

Der Ernährungsmediziner

Organ des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V.



Jahrgang 1 - Nr. 1

November 1999

Liebe Leserin, lieber Leser,

Hiermit stellt sich die Zeitschrift „Der Ernährungsmediziner“ als Organ des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V. vor.

Der Berufsverband wurde am 23. 10.1999 anlässlich des 2. Abschlußseminars „Praktikumsphase“ der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin in der Reha - Klinik Glotterbad (bei Freiburg) gegründet. Der Berufsverband verfolgt nach seinen Statuten das Ziel, die berufliche Fort- und Weiterbildung der Ernährungsmediziner zu fördern und die Mitglieder in der Erfüllung ihrer ärztlichen und wissenschaftlichen Aufgabe zu beraten, zu unterstützen und selbst tätig zu werden. Der Berufsverband arbeitet dabei eng mit der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin zusammen.

Die Zeitschrift hat sich zur Aufgabe gestellt, neben Berichten über den Berufsverband regelmäßig über aktuelle Probleme und ihre Lösungen auf dem Gebiet der Ernährungsmedizin zu informieren. Sie ist also auch als umfassender ernährungsmedizinischer Informationsdienst insbesondere für Ärzte gedacht. Ich wünsche der Zeitschrift, die zu nächst viermal im Jahr erscheinen wird, eine weite Verbreitung

Prof. Dr. med. Reinhold Kluthe

In dieser Ausgabe:

- Ernährungsmedizin tut not
- Die ersten Mediziner mit der neuen ärztlichen Qualifikation: Ernährungsmediziner DAEM/DGEM
- Berufsverband Deutscher Ernährungsmediziner gegründet
- Bei Hypertonie wird zuwenig beraten
- Natrium - Eine Erinnerung
- Blutgruppendiät
- Auch neurologische Erkrankungen sind diätetisch erfolgreich zu behandeln
- Das neue Rationalisierungsschema der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)
- Modellklinik - Lehrkliniken der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin

Ernährungsmedizin tut not

Ernährungsabhängige Erkrankungen wie Übergewicht, Hochdruck, Fettstoffwechselstörungen nehmen heute einen herausragenden Platz in den Morbiditätsziffern der Bundesrepublik ein. Dementsprechend stehen Herz- und Kreislauferkrankungen als Folgeerscheinung mit etwa der Hälfte der Todesfälle an erster Stelle der Mortalitätszahlen. Obwohl die Kausalzusammenhänge zwischen Fehl- und Überernährung und dadurch bedingten Erkrankungen hinreichend gesichert sind, spielen ernährungstherapeutische Maßnahmen in der Therapie sowohl, was die Klinik, aber auch was die Praxis des niedergelassenen Arztes angeht, eine untergeordnete Rolle. Einer der meist zitierten Gründe hierfür ist die Bevorzugung des Medikamentes durch Arzt und Patient gegenüber der den Lebensstil beeinflussenden Diät. Hier ist sicherlich in den letzten Jahren ein deutlicher Gegentrend zu beobachten. In zunehmendem Maße wird der Patient mit den möglichen Nebenwirkungen von Arzneimitteln bekannt (sei es aus den Beipackzetteln oder aus eigener Anschauung) und befragt seinen Arzt nach anderen Therapiemöglichkeiten.

Die Liste der Erkrankungen, bei denen man sich auf Ernährungstherapie alleine konzentriert, ist kurz. Es handelt sich ausschließlich um Krankheitsbilder, die nur Diätmaßnahmen zugänglich sind, wie spezielle angeborene Enzymdefekte (z.B. Phenylketonurie) und toxische Auswirkungen definierter Nährstoffe (z.B. Glutenenteropathie). Lang ist dagegen die Reihe der Gesundheitsstörungen, bei denen eine breitere und systematischere Anwendung der Ernährungstherapie wünschenswert wäre: Hochdruck, Gicht, Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen und Obstipation. Die hier indizierten diättherapeutischen Maßnahmen gehören zu den tragenden Säulen des Rationalisierungsvorschlags, den die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Klinische Ernährung und Diätetik (heute Deutsche Gesellschaft f. Ernährungsmedizin DGEM) bereits 1978 nach mehrjähriger intensiver Vorarbeit vorgelegt hat. Er hat die Diätetik im wesentlichen von den sog. Organschonkostformen befreit, deren Wert nicht erwiesen ist (z.B. Leberschonkost, Gallenschonkost, Magenschonkost). Die vorgeschlagenen Diäten wurden auf die beschränkt, deren Wert hinreichend durch Wirkungsnachweis

