

Der Ernährungsmediziner

Unabhängiger Informationsdienst

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



Jahrgang 5, Nr. 1

Februar 2003

Liebe Leserin, lieber Leser,

Die Zeitschrift „Der Ernährungsmediziner“ startet mit diesem Heft in ihren 5. Jahrgang. Begründet in Anlehnung an „Nutrition and the M.D.“ von Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia hat sie in den ersten Jahren ihres Bestehens viele Freunde gewonnen. Neben dem Abdruck aktueller Geschehnisse im Berufsverband sowie Referaten wichtiger ernährungsmedizinischer Arbeiten wird auch die Veranstaltungsvorschau sehr geschätzt. Besondere Anerkennung erfährt die Tatsache, dass die Zeitschrift ein unabhängiger Informationsdienst für Ärzte ist. Reale absolute Unabhängigkeit ist ein kostbares Gut, das auch im Bereich der praktischen Medizin in zunehmendem Maße honoriert wird und werden wird.

Heute soll eine Neuerung angekündigt werden: Aktivitäten auf dem Gebiet der ernährungsmedizinischen Fortbildung. In einem der nächsten Hefte werden wir dafür mit dem Kapitel „Ernährungsmedizin aktuell“ beginnen, das aktuelle Fortbildung in Ernährungsmedizin auf hohem Niveau betreiben wird.

Ein gutes Jahr 2003 wünscht Ihnen Ihr

Prof. Dr. med. Reinhold Kluthe

In dieser Ausgabe:

- Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V. 20 Jahre alt
- Natriumkonsum und Auftreten von Herzinsuffizienz bei übergewichtigen Amerikanern
- Hypertonierisiko in der verbleibenden Lebenszeit bei Frauen und Männern mittleren Alters
- Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren bei Patienten mit Diabetes und Hypertonie
- Kein Gesundheitsrisiko durch Vollkorn
- Ernährungstherapie der Dyslipoproteinämien
- Neue Therapieempfehlungen der Hochdruckliga
- Rezidivierende hyperkalziurische Nephrolithiasis – Hilft Diät?
- Ist der Einsatz von zellulosehaltigen Quellmitteln zur Gewichtsreduktion unbedenklich
- Einfluss des elterlichen BMI auf die Übergewichtmanifestation von 5-7-jährigen Kindern
- Vollkornkonsum und das Risiko an einem Typ 2 Diabetes zu erkranken
- Saccharose verglichen mit Süßstoff: Differentielle Effekte auf die ad libitum Nahrungsaufnahme und das Körpergewicht
- Sibutramin – den Teufel mit dem Belzebub austreiben
- Beziehung zwischen Ernährung und Blutdruck in einer repräsentativen Mittelmeerbevölkerung
- Akute Zufuhr von mäßigen Alkoholmengen hat keine Effekte auf das Immunsystem von gesunden Mengen
- Buchbesprechung

Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V. 20 Jahre alt

Die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V. wird in diesem Jahr zwanzig Jahre alt. Sie wurde 1983 mit dem primären Ziel gegründet, ernährungsbeauftragten Klinikärzten das zu vermitteln, was an Biochemie, ernährungswissenschaftlichen Grundlagen und praktischer Diätetik notwendig erschien. Dazu wurde ein Grundkurs von 2 Wochenendseminaren ins Leben gerufen, der nach und nach durch drei Spezialseminare (Adipositas/Hyperlipoproteinämien, Diabetes und Gastroenterologie) erweitert wurde.

Die Anfang der 90er Jahre anlaufenden Bemühungen der Bundesärztekammer zu einer flächendeckenden Versorgung Deutschlands mit Ernährungsmedizin, sorgte für das Interesse auch der praktizierenden Ärzte für die in der Öffentlichkeit immer mehr im Vordergrund stehende Beschäftigung mit Ernährungsfragen. So verwundert es weiter nicht, dass mit der Fertigstellung eines Curriculums Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer 1998 ein Run auf die Seminare der Akademie einsetzte. Ein zusätzlicher aktivierender Faktor war die Schaffung der Qualifikation „ErnährungsmedizinerIn DAEM/DGEM“ als Pendant zum „Diabetologen DDG“. So haben seit Drucklegung des Curriculums 1560 Kollegen die 100 Stunden-Fortbildung mit Fallprüfung erfolgreich absolviert. 1250 erwarben die Qualifikation „ErnährungsmedizinerIn DAEM/DGEM“.

Ein Informationsdienst für Ärzte und andere Ernährungsinteressierte

Diesem besonderen Anlass ist ein ausführliches Heft der „Aktuellen Ernährungsmedizin“ gewidmet (Heft 1, 2003), in dem Einzelheiten der Entwicklung der Akademie festgeschrieben sind.

