

# Der Ernährungsmediziner



**Unabhängiger Informationsdienst**  
Organ des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V.

Jahrgang 2, Nr. 4

November 2000

*Liebe Leserin, Lieber Leser,*

*die erste ordentliche Mitgliederversammlung unseres Berufsverbandes hat im Anschluss an die erste wissenschaftliche Tagung am 30.09.2000 stattgefunden.*

*Es wurden Arbeitsgruppen für die einzelnen Bundesländer, sowohl für den niedergelassenen Bereich, wie auch den Klinikbereich gebildet. Auch für die einzelnen Fachdisziplinen wurden Vertreter benannt. Man kann gespannt sein, welche Reaktionen die ersten Kontaktaufnahmen mit Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und schließlich auch den Kostenträgern haben werden.*

*Jedenfalls ist die Kostensituation im Gesundheitswesen so prekär, dass man an den diversen Einsparmöglichkeiten, die die Förderung der Ernährungsintervention in Prävention und Therapie nach sich ziehen würde, nicht länger vorbeigehen kann.*

*Prof. Dr. med. Reinhold Kluthe*

## In dieser Ausgabe:

1. Erste ordentliche Mitgliederversammlung des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e. V. am 30.09.2000
2. Salzarmes Brot, fettarme Wurst, vermehrte körperliche Aktivität: Hochwirksame KHK-Prophylaxe
3. Strukturierte Adipositas therapie – ein Modell der Zukunft
4. Die zehn neuen Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) im Vergleich mit den alten
5. Lebensmittelkonsum in Deutschland
6. Ernährungsempfehlungen für Diabetiker 2000
7. Wellness statt Askese - Gesunde Ernährung als Wunsch der Bevölkerung - Befunde einer Repräsentativbefragung
8. Kakao inhibiert Plättchenaktivierung und Funktion
9. Reduktion der diabetischen Nephropathie um 55,9% durch spezielle Betreuung
10. Kompaktkurs als Ideallösung
11. Die 1. wissenschaftliche Tagung des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner in Freiburg 29./30.09.2000 (Kurzbericht)

## Erste ordentliche Mitgliederversammlung des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e. V. am 30.09.2000

Prof. U. Rabast, Essen

Am 30.09.2000 fand die erste wissenschaftliche Arbeitstagung des Berufsverbandes mit der Thematik „Ernährung und/oder Medikament“ statt. Die anschließende Mitgliederversammlung erwies sich mit ca. 50 Teilnehmern bei derzeit 300 organisierten Mitgliedern als sehr gut besucht. Einleitend wurde vom 1. Vorsitzenden Prof. Dr. U. Rabast festgehalten, dass der Berufsverband unabhängig von der Industrie arbeitet und die finanzielle Situation gesichert ist. Aufgrund der eben abgeschlossenen Gründungsphase konnte auf eine Entlastung der Vorstandsmitglieder verzichtet werden

Ziel der Versammlung war es, Arbeitsgruppen für die einzelnen Bundesländer für die niedergelassenen Kollegen und für den Klinikbereich zu benennen, sowie Arbeitsgruppen für die einzelnen Fachbereiche zu konstituieren.

Die spontane Bereitschaft der niedergelassenen Kollegen, hier aktiv mitzuarbeiten, war sehr erfreulich. Angesprochen waren vor allem Kollegen, die bereits Kontakte zu Ärztekammern und den kassenärztlichen Vereinigungen haben und hier

die besonderen Interessen der Ernährungsmediziner einbringen sollen. In Einzelverhandlungen soll überprüft werden, inwieweit eine Abrechenbarkeit ernährungsmedizinischer Leistungen gegeben ist.

Bei den Arbeitsgruppen der Klinikärzte waren überwiegend Kollegen in oberärztlicher oder leitender Tätigkeit angesprochen. Diese sollen durch Pressearbeit sowie im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen auf die Belange des Berufsverbandes und der Ernährungsmedizin aufmerksam machen. Verhandlungen mit den Kostenträgern sollen mit dem Ziel durchgeführt werden, die Frage der Abrechenbarkeit ernährungsmedizinischer Leitungen auszuloten.

