

Der Ernährungsmediziner

Unabhängiger Informationsdienst

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



Jahrgang 8, Nr. 4

November 2006

Liebe Leserin, lieber Leser,

Im Mittelpunkt der Novemberausgabe steht die Zusammenfassung der „Ernährungsmedizin und Diätetik in Rehabilitationseinrichtungen“. Es wird empfohlen, dass sich alle, die an rationaler Ernährungstherapie interessiert sind, bei der Deutschen Rentenversicherung um ein Exemplar bemühen.

Ihr Prof. Dr. med. Reinhold Kluthe

In dieser Ausgabe:

- ◆ Leitartikel: Betrachtungen zur Ernährung und Gewichtsentwicklung bei Kindern mit Down-Syndrom
- ◆ Gewichtszunahme im Erwachsenenalter ist mit erhöhtem Diabetesrisiko assoziiert
- ◆ Jodmangel in Deutschland in Zahlen
- ◆ „Altersdiabetiker werden immer jünger“: Fettleibigkeit ist bis zu 90fach höheres Risiko
- ◆ Selenzusatzstoffe ohne Wirkung
- ◆ Ernährung in Justizvollzugsanstalten
- ◆ Kinder vor der Glotze
- ◆ Gemeinsamer Bundesausschuss: Entscheidung zu Insulinanaloga jetzt beim BMG
- ◆ Arzneimittel im Handgepäck – da ist vieles unklar
- ◆ Kein Traum: Schokolade ist gesund
- ◆ Nährwert- und Vitamingehalte ausgewählter Winterkürbissorten
- ◆ Pharmakotherapie bei der Adipositas
- ◆ Buchbesprechung: Ernährungsmethodik und Diätetik in Rehabilitationseinrichtungen
- ◆ Buchbesprechung: Ratgeber für die richtige Ernährung bei Demenz

Leitartikel:

Betrachtungen zur Ernährung und Gewichtsentwicklung bei Kindern mit Down-Syndrom

Gelb, MJ; Bretten

Einleitung

Kinder und Jugendliche mit Down-Syndrom und deren Eltern sind mit einer Vielzahl an gesundheitlichen Problemen konfrontiert. Dabei wird häufig einer Thematik nicht die Beachtung von elterlicher, wie auch professioneller Seite geschenkt, die auf lange Sicht gesehen, zu einer erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigung und Gefährdung führt, die Ernährung.

Bis zum Alter von ca.3 Jahren findet sich bei Kindern mit Down-Syndrom gehäuft eine nur wenig befriedigende oder mäßige Gewichtszunahme. Eine Vielzahl an Gründen und Erklärungen sind hierfür zu finden, so z.B.:

- die bei DS-Kindern vermehrt auftretende kardiale Fehlbildungsproblematik, vor allem auch der gehäuft auftretende AV-Kanal.
- Fehl- und Missbildungen im Gastrointestinaltrakt, z.B. Morbus Hirschsprung, Pankreas anulare
- Orofaciale Funktionsstörungen
- Muskelhypotonie

Diese Problematik führt dazu, dass man bei diesen Kindern auch gehäuft ein Fütterungs- und Ernährungsmanagement durchführt, dass z.B. eine erhöhte Anzahl an Mahlzeiten, eine Energie-angereicherte Nahrung oder auch Formula-Ernährung und Sondenkost umfassen kann. Dies führt bei nicht wenig Patienten und deren Eltern zu einer Fixierung auf die Ernährung als zentrales Problem im täglichen Leben.

Nach dem 3. Lebensjahr findet sich bei einem großen Teil der Probanden eine Perzentilen-überspringende Entwicklung des BMI. Als mögliche Ursachen findet sich u.a.:

- Beibehaltung der höherkalorischen Kost, z.B. auch nach operativer Sanierung
- Rückbildung der orofacialen Problematik und der damit einhergehenden Eß- und Trinkstörung
- Mangelnde Bewegung
- Ausbildung eines unerwünschten Ernährungsverhaltens mit Präferenz für bestimmte Lebensmittel oder Lebensmittelgruppen

Mit zunehmendem Alter verschärft sich diese Gewichts- und Aktivitätsproblematik, als mögliche Gründe sind u.a. zu sehen:

- der Einfluss der Eltern auf das Kind nimmt ab
- Einrichtungen, wie z.B. Sonderschulen, Internate, Werkstätten, Wohngruppen etc., haben keinen ausreichenden Focus auf Ernährung, Ernährungsverhalten und Bewegung

Eigene Daten

In dieser retrospektiv angelegten Untersuchung wurden insgesamt 25 Kinder mit Down-Syndrom erfasst, 12 Mädchen und 13 Jungen. Diese Kinder sehen wir seit dem 1. Lebensjahr 1-2x jährlich konsiliarisch in unserer Schwerpunktsprechstunde Down-Syndrom.

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 5,80 € = 43,80 €
Einzelheftpreis 10,-€ + Versandkosten 1,45 €

Bei Kindern und Jugendlichen, die wir regelmäßig, soll heißen mindestens 1x im Quartal sehen, können wir eine solche generelle BMI-Zunahme nicht beobachten. Das mag daran liegen, dass zentrale Foci auf Ernährung und Bewegung bei jeder Vorstellung gelegt werden.

Folgende Daten wurden erfasst:

- anthropometrische Daten, Größe, gewicht und BMI
- Nahrungsmittelprotokoll über 3-7 Tage (Grammgenau), Auswertung derselben mittels eines Computer-gestützten Ernährungsanalyseprogramms (PRODI 5)
- Erhebung des Aktivitätsindex, als Durchschnittswert über 4 Wochen gemittelt
- Labor-check (nüchtern) zum Zeitpunkt der aktuellen Vorstellung
- Aktivitätsprotokoll über 4 Wochen*

Aktivitätsindex (AI)*

Es war erforderlich, einen Aktivitätsindex (AI) selbst zu definieren, da in der uns zugänglichen sportmedizinischen Literatur und auch nach Rückfrage an entsprechenden Einrichtungen, keine geeignete Methode gefunden wurde.

Unser Aktivitätsindex (AI) definiert sich zum einen über die Anzahl der wöchentlichen Einheiten, zum anderen über die jeweilige Zeit. Es werden nur Einheiten unter und über 30 Minuten erfasst.

AI-4	4+ Einheiten/Woche	> 30 Minuten/E
AI-3	2-4 Einheiten/Woche	>30 Minuten/E
AI-2	2-4 Einheiten/Woche	<30 Minuten/E
AI-1	<2 Einheiten/Woche	><30 Minuten/E
AI-0	<1 Einheit/Woche	>>30 Minuten/E

Ergebnisse

Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Mädchen und Jungen.

Ernährungsprofil

Zum Zeitpunkt der Vorstellung im 12. Lebensjahr wurde ein Ernährungsprotokoll über 3-7 Tage nach DGE-Empfehlungen erhoben. Es wurden dabei Gramm-genaue Werte erfasst und die Protokolle wurden mit Hilfe eines Computerauswerteprogramms (Prodi 5.0/5.1) analysiert und die Ergebnisse wurden mit den DGE-Empfehlungen und den D-A-CH-Referenzwerten 2000 für die Altersgruppe verglichen.

Energiezufuhr und Makronährstoffe

BMI	<25.Perz. (0 P.)	25- 75.Perz. (12 Prob.)	>75.Perz. (13 Prob.)
Energie-Input	-	98,5% (92-104%)	112% (96-132%)
Protein	-	18,5% (16-22%)	18,2% (15-22,5%)
KH	-	55% (45-62%)	57,5% (43-67,5%)

Fette	-	18% (15-22%)	26,5% (13-32%)
- davon tierische F.	-	36% (32-45%)	48% (35-72%)
- davon pflanzliche F.	-	64% (55-68%)	52% (28-65%)

Ausgewählte Mikronährstoffe

BMI	<25.Perz. (0 P.)	25-75.Perz. (12 Prob.)	>75.Perz. (13 Prob.)
Jod	-	86% (54-101%)	75% (45-93%)
Selen	-	54% (34-75%)	52% (31-80%)
Biotin	-	85% (56-110%)	56% (32-91%)
Vitamin A	-	75% (43-125%)	68% (48-112%)
Vitamin E	-	82% (67-109%)	73% (56-101%)

4.Laborwerte

Zum Zeitpunkt der Vorstellung im 12.Lebensjahr wurden bei allen Probanden im Rahmen der routinemäßigen Blutentnahmen (nüchtern) folgende Werte (Auswahl) bestimmt:

BMI	<25.Perz. (0 P.)	25-75.Perz. (12 Prob.)	>75.Perz. (13 Prob.)
Homocystein<9	-	10,5 (7.0-16,5)	14,2 (8,5-21)
Cholesterin<200	-	172 (125-215)	187 (132-265)
HDL>35	-	38 (23-76)	35 (28-65)
LDL<155	-	98 (76-164)	158 (145-189)
Selen 53-105	-	63 (32-68)	61 (28-71)
Biotin >200	-	165 (110-450)	142 (<100-250)

5.Aktivitätsindex

Anhand eines, über 4 Wochen gemitteltes, Bewegungsprotokoll ergab sich folgender Aktivitätsindex:

	BMI <25.Perz. (0 P.)	BMI 25-75.Perz. (12 Prob.)	BMI>75.Perz. (13 Prob.)
AI-4	-	3	0
AI-3	-	4	1
AI-2	-	4	2

AI-1	-	1	3
AI-0	-	0	7

Diskussion und Zusammenfassung

Das Ernährungsverhalten und die Ernährungsprobleme bei Kindern und Jugendlichen mit Down-Syndrom bedürfen einer genauen Beobachtung, Analyse und ggf. frühzeitigen Intervention. Primär sind Ernährungsprobleme im Sinne von Trink- und Essstörungen zu beobachten, häufig einhergehend mit einem mäßigen oder gar schlechten Gedeihen der kleinen Patienten. Dies korreliert gehäuft auch mit diversen zusätzlichen Beeinträchtigungen wie kardialen und gastrointestinalen Fehlbildungen, orofacialen Funktionsstörungen, aber auch Mutter-Kind-Interaktionsstörungen. Sekundär kann aber beobachtet werden, dass sich diese Problematik im Kleinkindalter rückbildet und die Nahrungsaufnahme in der Quantität kein Problem mehr darstellt, es aber dabei gehäuft zu einer inadäquaten Energiezufuhr kommt. Diese wiederum führt über die Jahre hinweg zu einem kontinuierlich steigenden BMI.

Eltern müssen für diese Problematik deutlich sensibilisiert werden, kontinuierliche Schulung ist erforderlich. Die von uns jährlich durchgeführte Beratung bei diesen konsiliarischen Patienten hat sich als nicht ausreichend wirksam gezeigt. Eine engmaschige Kontrolle und professionelle Beratung mit Focus auf die Gewichtsentwicklung und das Ernährungsverhaltens scheint erforderlich. Ebenso sollten Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche mit Down-Syndrom betreuen, einen entsprechenden Focus auf diese Problematik haben.

Ernährungsverhalten ist auch Ergebnis eines Lernprozesses und somit modifizier- und korrigierbar. Daher sollte man sich bemühen, insbesondere unter dem Aspekt der Prävention der Ernährungs-assoziierten Erkrankungen, eine optimierte Ernährung anzustreben. Dabei kann man sich an allgemein anerkannten Ernährungskonzepten, wie z.B. der DGE, orientieren.

Weiter ist einzufordern, dass Kinder und Jugendliche mit Down-Syndrom sportlich aktiv sein sollten. Down-Syndrom per se schließt sportliche Aktivitäten nicht aus, spezifische Probleme, z.B. kardialer Genese, bedürfen natürlich der Beachtung. Anzustreben sind Ausdauersportarten wie Walken, Radfahren etc., mit ca. 3 Einheiten pro Woche a mind. 30 Minuten. Gerade bei den Jugendlichen mit Down-Syndrom, die eher zu passivem Freizeitverhalten neigen, setzt diese sportliche Aktivierung große Motivationskraft bei den Betreuenden voraus.

Seit Juni 2004 sammeln wir Daten zum Ernährungsverhalten von Menschen mit Down-Syndrom. Sie sind herzlich eingeladen, sich an dieser Datensammlung zu beteiligen. Weitere Info finden Sie auf unserer Homepage unter www.kinderarzt-bretten.de

Literatur beim Verfasser

Gewichtszunahme im Erwachsenenalter ist mit erhöhtem Diabetesrisiko assoziiert

Boeing H, Potsdam

Menschen, die im Alter zwischen 25 und 40 Jahren zwei bis drei Kilogramm an Gewicht zunehmen, haben ein um circa 25 Prozent erhöhtes Risiko an Typ-2-Diabetes zu erkranken. Kommen mehr als 12 Kilogramm zum Normalge-

wicht hinzu, erhöht sich das Diabetesrisiko bei Männern um das 1,5fache. Bei Frauen steigt das Risiko sogar um den Faktor 4,3 an. Legen dagegen beide Geschlechter erst in späteren Jahren, das heißt zwischen 40 und 55 an Gewicht zu, so erhöht sich das damit verbundene Diabetesrisiko „nur“ um etwa 11 bis 13 Prozent. Dies sind Ergebnisse der Potsdamer EPIC*-Studie, die das Forscherteam um Professor Heiner Boeing vom Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke in der neuesten Ausgabe der Fachzeitschrift *The American Journal of Clinical Nutrition* veröffentlichte.

„Viele verschiedene Studien belegen bereits einen Zusammenhang zwischen Gewichtszunahme und Diabetesrisiko. Unsere Untersuchung weist jedoch erstmals darauf hin, dass auch der Zeitpunkt der Gewichtszunahme eine wichtige Rolle spielt,“ so Anja Schienkiewitz, Erstautorin der Studie.

„Das einmal zwischen 25 und 40 Jahren erworbene Übergewicht erhöht das Diabetesrisiko im späten Erwachsenenalter, auch wenn es in diesem Lebensabschnitt zu keiner weiteren Gewichtszunahme mehr kommt. Zudem bewirkt es ein um drei bis fünf Jahre früheres Einsetzen der Erkrankung. Da die Zahl junger übergewichtiger Erwachsener in Deutschland stetig steigt und bereits eine moderate Gewichtszunahme im jungen Erwachsenenalter das späte Erkrankungsrisiko nicht unwesentlich erhöht, geben unsere Ergebnisse Anlass zur Sorge. Zudem verdeutlichen sie, wie wichtig es ist, zeitlebens auf sein Gewicht zu achten,“ kommentiert Heiner Boeing, Leiter der Potsdamer EPIC-Studie die Untersuchungsergebnisse.

Die Wissenschaftler werteten Daten von 7.720 männlichen und 10.371 weiblichen Studienteilnehmern/innen aus. Innerhalb der 7 jährigen Nachbeobachtungszeit diagnostizierten Ärzte bei 390 Teilnehmern und 303 Teilnehmerinnen einen Typ-2-Diabetes.

Hintergrundinformation:

EPIC* (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition)-Studie: eine prospektive, 1992 begonnene Studie, die Zusammenhänge zwischen Ernährung und Krebs und anderen chronischen Erkrankungen aufdeckt. 23 administrative Zentren in zehn europäischen Ländern mit 519.000 Studienteilnehmern sind an der Studie beteiligt. Die EPIC-Studie wird von Dr. Elio Riboli (International Agency on Research of Cancer, Lyon, Frankreich) koordiniert. Die Potsdamer EPIC-Studie, an der 27.548 Frauen und Männer im Alter zwischen 35 und 65 Jahren teilnehmen, leitet Professor Dr. Heiner Boeing.

Typ-2-Diabetes: Nach Angaben der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) sind zur Zeit rund sechs Millionen Deutsche an Typ-2-Diabetes erkrankt. Steigt die Anzahl der Menschen mit Typ-2-Diabetes weiterhin so stark an, werden es im Jahr 2010 etwa zehn Millionen Menschen sein.

Quelle:

- DifE, Pressemitteilung Nr. 13, 15. August 2006

Jodmangel in Deutschland in Zahlen

Die Folgen des Jodmangels in Deutschland beeinträchtigen nicht nur die Gesundheit von Millionen Betroffenen erheblich, sondern belastet auch das Gesundheitswesen enorm. Und so sieht die Jodmangelbilanz derzeit aus:

- Etwa ein Drittel aller Erwerbstätigen haben infolge Jodmangels eine vergrößerte Schilddrüse und/oder Knoten in der Schilddrüse
- 6.000 Babys werden jährlich noch mit einer Schilddrüsenvergrößerung geboren.
- Jodmangelbedingte Schilddrüsenerkrankungen sind nach wie vor die häufigsten Erkrankungen menschlicher Drüsen. Sie gehören zu den 15 häufigsten Diagnosen bei Allgemeinmedizinern und Internisten.
- Zehn Prozent der Bevölkerung Deutschlands müssen Schilddrüsenmedikamente gegen Schilddrüsenerkrankungen einnehmen.
- Das Schilddrüsenhormonpräparat L-Thyroxin ist mit 6,7 Mio. Rezepten das meist verordnete Medikament in Deutschland (vom wissenschaftlichen Dienst der AOK im Auftrag von BILD ermittelt)
- Ca. 60.000 Bundesbürger müssen sich jährlich einer Radio-Jod-Therapie unterziehen.
- Über 100.000 Bundesbürger müssen jährlich an der Schilddrüse operiert werden.
- Die Diagnose und Behandlung von Schilddrüsenkrankheiten verursachen jährlich Kosten von über einer Milliarde Euro.

Viele dieser gesundheitlichen Beschwerden und Kosten könnten vermieden werden, wenn der Jodmangel in Deutschland dauerhaft ausgeglichen würde. jodhaltige Nahrungsmittel wie Seefische, Milch, und Milchprodukte tragen dazu ebenso bei wie Jodsalz, das vor allem im Haushalt verwendet werden sollte, aber auch zum Zubereiten von Speisen in der Gemeinschaftsverpflegung und zur Herstellung von Lebensmitteln (vor allem bei Brot). Risikogruppen oder Menschen, die Salz meiden sollten, können ihren Jodbedarf mit Jodtabletten decken. Weitere infos unter www.jodmangel.de.

Quelle:

- Presseinformation 6/06 des Arbeitskreises Jodmangel

„Alterdiabetiker werden immer jünger“: Fettleibigkeit ist ein bis zu 90fach höheres Risiko

„Entscheidend für das Diabetesrisiko ist die Frage, ob ein Mensch noch als Erwachsener dick ist“, erklärt Prof. MM Weber, Mainz. „Falls ja, ist die Wahrscheinlichkeit, einen Typ 2 Diabetes zu entwickeln, je nach Ausmaß der Fettleibigkeit, bis zu 90fach höher als bei Normalgewichtigen.“

In Deutschland leiden etwa 6 Mio. Menschen an Diabetes mellitus, jedes Jahr kommen 400.000 Erkrankungen dazu – hauptsächlich Typ 2 Diabetes. Übergewicht gilt in 90% der Fälle als Auslöser. Ein alarmierender Trend: Schon jedes fünfte Vorschulkind und jeder dritte Jugendliche in Deutschland ist zu dick – in den meisten Fällen infolge von falscher Ernährung und Bewegungsmangel.

„Resignation ist der falsche Weg“, betont S. Maxeiner aus Bad Kreuznach. „Betroffene sollen und können aktiv werden“.

Alle Politiker fordern den mündigen Patienten. „Wir wollen aktiv etwas für mehr Wissen um diese Erkrankung tun. Außerdem arbeiten wir intensiv daran, den Diabetes völlig zu beherrschen. 560 Mio. Euro investierte das dänische Unternehmen Novo Nordisk, das seinen deutschen Sitz in Mainz hat, allein im letzten Jahr in die Erforschung des Diabetes. Denn unser Selbstverständnis als Unternehmen schließt neben einer wirtschaftlichen, vor allem auch eine soziale Verantwortung mit ein“, erklärt Dr. K. Selenka, Marketing-Leiter des Pharma-Unternehmens Novo Nordisk. „Wir haben das Ziel, das Leben der Patienten mit Diabetes mellitus positiv zu beeinflussen und die Lebensqualität zu erhalten – Changing Diabetes ist das weltweite Motto.“

Einer, der den Kopf nicht in den Sand gesteckt hat, ist Dimo Wache, Bundesligatorhüter bei Mainz 05 und selbst Typ 1 Diabetiker. „Nach der Diagnose war ich geschockt. Doch inzwischen weiß ich, wie ich mit dem Diabetes umgehen muss“, so Wache. Auch wenn er in seinen Bundesligaspielen sein Insulininjektionsgerät nicht als Talisman im Tor liegen hat.

Übergewicht, falsche Ernährung und Bewegungsmangel sind Faktoren, die das Diabetesrisiko erheblich steigern. „Kinder und Jugendliche unserer Stadt wollen wir deshalb so früh wie möglich durch fetzige Aktionen mit ins Boot holen. Ernähre Dich gesund, bewege Dich mehr – das sind unsere Botschaften“ fasst M. Ebling, Dezernent für Jugend und Soziales der Stadt Mainz das Mainzer Engagement zusammen.

Quelle:

- DMW 131 Nr. 4 (2006); 176

Selenzusatzstoffe ohne Wirkung

Stranges S et al., Buffalo USA

Selen ist ein wichtiges Spurenelement, doch die Aufmerksamkeit, die ihm zukommt, ist vor allem seiner Funktion in mehreren antioxidierenden, enzymatischen Systemen zuzuschreiben und das, seit davon ausgegangen wird, dass Oxidationsphänomene bei diversen Pathologien, insbesondere kardiovaskulären, eine Rolle spielen können. So wird die Oxidation des LDL-Cholesterins zum Beispiel immer als Schlüsselement in der Atherosklerose betrachtet.

Die Idee einer Ergänzung durch Antioxidantien ist nicht neu und verschiedene Versuche sind bereits unternommen worden. Doch es gilt zu erkennen, dass die Ergebnisse derzeit alles andere als überzeugend sind. Dennoch haben mehrere Arbeiten von einer Assoziation zwischen „Selenierung“ und kardiovaskulären Risiken berichtet.

Um Licht in die Angelegenheit zu bringen wurde die Wirkung der Supplementierung mit Selen im Rahmen einer großen randomisierten Untersuchung geprüft.

Tausend Teilnehmer ohne Herz-Kreislauf-Krankheit wurden in zwei Gruppen aufgeteilt: Die eine erhielt im Blindversuch einen Selenzusatz (200 µg/Tag, d.h. das dreifache der empfohlenen Menge) während der anderen Gruppe ein Placebo verabreicht wurde.

Nach einem Follow-up von durchschnittlich 7,6 Jahren wird nun Bilanz gezogen. Ergebnis: keine signifikante Verbindung zwischen der Einnahme der Ergänzungsmittel und der kardiovaskulären Morbidität (ohne Unterscheidung der Erkrankungen), dem Auftreten eines Herzinfarkts oder eines Gehirnschlags und der kardiovaskulären Gesamtmortalität. Die Stratifizierung auf der Grundlage des ursprünglichen Selenhaushalts (gemessen anhand der Selenkonzentration im Plasma) beeinflusst diese Beobachtung nicht. Selbst wenn man das Auftreten eines Effekts nach einem längeren Zeitraum nicht ausschließen kann, lassen diese Resultate vermuten, dass eine Selen-Supplementierung im Sinne einer primären Vorbeugung von Herz-Kreislaufkrankungen nicht gerechtfertigt werden kann.

Quelle:

- Am J of Epidemiol. 163 (2006) 694-699

Ernährung in Justizvollzugsanstalten – besonders der Gesundheitsorientierung verpflichtet

Krawinkel M et al., Gießen

Die Ernährung in Justizvollzugsanstalten (JVA) erfolgt – je nach Haftdauer – für viele Jahre und ist für die Insassen ohne Alternative. Daher besteht eine besondere Verpflichtung, die Kost so zu gestalten, dass Gesundheitsrisiken vermieden und die Chancen auf ein späteres Leben in Gesundheit nicht eingeschränkt werden. Es gibt jedoch nur wenig veröffentlichte Daten zur Ernährung in JVA.

Daher wurde das Nahrungsangebot für Gefangene erhoben. Von 25 Anstalten konnten Daten erfasst, ausgewertet und mit den Ergebnissen einer früheren Studie, den Ergebnissen des Gesundheits- und Ernährungssurvey sowie den D-A-CH-Empfehlungen verglichen werden.

Dabei zeigt sich, dass eine deutlich Annäherung des Nahrungsangebots an die Empfehlungen stattgefunden hat. Eine weitere Verbesserung könnte erreicht werden, wenn insbesondere die hohen Zufuhren an Fett und Natrium gesenkt würden.

Quelle:

- Ern Umsch. 53 Heft 8 (2006), 309-313

Kinder vor der Glotze

Kinder vor der Glotze, da denkt man an Passivität, Gewalttoleranz, Übergewicht. medizinisch kann man sich die schlechte Angewohnheit aber zunutze machen: Wenn Sieben- bis Zwölfjährige während einer Blutabnahme einen Zeichentrickfilm ansehen, empfinden sie deutlich weniger Schmerzen als ohne jede Ablenkung. Als Analge-

tikum und Sedativum übertraf das Fernsehen selbst die Mütter.

Quelle:

- Arch Dis Child 2006; doi: 1136/adc.2006.097246

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Entscheidung zu Insulinanaloga jetzt beim BMG

Der G-BA hat am 18. Juli 2006 entschieden, dass kurz wirksame Insulinanaloga zur Behandlung von Typ 2 Diabetikern nur dann zulasten der gesetzlichen Krankenkassenversicherungen verordnet werden dürfen, wenn sie nicht teurer sind als Humaninsulin. Das angestrebte Behandlungsziel einer guten medizinischen Versorgung sei mit Humaninsulin ebenso zweckmäßig und derzeit wesentlich kostengünstiger zu erreichen. Der G-BA hat jedoch Ausnahmen definiert. Ein Vertragsarzt kann kurz wirksame Insulinanaloga weiterhin auf Kassenkosten verordnen,

- wenn ein Patient allergisch auf Humaninsulin reagiert
- Für Patienten, bei denen trotz intensiver Therapie eine stabile adäquate Stoffwechsellage mit Humaninsulin nicht erreichbar ist, dies aber mit kurz wirksamen Insulinanaloga nachweislich gelingt.
- wenn bei Patienten aufgrund unverhältnismäßig hoher Humaninsulindosen eine Therapie mit kurz wirksamen Insulinanaloga im Einzelfall wirtschaftlicher ist.

Der Beschluss liegt jetzt dem Bundesgesundheitsministerium zur Prüfung vor. „Bei der Entscheidung ging es allein um die Frage, ob es einen belegbaren Zusatznutzen durch die Behandlung mit kurz wirksamen Insulinanaloga gibt, der den deutlich höheren Preis rechtfertigt“, sagte G-BA-Vorsitzender Dr. Rainer Hess. Belege dafür habe die pharmazeutische Industrie nicht vorlegen können. Weitere Infos unter www.g-ba.de

Quelle:

- prodialog 8 (2006); 8

Arzneien im Handgepäck – da ist vieles unklar

Chronisch Kranke sollten sich vor einer Flugreise bei ihrer Airline erkundigen. Ärztliche Atteste sind keine Garantie.

Chronisch Kranken, die auf eine längere Flugreise gehen wollen, sollten Ärzte raten, sich am besten vorher bei der Airline zu erkundigen, ob sie ihre Medikamente wie Insulin im Handgepäck mit an Bord nehmen dürfen. Denn hier kann es zur Zeit Probleme geben.

Bei den verschärften Sicherheitskontrollen auf Flughäfen ist zur Zeit vor allem das Handgepäck im Visier. Die Regeln werden je nach Airline und Land allerdings unterschiedlich gehandhabt.

Schwierig ist die Situation vor allem für chronisch Kranke, die auf Medikamente angewiesen sind und denen von

Reisemedizinern empfohlen wird, sicherheitshalber alle Arzneien, die sie während einer Reise brauchen, im Handgepäck mitzunehmen.

Am schärfsten sind die Regeln für Flüge in die USA und nach Großbritannien sowie auch von dort aus. Hier dürfen Getränke, Kosmetik- und Toilettenartikel wie Gels, Cremes und Parfums nicht mehr ins Handgepäck. Aber selbst auf diesen Flügen seien dringend notwendige Medikamente, auch in flüssiger Form erlaubt. Allerdings muss ein Rezept oder eine Verordnung vorgelegt werden, der Name muss mit dem auf dem Ticket übereinstimmen. Dies gilt aber meist nur für die Menge, die während des Flugs gebraucht wird.

Darüber hinaus sei eine allgemeingültige und zuverlässige Beratung zum Mitnehmen von Medikamenten in flüssiger Form derzeit nicht möglich, so das Centrum für Reisemedizin (CRM) in Düsseldorf nach umfangreichen Recherchen. Ärztekönnen Patienten ein Rezept mitgeben – eine Garantie sei das allerdings nicht. Gelegentlich wird von den Kontrolleuren eine Probe-Einnahme der betreffenden Substanz akzeptiert. Schlimmstenfalls, so die CRM, müssen die Reisenden mit der Beschlagnahme des Mittels oder mit der Zurückweisung vom Flug rechnen

Quelle:

- Ärztezeitung 150 (August 2006); 4

Kein Traum: Schokolade ist gesund

Amerikanische Epidemiologen haben ein systematisches Review erstellt zu der Frage, ob Schokolade das kardiovaskuläre Risiko reduziert. Sie fanden 136 Studien unterschiedlichen Designs zum Thema.

Randomisierte klinische Studien zeigen, dass Schokolade und ihre Inhaltsstoffe den Blutdruck erniedrigen, Entzündungsparameter normalisieren, die Thrombozytenfunktion inhibieren, das HDL erhöhen und das LDL erniedrigen. Andere Studien implizieren, dass sie die kardiovaskuläre Sterblichkeit reduzieren. Eine Metaanalyse zeigt, dass das relative Risiko der Terzile mit dem höchsten im Vergleich mit dem geringsten Schokoladenkonsum auf 0,81 reduziert ist.

Quelle:

- Nutrition & Metabolism 2006, doi:10.1186/1743-7075-3-2

Nährwert- und Vitamingehalte ausgewählter Winterkürbissorten

Bognar A., Stuttgart

Auf dem deutschen Markt werden zwischen September und Februar zahlreiche Kürbissorten angeboten. Diese erfreuen sich bei den Verbrauchern zunehmender Beliebtheit und können zu den vielfältigsten schmackhaften Speisen verarbeitet werden.

Die vorliegenden Befunde in der Literatur über Nährwert von Winterkürbis sind lückenhaft, zu allgemein und für die Beurteilung des Nährwertes einzelner Kürbissorten nur bedingt geeignet. Es fehlen außerdem weitgehend Angaben über die Veränderung der Inhaltsstoffe bei der Zubereitung. In Stuttgart wurde eine Untersuchung durchgeführt mit dem Ziel, die Literaturbefunde durch aktuelle und differenzierte Analysedaten zu ergänzen.

Quelle:

- Ern Umsch. **53** (2006), Heft 8, S.305-308

Pharmakotherapie in der Adipositas – Aktueller Stand und Perspektiven

Rotthoff T., Schwerbaum WA, Düsseldorf

Langzeiterfolge in der Adipositas-Therapie sind nur schwer zu erzielen, weshalb eine medikamentöse Therapie hilfreich erscheint. Für die verfügbaren Arzneimittel kann bislang aber aufgrund der Studienlage und unter Abwägung von Nebenwirkungen nur eine zeitlich begrenzte Therapiedauer empfohlen werden. Trotz des positiven Einflusses auf einzelne Surrogatparameter erscheint der Nutzen dieser Therapieoptionen insgesamt noch wenig überzeugend, es fehlen Endpunktstudien, die einen Nutzen über die Verbesserung einzelner Parameter hinaus belegen.

Zahlreiche Studien zur Gewichtsreduktion, sei es medikamentös, diätetisch oder durch Lebensstil-Änderungen, weisen das größte Ausmaß einer Gewichtsreduktion zu Therapiebeginn auf. Im Laufe der Zeit nehmen die meisten Patienten wieder auf das alte Gewicht oder darüber hinaus zu. Es ist also davon auszugehen, dass es auch bei frühzeitigen Therapie- und Studienabbruchern zu einer nachfolgenden Gewichtszunahme kommt. Den zuletzt erhobenen Wert dieser Patienten für die abschließende Analyse zu verwenden, kann den Therapieerfolg überschätzen.

Quelle:

- Arzneimitteltherapie **9** (2006; 24. Jahrgang) 314-319

Buchbesprechung: Ernährungsmedizin und Diätetik in Rehabilitationseinrichtungen

Autor: G. Oehler, Mölln

Die Bedeutung einer gesunden Lebensweise zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit ist von der Wissenschaft vielfältig belegt worden, insbesondere die mit einer inadäquaten Ernährung verbundene erhöhte Krankheitslast. Zwar haben diese Erkenntnisse zu einem Anstieg des Gesundheitsbewusstseins in der Bevölkerung geführt, trotzdem hat die Zahl der ernährungsbedingten Krankheiten in den vergangenen Jahrzehnten erheblich zugenommen. Bei Kindern und Jugendlichen erscheinen Fehl- und Überernährung und das hohe Ausmaß an

resultierenden Folge- und Begleiterkrankungen besonders bedrohlich. Der Anstieg chronischer Erkrankungen aufgrund ungesunder Ernährung und Lebensgewohnheiten führt zu menschlichen und medizinischen Problemen und hat Konsequenzen für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Nicht erst seit heute, aber nie dringender als in der heutigen Zeit, kommt dem Thema Ernährung in Prävention und Rehabilitation eine zentrale Rolle zu.

Vor diesem Hintergrund zielt das Konzept der Rehabilitation auf gesundheitsförderliches Verhalten und Änderung des Lebensstils ab. Es geht darum, dem Rehabilitanden nicht nur Wissen über seine Krankheit und den Zusammenhang mit der Ernährung zu vermitteln. Ziele sind auch die Erhöhung der Motivation und Kompetenz zur Verhaltensänderung. Die Ernährungstherapie in der Rehabilitation ist eingebettet in eine langfristig ausgerichtete Strategie, die eine aktive Gestaltung durch den Rehabilitanden fördert und fordert: den selbstverantwortlichen Umgang mit seiner Gesundheit in Beruf und Alltag.

Herausgeber:

- Deutsche Rentenversicherung Bund; Ruhrstr. 2; 10709 Berlin; Oktober 2005

Buchbesprechung: Ratgeber für die richtige Ernährung bei Demenz

Wenn an Demenz erkrankte Menschen nicht essen und trinken, wissen Angehörige und andere pflegende oft keinen Rat. Die Gründe für das veränderte Essverhalten sind vielfältig und erfordern unterschiedliche Maßnahmen. Das sinnliche Erleben bei gemeinsam vorbereiteten und eingenommenen Mahlzeiten kann verschüttete Kompetenzen und Erinnerungen wecken und die Lebensqualität der Demenzkranken erhöhen. Mit

- Informationen über eine altersgerechte Ernährung, die Bedeutung persönlicher Vorlieben und die psychosozialen Funktionen von Essen und Trinken,
- Übersichten über Symptome; Probleme und geeignete Maßnahmen
- Alltagsbeispielen für typische Problemsituationen und Tipps, wie man damit umgeht
- Ernährungsplänen, Checklisten, Beobachtungsbögen

Herausgeber:

- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie und Frauen; Ernst Reinhardt Verlag München Basel 2006

Veranstaltungen 2007 der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V., des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V. u.a.

16.-17. Februar 2007, Berlin

„edi 2007“: Ernährung, Diätetik, Infusionstherapie: Ernährung als Therapie.

Fortbildungsveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. in Zusammenarbeit u.a. mit der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V. und dem Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e.V.

Themen-
schwerpunkte stehen derzeit noch nicht fest

Aktuelles aus der Intensivmedizin

Leitung: Prof. Dr. med. H. Lochs, Berlin
Prof. Dr. med. A. Weimann, Leipzig

Auskunft: Kongresssekretariat
Dr. rer. nat. T. Schütz
Med. Klinik
Schwerpunkt Gastroenterologie
Universitätsklinikum Charité
Schumannstr. 20-21
10098 Berlin
Tel.: 030/ 45 05 14 – 059
Fax: 030/ 45 05 14 – 923

15. - 25. Februar 2007, Glottertal (bei Freiburg)

15. 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>

März 2007, Veitshöchheim

30. Würzburger Fortbildungsveranstaltung über Ernährungsmedizin und Diätetik

Veranstaltungsort: Mainfrankensäle
Veitshöchheim/Würzburg

Themenschwer-
punkte stehen derzeit noch nicht fest

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

Auskunft: Monika Wild
Staatl. Berufsfachschule für Diätassistenten
Reisgrubengasse 10
97070 Würzburg
Tel.: 09 31/ 3 52 93 – 0
Fax: 09 31/ 3 52 93 – 3 33

19.-21. April 2007, Wolfsburg

50. Jahrestagung des Verbandes der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.

Themen-
schwerpunkte noch nicht bekannt

Veranstaltungsort: Congress Park Wolfsburg

Auskunft: Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.
Geschäftsstelle
Bismarckstr. 96
40042 Düsseldorf
Tel.: 0211/ 16 21 75
Fax: 0211/ 35 73 89
Email: vdd-duesseldorf@t-online.de
Internet: <http://www.vdd.de>

20./21. April 2007, Wolfsburg

8. wissenschaftliche Tagung des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V. (BDEM)

Themen-
schwerpunkte noch nicht bekannt

Veranstaltungsort: Congress Park Wolfsburg
Leitung und Programmgestaltung: Prof. Dr. med. U. Rabast, Hattingen
Dr. med. W. Burghardt, Würzburg
Dr. med. B. Kluthe, Freudenstadt

Auskunft: 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>

16.-19. April 2007, Hamburg

42. Jahrestagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft

Themenschwerpunkte

- Makrovaskuläre Komplikationen
- Mikrovaskuläre Komplikationen
- Risikofaktoren
- Pathophysiologie
- Neue klinische Standards
- Allgemeines

Veranstaltungsort: CCH-Congress Center
Leitung: Prof. Dr. med. P. Nawroth, Heidelberg

Tagungsorganisation: K.I.T. GmbH
Association and Management Group
Kurfürstendamm 71
1079 Berlin
Tel.: 03 04/ 2 46 03 – 3
Fax: Tel.: 03 04/ 2 46 03 – 2 00

31. Mai – 02. Juni 2007, Innsbruck

Ernährung 2007 – 6. Dreiländertagung.

Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM), der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (AKE) sowie der Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz (GESKES) gemeinsam mit dem Verband der Diätologen Österreichs.

Die Veranstaltung ist interdisziplinär ausgerichtet und richtet sich an Ärzte, Ernährungswissenschaftler/Ökotonophologen, Apotheker, Diätassistenten und Pflegepersonal

Themenschwerpunkte

- Der Darm: neurologische und immunologische Wechselbeziehungen
- Vitamine und Oxidation
- Neues bei der enteralen Ernährung
- Perioperative Ernährung
- Nutrigenomics
- Qualitätssicherung und Ökonomie
- Katabolie
- Adipositas bei Kindern
- Krankenhausernährung
- Ernährung in Altenheimen
- Ernährungsberatung
- Sporternährung

Veranstaltungsort: Congress Innsbruck
Rennweg 3
A-6020 Innsbruck
Leitung: Univ.-Prof. Dr. J.-M. Hackl, Innsbruck
Univ.-Prof. Dr. Doris Baloch, Innsbruck

Tagungsorganisation: Wissenschaftliches Sekretariat der AKE
Höfergasse 13/1
A-1090 Wien
Tel.: 00 43/ 1/ 9 69 04 87