belegt ist, wie sie auch in der Testung der Wirksamkeit von Medikamenten Anwendung finden. Nach den Vorstellungen der DGEM soll die Rationalisierung von der Klinik in die Praxis getragen werden und damit den Ausgangspunkt für eine breitere Anwendung der Ernährungstherapie bilden.

Welche Gründe sprechen für eine breitere Anwendung der Ernährungstherapie? In diesem Sinn sprechen in erster Linie die Kausalitätszusammenhänge. Es ist naheliegender, einen durch Überernährung hervorgerufenen Hochdruck durch Ernährungsmaßnahmen zu behandeln als durch blutdrucksenkende Medikamente. Der zweite Grund sind die durch Medikamente bedingten Nebenwirkungen. Es gibt viele Beispiele dafür, daß durch die Anwendung eines Medikaments eine ernährungsbedingte Gesundheitsstörung beseitigt, dafür aber eine andere induziert wird. Eine regelrecht durchgeführte Ernährungstherapie ist dagegen in der Regel nebenwirkungsfrei.

Wie ist eine breitere Anwendung der Ernährungstherapie kostenmäßig zu bewältigen? Systematische Anwendung von ernährungstherapeutischen Maßnahmen bringt kostenmäßig eher eine Entlastung als eine Belastung unseres Gesundheitswesens. Man kann so bspw. nach verlässlichen Studien davon ausgehen, daß bei der Hypertonie die Hälfte der Medikamente eingespart werden kann. Ähnlich dürfte es beim Diabetes mellitus sein. Bei Übergewicht und Obstipation könnte man sogar ohne Medikamente auskommen. Ein Sparungen wären auch auf dem Sektor der Dialyse möglich. Wenn man die diätetischen Möglichkeiten bei Patienten mit chronischem Nierenversagen vor Beginn der Dialysetherapie (Stadium der Präurämie) ausschöpfen würde, könnten die Dialysekosten 1 - 2 Jahre (100 - 200 000 DM) pro Patient eingespart werden. Hier muß noch ergänzend erwähnt werden, daß Diäten sich kostenmäßig (die benötigten Lebensmittel betrachtet) kaum von der üblichen Ernährung unterscheiden.

Welche Wege sind zur Realisierung einer intensiveren Diättherapie zu beschreiten? Der Einfluß eines Arztes auf Ernährung und Diätetik im Krankenhaus muß grundsätzlich verbessert werden. Die Diätassistentin als für die Umsetzung der Diätanforderungen verantwortliche Mitarbeiterin muß aus dem Küchenbereich in den ärztlichen Bereich zurückgeführt werden. Ein ernährungsbeauftragter Arzt soll in allen Kliniken benannt und mit den notwendigen Kompetenzen zur Realisierung einer modernen Ernährungstherapie versehen werden. Zu den Aufgaben des Ernährungsmediziners in der Klinik gehören nach den Vorstellungen der DGEM die Einrichtung eines wissenschaftlich begründeten Diätkatalogs, diätetische Qualitätssicherung unter Zuhilfenahme anerkannter Methoden, die ärztliche und organisatorische Leitung des diätetischen Dienstes (d.h. der Diätassistentin in der Diätküche, auf der Station und in der ambulanten Ernährungsberatung), die Beratung der Verwaltung in Diät- und Ernährungsfragen sowie die Betreuung von Diätpatienten aller medizinischer Disziplinen. In zumindest allen Krankenhäusern der Maximalversorgung sollte ein selbständiger ernährungsmedizinischer Bereich geschaffen werden, der auch die Ausbildung von ernährungsmedizinisch orientierten Ärzten übernehmen kann. Solche Institutionen sind in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern selbstverständlich, bei uns gibt es sie nur vereinzelt. Es ist zu erwarten, daß die Betonung der klinischen Diätetik auch den Stellenwert der Diätetik in der Praxis hebt. Um Kliniken und Praktiker kurzfristig an die Diätetik heranzuführen, wurde die Akademie für Ernährungsmedizin gegründet. Sie hat seit 1983 6000 Ärzte in Ernährungsmedizin fortgebildet. Dies stellt das ärztliche Interesse an Ernährungsmedizin unter Beweis.

