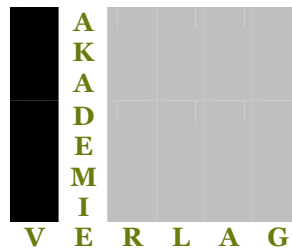


# Der Ernährungsmediziner

Unabhängiger Informationsdienst



Jahrgang 13, Nr. 4

Dezember 2011

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

nun ist es ein Jahr, dass Sie den Ernährungsmediziner in elektronischer Form erhalten und die Rückmeldungen, die wir von Ihnen erhalten haben, waren alle positiv.

In diesem Jahr hat sich auf dem Gebiet der Ernährungsmedizin vieles ereignet. Die Vitamine sind in der Primärprävention weit in den Hintergrund getreten, bis auf das Vitamin D, dem man immer mehr Funktionen zutraut. Wir haben mehrfach darüber berichtet und in dieser Ausgabe finden Sie den Bericht, dass Vitamin D sogar das Einsetzen der Menarche beeinflusst. Ein immer mehr in den Vordergrund rückendes Thema ist der Zusammenhang zwischen Ernährung und Neoplasien. Diesem Thema widmet sich in dieser Ausgabe des Ernährungsmediziners drei Artikel.

Die Erkenntnis, dass etwa ein Drittel aller Karzinome durch die Ernährung und den Lebensstil bedingt ist, hat weitreichende Konsequenzen für das Gesundheitssystem. Das Einsparpotential durch eine vernünftige Prävention ist auch auf diesem Gebiet immens und kann nur durch die optimale Betreuung des Patienten erzielt werden. Leider sind Ärzte nicht als Leistungserbringer bei der sekundären Prävention zugelassen. Dem tritt die DAEM seit einem Jahr energisch entgegen und hat im Ernährungsmediziner mehrfach ausführlich berichtet. Leider wird die Situation vom BDEM noch nicht erkannt, wie in dem ersten Beitrag dieses Ernährungsmediziners geschildert wird. So können wir nur hoffen, dass im neuen Jahr das gemeinsame Ziel auch gemeinsam verfolgt wird.

Zum Jahresschluss möchte ich mich bei meinen Mitarbeitern, besonders bei Frau Andrea Drewski und Herrn Dr. Albrecht Gebhardt für die kompetente und zuverlässige Unterstützung bedanken, die sie mir während des ganzen Jahres gewährt haben, wie auch bei meiner Vizepräsidentin, Frau Dr. med. Zürcher, und meinen Vizepräsidenten, Prof. Dr. med. Oehler und Prof. Dr. med. Rabast, die mir immer mit Rat und Tat sehr hilfreich zur Seite gestanden haben. Und natürlich gilt mein Dank den Autorinnen und Autoren, die den Ernährungsmediziner so aktuell und interessant gestaltet haben.

Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, danke ich für alle Anregungen und Diskussionen und wünsche Ihnen frohe Weihnachten und ein glückliches, erfolgreiches 2012

Ihr Professor Olaf Adam

## In dieser Ausgabe:

- **Prof. Dr. med. Rottka feiert seinen 80. Geburtstag**
- **Antwort auf das Schreiben von Prof. Dr. J. Wechsler vom 14.11.2011 zur Rezertifizierung**
- **EPIC-Studie: Alkoholaufnahme und Magenkarzinomrisiko**
- **Ballaststoffaufnahme und Risiko für das Mammakarzinom: Metaanalyse prospektiver Kohortenstudien**
- **Ernährungstherapie sollte bei Tumorpatienten ein integrativer Bestandteil der Tumorthherapie sein**
- **Die Auswirkungen einer gewollten Gewichtsreduktion auf die Sterblichkeitsrate bei älteren Erwachsenen**
- **Längeres Kauen reduziert die Energieaufnahme und steigert das Sättigungsgefühl bei Normalgewichtigen und Adipösen**
- **Kann man durch die Gabe von Fischölsupplementen in der Schwangerschaft die Adipositas bei Nachkommen verhindern?**
- **In den USA sinkt der Konsum zusätzlich aufgenommenen Zuckers**
- **Vitamin D-Mangel und das Alter bei der Menarche**
- **Aktuelles kurz berichtet**
- **Ausschreibungen**
- **Veranstaltungen**

## Prof. Dr. med. Rottka feiert seinen 80. Geburtstag

Am 21.11.2011 feierte unser langjähriger Vizepräsident und jetziger Ehrenpräsident Prof. Dr. med. Helmut Rottka in guter Gesundheit seinen 80. Geburtstag. Wenige andere Menschen waren ein Leben lang mit der Ernährungsmedizin so eng verbunden wie er.

Prof. Rottka war, nach seiner Tätigkeit im Rudolf Virchow Krankenhaus in Berlin, Leiter des Fachgebiets Ernährung und Gesundheit im Bundesgesundheitsamt. Dort hat er sehr wertvolle wissenschaftliche Untersuchungen initiiert und auch selbst geleitet, die heute noch als Referenz gelten, wie die Berliner Vegetarierstudie. Gleichzeitig war Prof. Rottka Honorarprofessor am Pharmazeutischen Institut der Freien Universität Berlin und übte eine Lehrtätigkeit an der Technischen Universität Berlin und der Technischen Fachhochschule Berlin im Fachbereich Lebensmitteltechnologie aus. Von 1971 bis 1996 leitete er die Sektion Berlin der DGE, die aus dem „Berliner Komitee für Ernährungsfragen“ hervorgegangen ist. Dieses Komitee war im Nachkriegsdeutschland die erste deutsche Organisation, die sich mit Ernährungsfragen befasste. Pionierleistungen erbrachte Prof. Rottka auch während seiner Tätigkeit als Abteilungsleiter der Gemeinschaftsverpflegung der DGE von 1977 bis 1998, wo er maßgeblich an der Entwicklung des Lehrgangs „Diätetisch geschulter Koch“ mitwirkte und zusätzlich langjähriger Vorsitzender im Ausschuss „Vollwertige Gemeinschaftsverpflegung“ war.

Prof. Rottka hat überragende Verdienste während seiner ehrenamtlichen Tätigkeit für die DAEM erworben. Nach einer Arbeitstagung über „Fortschritte der Ernährungsthera-

pie“ im April 1975 in Freiburg unter Leitung von Prof. Dr. med. Reinhold Kluthe gründeten die Teilnehmer die „Deutsche Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung und Diätetik (DAKED)“. Deren Vorsitzender war Prof. Dr. med. Reinhold Kluthe, die beiden stellvertretenden Vorsitzenden waren Prof. Dr. med. Heinrich Kasper, Würzburg, und Prof. Dr. med. Helmut Rottka, Berlin. 1983 gründete die Arbeitsgemeinschaft die „Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin“, der Prof. Rottka seither als Vizepräsident bis 2009 angehörte. Im September 1984 fand das erste Fortbildungsseminar in Ernährungsmedizin in Freiburg statt, aus dem schließlich das Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer hervorgegangen ist. Prof. Rottka war seit damals als hervorragender Referent bei den ernährungsmedizinischen Fortbildungsseminaren der DAEM hoch geschätzt.

