

# Der Ernährungsmediziner

*Unabhängiger Informationsdienst*

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



Jahrgang 5, Nr. 3

August 2003

Liebe Leserin, lieber Leser,

Der Inhalt dieses Hefts zeigt in eindringlicher Weise, wie erschreckend falsch unser Gesundheitssystem funktioniert. Die Hypertoniehäufigkeit schreit präventiv und therapeutisch nach einer Änderung von Lebensstilfaktoren. Aber weder hier noch da erfolgt eine nachhaltige Ernährungsberatung. Vor Jahren haben wir in einer Studie nachweisen können, dass nur ein verschwindend kleiner Teil der Hypertoniker (<30%) eine (einzige!) Ernährungsberatung erfahren haben. Dabei erfolgte die Ernährungsberatung überwiegend während eines Aufenthaltes in einer Rehaklinik. Nur ein kleiner Teil der Klinikzuweisungen wurde wegen Hypertonie vorgenommen. Was kann man in einem Land anderes erwarten, in dem die Kosten für die Behandlung der Fettsucht nicht von den Kassen übernommen werden? Immerhin, eine Änderung ist in Sicht, zumindest für die operative Behandlung der Fettsucht. – Ernährungsmedizin tut Not!

Ihr

Prof. Dr. med. Reinhold Kluthe

## In dieser Ausgabe:

- Hypertoniehäufigkeit und RR-Werte in 6 europäischen Ländern, Kanada und den Vereinigten Staaten
- 7. Bericht des „Joint National Committee“ für Prävention, Entdeckung, Auswertung und Behandlung des hohen Blutdrucks
- Vergleichende Studie zwischen einer kohlenhydratarmen und einer fettarmen Diät bei schwerer Fettsucht
- Eine randomisierte Studie mit einer kohlenhydratarmen Diät bei Fettsucht
- Chirurgische Therapie: Hoffnung für extrem Übergewichtige gestiegen durch Urteil des Bundessozialgerichts
- Adipositas: Unterschätztes gesundheitspolitisches Problem
- Starker Kaffeeconsum während der Schwangerschaft erhöht das Risiko für eine Totgeburt
- Mangelernährung kranker Senioren in der Akutklinik
- Häufigkeit der unspezifischen Lebensmittelintoleranz bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen
- Das Ende der Supplementierung mit antioxidativen Vitaminen
- Wissenschaftliche Tagung: Disorders of Body Weight Regulation

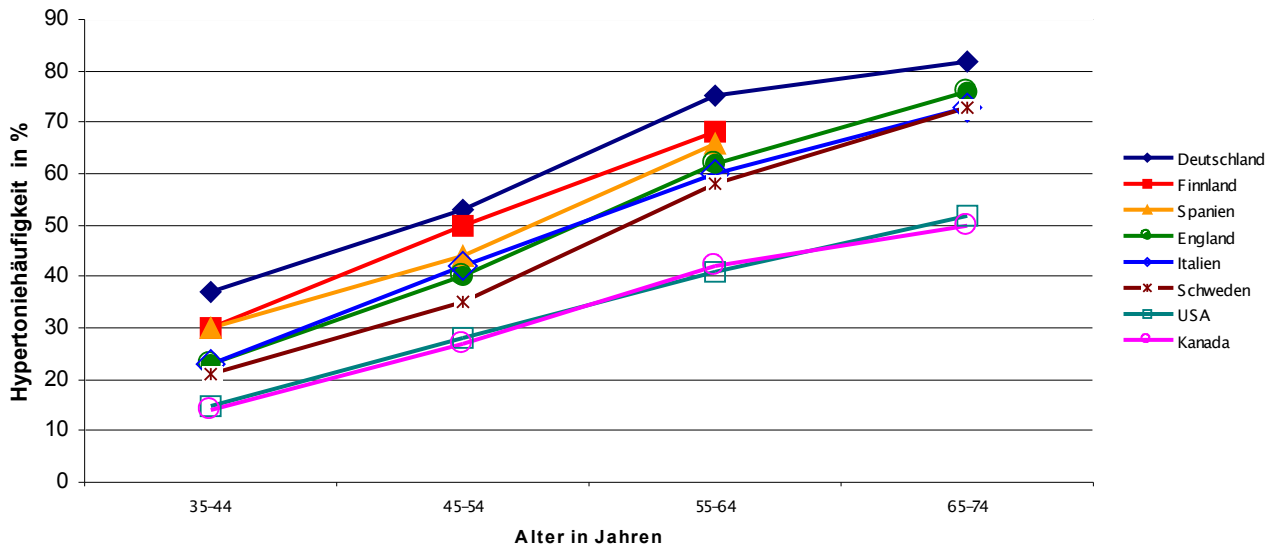
## Hypertoniehäufigkeit und RR-Werte in 6 europäischen Ländern, Kanada und den Vereinigten Staaten

