

Der Ernährungsmediziner

Unabhängiger Informationsdienst
Organ des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e.V.



Jahrgang 4, Nr. 1

Februar 2002

Liebe Leserin, lieber Leser,

der Presserummel, den unsere 2. wissenschaftliche Tagung in Erlangen ausgelöst hat, klingt langsam ab. Trotzdem schien es notwendig und sinnvoll, von unserer Seite noch einmal in Form einer Entgegnung zu diesem Thema Stellung zu nehmen. Wir hoffen, dass damit ein vorläufiger Schlussstrich, was die direkten Tagungsfolgen angeht, gezogen worden ist.

Ein vollkommen neues Thema beschäftigt im Moment unsere industrieunabhängige Redaktion: Dem Thema „MCT-Fette – eine Fettsensation?“ gilt im Moment unsere ganze Aufmerksamkeit. Unsere Recherchen haben ergeben, dass hier mit Hilfe eines gemeinnützigen Vereins ein (umsatzförderndes) Prinzip lanciert werden soll (siehe Heft Nr 4, 2001). Kann man nicht von einer geschickten Manipulation sprechen, wenn ein Anpreisungsartikel über „das Fett, das nicht zu Übergewicht führt“ in einem gut aufgemachten medizinischen Report von Blackwell/Wissenschaft erscheint, der im Impressum ganz klein und diskret den Hinweis enthält: „Die Beiträge...gehören nicht zum wissenschaftlichen Programm (Med. Report – Blackwell Wissenschaft Nr. 46 25, Dezember 2001). Für den Inhalt sind allein die jeweiligen Autoren bzw. Institutionen oder Unternehmen verantwortlich“. Ob der Med. Report wirklich ein empfehlenswertes Organ für ärztliche Fortbildungskongresse ist, wofür er sich ausgibt? Dem Thema MCT-Fette ist unser erster Beitrag gewidmet, Er bringt eine kurze Zusammenfassung eines Interviews, das Prof. Wolfram der „Ernährungsumschau“ gegeben hat

Ansonsten wünschen Ihnen der Herausgeber und die Redaktion ein gutes und erfolgreiches Neues Jahr

Prof. Dr. med. Reinhold Kluthe

In dieser Ausgabe:

- Interview: Sind MCT-Fette die Fettsensation?
- Pica- Ursachen und Komplikationen einer wenig bekannten Essstörung
- Vitamin K und Therapie mit Antikoagulantien
- Ein Giftpilz wird Pilz des Jahres 2002
- Einnahme von Folsäure in der Frühschwangerschaft ist ohne Einfluss auf die Abortrate
- Flavonoide und andere pflanzliche Wirkstoffe – Was hat praktische Relevanz? Sollen wir unser Essverhalten ändern?
- Buchbesprechung: Die Lehrkliniken der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin
- C-reaktives Protein, Interleukin 6 und das Risiko einen Typ 2 Diabetes zu entwickeln
- Neue Internet-Präsentation des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM)
- DEBInet – der Infodienst des Instituts für Ernährungsinformation Bad Rippoldsau (www.ernaehrung.de)
- Kommentar zur Zeitschrift EfuN: Eltern für unbelastete Nahrung e.V. in Kiel
- Nichtmedikamentöse Therapie bei Hypertonie
- Renale Oxalose mit Niereninsuffizienz nach Xylitinfusion

Aktuelles Interview der „Ernährungsumschau“ v. 12.12.01: Sind MCT-Fette die „Fettsensation“?

Interviewpartner: Prof. Dr. G. Wolfram, München

Mittelkettige (MCT-)Fette werden schon längere Zeit bei bestimmten gastroenterologischen Erkrankungen eingesetzt. Sie werden (aus Kokosöl gewonnen) als diätetisches Lebensmittel bei Patienten mit Lipoproteinlipasemangel verwendet, weil sie verglichen mit langkettigen Triglyceriden (LCT) wesentlich besser löslich sind und die Darmwand auch ungespalten passieren können.

