

Der Ernährungsmediziner

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



Jahrgang 4, Nr. 2

Mai 2002

Liebe Leserin, lieber Leser,

Im Mittelpunkt der heutigen Ausgabe steht ein Positionspapier über die Gründung einer Arbeitsgemeinschaft der Berufsverbände der qualifizierten, ernährungsberatend und ernährungstherapeutisch tätigen Berufe Deutschlands. Sie umfasst den Verband der deutschen Diätassistenten, den Verband der Oecotrophologen und den der Ernährungsmediziner.

Dieser Zusammenschluss sichert jeder Berufsgruppe – auch uns Ärzten – den ihr in diesem Zusammenhang zustehenden Platz. Ein besonderer Stellenwert ist dabei der Tatsache zuzumessen, dass die Arbeitsgemeinschaft es als eine ihrer wichtigsten Funktionen ansieht, zu unseriösen Ernährungsinformationen mit logischerweise daraus resultierender Verbraucher- bzw. Patiententäuschung aktiv Stellung zu nehmen. Für den Ernährungsmediziner bedeutet die Gründung einen wichtigen Schritt auf dem Weg der Stärkung der Ernährungstherapie als Konkurrenz zur Pharmakotherapie.

Die Aufmerksamkeit sei auch gelenkt auf die 3. wissenschaftliche Tagung unseres Berufsverbandes, die mit den wichtigen aktuellen Themen Aging-Antiaging für den 27./28. September diesen Jahres in Münster geplant ist. Ein wichtiger Teilaspekt der Tagung wird die evidenzbasierte Ernährungstherapie sein.

Prof. Dr. med. Reinhold Kluthe

In dieser Ausgabe:

- „Welche Vitamine soll ich nehmen, Doktor?“
- Der Einfluss von Kakaopulver und dunkler Schokolade auf die LDL-Oxidation und die Prostaglandinkonzentration beim Menschen
- Selteneres Auftreten von Typ 2 Diabetes durch Lebensstilveränderung oder Metformin
- Hypertonietherapie – Ärzteumfrage nach dem Therapieprocedere
- Die GISELA-Studie (Probanden > 60 Jahre)
- Lipidsenker – wie effektiv sind sie für die Primärprävention
- Wirksamkeit und Sicherheit der Glitazone in der Therapie von Diabetes mellitus Typ 2
- Mediterrane Ernährungsweise bei portugiesischen Kindern im Vergleich zu deutschen
- Primäre Krebsprävention und Ernährung
- Walnüsse verbessern das Serumlipidprofil

„Welche Vitamine soll ich nehmen, Doktor?“

Walter C. Willett und Meir J. Stampfer

Fall (konstruiert): Eine gesunde 54-jährige Nichtraucherin, Gemüseköstlerin, kommt zur Routineuntersuchung und fragt nach Vitaminsupplementen. Sie ist verwirrt über die sich widersprechenden Berichte und Empfehlungen. Sie nimmt im Moment keine Supplemente.

Empfehlungen und Diskussion:

Unter Berücksichtigung der größeren Wahrscheinlichkeit von Vorteilen als Nachteilen und zudem den geringeren Kosten, kommen die Autoren zu dem Schluss, dass eine tägliche Einnahme eines Multivitaminpräparates nicht zur Überschreitung der Referenzwerte (RDA, als auch der vergleichbaren D-A-CH-Werte) führt.

Die darin enthaltenen Vitamine machen Sinn für die meisten Erwachsenen, die konstruierte Patientin in dem vorgegebenen Fall eingeschlossen. Gewichtige Daten belegen, dass höhere Zufuhren an Folsäure, Vitamin B₆, B₁₂ und Vitamin D manchen Menschen Vorteile bringen und dass Multivitamin-tabletten eine

adäquate Versorgung mit anderen Vitaminen gewährleisten kann, bei denen die Beweislage nicht so gesichert ist. Ein Multivitaminpräparat ist z.B. für Frauen wichtiger, die schwanger werden, für Personen, die regelmäßig ein oder zwei alkoholische Getränke pro Tag zu sich nehmen, für ältere Menschen mit reduzierter Aufnahmefähigkeit von Vitamin B₁₂ und häufigem Mangel an Vitamin D, für Veganer mit der Notwendigkeit, B₁₂ zu supplementieren, für „arme Städter“, die aus finanziellen Gründen nicht in der Lage sind, sich mit genügend Gemüse und Obst zu versorgen.

