

Der Ernährungsmediziner



Unabhängiger Informationsdienst
Organ des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V.

Jahrgang 3, Nr. 2

Mai 2001

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Schaffung von klinischen Ausbildungszentren für Ernährungsmedizin und die zunehmende Zahl von Ernährungsmedizinerinnen und ernährungsmedizinisch orientierten Praxen ist von großer Bedeutung für unseren Berufsverband. Dies lässt eine engere Verzahnung von Berufsverband und unserer Zeitschrift als Organ des Berufsverbandes angezeigt erscheinen. Dies ist der engere Grund für personellen Wechsel in der Schriftleitung. Ab sofort fungieren Prof. U. Rabast als Vorsitzender des Berufsverbandes und Dr. Bertil Kluthe, Oberarzt an der Modellklinik Bad Rippoldsau als Mitglieder der Schriftleitung. Um die neuen Mitglieder von Anfang ihrer Tätigkeit an in die Belange der Zeitschrift aktiv einzuschalten, wird das nächste Heft, das August-Heft 2001, von einem der neuen Co-Editoren gestaltet.

Prof. Dr. med. Reinhold Kluthe

In dieser Ausgabe:

- **Besondere Aspekte der Akutkliniken im Modellprojekt „Klinische Ernährungsmedizin“**
- **Besondere Aspekte der Rehazentren im Modellprojekt „Klinische Ernährungsmedizin“**
- **Eurodiet**
- **Antioxidantien und Ernährung und Arteriosklerose**
- **Else-Kröner-Fresenius-Zentrum für Ernährungsmedizin geplant**
- **Inhalation humanen Insulins bei Patienten mit Typ 2 Diabetes mellitus**
- **Beziehung zwischen dem Genuss von zuckerhaltigen süßen Drinks und Adipositas im Kindesalter. – Eine prospektive Studie**
- **Risiken der Jodprophylaxe?**
- **Informationsbedarf des Patienten mitentscheidend für die Angaben auf dem Praxisschild**
- **Buchbesprechung: Antidiabetika – Diabetes mellitus und Pharmakologie**
- **Die 2. wissenschaftliche Tagung des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner in Erlangen 28./29.09.2001 (Vorschau)**

Besondere Aspekte der Akutkliniken im Modellprojekt „Klinische Ernährungsmedizin“¹

Prof. Dr. med. J. G. Wechsler, München

Von Hippokrates (460-370 v. Chr.) stammt der Satz „Nahrung ist Medizin“. In den Aphorismen schreibt er: „Lass die Nahrung deine Medizin sein und Medizin deine Nahrung“. Hildegard von Bingen (1090-1179) wusste, „wenn ein Mensch zu fettes Fleisch und anderes Essen oder zu blutreiche Speisen isst, wird er davon eher krank als gesund“. Auch Sebastian Kneipp (1821-1897) war ein überzeugter Verfechter einer fettarmen naturbelassenen Ernährungsweise.

Die moderne Ernährungsmedizin kommt heute zu gleichen Erkenntnissen und kann diese wissenschaftlich begründen. So kann eine fettarme, relativ kohlenhydratreiche Ernährungsweise Übergewicht beseitigen, erhöhte Blutfette senken, eine Blutzucker-Stoffwechselstörung verbessern, und sogar arteriosklerotische Veränderungen zurückbilden. Zahlreiche Erkrankungen sind durch eine vernünftige Ernährungsweise vermeidbar. Unseren maroden Krankenkassen könnten Milliarden unsinniger Krankheitskosten erspart werden. Nicht zuletzt natürlich auch dem Versicherten. Von der Lebensqualität des Betroffenen ganz zu schweigen. Diese würde sich dadurch drama-

¹ Beitrag zum Presseseminar der Akademie in München 02.04.2001

tisch verbessern. Leider sieht die Realität in unseren Krankenhäusern ganz anders aus. Umfragen haben gezeigt, dass in deutschen Krankenhäusern die Ernährung für Patienten aber auch für Mitarbeiter zuviel Kalorien, zuviel Fett und zuviel Kochsalz enthält. Die Empfehlungen der Fachgesellschaften werden nicht eingehalten, weil Fett am billigsten ist und weil sich auch mit einfachen Kenntnissen Fett als Geschmacksträger gut nutzen lässt.