MCT kommt in unserer „normalen“ Ernährung kaum vor. Nur in Milch finden sich geringe Mengen. MCT kann bei Aufnahme größerer Mengen (>50 – 80 g/Tag) unerwünschte Nebenwirkungen wie Übelkeit, Leibschmerzen, Blähungen und Durchfall hervorrufen. Unter langsamer Steigerung der Zufuhrmengen muss die Tagesdosis individuell angepasst werden. MCT-Fette haben einen um etwa 10% niedrigeren Energiegehalt als LCT-Fette und verursa-

chen eine höhere postprandiale Thermogenese. Als Streich- und Kochfett können pro Tag bis zu 80-120 kcal eingespart werden. Untersuchungen über 2 Wochen haben allerdings ergeben, dass die „Vorteile“ hinsichtlich der Energiebilanz bereits in der zweiten Woche durch Anpassungsvorgänge wieder abnehmen.

MCT-Fette sind also nach unserem derzeitigen Wissen solide betrachtet „keine Fettsensation“

Quelle:

- Ernährungsumschau 48 (2001); B 45

Pica- Ursachen und Komplikationen einer wenig bekannten Essstörung

S. Heger, S. Teysen, K. Lieberz

Pica pica ist der lateinische Name der Elster. Diese „pickt“ mit ihrem Schnabel wahllos alle möglichen Objekte für den Nestbau. Pica als Erkrankung ist in erster Linie durch qualitative Störungen des Appetits gekennzeichnet. Pica-patienten können Asche, Erde, Farben, Gras, Haare, Holz, Insekten, Kaffeesatz, Kartoffelschalen, Textilien, Zahnpasten etc. zu sich

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

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

nehmen. Die Patienten nehmen entweder einen oder mehrere dieser Stoffe parallel zu sich.

Die Störung kann auf der Basis eines biopsychosozialen Krankheitsmodells verstanden werden. Die medizinische Relevanz liegt vor allem in möglichen Komplikationen. Dazu gehören Diarrhoe, Obstipation, Pankreatitis, Darmobstruktionen, Ileus, Ulzera, Blutungen und Peritonitis. Verständlicherweise liegt eine besondere Schwierigkeit in der Diagnosestellung. Meist leiten erst diese Komplikationen zur Diagnose. Pica wird von manchen Autoren als häufigste Essstörung betrachtet.

Quelle:

- Spectrum 2000: 29, 98-101
- DMW 126. Jg. (2001), Nr. 50, S. 1435-1439

Vitamin K und Therapie mit Antikoagulantien

Frage: Soll bei einer Behandlung mit Antikoagulantien die Vitamin-K-Zufuhr eingeschränkt werden?

Antwort: Patienten unter einer Antikoagulationstherapie brauchen keine besondere Ernährungsweise oder Diät einzuhalten. Es gelten die Empfehlungen der DGE für eine abwechslungsreiche, vollwertige Ernährung. Auf Vitamin-K-reiche Lebensmittel muss nicht verzichtet werden, da der Vitamin-K-Gehalt vernachlässigt werden kann. Eine extrem einseitige Kost ist jedoch zu vermeiden.

Die Aussage basiert auf klinischen Untersuchungen, die gezeigt haben, dass selbst größere Mengen Vitamin-K-reicher Lebensmittel den Quick-Wert nicht oder nur unwesentlich beeinflussen. Auf Leber, Spinat, Brokkoli, Weiß-, Rot-, Grün- und Blumenkohl in normalen Mengen braucht deswegen nicht verzichtet zu werden. Bei Verzehr von großen Mengen Blattgemüse ist allerdings ein einmischige Quickkontrolle angezeigt.

Anmerkung der Redaktion

Die Beobachtung, dass der Quickwert bei der Aufnahme ins Krankenhaus oder eine Reha-Klinik (scheinbar zugleich mit der Ernährungsumstellung) stark schwankt, lässt sich in der Regel darauf zurückführen, dass die Bestim-

mung in verschiedenen Labors mit unterschiedlichen Kits erfolgt. Ein Quickwert von 20% in einem Labor kann dabei durchaus einem Quickwert von 35% in einem anderen Labor entsprechen. Aus diesem Grunde wurde der INR („international normalized ratio“) entwickelt, der die Thromboplastinzeiten verschiedener Labors vergleichbar macht.

Zur Therapieüberwachung der Antikoagulation und als Zielwert der Einstellung sollte daher ausschließlich der INR-Wert Verwendung finden.