Katharina Wolf-Maier, Richard S. Cooper et al.,  
Maywood, Illinois

Geographische Variationen bei kardiovaskulären Erkrankungen und den dazugehörigen Risikofaktoren wurden bereits weltweit anerkannt. Wie auch immer, den möglichen Differenzen bei der Hypertonie zwischen Europa und den Vereinigten Staaten wurde bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dieser Problematik und stellt nationale Übersichtsanalysen aus den 90er Jahren aus Deutschland, Finnland, Schweden, England, Spanien, Italien, Kanada und den Vereinigten Staaten zusammen. In der Studie zusammenarbeitende Forscher lieferten tabellarische Daten in übereinstimmendem Format für die verschiedenen Geschlechter mit einem Alter über 35 Jahre. Bevölkerungsstatistiken waren die wesentliche Basis für die Stichprobenauswertung.

Häufigkeit der Hypertonie in 6 europäischen und 2 nordamerikanischen Ländern (Männer und Frauen)



**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 €

Die Stichprobengröße betrug zwischen 1800 und 23 100 Personen mit Antwortraten zwischen 61% und 87,5%. Die Daten wurden analysiert, um alters- und geschlechtsspezifische Schätzungen von Blutdruck und Hypertoniehäufigkeit nach verschiedenen Ländern aufgeschlüsselt zu erhalten.

Der Blutdruck bei Männern und Frauen zusammen betrachtet im Alter von 35 bis 47 Jahre war im Mittel 136/83 mmHg in den europäischen Ländern, 127/77 mmHg in den Vereinigten Staaten. Die Differenz existierte schon bei jüngeren Personen (35-39 Jahre), bei denen eine Behandlung ungewöhnlich ist (124/78 mmHg und 115/75 mmHg) und die Steigerung mit dem Alter war steiler bei den europäischen Ländern. Trotz ausgedehnter Forschung über geographische Verteilung von kardiovaskulären Erkrankungen ist die extrem häufige Prävalenz der Hypertonie in Europa gegenüber den Vereinigten Staaten und Kanada noch wenig beachtet. Die alters- und geschlechtsbereinigte Prävalenz in Nordamerika war 28% gegenüber 44% in Europa. Die Bedeutung für die nationale Bemühung zu ihrer Prävention ist enorm. Die Befunde pro Region der Hypertonieprävalenz waren streng korreliert mit der Schlaganfallmortalität ( $r = 0,78$  und mäßig mit kardiovaskulärer Erkrankung ( $r = 0,44$ ))

**Quelle:**

- JAMA **289**, (2003) 2363

**7. Bericht des „Joint National Committee“ für Prävention, Entdeckung, Auswertung und Behandlung des hohen Blutdrucks**

Aram V. Chobanian, George L. Bakis et al., Boston, USA

Der 7. Bericht stellt eine neue Richtlinie für Prävention und Therapie der Hypertonie dar. Die Schlüsselmitteilungen sind:

- (1) Bei Patienten über 50 Jahre ist ein systolischer Blutdruck über 140 mmHg als kardiovaskulärer Risikofaktor wichtiger als der diastolische Blutdruck.
- (2) Das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen beginnt bereits bei 145/75 mmHg und verdoppelt sich mit jedem Anstieg von 20/10 mmHg. Personen mit normalem RR und einem Alter von 55 Jahren haben ein Lebenszeitrisiko von 90% eine Hypertonie zu entwickeln.
- (3) Individuen mit einem systolischen RR von 120 bis 139 mmHg oder einem diastolischen Druck von 80 bis 89 mmHg sind als prähypertensiv anzusehen und benötigen Lebensstilveränderungen um kardiovaskulären Erkrankungen vorzubeugen.
- (4) Thiaziddiuretika sollen bei allen Patienten als erstes Medikament Anwendung finden, wenn eine unkomplizierte Hypertonie vorliegt. Sie sollen entweder allein oder kombiniert mit anderen Medikamenten eingesetzt werden. Hochrisikopatienten benötigen von vornherein andere Medikamentenklassen (ACE-Hemmer,  $\beta$ -Blocker, etc.).
- (5) Die meisten Patienten, die Medikamente benötigen, brauchen in der Regel 2 verschiedene, um das Therapieziel 140/90 mmHg (bei Diabetikern und Nierenkranken 130/90 mmHg) zu gewährleisten.
- (6) Wenn der RR 20/10 mmHg über dem Zielblutdruck ist, sind 2 Medikamente erforderlich ( 1 davon ein Thiaziddiuretikum).
- (7) Motivation des Patienten ist unabdingbar.

Lebensstilveränderungen:

Die Umsetzung von Lebensstilveränderungen sind bedeutsam für alle Patienten aus Gründen der Prävention und Therapie.

Die hauptsächlichen Maßnahmen sind Gewichtsreduktion bei Übergewicht, Ernährung reich an Calcium und Kalium, Verminderung der Salzzufuhr, vermehrte körperliche Aktivität, Alkoholeinschränkung.

Als Beispiel: Eine Beschränkung auf 1600 mg Natrium (4 g Kochsalz/Tag) wirkt wie die Verabreichung eines Medikaments.

