

# Der Ernährungsmediziner

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



Jahrgang 4, Nr. 3

August 2002

Liebe Leserin, lieber Leser,

fast ein Jahr ist seit unserer 2. Jahrestagung des Berufsverbandes vergangen. Die Wogen, ausgelöst durch unsere kritische Bestandsaufnahme der nachweisbaren Vor- und Nachteile ökologischen Landbaus haben sich gelegt (Im Moment herrscht hoher Wellengang durch den Nitrophen-Skandal vor). Sicherlich werden auch nach der bevorstehenden Tagung heftige Reaktionen auf unsere kritische Betrachtungsweise der Hauptthemen Aging – Antiaging und Gentechnologie zu erwarten sein. Unproblematisch, aber wichtig, sind dagegen die Beiträge zum Thema evidenzbasierte Ernährungstherapie.

Der Vorstand des BDEM wünscht sich eine rege Beteiligung an der Tagung. Dabei wird die Teilnahme an der Mitgliederversammlung wichtig sein, die u.a. eine Bestandsaufnahme über die aktuellen Einzelheiten der Verbandsorganisation und -funktion erbringen wird. Bis Münster!  
Ihr

Prof. Dr. med. Reinhold Kluthe

## In dieser Ausgabe:

- Prospektive Studie über die Beziehung zwischen Ernährung, Vitamin C und Letalität
- Professor Kasper 70 Jahre alt
- Geringere Gesamtkosten bei Anwendung von ketogener Diät
- Acarbose für die Prävention des Typ 2 Diabetes – Der randomisierte STOP- NIDDM- Trial
- Bedeutung und empfehlenswerte Höhe der Zufuhr langkettiger Omega-3-Fettsäuren
- Medikamente möglichst mit Wasser einnehmen
- Ärztetag lockert Werbeverbot – von großer Bedeutung für die Ernährungsmedizin
- Beziehungen zwischen Häufigkeit der Nahrungsaufnahme und Serumcholesterinspiegel in der EPIC-Norfolk-Studie
- Evidenzbasierte Ernährungsprinzipien und Empfehlungen für Therapie und Prävention des Diabetes und seiner Komplikationen
- Effekte von Obst- und Gemüsekonsum auf Plasmaxidantienkonzentration und Blutdruck: eine randomisierte, kontrollierte Studie
- Aktuelle Epidemiologie des Ösophaguskarzinoms und des Kardiakarzinoms in Deutschland
- Häufigkeit gestörter Glukosetoleranz bei Kindern und Adoleszenten mit ausgeprägter Fettsucht
- Darf man Spinat oder Pilze aufwärmen?
- Stillen vermindert das Risiko an kindlicher Fettsucht zu erkranken
- Weltweite Epidemie von Fettsucht und Diabetes bei Kindern
- Nachruf

## Prospektive Studie über die Beziehung zwischen Ernährung, Vitamin C und Letalität

K.-T. Khaw et al., Cambridge

Es wird über eine umfangreiche prospektive Studie an ca. 19 500 Männern und Frauen aus der Grafschaft Norfolk in England berichtet, in der die Beziehung zwischen diätetischen Gewohnheiten, Plasmaspiegeln von Vitamin C und Letalität während einer Beobachtungsdauer von 4 Jahren geprüft werden sollte. Etwa 40 000 Männer und Frauen im Alter von 45-79 Jahren wurden per Brief gebeten, einen umfangreichen Fragebogen hinsichtlich Lebens- und Nahrungsgewohnheiten, Raucherstatus, bekannten Erkrankungen etc. auszufüllen. Die „Response“ war mit etwa 45% relativ gut. Bei allen ca. 19 500 Teilnehmern wurden Blutuntersuchungen auf Cholesterin etc. durchgeführt. Vitamin C wurde etwa eine Woche nach der Blutentnahme aus tiefgefrorenem Plasma mit Zusatz von Metaphosphorsäure fluorometrisch bestimmt. Bei allen Probanden wurde der Blutdruck gemessen. Bei ca. 2 000 wurde versucht, aus einem Sieben-Tage-Diätprotokoll den Konsum von Früchten, Gemüse und Vitamin C mit

den gemessenen Vitamin-C-Spiegeln zu korrelieren.

