, und dass die ständige Überwachung von Therapeuten / Pflegepersonal Fehler und Komplikationen während der Kur weitgehend ausschließt. Der durchschnittliche Aufenthalt in der Klinik dauert drei Wochen, ggfs. auch wesentlich länger.

Tobie hat in der Kurparkklinik eine Versuchsreihe durchgeführt, die in ihrer Diplomarbeit ausführlich beschrieben ist. Bei den von ihr berücksichtigten fastenden Diabetikern betrug das Alter $56,3 \pm 14,1$ Jahre und der Klinikaufenthalt $23 \pm 7,2$ Tage, von denen durchschnittlich 14,3 Tage gefastet wurde. Der BMI war anfangs $38,6 \pm 9,6 \text{ kg/m}^2$. Bei allen hier berücksichtigten Patienten war eine Insulinresistenz vorhanden, und alle nahmen am multimodalen Behandlungskonzept teil (Tobie, 2004).

Hien erwähnt in seinem Diabeteshandbuch, dass sich nach 12 Stunden des Fastens im Urin Ketonkörper befinden. Überschüssige Ketogenese und Gluconeogenese finden jedoch nicht statt, weil Glukagon die Betazellen

stimuliert und genügend Basisinsulin (Typ 2 Diabetes) zur Verfügung steht. Dieses Basisinsulin hemmt einen überschießenden Abbau von Fetten und von Proteinen (Hien, 2001). Da beim Fasten die Entstehung von Ketonen obligatorisch ist, verzichtet die Kurparkklinik auf die Ketonkörpermessung. Orale Antidiabetika werden hier bei Fastenbeginn vollständig abgesetzt. Metforminpräparate müssen laut Beipackzettel abgesetzt werden, da die zugeführte Energiemenge im Fasten deutlich unter 1000 kcal/Tag liegt. Blutzuckerkontrollen erfolgen weiter. - Falls der Diabetes (auch) mit Insulin behandelt wird, kann dieses großzügig reduziert werden, denn durch das Fasten wird im Körper weniger Glucose mobilisiert. Das Bolusinsulin wird abgesetzt bzw. zugeführt, und das Basisinsulin individuell angepasst, bis im weiteren Fastenverlauf häufig ganz darauf verzichtet werden kann. In der Regel werden nur sehr schnell wirkende Insuline zur Korrektur eingesetzt – u. U. übergangsweise für einige Tage – sofern dies überhaupt nötig ist, denn durch Fasten (in Kombination mit Bewegung) normalisieren sich die Blutzuckerwerte schnell. - Da keine Nahrung zugeführt wird, sinkt der Blutzucker ab und stabilisiert sich zumeist auf einem niedrigen Niveau. Regelmäßige Kontrollen sind immer erforderlich. Das Fehlen von größeren Blutzuckerschwankungen kann mit der Mobilisation des Zuckers aus körpereigenen Reserven erklärt werden. Unterzuckerungen werden im Fasten nie beobachtet bei Ausschluss blutzuckersenkender Medikamente. Patienten waren von diesen Verläufen sehr beeindruckt und äußerst motiviert für die Mitarbeit.

6.3 Was bringt Fasten für Diabetes mellitus Typ 2?

Bei allen Gruppen der Versuchsreihe konnten durch das Behandlungskonzept der Klinik die Insulinresistenz und wesentliche metabolische Faktoren positiv beeinflusst werden. Die fastenden Diabetiker konnten die Insulinresistenz stärker senken als die essenden Diabetiker; ein Diabetiker scheint laut Tobie hinsichtlich dieser Resistenz mehr vom Fasten zu profitieren als von einer Reduktionskost. Bei den fastenden Diabetikern konnte eine deutlichere Reduktion der Nüchtern glukose erreicht werden als bei den nicht-fastenden Diabetikern, und der HbA1c sank insgesamt durchschnittlich um 1,3 bis 4,3 % (Tobie, 2004).