Wichtige Erkenntnisse der Ernährungsmedizin werden in deutschen Krankenhäusern nicht ausreichend umgesetzt. Dies heißt, wesentliche Bestandteile der Ernährung fehlen wie Jod, Kalium, Magnesium, Spurenelemente sowie Antioxidantien. Insbesondere fehlen Ballaststoffe und komplexe Kohlenhydrate, die in Form von Gemüse und Obst neben Antioxidantien auch sekundäre Pflanzenstoffe zur Verfügung stellen. Als Argument gegen eine vernünftige Ernährungsweise im Krankenhaus wird häufig vorgebracht, dass die Verweildauer zu kurz sei und eine Ernährungsumstellung

nicht lohne. Weiterhin wird vorgebracht, dass der Patient ja krank sei und deswegen „gut“ ernährt werden müsse. Auch bei einer durchschnittlichen Krankenhaus-Aufenthaltsdauer von 10 Tagen kann die Ernährung Vorbildcharakter haben und den ersten Schritt einer Lifestyle-Modifikation darstellen. Der zunehmende Kostendruck im Gesundheitswesen muss auch bezüglich der Ernährung berücksichtigt werden. Eine vernünftige Diätetik und Ernährung spart nicht nur Krankheitsfolgekosten, sondern ist auch in der Herstellung nicht teurer. Auch ein chirurgischer Patient mit Schenkelhalsfraktur oder Gallenblasenoperation weist, wie der Durchschnitt der bundesdeutschen Krankenhausinsassen, einen erhöhten Blutdruck, erhöhte Blutfette, einen Diabetes Typ 2 und eine Fettleber-Hepatitis auf.

Auch Spezialfächer wie die Urologie und die Orthopädie müssen in zunehmendem Maße einer vernünftigen Ernährungsweise Rechnung tragen. Die Erkenntnisse der Wissenschaft zeigen eindeutig, dass Krebserkrankungen wie z.B. das häufige Prostata-Karzinom durch bestimmte Ernährungsweisen verzögert werden können.

In der Inneren Medizin spielt die Ernährung naturgemäß eine

größere Rolle, so dass dieses Fach eine Vorreiter-Rolle einnimmt. Die Compliance der Patienten kann durch regelmäßige Information und Aufklärung verbessert werden. Eine Ernährungsberatung muss in Akutkliniken zur Verfügung stehen.

Naturgemäß müssen sich Akutkliniken mit kurzer Verweildauer der Ernährung unter anderen Gesichtspunkten widmen als Rehakliniken. Im Vordergrund stehen Tumorerkrankungen, Niereninsuffizienz einschließlich Dialyse, entzündliche Darmerkrankungen, akute Entzündungen der Bauchspeicheldrüse, Mangel- und Fehlernährung älterer Menschen sowie die Ernährung bei Infektionskrankheiten. In der Akut- und Intensivmedizin hat auch die enterale Ernährung mit Formuladiäten aber auch die parenterale Ernährung große Bedeutung. Natürlich dürfen auch die Akut-

Impressum

Schriftleitung

Editor: Reinhold Kluthe, Freiburg
Co - Editoren: Heinrich Kasper, Würzburg
Bertil Kluthe, Bad Rippoldsau
Udo Rabast, Hattingen

Redaktion

Renate Bogenrieder
Dipl. oecotroph. Anne Weingard

Verlag

Akademie - Verlag
Reichsgrafenstr. 11, 79102 Freiburg
Tel.: 0761/ 7 89 80
Fax.: 0761/ 7 20 24
email: info@daem.de
Internet: www.daem.de

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

kliniken nicht die ernährungsmedizinischen Erkenntnisse bei eher chronischen Krankheitsbildern wie Diabetes mellitus, essentieller Hypertonie, Hyperlipoproteinämien, Hyperurikämie und last but not least Übergewicht bzw. Adipositas vernachlässigen.

Zunehmend entstehen auch für die Ernährungsmedizin Standards und Leitlinien. Basis muss eine evidenz-basierte Medizin (EBM) sein. Der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin ist besonders zu danken für die Initiative an Krankenhäusern die klinische Ernährung in Form von Lehrklinikprojekten zu verbessern.

Die vorgegebenen Standards für solche Lehrkliniken machen Mut, dass es bald gelingen wird, auf dem Gebiet der Ernährung Fortschritte zu erzielen.

