

Der Ernährungsmediziner

Unabhängiger Informationsdienst

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



Jahrgang 7, Nr. 1

Februar 2005

Liebe Leserin, lieber Leser,

das erste Heft des neuen Jahres enthält auf vielfachen Wunsch einen kompletten Tagungsbericht der 5. wissenschaftlichen Tagung des Bundesverbandes deutscher Ernährungsmediziner e.V.. Es interessierten hierbei besonders die Beiträge von Rabast, Hattingen sowie Ditschuneit, Ulm über die Wirksamkeit kohlenhydratarmer Kostformen. Eine neue, offensichtlich sehr populäre Diätwelle rollt aus den USA auf uns zu. Es sind dies die Atkins-Diät, South-Beach-Diät und andere Low-Carb-Diäten, die bereits den angloamerikanischen Markt überschwemmen. Unsere Antwort auf den Beitrag von Gronevelt, Bonn „Brauchen wir ein neues Ernährungsprogramm?“ muss derzeit noch lauten: Erst, wenn eindeutige Langzeitergebnisse vorliegen!

*Es grüßt
Ihr*

Prof. Dr. med. Reinhold Kluthe

In dieser Ausgabe:

- Tagungsbericht der 5. wissenschaftlichen Tagung des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V. in Bad Nauheim
- Protokoll der 5. ordentlichen Mitgliederversammlung des BDEM in Bad Nauheim
- Bleiintoxikation durch Einnahme ayurvedischer Arzneimittel
- Patientenzufriedenheit und Stoffwechselkontrolle nach einem Jahr mit inhalierbarem Insulin (Exubera) bei Patienten mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes
- Brauchen wir eine neue Ernährungspyramide?
- Sekundäre Pflanzenstoffe (Phytochemicals) und Antioxidanzien – Ihre Bedeutung in der Prävention maligner Tumoren
- Klinischer Nachweis für die diätetische Anwendung von Sojaprodukten
- Enterale Ernährung in der Geriatrie und geriatrisch-neurologischen Rehabilitation
- Leitlinien für die enterale Ernährung
- Sojaisoflavone in der Therapie menopausaler Beschwerden

Tagungsbericht der 5. Wissenschaftliche Tagung des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V. vom 24.09. – 25.09.04 in Bad Nauheim

U. Rabast, Hattingen

Die 5. wissenschaftliche Tagung des Berufsverbandes fand in Zusammenarbeit mit der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen statt. Die Veranstaltung war mit 8 Punkten zertifiziert worden.

Themenkreise waren die Krebsprävention sowie die Bedeutung von Ernährungsteams und der Aufbau von Schwerpunktpraxen, konventionell und alternativ hergestellte Lebensmittel sowie die Kohlenhydratreduktion in der Adipositas therapie.

H. Boeing vom Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke, betonte in seinem Vortrag zum Thema Häufigkeit, Ursachen und Entstehungsmechanismen maligner Tumoren, dass Krebs eine Alterserkrankung mit der höchsten altersspezifischen Inzidenz bei den 80-84-jährigen ist. Nach dem 2003 publizierten World Cancer Report der WHO kann der Einfluss der Ernährung auf dieses Krankheitsbild mit ca. 30 % beziffert werden. Krebs kann aus einer einzigen entarteten Zelle entstehen, die Ursache der Entartung ist in der Regel eine Folge von Chromosomenveränderungen. Die biologische Gemeinsamkeit der Krebserkrankungen hat immer wieder zu Hypothesen geführt, die auf Mechanismen verweisen, die unabhängig von der Lokalisation des Krebses wirken. Die weiteste Auswirkung auf das Krebsgeschehen hat die Antioxidanzhypothese. Sie besagt, dass bei einer ausreichenden Zufuhr von Antioxidanzien die Radikalbildung und damit die Chro-

Ein Informationsdienst für Ärzte und andere Ernährungsinteressierte

mosomenschädigung reduziert wird. Leider haben groß angelegte Interventionsstudien aber gezeigt, dass in einer gut mit Nährstoffen versorgten Bevölkerung eine Erhöhung der Zufuhr der klassischen Antioxidantien keine Reduktion des Krebsgeschehen bedingt. Es wird diskutiert, dass Übergewicht über die Insulinresistenz, den Stoffwechsel des Insulin-Like-Growth-Factor (IGFS) und der Hormone verändert und auf diese Weise der Krebsentstehung Vorschub geleistet wird.

Der Betrachtung des Krebsgeschehen wird man vermutlich besser gerecht, wenn man die Ätiologie der einzelnen Krebslokalisationen analysiert. Wird ein krebsauslösender Faktor beeinflusst bzw. ganz eliminiert, kann die Erkrankung trotzdem in der Bevölkerung weiter auftreten nur in einer anderen Größenordnung. Es wäre vorstellbar, dass das Tabakrauchen in der Bevölkerung wegfällt. Der Lungenkrebs wird aber

trotzdem weiter beobachtet. Berichtet wurde über die Auswertung der noch nicht abgeschlossenen EPIC-Studie, bei der es sich um eine prospektive Studie in Europa mit 520.000 Studienteilnehmern handelt. Mit Beginn der 80er Jahre zeigte die Studie einem Rückgang der altersadjustierten Mortalitätsraten für Dickdarmkrebs. Auch die Inzidenz scheint seit Mitte der 90er Jahre rückläufig. Als ursächlich für das Dickdarmkarzinom werden das Übergewicht und Ernährungsfaktoren wie der Verzehr von Fleisch, Fleischwaren und eine ungenügende Aufnahme von Gemüse und Ballaststoffen diskutiert. Gerade die Rolle der Ballaststoffe für das Auftreten von Dickdarmkarzinomen wurde in den letzten Jahren aufgrund amerikanischer Kohortenstudien kontrovers diskutiert. Die Auswertung der EPIC-Kohorte ergab jedoch eine den Ballaststoffen weiterhin zukommende risikoreduzierende Rolle. Die Unterschiede zwischen den amerikanischen und den europäischen Studien lagen in der Art und der Höhe der Ballaststoffaufnahme. In Europa erwies sich die Ballaststoffzufuhr als höher. Durchschnittlich nahmen die Teilnehmer der Studien über 35 g an Ballaststoffen/Tag auf.

In den anderen Studien waren lediglich 15 g/die mit den Nahrungsmitteln zugeführt worden. Zu dem wurden wesentlich mehr Cerealien und Ballaststoffe in Europa als in den USA aufgenommen. Metaanalysen der epidemiologischen Studien haben ergeben, dass der vermehrte Verzehr von Fleischwaren mit einem erhöhten Risiko für Dickdarmkrebs verbunden ist. Insbesondere verarbeitetes Fleisch erhöht dabei das Risiko. So bedingt die tägliche Aufnahme von 80 g Wurst eine Risikoerhöhung um 60 %. Rotes und frisches Fleisch dagegen zeigte keine Risiko- beziehung.