Die ersten 100 Mediziner mit der neuen ärztlichen Qualifikation: Ernährungsmediziner DAEM/DGEM

Nachdem die BÄK die Rahmenbedingungen für den ernährungsmedizinisch qualifizierten Arzt durch ein 100 - Stunden - Curriculum geschaffen hat, waren die Voraussetzungen für eine Qualifikation gegeben. Der Vorstand der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) haben daher, bis zur Schaffung einer adäquaten Ärztekammerqualifikation die Qualifikation "Ernährungsmediziner(in) DAEM/DGEM" kreiert.

Nach Erwerb der Qualifikation "Ernährungsbeauftragte(r) Arzt/Ärztin" und anschließender erfolgreicher Teilnahme am Seminarblock 5 des Seminarprogramms 2000 bzw. einem für die Übergangsphase initiierten Abschlußseminar "Praktikumsphase" kann diese Qualifikation bei der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin beantragt werden.

Für die Anerkennung als "Ernährungsmediziner(in) DAEM/DGEM" wurde die Erfüllung folgender Voraussetzungen definiert:

1. Es können sich Ärzte(innen) für Allgemeinmedizin, Ärzte(innen) für Innere Medizin, Ärzte(innen) für Pädiatrie, Ärzte(innen) für Frauenheilkunde, Ärzte(innen) für Anästhesiologie und Ärzte(innen) für Chirurgie um die Qualifikation bewerben. Weitere Fachgebiete nach Anmeldung. Zulassung vor Abschluß der Facharztausbildung ist möglich.

Impressum

Schriftleitung
Prof. Dr. med. Reinhold Kluthe

Redaktion
Renate Bogenrieder
Dipl. Oecotroph. Anne Weingard

Verlag
Akademie - Verlag
Reichsgrafenstr. 11, 79102 Freiburg
Tel.: 0761/ 7 89 80
Fax.: 0761/ 7 20 24
e-mail: info@daem.de

Copyright
Zeitschrift, Beiträge und Abbildungen sind für die Dauer des Urheberrechts geschützt. Eine Verwertung außerhalb des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags strafbar. Das gilt insbesondere auch für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie Einspeicherungen und Verarbeitung in elektronischen Systemen

Erscheinungsweise
Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich

Bezugspreis
Jahresbezugspreis DM 75,- + Versandkosten DM 12,- = DM 87,-
Einzelheftpreis DM 20,-
Preisänderungen vorbehalten

2. Spezielle praktische Erfahrungen in Ernährungsmedizin sind nachzuweisen
3. Erfolgreiche Teilnahme an dem 80 - stündigen Curriculum der BÄK
4. Erfolgreiche Teilnahme an dem abschließenden 20 - stündigen Praktikum (wird zukünftig durch den Seminarkblock 5 abgedeckt)
5. Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin mit automatischem Bezug der zweimonatlich erscheinenden "Aktuellen Ernährungsmedizin" des Thieme-Verlags Stuttgart.

Berufsverband Deutscher Ernährungsmediziner gegründet

Anlässlich des 2. Abschlußkurses als Voraussetzung zum Erhalt der Qualifikation "Ernährungsmediziner DAEM/DGEM" wurde am 23. Oktober 1999 in der Reha - Klinik Glotterbad der Berufsverband Deutscher Ernährungsmediziner gegründet. Der Verein dient dem Zusammenschluß von Ernährungsmedizinern zur Wahrung, Förderung und Vertretung berufspolitischer und sonstigen Belangen. Es ist insbesondere Aufgabe des Verbandes die berufliche Fort - und Weiterbildung zu fördern und darüber hinaus die Mitglieder in der Erfüllung ihrer ärztlichen und wissenschaftlichen Aufgaben zu beraten, zu unterstützen und selbst tätig zu werden. Der Berufsverband arbeitet eng mit der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin zusammen.