**Tabelle: Lebensstilveränderungen zur Hypertonietherapie**

Veränderung	Empfehlung	geschätzte RR-Senkung
Gewichtsreduktion	normales Körpergewicht (BMI = 18,5 - 24,5)	5-20 mmHg/10 kg Gewichtsverlust
DASH-Speiseplan	früchtereiche Diät mit fettarmen Produkten	8-14 mmHg
Natriumreduktion	nicht mehr als 6 g Salz/Tag	2-8 mmHg
physische Aktivität	mind. 30 Minuten Walking jeden Tag	4-9 mmHg
Alkoholkonsum	nicht mehr als 2 Drinks/Tag	2-4 mmHg

**Quelle:**

- JAMA **289** (2003) 2560

**Vergleichende Studie zwischen einer kohlenhydratarmen und einer fettarmen Diät bei schwerer Fettsucht**

Frederick F. Samaha, Nayyar Iqbal et al., Philadelphia, USA

Die Wirkung einer kohlenhydratbeschränkten Kost auf die Gewichtsabnahme und die Risikofaktoren für Arteriosklerose sind nur unzureichend untersucht. Deswegen wurden 132 schwer fettsüchtige Patienten (77 Farbige und 23 Frauen) mit einem mittleren BMI von 43 und einer hohen Diabetesprävalenz (39%) oder dem metabolischen Syndrom (43%) randomisiert einer Behandlung mit einer kohlenhydratarmen oder einer kalorien- und fettarmen Diät zugeordnet.

Insgesamt 79 Patienten vollendeten die 6-Monatsstudie. Eine Analyse, die alle Studienteilnehmer um-

fasste, inklusive der letzten Befunde der Studienaus-scheider, erbrachten, dass die Teilnehmer unter der kohlenhydratarmen Diät mehr Gewicht verloren, als die Patienten unter der fettreduzierten Diät (Mittelwert  $\pm$  SD,  $-5,8 \pm 8,6$  kg gegenüber  $-1,94 \pm 4,2$  kg;  $p = 0,002$ ). Darüber hinaus zeigten die Triglyceridspiegel größere Abfälle (Mittelwert  $-20 \pm 43\%$  gegenüber  $-4 \pm 31\%$ ;  $p = 0,001$ ). Diese Veränderungen waren unabhängig von der Einnahme oder Nichteinnahme von hypoglykämischer oder lipidsenkender Medikation.

Die Insulinsensitivität bei Nichtdiabetikern besserte sich mehr unter kohlenhydratreduzierter Diät ( $-6 \pm 9\%$  gegenüber  $-3 \pm 8\%$ ,  $p < 0,01$ ).

Gewichtsverlust ( $p < 0,001$ ) und Zuordnung zur kohlenhydratarmen Kost ( $p = 0,01$ ) waren unabhängige Prädiktoren für Triglyceridspiegel und Insulinsensitivität.

Die Ergebnisse bedürfen weiterer längerfristiger Studien bevor eine kohlenhydratreduzierte Diät ohne weiteres empfohlen werden kann.

**Quelle:**

- NEJM **348** (2003); 2074-2081

**Eine randomisierte Studie mit einer kohlenhydratarmen Diät bei Fettsucht**

Gary D. Foster, Holly R. Wyatt et al.; Philadelphia, USA

Trotz der Popularität der kohlenhydratarmen, proteinreichen und fettreichen (Atkins-)Diät hat es bisher keine randomisierten, kontrollierten Studien über ihre Wirksamkeit gegeben.

Daher wurde eine 1-Jahresstudie multizentrisch und kontrolliert bei 63 fettsüchtigen Frauen und Männern durchgeführt, die rein zufällig einer kohlenhydratarmen, proteinreichen Diät mit hohem Fettgehalt oder einer kalorienarmen kohlenhydratreichen, fettarmen (konventionellen) Diät zugeteilt wurden.

In den ersten Monaten verloren die kohlenhydratarm ernährten Patienten mehr an Gewicht, als die unter konventioneller Diät (MW  $\pm$  SD)  $-6,8 \pm 5$  vs.  $-2,7 \pm 3,7\%$  des Körpergewichts;  $p = 0,001$ . Nach 6 Monaten lagen die Körpergewichte bei  $-7,0 \pm 6,5$  vs.  $-3,2 \pm 5,6\%$  des Körpergewichts;  $p = 0,02$ . Allerdings war die Gewichts-differenz nach einem Jahr nicht signifikant unterschiedlich ( $-4,4 \pm 6,7$  vs.  $-2,5 \pm 6,3\%$  des Ausgangsgewichts).

Nach drei Monaten fand sich keine signifikante Differenz beim Gesamtcholesterin oder beim LDL. Der HDL-Anstieg und der Triglyceridabfall waren unter kohlenhydratarmer Diät größer.

Beide Diäten senkten den diastolischen RR und die Insulinantwort auf orale Glukosebelastung.

