

Der Ernährungsmediziner

Unabhängiger Informationsdienst
Organ des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V.



Jahrgang 2, Nr. 3

August 2000

Liebe Leserin, Lieber Leser,

es gibt heute für den in Ernährungsmedizin Involvierten erfreuliches zu berichten.

Mit Nachdruck hat der 103. Deutsche Ärztetag die Bedeutung der Ernährungsberatung durch den Arzt betont. Angesichts der Problematik ernährungsabhängiger Erkrankungen fordert er von den verantwortlichen Stellen, dass sie umgehend die notwendigen Voraussetzungen für ambulante und stationäre ernährungsmedizinische Versorgung schaffen.

Wie ein Geschenk des Himmels mutet dann dazu die höchststrichterliche Entscheidung des Bundessozialgerichts an, das den Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen zwingt, über die Aufnahme der Diättherapie als erstattungsfähiges Heilmittel zu befinden. Das lässt hoffen, dass es endlich bald neben dem Arzneimittelrezept auch das Diätrezept

geben wird.

Diese Aktivitäten werden vom Europarat intensiv unterstützt, der mit Nachdruck u.a. europaweit den Ausbau der Ernährungsmedizin als neue selbständige Disziplin in praxi und an den medizinischen Fakultäten fordert.

Da macht es sich gut aus, wenn die Lehrkliniken unserer Akademie Anfang nächsten Jahres ihre Funktion aufnehmen. Durch die auf der vorletzten Seite dieses Hefts dargelegte Verteilung der 19 Kliniken über ganz Deutschland sind Fortbildungsmöglichkeiten überall gegeben.

Es ist zu hoffen, dass diese vier parallel laufenden Aktivitäten endlich der Diättherapie zum notwendigen Durchbruch verhelfen.

Prof. Dr. med. Reinhold Kluthe

In dieser Ausgabe:

- (1) Ernährungsberatung – eine ärztliche Aufgabe
- (2) Durchbruch der Diättherapie
- (3) Der Europarat intensiviert Aktivitäten auf dem Gebiet der Ernährungsmedizin
- (4) Lehrkliniken für Ernährungsmedizin nehmen ihre Fortbildungstätigkeit auf
- (5) Anreicherung von Margarine mit Pflanzensterinen (Phytosterinen) – eine Möglichkeit zur Senkung der Cholesterin- und LDL- Konzentration im Serum
- (6) Sportliche Aktivität und Cholecystektomie
- (7) Naschen führt nicht zu Übergewicht bei Kindern
- (8) Medikamentöse Therapie bei Adipositas ?
- (9) Ernährungsempfehlungen für die präventive Ernährung
- (10) Buchbesprechung
- (11) Stress im Alltag – Süßes schützt

Ernährungsberatung – eine ärztliche Aufgabe

Entscheidung des 103. Deutschen Ärztetages

Der Deutsche Ärztetag ist besorgt darüber, dass trotz vielfältiger Bemühungen ernährungsabhängige chronische Krankheiten nach wie vor in der Bevölkerung weit verbreitet sind und Präventionsmaßnahmen in nicht ausreichendem Maß unterstützt werden. Die Forderung des 95. Deutschen Ärztetages 1992 bezüglich der Stärkung der Ernährungsmedizin sind bis heute erst in Ansätzen erfüllt. Die Ärzteschaft hat wesentliche Vorleistungen erbracht, indem Bundesärztekammer, Landesärztekammern und medizinische Fachgesellschaften gemeinsam die Voraussetzung geschaffen haben, dass sich über 2 000 Ärzte durch eine strukturierte Fortbildung im Bereich Ernährungsmedizin qualifiziert haben. Ärzte genießen eine hohe Anerkennung als Gesundheitsberater und haben zu über 90% der Bevölkerung – und somit zu allen sozialen Gruppen – regelmäßigen Kontakt. Ernährungsmedizin ist in hohem Maße wirkungsvoll, was durch bestehende evidenzbasierte Leitlinien zur Behandlung ernährungsabhängiger Krankheiten unterstrichen wird – aber auch durch multidisziplinäre Projekte zur Behandlung

der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Der Deutsche Ärztetag fordert daher die für die ambulante und stationäre Versorgung verantwortlichen Vertragspartner auf, die Voraussetzung zu schaffen, dass medizinischer Sachverstand effizient eingesetzt und adäquat vergütet wird.