Seit fast 500 Jahren gibt es, ausgehend vom Ordensgründer, dem Heiligen Johannes von Gott, die Krankenhäuser der Barmherzigen Brüder. Mit ihrer Gründung hatten diese Krankenhäuser weitreichende Reformen ausgelöst. Die Reformgrundsätze im Mittelalter waren:

Jedem Kranken sein Bett, getrennte Krankenstationen, Spezialbehandlung der Geisteskranken, Aufnahme aller Armen und Kranken ohne Unterschiede der Religion, Nation und Rasse und Behandlung des ganzen Menschen von Leib und Seele. Dabei spielte die Ernährung eine wichtige Rolle. So schrieb die Ordenskonstitution vor „Wenn der Medikus kommt, sollen alle Krankenwärter mit dem Apotheker und Barbierer all da bei der Untersuchung erscheinen. Ein jeder von ihnen wird sein Buch haben, worein er alles deutlich aufschreibe, was der Medikus nicht allein wegen Speise und Trank, sondern auch wegen deren Arzneien verordnen wird.“ Bereits damals hat sich der Arzt also um die Ernährung gekümmert. In deutschen Krankenhäusern ist dieser Aspekt weitgehend verlorengegangen.

Neuerdings ist durch die Ernennung ernährungsbeauftragter Ärzte und den Ausbau des Faches Ernährungsmedizin auf diesem Gebiet Bewegung entstanden. So sind bereits jetzt im Krankenhaus Barmherzige Brüder in München vier ausgebildete Ernährungsmediziner neben Ökotrophologen und Diätassistentinnen tätig. Die kluge Weitsicht von Krankenhausleitungen wird es ermöglichen, dass die Ernährungsmedizin in deutschen Krankenhäusern wieder

den Stellenwert bekommt, den sie im Interesse unserer Patienten benötigt.

Besondere Aspekte der Rehasentren im Modellprojekt "Klinische Ernährungsmedizin"²

Dr. med. B. Kluthe, Bad Rippoldsau

Erklärtes Ziel der medizinischen Rehabilitation ist die ganzheitliche Therapie von organischen und psychischen Funktionseinschränkungen, die die Gesundheit gefährden und das Leben im sozialen Umfeld, in Familie und Beruf beeinträchtigen können. Im Mittelpunkt einer Rehabilitationsmaßnahme steht daher die Motivation zur aktiven Krankheitsbewältigung und der Anstoß zur Bildung eines eigenverantwortlichen Gesundheitsbewusstseins („Empowerment“).

Derzeitige Situation an Rehabilitationskliniken

Durch die veränderte Altersstruktur sehen wir uns heute mit einer drastischen Zunahme von chronischen Erkrankungen konfrontiert, die sich im Patientengut von Rehabilitationskliniken in besonderem Maße widerspiegelt. Da viele dieser Krankheiten ihre Ursache in einer Fehl- bzw. Überernährung haben, kommt der Ernährungstherapie eine zentrale Bedeutung zu. Sie kann darüber hinaus in idealer Weise in das ganzheitlich biopsychosoziale Behandlungskonzept einer Rehabilitationsmaßnahme integriert werden.

Die im Vergleich zu Akutkliniken deutlich längere Verweildauer (3-4 Wochen) und die häufig sehr hohe Motivation der Patienten aufgrund eines nur kurz zurückliegenden einschneidenden Krankheitsereignisses (wie z.B. einem Herzinfarkt) bieten die besten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Ernährungstherapie als zentraler Baustein einer langfristigen Lebensstiländerung.

Der Ernährungspraxis in Rehabilitationskliniken kommt daher eine besondere Vorbildfunktion in Bezug auf ihren Gesundheitswert

² Beitrag zum Presseseminar der Akademie in München 02.04.2001

zu, sie entspricht jedoch häufig weder qualitativ noch quantitativ den Vorgaben, die von den Fachgesellschaften („Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr“ [DGE] bzw. „Rationalisierungsschema“ [DAEM/DGEM]) für die Gemeinschaftsverpflegung formuliert worden

strukturell

- definierte Organisationsstruktur mit Zuständigkeitsbereichen
- qualitative und quantitative Ausstattung an Beratungskräften
- räumliche Voraussetzungen
- logistische und apparative Ausstattung

inhaltlich

- wissenschaftlich gesicherte Diätformen
- Kostformkatalog - Berechnung von Vollkost und Diäten
- indikationsbezogene Schulungsprogramme mit Curriculum
- regelmäßige Qualitätssicherung

perspektivisch

- regelmäßige Mitarbeiterfortbildung

sind. Im Gegensatz zu vielen Akutkliniken sind in Rehabilitationskliniken die erforderlichen strukturellen Voraussetzungen (personell, räumlich, zeitlich) in der Regel jedoch vorhanden und müssen nur sinnvoll eingesetzt bzw. konsequent genutzt werden.