Längere und umfangreichere Studien sind angezeigt.

**Quelle:**

- NEJM **348** (2003); 2082-2090

**Chirurgische Therapie: Hoffnung für extrem Übergewichtige gestiegen durch Urteil des Bundessozialgerichts**

Pressemitteilung der Deutschen Adipositas- Gesellschaft (DAG)

Das Bundessozialgericht (BSG) hat am 19.02.2003 Urteile des Landessozialgerichts (LSG) Mainz aufgehoben. Dieses hatte zuvor in 5 Fällen entschieden, Krankenkassen müssten die Kosten für einen operativen Eingriff am Magen bei extrem Adipösen nicht übernehmen. Das LSG Mainz begründete die Ablehnung damit, dass 1.) das Übergewicht psychisch verursacht sei und eine krankhafte Essstörung bestehe, 2.) der Magen bei Adipösen ein intaktes Organ sei und für einen operativen Eingriff keine Rechtfertigung gegeben sei und 3.) die chirurgische Therapie der Adipositas nicht dem allgemein anerkannten Stand der Medizin entspreche und der Therapieerfolg nicht bewiesen sei.

Im Presse-Vorbericht vom 10.02.2003 führt das BSG unmissverständlich aus, dass die extreme Adipositas mit „Folgekrankheiten mit hohen gesundheitlichen Risiken verbunden“ sei und mit „herkömmlichen Therapieformen wie Ernährungsumstellung, Diätberatung, Bewegungstherapie, medikamentöser Therapie und Psychotherapie häufig keine längerfristigen Erfolge“ zu verzeichnen seien. International habe man sich auf eine chirurgische Adipositas-therapie eingestellt, um das Magenvolumen zu verkleinern.

Diese Haltung des BSG ist neu und enthält viele Aspekte, die für die weitere chirurgische Therapie von extrem Übergewichtigen von großer Bedeutung sind. Zwar wird auch für die nächste Zukunft die Kostenübernahme durch die Krankenkasse eine Einzelfallentscheidung sein, die Krankenkassen können jedoch ihre bisherigen Begründungen für eine Ablehnung nicht mehr anführen. Wenn die Indikation für einen solchen Eingriff gegeben ist, muss

der Kostenträger in Zukunft die Therapiekosten übernehmen.

Bei bisherigen Anträgen von extrem Adipösen wurde eine chirurgische Therapie in den meisten Fällen vom Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) abschlägig beschieden. Der MDK griff bei seiner Entscheidung auf ein Gutachten einer Arbeitsgruppe (M7) des Spitzenverbandes des Medizinischen Dienstes (MDS) zurück. In diesem Gutachten werden grundsätzlich Vorbehalte gegen eine Adipositas-Chirurgie geäußert, die das LSG Mainz in fast allen Fällen übernommen hat und üblicherweise so wiedergab, wie sie oben zitiert sind.

Nachdem nun das LSG Mainz vom BSG aufgefordert wurde, bei anstehenden Fragen Experten zu kontaktieren und Leitlinien zu beachten, wird auch der MDS nicht daran vorbeikommen, sein selbst erstelltes Gutachten von 1999 zu revidieren. Die soeben revidierten Leitlinien der DAG sind evidenzbasierte Leitlinien, in der jede Empfehlung wissenschaftlich begründet wird, auch der Grad der wissenschaftlichen Evidenz ist jeweils angegeben ([www.adipositas-gesellschaft.de](http://www.adipositas-gesellschaft.de)). Wer diesen Empfehlungen nicht folgt, wird seine abweichende Meinung wissenschaftlich begründen müssen.

In Deutschland gibt es ca. 1 Million Menschen mit einem extremen Übergewicht. Es ist eine Personengruppe mit erheblichen Folgekrankheiten, einer hohen Quote an Arbeitsunfähigkeit, beruflicher Benachteiligung, miserabler Lebensqualität und einem 4- bis 10fach erhöhten Sterblichkeitsrisiko; langfristig droht ihnen Pflegebedürftigkeit. Spezialisten sollten über die Notwendigkeit einer Operation befinden, die Operation sollte nur in geeigneten Kliniken mit der Möglichkeit der Nachsorge durchgeführt werden.

Prof. Dr. med. Alfred Wirth  
Präsident der DAG

Prof. Dr. med. Hans Hauner  
Vizepräsident der DAG

Prof. Dr. Joachim Westenhöfer  
Sekretär der DAG

Prof. Dr. med. Bernhard Husemann  
Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft "Adipositas-Therapie"

### Quelle:

- Info-Brief 1/2003 der Deutschen Adipositas-Gesellschaft

## Adipositas: Unterschätztes gesundheitspolitisches Problem

Klaus Badenhoop, Klaus-Henning Usadel, Frankfurt

Die Adipositas stellt mit einer Häufigkeit von etwa 25% in den USA und etwa gleicher Häufigkeit in Deutschland ein unterschätztes gesundheitliches Problem dar. Dies gilt in zunehmendem Maße auch für die heranwachsende Generation. Es sind insbesondere die Folgen, wie Typ 2 Diabetes, Hypertonie, Herzinfarkt, Schlaganfall u.a., die besonders in Deutschland immer mehr in den Vordergrund treten.