Die Redaktion

Natriumkonsum und Auftreten von Herzinsuffizienz bei übergewichtigen Amerikanerinnen und Amerikanern – Erste epidemiologische nationale Gesundheits- und Ernährungsverlaufsstudie

He Jung, L.G. Ogden, A. Bozzamo et al., New Orleans, USA

In der seriösen Literatur besteht heute Einigkeit darüber, dass die Kochsalz- (Natrium-)zufuhr ein wesentlicher, die Höhe des Blutdrucks bestimmender Faktor ist. Insbesondere in hochzivilisierten Ländern ist eine enge Korrelation zwi-

Impressum

Schriftleitung

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

Redaktion

Renate Bogenrieder
Dipl. oecotroph. Anne Weingard

Verlag

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

Copyright

Zeitschrift, Beiträge und Abbildungen sind für die Dauer des Urheberrechts geschützt. Eine Verwertung außerhalb des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags strafbar. Das gilt insbesondere auch für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie Einspeicherungen und Verarbeitung in elektronischen Systemen

Erscheinungsweise

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich

Bezugspreis

Jahresbezugspreis 38,-€ + Versandkosten 5,76 € = 43,76 €
Einzelheftpreis 10,-€ + Versandkosten 1,44 €

schen Blutdruckanstieg und Lebensalter zu beobachten. Die Kochsalzzufuhr ist auch bei anderen Krankheitsbildern ein pathogenetischer Faktor, so bei Leberzirrhose, ödematösen Nierenerkrankungen, Schlaganfall, Asthma, Magenkrebs und neuerdings auch bei Osteoporose. Die schon lange bekannte Wechselbeziehung zwischen Natriumzufuhr und Herzinsuffizienz trat angesichts wirkungsvoller diuretischer medikamentöser Maßnahmen vor Jahrzehnten in den Hintergrund. Eine neue Studie stellt ihre Bedeutung wieder in den Vordergrund.

So wurden kürzlich die Ergebnisse einer großen epidemiologischen Verlaufsstudie ausgewertet, bei der 5233 normalgewichtige und 5129 übergewichtige Patienten ohne Herzinsuffizienz bei Studienbeginn untersucht worden waren. Bei diesen Studienpatienten wurde die Natriumzufuhr ebenso wie die Zufuhr anderer Nährstoffe durch die 24-Stunden dietary recall Methode bestimmt. Das Auftreten einer Herzinsuffizienz wurde durch die Auswertung von Krankengeschichte und Totenschein ermittelt.

Als Ergebnis zeigten sich über im Mittel 19 Jahre 413 Fälle von chronischem Herzversagen bei Normalgewichtigen und 679 bei den Übergewichtigen. Das relative Risiko für Herzinsuffizienz bei Übergewichtigen war bei einem Natriumkonsum > 113,6 mmol/d **1,43** (Konfidenzintervall 1,07 –1,91). Die Natriumzufuhr erwies sich bei der Auswertung darüber hinaus als unabhängiger Risikofaktor. Dies spricht für die enorme Bedeutung der Salzreduktion bei Herzinsuffizienz.

Quelle:

- Dietary Sodium intake and Incidence of Congestive Heart Failure in Overweight US Men and Women; Arch. Intern Med. **162** (2002) 1619-1624

Hypertonierisiko in der verbleibenden Lebenszeit bei Frauen und Männern mittleren Alters (Framingham-Studie)

S.Vasan, A. Beiser, S. Seshadri et al., Framingham, USA

Das Lebenszeitrisko für Hypertonie und Risikotrends über die Zeit sind bisher unbekannt. Daher wurden das Lebenszeitrisko älterer erwachsener US-Bürger und ihre temporären Risikotrends ermittelt. Es wurde eine gemeindenahere prospektive Kohortenstudie bei insgesamt 1298 Personen der Framingham-Herzstudie im Alter von 55-65 Jahren durchgeführt, die zu Studienbeginn (1976-1998) frei von Hypertonie waren oder Antihypertensiva bekommen hatten.

Für das Überlebenszeitrisiko, eine Hypertonie zu entwickeln wurde ein Grenzwert von 140/90 genommen, oder ein Wert höher bzw. eine antihypertensive Therapie.

Es fand sich ein Überlebenszeitrisiko für Hypertonie von 90% sowohl bei den 55- wie bei den 65-jährigen. Die Wahrscheinlichkeit einer Behandlung mit Antihypertensiva lag bei 60%. Die erwiesene enorme Häufigkeit der Hypertonie bedeutet eine enorme Belastung für das öffentliche Gesundheitswesen. Dringend notwendig sind effektive Bemühungen zur Primärprävention der Hypertonie.

Quelle:

- Residual Lifetime Risk for Developing Hypertension in Middle-aged Woman and Men; JAMA No. 8, Vol 287, February 27 (2002), 1003-1010

Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren bei Patienten mit Diabetes und arterieller Hypertonie in städtischen akademischen Behandlungseinrichtungen

McFarlane et al., Brooklyn, USA

Nach den aktuellen Richtlinien sollte bei Diabetikern der Blutdruck (BP) auf < 130/85 mmHg, das LDL-Cholesterin auf < 100mg/dl und der HbA1c auf < 7% verringert werden. In einer Feldstudie wurde der Anteil der Patienten mit Diabetes und arterieller Hypertonie in städtischen Institutionen ermittelt, die diese Behandlungsziele erfüllen.

Es wurde unter Verwendung der Richtlinien der Amerikanischen Diabetesgesellschaft (ADA) die Kontrolle der Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen (CVD) bei 1.372 Patienten, die ihre medizinische Versorgung an zwei großen städtischen Versorgungseinrichtungen in Brooklyn, Detroit erhielten, evaluiert. Die Informationen wurden aus den Ambulanzunterlagen gewonnen.

