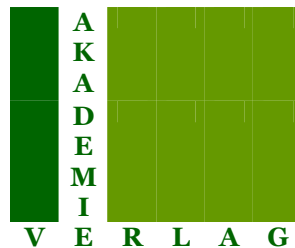


# Der Ernährungsmediziner



*Unabhängiger Informationsdienst*

Organ des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e.V.

Jahrgang 10, Nr. 3

August 2008

Liebe Leserin, lieber Leser,

*Ernährungsmedizin wird ein immer komplexeres Gebiet. Das hat bereits der Begründer der Ernährungsmedizin in Deutschland, Prof. Kluthe, festgestellt. Bei den Einführungen zu den von ihm ins Leben gerufenen Kompaktkursen Ernährungsmedizin nach dem Curriculum der Bundesärztekammer hat er den interdisziplinären Ansatz immer betont. Leider durfte er seinen 80. Geburtstag in diesem Jahr nicht mehr erleben.*

*Heute erlebt die Ernährungsmedizin neue Herausforderungen durch die Überernährung und deren Folgen in den Industrieländern, den Hunger und Nahrungsmangel in den Schwellenländern. Mit subtilen Nachweismethoden werden, nahezu pharmakologische Wirkungen von Nährstoffen auf genetischer, transkriptioneller und enzymatischer Ebene nachgewiesen. Neue Erkenntnisse über den Wert und Unwert von Supplementen, Nahrungsergänzungsmitteln und ergänzend bilanzierten Diäten vermittelt der Ernährungsmediziner immer häufiger in der Praxis. Die Etablierung neuer Fachbereiche wie Nährstoff-Gen-Interaktion oder nutritive Faktoren mit Wirkung auf neuro-endokrinologische Regelkreise machen es schwer, den Überblick zu behalten. Kein beruflich aktiver Ernährungsmediziner kann die rasante Entwicklung auf den verschiedenen Gebieten der Ernährungsmedizin überblicken. Er ist auf gefilterte und komprimierte Information angewiesen.*

*Wir bemühen uns die relevanten Artikel in den Fachzeitschriften für Sie zu entdecken und in verständlicher Form aufzubereiten. Gerne gehen wir auch auf Ihre Anregungen und Wünsche ein, wenn Sie uns diese mitteilen.*

*Eine spannende Lektüre wünschen Ihnen*

*Ihr*

*Prof. Dr. med. O. Adam*

## In dieser Ausgabe:

- Die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) e.V. in Freiburg wird 25 Jahre alt – Einladung an alle BDEM-Mitglieder
- Darmflora und Reizdarmsyndrom – Therapie mit Probiotika
- Vaskuläre Ereignisse bei gesunden älteren Frauen mit Kalziumsupplementation – eine randomisierte kontrollierte Studie
- Vorsicht bei Selensupplementierung
- Lebensmittel mit Pflanzensterinen in der Wahrnehmung der Verbraucher
- Überernährung durch Fast Food kann schnell zu einer starken Erhöhung von Serum-Alanin-Aminotransferase führen
- Nitrat in Gemüse ist kein Grund auf Rohkost zu verzichten
- Schlechte Vorhersagbarkeit des Ruheenergieverbrauchs bei Frauen mit Adipositas
- Leitlinien der DGE zum Thema Kohlenhydratkonsum
- Wie kann man nach einer Gewichtsabnahme eine erneute Gewichtszunahme verhindern?
- Gewichtsentwicklung gestillter Säuglinge – Empfehlungen der nationalen Stillkommission
- Mikronährstoffstatus bei Menschen mit Adipositas
- Förder-Preis des Institut Danone Ernährung für Gesundheit 2009
- Ausschreibung des Institut Danone Ernährung für Gesundheit 2009 für Projektförderung im Jahr 2009 zum Thema „Sekundäre Pflanzenstoffe“
- Ausschreibung GRVS-Medienpreis 2009

## Die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) e.V. in Freiburg wird 25 Jahre alt Einladung an alle BDEM-Mitglieder

Ernährungsabhängige Erkrankungen haben in unserer Überflussgesellschaft eine beängstigende Häufigkeit erreicht. Die negativen Auswirkungen unzureichender ernährungsmedizinischer Prävention und Therapie sind dabei offensichtlich geworden. Um dem Mangel an ernährungsmedizinischen Kenntnissen durch ärztliche Fort- und Weiterbildung entgegenzuwirken, wurde bereits 1983 durch Prof. Dr. med. Reinhold Kluthe aus dem damaligen Kreis der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung und Diätetik die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) e.V. gegründet. Die Akademie blickt dieses Jahr somit auf eine 25jährige Erfahrung in ärztlicher Fortbildung in Ernährungsmedizin zurück.

Im Anschluss an die 24. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft vom 16.-18. Oktober 2008 in Freiburg, soll das Jubiläum mit dem Symposium „Ernährungsmedizin – gestern – heute – morgen“ begangen werden. Ganz im Sinne von Prof. Kluthe, der leider dieses Jubiläum nicht mehr erleben kann, dem aber die Kooperation mit allen Bereichen der Ernährungsmedizin ganz besonders am Herzen lag, werden bei dem Symposium die Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V., der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V., der Deutschen Adipositasgesellschaft (DAG) e.V. und der DAEM sprechen. In einem Festakt wird außerdem ein herausragender Wissenschaftler aus dem Gebiet der Ernährungswissenschaft mit der Kofranyi-Medaille geehrt.

**Alle BDEM-Mitglieder sind herzlichst dazu eingeladen, mit uns dieses Jubiläum zu feiern. Es findet am Samstag, den 18. Oktober, von 14.00 – 16.10 Uhr im Konzerthaus Freiburg, Runder Saal statt.**

Die Akademie feiert in diesem Jahr aber nicht nur ihr 25jähriges Jubiläum, sondern veranstaltet im August (7. – 17.) in München auch den insgesamt 50. ernährungsmedizinischen Fortbildungszyklus. Die letzten 30 davon wurden nach dem gemeinsam mit der Bundesärztekammer erarbeiteten Curriculum Ernährungsmedizin (100 Stunden) durchgeführt. Mehr als 3500 ÄrztInnen aller Fachrichtungen aus der gesamten Bundesrepublik Deutschland und auch dem benachbarten Ausland haben bisher unsere Kurse erfolgreich absolviert. Der Qualifikationsabschluss zum/zur ErnährungsmedizinerIn DAEM/DGEM® erfolgt, wenn auch der Nachweis praktischer Erfahrung in Ernährungsmedizin vorliegt.

Ergänzt wird dieses Fortbildungsangebot seit 2006 durch regelmäßige zweitägige Spezialseminare. Sie dienen einerseits der Weiterbildung von ErnährungsmedizinerInnen auf einem Spezialgebiet, richten sich aber insbesondere auch an Ernährungsfachkräfte (DiätassistentInnen, ÖkotrophologInnen) sowie an weitere Mitglieder des „ernährungstherapeutischen Teams“ aus Klinik und Praxis. Aktuelle Schwerpunktthemen sind „Das Metabolische Syndrom“ und „Ernährungstherapie bei gastroenterologischen Erkrankungen“. Weiterhin geplant ist wegen der hohen Resonanz erneut das Spezialseminar „Ernährung und Psyche“.

Prof. Dr. med. O. Adam  
(Präsident der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V.)