Ernährungsmediziner im Sinne der Satzung des Vorstandes sind:

1. Ernährungsmediziner DAEM/DGEM
2. Inhaber einer der diversen Qualifikationen der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin
3. Inhaber einer Fachkunde Ernährungsmedizin
4. Absolventen eines mindestens 80 - stündigen Kurses einer Ärztekammer nach dem Curriculum der BÄK

Die Mitgliedschaft schließt den kostenlosen Bezug der Verbandszeitschrift "Der Ernährungsmediziner" ein. Anträge auf Mitgliedschaft sind zu stellen an die Geschäftsstelle des Berufsverbandes, Reichsgrafenstr. 11, 79102 Freiburg

Bei Hypertonie wird zu wenig beraten

Richtige, gesunde und vollwertige Ernährung nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung hat im Zusammenhang mit der Hypertoniebehandlung an Bedeutung gewonnen, seit wir wissen, daß andere Risikofaktoren häufig gleichzeitig mit der Hypertonie vorkommen bzw. sich eng pathogenetisch korreliert entwickeln. Gesunde Ernährung bewirkt neben der RR - Senkung eine wirksame Prävention des metabolischen Syndroms und damit der Arteriosklerose. Leider spielt dieses betont ernährungsmedizinische Vorgehen in der praktischen Medizin heute noch immer keine Rolle. Dies gilt erwiesenermaßen generell auch für die Akutkrankenhäuser. Kürzlich erhobene Daten über die Ernährungsberatung bei Hypertonie sprechen dafür, daß die Situation in der Praxis des niedergelassenen Arztes ähnlich ist. So ergab eine Befragung von Hypertonikern mit einer im Mittel 10 Jahre bekannten Hypertonie, daß nur 38 % eine Ernährungsbe-

ratung erfahren haben, der größte Teil davon (65 %) bei einem vorhergehenden Reha-Klinik-Aufenthalt. Diese Befunde machen deutlich, daß Ernährungsberatung (und damit wohl auch die Ernährungstherapie) bei Hypertonikern in praxi kaum eine Rolle spielt.

Natrium: Eine Erinnerung

Eine adäquate Zufuhr von Kochsalz (Natriumchlorid) in Höhe von ca. 6 g/Tag ist die wichtigste Basis der Hypertonietherapie und -prophylaxe. Diese Aussage gilt für die Frühphase der Hypertonie - vor Einsetzen von blutdrucksenkenden Pharmaka und auch bei gleichzeitiger Pharmakotherapie.

Dies ist eine allgemein anerkannte und bekannte Tatsache, festgeschrieben seit der 1. Consensuskonferenz der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin. Dieser Consensus stand und steht in Übereinstimmung mit der Empfehlung der World Hypertension League, der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks und vieler anderer Fachgremien.

Träger des Consensus waren: *P. Fürst* (Stuttgart), *S. Gleichmann* u. *U. Gleichmann* (Bad Oeynhausen), *R. Großklaus* (Berlin), *M. Hamm* (Hamburg), *S. Heyden* (Durham, USA), *D. Hötzel* (Bonn), *H. Kasper* (Würzburg), *R. Kluthe* (Freiburg), *F.C. Luft* (Berlin), *F. Manz* (Dortmund), *H. Quirin* (Bad Rippoldsau), *W. Richter* (München), *H. Rottka* (Berlin), *W. Schoeppe* (Frankfurt), *F. Willig* (Heidelberg) und *G. Wolfram* (Weihenstephan).

