

# Der Ernährungsmediziner

*Unabhängiger Informationsdienst*

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



Jahrgang 7, Nr. 3

August 2005

*Liebe Leserin, lieber Leser,*

*die 6. wissenschaftliche Tagung unseres Bundesverbandes, die zusammen mit dem Verband der Deutschen Diätassistenten und dem Verband der Diplom-Oecotrophologen vom 18. – 20. Mai 2005 in Nürnberg stattfand, war ein voller Erfolg, der zur Wiederholung im nächsten Jahr anregt. Unter dem Generalthema „Ernährungsmedizin in Theorie und Praxis“ befanden sich auch Vorträge aus BDEM-Kreisen. Ein Update hiervon findet sich im vorliegenden Heft.*

*Darüber hinaus darf ich Sie als Besonderheit auf den Bericht über die Verwaltungsleitertagung der Modellprojekt-Kliniken der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin hinweisen, die eindeutig erbracht hat, dass die konsequente Umsetzung einer gesunden Ernährung in stetiger Systemoptimierung nicht zu Mehrkosten sondern sogar zu dauerhafter und nachhaltiger Kostensenkung führt. Ein Aspekt, der zur Übernahme des Systems sowohl durch Reha-Einrichtungen wie Akutkliniken ermutigt.*

*Am Ende des Beitragsteils findet sich das Ergebnis einer Abonentenumfrage zur Art der Wiedergabe unseres Informationsdienstes (Druck oder Internet).*

*Es grüßt Sie Ihr*

*Prof. Dr. med. Reinhold Kluthe*

*the*

## **In dieser Ausgabe:**

- Kosten-Nutzen-Aspekt des Modellprojekts klinische Ernährungsmedizin der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V.
- Platform on Diet, Physical Activity Health
- Der Europäische Ernährungs- und Gesundheitsbericht
- Das kardiovaskuläre Risiko des Typ 1 Diabetes
- Stellungnahme zum Thema: Mehraufwand für Diabeteskost
- Beginn einer Insulintherapie bei Typ 2 Diabetes – ein Vergleich von biphasischen und basalen Insulinanaloga
- „Fast Food“-Verzehr, Gewichtszunahme und Insulinresistenz
- Machen Diäten schlank, gesund oder beides?
- Rotwein kann vor Schlaganfall schützen
- Nachlese zur 6. Tagung des BDEM
- BDEM-Update
- Umfrageergebnis

## **Kosten-Nutzen-Aspekt des Modellprojekts klinische Ernährungsmedizin der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V.**

A. Gebhardt, Freiburg

Am 15. April 2005 fand in den Räumlichkeiten der Klinik Rosenberg in Bad Driburg ein Arbeitstreffen mit Vertretern der Verwaltungen/Geschäftsführungen der am Modellprojekt klinische Ernährungsmedizin beteiligten Institutionen statt. Im Mittelpunkt der Diskussion standen bei diesem Meeting die Kostenaspekte einer gesunden Klinikernährung, die Vorstellung einzelner PR-wirksamer Klinikaktivitäten, die Motivationsaspekte für die Teilnahme am Modellprojekt sowie die Entwicklung neuer und der Ausbau bestehender Marketingstrategien.

In seinem einleitenden Referat zum Thema „Kostenaspekte einer gesunden Klinikernährung“ konnte Herr Wilde, Bad Driburg, sehr eindrucksvoll darlegen, wie durch die konsequente Umsetzung eines internen Qualitäts-Management-Systems und seiner stetigen Optimierung seit der Mitwirkung im Projekt (Sommer 2000) dauerhaft und nachhaltig die Verpflegungskosten gesenkt werden konnten. Von den anderen

Sitzungsteilnehmern wird von teilweise vergleichbaren Erfahrungen berichtet, wodurch es gelang, den Verpflegungssatz im Vergleich zum allgemeinen Lebensmittelindex in den letzten Jahren konstant zu halten oder gar leicht zu senken. Besonders betont wurden dabei positive Effekte der Rationalisierung der Speisenversorgung in Anlehnung an die Erfahrungen des Rationalisierungsschemas<sup>1</sup> sowie die Steigerung der Motivation des Personals durch erfolgreiche Umstrukturierungen und Qualitätsoptimierungen.

Neben den Marketinggesichtspunkten zur Steigerung der Patientenzahlen, bestimmten verschiedene Faktoren, wie Verbesserung der Ernährung und Präsentation einer gesunden Ernährung, Optimierung der ernährungstherapeutischen Qualität, aber auch die Lehrfunktion und Schwerpunktbildung durch Hervorhebung eines Ernährungsteams die wesentlichen Ziele für die Mitwirkung am Modellprojekt.

### 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

#### 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 €

Um den Kosten-Nutzen-Aspekt weiter zu verbessern, sind sicherlich die vorhandenen Marketingstrategien auszubauen. Über eine erfolgreiche außenwirksame Darstellung der Klinik wussten eine Reihe der Anwesenden zu berichten. Hierbei spielen, unter Einbeziehung von Prävention und Gesundheitserziehung die Ernährungsmedizin und speziell die Zertifizierung als Lehrklinik für Ernährungsmedizin eine wesentliche Rolle. Als Beispiele seien genannt: Gesundheitsforum Passau, Kompetenzzentrum Ernährungsmedizin Starnberg, Selbstzahlerprogramm Adipositas therapie Bad Mergentheim usw..

Übereinstimmend positive Resonanz fand der Titel „Lehrklinik für Ernährungsmedizin“. Neben der Fortbildung von Fachpersonal in praktischer Ernährungsmedizin und -therapie – hier in erster Linie im Rahmen der Fortbildung zum/r ErnährungsmedizinerIn DAEM/DGEM® - wird hierbei die Information und Unterweisung des Patienten mit entsprechend strukturierten Schulungsprogrammen gesehen. Als nicht unwesentlicher Aspekt wurde dabei hervorgehoben, dass durch diese Funktion durchaus Möglichkeiten bestehen, qualifiziertes Personal ohne kostenintensive Stellenausschreibungen zu gewinnen.

Zusammenfassend wird die Mitwirkung am Modellprojekt klinische Ernährungsmedizin von allen Teilnehmern als sehr gewinnbringend angesehen. Die bereits vorhandenen Wettbewerbsvorteile sollen durch verstärkte PR-Maßnahmen weiter ausgebaut werden.

<sup>1</sup> Rationalisierungsschema 2000 des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM), der Deutschen Adipositas Gesellschaft, der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM), der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) und des Verbandes der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD). *Aktuel Ernähr Med*, 2000; 25: 265-270. 2004 erschien eine Überarbeitung und Aktualisierung dieses Rationalisierungsschemas unter zusätzlicher Mitwirkung des Verbandes der Diplom-Oecotrophologen (VDO<sub>E</sub>). *Aktuel Ernähr Med*, 2004; 29: 245-253.

### **Platform on Diet, Physical Activity and Health**

Die Europäer bewegen sich zu wenig und konsumieren zu viel Energie, Fett, Zucker und Salz. Dies führt zum europaweiten Anstieg von Übergewicht und Adipositas; besonders gravierend ist dieser bei Kindern und Jugendlichen. Adipositas zieht Gesundheitsstörungen nach sich und verkürzt so die Lebenserwartung der Betroffenen. Auch die volkswirtschaftlichen Kosten sind enorm.

Vor diesem Hintergrund haben Vertreter der Industrie und der Verbraucher, Gesundheitsexperten und führende Politiker die „Platform on Diet, Physical Activity and Health“ gegründet. zu den insgesamt 15 Gründungsmitgliedern zählen u.a. die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit, die Vereinigung der Europäischen Ernährungsindustrien, die Europäische Handelsvereinigung, der Europäische Verbraucherverband, die internationale Adipositas-Taskforce, das Europäische Netzwerk für Kardiologie sowie die Weltgesundheitsorganisation. Koordinator im Namen der Europäischen Kommission ist Markos KYPRIANOU, Europäischer Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz.

Die Plattform wird von der Europäischen Kommission getragen. Das soll sicherstellen, dass kooperativ und aktionsorientiert gearbeitet wird und die Tätigkeiten der Plattform mit der Arbeit des Europäischen Netzes für Ernährung und körperliche Bewegung und den Europäischen Parlament in Einklang stehen.

Das Aktionsbündnis dient allen interessierten Beteiligten als gemeinsames Forum, in dem konkrete Pläne zur Förderung einer gesunden Ernährung, von körperlicher Bewegung und zur Bekämpfung der Adipositas vorgestellt und erörtert sowie Ergebnisse und Erfahrungen ausgetauscht werden können. So sollen Strategien zur Vermeidung von Übergewicht besser gebündelt werden.

In Zusammenarbeit mit der European Association for the Study of Obesity hat die International Obesity Task Force (IOTF) im Rahmen des Gründungskongresses der Plattform einen Bericht zur Adipositas in Europa vorgelegt. Demnach ist die Häufigkeit von Adipositas europaweit unterschätzt worden. Wahrscheinlich sind mehr als 200 Mio. Erwachsene in der EU übergewichtig (BMI: 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>) oder fettleibig (BMI: > 30 kg/m<sup>2</sup>). Eine deutliche Tendenz zu Übergewicht und Fettleibigkeit kann in ganz Europa beobachtet werden, allerdings variiert die Prävalenz. Zwischen 10 und 27% der Männer und bis zu 38%

der Frauen sind adipös. In den USA sind es 28% der Männer und 34% der Frauen.

In einigen Ländern Europas (Zypern, Tschechische Republik, Finnland, Deutschland, Griechenland, Malta, Slowenien) sind sogar mehr Männer übergewichtig bzw. adipös als in den USA (Prävalenz 67%). Mehr als 20% der Männer sind in Zypern, der Tschechischen Republik, England, Deutschland, Griechenland, Ungarn, Irland und Malta adipös. Bei den Frauen ist in 8 Ländern eine von fünf Frauen adipös (Zypern, Tschechische Republik, England, Deutschland, Griechenland, Ungarn, Portugal, Malta).

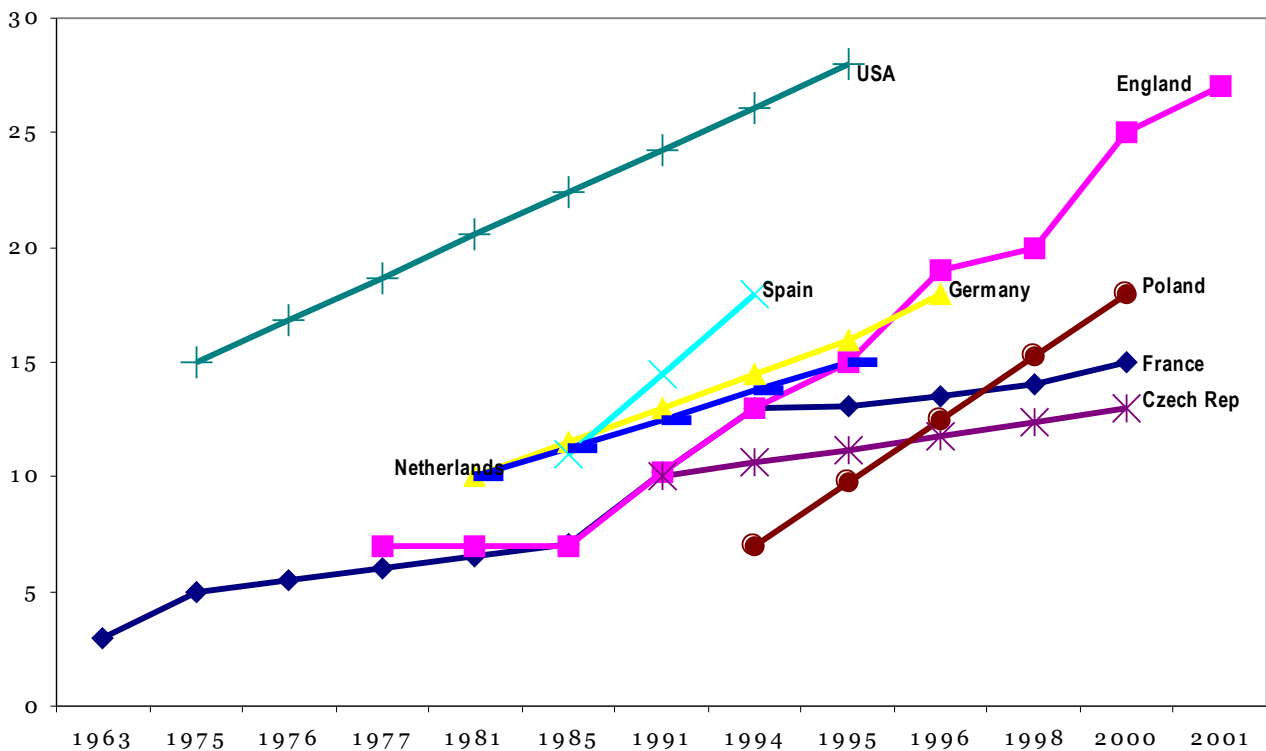
Bei den Schulkindern sieht es nicht besser aus: Schätzungen zufolge ist jedes fünfte Kind übergewichtig. Insgesamt wird von ca. 14 Mio. übergewichtigen und 3 Mio. fettsüchtigen Kindern berichtet. Jedes Jahr kommen etwa 400 000 übergewichtige Schulkinder neu hinzu. Besonders dramatisch ist die Zunahme von Adipositas bei 5- bis 11-jährigen Kindern in England und Polen.

Auf Malta, Sizilien, Gibraltar und Kreta sowie in Spanien, Portugal und Italien sind den Berichten zufolge 30% der 7- bis 11-Jährigen übergewichtig oder adipös. In England, Irland, Zypern, Schweden und Griechenland sind es über 20%. England, Italien, Zypern, Irland, Griechenland, Bulgarien und Spanien meldeten über 20% der Jugendlichen zwischen 13 und 17 Jahren als übergewichtig oder adipös.

Die Prävalenz von Übergewicht im Kindesalter ist vor allem in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Nahm diese in den 1970er Jahren noch jährlich um 0,2% zu, stieg sie in den 1980er Jahren jährlich um 0,6%, in den frühen 1990er Jahren um jährlich 0,8%. Anfang des neuen Jahrhunderts waren es auf das Jahr umgerechnet 2,0%.

### Quelle:

- Ern. Umsch **52** (2005), 158-159



Prävalenz (%) von Übergewicht bei 5- bis 11-jährigen Kindern (Quelle IOTF)

### Der Europäische Ernährungs- und Gesundheitsbericht

Elmadfa I., Wien

Das Institut für Ernährungswissenschaft der Universität Wien agierte als Koordinationszentrum für die 13 Länder der Europäischen Union und Norwegen, die an dem Projekt im Auftrag der Europäischen Kommission beteiligt waren: Österreich, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Italien, Portugal, Spanien, Schweden, Großbritannien, Ungarn und Norwegen.

Ziel des Europäischen Ernährungs- und Gesundheitsberichtes war es, Daten zum Ernährungs- und Gesundheitsverhalten in der EU erstmals zusammengefasst darzustellen. In dem Bericht wurden Trends im Lebensmittelverbrauch (auf Basis der Food Balance Sheets (FBS) der FAO) sowie die Lebensmittelverfügbarkeit auf Haushaltsebene (auf Basis der Data Food Networking (DAFNE) Datenbank) in europäischen Ländern dargestellt. Im Obst- und Gemüseverbrauch konnte generell eine steigende Tendenz verzeichnet werden, dennoch kann dieser in den meisten Ländern auf Grund von Verfügbarkeit und Konsum nicht als ausreichend bewertet werden. Am Gesamtenergieverbrauch wurde

eine Steigerung des Fett- und Proteinanteils beobachtet.

In der Lebensmittelverfügbarkeit auf Haushaltsebene waren Unterschiede je nach Bildungsgrad des Familieneroberhauptes zu verzeichnen. So stieg etwa die Verfügbarkeit von Obst, Frucht- und Gemüsesäften mit steigendem Bildungsniveau des Familieneroberhauptes, die Verfügbarkeit von Kartoffeln, Getreide und Getreideprodukten, Fleisch und Fleischprodukten, sowie von Fetten zeigten den gegenteiligen Trend.

Die Daten der Energie- und Nährstoffzufuhr der 14 Teilnehmerländer, die aus nationalen oder regionalen Erhebungen stammten, wurden zusammengefasst dargestellt. Gesundheitsdaten wurden aus nationalen Erhebungen oder aus bereits vorhandenen Statistiken der WHO und IARC herangezogen. Im Allgemeinen konnte hinsichtlich der Nährstoffzufuhr eine hohe Aufnahme an Fett, Zucker, Cholesterin und Salz (Natrium) verzeichnet werden. Die Aufnahme von Nahrungsfolat, Vitamin D, Kalium, Calcium und Jod, aber auch von Eisen bei Frauen war generell niedrig und kann als kritisch eingestuft werden.

Das Lebensmittelangebot in der EU von 1961 bis 2001 ist durchschnittlich am stärksten gestiegen für Geflügel (+286%), gefolgt von pflanzlichen Ölen (+

101%) und Schweinefleisch (+93%). Gestiegen ist auch das Angebot an Obst, Fisch, rotem Fleisch, Bier, Milch, Gemüse, Zucker und Süßigkeiten, Eiern und tierischen Fetten. Dass mehr Obst und Gemüse verfügbar ist, ist in allen teilnehmenden Ländern beobachtet worden. In Südeuropa sind die höchsten Gemüse-mengen im Vergleich zu 1961 festgestellt worden. Relativ stark gesunken ist das Angebot für Kartoffeln (-26%) und auch von Getreide (-8%).

Bezogen auf alle teilnehmenden Länder ist festzustellen, dass das Angebot an tierischen Lebensmitteln stärker gestiegen ist als das Angebot von pflanzlichen Lebensmitteln.

Die verfügbare Gesamtenergiemenge in der EU ist von ca. 14,6 MJ/Kopf/Tag auf ca. 17,1 MJ/Kopf/Tag angestiegen (von 3489 auf 4087 kcal/Kopf und Tag).

Milch und Milchprodukte sind am häufigsten in finnischen Haushalten zu finden, in belgischen Haushalten am seltensten. Ein höherer Verbrauch bei niedrigerem Bildungsgrad ist in Österreich, Finnland, Norwegen, Spanien festzustellen. Ein höherer Verbrauch an Milch und Milchprodukten bei höherem Bildungsgrad haben Belgier, Deutsche, Griechen, Portugiesen und Norweger.

Griechenland und Belgien sind die Länder mit dem höchsten Käsekonsum, hauptsächlich in Haushalten mit höherem Bildungsniveau.

In allen Teilnehmerländern werden häufig Fleisch und Fleischprodukte konsumiert, wobei es Unterschiede in der Auswahl der bevorzugten Fleischsorte gibt. Geflügel kommt besonders häufig in Spanien und Ungarn auf den Tisch, in Mitteleuropa sind es eher die Fleischprodukte. Im Allgemeinen ist ein Rückgang des Fleischverzehrs bei höherem Bildungsniveau zu beobachten.

Obst und Gemüse werden am meisten in den südlichen Ländern verzehrt. Griechische Haushalte verfügen über die höchsten Gemüse-mengen, Finnland und Norwegen über die niedrigsten. In Südeuropa ist eine grundlegende Bildung des Familienoberhaupts mit einem höheren Gemüsekonsum assoziiert. Der umgekehrte Trend ist zu beobachten in Mittel- und Nordeuropa. Relativ hoch ist der Obstverzehr in mediterranen Ländern, jedoch ist er auch in Österreich und Deutschland beachtlich. Außer in Österreich, Spanien und Italien wird am meisten Obst in Haushalten mit einem höheren Bildungsniveau verzehrt.

**Quelle:**

- Ann Nutr. Metab **48** (2004) 4

**Das kardiovaskuläre Risiko des Typ 2 Diabetes: Koronare Herzkrankheit und periphere arterielle Durchblutungsstörungen**

Zander E. et al., Karlsburg

In einer klinischen Querschnittsstudie wurden 1442 Typ 1 Diabetiker eingeschlossen. Von diesen hatten 1295 Patienten weder eine KHK noch PAVK (Gruppe 0), 52 Patienten litten an einer KHK ohne PAVK (Gruppe I), 57 Patienten hatten eine PAVK ohne KHK (Gruppe II) und 38 Patienten hatten sowohl eine KHK als auch PAVK (Gruppe III).

Die Typ 1 Diabetiker der Gruppe II waren zu 61,7% männlichen Geschlechts. Sie waren zu 43,9% in der Altersgruppe 40-60 Jahre und zu 52,6% in der Altersgruppe >60 Jahre verteilt. Die Patientengruppe III bestand zu 76,3% aus über 60jährigen Patienten. In der Gruppe II waren 19,3% der Patienten aktuelle Raucher (P<0,05 vs. I). 63,2% der Patienten der Gruppe II hatten einen HbA<sub>1c</sub> >8% (P>0,05 vs. 0). Im Vergleich zur Kontrollgruppe hatten die Patienten der Gruppen I, II, und III hohe Prävalenzen an Mikroalbuminurie von 19,2% (P<0,05), 29,8% (P<0,01) und 31,6% (P<0,01), an Makroalbuminurie in der Gruppe III von 15,8% (P<0,01), an Neuropathie von 50,0% (P<0,01), 63,2% (P<0,01) und 42,1% (P<0,01), sowie an proliferativer Retinopathie von 19,2% (P<0,01), 31,6% (P<0,01) und 47,2% (P<0,01).

KHK und PAVK waren stärker zur Diabetesdauer (P<0,01) als zum Lebensalter assoziiert. Ein gemeinsames Risiko einer KHK und PAVK bestand bei Vorhandensein der klassischen Risikofaktoren Hypertonus, erhöhtes Cholesterin, erniedrigtes HDL-C, erhöhte Triglyceride sowie bei Nephropathie, proliferativer Retinopathie und diabetischer Neuropathie. Im Unterschied zum KHK-Risiko besteht ein erhöhtes PAVK-Risiko beim männlichen Geschlecht, bei Rauchen, chronischer Hyperglykämie und Mikroalbuminurie.

**Quelle:**

- Diabetes und Stoffwechsel **14** (2005) 119

**Stellungnahme der DDG zur Verwendung von Zimt und anderen pflanzlichen Produkten als Antidiabetika bei Typ 2 Diabetes**

Derzeit sind weit über 100 Arzneipflanzen mit hypoglykämischer Wirkung bekannt. Sie spielen eine große Rolle in der Dritten Welt bzw. in der traditionellen Medizin dieser Länder. Zu ihnen gehört auch Zimt (die Rinde von Zimtbäumen, Cinnamomum verum oder Cinnamomum cassia) und Bittermelone (Momoridica charantia). Die Inhaltsstoffe des Zimts

sollen die Insulinsensitivität steigern und antioxidativ wirken.

Aus Pakistan wurde kürzlich eine Studie veröffentlicht, die eine blutzucker- und lipidsenkende Wirkung von täglich 1 bis 6 Gramm Zimt – ohne Dosisabhängigkeit in diesem Bereich – bei Typ 2 Diabetes-Patienten zeigt. Diese Patienten erhielten gleichzeitig auch Glibenclamid. Eine Standardisierung auf wirkungsrelevante Inhaltsstoffe war nicht vorgenommen worden. Derzeit ist über Langzeiteffekte von Zimt, was klinische Endpunkte und insbesondere auch seine Toxikologie betrifft, nichts bekannt.

Im Handel sind gegenwärtig in Deutschland z.B. ein offenbar nicht standardisierter, wässriger Extrakt mit dem Namen „Diabetruw“ der Firma Truw Arzneimittel, der zu 1g Zimt äquivalent sein soll sowie ein Zimtpräparat namens „Alfiroyal“, das über Reformhäuser vertrieben wird.

Die Firma Sandoz stellt ein Präparat aus Bittermelone her mit dem Namen Glukokine® als „Nahrungsergänzungsmittel mit gesundheitsfördernden Eigenschaften zur Unterstützung für einen gesunden Zuckerhaushalt“ und bewirbt dieses mit Anzeigen z.B. im „Diabetes-Ratgeber“ in Apotheken. Inhaltsstoffe sind Flavonoide (Gelbstoffe) und Saponine. Die Bittermelone dient u.a. in Indien als Gemüse. Als stoffwechselrelevante Parameter wurden im Tierversuch eine Steigerung der Insulinsekretion sowie eine Verbesserung der Glucosetoleranz beschrieben.

In naturheilkundlichen (Modell-)Kliniken Deutschlands werden Pflanzenextrakte zusätzlich zur Pharmakotherapie eingesetzt.

Ein von den traditionellen Heilern der Indianer Mexikos bei Zuckerkrankheit verwendeter Sud aus den Blättern des Baumes *Cecropia obtusifolia* soll laut Bericht der „Neuen Züricher Zeitung“ das Interesse eines großen deutschen Pharmakonzerns geweckt haben. Bevor ein daraus gewonnenes Diabetes-Medikament jedoch auf den deutschen Arzneimittelmarkt kommen kann, wird es – ebenso wie jedes andere Medikament – die vorgeschriebenen Überprüfungen auf Wirksamkeit und Sicherheit durchlaufen haben.

In Anbetracht der Tatsache, dass die Einstellung von Patienten, insbesondere mit Typ 2 Diabetes, mit den in westlichen Ländern bereits zur Verfügung stehenden, gut geprüften Antidiabetika nicht einfach ist, kann nicht empfohlen werden, zusätzlich oder anstelle von ihnen Zimt- oder andere Naturprodukte anzuwenden. Dies gilt insbesondere für nicht näher bewertbare pflanzliche Stoffe in Nahrungsergänzungsmitteln, die keine Zulassung als Arzneimittel haben und daher auch nicht den pharmakologischen, klinischen und sicherheitsrelevanten Anforderungen an ein Arzneimittel genügen.

Für die zivilisierte Welt gilt immer noch, dass der Nachweis einer ausreichenden blutzuckersenkenden Wirkung standardisierter Produkte in randomisierten Studien zu führen wäre, zuvor aber die Notwendigkeit toxikologischer Prüfungen auch zur Langzeitsicherheit besteht. Letztlich haftet nicht der Anbieter, sondern der Arzt für die Unbedenklichkeit, wenn vom Anbieter derartiger Produkte darauf verwiesen wird, diesbezüglich „den Arzt zu fragen“.

Von der Anwendung pflanzlicher, nicht den Anforderungen unseres Arzneimittelrechts entsprechender Produkte ist abzuraten.

### Quelle:

- Diabetes und Stoffwechsel **14** (2005) DDG 8

### Stellungnahme der DDG zum Thema Mehraufwand für Diabeteskost

Laube, H; Vorsitzender des Ausschusses Ernährung der DDG

Der Ausschuss Ernährung hatte bereits 1999 unter der Leitung von Frau Dr. M. Toeller dazu Stellung genommen und eindeutig eine finanzielle Mehrbelastung von Diabetikern durch zusätzliche Kosten bei der Ernährung verneint!

Außerdem möchte ich in diesem Zusammenhang auf den „Begutachtungsfaden für den Mehrbedarf bei krankheitsbedingter kostenaufwendiger Ernährung“ (§23 (4) BSHG) des Arbeitsausschusses der Sozialdezernenten Westfalen-Lippe aus dem Jahre 2002 hinweisen, der, von Gesundheitsämtern in Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Hessen erstellt, ebenfalls Mehrkosten bei der Ernährung von Diabetikern mit und ohne Übergewicht ausdrücklich verneint.

Demgegenüber steht die Empfehlung des „Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge“ in Frankfurt/M., der, zuletzt in einem Schreiben vom 12.07.2001, die Gewährung eines Mehrbedarfs für nicht übergewichtige Typ 2 Diabetiker ausdrücklich befürwortet. Außerdem wird in diesem Zusammenhang gerne auf ein Urteil des Verwaltungsgerichts Göttingen hingewiesen, in dem, gestützt durch ein Gutachten der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin, die Ernährung von insulinpflichtigen Diabetikern mit einer höheren finanziellen Belastung in Verbindung gebracht wird. Die Mehrkosten seien dabei besonders bei Einhaltung einer eiweißarmen und energiereduzierten Kost spürbar, da die speziellen Diätprodukte teurer seien (Ärztezeitung Januar 2001).

Die in Deutschland absurderweise noch immer geltende Diätverordnung (von 1988 und der Neuordnung über Zusatzstoffe vom 29.01.1998, BGB I S.

230) ist maßgeblich für die Verwirrung und die widersprüchlichen Stellungnahmen zum erhöhten Aufwand einer Diabetikerkost verantwortlich zu machen. Dort werden das Zuckerverbot und der kostenintensive Gebrauch von Zuckeraustauschstoffen (Diätprodukte) gesetzlich vorgeschrieben. Leider hat das zuständige Ministerium eine Anpassung dieser Diätverordnung an neuere wissenschaftliche Erkenntnisse und an die Verordnung anderer Staaten in der EU (wie von Brüssel mehrfach gefordert) bisher nicht vollzogen.

Eine erneute Initiative des Ausschusses Ernährung DDG ist dazu jetzt in Vorbereitung.

Auf der letzten Tagung des Ausschusses Ernährung DDG am 01.10.2004 in Frankfurt/M. wurde über diese Problematik erneut intensiv diskutiert. Die anwesenden Ausschussmitglieder waren dabei einstimmig der Meinung, dass, gestützt auf aktuelle wissenschaftlich gesicherte und evidenzbasierte Empfehlungen, Mehrkosten zur Ernährung von Typ 1 und Typ 2 Diabetikern nicht entstehen.

Bei den ärztlichen Gutachten zu Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach den im zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) genannten Erkrankungen, für die die Gewährung eines Mehrbedarfs empfohlen wird, ist der Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 nach Auffassung des Ausschusses Ernährung DDG nicht betroffen. Dies beruht nicht zuletzt auf der von allen größeren nationalen und internationalen Diabetes-Fachgesellschaften akzeptierten Feststellung, dass es keine Nahrungsmittel gibt, die für die Ernährung von Diabetikern besonders vorteilhaft seien. Die Ernährung eines Patienten mit Diabetes kann daher mit den gleichen Nahrungsmitteln erfolgen wie bei Gesunden.

**Quelle:**

- Diabetes und Stoffwechsel **14** (2005) DDG 6

**Beginn einer Insulintherapie bei Typ 2 Diabetes – ein Vergleich von biphasischen und basalen Insulinanaloga**

Raskin P et al., Dallas, USA

In einer 28-wöchigen Parallelgruppenstudie wurden 233 neu auf Insulin eingestellte Patienten mit HbA<sub>1c</sub>-Werten  $\geq$  8% und eine Metformindosis von  $>$ 1000 mg/d in Monotherapie oder in Kombination mit anderen OADs randomisiert. Die Metformindosis wurde auf bis zu 2.550 mg/d angepasst, bevor die Insulintherapie mit entweder 5-6 Einheiten BIAsp 70/30 zweimal täglich oder mit 10-12 Einheiten Glargine vor dem Schlafengehen begonnen wurde und anschließend auf Zielblutzuckerwerte (80-110 mg/dl) durch eine algorithmus-unterstützte Titration gesteigert wurde.

Insgesamt beendeten 209 Patienten die Studie. Bei Studienende war der mittlere HbA<sub>1c</sub> in der BIAsp-70/30-Gruppe (6,91  $\pm$  1,17 vs. 7,41  $\pm$  1,24%, p<0,01). Die HbA<sub>1c</sub>-Absenkung war in der BIAsp-70/30-Gruppe ausgeprägter als in der Glargine-Gruppe (-2,79  $\pm$  0,11 vs. -2,36  $\pm$  0,11%, respektive, p<0,01), speziell bei Personen mit einem Ausgangswert des HbA<sub>1c</sub>  $>$ 8,5 (-3,13  $\pm$  1,63 vs. -2,60  $\pm$  1,50%, respektive, p<0,05). Mehr Patienten in der BIAsp-70/30-Gruppe erreichten das Ziel-HbA<sub>1c</sub> als Patienten in der Glargine Gruppe (HbA<sub>1c</sub>  $<$  6,5% : 42 vs. 28%, p<0,05; HbA<sub>1c</sub>  $<$ 7,0%:66 vs. 40% , p<0,001). Leichte Hypoglykämien (Ereignisse/Jahr) waren in der BIAsp-Gruppe häufiger als in der Glargine-Gruppe (3,4  $\pm$  6,6 und 0,7  $\pm$  2,0, respektive, p<0,05). Die Gewichtszunahme und die tägliche Insulindosis waren in der BIAsp-Gruppe größer als in der Glargine Gruppe (Gewichtszunahme 5,4  $\pm$  4,8 vs. 3,5  $\pm$  4,5 kg, p<0,01; Insulindosis: 78,5  $\pm$  39,5 und 51,3  $\pm$  26,7 Einheiten/Tag respektive).

Bei Patienten mit Typ 2 Diabetes, die eine schlechte Stoffwechselkontrolle unter OADs aufweisen ist demnach der Beginn einer Insulintherapie mit zweimal täglichen Gaben von BIAsp-70/30 effektiver zur Erreichung der HbA<sub>1c</sub>-Zielwerte als Insulin Glargine einmal täglich, besonders bei den Patienten, die ein HbA<sub>1c</sub> von  $>$ 8,5% haben.

**Quelle:**

- Diabetes Care **28** (2005) 260-265

**„Fast Food“ –Verzehr, Gewichtszunahme und Insulinresistenz (die CARDIA-Studie): Eine prospektive Analyse über 15 Jahre**

Pereira MA et al., Minneapolis, USA

Der "Fast Food" –Verzehr hat in den letzten drei Dekaden in den USA massiv zugenommen. Wenig Aufmerksamkeit hat allerdings der Effekt von „Fast Food“ auf das Adipositas-Risiko erhalten. Es wurde deshalb die Assoziation zwischen berichtetem „Fast Food“ –Verzehr und Veränderung des Körpergewichts und der Insulinresistenz über einen Zeitraum von 15 Jahren in den USA untersucht.

Teilnehmer der CARDIA-Studie waren 3.031 junge (Alter 18-30 Jahre zur Zeit des Studieneinschlusses 1985-1986) schwarze und weiße Erwachsene, die nachbeobachtet und wiederholt über ihr Ernährungsverhalten befragt wurden. Es wurden lineare Regressionsmodelle angewendet, um die Assoziation von Häufigkeit des „Fast Food“ –Restaurant-Besuchs („Fat Food-Häufigkeit“) bei Studienbeginn und bei den Nachuntersuchungen mit den Veränderungen von Körpergewicht und des Homöostasemodells

(HOMA) für Insulinresistenz über 15 Jahre zu untersuchen.

Die „Fast Food-Häufigkeit“ war am niedrigsten bei weißen Frauen (etwa 1,3 mal/Woche), verglichen mit anderen ethnischen und Geschlechtergruppen (etwa 2 mal/Woche). Nach Adjustierung von „Lifestyle“ – Faktoren war die „Fast Food-Häufigkeit“ bei Studienbeginn direkt assoziiert mit Veränderungen des Körpergewichts sowohl bei schwarzen ( $p=0,005$ ) als auch bei weißen Personen ( $p=0,0013$ ). Veränderungen der „Fast Food-Häufigkeit“ über 15 Jahre waren direkt assoziiert mit Veränderungen im Körpergewicht bei weißen Individuen ( $p<0,0001$ ), mit einer schwächeren Assoziation bei Schwarzen ( $p=0,1004$ ). Die Veränderungen waren auch direkt assoziiert mit der Insulinresistenz in beiden ethnischen Gruppen ( $p=0,0015$  bei schwarzen Personen,  $p<0,0001$  bei weißen Personen). Im Vergleich zu der über 15 Jahre durchschnittlichen Gewichtszunahme bei den Studienteilnehmern, die selten (weniger als 1 mal/Woche) „Fast Food“ –Restaurants bei Studienbeginn oder später aufsuchten ( $n=203$ ), nahmen die Personen mit häufigen Besuchen (mehr als 2 mal/Woche) ( $n=87$ ) zusätzlich 4,5 kg Körpergewicht zu ( $p=0,0054$ ) und hatten einen zweifach größeren Anstieg der Insulinresistenz ( $p=0,0083$ ).

Der „Fast Food“ –Verzehr hat demnach eine starke Assoziation mit Gewichtszunahme und Insulinresistenz. Das bedeutet, dass „Fast Food“ das Risiko für Fettsucht und Typ 2 Diabetes erhöht.

**Quelle:**

- Lancet **365** (2005) 36-42

**Machen Diäten schlank, gesund oder beides? Ein Vergleich zwischen Atkins“, „Zone“, „Weight Watchers“ und „Ornish“**

Dansinger M. et al., Boston USA

160 Übergewichtige bzw. Adipöse im Alter von 22 – 72 Jahren mit einem durchschnittlichen BMI von 35 kg/m<sup>2</sup> sowie bekannter arterieller Hypertonie, Dyslipoproteinämie und erhöhten Nüchtern-Blutglukose-Werten wurden in eine Studie aufgenommen. Randomisiert folgten je 40 Teilnehmer den Diät-Empfehlungen von Atkins (Kohlenhydrat-Restriktion), Zone (Zucker- und Weißmehl-Restriktion), Weight-Watchers (Kalorien-Restriktion) oder Ornish (Fett-Restriktion). Im Anschluss an eine zweimonatige Initialphase mit restriktiver Einhaltung konnten die Teilnehmer selbst wählen, ob sie die Diät-Vorgaben restriktiv oder flexibel einhielten. Nach einem Jahr wurden Veränderungen des Körpergewichts und der kardiovaskulären Risikofaktoren bestimmt und aktuelle Ernährungsberichte der Patienten erhoben.

Einschließlich der Studienabbrecher betrug die durchschnittliche Gewichtsabnahme nach einem Jahr unter Atkins 2,1 kg, unter Zone 3,2 kg, unter Weight Watchers 3,0 kg und unter Ornish 3,3 kg. Die Abbrecherquote betrug in der Atkins-Gruppe 47%, in der Zone-Gruppe 35%, in der Weight-Watchers-Gruppe 35% und in der Ornish-Gruppe 50%. In allen Gruppen sank der LDL-/HDL-Cholesterin-Quotient im Jahresverlauf um ca. 10% (jeweils  $p<0,05$ ). Keine signifikanten Veränderungen zeigten sich beim Blutdruck oder der Blutglukose. Zwischen dem Grad der Gewichtsabnahme und der Diätform wurde kein signifikanter Zusammenhang festgestellt ( $r=0,07$ ;  $p=0,40$ ), wohl aber zwischen der Gewichtsabnahme und dem Gesamt-/HDL-Cholesterin-Quotienten, dem Wert für C-reaktives-Protein und dem Insulin-Spiegel ( $r=0,36$ ;  $0,37$ ;  $0,39$ ). Dieser Zusammenhang galt in allen vier Diät-Gruppen.

**Quelle:**

- JAMA **293** (2005) 43-53

**Rotwein kann vor Schlaganfall schützen**

Mukamal KJ et al, Boston USA

In einer prospektiven Kohortenstudie zur „Health Professionals Follow-Up Study“ wurde erfasst, inwieweit Alkohol das Risiko für einen ischämischen Schlaganfall verringert.

In dieser Studie werden seit 1986 die Lebensgewohnheiten und Erkrankungen von 38.156 Männern im Alter von 40-75 Jahren aus verschiedenen Gesundheitsberufen erfasst. Alle 2 Jahre beantworten die Teilnehmer detaillierte Fragebögen, die unter anderem Ernährungsgewohnheiten und Alkoholkonsum erfragten. Erfasst wurde das Trinkverhalten, die täglich konsumierte Alkoholmenge sowie die Art des Getränks (Bier, Weißwein, Rotwein oder stärkere Getränke wie Whisky und Branntwein).

Von den 38.156 Teilnehmern, die zu Studienbeginn frei von kardiovaskulären Erkrankungen waren, erlitten im Rahmen der 14-jährigen Studiendauer 412 einen ischämischen Schlaganfall. Im Vergleich zu Abstinenzlern wurde bei geringem Alkoholkonsum (0,1 – 9,9 g/d) ein relatives Risiko (RR) von 0,99 (95% Konfidenzintervall [KI], 0,72-1,37), bei moderatem Alkoholkonsum (10,0 – 29,9 g/d) ein RR von 1,26 (95% KI, 0,90 – 1,76) und bei starkem Alkoholkonsum (≥ 30g/d) ein RR von 1,42 (95% KI, 0,44 – 1,05) gesenkt werden. Tendenziell war insbesondere Rotwein invers mit dem Auftreten eines ischämischen Schlaganfalls assoziiert.

**Quelle:**

- Ann Intern Med **142** (2005) 11-19

### Nachlese zur 6. wissenschaftlichen Tagung des BDEM in Nürnberg

Rabast U, Hattingen

Die 6. Jahrestagung des BDEM in Nürnberg am 18.-20. Mai 2005 fand erstmals als gemeinsame Tagung mit dem Bundesverband der Diätassistenten (VDD) und in Kooperation mit dem Verband der Diplom-Oecotrophologen (VDO<sub>E</sub>) statt. Die VDD-Tagung wird seit 47 Jahren traditionell im April bzw. Mai abgehalten. Der Zeitpunkt der Tagung – von Mittwoch bis Freitag – war durch das bestehende Tagungsprogramm des VDD vorgegeben. Das BDEM-Programm wurde in das Gesamtprogramm integriert. Die gesamte Teilnehmerzahl war mit 1.500 beeindruckend, die Zahl der BDEM-Teilnehmer trotz des ungünstigen Zeitrahmens in der Mitte der Woche erstaunlich hoch. Die meisten der befragten BDEM-Mitglieder waren von der Tagung begeistert.

Sowohl im Präsidium als auch in der Mitgliederversammlung wurde daher einstimmig beschlossen, die Tagung in dieser oder ähnlicher Form im Jahre 2006 erneut stattfinden zu lassen. Erfreulich war die Teilnehmerzahl der Mitgliederversammlung, in der die anwesenden BDEM-Mitglieder nahezu vollständig erschienen. Einzelheiten über die Mitgliederversammlung erscheinen an einer anderen Stelle (Aktuelle Ernährungsmedizin).

Dem Wunsch nach einer Tagung am Freitag und Samstag im Jahr 2006 wird Rechnung getragen. Die nächste gemeinsame Tagung findet vom 28. bis 29. April 2006 in Wolfsburg statt.

### BDEM-Update

Klein D., Offenbach

Den Vorsitz für die Veranstaltung am Donnerstagnachmittag hatten Prof. Dr. Gerd Oehler und Prof. Dr. Udo Rabast. Die Veranstaltung des BDEM wurde von zahlreichen Teilnehmern des Gesamtkongresses besucht. Der gute Besuch dokumentiert das immense Interesse an interdisziplinären Veranstaltungen.

Zunächst referierte Prof. Dr. M. J. MÜLLER aus Kiel zum Thema „**Adipositas – Ursachen, Häufigkeit, Therapiemöglichkeiten**“.

Adipositas ist ein „Bilanzproblem“ zwischen Energieaufnahme und Energieverbrauch. Eine „Imbalanz“ von 5% (z.B. 100 kcal von 2000 kcal) führt rein rechnerisch zu einer Gewichtszunahme von 5 kg pro Jahr. Er sieht die Adipositas als ein Public-Health – Problem und diskutierte die Aussage „*Obesity is a socioeconomic issue and medical approaches will not work*“.

In Deutschland liegt die Häufigkeit bei den Männern bei 18 %, 49 % sind übergewichtig, bei den Frauen sind 21% adipös und 25% übergewichtig. Er verwies auf die Leitlinien zur Adipositasbehandlung und stellte die Frage, welche „Programme“ als geeignete Maßnahmen in der Adipositasbehandlung anzusehen sind, dies sind Ernährung, körperliche Aktivität, Motivation, medikamentöse Behandlung und chirurgische Maßnahmen.

Viele Programme führen nach einem Jahr zu einer mittleren Gewichtsabnahme von 4 kg. Die „Compliance“ der Patienten nimmt im Verlauf aber deutlich ab.

In der KOPS (Kiel Obesity Prevention Study) zeigte sich die bedrohliche Zunahme des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen. Ein wichtiger Einflussfaktor ist der niedrige soziale Status. Wegen der Bedeutung der sozialen Einflussfaktoren fordert er mehr soziales Engagement der Ärzte.

Prof. Dr. G. OEHLER aus Mölln stellte diabetische Therapieoptionen beim Diabetes mellitus vor.

Die Prävention des Diabetes erlangt zunehmende Bedeutung. In den Präventionsstudien zeigten Lebensstil-Interventionen die beste Wirksamkeit. Das Bindeglied zwischen Diabetes und kardiovaskulären Erkrankungen ist die Insulinresistenz. Wichtigstes Therapieziel ist die Behandlung der Insulinresistenz. Bei körperlicher Aktivität steigt die Insulinsensitivität.

In den aktuellen Ernährungsempfehlungen für Diabetiker wird ein Kohlenhydratanteil von 45-60% der Gesamtenergie empfohlen. Auf einen niedrigen glykämischen Index (niedrige glykämische Last) ist zu achten. Die Nahrung sollte ballaststoffreich sein. Eine moderate Aufnahme von freiem Zucker bzw. Saccharose ist möglich (10%).

Bezüglich der Proteinqualität gibt es keine evidenzbasierten Grundlagen, also keine Empfehlungen, welche Proteine der Diabetiker bevorzugen sollte.

Die Kochsalzzufuhr sollte unter 6g/Tag liegen. Auf ausreichende Zufuhr von Magnesium und Zink ist zu achten, eine moderate Alkoholaufnahme ist akzeptabel: Frauen 10g/Tag, Männer 20g/Tag.

Prof. Dr. P. STEHLE aus Bonn stellte die Frage: Was ist sinnvoll bei den funktionellen Lebensmitteln und den Nahrungsergänzungsmitteln?

Nahrungsergänzungsmittel sind Lebensmittel mit nachweislich positiver Funktion bezüglich der Gesundheit, Leistungsfähigkeit oder Wohlbefinden. Allerdings sind eine Reihe von Begriffen ohne rechtliche Grundlage, z.B. *Functional Food*, *Nutraceuticals* und *Designer Food*.

Lässt sich das Erkrankungsrisiko von chronischen/degenerativen Krankheiten mit funktionellen Lebensmitteln verringern? Die Antwort: Nein.

Ergebnisse bisheriger Interventionsstudien sind inkonsistent. Die Verabreichung von Antioxidantien/Vitaminen hat bei Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs keine positiven Effekte gezeigt. So bedingte die zusätzliche Gabe von 30 mg  $\beta$ -Carotin ein erhöhtes Lungenkrebsrisiko.

Von Interesse ist die Frage, ob in der Bevölkerung überhaupt ein Nährstoffmangel bzw. ein Risiko für eine Unterversorgung mit Vitaminen und essentiellen Nährstoffen gegeben ist. Dies gilt für Vitamin D und Folsäure, bei Frauen für Eisen und bei Älteren für Calcium und Jod. Mit diesen Nährstoffen angereicherte funktionelle Lebensmittel könnten deshalb durchaus sinnvoll sein.

Lässt sich mit funktionellen Lebensmitteln Übergewicht vermeiden? Bisherige Studien ergaben keinen signifikanten Vorteil von Functional Food mit niedriger Energiedichte oder niedrigem glykämischen Index hinsichtlich einer Verhinderung von Übergewicht.

Auch eine zusätzliche Verabreichung bestimmter Aminosäuren bei chronischen Krankheiten, z.B. Glutamin, Cystein oder Glycin bringt in der Regel keinen Benefit. Lediglich bei katabolen/metabolisch gestressten Patienten kann dies sinnvoll sein.

Der Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln ist zusammenfassend nur bei nachweislichem Nährstoffmangel sinnvoll.

Frau Dr. Gudrun ZÜRCHER aus Freiburg stellte zum Thema „**Aging – Antiaging, Facts and Fantasies**“ die Frage: Woran sterben wir? Welche Faktoren beeinflussen unsere Lebenserwartung? Haupttodesursachen sind Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Diabetes und Adipositas. Die Gesamt-Lebenserwartung liegt in Deutschland für Frauen bei 81 und für Männer bei 75 Jahren. Die Zeitspanne, in der Gesundheit vorliegt, beträgt bei Frauen 72 und bei Männern 68 Jahre. Die Hinfälligkeit steigt mit dem Alter an. Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Demenz am Ende unseres Lebens erstrecken sich also über 9 Jahre bei Frauen und über 7 Jahre bei Männern.

Als Faktoren, die sowohl den Herzinfarkt als auch Alterungsprozesse beeinflussen, gelten: Rauchen, Diabetes, Hypertonie, Hypercholesterinämie, abdominelle Adipositas, körperliche Inaktivität, psychosozialer Stress/Depression. Schutzfaktoren sind dagegen: Obst und Gemüse, mäßig Alkohol. Fehlen die genannten Risikofaktoren so ist die Lebenserwartung 6 – 9 Jahre länger.

Der positive Effekt der mediterranen Ernährung ist nachgewiesen.

Auch eine bewusste Kalorienrestriktion im frühen Erwachsenenalter kann die Lebenserwartung um 30-40% erhöhen.

Wird mit der Kalorienrestriktion im mittleren Lebensalter begonnen, kann die Lebenserwartung immer noch um 20% erhöht werden.

Für eine Vitaminsupplementierung gibt es keine gesicherten Daten, Vitamine sind kein Ersatz für einen gesunden Lebensstil.

Auch fehlen Hinweise auf eine generelle positive Wirkung für die Vitamin- und Mineralstoffsupplementierung.

Entscheidend mitverantwortlich für das Auftreten von Krankheiten und unsere Lebenserwartung ist letztlich unser Lebensstil.

### Podiumsdiskussion

Der Kongress endete am Freitag Nachmittag mit einer Podiumsdiskussion zum Thema „**Gemeinsam handeln für eine gute Patientenversorgung – eine berufspolitische Diskussion: Chancen – Grenzen – Schwierigkeiten**“. Auf dem Podium waren vertreten der VDD durch Frau Doris Steinkamp, der VDO<sub>E</sub> durch Frau Dr. oec. troph. Andrea Dittrich sowie der BDEM durch Herrn Prof. Dr. Udo Rabast und Herrn Dr. Bertil Kluthe. Die Moderation übernahm Herr Dr. Dieter Klein aus Offenbach/Main, Vorstandsmitglied des BDEM.

Nach der Vorstellung des gemeinsamen Positionspapiers der drei Berufsverbände BDEM, VDD und VDO<sub>E</sub> begann eine lebhafte Diskussion mit dem Auditorium. Sie zeigte, wie wichtig die Zusammenarbeit von Ärzten, Diätassistentinnen und Ökotrophologen ist. Der Gedanke des „**Ernährungstherapeutischen Teams**“ ist aber vielen noch fremd. Nur gemeinsam können wir uns als die Spezialisten für Ernährungsberatung und Ernährungstherapie positionieren und uns von den zahlreichen produktabhängigen „Beratern“ abgrenzen und positiv abheben. Das Positionspapier und weitere Informationen über die Arbeitsgemeinschaft der Berufsverbände der qualifizierten ernährungsberatend tätigen Berufe Deutschlands finden sich auf der Internetseite [www.aqed.de](http://www.aqed.de)

Abschließend wurde zum nächsten Jahreskongress eingeladen, der nach dem diesjährigen Erfolg wieder als eine gemeinsame Tagung aller drei Berufsverbände am 28./29. April 2006 in Wolfsburg stattfinden soll. Bitte merken Sie sich schon heute diesen Termin vor.

### **Leserbefragung – das Ergebnis einer Umfrage**

die zunehmende Nutzung des Internets auf dem Zeitschriftensektor hat in der Redaktion die Idee aufkommen lassen zu prüfen, wie derzeit die Interessenlage bei den Abonnenten des „**Ernährungsmediziners**“ ist. Die Frage, die sich stellt ist, wie hoch der Prozentsatz der Bezieher ist, die anstelle des bisherigen Druckverfahrens eine Einstellung in das Internet wünscht.

Das Ergebnis der Umfrage war eindeutig:

79,4 % der Antworten bevorzugten die Druckversion

18,7% favorisierten eine Präsentation im Internet

1,9% votierten für beides

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

**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, G. Bönner, B. Kluthe, Freudenstadt; U. Rabast, Hattingen

Auskunft und Bundesverband Deutscher

Anmeldung bei: Ernährungsmediziner e.V. (BDEM)

Reichsgrafenstr. 11

79102 Freiburg

Tel.: 07 61 / 70 40 214

Fax: 07 61 / 7 20 24

Email: [info@bdem.de](mailto:info@bdem.de)

Internet: <http://www.daem.de>