Auch für den Brustkrebs zeigt sich ein altersadjustierter Gang. Dabei korrelieren Körpergewicht und Körperlänge mit dem Risiko. Hormonnutzer haben ein höheres Risiko. Insbesondere dann, wenn bei dünnen Frauen Hormone eingesetzt wurden, stieg das Risiko. Wurden dagegen bei dicken Frauen Hormone angewandt, so verminderte sich erstaunlicherweise das Brustkrebsrisiko. Ein weiterer etablierter Faktor für das Risiko Brustkrebs-erkrankung ist die Alkoholaufnahme. Hierbei wird vermutet, dass Varianten der Gene, die am Alkoholabbau beteiligt sind, das Erkrankungsrisiko modifizieren. Interventionsstudien in denen Placebos und entsprechende Testsubstanzen in Form von Antioxidantien eingesetzt wurden, zeigten keine positiven Effekte. So wurde zur Prävention des Magenkarzinoms Vitamin E, Beta-carotin und Selen sowie zur Verhinderung von Hautkrebs Vitamin A ohne Effekt eingesetzt. Positiv war jedoch die Wirkung von Vitamin E zur Verhinderung des Prostatakarzinoms. Es zeigten sich jedoch hier zusätzliche Nebenwirkungen. Insgesamt geht man davon aus, dass 95 % der Bevölkerung ausreichend mit Mikronährstoffen versorgt ist und Supplemente überflüssig sind. Eingenommen werden diese

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 €

allerdings ausgerechnet von den Patienten, die ohnedies gut versorgt sind. Positive Effekte gehen beim derzeitigen Kenntnisstand wahrscheinlich vom Obst und Gemüse aus. Das Risiko für Magen- und Speiseröhren- sowie Dickdarmkrebs lässt sich evtl. senken. Ebenso werden wahrscheinlich Mund-, Rachen-, Kehlkopf-, Eierstock- und Nierenkarzinome durch einen Mehrverzehr von Obst und Gemüse gesenkt, während für die restlichen Krebserkrankungen keine Korrelationen gefunden werden. Insbesondere die Rate hormonabhängiger Tumoren (Prostata- und Mammakarzinome) konnte durch einen Mehrverzehr von Obst und Gemüse nicht gesenkt werden.

Eine entscheidende Rolle spielt das Körpergewicht. So steigt bei einem von BMI von 30kg/m^2 das Colonkarzinomrisiko bei Frauen um 25 und bei Männern um 50 % an.

Umwelteinflüsse spielen dagegen in der Krebsentstehung kaum eine Rolle. In einem WHO-Bericht wird deren Einfluss mit 1-3 % angegeben. Der Einfluss des Rauchens und der Ernährung dagegen liegt jeweils bei 30 %, der Einfluss von Infektionen bei 18 %, der einer beruflichen Exposition bei 4-5 %, die genetischen Einflüsse bei 4 % und des Alkohols bei 3 %.

Scheppach, Würzburg referierte zum provokant gestellten Thema Ballaststoffhypothese – Was ist geblieben ?

Zunächst wies er auf Untersuchungen von Burkitt aus dem Jahre 1971 hin, der eine in den Industriationen hohe Rate von kolorektalen Karzinomen beobachtete, während diese in der Dritten Welt niedrig war. Migrationsstudien zeigten, dass Umwelteinflüsse eine Rolle spielen. So weisen Japaner, die nach den USA auswandern, nach Jahrzehnten die in den USA üblichen Karzinomraten auf. Gleiches galt für Nachfolger von Sklaven, die von Afrika in die USA auswanderten und bei denen die Häufigkeit kolorektaler Karzinome im Ursprungsland niedrig ist. Die Beschreibung einer Assoziation bedeutet allerdings nicht das Vorliegen einer Kausalität.

Ballaststoffe, so Scheppach, sind dabei chemisch Nichtstärkepolysaccharide unter Einschluss von Lignin. Die Zusammensetzung ist höchst unterschiedlich. Es gibt feste und flüssige, wasserlösliche oder unlösliche, bakteriell fermentierbare und nicht fermentierbare Ballaststofffraktionen. In den Industriestaaten werden etwa 10-20 g Ballaststoffe/Tag verzehrt, in bestimmten Regionen Afrikas dagegen 60 g/Tag und mehr. Die Herkunft der Ballaststoffe (Cerealien, Gemüse und Früchte) war in den einzelnen Studien für eine effektive Wirkung unerheblich. Nachdem die Nurses-Health-Study, in der 9-25 g Ballaststoffe/Tag verzehrt worden waren, zunächst keinen Zusammenhang mit dem Ballaststoffverzehr und dem Auftreten von kolorektalen Karzinomen ergeben hatte, bestätigt die noch nicht abgeschlossene bereits erwähnte EPIC-Studie den protektiven Effekt der Ballaststoffe.

Die Wirkungsmechanismen werden hierbei bedingt durch ein erhöhtes Stuhlgewicht, welches zu einer Verdünnung vorhandener Karzinogene und von Gallensäuren führt. In Folge des bakteriellen Abbaus von Ballaststoffen sinkt der pH-Wert im proximalen Colon und es ändert sich die Metabolisierungsrate multipler Substanzen mit mutagenem bzw. karzinogenem Potential. Manche schwer verdaulichen Polysaccharide führen zu einem veränderten bakteriellen Spektrum der Mikroflora, welche die als günstig eingestuftes Bifidobakterien hervorbringt. Die bei der Fermentation von Ballaststoffen entstehenden kurzkettigen Fettsäuren erwiesen sich im Tierversuch und in Zellkulturen als Tumorprotektiv. Insbesondere n-Butyrat moduliert die Expression von Genen, die mit der Progression der Adenom- Karzinomsequenz in Verbindung gebracht werden.

Adenome sind uns bekannte Vorläufer von Karzinomen. Es hat sich gezeigt, dass sich die Rezidivrate von Adenomen senken lässt, wenn diese entfernt wurden und die Ernährung oder eine pharmakologische Chemoprävention durchgeführt wird. So sinkt die Rezidivrate für Adenome unter einer ballaststoffreichen, fettarmen Kost. Allerdings weisen zwei US-Studien mit relativ großen Fallzahlen keinen protektiven Effekt unter einer ballaststoffreichen, fettarmen Kost auf. In einer europäischen Studie zeigte sich dann sogar eine erhöhte Zahl neu aufgetretener Polypen wenn Isphagula verabreicht wurde.

Werden Adenome entfernt, so sind in 3-4 Jahren bei 40 % aller Patienten diese erneut zu erwarten. Die Entwicklung eines Colonkarzinoms aber dauert in der Regel 10-20 Jahre. Einer NIH-Studie zufolge ist es dann möglich die Rate von Adenomen um 40 % zu senken, wenn eine Beratung mit einer ballaststoffreichen Kost erfolgt. Eine Supplementierung mit Ballaststoffen senkte dagegen die Adenominzidenz nicht.

Scheppach betonte, dass die Datenlage zum Zusammenhang zwischen Ballaststoffverzehr und Tumorrisiko nicht eindeutig ist. Man geht jedoch davon aus, dass trotz der widersprüchlichen Forschungsergebnisse eine inverse Korrelation zwischen Ballaststoffverzehr und kolorektalem Karzinomrisiko bestehen könnte. Eine negative Wirkung von Ballaststoffen im Hinblick auf die Tumorentstehung ist keinesfalls belegt oder zu erwarten. Die meisten Gremien von denen Ernährungsempfehlungen ausgesprochen werden, favorisierten weiterhin einen verstärkten Ballaststoffverzehr.