### Impressum

#### Schriftleitung

Udo Rabast, Hattingen  
Olaf Adam, München  
Heinrich Kasper, Würzburg  
Bertil Kluthe, Freudenstadt

#### Redaktion

Dipl. oecotroph. Anne Weingard

#### Verlag

Akademie - Verlag  
Reichsgrafenstr. 11, 79102 Freiburg  
Tel.: 0761/ 7 89 80  
Fax.: 0761/ 7 20 24  
email: info@daem.de  
Internet: [www.daem.de](http://www.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 38,-€ + Versandkosten 5,80 € = 43,80 €

Einzelheftpreis 10,-€ + Versandkosten 1,45 €

## Darmflora und Reizdarmsyndrom – Therapie mit Probiotika

Kasper, H. Würzburg

Mit dem Symptomenkomplex des RDS wird der Allgemeinarzt, Internist und besonders der Gastroenterologe häufig konfrontiert. Die Prävalenz dieser funktionellen Störung von Dünndarm und Kolon beträgt in westlichen Industrieländern 10-15 %. Die Ätiologie ist multifaktorell und weitgehend ungeklärt. Nicht selten findet sich eine ängstliche Grundhaltung mit Neigung zu Depressionen und Phobien. Häufig wird angegeben, dass bestimmte Nahrungsmittel wie Milch, Kaffee, Zitrusfrüchte, Schokolade etc. die Symptomatik auslösen bzw. verstärken, eine Beobachtung, auf der die sog. Ausschlussdiät (exclusion diet) beruht.

Bereits seit Jahren gibt es Hinweise darauf, dass sich bei einem Teil der Patienten die Symptomatik im Anschluss an einen Darminfekt einstellt bzw. eine bakterielle Fehlbesiedelung des Darmes die Symptomatik auslöst. Diese Beobachtungen finden eine Erklärung in Ergebnissen neuerer Untersuchungen, die zeigen, dass sich bei einer Subgruppe eine bakterielle Fehlbesiedelung im Dünndarm bzw. chronisch-entzündliche Schleimhautreaktionen im Bereich des Kolons nachweisen lassen. An Patienten mit einer nach den Rom-Kriterien gesicherten Diagnose RDS fand sich eine vermehrte Wasserstoff-Exhalation kurze Zeit nach oraler Gabe von Lactulose als eindeutiger Hinweis auf eine bakterielle Fehlbesiedelung des Dünndarmes. Nach oraler Gabe eines Antibiotikums normalisierte sich die Wasserstoffkonzentration in der Ausatemluft nach Gabe der Testsubstanz. Eine bakterielle Fehlbesiedelung des Dünndarmes erklärt die häufig geklagten abdominalen Beschwerden kurze Zeit nach der Nahrungsaufnahme, d. h. bevor verzehrte Nahrungsbestandteile ins Kolon übergetreten sind. Bei 6% - nach anderen Studien 17 % - der Patienten mit RDS beginnt die Symptomatik im Anschluss an einen intestinalen Infekt. Als Erklärung für diesen Zusammenhang sprechen morphologische und pathophysiologische Befunde, wie beispielsweise eine gesteigerte Freisetzung proinflammatorischer Cytokine aus der Rektumschleimhaut sowie eine Vermehrung enterochromaffiner Zellen, von T-Lymphozyten etc., insgesamt Veränderungen, die für eine chronisch-entzündliche Schleimhautreaktion sprechen.

Da probiotische Mikroorganismen bei den verschiedensten Formen der intestinalen Fehlbesiedelung, wie z. B. nach Behandlung mit Breitbandantibiotika oder der Pouchitis, aber auch bei entzündlichen Schleimhautreaktionen unabhängig von einer bakteriellen Fehlbesiedelung positive Wirkungen zeigen, war es naheliegend, auf der Basis der kurz skizzierten Befunde auch bei Subgruppen des RDS eine Therapie mit probiotischen Mikroorganismen zu versuchen. Mittlerweile wurde über mehrere klinische Studien mit positivem Therapieergebnis berichtet. Das Design und Ergebnis einer besonders umfangreichen und exakten klinischen Studie wird als Beispiel zusammenfassend besprochen: Nachdem die Autoren in Voruntersuchungen zeigen konnten, dass Bifidobacterium infantis 35624 in besonderem Maße anti-inflammatorische Eigenschaften besitzt, das Wachstum pathogener Keime hemmt und die Fähigkeit von Bakterien zur Translokation verringert, wurde

dieser Stamm für die folgende Therapiestudie gewählt: 362 Patientinnen mit RDS erhielten während 4 Wochen 1x täglich  $10^8$  cfu von Bifidobacterium infantis 35624 lyophilisiert in Gelatine kapseln abgepackt per os. Am Versuchsende fand sich bei 20 % der Patientinnen im Vergleich zur Placebogruppe nach dem IBS Composit Score ein signifikanter Rückgang der Beschwerden. In einer zweiwöchigen Vorphase wurden die Patientinnen nach Art, Intensität und Lokalisation der Beschwerden randomisiert der Verumbzw. Placebogruppe zugeordnet. – In einer weiteren Studie wurde der therapeutische Effekt von Bifidobacterium infantis 35624 mit einem Lactobacillus salivarius-Stamm bei Patienten mit RDS verglichen. Gemessen am Ausmaß der Symptomrückbildung war der Bifidobacterium-Stamm dem Lactobacillus-Stamm überlegen.

### Quelle:

- Originalartikel (Literatur bei der Redaktion)

## Vaskuläre Ereignisse bei gesunden älteren Frauen mit Kalziumsupplementation – eine randomisierte kontrollierte Studie

Bolland MJ et al, Auckland, Neuseeland

ZIEL war es, die Wirkung von Kalzium-Supplementierung auf Herzinfarkt, Schlaganfall und plötzlichen Tod bei gesunden postmenopausalen Frauen zu ermitteln.

STUDIENDESIGN: randomisierte, Placebo-kontrollierte Studie.

TEILNEHMER: 1471 postmenopausale Frauen (mittleres Alter 74): 732 wurde randomisiert eine Kalzium-Supplementierung gegeben und 739 erhielten Placebo.

Untersucht wurden unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse über einen Zeitraum von fünf Jahren: Tod, plötzlicher Tod, Myokardinfarkt, Angina pectoris, anderen Schmerzen im Brustkorb, Schlaganfall, transitorische ischämische Attacken und ein kombinierter Endpunkt von Herzinfarkt, Schlaganfall oder plötzlichem Tod.

ERGEBNISSE: Myokardinfarkte wurden in der Kalziumgruppe signifikant häufiger berichtet als in der Placebogruppe (45 Ereignisse bei 31 Frauen vs. 19 Ereignisse bei 14 Frauen;  $p = 0,01$ ). Auch der kombinierte Endpunkt aus Myokardinfarkt, Schlaganfall oder plötzlichem Tod war in der Kalziumgruppe signifikant häufiger (101 Ereignisse bei 69 Frauen vs. 54 Ereignisse bei 42 Frauen;  $p = 0,008$ ). Auch nach Anlegen standardisierter Kriterien blieben Myokardinfarkte unter Kalzium häufiger (24 Ereignisse bei 21 Frauen vs. 10 Ereignisse bei 10 Frauen; relatives Risiko 2,12). Für den kombinierten Endpunkt blieb ebenfalls noch ein relatives Risiko von 1,47 übrig. Schließlich war auch das Schlaganfallrisiko erhöht (relatives Risiko 1,37).

FAZIT: Es besteht bei gesunden postmenopausalen Frauen ein Zusammenhang zwischen Kalziumsupplementation und steigenden Herz-Kreislauf-Ereignissen. Diese potenziell schädliche Wirkung einer Kalziumsupplementation sollte abgewogen werden gegen die zu erwartenden Vorteile für die Knochen.

### Quelle:

- BMJ. 336 (2008):262-6

**Kommentar von Professor O. Adam, München:** Der Grundgedanke der Untersuchung war folgender: eine Kalziumsupplementation beeinflusst das HDL/LDL-Verhältnis positiv und kann daher vor cardio-vaskulären Ereignissen schützen. Nun wurde die Frage gestellt, ob eine Kalziumsupplementation bei Frauen in der Menopause das Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall oder plötzlichen Herztod senken kann.

Diese Aussage und die Art der Datenauswertung treffen in der Fachwelt auf Kritik:

#### 1. Überinterpretation der Ergebnisse

Bolland et al., sprechen bei einem  $p$ -Wert=0,058 von einer „grenzwertigen Signifikanz“ und ziehen den Schluss, dass bei Frauen in der Kalzium-Gruppe das Herzinfarktrisiko erhöht ist. Ein Wert von  $p=0,058$  bedeutet jedoch, dass diese Fälle durchaus zufällig auftreten können und keine geeignete Grundlage für eine solche Schlussfolgerung sind.