Da die derzeitige Situation der Ernährungsmedizin in Deutschland unverändert desolat ist (es gibt mehr Lehrstühle für Tierernährung als für Humanernährung) sollte insbesondere im universitären Bereich die Schaffung von C<sub>3</sub>- und C<sub>4</sub>-Positionen angestrebt werden. Erfreulicherweise haben sich eine Reihe namhafter Kollegen auch hier zur aktiven Mitarbeit bereit gefunden.

Eine lebhaft entwickelte sich bei den Vorschlägen zur Bildung der fachspezifischen

Arbeitsgruppen. Vorgesehen sind Arbeitsgruppen für die Bereiche Adipositas, enterale Ernährung, Gastroenterologie, Kardiologie/Hypertonie, Hyperlipoproteinämie, Diabetes mellitus, Nephrologie, Geriatrie und Präventivmedizin. Die fachspezifischen Arbeitsgruppen stellen letztendlich das wissenschaftliche Rückgrat des BDEM im Sinne eines wissenschaftlichen Beirates dar. Die einzelnen fachspezifischen Arbeitsgruppenbeauftragten sind zuständig für evtl. an den Berufsverband herangetragene Anfragen, die Erarbeitung strukturierter Diagnostik- und Therapiemaßnahmen sowie die evtl. Herausgabe von Leitlinien.

Aus dem Auditorium war die Einrichtung einer Arbeitsgruppe Chirurgie gefordert worden. Dem konnte nach intensiver Beratung aufgrund der Struktur der vorliegenden Arbeitsgruppen nicht entsprochen werden, da lediglich ernährungsmedizinisch relevante Teilgebiete Berücksichtigung fanden. Die Aufnahme einer Arbeitsgruppe für Chirurgie hätte verständlicherweise die Berücksichtigung weiterer Gebiete in Form von Arbeitsgruppen erfordert (z.B. Pädiatrie, Gynäkologie, Psychiatrie etc.).

Mit Interesse aufgenommen wurde die Entscheidung des Bundessozialgerichts in Kassel vom 28.06.2000, die Diätberatung als Heilmittel anzuerkennen. Die definitive Umsetzung durch den Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen bleibt abzuwarten. Der Berufsverband der Ernährungsmediziner würde es hier begrüßen, bei einer evtl. Anhörung in Verbindung mit dem Berufsverband der Diätassistenten vertreten zu sein.

Prof. Wechsler stellte ein in München etabliertes Adipositas-Programm vor. Überwiegend ambulant werden hier im Rahmen

eines multimodalen Therapiekonzeptes in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kollegen adipöse Patienten äußerst erfolgreich therapiert.

Nach etwa 1 ½ Stunden wurde die Sitzung geschlossen. Soweit die einzelnen Arbeitsgruppenbeauftragten nicht persönlich ihre Zusage zur Mitarbeit gegeben haben, ist vorgesehen, diese kurzfristig anzuschreiben und um Mitarbeit zu bitten.

## Salzarmes Brot, fettarme Wurst, vermehrte körperliche Aktivität: Hochwirksame KHK-Prophylaxe

Im Rahmen der deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie wurde eine neue dezentralisierte, gemeindenahere Form präventiv orientierter In-

### 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](http://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

tervention getestet. Die 6-Jahresergebnisse wurden im neuesten Heft des European Heart Journal publiziert

Unter dem Motto „Unsere Gemeinde ist auf dem Weg zur Gesundheit“ wurden verschiedenste Gemeindemitglieder zur aktiven Mitarbeit motiviert. Die verschiedenen Interventionsbemühungen waren als sogenannte „Gemeindenaher Verhaltensmedizin“ (CRBM = community related behavioural medicine) in der Deutschen Herz- Kreislauf-Präventionsstudie erprobt worden. Es handelt sich um eine Reihe verschiedener Maßnahmen: im einzelnen um die Verminderung des Salzgehaltes in Brot und Wurstwaren, die Herstellung fettarmer Wurstwaren, Raucherentwöhnungskuren und Bestrebungen zur Erhöhung der körperlichen Aktivität. Laien leisteten hier viel in ihrer Freizeit. Sie wurden unterstützt durch 380 praktische Ärzte der Städte Karlsruhe und Bruchsal.