Die Plasma-Vitamin-C-Konzentration war in dieser Studie umgekehrt proportional zur Gesamtleblichkeit aus kardiovaskulären Ursachen und durch koronare Herzkrankheit speziell. Dies traf für Männer und Frauen zu. Bei Männern war ein hoher Vitamin-C-Spiegel auch mit einer niedrigen Krebsletalität assoziiert, jedoch nicht bei Frauen. Nach Einteilung der Vitamin C-Spiegel in 5 Quintilen (wobei die Quintilen durch Unterschiede von 10 bis 15 mmol/l Vitamin C unterschieden waren) zeigte sich, dass die Probanden in der höchsten Vitamin-C-Quintile nur etwa die Hälfte des Letalitätsrisikos der Probanden mit der niedrigsten Quintile hatten ( $p < 0,0001$ ). Diese Beziehung bestand auch weiter, wenn eine vorhandene Beziehung zwischen Plasma-Vitamin-C-Spiegel, Blutdruck, Blutfetten, Rauchgewohnheiten, Diabetes melli

tus und Einnahme von Nahrungs-Supplementen statistisch eliminiert wurden. Ein Anstieg des Plasma-Vitamin-C-Spiegels um 20 mmol/l, der durch Steigerung des täglichen Verzehr von 50 g Früchten oder Gemüse erreicht werden kann, war mit einer etwa 20%igen Reduktion der Gesamtleblichkeit assoziiert.

#### Quelle:

- Lancet, **37**, 657 (2001)

### Professor Kasper 70 Jahre alt

Professor Dr. Heinrich Kasper, Co-Editor unserer Zeitschrift feierte am 01.08.2002 seinen 70. Geburtstag in jugendlicher Frische und voller Schaffenskraft. Das verdankt er nicht zuletzt den diversen Tätigkeiten auf wissenschaftlichem Gebiet, denen er sich nach seiner Pensionierung als Leiter des Bereiches Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankungen der Universitätsklinik Würzburg und der Leitung der dortigen Diätschule widmete. Er ist weiterhin als Vizepräsident der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin tätig, die er mitbegründet hat und engagiert sich hierbei intensiv in der Fortbildung der angehenden Ernährungsmediziner. Neben zahlreichen wissenschaftlichen Vorträgen auf seinem Fachgebiet ist er seit 2 Jahren als 2. Vorsitzender des Instituts Danone tätig. Viel Arbeit erfordert im Moment die 10. Auflage seines wohl bekannten Lehrbuch-Bestsellers „Ernährungsmedizin und Diätetik“. Nicht vergessen sei auch sein persönlicher körperlicher Einsatz in Sachen Ökologie des Westerwaldes, sein ausgesprochenes Steckenpferd.

Wir wünschen noch viele Jahre in voller geistiger und körperlicher Gesundheit

Der Editor

#### 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](http://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 38,-€ + Versandkosten 6,12 € = 42,12 €  
Einzelheftpreis 10,-€ + Versandkosten 1,53 €

### Geringere Gesamtherapiekosten bei Anwendung von ketogener Diät

Alicia Mandel, M.S. et al

Es wird über eine Studie berichtet, in der die medizinischen Behandlungskosten im Zeitraum von 6 – 12 Monaten nach Diätbeginn verglichen wurden. Beobachtet wurden 15 Kinder mit medikamentös beeinflussbarer Epilepsie.

Alle Vergleiche bei jedem Kind wurden in dem gleichen Zeitintervall nach Einsetzen der Diättherapie durchgeführt. Vor der Diät betrug alle Kosten (inklusive der Kosten durch den Klinikaufenthalt) für die 15 Kinder 352.820,20 Dollar.

Für die Einführungsphase der Diät fielen 41 221,91 \$ an und 149 436,86 \$ für die Vergleichszeit unter Diät. Der Vergleich unterstreicht, dass eine ketogene Diättherapie preiswerter ist als die konventionelle Therapie ohne Diät.

#### Quelle:

- J. Am. Diet. Assoc. **102**, 396-398; (2002)

### Acarbose für die Prävention des Typ 2 Diabetes – Der randomisierte STOP – NIDDM – Trial

Jean-Louis Chiasson et al.