Die DAEM bedankt sich bei Prof. Dr. med. Helmut Rottka für seine langjährige verdienstvolle Tätigkeit. Wir gratulieren ihm recht herzlich zu seinem 80. Geburtstag und wünschen ihm an der Seite seiner lieben Frau, Dr. med. Eva-Maria Rottka, noch viele schöne Jahre in seinem Berliner Domizil. Und ich wünsche mir sehr, dass ich weiterhin auf seinen wertvollen Rat zurückkommen darf.

Prof. Dr. med. Olaf Adam  
Präsident der DAEM

### Impressum

#### Schriftleitung

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

#### Redaktion

Andrea Drewski, Freiburg  
Albrecht Gebhardt, Freiburg

#### 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 viermal jährlich.

#### Bezugspreis

Bezug als Email-Newsletter kostenlos.  
Ausdruck des Newsletters Jahresbezugspreis 38,- € +  
Versandkosten 5,80 € = 43,80 €  
Ausdruck des Newsletters Einzelheftpreis 10,- € +  
Versandkosten 1,45 € = 11,45 €

ISSN Nummer: ISSN 1439-3921

### Antwort auf das Schreiben von Prof. Dr. med. J. G. Wechsler vom 14.11.2011 zur Rezertifizierung

Prof. Dr. O. Adam, Präsident der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
als BDEM-Mitglied sind Sie vom Präsidium des Verbandes angeschrieben worden, dass eine Rezertifizierung als Ernährungsmediziner nicht notwendig ist. Der BDEM misstrachtet damit die Rahmenempfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Förderung ergänzender Leistungen zur Rehabilitation nach §43 Abs.1 Nr.2 SGB V – Rahmenempfehlung Patientenschulung vom 25. November 2004.

Seit einem Jahr gehen bei der DAEM vermehrt Beschwerden von niedergelassenen Ärzten über Ersatzkassen, besonders die DAK, ein. Sie verweigern den Ärzten die Leistungserbringung nach §43 Nr.2 SGB V mit der Begründung, dass die Ärzte nicht die geforderte laufende Fortbildung absolvieren und keine ausreichende pädagogische Ausbildung haben.

Tatsächlich wird in den Rahmenempfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände die Anbieterqualifikation für Leistungen nach §43 Abs.1 Nr.2 SGB V in den Abschnitten „4. Anforderungen“ und „5. Qualität“ wie folgt definiert (Zitat):

#### 4. Anforderungen

Als geeignete Leistungserbringer kommen Fachkräfte mit einer staatlich anerkannten Grundausbildung im Bereich Ernährung in Betracht (Ernährungsmedizinische BeraterInnen, Diplom-OecotrophologInnen mit Universitäts- oder Fachhochschulabschluss, DiätassistentInnen)

#### 5. Qualität

Verantwortlich für eine qualifizierte Leistungserbringung ist der Leistungsanbieter (§§70 und 135 SGB V gelten entsprechend). Erforderlich ist ein internes Qualitätsmanagement. Hierzu gehören

- Es muss sich um ein strukturiertes Schulungskonzept handeln
- Es liegen pädagogisch aufbereitete Schulungsmaterialien vor (patientenorientierte Medien)
- Das Schulungspersonal ist fachlich, pädagogisch und psychologisch qualifiziert (entsprechende Qualifikationsnachweise liegen vor)
- Die Bereitschaft zur kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung wird vorausgesetzt.

Die unter „4. Anforderungen“ bereits akkreditierten Leistungserbringer haben für ihre Berufsgruppen zwingend eine Fort- und Weiterbildung vorgeschrieben, wie Sie sicher wissen. Deshalb wird eine entsprechende Fort- und Weiterbildung auch für die Ernährungsmediziner gefordert, wenn sie Leistungserbringer nach dem §43 SGB V sein wollen.

Frau Dr. med. Martha Ritzmann-Widderich hat es bei dem „Gemeinsamen Bundeskongress des VDD und des BDEM“ in Wolfsburg am 06.05.2010 treffend formuliert: Die Wiederzulassung der Ernährungsmediziner als Leistungserbringer nach §43 SGB V ist zwingend erforderlich (Zitat) gerade auch im Hinblick auf das Doc-Weight-Programm, welches ja auf Basis des §43 erbracht wird, wie auch andere

Programme (Mobilis, Optifast etc.). Soll Sekundär- und Tertiär-Prävention nur noch von nichtmedizinischen Ernährungsfachkräften angeboten, durchgeführt und abgerechnet werden?

Sollen wir Ärzte zu Zulieferern für diese Berufsgruppen degradiert werden? Was wird aus den Schwerpunktpraxen, wenn sie grundsätzlich keine Zulassung für §43-Leistungen mehr bekommen? Die Zielgruppe des §43 sind ja (oft therapiebedürftige) Kranke und ist mithin eine Domäne von uns Ärzten. (Zitat Ende). Treffender kann man die Sachlage nicht formulieren.

Die DAEM hat sich, zusammen mit dem Präsidenten der DGEM, in zwei Schreiben an den Verband Deutscher Ersatzkassen (VDEK e.V.) gewendet und auf eine Revision der Entscheidung gedrungen. Mit dem Beitrag „Eine seltsame Entscheidung des VDEK“ habe ich im „Der Ernährungsmediziner“ vom Juli 2011 darauf hingewiesen. Die Revision wurde bereits für das erste Halbjahr 2010 in Aussicht gestellt. Leider ist seit der Zeit noch nichts geschehen. Ein weiteres Schreiben der DAEM und eine Intervention über den VDEK Bayern blieben ebenfalls bisher ohne die gewünschte und erforderliche Reaktion. Deshalb versucht die DAEM zusammen mit den anderen Berufsverbänden, die Leistungserbringer sind, einen Konsens zu erzielen. Wir sind bemüht im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit die Ernährungsmediziner zu positionieren. Es wäre wirklich an der Zeit, hier gemeinsam zu handeln und nicht durch unnötige Statements die Wiederezulassung der Ernährungsmediziner weiter zu behindern.

Trotz aller Bemühungen der DAEM sind Ernährungsmediziner derzeit nicht zur Leistungserbringung nach §43 SGB V zugelassen. Dies betrifft besonders den BDEM, der mit dem Angebot 'DocWeight' dieses Segment beansprucht. Deshalb habe ich bei der 24. Irseer Fortbildungsveranstaltung der DGEM e.V., vom 29.10.2010 - 30.10.2010, in Anwesenheit des Präsidenten des BDEM, im Kloster Irsee darauf hingewiesen, dass bei der nächsten Verhandlung der Spitzenverbände nicht nur Vorstandsmitglieder des VDD sondern auch Vorstandsmitglieder der DAEM, der DGEM und des BDEM eingeladen werden sollen. Es ist und bleibt mir unverständlich, dass sich das Präsidium des BDEM nicht vehement für Zulassung der Ernährungsmediziner als Leistungserbringer einsetzt und die von dem VDEK angemerkten Defizite zu beseitigen bestrebt ist.

Um diese Defizite zu beheben richtet die DAEM e.V. spezielle Kurse in Didaktik und Pädagogik ein und hat die Etablierung eines kontinuierlichen spezifisch ernährungsmedizinischen Fortbildungszertifikats vorgesehen. Die Anforderungen für die ÄrztInnen richten sich nach den Anforderungen für die Fort- und Weiterbildung für die zugelassenen Leistungserbringer. Wie im „Der Ernährungsmediziner“ vom September 2011 geschildert, werden auch Fortbildungen anerkannt, die im Rahmen anderer Teilgebiete, wie z. B. Hypertensiologie oder Diabetologie erbracht worden sind, sofern diese mit dem Thema Ernährung befasst waren.