Projekt „Modellklinik für Ernährungsmedizin“

Die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin hat daher vor 4 Jahren an der Klinik Bad Rippoldsau ein Modellprojekt ins Leben gerufen, in dem eine qualitätsgesicherte Ernährungstherapie (unter Berücksichtigung der Richtlinien für die Ernährung in Rehabilitationskliniken der BfA) durchgeführt und evaluiert werden sollte. Die strukturellen, inhaltlichen und perspektivischen Vorgaben für die Ernährungstherapie wurden dabei in einem 12-Punkte Programm definiert (s. Tabelle 1), um einen standardisierten Transfer des Modellprojektes auf andere Kliniken zu ermöglichen.

An zentraler Stelle steht dabei das Organigramm, in dem die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeitsbereiche der in die Ernährungs-

therapie involvierten Mitarbeiter genau festgelegt wird. An der Spitze steht ein Ernährungsmediziner DAEM/DGEM bzw. ernährungsbeauftragter Arzt. Damit die Ernährungstherapie optimal in ein ganzheitliches Behandlungskonzept integriert werden kann, ist außerdem das regelmäßige Zusammentreffen einer Ernährungskommission, die neben dem ernährungsbeauftragten Arzt, dem Chefarzt und dem Leiter der Diätabteilung auch den Koch sowie andere beteiligte Berufsgruppen wie den Psychologen und den Verwaltungsleiter mit einbezieht, als Qualitätszirkel unabdingbarer Bestandteil.

Eine der ersten Maßnahmen, die auch im Rahmen des Modellprojektes erfolgte, und wichtige Voraussetzung für die Praktikabilität der Ernährungstherapie ist eine Rationalisierung der Kostformen. Dadurch kann die Anzahl der Kostformen deutlich reduziert werden (in Bad Rippoldsau von 108 möglichen Kombinationen auf 16). Durch die Einführung einer "Vollkost DGE" als Standardkostform wird die gesunde Ernährung aller Patienten gewährleistet, sie dient zugleich - zusammen mit der aus ihr abgeleiteten Reduktionskost mit 1000 kcal - als Basistherapie (kalorisch knapp, fett- und cholesterinarm, natrium- und purinreduziert, ballaststoffreich) für die meisten Patienten mit ernährungsabhängigen Erkrankungen.

Ganz entscheidend für den langfristigen Erfolg der Ernährungstherapie ist eine dauerhafte Umstellung der Essgewohnheiten. Hierfür ist eine erhebliche Motivation des Patienten erforderlich, die neben den bewährten ernährungsmedizinischen Vorträgen und Seminaren sowie verhaltenstherapeutischen Gruppen vor allem auch durch die mit der entsprechenden Kostform realisierbaren individuellen Erfolge während des Aufenthaltes erreicht wird. Besonders schwer fällt dem Patienten anfangs erfahrungsgemäß die geschmackliche Umstellung, die u.a. durch die drastische Verringerung der Fettzufuhr auf unter 30% der Gesamtenergiemenge und die Reduktion der Kochsalzzufuhr auf die empfohlenen 6 g/Tag erforderlich ist. Dies bedarf zu Beginn des Aufenthaltes einer intensiven Aufklärung des Patienten. Über Gründe und Ziele der Maß-

nahme aufgeklärt, konnte eine hohe Akzeptanz erzielt werden (Tabelle 2).

Frage "Geschmack"	8/98	10/98	12/98	2/99
vegetarische Gerichte	44,6%	72,1%	81,3%	79,7%
Fleischgerichte	53,2%	82,4%	92,5%	84,5%
Fischgerichte	63,5%	80,5%	92,7%	80,0%
Rohkost/Salate	63,4%	77,5%	91,3%	92,4%
Essen insgesamt	46,1%	86,4%	88,6%	88,8%
Gesundheitswert Essen	79,5%	95,0%	97,8%	98,8%

Tab. 2: Klassifikation des Essens als „gut“ oder „sehr gut“, klinikinterne Patientenbefragung

Unverzichtbar sind regelmäßige Überprüfungen von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Dazu gehören neben klinischen Parametern auch regelmäßig durchgeführte Berechnungen und laborchemische Analysen des Essens.

Lehrkliniken für Ernährungsmedizin

Die besondere Stellung der Rehakliniken in der Ernährungsmedizin wird daran deutlich, daß im „Modellprojekt klinische Ernährungsmedizin“ der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin neben 8 Akutkliniken 11 Rehabilitationskliniken vertreten sind. Alle diese Kliniken sehen seit Jahren ihren Schwerpunkt in der Behandlung von ernährungsbedingten Erkrankungen. Das dort vorhandene Know How gilt es nun auf werdende Ernährungsmediziner zu übertragen, die im Rahmen ihrer Ausbildung einige Wochen dort hospitieren werden.