Bei 1.372 Ambulanzpatienten mit Diabetes und arterieller Hypertonie wiesen 1.247 (90,9%) einen Typ 2 Diabetes auf und 26,7% hatten einen Blutdruck im Zielbereich von 130/85 mmHg. Insgesamt erreichten 35,5% der Patienten das Ziel der LDL-Cholesterinspiegel von < 100 mg/dl, 26,7% hatten einen HbA1c < 7% und 45,6% waren mit Thrombozytenaggregationshemmern behandelt. Nur 3,2% der Patienten erreichten die kombinierten Ziele der ADA für BP, LDL-Cholesterin und HbA1c.

Die Untersuchungen zeigten, dass eine Kontrolle der CVD-Risikofaktoren bei Erwachsenen mit Diabetes nur bei einer Minderheit der Patienten erreicht wurde. Die Ergebnisse spiegeln die Schwierigkeiten

wider, diese komplexen Behandlungsrichtlinien in unserem gegenwärtigen Gesundheitssystem umzusetzen.

Ein interessantes Ergebnis dieser Studie ist außerdem, dass die Behandlungsergebnisse in den USA in Einrichtungen der Veterans Affairs (VA) deutlich besser sind als in den akademischen Einrichtungen in Brooklyn und Detroit. Die Ursache der nicht optimistisch stimmenden Ergebnisse sind komplex und vielfältig. Auch in Deutschland sind sie sicher nicht entschieden besser für alle hier betrachteten Zielwerte; es ist auch nicht zu erwarten, dass die geplanten Disease-Management-Programme (DMP) hier zu entscheidendem Durchbruch beitragen.

Quelle:

- Control of cardiovascular risk factors in patients with diabetes and hypertension at urban academic medical centres; Diabetes Care 25 (2002) 718-723

Kein Gesundheitsrisiko durch Vollkorn

DGE/BfE

In jüngster Zeit wurde wiederholt in verschiedenen Medien über eine mögliche gesundheitsschädigende Wirkung von Vollkorn berichtet. Im Blickpunkt standen dabei als vermeintlich gesundheitsschädigende Inhaltsstoffe:

1. Lektin
2. Enzyminhibitoren
3. Phytinsäure

In der Tat können Lektine die Darmwand schädigen. Dabei ist für Lektine typisch, dass sie zu einer Verklumpung der Erythrozyten führen. Die schädigende Wirkung hängt von der Dosis und der Art der Lektine ab. Die Lektinkonzentration liegt für Vollkorn im Bereich des Kartoffel- und Zwiebelwertes und ist mit < 0,01 mg/kg extrem gering. Schädigungen der Darmwand durch regelmäßigen Lektinverzehr (Hülsenfrüchte, Weizenkeime) wurden bisher nicht beobachtet.

In der von verschiedenen Medien zitierten Studie von Pusztai et al. wurden transgene Pflanzen verwandt, die einen Gehalt von über 1000 mg/kg aufwiesen. Es wurde von Pusztai darauf hingewiesen, dass bei einer normalen Mischkost von Vollkorn keine Gefahren ausgehen, weder für die Darmwand noch für die Entwicklung einer Arthritis (Cordain).

Enzyminhibitoren werden keine schädigende Wirkung sondern im Gegenteil bei durchschnittlichen Ernährungsgewohnheiten eine gesundheitsfördernde

de Wirkung zugesprochen. Das gleiche gilt auch für die Phytinsäure.

Unbestritten ist die Entwicklung von Krankheiten wie Zöliakie oder Allergien bei genetisch veranlagten Personen. Dies steht jedoch nicht im Zusammenhang mit Lektinen, Enzyminhibitoren und Phytinsäure, sondern mit speziellen im Korn enthaltenen Proteinen.

Quelle:

- Akt. Ern. Med. **27** (2002) 66-67

Ernährungstherapie der Dyslipoproteinämien

G. Wolfram, Freising

Vernünftige Ernährung heißt heute das Zauberwort bei Dyslipoproteinämien, nicht mehr fettarme und vielleicht noch fettmodifizierte Diät. Die Ernährungstherapie bei Fettstoffwechselstörungen ist keine Diät mehr, sondern „lediglich“ vollwertige Ernährung nach den Referenzwerten der D-A-CH-Empfehlungen [Deutsche Gesellschaft für Ernährung (D), Österreichische Gesellschaft für Ernährung (A), Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung und Schweizerische Vereinigung für Ernährungsforschung (CH)].

Die Gesamtfettzufuhr sollte bei 30% der Gesamtkalorien liegen. Langkettige Fettsäuren sollten 10% der Kalorienzufuhr (oder besser 7%) nicht überschreiten, essentielle Fettsäuren bei 7% der Kalorien liegen. Die Differenzwerte der Kalorienprozentage zu 30 können durch einfach ungesättigte Fette abgedeckt werden. Das Verhältnis der Linolsäure (n = 6) zu α -Linolensäure (n = 3) sollte bei 5 : 1 liegen. Der Gehalt der Nahrung an Transfettsäuren sollte 1 Kalorien-% nicht überschreiten. Die Grenze für Cholesterin liegt bei einer Zufuhr von 300 mg/Tag.