Begründung:

Ernährungsabhängige Erkrankungen sind in der Bundesrepublik Deutschland weit verbreitet. So weisen beispielsweise 20% der erwachsenen Bundesbürger eine Adipositas (BMI von > 30 kg/m²) und 33% eine Hypercholesterinämie von >250 mg/dl auf. Circa 5% der Bevölkerung sind Diabetiker. Die Kosten für ernährungsabhängige Krankheiten und krankheitsbedingte Essstörungen liegen in der Bundesrepublik Deutschland bei circa 83,5 Milliarden DM. Wirkungsvollen ärztlichen Behandlungsstrategien zur Ernährungstherapie in der Klinik und Praxis kommen daher in der Prävention und Therapie von Erkrankungen als auch in der Reduktion von Kosten im Gesundheitswesen eine große Bedeutung zu.

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: daem.freiburg@t-online.de
Internet: www.daem.freiburg.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, -- + Versandkosten 3,-- DM
Preisänderungen vorbehalten

Durchbruch der Diättherapie

Pressemitteilung des Verbands der Diätassistenten e. V. (VDD) Das Bundessozialgericht in Kassel urteilte am 28.06.2000, der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen müsse über die Aufnahme der Diättherapie als Heilmittel entscheiden. Das förmliche Verfahren setzt aller Voraussicht nach die Anhörung des VDD als der Spitzenorganisation der Leistungserbringer voraus. Das bedeutet eine bahnbrechende Kehrtwendung zu bisherigen Verfahren.

Ernährungstherapie ist Bestandteil der Therapie u. a. bei Patienten mit Diabetes, Stoffwechselstörungen und Allergien. Sie kann und

soll die medikamentöse Behandlung entscheidend unterstützen.

„Mit der Entscheidung aus Kassel wird unsere Fachkompetenz anerkannt“, freut sich Babara Schöne, Vorstandsmitglied des Verbandes der Diätassistenten (VDD) e. V. Schließlich ist „die eigenverantwortliche Durchführung diättherapeutischer und ernährungsmedizinischer Maßnahmen auf ärztliche Anordnung/Verordnung“ zur Prävention und Therapie von Krankheiten erklärtes und gesetzlich festgeschriebenes Ziel der Diätassistent/-innen.

Diese gesetzliche Festschreibung hat letztlich auch den Ausschlag in der gerichtlichen Auseinandersetzung gegeben. Denn nur die Berufsgruppe der Diätassistent/-innen kann anders als andere Ernährungsberufe eine solche bundeseinheitliche Ausbildung aufweisen.

Mit der Entscheidung haben die Richter eine seit über zehn Jahren dauernde Auseinandersetzung zwischen dem Berufsverband der rund 4000 Diätassistent/-innen und dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beendet. Der VDD hatte immer wieder gefordert, Diätassistent/-innen anderen medizinischen Fachberufen gleichzustellen und ihre Tätigkeit wie die der Physiotherapeuten als „Heilmittel“ anzuerkennen.

Nun muss der Bundesausschuss festlegen, ob und bei welchen Indikationen die Diättherapie als Heilmittel zugelassen wird.

Der Europarat (Council of Europe) intensiviert Aktivitäten auf dem Gebiet der Ernährungsmedizin

Prof. Dr. med. R. Kluthe, Deutscher Experte im Public Health Committee des Europarats "Nutrition programmes in hospitals"

Beim 2. Expertentreffen des Committees, bei dem 9 europäische Länder vertreten waren, wurden aufgrund einer Analyse der aktuellen Situation in den Kliniken eine Reihe von Empfehlungen formuliert. Einige der wichtigsten seien hier wiedergegeben.