Eine mittlere Gewichtsreduktion um 8,0 kg ergibt bei Diabetikern und Nichtdiabetikern wesentliche Verbesserungen bei allen untersuchten Parametern. Während eines 23-tägigen Aufenthaltes mit 14 Fastentagen erfolgte eine mittlere Gewichtsreduktion von ca. 9,1 kg. Bei Patienten mit Reduktionskost (800 – 1200 kcal) lag die durchschnittliche Gewichtsreduktion bei 6,8 kg. Im Fasten sich vorübergehend verschlechternde Parameter (z. B. Harnsäure, HDL) normalisieren sich nach kurzer Zeit (Tobie, 2004).

6.4 Mein Resultat aus der Kurparkklinik

Die Versuchsreihe von Tobie ist natürlich keine repräsentative Studie, doch sie bestätigt mit Zahlenmaterial die Erfahrungen von Fastenpraktikern und fastenerfahrenen Therapeuten. Natürlich wären Langzeitverläufe bezüglich der Krankheitsentwicklung sehr interessant. Die Schwierigkeiten bei den Diabetikern, die zum wiederholten Male in der Kurparkklinik gefastet haben, war, dass der Alltag nach dem Fasten sehr dominant war und sie immer wieder einholte. Dadurch konnten gute Vorsätze für Gewichtsabnahme, Ernährungs- und Bewegungsverhalten zum Teil nicht eingehalten werden. Das Gewicht stagnierte oder stieg wieder an, und damit einhergehend verschlechterten sich auch die Stoffwechselfparameter. Die Erfahrung der Kurparkklinik bei Diabetikern mit wiederholtem Fasten ist, dass, wenn sie nach einer Fastenkur verstärkt auf eine gemäßigte Energiezufuhr achten, die Diabetesweiterbehandlung durch den Arzt auf einem stabileren Niveau geführt werden kann. Manchmal werden Medikamente sogar langanhaltend überflüssig. Was ich bei allen fastenden Diabetikern dort erlebt habe war die Begeisterung für das Fasten als Möglichkeit, aus dem Teufelskreis der Gewohnheiten ausbrechen und einen Neuanfang wagen zu können und das Wissen, weitgehend über die eigene Gesundheit mitentscheiden zu können.

Fazit: Fastende Diabetiker gibt es seit langer Zeit und mit ihnen gute Erfahrungen.

7. Der Diabetiker mit Fastenwunsch in Beratung / Schulung

... ist nicht „tägliches Brot“ in der Praxis der DiabetesberaterInnen. Doch mit einer gewissen Offenheit dem Fasten gegenüber thematisieren Patienten

es häufiger und haben diesbezügliche Fragen und Wünsche. Um kompetent Auskunft geben zu können, ist die eigene Fastenerfahrung die beste Voraussetzung. Damit ein Patient qualifiziert Anleitung bei seiner Fastenvorbereitung bekommt, stelle ich in zwei Themenkomplexen bedenkenswerte Fragen zusammen:

7.1 Voraussetzungen in den Rahmenbedingungen

- Ist Fasten unter ambulanten oder stationären Bedingungen geplant? Sind personelle / fachliche Ressourcen vor Ort angemessen vorhanden? (fastenqualifizierte Diabetologen / DiabetesberaterInnen, Therapeuten für Bewegung, Entspannung, Diätetik, Gesprächsleitung) Eine Liste mit Kliniken / Therapeuten befindet sich unter 11.2 in der Anlage.
- Ist der Patient ausgestattet mit aktuellen Befunden und mit Behandlungsgegenständen?
 - Gesundheitspass Diabetes, Augenbefund
 - ggfs. weitere Laborparameter u. a.
 - Blutzuckermessgerät, Insuline, Spritzplan, Medikamentenliste
 - Kleidung für Sport, Wandern, Schwimmen, Sauna ... kleiner Tagesrucksack, Trinkflasche

7.2 Voraussetzungen in der Person des Diabetikers

- Welche Motive hat der Patient? Der Wunsch nach Gewichtsabnahme ist häufig die Einstiegsmotivation. Ist der Aspekt der Freiwilligkeit gegeben?
- Ist der Patient innerlich zum Fasten bereit? Ist er möglichst durch Literatur oder Erfahrungsschilderungen vorbereitet? Ist er bereit, gewisse schädliche Einflüsse (z. B. Nikotin, Alkohol, Eß- und Bewegungsgewohnheiten) in Zukunft zu meiden? Besteht die in den Fastenleitlinien formulierte „Bereitschaft zur Zusammenarbeit“? Eine Literaturliste für die Fastenvorbereitung und –begleitung befindet sich in der Anlage unter 11.1.
- Gibt es Ausschlusskriterien / Bedenken gemäß der Leitlinien der ÄGHE (siehe 11.3)? Gibt es diabetesbedingte Ausschlusskriterien / Bedenken?
 - Leber- / Nierenerkrankungen (Kreatinin erhöht)
 - Retinopathie (Fastenbedingte Veränderungen im Wasserhaushalt können zur Netzhautablösung führen.)