Im Mittelpunkt der Studie stand die Beobachtung von Blutdruck, Cholesterinspiegel und die Häufigkeit des Übergewichts. Die Veränderungen während und am Ende der Studie wurden durch wiederholte Auswertungen von unabhängigen Proben der Interventionsgruppen und von Kontrollen festgelegt.

Nach 6 Jahren war das überraschende Ergebnis eine Reduktion in den Interventionsgruppen

für die Hypertonie von	-29,0%
für das Rauchen von	-10,0%
für den Cholesterinspiegel von	- 8,1%
für die Übergewichtshäufigkeit	0%

**Literatur:**

SCHEUERMANN ET AL.: European Heart Journal 21, 1591-1597, (2000)

**Strukturierte Adipositas-Therapie – Ein Modell für die Zukunft**

Im Hinblick auf die notwendige Verbesserung der Langzeitergebnisse der Adipositas-Therapie wird ein leitlinienorientiertes, strukturiertes Konzept mit verschiedenen unterschiedlichen Therapieansätzen präsentiert.

Das Konzept besteht aus einem ambulanten interdisziplinären Programm (Optifast-Programm) und aus einem stationären intensivierten Programm mit modifiziertem Fasten für Hochrisikopatienten. Für Patienten mit Indikation zu einer ope-

rativen Adipositas-Therapie besteht die Möglichkeit der laparoskopischen Bandimplantation (elastisches Banding nach Kuzmak). Die ambulante Nachbetreuung erfolgt über ein Praxisnetz mit Schwerpunktpraxen Adipositas/Ernährungsmedizin. Dabei ist der spezielle Schwerpunkt Ernährungsmedizin in das Konzept der Lehrkliniken der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin eingebunden.

**Literatur:**

J. G. WECHSLER ET AL.: Akt. Ernährungsmedizin 25, 209-215, (2000)

**Die 10 neuen Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) im Vergleich mit den alten**

	<b>alt<sup>1</sup>:</b>	<b>neu<sup>2</sup>:</b>
Regel 1	Vielseitig – aber nicht zuviel	Vielseitig essen
Regel 2	Weniger Fett und fettreiche Lebensmittel	Getreideprodukte mehrmals am Tag und reichlich Kartoffeln
Regel 3	Würzig, aber nicht salzig	Gemüse und Obst – Nimm „5“ am Tag
Regel 4	Wenig Süßes	Täglich Milch und Milchprodukte, einmal in der Woche Fisch, Fleisch Wurstwaren sowie Eier
Regel 5	Mehr Vollkornprodukte	Wenig Fett und fettreiche Lebensmittel
Regel 6	Reichlich Gemüse, Kartoffeln und Obst	Zucker und Salz in Maßen
Regel 7	Weniger tierisches Eiweiß	Reichlich Flüssigkeit
Regel 8	Trinken mit Verstand	Schmackhaft und schonend zubereiten
Regel 9	Öfters kleine Mahlzeiten	Nehmen Sie sich Zeit, genießen Sie Ihr Essen
Regel 10	Schmackhaft und schonend zubereiten	Achten Sie auf Ihr Wunschgewicht und bleiben Sie in Bewegung

**Literatur:**

- 1: Vollwertig essen und trinken nach den Regeln der DGE, Ausgabe 1989
- 2: Ernährungsumschau 47, 309-310 (2000)