In erster Linie sollte die Öffentlichkeit für die Bedeutung der Ernährung als wesentlicher Teil der Behandlung sensibilisiert werden. Auf diese Weise sollte die Unterstützung durch die Öffentlichkeit und die Politik aktiviert werden. Es sollten Standards für die ernährungsmedizinische Diagnostik und Therapie erarbeitet werden. Geklärt und definiert werden sollten auch die Standards der Organisation und Verantwortlichkeiten für den Ernährungssektor in den Kliniken auf nationaler Ebene. Die Initiierung einer Ernährungskommission wurde als essentiell angesehen. Wo notwendig, sollten *Nutrition Support Teams* eingerichtet werden.

Ernährungsmedizin sollte eine neue, selbständige Disziplin in jeder Medizinischen Fakultät sein und es sollten Professuren in Ernährungsmedizin geschaffen werden. Die Fortbildung der Ärzte, Diätassistenten und des technischen und Pflegepersonals auf ernährungsmedizinischem Sektor sollte intensiviert werden.

Lehrkliniken für Ernährungsmedizin nehmen ihre Fortbildungstätigkeit auf

Ab Januar 2001 besteht die Gelegenheit, dass Kollegen sich in der klinischen Praxis der Ernährungsmedizin fortbilden. Hierzu stehen im Rahmen unseres Klinikprojektes insgesamt 19 Kliniken, über Deutschland verteilt, bereit. Diese, im Moment bis zur Zertifizierung Ende diesen Jahres noch prospektiven Lehrkliniken setzen sich aus 14 Reha-Zentren und 5 Akutkliniken zusammen. Die Kliniken haben eine Einstellungsphase von im Mittel 1 Jahr absolviert, die Modellklinik von 3 Jahren. Von Dezember 2000 an nimmt die Akademie Anmeldungen entgegen.

Eine Aufstellung dieser Kliniken findet sich auf unserer Anzeigenseite.

Anreicherung von Margarine mit Pflanzensterinen (Phytosterinen) – eine Möglichkeit zur Senkung der Cholesterin- und LDL – Konzentration im Serum

von Prof. Dr. H. Kasper, Würzburg

Entscheidende Risikofaktoren für die koronare Herzerkrankung sind erhöhtes Gesamtcholesterin bzw. hohe LDL- und niedrige HDL- Cholesterinkonzentration im Serum. Eine Reihe von Ernährungsfaktoren verringern dieses Risiko. Dies sind insbesondere die Normalisierung des Körpergewichts durch reduzierte Energiezufuhr, eine Modifikation des Nahrungsfettes (Verringerung gesättigter bei gleichzeitiger Steigerung einfach ungesättigter Fettsäuren) und eine höhere Zufuhr an wasserlöslichen Ballaststoffen. Seit vielen Jahren ist bekannt, dass auch Pflanzensterine (Phytosterine) senkend auf die Cholesterinkonzentration im Serum wirken. Diese fettlöslichen, in Pflanzenfetten vorkommenden Substanzen bieten sich zur Herstellung von funktionellen Lebensmitteln (Functional food, siehe auch Ernährungsmediziner 2 (2000) 1) an. In mehreren westlichen Industrieländern sind bereits seit Jahren Streichfette (Margarine) mit Zusatz eines Phytosterins im Handel. Ein entsprechendes Produkt wird in Kürze auch in der Bundesrepublik Deutschland auf dem Markt sein (Hersteller: Union Deutsche Lebensmittelwerke GmbH, Hamburg).

Sterine (Sterole) sind in der Natur weit verbreitete, zur Gruppe der Steroide zählende Substanzen. Das bekannteste Sterin in tierischen Organismen (Zoosterin) ist das Cholesterin. In der Ernährungsmedizin interessieren zunehmend die in Pflanzenfetten vorkommenden Phytosterine Beta-Sitosterin, Campesterin und Sigmasterin, von denen mit einer üblichen Mischkost etwa 0,2 – 0,4 g, von Vegetariern bis zu 0,8 – 1,0 g pro Tag mit der Nahrung aufgenommen werden. Pflanzensterine liegen in freier und veresterter Form vor. Gewonnen werden sie als Nebenprodukt bei der Ölraffination. Der Phytosterin Gehalt von Maiskeimöl beträgt 8 – 22, von Sojaöl 1,8 – 4,0 und von Sonnenblumenöl 2,4 – 4,6 g/kg, wobei der Anteil von Beta-Sitosterin mit etwa 55 – 65% am höchsten und der von Sigmasterin mit 4 – 19% am niedrigsten liegt.