Viele der Multivitaminpräparate enthalten essentielle Mineralstoffe. Der Sinn solcher Supplemente ist geringer als der der Vitamine mit Ausnahme der Eisenzufuhr bei Frauen vor der Menopause.

Obwohl man zum Zweck der Identifizierung von bestimmten Vitaminmangelzuständen diverse Analysen durchführen könnte, ist es weit billiger, einfach ein Vitaminsupplement mit Kosten von 20 – 40 amerikanischen Dollars (etwa 20 – 40 Euro) pro Jahr zu empfehlen. Ernährungsberatung ist lebenswichtig. Sie hat sich aber als weniger effektiv erwiesen als

Supplementierung oder Anreicherung von Lebensmitteln zur Erhöhung niedriger Folsäureblutwerte. Wieauch immer, eine Vitaminpille ist kein Ersatz für einen gesunden Lebensstil bzw. gesunde Ernährung.

Dies insbesondere deswegen, weil Lebensmittel noch verschiedene wichtige andere Nahrungskomponenten enthalten, wie Ballaststoffe und essentielle Fettsäuren. Im besonderen kann eine Vitaminpille nicht den verschiedenen Risiken begegnen, die mit Rauchen, Fettsucht oder körperlicher Inaktivität einhergehen. Die Kosten der Multivitamine sind so gering – eine Multivitamin-tablette kostet ¼ einer Gemüse- oder Obstportion – dass es unwahrscheinlich ist, dass sie gesunde Nahrungsmittel in den meisten Nahrungsbudgets verdrängen.

Wir glauben auch, dass Vitamin E-Supplemente für die meisten älteren und alten Amerikaner, die ein erhöhtes Koronarrisiko haben, vernünftig sind. Die Hinweise häufen sich in Richtung auf eine solche positive Wirkung (wir sehen die Wahrscheinlichkeit als sehr hoch an).

Jedenfalls überwiegen die Vorteile die sehr geringe Wahrscheinlichkeit einer negativen Wirkung. Eine Supplementierung in der Größenordnung von 400 I.E. (= 400 x 0,67 mg RRR-α-Tocopherol) würde sich für unseren konstruierten Fall anbieten, in der Vorstellung, dass dieses Vorgehen einer jährlichen Prüfung unterzogen wird.

Zu guter Letzt möchten wir betonen, dass wir, obwohl wir im Moment generell keine Vitaminsupplementierung empfehlen, uns bewusst sind, dass die Daten noch zu spärlich sind, um endgültig zu der Supplementierungsfrage Stellung zu nehmen.

Quelle:

- N.E.J.M. 345, 1819-1823, 2001

Der Einfluss von Kakaopulver und dunkler Schokolade auf LDL-Oxidation und Prostaglandinkonzentration beim Menschen

Ying Wan, Joe A. Vinson, Terry D. Etherton, John Proch, Sheryl A. Lazarus, and Penny M. Kris-Etherton

Flavonoide sind Phenolverbindungen pflanzlichen Ursprungs mit antioxidativen

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 Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen

Erscheinungsweise
 Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich

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

Eigenschaften. Sie verhindern die LDL-Oxidation und reduzieren die Thromboseneigung in vitro. Wenig ist bekannt über die Wirkung von Kakaopulver und dunkler Schokolade - beide reichhaltige Polyphenolquellen - auf kardiovaskuläre Risikofaktoren. Daher wurde folgende Versuchsreihe inauguriert.

In einer randomisierten Cross-over-Studie wurden an 23 gesunden Personen zwei verschiedenen Diäten verabreicht: einmal eine typisch amerikanische Kost (AAD) mit definiertem Ballaststoffgehalt sowie Kaffee- und Theobrominmenge, sowie eine ADD supplementiert mit 22 g Kakaopulver plus 16 g dunkler Schokolade (CP-DC-Diät). Letztere Kost enthielt ca. 466 mg Procyanidin/Tag (ein oligomeres Flavonoid).