Quelle:

- DGE info 4 (2001); S. 51

Ein Giftpilz wird Pilz des Jahres 2002

Der orangefüchsige Rauhkopf (*Corinarius Subgenus Leprocybe*) ist von der Deutschen Gesellschaft für Mykologie zum Pilz des Jahres 2002 erklärt worden. Erstmals eine in Polen 1952 mit 12 Todesfällen führt zur Entdeckung des Orellanus-Syndroms. Die Erkennung des Syndroms ist wegen der hohen Latenzzeit schwierig. In jüngster Zeit sind Vergiftungen in der Schweiz, der Bundesrepublik, Frankreich, Italien und der CSSR bekannt geworden. Der mittelgroße Pilz hat einen orangefüchsigem zunächst kegeligen, faserigen später verkahlenden Hut. Der Stiel ist heller als der Hut, messing bis goldgelb gefärbt. Die Sporen sind ellipsoid bis mandelförmig. Der Pilz wächst in meist wärmebegünstigten nicht zu feuchten Laub- und Mischwäldern.

Quelle:

- Ärztezeitung Nr. 182, 11. Oktober 2001

Einnahme von Folsäure in der Frühschwangerschaft ist ohne Einfluss auf die Abortrate

Gindler, J. et al.

Folsäureeinnahme im 1. Schwangerschaftstrimenon reduziert die Häufigkeit von Neuralrohrdefekten beim Neugeborenen. Empfohlen werden 400 µg/Tag. Bei besonderen Risiken, wie z.B. Neuralrohrdefekte zuvor geborener

Kinder und Einnahmen bestimmter Antikonvulsiva (z.B. Valproinsäure oder Carbamazepin) werden höhere Dosen von Folsäure empfohlen. Eine Studie spricht für eine höhere Abortrate durch Einnahme von 800 µg/Tag (Hook, E.B. und Czeizel A.E., Lancet, 1997, 350, 513).

Der Frage, ob 400 µg zu einer erhöhten Abortrate führen, wurde in einer großen Studie an 22000 Frauen, die Folsäure genommen hatten und 1900, die keine genommen hatten, nachgegangen. Zielgröße war die Häufigkeit von Aborten, d.h. fetoralem Tod vor der 20. Schwangerschaftswoche.

Die durchschnittliche Abortrate war bei allen Frauen zusammen 9,1% (mit Folsäureeinnahmen 9,0%, ohne 9,3%). Die behandelten Frauen nahmen nur 400 µg (keine Multivitaminpräparate) ein. Die Einnahmen von allgemein empfohlenen 400 µg erhöht demnach nicht die Abortrate.

Quelle:

- Lancet 2001, 358, 796

Flavonoide und andere pflanzliche Wirkstoffe: Was hat praktische Relevanz? Sollen wir unser Essverhalten ändern?

C. Gerhäuser

Flavonoide sind polyphenolische Pflanzenstoffe, die in Obst und Gemüse weit verbreitet sind. Epidemiologische Studien belegen, dass ein erhöhter Konsum an Obst und Gemüse ein reduziertes Krebsrisiko bewirkt. Daher wird in den letzten Jahren vermehrt erforscht, inwieweit Flavonoide zu diesem Schutzeffekt beitragen. Weit verbreitet sind die Flavonole (Quercetin, Zwiebel, Tee) und die Anthocyanidine (in roten Früchten). Unsere Nahrung enthält durchschnittlich 1 g an Polyphenolen (Flavonoide und Phenolsäuren). Messbare Plasmaspiegel sind generell niedrig. Flavonoide besitzen vielfältige Wirkmechanismen, die einen Einfluss auf die Krebsentstehung denkbar erscheinen lassen. Sie besitzen gute antioxidative Wirkung und beeinflussen Entzündungsprozesse, den Hormonhaushalt (v.a. phytoöstrogene Isoflavone aus Soja) und das Zellwachstum. Weitere protektive Eigenschaften bestehen in der Fähigkeit, geschädigte Zellen durch Einleiten des programmierten Zelltods (Apoptose) zu eliminieren oder