In einer Multizenterstudie wurden 714 Patienten mit gestörter Glukosetoleranz randomisiert einer Behandlung mit Acarbose zugeordnet und mit 715 placebokontrollierten Kontrollen verglichen. 61 Patienten wurden aus dem Versuch genommen, weil sie keine gestörte Glukosetoleranz aufwiesen oder weil postrandomisierte Daten fehlten. 211 (31%) von insgesamt 686 Patienten in der Acarbosegruppe und 130 (19%) von 686 unter Placebo unterbrachen die Behandlung früh. 221 (32%) der Patienten mit Acarbosetherapie und 285 (42%) der Placebopatienten entwickelten einen Diabetes. Darüber hinaus erhöhte Acarbose signifikant die Rückbildung einer gestörten Glukosetoleranz zur Norm ( $p < 0,0001$ ).

Am Ende der Studie war die Placebotherapie über 3 Monate mit einem Anstieg der Ausbil-

dung einer gestörten Glukosetoleranz verbunden. Die häufigsten Nebenwirkungen von Acarbose waren Flatulenz und Durchfall.

#### Quelle:

- Lancet **359**, 2072-2077 (2002)

### Bedeutung und empfehlenswerte Höhe der Zufuhr langkettiger Omega-3-Fettsäuren

Ein Konsens-Statement des Arbeitskreises Omega-3

D. Balin, Braunschweig; M. Gusko, Hamburg; M. Hamm, Hamburg; H. Kasper, Würzburg; H.-U. Klör, Gießen; D. Neuberger, Flensburg; P. Singer, Bensheim

Omega-3-Fettsäuren – insbesondere die langkettigen Vertreter Eicosapentaensäure (EPA) und Docosahexaensäure (DHA) – sind für Wachstum und Entwicklung sowie für die Körperfunktionen und Gesunderhaltung in allen Lebensabschnitten erforderlich. Sie sollten deshalb in der Nahrung aller Menschen in ausreichender Menge enthalten sein. Von großer praktischer Bedeutung sind Fragen nach der richtigen Fettzufuhr sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht (Auswahl der Speiseöle, Fischverzehr, angereicherte Lebensmittel/Functional Food sowie Nahrungsergänzungen).

Der Verzehr langkettiger Omega-3-Fettsäuren (EPA/DHA) liegt in Ländern mit relativ geringem Fischverzehr (Deutschland, USA) eher unter 0,1 g pro Tag. Der Arbeitskreis Omega-3 befürwortet – in Übereinstimmung mit der Ernährungsempfehlung der American Heart Association – die Aufnahme mit der Nahrung von mindestens 0,3 g (EPA/DHA) pro Tag. Dies entspricht zwei Fischmahlzeiten pro Woche. Um eine genügend hohe Aufnahme zu erreichen, ist auch ein gemischtes Versorgungskonzept denkbar, z.B. wöchentlich mindestens eine Portion fetthaltigen Meeresfisch, täglich ein mit langkettigen Omega-3-Fettsäuren angereichertes Lebensmittel sowie situativ eine nahrungsergänzende Kapseleinnahme (Fischöl). Darüber hinaus wird empfohlen, alpha-Linolensäure-haltige Pflanzenöle (z.B. Rapsöl) zu bevorzugen.

## Quelle:

- Ernährungsumschau **49**; 94-98 (2002)

## Medikamente möglichst mit Wasser einnehmen

Eine Reihe von sekundären Pflanzenstoffen werden in letzter Zeit als wirksame Antioxidantien, Nutraceuticals oder Functional Foods eingesetzt. Insbesondere eine Reihe von Flavonoiden beeinflussen, wie u.a. mit Grapefruitsaft nachgewiesen, die Bioverfügbarkeit von oral applizierten Medikamenten in unterschiedlichster Weise. So wird bspw. die Bioverfügbarkeit von Felodipin, Nitrendipin und Nisoldipin um mehr als 70% erhöht. Sogar um das 15-fache steigt die Wirkung von Lovostatin und Simvastatin. Verstärkungen und Abschwächungen gibt es auch für eine Reihe anderer Medikamente. Daher gilt ganz allgemein die Empfehlung: Medikamente sind am sichersten mit Wasser zu nehmen.