Zum Thema sekundäre Pflanzenstoffe und Antioxidantien in der Alltagsernährung referierte Watzl, Karlsruhe. Man vermutet heute, dass es mehrere 100.000 sekundäre Pflanzenstoffe gibt, von denen wahrscheinlich nur wenige 1000 bedeutsam sind. Sekundäre Pflanzenstoffe sind dabei Farb-, Geruchs-, und Geschmacksstoffe. Sie haben keine klassischen Nährstoffwirkungen, können aber zahlreiche Stoffwechselläufe beeinflussen. Die tägliche Zufuhrmenge wird mit 0 – 3 g/Tag angegeben. Allein der

Genuss von 10 Tassen Kaffee/Tag führt zur Aufnahme von 1 g Kaffeesäure, einer antioxidativ wirkenden Phenolsäure. Man geht heute davon aus, dass über 700 verschiedene Karotinoide und über 6500 Flavonoide existieren. Ein besonderer protektiver Effekt auf bestimmte Tumorarten wird bestimmten Kohlgemüsen zugeschrieben. Die sekundären Pflanzenstoffe wirken jedoch nicht nur antikanzerogen, sondern auch antimikrobiell, antioxidativ, antithrombotisch und können zur Immunmodulation führen. Sekundäre Pflanzenstoffe mit antioxidativer Wirkung werden in einer Größenordnung von durchschnittlich 1000 mg/Tag, essentielle Nährstoffe dagegen in einer Menge von 100 mg/Tag aufgenommen. Eine mit sekundären Pflanzenstoffen supplementierte Nahrung oder der ausschließliche Verzehr einer Gemüseart ist nicht sinnvoll. Um protektive Effekte zu erzielen ist die Vielfalt der Zufuhr von verschiedenen Obst- und Gemüsearten entscheidend. Die Rate an Vitaminen und Antioxidantien im Plasma war, wenn 600 g Gemüse und Obst zugeführt wurden, im Vergleich zu einer Substitution mit Mineralstoffsupplementen, die den in Gemüse enthaltenen Mengen entsprach bei einer Obst- und Gemüsezufuhr ungleich höher.

Bei den Einzelsubstanzen hat insbesondere das Lycopin der Tomate eine gewisse Bedeutung erlangt. Allerdings stammen Studien zu positiven Einflüssen von Lycopin auf die Verhinderung des Prostatakarzinoms aus den USA, während in europäischen Studien keine Assoziation festgestellt werden konnte. In experimentellen Studien konnten bei 32 Prostatakarzinompatienten, die drei Wochen lang täglich ein Tomatengericht mit 30 mg Lycopin erhielten (übliche Zufuhr 1 mg/Tag) im Bereich der Prostata weniger oxidative DNA-Schäden, ein sinkender PSA-Spiegel und eine erhöhte Apoptoserate in den Prostatakarzinomzellen beobachtet werden. In Tierversuchen konnten hohe Lycopindosen beim chemisch induzierten Prostatakarzinom nur dann zu einer Tumorreduktion beitragen, wenn Tomatenpulver, nicht jedoch ausschließlich reines Lycopin zugeführt wurde. Somit sind zusätzlich in der Tomate enthaltene Substanzen ursächlich für den positiven Effekt anzusehen. Der ausgeprägteste tumorprotektive Effekt ließ sich durch die kombinierte Zufuhr von Tomate und Brokkoli erzielen.

Ein reduziertes Lungenkrebsrisiko ließ sich auch bei hohem Apfelverzehr feststellen. Dabei steckt das antioxidative Potential des Apfels zu nahezu der Hälfte in der Schale (37 %) während Fruchtfleisch ein antioxidatives Potential von 46 % aufweist. Schalen des Apfels ist ungünstig. Ungleich geringer ist das antioxidative Potential bei gepressten Apfelsaft (10 %) oder enzymatisch geklärten Apfelsaft (3 %).

Bedauerlicherweise hat sich in den letzten 10 Jahren der Gehalt an Glykosinolaten im Kohlgemüse, die als protektiver Faktor für die Tumorentstehung angesehen werden, reduziert. Verbraucher wünschten nicht

den typischen Kohlgeschmack, so dass Sorten mit einem niedrigeren Glykosinolatgehalt gezüchtet wurden.

Derzeit gibt es keine verlässlichen Empfehlungen wie viel an sekundären Pflanzenstoffen aufgenommen werden müssen um einen protektiven Effekt zu erzielen. Watzl wies darauf hin, dass Selen in Deutschland ein problematischer Nährstoff ist, der unzureichend zugeführt wird. Interventionsstudien haben eine Verbesserung der Immunstimulation unter Selensubstitution gezeigt. Er empfahl den täglichen Verzehr einer Paranuss, mit der 80 µg Selen/die zugeführt werden. Eine Selensupplementierung senkte das Krebsrisiko. Selenreiche Lebensmittel sind auch Seefisch und Geflügel.

Enttäuscht haben Untersuchungen, in denen Vitamin C und E sowie Selen einzeln oder in Kombination zugeführt wurden. Es konnte mit diesen Substanzen keine Senkung des Krebsrisikos erzielt werden.

Bischoff, Hannover ging in seinem Vortrag zum Thema Designer Foods und mit Phytochemicals und Antioxidantien angereicherte Nahrungsmittel darauf ein, dass diese Lebensmittel immer häufiger und mit dem Ziel angeboten werden, einen besonderen gesundheitlichen Nutzen zu erbringen. Designer Foods oder Functional Foods werden mit Slogans wie „unterstützt die eigene Abwehr“, oder „Beitrag für Fitness und Gesundheit“, beworben. Der wirtschaftliche Markt dieser Produkte steigt ständig. Der Umsatz in Deutschland betrug 1989 0,1 Milliarden und liegt 2004 bei 6,5 Milliarden/Jahr. Die Prognose für das Jahr 2010 besagt, dass ca. 1/4 des gesamten Nahrungsmittelmarktes aus modifizierten Nahrungsmitteln besteht. Funktionelle Lebensmittel sind dabei zusammengesetzte Lebensmittel, die als Teil der normalen Kost verzehrt werden. Rein rechtlich fallen sie wie die Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel unter das LMBG. Die mit ihrer Zufuhr verfolgten Ziele sind die Vorbeugung von Mangelkrankungen, die Prävention von Life-Style-Erkrankungen, eine optimierte Versorgung bei Gruppen mit eingeschränkter Toleranz bestimmter Lebensmittel und der Einsatz als begleitende Ernährungstherapie. Hervorgehoben werden soll dabei ihr Nutzen durch spez. Inhaltsstoffe, hierzu gehören unter anderem Inulin oder die Oligofruktose, die ihren Einsatz in den sog. präbiotischen Produkten finden. Weiterhin werden Antioxidantien, Vitamine, Phytoöstrogene, Mineralstoffe und Omega-3-Fettsäuren den unterschiedlichsten Lebensmitteln z. B. Getränken, Backwaren und Süßwaren zugesetzt.