Zelldifferenzierungsprozesse zu aktivieren. Epidemiologische Studien belegen ein inverses Verhältnis zwischen tödlich verlaufenden Herzinfarkten und der Flavonolaufnahme; ein inverser Zusammenhang zwischen der Flavonolaufnahme und Krebserkrankungen ließ sich bisher nicht eindeutig nachweisen. Weitere pflanzliche Wirkstoffe sind schwefelhaltige Verbindungen, wie die Isothiocyanate, die vor allem in kohlsartigen Gemüsen wie Brokkoli, vorkommen. Isothiocyanate bewirken nach Aufnahme einer kohlsreichen Diät eine Modulation des Fremdstoffmetabolismus. Nach heutigem Kenntnisstand beeinflusst die Gesamtmenge an aufgenommenen Flavonoiden den Stoffwechsel in verschiedenster Art und Weise positiv. Dies unterstützt die generelle Empfehlung zu obst- und gemüsericher Ernährung (Halb-Pfund-Regel). Eine künstliche Zufuhr durch Supplementierung sollte jedoch zur Vermeidung negativer Wirkungen abgelehnt werden.

Quelle:

- Akt. Ernährungsmedizin, 2001, 26

Buchbesprechung: Die Lehrkliniken der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin

Ein Leitfaden für Ärzte, Krankenhausträger und Krankenkassen von Reinhold Kluthe. Akademie-Verlag, Freiburg 2002, ca. 75 Seiten, kartoniert; Preis: ca. 18 €; ISBN 3-935837-01-1

Der vorliegende Leitfaden dient der Vorstellung eines Klinikmodells, das erstmals modernste Gesichtspunkte der Ernährungsmedizin zur Anwendung bringt. Nach jahrelanger Vorarbeit wurden dabei deutschlandweit Rehazentren wie auch Akutkliniken darauf ausgerichtet, ihre Patienten qualitätsgesichert nach Kriterien rationeller Ernährung und Diätetik zu behandeln. Ärztliche ernährungsmedizinische Kompetenz tritt hiermit wieder in den Mittelpunkt der Behandlung (und Vorbeugung) ernährungsabhängiger Erkrankungen, deren enorme Zunahme dazu zwingt, nach neuen Wegen zu suchen, um der epidemischen Häufung sach- und zielgerecht zu begegnen. In diesen Kliniken findet der Patient ein erfahrenes Ernährungsteam das in der Lage ist, sofort und auf Dauer zu helfen.

In einzigartiger Weise fachlich und organisatorisch ausgerichtet bieten die Kliniken dem ernährungsmedizinisch interessierten Arzt alle nur erdenklichen Möglichkeiten, sein Wissen zu überprüfen und zu erweitern. Dies gilt zum Studium aller Bereiche der klinischen Ernährungsmedizin. Hierzu gehören nicht nur nach den Leitlinien der Fachgesellschaft ausgerichtete ernährungsmedizinische Diagnostik und Therapie, sondern auch die Praxis der Ernährungsberatung, der Speisenherstellung und der gesamten Organisation qualitätsgesicherter Diätversorgung.

C-Reaktives Protein, Interleukin 6 und das Risiko einen Typ 2 Diabetes zu entwickeln

Aruna D. Pradhan, JoAnn E. Manson, Nader Rifai, Julie E. Buring, Paul M. Ridker

Es wird postuliert, dass ein Entzündungsvorgang bei der Entwicklung des Typ 2 Diabetes eine Rolle spielt. Klinische Daten zu dieser Fragestellung sind nur spärlich vorhanden. Um zu bestimmen, ob erhöhte Spiegel der Entzündungsmarker Interleukin 6 und C-reaktives Protein mit der Entwicklung eines Typ 2 Diabetes einhergehen, wurde eine prospektive Fall-Kontroll-Studie durchgeführt. Von einer Kohorte (U.S. nationwide) von 27 628 Frauen, die frei von Diabetes, kardiovaskulären Erkrankungen und Krebs waren, wurden 188 Frauen, bei denen ein Diabetes diagnostiziert wurde, über 4 Jahre beobachtet und mit 362 gesunden Kontrollen verglichen. Dabei fanden sich die Ausgangswerte für IL-6 ($p < 0,01$) und CRP ($p < 0,01$) signifikant höher bei den Diabetespatienten, als bei den Kontrollpersonen. Demzufolge sprechen erhöhte Spiegel von CRP und IL-6 für die Entwicklung eines Typ 2 Diabetes mellitus und damit für einen Zusammenhang zwischen Entzündungsvorgängen und Diabetes.