Der Effekt der Phytosterine, die nur in geringem Umfange resorbiert werden, beruht auf einer Hemmung der Cholesterinresorption durch kompetitive

Verdrängung im Dünndarm. Die Rückresorption des mit der Gallenflüssigkeit ins Darmlumen ausgeschiedenen Cholesterins und die Resorption von Nahrungs-Cholesterin haben eine zentrale Bedeutung im Cholesterinstoffwechsel. Als Folge der reduzierten Cholesterinresorption im Darm resultiert sowohl eine Senkung der Gesamtcholesterinkonzentration, als auch bedingt durch eine Vermehrung von LDL-Rezeptoren in der Leber, eine Senkung der LDL-Konzentration im Serum. Die HDL-Konzentration wird nicht beeinflusst. Aus Untersuchung zur Dosiswirkungsbeziehung ist bekannt, dass eine Menge von 1,8 g Beta-Sitosterin verestert mit Linolsäure ausreichend ist, um in Kombination mit einer gesunden Ernährung eine Senkung der Serumcholesterinkonzentration und der LDL-Cholesterinkonzentration um etwa 10 bis 15% zu erreichen.

Die Erfahrungen in Ländern, in denen Margarine mit dem Zusatz von Phytosterinen bereits seit Jahren im Handel ist, zeigen, dass hiermit eine weitere Möglichkeit gegeben ist, die Wirksamkeit diätetischer Maßnahmen bei Hypercholesterinämie zu verbessern.

Literatur:

- HENDRIKS, HFJ; WESTSTRATE JA; VAN VLIET T.; MEIJER GW: Spreads enriched with three different levels of vegetable oil sterols and the degree of cholesterol lowering in normocholesterolaemic and mildly hypercholesterolaemic subjects. Eur. J. Clin. Nutr. 53 (1999), 319 – 327
- JONES, PJH; MACDOUGALL DE; NTANOIS FY, VANSTONE CA: Dietary phytosterols as cholesterol-lowering agents in humans. Can J Physiol. Pharm. 75 (1997), 217 – 227
- WESTRATE, JA; MEIJER GW: Plant sterol-enriched margarines and reduction of plasma total- and LDL-cholesterol concentrations in normocholesterolaemic and mildly hypercholesterolaemic subjects. Eur. J. Clin Nutr. 52 (1998), 334 – 343.
- Zusammenfassung bei: KASPER, H.: Ernährungsmedizin und Diätetik, Verlag Urban & Fischer, München, 2000

Sportliche körperliche Aktivität und das Risiko einer Cholecystektomie bei Frauen

von Michael F. Leitzmann, E.Rimm, W.C. Willett, Donna Spiegelmann, Francine Grodstein, M. J. Stampfer, G.A. Colditz, E. Giovannucci

Mindere körperliche Aktivität hat sich als ein wichtiger Faktor bei der Entstehung von Gallensteinen erwiesen. Bei der vergleichenden Untersuchung zweier Kollektive, eines davon mit sportlicher Aktivität (wie Joggen, Laufen und Radfahren), eines mit sitzenden Tätigkeiten (stundenlanges Fernsehen), war die sportliche Aktivität invers korreliert zu dem Risiko der Cholecystektomie. Die multivariate Analyse ergab:

Relatives Risiko:

- 0.69 für höchste Quintile körperlicher Betätigung
- 1.42 für Frauen mit 41 – 60 h/Woche sitzender oder fahrender Tätigkeit
- 2.32 über 60 h/Woche sitzender oder fahrender Tätigkeit

Die Beziehung ist unabhängig von anderen Risikofaktoren, wie Fettsucht und kürzlich vorhergehender Gewichtsabnahme.