Die Schwerpunkte der Lehrfunktion liegen bei den Indikationen Adipositas und ihren Folgeerkrankungen, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Arterielle Hypertonie sowie gastroenterologische Erkrankungen. Andere Indikationen kommen ebenfalls vor, deren Häufigkeit ist jedoch deutlich geringer.

Fazit

Die Umsetzung des Modellprojektes an der Klinik Bad Rippoldsau hat gezeigt, dass eine effektive, qualitativ hochwertige Ernährungs-

therapie mit entsprechender Ergebnisqualität hervorragend in das therapeutische Konzept einer Rehabilitationsklinik integriert werden kann. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass hierbei sowohl das gesamte ernährungstherapeutische Team inklusive Küchenpersonal unter Leitung eines versierten Ernährungsmediziners als auch die Verwaltung zielgerichtet und konstruktiv zusammenarbeiten und sich den damit verbundenen täglich neuen Herausforderungen auch langfristig stellen.

Die in Rehabilitationskliniken vorhandene Fachkompetenz zum Thema Ernährung und die hohe Anzahl der entsprechenden Behandlungsfälle kann neben den positiven Auswirkungen auf das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung dazu beitragen, die Ausbildung der Ernährungsmediziner und anderer ernährungsberatenden Berufsgruppen zu optimieren. Die durch die Entwicklungen der letzten Jahre verbesserte ernährungsmedizinische Versorgung muss dazu genutzt werden, in verstärktem Maße vernetzte Strukturen im Ernährungsbereich (z.B. interdisziplinäre Nachsorgenetzwerke) auf- bzw. auszubauen.

Eurodiet

Europäisches Projekt mit dem Ziel, die Voraussetzungen für die Definition von europäischen Ernährungsrichtlinien zu erarbeiten.

Das Projekt wurde von der Europäischen Kommission (DG Sanco) gefördert und in zweijähriger Arbeit von einem Leitungskomitee unter Mithilfe von verschiedenen Universitäten und einer großen Zahl renommierter Wissenschaftler fertiggestellt. Der vorliegende vorläufige Bericht aus dem Internet (<http://eurodiet.med.uoc.gr>) wird in Kürze in endgültiger Form in der Zeitschrift „Public Health Nutrition“ erscheinen.

Die Abbildung gibt die Empfehlungen für eine europaweite Ernährung wieder, die präventiv wirksam allen wichtigen Gesundheitsproblemen in Europa gerecht werden würde.

Komponenten	Ziel für die Gesamtbevölkerung	Beweislage *
Physikalische Aktivität	PAL > 1,75	++
Körpergewicht von Erwachsenen	BMI 21 – 22	++
Fett in Gesamtenergie %	< 30	++
Fettsäuren in Gesamtenergie %	< 10	++++
gesättigt	< 2	++
Trans		
mehrfach ungesättigt	4 – 8	+++
n-6	2 g Linolensäure und 200 mg langkettige FS	++
n-3		
Kohlenhydrate in Gesamtenergie %	> 55	+++
Häufigkeit des Konsums zuckerhaltiger Nahrung/Tag	≤ 4x/Tag	++
Obst und Gemüse (g/Tag)	> 400	++
Nahrungsfolate (µg/Tag)	> 400	+++
Ballaststoffe (g/Tag)	> 25 (oder 3 g/MJ)	++
Natrium als Natriumchlorid (g/Tag)	< 6	+++
Jodid (µg/Tag)	150 (Kinder 50; Schwangere 200)	+++
ausschließliches Stillen	ca. 6 Monate	+++

Die Darstellung der Beweislage entspricht der, die in verschiedenen gebräuchlichen Systemen benutzt wird (z. B. dem Cochrane System, dem Schema der US Akademie der Wissenschaften u.a.).

++++ Vorhandensein verschiedener doppelblind placebokontrollierten Studien

+++ nur eine Doppelblindstudie vorhanden oder beim Stillen eine Serie nicht doppelblinder Studien

++ und + Beweise unterhalb der Ebene doppelblinder Studienergebnisse

Antioxidantien in der Ernährung und Arteriosklerose

H. Hauner, Düsseldorf und B. Watzl, Karlsruhe

Nach der derzeitigen Datenlage ist der Nutzen einer Supplementierung mit Vitamin E, C oder β-Carotin zur Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen nicht gesichert. Insbesondere neuere prospektive Studien haben den Wert einer alleinigen Vitamin E-Gabe stark in Zweifel gezogen. Es fehlen damit insgesamt harte Daten, die im Hinblick auf eine Sekundär- aber auch Primärprävention der koronaren Herzkrankheiten Empfehlungen für eine Vitaminsupplementierung angezeigt erscheinen lassen.