Ohne eine solche Angleichung an die anderen Leistungserbringer nach §43 SGB V ist mit der Wiederezulassung der Ernährungsmediziner auf diesem wichtigen Gebiet nicht zu

rechnen. Es bleibt unverständlich, warum das Präsidium des BDEM einerseits die Leistungen nach §43 SGB V durch die Etablierung des DocWeight Programms seinen Mitgliedern dringend nahelegt, andererseits aber die Zulassung der BDEM-Mitglieder als Leistungserbringer hintertreibt.

Auch im Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000, in der Fassung vom 27. August 2010 wird festgelegt (Zitat, Seite 36) „Ferner müssen Anbieter über pädagogische, methodische und didaktische Kompetenzen sowie Berufserfahrung verfügen.“ (Zitatende) und auch auf die Bereitschaft zur kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung wird hingewiesen.

Wenn hier nicht umgehend Abhilfe geschaffen wird, so besetzen andere Berufsgruppen das Gebiet der Prävention, das bezüglich der Bedeutung und des Umfangs in den nächsten Jahren stark zunehmen wird. Hier ist ein Miteinander dringend zu wünschen und eine Vogel-Strauß-Politik nicht angezeigt. Mit einem Statement „Das Präsidium des BDEM hält diese Zertifizierung zur Zeit nicht für erforderlich“ kommt man dem Ziel nicht näher.

(OA)

### EPIC-Studie: Alkoholaufnahme und Magenkarzinomrisiko

Duell E J, Travier N, Lujan-Barroso L et al.

Das Magenkarzinom gilt weltweit unter den Krebserkrankungen als die zweithäufigste Todesursache. In einer Reihe epidemiologischer Studien wird ein Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und dem vermehrten Auftreten des Magenkarzinoms mitgeteilt. Die Ergebnisse sind allerdings widersprüchlich.

Im Rahmen der EPIC-Studie (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) wurden die Zusammenhänge erneut untersucht. Die Kohorte wurde einer prospektiven Analyse unterzogen, bei der sich 444 Fälle mit Ersterkrankungen eines Adenokarzinoms des Magens fanden. Untersucht wurde die Beziehung zur täglichen Aufnahme reinen Alkohols in Gramm. Mit berücksichtigt wurde die Frage des Rauchens, die Karzinomlokalisierung (Kardia, Nicht-Kardia) und der histologische Subtyp (diffus, intestinal). In einer weiteren Analyse wurde der jeweilige Helicobacter pylori Status mit berücksichtigt.

Schwerer ( $\geq 60$  g/d) im Vergleich zu geringem (0,1–4,9 g/d) Alkoholkonsum war mit einem erhöhten Magenkarzinomrisiko assoziiert (HR: 1,65; 95% CI: 1,06; 2,58). Ein Konsum von weniger als 60 g Alkohol pro Tag bedingte kein erhöhtes Risiko. Analysierte man die Art der zugeführten Getränke, so fand sich eine positive Korrelation für Bier ( $\geq 30$  g/d; HR: 1,75; 95% CI: 1,13; 2,73), nicht aber für Wein oder Likör. Assoziationen wurden vor allem für die höchsten Trinkmengen bei Männern und einem Befall der nicht in der Kardia Region gelegenen Karzinome vom intestinalen Typ gefunden. Allerdings gab es keine lineare Dosis-Wirkungsbeziehung.

Schwerer, hier vor allem mit Bier, aber nicht leichter oder mäßiger Alkoholkonsum, war bei den Männern der EPIC-Kohorte mit dem intestinalen, nicht im Kardiabereich lokalisiertem, Magenkarzinom assoziiert.

(UR)

### Quelle

Eric J Duell, Noémie Travier, Leila Lujan-Barroso et al.: Alcohol consumption and gastric cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohort. Am J Clin Nutr November 2011 vol. 94 no. 5 1266-1275

### Ballaststoffaufnahme und Risiko für das Mammakarzinom: Metaanalyse prospektiver Kohortenstudien

Dong J-Y, He K, Wang P, Qin L-Q et al.

Ergebnisse aus Beobachtungs- und Präklinischen Studien lassen vermuten, dass eine hohe Ballaststoffaufnahme das Risiko für das Mammakarzinom reduzieren kann. Die Ergebnisse sind allerdings widersprüchlich.

Mit der vorliegenden Untersuchung sollte anhand der Metaanalyse prospektiver Kohortenstudien dieser Frage nachgegangen werden. Über PubMed wurden im Januar 2011 die relevanten Studien ausgewählt. Eingeschlossen wurden prospektive Kohortenstudien, in denen sich eine signifikante Assoziation zwischen der Höhe der Ballaststoffaufnahme und einer Risikoreduktion für das Mammakarzinom ergab.

Insgesamt wurden 10 relevante Kohortenstudien mit 712.195 Teilnehmerinnen und 16.848 Fällen gefunden, in denen diese Zusammenhänge mitgeteilt wurden. Zwischen höchster und niedrigster Ballaststoffzufuhr zeigten sich dabei signifikante Unterschiede in der Risikoreduktion (RR 0,89 (95% CI: 0,83; 0,96)). Diese waren unabhängig von geographischen Gegebenheiten, der Dauer eines Follow up oder dem Menopausenstatus der Teilnehmerinnen. Zusätzliche 10g pro Tag an aufgenommenen Ballaststoffen waren mit einer signifikanten 7%-igen Abnahme der Mammakarzinomrate verbunden.

Die Metaanalyse ergab somit eine signifikante Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen Ballaststoffzufuhr und der Risikoreduktion des Mammakarzinoms.

(UR)

### Quelle

Jia-Yi Dong, Ka He, Peiyu Wang, and Li-Qiang Qin: Dietary fiber intake and risk of breast cancer: a meta-analysis of prospective cohort studies. Am J Clin Nutr September 2011 vol. 94 no. 3 900-905

### Ernährungstherapie sollte bei Tumorpatienten ein integrativer Bestandteil der Tumorthherapie sein

Zürcher G.

Gewichtsverlust und Ernährungsprobleme sind bei Tumorpatienten häufig. Jeder zweite Patient hat bereits vor der

Diagnose ungewollt an Gewicht verloren. Bei der Diagnose sind nach einer Untersuchung an 3400 Patienten in Abhängigkeit von der Art und Lokalisation der Tumorerkrankung 16% der Patienten mit einem Gewichtsverlust von über 10% schwer mangelernährt. In der ersten deutschen Studie zur Häufigkeit der Mangelernährung im Krankenhaus lagen die Tumorpatienten mit einer Häufigkeit von 38% nach den geriatrischen Patienten an zweiter Stelle. Bei einer weiteren Screeninguntersuchung zur Häufigkeit der Mangelernährung in einem deutschen Krankenhaus der Maximalversorgung waren 53% der onkologischen Patienten mangelernährt.