Positive Effekte werden erwartet bezüglich einer Reduktion des Krebsrisikos, der Reduktion von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der Stärkung des Immunsystems und einer Reduktion der Osteoporoserate. Die Aussagen sind überwiegend nicht durch wissenschaftlich fundierte Studien belegt. Die vorliegenden epidemiologischen Untersuchungen und Interventionsstudien ergeben ein äußerst uneinheitliches Bild

mit widersprüchlichen Ergebnissen. Es ist nicht geklärt, ob einzelne antioxidative Substanzen einen präventiven Einfluss auf bestimmte Krebserkrankungen haben oder ob der positive Einfluss, der einer mediterranen Kost zugesprochen wird, letztendlich nur in der Gesamtheit der Zufuhr dieser Lebensmittel liegt. Gut belegt ist dabei die Wirksamkeit von Antioxidantien auf molekularer und zellulärer Ebene. Der Effizienznachweis in epidemiologischen Studien dagegen steht noch weitgehend aus.

U. Rabast, Hattingen berichtete über die Vor- und Nachteile sowie die geschichtliche Entwicklung kohlenhydratreduzierter Diäten. Erste Mitteilungen reichen bis ins Jahr 1864 zurück. Der englische Ohrenarzt Harvey behandelte einen Patienten, der mehrere frustrierte Versuche zur Gewichtsreduktion unternommen hatte, mit einer kohlenhydratreduzierten Diät. Er führte eine bestehende Taubheit auf eine Verfettung der Tubae eustachii zurück. Es wird über eine Gewichtsabnahme von 21 kg berichtet, nach der sein berühmter Patient Banting wieder hören konnte. 1956 berichteten die Engländer Keckwick und Pawan über die ausgeprägteste Gewichtsreduktion unter der fettreichen Variante einer Diät, die zu jeweils 90 % aus Kohlenhydraten, Protein oder Fett bestand. Seit 1970 wurden verschiedene energetisch unlimitierte Diäten als Reduktionsdiäten eingesetzt, von denen die Atkins-Diät die bekannteste aber auch die umstrittenste war. In eigenen Untersuchungen wurde ab 1974 der Frage der ausgeprägteren Gewichtsreduktion unter relativ fettreichen, kohlenhydratreduzierten Diäten nachgegangen. Mit isoenergetischen kohlenhydratreichen oder kohlenhydratreduzierten 1000 bis 2000 kcal Formuladiäten wurden Patienten unter stationären Bedingungen behandelt. In allen Untersuchungen fand sich die ausgeprägtere Gewichtsreduktion unter den kohlenhydratreduzierten, relativ fettreichen Diäten. Der Fettanteil lag bei 70 %. In weiteren ambulanten Untersuchungen, in denen unter Mischkostbedingungen eine kohlenhydratreduzierte 1340 kcal Diät mit einer isoenergetischen kohlenhydrat- und ballaststoffreichen Diät bei je 100 Patienten verglichen wurde, fand sich erneut unter der kohlenhydratreduzierten Diät das signifikant bessere Ergebnis. Die Ursachen des unterschiedlichen Gewichtsverlustes sind weitgehend unerkannt. Die wahrscheinlichste Erklärung ist ein unterschiedlicher Energieumsatz bedingt durch den exzessiven Anstieg der freien Fettsäuren.

Die Empfehlung zur ballaststoffreichen Kost und die in allen Industrienationen überhöhte Zufuhr an Fett und Protein bedingten eine Änderung der Ernährungsempfehlungen mit Einschränkung der Fettzufuhr und drastischer Erhöhung der Kohlenhydratzufuhr unter Bevorzugung ballaststoffreicher Kohlenhydrate. Dieser Trend setzte sich in der Adipositas-therapie fort, so dass kohlenhydratreduzierte, relativ fettreiche Diäten als Therapeutikum weitgehend gemieden wurden und in Vergessenheit gerieten.

Insbesondere in den USA ist es seit 1980 zum Anstieg der Adipositas von 14 auf 22 % gekommen. Dies wird auf die Erhöhung des Kohlenhydratanteils in der Nahrung zurückgeführt. Die wachsende Zahl Adipöser führte zur Rückbesinnung auf die therapeutische Möglichkeit der Kohlenhydratreduktion in der Adipositas-therapie. Das derzeitige Interesse an kohlenhydratreduzierten Diäten ist insbesondere in den USA und England immens. In Pressemitteilungen wird berichtet, dass die Bevorzugung kohlenhydratreduzierter Produkte (low carb) drastische Gewinneinbrüche bei der kohlenhydratproduzierenden Nahrungsmittelindustrie bedingte.

Ditschuneit, Ulm betonte, dass eine Fülle neuer Untersuchungen die Richtigkeit früherer Untersuchungsergebnisse belegen. Die überlegene Gewichtsreduktion bestätigte sich auch unter ambulanten mit Mischkost durchgeführten vergleichenden Untersuchungen. Neben der überlegenen Gewichtsreduktion liegen die Vorteile der Diät im guten Sättigungseffekt und dem hierdurch bedingten besseren Durchhaltevermögen sowie einem positiven Einfluss auf metabolische Parameter insbesondere Seruminsulin, Triglyceride, Cholesterin und Blutglukose. Als negative Effekte fanden sich ein Anstieg der Harnsäure und die Klage über eine Halitosis. Beides ist als Folge des enormen Anstiegs der Ketonkörper anzusehen. Befürchtungen eines vermehrten Verlustes fettfreier Körpermasse oder ein vermehrter Abbau von Knochenmasse haben sich jedoch nicht bestätigt. Nicht eingesetzt werden sollten derartige Diäten bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion, Typ 1 Diabetikern, Schwangeren und Stillenden oder einer Tendenz zur ketoazidotischen Entgleisung.

In seinem Vortrag erwähnte er, dass die typischen kohlenhydratarmen Diäten zunächst mit 20g Kohlenhydraten pro Tag ohne weitere Beschränkung der anderen Nährstoffe in der Therapie beginnen. Wenn nach 2 Wochen immer noch Ketonkörper im Urin nachweisbar sind, wird die Zufuhr der Kohlenhydrate auf 40 bis 60 g pro Tag erhöht. Nach der Gewichtsabnahme wird die Kohlenhydratzufuhr schrittweise gesteigert bis Gewichtserhalt erreicht ist. Bei Untersuchungen, die mit Diäten mit einem niedrigeren Energiegehalt von unter 1000 kcal pro Tag durchgeführt wurden, zeigte sich, dass die Nährstoffzusammensetzung hier keinen wesentlichen Einfluss auf das Ausmaß der Gewichtsabnahme hat. Bei Untersuchungen mit Diäten über 1000 kcal kann mit kohlenhydratarmen Diäten ein höherer Gewichtsverlust erreicht werden als mit konventioneller fettarmer Reduktionskost. Die Unterschiede erwiesen sich dann als gering, wenn die Kohlenhydratzufuhr bei den kohlenhydratarmen Diäten über 30 g pro Tag lag. Bei Untersuchungen mit isokalorischen Reduktionsdiäten mit unterschiedlichen Kohlenhydratanteilen ließ sich ein signifikanter Unterschied in der Gewichtsabnahme dann beobachten, wenn die Kohlenhydratzufuhr unter 50 g pro Tag lag. Nur dann wenn

die Einhaltung der Diät sehr streng kontrolliert wurde, kann auch mit einer Kohlenhydratzufuhr von 50 g ein signifikant höherer Gewichtsverlust erreicht werden als mit einer fettarmen Reduktionskost.