Die vorliegenden Daten unterstützen die Empfehlungen der DGE, die eine ausgewogene vollwertige Ernährung zusammen mit gesunder Lebensführung in den Vordergrund stellt.

Quelle:

- Dtsch. Med. Wschr. 2001, 126, 213-217

Else-Kröner-Fresenius-Zentrum für Ernährungsmedizin geplant

Wie aus der Aktuellen Ernährungsmedizin zu entnehmen ist, errichtet die Technische Universität (TU) München, unterstützt durch die Else-Kröner-Fresenius-Stiftung, Bad Homburg das Else-Kröner-Fresenius-Zentrum für Ernährungsmedizin.

Die Stiftung stellt der TU München über einen Zeitraum von 5 Jahren 23,5 Millionen Mark zur Verfügung. Damit wird die Hochschule das Zentrum für Ernährungsmedizin mit einem

Lehrstuhl und drei Extraordinariaten nebst Ausstattung im Klinikum rechts der Isar der TU München sowie Labors im Wissenschaftszentrum Weihenstephan errichten. Der Schwerpunkt des Zentrums soll in der Gewinnung und Umsetzung neuer ernährungstherapeutischer Erkenntnisse liegen.

Man fragt sich, wie es kommt, dass sich eine Universität (und ein Staat) gerade auf dem sensiblen Gebiet einer neuen Disziplin (der Ernährungsmedizin) mit Industriegeldern beschwert. Ob der finanziell gesunde bayerische Staat nicht besser die 23,5 Millionen selbst aufbringt. Echte Handlungsfreiheit ist unbezahlbar. Wer sich mit gemeinnützigen Spendengeldern nicht auskennt, erfahre, dass gemeinnützig ist, was überwiegend gemeinnützigen Zwecken dient.

Quelle:

- Akt. Ernähr. Med. 2001, 26, A6

Inhalation humanen Insulins bei Patienten mit Typ 2 Diabetes

William T. Cefalu et. al.

Trotz markanter Vorteile hat die intensivierete Insulintherapie noch keine breite klinische Akzeptanz gefunden. Der Hauptgrund hierfür ist sicherlich die mehrfache tägliche Insulininjektion. Aus diesem Grund sind alternative Wege zur Insulinisierung gefragt.

Um die Effektivität und Sicherheit von pulmonaler Insulinverabreichung zu testen, wurde eine randomisierte 3-Monatsstudie durchgeführt. Es wurden 26 Patienten (16 Männer und 10 Frauen) mit Typ 2 Diabetes (mittleres Alter 51,1 Jahre; Diabetesdauer 11,2 Jahre) in die Untersuchungsserie einbezogen. Es erfolgte dabei eine Anfangsuntersuchung, eine 4-wöchige baseline screen-in-Phase und eine 2-monatige Behandlungsphase.

Die Patienten erhielten die Insulininhalationen vor jeder Mahlzeit und zuzüglich für die Zeit der Bettruhe eine Injektion von ultralente. Die Glucose wurde von den Patienten selbst bestimmt, die Insulindosis wurde wöchentlich

neu eingestellt, der angepeilte Wert war präprandial 100 – 160 mg/100 ml.

Gegenüber der Baseline gingen die Hb_{A1c}-Werte um 0,71 % zurück. Schwere Hypoglykämien wurden nicht beobachtet. Gewichtszunahmen oder Veränderungen der Lungenfunktion wurden nicht beobachtet. Größere Untersuchungsserien auch über längere Zeit sind im Gange.

Quelle:

- Ann. int. Med. 134, 203-204 (2000)

Beziehung zwischen dem Genuss von zuckerhaltigen süßen Drinks und Adipositas im Kindesalter – Eine prospektive Studie

Ludwig D. S., Peterson K. E., Gortmaker S. L.

Exzessives Übergewicht ist das mittlerweile häufigste pädiatrische Problem in den USA. Die Häufigkeit von Übergewicht bei Kindern hat sich mittlerweile innerhalb von 15 Jahren verdoppelt. Parallel dazu stieg nach Angaben des US Department of Agriculture der Softdrink-Verbrauch in den letzten 50 Jahren um fast das Fünffache.

Der Konsum zuckerhaltiger Getränke durch Kinder steht im Zusammenhang mit der Entwicklung eines deutlichen Übergewichts. Zu diesem Ergebnis kommt eine prospektive Studie in den USA.