Eine aktuelle Screeninguntersuchung an über 1000 ambulanten Tumorpatienten in 12 italienischen Zentren ergab bei 40% der Patienten eine schwere Mangelernährung. 34% bedurften aufgrund eines schweren ernährungsbedingten Risikos einer sofortigen Ernährungsintervention.

Der Begriff Mangelernährung ist international nicht einheitlich definiert. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM e.V.) unterscheidet in ihren Leitlinien unter dem Oberbegriff "Fehlernährung" zwei Kategorien von Ernährungsdefiziten: "Unterernährung" und "Mangelernährung". Dabei umfasst der Begriff "Mangelernährung" drei Subkategorien, den "krankheitsassoziierten Gewichtsverlust", den „Eiweißmangel“ und den „spezifischen Nährstoffmangel“, wobei es besonders bei fortgeschrittener Mangelernährung zu Überschneidungen zwischen diesen Subkategorien kommen kann.

Zur Definition und Klassifikation der Kachexie hat eine internationale Arbeitsgruppe in diesem Jahr ein Konsensuspapier veröffentlicht. Danach ist die Kachexie ein multifaktorielles Syndrom, charakterisiert durch einen fortschreitenden Verlust an Skelettmuskelmasse (mit oder ohne Verlust an Fettmasse und bei erhaltenem Organgewebe), der durch konventionellen Ernährungssupport nicht vollständig umkehrbar ist und zu einer progressiven funktionellen Beeinträchtigung führt. Das Syndrom entwickelt sich progredient und verläuft in drei Stadien, die Prækachexie, die Kachexie und die refraktörise Kachexie. Ursache ist eine negative Eiweiß- und Energiebilanz und eine variable Kombination aus verminderter Nahrungsaufnahme und inflammationsbedingten Veränderungen in allen Stoffwechselwegen. Der ungewollte Gewichtsverlust ist auch ein zentrales Kriterium der Kachexie. Die Prækachexie beginnt bereits bei einem Gewichtsverlust  $\leq 5\%$ , bei der Kachexie liegt der Gewichtsverlust  $> 5\%$ . Von Bedeutung ist, dass der Verlust an Skelettmuskelmasse bei adipösen Patienten besonders relevant ist, da die Patienten durch mangelnde Bewegung oft eine reduzierte Skelettmuskelmasse haben, die bei einem ungewollten und auch bei einem beabsichtigten Gewichtsverlust im Rahmen einer Gewichtsreduktion weiter abnimmt. Studien haben aber gezeigt, dass die Toxizität einer Chemotherapie mit der Magermasse korreliert.

Die bei dem Gewichtsverlust ursächliche unzureichende Energie- und Nährstoffaufnahme ist gut dokumentiert. Eine aktuelle Studie an Patienten mit gastroösophagealen Tumoren belegt, dass eine unzureichende Nahrungsaufnahme den größten Einfluss auf den Gewichtsverlust hatte, größer als das Krankheitsstadium und die bestehende Inflammation. Viele das Gewicht negativ beeinflussende Fak-

toren sind auch bereits bei Diagnosestellung vorhanden, z.B. Anorexie, Völlegefühl, Geschmacksstörungen, vorzeitiges Sättigungsgefühl. Jeder Gewichtsverlust beeinträchtigt das Immunsystem, ist mit erhöhter Morbidität und Mortalität, reduzierter Lebensqualität, einer schlechteren Prognose sowie längeren Krankenhausaufenthalten und Mehrkosten verbunden, auch bei adipösen Tumorkranken. Ein Viertel aller Tumorkranken stirbt an den Folgen des Gewichtsverlustes.

Die Ursachen und Folgen einer Mangelernährung und die Ernährungsprobleme der Patienten begründen die Notwendigkeit einer frühzeitigen Ernährungsintervention. Nach den europäischen und amerikanischen Leitlinien zur Ernährung von Tumorkranken sollte eine Ernährungsintervention früh erfolgen, vor einer schweren, kaum noch wiederherstellbaren Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes.

Die Leitlinien der DGEM empfehlen daher bei der Diagnose und jeder weiteren Vorstellung eine Ernährungsdiagnostik durchzuführen. Als Diagnoseparameter sollten zumindest erfasst werden: das Körpergewicht, der Gewichtsverlust, die Energie- und Nährstoffzufuhr (abgeschätzt in Anteilen der üblichen Nahrungsaufnahme oder anhand eines 3-Tage Essprotokolls mit quantitativer und qualitativer Erfassung der Nahrungsaufnahme) sowie die Inflamationsreaktion (z.B. mittels CRP). Bei Bedarf wird eine individuelle Ernährungstherapie angeschlossen und regelmäßige Kontrolltermine zur weiteren Ernährungsbetreuung vereinbart.

Präoperativ sollten schwer mangelernährte Patienten 7 bis 10 Tage oral, enteral oder parenteral ernährt werden zum Auffüllen der Energie- und Nährstoffspeicher. Bei Patienten unter einer Chemo- und /oder Radiotherapie sowie im Rahmen einer hämatopoetischen Zelltransplantation besteht die Ernährungsintervention nach Möglichkeit primär in einer individuellen Optimierung der oralen Ernährung des Patienten mit Ergänzung durch Nährstoffanreicherungen und Trinknahrungen.

Die Indikation zur künstlichen Ernährung besteht bei einer erwarteten Nahrungskarenz (= orale Nahrungszufuhr unter 500 kcal/kg/Tag) von über 5 Tagen oder einer unzureichenden oralen Nahrungszufuhr (= unter 60% des errechneten Bedarfs), von über 10 Tagen, wenn möglich zunächst enteral. Studien der letzten Jahre belegen bei Patienten mit fortgeschrittenem Tumorleiden günstige Effekte auf Lebensqualität und Überleben bei einer Ernährungsintervention bis zu einer additiven parenteralen Ernährung. Nicht indiziert ist eine parenterale Ernährung in der Sterbephase des Patienten. Die empfohlene Energiezufuhr liegt für bettlägerige Patienten bei 25 kcal/kg/Tag, für mobile Patienten bei 30-35 kcal/kg/Tag, die empfohlene Eiweißzufuhr oral bei 1,2-1,5 g, parenteral bei bis zu 2,0 g Eiweiß/kg/Tag und der Fettanteil bei über 35%, bei manifester Kachexie bei über 50% der Gesamtenergiezufuhr. Die Empfehlungen zur Mikronährstoffzufuhr entsprechen den Empfehlungen der Fachgesellschaften.

Beim Vorliegen einer systemischen tumor-assoziierten Inflammation wird die zusätzliche Gabe entzündungsmodulierender Medikamente empfohlen. Wirksam sind Steroide (z.B. 20 mg Prednisolon) und durch zwei Metaanalysen

bestätigt Gestagene (500 mg Medroxyprogesteronacetat bzw. 160 mg Megestrolacetat) zur Besserung von Appetit, Körpergewicht und Lebensqualität. Antiinflammatorisch wirken auch nichtsteroidale Antiphlogistika und  $\omega$ -3 Fettsäuren (mindestens 2-3 g Eicosapentaensäure/Tag).

(GZ)

**Zusammenfassung eines Vortrages** im Rahmen des DAEM Kompaktkurses Ernährungsmedizin im August 2011 in München. Literaturhinweise auf Anfrage bei der Redaktion.