Obwohl Gene bis zu 70% das Gewicht beeinflussen ist die enorme Häufigkeitszunahme weder durch Genetik noch durch normale Faktoren zu erklären. Fehlernährung und mangelnde körperliche Betätigung (Schulsport?) spielen in der Regel eine entscheidende Rolle. Die Stigmatisierung des Adipösen beginnt früh und führt auch zum Ignorieren des Problems beim Betroffenen, bei seinen Angehörigen und letztlich sogar bei Haus- und Fachärzten. Wie im Artikel „Chirurgische Therapie: Hoffnung für extrem Übergewichtige“ (ds. Heft) kommt es erst bei extremem Übergewicht zur Übernahme der (chirurgischen) Therapiekosten, während die Lifestylebemühungen diverser Art in früheren Stadien nicht zu den garantierten Leistungen einer Krankenkasse gehören. (Es ist endlich an der Zeit, dass das Übergewicht resp. Fettsucht als Krankheit anerkannt wird!)

Die rechtzeitige (frühzeitige!) Behandlung der Adipositas wird derzeit durch die Ablehnung einer Kostenübernahme durch die Kassen verhindert. Dies ist eine große Gefahr in der Richtung, dass sich die Erkrankung weiter ausbreiten und intensivieren wird.

### Quelle:

- Deutsches Ärzteblatt **100** (2003), B 1132

## Starker Kaffeeconsum während der Schwangerschaft erhöht das Risiko für eine Totgeburt

K. Wisborg et al. Aarhus, Dänemark

Die Autoren analysierten den Einfluss von Kaffeeconsum auf das Totgeburtisrisiko und den Kindstod im 1. Lebensjahr. Als Totgeburt wurde ein fetaler Tod nach der 28. Schwangerschaftswoche angesehen. Untersucht wurden alle schwangeren Frauen aus der Region um Aarhus während der 16. Schwangerschaftswoche per Fragebogen über ihren Kaffeeconsum, sowie über Rauchen, Alkoholgenuss etc. während der Schwangerschaft.

Das Ergebnis der Schwangerschaft wurde den Registern der Geburtshilfstationen entnommen. Die Schätzung des Kaffeekonsums wurde durch Zählung der durchschnittlichen Zahl von Tassen Kaffee/Tag vorgenommen. Der Genuss von Tee, Trinkschokolade, und Colagetränken spielte in der Gegend offensichtlich keine Rolle.

Insgesamt wurden bei 18 478 Frauen mit Einlingschwangerschaften 82 Totgeburten (4,4/1000) beobachtet. Die Häufigkeit des Kindstods im ersten Lebensjahr war mit 4/1000 gleichgroß.

	Totgeburten	Relatives Risiko (RR)
kein Kaffeekonsum		0,7
1-3 Tassen Kaffee		0,7
4-7 Tassen Kaffee		1,8
	nach Korrektur für Rauchen und Alkohol	1,4 (n.s.)
> 8 Tassen Kaffee		3,0
	nach Korrektur für Rauchen und Alkohol	2,2 (s !)

In der letzten Gruppe war auch ein deutlicher Trend im Sinne eines häufigeren Kindstods im 1. Lebensjahr erkennbar.

Frauen mit sehr hohem Kaffeekonsum rauchen im Durchschnitt mehr und trinken mehr Alkohol.

Frauen, die während der Schwangerschaft nur 1-3 Tassen Kaffee (oder gar keinen) trinken, sind im Hinblick auf das fetale Wohlergehen auf der sicheren Seite. Jenseits von 3-4 Tassen scheint eine Risikoschwelle vorhanden zu sein.

**Quelle:**

- Brit. Med. J. **326** (2003) 420

**Mangelernährung kranker Senioren in der Akutklinik**

H. Eisenlohr, Starnberg

Fehl- und Mangelernährung sind mit einer erhöhten Komplikationsrate, Morbidität und Mortalität verbunden. Internationale klinische Studien belegen, dass stationäre Patienten pro Tag bis zu 75% weniger als die individuell während des Krankenhausaufenthalts notwendigen Kalorien zu sich

nehmen. Für deutsche Akutkliniken liegen wenige Untersuchungen zu diesem Aspekt vor. Für die große Gruppe der Senioren, die in Akutkliniken betreut werden, fehlen prospektive Untersuchungen zu dieser Fragestellung.

Wir stellen eine prospektive Erhebung an 166 Patienten aus der Altersgruppe der über 70-jährigen zu diesem Thema vor. Übereinstimmend mit den internationalen Daten muss auch in einer deutschen Akutklinik damit gerechnet werden, dass diese Patientengruppe nur etwa 50% der notwendigen Kalorien zu sich nimmt.