#### 2. Festlegung eines „kombinierten Endpunktes“

Als kombinierter Endpunkt wurden Herzinfarkt, plötzlicher Todesfall und Schlaganfall zusammengefasst. Diese drei Endpunkte können jedoch ganz unterschiedliche Ursachen haben. Der tatsächliche Einfluss einer Kalziumsupplementation auf den Herzinfarkt kann mit der Bildung eines kombinierten Endpunktes nicht determiniert werden.

Auf Grund der Studie von Bolland muss man seine Meinung zu einer Kalziumsupplementierung nicht ändern. Generell sollte allerdings eine Kalziumsupplementation nur in den Ausnahmefällen empfohlen werden, wenn eine ausreichende Kalziumversorgung mit der Nahrung nicht gewährleistet werden kann.

## Vorsicht bei Selen-Supplementierung

Bleys J et al., Baltimore, USA

Es wird vermutet, dass Selen, ein essentielles Spurenelement mit antioxidativen Eigenschaften, bei der Prävention von Krebs und kardiovaskulären Erkrankungen eine wichtige Rolle spielt. Menschen mit niedrigen Serumkonzentrationen haben ein erhöhtes Risiko für diese Erkrankungen.

Im Rahmen der „Third national Health and Nutrition Examination Survey“ (NHANES III) wurde in den Jahren 1988 – 1994 die Selen-Serum-Konzentrationen von 13 887 US-Amerikanern untersucht und über 12 Jahre hinweg nachbeobachtet.

Der mittlere Selenspiegel lag bei 125,6 ng/ml. Bei Adjustierung der Hazard Ratio für die Gesamtmortalität betrug die höchste Tertile im Vergleich zur niedrigsten Tertile 0,83 (95% Konfidenzintervall KI 0,72-0,96), für die Karzinom-assoziierte Mortalität 0,69 (95% KI 0,53-0,90) und für die kardiovaskuläre Mortalität 0,94 (95% KI 0,77-1,16)

Es fand sich eine nicht-lineare Assoziation zwischen Selenkonzentration und sowohl Karzinom-assoziiertes als auch Gesamtmortalität. Im Bereich niedriger Selenkonzentrationen ( $< 130$  ng/ml) zeigte sich, dass die Mortalität erhöht war, diese absank, sobald der Serumspiegel über 130 ng/ml stieg, aber im Bereich hoher Selenkonzentrationen ( $>150$  ng/ml) die Mortalität wieder anstieg. Ein Zusammen-

hang zwischen Selenkonzentration und kardiovaskulären Erkrankungen wurde nicht beobachtet.

Diese Studienergebnisse lassen vermuten, dass Selen bei normalen Serumkonzentrationen nicht supplementiert werden sollte.

**Quelle:**

- Arch Intern Med. **168 Vol 4** (2008); 404-410.

**Lebensmittel mit Pflanzensterinen in der Wahrnehmung der Verbraucher**

Gemeinschaftsstudie der Verbraucherzentralen und des BfR

Die Ergebnisse der gemeinsamen Verbraucherbefragung des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) und der Verbraucherzentralen belegen: Jeder zweite Käufer gehört nicht zur eigentlichen Zielgruppe der Menschen, die ihren Cholesterinspiegel senken soll. Auch die Missachtung der Hinweise zur Abstimmung des Verzehr mit dem Arzt und der sonstigen Gebrauchshinweise zeigt, dass die gegenwärtige Kennzeichnung von Produkten mit Pflanzensterinzusatz keine wirksame Maßnahme zur Gewährleistung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs dieser Produkte ist. Doch für den vorsorgenden Verbraucherschutz kommt es gerade auf diesen bestimmungsgemäßen Gebrauch an, solange über unerwünschte Langzeitfolgen des Verzehr wirksamer Mengen an Pflanzensterinen noch keine Klarheit besteht.

Aus diesem Grund haben die Verbraucherzentralen folgende Forderungen verfasst:

- In der Pflichtkennzeichnung von Lebensmitteln mit Pflanzensterinzusatz muss die Zielgruppe „für Menschen mit nachweislich erhöhtem Cholesterinspiegel“ klar und eindeutig benannt werden. Dafür ist eine Änderung der EU-Verordnung über die Etikettierung von Lebensmitteln und Lebensmittelzutaten mit Phytosterin-, Phytosterinester-, Phytostanol- und/oder Phytostanolesterzusatz notwendig.
- Aus der Kennzeichnung muss deutlich werden, dass Konsumenten die Produkte keinesfalls vorbeugend verzehren sollten, wenn gar kein erhöhter Cholesterinspiegel besteht.
- Der Handel sollte Produkte mit Pflanzensterinzusatz – ähnlich wie glutenfreie Produkte und Produkte für Diabetiker – separat von den herkömmlichen Produkten anbieten.
- Weitere Lebensmittelkategorien mit dem Zusatz von Pflanzensterinen sollten nicht zugelassen werden – weder über das Verfahren nach der Novel-Food-Verordnung noch über das im Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuch beschriebene Verfahren.
- Die Sicherheitsbewertung von Lebensmittelzutaten mit dosisabhängiger Wirkung muss nach einem Gesamtkonzept erfolgen. Die Art und Zahl der „Trägerlebensmittel“ für die funktionelle Zutat muss in diesem Konzept gegebenenfalls eingeschränkt werden.

**Quelle:**

- Presseinfo des VZBV vom 25.06.2008

**Überernährung durch Fast Food kann schnell zu einer starken Erhöhung von Serum-Alanin-Aminotransferase führen**

Kechagias S et al. Linköping, Schweden

In einer Studie konnte gezeigt werden, dass bereits innerhalb von 4 Wochen eine Überernährung mit Fast Food in Verbindung mit einem bewegungsarmen Lebensstil zu einer starken Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT früher GPT) führen kann. Dieses Enzym ist Indikator für Leberschäden und ist in der Regel bei Menschen, die regelmäßig große Mengen Alkohol konsumieren, erhöht.

Ein Anstieg der Aminotransferase ist häufig assoziiert mit Ausprägungen des Metabolischen Syndroms, wie z.B. abdomineller Adipositas, hohen Plasmaglucoosespiegeln und Dyslipidämie.

Es wurde an 12 gesunden Männern und sechs gesunden Frauen mit einem Durchschnittsalter von 26 Jahren und einer passenden Kontrollgruppe eine prospektive Interventionsstudie durchgeführt.

Die Teilnehmer der Interventionsgruppe sollten durch den Verzehr von mindestens zwei Fast Food Mahlzeiten pro Tag in Verbindung mit einer sitzenden Lebensweise (weniger als 5000 Schritte pro Tag) innerhalb von 4 Wochen die reguläre Kalorienaufnahme verdoppeln und eine Gewichtszunahme von 5-15% erreichen. Wöchentliche Veränderungen der ALT und dem Leber-Triglycerid-Gehalt (LTG) wurden durch Nuklear-Magnet-Resonanz-Spektroskopie zu Beginn und nach der Intervention gemessen. Der gewohnte wöchentliche Alkoholkonsum wurde zu Beginn der Studie festgestellt und sollte während des Studienzeitraums unverändert bleiben.

Das Körpergewicht der Teilnehmer in der Interventionsgruppe stieg von durchschnittlich 67,6 (9,1) auf 74,0 (11) kg an (p<0,001). 17 der 18 Teilnehmer erreichten das Ziel einer Gewichtszunahme von 5-15% während des Untersuchungszeitraumes. Die durchschnittliche Kalorienaufnahme stieg während des gesamten Interventionszeitraums um durchschnittlich 70% an. ALT stieg von durchschnittlich 22,1 (11,4) U/l zu Studienbeginn auf eine individuelle maximale Höhe von 97 (103) U/l. 11 der 18 Teilnehmer zeigten während der Intervention durchgängig ALT-Levels, die oberhalb der Referenzwerte lagen (Frauen > 19 U/l, Männer > 30 U/l) [Anmerkung der Red.: alte Normbereiche noch 25°-Methode, heute: 37°-Methode, Normbereiche Frauen 10-35 U/l, Männer 10-50 U/l] Der Zuckerverzehr (Mono- und Disaccharide) während der dritten Woche korrelierte mit maximalem ALT-Level/Anfangs ALT-Level Rate (r = 0,62; p = 0,006). LTG stieg von 1,1 (1,9)% auf 2,8 (4,8)% an, war jedoch nicht mit einem Anstieg von ALT-Levels verbunden.