Viel zu wenig verbreitet ist das Wissen über andere als blutdrucksteigernde Effekte des Kochsalzes, die möglicherweise eine noch deletätere Auswirkung auf den Menschen haben. Es sind dies:

1) Die direkte Beziehung zwischen Natriumzufuhr und linksventrikulärer Hypertrophie (LVH)

Bereits in der Framinghamstudie gab es Hinweise die deutlich machten, daß die LVH nicht allein als kompensatorischer Prozeß angesehen werden kann. Sie ist ein bedeutender eigenständiger Risikofaktor für die Entstehung von Herzinsuffizienz, koronarer Herzkrankheit und plötzlichem Herztod. *FERRARA et al. (1984)* konnten in klinischen Studien zeigen, daß insbesondere die Salzzufuhr für die LVH bei Hypertonie verantwortlich ist. Übereinstimmend fand sich in der TOMHS-Studie eine enge Korrelation zwischen Natriumzufuhr und LVH über 4 Jahre (*PRINEAS et al. 1994*). Bereit 1988 hatten *SCHMIEDER et al* auf die Bedeutung der 24h-Natriumausscheidung als stärksten Prädiktor der LVH hingewiesen.

2) Salz und Schlaganfall

Es wird vermutet, daß der Rückgang der Schlaganfallrate in Europa auf den geringeren Salzkonsum seit dem 2. Weltkrieg zurückgeht. Die Parallelität beider Faktoren in Belgien ist deutlich. *PERRY und BEEVERS (1992)* fanden eine positive Korrelation zwischen Salzverzehr und Schlaganfallhäufigkeit in Westeuropa.

3) Salz und Osteoporose

Mc Parland et al. 1989 fanden bei Gesunden, daß eine hohe Salzzufuhr mit erhöhten Parathormon-Spiegeln, einer erhöhten Hydroxyprolinausscheidung und einem leichten Anstieg des Osteocalcins einhergeht. Eine Reihe von wichtigen neueren Hinweisen unterstreicht die Beziehung zwischen hoher Salzzufuhr und Osteoporose (*MACGREGOR & CAPPUCIO 1993*)

4) Salz und Krebs

Verschiedene Studien, insbesondere in Japan, haben das Magenkarzinom in erster Linie mit dem Verbrauch gesalzener Lebensmittel in Verbindung gebracht. Fallkontrollstudien untermauern die Korrelation Salz und Krebs für nasopharyngeale Karzinome (Yu et al. 1986)

5) Salz und Asthma

In England und Wales fand sich eine enge Beziehung zwischen dem regionalen Salzverbrauch pro Person und der Asthmamortalität. Es wurde eine enge Beziehung zwischen Histaminrest und 24h-Natriumausscheidung festgestellt. Offenbar erhöht die Salzzufuhr bei Asthmatikern die Histaminempfindlichkeit der Bronchialmuskulatur. Eine placebokontrollierte Studie machte deutlich, daß eine Salzrestriktion die Bronchialreaktivität senkt (CAREY et al. 1993)

Literatur:

Carey, OJ et al.: Effect on alterations of dietary sodium on the severity of asthma in men. Thorax 48 (1993) 714-718
 Ferrara, LA et al.: Left ventricular mass reduction during salt depletion in arterial hypertension. Hypertension 6 (1984) 755-759
 MacGregor, GA, Cappuccio FP: The kidney and essential hypertension: a link to osteoporosis? J. Hypertens. 11 (1993) 781-785
 Mc Parland, BE et al.: Dietary salt effects biochemical markers of resorption and formation of bone in elderly women. Br. Med. J. 299 (1989) 834-835
 Perry, IJ, Beevers, DG: Salt intake and stroke: a possible direct effect. J. Hum. Hypertens. 6 (1992) 23-25
 Prineas, RJ et al.: The effect of dietary sodium and body weight on echocardiographic measures of left ventricular mass among treated hypertensive men and women: four year change in the TOMHS study. Nieren- und Hochdruckkrankheiten 23 (1. Suppl.) (1994) S14-S21
 Schmieder, RE et al.: Dietary salt intake: a determinant of cardiac involvement in essential Hypertension. Circulation 78 (1988) 951-965
 Yu, MC et al.: Cantonese-style salted fish as a cause of nasopharyngeal carcinoma: report of a case-control study in Hong Kong. Cancer Res. 46 (1996) 956-961

Blutgruppendiät: eine neue publikumswirksame (unsinnige) Diät

Die Autoren D'Adamo und Zittlau postulieren eine Bedeutung der klassischen Blutgruppen für die Ernährung. Nach ihrer Ansicht bestimmt die Blutgruppe, welche Nahrung man zu sich nehmen soll. Die Autoren entwickelten vier Blutgruppendiäten mit jeweils 16 Lebensmittelgruppen. Bei diesen Gruppen werden wieder jeweils 3 Kategorien unterschieden: Besonders vorteilhaft sind Nahrungsmittel, die wie Medizin wirken; neutral einzustufen ist ein Nahrungsmittel, das lediglich der Ernährung dient. Die dritte Kategorie, die wie ein Gift wirkt, sollte gemieden werden.