Klartextlich bedeuten die Angaben für die Fettauswahl: Bevorzugung von Rapsöl, Walnussöl oder Leinöl als Speiseöle. Zur Sicherung der Ω -3-Fettsäurezufuhr 2 Mal Seefisch/Woche. Für die Lebensmittelauswahl: Weniger tierische Produkte als allgemein üblich, fettärmere Fleisch- und Wurstsorten, viel frisches Gemüse, Obst, Kartoffeln und Vollkornprodukte.

Quelle:

- Akt. Ern. Med. **27** (2002), 172-181

Neue Therapie-Empfehlungen der Hochdruckliga vorgestellt

Deutsche Hochdruckliga, Heidelberg

Seit November 2002 sind die neuen Empfehlungen der Deutschen Hochdruckliga zur Therapie bei Hypertonie in Kraft. Eine bedeutende Änderung: Die Angiotensin-II-Antagonisten werden jetzt gleichberechtigt zur Ersttherapie empfohlen wie bisher schon Betablocker, Diuretika, Kalzium-Antagonisten und ACE-Hemmer. Diese Empfehlungen gelten auf dem Boden einer Gesamtsalzzufuhr von weniger als 6g/Tag.

Die Therapieentscheidungen sollten nie allein aufgrund von Blutdruckwerten fallen. Stets sollte zunächst das kardiovaskuläre Gesamtrisiko beurteilt werden. Reicht eine Monotherapie nicht aus, sollte ein Teil der Zweifachkombinationen ein Diuretikum oder ein Kalziumantagonist sein. In einer Dreierkombination sollte den aktuellen Empfehlungen zufolge ein Diuretikum enthalten sein.

Besonders niedrige Blutdruckwerte müssen bei Patienten mit Diabetes mellitus angestrebt werden. Bei ihnen muss der Blutdruck, wie berichtet, unter den Wert von 130 zu 80 mmHg gesenkt werden.

Dieser Zielwert gilt auch für diabetische und nicht-diabetische Patienten die eine chronische Niereninsuffizienz und eine Proteinurie unter einem Gramm pro Tag haben. Bei einer ausgeprägten Proteinurie sind Blutdruckwerte unter 125 zu 75 mmHg anzustreben.

Quelle:

- Ärztezeitung 15.11.2002

Rezidivierende hyperkalziurische Nephrolithiasis – Hilft eine Diät?

David A. Bushinsky, Rochester, USA

Bisher ist bei hyperkalziurischen Patienten eine hypokalziurische Diät empfohlen worden. Die Sinnhaftigkeit einer solchen Diät wird heute durchweg bezweifelt. Eine randomisierte 5-Jahresstudie an 120 Patienten hat jetzt in der Tat gezeigt, dass man sich (und dem Patienten) in Zukunft eine kalziumarme Diät ersparen kann, beim Vergleich einer normalen kalziumhaltigen Ernährung (30 mmol/Tag) mit einer kalziumarmen Diät (10 mmol/Tag). Die normale Kalziumzufuhr brachte, verbunden mit einer Einschränkung von tierischem Protein und reduzierter Natriumzufuhr (50 mmol/Tag), eine bessere Steinprophylaxe als die traditionelle kalziumarme Diät.

Quelle:

- Recurrent Hypercalciuric Nephrolithiasis – Does Diet Help?; N.E.J.M. **346**, (2002), 72-84

Ist der Einsatz von zellulosehaltigen Quellmitteln (z.B. CM3) zur Gewichtsreduktion unbedenklich?

A. Wirth, Bad Rothenfelde

Quellmittel wie CM3 sind grundsätzlich zur Sättigungsverstärkung geeignet. CM3 wird aus hochvernetzter Zellulose hergestellt und in Form einer Hartkapsel verabreicht. Im Magen wird CM3 freigesetzt und quillt auf das etwa 15-fache Volumen auf. Eine bis vier Kapseln vor der Mahlzeit bedeuten Zelloschwämmchen von 20 – 50 ml. Die Wirkung von CM3 ist nicht ausreichend belegt. Es gibt bisher nur eine Studie, die man als wissenschaftlich bezeichnen kann. Hierbei wurden 65 Patienten mit einem BMI von 34 untersucht. Unter Reduktionskost und der Verabreichung von 3 Kapseln CM3 vor den Mahlzeiten nahmen die Probanden im Schnitt 7,8 kg ab, unter Placebo nur 4,1 kg. Weitere Studien sind in Planung. Ab Januar 2002 sind zellulosehaltige Quellmittel verschreibungspflichtig.

Quelle:

- Internist. Praxis **42**, (2002) 601-604

Einfluss des elterlichen BMI auf die Übergewichtmanifestation von 5 – 7-jährigen Kindern

Sandra Danielzik et al., Kiel

Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit der Frage des Zusammenhangs zwischen dem Übergewicht von Eltern und ihrer Kinder. Ziel war speziell, den Einfluss auf die Übergewichtmanifestation bei 5 – 7-jährigen zu untersuchen. Die Untersuchung lief als Teil der Kieler Übergewichtigen-Präventionsstudie (KOPS) bei 3306 Kindern im Alter von 5 – 7 Jahren und ihren Eltern.