## Lebensmittelkonsum in Deutschland

Als Teil des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 wurde von Ende 1997 bis Anfang 1999 erstmalig für Gesamtdeutschland ein umfangreicher Ernährungssurvey durchgeführt. Als erster Eindruck des aktuellen Ernährungsverhaltens wird die Lebensmittelaufnahme nach Alter und Geschlecht dargestellt. In den letzten Jahren scheint sich die Auswahl der Lebensmittel in eine aus gesundheitlicher Sicht günstige Richtung entwickelt zu haben. Männer nehmen generell größere Mengen an Lebensmitteln zu sich. Jedoch verzehren Frauen mehr Obst und anteilmäßig an der Gesamtlebensmittelaufnahme mehr Gemüse als Männer. Die Empfehlungen der DGE, täglich mindestens 650 Gramm Obst und Gemüse zu verzehren, erfüllen jedoch lediglich 25 bis 40% der Bevölkerung (je nach Altersklasse).

### Literatur:

MENSINK ET AL.; Ernährungsumschau 47, 328 - 332 (2000)

## Ernährungsempfehlungen für Diabetiker 2000

Stellungnahme der Diabetes and Nutrition Study Group (DSNG) of the European Association for the Study of Diabetes (EASD) 2000 und des Ausschusses Ernährung der Deutschen Diabetesgesellschaft

Die Ernährungstherapie des Diabetikers strebt eine Optimierung der Glykämie und der diversen diabetesassoziierten Risikofaktoren an. Sie dient darüber hinaus der Prävention und Behandlung der komplizierenden Nephropathie. Dabei sollte die Lebensqualität jedes Diabetikers individuell berücksichtigt werden. Dieses Prinzip ist bei der Erstellung von Ernährungsprogrammen voll Rechnung zu tragen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Bedarf des Einzelnen sich im Verlauf der Erkrankung ändern kann.

Einige wichtige Statements seien hier angeführt:

### Gesamtenergieaufnahme und Körpergewicht

Detaillierte Empfehlungen sind erforderlich, wenn es um das Körpergewicht außerhalb des Bereiches 18,5 – 25 BMI liegt. Es ist beachtenswert, dass schon eine moderate Gewichtsabnahme bei Übergewicht die glykämische Kontrolle günstig beeinflusst. Ein realistisches Ziel bei deutlichem Übergewicht kann die Reduktion des Körpergewichts von 10 kg in 3 – 6 Monaten sein. Grund-

sätzlich sollten täglich wenigstens 500 kcal eingespart werden.

### Körperliche Aktivität

Die diätetische Beratung sollte auch die körperliche Aktivität berücksichtigen. Diese vermag die Glucosetoleranz zu verbessern, die Serumlipidwerte günstig zu beeinflussen, die Gewichtskontrolle zu erleichtern und die Muskelmasse zu stabilisieren.

### Fettzufuhr (in % der Energie)

Gesättigte Fettsäuren: unter 10 %

Mehrfach ungesättigte Fettsäuren: nicht über 10 %

Einfach ungesättigte Fettsäuren plus Kohlenhydrate 60 – 70 %

Cholesterin < 300 mg/Tag

### Kohlenhydratzufuhr

Bevorzugung ballaststoffreicher Lebensmittel. Besonders empfehlenswert sind Gemüse, Hülsenfrüchte, Obst und Getreideprodukte.

Wenn erwünscht, lässt sich eine moderate Aufnahme von Zucker (Saccharose) bis zu 10 % der Gesamtenergie voll vertreten.

### Eiweißzufuhr

Zwischen 10 und 20 % der Energiezufuhr.

Bei beginnender Nephropathie Einschränkung der Eiweißzufuhr auf 0,8 g/kg KG. Bei manifester Nephropathie wird die Zufuhr von 0,6 g /kg KG als obere Grenze angesehen.

### Vitamine

Der Verzehr von Lebensmitteln, die natürlicherweise reichlich antioxidative Nährstoffe wie Tocopherole, Carotinoide, Vitamin C und Flavonoide enthalten, soll gefördert werden.