Daraus kann man folgern, dass Überernährung per se in weniger als vier Wochen zu einem starken Anstieg der ALT führen kann. Nach Meinung der Autoren zeigt die Studie deutlich, dass bei der Bewertung von Menschen mit einem erhöhten ALT in der medizinischen Anamnese nicht nur die Alkoholaufnahme, sondern auch eine mögliche exzessive Lebensmittelaufnahme berücksichtigt wer-

den sollte.

**Quelle:**

- GUT 0 (2008) 1-6; doi:10.1136/gut.2007.131797

**Nitrat in Gemüse ist kein Grund auf Rohkost zu verzichten**

Nitrate sind Stickstoffverbindungen, die Pflanzen für ihr Wachstum benötigen. Der menschliche Körper kann jedoch aus Nitrat sogenannte Nitrosamine bilden, die als Krebs erregend gelten. Durch waschen, schälen und garen lässt sich der Nitratgehalt von Pflanzen verringern.

Nitrat wird vor allem durch den Verzehr von Gemüse aufgenommen. Es besteht jedoch laut EFSA (Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit) kein Grund, auf vitaminreiche Rohkost zu verzichten. Im Auftrag der Europäischen Kommission wurden Nutzen und Risiko des Gemüseverzehr anhand von knapp 452.000 Daten aus 20 Mitgliedstaaten bewertet.

Das Ergebnis: Nicht die Menge, sondern die Art des Gemüses und der durch die Erzeugung bedingte Nitratgehalt bestimmen letztendlich die Aufnahme durch die Nahrung. Die akzeptable tägliche Aufnahmemenge (ADI) liegt bei 3,7 mg/kg KG. Das bedeutet: Ein Erwachsener mit einem Körpergewicht von 60 kg kann ein Leben lang bedenkenlos 222 mg Nitrat pro Tag verzehren. Werden täglich 400 g Mischgemüse gegessen, nimmt der Körper nur durchschnittlich 157 mg des Schadstoffs auf. Auch wenn man andere Nitratquellen wie Trinkwasser und gepökelte Fleischwaren einbezieht, wird der ADI nicht erreicht.

**Quelle:**

- EFSA Journal 689 (2008) 1-79

**Schlechte Vorhersagbarkeit des Ruheenergieverbrauchs bei Frauen mit Adipositas**

Wilms B. et al., Rorschach, Schweiz

Der Ruheenergieverbrauch (REE) ist eine sehr konstante Größe und stellt bei inaktivem Lebensstil mit ca. 70% den Hauptanteil des 24-Stunden-Kalorienverbrauchs dar. Die Kenntnis des REE ist für die Ergreifung ernährungsmedizinischer Therapiemaßnahmen daher von essentieller Bedeutung. Eine Messung des REE mittels indirekter Kalorimetrie ist in der Praxis jedoch meist nicht möglich, so dass häufig Formeln zur Berechnung eingesetzt werden. Wie präzise diese Formeln jedoch den genauen REE vor allem bei übergewichtigen Menschen dokumentieren, ist weitgehend unbekannt.

Aus diesem Grund wurden an einem Kollektiv von 160 adipösen Frauen die Genauigkeit von 11 der etablierten REE-Formeln getestet. Die Fettmasse wurde mittels Bioelektrischer Impedanzmethode (BIA) gemessen, der REE mittels indirekter Kalorimetrie ermittelt.

Bei sieben der berechneten REEs waren die Ergebnisse niedriger als bei den ermittelten REEs, bei einer Formel größer und bei dreien entsprachen sich ermittelter und berechneter Wert.

Obwohl sich bei allen Formeln eine enge Korrelation zwi-

schen dem berechneten und dem ermittelten REE fand, konnte auch die beste Formel bei mehr als 27% der untersuchten Frauen den berechneten REE nicht mit einer ausreichenden Genauigkeit von ± 10% angeben.

Alle 11 Formeln zeigen eine mangelhafte Vorhersagequalität des REE bei adipösen Frauen. Sie führten zu einer Über- oder Unterschätzung des REE um mindestens 130 kcal bei mehr als 27% der untersuchten Frauen. Auch die Verwendung von BIA-Daten verbessert die Vorhersagegenauigkeit nicht. Es besteht also zur Zeit noch keine ausreichend gute Alternative zur Durchführung einer indirekten Kalorimetrie, wenn man den REE bei adipösen Frauen mit einer akzeptablen Genauigkeit bestimmen möchte.

**Quelle:**

- Akt. Ern. Med. 32 (2008); 151

**Zusammenhang zwischen einer Gewichtszunahme und Schlaf**

Chaput JP et al., Quebec, Kanada

Kanadische Wissenschaftler haben herausgefunden, dass Menschen, die besonders viel (9-10 Stunden pro Nacht) und Menschen, die besonders wenig (5-6 Stunden pro Nacht) schlafen, stärker zunehmen als Menschen, die eine durchschnittlich lange Schlafdauer (7-8 Stunden pro Nacht) haben. Sie untersuchten den Zusammenhang zwischen Schlaf und Gewicht an 276 Erwachsenen (Alter zwischen 21 und 64 Jahren) über einen Zeitraum von sechs Jahren.

Es stellte sich heraus, dass die Kurzschläfer im Durchschnitt 1,98 kg an Gewicht zulegten. Langschläfer nahmen im Durchschnitt 1,58 kg an Körpergewicht zu. Wenn man berechnet, wie viel Prozent der Probanden aus den einzelnen Gruppen in sechs Jahren mindestens fünf Kilogramm zugenommen haben, kommt man zu dem Ergebnis, dass Kurzschläfer eine 35% und Langschläfer eine 25% höhere Wahrscheinlichkeit haben, an Gewicht zuzunehmen, als Menschen, die durchschnittlich lange schlafen.

Im Gegensatz dazu begnügen sich Menschen mit Schilddrüsenunterfunktion – und somit langsameren Stoffwechsel – mit weniger Stunden Tiefschlaf.

Beim Umkehren der Zusammenhänge lässt sich zeigen, dass Schlafentzug mit zahlreichen unerwünschten Änderungen des Stoffwechsels einhergeht, z.B. steigt der Cortisolspiegel im Blut, die Immunantwort ist beeinträchtigt, die Fähigkeit des Körpers im Umgang mit Glucose lässt nach und die Appetitkontrolle leidet. Ähnliche Veränderungen werden bei Menschen beobachtet, deren Schlaf gestört ist, z.B. durch Kleinkinder oder Krankheit.

Ebenso ging kurzer Schlaf mit Änderungen von Hormonspiegeln einher, die das Hungergefühl kontrollieren: die Spiegel des Leptins (Appetit reduzierend) waren niedrig, während die des Ghrelins (Appetit anregend) hoch waren. Diese Wirkungen waren zu beobachten, wenn die Schlafdauer unter 8 Stunden fiel. In einer kontrollierten Studie mit gesunden männlichen Probanden wurde festgestellt, dass eine Schlafdauer von ca. 4 Stunden mit einem deut-

lich höheren Verlangen nach kalorienreichen Nahrungsmitteln mit hohem Kohlenhydratgehalt einherging. Es wurde ebenfalls über ein stärkeres Hungergefühl berichtet.

Auch ist es wenig wahrscheinlich, dass Menschen mit Schlafentzug körperlich aktiv sind, was einen verringerten Energieverbrauch zur Folge hat. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Steigerung des Appetits und des Verlangens nach Nahrung sowie die Verringerung der körperlichen Aktivität ein Argument sind für die Rolle des Schlags bei der Handhabung des Körpergewichts ist.