Wenn man sich an die speziellen Empfehlungen für die jeweilige Blutgruppe richtet, kann man nach Ansicht der Autoren

1. zahlreiche weitverbreitete Virus- und Bakterieninfektionen vermeiden
2. abnehmen, da der Körper sich von den Giften und Fetten befreit
3. das Risiko lebensbedrohlicher Erkrankungen wie Krebs, Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes und Störungen der Leberfunktion vermindern

4. viele Ursachen vermeiden, die einen raschen Zellverfall hervorrufen und dadurch den Alterungsprozeß verlangsamen.

Die Empfehlungen für die Menschen mit den verschiedenen Blutgruppen lauten:

- O - Typ - Diät Fleischesser
- A - Typ - Diät Vegetarier
- B - Typ - Diät Tierische und pflanzliche Produkte in ausgewogener und bekömmlicher Form
- AB - Typ - Diät Kombination von A- und B- Typ in "moderner Verschmelzung,

Diese Ernährungsvorschläge gelten als Idealdiät für die jeweilige Blutgruppe.

Insgesamt ein interessanter Vorschlag ohne jede wissenschaftliche Begründung

Lit: P.J. D'Adamo mit Catherine Whitney (Hrsg.): 4 Blutgruppen. Vier Strategien für ein gesundes Leben. Piper Verlag München - Zürich 1999.

Auch neurologische Erkrankungen sind diätetisch erfolgreich zu behandeln

Ketogene Diät bei Epilepsie

Unter dem Begriff "ketogene Diät" versteht man eine fettreiche, kohlenhydratarme Ernährungsweise, die innerhalb kurzer Zeit zur Ketose führt. Sie findet bereits seit mehr als einem halben Jahrhundert Anwendung zur Verminderung der Anfallsfrequenz bei Epilepsie. Verschiedene Mechanismen wurden für den erwiesenen antikonvulsiven Effekt verantwortlich gemacht, wirksames Prinzip sind wahrscheinlich Ketonkörper selbst. Das Prinzip der Diät besteht in einer Verminderung des KH- und Eiweißanteils unter gleichzeitiger Bereitstellung der notwendigen Nahrungsenergie als Fett.

Grundsätzlich gibt es drei Varianten der ketogenen Diät

1. *Die 1 : 4 - Diät*
 Hier setzt sich die Nahrung aus 1 Teil Kohlenhydrate und Protein zu 4 Teilen Fett zusammen. Zu beachten bleibt, daß im Kindesalter 1 g Protein pro kg KG nicht unterschritten wird
2. *Die MCT - Diät*
 60 % MCT - Öl (Pur oder mit Aromastoffen geschmacksverbessert); 10 % langkettige Triglyceride (LCT); 10 % Protein; 20 % KH
3. *Die Modifizierte MCT - Diät*
 30 % MCT; 40 % LCT; 10 % Protein; 20 % KH

Da MCT - Fette eine höhere Ketogenität haben, kommt man dabei mit einem geringeren Gesamt - Fettanteil der Nahrung aus.

Das neue Rationalisierungsschema der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)

Das Rationalisierungsschema ist als Grundlage für die Anwendung wichtiger und häufig gebrauchter Diätformen gedacht. Es dient allen, die für eine dem derzeitigen