### Mineralstoffe

Kochsalzzufuhr auf maximal 6 g begrenzen.

### Alkohol

Die Zufuhr ist auf maximal 15 g/Tag für die Frau und 30 g/Tag für den Mann zu begrenzen.

## Diabetikerprodukte

Für die Empfehlung zum Verzehr spezieller Diabetikerprodukte findet sich keine rationale Begründung.

### Literatur:

Ernährungsumschau 47, 182 - 186 (2000)

## Wellness statt Askese: Gesunde Ernährung als Wunsch der Bevölkerung – Befunde einer Repräsentativumfrage

Dass Gesundheit und Wohlbefinden eng mit der Ernährung korreliert sind, ist für den Experten klar. Eine interessante Studie untersuchte, was die Bevölkerung darüber denkt.

Diese repräsentative Studie, die das Institut für Demoskopie Allensbach für die Nestlé Deutschland AG durchgeführt hat, beruht auf einer bundesweiten Befragung von 4262 erwachsenen Deutschen. Dabei ergab sich überraschenderweise folgendes: Die Deutschen sehen in gesunder Ernährung einen Schlüsselfaktor für ihre Gesundheit. In der Bevölkerung herrscht große Einigkeit, dass gesunde Ernährung neben frischen Zutaten fettarm und abwechslungsreich zu essen heißt. Diese Vorstellung stimmen mit denen der Ernährungswissenschaft überein. Der Verbraucher will jedoch alles und das möglichst gleichzeitig, nämlich Gesundheit, Genuss und Convenience. Auch beim Essen steht die Lebensfreude hoch im Kurs. Was nicht auf einmal geht, sollen Abwechslung und Vielfalt bringen. Die Verwirklichung einer gesunden Ernährung fällt allerdings oft schwer. Ideal und Realität weichen nicht selten voneinander ab. Gesunde Ernährung will man im Alltag verwirklichen und erwartet dazu ein passendes Warenangebot in seinem Stammgeschäft. Dieses Angebot soll den gesundheitlichen Vorteil auf der Packung gut und verständlich erkennen lassen.

### Literatur:

NIEDERMANN ET AL.; Ernährungsumschau 47, 177 - 181 (2000)

## Kakao inhibiert Plättchenaktivierung und -funktion

Es wurde eine Studie an 30 gesunden Probanden mit dem Ziel durchgeführt nachzuweisen, ob der Konsum eines polyphenolreichen Kakaotrunks die Blutplättchenaktivierung und die primäre Hämosta-

se beeinflusst. Der Konsum des Kakaotrunks supprimierte die ADP- oder Epinephrin-stimulierte Plättchenaktivierung und die Plättchenmikropartikelbildung.

Somit hat Kakaogenuss einen Aspirin-ähnlichen Effekt auf die primäre Hämostase.

### Literatur:

REIN ET AL.; Am. J. Clin. Nutr. 72, 30 - 35 (2000)

## Reduktion der diabetischen Nephropathie um 55,9% durch spezielle Betreuung

Anhand von 589 Verläufen von Patienten mit Typ 2 Diabetes wurden die Kurzzeiteffekte des sogenannten „Proteinuric Screening and Intervention“ – Projekts (PROSIT) evaluiert.

Hierbei erfolgt ein Nephropathie-Screening und eine strukturierte Intervention zur Verbesserung der Blutzucker- und Blutdruckregulation.

PROSIT führte zu einer Verbesserung der Lebenserwartung mit Reduktion der Lebenszeitkosten. Die kumulierte Ereignishäufigkeit der Makroalbuminurie wurde um 30,5%, die der terminalen Niereninsuffizienz um 55,9% gesenkt.

PROSIT ist gegenüber der Standardbetreuung im Gesundheitsökonomischen von großem Vorteil. Die Früherkennung einer Albuminurie sowie das Einleiten einer multifaktoriellen Behandlungsstrategie ermöglicht es, das Fortschreiten zur terminalen Niereninsuffizienz aufzuhalten. Neben dem klinischen Nutzen könnten dem Gesundheitssystem durch vermiedene Dialysen und Transplantationen jährliche Kosten in Milliardenhöhe erspart bleiben.