**Quelle:**

- Sleep medicine Reviews **11** (2007) 159-162
- Sleep **31** (2008) 517-523

**Leitlinien der DGE zum Thema Kohlenhydratkonsum**

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V. arbeitet seit Ende letzten Jahres an der Erstellung einer evidenzbasierten Leitlinie zum Thema „Kohlenhydratkonsum“, die aktuelle wissenschaftlich gesicherte Informationen und Zusammenhänge über die Bedeutung von Kohlenhydraten in der Ernährung des Menschen zur Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten liefern soll.

Kohlenhydrate sind die quantitativ wichtigste Energiequelle für den Menschen. Die DGE empfiehlt gesunden Erwachsenen mindestens 50% ihrer täglichen Energiezufuhr in Form von Kohlenhydraten aufzunehmen. Das entspricht bei einem PAL-Wert<sup>1</sup> von 1,4 rund 230 g für Frauen und 300 g für Männer. Nach heutigem Wissen sollen vorzugsweise komplexe Kohlenhydrate durch stärkehaltige und ballaststoffreiche Lebensmittel, wie Getreide, Getreideerzeugnisse, möglichst aus Vollkorn, Gemüse, Obst, Hülsenfrüchten und Kartoffeln aufgenommen werden. Diese Lebensmittel besitzen zudem durch ihr großes Volumen einen hohen Sättigungswert und enthalten neben Vitaminen und Mineralstoffen zahlreiche sekundäre Pflanzenstoffe.

„Unser Ziel ist es, sukzessiv Leitlinien für die Hauptnährstoffe zu erarbeiten“, erläutert Prof. Dr. Peter Stehle, Präsident der DGE. Nach der Veröffentlichung ihrer evidenzbasierten Leitlinie „Fettkonsum und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten“ überprüft die DGE nun durch eine systematische Literaturliteraturanalyse und Literaturliteraturbewertung entsprechend eines evidenzbasierten Vorgehens die wissenschaftlichen Grundlagen und Zusammenhänge hinsichtlich Kohlenhydratzufuhr und Prävention von ausgewählten Krankheiten.

**Hintergrundinformation:** Im Rahmen der Verwendung des Glykämischen Index (GI)<sup>2</sup> von Lebensmitteln wurden bestimmte kohlenhydratreiche Lebensmittel regelrecht verurteilt und eine Diskussion über die empfehlenswerten Kohlenhydratzufuhr ausgelöst. Auch im Rahmen der freiwilligen Nährwertkennzeichnung von Lebensmitteln stehen die Kohlenhydrate in der Diskussion. Dies lässt sich am Beispiel der Rolle des Zuckers, d. h. alle den Lebensmitteln zugesetzten Mono- und Disaccharide einschließlich Zucker in Honig, Sirup und Fruchtsaft, momentan lebhaft verfolgen. Aktuell kursieren Vorschläge aus unterschiedlichen Personenkreisen, Verschiebungen in den Relationen der täglichen Zufuhr der Hauptnährstoffe, speziell die Reduktion des Kohlenhydratanteils zugunsten des Fett- und Prote-

inanteils in einer gemischten Kost zu empfehlen. In den Medien wird hierbei fälschlicherweise ein Bezug zwischen einem Konsensuspapier Ernährung 2008 und der DGE hergestellt. Tatsächlich ist ein ehrenamtlicher Funktionsträger der DGE Mitautor; die Inhalte des Papiers sind jedoch nicht mit der DGE abgestimmt worden.

Ernährungsempfehlungen der DGE werden generell nicht über einzelne Meinungen definiert, sondern in einem wissenschaftlichen Prozess innerhalb der Gremien der DGE, koordinierend mit internationalen Fachgesellschaften und unter Einbeziehung externer Experten erarbeitet. Empfehlungen der DGE werden in Form offizieller Publikationen den Fachkreisen bekannt gemacht. Eine Änderung der Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr ist aktuell nicht vorgesehen – die publizierten Empfehlungen der DGE haben Gültigkeit.

Der Richtwert der DGE für die Kohlenhydratzufuhr von mindestens 50 % ergibt sich unter Berücksichtigung des individuellen Energiebedarfs, des Proteinbedarfs und der Richtwerte für die Fettzufuhr.

Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts schafft das weniger als die Hälfte der Bevölkerung. Und auch die Ernährungsberichte aus Deutschland, Österreich u. Schweiz zeigen, dass Kohlenhydrate in der Ernährung lediglich einen Anteil von 40 - 45 % der aufgenommenen Energie ausmachen. Zugleich nehmen wir einen großen Teil davon über zugesetzte Zucker (hauptsächlich Saccharose) und Süßigkeiten auf. Dabei sollte die Versorgung mit Kohlenhydraten schwerpunktmäßig aus polysaccharidhaltigen (stärke- und ballaststoffreichen) Lebensmitteln bestehen. Dies gilt insbesondere bei energiearmer Kost, z. B. Diäten, um die Versorgung mit essenziellen Nährstoffen wie Vitaminen, Mineralstoffen, Spurenelementen, sekundären Pflanzenstoffen und Ballaststoffen sicherzustellen. Dagegen ist die Zufuhr von Lebensmitteln mit hohem Gehalt an isolierten Kohlenhydraten, z. B. Mono- und Disacchariden sowie raffinierten und modifizierten Stärke, einzuschränken. Generell wird für Zucker (Mono- und Disaccharide) von der DGE ein moderater Konsum empfohlen.

<sup>1</sup>PAL-Wert = physical activity level, durchschnittlicher täglicher Energiebedarf für körperliche Aktivität als Mehrfaches des Grundumsatzes. International anerkannter Wert, der je nach Grad der Muskelarbeit in Beruf und Freizeit variiert und z. B. für Menschen mit sitzender Tätigkeit und wenig oder keiner körperlich anstrengenden Freizeitaktivität bei 1,4 liegt

<sup>2</sup>GI = Glykämischer Index, beschreibt die Wirkung von kohlenhydratreichen Lebensmitteln auf den Blutzuckerspiegel

**Quelle:**

- [www.dge.de](http://www.dge.de); 10.06.2008

**Wie kann man nach einer Gewichtsabnahme eine erneute Gewichtszunahme verhindern?**

Nach ersten Ergebnissen der Diogenes-Studie sollte die Antwort lauten: Erhöhen Sie den Proteinanteil ihrer Nahrung, anstatt auf Lebensmittel mit einem niedrigen Glykämischen Index zu setzen.

Vielen Erwachsenen und auch Kindern fällt es heute schwer, ihr Gewicht im Normalbereich zu halten, das heißt, eine übermäßige Gewichtszunahme zu verhindern. Besonders nach Gewichtsreduktionsdiäten nehmen die meisten schnell wieder zu und bringen dann sogar mehr Pfunde auf die Waage als vorher. Dieser Effekt ist auch als Jojo-Effekt bekannt.

Im Rahmen der Diogenes-Interventionsstudie haben unter anderem Wissenschaftler des Deutschen Instituts für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIfE) untersucht, welche Ernährungsfaktoren für eine Gewichtszunahme eine Rolle spielen. Ziel ist es, bestmögliche Ernährungsempfehlungen von den Studienergebnissen abzuleiten. Mehr als 90 Familien aus Deutschland und über 500 Familien aus sieben anderen Ländern nahmen an dieser bisher größten europäischen Interventionsstudie teil.

Zu Beginn der Diogenes-Studie mussten die erwachsenen Studienteilnehmer zunächst acht Prozent ihres Körpergewichts abnehmen. Im folgenden Interventionsteil der Studie musste dann die gesamte Familie eine von fünf vorgegebenen Diäten einhalten, die per Zufallsprinzip ausgewählt wurde.

763 erwachsene Studienteilnehmer konnten erfolgreich ihr Gewicht reduzieren. Insgesamt verloren sie 8500 kg an Gewicht. Dies entspricht etwa dem Gewicht von vier ausgewachsenen Elefantenbullen oder einem durchschnittlichen Gewichtsverlust von 11,2 kg pro Person.

Nach Abschluss der ersten Gewichtsreduktionsphase musste jede der Familien (763 Erwachsene und 787 Kinder) eine bestimmte Diät einhalten.