Bei den vorliegenden vergleichenden Studien ist die Behandlungsdauer allerdings mit bis zu 12 Monaten nur kurz. Hinsichtlich der Gewichtsabnahme zeigt sich, dass während einer Behandlungszeit von bis zu 24 Wochen die kohlenhydratarme Diät, der konventionellen fettarmen Diät überlegen ist. Bisher gibt es aber nur eine Studie mit einer 12-monatigen Behandlungsdauer. In dieser Studie ist nach 3 und 6 Monaten die Gewichtsabnahme unter kohlenhydratarmer Kost höher als unter einer fettarmen Diät. Nach 12 Monaten ist der Unterschied zwischen den Diäten nicht mehr nachzuweisen. Letztlich zeigt sich, dass kohlenhydratarme Diäten zwar wirksam sind, aber zur Beurteilung einer langfristigen Wirksamkeit und Sicherheit weitere Untersuchungen mit längeren Beobachtungszeiten erforderlich sind.

Protokoll der 5. ordentlichen Mitgliederversammlung des BDEM am 24.09.2004 in Bad Nauheim

1. Begrüßung und Einführung
2. Bericht des Schatzmeisters – Bilanz 2003
3. Bericht DGEM-Tagung in München
4. Nachlese der Bamberger Tagung 2003 – Vorschläge für die Tagung 2005
5. Verschiedenes

Die 5. ordentliche Mitgliederversammlung des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V. fand am 24.09.2004 im Rahmen seiner 5. wissenschaftlichen Tagung in Bad Nauheim statt. Dabei wurden nachfolgend genannte Punkte zum Teil lebhaft diskutiert und folgende Beschlüsse gefasst:

TOP 1: Begrüßung und Einführung

Nach Eröffnung der gut besuchten und beschlussfähigen Mitgliederversammlung (50 TeilnehmerInnen) durch den Präsidenten Prof. Rabast gegen 16:45 Uhr informierte er die Anwesenden über das Ausscheiden des bisherigen Präsidiumsmitglieds Prof. Kluthe als Schatzmeister und Schriftführer. Er dankte im Namen aller Herrn Prof. Kluthe, der auf eigenen Wunsch von seinem Amt zurück trat, für seine erfolgreiche und engagierte Arbeit für den Bundesverband. Als Nachfolger wurde durch Zuwahl durch den Gesamtvorstand Dr. Bertil Kluthe gewählt.

TOP 2: Bericht des Schatzmeisters – Bilanz 2003, Entlastung des Vorstandes

Schatzmeister Dr. B. Kluthe legte die Jahresbilanz 2003 vor, die eine zufriedenstellende Finanzsituation des Verbandes ausweist. Anschließend wurden Detailfragen der Mitgliederversammlung zufriedenstellend beantwortet und der Bericht der unabhängigen Kassenprüfer Prof. Oehler/Mölln und PD Dr. Horbach/Erlangen verlesen. Sie konnten den Kassenbericht 2003 ohne Beanstandung akzeptieren. Der Vorstand wurde auf Antrag einstimmig entlastet.

TOP 3: Bericht DGEM-Tagung in München

Am Rande der diesjährigen DGEM-Tagung in München wurden in einem Gespräch zwischen Prof. Rabast, Dr. Kluthe und Prof. Koletzko die Kooperation zwischen DGEM, DAEM und Bundesverband (BDEM) ausführlich erörtert und die Schwerpunkte der Aufgabenfelder nochmals abgesteckt

TOP 4: Nachlese der Bamberger Tagung 2003 – Vorschläge für die Tagung 2005

Die letztjährige 4. wissenschaftliche Tagung des BDEM in Münster mit den Themenschwerpunkten Aging/Antiaging und Gentechnologie erfreute sich nach Ausführungen des Präsidenten eines großen Zuspruchs sowie einer guten Presseresonanz.

Für kommendes Jahr wurde eine gemeinsame Tagung mit dem VDD und dem VDO_E vereinbart. Als Termin ist der 18. – 20. Mai 2005 in Nürnberg festgelegt worden. Im wissenschaftlichen Teil der Tagung soll in einer Parallelveranstaltung ein eigenständiges Programm des Bundesverbandes abgehalten werden. Als Themenvorschläge wurden diskutiert (auch basierend auf den Ergebnissen der im Frühjahr durchgeführten Umfrage):

- Dokumentation ernährungsmedizinischer Behandlungen
- Modelle integrierter Versorgung in der Ernährungsmedizin
- Stellenwert von Nahrungsergänzungsmitteln – Anti Aging
- Pro und Contra der aktuellen Ernährungspyramiden – Konsequenzen für die Ernährungsempfehlungen

Basierend auf den Erfahrungen 2005 soll dann entschieden werden, wie in weiterer Zukunft verfahren werden soll.

TOP 5: Verschiedenes

Über die Möglichkeiten der Verankerung der Ernährungsmedizin in die Weiterbildungsordnung für Ärzte z.B. als Teilgebietsbezeichnung, wurden lebhaft diskutiert. Von Seiten des Bundesverbandes sollten verstärkte Anstrengungen unternommen werden, dies zu realisieren. Aussichten auf eine kurzfristige

Lösung wurden eher skeptisch beurteilt. Prof. Wechsler, Dr. Burghardt und Dr. Spann werden in diesem Punkt in Bayern nochmals aktiv werden.

Einstimmig beschlossen wurde die Bildung einer Arbeitsgruppe „Organisation und Abrechnungsmöglichkeiten in der ernährungsmedizinischen Praxis“ unter der Leitung von Dr. Winckler/Frankfurt. Herr Dr. Winckler wird dadurch zum Mitglied des erweiterten Vorstandes berufen.

Mehrheitliche Zustimmung fand das von Herrn Wechsler nochmals kurz vorgestellte Konzept der Schwerpunktpraxen Ernährungsmedizin. Der BDEM wurde beauftragt, mit dem Aufbau des Kompetenznetzwerkes zu beginnen. Details des Procedere der Praxiszertifizierung wurden mit den interessierten Teilnehmern in einem Workshop im Anschluss an die Mitgliederversammlung diskutiert.

Ende der Mitgliederversammlung gegen 18 Uhr.