Die Studie erbrachte, dass Kakaopulver und schwarze Schokolade einen günstigen Einfluss auf kardiovaskuläre Risikokonstellationen haben. Der Grund liegt in einer Reduktion der LDL-Oxidations-Neigung, der Erhöhung der Antioxidationskapazität des Serums, Erhöhung der HDL-Serumkonzentration und Nichtbeeinflussung der Prostaglandine

Quelle:

- J. Clin. Nutr., 2001; 74; 596-602

Selteneres Auftreten von Typ 2 Diabetes durch Lebensstilveränderung oder Metformin

Diabetes Präventionsprogrammforschungsguppe, Koordinationszentrum Biostatic Center George Washington Universität, 6110 Executiv Boulevard, Suite 750 Rockville, M.D. 20852

3234 Nichtdiabetiker mit erhöhten Nüchternblutglukosewerten und erhöhtem Blutzuckerbelastungswert wurden zufällig einer Placebogruppe, einer Metformingruppe (850 mg zweimal/Tag) oder einem Lebensstiländerungsprogramm mit den Zielen einer Gewichtsreduktion von 7 % und zumindest einer körperlichen Belastung von 150 min/Woche zugeteilt. Das mittlere Alter der Probanden lag bei 51 Jahren. Der mittlere Body-Mass-Index war 34,0, 68% waren Frauen. Die mittlere Beobachtungszeit lag bei 2,8 Jahren. Die Inzidenzrate des Diabetes lag bei 11% pro Jahr in der Placebogruppe, bei 7,8% pro Jahr in der Metformingruppe und bei 4,8% pro Jahr in der Lebensstiländerungsgruppe. Die

Diabetesinzidenz wurde in der Lebensstiländerungsgruppe um 58%, in der Metformingruppe um 31% im Vergleich mit der Placebogruppe gesenkt. Um einen Fall von Diabetes zu verhindern müssen 6,9 Personen im Sinne einer Lebensstiländerung beeinflusst, 13,9 Personen mit Metformin behandelt werden.

Quelle:

- N.E.J.M. 346, No. 6; 393-403, 2002

Die Therapie der arteriellen Hypertonie – Ärzteumfrage nach dem Therapieprozedere

U. Wenzel, T. Röben, G. Schwietzer, R.A.K. Stahl

Es wurden 1540 niedergelassene Internisten, Allgemeinärzte und praktische Ärzte in Hamburg zu ihrem Therapieverhalten bei arterieller Hypertonie befragt. 458 Ärzte (30%) gaben Auskunft.

38% der Befragten hielten bei einem Blutdruck über 140/90 mmHg eine medikamentöse Therapie für erforderlich. 52% waren der Ansicht, erst ab Werten von 160/95 mmHg und 10% sogar erst ab 180/100 mmHg therapieren zu müssen. Internisten therapierten dabei aggressiver als Allgemeinmediziner. Eine effiziente Blutdrucksenkung (95%), wenig Nebenwirkungen (83%) und eine in Studien belegte Senkung von Morbidität und Mortalität (44%) waren die wichtigsten Eigenschaften eines guten Hypertensivums. Die drei am häufigsten benutzten Hypertensiva waren ACE-Hemmer (98%), gefolgt von Beta-Rezeptorenblockern (86%) und Diuretika (60%). Kalziumantagonisten (54%) und AT-1-Blocker (22%) folgten an vierter und fünfter Stelle. Der am häufigsten benutzte Kalziumantagonist war Amlodipin (38%), gefolgt von Nifedipin-Präparaten (29%), Verapamil (18%) und Nitrendipin (6%). Als am besten verträgliche Antihypertensiva wurden an erster Stelle Diuretika genannt, gefolgt von ACE-Hemmern, Beta-Rezeptorenblockern und AT-1-Blockern. ACE-Hemmer wurden bei Patienten mit Diabetes mellitus (84%), Herzinsuffizienz (90%) und Nierenerkrankungen (68%) bevorzugt eingesetzt. Beta-Rezeptorenblocker wurden bei nur 72% der Patienten mit koronarer Herzkrankheit verwendet. 212 der befragten Kollegen benutzen neue Antihypertensiva nicht

sofort nach Einführung, während 72 sie sofort benutzen.

Die Studie zeigt, dass niedergelassenen Ärzte die arterielle Hypertonie pharmakologisch gemäß den offiziellen Empfehlungen und Leitlinien therapieren, nichtpharmakologische Maßnahmen wurden aber ungenügend berücksichtigt. Immerhin hielten 44% der Befragten diese Maßnahmen für effektiv und verordneten sie auch. 50% waren jedoch der Meinung, sie würden nicht eingehalten. 5% hielten sie für ineffektiv. Fortbildungsbedarf besteht insbesondere bei der Definition von normotensiven Blutdruckwerten, und Verbesserungen sind noch notwendig bei der Behandlung von Komorbiditäten wie Diabetes mellitus, koronarer Herzkrankheit und Nierenerkrankungen.