Der Ernährungszustand der Kinder (BMI, Trizeps-Hautfaltendicke, Fettmasse, Übergewichtsprävalenz) wurde in Subgruppen, die sich durch ihren BMI unterschieden, untersucht. Es fand sich, dass der BMI der Kinder signifikant mit dem elterlichen BMI korreliert war. ($r = 0,272$, $p < 0,01$). Dabei waren die Assoziationen zwischen Kindern und Müttern enger ($r = 0,254$ versus $0,159$, $p < 0,01$) als zu den Vätern. Odds ratio (OR) für Übergewicht war erhöht bei den Kindern mit mindestens einem übergewichtigen Elternteil. Bei Kindern mit 2 übergewichtigen Eltern-

teilen war sie am höchsten. Kinder mit einem adipösen Elternteil waren häufiger übergewichtig als Kinder mit einem übergewichtigen Elternteil. Das Risiko der Kinder, übergewichtig zu werden, stieg mit elterlicher Adipositas bzw. Übergewicht an. Dieser Befund sollte bei der Planung präventiver Maßnahmen Berücksichtigung finden.

Quelle:

- Impact of parental BMI on the manifestation of overweight 5-7 year old children. Eur J Nutr **41**, (2002) 132-138

Vollkornkonsum und das Risiko an einem Typ 2 Diabetes zu erkranken: eine prospektive Studie an Männern

Teresa T Fung, Frank B Hu, Mark A Pereira, Simin Liu, Meir J Stampfer, Graham A Colditz and Walter C Willet; Boston, USA

Es wurde prospektiv die Assoziation zwischen dem Konsum von Vollkorn und ausgemahlenem Mehl sowie der Entwicklung eines Typ 2 Diabetes bei einer großen Kohorte von Männern untersucht. In die Studie aufgenommen wurden 42 898 Probanden. Die Beobachtungszeit betrug ≤ 12 Jahre. Die Messung des Verzehrs von Vollkorn und ausgemahlenem Mehl- bzw. Mehlprodukten erfolgte alle 4 Jahre mithilfe eines speziellen Verzehrshäufigkeitsfragebogen. Es fand sich insgesamt, dass eine hohe Zufuhr von Vollkornprodukten mit einem verminderten Risiko an einem Typ 2 Diabetes zu erkranken einhergeht. Dieser Effekt dürfte mit dem hohen Konsum von Pflanzeneisern zusammenhängen. Es wird empfohlen, ausgemahlene Mehlprodukte durch Vollkornprodukte zu ersetzen.

Quelle:

- Whole-grain intake and the risk of type 2 diabetes: a prospective study in men; Am J Clin Nutr **76**, (2002) 535-540

Saccharose verglichen mit Süßstoffen: Differenten Effekte auf die ad libitum Nahrungsaufnahme und das Körpergewicht nach 10 Wochen Supplementierung bei Übergewicht

Anne Raben et al., Frederiksberg, Danmark

Die Rolle von Süßstoffen in der Regulation des Körpergewichts ist noch unklar. Aus diesem Grund wurde der Effekt einer Supplementierung von Ge-

tränken und Lebensmitteln entweder mit Süßstoffen oder Saccharose auf den ad libitum Verzehr und das Körpergewicht bei Übergewicht getestet. Die Untersuchungen liefen über 10 Wochen bei übergewichtigen Frauen und Männern. Der BMI von 21 Saccharoseprobanden war im Mittel 28,0, bei den 20 Süßstoffprobanden 27,6. Der mittlere Saccharosekonsum war 152 g/Tag, die Süßstoffprobanden erhielten durch die Supplementierung keine Kalorien.

Ergebnis war bei der Saccharosesupplementierung eine signifikante Gewichtszunahme von 1,6 kg, in der Süßstoffgruppe fiel das Gewicht um 1 kg. Der RR stieg in der Saccharosegruppe um 3,4 mmHG systolisch und 4,1 mmHG diastolisch. In der Süßstoffgruppe fielen die RR-Werte um 3,1 mmHG systolisch und 1,2 mmHG diastolisch.

Quelle:

- Sucrose compared with artificial sweeteners: different effects on ad libitum food intake and body weight after 10 wk of supplementation in overweight subjects; Am J Clin Nutr **76**, (2002) 721-729

Sibutramin – den Teufel mit dem Belzebub austreiben

Die Therapie der Adipositas ist bekanntlich ein Problem. Besonders bei Patienten mit Komplikationen (Diabetes, Hypertonie, Kardialsymptomatik, etc.) steht der Arzt unter Umständen unter einem großen Erfolgsdruck. Häufiger als bei Adipösen allein wird dann eine Anwendung von Sibutramin (Reductil) erwogen. Die Verordnung eines Serotonin- und Noradrenalin-Reuptake-Hemmers kann jedoch u.U. fatale Folgen haben.

In Italien wurde Sibutramin wegen schwerer, unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) und zweier Todesfälle durch Herzversagen im März 2002 vom Markt genommen.

In Kanada sind von Dezember 2000 bis Februar 2002 insgesamt 28 Fälle ernster UAW dokumentiert worden. Dabei handelt es sich überwiegend um UAW, die schon vor der Markteinführung von Sibutramin bekannt waren. Unter anderem sind dies erhöhte Blutdruckwerte, Brustschmerzen, Arrhythmien, Schlaganfall und Sehstörungen durch Hämorrhagien, Augenschmerzen und Glaukomanfälle, Krampfanfälle und manische Episoden bei bipolaren Erkrankungen.