Dafür wurden 548 elf- und zwölfjährige Schulkinder in vier Gemeinden von Massachusetts 19 Monate lang untersucht. Der gewohnheitsmäßige Konsum von Limonaden und Säften sowie Veränderungen im Trinkverhalten fanden signifikante Entsprechungen sowohl in der Häufigkeit von Übergewicht als auch im BMI. Dieser Zusammenhang erwies sich als unabhängig von anthropometrischen und demographischen Variablen sowie weiteren Einflussgrößen wie Geschlecht, sexuelle Reife, sonstige Ernährung oder Lebensstil. Für Diätprodukte mit künstlichen Süßungs-

mitteln war ein solcher Zusammenhang nicht nachweisbar.

Die Autoren machen für die schon lange Vermutete Verbindung zwischen Saftgenuss und kindlicher Korpulenz einen ernährungsphysiologischen Adaptionsmechanismus verantwortlich. Sie zitieren eine Metaanalyse, wonach ein Übermaß an kalorienhaltigen Getränken – anders als bei fester Nahrung – im Körper keine kompensatorische Reduktion der Nahrungszufuhr induziert.

Quelle:

- Lancet 2001; 357, 505-508

Risiken der Jodprophylaxe?

P.C. Scriba und R. Gärtner, München

Die Jodprophylaxe, die in Deutschland langsam an Boden gewinnt, gerät immer wieder (zu Unrecht!) in die Diskussion wegen angeblicher Gefahr von Nebenwirkungen. Die Autoren gehen in kurzer, prägnanter Form auf die vorliegenden Daten ein.:

1) Folgerungen, die für eine Jodprophylaxe sprechen

- ohne Jodprophylaxe kehren die Jodmangelkrankheiten in alter Häufigkeit zurück
- die medizinischen Folgen für Betroffene können sehr beeinträchtigend sein
- volkswirtschaftliche Bedeutung ist gegeben: in Deutschland 2 Mrd. DM pro Jahr
- die Jodprophylaxe wirkt auch in Deutschland zuverlässig und
- bisher wurden weder vom Staat noch von den Krankenkassen wesentliche Mittel für die Jodprophylaxe aufgewendet

1) Die aktuelle Situation in Deutschland

Den Bemühungen des Arbeitskreises Jodmangel ist es zu verdanken, dass unsere Bevölkerung freiwillig jetzt zu 70 % jodierte Salze benutzt. Das ist bei Ausgangswerten um die 5% ein schöner Erfolg. Bekanntlich wird ein großer Teil des Kochsalzes mit Brot sowie Fleisch- und Wurstwaren aufgenommen. Dies ist der Grund, warum sich der Arbeitskreis Jodmangel um eine vermehrte Verwendung von jodiertem Speisesalz sowohl in Großkantinen als auch bei der Herstellung von Fertignahrungsmitteln vor allem in Bäckereien und in der Fleischwarenindustrie bemüht. Auch hier ist eine Verbesserung zu verzeichnen, wenn auch die bisher erreichten 35 % Anteil an Paketsalz (Großgebilde) mindestens verdoppelt werden sollten.

Weitere Folgerungen:

- Der Jodmangel ist in Deutschland zwar gebessert, aber noch vorhanden
- Lebensmittelhandwerk und -industrie sollten vermehrt jodiertes Speisesalz benutzen und
- die Zielgruppen Schwangere und Stillende sollten konsequent mit Jodtabletten versorgt werden, solange die alimentäre Versorgung noch nicht ausreicht

2) Fazit

In der Abwägung von Handeln und Nicht-Handeln kommen wir zu dem Schluss, dass das bei weitem größte Risiko der Jodprophylaxe darin liegt, dass man sie nicht anwendet.

Quelle:

- Dtsch. Med. Wschr.; 125, (2000), 671-675

Informationsbedarf des Patienten mitentscheiden für die Angaben auf dem Praxisschild

Aus einem kürzlichen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (Az.: 3 C 25.00) lässt sich ein auch für die Ernährungsmedizin relevanter Entscheid herauslesen.

Das Gericht kommt zu dem Urteil, dass für die Angaben auf dem Praxisschild von den Ärztekammern auch „das Informationsbedürfnis des Patienten berücksichtigt“ werden muss. Aus der Bezeichnung muss die besondere Qualifikation des Arztes hervorgehen. Es wird den Kollegen empfohlen, sich mit dieser Fragestellung an ihre Ärztekammer zu wenden.

Buchbesprechung: Antidiabetika – Diabetes mellitus und Pharmakologie

von Herrmann P.T. Ammon, H.U. Häring, Monika Kellerer, H. Laube und Michael Mark; Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart; 2. völlig neu verfasste Ausgabe 2000; Preis: 89,- DM

Die zunehmende Häufigkeit des Diabetes mellitus und zwar weiter überwiegend des Typ 2 Diabetes macht neben Bemühungen um die segensreiche Ernährungstherapie Überlegungen und Entscheidungen für den nächsten therapeutischen Schritt, den Einsatz von Antidiabetika notwendig.