## Quelle:

- Beratungspraxis, DGE-Info **3**, 35 (2002)

## Ärztetag lockert Werbeverbot – von großer Bedeutung für die Ernährungsmedizin

Mit einer Novelierung der Vorschriften zur beruflichen Kommunikation der (Muster-) Berufsordnung reagierte das Ärzteparlament auf Urteile des Bundesverfassungs- und Bundesverwaltungsgerichtes aus jüngster Zeit. So können Ärzte jetzt auf dem Praxisschild auch auf Tätigkeitsschwerpunkte wie Akupunktur oder Qualifikationen hinweisen, die nicht Gegenstand des Weiterbildungsrechts sind. „Aus dieser Rechtsprechung folgt, dass in einer modernen Informationsgesellschaft dem Interesse der Bevölkerung auf Information besonders Rechnung getragen werden muss.“ sagte Dr. Ingo Flenker, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe und Vorsitzender der Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer. Jede anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung ist nach wie vor verboten. Das diene dem Schutz der Patienten und müsse auch beibehalten werden, so Flenker. Nach der Neufassung der Regelungen zur beruflichen Kommunikation muss der Arzt auch darauf achten, dass Tätig-

keitsschwerpunkte und Qualifikationen nicht mit solchen nach dem geregelten Weiterbildungsrecht erworbenen Fähigkeiten verwechselt werden können. Diese Neuregelungen gelten für das Praxisschild genauso wie für Briefbogen, Rezeptvordrucke, Anzeigen oder Internetpräsentationen. Auch in Zeitungsanzeigen darf der Arzt in regelmäßigen Abständen auf sich aufmerksam machen.

Rechtswirkung erhalten die Änderungen der Berufsordnung, wenn sie durch die Kammerversammlung der Ärztekammern als Satzung beschlossen und von den Aufsichtsbehörden genehmigt wurden.

## Quelle:

- BÄK-Intern, Informationsdienst der Bundesärztekammer, Juni 2002

## Beziehungen zwischen Häufigkeit der Nahrungsaufnahme und Serumcholesterinspiegel in der EPIC-Norfolk-Studie

Silvia M. O. Titan et al.

Die EPIC-Norfolk-Studie (European prospective Investigation into Cancer) ist eine Querschnittsuntersuchung einer Kohorte von 14 666 Probanden in Norfolk England.

Bei diesen Probanden fanden sich die mittleren Gesamtcholesterinwerte und das LDL-Cholesterin in Abhängigkeit von einer steigenden Mahlzeitfrequenz zunehmend vermindert. Keine grundsätzlichen Veränderungen ergaben sich für die HDL-Fraktion. Ebenso wenig fanden sich Veränderungen des BMI, bei der Waist to hip ratio oder dem Blutdruck. Die mittleren Cholesterinkonzentrationen differierten um 0,25 mmol/l zwischen den Probanden, die 6 Mahlzeiten am Tag praktizierten und denen, die nur 1-2 Mal pro Tag aßen.

Als allgemeiner Schluss kann angenommen werden, dass in der Gesamtpopulation Beziehungen zwischen Gesamtcholesterin und LDL, sowie der Häufigkeit der Mahlzeitaufnahmen bestehen. Wichtig ist demnach nicht nur was, sondern auch wie häufig wir essen.

## Quelle:

- BMW 323, 1286-1288 (2001)

### Evidenzbasierte Ernährungsprinzipien und Empfehlungen für Therapie und Prävention des Diabetes und seiner Komplikationen

American Diabetes Association

Die hauptsächlichen Ernährungsempfehlungen der Evidenzstufe A umfassen:

#### bei Kohlenhydraten

- Nahrungsmittel mit Kohlenhydratgehalten wie Vollkorn und Vollkornprodukte, Früchte, fettarme Milch im Rahmen einer gesunden Ernährung
- Im Hinblick auf den glykämischen Index ist die Menge an Kohlenhydraten wichtiger als die Art des Kohlenhydrates
- Da Saccharose den Blutzuckerspiegel nicht mehr beeinflusst als isokalorische Mengen von Stärke brauchen Saccharose und saccharosehaltige Lebensmittel im Rahmen einer gesunden Ernährung nicht besonders eingeschränkt werden
- Süßstoffe sind sicher, wenn im Bereich des ADI-Wertes konsumiert wird

#### bei Eiweiß:

Keine Empfehlungen mit Evidenzgrad A

#### bei Fetten:

- < 10% gesättigte Fettsäuren
- < 300 mg Cholesterin/Tag

#### bei Energiebilanz und Fettsucht

- Reduzierte Kalorienzufuhr und gemäßigter Gewichtsverlust verbessern die Insulinresistenz und den Blutzucker bei insulinresistenten Individuen.
- Strukturierte Programme zur Änderung des Lebensstils mit Ernährungserziehung, Fettreduktion (< 30%), Kalorienreduktion, regelmäßige körperliche Aktivität und Gruppeneffekten können einen Gewichtsverlust von 57% des Ausgangsgewichtes bringen.

