

# Der Ernährungsmediziner



*Unabhängiger Informationsdienst*

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

Jahrgang 9, Nr. 1

Februar 2007

*Liebe Leserin, lieber Leser,*

*Das erste Heft des neuen Jahres stellt zunächst das erste Spezialseminar einer geplanten Fortbildungsreihe vor, die spezielle aktuelle Probleme der Ernährung auf dem neuesten Stand wiedergeben soll. Als erstes Thema wurde das „Metabolische Syndrom“ gewählt. Die Tagung im November war ein voller Erfolg. 2. Thema wird die „Ernährung im Krankenhaus“.*

*Im Mittelpunkt des Heftes stehen Auszüge aus dem gerade erschienenen Gesundheitsbericht der Bundesregierung.*

*Ihr  
the*

*Prof. Dr. med. Reinhold Kluthe*

## In dieser Ausgabe:

- 1. Spezialseminar „Metabolisches Syndrom – Erfolgreiches neues Seminarkonzept der DAEM
- Medikamentöse Therapie – Quo vadis?
- Flavonoide in Kakao und Schokolade
- Zahl der Diabetiker ist weltweit höher als angenommen
- Rolle der Blutzuckerselbstkontrolle bei Diabetes mellitus Typ 2
- Lebenserwartung doppelt so hoch wie vor 135 Jahren
- HbA<sub>1c</sub> zeigt nur die halbe Wahrheit
- Patientenzentrierte Diabetesschulung zeigt längerfristigen Erfolg: HbA<sub>1c</sub> bleibt im grünen Bereich
- Weintrinker ernähren sich gesünder als Biertrinker
- Neue Arznei für Typ 2 Diabetiker zugelassen
- Einfacher Test auf Mangelernährung
- Wie sicher ist Noni-Saft
- Gesundheitsbericht erschienen
- Stammzellen gegen Diabetes – Therapie der Zukunft?

- **Diabetestherapie muss auch postprandiale Zuckerspitzen kappen.**

## 1. Spezialseminar Metabolisches Syndrom Erfolgreiches neues Seminarkonzept der DAEM

Kling, Ch., Kluthe B., Freudenstadt

Im November trafen sich zur Aktualisierung und Vertiefung ernährungsmedizinischer Kenntnisse ÄrztInnen, DiätassistentInnen und ÖkotrophologInnen zum 1. Spezialseminar „Metabolisches Syndrom“, welches von der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Ernährungsmedizin Baden Württemberg (NEBW) im Gesundheitspark Hohenfreudenstadt in Freudenstadt ausgerichtet wurde.

Ziel des Seminars war neben der Vertiefung des bereits im Grundseminar (100-Stundenkurs) vermittelten Wissens vor allem das Erproben von Methoden zur praktischen Umsetzung sowie Kennenlernen von Modellen interdisziplinärer Zusammenarbeit von Ärzten, Ernährungsfachkräften, Psychologen und Bewegungstherapeuten.

Der erste Seminartag begann nach einer Seminareinführung durch den Chefarzt der Klinik Hohenfreudenstadt, Dr. Bertil Kluthe, mit einem Update zum derzeitigen wissenschaftlichen Stand der Adipositasforschung und -therapie. Herr PD Dr. Breidert, Chefarzt an der Stadtklinik Baden-Baden, referierte über „Evidenzbasierte Therapie bei Adipositas gemäß den aktuellen Leitlinien“ sowie über „Prävention und Therapie beim Metabolischen Syndrom“. Im Anschluss daran stellten Frau Dr. Korsten (Freiburg) und Herr Dr. Kauth (Ludwigsburg) verschiedene Schulungskonzepte bzw. Modellprojekte zur Therapie der Adipositas vor.

Den Vorträgen schloss sich ein gemütliches und gesundes Mittagessen im Tagungshotel an, welches die Teilnehmer auch zur aktiven Diskussion nutzten. Gut gestärkt ging es dann am Nachmittag in sportlich legerer Kleidung weiter. Nach einer kurzen theoretischen Einführung zum Thema „Nordic Walking“ durch Frau Ilona Großwendt, Diplom-Sportlehrerin an der Klinik Hohenfreudenstadt, lockten letzte herbstliche Sonnenstrahlen zum praktischen Ausprobieren in die Schwarzwaldumgebung. Praktisch ging es auch in der letzten Seminareinheit des ersten Tages weiter. Die Kursteilnehmer erarbeiteten unter der Leitung von Frau Christiane Kling, Leiterin der Abteilung für Ernährungs- und Diätberatung an der Klinik Hohenfreudenstadt, Wege und Methoden zur praxisnahen Umsetzung der Ernährungsempfehlungen.