Literatur:

- LEITZMANN, Michael et al.: Recreational Physical Activity and the Risk of Cholecystectomy in women, The New England Journal of Medicine, September 9, 1999; 777 - 784

Naschen führt nicht zu Übergewicht bei Kindern

von Prof. Dr. Manfred Müller, Institut für Humanernährung und Lebensmittelkunde, Christian-Albrechts-Universität, Kiel in Moderne Ernährung heute, Nr. 2, Mai 2000

Der Verzehr von Süßigkeiten wird häufig als Ursache des Übergewichts im Kindesalter angesehen. Die Ergebnisse der Kieler Adipositas Präventionsstudie zeigen aber: das alters- und größenbezogene Gewicht ist bei Kindern mit sogenannten optimalen, normalen oder ungünstigen Verzehrsgewohnheiten annähernd gleich.

Auch der Verzehr einzelner ausgewählter Lebensmittel zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen Gruppen von Kindern mit unterschiedlichem Ernährungszustand. Unabhängig von ihrem Körpergewicht verzehren zwischen 20 und 25% der Kinder täglich Süßigkeiten. Bei den übergewichtigen Kindern sind es 20,5% bei den normalgewichtigen Kindern 24,9% und bei den untergewichtigen Kindern 22,7%. Demgegenüber ist der Verzehr von Imbisskost (Fast Food) bei übergewichtigen im Vergleich zu normal- und untergewichtigen Kindern etwas erhöht. Die Gewichtsun-

terschiede von Kindern werden im wesentlichen durch Unterschiede der körperlichen Aktivität (Fernsehkonsum) vor dem Hintergrund sozialer Faktoren (Schulbildung der Eltern) und auch eines möglichen genetischen Risikos (Gewicht der Eltern) erklärt.

Medikamentöse Therapie der Adipositas?

Von den vielen Medikamenten, die bisher in der Adipositas therapie zur Verfügung standen, werden nur noch zwei Substanzen, Orlistat (Xenical) und Sibutramin (Reductil) ernsthaft diskutiert. Schilddrüsenhormon, Amphetamin, Dexfenfluramin und Diuretika sind wegen Wirkungslosigkeit oder wegen erheblicher unerwünschter Nebenwirkungen obsolet.

Bisher sind sieben größere, randomisierte, placebokontrollierte Langzeitstudien mit Orlistat publiziert worden. Alle Patienten waren diätetisch beraten. Ein Bewegungsprogramm oder Verhaltenstraining wurde nur in wenigen Studien angeboten. Die Gewichtsabnahme lag nach einem Jahr in der Verum-Gruppe im Mittel bei 8,9%, in der Placebo-Gruppe bei 5,8% mit unterschiedlicher Signifikanz. Die Abbruchrate schwankte von Studie zu Studie zwischen 25 und 85%. Bis zu 95% litten in der Verumgruppe unter intestinalen Nebenwirkungen. (siehe Tabelle)

Tabelle: Unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei Therapie mit Orlistat bzw. Sibutramin

Orlistat	
Symptom	Häufigkeit
Fettflecken	27 – 37 %
Flatulenz mit Stuhl- abgang	24 – 44 %
Stuhlinkontinenz	8 – 12 %
Stuhl drang	22 – 39 %
Fettige Stühle	20 %

Sibutramin	
Symptom	Häufigkeit
Mundtrockenheit	10 – 26 %
gesteigerter Appetit	14 – 17 %
Obstipation	11 – 18 %
Schlaflosigkeit	9 – 11 %
Schwindel	8 %
Hypertonie	5 %
Tachykardie	4 - 8 %

Auch mit Sibutramin (Reductil) waren Nebenwirkungen bei bis zu 88% der behandelten Patienten zu beobachten. Bis heute liegen leider nur

zwei Langzeitstudien von mindestens einem halben Jahr vor. In der einen Studie wurde nach zwölf Wochen eine Gewichtsreduktion um 6,1 (10 mg) bzw. 7,4 (15 mg) gegenüber 2,7 in der Kontrollgruppe eruiert. In der zweiten Studie war die Gewichtsabnahme am stärksten nach 6 Monaten und stabilisierte sich dann in der Verum-Gruppe bis zum Studienende bei 12,5% des Anfangsgewichts. In der Placebo-Gruppe nahm das Gewicht wieder leicht zu und lag bei Studienende um 6,6% unter dem Ausgangsgewicht. Langzeitbefunde laufender Studien bleiben abzuwarten.