Es ist wahrscheinlich, dass diese Mangelernährung zu erheblich verzögerten Genesungsprozessen führt. Neben den negativen Auswirkungen für den einzelnen Patienten ist damit auch ein erheblicher Kostenfaktor verbunden.

**Quelle:**

- Versicherungsmedizin **55** Heft 1 (2003), 33-35

**Häufigkeit der unspezifischen Lebensmittelintoleranz bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen**

U. Rabast, M. Horn, Hattingen

Unspezifische Lebensmittelintoleranzen finden sich bei gastrointestinal Gesunden mit etwa gleicher Häufigkeit, wie bei Patienten mit Leber-, Galle-, Magen- oder Darmerkrankungen. In der vorliegenden Untersuchung sollte durch gezielte Befragung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Morbus Crohn und Colitis ulcerosa) und deren Angehörigen geklärt werden, ob bei den Patienten eine höhere Rate an Unverträglichkeiten gegeben ist.

In der vorliegenden Untersuchung wurden im Rahmen eines Arzt-Patienten-Seminars von 200 Teilnehmern (65 mit M. Crohn, 53 mit Colitis ulcerosa, 82 Angehörige als Kontrollen) ausgefüllte Fragebogen ausgewertet. Abgefragt wurde die Verträglichkeit von 187 einzelnen in Gruppen zugeteilten Lebensmitteln.

Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wiesen im Vergleich zum Kontrollkollektiv für alle abgefragten Lebensmittel eine signifikant höhere Rate an Unverträglichkeiten auf (p>0,001). Für 107 abgefragte Lebensmittel wurden Unverträglichkeitsraten von 20-66% angegeben. Bei den Patienten mit chronisch entzündlichen Darmer-

krankungen wiesen an M. Crohn Erkrankte im Vergleich zu Patienten mit Colitis ulcerosa für Gemüse ( $p < 0,015$ ) und Obst ( $p < 0,03$ ) signifikant höhere Unverträglichkeitsraten auf, für die übrigen Lebensmittel fanden sich keine signifikanten Unterschiede.

**Schlussfolgerung:** Die Häufigkeit der bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen gefundenen Unverträglichkeiten werfen die Frage auf, ob bei der täglichen Ernährung nicht auf die mit einer Häufigkeit von mehr als 20% als unverträglich angegebenen Nahrungsmittel verzichtet werden sollte.

**Quelle:**

- Akt. Ern. Med. **28** (2003), 106-112

### Das Ende der Supplementierung mit antioxidativen Vitaminen

S. Heyden, Durham NC

Der Goldstandard für medikamentöse und diätetische Studien bleibt die randomisierte, plazebokontrollierte Interventionsstudie. Um die Wirksamkeit der antioxidativen Vitamine auf die Verhütung der Atherogenese und Karzinogenese zu prüfen, wurden in den vergangenen zehn Jahren neun randomisierte Interventionsstudien an über 110000 Männern und Frauen in Europa und den USA durchgeführt. In keiner dieser über mindestens drei und maximal zwölf Jahre laufenden Studien wurden im Vergleich zu Plazebo positive Ergebnisse erreicht. Vom Gebrauch von Supplementen mit hohen Dosen antioxidativer Vitamine sollte in Zukunft abgeraten werden, da bereits erste Resultate mit hohen Dosen von Vitaminen auf gefährliche Komplikationen hinweisen.

**Quelle:**

- Akt. Ern. Med. **28** (2003) 113-120

### Wissenschaftliche Tagung: Disorders of Body Weight Regulation. Clinical Aspects and Identification of Novel Drug Targets

Tagungsbericht vom 29.-31. Januar 2003 in Marburg

Am 29.-31. Januar 2003 fand in Marburg an der Lahn die erste deutsche Tagung zu Störungen der Gewichtsregulation statt. Ziel war und ist es, eine engere Zusammenarbeit anzuregen und somit die Forschung in Deutschland auf dem Gebiet der Gewichtsregulation zu stärken. Initiiert und organisiert wurde der Partnering- Day von Professor Dr. Johannes Hebebrand und der Technologie Transferstelle im nationalen Genomforschungsnetz – TT-

NGFN. Die Deutsche Adipositas-Gesellschaft übernahm die Schirmherrschaft.

Es lag nahe, Marburg als Veranstaltungsort zu wählen. Zum einen hat die Philipps Universität Marburg eine lange Tradition im Bereich Gewichtsregulation aufzuweisen, worauf auch der Präsident der Philipps Universität Marburg, Professor Dr. Kern, in seiner Eröffnungsrede hinwies. Zum anderen boten die historische Aula und das Schloss den entsprechenden Rahmen für die Tagung.

Teilnehmer waren Wissenschaftler aus der akademischen und industriellen Forschung in Deutschland. Industrielle Vertreter kamen unter anderen von Aventis, Bioscientia, Biovision, DeveloGen, Ingenium, Integragen (Frankreich), IPF Pharmaceuticals, Lilly, Merck, Probiodrug, Scienion und Solvay.