### Literatur:

GOZZOLI ET AL.; DMW 125, 1154 - 1159 (2000)

## Kompaktkurs als Ideallösung

Der 2. Kompaktkurs nach dem Curriculum der Bundesärztekammer ging am Sonntag den 22. Oktober 2000 im Rehasentrum Glotterbad bei Freiburg zu ende. Die Teilnehmer hatten Gelegenheit, in 11 Tagen (von Donnerstag, den 12. Oktober bis Sonntag, den 22. Oktober) den 100 Stundenkurs in Ernährungsmedizin zu absolvieren. Das Seminar wurde zum ersten Mal vom Berufsverband Deutscher Ernährungsmediziner in Zusammenarbeit mit der Akademie für Ernährungsmedizin organisiert. Die wissenschaftliche Leitung lag bei Prof. Kluthe, Prof.

Kasper und Prof. Rabast. Insgesamt kamen 60 Referenten zum Einsatz. Am Ende des Seminars gab es von den 139 Teilnehmern viel Lob und Blumenbesuche. Den größten (immensen) Strauß erhielt Frau Dr. Zürcher für unermüden Einsatz (5 Vorträge, 3 Gruppenbeiträge und 1 Vorsitz) und vollendete Performance.

Wie bei dem ersten Kompaktkurs im März 2000 an gleicher Stelle ergaben sich viele Vorteile gegenüber den 5 zweitägigen Einzelkursen. Insbesondere die zusammenhängende Abhandlung der vielfältigen Aspekte der Ernährungsmedizin hinterließ einen nachhaltigen Eindruck.

Die nächsten beiden Kompaktseminare werden im Februar 2001 (Veranstalter: Berufsverband Deutscher Ernährungsmediziner e. V. (BDEM), Veranstaltungsort: Rehasentrum Glotterbad, Chefarzt: Prof. Dr. Herrmann) und im Juni 2001 (Veranstalter: Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin, Veranstaltungsort: Klinikum Lazariterhof Bad Krozingen, Chefarzt: Prof. Dr. Bönner) stattfinden.

## Die 1. Wissenschaftliche Tagung des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner in Freiburg 29./30.09.2000 (Kurzbericht)

Die 1. wissenschaftliche Tagung des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner hatte sich zum Ziel gesetzt, die aktuellen Möglichkeiten der Ernährungstherapie kritisch zu beleuchten. Dabei wurde diskutiert, bei welchen Erkrankungen bzw. Krankheitsstadien eine Ernährungstherapie alleine infrage kommt und unter welchen Umständen Medikamente in Konkurrenz zur Diättherapie alternativ oder unterstützend hinreichend belegt Anwendung finden sollten.

Im Mittelpunkt der Vorträge und Diskussion standen Adipositas (Wechsler, München; Korsten-Reck, Freiburg), Dyslipoproteinämien (Wolfram, München), Hypertonie (Bönner, Bad Krozingen), Karzinomerkrankungen (Biesalski, Stuttgart; Scheppach, Würzburg; Zürcher, Freiburg), Ernährungsintervention – Gastroenterologie (Burghardt, Würzburg) Pädiatrie (Heine, Rostock), Nephrologie (Gretz, Mannheim), Geriatric (Stähelin, Basel), Rheumatologie (Adam, München) und Rehabilitation (B. Kluthe, Rippoldsau).