Empfehlung: Vorgespräch mit fastenerfahrenem Arzt / Klinik

- Ist Bewegung / Sport möglich? (u. U. bedenkenswert wegen diabetesbedingter Folgekomplikationen an Augen / Füßen) Möglichkeit nach Alternativen abklären (Massagen, Krankengymnastik)
- Wählt der Patient einen geeigneten Zeitpunkt für sein Fasten? Ist der Ausstieg aus dem Alltag möglich? (Lebenssituation, Familie, Beruf ...)

Fazit: Die gute Vorbereitung trägt wesentlich zum Fastenerfolg bei.

8. Mit Fasten zur Lebensstiländerung bei Typ 2 Diabetes?

- Diskussion, Fazit und Ausblick -

Obwohl in den letzten Jahrzehnten durch Behandlungsverbesserung in der Therapie des Diabetes viel erreicht wurde, stehen wir nach wie vor – bedingt durch die Zunahme der Zahl von Patienten mit Typ 2 Diabetes – vor einem schwerwiegenden medizinischen, sozialen und ökonomischen Problem. Die alarmierenden Entwicklungen machen es erforderlich, jetzt zu handeln, denn

- die Prävalenz des Typ 2 Diabetes mit seinen kardiovaskulären Komplikationen steigt in Deutschland drastisch an.
- Risikofaktoren zur Entwicklung des Typ 2 Diabetes haben zugenommen, besonders auch bei immer mehr jüngeren Menschen.
- schon vor der Diagnose bedingt die Erkrankung schwerwiegende Folgekomplikationen.
- die Behandlung der Erkrankung, besonders der Komplikationen, ist ausgesprochen kostenintensiv.

Zur Eindämmung der Diabetesepidemie sowie zur Verhinderung der schwerwiegenden, insbesondere kardiovaskulären Komplikationen bleibt nur die erfolgreiche Primärprävention des Diabetes. Die DPS als große internationale Studie belegt mit hoher Evidenz, dass die Prävention des Diabetes mellitus mit einer Intervention bei Risikopersonen möglich und erfolgreich durchführbar ist. Es konnte gezeigt werden, dass durch Lebensstilintervention in einem Frühstadium der Erkrankung für fast 60 % der Betroffenen der Ausbruch des Diabetes erfolgreich verhindert / hinausgezögert werden konnte. Der Typ 2 Diabetes ist für eine wirksame Primärprävention

prädestiniert, da ein Großteil der Erkrankung durch Lebensstilfaktoren bedingt ist und diese durch Interventionen beeinflussbar sind, die in Kap 3.1 dieser Arbeit beschrieben sind. Für die Diabetesprävention ist es allerdings notwendig, Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko frühzeitig zu identifizieren und sie für die Lebensstiländerung zu motivieren (Schwarz, 2005).

Bei Motivation zur Lebensstiländerung können Menschen verschiedene Wege zur Krankheitsvermeidung, Gesundheitsförderung und Steigerung von Lebensqualität gehen. Mit dieser Arbeit konnte ich zeigen, dass Menschen mit IGT / behandlungsbedürftigem Typ 2 Diabetes – bei Erfüllung von Voraussetzungen und Rahmenbedingungen – grundsätzlich fasten dürfen und damit einen gesundheitsförderlichen und ganzheitlichen Weg beschreiten, denn, so sagt Wilhelmi z. B. beim UGB-Fastenkongress:

- Fasten ist primär keine Gewichtsreduktionsmethode, sondern kann einen deutlichen Gegenpol zur der Tendenz zur Gewichtszunahme in den Industrieländern darstellen.
- Eine Fastenzeit stellt eine Unterbrechung aller Verhaltensmuster dar. Eine adaptierte Verhaltenstherapie wird gut angenommen. Das Fasten erlaubt eine neue Körperempfindlichkeit für das Spüren von Hunger und Sättigung währenddessen, aber auch anlässlich der Nahrungswiederzufuhr. Der Unterschied zu Essgelüsten kann leicht wahrgenommen werden.
- Das Fasten bringt das tiefe Erlebnis einer physiologischen Funktion, die man sich wieder aneignet.
- Fasten – mit psychotherapeutischer Begleitung – kann läuternd wirken und den Menschen helfen, Grundbedürfnismängel aufzudecken. Das ermöglicht den Fastern, die eigene Lebensbilanz zu ziehen, die wiederum unspezifisch auf die Bekämpfung von Übergewicht wirken kann (Wilhelmi, 1996).

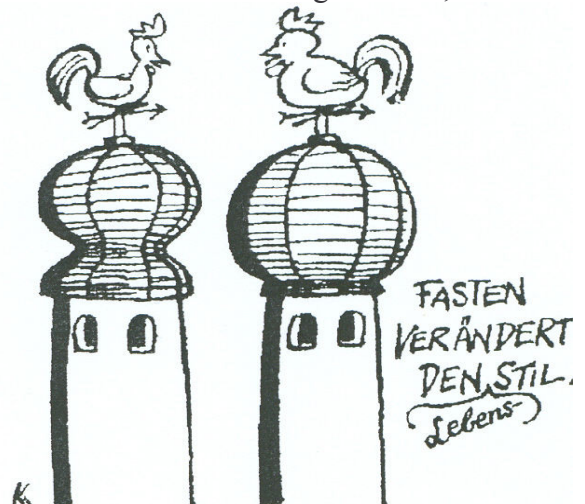
Aufgrund meiner langjährigen Erfahrungen als Kursleiterin im „Fasten für Gesunde“ kann ich sagen, dass die Begleitung von Menschen in ihrer Fastenzeit mir immer viel Freude bereitet und mich sehr bereichert hat. Fasten können Menschen mit Mut zum Wagnis und der Bereitschaft, in Beziehung zu treten zu dem, was sie selber ausmacht. Das bedeutet, sich auf eine Reise zu begeben mit ungewissem Ziel – auf körperlicher und auch geistig-seelischer Ebene. Das erfordert die Bereitschaft, etwas positiv

verändern und Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen zu wollen. Diese Prozesse mit den mir zur Verfügung stehenden eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten begleiten zu dürfen, fordert mich mit meiner ganzen Person. So lerne ich, zuzulassen, dass die FASTER mit ihrer Wahrnehmung sehr bei sich sind und ein Gespür für das entwickeln, was sie wirklich wollen und wie sie es wollen – ich nehme mich zurück und stehe im Bedarfsfall hilfreich und lenkend zur Seite. So kann „Empowerment“ leben und zum Geschenk für beide Beteiligten werden. Der Diabetologie wünsche ich Aufgeschlossenheit für diese kostengünstige Therapie und mir und meinen KollegInnen ein Hineinwachsen in diese ganzheitlichen Bereiche – auch durch immer mehr fasteninteressierte Menschen mit Diabetes.

Wenn das Heilfasten mit seinem eher naturheilkundlichen Ansatz ein selbstverständlicher Bestandteil in der Therapie des Typ 2 Diabetes würde, könnte damit die Therapiepalette um eine wertvolle Methode zur Langzeitmotivation der Betroffenen erweitert werden. Es gibt nicht die Antwort auf die drängenden Fragen in der heutigen Prävention und Therapie des Diabetes mellitus. Für die Problemlösungen müssen individuelle Antworten gefunden werden. Das Heilfasten mit der Chance auf schnelle und motivierende Erfahrungen bietet aus meiner Sicht eine ideale Form von „gelebtem Empowerment“, denn: Fasten ist eben mehr als nicht essen!