Auch am 2. Seminartag erwartete die Teilnehmer eine abwechslungsreiches Programm, bestehend aus Vorträgen und Praxisseminaren. Herr Dr. Flohr vom Universitätsklinikum Freiburg, referierte zum Thema „Endothel und vaskuläre Funktion“. Dem schlossen sich der Vortrag von Dr. B. Kluthe zum Thema „Prävention und Therapie des Diabetes mellitus anhand der aktuellen Leitlinien“ und die Präsentation verschiedener Schulungsprogramme bei Diabetes mellitus incl. Mustertherapiepfaden und Fallbeispielen an. Das Vormittagsprogramm wurde abgeschlossen mit dem Seminarbeitrag „Konzeption und Durchführung von Lehrküchenveranstaltungen“. Auch der zweite Nachmittag wurde praxisorientiert gestaltet. Herr Sperber, Physiotherapeut aus Loßburg, referierte nicht nur über den Aufbau und die Durchführung von

<b>Impressum</b>
<b>Schriftleitung</b>
<b>Editor: Reinhold Kluthe, Freiburg</b>
<b>Co - Editoren: Heinrich Kasper, Würzburg</b>
<b>Bertil Kluthe, Freudenstadt</b>
<b>Udo Rabast, Hattingen</b>
<b>Redaktion</b>
<b>Renate Bogenrieder</b>
<b>Dipl. oecotroph. Anne Weingard</b>
<b>Verlag</b>
<b>Akademie - Verlag</b>
<b>Reichsgrafenstr. 11, 79102 Freiburg</b>
<b>Tel.: 0761/ 7 89 80</b>
<b>Fax.: 0761/ 7 20 24</b>
<b>email: info@daem.de</b>
<b>Internet: <a href="http://www.daem.de">www.daem.de</a></b>
<b>Copyright</b>
<b>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</b>

<b>Erscheinungsweise</b>
<b>Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich</b>
<b>Bezugspreis</b>
<b>Jahresbezugspreis 38,--€ + Versandkosten 5,80 € = 43,80 €</b>
<b>Einzelheftpreis 10,-- € + Versandkosten 1,45 €</b>

Sportangeboten, sondern leitete die Gruppe in der Turnhalle dazu an, Sportübungen selbst auszuprobieren. Den Abschluss bildete das Praxisseminar „Motivation und Gesprächsführung“, welches von Herrn Kowalski, Psychologe aus Freudenstadt, geleitet wurde. Hier hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, in Kleingruppen die Techniken der Gesprächsführung und Patientenmotivati-on praktisch zu erproben.

Die Bewertung des Seminars durch die Teilnehmer zeigte mit einer Gesamtbeurteilung von 1,8 (Skala 1-5), dass Erwartungen mit Angebot und Durchführung gut übereinstimmten. Dies ist insbesondere bei Berücksichtigung der berufsbedingt sehr unterschiedlichen Vorkenntnisse der Seminarteilnehmer bemerkenswert. Besonders herausgehoben wurden die Atmosphäre (1,37) und die Organisation während des Seminars (1,5).

Die überaus positive Rückmeldung und die Themenwünsche der Teilnehmer gaben dem Organisationsteam der DAEM Anreiz für die Fortführung dieser Seminarreihe. Bisher geplante Themen in 2007 sind „Ernährung im Krankenhaus – praktische Umsetzung der Ernährungstherapie“, „Metabolisches Syndrom“ und Spezialseminare im Themenbereich „pädiatrische Ernährungsmedizin“.

Insgesamt betrachtet war das 1. Spezialseminar der DAEM ein gelungener Auftakt einer Seminarreihe, die die Erfolge der Akademie bei der Durchführung der Basisseminare nach dem Curriculum Ernährungsmedizin aufgreifen und weiterführen will.

## Medikamentöse Therapie – Quo vadis?

Hamann, A., Bad Nauheim

Mit Rimonabant, das in Deutschland am 4. September 2006 unter dem Handelsnamen Acomplia® erhältlich ist, steht der erste Antagonist des Endocannabinoid-1-Rezeptors zur Therapie der Adipositas und den Begleiterkrankungen zur Verfügung. Formal wurde die Zulassung erteilt zur Behandlung von Patienten mit BMI über 30 kg/m<sup>2</sup> (Adipositas) sowie übergewichtigen Patienten mit einem BMI über 27 kg/m<sup>2</sup> und gleichzeitig einem Diabetes oder einer Dyslipidämie. Die Zulassung für diese Indikationen beruht auf den Ergebnissen des RIO-Studienprogramms im Rahmen der klinischen Zulassung.

Stellt man sich die Frage, welche Patienten am ehesten für den Einsatz von Rimonabant geeignet sind, so ist aus meiner Sicht zunächst die stringenteste Auslegung der Zulassung die sinnvollste Strategie, i.e. die Auswahl von abdominal adipösen Patienten mit einem BMI über 30 und einem Typ 2 Diabetes oder Patienten mit einem BMI über 30 und einer Dyslipidämie. Da letzterer Begriff durchaus Interpretationsspielraum lässt, gehören vor allem Patienten mit einem erniedrigten HDL-Cholesterin dazu, d.h. Männer

mit einem HDL unter 40 mg/dl bzw. Frauen mit einem HDL unter 50 mg/dl.

Rimonabant hat keinen signifikanten Effekt auf das LDL-Cholesterin, so dass die Diagnose Hypercholesterinämie kein Parameter zur Auswahl geeigneter Patienten ist. Keinesfalls sollte der Eindruck entstehen, mit Rimonabant stünde ein Ersatz für eine Statintherapie zur Verfügung. Bei vielen Patienten mit abdomineller Adipositas und metabolischem Syndrom sind CSE-Hemmer erforderlich, um das LDL-Cholesterin in den Zielbereich abzusenken. Entgegen landläufiger Meinung werden jedoch durch Statine HDL-Cholesterin und Triglyceride kaum beeinflusst. Die Hypertriglyceridämie ist zwar im üblichen Sprachgebrauch Teil einer Dyslipidämie, die jedoch als eigenständiger kardiovaskulärer Risikofaktor eher umstritten bzw. von untergeordneter Bedeutung. So ist die alleinige Hypertriglyceridämie nach Meinung des Autors auch kein geeignetes Instrument zur Auswahl eines potentiellen Patienten für die Verordnung von Rimonabant.

Häufig weisen die Triglyceride jedoch eine inverse Korrelation zum HDL-Cholesterin auf, so dass ein relevanter Anteil der adipösen Patienten mit Hypertriglyceridämie über den Marker eines erniedrigten HDL-Cholesterins dennoch als Kandidaten für die Anwendung von Rimonabant in Frage kommt. Wichtige weitere Kriterien, die für Rimonabant erfüllt sein sollten, sind die Bereitschaft des Patienten zur langfristigen Behandlung des Adipositas und einer damit verbundenen Änderung des Lebensstils.

Solche generelle BMI-Zunahme nicht beobachten. Das mag daran liegen, dass zentrale Foci auf Ernährung und Bewegung bei jeder Vorstellung gelegt werden.

### Quelle:

- Adipositas Spektrum (2006) 16-20

### Flavonoide in Kakao und Schokolade – Schutz vor kardiovaskulären Erkrankungen?

Sies, H., Düsseldorf

Die Kenntnis über die Schutzwirkung von in der Kakaobohne enthaltenen Flavonoiden hat sich in jüngster Zeit vertieft. Zum einen verfestigte sich der epidemiologische Nachweis einer Schutzwirkung bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen für die Zufuhr von flavonolreichen Kakao- und Schokoladeprodukten, zum anderen wurde experimentell am Menschen eine Verbesserung der Endothelfunktion von Arterien und der Mikrozirkulation der Haut nachgewiesen. Die Gefäßwirkung korreliert mit dem Spiegel von Epicatechin, dem hauptsächlich vorkommenden Flavonol, und geht mit einer Erhöhung des Stickoxidspiegels im Blutplasma einher. Die molekulare Basis der Epicatechin-Effekte ist noch nicht vollständig bekannt. Nahrungsmittel-technologische Fortschritte führten zu Produkten, die reich an Flavonolen sind.