Die Tagung hatte bewusst – wie Kluthe einleitend betonte – auf finanzielle Unterstützung der Pharmaindustrie auf der einen und der Ernährungsindustrie auf der anderen Seite verzichtet. Sie trug damit den immer häufiger geäußerten Bedenken auch aus dem Ärztstand Rechnung, die

auf das zunehmende Ausmaß der Einflussnahme vor allem von Pharmafirmen auf die medizinische Bildung und Fortbildung hinweisen. Man war dem Bestreben gefolgt, die Integrität der kontinuierlichen ärztlichen Fortbildung ohne finanzielle Unterstützung zu gestalten, wie u.a. im jüngsten Editorial vom „Lancet“ vom 2. September ds. Jahres zum Ausdruck gebracht (Editorial 2000). Hier wird mit Nachdruck gefordert, die Integrität des Lernprozesses in der kontinuierlichen ärztlichen Fortbildung durch eigene Unkostenübernahme zu gewährleisten, wie das bei vielen anderen Berufen üblich ist. So legten wir auch bewusst Wert darauf, dass der Berufsverband und seine Zeitschrift „Der Ernährungsmediziner“ industriunabhängig sind.

Das Thema „Ernährung und/oder Medikament“ verpflichtet in besonderem Maße zu solchen Überlegungen, ist doch ein wesentlicher Teil der Thematik von vorneherein mit einer von der Diätetik her gesehenen Wichtung der Therapie zugunsten der medikamentösen Therapie belastet. Diese Übergewichtung gilt in besonderem Maße für den Typ 2 Diabetes, die Hypertonie und Dyslipoproteinämien, in zunehmendem Maße aber jetzt auch für die Adipositas. Auch die kostenintensive Konkurrenz der Dialysetherapie gegenüber der konservativen diätetischen Therapie in fortgeschrittenem Stadium der chronischen Niereninsuffizienz sei hier erwähnt. Es sei gerade hierauf besonders hingewiesen, da wir genaue Daten darüber besitzen, wie die Dialysekosten die Allgemeinheit belasten, während wir auf der anderen Seite das Know How haben, die konservative Therapie vor der Dialyse optimal zu gestalten. Ein Jahr Dialyse ist mit allem drum und dran mit rund DM 100.000,- anzusetzen. Bei 80.000 Dialysepatienten (derzeit Schätzwert für Deutschland) bedeutet eine Verzögerung der Dialyse um 1 Jahr dann 8 Milliarden, eine unvorstellbar hohe Summe. Und ein Jahr Dialyseverschiebung ist eine Zeit, die wie die große amerikanische MDRD-Studie (Modification of Diet in Renal Disease) gezeigt hat, schon mit mäßiger Eiweißschränkung erreicht werden kann. Wenn man eine mittlere Überlebenszeit der Patienten von 10 Jahren rechnet, sind das pro Jahr 800.000.000 Mark. Dazu kommt, dass die Dialysetherapie immer häufiger wird, in erster Linie durch die epidemische Zunahme des Typ 2 Diabetes. Diese beiden Fakten machen eine systematische Aktivierung der diätetischen Möglichkeiten zu einem Muss. Wenn nach aktuellen Rechnungen 5 – 6% der Bevölkerung an Typ 2 Diabetes leiden und 30 – 40% derzeit eine Nephropathie bekommen, wird auch die Notwendigkeit einer systematischen diätetischen Therapie des Diabetes klar.

Die konservative Therapie der chronischen Niereninsuffizienz ist in Deutschland nie populär gewesen. Daran hat sich bis heute nichts geändert. Im Gegenteil, Frühdialyse ist im Zeitalter moderner Dialysetechnik allgemein üblich geworden. Es ist kein Einzelfall, sondern ein Zeichen für die Gesamtsituation und -auffassung, wenn ein führender deutscher Nephrologe in Heft 4 der Zeitschrift „Dialyse aktuell“ die Situation vor der explosionsartigen Entwicklung der Dialysetherapie folgendermaßen beschreibt:

„Vor der Dialyse wurde eine eiweißarme Kost (Kartoffel – Ei – Diät) verabreicht, unter der wegen ungenügender Nahrungsaufnahme (urämische Anorexie) erniedrigte Serumharnstoff- und Kreatininwerte (Muskelschwund) erzielt wurden, was damals als Besserung der Nierenfunktion gedeutet wurde.“

In der Tat gibt es viele solcher Beobachtungen und Berichte. Aber diese Mangelsymptome traten nicht wegen der Diät auf, sondern weil die Diät nicht kontrolliert flankiert durch entsprechende diätetische Führung realisiert wurde. Die Diätkontrolle erwies sich in mehreren Studien als das A und O.