Literatur:

- DER ARZNEIMITTELBRIEF Jahrgang 34, Nr. 2; Februar 2000; 9-14

Ernährungsempfehlungen für die präventive Ernährung

Das Ernährungskomitee (Nutritional Committee) der American Heart Association hat in Zusammenarbeit mit der amerikanischen Krebsgesellschaft, der American Dietetic Association und verschiedenen anderen Institutionen kürzlich eine Zusammenfassung der speziellen Empfehlungen für die Prävention von Arteriosklerose, Krebs, Diabetes und Übergewicht publiziert (Circulation 1999, 100 : 450). Sie fassen unser derzeitiges Wissen über die Bedeutung von Ernährungsfaktoren bei diesen Krankheitsbildern zusammen. Die Zusammenhänge gehen aus der Tabelle hervor:

Tabelle: Klinische und epidemiologische Beziehungen zwischen Nahrungsfaktoren und Erkrankungsrisiken

	Krebs	Arteriosklerose	Adipositas	Diabetes
hohe Kalorienzufuhr	++	+	+	+
hohes Gesamtfett bzw. ges. Fettsäuren	++	+	+	+
hohe Salzzufuhr	++ ^a	+	...	+
niedrige Ballaststoffzufuhr	+	+	...	+
Niedrige Antioxidantien	+	+	...	+

*,erhöhtes Risiko; (...) kein definitiver Zusammenhang; ^a durch gepökelte und konservierte Speisen

Zusammenfassend lautet die Empfehlung wie folgt:

- gesättigte Fettsäuren ≤ 10 kcal %
- Gesamtfett ≤ 30 kcal %
- mehrfach ungesättigte Fettsäuren ≤ 10 kcal %
- einfach ungesättigte Fettsäuren ≤ 15 kcal %
- Cholesterin ≤ 300 mg/Tag
- Kohlenhydrate ≥ 55 kcal %
- Salzzufuhr < 6 g/Tag

Buchbesprechung

Die Ketogene Diät – ketogene Rezepte für eine Diätbehandlung bei Epilepsien im Kindesalter und bei Glukosetransporterdefekt (GTPS = Glucose Transport Protein Syndrome)

Die Ketogene Diät ist eine extrem kohlenhydratarme, eiweißlimitierte, ausgesprochen fettreiche Diät, die zu einer kontrollierten Ketoacidose führt. Dabei wird ein Fettgehalt der Nahrung bis über 80% im Rahmen einer kalorisch knapp bemessenen Kost angestrebt. In einer kontrollierten Studie an 150 Kindern (mit einem mittleren Alter von 5,3 Jahren) hat Freeman kürzlich erneut unter Beweis gestellt, dass diese Diätformen als alternative Therapie für Kinder mit sehr schwer beherrschbarem Anfallsgeschehen zu betrachten sind. Die diätetische Behandlung hat sich als effektiver als manches neue Antikonvulsivum erwiesen und wird von Kindern und Eltern gut akzeptiert. Bestimmte Regeln sind zu beachten: So muss u.a. vor Einleitung durch einen 2 – 5- tägigen Fastenversuch eine ketoazidotische oder auch nicht ketoazidotische Hypoglykämie ausgeschlossen werden (FREEMAN, J.M. et al.: The efficacy of the ketogenic Diet – 1998: A prospective Evaluation of Intervention in 150 children. Pediatrics 102, S. 1358 – 1363, 1998)

Das vorliegende Büchlein von Susanne Reidelbach enthält, nach einer anfänglichen Einführung für den Laien, eine Anleitung zu Rezepten und Rezeptvorschlägen für die ketogene Ernährung. Das Büchlein bietet verschiedene Brot- und Backrezepte, Rezepte für verschiedene Brotaufstriche, Vorschläge für Frühstück, Zwischenmahlzeiten bzw. Desserts (sehr ausführlich), kleine Happen für zwischendurch, verschiedene Suppen mit Beilagen, verschiedene Soßen, Vorschläge für Mittagessen (sehr ausführlich), verschiedene Salate mit Salatsoßen, verschiedene Abendessen sowie verschiedene Flaschennahrungen. Die Rezepte sind abwechslungsreich und erscheinen durch-

weg gut einsetzbar. Für Angehörige wie für Diätassistenten zu empfehlen!