Zur Auswahl stand:

1. eine Kost mit erhöhtem Eiweißanteil und niedrigem Glykämischen Index,
2. eine Kost mit erhöhtem Eiweißanteil und hohem Glykämischen Index,
3. eine Kost mit normalem Eiweißanteil und niedrigem Glykämischen Index,
4. eine Kost mit normalem Eiweißanteil und hohem Glykämischen Index.

Bei der fünften Diät handelte es sich um eine „Kontroll-Diät“, die sich an den bestehenden Ernährungsempfehlungen orientierte.

In zwei Studienzentren (Kopenhagen und Maastricht) stellte man den Studienteilnehmern extra für die Studie eingerichtete Supermärkte zur Verfügung, in denen sie sechs Monate kostenfrei einkaufen konnten. Hieran schloss sich eine sechsmonatige Ernährungsberatungsphase an, in der die Teilnehmer eingehend beraten und betreut wurden. In den restlichen sechs Studienzentren (Deutschland, Kreta, Tschechische Republik, Großbritannien, Bulgarien und Spanien) erhielten die Teilnehmer nur eine eingehende Ernährungsberatung und Betreuung.

Professor Arne Astrup, Koordinator der Diogenes-Interventionsstudie, präsentierte kürzlich auf dem European Congress of Obesity im Mai 2008 erste Ergebnisse der Kopenhagener und Maastrichter Teilstudien: „Die ersten Studienergebnisse zeigen eindeutig, dass die Studienteilnehmer nach einer Reduktionsdiät weniger an Gewicht zulegten, wenn sie den Proteinanteil ihrer Nahrung erhöh-

ten. Dagegen bot der Verzehr einer Diät mit niedrigem Glykämischen Index keinen weiteren Vorteil hinsichtlich einer (Wieder-)Zunahme des Körpergewichts.“

Wissenschaftler der anderen sechs Studienzentren werten derzeit die Daten der anderen Zentren aus. Ein zusammenfassendes Ergebnis der Diogenes-Studie wird auf dem Diogenes satellite meeting am 5. und 6. Mai 2009 in Amsterdam vorgestellt werden.

Quelle:

- Pressemitteilung Dife 02.06.2008

### Gewichtsentwicklung gestillter Säuglinge – Empfehlungen der nationalen Stillkommission

Gewichtsverlauf und Wachstum sind wichtige Indikatoren zur Beurteilung von Gedeih und körperlicher Entwicklung von Säuglingen. Die Nationale Stillkommission gibt Empfehlungen zur Gewichtsentwicklung von gestillten Säuglingen. Die Gewichtsentwicklung sollte entlang der im Jahr 2006 aktualisierten WHO-Referenzkurven für Gewicht, Länge, Body Mass Index (BMI) und Kopfumfang gestillter Säuglinge verlaufen. (Sämtliche Referenzkurven finden sich auf der Internetseite der Nationalen Stillkommission am BfR oder direkt bei der WHO.)

Ein gesundes Neugeborenes nimmt in den ersten Tagen nach der Geburt normalerweise ab. Das liegt sowohl daran, dass es seinen Stoffwechsel und seinen Wasserhaushalt auf eine orale Nahrungsaufnahme umstellen muss, als auch daran, dass die Milchbildung bei der Mutter erst beginnt. Probleme können entstehen, wenn die Laktation nicht richtig in Gang kommt oder das Neugeborene sich nicht gut adaptiert. Eine sorgfältige Betreuung der stillenden Mutter und die Beobachtung des Neugeborenen können Adaptationsprobleme rechtzeitig erkennen und vermeiden helfen. Als objektiver Marker hilft dabei die tägliche Gewichtskontrolle, wobei darauf geachtet werden soll, dass sie unter gleichen Bedingungen (Tageszeit, Kleidung) und mit derselben Waage vorgenommen wird. Das Gewicht des Neugeborenen nach der Geburt (im Kreißsaal) ist aber die Bezugsgröße, obwohl kurz danach auf der Wochenstation oder zu Hause häufig andere Werte abgelesen werden.

Gesunde, ausschließlich gestillte Neugeborene (ohne Zufütterung) verlieren in den ersten 3 Lebenstagen **höchstens 7 % ihres Geburtsgewichtes**. Ist der Gewichtsverlust größer, muss das Stillverhalten überprüft und korrigiert werden. Ein **Gewichtsverlust von 10 % oder mehr** in den ersten Tagen, Ikterus, Dehydratationszeichen (wie schlaffe Haut, wenig Urin oder Stuhl) oder Krankheitssymptome erfordern bereits eine Therapie, z.B. Zufüttern von abgepumpter Muttermilch oder einer Säuglingsanfangsnahrung. Im Alter von 7 Tagen, spätestens nach 14 Tagen, haben gesunde, gut gestillte Neugeborene ihr Geburtsgewicht wieder erreicht. Im Alter zwischen 2 und 8 Wochen sollten sie **täglich mindestens 20 g zunehmen**. Für unterernährte Neugeborene gelten eigene Interventionsgrenzwerte.

Die Gewichtsentwicklung im ersten Lebensjahr sollte entlang der WHO-Referenzkurven für Gewicht, Länge, Body Mass Index (BMI) und Kopfumfang gestillter Säuglinge verlaufen (WHO Multicentre Growth Reference Study Group, 2006). Nach dem postnatalen Gewichtsverlust nehmen ausschließlich gestillte Säuglinge in der Regel

mehr zu als flaschenernährte, später sind sie eher schlanker. Dieses Wachstumsmuster wird durch die Selbstregulation der Nahrungsaufnahme gestillter Säuglinge begünstigt. Eine fehlende oder zu geringe Gewichtszunahme, sowie eine rapide Abweichung vom eigenen Wachstumspfad nach unten (Gedeihstörung) müssen diagnostisch abgeklärt und gezielt behandelt werden

**Quelle:**

- www.bfr-bund.de; Mai 2008

**Mikronährstoffstatus bei Menschen mit Adipositas**

Schultes, B. et al., Rohrschach, Schweiz

Erhöhte Nahrungszufuhr ist neben Bewegungsmangel eine der Hauptursachen für Entstehung und Erhalt von Übergewicht und Adipositas. Aber selbst wenn die Nahrungszufuhr erhöht ist, ist eine Ausgewogenheit und hohe Qualität nicht unbedingt gegeben. Ziel der vorliegenden Studie war es, die Prävalenz laborchemischer Mikronährstoffmängel bei Menschen mit ausgeprägter Adipositas und entsprechendem Behandlungswunsch genauer zu untersuchen.

Bei 232 Patienten mit einem BMI >35 kg/m<sup>2</sup> wurden folgende Mikronährstoffe bzw. Ernährungsparameter in Blutproben bestimmt: Albumin, Calcium, Phosphat, Magnesium, Ferritin, Hämoglobin, Zink, Folsäure, Vitamin B<sub>12</sub>, 25-OH-Vitamin D<sub>3</sub> und intaktes Parathormon. Außerdem wurden zusätzlich bei 89 Patienten die Serumkonzentrationen von Kupfer, Selen, Vitamin B<sub>1</sub>, Nicotinsäure (Vitamin B<sub>3</sub>), B<sub>6</sub>, A und E bestimmt.

Die relative Häufigkeit erniedrigter Werte für die einzelnen Ernährungsparameter betrug:

Albumin	12,5 %
Phosphat	8,0 %
Magnesium	4,7 %
Ferritin	6,9 %
Hämoglobin	6,9 %
Zink	24,6 %
Folsäure	3,4 %
Vitamin B <sub>12</sub>	18,1 %
25-OH-Vitamin D <sub>3</sub>	25,4 %

36.6% hatten sogar einen sekundären Hyperparathyreoidismus. Insgesamt hatten 48,7% der Patienten mindestens einen der drei häufigsten Mikronährstoffmangel (Vit. B<sub>12</sub>, Zink, und schwerer 25-OH-Vitamin D<sub>3</sub> Mangel).