Wissensstand entsprechend zusammengesetzte Vollkost, leichte Vollkost und für Kostformen zur Therapie der verschiedensten Erkrankungen (Diäten) verantwortlich sind, als Orientierung (Diätassistent/in, Ernährungsmedizinische(r) Berater(in), Ernährungsbeauftragte(r) Arzt/Ärztin, Küchenleiter/in, Oecotrophologe/in). Von diesem Schema ausgehend kann ein den Bedürfnissen der jeweiligen Klinik angepaßter Diätakatalog erstellt werden. Der wichtige Bereich der künstlichen Ernährung ist mit wenigen Ausnahmen nicht der Inhalt der Empfehlungen. Das erste Rationalisierungsschema wurde 1978 von der Vorgängerin der DGEM, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung und Diätetik publiziert. Überarbeitungen erfolgten 1990 und 1994. Jetzt ist eine neue Fassung in Vorbereitung. Sie wird Anfang 2000 erscheinen und einige Neuerungen enthalten. So werden sich zwei besondere Abschnitte mit der diätetischen Therapie der Polyarthritiden und neurologischer Erkrankungen befassen. Die Publikation wird in bewährter Weise in der "Aktuellen Ernährungsmedizin" erfolgen.

Modellklinik - Lehrkliniken der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin

Effektive diätetische Therapie und Ernährungsberatung ist in Akutkliniken insbesondere wegen der kurzen Liegedauer praktisch undurchführbar. In Reha - Kliniken ist die Zeit vorhanden, aber dort fehlt es aufgrund mangelnder personeller oder struktureller Gegebenheiten zumeist an adäquater Umsetzung von Ernährungs - und Diätrichtlinien. Aus diesem Grund hat die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin ein Modellklinikprojekt inauguriert, das diese Mangelsituation zu beheben versucht.

"Zwölf - Punkte - Programm zur Umsetzung in der Modellklinik für Ernährungsmedizin"

strukturell

- definierte Organisationsstruktur mit Zuständigkeitsbereichen
- qualitative und quantitative Ausstattung an Beratungskräften
- räumliche Voraussetzung
- logistische und apparative Ausstattung

inhaltlich

- wissenschaftlich gesicherte Diätformen
- Kostformkatalog - Dokumentation von Vollkost und Diäten
- indikationsbezogene Schulungsprogramme mit Curriculum
- regelmäßige Qualitätssicherung

perspektivisch

- regelmäßige Mitarbeiterfortbildung
- Schulung externer Ernährungsfachkräfte
- wissenschaftliche Studien, Evaluation neuer Diätformen
- poststationäre Betreuung ("Netzwerk Ernährungsmedizin")

Dabei werden essentielle Punkte (siehe 12 - Punkteprogramm) zuerst in einer Modellklinik optimiert umgesetzt und dann auf eine Reihe von weiteren Kliniken übertragen.

Diese Kliniken sind als Lehrkliniken für Ernährungsmedizin für zu schulende Ärzte vorgesehen.

Als Modellklinik figuriert seit 1997 die Klinik Bad Rippoldsau. Lehrklinikandidaten sind derzeit:

- Diabetes-Klinik Bevensen, Bad Bevensen, CA Dr. E. von Kriegstein
- Klinik Lazariterhof, Bad Krozingen, CA Prof. Bönner
- Klinikum für Rehabilitation Bad Salzuflen - Klinik am Burggraben, Bad Salzuflen CA Dr. H.J. Stark
- Frankenlandklinik, Bad Windsheim, CA Dr. Ch. Karoff
- Rehabilitationsklinik Elbe-Saale, Barby CA PD Dr. K. Kothe
- Elztalklinik, Elzach, CA Prof. G. Haag
- Reha-Klinik Glotterbad, Glottertal, CA Prof. J.M. Herrmann
- Katholischen Kliniken Ruhrhalbinsel, Essen/Hattingen, CA Prof. U. Rabast
- Rehazentrum Föhrenkamp, Mölln, CA Prof. Dr. G. Oehler
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, München CA Prof. J. Wechsler
- Klinik Buchinger am Bodensee, Überlingen, CA Dr. CH. Kuhn

Veranstaltungen 2000 der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin zur Erlangung der Qualifikation: "Ernährungsmediziner DAEM/DGEM"

□ Curriculum Ernährungsmedizin

1. **Kompaktkurs nach dem 100 stündigen Curriculum der BÄK** (inkl. Abschlußseminar Praktikumsphase) vom **2. - 12. März 2000 in Glottertal** (bei Freiburg i.Br.)