Gemäß der Aussage von Otto Buchinger (1953) hat sich das Fasten bis heute seine Faszination bewahrt: „Wir dürfen annehmen, dass die vis medicatrix naturae – die Heilkraft der Natur – in ihrer biologischen Weisheit nach dem Schädlichen, Krankhaften, dann auch das Überflüssige abbaut, das Gesunde bleibt.“

Fasten verändert den Lebensstil



9. Literatur- und Quellenverzeichnis

- ÄGHE**, Leitlinien zur Fastentherapie, Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd 2002;9:189-198.
- ÄGHE**, Gegendarstellung zur Meldung aus dem D.I.E.T.-Institut Aachen, http://www.datadiwan.de/aeghe/wissen_9.htm, 08.03.2005.
- Berger**, Michael, Diabetes mellitus, 2., neubearbeitete und erweiterte Auflage, Verlag Urban & Fischer München 2000
- DDFI**, Macht Fasten bei Diabetes Sinn?, <http://www.diabetes.uni-duesseldorf.de/tools/print.html?TextID=1120>, 28.05.2004
- Fritsche**, Andreas, Aktuelle Leitlinien und Empfehlungen für Typ 2 Diabetiker. Ernährungs-Umschau 51 Heft 9, Sonderbeilage, Umschau-Verlag Frankfurt 2004.
- Hien**, Peter, Diabeteshandbuch, Eine Anleitung für Praxis und Klinik, 3. Auflage, Verlag Springer Berlin, 2001
- Kuhn**, Christian, Fasten – Physiologie und methodische Notwendigkeiten, Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren Heft 7 Seite 569-576, Medizinisch Literarische Verlagsgesellschaft mbH, Uelzen 1992.
- Kuhn**, Christian, Heilfasten, erweiterte und überarbeitete Neuausgabe des gleichnamigen, zuerst 1996 bei Herder erschienen Titels, Verlag Herder Freiburg im Breisgau 1999.
- Kurparkklinik Überlingen**, http://www.kurpark-klinik.de/Verehrter_Kollege/verehrter_kollege.html, 18.04.2005
- Schrag**, S., Diabetestherapie mit Heilfasten, Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren, Heft 10 S. 796 – 806, Medizinisch Literarische Verlagsgesellschaft mbH Uelzen 1992.
- Schwarz**, Peter, Diabetesprävention: Möglichkeiten zur praktischen Umsetzung in Deutschland, 4. Postgraduierten-Kurs der Deutschen Diabetes-Gesellschaft, Berlin, 7. Mai 2005.
- Standl**, Eberhard, Was machen wir mit IGT? Diabetesprofi aktuell, Kirchheim-Verlag Mainz, Januar 2002.
- Standl**, Eberhard, Zeitbombe Diabetes: Die Uhr tickt! DiabetesProfi aktuell, Kirchheim-Verlag Mainz, Dezember 2004.
- Tobie**, Barbara, Verlauf der Insulinresistenz bei fastenden und nicht fastenden Adipösen mit und ohne Typ 2 Diabetes, unveröffentlichte Diplomarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades Diplom-Ingenieurin (FH) an der Fachhochschule Albstadt-Sigmaringen, Sommersemester 2004.

Wandrey, Hasso, Typ 2 Diabetes – oder besser „Insulinresistenzkrankheit“, Diabetesprofi aktuell, Kirchheim-Verlag Mainz, Januar 2004.

Wilhelmi de Toledo, Françoise, Die Bedeutung des Fastens in der Behandlung von Übergewicht, Kongressheft, UGB-Fachtagung, Gießen 1996.

Wilhelmi de Toledo, Françoise, Fasten ist mehr als nicht essen, <http://www.datadiwan.de/aeghe/frameset.htm>, 11.04.2005

Wilhelmi de Toledo, Françoise, Klepzig, Helmut, Kurze Geschichte des Fastens, http://www.datadiwan.de/aeghe/wissen_3.htm, 04.11.2004.

Wilhelmi/Buchinger (Hrsg.), Heilfasten ist nicht Hungern, TRIAS Thieme Hippokrates Enke, 1996

10. Versicherung der selbständigen Anfertigung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Facharbeit selbständig verfasst und außer den angegebenen keine weiteren Hilfsmittel benutzt habe.

Hamm, den 22. Mai 2005

Rita Maria Meyer

Rita Maria Meyer