Deutlich anders gelagert als in der Nephrologie erweisen sich die Ernährungsinterventionen bei den großen Stoffwechselstörungen, der Adipositas, Typ 2 Diabetes, Dyslipoproteinämien und der Hypertonie. Während die Ernährungsintervention bei chronischer Niereninsuffizienz das Ziel verfolgt, durch adäquate Diätetik die urämische Symptomatik zu unterdrücken und die Progression der Erkrankung zu verlangsamen, unternimmt die Ernährungstherapie bei den Stoffwechselkrankheiten den Versuch, das Rad soweit wie möglich zurückzudrehen und unter Umständen zumindest ein symptomarmes Latenzstadium zu erreichen. Dabei sind sowohl die Fragen, ob überhaupt und wann ein Medikament eingesetzt wird bzw. eingesetzt werden muss, in manchen Fällen äußerst strittig. Dem Arzt verbleibt hier ein großer Spielraum. Im Einzelfall obliegt das Vorgehen seiner individuellen Entscheidung. Es war das Ziel dieser Tagung, über alle Möglichkeiten aufzuklären, um eine Entscheidungshilfe für das therapeutische Vorgehen bei den wichtigen ernährungsabhängigen Erkrankungen zu geben.

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

**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 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."

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

**Seminarzyklus der 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 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 Falldemonstrationen  
**05.-07.10.2001**

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

Auskunft und Anmeldung bei:  
Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin  
Reichsgrafenstr. 11  
79102 Freiburg  
Tel.: 0761/ 7 89 80  
Fax: 0761/ 7 20 24

**24. Würzburger Fortbildungsveranstaltung über Ernährungsmedizin und Diätetik 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

Leitung: Prof. Dr. med. H. Kasper, Würzburg  
Prof. Dr. med. W. Scheppach, Würzburg  
Monika Wild, EMB, Würzburg  
Tagungsort: Mainfrankensäle  
Veitshöchheim/Würzburg  
Veranstalter: Staatliche Berufsfachschule für Diätassistenten an der Universität Würzburg in Zusammenarbeit mit der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin  
Auskunft: Monika Wild, Staatliche Berufsfachschule für Diätassistenten  
Reisgrubengasse 10  
97070 Würzburg  
Tel. 0931/ 35 29 - 311, Fax: 0931/ 35 29

**20. gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) und der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (AKE) am 30/31. März 2001**

**DGEM-Symposium Ernährung 2001 Ernährung und Onkologie**

Themenschwerpunkte: Therapieziel in der Ernährungsmedizin bei Tumorpatienten; Ernährung und Kanzerogenese; Einfluss der Tumorerkrankung auf den Wirtsstoffwechsel; Stärkung der Tumorbwehr: Bedeutung der Immunonutrition und Antioxidantien; Techniken der Ernährungstherapie bei Tumorpatienten; Welche Optionen: „Krebsdiäten“, Ernährungsberatung, enterale Diäten; Patientenorientierung: Bedeutung Ernährungsteam, Bedürfnisse des Patienten; Bedeutung der Ernährung in der Primär- und Sekundärprophylaxe; Tumorkachexie und Mangelernährung; Therapiestrategien.

Leitung: Prof. Dr. H. Lochs  
Tagungsort: Berlin  
Auskunft: Kongressekretariat:  
Prof. Dr. H. Lochs  
Universitäts-Klinik für Chirurgie,  
Forschungslabor  
Schumannstr. 20/21,  
10117 Berlin  
Tel.: 030/ 28 02 - 20 40  
Fax: 030/ 28 02 - 89 78  
Email: ernahrung2001@chari-

te.de