Der Kompaktkurs wird in den Räumlichkeiten der Reha-Klinik Glotterbad im Glottertal veranstaltet.

Programmübersicht:

- Seminarblock 1: Ernährungslehre und ernährungsmedizinische Grundlagen
- Seminarblock 2: Adipositas und Dyslipoproteinämien
- Seminarblock 3: Diabetes mellitus, Hypertonie und Nierenerkrankungen
- Seminarblock 4: Gastroenterologie und künstliche Ernährung
- Seminarblock 5: Ausgewählte Kapitel und Falldemonstrationen

Im Rahmen des Kompaktkurses findet eine schriftliche Prüfung (multiple choice) und eine Fallabnahme statt.

Die bestandene multiple choice - Prüfung führt automatisch zur Qualifikation "Ernährungsbeauftragter Arzt". Sie und eine erfolgreiche Fallbesprechung sind Voraussetzung für die Erlangung der Qualifikation "Ernährungsmediziner DAEM/DGEM".

Es ist auch möglich, zur Komplettierung der bereits begonnenen Seminarfortbildung lediglich an einzelnen Abschnitten teilzunehmen.

Wissenschaftliche Programmgestaltung und Leitung: R. Kluthe, Freiburg; H. Kasper, Würzburg

□ Seminarzyklen der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin in Bad Nauheim bzw. Mainz

in Zusammenarbeit mit der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen

Seminarzyklus 2000:

- Seminarblock 1: Grundlagen
27.-29.01.2000 in Bad Nauheim
- Seminarblock 2: Adipositas und Dyslipoproteinämien
24.-26.02.2000 in Bad Nauheim
- Seminarblock 3: Diabetes mellitus, Hypertonie und Niere
11.-13.05.2000 in Mainz
- Seminarblock 4: Gastroenterologie und künstl. Ernährung
22.-24.06.2000 in Mainz
- Seminarblock 5: Ausgewählte Kap. und Falldemonstrationen
10.-12.08.2000 in Mainz

Die Teilnahme am Seminarblock 5 ist erst nach erfolgreichem Abschluß der Blöcke 1 - 4 möglich.

Aufbau und Inhalte der einzelnen Seminarblöcke sind in den Kurszyklen in Bad Nauheim/Mainz und Münster identisch.

Seminarleitung:

W. Burghardt, Würzburg; H. Hauner, Düsseldorf; K. Huth, Frankfurt; H. Kasper, Würzburg; R. Kluthe, Freiburg; H. Liebermeister, Neunkirchen; U. Rabast, Hattingen/Essen; J. Schrezenmeier, Kiel; G. Wolfram, Freising-Weihenstephan; Gudrun Zürcher, Freiburg

□ Seminarzyklen der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin in Münster/ Westfalen

in Zusammenarbeit mit der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

Seminarzyklus 2000 in Münster:

- Seminarblock 1: Grundlagen **11.-13.02.2000**
- Seminarblock 2: Adipositas und Dyslipoproteinämien
07.-09.04.2000
- Seminarblock 3: Diabetes mellitus, Hypertonie und Niere
19.-21.05.2000
- Seminarblock 4: Gastroenterologie und künstl. Ernährung
02.-04.06.2000
- Seminarblock 5: Ausgewählte Kap. und Falldemonstrationen
08.-10.09.2000

Die Teilnahme am Seminarblock 5 ist erst nach erfolgreichem Abschluß der Blöcke 1 - 4 möglich.

Aufbau und Inhalte der einzelnen Seminarblöcke sind in den Kurszyklen in Bad Nauheim/Mainz und Münster identisch.

Seminarleitung:

H. Hauner, Düsseldorf; H. Kasper, Würzburg; R. Kluthe, Freiburg; U. Rabast, Hattingen/Essen

Das Februarheft bringt u. a. 4 wesentliche Themen:

1. Neuestes über die Ornish - Diät
2. Wer bezweifelt mal wieder warum den erwiesenen Effekt einer mäßigen Natriumrestriktion bei Hypertonie
3. Was bringt eine mediterrane Ernährung? Die Lyon - Diät - Herz - Studie
4. Süßes - weiterhin tabu?