In der weitergehend untersuchten Untergruppe zeigte sich folgendes:

Selen	32,6 %
Vitamin B <sub>6</sub>	2,2 %
Nicotinsäure	5,6 %
Vitamin E	2,2 %

Die Konzentrationen von Kupfer, Vitamin B<sub>1</sub> und Vitamin A

hingegen waren bei keinem der untersuchten Patienten erniedrigt.

Aufgrund dieser Studienergebnisse sollte man empfehlen, weitere Studien zu diesem Thema durchzuführen.

**Quelle:**

- Akt. Ern. Med. 32 (2008); 139

**Förder-Preis des Institut Danone Ernährung für Gesundheit 2009**

Das Institut Danone Ernährung für Gesundheit (IDE) vergibt für besonders qualifizierte wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Ernährungswissenschaft, Ernährungsepidemiologie, Ernährungsmedizin, Lebensmittelchemie und verwandten Wissensgebieten den „Förder-Preis des Instituts Danone Ernährung für Gesundheit“.

Bewerben können sich WissenschaftlerInnen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, die das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der Preis in Höhe von 5000,- € wird jährlich vergeben. WissenschaftlerInnen, die neue wissenschaftliche Ergebnisse auf den genannten Gebieten vorlegen können, werden gebeten, zur Veröffentlichung vorgesehene Manuskripte oder innerhalb der letzten zwei Jahre in internationalen wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlichte Befunde (in deutscher oder englischer Sprache) bis zum 01.10.08 an die Geschäftsstelle des IDE zu schicken. Beizufügen sind kurze Angaben zur Person, zum beruflichen Werdegang und zu bisherigen wissenschaftlichen Ergebnissen sowie eine Kurzfassung der eingereichten Arbeit von maximal zwei Schreibmaschinenseiten. Forschungsergebnisse, die bereits für andere wissenschaftliche Preise eingereicht wurden, können nicht berücksichtigt werden. Die Auswahl des Preisträgers erfolgt durch ein vom wissenschaftlichen Beirat des IDE gewähltes Komitee.

**Ausschreibung des Institut Danone Ernährung für Gesundheit 2009 für Projektförderung im Jahr 2009 zum Thema „Sekundäre Pflanzenstoffe“**

Eine der Hauptaufgaben des Instituts Danone Ernährung für Gesundheit e.V. besteht in der Unterstützung von Forschungsvorhaben aus dem Gesamtbereich der Ernährungswissenschaft und Ernährungsmedizin, allerdings mit jährlich wechselnder Schwerpunktbildung. Im Jahr 2009 soll die Förderung von Forschungsarbeiten fortgesetzt werden.

Ein Schwerpunkt der Forschungsförderung liegt bei der sogenannten Anschub- und Überbrückungsfinanzierung bis maximal 10.000,- Euro. Bei besonders hochwertigen Vorhaben und in speziellen Fällen können Beihilfen in der Größenordnung bis zu 30.000,- Euro beantragt werden. Als Leitthema für die Projektförderung im Jahr 2009 sind Forschungsvorhaben aus dem Bereich „Sekundäre Pflanzenstoffe“ vorgesehen. Es können weiterhin auch unabhängig von dem genannten Leitthema Forschungsprojekte zu derzeit hoch aktuellen Fragestellungen aus dem Bereich Ernährungswissenschaft und Ernährungsmedizin gefördert werden.

Die beantragten Vorhaben sollen ein hohes wissenschaftliches Niveau und Originalität im gedanklichen Ansatz

zeigen. Routineuntersuchungen oder Anträge, die bereits andernorts abschlägig beschieden worden sind, können im Regelfall nicht gefördert werden. Hingegen bestehen keine Einwendungen, wenn von verschiedenen Förderern Zuwendungen erfolgen, soweit klare Abgrenzung möglich ist. Die praktische Realisierbarkeit der Vorhaben soll im Antrag erkennbar sein.

Die Antragsstellung erfolgt auf Formularen, die bei der Geschäftsstelle des Institut Danone Ernährung für Gesundheit e.V. angefordert oder auch im Internet unter [www.institut-danone.de](http://www.institut-danone.de) entnommen werden können. Dort ist auch ein Informationsblatt „Richtlinien zur Vergabe von Fördermitteln“ erhältlich. Schlusstermin für die Antragsstellung ist der 15. Januar 2009. Anträge sind an den Vorstand zu richten.

Institut Danone Ernährung für Gesundheit e.V.  
Richard Reitzner Allee 1  
85540 Haar  
Tel.: 089 / 627 33 – 338  
Fax: 089 / 627 33 659

## Ausschreibung GRVS-Medienpreis 2009

Die Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (GRVS), die im Jahr 1992 gegründet wurde, hat sich zum Ziel gesetzt,

- die Erforschung und Erarbeitung neuer Methoden in der Diagnostik und Behandlung gastroenterologischer und metabolischer Krankheiten unter besonderer Berücksichtigung der interdisziplinären Prävention und medizinischen Rehabilitation zu fördern,
- stationäre und ambulante Behandlungskonzepte der Rehabilitation im Indikationsgebiet weiterzuentwickeln, auf der Basis wissenschaftlicher Methoden an der Qualitätssicherung mitzuwirken,
- die Zusammenarbeit aller Berufsgruppen zu fördern, die in der Rehabilitation tätig sind,
- Fortbildungsveranstaltungen anzuregen und durchzuführen sowie nationale und internationale Kontakte zu pflegen.

Ein wichtiger Bestandteil dieser Arbeit ist auch die Steigerung des Bekanntheitsgrades von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes sowie des Stoffwechsels und deren Behandlungsmöglichkeiten in der Bevölkerung mittels geeigneter medialer Aufbereitung und Verbreitung. Um hierfür einen An Schub zu geben, vergibt die GRVS im Jahr 2009 erstmals einen

### GRVS Medienpreis

**Der GRVS Medienpreis 2009 ist mit 6.000 Euro dotiert.**

Mit dem GRVS Medienpreis sollen Arbeiten gewürdigt werden, die das vorgegebene Thema in herausragender Weise in Printmedien, Fernsehen oder Internet darstellen. Die Dotation wird auf die 3 genannten Kategorien gleichmäßig aufgeteilt und kann innerhalb einer Kategorie auf mehrere Preisträger verteilt werden.

Thema des GRVS Medienpreises 2009 ist die

### Prävention und Rehabilitation bei Metabolischem Syndrom

Das Metabolische Syndrom (Kombination aus Übergewicht/Adipositas, Diabetes mellitus, Arterielle Hypertonie und Fettstoffwechselstörungen) als weit verbreitete Stoffwechselstörung wird heute als entscheidender Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen angesehen. Es ist allgemein bekannt, dass Lebensstilfaktoren wie gesunde Ernährung und Bewegung maßgeblich zu deren Prävention und Therapie beitragen, jedoch in der alltäglichen Therapie gegenüber medikamentösen Maßnahmen häufig nur zweit-rangig Anwendung finden.

Eingereicht werden können Arbeiten, die zwischen dem 01.07.2007 und dem 31.12.2008 veröffentlicht wurden bzw. werden. Das Antragsformular kann auf der Homepage der GRVS ([www.grvs.de](http://www.grvs.de)) herunter geladen werden.

Einsendeschluss ist der 31.12.2008. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

## Veranstaltungen 2008/09 der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V

### 07.-17. August 2009, München

*Kompaktkurs nach dem 100- stündigen Curriculum „Ernährungsmedizin“ der BÄK (inkl. Abschlussseminar Praktikumsphase) in Kooperation mit der Bayerischen Landesärztekammer und der Universität München (LMU und TUM)*

Programmübersicht:

- Seminarblock 1: Ernährungslehre und ernährungsmedizinische Grundlagen
- Seminarblock 2: Metabolisches Syndrom und Prävention
- Seminarblock 3: Therapie ernährungsabhängiger Erkrankungen
- Seminarblock 4: Gastroenterologie und künstliche Ernährung
- Seminarblock 5: Ausgewählte Kapitel, Fallbesprechungen und Falldokumentation

Im Rahmen des Kompaktkurses finden eine schriftliche Prüfung (multiple choice) und eine Fallprüfung statt.