Quelle:

- DMW 2001, 126, Nr. 51/52; 1454-1459

Die GISELA-Studie: Giessener Senioren Langzeitstudie

M. Neuhäuser-Berthold, P. Lührmann, B. Herbert, A. Straßburg, B. Hartmann, C. Krems

Die Giessener Senioren Langzeitstudie (GISELA-Studie), eine prospektive Kohortenstudie, wurde 1994 begonnen und hat zum Ziel, den Ernährungs- und Gesundheitsstatus von ca. 500 selbständig lebenden und sich selbst versorgenden Giessener Senioren zu untersuchen. Die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Studie sind ein Mindestalter von 60 Jahren und körperliche Mobilität. Im Mittelpunkt der Studie stehen Untersuchungen zu altersabhängigen Veränderungen der Körperzusammensetzung, des Ruheenergieumsatzes sowie zu ernährungsabhängigen Parametern, die in Verbindung mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine Rolle spielen. Die Befunde der GISELA-Studie werden auch denen einer Gruppe von jungen Erwachsenen gegenüber gestellt. Die hierzu durchgeführte Vergleichsstudie erfolgte im Jahr 1999 und beinhaltet dieselben Erhebungen wie in der GISELA-Studie.

Da bisher entsprechende standardisierte Referenzwerte für die Altersgruppe > 60 fehlen, orientiert man sich an den Standards, die für jüngere Menschen gelten. Eine unkritische Übertragung dieser Referenzwerte ist jedoch aufgrund einer Reihe von physiologischen Veränderungen im Rahmen des Alterungspro-

zesses problematisch. Die Ermittlung der Nährstoffaufnahme bei den Senioren ergab, dass gemessen an den gegenwärtig verfügbaren Referenzwerten der Versorgungszustand im allgemeinen als gut einzustufen ist. Andererseits zeigt sich, dass der Gesundheitszustand der befragten Studienteilnehmer, beurteilt nach dem Vorkommen verschiedener Erkrankungen, als wenig zufriedenstellend angesehen werden muss. Vor dem Hintergrund, dass eine Reihe der erfassten Erkrankungen durch diätetische Maßnahmen beeinflusst werden kann, stellt sich die Frage, ob die zur Zeit praktizierte Übertragung von Referenzwerten auf die ältere Bevölkerung überdacht und für Senioren eigene Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr entwickelt werden müssen. Eine an die physiologischen Gegebenheiten des Alters angepasste Nährstoffversorgung könnte auch ein Weg zu einer besseren Lebensqualität im Alter darstellen.

Quelle:

- Moderne Ernährung Heute. Wissenschaftl. Pressedienst der Deutschen Süßwarenindustrie, Dez. 2001

Lipidsenker – wie effektiv sind sie für die Primärprävention?

C. Marseille

Während sich die Wirksamkeit der medikamentösen lipidsenkenden Therapie in der Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit (KHK) auf eine starke externe Evidenz stützen kann, wird der Nutzen der medikamentösen Intervention als primärpräventive Maßnahme bei Patienten mit Störungen im Lipidstoffwechsel kontrovers diskutiert.

Während die medikamentöse lipidsenkende Therapie das relative Risiko tödlicher und nicht tödlicher KHK-Ereignisse um etwa 30% senken kann, zeigt die Meta-Analyse keinen signifikanten Einfluss auf die Gesamtmortalität.

Als Hauptgründe für die relative Wirkungslosigkeit der Lipidsenker auf die Gesamtmortalität führen die Autoren das generell geringere Mortalitätsrisiko der untersuchten Populationen (2-4% in 5 Jahren) sowie die kurze Nachbeobachtungszeit (5-7 Jahre) an.

Das niedrige absolute Mortalitätsrisiko von 2-4% in 5 Jahren erfordert, dass bei einer Risikoverminderung von z.B. 10% 250-500 Patienten über 5 Jahre behandelt werden müssten, um 1 Todesfall zu verhindern.