Reha-Verlag, Baumschulenweg 11, 53424 Remagen;
Preis: 40,-- DM

Stress im Alltag? – Süßes schützt!

von Prof. Dr. G. Lehmkuhl, Klinik und Poliklinik f. Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Univ. Köln, in Moderne Medizin heute, Nr. 4 November 1999

Süßigkeiten bzw. süßschmeckende Lebensmittel wirken in Stresssituationen beruhigend – eine alte Weisheit, die ihren Niederschlag sogar in Märchen und Traditionen fand.

Was früher mehr auf der Basis von Erfahrungen angewendet wurde, hat heute eine naturwissenschaftliche Grundlage erhalten: Die Erkenntnisse der modernen Neurophysiologie können den Zusammenhang zwischen Nährstoffen und emotionalen Spannungszuständen erklären. So kann auch die positive resp. beruhigende Wirkung von Süßwaren in Stresssituationen nachgewiesen werden.

Letztendlich gilt: Lebensmittel können bei sensibler Wahrnehmung körpereigener Vorgänge und guter Selbstregulationsfunktion als Therapeutikum eingesetzt werden. Kohlenhydrate beruhigen und entspannen über den Serotoninstoffwechsel, Proteine bauen auf und aktivieren über Tyrosin. Dies erfolgt, da Tyrosin für die Synthese und den Stoffwechsel eines anderen Neurotransmitters (Dopamin) verantwortlich ist.

1. wissenschaftliche Tagung des Berufsverbands Deutscher Ernährungsmediziner

in Zusammenarbeit mit der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin und der Sektion Ernährungsmedizin und Diätetik der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg, 29. – 30. September 2000 in Freiburg

Ernährung und/oder Medikament – Möglichkeiten und Grenzen der Ernährungsmedizin

Programmübersicht:

Adipositas

Wechsler, München

Adipositas im Kindesalter Typ 2 Diabetes	Korsten-Reck , Freiburg Hauner , Düsseldorf
Dyslipoproteinämien	Wolfram , München
Hypertonie	Bönner , Bad Krozingen
Chemoprävention und Krebs – Grundlagen Karzinomprophylaxe – gastrointestinale Tumoren	Biesalski , Stuttgart Scheppach , Würzburg
Ernährungsintervention Gastroenterologie	Burghardt , Würzburg
Ernährungsintervention – Pädiatrie	Heine , Rostock
Ernährungsintervention – Nephrologie	Gretz , Mannheim
Ernährungsintervention – Rehabilitation	B. Kluthe , Bad Rippoldsau
Ernährungsintervention – Onkologie	Zürcher , Freiburg
Ernährungsintervention – Geriatrie	Stähelin , Basel
Ernährungsintervention – Rheumatologie	Adam , München
Rationalisierungsschema 2000 Abschlussdiskussion	R. Kluthe , Freiburg Kasper , Würzburg

Wissenschaftliche Leitung und Programmgestaltung

Prof. Dr. R. **Kluthe**, Freiburg
Prof. Dr. H. **Kasper**, Würzburg
Dr. Gudrun **Zürcher**, Freiburg
Berufsverband Deutscher Ernährungsmediziner
Reichsgrafenstr.

11

79102 Freiburg
Tel: 0761/ 7 89 80
Fax 0761/ 7 20 24
Hörsaal Medizinische Universitätsklinik
79106 Freiburg

Anmeldung:

Veranstaltungsort

Teilnahmegebühren

Mitglieder (DAEM und BDEM)	50,-- DM
Nichtmitglieder	100,-- DM
ÄIP und Assistenzberufe	50,-- DM

Die Teilnahmegebühren sind auf das Konto des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner zu überweisen:

Deutsche Bank Freiburg
BLZ 680 700 30
Konto- Nr. 0 301 374

Veranstaltungen 2000/2001 der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner, der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin, u.a.