Die bestandene multiple choice - Prüfung führt automatisch zur Qualifikation "Ernährungsbeauftragter Arzt". Diese und eine erfolgreiche Fallprüfung sind Voraussetzung für die Erlangung der Qualifikation "ErnährungsmedizinerIn DAEM/DGEM<sup>®</sup>".

Programmgestaltung und wissenschaftliche Leitung: O. Adam, München, H. Hauner, München, JG Wechsler, München, U. Rabast, Hattingen

Auskunft und Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V.  
Anmeldung: Reichsgrafenstr. 11  
79102 Freiburg  
Tel.: 0761/ 7 89 80  
Fax: 0761/ 7 20 24  
Email: [info@daem.de](mailto:info@daem.de)  
Internet: <http://www.daem.de>

### 18. Oktober 2008, Freiburg

*25. Jahre Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin - Ernährungsmedizin gestern – heute – morgen*

*Festsymposium der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) e.V. im Anschluss an den 24. Jahreskongress der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V.*

Veranstaltungsort: Konzerthaus Freiburg  
Leitung: Prof. O. Adam, München  
Prof. Dr. U. Rabast, Hattingen  
Themenschwerpunkte:  
➤ Ernährungswissenschaft und Public Health: Wie könnte ein Nationaler Aktionsplan gegen Übergewicht aussehen.  
➤ Bedeutung der Ernährungsmedizin in der Chirurgie und Intensivmedizin  
➤ Ernährungswissenschaft und Ernährungsmedizin – Zukunftsvisionen am Beispiel der Nutrigenomik  
➤ Geschichtliche Entwicklung der Akademie  
➤ Wandel der Ernährung in den letzten 250 Jahren  
Organisation: A. Gebhardt, Freiburg  
Anne Weingard, Freiburg  
Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V.  
Reichsgrafenstr. 11  
79102 Freiburg

## 21.-22. November 2008, Freudenstadt

*Spezialseminar „Metabolisches Syndrom“ veranstaltet von der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) e.V. in Kooperation mit dem Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e.V. und dem Netzwerk Ernährungsmedizin Baden-Württemberg (NEBW) e.V.*

Veranstaltungsort: Klinik Hohenfreudenstadt, Freudenstadt  
Leitung: Dr. B. Kluthe, Freudenstadt,  
Dipl. oecotroph. Anne Weingard, Freiburg  
Auskunft: Anne Weingard  
Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V.  
Reichsgrafenstr. 11  
79102 Freiburg

## 19. Februar – 01. März 2009, Glottertal

*Kompaktkurs nach dem 100- stündigen Curriculum „Ernährungsmedizin“ der BÄK (inkl. Abschlussseminar Praktikumsphase) in den Räumlichkeiten der Rehaklinik Glotterbad in Glottertal (bei Freiburg) in Kooperation mit dem Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e.V.*

Programmübersicht:

- Seminarblock 1: Ernährungslehre und ernährungsmedizinische Grundlagen
- Seminarblock 2: Metabolisches Syndrom und Prävention
- Seminarblock 3: Therapie ernährungsabhängiger Erkrankungen

- Seminarblock 4: Gastroenterologie und künstliche Ernährung
- Seminarblock 5: Ausgewählte Kapitel, Fallbesprechungen und Falldokumentation

Im Rahmen des Kompaktkurses finden eine schriftliche Prüfung (multiple choice) und eine Fallprüfung statt.

Die bestandene multiple choice - Prüfung führt automatisch zur Qualifikation "Ernährungsbeauftragter Arzt". Diese und eine erfolgreiche Fallprüfung sind Voraussetzung für die Erlangung der Qualifikation "ErnährungsmedizinerIn DAEM/DGEM®".

Programmgestaltung und wissenschaftliche Leitung: O. Adam, München, U. Rabast, Hattingen, B. Kluthe, Freudenstadt

Auskunft und Anmeldung: Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V.  
Reichsgrafenstr. 11  
79102 Freiburg  
Tel.: 0761/ 7 89 80  
Fax: 0761/ 7 20 24  
Email: [info@daem.de](mailto:info@daem.de)  
Internet: <http://www.daem.de>

## 06.-07. Februar 2009, Mölln

*Spezialseminar „Ernährungsmedizin bei gastroenterologischen Erkrankungen“ veranstaltet von der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) e.V. in Kooperation dem Reha-Zentrum Mölln und dem Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e.V.*

Veranstaltungsort: Klinik Föhrenkamp, Reha-Zentrum Mölln  
Leitung: Prof. Dr. G. Oehler, Mölln  
Prof. Dr. U. Rabast, Hattingen  
Auskunft: Dr. Albrecht Gebhardt  
Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V.  
Reichsgrafenstr. 11  
79102 Freiburg  
Tel.: 0761/ 70 40 213  
Fax: 0761/ 7 20 24  
Email: [info@daem.de](mailto:info@daem.de)  
Internet: <http://www.daem.de>

## 01.- 05. April 2009 und 22.- 26. Juli 2009, Münster Westfalen

*Zweigeteilter Kompaktkurs Ernährungsmedizin der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V. in Münster/Westfalen in Zusammenarbeit mit der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe*

### 01.- 05. April 2009

- Teil 1: Grundlagen, Metabolisches Syndrom und Prävention, Therapie ernährungsabhängiger Erkrankungen (Teil 1)

### 22.- 26. Juli 2009

- Teil 2: Therapie ernährungsabhängiger Erkrankungen (Teil 2), Gastroenterologie, künstliche Ernährung, Ausgew. Kap., Fallbesprechungen

Im Rahmen des Kompaktkurses finden eine schriftliche Prüfung (multiple choice) und eine Fallprüfung statt.

Die bestandene multiple choice - Prüfung führt automatisch zur Qualifikation "Ernährungsbeauftragter Arzt". Diese und eine erfolgreiche Fallprüfung sind Voraussetzung für die Erlangung der Qualifikation "ErnährungsmedizinerIn DAEM/DGEM<sup>®</sup>".

Programmgestaltung und wissenschaftliche Leitung: U. Rabast, Hattingen, O. Adam, München, B. Kluthe, Freudenstadt;

Auskunft und An- Deutsche Akademie für Ernäh-  
meldung bei rungsmedizin e.V.  
Reichsgrafenstr. 11  
79102 Freiburg  
Tel.: 0761/ 7 89 80  
Fax: 0761/ 7 20 24  
Email: [info@daem.de](mailto:info@daem.de)  
Internet: <http://www.daem.de>

### 15.-16. Mai 2009, Freudenstadt

*Spezialseminar „Ernährung und Psyche“ veranstaltet von der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) e.V. in Kooperation mit dem Netzwerk Ernährungsmedizin Baden-Württemberg (NEBW) e.V.*

Veranstaltungsort: Klinik Hohenfreudenstadt, Freudenstadt

Leitung: Dr. B. Kluthe, Freudenstadt,

Dipl. oecotroph. Anne Weingard,  
Freiburg

Auskunft Anne Weingard  
Deutsche Akademie für Ernäh-  
rungsmedizin e.V.  
Reichsgrafenstr. 11  
79102 Freiburg  
Tel.: 0761/ 7 89 80  
Fax: 0761/ 7 20 24  
Email: [info@daem.de](mailto:info@daem.de)  
Internet: <http://www.daem.de>

### 20.-21. November 2009, Freudenstadt

*Spezialseminar „Metabolisches Syndrom“ veranstaltet von der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) e.V. in Kooperation mit dem Netzwerk Ernährungsmedizin Baden-Württemberg (NEBW) e.V.*

Veranstaltungsort: Klinik Hohenfreudenstadt, Freudenstadt

Leitung: Dr. B. Kluthe, Freudenstadt,  
Dipl. oecotroph. Anne Weingard,  
Freiburg

Auskunft Anne Weingard  
Deutsche Akademie für Ernäh-  
rungsmedizin e.V.  
Reichsgrafenstr. 11  
79102 Freiburg  
Email: [info@daem.de](mailto:info@daem.de)  
Internet: <http://www.daem.de>