Vergleicht man die Effektivität der medikamentösen Lipidsenkung mit anderen primärpräventiven Maßnahmen, so entspricht deren Wirkung auf die KHK-Mortalität etwa jener, die durch moderate körperliche Aktivität erzielt werden kann. Was die Senkung der Gesamtsterblichkeit betrifft, schneidet die körperliche Aktivität in vergleichbaren Populationen über einen Beobachtungszeitraum von 5-7 Jahren deutlich besser ab.

Quelle:

- Arzneimittel- Therapie- Kritik; Intern. Praxis 41, 589-590, 2001

Wirksamkeit und Sicherheit von Thiozolidindione (Glitazone) in der Therapie des Diabetes mellitus Typ 2

Die meisten Studien mit Glitazonen sind Kurzzeitstudien über 6 Monate im Vergleich zu einem Placebo. Aus verschiedenen Gründen stellt sich heute die Frage nach dem Sinn der Anwendung dieses Mittels:

1. keine ausreichenden Informationen über die Langzeitsicherheit
2. Deutliche Risiken: Ödeme, Gewichtszunahme, Anämie, Erhöhung des LDL-Cholesterins
3. Berichte über Leberschäden
4. Kostenintensität

Eine Gesamtbewertung der Medikamentenanwendung kann deswegen derzeit nur ungünstig ausfallen (Kaplan, N.M.: Arch. Intern. Med. 2001, 161, 511)

Quelle:

- Der Arzneimittelbrief 36; 17-19, 2002

Mediterrane Ernährungsweise – bei portugiesischen Kindern weniger verbreitet als bei deutschen Kindern

Guerra A., Feldl F., Koletzko B.

Die Prävention von Herzerkrankungen beginnt nach gesicherten Erkenntnissen in der Kindheit, da sich bereits in diesem Alter die ersten Ge-

fäßschäden entwickeln. Um das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen im späteren Lebensalter zu vermindern, empfehlen Wissenschaftler für Kinder ab zwei bis drei Jahren eine gesunde Ernährungsweise. Vor allem betonen sie dabei die Rolle der Nahrungsfette. Allgemein wird davon ausgegangen, dass die Ernährung der Bevölkerung in den Mittelmeerländern höhere Mengen an einfach ungesättigten und niedrigere Mengen an gesättigten Fettsäuren aufweist als die typische westliche Ernährungsform. Um die derzeitige Nahrungsfettaufnahme in der frühen Kindheit zu vergleichen, untersuchten *Guerra et al.* in einer Studie Kinder im Alter von 6 bis 32 Monaten in München (Deutschland) und Porto (Portugal). Als Biomarker für die Fettaufnahme mit der Nahrung diente bei jeder der Ernährungsweisen die Phospholipid-Fettsäure-Zusammensetzung im Plasma.

Zu ihrer eigenen Überraschung stellten die Wissenschaftler fest: Der Plasma-Phospholipid-Gehalt der Gesamtmenge an gesättigten Fettsäuren war in beiden Gruppen ähnlich. Die portugiesischen Kinder wiesen sogar niedrigere Mengen an einfach ungesättigten Fettsäuren und n-3 mehrfach ungesättigten Fettsäuren auf als die deutschen Kinder. Nach diesen Ergebnissen weicht die Nahrungsfettzufuhr bei portugiesischen Kindern stärker von der mediterranen Ernährung ab als bei deutschen Kindern. Die Autoren folgern hieraus: In Südeuropa schwinden die traditionellen mediterranen Essgewohnheiten immer mehr, was zumindest teilweise verursacht wird durch das immer stärkere Zurückdrängen typischer regionaler Nahrungsmittel und deren Ersatz durch Lebensmittel, die nach ähnlichen Kriterien und mit vergleichbaren Inhaltsstoffen wie überall in der EU produziert werden. Zwecks langfristiger Gesundheitsförderung empfehlen die Wissenschaftler deshalb Pädiatern und anderen Fachkräften aus dem Gesundheitswesen dringend, junge Familien sowie Hersteller und Händler von Lebensmitteln zu ermutigen, die traditionellen Formen mediterraner Ernährung mit Olivenöl als Hauptlieferant für Nahrungsfett wieder aufzugreifen.