Quelle:

- JAMA, July 18, 2001, 286, No. 3, 327-334

Neue Internet-Präsentation des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM)

Seit etwa 8 Wochen ist eine neu gestaltete Internetpräsentation des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V. im Netz. Unter <http://www.bdem.de> lassen sich Informationen zum Berufsverband (Satzung, Anschriften) sowie aktuelle Pressemitteilungen abrufen. Ferner wurden die Abstracts der 1. und 2. wissenschaftlichen Tagung (Freiburg 2000 und Erlangen 2001) sowie sämtliche Ausgaben des Ernährungsmediziners veröffentlicht.

Das Angebot wurde um eine interne Suchfunktion erweitert, mit der sich die Seiten gezielt nach bestimmten Begriffen und Suchoptionen durchsuchen lassen. Für das laufende Jahr 2002 ist ein Ausbau der Adressdatenbank der ernährungsberatenden Berufe geplant. Zusätzlich zu den bestehenden Daten sind Felder für Email-Adressen, Telefonnummern usw. vorgesehen. Ein Eintrag in die Datenbank ist für Mitglieder des BDEM kostenfrei.

DEBInet der Infodienst des Instituts für Ernährungsinformation, Bad Rippoldsau (www.ernaehrung.de)

In Kooperation mit den Berufsverbänden BDEM, VDOe und VDD wurde das Deutsche Ernährungs- und Informationsnetz (DEBInet) weiter ausgebaut. Neben den Adressen der Mitglieder des BDEM können die Anschriften von Oecotrophologen und Diätassistenten, die ambulant tätig sind, abgerufen werden. Die Adressdatenbank umfasst mittlerweile über 730 Einträge.

Das Internetangebot des Instituts für Ernährungsinformation beinhaltet ausführliche Informationstexte zu 34 Themengebieten, die von Betroffenen, aber auch von Ernährungsberatern als Beratungsmaterialien genutzt werden können. Interaktive Elemente, wie ein Diskussionsforum, sowie diverse Berechnungsmöglichkeiten (BMI, Energiebedarf, Glomeruläre Filtrationsrate) helfen bei der Ernährungsberatung. Lexika zu den Bereichen Ernährung (>500 Stichwörter) und Diabetes mellitus (>200 Stichwörter) erklären die wichtigsten Fachbegriffe in diversen Themenbereichen.

Nichtmedikamentöse Therapie bei Hypertonie

Auszug aus den Leitlinien für die Prävention, Erkennung, Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks e.V. (Deutsche Hochdruckliga)

Als breit anwendbare, antihypertensiv wirksame, nichtmedikamentöse Maßnahmen sind die Gewichtsnormalisierung, die Senkung des Alkoholgenusses und die Kochsalzreduktion anerkannt. Ist eine medikamentöse Therapie indiziert, können diese Maßnahmen den Antihypertensivbedarf reduzieren. Regelmäßige körperliche Betätigung ist auf jeden Fall empfehlenswert. In der Interventionsliste haben diese therapeutischen Schritte den höchsten Evidenzgrad A.

Tabelle: Zusammenfassende Empfehlung der wichtigsten nichtmedikamentösen Therapieformen mit Angabe der Evidenzgrade

Intervention	Evidenzgrad
Gewichtsreduktion ist für alle Übergewichtigen Hypertoniker vorranglich zu empfehlen; selbst eine moderate Verminderung des Körpergewichts kann den Blutdruck senken (ca. -2,5/ -1,5 mm Hg pro kg Gewichtsabnahme)	A
Senkung eines übermäßigen Alkoholgenusses auf unter 30g/d	A
eine regelmäßige körperliche Betätigung ist für alle Hochdruckkranke zu empfehlen. Das Belastungsmaß ist möglichst ergometrisch zu bestimmen und vom klinischen Bild abhängig.	A
Empfehlungen einer kochsalzarmen Kost; salzreiche Nahrungsmittel, das Zusalzen bei Tisch und bei der Speisenzubereitung sollten vermieden werden.	A
Empfehlung einer obst- und gemüsereichen sowie fettreduzierten Kost einschließlich der Erhöhung	B

des Anteils mehrfach ungesättigter Fettsäuren.