### Die Auswirkungen einer gewollten Gewichtsreduktion auf die Sterblichkeitsrate bei älteren Erwachsenen

Shea M K, Nicklas B J, Houston D K et al.

Positive gesundheitliche Effekte einer gewollten Gewichtsreduktion bei Adipösen gelten nicht uneingeschränkt für ältere Erwachsene. In einigen Studien wird sogar über erhöhte Sterblichkeit als Folge einer Gewichtsreduktion berichtet. Letztlich ist es schwierig, in Beobachtungsstudien zwischen einer gewollten und ungewollten Gewichtsreduktion zu unterscheiden. In einer randomisierten, kontrollierten Studie sollte deshalb versucht werden, diese Frage zu klären.

In der 1995 beendeten randomisierten Follow-up Studie wurde die Ursache aller Todesfälle erfasst. In einem Studienarm wurde das Gewichtsverhalten unter diätetischen Maßnahmen untersucht. In der so genannten nichtpharmakologischen Interventionsstudie bei Älteren wurde neben dem Effekt einer diätetisch bedingten Gewichtsreduktion auch die Auswirkung der Natriumretention auf das Blutdruckverhalten mituntersucht.

In die Studie eingeschlossen wurden 585 übergewichtige oder adipöse Hypertoniker (Alter 66+/- 4 Jahre; 53% Frauen). Die Gesamtsterblichkeit wurde mit Hilfe zweier Indices ermittelt. Die mittlere Gewichtsabnahme in der randomisierten Gruppe betrug 4,4 kg, in der nicht randomisierten Gruppe 0,8 kg. Die Sterblichkeitsraten der 291 randomisierten, im Gewichtsreduktionsprogramm eingeschlossenen Teilnehmer unterschied sich nicht signifikant von den 294 nicht randomisierten Teilnehmern.

Die vorliegende Studie weist darauf hin, dass ein bewusst herbeigeführter Gewichtsverlust über einen Beobachtungszeitraum von 12 Jahren bei älteren Übergewichtigen oder Adipösen nicht zu einer erhöhten Mortalität führt. Allerdings sind weitere Untersuchungen zu dieser Fragestellung erforderlich, um diese Ergebnisse zu bestätigen.

(UR)

#### Quelle

M Kyla Shea, Barbara J Nicklas, Denise K Houston et al.: The effect of intentional weight loss on all-cause mortality in older adults: results of a randomized controlled weight-loss trial. Am J Clin Nutr September 2011 vol. 94 no. 3 839-846

## Längeres Kauen reduziert die Energieaufnahme und steigert das Sättigungsgefühl bei Normalgewichtigen und Adipösen

Li J, Zhang N, Hu L et al.

Der Kauvorgang ist der erste Schritt in der Nahrungsaufnahme. Der Einfluss des Kauvorgangs auf die Energieaufnahme und die Freisetzung gastrointestinaler Hormone sind sowohl bei Adipösen als auch bei Normalgewichtigen nur unzureichend untersucht.

In einer Studie wurde der Einfluss der unterschiedlichen Intensität des Kauvorganges bei Adipösen und bei Normalgewichtigen untersucht. Dabei sollten der Einfluss unterschiedlichen Kauens auf die Energieaufnahme und die Ausschüttung gastrointestinaler Hormone untersucht werden. 16 normalgewichtige und 14 adipöse junge Männer nahmen an der Studie teil. In einer ersten Studie wurde untersucht, ob sich das Kauverhalten Schlanker und Adipöser unterscheidet. In einer zweiten untersuchte man den Einfluss des Kauens auf die Energieaufnahme.

Als Testmahlzeit wurden 2200 kJ (ca. 500 kcal) mit 68 Energieprozent Kohlenhydraten, 21 Energieprozent Fett und 11 Energieprozent Protein verabreicht. Die Mahlzeit wurde zweimalig in verschiedenen Sitzungen verabreicht. Die Versuchspersonen sollten nach einer Nahrungszufuhr von 10 g entweder 15 oder 40 mal kauen. Dies sollte die Untersuchung der Plasma Hormonkonzentrationen ermöglichen.

Adipöse wiesen im Vergleich zu schlanken Teilnehmern pro Gramm aufgenommener Nahrung eine geringere Anzahl an Kauvorgängen auf. Die pro Biss aufgenommene Nahrungsmenge aber war bei Adipösen und Schlanken nahezu identisch. Adipöse und Schlanke nahmen nach 40 im Vergleich zu 15 Kauvorgängen jeweils 11,9% weniger an Energie auf. Sowohl bei Schlanken wie auch bei Adipösen führten 40 Kaubewegungen im Vergleich zu 15 Kauvorgängen nicht nur zur geringeren Energieaufnahme sondern auch zu niedrigeren Ghrelin- und höheren postprandialen Glukagon-like Peptid 1- und Cholecystokinin-Konzentrationen im Serum.

Eine zielgerichtete Beeinflussung des Kauvorgangs könnte aufgrund hier vorliegender Ergebnisse ein wirksames Werkzeug zur Beeinflussung der Adipositas sein.

(UR)

### Quelle

Jie Li, Na Zhang, Lizhen Hu, et al.: Improvement in chewing activity reduces energy intake in one meal and modulates plasma gut hormone concentrations in obese and lean young Chinese men. Am J Clin Nutr September 2011 vol. 94 no. 3 709-716

## Kann man durch die Gabe von Fischölsupplementen in der Schwangerschaft die Adipositas bei Nachkommen verhindern?

Rytter d, Bech B H, Christensen J H et al.

Meistens werden aus dicken Kindern auch dicke Erwachsene. Tierversuche ergeben Hinweise, dass in der peri-

und der frühen postnatalen Phase verabreichte omega-3-Fettsäuren die Entstehung der Adipositas im Erwachsenenalter verhindern bzw. beeinflussen könnten.

Der Frage wurde in einer randomisierten, kontrollierten follow-up Studie bei 553 Schwangeren nachgegangen. Die Frauen erhielten pro Tag während des dritten Trimesters der Schwangerschaft 2,7 g langkettige omega-3-Fettsäuren. Es wurden entweder Fischöl, Olivenöl oder keine Ölsupplemente verabreicht. Die Studie wurde 1990 begonnen.

Im Alter von 19 Jahren erhielten die Nachkommen dieser Frauen eine Aufforderung zur klinischen Untersuchung bei der anthropometrische Daten erfasst und eine Nüchternblutentnahme durchgeführt wurden. Es wurden Insulin, Blutglukose, glykolysiertes Hämoglobin, Leptin, Adiponektin, Insulin-like-growth Faktor und C-reaktives Protein untersucht.

Insgesamt wurden 243 der Nachfahren erfasst. Es fanden sich keine Unterschiede der Parameter in Abhängigkeit von der Art des verabreichten Öls oder der fehlenden Verabreichung von Öl. BMI, Bauchumfang und die untersuchten Parameter unterschieden sich in den einzelnen Gruppen nicht signifikant.

Letztlich beeinflussen Fischölsupplemente, die Schwangeren verabreicht werden, nicht das Auftreten einer Adipositas bei deren Nachkommen im Erwachsenenalter.

