

Der Ernährungsmediziner

Unabhängiger Informationsdienst

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



Jahrgang 7, Nr. 4

November 2005

Liebe Leserin, lieber Leser,

Ernährungsmedizinische Präventions- und Therapieangebote sind in der letzten Zeit in größerer Zahl konzipiert worden, es fehlt allerdings vielerorts von Patientenseite an Information, geeignete Angebote zu nutzen. Um die bestehenden Angebote auf regionaler Basis zusammenzustellen und somit besser verfügbar zu machen, wurde ein Netzwerk der verschiedenen Berufsgruppen für Baden-Württemberg ins Leben gerufen. Das Netzwerk Baden-Württemberg findet sich auf den Internetseite des Netzwerks (www.netzwerk-ernaehrungsmedizin.de). Hier sind die Adressen von lokalen Ansprechpartnern sowie Verweise auf regionale und überregionale Beratungs- und Informationsangebote gelistet.

Es ist wünschenswert, dass weitere Netzwerke in absehbarer Zeit dem Beispiel folgen und damit ein deutschlandweites Netzwerk zur Verfügung steht.

Ihr Prof. Dr. med. Reinhold Kluthe

In dieser Ausgabe:

- Gemeinsam für die Gesundheit – das „Netzwerk Ernährungsmedizin Baden-Württemberg“ gegründet
- Brote statt Kuchen in Frankreichs Schulen
- Mit Pflanzensterolen angereicherten Milch bzw. Joghurt senkt effektiver das Serumcholesterin bei Hypercholesterinämie
- Risikoabschätzung möglicher Nebenwirkungen einer Langzeitverabreichung von Kreatin bei Profi-Basketballern
- Positionspapier des nationalen Aktionsforums Diabetes mellitus
- Evaluation des DGE-Selbsthilfeprogramms „Ich nehme ab“
- Obstreiche Ernährung senkt Risiko für die Entwicklung des Typ 2 Diabetes
- Der Codex Alimentarius (das internationale Lebensmittelrecht)
- Sondersteuer auf Hamburger, Pommes und Cola soll US-Bürgern ihr Fast Food vermiesen
- Nordic Walking – die aktuelle Gesundheitsbewegung
- Diätberatung auf ärztliche Anordnung ist umsatzsteuerfrei
- „Nutrition Day in europäischen Krankenhäusern
- Einbeziehung der Eltern bei der Behandlung von Übergewicht unverzichtbar
- Einfluss von Food-Werbung auf Kinder und Jugendliche
- **Diabetes Teuerste krankheit**

Gemeinsam für die Gesundheit – das Netzwerk Ernährungsmedizin Baden-Württemberg gegründet

B. Kluthe, Freudenstadt

Landesweite Zusammenarbeit zur Verbesserung der ernährungsmedizinischen Versorgung

Mehr als jeder zweite Einwohner von Baden-Württemberg leidet mittlerweile an ernährungsbedingten Erkrankungen wie Übergewicht, Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2 oder an statisch bedingten Gelenkerkrankungen wie Hüft- und Kniegelenksarthrosen. Besonders erschreckend ist die Zunahme von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Diese Entwicklung macht ein rasches handeln erforderlich.

Ernährungsmedizinische Präventions- und Therapieangebote wurden zwar mittlerweile konzipiert, sind aber in der Bevölkerung noch nicht ausreichend bekannt. Um die bereits existierenden Angebote auf regionaler Basis zu sammeln, zu bündeln und aufeinander abzustimmen, haben Vertreter verschiedener Berufsgruppen (Ernährungsmediziner, Diätassistenten, Ernährungswissenschaftler und Ernährungsforscher) am 19. Juli 2005 in Freudenstadt das Netzwerk Ernährungsmedizin Baden-Württemberg ins Leben gerufen.

Im Rahmen des Gründungskongresses am 22./23. Juli 2005 wurde unter dem Leitthema „Teamarbeit und Netzwerke in der Ernährungsmedizin“ der besondere Stellenwert einer konstruktiven, strukturierten Zusammenarbeit hervorgehoben. Interdisziplinäre Ernährungsteams, die im stationären Bereich – beispielsweise an Rehabilitations-

kliniken – schon lange bestehen, werden derzeit auch im ambulanten Sektor aufgebaut. Als Beispiel seien niedergelassene Ernährungsberater oder ernährungsmedizinische Schwerpunktpraxen genannt. Präventions- und Therapieangebote können dort wirksam umgesetzt werden.

Das Netzwerk Ernährungsmedizin Baden-Württemberg hat sich zur Aufgabe gemacht, die Zusammenarbeit von Fachkräften in Ernährungsberatung und –therapie und damit die Bildung von ernährungstherapeutischen Teams in Baden-Württemberg zu fördern, gemeinsame Fortbildungstagungen zu organisieren und das Bewusstsein für ernährungsmedizinische Fragen in der Bevölkerung zu verbessern. Auf der Internetseite des Netzwerks (www.netzwerk-ernaehrungsmedizin.de) finden sich Adressen von lokalen Ansprechpartnern sowie Verweise auf bestehende regionale und überregionale Beratungs- und Informationsangebote.

mpressum

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 €

Weitere Informationen über:
Netzwerk Ernährungsmedizin Baden-Württemberg
Geschäftsstelle

Frau Claudia Rupp
c/o Klinik Hohenfreudenstadt
Tripsenweg 17
72250 Freudenstadt
info@netzwerk-ernaehrungsmedizin.de
www.netzwerk-ernaehrungsmedizin.de
Tel.: 07441/ 534-705
Fax: 07441/ 534-702

Brote statt Kuchen in Frankreichs Schulen

Aktionen gegen Übergewicht

Gesündere Speisen in der Kantine, Butterbrote statt Kuchen und mehr Bewegung für die Kinder: Das sind die ersten Erfolge französischer Schulen nach einem Jahr voller Aktionen gegen Übergewicht im Jugendalter.

Fünf Jahre soll dieses von Ernährungswissenschaftlern begleitete Vorbeuge-Programm in zehn französischen Städten laufen, heißt es bei der Stadtverwaltung von Vitré in der Bretagne. Ziel ist es, die Kinder an gesunde Kost heranzuführen. Wie in Deutschland gibt es auch in Frankreich Anlass zur Sorge: Die Zahl schwer übergewichtiger Kinder verdoppelt sich dort derzeit alle Zehn Jahre.

In einer Grundschule in Vitré überprüfen die Kinder unter Anleitung ihrer Lehrerin, ob das Essen in der Kantine wirklich gesund ist. In Arbeitsgruppen werden den Kindern die Nährwerte von Obst, Gemüse und Getreide nahe gebracht. Außerdem gibt es Anschauungsunterricht. „Seit ein Bäcker den Kindern erklärt hat, wie Brot gebacken wird, bringen sie häufiger Butterbrote mit in die Schule statt süßer Riegel und Kuchen“, sagt die Lehrerin.

Seit Beginn des Programms im Schuljahr 2004/2005 werden die Essensangebote der Schulkantinen täglich in der örtlichen Presse veröffentlicht, damit die Eltern die anderen Mahlzeiten des Tages darauf abstimmen können.

Quelle:

- Ärztezeitung **140** (29./30. Juli 2005)

Mit Pflanzensterolen angereicherte Milch bzw. Joghurt senkt effektiver das Serumcholesterin bei hypercholesterinämischen Patienten

Noakes M. et al., Adelaide, Australien

Der cholesterinsenkende Effekt von pflanzlichen Sterolesteren (PsteE) und Stanolesteren (PstaE) in speziellen regulären und fettreduzierten Streichfetten ist bekannt. Nicht gesichert ist bisher die Effektivität wässriger Produkte mit Pflanzensterolen wie z.B. Milch und Joghurt.

Studie 1:

Es wurde daher eine Studie mit einfach blinder Überkreuzungsanordnung mit 3 Phasen von 3-wöchiger Interventionsdauer ausgeführt. Die Studienteilnehmer konsumierten täglich 300 ml Placebo oder Milch mit 2g PsteE allein oder zusammen mit 25g Placebo oder PsteE-Streichfett.

Studie zwei:

Studie 2 war total randomisiert, ein doppelblindes Studiendesign in 3 Phasen dreiwöchiger Versuchsanordnungen. Die Probanden verzehrten 2 Portionen (à 150g) Placebo, PsteE Joghurt (1,8g Pflanzensterole/Tag oder 1,7g Pflanzenstärke/Tag)

An Studie eins nahmen 39, an Studie zwei 40 Probanden teil.

Resultate:

In Studie eins waren PsteE-Milch und PsteE-Streichfett gleich wirksam in Verminderung von Gesamtcholesterin und LDL-Cholesterin (6-8% resp. 8-10%)

Die Kombination von PsteE-Fett ergab keinen zusätzlichen Effekt.

In Studie zwei reduzierten PsteE-Milch und PsteE-Joghurt LDL-Cholesterin signifikant verglichen mit dem Placebo. In beiden Studien fand sich kein Effekt auf HDL-Cholesterin bzw. Triglyceride.

Quelle:

- EJM 44 Nr. 4 (2005) 214-222

Risikoabschätzung möglicher Nebenwirkungen einer Langzeitverabreichung von Kreatin bei Profi-Basketballern

Schröder H. et al., Barcelona

Die Einnahme von Kreatin ist bei Sportlern unter Leistungsbedingungen sehr verbreitet, obwohl bisher Belege über mögliche Gesundheitsrisiken fehlten. Es war Ziel einer Studie, die Langzeiteffekte der Gabe von Kreatinmonohydrat auf diverse Gesundheitsparameter zu testen.

18 Profi-Basketballer der ersten spanischen Liga nahmen an einer Langzeitstudie teil. Die Spieler erhielten täglich 5g Kreatinmonohydrat peroral über drei umschriebene Zeitabschnitte (Saison 1999-2000; Saison 2000-2001; Saison 2001-2002). Während jeder Saison wurden morgendlich nüchtern 5 Blutproben entnommen und 16 klinikübliche Standardanalysen vorgenommen. Alle Parameter waren im Norm-dl-Bereich mit Ausnahme der Kreatinkinase-Aktivitäten, die während des ganzen Versuchszeitraums erhöht war.

Länger dauernde Kreatinmonohydrat-Gabe hat also keine Auswirkungen auf die Standardblutchemie.

Quelle:

- EJM 44 Nr. 4 (2005) 255-261

Positionspapier des Nationalen Aktionsforums Diabetes mellitus

Ein Positionspapier zur Prävention des Typ 2 Diabetes mellitus stellte das „Nationale Aktionsforum Diabetes mellitus“ im Rahmen der 40. Jahrestagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) vom 4. bis 7. Mai in Berlin vor.

In dem vorgelegten Positionspapier „Prävention des Typ 2 Diabetes mellitus“ ist aufgeführt, welche Ansätze Programme zur Diabetes-Prävention verfolgen sollten und welche Komponenten die Maßnahmen zur Prävention auf Bevölkerungsebene einschließen sollten. Danach sollten Programme zur Diabetes-Prävention darauf abzielen, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu fördern und die Prävention in allen Lebenswelten zu verankern und sie zum Thema zu machen in Familie, Kindergarten, Schule, Betrieb und Senioreneinrichtung.

Als hochwirksame Maßnahme zur Veränderung des Lebensstils bei Personen mit gestörter Glukosetoleranz werden die langfristige Senkung eines erhöhten Körpergewichts um wenigstens 5% angeführt; die Steigerung der körperlichen Aktivität um täglich mindestens 30 Minuten und eine gesundheitsförderliche Ernährung mit einem Gesamtfettanteil unter 30% der Energie, einem Anteil gesättigter Fettsäuren unter 10% und bevorzugtem Verzehr komplexer Kohlenhydrate mit einem hohen Ballaststoffanteil.

Das Aktionsforum fordert verstärkte Bemühungen zur Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung. Nicht nur Gesundheitsberufe und Krankenkassen, sondern alle Bereiche der Gesellschaft einschließlich Politik, Medien und Vereine, müssten dazu einen Beitrag leisten.

Gefördert werden soll auch die Früherkennung des Typ 2 Diabetes durch Risiko-Fragebögen und regelmäßige Blutglucose-Bestimmungen. Alle Programme und Maßnahmen erfordern ein kontinuierliches Qualitätsmanagement.

Das „Nationale Aktionsforum Diabetes mellitus“ wurde im Oktober letzten Jahres gegründet, initiiert von der Deutschen Diabetes Union (DDU) und dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (s. DGE info 01(2005)11). Die Hauptziel des Nationalen Aktionsforums sind es, die Wahrnehmung des Diabetes-Problematik in der Öffentlichkeit zu verbessern und die Diabetes-Prävention, die –Versorgung und –Forschung zu koordinieren und zu fördern. Die DGE ist in diesem Gremium aktiv vertreten.

Quelle:

- DGE info 06 (2005) 87

Evaluation des DGE-Selbsthilfeprogramms „ICH nehme ab“

Gewichtsverlust, Ernährungsmuster und Akzeptanz nach einjähriger beratergestützter Intervention bei Übergewichtigen Personen

Scholz GH et al., Leipzig

Strukturierte Programme zur Änderung des Lebensstils bei Übergewicht/Adipositas sollten leitlinienkonkordant und praxistauglich sein. Ziel der Studie war die Evaluation des überarbeiteten Selbsthilfeprogramms „ICH nehme ab“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) in einem beratergestützten Design. Die Evaluation erfolgte nach einem definierten Prüfkonzept. Insgesamt nahmen 119 übergewichtige/adipöse Erwachsene (96 Frauen, BMI: $32,2 \pm 5,4 \text{ kg/m}^2$ und 23 Männer, BMI: $32,8 \pm 4,3 \text{ kg/m}^2$) an diesem einjährigen Programm teil. Der mittlere Gewichtsverlust nach 12 Monaten betrug bei den Frauen $2,3 \pm 4,4 \text{ kg}$ (ITT-Analyse) bzw. $2,8 \pm 4,6 \text{ kg}$ (PP-Analyse) und bei den Männern $4,1 \pm 5,7 \text{ kg}$ (ITT) bzw. $4,7 \pm 6,3 \text{ kg}$ (PP). Nach ITT-Analyse konnten 80% der Teilnehmer ihr Gewicht senken oder konstant halten, 34% reduzierten ihr Gewicht um 5% oder mehr, 10% der Teilnehmer gelang eine Gewichtsreduktion um 10% und mehr. Die Analyse des Ernährungsverhaltens zeigte, dass der mittlere Verzehr von Kohlenhydraten bei den Frauen von 46 auf 49% anstieg, während parallel der Fettverzehr von 35 auf 32% zurückging (ITT, $p < 0,0001$). Die Mehrzahl der Teilnehmer war mit dem beratergestützten Programm überwiegend zufrieden und würde es weiterempfehlen. Zusammenfassend führte das „ICH nehme ab“-Programm der DGE bei beratergestützter Anwendung zu einer mäßigen, aber signifikanten Gewichtsabnahme und einer positiven Veränderung der Nahrungszusammensetzung.

Quelle:

- Ern Umsch **52** (2005) 226-231

Obstreiche Ernährung senkt das Risiko des Diabetes mellitus Typ 2

Heidemann C et al., Potsdam-Rehbrücke

Wer viel frisches Obst isst und gleichzeitig wenig Fleisch, Hülsenfrüchte, helles Brot, Bier sowie kalorienreiche Erfrischungsgetränke konsumiert, hat ein um 70% niedrigeres Risiko, an Typ 2 Diabetes zu erkranken. Dies zeigen neue Ergebnisse der EPIC-Potsdam-Studie, die zurzeit am Deutschen Institut für Ernährungsforschung (DIfE) durchgeführt wird.

Die Wissenschaftler werteten die Ernährungsgewohnheiten und medizinischen Daten von 192 neu erkrankten Typ 2 Diabetikern und 382 Kontrollpersonen aus. Sie untersuchten zunächst, welche Lebensmittelkombinationen (Lebensmittelmuster) mit den Blutwerten von Biomarkern, die das Risiko für Typ 2 Diabetes vorhersagen, verbunden waren. Dabei konnte ein Muster identifiziert werden, das

mit hohen HDL-Cholesterin- und Adiponectin-Werten und niedrigen HbA_{1c}- und CPR-Konzentrationen im Blut der Personen in Zusammenhang stand. Dieses ist durch den Verzehr von acht Lebensmittelgruppen charakterisiert. Es umfasst die Kombination von viel frischem Obst und wenig kalorienhaltigen Erfrischungsgetränken, Bier, rotem Fleisch, Geflügel, Wurstwaren, Hülsenfrüchten und hellem Brot. Personen, die sich durch eine solche Ernährungsweise auszeichneten, hatten nach Auswertung der epidemiologischen Daten ein deutlich reduziertes Risiko an Typ 2 Diabetes zu erkranken. Der beobachtete Zusammenhang zwischen Lebensmittelmuster und verringertem Diabetesrisiko war unabhängig von BMI, Raucherstatus, Freizeitaktivitäten, Energieaufnahme, Bildungsstand, Alter und Geschlecht.

Quelle:

- Diabetologia Vol **48** (2005) 1126-1134

Der Codex Alimentarius (das internationale Lebensmittelrecht)

Die zunehmenden internationalen Handelsbeziehungen veranlassten Anfang der 60er Jahre die Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisationen der Vereinten Nationen (FAO; food and agriculture organization) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO; world health organization) dazu, ein internationales Lebensmittelrecht (lat.: codex alimentarius) zu schaffen. Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über die Inhalte, Ziele und internationale Bedeutung dieses Codex Alimentarius

Der Codex Alimentarius umfasst alle von der Codex Alimentarius-Kommission verabschiedeten international gültigen Vorschriften und Sicherheitsanforderungen für Lebensmittel, wie:

- Lebensmittelstandards
- Empfehlungen in Form von Verfahrensregeln (codes of practice) und
- Richtlinien (guidelines)

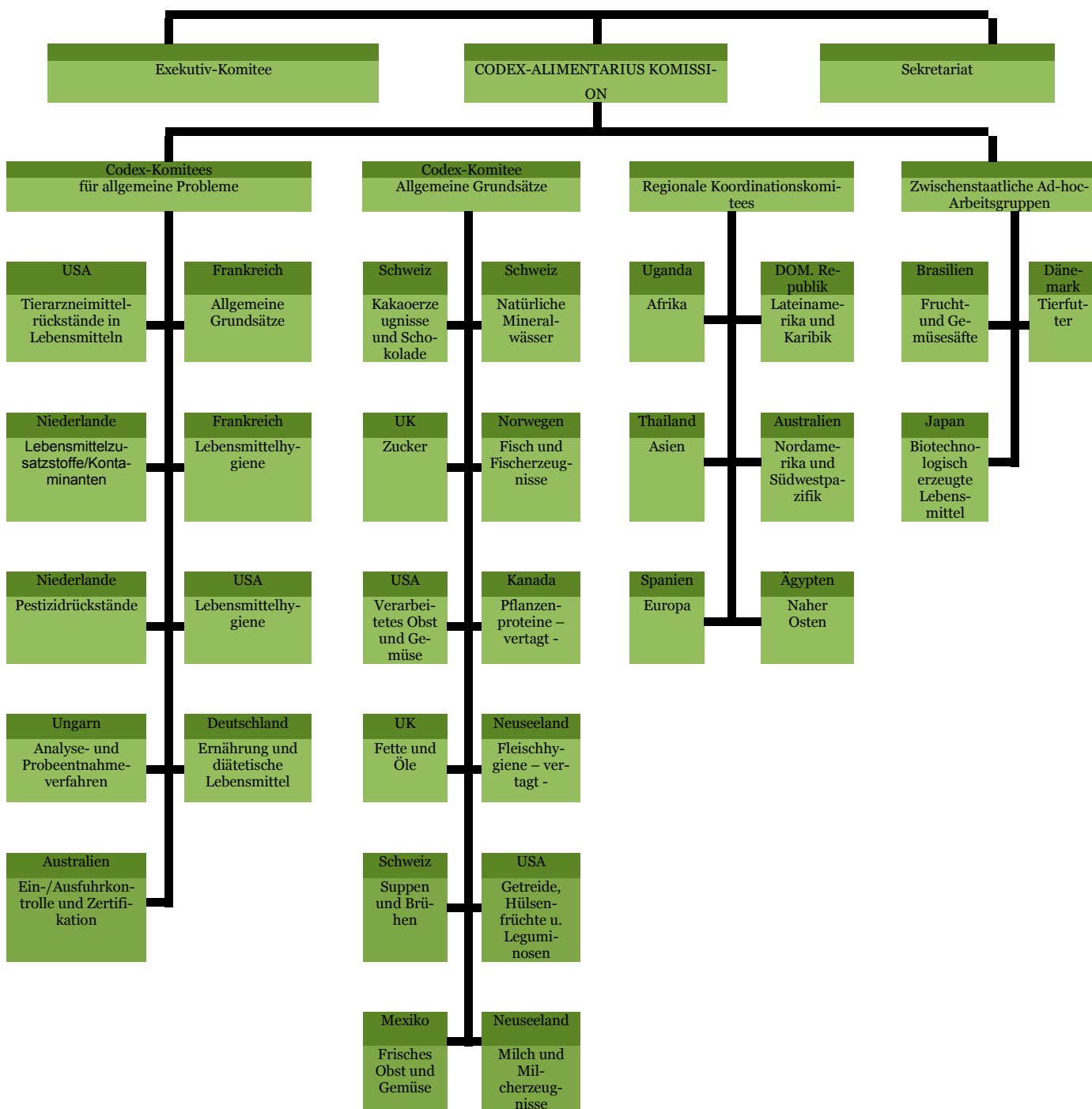
Der Codex Alimentarius beinhaltet somit alle Anforderungen an ein Lebensmittel, die dem Verbraucher ein gesundheitlich unbedenkliches, unverfälschtes und ordnungsgemäß gekennzeichnetes Lebensmittel gewährleisten. Folgende Ziele stehen dabei im Vordergrund:

Schutz der Verbrauchergesundheit

- Gewährleistung fairer Handelspraktiken im internationalen Handel
- Koordination der Lebensmittel-Normierung im internationalen Bereich

Die Codex Alimentarius-Kommission ist das höchste internationale Gremium für Lebensmittelstandards. Sie ist eine gemeinsame Kommission der FAO mit Sitz in Rom und der WHO in Genf. Insgesamt umfasst sie

mehr als 160 Mitgliedstaaten. Diese werden durch verschiedene Interessengruppen (Industrie, Verbraucher- und Erzeugerverbände, wissenschaftliche Institutionen etc.)



vertreten. Ein gemeinsames FAO/WHO-Sekretariat unterstützt und koordiniert die Arbeiten der Kommission. Als ausführendes Organ agiert ein Exekutiv-Komitee. Es berät die Kommission und ist für die Tätigkeiten zwischen den Sitzungen verantwortlich. Die Komitees und Arbeitsgruppen agieren immer nur im Rahmen von Konferenzen der jeweiligen Experten aus den Mitgliedsstaaten und verschiedenen Organisationen. Die Bundesrepublik Deutschland ist beispielsweise Gastgeberland für das Codex-Komitee für Ernährung und diätetische Lebensmittel (Codex Committee on Nutrition and Foods for special Dietary Uses, CCNFSDU)

Quelle:

- Ernährungsinformation der CMA 03 (2004) 12-13

Sondersteuer auf Hamburger, Pommes und Cola soll US-Bürgern ihr Fast Food vermiesen

Etwa $\frac{1}{3}$ der Amerikaner mit niedrigem Einkommen ist mittlerweile stark übergewichtig, Tendenz steigend. Die Fettleibigkeit breitet sich derzeit auch besonders bei Bürgern mit überdurchschnittlichem Einkommen aus. Eine Schlüsselrolle wird dabei im täglichen Verzehr von Fast Food gesehen. Millionen versorgen sich täglich so. Prominente, wie der US-Präsident George W. Bush und Ex-Präsident Bill Clinton gehören zu den Fast Food Fans.

Im Kongress gibt es momentan Überlegungen, mit einer Art Fettsteuer ungesundes Essen zu verteuern. Versuche Fast Food Ketten zur Verantwortung zu ziehen, ähnlich der Tabakindustrie, die zu Milliardenzahlungen verurteilt wurde, scheiterten bisher an den US-Richtern.

Die Fast Food Ketten offerieren im Moment breitfächrig auch Salate und Suppen, aber nach wie vor stehen bei US-Amerikanern drei Gerichte an der Spitze der Beliebtheit: Hamburger, Pizza und Pommes frites. Obwohl bspw. McDonalds intensiv Salat bewirbt, greifen die Kunden lieber zum Big Mac (560 kcal).

Quelle:

- Ärztezeitung 117 (28.06.2005)

Nordic Walking – die aktuelle Gesundheitsbewegung

Die neue Bewegungsform für effektives Training Herz-Kreislaufsystem und Muskulatur ohne Überforderung ist das ganze Jahr über in der freien Natur möglich. Nordic Walking hat seinen Ursprung in Finnland, wo Spitzenathleten des Wintersports nach einer geeigneten Sommertrainingsmöglichkeit suchten

Es handelt sich dabei um ein gelenkschonendes Ganzkörpertraining, das leicht zu erlernen ist. Der Kalorienverbrauch liegt dabei um 20% höher als beim Walking ohne Stöcke. 90% der Muskulatur werden bei richtiger Technik beansprucht. Neben der Beinmuskulatur

werden durch den Stockeinsatz auch die Schulter- und Armmuskulatur, sowie Bauch- und Rückenmuskulatur gekräftigt.

Quelle:

- Nutriion & News 3 (Mai/Juni 2005) 5-6

Diätberatung auf ärztliche Anordnung ist umsatzsteuerfrei

Die Ernährungsberatung oder Diättherapie erfülle die Voraussetzungen einer Heilbehandlung und diene nicht nur der Befriedigung alltäglicher Lebensbedürfnisse, soweit der Bereich der Krankenbehandlung betroffen ist, führen die Finanzrichter in der Begründung ihrer Entscheidung aus.

Eine Steuerbefreiung komme deshalb nur für Ernährungsberatungen in Betracht, welche aufgrund ärztlicher Anordnung oder innerhalb einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme erbracht werden. Ernährungsberatungen auf Messen fielen zum Beispiel nicht unter die Umsatzsteuerbefreiung.

Außerdem sei die Qualifikation des Ernährungsberaters entscheidend. In dem Fall hatte ein Diplom-Ökotrophologe gegen Honorar Beratungen auf ärztliche Anordnung gemacht. Diese Qualifikation sei ausreichend, um Heilbehandlungen in Form von Ernährungsberatungen zu erbringen, so die Richter – zumal die Leistung bei bestimmten Indikationen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten sei. Das Urteil könnte für Arztpraxen von Bedeutung sein, in denen Honorarkräfte Ernährungsberatungen machen.

Quelle:

- Ärztezeitung 153 (31.08.2005) 4

„Nutrition Day“ in europäischen Krankenhäusern

Von der Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (AKE) wurde gemeinsam mit der Europäischen Gesellschaft für Klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN) und den anderen europäischen Fachgesellschaften das Projekt eines „Nutrition Day in European Hospitals“ ins Leben gerufen. Ziel ist es, ein Einblick zu bekommen, wie im europäischen Vergleich Mangelernährung vorkommt und wie die Ernährung in der täglichen Praxis auf den Stationen organisiert ist.

Das Projekt hat folgende Ziele:

- Interesse und Aufmerksamkeit hinsichtlich Mangelernährung im Krankenhaus erhöhen
- Aufbau eines europäischen Netzwerks zur Verbesserung der Ernährung in Krankenhäusern

- Unterstützung der multidisziplinären Vorgehensweise zur Prävention und Behandlung der Mangelernährung in Krankenhäusern
- Harmonisierung der Datenerhebung in den verschiedenen europäischen Sprachen
- Erheben von objektiven Daten über die derzeitige Praxis auf den Stationen und in den Krankenhäusern
- Festlegen der besten Strategien zur Optimierung auf Basis einer Risikoquantifizierung der Organisationseinheit (Station)
- Verfolgen der eingeleiteten Maßnahmen zur Veränderung mittels wiederholtem „Benchmarking“

Das Rückgrat dieses drei Jahre dauernden Projektes ist eine jährlich wiederkehrende multizentrische Erhebung der aktuellen Ernährungspraxis und ihrer Veränderungen in europäischen Krankenhäusern an einem einzigen Untersuchungstag.

Der erste gemeinsame europaweite „Nutrition Day“ wird am 19. Januar 2006 stattfinden.

Es wird gebeten, sich für die Teilnahme an diesem wichtigen Projekt zu informieren bei:

Dr. Tatjana Schütz, Berlin:

elke-tatjana.schuetz@charite.de

Dr. Karin Schindler, Wien

karin.schindler@meduniwien.ac.at

Prof. Dr. Peter Ballmer, Winterthur

p.e.ballmer@ksw.ch

oder allgemein über:

office@nutrutionday.org und über
www.nutritionday.org anzumelden

Einbeziehung der Eltern bei der Behandlung von Übergewicht unverzichtbar

Munsch, S, Basel

Weltweit wird eine Zunahme von Übergewicht und Adipositas (starkes Übergewicht) bei Erwachsenen und Kindern konstatiert. Das Ausmaß der Verbreitung sowie somatische und psychische Krankheitsfolgen lassen die Adipositas zu einem gesellschaftlichen Problem werden. Zudem haben adipöse Kinder ein höheres Risiko, auch als Erwachsene unter Übergewicht zu leiden.

Die Ursachen sind mannigfaltig und in ihrer Verhältnismäßigkeit nicht endgültig geklärt. Übergewicht wird durch die genetische Disposition beeinflusst. Ebenso tragen Faktoren wie ungünstige Essgewohnheiten, Umweltbedingungen und Bewegungsgewohnheiten zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Adipositas bei. So weisen diejenigen Therapien die besten Resultate auf, die eine Ernährungsumstellung, körperliche Aktivität und Verhaltenstherapie miteinander kombinieren. Als langfristig effektiv zeigen sich zudem Behandlungsansätze, die die Eltern integrieren und damit Verhaltensänderungen bei den Kindern bewirken.

Das Forschungsprojekt TAKE (Training adipöser Kinder und ihrer Eltern) belegt die Wirksamkeit einer parallelen Behandlung von Eltern und Kindern, aber auch den Erfolg eines alleinigen Elterstrainings. Obwohl die Ergebnisse

nach langfristig bestätigt werden müssen, zeigen sie die Wichtigkeit und Wirkung der aktiven Mitarbeit der Eltern in der Behandlung der Adipositas von Kindern. Veränderungen im Ess- und Bewegungsverhalten bei Kindern lassen sich am effektivsten über die Einbeziehung der Eltern erreichen.

Quelle:

- Moderne Ernährung heute 3 (2005) 1-6

Einfluss der Food-Werbung auf Kinder und Jugendliche

Diehl, JM, Gießen

Wie in anderen Industrieländern verbringen auch deutsche Kinder große Teile ihrer Freizeit vor dem Fernsehgerät, wobei sie vorwiegend die werbereichen Sendungen privater Kanäle verfolgen. Dort sind in nicht unerheblichem Umfang der Werbung Süßwaren und Snacks ausgesetzt. Gesundheitspolitiker und Verbraucherschützer sehen die Werbung für diese Produkte als Mitursache für das ständig zunehmende Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Eine Analyse der vorliegenden empirischen Evidenz kann diesen Verdacht jedoch nicht erhärten. Es gibt keine Hinweise, dass durch die an Kinder gerichtete Werbung deren Gesamtverzehr von Süßwaren und Snacks erhöht wird. Konkrete Erfahrungen in Kanada und Schweden haben zudem deutlich gemacht, dass Werbebeschränkungen und –verbote ohne jeden Einfluss auf die Ausbreitung des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen sind. Weiterhin war in den meisten Erhebungen der Konsum von stark beworbenen Food-Produkten bei den übergewichtigen Kindern nicht höher als in den „schlankeren“ Vergleichsgruppen. Zudem belegen Untersuchungen, dass der Fernsehkonsum in den letzten 10 Jahren bemerkenswert konstant geblieben ist, währenddessen das Übergewicht bei Kindern beständig ansteigt. Zahlreiche Studien konnten ferner keine signifikante Beziehung zwischen Fernsehnutzung und Gewichtsstatus feststellen.

Quelle:

- Moderne Ernährung heute 3 (2005) 7-11

Diabetes: Teuerste Krankheit

Rund sechs Millionen Diabetiker in Deutschland verursachten 2001 krankheitsbedingte Kosten in Höhe von über 22 Milliarden Euro. So das Ergebnis der aktuellen KoDIM-Studie der PMV-Forschungsgruppe an der Universität Köln, die jüngst veröffentlicht wurde.

Nach Ergebnissen der Studie beliefen sich die durchschnittlichen jährlichen direkten Gesundheitskosten eines Diabetikers 2001 auf 5.262 €. Die zum Vergleich herangezogenen Nicht-Diabetiker verursachten hingegen Kosten in Höhe von 2.755 €. Somit beliefen sich die direkten auf den Diabetes zurückzuführenden Kosten auf jährlich 2.507 € pro Patient.

Hochgerechnet auf die Gesamtzahl der Diabetiker in Deutschland entstanden so im Jahr 2001 Diabetesverursachte Kosten von 14,6 Milliarden Euro. Davon entfielen 12,8 Milliarden auf die Krankenversorgung sowie 1,8 Milliarden Euro auf die Pflegeversicherung.

Zu den direkten Kosten kommen noch indirekte Diabeteskosten durch Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung in Höhe von 1.328 Euro pro Patient jährlich hinzu.. Hochgerechnet sind dies jährliche Kosten von 7,7 Milliarden Euro. Davon entfielen 1,1 Milliarden Euro auf Arbeitsunfähigkeit und 6,6 Milliarden Euro auf Frühberentungen.

Der Großteil der Kosten für die Krankenversorgung in Höhe von 12,8 Milliarden Euro geht auf die Therapie der Folgeerkrankungen (9,6 Milliarden Euro). Nur etwa ein Fünftel der Kosten entstehen durch die Behandlung der Grunderkrankung Diabetes mellitus. Die größten Kosten verursachen Kardiale und vaskuläre Folgeprobleme (3,7 Milliarden Euro), das diabetische Fußsyndrom (2,5 Milliarden Euro) und Nierenerkrankungen (2,1 Milliarden Euro).

Nach der Studie wird der zu erwartende weitere Anstieg der Betroffenenzahl das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen stellen. Geht man von einem Anstieg auf zehn Millionen Diabetiker in Deutschland aus, würde dies bei gleichbleibender Kostenstruktur eine Belastung von jährlich ca. 38 Milliarden Euro an Diabetesabhängigen - direkten und indirekten - Kosten bedeuten. Bei zunehmend sinkendem Manifestationsalter für Typ 2 Diabetes werden die Zahlen möglicherweise noch weitaus höher liegen.

Basis der Studie waren die Krankenkassen und KV-Daten von 306.736 im Jahr 2001 durchgängig Versicherten der „Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen“, einer Zufallsstichprobe der AOK Hessen im Jahr 2001. In der Stichprobe waren 26.971 Diabetiker enthalten.

Quelle:

- Report der Deutschen Diabetes Stiftung 7/3 (2005) 4

Veranstaltungen 2005/2006 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
Anmeldung bei: Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e.V. (BDEM)
Reichsgrafenstr. 11
79102 Freiburg
Tel.: 07 61 / 70 40 214
Fax: 07 61 / 7 20 24
Email: info@bdem.de
Internet: <http://www.daem.de>

23. Februar bis 05. März 2006, Glottertal (bei Freiburg)

13. Kompaktkurs nach dem 100 stündigen Curriculum der BÄK (inkl. Abschlussseminar Praktikumsphase) in den Räumlichkeiten der Rehaklinik Glotterbad in Glottertal (bei Freiburg)

Programmübersicht:

- Seminarblock 1: Ernährungslehre und ernährungsmedizinische Grundlagen
- Seminarblock 2: Adipositas und Dyslipoproteinämien
- Seminarblock 3: Diabetes mellitus, Hypertonie und Nierenerkrankungen
- Seminarblock 4: Gastroenterologie und künstliche Ernährung
- Seminarblock 5: Ausgewählte Kapitel, Fallbesprechungen und 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 Voraus-

setzung für die Erlangung der Qualifikation "ErnährungsmedizinerIn DAEM/DGEM®".

Programmgestaltung und wissenschaftliche Leitung: O. Adam, München, B. Kluthe, Freudenstadt; U. Rabast, Hattingen

Auskunft und
Anmeldung bei: Deutsche Akademie für
Ernährungsmedizin e.V. (DAEM)
Reichsgrafenstr. 11
79102 Freiburg
Tel.: 07 61 / 70 40 214
Fax: 07 61 / 7 20 24
Email: info@daem.de
Internet: <http://www.daem.de>

3. März bis 02. April 2006, München

1. Seminarzyklus der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin in München in Zusammenarbeit mit der bayrischen Landesärztekammer als Kompaktkurs

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, H. Hauner, München, R. Kluthe, Freiburg

Auskunft und
Anmeldung bei: Deutsche Akademie für
Ernährungsmedizin e.V. (DAEM)
Reichsgrafenstr. 11
79102 Freiburg
Tel.: 07 61 / 70 40 214
Fax: 07 61 / 7 20 24
Email: info@daem.de
Internet: <http://www.daem.de>

28./29. April 2006, Wolfsburg

48. Bundeskongress des Verbandes der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) und 7. wissenschaftliche Tagung des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V. (BDEM) in Kooperation mit dem VDO_E e.V.

Veranstaltungsort: Congress Park Wolfsburg

Themen-
schwerpunkte Mangelernährung – Häufigkeit, Ursachen und Folgen der Mangelernährung; Diagnostik und Therapie; Organisation und Kooperation in der Ernährungsmedizin – Abrechnungsmöglichkeiten ernährungsmedizinischer Leistungen aus Sicht der Krankenkassen; Ernährungsmedizinische Schwerpunktpraxen, aktueller Stand; Organisation und Präventionsgruppen in der Praxis des niedergelassenen Ernährungsmediziners; Ernährungsmedizinische Versorgungszentren (MVZ) im stationären Bereich; Fettstoffwechsel, KHK – Nicht medikamentöse Prävention und Therapie von Fettstoffwechselstörungen; Verhaltensänderungen als Schlüssel: Motivation und Gründe für das Scheitern einer Verhaltensänderung; Vitamin- und Mineralstoffsupplementierung zur Primär- und Sekundärprävention der KHK

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

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

oder

Bundesverband Deutscher
Ernährungsmediziner e.V. (BDEM)
Reichsgrafenstr. 11; 79102 Freiburg
Tel.: 07 61 / 70 40 214
Fax: 07 61 / 7 20 24
Email: info@bdem.de
Internet: <http://www.bdem.de>

17.- 21. Mai und 20. - 24. September 2006, Münster Westfalen

*8. 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*

17.-21.05.2006

- Teil 1: Grundlagen, Adipositas/Dyslipoproteinämien, Diabetes, Hypertonie, Niere (Teil 1)

20.-24.09.2006

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

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: U. Rabast, Hattingen, O. Adam, München, B. Kluthe, Freudenstadt;

Auskunft und
Anmeldung bei: Deutsche Akademie für
Ernährungsmedizin e.V. (DAEM)
Reichsgrafenstr. 11
79102 Freiburg
Tel.: 07 61 / 70 40 214
Fax: 07 61 / 7 20 24
Email: info@daem.de
Internet: <http://www.daem.de>