A
Allein oder in Kombination können diese Maßnahmen den Antihypertensivbedarf senken oder ihren Effekt erhöhen. Die Angaben der Evidenzgrade betreffen die Blutdrucksenkung. Ein günstiger Effekt auf die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität wird angenommen, ist aber nicht bewiesen.

C
Bei Patienten, bei denen psychosoziale Stressfaktoren hypertensiv wirksam sind, sollten individuelle Verfahren zur Stressbewältigung (Entspannungsmethoden) empfohlen werden

B
Bei Hochdruckkranken mit einer normalen Kaliumzufuhr in der Ernährung und ohne Hinweise für einen Kaliummangel (Thiazidbehandlung) wird eine zusätzliche Kaliumsupplementation nicht empfohlen

B
Bei Hochdruckkranken mit einer normalen Calciumzufuhr in der Ernährung wird eine zusätzliche Calciumsupplementation nicht empfohlen

B
Bei Hochdruckkranken mit einer normalen Magnesiumzufuhr in der Ernährung und ohne Hinweise für einen Magnesiummangel (Z.B. Thiazidbehandlung) wird eine zusätzliche Magnesiumsupplementation nicht empfohlen

B
Zur Senkung des kardiovaskulären Gesamtrisikos dringliche Empfehlung der Beendigung des Zigarettenrauchens

Quelle:

- DMW 126 (2001), S 201-238

Renale Oxalose mit Niereninsuffizienz nach Xylitinfusion

P. Leidig, W. Gerding, W. Arns, M. Ortmann

Bei einem 61-jährigen Patienten entwickelte sich 10 Tage nach einer komplikationslosen Operation eines Magenfrühkarzinoms ein zerebraler Krampfanfall mit akutem Nierenversagen.

Zur Klärung der im Verlauf fortbestehenden erheblichen, zeitweise dialysepflichtigen Niereninsuffizienz wurde eine perkutane Nierenbiopsie vorgenommen. Es fand sich eine renale Oxalose mit ausgeprägten degenerativen und regenerativen Tubulusveränderungen.

Der Krampfanfall war als Ausdruck einer zerebralen Beteiligung der Oxalose anzusehen. Man geht davon aus, dass ein ursächlicher Zusammenhang mit der postoperativen parenteralen Xylitgabe (Gesamtdosis 1560 mg) als Glukoseaustauschstoff in der Kombination mit einer medikamentösen Begleittherapie bestand. Eine primäre Oxalose sowie andere Ursachen einer sekundären Oxalose waren anamnestisch auszuschließen.

Als Folgerung hieraus sollte der Zuckeraustauschstoff Xylit bei einer parenteralen Ernährung nicht mehr eingesetzt werden.

Quelle:

- DMW 126 (2001) 1357-1360

Veranstaltungen 2002 der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin, des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner u.a.

12. – 14. März 2002, Jena

39. Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Gesellschaft für Ernährung

Themenschwerpunkte: Physiologie, Pathophysiologie, Biochemie, Pathobiochemie, Pharmazie, Ernährungsmedizin, Ernährungsimmunologie, Krankenernährung, Lebensmittelchemie, Toxikologie, Ernährungsverhalten, Epidemiologie

Leitung: Prof. Dr. G. Jahreis, Jena
Prof. Dr. Beatrice L. Pool-Zobel, Jena

Veranstaltungsort: Prof. Dr. P. Stehle, Bonn
Friedrich Schiller Universität Jena
Auskunft und DGE-Referat Öffentlichkeitsarbeit
Anmeldung: Godesberger Allee 18
53175 Bonn

Tel. 0228 / 3 77 66 00
Fax 0228 / 3 77 68 00
Internet: <http://www.dge.de>

17.-19. April 2002, Augsburg

44. Fortbildungstagung des Verbandes der Diätassistenten – Deutscher Berufsverband e.V.

Leitung: Prof. Dr. H. Huchzermeyer, Minden
Veranstaltungsort: Augsburg
Auskunft und Anmeldung: Prof. Dr. J. Schulze, Dresden
Verband der Diätassistenten – Deutscher Berufsverband e.V.
Postfach 10 51 12
40042 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 16 21 75
Fax: 0211 / 35 73 89
Email: vdd-duesseldorf@t-online.de
Internet: [//www.vdd.de](http://www.vdd.de)