(UR)

### Quelle

Dorte Rytter, Bodil H Bech, Jeppe H Christensen et al.: Intake of fish oil during pregnancy and adiposity in 19-y-old offspring: follow-up on a randomized controlled trial. Am J Clin Nutr September 2011 vol. 94 no. 3 701-708

## In den USA sinkt der Konsum zusätzlich aufgenommenen Zuckers

Welsh J A, Sharma A J, Grellinger L, Vos M B

Die zusätzliche Zufuhr von Zucker (caloric sweeteners) wurde in den USA im Zusammenhang mit dem vermehrten Auftreten der Adipositas, einem Diabetes mellitus und von Herzerkrankungen gesehen. Über den aktuellen Zuckerkonsum in den USA und dessen Relation zu den geltenden Empfehlungen ist zur Zeit wenig bekannt.

Es wurde deshalb der Trend in der Aufnahme zusätzlich zugeführten Zuckers innerhalb der letzten 10 Jahre untersucht. In einer Cross-Over Studie wurden Daten von 42.316 Einwohnern der USA (Alter >2 Jahre) aus der NHAANES-Studie aus den Jahren 1999 – 2008 mit Äquivalenzdaten aus der MyPyramid Datenbasis bezüglich der Höhe der Zuckeraufnahme abgeglichen. Die mittlere zusätzliche Zuckerezufuhr wurde in Gramm pro Tag und prozentual zur Gesamtenergiezufuhr ermittelt und ausgewertet. Über einen definierten Zeitraum sollten so nationale Schätzungen zum zusätzlichen Zuckerkonsum unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit erhoben werden.

Von 1999-2000 und von 2007-2008 sank die mittlere zusätzliche Zuckermenge von 100,1 g/d auf 76,7 g/d. Zwei Drittel der reduzierten Zuckermenge von 37,4 g/d auf 22,8 g/d (18,4; 27,3 g/d) war auf eine geringere Aufnahme von Soft Drinks zurückzuführen ( $P < 0,001$ ). Energy Drinks waren die einzigen Getränke, bei denen es während der Studienperiode zu einer Zunahme der Zuckermenge kam ( $P = 0,003$ ). Hier lag allerdings die höchste Zunahmerate lediglich bei 0,15 g/d. Der prozentuale Anteil der mit Zucker zugeführten Energiemenge sank von 18,1% auf 14,6% ( $P < 0,001$ ).

Obwohl die Gesamtzufuhr zusätzlich zugeführten Zuckers von 1999–2000 und von 2007–2008 vor allem durch eine geringere Aufnahme von Soft Drinks sank, liegt die Gesamtzuckermenge in den USA nach wie vor deutlich über den geltenden Empfehlungen.

(UR)

### Quelle

Jean A Welsh, Andrea J Sharma, Lisa Grellinger and Miriam B Vos: Consumption of added sugars is decreasing in the United States. *Am J Clin Nutr* September 2011 vol. 94 no. 3 726-734

### Vitamin D-Mangel und das Alter bei der Menarche

Styne D M, Villamore E et al.

Neben der im Vordergrund stehenden und seit langem bekannten Bedeutung von Vitamin D für den Kalzium- und Knochenstoffwechsel, werden zunehmend weitere Effekte diskutiert und z.T. durch klinische und epidemiologische Studien belegt. Insbesondere eine Mangelversorgung bei Kindern und Jugendlichen begünstigt die Entstehung einer Reihe von Erkrankungen.

In den USA findet sich häufig, auch in südlichen Breiten mit hoher Sonnenexposition, ein Vitamin D-Mangel in diesen Altersgruppen. Die Rachitis ist in die USA aber auch in andere Regionen wieder zurück gekehrt. Sie findet sich besonders bei gestillten Kindern mit dunkler Hautfarbe, die nicht mit Vitamin D supplementiert wurden, und deren Mütter bereits unzureichend mit Vitamin D versorgt waren. Es wird bei der häufig unzureichenden Zufuhr dieses Vitamins und auch von Kalzium - überwiegend als Folge eines geringen Verzehrs von Milch und Milchprodukten - in Zukunft mit einem höheren Osteoporoserisiko gerechnet. Zusätzlich zum Rachitisrisiko und einer Verringerung der Knochenmasse, werden als Folge einer unzureichenden Vitamin D-Bedarfsdeckung weitere Gesundheitsrisiken postuliert. Eines ist eine erhöhte Insulinresistenz, gefolgt von hieraus resultierenden Stoffwechselerkrankungen, insbesondere Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2.

Hinweise gibt es weiterhin auf eine Beziehung zwischen dem Zeitpunkt der Menarche und der Versorgung mit Vitamin D. In der sogenannten Bogalusa Heart Study, Dauer 20 Jahre, sank der Zeitpunkt der Menarche bei afroamerikanischen Mädchen im Mittel von 12,9 auf 12,1 Jahre und bei weißen Mädchen im Mittel von 12,7 auf 12,2 Jahre. Der auch in anderen Regionen zu beobachtende zunehmend frühere Zeitpunkt der Menarche ist neben ethnisch-

genetischen Faktoren auch von der Höhe des BMI, der körperlichen Aktivität und möglicherweise auch von dem Vitamin D-Status abhängig.

Die Autoren weisen darauf hin, dass der Zeitpunkt der Menarche nicht nur von akademischem, sondern auch von praktisch-medizinischem Interesse ist, da eine frühe Menarche häufiger mit Adipositas, Typ 2-Diabetes, kardiovaskulären Erkrankungen, Mamma- und Endometriumkarzinom etc. assoziiert ist.

Die Frage, ob dem Defizit an Vitamin D eine Bedeutung zukommt, wurde von E. Villamore et al. in einer prospektiven Studie an Mädchen, mittleres Lebensalter 8,8 +/- 1,6 Jahre, in Bogota/Kolumbien untersucht. Bei 242 Mädchen wurde zu Studienbeginn die Plasmakonzentration von 25-Hydroxy-Vitamin D (25(OH)D) bestimmt. Je nach Höhe der Plasma-25(OH)D-Konzentration wurden Gruppen gebildet. Plasmakonzentrationen unter 50nmol/l wurden als Mangelversorgung definiert. Die Nachbeobachtungszeit betrug im Mittel 30 Monate. Durch Befragung unter Einbeziehung der Eltern wurde der Zeitpunkt der Menarche bestimmt. Bei 57% der Teilnehmerinnen in der Vitamin D-Mangelgruppe stellte sich die Menarche während der Nachbeobachtungszeit ein. In der Gruppe mit ausreichender Vitamin D-Versorgung waren es 23%.

Unter Berücksichtigung von Lebensalter und BMI zu Studienbeginn war aufgrund der statistischen Auswertung die Wahrscheinlichkeit der Menarche während der Beobachtungszeit in der Mangelgruppe doppelt so hoch wie in der Gruppe mit ausreichender Vitamin D-Versorgung. Der diesem Phänomen zugrunde liegende Mechanismus ist nicht bekannt. Es gibt Hinweise auf Einflüsse von 25(OH)D auf die Freisetzung bestimmter Hormone wie z.B. Leptin und auf verschiedene Wachstumsfaktoren.