Quelle:

- Annals of Nutrition and Metabolism 2001; 45; 78-81

Primäre Krebsprävention und Ernährung

J. Linseisen und R. Becker

Schätzt man für einzelne Krebslokalisationen den durch optimale Ernährung vermeidbaren Anteil, so zeigt sich das Potenzial der Krebsprävention durch Ernährungsmaßnahmen: Allein in Deutschland könnten theoretisch mehr als 100 000 Neuerkrankungen, d.h. 30% aller neu auftretenden Krebsfälle, pro Jahr verhindert werden. Bei konservativer Schätzung wäre eine realistische Verringerung der Krebsmortalität in Deutschland um bis zu 11% zu erreichen (Cancer Res. Clin. Oncol. 2001; 127; 9-19) Insbesondere die Effektivität bei den sehr häufigen Krebskrankheiten der Lunge, Brust, des Kolons/Rektums und Magens, tragen hierzu bei. Bei allen vier Organen ist die protektive Wirkung eines erhöhten Konsums von Obst und Gemüse gesichert. Die Umsetzung der Empfehlung zu Gemüse und Obst würde für den durchschnittlichen Deutschen eine Steigerung des momentanen Verzehrs von Gemüse und Obst um mindestens zwei Portionen pro Tag oder mindestens 150 g/Tag bedeuten. Allein durch diese Veränderung in der Ernährung könnte theoretisch die Krebsneuerkrankungsrate bei mittlerer Schätzung um ca. 20% gesenkt werden (Pub. Health Nutr. 2000; 3; 103). Zudem würde durch diese Maßnahme auch die Mortalität infolge Herz-Kreislauf-Krankheiten um etwa 15% gesenkt. Die Ergebnisse solcher Berechnungen zeigen, welches Potenzial in dieser einen Empfehlung steckt. Die aktuell laufende Kampagne führender deutscher Organisationen im Gesundheitswesen „5 am Tag – Obst und Gemüse“ (www.5amtag.de) sollte daher bei möglichst vielen Personen Gehör finden und in die tägliche Ernährungspraxis umgesetzt werden.

Quelle:

- DMW 127, 425-426; 2002

Walnüsse verbessern das Lipidprofil von hypercholesterinämischen Patienten

Zambon D. et al

Es wurde in einem Crossover-Design an nicht hospitalisierten Männern und Frauen mit Hypercholesterinämie der Effekt einer walnussreichen

Diät mit einer cholesterinsenkenden mediterranen Diät auf Serumlipid- und Lipidproteinpiegel sowie LDL-Oxidation verglichen. Eingeschlossen waren Patienten einer Lipidklinik mit einem LDL-Spiegel > 130 mmol/l und Triglyceridkonzentrationen > 250 mmol/l, ausgeschlossen waren Patienten mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie und familiärer kombinierter Hypercholesterinämie. Der Energiebedarf umfasste einen Bereich von 1600-2200 kcal/Tag. Jeder Patient durchlief beide Diäten für 6 Wochen. Die Kontrolldiät entsprach einer mediterranen Kost mit Bevorzugung von Gemüse, Fisch und Olivenöl, unter Vermeidung von rotem Fleisch und Eiern. Nüsse waren nicht erlaubt.

Die Walnussdiät entsprach weitgehend der Kontrolldiät, doch wurden Olivenöl und andere Fettbestandteile durch Walnüsse ersetzt. Die Patienten erhielten die geschälten Walnüsse vorgefertigt abgepackt in täglichen Mengen von 41-56 g (entsprechend 8 – 11 Walnüsse), die 18% der Gesamtenergie und 35% des Fettbedarfs abdecken sollten.

Von den 55 randomisierten Patienten (27 ♀, 28 ♂) vervollständigten 49 beide Studienphasen. Die Compliance war für beide Diäten gut und wurde durch Messungen der Fettsäurezusammensetzung der LDL-Fraktion objektiviert. Das Körpergewicht blieb konstant. Der Cholesterinspiegel nahm unter der Walnussdiät im Mittel um 9%, der LDL-Spiegel um 11% ab, während unter der mediterranen Diät der Cholesterinspiegel um 5% und der LDL-Spiegel um 5,6% abnahmen. HDL-, VLDL-, Triglycerid-, Apolipoprotein-A1- und Apolipoprotein-B-Werte nahmen in beiden Diätgruppen ohne signifikanten Unterschied ab. Die LDL/HDL-Ratio nahm unter Walnussdiät um 8% ab und blieb in der Kontrollgruppe gleich. Die Annahme einer möglicherweise gesteigerten LDL-Oxidation durch Anreicherung mit mehrfach ungesättigten Fettsäuren unter Walnussdiät konnte nicht bestätigt werden.