Bleiintoxikation durch Einnahme ayurvedischer Arzneimittel

E. Heidemann et. al., Stuttgart

Eine 60-jährige Patientin mit rheumatoider Arthritis unter Methotrexattherapie wurde mit rezidivierender Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Appetitlosigkeit, generalisierten Myalgien und Schmerzen im Rücken, Sternal-, Rippen- und Kieferbereich stationär aufgenommen. Klinisch bestand bei Aufnahme eine geringe epigastrische Druckdolenz ohne Abwehrspannung.

Klinisch-chemisch zeigten sich eine normochrome Anämie (Hämoglobin 8,6 g/dl), erhöhte Retentionswerte, Hyponatriämie, Hypochlorämie, Hämolysezeichen sowie ausgeprägte Polychromasie, Anisozytose, Poikilozytose und basophile Tüpfelung der Erythrozyten. Gastroskopisch wurde ein Ulkus ausgeschlossen, Abdomensonographie, Röntgen-Thorax und Beckenübersicht waren unauffällig. Radiologische Fehlhaltung der Lendenwirbelsäule. Im EKG bifaszikulärer Block.

Nach Bestimmung der Bleikonzentration im Vollblut (852 µg/l, Norm < 100 µg/l) im Rahmen der Differentialdiagnostik (Anämie mit basophiler Tüpfelung, Abdominalbeschwerden) konnte die Diagnose einer Bleiintoxikation gestellt werden. Ursächlich war die Einnahme ayurvedischer Weihrauchpillen, die über einen Zeitraum von 7,5 Monaten bis zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme erfolgt war.

Bei Patienten, die ayurvedische Arzneimittel anwenden, muss mit Schwermetallvergiftungen, insbesondere Bleiintoxikationen, vor allem bei unspezifischer klinischer Symptomatik gerechnet werden.

Der Ayurveda ist ein Zweig der traditionellen indischen Medizin, der einige Jahrhunderte vor der

christlichen Zeitrechnung entstand und auch in Deutschland zunehmende Popularität erfährt. Ayurvedische Medikamente bestehen vorwiegend aus Mineralien und aus hierzulande wenig bekannten Arzneipflanzen. Sie können auf ärztliche Verordnung für einzelne Patienten legal nach Deutschland eingeführt werden (nach §73, Absatz 3 der Arzneimittelgesetz). Weihrauch (Olibatum) ist in Indien ein altes Volksmittel gegen Rheumaleiden und wird in populärwissenschaftlichen Publikationen, Fernsehsendungen und Zeitungsartikeln als nebenwirkungsfreies Wundermittel angepriesen, speziell bei rheumatoider Arthritis und Morbus Crohn.

Literaturrecherchen haben gezeigt, dass Schwermetalle, insbesondere Blei, ein häufiger Bestandteil traditioneller indischer Medikamente sind. Die Inzidenz der Schwermetallkontaminationen ist nicht bekannt. In einer Studie wurden in 64% der aus Indien stammenden Proben signifikante Bleimengen gefunden (in 64% Quecksilber, in 41% Arsen und in 9% Cadmium) [Quelle: Ernst E.: „Heavy metals in traditional Indian remedies. Eur J Clin Pharmacol 57 (2002) 891-896].

Angesichts dieser möglichen Kontaminationen und der sich daraus ergebenden Gefährdung des Verbrauchers ist von der Anwendung ayurvedischer Arzneimittel abzuraten.

Quelle:

- Med. Klin **99** (2004) 476-480

Patientenzufriedenheit und Stoffwechselkontrolle nach einem Jahr mit inhalierbarem Insulin (Exubera) bei Patienten mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes

J. Rosenstock et al.; Groton, USA

Das Ziel dieser Studie war es, die Patientenzufriedenheit bei Patienten mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes zu ermitteln, die entweder inhalierbares Insulin oder subkutanes Insulin zur Behandlung erhielten. Die Untersuchung erfolgte durch gebündelte Auswertung zweier 12-wöchiger Ausgangsstudien und 1-Jahr-Extensionsstudien.

In den 12-wöchigen Ausgangsstudien wurden Patienten mit Typ 1 Diabetes (n=70) oder Typ 2 Diabetes (n=61) randomisiert und erhielten entweder inhalierbares Insulin oder subkutanes Insulin zur Behandlung. In den 1-Jahr- Extensionsstudien konnten die Patienten eines der beiden Behandlungsschemata aussuchen. Die Patientenzufriedenheit wurde zu Beginn ermittelt, dann nach Woche 12 und nach einem Jahr, wobei der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit mit der Insulintherapie benutzt wurde.

Von den 60 Patienten, die inhalierbares Insulin während der Ausgangsstudien erhielten, entschieden sich 85% (n=51), die Therapie beizubehalten, 13,3% (n=8) wechselten auf subkutanen Insulin und 1,7% (n=1) setzten die Studie nicht fort. Von den 61 Patienten, die subkutanen Insulin erhielten, entschieden sich 21,3% (n=13), die Therapie beizubehalten, 75,4% (n=46) wechselten auf inhalierbares Insulin und 3,3% (n=2) setzten die Studie nicht fort. Eine HbA_{1c}-Reduktion vom Beginn (Ausgangsstudien) bis zu einem Jahr (Extensionsstudien) von 0,8% konnte erreicht werden, wobei größere Verbesserungen in der Gruppe mit inhalierbarem Insulin im Vergleich zur Gruppe mit subkutanem Insulin in bezug auf generelle Zufriedenheit (37,9 vs. 3,1%; p<0,01) und Leichtigkeit im Umgang (43,2 vs. -0,9%; p< 0,01) beobachtet wurden.

In der Gruppe, die über das ganze Jahr bei einer subkutanen Therapie blieb, betrug die HbA_{1c}-Senkung $-1,06 \pm 1,09\%$, in der Gruppe, die die ganze Zeit inhalierbares Insulin hatte $0,78 \pm 0,87\%$.

Quelle:

- Diabetes Care **27** (2004) 1318-1323

Brauchen wir eine neue Ernährungspyramide?

M. Groeneveld, Bonn

Eine neue, offensichtlich sehr populäre Diätwelle rollt aus den USA auf Europa zu: Atkins-Diät, South-Beach-Diät und andere so genannte Low-Carb-Diäten. Allen gemeinsam ist, dass der glykämische Index (GI) von Lebensmitteln, also deren Blutzuckerwirksamkeit im Mittelpunkt steht. Der Begriff Low-Carb steht für Diäten, bei denen Kohlenhydratträger wie Brot, Kartoffeln, Obst ganz oder teilweise vom Speiseplan gestrichen und durch Eiweißträger wie Fleisch, Eier und Fisch ersetzt werden. Umfragen zufolge zählt jeder 3. Amerikaner inzwischen Kohlenhydrate statt Kalorien. Dies hat auch enorme wirtschaftliche Auswirkungen. Gewinner der Entwicklung sind Eierproduzenten und Rinderfarmer: Die Eierpreise in den USA haben sich teilweise verdoppelt, der Preis für Rindfleisch stieg um rund 50%. Zu den Verlierern zählen die Weizenanbauer, die Backwarenindustrie und die Fruchtsafthersteller. Lebensmittelhersteller investieren bereits Millionen in die Entwicklung neuer Low-Carb-Produkte.