(HK)

### Literatur

- 1.) Styne D.M.: A plea for vitamin D, *Amer.J.Clin.Nutr.*94 (2011)963 (Editorial)
- 2.) Villamor E., Marin C., Mora-Plazas M., Baylin A.: Vitamin D deficiency and age at menarche: a prospective study, *Amer.J.Clin.Nutr.*94(2011)1020-1025

### Aktuelles kurz berichtet

**Im OPS Katalog 2012: Enterale und parenterale Ernährung als Nebenbehandlung. Künstliche Ernährung kann jetzt als Mehraufwand codiert und abgerechnet werden.**

Im Jahr 2012 werden die OPS-Kodes

- 8-017 Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung und
- 8-018 Parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung

in den OPS-Katalog (Operationen- und Prozedurenschlüssel) als medizinische Nebenbehandlung für Patienten mit künstlicher Ernährung, die keine Intensivtherapie erhalten, aufgenommen. Damit können die parenterale und enterale Ernährung für Krankenhauspatienten im Rahmen der Diagnosis Related Group (DRG) codiert und vom Kranken-

haus innerhalb des DRG-Systems als Extrakosten abgebildet werden. Durch die Aufnahme in den Katalog wird nun erstmals zusätzlich zur üblichen Abrechnung der medizinischen Behandlung die gezielte Versorgung mit künstlicher Ernährung gewährleistet. Bislang musste diese Zusatzleistung innerhalb der normalen medizinischen Versorgung, ohne die Berechnung des Mehraufwandes, erbracht werden.

Nach jahrelangen Bemühungen konnten die beteiligten Fachgesellschaften Bundesverband Geriatrie e.V., Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V., Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. und Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V mit den zuständigen Vertretern des DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) dies erreichen.

Hintergrund: Das DRG-Abrechnungssystem für deutsche Krankenhäuser basiert auf der Grundlage von so genannten Fallpauschalen. Behandlungsfälle werden auf der Basis von Diagnosen und Behandlungsabläufen in einzelne Typen eingeteilt und je nach Typ und vorgegebenem Abrechnungsschlüssel bei den Krankenkassen in Rechnung gestellt. Die Fallpauschalen dienen nicht der Bestimmung der medizinischen Behandlung. Sie sollen den Aufwand widerspiegeln, der aufgrund von Vorerfahrungen in so genannten Kalkulationskrankenhäusern für die Behandlung ermittelt wurde.

(AD)

Vorabkatalog OPS 2012 unter:

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ops301/ops.html2012/index.htm>

### **Ausschreibung von Projektförderung zum Thema Ballaststoffe des Instituts Danone Ernährung für Gesundheit e.V. 2012**

Eine der Hauptaufgaben des Institut Danone Ernährung für Gesundheit (IDE e.V.) besteht in der Unterstützung von Forschungsvorhaben aus dem Gesamtbereich der Ernährungswissenschaft und der Ernährungsmedizin, allerdings mit jährlich wechselndem Schwerpunkt.

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 2012 sind Forschungsvorhaben aus dem Bereich Ballaststoffe vorgesehen. Es können nur Anträge berücksichtigt werden, die dieser Fragestellung entsprechen.

Die beantragten Vorhaben sollen ein hohes wissenschaftliches Niveau und Originalität im gedanklichen Ansatz sowie einen erkennbaren direkten Bezug zur Ernährung zeigen. Routineuntersuchungen oder Anträge, die bereits andersorts abschlägig beschieden worden sind, können im Regelfall nicht gefördert werden. Hingegen bestehen keine Einwendungen, wenn von verschiedenen Förderern Zuwendungen erfolgen, soweit eine klare Abgrenzung möglich ist. Die praktische Realisierbarkeit der Vorhaben soll im Antrag erkennbar sein.

Die Antragstellung erfolgt auf Formularen, die bei der Geschäftsstelle angefordert oder auch im Internet unter [www.institut.danone.de](http://www.institut.danone.de) heruntergeladen werden können. Dort ist auch das Informationsblatt „Richtlinien zur Vergabe von Fördermitteln“ erhältlich.

Einsendeschluss für die Antragstellung ist der **16.01.2012**. Anträge auf Projektförderung sind an den Vorstand zu richten:

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

### **Ausschreibung von Reisestipendien des Instituts Danone Ernährung für Gesundheit e.V. 2012**

Das Institut Danone Ernährung für Gesundheit e.V. lobt für das Jahr 2012 Reisestipendien in Höhe von 300 € (Inland) bzw. 500 € (Ausland) für NachwuchswissenschaftlerInnen (<35 Jahre) auf dem Gebiet der Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaften aus. Ein Vergabeausschuss, bestehend aus Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirats des Instituts, nimmt die Auswahl nach den Kriterien der wissenschaftlichen Qualität vor.

Formlose Anträge mit einer kurzen Begründung (ca. eine Seite), einem Lebenslauf sowie der eingereichten Kurzfassung für einen Vortrag oder Poster über Originaldaten sind in elektronischer Form zu richten an: [kontakt@institut-danone.de](mailto:kontakt@institut-danone.de).

Gefördert werden Reisen zu nationalen und internationalen wissenschaftlichen Kongressen auf den genannten Gebieten. Voraussetzung für eine endgültige Bewilligung ist die schriftliche Akzeptierung des Kongressbeitrages durch die Kongressleitung. Diese Akzeptierung sollte nach Eingang umgehend nachgereicht werden.

Einsendeschluss für Reisen im 1. Halbjahr 2012 ist der 31. Januar 2012.

Einsendeschluss für Reisen im 2. Halbjahr 201 ist der 31. Mai 2012.

### **Ausschreibung des OECOTROPHIA-Preises 2012 des Verbands der Oecotrophologen (VDOE e.V.)**

NachwuchswissenschaftlerInnen können sich ab sofort für den OECOTROPHICA-Preis 2012 bewerben. Angenommen werden wissenschaftliche Arbeiten aus dem Bereich der Ernährungsverhaltens- und Konsumforschung und dem Bereich der Humanernährung, die in den Jahren 2010 oder 2011 im Studienfach Oecotrophologie, Haushalts- und/oder Ernährungswissenschaften oder einem fachverwandten Studium abgeschlossen wurden.

Pro Bereich prämiiert das Kuratorium die beste Doktorarbeit mit 1.750 Euro und die beste Diplom- oder Masterarbeit mit 750 Euro. Die Bewerbungsfrist endet am **29. Februar 2012**.

Der Verband der Oecotrophologen e.V. (VDOE) vergibt den OECOTROPHICA-Preis bereits zum sechzehnten Mal. Stifter des Preises ist das Margarine-Institut für gesunde Ernährung e.V. in Bonn. Ziel ist es, wissenschaftliche Nachwuchskräfte zu fördern und hervorragende wissenschaftliche Arbeiten bekannt zu machen. Der OECOTROPHICA-Preis wird im Rahmen der VDOE-Jahrestagung vom 14. bis 16. Juni 2012 in Nürnberg verliehen.

Weitere Informationen und das Bewerbungsformular für den OECOTROPHICA-Preis 2012 gibt es im Internet unter [www.vdoe.de/oecotrophica-preis.html](http://www.vdoe.de/oecotrophica-preis.html) oder sie können auch per E-Mail ([vdoe@vdoe.de](mailto:vdoe@vdoe.de)) angefordert werden.

### Veranstaltungen der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V. (DAEM) in 2012

#### Curriculare Fortbildung in Ernährungsmedizin für ÄrztInnen – Kompaktkurse Ernährungsmedizin der DAEM nach dem 100-stündigen Curriculum „Ernährungsmedizin“ der BÄK

Ein Kompaktkurs gliedert sich in 5 Seminarblöcke mit jeweils 20 Unterrichtseinheiten.

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 eines Kompaktkurses findet am Ende des Seminarblocks 4 eine schriftliche Prüfung (multiple choice) und während des Seminarblocks 5 eine Fallprüfung statt.

Beide Prüfungen sowie die Vorlage von 10 Falldokumentationen sind Voraussetzung für die Vergabe der fuhbaren Qualifikation: "ErnährungsmedizinerIn DAEM/DGEM®".

Programmgestaltung und wissenschaftliche Leitung der Kompaktkurse: O. Adam, München; H. Hauner, München; U. Rabast, Hattingen; J. G. Wechsler, München; G. Zürcher, Freiburg.

2012 bietet die DAEM drei Kompaktkurse in München, Bad Krozingen (bei Freiburg) und Münster an.

#### 15. - 25. März 2012, München

*DAEM-Kompaktkurs, in Kooperation mit der Bayerischen Landesärztekammer und der Universität München*

Veranstaltungsort Räumlichkeiten des Physiologikums und Walther-Straub-Hörsaal der Universität München, Klinikum Innenstadt  
Pettenkofer Straße und Schillerstraße, 80336 München

#### 21. Juni – 1. Juli 2012, Bad Krozingen

*DAEM-Kompaktkurs, in Kooperation mit dem Park-Klinikum Bad Krozingen, Lehrklinik für Ernährungsmedizin der DAEM*

Veranstaltungsort Räumlichkeiten des Park-Klinikums, Schwarzwaldklinik Neurologie und Klinik Lazariterhof in Bad Krozingen (bei Freiburg)  
Herbert-Hellmann-Allee 38  
79189 Bad Krozingen

#### September 2012 bis Februar 2013, Münster / Westfalen

*Blended-Learning-Kurs Ernährungsmedizin der DAEM in Münster / Westfalen, in Zusammenarbeit mit der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Der Kurs beinhaltet zwei Telelernphasen (eLearning) und zwei Präsenzphasen.*

#### 19. September - 25. Oktober 2012: Telelernphase 1

#### 26. Oktober – 28. Oktober 2012: Präsenz-Termin 1

#### 28. Oktober 2012 – 05. Februar 2013: Telelernphase 2

#### 06. Februar – 10. Februar 2013: Präsenz-Termin 2

Veranstaltungsort Ärztehaus Münster  
Präsenzphasen: Gartenstr. 210-214, 48147 Münster

#### Auskünfte und Anmeldung zu allen Kompaktkursen:

Geschäftsstelle der DAEM  
Reichsgrafenstr. 11, 79102 Freiburg  
Tel.: 0761/ 7 89 80; Fax: 0761/ 7 20 24  
Email: [info@daem.de](mailto:info@daem.de), Internet: [www.daem.de](http://www.daem.de)

### Veranstaltungen anderer Institutionen in 2012

#### 23.-25. Februar 2012, Hannover

*Essstörung-neue Erkenntnisse zu Ursachen und Therapie Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen e.V.*

Themenschwerpunkte Kindliche und adoleszente Essstörungen, Binge-Eating-Störung im Kindesalter, Essstörungen im DSM-5, Essstörungen bei Männern, Adipositas und Persönlichkeitsstörungen.

Workshopthemen Psychotherapie der Binge-Eating-Störung, Angehörigenarbeit, kognitive Verhaltenstherapie bei AN, stationäre Behandlung der Erwachsenen AN, Behandlung der kindlichen und jugendlichen Magersucht.

Weitere Informationen bei der Medizinischen Hochschule Hannover unter [www.mh-hannover.de](http://www.mh-hannover.de).

## 14. – 16. März 2012, München/Freising-Weihenstephan

*Ernährung und Prävention – Chancen und Grenzen  
Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE e.V.)*

Themenschwerpunkte Epidemiologie, Physiologie und Biochemie der Ernährung, Ernährungsmedizin, Lebensmittelwissenschaft, Public Health Nutrition, Ernährungsverhaltensforschung, Ernährungsberatung, Ernährungsbildung, Gemeinschaftsverflechtung.

Weitere Informationen unter [www.dge.de](http://www.dge.de)

## 21. März 2012, Veitshöchheim / Würzburg

*35. Würzburger Fortbildungsveranstaltung über Ernährungsmedizin und Diätetik  
Staatliche Berufsfachschule für Diätassistenten an der Universität Würzburg in Zusammenarbeit mit der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V.*

Weitere Informationen bei der Staatlichen Berufsfachschule für Diätassistenten unter [diatschule-wuerzburg@t-online.de](mailto:diatschule-wuerzburg@t-online.de).

## 20. – 21. April 2012, Wolfsburg

*Ernährung und Medizin 2012 – Wissensupdate in Diätetik und Medizin – aktuell und patientennah  
54. Bundeskongress des Verbandes der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. in Kooperation mit dem BDEM e.V. und der DGEM e.V.*

Themenvorschau Diabetes mellitus, Updates zur Nephrologie, enteralen und parenteralen Ernährungstherapie, Allgemeine Pädiatrie, Verpflegungsmanagement, Nutrition Care Process, Schülerveranstaltung, Freiberuflichkeit, Work-

shop der Arbeitsgemeinschaft für pädiatrische Diätetik, Neues aus Industrie und Wissenschaft.

Weitere Informationen unter [www.vdd.de](http://www.vdd.de)

## 14. – 16. Juni 2012, Nürnberg

*Kindermenü – Seniorenteller – Trinknahrung: Ernährung für alle Lebensphasen  
DGEM Dreiländertagung Ernährung 2012  
Gemeinsame Tagung von DGEM, AKE, GESKES, VDOE*

Themenschwerpunkte Ernährung und Funktionalität, Wie und was isst das Gehirn?, Gibt es den idealen BMI?, Wie viele Kohlenhydrate braucht der Mensch?, Mikrobiotika: klein aber fein, Versorgungsforschung in der Ernährungsmedizin.

Weitere Informationen unter [www.ernaehrung2012.de](http://www.ernaehrung2012.de)

## 08.-09. September 2012, Frankfurt

*Adipositas XXL – eine Herausforderung  
Interdisziplinäre Fortbildung des Frankfurter Zentrums für Essstörungen*

Themen Bedeutung des Essens aus entwicklungspsychologischer und emotionaler Sicht, Tiefenpsychologische Aspekte, Morbidität, Möglichkeiten und Grenzen der konservativen Adipositas-Therapie, Indikationsstellung, Die Betroffenen und die Symbolebene des Fettes, Adipositas-Chirurgie, Präoperative Maßnahmen, Methoden – Patient/innen - Ärztliche Beratung, Adipositas XXL – eine kritische Therapiesituation, Differenzierte Symptomatik der Adipositas XXL, Multifaktorielle psychologische Aspekte der Adipositas XXL, 3 „Phänomene“ unter der Lupe, Die Scham, Postoperative Nachsorge, Mangelernährung, Vitamine, Psychotherapeutische Nachsorge „Fett weg - und dann?“.

Weitere Informationen unter [www.essstoerungen-frankfurt.de](http://www.essstoerungen-frankfurt.de)