Die 2. Auflage des völlig neu verfassten Bandes 2 der Reihe „Medizinisch-pharmakologisches Kompendium“ ist darauf ausgerichtet, Ärzte und Apotheker in gleicher Weise anzusprechen.

Das Buch soll nicht die Fülle der zur Zeit auf diesem Gebiet vorhandenen Literatur einfach vermehren, sondern durch ein ausgewogenes Verhältnis zwischen theoretischen Grundlagen und Klinik einerseits sowie Pharmakologie und unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen andererseits beide Berufsgruppen ansprechen und informieren.

Viele Ärzte vermissen in ausschließlich klinisch ausgerichteten Büchern detaillierte Angaben über Zusammensetzungen, Wirkungen und Nebenwirkungen der von ihnen verordneten Medikamente. Dies gilt insbesondere in dem Zwischenbereich zwischen alleiniger Ernährungstherapie und der Insulinanwendung. Umgekehrt möchte sich der Apotheker über den aktuellen Wissensstand der Medizin auf diesem Gebiet informieren.

Dies ist der Grund, warum dieser Band von Internisten und Pharmakologen gemeinsam verfasst wurde. Das Buch ist in 11 Kapitel eingeteilt. Hier werden Regulationen der Glukose-Homöostase (Kap. 1), klinische Aspekte der Zuckerkrankheit (Kap. 2), Insulinwirkungen (Kap. 3), Therapeutische Anwendung von Insulin (Kap. 4), Mechanismen der Insulinwirkung (Kap. 5), Stoffe, die auf die Insulinsekretion einwirken (Sulfonylharnstoffe) (Kap. 6), Stoffe, die auf die Glukoseaufnahme durch Gewebe einwirken (Biguanide) (Kap. 7), Stoffe, die auf die Glukoseresorption einwirken (Kap. 8), Thiooctsäuren (Kap. 9), neue Therapeutika (Kap. 10), gegen Hypoglykämie verwendete Stoffe (Kap. 11).

Insgesamt ein gelungenes, für die alltägliche Praxis sehr informatives Buch, das in die Handbibliothek jedes praktischen Arztes (insbesondere Ernährungsmediziner) und Apotheker gehört.

Veranstaltungen 2001/2002 der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner

4. Kompaktkurs nach dem 100 stündigen Curriculum der BÄK (inkl. Abschlussseminar Praktikumsphase) vom 14. – 24. Juni 2001 in den Räumlichkeiten der Rehaklinik 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 finden eine schriftliche Prüfung (multiple choice) und Fallbesprechungen statt.

Die bestandene multiple choice - Prüfung führt automatisch zur Qualifikation "Ernährungsbeauftragter Arzt". Diese und eine erfolgreiche Fallprüfung 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 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

2. wissenschaftliche Tagung des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner in Zusammenarbeit mit der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen und der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin, 28. – 29. September 2001 in Erlangen

25 Jahre Rationelle Diätetik

Programmübersicht:

- *Aktuelle Aspekte der enteralen Ernährung*
 - Monitoring der Malnutrition
 - Neue technische Aspekte der Sondenernährung
 - parenterale Langzeiternährung
 - Indikationen für enterale Spezialnahrungen
 - Zusammenhang zwischen Malnutrition und Wundheilungsstörung
 - Praktische Übungen in moderner Sondentechnik und moderner Verbandstechnik
- *Gesundheitsgefährdung durch Lebensmittel tierischer und pflanzlicher Herkunft*
 - Gesundheitsgefährdende Mikroorganismen in tierischen Lebensmitteln
 - Bedeutung von Schadstoffen und Rückständen in tierischen und pflanzlichen Lebensmitteln
 - BSE und MKS – Aktuelle Bedeutung für Tier und Mensch
 - Risikominderung durch ökologische Produktion von pflanzlichen und tierischen Lebensmitteln? – Fakt oder Wunschdenken
- *Ernährung im Krankenhaus. Das Modellprojekt klinische Ernährungsmedizin – Lehrklinik-Projekt der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin*
 - Die Möglichkeiten der Rehaklinik mit besonderer Berücksichtigung der Hypertonie
 - Beitrag einer Akutklinik zum Modellprojekt unter besonderer Berücksichtigung der Niereninsuffizienz
 - Das Übergewicht in der Rehaklinik
 - Der Diabetes in der Rehaklinik
 - Malnutrition
- *Ordentliche Mitgliederversammlung des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner*