

# Der Ernährungsmediziner

Unabhängiger Informationsdienst

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



Jahrgang 7, Nr. 2

Mai 2005

Liebe Leserin, lieber Leser,

Im Vordergrund des Heftes Nr. 2/2005 steht der Bericht über die Arbeitsgruppensitzung „Schwerpunktpraxen Ernährungsmedizin“ am 12.03.2005 in München. Das von Herrn Wechsler während der Mitgliederversammlung des BDEM am 24.09.2004 vorgestellte Praxiskonzept hat inzwischen bereits zur Zertifizierung von 20 Schwerpunktpraxen durch den BDEM geführt. 200 weitere Antragsformulare wurden angefordert, so dass von der Entwicklung eines beachtlichen Netzwerkes ausgegangen werden kann. Zu Abrechnungsfragen sei auf den Beitrag von Winckler (Organisation in der Kassenarztpraxis) verwiesen. Besondere Aufmerksamkeit verdient die letzte Seite: World Hypertension Day, May 14, 2005.

Ihr

Prof. Dr. med. Reinhold Kluthe

## In dieser Ausgabe:

- Schwerpunktpraxen Ernährungsmedizin – Bericht von der Arbeitssitzung am 12. März 2005
- Aktuelle Todesursachen in den Vereinigten Staaten
- Prävalenz von Übergewicht und Fettsucht bei US-amerikanischen Kindern, Heranwachsenden und Erwachsenen 1999-2002
- Mit Zucker gesüßte Getränke. Gewichtszunahme und Inzidenz des Typ-2-Diabetes bei jungen Frauen und Frauen im mittleren Alter
- Diabetische Ketoazidose bei Typ-1- und Typ-2-Diabetes mellitus: klinische und biochemische Differenzen
- Saarland hält Diabetes-Rekord
- Organisation der Adipositas- und Ernährungstherapie in der Kassenarztpraxis
- 10. Ernährungsbericht der DGE
- Antioxidantien schützen nicht vor gastrointestinalen Karzinomen
- Ernährungsempfehlungen 2005 der USA
- Die Behandlung der extremen Adipositas durch chirurgische Maßnahmen
- Kohlenhydratarme Diäten zur Gewichtsreduktion
- AQED-Positionspapier als Grundlage der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Prävalenz und Pharmakotherapie des Diabetes mellitus in der primärärztlichen Versorgung
- World Hypertension Day: May 14, 2005

## Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin – Bericht von der Arbeitsgruppensitzung am 12. März 2005 im Krankenhaus Barmherzige Brüder München

Wechsler JG; Spann W, München

Nachdem die ersten Schwerpunktpraxen für Ernährungsmedizin zertifiziert sind, hat sich die Arbeitsgruppe Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin am 12. März 2005 in München getroffen und über die weitere Entwicklung diskutiert.

Dr. Bertil Kluthe berichtete über den Status quo der Zertifizierung. 20 Praxen konnten bereits zertifiziert werden.

Dr. Spann stellte die Antragsformulare für die Zertifizierung als Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin vor. Der Zertifizierungsprozess wird als Prozess gesehen, der auch zeitgemäße Änderungen erlauben muss und bei Projektstart auch sicherlich Kompromisse möglich machen muss.

Dr. Burghardt aus Würzburg berichtete über den neuen Antrag auf Anerkennung bezüglich der Weiterbildung Ernährungsmedizin beim Bayerischen Ärztetag. Professor Eckel hatte in Berlin auf der DGEM-Tagung berichtet, dass die Ernährungsmedizin als Weiterbildung bereits anerkannt sei. Dies gilt zumindest für Niedersachsen.

Dr. Kluthe stellt die Internetpräsentation der Schwerpunktpraxen dar, die unter [www.bdem.de](http://www.bdem.de) für jedermann abrufbar ist. Eine engere Vernetzung mit der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin,

der DGEM sowie mit dem VDD wird angestrebt. Besonderer Wert wird von den Teilnehmern der Arbeitsgruppensitzung darauf gelegt, dass ein Netzwerk Ernährungsmedizin sowohl für die Laien als auch Fachpersonal sehr schnell gefunden werden kann. Möglichkeiten der Finanzierung wurden diskutiert. Insbesondere sind neue Perspektiven zu erkennen durch die Verabschiedung des neuen Präventionsgesetzes, das die Prävention und Gesundheitsvorsorge zur Pflichtaufgabe der Krankenkassen macht. In den nächsten Monaten sollten zunehmend Qualitätszirkel gegründet werden, die dem Bundesverband der Ernährungsmediziner gemeldet werden sollen.

Professor Wechsler berichtete über die Sitzungen des Koordinierungsausschusses Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung in Bayern, insbesondere den Diskussionsstand mit den Apothekern.

### Impressum

#### Schriftleitung

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

#### Redaktion

Renate Bogenrieder  
Dipl. oecotroph. Anne Weingard

#### Verlag

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

#### Copyright

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

#### Erscheinungsweise

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich

#### Bezugspreis

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

Frau Ministerialrätin Hildegard Rust vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz berichtete über das verabschiedete Papier, das vom BDEM und der Akademie mit unterzeichnet werden soll. In dieser gemeinsamen Vereinbarung unter dem Schlagwort „Netzwerk Ernährung Bayern“ sind klare Ziele definiert. „Durch gemeinsame Anstrengungen von Institutionen und Verbänden sollen Aktivitäten im Bereich gesundheitsfördernde Ernährung besser koordiniert und Synergieeffekte genutzt werden. Damit soll für Bürgerinnen und Bürger Bayerns die Vermittlung von Wissen und von praktischen Kompetenzen in der Ernährung effektiver werden im Sinne von eigenverantwortlicher Gesundheitsförderung. Als Teilziele sind eine optimale Vernetzung von Akteuren und Institutionen im Ernährungsbereich angegeben. Das Netzwerk „Ernährung in Bayern“ umfasst drei Bereiche:

1. Angebote zur Gesundheitsförderung als Individualberatung oder in Gruppenberatung
2. Angebote in Lebenswelten wie Schulen, Kindertagesstätten, Heimen, Betrieben
3. Eine therapiebegleitende Ernährungs- und Diätberatung im Rahmen einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Therapie

Information, Aufklärung und Beratung basieren auf wissenschaftlich gesicherten Empfehlungen, Leitlinien, Standards wie Beratungsstandards der DGE, DACH-Referenzwerten, Leitlinien der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften u.ä., neueste epidemiologische Daten und wissenschaftliche Erkenntnisse werden berücksichtigt. Moderne Methoden der Gesprächsführung sollen angewandt werden. Erwachsenenpädagogik bzw. alltagsgerechte Pädagogik berücksichtigt werden. Die einzelnen Berufsgruppen erbringen die Leistungen im Bereich Ernährung, grundsätzlich im Rahmen ihrer spezifischen Berufsbilder und einschlägigen berufsrechtlichen Vorschriften. Kontinuierliche, qualifizierte und möglichst zertifizierte Fortbildung muss nachgewiesen werden können. Für zielgruppenspezifische Maßnahmen für Kinder und Jugendliche sind durchaus fortbildungsdidaktisch-pädagogische Fähigkeiten nachzuweisen. Die Partner im Netzwerk verpflichten sich zur produktunabhängigen Beratung, die nicht im Zusammenhang mit Verkaufsgeschäften steht.

Von Seiten des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz wird dringend die Einrichtung von Schwerpunktpraxen Ernährungsmedizin gewünscht und im Interesse einer besseren ernährungsmedizinischen Versorgung der Bevölkerung unterstützt. Die enge Kooperation im ernährungstherapeutischen Team zwischen Arzt als Ernährungsmediziner, ernährungstherapeutischer

Fachkraft, Psychologen und Bewegungstherapie soll durch Erweiterung auf andere Berufe, wie z.B. Apotheker auf dem Gebiet der Ernährungsinformation intensiviert werden.

Die Arbeitsgruppensitzung Schwerpunktpraxis in München hat gezeigt, dass das politische Interesse an ernährungsabhängigen Erkrankungen und Fehlernährung der Bevölkerung deutlich zugenommen hat. Es liegt an uns, nicht nur durch fachliches, sondern auch durch politisches Handeln zu zeigen, dass wir als Ernährungsmediziner diese Herausforderung annehmen. Die fachlichen und strukturellen Voraussetzungen sind mit der Einrichtung der Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner gegeben.

### Aktuelle Todesursachen in den Vereinigten Staaten

Mokad AH et al., Atlanta USA

Vorgenommen wurde eine umfangreiche MEDLINE-Suche nach englischsprachigen Artikeln, die epidemiologische, klinische und Labor-Untersuchungen zu Risikoverhalten und Mortalität berichten. Die Suche war anfänglich begrenzt auf Artikel, die 1990 oder später publiziert wurden, später wurden jedoch auch Arbeiten von 1980 bis zum 31.12.2002 eingeschlossen. Die Prävalenz und das relative Risiko wurden während der Literatursuche identifiziert. Die Mortalitätsdaten aus dem Jahr 2000 des „Centers for Disease Control and Prevention“ wurden verwendet, um Ursachen und Anzahl von Todesfällen zu bestimmen. Die absoluten Todeszahlen wurden in Relation zu dem Anteil vermeidbarer Todesfälle gesetzt.

Die führenden Todesursachen im Jahre 2000 waren Rauchen (435.000 Todesfälle, 18,1% aller Todesfälle in den USA), Fehlernährung und Bewegungsmangel (400.000 Todesfälle, 16,6%) und Alkoholmissbrauch (85.000 Todesfälle, 3,5%). Andere aktuelle Todesursachen waren mikrobiologische Einflüsse (75.000), toxische Substanzen (55.000), Autounfälle (43.000), Schusswaffengebrauch (29.000), sexuelle Verhaltensweisen (20.000) sowie Drogenmissbrauch (17.000).

Diese Analyse zeigt, dass Rauchen die Haupttodesursache bleibt. Falsche Ernährung und körperliche Inaktivität könnten aber bald das Rauchen als Haupttodesursache ablösen. Diese Ergebnisse sprechen eindrucklich für die Etablierung einer stärkeren Prävention im US-amerikanischen Gesund-

heitswesen, gerade auch unter dem Aspekt steigender Kosten und zunehmendem Lebensalter.

Quelle:

- JAMA 291 (2004)1238-1245

### Prävalenz von Übergewicht und Fettleibigkeit bei US-amerikanischen Kindern, Heranwachsenden und Erwachsenen 1999 - 2002

Hedley AA et al. Hyattsville USA

Ziel der Arbeit war es, die Angaben zur Prävalenz des Übergewichtes bei Kindern und der Adipositas bei Erwachsenen in den USA zu aktualisieren, unter Verwendung der jüngsten Daten von Größen- und Gewichtsangaben.

Im Rahmen der Nationalen Gesundheits- und Ernährungsuntersuchung („NHANES“), einer komplexen mehrstufigen Studie bei einer großen Gruppe aus der US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung, wurden sowohl die Körpergröße als auch das Körpergewicht von 4.115 Erwachsenen und 4.018 Kindern während der Jahre 2001 und 2002 erfasst.

Primäre Endpunkte waren die Prävalenz von Übergewicht (Body Mass Index BMI  $\geq$  der 95. Perzentile einer geschlechtsspezifischen BMI-Skala für das jeweilige Lebensalter) bei Kindern und die Prävalenz von Übergewicht (BMI 25,0 – 29,9), Adipositas (BMI  $\geq$  30,0) oder extremer Adipositas (BMI  $\geq$  40,0) bei Erwachsenen unter Berücksichtigung von Geschlecht, Lebensalter und ethnischer Zugehörigkeit.

Zwischen 1999/2000 und 2001/2002 ergaben sich keine signifikanten Veränderung bei Erwachsenen bezüglich der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas (64,5 bzw. 65,6%), für Adipositas alleine (30,5 bzw. 30,6%) und für extreme Adipositas alleine (4,7 bzw. 5,1%). Auch für Kinder im Alter von sechs bis 19 Jahren konnte keine Veränderung dokumentiert werden: Das Risiko eines Übergewichts und bestehendes Übergewicht ergab sich für 19,9 bzw. 31,5%, übergewichtig waren 15,0 bzw. 16,5%. Insgesamt waren von den Erwachsenen, die 1999/2000 wenigstens 20 Jahre alt waren, 65,1% übergewichtig, 30,5% adipös und 4,9% extrem adipös. Bei den Kindern im Alter von 6 bis 19 Jahren wiesen 1999/2000 31,0% ein Risiko eines Übergewichts auf bzw. waren übergewichtig. Dabei zeigten die NHANES-Daten deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern und zwischen Personen unterschiedlicher ethnischer Zugehörigkeit bezüglich der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas.

### Quelle:

- JAMA 291 (2004)2847-2850

### Mit Zucker gesüßte Getränke und Inzidenz des Typ-2-Diabetes bei jungen Frauen und Frauen im mittleren Alter

Schulz MB et al., Boston USA

Im Rahmen der Nurses' Health Study II wurde eine prospektive Kohortenanalyse für die Jahre 1991 bis 1999 vorgenommen. Die Analyse auf das Vorliegen eines Diabetes schloss 91.249 Frauen ein, bei denen kein Diabetes oder eine andere chronische Erkrankung zu Beginn im Jahre 1991 vorlagen. Die Analyse des Körpergewichts beinhaltete 51.603 Frauen, von denen komplette Informationen über die Ernährungsgewohnheiten vorlagen, und das Gewicht in den Jahren 1991, 1995 und 1999 bestimmt wurde. Die Autoren fanden 741 neue Fälle eines Typ-2-Diabetes innerhalb der Beobachtungszeit von 716.300 Personenjahren. Primäre Endpunkte waren die Gewichtszunahme und die Inzidenz eines Typ-2-Diabetes.

Die Gewichtszunahme über eine vierjährige Periode war am höchsten bei den Frauen, die den Konsum von mit Zucker gesüßten Soft-Drinks von einem oder weniger Getränken pro Woche auf ein oder mehr Getränke täglich erhöhten (multivarianter Mittelwert 4,69 kg für die Zeit von 1991 bis 1995 und 4,20 kg für die Zeit von 1995 bis 1999). Die Gewichtszunahme war am geringsten bei Frauen, die ihren Verbrauch einschränkten (1,34 bzw. 0,15 kg für die beiden Zeiträume). Dabei wurden Lebensstil und andere Nahrungsgewohnheiten berücksichtigt. Ein erhöhter Verbrauch von Fruchtsäften war ebenfalls mit einer stärkeren Gewichtszunahme verknüpft, verglichen mit Personen, die den Genuss einschränkten. Unter Berücksichtigung sonstiger Einflussgrößen ergab sich für Frauen, die ein oder mehr gesüßte Getränke täglich zu sich nahmen, ein relatives Risiko der Entwicklung eines Typ-2-Diabetes von 1,83 (95%-Vertrauensbereich 1,42-2,36;  $p < 0,001$  für den Trend), verglichen mit Frauen, die weniger als eines dieser Getränke täglich konsumierten. Auch der Genuss von Fruchtsaft war mit einem erhöhten Diabetesrisiko vergesellschaftet (relatives Risiko bei einem oder mehrfachem Konsum täglich 2,00, 95%-Vertrauensbereich 1,33-3,03;  $p = 0,001$ ), verglichen mit Frauen die weniger als einmal täglich ein solches Getränk konsumierten.

Ein vermehrter Konsum von mit Zucker gesüßten Getränken ist demnach mit einer stärkeren Gewichtszunahme und einem erhöhten Risiko der Entwicklung eines Typ-2-Diabetes assoziiert. Wahr-

scheinliche Ursache ist die sehr hohe Kalorienzufuhr und die große Menge rasch absorbierbarer Zuckersstoffe

### Quelle:

- JAMA 292 (2004) 927-934

### Diabetische Ketoazidose bei Typ-1- und Typ-2-Diabetes mellitus: klinische und biochemische Differenzen

Newton CA et al., Dallas, USA

Diabetische Ketoazidose (DKA) wurde initial als typisch für den Typ-1-Diabetes angesehen. Es wurde aber auch bei Typ-2-Diabetikern nachgewiesen. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Analyse und Übersicht der differenten klinischen und biochemischen Charakteristika einer DKA und den Unterschieden zwischen Typ-1- und Typ-2-Diabetes mellitus.

Insgesamt wurden 176 Patienten mit mittelschwerer bis schwerer DKA untersucht. Die Patienten waren als Typ-1- und Typ-2-Diabetiker klassifiziert auf der Basis der Vorgeschichte und dem Autoantikörperstatus. Die Gruppen wurden nach Differenzen in den Symptomen, den Auslösern, den Vitalparametern der biochemischen Situation bei Präsentation und der Antwort auf Therapie gruppiert.

Von 138 Patienten mit mittelschwerer bis schwerer DKA litten 30 Patienten an Typ-2-Diabetes mellitus. Ein größerer Teil der Typ-2-Diabetiker war lateinamerikanischen oder afrikanischen Ursprungs ( $< 0,001$ ). 35 Aufnahmen (19,9%) erfolgten wegen neu aufgetretenem Diabetes mellitus. Ca. 85% aller Aufnahmen waren auf das Absetzen der Medikamente zurückzuführen. Dies war bei 69,2% der Typ-2-Diabetiker der Fall. Infektionen waren bei 21,6% der Typ-2-Diabetiker und 48,4% der Typ-2-Diabetiker ursächlich. Eine Gesamtzahl von 21% der Patienten mit Typ-1-Diabetes und von 70% der Patienten mit Typ-2-Diabetes wiesen einen BMI über 27 auf. Obwohl die Gruppe der Typ-1-Diabetiker stärker azidotisch war (arterieller pH  $7,21 \pm 0,12$  vs.  $7,27 \pm 0,08$ ;  $p < 0,001$ ), bedurften die Typ-2-Diabetiker einer längeren Behandlungsperiode ( $36 \pm 11,6$  vs.  $28,9 \pm 8,9$  h,  $p = 0,01$ ) um einen Keton-freien Urin zu generieren. Komplikationen der Therapie wurden selten beobachtet.

### Quelle:

- Arch Intern Med 164 (2004) 1925-1931

### Saarland hält Diabetes-Rekord

Nirgendwo in Deutschland ist die Diabetes-Rate so hoch wie im Saarland. Darauf hat die SPD-Landtagsabgeordnete Heidrun Möller jetzt bei einer Anhörung ihrer Fraktion in Saarbrücken hingewiesen. Im Saarland gebe es zwischen 50.000 und 60.000 Diabetiker. Im Kampf gegen Diabetes forderte die SPD mehr Aufklärung, mehr Ernährungsberatung in Schulen und Sportvereinen sowie die Gründung eines Landesdiabetes-Beirats. Der Beirat sollte unter anderem die Fort- und Weiterbildungsangebote für Patienten und Ärzte organisieren. CDU-Gesundheitsministerin Regina Görner lehnt einen Beirat allerdings ab.

#### Quelle:

- Ärzte-Zeitung **24** (10. Februar 2004) Jahrgang 23

### Organisation der Adipositas- und Ernährungstherapie in der Kassenarztpraxis

Winckler K, Frankfurt

Ernährungsmedizin in der Praxis des Kassenarztes stößt auf vielfältige organisatorische, fachliche und wirtschaftliche Probleme. Es wird ein Kooperationsmodell mit einer Diätassistentin vorgestellt. Die Konzeption der Zusammenarbeit, die Abrechnung der Leistungen als individuelle Gesundheitsleistungen, Erfahrungen mit Krankenkassen und zuweisenden Ärzten sowie praktische Erfahrungen in den verschiedenen Beratungsformen (Einzel-/Gruppenberatung, Formula-Diät, Walking-Gruppe) werden erläutert. Ein neues Aufgabengebiet für das ambulante Ernährungsteam erschließt sich durch die Anforderungen des Disease-Management-Programms (Diabetes Typ 2, KHK). Die Schulung von Patienten sowie die qualifizierten Angebote der Ernährungsberatung ermöglichen eine wirtschaftlich rentable Auslastung des ambulanten Ernährungsteams innerhalb der Kassenpraxis.

#### Abrechnung der Ernährungsberatung als IgeL

Wir rechnen die Leistungen bei Kassenpatienten nach folgenden GOÄ-Ziffern als individuelle Gesundheitsleistung ab, vom Patient wird dazu eine entsprechende Einverständniserklärung unterschrieben:

##### *Erstberatung*

GOÄ Ziffer 33 analog 3,5fach (Dauer 60 Minuten) = 61,20 €, mit Angabe der Begründung: Strukturierte

Schulung einer Einzelperson bei Adipositas und/oder Folgeerkrankung von Fehlernährung, einschließlich Auswertung eines nach DGE-Richtlinien standardisierten Ernährungsprotokolls.

##### *Folgeberatung*

GOÄ Ziffer 3, 3,5fach (Dauer 30-40 Minuten) = 30,95 €.

##### *Gruppenberatung (10 Teilnehmer)*

Präventionskurs entspricht §20 SGB V, GOÄ Ziffer 20, 2,15fach, 10 Sitzungen zzgl. Auslagen = 180,- €/Kursteilnehmer.

Der Patient bezahlt die Leistungen zunächst selbst. Die Kostenerstattung durch die Krankenkassen erfolgt bisher meist komplikationslos in einer Größenordnung von ca. 80%, entsprechende medizinische Notwendigkeitsbescheinigungen vorausgesetzt.

#### Quelle:

- Akt Ern Med **30** (2005) 39-42

### 10. Ernährungsbericht der DGE

Grünwald-Funk D et al., DGE Bonn

Deutsche essen weiterhin zu viel, zu fett und bewegen sich zu wenig. Doch immerhin wird mehr Gemüse und Obst gegessen als in früheren Jahren: Rund 2/3 des täglichen Energiebedarfs wird über pflanzliche Lebensmittel gedeckt. Essen und Trinken haben jedoch einen hohen Stellenwert. Die Bundesbürger nehmen sich dafür täglich 21 Minuten mehr Zeit als früher, an den Wochenenden sogar noch mehr.

So lauten einige zentrale Botschaften, mit denen der Ernährungsbericht 2004 der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) im Dezember 2004 der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Es ist der 10. Bericht, der im Auftrag und mit Förderung des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft herausgegeben wird. Seit 1969 zeichnet dieses Werk die Ernährungssituation der Bevölkerung in Deutschland aus und liefert damit seit 1972 alle 4 Jahre umfassende Informationen. Die neue Ausgabe schreibt Kapitel wie den Report über die Ernährungssituation in Deutschland und gesundheitliche Aspekte von Pro- und Präbiotika aus vorherigen Ernährungsberichten fort. Darüber hinaus werden aktuelle Fragestellungen, beispielsweise Acrylamid, Mykotoxine, gesundheitsfördernde Wirkungen sekundärer Pflanzenstoffe, Möglichkeiten

und Wirkpotenziale von Ernährungsaufklärung über das Medium TV berichtet.

Folgende Empfehlungen für die Ernährungsberatung bzw. Prävention von ernährungsabhängigen Krankheiten insbesondere Übergewicht zieht die DGE aus den ermittelten Daten:

- Die körperliche Aktivität und die Nährstoffdichte der Nahrung sollte bei allen Altersgruppen erhöht werden
- Jüngeren Menschen kann zur Steigerung der Vitamin- und Mineralstoffzufuhr ohne Änderung der Energiezufuhr geraten werden
- Ältere Menschen sollten dagegen die Energiezufuhr möglichst reduzieren, ohne die Zufuhr von Vitaminen und Mineralstoffen zu senken.

Der Ernährungsbericht 2004 der DGE umfasst 488 Seiten, ist als Buch oder CD-Rom verfügbar und kann zum Preis von 24,00 € zzgl. Versandkosten im Internet unter <http://www.dge-medien-service.de> bestellt werden. Der Band ist auch im Buchhandel (ISBN 3-88749-183-1) beziehbar.

#### Quelle:

- Akt Ern Med **30** (2005)

### Antioxidantien schützen nicht vor gastrointestinalen Karzinomen

Bjelakovic G et al.

Oxidativer Stress kann durch die Induktion von Genmutationen Krebs verursachen und zur Apoptose führen. Der Gastrointestinaltrakt gilt als Hauptort antioxidativer Aktionen. Ob Antioxidantien vor gastrointestinalen Tumoren schützen und das Sterberisiko reduzieren, wurde anhand eines systematischen Reviews überprüft.

Die Autoren führten eine Metaanalyse von 14 randomisierten Studien mit 170.525 Teilnehmern durch. Aufgenommen wurden Untersuchungen, in denen antioxidative Nahrungsmittelergänzungen (Beta-Karotin, Vitamin A, C, E und Selen, allein oder in Kombination) mit Placebo verglichen wurden bezüglich ihrer präventiven Wirkung auf fünf gastrointestinale Karzinome (Ösophagus, Magen, Kolon/Rektum, Pankreas, Leber). Beta-Karotin (15-50 mg), Vitamin A (1,5-15 mg), Vitamin C (120-2000 mg) und Vitamin E (30-600 mg) wurden täglich oder jeden 2. Tag über eine Zeit von 1 – 12 Jahren supplementiert. Selen (50-228 µg) täglich 2-4 Jahre.