Quelle:

- Ann. Int. Med.; 123; 538-546; 2000

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

08. Mai 2002, Veitshöchheim/ Würzburg

25. Würzburger Fortbildungsveranstaltung über Ernährungsmethodik und Diätetik

Ernährungsmedizin und Diätetik – 75 Jahre Staatliche Berufsfachschule für Diätassistenten in Würzburg – Rückblick und Ausblick:

- D-A-CH Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr – Energie und Makronährstoffe
- Probiotika: Was ist gesichert? Was ist in der Diskussion?
- Ernährungsempfehlungen für Diabetiker: Aktueller Stand – was hat sich geändert?
- Neurodermitis mit Verdacht auf Nahrungsmittelallergie – wie sieht die Praxis der Diagnostik aus der Sicht der Ernährungsfachkraft
- Künstliche Ernährung 2002 Osteoporose: Epidemiologie, Ätiologie und Prophylaxe
- Kopfschmerzen und Ernährung
- Lebensmittel aus ökologischem Landbau – nur ein Trend oder doch mehr?

Tagungsort: Mainfrankensäle
Veitshöchheim/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

08. –11. Mai 2002, Dresden

37. Jahrestagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft

Veranstalter: Deutsche Diabetes Gesellschaft DDG

Organisation und Anmeldung bei: Intercom Technische Universität Dresden Konferenzservice GmbH

Zellescher Weg 3
01069 Dresden
Tel.: 03 51/ 4 63 30 14
Fax: 03 51/ 4 63 70 49
E-Mail: info@intercom-dresden.de

Weitere Informationen zur 37. Jahrestagung finden Sie auf den Internetseiten der Deutschen Diabetes Gesellschaft unter www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de

07.-08. Juni 2002, Hannover

Ernährungsmedizinische Fortbildung Künstliche Ernährung

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin in Zusammenarbeit mit der Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover und der Akademie für Ernährungsmedizin Niedersachsen

Auskunft und Anmeldung bei: PD Dr. S. C. Bischoff
Klinik f. Abdominal- und Transplantationschirurgie
Tel.: 05 11/ 5 32-21 88
Fax: 05 11/ 5 32-81 88
E-Mail: siegismund.sabine@mh-hannover.de

Weitere Informationen zur 16. Jahrestagung finden Sie auf den Internetseiten der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin www.d-gem.de

27.-28. September, Münster/Westfalen

3. wissenschaftliche Tagung des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner

vorläufige Themen:

Probleme des Alterns und die Möglichkeit der Einflussnahme (Aging – Antiaging)

- Probleme der demographischen Bevölkerungsstruktur
- Biochemische und genetische Prozesse bei der Alterung – Möglichkeiten der Einflussnahme
- Somatische Veränderungen in den einzelnen Lebensdekaden Ernährung- und Umwelteinflüsse – Beschleunigung und Verzögerung des Altersprozesses
- Verzögerung des Alterungsprozesses durch medikamentöse Maßnahmen
- Chirurgische Korrektur des Alters

Gentechnologie – Risiko oder Chance

- Die Akzeptanz der Gentechnologie in unserer Gesellschaft und die Rolle des Arztes bei der Risikokommunikation
- Gentechnologie und Arzneimittel
- Stammzellforschung – Perspektiven
- Ethische Aspekte der Gentechnologie (einschließlich Stammzellforschung)

Evidenzbasierte Ernährungstherapie

- Nicht-medikamentöse Therapie der Arteriellen Hypertonie
- Ernährungstherapie des Diabetes mellitus – aktuelle Leitlinien
- Diätetische Prophylaxe und Therapie der chronischen Niereninsuffizienz

Ernährungstherapie – Update 2002

- Was gibt es neues in der Adipositas-therapie
- Ernährungstherapie bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED)
- Neue Versorgungsstrukturen (DMPs etc.) und ihre Auswirkungen auf die Therapie ernährungsbedingter Erkrankungen

Auskunft bei: Prof. Dr. U. Rabast, Präsident des BDEM
Tel.: 0 23 24/ 4 62 31
Fax: 0 23 24/ 4 62 74
oder Berufsverband Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM)
Geschäftsstelle
Reichsgrafenstr. 11
79102 Freiburg
Tel.: 07 61/ 7 89 80
Fax: 07 61/ 7 20 24