Informationen über Telefonnummer: 0761/ 7 89 80 oder
Telefaxnummer: 0761/ 7 20 24

16. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft am 26. – 28. Oktober 2000 in München

Veranstalter: Deutsche Adipositas- Gesellschaft
Kontaktadresse: Sekretariat Prof. Wechsler – Frau Römer

Krankenhaus Barmherzige Brüder
Romanstr. 93
80639 München
Tel.: 089/ 17 97 24 01

Tagungsort: Arabella Sheraton GmbH Hotel, 81925 München

20. Interdisziplinäre Arbeitstagung für Diätassistenten und Ärzte vom 14. – 16. November 2000 in Berlin

Programmübersicht:

- Diabetes mellitus
- Adipositas im Alter
- Ernährungsberatung- Qualifikation- Selbstständigkeit
- Morbus Crohn und Colitis ulcerosa
- Aktuelle Themen

3. Kompaktkurs nach dem 100 stündigen Curriculum der BÄK (inkl. Abschlussseminar Praktikumsphase) vom 22. Februar – 04. März 2001 in den Räumlichkeiten der Reha-Klinik Glotterbad im Glottertal und

4. Kompaktkurs nach dem 100 stündigen Curriculum der BÄK (inkl. Abschlussseminar Praktikumsphase) vom 14. – 24. Juni 2001 in den

Räumlichkeiten der Reha – Klinik Lazariterhof in Bad Krozingen

Programmübersicht:

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

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."

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

Seminarzyklus des Berufsverband Deutscher Ernährungsmediziner in Münster/ Westfalen in Zusammenarbeit mit der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

Seminarzyklus 2001 in Münster:

- Seminarblock 1: Ernährungslehre und ernährungsmedizinische Grundlagen **16.-18.03.2001**
- Seminarblock 2: Adipositas und Dyslipoproteinämien
25.-27.05.2001
- Seminarblock 3: Diabetes mellitus, Hypertonie und Niere
06.-08.07.2001
- Seminarblock 4: Gastroenterologie und künstl. Ernährung.
17.-19.08.2001
- Seminarblock 5: Ausgewählte Kap. und Fall-demonstrationen
05.-07.10.2001

Programmgestaltung und wissenschaftliche Leitung: U. Rabast, Hattingen; R. Kluthe, Freiburg

24. Würzburger Fortbildungsveranstaltung „Ernährungsmediziner und Diätassistenten“ am 07. März 2001

Programmübersicht:

- Leptin und die Regulation des Körpergewichts
- nicht Kurzzeit- sondern Langzeiterfolge sind das Ziel der Adipositas-therapie
- Begründung für die DGE- Empfehlung: 5 X am Tag Obst und Gemüse
- Die Bedeutung des Spurenelements Selen für die Prophylaxe
- Die Bedeutung funktioneller Lebensmittel für die Langzeitbehandlung der Hyperlipoproteinämie

20. Jahrestagung der DGEM am 30/31. März 2001

Auskunft: Prof. Dr. H. Lochs
Schumannstr. 20/21,
10117 Berlin
Tel.: 030/ 28 02 - 20 40
Fax: 030/ 28 02 - 89 78

Erratum

Der Druckfehlerteufel hat uns in der letzten Ausgabe einen Streich gespielt. Es soll bei dem Folsäurebedarf des Erwachsenen natürlich nicht lauten 400 mg, sondern 400 µg. Das gleiche gilt für die Angaben für Schwangere und Stillende: nicht mg sondern µg.

Novemberheft bringt u. a. wesentliche Themen:

- Malnutrition – ein häufig übersehenes Problem
- Energiebedarf - Neu nach D-A-C-H
- Ernährungsmedizinische Diagnostik
- Zum Start des Lehrklinikprojekts
- Diabetesdiät 2000-
- Kompaktkurs der Akademie als Ideallösung
- der 1000. Ernährungsmediziner DAEM/DGEM