Antioxidantien hatten gegenüber Placebo keinen protektiven Effekt auf die Inzidenz gastrointestinaler

Karzinome (relatives Risiko 0,96; 95%, Konfidenzintervall [KI] 0,88-1,04). Sieben Hochqualitätsstudien zeigten, dass die Einnahme von Antioxidantien gegenüber Placebo mit einer leichten aber signifikanten Erhöhung des Sterberisikos assoziiert war (relatives Risiko 1,06, KI 1,02-1,10). Die Kombination von Beta-Karotin und Vitamin A erhöhte das relative Sterberisiko um knapp 30% (1,29, KI 1,14-1,45), die Kombination aus Beta-Karotin und Vitamin E um 10% (relatives Risiko 1,10, KI 1,01-1,20). Vier Studien – davon drei mit methodischen Schwächen – zeigten, dass die Einnahme von Selen möglicherweise das Risiko für gastrointestinale Tumore verringert (relatives Risiko 0,49; KI 0,36-0,67).

#### Quelle:

- Lancet **364** (2004) 1219-1228

### Die Behandlung der extremen Adipositas durch chirurgische Maßnahmen

Wolf AM, Ulm

Die Adipositas nimmt nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Industriestaaten epidemieartige Ausmaße an. National und international wird die Adipositas heute als eine fortschreitende Erkrankung betrachtet, die nicht nur die Gesundheit und das Wohlergehen der Menschen bedroht, sondern auch das der kommenden Generationen. Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass gerade in den letzten 10 Jahren die Prävalenz der Adipositas Grad III (morbide Adipositas) überproportional zugenommen hat. Die sehr ernst zu nehmende und lebensbedrohende massive Adipositas liegt dann vor, wenn eine Body Mass Index BMI von 40 kg/m<sup>2</sup> und darüber erreicht wird.

Adipositas kann Ursache für verschiedenen Erkrankungen sein. Dazu gehören u.a. Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Schlafapnoe, Osteoarthritis, Herzerkrankungen, gastroösophageale Reflux-Erkrankung sowie maligne Tumorerkrankungen.

Bei Patienten mit morbidem Adipositas liegt eine ausgeprägte Therapieresistenz gegenüber konventionellen Gewichtsreduktionsverfahren vor. Dank der Adipositaschirurgie, die Patienten mit massiver Adipositas einen deutlichen und lang anhaltenden Gewichtsverlust ermöglichen kann, stehen heute Operationsformen mit 3 Wirkprinzipien zur Verfügung.

#### Kriterien für die Indikation einer adipositaschirurgischen Maßnahme

1. BMI  $\leq$  40 kg/m<sup>2</sup> bzw. Übergewicht  $\leq$  45 kg seit mehr als 5 Jahren
2. BMI  $\leq$  35 kg/m<sup>2</sup> mit Adipositas-assoziierten Komorbiditäten seit mehr als 5 Jahren
3. Erfolgreiche ernsthafte konservative Therapieversuche
4. Ausschluss endokriner Ursachen sowie von Alkohol- und Drogenabhängigkeit
5. Vorbehalt besteht bei schweren Depressionen, Psychosen und Essstörungen (Bulimie, Binge Eating Disorder). Bei solchen Patienten sollte in enger Kooperation mit einem Psychosomatiker entschieden werden
6. Konsumierende und immundefizitäre Erkrankungen

### Quelle:

- internist. prax. **44** (2004) 745-756

## Ernährungsempfehlungen 2005 der USA

Mitte Januar wurden die neuen amerikanischen Ernährungsempfehlungen, die Dietary Guidelines for Americans 2005, der Öffentlichkeit vorgestellt. Diese werden alle 5 Jahre vom Department of Health and Human Services (HHS) und dem Department of Agriculture (USDA) veröffentlicht. Die Empfehlungen gelten für Personen ab 2 Jahren und enthalten wissenschaftlich begründete Ratschläge zu einer gesundheitsfördernden Ernährung mit dem Ziel, das Risiko für chronische Krankheiten zu senken.

In der aktuellen Ausgabe wird besonderer Wert auf den Konsum von Obst und Gemüse gelegt. Im Vergleich zu den vorherigen Empfehlungen wird eine Verdoppelung des Verzehrs an Obst und Gemüse befürwortet. So werden jetzt täglich zwei cups (1 cup  $\cong$  236,6 ml) Früchte und zweieinhalb cups Gemüse empfohlen. Des Weiteren sollten die Amerikaner mindestens drei Portionen Vollkornprodukte pro Tag bzw. die Hälfte der Getreideprodukte in Form von Vollkornprodukten verzehren. Fettarme Milch und Milchprodukte werden mit drei cups pro Tag empfohlen. Wert gelegt wird auch auf die tägliche Bewegung – mindestens 30 Minuten pro Tag für den Durchschnittsbürger und bis zu 90 Minuten am Tag für übergewichtige Personen. Generell steht nicht mehr nur „low fat“ im Vordergrund, sondern eine Einschränkung der gesamten Kalorienzufuhr, insbesondere durch die Reduzierung von Zucker, gesättigten

Fetten und Alkohol. Pflanzliche und maritime Öle werden dagegen besonders empfohlen. Auch beim Salz soll es nach den neuen US-Empfehlungen nicht mehr als ein Teelöffel pro Tag sein.