- Besonders körperliche Betätigung und Verhaltensmodifikation unterstützen andere gewichtsreduzierende Maßnahmen
- Standardisierte Diäten helfen auf Dauer kaum. Strukturierte Lebensstilveränderungsprogramme sind notwendig
- Bei Hypoglykämie ist Glucose das bevorzugte Therapeutikum

Bei Hypertonie sind folgende Maßnahmen mit Evidenzgrad A gelistet:

- Salzreduktion senkt den Blutdruck
- Gewichtsverlust senkt den Blutdruck
- Es ist die Empfehlung von Experten, den Salzkonsum auf < 6g/Tag (=entsprechend 2400 mg Natrium) zu senken

Zur Diabetesprävention empfehlen sich strukturierte Programme zu Lebensstiländerungen, die Ernährungserziehung, reduzierten Fettkonsum, Gruppenkontakte beinhalten und langfristig mäßigen Gewichtsverlust von 5-7% des Startgewichts erzielen.

#### Quelle:

- Diabetes Care 25, Supplement 1 (2002)

### Effekte von Obst- und Gemüsekonsum auf Plasmaoxidantienkonzentrationen und Blutdruck: eine randomisierte kontrollierte Studie

J.H. John et al.

Hoher Obst- und Gemüseverzehr gehen mit einem verminderten Krebsrisiko und einem verminderten Herz-Kreislauf-Risiko einher. Intensive diätetische Interventionen über kurze Zeit mit Steigerung des Obst- und Gemüsekonsums erhöhen die Plasmakonzentrationen von Antioxidantien und senken den Blutdruck. Langzeiteffekte in der britischen Bevölkerung sind noch unsicher.

Die Autoren unternahmen 6 Monate dauernde randomisierte kontrollierte Versuche, den Obst- und Gemüsekonsum auf mindestens 5 mal am Tag zu erhöhen. Sie bezogen insgesamt 690 gesunde Teilnehmer im Alter zwischen 25 und 64 Jahren ein.

Es stiegen die Plasmakonzentrationen von  $\alpha$ -Carotin,  $\beta$ -Carotin, Lutein,  $\beta$ -Kryptoxanthin und Vitamin C in der Versuchsgruppe gegenüber den Kontrollen. Kein signifikanter Unterschied fand sich bei Lycopon, Retinol,  $\alpha$ -Tocopherol oder Gesamtcholesterin. Von den Versuchspersonen berichtete Werte über Obst- und Gemüseverzehr erhöhten sich um 1,4 Portionen in der Interventionsgruppe und um 0,1 in der Kontrollgruppe.

Der systolische Blutdruck fiel mehr in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe ( $p < 0,0001$ ), ebenso der diastolische Blutdruck ( $p < 0,02$ ).

Somit sind durchweg günstigere Effekte von höherem Obst- und Gemüseverzehr zu erwarten.

**Quelle:**

- Lancet **359**, 1969-1974 (2002)

**Aktuelle Epidemiologie des Ösophaguskarzinoms und des Kardiakarzinoms in Deutschland**

Bareiß, D. et al.

In den westlichen Ländern stieg in den letzten 20-30 Jahren die Inzidenz des Adenokarzinoms (AC) des Ösophagus sowie der Kardia, die des Plattenepithelkarzinoms (PC) des Ösophagus blieb dagegen meist konstant.

Die Daten des Epidemiologischen Krebsregisters Saarland und des gemeinsamen Krebsregisters der neuen Bundesländer und Berlin wurden untersucht. Aufgrund der exzellenten Melderaten wurden Saarland, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen ausgewählt. Daraus wurden auf die Weltbevölkerung alterstandardisierte Inzidenzen berechnet.