Über- und Untergewicht sind ein großes Problem in unserer Gesellschaft und Ursache vieler Erkrankungen, z.B. Bluthochdruck, Typ 2 Diabetes mellitus. Mit dieser Problematik beschäftigen sich auch Forscher aus dem nationalen Genomforschungsnetz (NGFN) und dem Deutschen Humanen Genomprojekt (DHGP). Ziel der TT-NGFN war es daher, Unterstützung von Seiten der Industrie für diese Forschung zu gewinnen und einen intensiven Austausch zwischen der akademischen und industriellen Forschung zu erreichen.

Dass eine engere Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Gewichtsregulation notwendig ist, unterstrich auch Professor Dr. Wirth, Präsident der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, in seinem einführenden Vortrag. Er machte einerseits deutlich, welche negativen Konsequenzen Übergewicht für die allgemeine Gesundheit hat und andererseits, dass Übergewicht in unserer Gesellschaft immer noch nicht als Krankheit angesehen wird, mit der Folge, dass adäquate Behandlungen oft nicht erfolgen und die Zahl der Betroffenen jedes Jahr steigt.

Dies wurde von Herrn Dr. Scholz, Merck, Darmstadt, bestätigt. Die Pharmaindustrie sieht einen vielversprechenden Markt im Bereich der Gewichtsregulation. Ein Hauptproblem ist jedoch die mangelnde Kenntnis über geeignete Targets und daraus folgend ein Mangel an potentiellen Wirkstoffen. Dies wird eine der Haupthürden in den nächsten Jahren sein, und nur gemeinsame Anstrengungen werden hier zum Ziel führen.

Die Veranstaltung zeigte, dass es viele hoffnungsvolle Ansätze zur Gewichtsregulation und ein großes Forschungspotential in Deutschland gibt. Die Beiträge der Forscher reichten von der Darstellung möglicher Targets über verschiedene Tiermodelle bis hin zu Studien an Patienten. Das Programm war dazu in acht Themenschwerpunkte unterteilt:

1. Übergewicht und Fettleibigkeit
2. Untergewicht und assoziierte Störungen
3. Gewichtszunahme und -verlust als Nebenwirkung von Psychopharmaka
4. Periphere Signalwege und Targets
5. Zentrale Signalwege und Targets
6. Spezies-übergreifende molekulargenetische Ansätze
7. Mutagene und transgene Tiermodelle
8. Adipozyten Zellkultur

Daneben fand eine permanente Posterausstellung statt.

Während des Meetings gaben die Präsentationen Anlass für angeregte Diskussionen und Gespräche, die als Grundlage für erfolgsversprechende Kooperationen zwischen Akademie und Industrie dienen können. Die TT-NGFN nahm die Gelegenheit wahr, die Wissenschaftler über die Grundlagen von Kooperationsverträgen und die Notwendigkeit von Geheimhaltungsvereinbarungen zu informieren. Nach 2 ½ Tagen intensivem Informationsaustausch wurde von den Teilnehmern der Wunsch geäußert, dieses Meeting bald zu wiederholen. Vielleicht wird damit diese Veranstaltung der Beginn einer fruchtbaren Tradition und führt einen Schritt weiter hin zu dem Ziel, das in der Gesellschaft immer weiter verbreitete Problem des Über- bzw. Untergewichts und den daraus resultierenden Folgeerkrankungen zu lösen.

#### Quelle:

- Info-Brief 1/2003 der Deutschen Adipositas-Gesellschaft

**Veranstaltungen 2003/2004 der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin, des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner u.a.**

#### 26.-27. September, Bamberg

*4. wissenschaftliche Tagung des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V.*

Programm:

#### Freitag 26. September 2003, vormittags

- Festvortrag: Wechselvolle Geschichte des Bamberger Krankenhauses

#### *Ernährungsinformation in Deutschland: Bewährte Wege – Neue Herausforderungen*

- Ernährungswissen in der Bevölkerung – aktueller Stand
- Verbreitung von Ernährungsinformationen – Rolle des Mediums Fernsehen
- Möglichkeiten der Printmedien in der Ernährungsaufklärung
- Neue Medien – neue Chancen? Ernährungsinformation über das Internet
- Podiumsdiskussion

#### Freitag, 26. September 2003, nachmittags

#### *Bakteriotherapie – Facts and Fantasies*

- Historischer Hintergrund der Bakteriotherapie
- Bakteriotherapie in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention
- Bakteriotherapie bei gastroenterologischen Erkrankungen – Was ist gesichert, was spekulativ?
- Bakteriotherapie bei extraintestinalen Erkrankungen (Gynäkologie, HNO, Haut, Respirationstrakt)
- Möglichkeiten, Grenzen, Gefahren – Zukünftige Entwicklungen in der Bakteriotherapie