Zum ersten Mal werden konkrete Angaben zur Energiezufuhr gemacht. Bei moderater Aktivität werden 2.000 kcal für Frauen zwischen 31 und 50 Jahren empfohlen und 2.500 bis 2.600 für Männer in dieser Altersgruppe angegeben. Im Unterschied zu den bisherigen Empfehlungen werden nicht mehr eine bestimmte Anzahl an Portionen (servings) pro Lebensmittelgruppe empfohlen, sondern konkrete messbare Einheiten wie cups oder ounces (ein ounce = ca. 30g).

Die Empfehlungen richten sich an die amerikanische Bevölkerung und werden den neuen Standard für die Verpflegung in Schulen und für andere öffentlich finanzierte Verpflegungsprogramme bilden. Auf ihrer Grundlage wird eine Grafik entwickelt, welche die bisherige amerikanische Ernährungspyramide ablösen soll. Die vollständigen Empfehlungen sind nachzulesen unter [www.healthierus.gov/dietaryguidelines/](http://www.healthierus.gov/dietaryguidelines/).

### Quelle:

- Ern. Umsch. **52** (2005) Heft 2

## Kohlenhydratarme Diäten (Low Carb) zur Gewichtsreduktion

Ellrott T et al., Göttingen

Seit 2003 sind einige wissenschaftliche Arbeiten zu meist aus den USA, erschienen, die zeigen konnten, dass mit stark kohlenhydratbeschränkten Diäten eine bessere initiale Gewichtsreduktion erzielt werden kann als mit konventionellen fett- bzw. energiereduzierten Diäten.

Diese Publikationen sowie eine sehr große Anzahl von Medienbeiträgen haben dazu geführt, dass viele Millionen Amerikaner auf kohlenhydratarne Kostformen umgeschwenkt sind (z.B. die Atkins-Diät, South-Beach-Diät). Kohlenhydrathaltige Lebensmittel wie Kartoffeln, Reis, Cerealien, Süßwaren, Softdrinks, Fruchtsäfte oder Nudeln, teilweise Obst und Gemüse, werden von den US-Verbrauchern im Rahmen dieser Kostformen soweit wie möglich gemieden. Dies hat zu einer erheblichen Umstrukturierung des Supermarktangebots beigetragen. In abgeschwächter Form ist ein solcher Trend aktuell auch in Europa und Deutschland festzustellen.

Kohlenhydratarne Diäten eignen sich nach vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchungsberich-

ten zur kurzfristigen Gewichtsreduktion. Das gilt besonders für kohlenhydrat- und fettarme vollbilanzierte Formula-Diäten. Derzeit gibt es jedoch keine kontrollierten Studien, die zeigen, dass kohlenhydratarme Diäten auch eine erfolgreiche Stabilisierung des Gewichts über Jahre ermöglichen. Eine deutlich höhere Evidenz spricht dafür, dass fettarme Diäten (25-30 Energieprozent Fett) ohne drastische Beschränkung der Kohlenhydrataufnahme eine gute diätetische Strategie zur Gewichtsstabilisierung sind. Bei mittel- bis langfristiger Anwendung von kohlenhydratarmen Diäten sind Gesundheitsrisiken mangels fehlender Studien ebenfalls nicht auszuschließen.

**Quelle:**

- Ern Umsch **52** (2005) Heft 2

**AQED-Positionspapier als Grundlage der interdisziplinären Zusammenarbeit**

Eine effektive Ernährungstherapie in Kliniken und in Praxen erfordert die enge Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen wie ernährungsmedizinisch versierte Ärzte/innen, Diätassistenten/innen und Ökotrophologen/innen. Aus Tabelle 1, in der wesentliche Aspekte der Therapieplanung und –durchführung dargestellt werden, wird ersichtlich, dass die ernährungsmedizinische Diagnostik, Indikationsstellung und Therapiedurchführung unterschiedliche Fachkompetenzen erfordern. In Kliniken ist aufgrund der Infrastruktur zwar eher eine enge Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen zu erwarten, allerdings fehlen in der Regel nicht nur die Qualitätsstandards wie regelmäßige Teambesprechung und Kommunikation über Therapieverläufe, sondern es bestehen oft auch erhebliche Vorbehalte gegenüber der Kompetenz der anderen Berufsgruppe. In Praxen besteht oft nur ein lockerer Kontakt zwischen Ärzten und Diätassistentinnen und nicht selten beschränkt sich die Ernährungstherapie auf den Verkauf von Formuladiäten oder Nahrungsergänzungsmitteln.

- Anamnese einschl. Medikamentenanamnese
- körperliche Untersuchung
- ggf. erweiterte medizinische Diagnostik
- spezielle Ernährungsanamnese
- ernährungsmedizinische Diagnose
- Indikationsstellung/Therapieverordnung
- Ernährungseinzelberatung
- Gruppenseminare

- Lehrküchenveranstaltungen
- ggf. ergänzende medikamentöse Therapie

**Tabelle 1:** Elemente der Ernährungstherapie

Von den Vorständen der drei Berufsverbände BDEM (Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e.V.), VDD (Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.) und VDO<sub>E</sub> (Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V.) wurde ein Positionspapier verabschiedet, in dem diese eine konstruktive Zusammenarbeit vereinbarten – nicht zuletzt auch, um sich von unseriösen Angeboten abzuheben.

Ein gemeinsames Projekt ist die Bildung von sogenannten AQED-Ernährungsteams, die aus jeweils einem/r Ernährungsmediziner/in DAEM/DGEM<sup>®</sup> und einer Ernährungsfachkraft (Diätassistent/in oder Ökotrophologe/in) bestehen. Die Voraussetzungen für diese Teams sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Für die Akkreditierung sind die jeweiligen Berufsverbände verantwortlich. Diese sorgen auch für eine Bekanntmachung der Teams im Internet. Die Zusammenarbeit als Ernährungsteam – und damit der verbesserte Dialog zwischen den Berufsgruppen – ist die Voraussetzung für eine effiziente, qualitätsorientierte Ernährungstherapie.

- Akkreditierung durch BDEM/VDD/VDO<sub>E</sub>
- Mitgliedschaft im jeweiligen Berufsverband
- Regelmäßige Teambesprechung (Qualitätszirkel)
- Orientierung an anerkannten Therapieleitlinien
- regelmäßige patientenbezogene Kommunikation (Überweisung durch Arzt, Zwischenberichte, schriftlicher Befundbericht bei Beratungsende)
- Dokumentation des Beratungsverlaufs
- Regelmäßige Fort- und Weiterbildung

**Tabelle 2:** Voraussetzung für die AQED-Ernährungsteams

**Quelle:**

- Ern Umsch **52** (2005) Heft 2

**Prävalenz und Pharmakotherapie des Diabetes mellitus in der primärärztlichen Versorgung**

Lehnert H et al., Magdeburg

Die vorliegende repräsentative Querschnittsuntersuchung umfasste 43.549 Patienten (52,6% Frauen mittleres Alter  $64,9 \pm 11,7$  Jahre) in 1912 Hausarztpraxen (Allgemeinärzte, praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten). Die Ärzte dokumentierten im September 2001 bei diesen ausgewählten konsekutiven Patienten die Häufigkeit von Diabetes und Hypertonie sowie von 22 weiteren Erkrankungen, einschließlich deren aktuelle Behandlung. Neben der Prävalenz des Diabetes wurde die Assoziation von Patientenvariablen (Alter, Geschlecht, Begleit-/Folgeerkrankungen wie Hypertonie, mikro- und makrovaskuläre Komplikationen, Adipositas) und Arztvariablen (Ausbildung, Leitlinienorientierung, regionale Faktoren) mit Häufigkeit der Behandlung mit Antidiabetika insgesamt bzw. differenziert nach Klassen untersucht.

Die Prävalenz des Diabetes mellitus im hausärztlichen Bereich lag nach Arzt diagnose bei 15,6% (18,5% der Männer und 13,7% der Frauen). 67,6% der Diabetiker erhielten eine medikamentöse Behandlung. Es ergaben sich nur geringe Unterschiede in der Verschreibung der einzelnen Antidiabetika zwischen den Altersgruppen bzw. im Vergleich zwischen Männern und Frauen. Beim Vorliegen von Begleiterkrankungen wurden Patienten mit makrovaskulären Komplikationen intensiver mit Antidiabetika behandelt als diejenigen, die ausschließlich mikrovasculäre Erkrankungen hatten. Verschiedene Arztcharakteristika (Ausbildung, Leitlinienorientierung, regionale Faktoren) waren kaum mit dem Verschreibungsmuster assoziiert.

### Quelle:

- DMW 130 (2005) 323-328

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

#### 18. - 20. Mai 2005, Nürnberg

47. Bundeskongress des Verbandes der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) und 6. wissenschaftliche Tagung des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V. (BDEM) in Kooperation mit dem VDO<sub>E</sub> 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 Bundesverband e.V. (VDD)  
Tel. 02 11 / 16 21 75,  
Fax 02 11 / 35 73 89  
E-Mail: [vdd-duesseldorf@t-online.de](mailto: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](mailto:info@bdem.de)  
Internet: <http://www.bdem.de>

#### 18.- 22. Mai und 29. Juni -03. Juli 2005, Münster Westfalen

7. 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](mailto: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](http://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](mailto:siegismund.sabine@mh-hannover.de)

Weitere Informationen zur Fortbildungsveranstaltung finden Sie auf den Internetseiten der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin unter [www.d-gem.de](http://www.d-gem.de)

## 10. – 20. November 2005, Bad Krozingen (bei Freiburg)

*12. Kompaktkurs nach dem 100 stündigen Curriculum der BÄK (inkl. Abschlussseminar Praktikumsphase) in den Räumlichkeiten der MEDIAN-Kliniken 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, Fallbesprechungen und Falldokumentation

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: O. Adam, München, R. Kluthe, Freiburg; H. Kasper, Würzburg; U. Rabast, Hattingen

Auskunft und Anmeldung bei: 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](mailto:info@bdem.de)  
Internet: <http://www.daem.de>