Für die männliche Bevölkerung des Saarlandes stieg die Inzidenz des Ösophagus-AC von 0,22 im Jahre 1986 auf 1,17 1997 (Zunahme um 432%), in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen von 0,23 1977 auf 0,8 1998 (248%). Das Ösophagus-PC trat in beiden Krebsregistern seit 1986 mit weitgehend konstanter Häufigkeit auf; die Inzidenz betrug 1998 3,31 in den drei neuen Bundesländern und 5,05 im Saarland. Bei Frauen lag die Inzi-

denz wesentlich niedriger. Unter 10% der Ösophaguskarzinome wurden 1996-1998 im Stadium UICC I ( $T_1N_0M_0$ ; Frühkarzinome) diagnostiziert. Entsprechend lag das 5-jahres-Überleben aller 1374 Ösophaguskarzinom-Patienten im Krebsregister des Saarlandes 1971-1995 unter 10%. Das AC der Kardia des Magens zeigt ebenfalls eine Zunahme. In den drei neuen Bundesländern stieg bei Männern die Inzidenz von 1,27 im Jahre 1977 auf 2,18 1998, bei Frauen von 0,4 auf 0,58. Im gleichen Zeitraum nahmen die Malignome des gesamten Magens einschließlich der Kardia bei Männern von 29,5 auf 17,1 und bei Frauen von 14,3 auf 9,2 ab.

In Deutschland hat damit in den letzten 15-20 Jahren das AC des Ösophagus und vermutlich auch der Kardia an Häufigkeit zugenommen. Die Inzidenz des Plattenepithelkarzinoms des Ösophagus blieb in den letzten 10 Jahren hingegen weitgehend konstant. Der Anteil der Frühkarzinome und das 5-Jahres-Überleben liegen beim Ösophaguskarzinom nach wie vor unter 10%.

**Quelle:**

- DMW **127**, 1367-1374 (2002)

**Häufigkeit gestörter Glucosetoleranz bei Kindern und Adoleszenten mit ausgeprägter Fettsucht**

Sinha, R et al.

Kindliche Fettsucht, epidemisch in den Vereinigten Staaten, geht mit einem Anstieg des Typ 2 Diabetes bei Kindern und Adoleszenten einher. Die vorliegende Arbeit untersucht die Häufigkeit eines erhöhten Glucosetoleranztests in einer multiethischen Kohorte von 167 adipösen Kindern und Adoleszenten. Durchgeführt wurde ein 2-stündiger oraler Glucosetoleranztest (1,75 mg Glukose/kg Körpergewicht), neben der Glucose wurden Insulin und C-Peptidspiegel bestimmt. Die Nüchternspiegel von Proinsulin wurden ebenfalls bestimmt und das Verhältnis zwischen Proinsulin und Insulin errechnet. Die Insulinresistenz wurde mit einem speziellen Modell (homostatic model) bestimmt, die  $\beta$ - Zellfunktion durch das Verhältnis des Insulinspiegels und der Glukosekonzentration 30 Minuten nach Glukoseeinnahme.

Eine gestörte Glukosetoleranz wurde bei 25% der 55 vier- bis 10 jährigen Kinder gefunden sowie bei 21% der 112 fettsüchtigen Adoleszenten (11-18 Jahre). In 4% wurde ein Typ 2 Diabetes bei den Adoleszenten entdeckt. Insulin und Proinsulin waren deutlich erhöht bei den Individuen mit gestörter Glukosetoleranz, aber nicht bei den Adoleszenten mit Diabetes. Insulinresistenz war der beste Indikator (predictor) für die gestörte Glukosetoleranz.

**Quelle:**

- N.E.J.M. **346**, 802-810 (2002)

**Darf man Spinat oder Pilze aufwärmen?**

Die Empfehlung, einmal zubereitete Pilze oder Spinat nicht wieder aufzuwärmen, stammt aus Zeiten, als es noch keine ausreichende Kühlmöglichkeit gab. Das eigentliche Problem liegt nicht im Aufwärmen selbst, sondern in einer zu warmen und zu langen Zwischenlagerung. Bei günstigen Bedingungen können sich in Spinat- und Pilzgerichten sehr leicht Keime vermehren. Im Falle von Pilzgerichten kommt es dann zur Bildung toxischer Amine. Bei Spinat besteht die Gefahr der Nitritbildung. Reste sollten deshalb schnell abgekühlt und nicht länger als 24 Stunden im Kühlschrank aufbewahrt werden. Für das Aufwärmen gilt: schnell durcherhitzen, wobei eine Kerntemperatur von 70°C erreicht werden sollte. Säuglinge sollten vorsichtshalber keine aufgewärmten Speisen erhalten

**Quelle:**

- Beratungspraxis DGE info **6**, 83 (2002)

**Stillen vermindert das Risiko an kindlicher Fettsucht zu erkranken**

Armstrong, J. et al.

Die Hypothese, dass Stillen das Fettsuchtrisiko vermindert, wurde bei 32 200 schottischen Kindern im Alter von 39 – 42 Monaten in den Jahren 1998 und 1999 getestet.

Fettsucht wurde als BMI an der 95sten und 98sten Percentile oder höher definiert. Es fand sich, dass die Fettsucht bei Brustkindern signifikant niedriger war, unabhängig vom sozioöko-

nomischen Status, dem Geburtsgewicht und dem Geschlecht. Die Oddsratio war 0,70 (0,61 – 0,80). Die Befunde sprechen eine eindeutige Sprache

**Quelle:**

- Lancet **359**, 2003-2004 (2002)

**Weltweite Epidemie von Fettsucht und Diabetes bei Kindern**

A.P.Rocchini

Die Fettsucht hat bei Kindern weltweit epidemische Ausmaße erreicht. Etwa 22 Millionen Kinder unter 5 Jahre sind übergewichtig. In den letzten 3 Jahrzehnten hat sich die Zahl von übergewichtigen Kindern in den Vereinigten Staaten mehr als verdoppelt. Im Jahr 1983 wurden 18,6% der Kinder im Vorschulalter als übergewichtig definiert, 8,5% waren fettsüchtig. Im Jahr 2000 waren die Anteile auf 22,0% (Übergewicht) und 10% (Fettsucht) angestiegen. Der nationale Longitudinal survey of Youth vermerkte einen Anstieg des Übergewichts auf 21,5% bei schwarzen Kindern, 21,8% bei spanischen und 12,3% bei nicht-spanischen weißen Kindern. Ähnliche Zunahmen finden sich weltweit. Fettsucht im Kindesalter ist die häufigste schwerwiegende und vorherrschende Ernährungsstörung in den Staaten.

Es liegen epidemiologische Studien aus den letzten 20 Jahren vor, die zeigen, dass parallel zum Übergewicht auch der Typ 2 Diabetes ansteigt. Die Zahlen sind so hoch, dass wir von einer Diabetes 2 Epidemie weltweit sprechen müssen. Die Behandlung des Typ 2 Diabetes stellt eine große Herausforderung dar. Der einzige Weg, um dem zu begegnen, ist die primäre und sekundäre Prävention. Aber obwohl es möglich ist, die Fettsucht zu behandeln, erfordert diese Behandlung große Motivation von Kindern und Familie. Die Rückfallquote ist bekanntlich groß. Wichtig ist zunächst, die Hochrisikopatienten mit gestörter Glukosebelastung zu identifizieren (siehe Sinha, R. 2002) und intensiv anzugehen.

**Quelle:**

- N.E.J.M. **346**, 854-855 (2002)

**Nachruf**

Am 16.03.2002 erlag Professor Dr. med. Günther Sachse im Alter von 53 Jahren einem schweren Leiden, das er ein Jahr lang mit bewundernswerter Tapferkeit bekämpfte. Noch kurz vor seinem Tode arbeitete er täglich mehrere Stunden an seinem Schreibtisch. Trotz seiner schweren Erkrankung war er bis kurz vor seinem Tode regelmäßig als Moderator und Vortragender bei den Seminarveranstaltungen der Akademie tätig. Dabei vertrat er in hervorragender Weise sein Spezialfach, die Diabetologie. Wir beklagen den Verlust eines bedeutenden Klinikers und Wissenschaftlers. Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin

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

**27.-28. September, Münster/Westfalen**

**3. wissenschaftliche Tagung des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner**

Programm:

**Freitag, 27. September 2002 vormittags**

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

Moderation: U. Rabast, Hattingen

- Altern in einer alternden Welt: Langlebigkeit verpflichtet Lehr Bonn
- Biochemische und genetische Prozesse bei der Alterung – Möglichkeiten der Einflussnahme Brosche, Nürnberg
- Somatische Veränderungen bei guter Gesundheit - Ernährungseinflüsse Verlenzen-Großimlinghaus, Berlin
- Medikamentöse Beeinflussung des Alterungsprozesses? Biesalski, Stuttgart

- Chirurgische Korrektur des Alters Decker, Goch

**Freitag, 27. September 2002 nachmittags**

**Gentechnologie – Risiken oder Chance**

Moderation: R. Großklaus, Berlin

- Die Akzeptanz der Gentechnologie in unserer Gesellschaft und die Rolle des Arztes bei der Risikokommunikation Großklaus, Berlin
- Gentechnologie und Lebensmittel Jany, Karlsruhe
- Gentechnologie und Arzneimittel Kleeberg, Berlin
- Stammzellenforschung - Perspektiven Fleischmann, Köln
- Ethische Aspekte der Gentechnologie (einschl. Stammzellenforschung) Honnefelder, Bonn

**3. ordentliche Mitgliederversammlung des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V.**

**Samstag, 28. September vormittags**

**Evidenzbasierte Ernährungstherapie**

Moderation: B. Kluthe, Bad Rippoldsau

- Nicht-medikamentöse Therapie der arteriellen Hypertonie Bönner, Bad Krozingen
- Ernährungstherapie des Diabetes mellitus – aktuelle Leitlinien B. Kluthe, Bad Rippoldsau
- Diätetische Prophylaxe und Therapie der chronischen Niereninsuffizienz Zürcher, Freiburg

**Ernährungstherapie – Update 2002**

- Was gibt es Neues in der Adipositas-therapie Römpler, Bad Rotherdenkelfelde
- Ernährungstherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) Oehler, Mölln
- Neue Versorgungsstrukturen B. Kluthe, Bad Rippoldsau

turen 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](mailto:anke.kluth@gmx.de)

Weitere Informationen zur 18. Jahrestagung finden Sie auf den Internetseiten der Deutschen Adipositas Gesellschaft unter [www.adipositas-gesellschaft.de](http://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)**

**[Dieser Kurs ist ausgebucht]**

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 "Ernährungsbefugter 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 Deutsche Akademie für Ernährungsmethodik  
Anmeldung bei: Ernährungsmethodik  
(DAEM)  
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](http://www.dgem.de)

**4. 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**

- 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

**21.-22. Februar 2003 , Berlin**

*edi 2003; Ernährung, Diätetik, Infusionstherapie*

Veranstaltungsort: Universitätsklinikum  
Charité Campus Mitte  
Med. Kliniken  
Hörsaal Südflügel und Konferenzräume  
Schumannstr. 20/21  
10117 Berlin

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. H. Lochs  
Dr. J. Ockenga  
Universitätsklinikum Charité  
Med. Klinik mit Schwerpunkt  
Gastroenterologie, Hepatologie  
und Endokrinologie  
10098 Berlin

Organisation: Dr. T. Schütz  
Tel.: 030/ 450-514 059  
Fax: 030/ 450-514 923  
Elke-tatjana.schütz@charite.de

Anerkennung Eine Anerkennung der Veranstaltung als Seminarblock 4 für die Kursfortbildung Ernährungsmedizin der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) erfolgt bei voller Kursteilnahme

Programm:

**Freitag, 21. Februar 2003**

Moderation: K.-W. Jauch,  
Regensburg/Ockenga, Berlin

Bestimmung des Ernährungszustandes, Hungerstoffwechsel, Katabolie, Prävalenz und Relevanz der Mangelernährung

**Praktische Übungen in Gruppen**

**Falldiskussion in Gruppen**

**Sonnabend, 22. Februar 2003, vormittags**

**Fallpräsentationen**

Moderation: G. Kreymann, Hamburg/H. Lochs, Berlin

Malabsorptionssyndrom, Tumorpatient post-OP, Ernährung bei Strahlen-/Chemotherapie, Standard-Bedarfszahlen: Grundlagen der Ernährungstherapie, Ernährungstherapie bei chronischer Mangelernährung, Ernährungstherapie der akut katabolen Intensivpatienten

**Sonnabend, 22. Februar 2003, nachmittags**

Moderation: Ohlrich, Berlin/Lenzen-Großimlinghaus, Berlin

Qualitätsmanagement in der Ernährungsberatung, Leistungspflicht der GVK für ernährungsmedizinische Mittel, Dokumentation in der Klinik, Ambulante Nachsorge in der Ernährungsmedizin, Praxisbericht

**5. 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  
Zweigeteilter Kompaktkurs von jeweils 5 Tagen**

- Teil 1: Grundlagen, Adipositas/Dyslipoproteinämien, Diabetes, Hypertonie, Niere (Teil 1)  
**07.-11.05.2003**

- Teil 2: Diabetes, Hypertonie, Niere (Teil 2), Gastroenterologie, künstliche Ernährung, Ausgew. Kap., Fallbesprechungen  
**09.-13.07.2003**