#### *4. Ordentliche Mitgliederversammlung des Berufsverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V.*

#### Samstag, 27. September 2003, vormittags

#### *Ernährungstherapie bei gastroenterologischen Krankheitsbildern – Update 2003*

- Unspezifische Nahrungsmittelintoleranz und Non-Ulcer-Dyspepsie – zwei unterschiedliche Krankheitsbilder?
- Unspezifische Lebensmittelintoleranz bei Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa – Häufigkeitsunterschiede im Vergleich zu Kontrollen
- Leber-, Magen-, Darm-, Galle-, Bauchspeicheldrüsendiät – Unsinniges und Sinnvolles
- Sinnvolle diättherapeutische Maßnahmen bei gastroenterologischen Erkrankungen (Sprue, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, dekompensierte Leberzirrhose, chronische Pankreatitis, Obstipation und Divertikulose)
- Umstrittene diättherapeutische Maßnahmen in der Gastroenterologie (Eliminationsdiät, Fischöl, etc.)

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. U. Rabast, Hattingen  
Prof. Dr. R. Kluthe, Freiburg

Programmgestaltung: Prof. Dr. U. Rabast, Hattingen  
Dr. B. Kluthe, Bad Rippoldsau

Veranstaltungsort: Hotel Residenzschloss, Bamberg

Auskunft und Anmeldung bei: Berufsverband Deutscher Ernährungsmediziner  
BDEM e.V.  
Dr. rer. nat. Herta Konold  
Reichsgrafenstr. 11  
79102 Freiburg  
Tel.: 07 61/ 7 89 80  
Fax: 07 61/ 7 20 24

## 08. – 10. Oktober 2003, Stuttgart

*PKE – 1. Kongress Ernährungsteams*

Definition, Aufgaben, Notwendigkeit

Auskunft und Anmeldung bei: FEP Science  
„Kongress PKE“  
www.pke-online.com

## 09. – 10. Oktober 2003, Bonn – Bad Godesberg

*Arbeitstagung und 50jähriges Jubiläum der DGE*

Thema: Ernährungswissen heute: ein multidisziplinärer Ansatz

Auskunft und Anmeldung bei: DGE, Referat Presse und Öffentlichkeitsarbeit  
Godesberger Allee 18  
53175 Bonn  
Tel.: 0228/ 3776 - 600  
Fax: 0228/ 3776 - 800

## 12.-14. Oktober, Karlsruhe

*8. Karlsruher Ernährungstage: Phytoestrogenes: Benefits and Risk for Human Health*

Information unter: <http://www.karlsruher-ernaehrungstage.de/home.htm>

## 09. – 19. Oktober 2003, Bad Krozingen (bei Freiburg)

*8. Kompaktkurs nach dem 100 stündigen Curriculum der BÄK (inkl. Abschlussseminar Praktikumsphase) in den Räumlichkeiten des MEDIAN-Klinikums für Akut- und Rehabilitationsmedizin*

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 -dokumentationen

Im Rahmen des Kompaktkurses finden eine schriftliche Prüfung (multiple choice), Fallbesprechungen und eine schriftliche 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 "Ernährungsmediziner DAEM/DGEM".

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

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

## 16.- 18. Oktober 2003, Salzburg, Österreich

*19. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft als gemeinsame Tagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Adipositas-Gesellschaften*

Thema: Grundlagenforschung: Adipositas in jedem Lebensalter; Das Insulin-Resistenz-Syndrom: Diabetes, Dyslipidämie, Hypertonie, KHK, Insult, Trends in der Adipositaschirurgie, Metabolisches Syndrom im Kindesalter, Psychosoziale Aspekte bei Adipositas, Functional Food, Teaching-Programme, Genetik der Adipositas, Neue Therapieoptionen

Auskunft: CTW – Congressorganisation  
Thomas Wiese  
Goßlerstr. 30  
D-12161 Berlin  
Tel.: 030/ 85 99 62-10  
Fax: 030/ 85 07 98-26  
[mail@ctw-congress.de](mailto:mail@ctw-congress.de);  
<http://www.ctw-congress.de>

## 24.- 25. Oktober 2003, Irsee

### 17. Irsees Fortbildungsveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)

Themen: steht derzeit noch nicht fest

Ausbildung und Prof. Dr. Eckart, Frau H. Kapfer  
Anmeldung Klinik für Anästhesiologie und operative Intensiv

Medizin  
Zentralklinikum  
Stenglinstr. 2  
86156 Augsburg  
Tel.: 0821/ 4 00-23 71  
Fax: 0821/ 4 00-33 16

### 19. – 29. Februar 2004, Glottertal (bei Freiburg)

9. Kompaktkurs nach dem 100 stündigen Curriculum der BÄK (inkl. Abschlussseminar Praktikumsphase) 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 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

### 23.- 27. Juni und 24.-28. November 2004, Münster Westfalen

6. 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)  
**23.-27.06.2004**

- Teil 2: Diabetes, Hypertonie, Niere (Teil 2), Gastroenterologie, künstliche Ernährung, Ausgew. Kap., Fallbesprechungen  
**24.-28.11. 2004**