Vieles deutet darauf hin, dass wir eine neue Ernährungspyramide brauchen. Gemüse und Obst sollten einen höheren Stellenwert erhalten, was durch eine Platzierung in der Basis verdeutlicht werden könnte. Doch wie die weiteren Ebenen aussehen werden, ist noch unklar. Die Debatte um die Zusammensetzung der Ernährungspyramide zeigt, dass die Ernährung ein komplexes Geschehen darstellt. Veränderungen

an einzelnen Bestandteilen der Kost führen automatisch auch zu Änderungen an anderen Komponenten, was sich in der Forschung als schwer kontrollierbar erweist. Die US-amerikanischen Empfehlungen für eine gesunde Ernährung werden turnusmäßig alle fünf Jahre überarbeitet. Im Jahr 2005 sollen neue Empfehlungen veröffentlicht werden. Die Frage, wie sich die neuen Erkenntnisse niederschlagen, ist offen. Es bleibt spannend.

Quelle:

- Ern. Umsch **51** Heft 8 (2004)308-312

Sekundäre Pflanzenstoffe (Phytochemicals) und Antioxidanzien – Ihre Bedeutung in der Prävention maligner Tumoren

U. Rabast, Hattingen

Sekundäre Pflanzenstoffe und Antioxidanzien sind aufgrund vielfältiger Schutzfunktionen bedeutend, obwohl sie nur in geringen Mengen (rund 1 ½ g/d) mit der Nahrung aufgenommen werden. Bekannt sind Substanzen aus den Gruppen der Karotinoide, Polyphenole, Phytosterine und Phytoöstrogene. Zu den Antioxidanzien werden außer den Pflanzeninhaltsstoffen auch die Vitamine C und E sowie endogen gebildete Substanzen und Enzymsysteme gezählt. Beide Substanzgruppen weisen neben antikarzinogenen und immunmodulatorische, antimikrobielle und cholesterinsenkende Wirkungen auf.

Die antikarzinogenen Wirkungen bestimmter Gemüsearten wurden bereits 1982 erwähnt. Metaanalysen aus 250 Studien ergaben zwischenzeitlich unter hohem Obst- und Gemüseverzehr um bis zu 50% reduzierte Tumorraten. Am ausgeprägtesten waren die Wirkungen von frischen rohen Gemüsen und Salaten. Reduziert werden die Tumorfrequenz im Bereich des Oropharynx, des Gastrointestinaltraktes, des Bronchialsystems, der Harnblase sowie die Inzidenz von Ovarial-, Mamma- und Prostatakarzinomen.

Der bevorzugte Verzehr bestimmter Gemüsesorten kann vor bestimmten Tumoren schützen (z.B. Kohl: Harnblasen- und Ovarialkarzinom; Tomaten: Prostatakarzinom) Treffen Einzelsubstanzen aus unterschiedlichen pflanzlichen Nahrungsmitteln zusammen, kommt es zu synergistischen Effekten. Ob sich mit Einzelsubstanzen ähnlich positive Effekte erzielen lassen, wird zunehmend untersucht. Studien werden u.a. zu Sulfoaphan und Reveratrol durchgeführt. Es ist ungewiss, ob und welche Wirkungen mit Einzelsubstanzen erzielbar sind. Zum Obst- und Gemüseverzehr gibt es deshalb keine Alternative.

Empfohlen werden 5-9 Portionen Obst und Gemüse pro Tag – mindestens sollten aber 200 g Gemüse, 75 g Salat und 200-250 g Obst täglich verzehrt

werden. Die praktische Umsetzung findet sich in der „five a day“-Kampagne. Dieses Ernährungsverhalten ist nicht nur ein gewisser Schutz vor Tumorerkrankungen, sondern schützt auch vor dem Auftreten der Arteriosklerose.

Quelle:

- internistische Praxis **44** (2004), 915-927

Klinischer Nachweis für die diätetische Anwendung von Sojaprodukten

Das Soy & Health-Symposium 2004, welches am 7. und 8.10.2004 in Brügge stattfand, gab einen Überblick über viele Kernbereiche der Sojaforschung und stellte die jüngsten wissenschaftlichen Erkenntnisse vor. Es zeigte darüber hinaus die interessantesten Bereiche auf, in die zukünftige Forschungsbemühungen zu lenken sind. Die Zentralthemen von Soja auf der einen Seite und Krebs, Herzerkrankungen, Typ-2-Diabetes in Verbindung mit Fettleibigkeit, kognitive Funktion und Osteoporose auf der anderen Seite wurden ebenso behandelt wie neue Forschungsbereiche, darunter die Rolle von Lignan, entzündungshemmenden Wirkungen und frühzeitiger Zufuhr von Soja.

Die 10-seitige Zusammenfassung des Soja-Symposiums in Brügge ist online unter: www.alpro-soja/SoyandHealth.pdf zu finden.

Enterale Ernährung in der Geriatrie und geriatrisch- neurologischen Rehabilitation

Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM und DGG

D. Volkert et al., Bonn

Bei geriatrischen Patienten stellt die bedarfsgerechte Versorgung mit Flüssigkeit und Nährstoffen ein häufiges Problem dar. Enterale Ernährung mittels Trink- und Sondennahrung bietet die Möglichkeit, bei unzureichender Lebensmittelaufnahme die Nährstoffversorgung zu verbessern bzw. sicher zu stellen. Die Leitlinie gibt evidenzbasierte Empfehlungen für den Einsatz von Trink- und Sondennahrung bei geriatrischen Patienten. Sie wurde, basierend auf den seit 1985 erschienenen themenbezogenen Fachpublikationen, in einer interdisziplinär besetzten Expertengruppe nach den Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) erarbeitet und im Rahmen einer Konsensuskonferenz verabschiedet. Enterale Ernährungstherapie in Form von Trinknahrung wird bei drohender oder manifester Mangelernährung, bei Multimorbidität und Gebrechlichkeit, nach Schenkelhalsfrakturen und ortho-

pädisch-chirurgischen Eingriffen empfohlen. Sie führt bei drohender oder manifester Mangelernährung zu Verbesserungen im Ernährungszustand, Verkürzung der Krankenhausaufenthaltsdauer und zu einer Verlängerung der Überlebenszeit sowie nach Schenkelhalsfrakturen und orthopädisch-chirurgischen Eingriffen zu einer Reduktion von Komplikationen. Sondenernährung ist eindeutig bei neurologisch bedingten Schluckstörungen indiziert und wird bei Depression zur Überbrückung der Phase der schweren Antriebs- und Essstörung empfohlen. Nicht indiziert ist Sondenernährung dagegen in finalen Krankheitsstadien einschließlich finalen Stadien der Demenz sowie zur Pflegeerleichterung oder Zeitersparnis. Unabhängig von der Indikation muss die Entscheidung für oder gegen Sondenernährung immer individuell unter Berücksichtigung des (mutmaßlichen) Patientenwillens, vorhandener Komorbiditäten, des Krankheitsgrades und der Prognose getroffen werden. Insgesamt wird dringend empfohlen, Ernährungstherapie nicht erst bei schwerer Mangelernährung zu beginnen, sondern frühzeitig, sobald Hinweise auf Ernährungsrisiken vorliegen.