18.-20. April 2002, Luzern (Schweiz), Nutrition 2002

1. Interdisziplinärer Dreiländer-Kongress der Ärzte, Ernährungswissenschaftler, Apotheker, Ernährungsberater und Schwestern der GESKES, AKE und DGEM
Hauptthema: Gastrointestinaltrakt und Ernährung:

- Regulation der Nahrungsaufnahme
- Interaktion zwischen Medikamenten und Appetit
- Fettgewebe als endokrines Organ
- Ernährung und Stress
- Essstörungen
- Malabsorption und Maldigestion
- chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- Nahrungsmittelallergien
- enterale und parenterale Techniken
- State of the art lectures
- Falldiskussionen

3-Länder-Austausch Informationen: Kongresspräsident:
Dr. Remy Meier, Med. Universitätsklinik,
4410 Liestal, Schweiz, Tel.:
0041/61/9252187, Fax:
0041/61/9252804, Email: remy.meier@ksli.ch

08. Mai 2002, Veitshöchheim/ Würzburg

25. Würzburger Fortbildungsveranstaltung über Ernährungsmedizin und Diätetik
vorläufige Themen: 30 Jahre Diätetik

Tagungsort: Mainfrankensäle Veitshochheim/Würzburg

Auskunft und Anmeldung bei: Monika Wild
Staatl. Berufsfachschule für Diätassistenten

Reisgrubengasse 10
97070 Würzburg
Tel.: 0931/ 35 29-3 11
Fax: 0931/ 35 29-3 33

6. Kompaktkurs nach dem 100 stündigen Curriculum der BÄK (inkl. Abschlussseminar Praktikumsphase) vom 10. – 20. Oktober 2002 in den Räumlichkeiten der MEDIAN-Klinik Lazariterhof in Bad Krozingen (bei Freiburg)

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 Fallbesprechungen

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 2002 in Münster:

- Seminarblock 1: Ernährungslehre und ernährungsmedizinische Grundlagen **14.-16.06.2002**
- Seminarblock 2: Adipositas und Dyslipoproteinämien **19.-21.07.2002**
- Seminarblock 3: Diabetes mellitus, Hypertonie und Niere **20.-22.09.2002**
- Seminarblock 4: Gastroenterologie und künstl. Ernährung **01.-03.11.2002**
- Seminarblock 5: Ausgewählte Kap. und Fallbesprechungen **10.-12.01.2003**

Kommentar zur Zeitschrift EfuN: Eltern für unbelastete Nahrung e.V. in Kiel Ausgabe 11/2001

(siehe hierzu auch die Stellungnahme zum Thema in „Der Ernährungsmediziner“ 3, Heft 4, November 2001, S. 7)

Nach wie vor finden sich Pressemitteilungen, die sich intensiv mit der wissenschaftlichen Tagung des Berufsverbandes in Erlangen befassen. Für Wirbel sorgt dabei immer noch die von namhaften Experten vorgetragene Aussage „die Unterschiede ökologisch angebaute Produkte seien im Vergleich zu konventionell erzeugten unwesentlich und eine gesundheitsfördernde Wirkung gehe von diesen nicht aus.“

Besondere Aufmerksamkeit hat uns die offensichtlich von Ökotrophologen herausgegebene Zeitschrift EfuN (Eltern für unbelastete Nahrung) gewidmet. Die hier von Frau Helga E. Rommel geäußerten Ansichten stehen in krassem Gegensatz zu den Aussagen der beiden international anerkannten Referenten der Erlanger Tagung.

Wieder einmal wird auf die „Vielzahl“ meist künstlicher, auf chemischem Weg synthetisierter Zusatzstoffe hingewiesen, „die potentielle gesundheitsschadende Wirkungen haben können“. Derartige Glaubensbekenntnisse sind den Rezensenten seit mehr als 20 Jahren bekannt, ohne dass zwischenzeitlich auch nur annäherungsweise Hinweise auf die Richtigkeit dieser Aussage gegeben sind. Beweise anhand klinischer Studien, und hierzu wäre ja zwischenzeitlich reichlich Gelegenheit gewesen, gibt es nicht.