In den USA fordert die Verbraucherorganisation Public Citizen vor dem Hintergrund zahlreicher schwe-

rer UAW von der amerikanischen Zulassungsbehörde (FDA) ein Aussetzen der Zulassung für Sibutramin. Innerhalb von 44 Monaten wurden 397 Zwischenfälle gemeldet, die zu 152 Krankenhausaufnahmen und 29 Todesfällen führten. Als Todesursache wurde bei 19 Patienten Herzversagen angegeben. Davon waren zehn Patienten unter 50 Jahren und sogar Frauen im Alter unter 30 Jahren betroffen. In einer der FDA vorliegenden Studie veränderte sich das EKG (ventrikuläre Extrasystolen, Vorhofflimmern, Linksschenkelblock, Erregungsrückbildungsstörungen) bei Patienten der Verum-Gruppe dreimal häufiger als in der Placebo-Gruppe. Unter der Medikation mit Sibutramin traten acht apoplektische Insulte auf, unter Placebo nur einer.

Die Herstellerfirma Abbott bestreitet die Vorwürfe und verweist in einem Schreiben an die FDA darauf, dass das Präparat bei Patienten mit Kontraindikationen, wie z.B. koronarer Herzkrankheit, angewendet worden sei und es sich bei den adipösen Patienten um eine Klientel mit erhöhter Letalität handele.

Nach Auskunft des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte in Bonn sind auch in Deutschland Todesfälle unter der Komedikation von Sibutramin aufgetreten. Vom zuständigen europäischen Ausschuss für spezielle Arzneimittelfragen wurde die Zulassung bereits im Juni 2002 erneut geprüft und nicht zurückgezogen. Der Ausschuss bewertet das Risiko-Nutzen-Verhältnis positiv und verweist auf die Notwendigkeit weiterer Studien.

Bei den meisten Adipösen steht nicht das kosmetische Problem im Vordergrund der therapeutischen Bemühungen, sondern das erhöhte kardiovaskuläre Risiko. Die bisher dokumentierten Zwischenfälle belegen gut, dass die UAW von Sibutramin genau das Spektrum von Symptomen umfassen, das bei Adipösen eigentlich behandelt bzw. prophylaktisch behandelt werden sollte. Das kardiovaskuläre Risiko nimmt jedoch unter Sibutramin zu.

Sollte sich der behandelnde Arzt dennoch zu einer Therapie mit Sibutramin entschließen, dann empfehlen sich neben einer ausführlichen Anamnese mit Ausschluss von Kontraindikationen regelmäßige Kontrollen des Blutdrucks und der Herzfrequenz. Sie sollten vor der Therapie und alle zwei Wochen innerhalb der ersten drei Monate, danach alle ein bis drei Monate erfolgen. Eine Erhöhung des Pulses um 10 Schläge pro Minute oder des Blutdrucks um 10 mmHG bei zwei aufeinander folgenden Visiten sind Kriterien für einen Therapieabbruch. Als Absolute Kontraindikation für Sibutramin gelten: Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Arrhythmien, zerebrovaskuläre Erkrankungen, schlecht eingestellter Hypertonus mit Werten > 145/90 mmHG. Also keine

Behandlung ohne vorheriges Belastungs- EKG (mindestens!). Weitere Kontraindikationen sind: Anorexie, Bulimie, die Vormedikation mit MAO-Hemmern, selektiven Serotonin-Reuptake-Inhibitoren und das Engwinkel-Glaukom. Daten zur Arzneimittelsicherheit bei Patienten mit Nieren- und Leberinsuffizienz und bei stillenden Müttern liegen nicht vor.

Bis jetzt ist keine Studie publiziert, die eine Senkung der Letalität durch die medikamentöse Therapie der Adipositas zeigt.

Quelle:

- Arzneimittelbrief **36**, November (2002), 86-87

Beziehung zwischen Ernährung und Blutdruck in einer repräsentativen Mittelmeerbevölkerung

H. Schröder et al., Barcelona

Die Hypertonie, gleich welcher „Ätiologie“, ist bekanntlich eng mit kardiovaskulären sowie Nierenerkrankungen assoziiert. Trotz vieler Bemühungen, den Blutdruck mittels Medikamenten zu kontrollieren, ist letztlich die Häufigkeit einer befriedigenden Blutdrucksenkung sehr gering. In erster Linie aus diesem Grund wurden die Ernährungsgewohnheiten von verschiedenen Bevölkerungskategorien ermittelt und zwar von Normotonikern, nicht-medikamentös, sowie medikamentös behandelten Patienten. Ziel der Studie war, die Beziehungen zwischen der Zufuhr von bestimmten Nährstoffen und dem Blutdruckverhalten zu untersuchen. In die Studie einbezogen wurden 1357 Normotensive und nicht-medikamentös sowie 210 medikamentös behandelte Hypertoniker.

Die Querschnittsuntersuchung der Gegend von Girona (Spanien) lieferte Ergebnisse zu kardiovaskulärem Risiko und eine Analyse der Nährstoffzufuhr mit Hilfe spezieller Fragebögen.