Quelle:

- Ern Umsch **51** Heft 11 (2004) 446-454

Sojaisoflavone in der Therapie menopausaler Beschwerden

M. Wolters et al. Hannover

Isoflavone gehören chemisch zu den Polyphenolen und werden aufgrund ihrer Ähnlichkeit mit 17β -Östradiol der Gruppe der Phytoöstrogene zugeordnet. Hauptnahrungsquelle ist die Sojabohne, die vor allem Genistein und Daidzein liefert. Daidzein wird intestinal u.a. zu Equol metabolisiert, zu dessen Bildung aufgrund der unterschiedlichen Zusammensetzung der Kolonflora lediglich 30-50% der Erwachsenen befähigt sind. Isoflavone zeigen Östrogenaktivität über die Östrogenrezeptoren alpha ($ER-\alpha$) und beta ($ER-\beta$), wobei die Affinität zum $ER-\beta$ deutlich ausgeprägter ist. In Abhängigkeit von der Menge der zirkulierenden endogenen Östrogene sowie von Anzahl und Typ der Östrogenrezeptoren können sie östrogene oder antiöstrogene Wirkung entfalten. Die Prävalenz vasomotorischer Symptome in den Wechseljahren liegt in westlichen Industrienationen bei 60-85%, während nur etwa 25% der japanischen Frauen unter „hot flashes“ leiden. Als eine Ursache für die deutlich niedrigere Prävalenz dieser Beschwerden in asiatischen Ländern wird die schwach östrogene Wirkung einer isoflavonreichen Kost mit einem hohen Anteil an Sojaprodukten vermutet. Daher wird immer wieder postuliert, Sojaisoflavone führten auch bei klimakterischen Beschwerden zu einer Besserung der Symptome,

insbesondere der „hot flashes“. Allerdings zeigten 12 der 17 randomisierten, kontrollierten Studien keine statistisch signifikante Verbesserung der Symptome nach Soja-Behandlung im Vergleich zur Placebogabe, während 5 Untersuchungen eine signifikant stärkere Verminderung vasomotorischer Symptome in der Sojagruppe im Vergleich zur Placebogruppe belegen. Die Ursachen für die widersprüchlichen Studiendaten könnte in unterschiedlichen Isoflavongehalten und der fehlenden Standardisierung der Präparate, in unterschiedlichen Ausgangssituationen hinsichtlich der Schwere der Symptome sowie in der nur bei einem Teil der Frauen erfolgreichen Metabolisierung von Dadzein zu Equol begründet sein. Eine abschließende Bewertung zur Wirksamkeit der Sojapräparate ist derzeit nicht möglich. Aufgrund neuerer toxikologischer Daten kann Frauen mit östrogenrezeptorpositivem Mammakarzinom oder Endometriumphakarzinom bzw. hohem Risiko für diese Tumore die Verwendung von Isoflavonpräparaten ohne ärztliche Rücksprache nicht empfohlen werden.

Quelle:

- Ern Umsch 51 Heft 11 (2004) 440-445

Veranstaltungen 2005 der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V., des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V. u.a.

16. März 2005, Veitshöchheim / Würzburg

28. Würzburger Fortbildungsveranstaltung über Ernährungsmethodik und Diätetik

Themenschwerpunkte: Vitaminsupplementierung und Herzinfarkt – was ist gesichert?; Lebensmittelrecht – Diätverordnung; Ernährungskreis und –pyramiden in der Diskussion; Adipositasbehandlung mit kohlenhydratreduzierter Diät – eine alte Idee erneut in der Diskussion; Verpflegungssysteme in der Gemeinschaftsverpflegung mit Schwerpunkt „Cook and Chill“; Umsetzung der Empfehlungen für die Vollkost/leichte Vollkost; Ernährung und Mundgesundheit; Ernährung und Demenzerkrankungen – ursächliche und therapeutische Aspekte.

Leitung: Prof. Dr. med. H. Kasper, Würzburg
 Dr. med. W. Burghardt, Würzburg
 Monika Wild, EMB, Würzburg

Veranstaltungsort: Mainfrankensäle
 Veitshöchheim/Würzburg

Veranstalter: Staatliche Berufsfachschule für Diätassistenten an der Universität Würzburg in Zusammenarbeit mit der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin

Auskunft: Monika Wild, Staatliche Berufsfachschule für Diätassistenten
 Tel. 09 31 / 35 29 - 3 11, Fax 09 31 / 35 29 - 3 33

18. - 20. Mai 2005, Nürnberg

47. Bundeskongress des Verbandes der Diätassistenten - Deutscher Berufsverband e.V. (VDD) und 6. wissenschaftlichen Tagung des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V. (BDEM) in Kooperation mit dem VDOe E.V.

Themenschwerpunkte: Adipositas bei Kindern; Allergologie, Ernährungspsychologie; Ernährungssituation ausländischer Mitbürger; Ernährungstherapeutische Teams in Klinik und Ambulanz; Nephrologie, Neues und Aktuelles aus der Ernährungsmedizin – BDEM Update, Neues aus Industrie und Wissenschaft; Pädiatrie; Präventionsgesetz; PR und Marketing, Satellitensymposium, Verpflegungsmanagement; Workshop „Ernährung und Bewegung“

Leitung: Doris Steinkamp, Krefeld
 Prof. Dr. med. Udo Rabast, Hattingen
 Dr. oec. troph. Andrea Dittrich, Bonn

Veranstaltungsort: Messe Nürnberg (CCN)

Auskunft: Verband der Diätassistenten - Deutscher Berufsverband e.V. (VDD)
 Tel. 02 11 / 16 21 75,
 Fax 02 11 / 35 73 89
 E-Mail: vdd-duesseldorf@t-online.de
 Internet: <http://www.vdd.de>
 oder
 Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e.V. (BDEM)
 Reichsgrafenstr. 11; 79102 Freiburg
 Tel.: 07 61 / 7 89 80
 Fax: 07 61 / 7 20 24

Email: info@bdem.de
Internet: <http://www.bdem.de>

18.- 22. Mai und 29. Juni -03. Juli 2005, 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)

18.-22.05.2005

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

29.06.-03.07.2005

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
Email: info@daem.de
Internet: <http://www.daem.de>

02. - 04. Juni 2005, Genf

Nutrition 2005, Gemeinsame Jahrestagung der AKE, DGEM und GESKES zusammen mit SGE und SVE

Veranstaltungsort: Hotel Crowne Plaza, Genf

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

11. - 12. Juni 2005, Hannover

13. Fortbildungsveranstaltung in Norddeutschland der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)

Leitung: Prof. Dr. S.C. Bischoff, Hannover
Prof. Dr. J. Klempnauer, Hannover
Prof. Dr. M.P. Manns, Hannover

Veranstaltungsort: Leibnizhaus Hannover

Auskunft und
Anmeldung: Frau Sabine Siegismund
Tel. 05 11 / 5 32 - 21 88, Fax 05 11 / 5 32 - 81 88
Email: siegismund.sabine@mh-hannover.de

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