Konventionell angebautes Gemüse wird in der Regel als höher nitratbelastet bezeichnet. Dass dies nicht für alle Gemüsearten gilt, wird diskret verschwiegen. Natürlich fehlen die Pestizide in der Argumentationskette nicht, die Möglichkeit einer Schadstoffbelastung durch Windabdrift wird erstaunlicherweise eingeräumt. Einer unserer Referenten berichtete über eine ausgeprägte Schadstoffbelastung von Ökoprodukten. Der Ökoacker fand sich in diesem Fall direkt neben einem konventionell bewirtschafteten Feld.

Kritisiert wird in der Aussage der dpa-Mitteilung „das Risiko Antibiotikarückstände im Fleisch zu finden, sei bei Tieren aus biologischer Freilandhaltung geringer“, wo doch antibiotische Wirkstoffe als Leistungssteigerer in der ökologischen Landwirtschaft strikt ausgeschlossen seien. Man höre und staune.

Und last not least wird ein Geschmackstest empfohlen. Bioprodukte hätten noch Eigengeschmack, konventionelle Lebensmittel nicht selten Geschmacksverstärker. Sorten-, Standort- und Klimaunterschiede werden nicht erwähnt und scheinen in der Argumentationskette keine Rolle zu spielen.

Der Bericht von Frau Rommel schließt, wen könnte es wundern, mit einem Seitenhieb auf den Ernährungsmediziner. Von einem mehrmonatigen Freitags-/Samstagskolleg oder einem zehnstündigen Crash-Kurs ist die Rede. Unbekannt ist offensichtlich, dass es sich bei den Teilnehmern um approbierte Ärzte handelt, die ernährungsmedizinisch interessiert und zudem meist über viele Jahre ernährungsmedizinisch tätig sind. Die schriftliche Prüfung, die Fallbearbeitung und der Nachweis der ernährungsmedizinischen Tätigkeit vor Beantragung des Ernährungsmediziners werden dabei nicht erwähnt.

Lassen wir uns nicht beirren. Unser Berufsverband ist weder von der Industrie noch von Interessenverbänden oder irgendwelchen Lobbyisten abhängig. Aus kommerziellen und ideologischen Gründen passt es einigen nicht ins Konzept, dass ausgerechnet der Ernährungsmediziner, der in der Bevölkerung als kompetenter Partner in Ernährungsfragen angesehen wird, sich mit dieser Thematik befasst. Die teilweise ideologisch geführte Diskussion um die Ökoprodukte ist uns seit mehr als 20 Jahren bekannt und hat bislang nur wenig Beachtung gefunden. Es sollte Abstand genommen werden, die Bevölkerung zu verdimmen und ihr vorzugaukeln, Ökoprodukte unterschieden sich wesentlich von konventionell hergestellten Lebensmitteln oder dem Verbraucher vorzumachen, von diesen ginge eine gesundheitsfördernde Wirkung aus. Wäre dies so, hätten die Befürworter längst Gelegenheit zum Beweis ihrer Hypothese gehabt.

Nicht übersehen werden darf, dass nicht alles, was als „Öko“ angeboten wird, auch tatsächlich „Öko“ ist. Hiervon zeugen immer wieder Presseberichte. Der letzte uns zugängliche Artikel, datiert vom 29.11.2001 und dokumentiert, welche Interessenlage im Vordergrund steht. Hier wird über einen Millionenbetrug mit herkömmlichem Getreide berichtet, welches zum dreifach überhöhten Preis als Bioware verkauft worden sein soll.

Nochmals sei betont, dass auch wir den vermehrten Anbau von ökologischen Produkten aus Gründen des Umweltgedankens durchaus begrüßen. Die von Interessenverbänden zum Teil ideologisch geprägten Meinungen, die letztendlich zur Irreführung der Bevölkerung führen, sind jedoch abzulehnen.

gez.
Prof. Dr. U. Rabast
Präsident des Berufsverbandes
Deutscher Ernährungsmediziner
(BDEM)

gez.
Prof. Dr. R. Kluthe
Präsident der Deutschen Akademie
für Ernährungsmedizin
(DAEM)