

# Der Ernährungsmediziner

Organ des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V.



Jahrgang 2, Nr. 1

Februar 2000

Liebe Leserin, Lieber Leser,

die Zeitschrift beginnt das neue Jahr mit allen guten Wünschen an unsere Leser und in der Hoffnung, dass das Jahr 2000 der Ernährungsmedizin weitere wichtige Impulse bringt.

Wir fangen das Jahr mit wesentlichen Neuerungen an.

Erstens ist es der Schriftleitung gelungen, Professor Fürst, Hohenheim und Professor Kasper, Würzburg zur dauernden Mitarbeit zu gewinnen. Ich erhoffe mir hiervon wesentliche redaktionelle Unterstützung. Dies schlägt sich bereits jetzt im ersten Editorial über „Funktionelle Lebensmittel“ nieder. Es ist geplant, ab sofort jedes Heft mit einem Editorial über ein wichtiges aktuelles Thema beginnen zu lassen.

Fernerhin wurde beschlossen, selektive Buchbesprechungen vorzunehmen, als erste die Qualitätsstandards des Verbandes Deutscher Diätassistenten.

Prof. Dr. med. Reinhold Kluthe

## In dieser Ausgabe:

- Funktionelle Lebensmittel (Functional Food)
- Lebensmittel tierischer Herkunft in der Diskussion
- Süßes - weiterhin tabu?
- Zucker – Knacker
- Grünlipp – Muschel bringt's
- Neuestes über die Ornish – Diät
- Was bringt eine mediterrane Ernährung? Die Lyon - Diät - Studie
- Mäßige Natriumrestriktion bei Hypertonie
- Buchbesprechung

## Funktionelle Lebensmittel (Functional food)

Von Prof. Dr. Heinrich Kasper, Würzburg

Patienten konfrontieren ihre Ärzte zunehmend mit Fragen aus dem Bereich der Ernährungsmedizin. Ein in den letzten Monaten besonders aktuelles Thema ist das der funktionellen Lebensmittel (Functional food). Was versteht man unter funktionellen Lebensmitteln und welche Bedeutung kommt ihnen aus medizinischer Sicht zu?

Unsere Lebensmittel dienen der Deckung des Energie- und Nährstoffbedarfes und in zunehmendem Maße auch dem Genuss. Insbesondere in den Ländern mit westlicher Lebensweise wird die Auswahl der Lebensmittel wesentlich durch den Genuss mitbestimmt. Genuss als entscheidendes Kriterium bei der Wahl der Lebensmittel hat bei dem vielseitigen Angebot, z. T. gefördert durch Werbung, die Überernährung und damit die Entstehung von Adipositas mit ihren Folgekrankheiten, aber auch andere Formen der Fehlernährung gefördert.

Als Folge des zunehmenden Wissens um die Bedeutung der Ernährung für Gesundheit und Leistungsfähigkeit und des steigenden Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung, werden bei der Herstellung und Auswahl von Lebensmitteln seit einigen Jahren zunehmend auch die neuen ernährungsmedizinischen Erkenntnisse berücksichtigt, die sowohl Schutz vor Erkrankungen als auch eine Steigerung der Leistungsfähigkeit und des Wohlbefindens versprechen. Sie werden als funktionelle Lebensmittel, Functional food, z. T. auch als Nutraceuticals, Designer food, Performance food etc. bezeichnet. Eine einheitliche, verbindliche Definition für diese Gruppe von Lebensmitteln gibt es nicht. In aller Regel versteht man unter funktionellen Lebensmitteln solche, deren Verzehr beim Gesunden vorbeugend, d.h. gesundheitserhaltend und – fördernd wirken und/oder die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden steigern. Funktionelle Lebensmittel sind Lebensmittel des allgemeinen Verzehrs. Sie unterscheiden sich von herkömmlichen Lebensmitteln entweder durch den Zusatz eines oder mehrerer Nährstoffe bzw. von Nahrungsbestandteilen oder durch die Elimination von Bestandteilen. Der Unterschied zu herkömmlichen Lebensmitteln kann auch in der Anwendung besonderer Herstellungsverfahren liegen. Auch traditionelle Lebensmittel mit hohem Gehalt an gesundheitsfördernden Inhaltsstoffen, z. B. Vitaminen, Mineralstoffen, Ballaststoffen, Phytochemicals etc., zählen zu den funktionellen Lebensmitteln. Beispiele sind Broccoli und Tomaten mit einem hohen Anteil an Phytochemicals, denen eine Bedeutung bei der Krebs- und Arteriosklerose-

prophylaxe zukommt. Ein besonders aktuelles Beispiel sind die sog. probiotischen, fermentierten Milchprodukte, bei deren Herstellung gezielt Kulturen von Mikroorganismen, meist Milchsäurebakterien mit gesundheitsfördernden Eigenschaften, eingesetzt werden

Nur dann, wenn die positiven Aussagen zu funktionellen Lebensmitteln auf exakter wissenschaftlicher Basis beruhen, können sie empfohlen und in Konzepte der Ernährungsberatung einbezogen werden.

Im Gegensatz zu Japan und den USA gibt es in der EU noch keine gesetzliche Regelung zur Deklaration von Lebensmitteln als Functional food. Dies hat zur Folge, dass eine wissenschaftliche Basis der Produkte und wenn möglich eine Prüfung des

Wirkmechanismus nicht immer gewährleistet ist.

Es besteht folglich die Gefahr, dass Produkte ausschließlich aus kommerziellem Interesse konzipiert und als funktionelle Lebensmittel deklariert werden.

In Japan sind funktionelle Lebensmittel bereits länger als in europäischen Ländern im Handel. Sie werden als „Foods for Specified Health Use“ (FOSHU) bezeichnet und unterliegen einem speziellen Zulassungsverfahren.

Im folgenden finden sich einige Beispiele sinnvoller funktioneller Lebensmittel:

Getränke reich an bzw. angereichert mit Kalzium: Bei zunehmend höherer Lebenserwartung kommt der Osteoporoseprophylaxe und damit einer optimalen Zufuhr an Kalzium, eine entscheidende Bedeutung zu. Die hierzu erforderliche tägliche Kalziumzufuhr von etwa

1. 1000 mg lässt sich nur realisieren, wenn ausreichend Milch und Käse verzehrt werden. Ist dies nicht der Fall, liegt die Kalziumaufnahme deutlich unterhalb der genannten Empfehlung. Sie kann durch den Verzehr von kalziumreichen Mineralwässern bzw. von Obstsaften supplementiert mit Kalziumsalzen, optimiert werden.
  2. Anreicherung von Lebensmitteln mit Vitaminen: Obwohl das wahllose Zusetzen von Vitaminen zu Lebensmitteln, insbesondere zu Getränken, nicht sinnvoll ist und meist aus rein kommerziellen Gründen geschieht, gibt es ernährungsmedizinische Fakten, die für eine gezielte Anreicherung bestimmter Lebensmittel mit Vitaminen sprechen. Ein Beispiel ist der in manchen Ländern seit Jahren praktizierte Zusatz von Folsäure zum Mehl, um auf dem Wege über Backwaren, die oft suboptimale Versorgung mit diesem Vitamin zu verbessern.
  3. Backwaren, angereichert mit Haferkleie: Die sog. Beta-Glucane, die besonders reichlich in Haferkleie vorkommen, wirken senkend auf die Serumcholesterinkonzentration. Da Haferprodukte von Erwachsenen selten regelmäßig in größeren Mengen verzehrt werden, kann man Brot mit Haferkleie anreichern und so positive Langzeiteffekte auf die Serumcholesterinkonzentration erzielen.
  4. Probiotische, fermentierte Milchprodukte: Obwohl noch viele Fragen ungeklärt sind, gibt es zunehmend wissenschaftlich abgesicherte Befunde, die dafür sprechen, dass bestimmte, mit Lebensmitteln aufgenommene, lebende Mikroorganismen (wie eingangs erwähnt meist Milchsäurebakterien) gesundheitsfördernd wirken. Mit probiotischen Lactobazillen hergestellte bzw. angereicherte Sauermilchprodukte, wirken immunmodulatorisch, schützen vor intestinalen Virusinfekten, wirken mit großer Wahrscheinlichkeit der Kolonkarzinogenese entgegen etc.
  5. Margarine, angereichert mit Pflanzensterinen: Es ist seit langem bekannt, dass verschiedene in Pflanzen vorkommende Sterine die Serumcholesterinkonzentration, insbesondere das LDL-Cholesterin senken. Durch Zusatz dieser Substanzen zu Margarine, konnte im Vergleich zum nicht supplementierten Lebensmittel, die Serumcholesterinkonzentration signifikant gesenkt werden. Dieses Beispiel zeigt, dass es fließende Übergänge zwischen Lebensmitteln zur Optimierung der Gesundheit und solchen, zur diätetischen Behandlung (Nutraceuticals) gibt.
- Zusammenfassende Darstellungen und Literaturangaben bei:
- B. KATAN: Functional food. Lancet 354 (1999), 794.
  - H. KASPER: Ernährungsmedizin und Diätetik, 9. Auflage, Verlag Urban & Fischer, München, 2000.

## Impressum

### Schriftleitung

Editor: Reinhold Kluthe, Freiburg  
Co - Editoren: Peter Fürst, Stuttgart - Hohenheim  
Heinrich Kasper, Würzburg

### Redaktion

Renate Bogenrieder  
Dipl. oecotroph. Anne Weingard

### Verlag

Akademie - Verlag  
Reichsgrafenstr. 11, 79102 Freiburg  
Tel.: 0761/ 7 89 80  
Fax.: 0761/ 7 20 24  
E-Mail: [info@daem.de](mailto:info@daem.de)

### Copyright

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

### Erscheinungsweise

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich

### Bezugspreis

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

## Lebensmittel tierischer Herkunft in der Diskussion

Die 5. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin befasste sich mit 5 Themenschwerpunkten (Thieme Verlag Stuttgart, 1999):

- Schadstoffe in tierischen Lebensmitteln
- Sicherung der Vitamin- und Spurenelementversorgung
- Fleischmengenproblematik
- Probleme der Fettzufuhr
- Probiotische Wirkungen

Dabei ergab sich, dass die Schadstoffproblematik nach einhelliger Meinung der Diskussionsteilnehmer von nur geringer Bedeutung ist. Der einzige Trend, der hervorzuheben ist, ist, dass Überschreitungen von Höchstwerten im Durchschnitt bei ausländischen Produkten häufiger anzutreffen sind.

Was den zweiten Themenschwerpunkt, die Vitamin- und Spurenelementversorgung angeht, bestand Übereinstimmung, dass tierische Lebensmittel als wertvolle Träger von Vitaminen sowie Mengen- und Spurenelementen anzusehen sind. Zu bedenken ist allerdings die hohe Calziurie bei höherer Eiweißzufuhr (überwiegend durch schwefelhaltige Aminosäuren).

Was die optimale Fleischmenge angeht, gingen die Meinungen weit auseinander. Einigkeit bestand darin, dass die Gesamtzufuhr von 0,8 g Eiweiß pro Kilogramm Körpergewicht (56 g für einen 70 kg schweren Menschen) nach wie vor für die Eiweißversorgung ausreichen. Die Frage des Zusammenhangs zwischen Fleischverzehr und Colonkarzinom blieb offen. Einen Kompromiss stellt die Feststellung dar, „vernünftige Fleischportionen mit gleichzeitig erhöhtem Gemüsekonsum zu verbinden“

Zu Beginn des vierten Themenschwerpunktes stand die Diskussion über die gesundheitliche Wirkung von konjugierten Linolsäuren (CLA) für die Ernährungspraxis im Mittelpunkt. In erster Linie wurde eine Verbesserung der CLA – Versorgung über die Milch als erstrebenswert diskutiert. Weitere Ergebnisse der Forschung seien abzuwarten. Kontroverse Diskussionen kennzeichneten das Problem sowohl der möglichen Verbesserung der Fettqualität, wie auch die Frage, welche Fettsäuren günstig bzw. als weniger günstig anzusehen sind. Eine Übereinstimmung wurde nicht erzielt.

Zum Thema Probiotika wurde in erster Linie über die Wirkungen von Milchsäurebakterien diskutiert. Kasper betonte, dass zwar große epidemiologische Studien fehlten, dass aber eine Reihe von Fallstudien eindeutig positiv verlaufen wären.

## Süßes — weiterhin tabu?

Süßwaren sind heute erwiesenermaßen Bestandteil einer modernen ausgewogenen Ernährung. Ergebnisse der Na-

tionalen Verzehrsstudie zeigten, dass der derzeit übliche Verzehr von Süßwaren und Zucker zu keinem Mangel an Vitaminen und Mineralstoffen führt. Damit ist die These vom „Zucker als Vitaminräuber“ entgültig entkräftet. Zudem verdeutlicht die Studie, dass Übergewichtige — entgegen gängiger Vorurteile — nicht mehr Süßigkeiten verzehren als Normalgewichtige. Schlanke Menschen verzehren sogar mehr Süßigkeiten als Übergewichtige. Auch müssen Diabetiker heute nicht mehr auf Zucker verzichten. Ein maßvoller Genuss von bis zu 10 % der Gesamtenergiezufuhr an Saccharose wird inzwischen akzeptiert. Dies sind die wichtigsten Ergebnisse der 6. wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin zum Thema „Süßwaren in der modernen Ernährung — Ernährungsmedizinische Betrachtungen“ (Thieme Verlag Stuttgart 1999). Aus der Sicht der Ernährungspsychologie ist die teilweise anzutreffende, ablehnende Haltung gegenüber Süßwaren zu kritisieren. Würden Süßwaren nicht fälschlicherweise als ungesund eingestuft, gäbe es vermutlich auch keinen Heißhunger mehr auf Süßigkeiten. Sie würden dann, ohne ein schlechtes Gewissen zu erzeugen, ohne weiteres als normale Ernährung betrachtet.

Die generelle Empfehlung „wenig Süßes“ zu vergeben, ist nach dem heutigen Stand der Wissenschaft nicht mehr aufrecht zu erhalten. Mit Ausnahme der Karies, deren Rückgang in erster Linie verbesserter Mundhygiene und der Anwendung von Fluoriden zuzuschreiben ist, gibt es keinen Zusammenhang zwischen dem derzeit üblichen Süßwaren- und Zuckerverzehr und irgendwelchen Erkrankungen.

Im Sinne einer Ernährungsempfehlung ist es deshalb sinnvoller, statt Verbote auszusprechen, generell einen moderaten Umgang mit Zucker und Süßwaren zu empfehlen.

## Zuckerknacker – Ernährungskonzept der Zukunft?

Zucker – Knacker ist ein neues, in erster Linie gegen den Verzehr von (Industrie-) Zucker gerichtetes Ernährungskonzept, das in allerneuester Zeit in Amerika Furore macht.

Das als Ernährungskonzept der Zukunft bezeichnete, von dem Restaurantbesitzer Ralph O. Brennan, einem Naturwissenschaftler und 3 Ärzten propagierte Konzept könnte sich auch die Unwissenheit einer Reihe von deutschen Lesern zunutze machen (Zuckerknacker: Stewart, Bethea, Andrews, Balart, Mosaik – Verlag, 1999). Es verspricht einfach und überzeugend dauerhaften Gewichtsverlust durch veränderte Einstellung gegenüber Zucker.

Zucker wird als Gift bezeichnet. Es wird behauptet, dass raffiniertes Zucker mit Sicherheit dazu beitragen würde, viele Körper dick zu machen (siehe hierzu die Ergebnisse der Nationalen Verzehrsstudie unter „Süßes weiterhin tabu? wodurch gerade das Gegenteil erwiesen ist). Deswegen wird eine zuckerarme Ernährung empfohlen. Sie verhindere eine Überproduktion an Insulin. Es sei weniger das Fett, was dick mache, sondern eher die Kohlenhydrate, insbesondere der Zucker.

Insgesamt besteht die empfohlene Ernährung aus natürlichem unraffiniertem Zucker unbearbeiteten Vollkornge-

treide, Gemüse, Früchten, magerem Fleisch, Ballaststoffen und geringen Mengen Alkohol.

Der 14 – tägige Speiseplan hat First – Class – Hotel – Charakter (jeweils mittags und abends Fisch oder Fleisch) und gibt keine Mengen an.

Beispiele für Einzelgerichte:

- Austern – Tony (Austern, Lauchzwiebeln, Champignons und Wermut oder Sherry)
- Texas – Steak: 200 g /Person
- Gebratene Garnelen: 1 kg für 4 – 6 Personen
- Confit von der Ente: 12 Entenkeulen für 4 Personen

Eine Reihe von First – Class – Rezepten aus Feinschmeckerrestaurants von Brennan.

## Grünlipp-Muschel bringt's

Über ein neues Nahrungsergänzungsmittel mit Namen Grünlipp – Muschelkonzentrat werden Wunderdinge berichtet. Das Muschelkonzentratpulver soll mit seinen diversen Vitaminzusätzen u. a. Schutz vor allen Stoffwechselschäden bieten. Die Mineral- und übrigen im Präparat enthaltenen Nährstoffe sollen den Zellstoffwechsel aktivieren und die Bioenergiebilanz –was immer damit gemeint ist – günstig beeinflussen. Haaren, Fingernägeln und Gelenken werden zusätzlich Nährstoffe zugeführt.

Empfohlen werden 2 – 3 Kapseln/Tag (Klinische Resultate fehlen bisher)

Ingredienzien: Muschelkonzentratpulver, Gelatine, Glucose (wasserfrei), Vitamin C, Nikotinsäureamid, Vitamin E, Calcium, Vitamin B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, Folsäure, Biotin, Vitamin B<sub>12</sub>, Farbstoffe.

Preis: 60 Kapseln                      29,50 DM

## Die KHK unter Ornish-Diät

1998 wurden im Lancet die Fünf – Jahresergebnisse des von Dr. Ornish initiierten „Lifestyle Heart Trial“ vorgestellt (Ornish, D. et al.; JAMA 1998, 280, 2001). Das Behandlungsprogramm stellt bekanntlich große Anforderungen an den Patienten. Es erfordert eine strenge Einschränkung der Fettzufuhr auf < 10 % der Gesamtkalorien bei rein vegetarischer Ernährungsweise, Stressmanagement mit täglichen Entspannungsübungen von 30 bis 60 Minuten, sowie tägliche Bewegung oder Sport von 30 Minuten bei Gruppenunterstützung. Erstaunlicherweise ist die Compliance ausgezeichnet.

Die Ergebnisse sind erstaunlich. Es wurden die Daten von 20 der ursprünglich 28 Ornish – Patienten im Vergleich zu 15 von ehemals 20 Patienten der Kontrollgruppe präsentiert.

Bei den insgesamt 35 Patienten fanden sich initial 224 koronarangiographische Läsionen. Nach Abzug von 24 Gefäßverschlüssen und 14 unklaren Stenosen verblieben 186 Gefäßabschnitte zur vergleichenden Beurteilung. Beide Gruppen wiesen die gleiche Ausgangssituation auf. Lediglich der Body – Mass – Index war in der Ornish – Gruppe mit 28,4 kg/m<sup>2</sup> gegenüber der Kontrollgruppe mit 25, 4 kg/m<sup>2</sup> erhöht. Die meisten Patienten hatten eine koronare Dreigeßßerkrankung.

Nach 5 Jahren zeigte die Koronarangiographie in der Ornish – Gruppe eine mittlere Reduktion der Stenosen um 3 %, in der Kontrollgruppe dagegen eine Zunahme um 12 %. Die Abnahme korreliert direkt mit der Compliance. Die Daten zu kardialen Ereignissen zeigten bei den 20 Kontrollpatienten 45 Ereignisse (2,3/Patient) aber nur zu 25 Ereignissen bei den 28 Patienten in der Ornish - Gruppe (0,9/Patient)

Beide Gruppen zeigten nur eine geringe RR – Senkung. Das Gesamtcholesterin fiel in der Ornish – Gruppe von im Mittel 225 mg % auf 182 mg %, das LDL – Cholesterin von 143 mg % auf 87 mg %. In der Kontrollgruppe blieben Gesamtcholesterinkonzentration und LDL trotz häufiger Verordnung eines Lipidsenkens weitgehend unverändert. (Cholesterin 245 mg %, LDL – Cholesterin 165 mg %).

Insgesamt ein überzeugender Erfolg diätetischer Maßnahmen, der eindeutig beweist, dass bei bisherigen Interventionsstudien die diätetischen Möglichkeiten nicht annähernd ausgeschöpft wurden.

## Die Lyon-Diet-Heart-Studie – Koronarkranke leben 4 Jahre mit mediterraner Kost

Die Lyon – Studie gehört zu den bekanntesten Koronarstudien. Sie verfolgt das Ziel, monozentrisch bei über 400 Patienten nach Herzinfarkt den Einfluss einer ausgewogenen, □ - liponreichen, mediterranen Kost im Vergleich zu einer üblichen westlichen Ernährung zu untersuchen.

Bereits erste Daten belegten 1994, dass sich im Verlauf der mediterranen Gruppe deutliche Vorteile abzeichneten (de Lorgeril, M. et al.; Lancet 1994, 343, 1464). Jetzt liegen 4 - Jahresverläufe vor (de Lorgeril M., et al.; Circulation 1999, 99 779).

Der primäre Studienendpunkt Tod oder Reinfarkt wurde dabei signifikant seltener erreicht als in der Gruppe mit westlicher Ernährung (80 % gegenüber 20 %).

Der sekundäre kombinierte Endpunkt (Tod, Angiokardinfarkt, instabile Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Schlaganfall u.a.) wurden unter mediterraner Ernährung ebenfalls wesentlich seltener beobachtet (15 % gegenüber 30 %).

Das Risiko, ein kardiovaskuläres Risiko zu erleiden, ist demnach um 50 % gesenkt. Das ist insgesamt ein Ergebnis, wie es bisher mit keinem Pharmakon erreicht werden konnte.

**Abbildung: Tägliche Nahrungszufuhr in der Lyon – Diet – Heart – Studie nach 4 Jahren**

Zusammensetzung der Diät	„Mediterrane“ Diät (n = 219)	„Westliche“ Diät (n = 204)
Gesamtkalorien/d	1947 kcal*	2088 kcal
Prozentualer Anteil an den Gesamtkalorien		
Gesamt – Fette	30,4 %	33,6 %
Gesättigte FS	8 %	11,7 %
Ungesättigte FS	4,6 %	6,1 %
□ - 9 – FS (Ölsäure)	12,9 %	10,8 %
□ - 6 – FS (Linolsäure)	3,6 %	5,3 %
□ - 3 – FS (Linolensäure)	0,8 %	0,3 %
Quotient □ - 6//□ - 3 – FS	4,5	17
Alkohol	5,8 %	5,9 %
Cholesterin	203 mg/d*	312 mg/d

FS = Fettsäuren, \* = Unterschied statistisch signifikant

Die unterschiedlichen Zusammensetzungen der Diäten zeigt die Abbildung. Der bedeutendste Unterschied bestand in der Cholesterinmenge (mediterran 203 mg und westlich 312 mg/Tag) sowie den Omega – 3 Fettsäuren und in erster Linie beim Quotienten Omega 6/Omega 3.

Body – Mass – Index, Blutdruck, Gesamtcholesterinspiegel und das Verhältnis LDL/HDL blieben durch die Diät unbeeinträchtigt.

Die Studie zeigt eindeutig den Einfluss des Lebensstils und damit die Eigenverantwortlichkeit des Patienten auf den Verlauf von Herz – und Gefäßerkrankungen.

Besonders bemerkenswert ist, dass diese Ernährungsweise 4 Jahre lang durchgehalten wurde. Offenbar war sie schmackhaft und ging mit Wohlbefinden einher.

### Mäßige Natriumrestriktion bei Hypertonie

In einigen Zeitschriften und sekundär in Tageszeitungen präsentieren sich in letzter Zeit Artikel, die auf die Salzindustrie zurückgehen und die dem merkantil verständlichen Ziel dienen, den Salzkonsum wieder anzukurbeln.

In allen uns bekannten, diesbezüglichen Publikationen fehlen jedoch Hinweise auf die folgenden internationalen und für Deutschland relevanten Arbeiten und damit ihre kritische Einbeziehung in die Diskussion:

- Das erste internationale Symposium, das alle randomisierten Interventionsstudien bis 1994 zusammenfasst.  
Sodium and Hypertension: Results of randomized intervention multicenter trials  
Edit. by R. Kluthe (Freiburg), G. Heyden (Durham) und J. G. Fodor (St. Johns)  
„The final statement“ aller Vortragenden war, dass eine Natriumzufuhr von um 100 mmol adäquat für Prophylaxe und Therapie der Hypertonie sei  
Nieren - und Hochdruckkrankheiten 1. Suppl. 23, Sept. 1994

- Ein Hinweis auf die Consensuskonferenz, die der oben angeführten wissenschaftlichen Tagung folgt.

1. Consensuskonferenz der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin. Stellenwert der Kochsalzrestriktion in der Prävention und Behandlung der Hypertonie.

Akt. Ernähr. – Med. 19, Heft 1 (1994)

Träger des Consensus: Fürst (Stuttgart – Hohenheim); Gleichmann (Bad Oeynhausen); Großklaus (Berlin); Heyden (Durham); Hötzel (Bonn); Hamm (Hamburg); Kasper (Würzburg); Kluthe (Freiburg); Luft, (Berlin); Manz (Dortmund); Quirin (Bad Ripoldsau); Richter (München); Rottka (Berlin); Schoeppe (Frankfurt); Willig (Heidelberg); Wolfgram (München).

Als Ziele des Consensus wurden definiert

#### Ziele:

- Primäre Prävention
- Nicht medikamentöse Behandlung
- Einsparung von blutdrucksenkenden Medikamenten mit Senkung der Kosten und Verminderung der Nebenwirkungen.

#### Der Konsens war:

Aus obengenannten Gründen ist auch in Deutschland eine Verminderung der Kochsalzzufuhr auf weniger als 6 g Kochsalz pro Tag (2,3 g Natrium entsprechend) wünschenswert. Nach den bisher vorliegenden Studien ist zu erwarten, dass eine solche Beschränkung allein eine signifikante Verminderung der Häufigkeit des Bluthochdrucks und seiner Folgekrankheiten (koronare Herzkrankheit, Schlaganfall) sowie die Gesamt mortalität erreichen kann.

Für den Hochdruckkranken ist die Einschränkung der Kochsalzzufuhr (weitgehender Verzicht auf Salz als Gewürz und auf salzhaltige Lebensmittel) wichtiger Bestandteil der Therapie im Rahmen der oben erwähnten anderen Allgemeinmaßnahmen. Da die Wirkung der meisten blutdrucksenkenden Medikamente durch eine Verminderung der Kochsalzzufuhr verstärkt wird, ist die Kochsalzverminderung bei allen Hochdruckkranken, die medikamentös behandelt werden, sinnvoll.

Dieser Consensus befindet sich in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der World Hypertension League, der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks und vieler anderer internationaler Fachgremien. Er ist ein dringender Appell insbesondere auch an die Lebensmittelwirtschaft und den Gesetzgeber. Die angestrebte signifikante Verminderung der Verwendung von Kochsalz bei der Lebensmittelproduktion zu erreichen. Der Gesetzgeber sollte sich insbesondere für die Harmonisierung der diesbezüglichen lebensmittelrechtlichen Vorschriften

ten innerhalb der Europäischen Gemeinschaft ersetzen.

3. Das Buch „Natrium und Hypertonie“ Herausgeber: R. Kluthe, S. Heyden, G. Fodor; Dustri Verlag Dr. Karl Feistle München - Deisenhofen, 1995

## Buchbesprechung

VDD - Qualitätsstandards - Herausgeber: Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V., Düsseldorf 1999

Der Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. hat einen 128-seitigen Katalog

vorgelegt, der Qualitätsstandards für Diätassistenten zur Qualitätssicherung in der Diät - und Ernährungstherapie dient.

Das Kompendium ist in drei Teile gegliedert. Im ersten Teil (Grundlagen) werden wichtige Grundlagen, wie Erreichen bzw. Halten des Normalgewichts, bedarfsgerechte Energiezufuhr und bedarfsgerechte Nährstoffversorgung beschrieben. Der zweite Teil (Indikationen) befasst sich mit den diversen ernährungstherapeutischen Verfahren. Er ist nach dem Rationalisierungsschema der DGEM in Indikationen für energie- und nährstoffdefinierte Ernährung (1), eiweiß- und elektrolytdefinierte Ernährung (2), sowie Indikationen für gastroenterologische Kostformen (3), Indikationen für Sonderkostformen (4) und ausgewählte Indikationen für die Pädiatrie (5) gegliedert. Der dritte Abschnitt stellt die wesentlichen Erkrankungen dar, die ernährungstherapeutisch behandelt werden können.

Insgesamt ein übersichtliches und handliches Kompendium, das in die Hand jeder Diätassistentin und jedes praktizierenden Arztes gehört. Einen Fehler muss man auf Seite 28 korrigieren. Die Angabe, als Behandlungsziel bei Hypertonie 160/90 mmHg anzusehen, ist heute überholt. Dieser Passus kann bei der Neuauflage gestrichen werden, zumal darunter das richtige Behandlungsziel angegeben ist.

R. Kluthe

**Veranstaltungen 2000 der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin zur Erlangung der Qualifikation:  
„Ernährungsmediziner DAEM/DGEM“**

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

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

*Seminarzyklus 2000:*

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

Der Kurs in Hessen ist bereits ausgebucht.

### □ **Seminarzyklen der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin in Münster/ Westfalen**



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

*Seminarzyklus 2000 in Münster:*

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

Der Kurs in Münster ist bereits ausgebucht. Ein Zyklus für das Jahr 2001 ist in Planung.

### □ **Curriculum Ernährungsmedizin**

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

Der 1. Kompaktkurs ist bereits ausgebucht.

2. **Kompaktkurs nach dem 100 stündigen Curriculum der BÄK (inkl. Abschlussseminar Praktiumsphase) vom 12. - 22. Oktober 2000 in den Räumlichkeiten der Reha-Klinik Glotterbad im Glottertal.**

Programmübersicht:

- Seminarblock 1: Ernährungslehre und ernährungsmedizinische Grundlagen

- Seminarblock 2: Adipositas und Dyslipoprote-inämien
- Seminarblock 3: Diabetes mellitus, Hypertonie und Nierenerkrankungen
- Seminarblock 4: Gastroenterologie und künstliche Ernährung
- Seminarblock 5: Ausgewählte Kapitel und Falldemonstrationen

Im Rahmen des Kompaktkurses findet eine schriftliche Prüfung (multiple choice) und eine Fallabnahme statt. Die bestandene multiple choice - Prüfung führt automatisch zur Qualifikation "Ernährungsbeauftragter Arzt". Sie und eine erfolgreiche Fallbesprechung sind Voraussetzung für die Erlangung der Qualifikation "Ernährungsmediziner DAEM/DGEM".

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

## Termine von Fortbildungsveranstaltungen für Ernährungsmediziner/innen DAEM/DGEM in 2000

### 22. März 2000, Veitshöchheim/ Würzburg

*Ernährungsmedizin und Diätetik*

Tagungsort: Mainfrankensäle Veitshöchheim/Würzburg

Auskunft: 0931/ 35 29 - 311

### 12. – 14. April 2000, Karlsruhe

*42. Fortbildungstagung des Verbandes der Diätassistenten – Deutscher Berufsverband e. V.*

Tagungsort: Stadthalle Karlsruhe

Auskunft: 0211/ 16 21 75

### 18. – 20. Mai 2000, Wien, Österreich

*19. gemeinsame Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) und der Österreichischen Gemeinschaft für klinische Ernährung (AKE)*

Tagungsort: Hofburg, Wien

Auskunft: 00 43/ 1/ 40 400 – 69 59

### 31. Mai – 01. Juni 2000, Rehburg - Loccum

*9. Fortbildungsveranstaltung für Ernährungsmedizin der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin*

Tagungsort: Evangelische Akademie Loccum

Auskunft: 0511/ 5 32 – 21 88

### 26. – 28. Oktober 2000, München

*16. Jahrestagung der Deutschen Adipositas - Gesellschaft*

Auskunft: 089/ 17 97 – 24 01 oder

089/ 41 20 – 24 81

### 27. – 28. Oktober 2000, Irsee

*15. Irseer Fortbildungsveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)*

Tagungsort: Kosteranlage Irsee (Kaufbeuren)

Auskunft: 0821/ 4 00 – 23 71

### 14. – 16. November 2000, Berlin

*20. Interdisziplinäre Arbeitstagung für Diätassistenten und Ärzte*

Tagungsort: Internationales Congress Centrum (ICC) Berlin

Auskunft: 030/ 32 05 – 24 90

## Das Maiheft bringt u. a. 5 wesentliche Themen:

1. Körperliche Bewegung und Prävention der koronaren Herzkrankheit
2. Leitlinien zur Behandlung der arteriellen Hypertonie bei Diabetes mellitus
3. Homocystein und kardiovaskuläre Erkrankungen
4. Margarine angereichert mit Pflanzensterinen senkt Cholesterin effektiv
5. Stress im Alltag – Süßes schützt