Es fanden sich ähnliche Zufuhrgrößen in allen Gruppen mit differentem Blutdruck. Interessanterweise fand sich, dass der Blutdruck in allen Gruppen zu der Natriumzufuhr direkt proportional verlief. Das gleiche fand sich auch für die Relation von Kalium zu Natrium. Beide Korrelationen waren von der medikamentösen Behandlung unabhängig. Im Gegensatz dazu waren Blutdruck und Calciumzufuhr negativ korreliert. Eine mäßige Natriumzufuhr von <2400 mg Natrium/d reduziert das Hypertonierisiko um 30% bei den Normotensiven und 52% bei den nicht-medikamentös behandelten Hypertensiven. Darüber

hinaus reduzierten mäßige Natriumbeschränkungen zusammen mit einer Calciumzufuhr über 800 mg/d das Risiko inadäquater Blutdruckerhöhungen bei medikamentös Behandelten um 52%. Diese Befunde unterstreichen die Bedeutung einer beschränkten Natriumzufuhr für die Prävention und Therapie auch von medikamentös behandelten Hypertonikern.

Quelle:

- „Relationship between diet and blood pressure in a representative Mediterranean population“; Eur J Nutr **41**, (2002) 161-167

Akute Zufuhr von mäßigen Alkoholmengen in Form von Rotwein oder (Wodka-)Alkohol hat keinen Effekt auf das Immunsystem von gesunden Männern

Watzl B. et al., Karlsruhe

Eine epidemiologische Studie erbrachte das Ergebnis, dass im Gegensatz zu anderen Alkoholika, mäßiger Weinkonsum das Risiko, an einer Erkältung zu erkranken, mindert. (Cohen et al., Am J Publ Health **83** (2002) 190-195). Dagegen gibt es Befunde, die belegen, dass Ethanol und Polyphenole die Immunität unterdrücken. Diese Ergebnisse waren der Ausgangspunkt einer epidemiologischen Studie an sechs gesunden männlichen Nichtraucherern. Untersucht wurde, ob die akute Zufuhr einer mäßigen Alkoholmenge die Immunfunktionen beeinflusst und ob Rotweinpolyphenole zu Veränderungen der Immunfunktion führen, die sich von denen unterscheiden, die von der Zufuhr von 12%igem Alkohol hervorgerufen werden. Die sechs Personen nahmen in zufälliger Reihenfolge 500 ml Rotwein (12% Ethanol), eine 12%igen Ethanolverdünnung (Wodka und H₂O), alkoholfreien Rotwein oder roten Traubensaft zu sich. Gemessen wurde 1, 3, und 24 Stunden nach Aufnahme die Phagozytoseaktivität und -intensität von Neutrophilen und Monocyten sowie die Produktion des Tumornekrosefaktors von Interleukin-2, Interleukin-4 und die Lymphozytenproliferation sowie die lytische Aktivität der Killerzellen.

Es fanden sich keinerlei Veränderungen als Hinweis darauf, dass akute Alkoholzufuhr in moderaten Mengen die untersuchten Parameter des Immunsystems beeinflussen.

Quelle:

- „Acute Intake of moderate amounts of red wine or alcohol has no effect on the immune

system of healthy men“ Eur J Nutr **41**,
(2002) 264-270

Buchbesprechung: „Adipositas – Ursachen, Diagnostik und Therapieoptionen – hochstrukturiert dargestellt“ von H. Liebermeister

H. Eisenlohr, Starnberg

Als Massenerkrankung und Schwerpunkt der Ernährungsmedizin ist die Adipositas ein Kernthema für Ärzte und Apotheker. Aufgrund der weiten Verbreitung der „Volkskrankheit“ Adipositas werden Ärzte der unterschiedlichen Fachrichtungen mit der Problematik konfrontiert. Therapieerfolge hängen dabei wesentlich von der einführenden Führung des Therapeuten ab. Dieser wiederum kann diesem Problem nur durch vertiefte Kenntnisse über Adipositas gerecht werden. Hierzu bietet das vorliegende Buch fachlich fundierte, klar strukturierte und einfach formulierte Hilfe für alle Mitglieder des therapeutischen Teams.

In einem einleitenden Kapitel werden zunächst umfassend die anatomischen, biowissenschaftlichen, geschichtlichen, epidemiologischen, ätiologischen und pathologischen Grundlagen der Adipositas dargestellt. Praxisnah vermittelt der Autor in den folgenden Kapiteln die Möglichkeit der klinischen und apparativen Diagnostik, die wesentliche Therapiegrundsätze und moderne Optionen der konservativen und operativen Therapieverfahren sowie aktuelle Informationen zu Prognose und Prävention. Das letzte Kapitel beschäftigt sich mit den gesundheitsökonomischen Aspekten der Adipositas.

Ein sehr ausführliches Literaturverzeichnis und ein umfangreiches Sachverzeichnis, das der schnellen Orientierung dient, runden die griffige und leicht lesbare Darstellung ab. Das vorliegende Buch schafft somit für alle, die mit der Therapie adipöser Patienten zu tun haben, ideale Voraussetzungen für eine fundierte und erfolgreiche Behandlung.

Liebermeister, H. „Ursachen, Diagnostik, moderne Therapieoptionen“, Deutscher Ärzte-Verlag Köln

ISBN 3-7691-1183-4; Preis: 29,95 € /SFr 48,00

Veranstaltungen 2003 der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin, des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner u.a.