03.-05. Oktober 2002, Dresden

18. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft

Auskunft und Anke Kluth
Anmeldung bei: Löscherstr. 30
01309 Dresden
Tel.: 03 51/ 3 12 50 59
Fax: 03 51/ 3 12 50 98
E-Mail: anke.kluth@gmx.de

Weitere Informationen zur 18. Jahrestagung finden Sie auf den Internetseiten der

Deutschen Adipositas Gesellschaft unter www.adipositas-gesellschaft.de

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

Auskunft und Berufsverband Deutscher Ernährungsmediziner
Anmeldung bei: Ernährungsmediziner (BDEM)
Geschäftsstelle
Reichsgrafenstr. 11
79102 Freiburg
Tel.: 07 61/ 7 89 80
Fax: 07 61/ 7 20 24

25.-26. Oktober 2002, Irsee

16. Irseer Fortbildungsveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)

Auskunft und Prof. Dr. J. Eckart, Frau H. Kapfer
Anmeldung bei: Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
Zentralklinikum

Stenglinstr. 2
86156 Augsburg
Tel.: 08 21/ 4 00-23 71
Fax: 08 21/ 4 00-33 16
Fax: 05 11/ 5 32-81 88

Weitere Informationen zur 16. Jahrestagung finden Sie auf den Internetseiten der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin www.dgem.de

Seminarzyklus der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin in Münster/ Westfalen in Zusammenarbeit mit der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

Seminarzyklus 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**

Auskunft und Deutsche Akademie für
Anmeldung bei: Ernährungsmedizin
Reichsgrafenstr. 11
79102 Freiburg
Tel.: 07 61/ 7 89 80
Fax: 07 61/ 7 20 24



Positionspapier

Im Februar 2002 hat sich in Köln die **Arbeitsgemeinschaft der Berufsverbände der qualifizierten ernährungsberatend und ernährungstherapeutisch tätigen Berufe Deutschlands (AQED)**, bestehend aus

BDEM – Berufsverband Deutscher Ernährungsmediziner e.V.

VDD – Verband der Diätassistenten Deutscher Bundesverband e.V.

VDOE – Verband der Diplom – Oecotrophologen e.V.

konstituiert. Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft wollen unter Berücksichtigung der jeweiligen Verbandsziele in konstruktiver Weise gemeinsam

1. den **Stellenwert der Ernährungstherapie** als zumeist primärer und häufig alleine ausreichender Therapieform bei vielen ernährungsbedingten und ernährungsabhängigen Erkrankungen erhöhen,
2. Verfahren der **Qualitätssicherung** abstimmen und weiterentwickeln und deren konsequente Anwendung in der ernährungstherapeutischen Praxis fördern,
3. in Gesprächen mit **Verbänden** und **Kostenträgern** die Notwendigkeit, den Umfang und die Durchführungsmodalitäten einer qualifizierten Ernährungstherapie auf der Grundlage von anerkannten Leitlinien vertreten,
4. die Bildung von interdisziplinären **ernährungstherapeutischen Teams** - bestehend aus jeweils mindestens einem verordnenden Arzt und einer beratenden Ernährungsfachkraft (mit nachgewiesener Qualifikation) - initiieren, damit eine zielgerichtete und nachhaltige Durchführung der Ernährungstherapie gewährleistet wird,
5. den Wissensstand der ernährungstherapeutischen Teams durch Berufsgruppen übergreifende **Fortbildungsmaßnahmen** verbessern,
6. interdisziplinäre **Modellprojekte** für die Prävention und Therapie ernährungsbedingter Erkrankungen entwickeln und deren Umsetzung fördern,
7. für eine Verbreitung von anerkannten Ernährungsinformationen und Beratungsangeboten über ein Internet-basiertes **Kommunikationsnetz** sorgen,
8. kritisch **Stellung nehmen** zu unseriösen Ernährungsinformationen bzw. Beratungsangeboten, insbesondere wenn diese in Verbindung mit direkter oder indirekter Produktwerbung zu einer Täuschung von Verbrauchern bzw. Patienten führen können,
9. dafür sorgen, dass alle Mitglieder der Berufsverbände die hier aufgeführten **Ziele kennen**.

Köln, im Mai 2002

für den VDD

Doris Steinkamp

für den VDOE

Dr. Andrea Dittrich

für den BDEM

Dr. Bertil Kluthe