21.-22. Februar 2003, Berlin

edi 2003; Ernährung, Diätetik, Infusionstherapie

Veranstaltungsort: Universitätsklinikum Charité
Campus Mitte

Med. Kliniken
Hörsaal Südflügel und Konferenz-
räume
Schumannstr. 20/21
10117 Berlin

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. H. Lochs
Dr. J. Ockenga

Universitätsklinikum Charité
Med. Klinik mit Schwerpunkt Gastro-
enterologie, Hepatologie und Endo-
krinologie
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-Be-

darfszahlen: 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

7. Kompaktkurs nach dem 100 stündigen Curriculum der BÄK (inkl. Abschlussseminar Praktikumsphase) vom 27. Februar – 09. März 2003 in den Räumlichkeiten der Rehaklinik Glotterbad in Glottertal (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, Fallbesprechungen und -dokumentation

Im Rahmen des Kompaktkurses finden eine schriftliche Prüfung (multiple choice) und eine Fallprüfung statt.

Die bestandene multiple choice - Prüfung führt automatisch zur Qualifikation "Ernährungsbeauftragter Arzt". Diese und eine erfolgreiche Fallprüfung sind Voraussetzung für die Erlangung der Qualifikation "ErnährungsmedizinerIn DAEM/DGEM".

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

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

13.-14. März 2003, Jena

40. Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Gesellschaft für Ernährung

Themenschwerpunkte: Physiologie, Pathophysiologie, Biochemie, Molekularbiologie, Zellbiologie, Public Health Nutrition, Ernährungsmedizin, Lebensmittelwissenschaft, Makronährstoffe, Mineralstoffe, Vitamine, sekundäre Pflanzenstoffe, Ernährungsverhalten, Ernährungsberatung, Ernährungsepidemiologie, Ernährungstoxikologie

Leitung: Prof. Dr. Florian J. Schweigert, Potsdam

Prof. Dr. Jürgen Kroll, Potsdam
Prof. Dr. Peter Stehle, Bonn

Veranstaltungsort: Universität Potsdam, Neues Palais

Auskunft und Anmeldung: DGE-Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Godesberger Allee 18
53175 Bonn
Tel.: 02 28/ 37 76 631
Fax.: 02 28/ 37 76 800

5. Seminarzyklus der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin in Münster/ Westfalen in Zusammenarbeit mit der Akademie für ärztliche Fortbildung 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 und -dokumentationen

09.-13.07.2003

14.-16. Mai 2003, Oldenburg

45. Fortbildungstagung des Verbandes der Diätassistenten – Deutscher Berufsverband e.V. (VDD)

Themenschwerpunkte: Gesundheitspolitik, Prävention, Bluthochdruck, Niereninsuffizienz, Prädialyse und Dialysestadium, Krankenhausverpflegung als Marke-

tinginstrument, Geriatrie, Nahrungsergänzungsmittel, Osteoporose, pädiatrische Diätetik, Pankreaserkrankungen, Workshop: Essstörungen

Leitung: PD Dr. Andreas Hahn, Hannover

Blieskastel Prof. Dr. med. W. Alexander Mann,

Prof. Dr. med. Gerd Oehler, Mölln

Veranstaltungsort: Weser-Ems-Halle, Oldenburg

Auskunft und Verband der Diätassistenten - Deutscher

Anmeldung bei: Berufsverband e.V.

Postfach 10 51 12

40042 Düsseldorf

Tel.: 02 11/ 16 21 75

Fax.: 02 11/ 35 73 89

28.-31. Mai, Bremen

38. Jahresstagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft

Tagungspräsident: Prof. U. Janka, Bremen

Veranstalter: Deutsche Diabetes-Gesellschaft DDG

Geschäftsstelle

Berufsgenossenschaftliche Kliniken

Bergmannsheil

Universitätsklinik

Bürkle-de-la-Camp-Platz 1

44789 Bochum

Tel.: 02 34/ 97 88 90

Fax.: 02 34/ 97 88 921

12.-14. Juni 2003, Linz, Österreich

21. gemeinsamer Kongress der österreichischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (AKE), der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) sowie der Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz (GESKES), gemeinsam mit dem Verband der diplomierten DiätassistentInnen und ernährungsmedizinische BeraterInnen Österreichs, dem Verband der Ernährungswissenschaftler Österreichs und dem Österreichischen Akademischen Institut für Ernährungsmedizin – 2. Interdisziplinärer Dreiländer-Kongress für Ärzte, Ernährungswissenschaftler, Apotheker, Diätassistenten und Pflegekräfte

Auskunft bei: Eva M. Schaup.
Goldegasse 22
A – 1040 Wien

Tel.: 00 43/ 1 / 5 05 74 78

Fax.: 00 43/ 1 / 5 04 82 81

26.-27. September 2003, Bamberg

4. wissenschaftliche Tagung des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V. (BDEM)

8. Kompaktkurs nach dem 100 stündigen Curriculum der BÄK (inkl. Abschlussseminar Praktikumsphase) vom 09. – 19. Oktober 2003 in den Räumlichkeiten des MEDIAN-Klinikums für Akut- und Rehabilitationsmedizin 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 und -dokumentationen

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 u.a. Voraussetzung für die Erlangung der Qualifikation "ErnährungsmedizinerIn DAEM/DGEM".

Programmgestaltung und wissenschaftliche Leitung: R. Kluthe, Freiburg; U. Rabast, Hattingen, G. Bönner, Bad Krozingen

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