### Quelle:

- Moderne Ernährung heute 2 (2006) 1-5

### Zahl der Diabetiker ist weltweit höher als angenommen

Die Zahl der Diabetiker ist nach Expertenangaben mit weltweit fast 250 Millionen höher als angenommen. Bereits knapp sechs Prozent der Bevölkerung leide an der chronischen Stoffwechselkrankheit, berichtete die Internationale Diabetes-Förderung (IDF) zum Auftakt ihres Weltkongresses in Kapstadt.

Einst als Alterskrankheit angesehen, habe Diabetes einen Generationenwechsel vollzogen und betreffe zunehmend Menschen im arbeitsfähigen Alter, vor allem in Entwicklungsländern. Bislang geht die WHO von mehr als 180 Millionen Diabetikern aus. Sie rechnet mit einer Verdoppelung der Zahl bis 2030.

### Quelle:

- Ärztezeitung Nr. 84 Jahrgang 25 (2006) 7

### Rolle der Blutzuckerselbstkontrolle bei Diabetes mellitus Typ 2

Martin S et al, Düsseldorf

Die Rolle der Blutzuckerselbstkontrolle bei Typ 2 Diabetikern wird aktuell im Hinblick auf den medizinischen Nutzen und die dabei entstehenden Kosten sehr ausführlich diskutiert. Im Fokus dieser Diskussion steht insbesondere der nicht-insulinbehandelte Typ 2 Diabetes, da sich hier die Frage der therapeutischen Konsequenz aus der Blutzuckerselbstkontrolle stellt.

Betrachtet man den Typ 2 als chronisch progressive Erkrankung, die man nur durch eine Intensivierung der pharmakologischen Maßnahmen therapieren sollte, ist eine intensive Blutzuckerselbstkontrolle in Frage zu stellen. Sieht man jedoch im Typ 2 Diabetes eine Erkrankung, die primär durch Lebensstilfaktoren verursacht wird, und steht im therapeutischen Fokus, die Eigenverantwortung des Patienten zu stärken, hat die Blutzuckerselbstkontrolle eine ganz andere Bedeutung.

Meta-Analysen wie auch ein Review der Cochrane Library zu randomisierten kontrollierten Studien kommen zu dem Schluss, dass Blutzuckerselbstkontrolle sich günstig auf den HbA<sub>1c</sub> auswirkt. Eine neue Beobachtungsstudie, ROSSO (Retrospektive epidemiologische Kohorten-Studie Selbstmonitoring der Blutglukose und Outcome bei Personen mit Typ 2 Diabetes), zeigt sogar eine Assoziation von Blutzuckerselbstkontrolle und reduzierter Mortalität bzw. Morbidität. Diese Ergebnisse haben dazu geführt, dass die Internationale Diabetes-Förderung (IDF) in ihren im Jahr 2005 veröffentlichten globalen Konsensus-Leitlinien die Selbstmessung der Blutglukose bei allen Menschen mit neudiagnostiziertem Typ 2 Diabetes als integralen Teil des Selbstmanagements fordert.

### Quelle:

- Diabetes, Stoffwechsel und Herz Band 15, 4 (2006) 45-54,

### Der HbA<sub>1c</sub> zeigt nur die halbe Wahrheit

Landgraf R, München

Um die Einstellungsqualität von Menschen mit Diabetes zu beurteilen, sind zwei Parameter wichtig: der HbA<sub>1c</sub> und die selbstgemessenen Blutzuckerwerte des Patienten. Denn der HbA<sub>1c</sub> allein bildet nicht die ganze Wahrheit ab.

Ein HbA<sub>1c</sub> -Wert von 7 Prozent repräsentiert einen mittleren Blutzucker von etwa 150 mg/dl über die letzten sechs bis acht Wochen. Ob das Glukoseprofil in dieser Zeit stabil war oder gefährlich geschwankt hat, geht daraus kaum hervor. Die Schwankungen zeigen sich im Diabetes-Tagebuch.

Studien zeigen eine Beziehung zwischen postprandialer Hyperglykämie und kardiovaskulären Erkrankungen. Das Risiko ist nach Aussage von Professor Monika Kelerer aus Stuttgart schon im Stadium der gestörten Glukosetoleranz erhöht. So wurden z.B. in einer Metaanalyse in 12,4 Jahren für 95 783 Patienten 3707 kardiovaskuläre Ereignisse notiert – knapp vier Prozent. Der Zwei-Stunden-Wert im oralen Glukosetoleranz-Test war gut mit dem Risiko korreliert: bei 140 mg/dl stieg das Risiko auf das 1,58fache. Die Korrelation mit der Nüchtern-Glukose war schwächer.

Die postprandialen Werte schlagen sich verschieden stark im HbA<sub>1c</sub> nieder: Bei HbA<sub>1c</sub> -Werten ab 10 Prozent beträgt der Einfluss nur etwa ein Drittel. Er wächst aber mit abnehmendem HbA<sub>1c</sub>. Unterhalb von rund 7 Prozent bestimmt der postprandiale Blutzucker den HbA<sub>1c</sub> zu rund 70 Prozent. In diesem Bereich sei er ein viermal besserer Prädiktor für den HbA<sub>1c</sub> als die Nüchternwerte, so Kellerer. Gerade bei Menschen, die wegen ihres niedrigen HbA<sub>1c</sub> als gut eingestellt gelten, sei daher eine sorgfältige Kontrolle der postprandialen Blutzuckerwerte wichtig.

Quelle:

- Ärztezeitung Nr. 99 Jahrgang 25 (2006) 12

### Lebenserwartung doppelt so hoch wie vor 135 Jahren

Die Lebenserwartung in Deutschland hat sich in den vergangenen 135 Jahren mehr als verdoppelt. Ein im Jahr 2004 geborener Junge hat einer neuen Modellrechnung zufolge eine durchschnittliche Lebenserwartung von 81,7 bis 84,9 Jahren. Mädchen dieses Jahrgangs könnten 87,8 bis 90,4 Jahre alt werden. Jungen des Geburtenjahrgangs 1871 wurden statistisch 39,1 Jahre, Mädchen 42,1 Jahre alt.

Von den Jungen des Geburtenjahrgangs 2004 werden etwa 92 Prozent 65 Jahre alt werden. Bei den Mädchen sind es sogar 96 Prozent. Den 85. Geburtstag erleben danach voraussichtlich noch 80 Prozent der Frauen und 62 Prozent der Männer.

Quelle:

- Ärztezeitung Nr. 70 Jahrgang 25 (2006) 20

### Patientenzentrierte Diabetesschulungen zeigen längerfristigen Erfolg: HbA<sub>1c</sub> bleibt im grünen Bereich.

Brinkmeier U, Hannover

In einer Stichprobe mit 101 insulinpflichtigen Patienten aus neun Diabetes-Schwerpunktpraxen wurde „Diabetes & Verhalten“ unter besonderer Berücksichtigung der sozioanamnestischen Ausgangslage evaluiert. 78% der Patienten hatten keinen Schulabschluss oder einen Hauptschulabschluss. 72,5% der Patienten hatten bereits zuvor an anderen Schulungsprogrammen teilgenommen.

Der HbA<sub>1c</sub>-Wert sank von im Mittel 8,7% zu Beginn der Schulung auf rund 7,1% sechs Monate nach Abschluss des Programms. Der Nüchternblutzucker sank im selben Zeitraum von im Mittel 199 mg/dl auf 143 mg/dl. Die Bewertung der Stoffwechselfparameter anhand der Zielgrößen der Internationalen Diabetes Federation (IDF) zeigte, dass der Anteil „guter“ HbA<sub>1c</sub> Einstellungen von 5% zu Beginn auf 32% der Patienten nach Abschluss der Schulung angehoben werden konnte. Das Gewicht der Patienten konnte stabilisiert werden.

Sämtliche Ergebnisse zeigten sich unabhängig von Vorschulungen, von zuvor bereits erfolgten Insulineinstellungen und vor allem vom Sozial- und Bildungsstand.

Quelle:

- MMW 15 (2006) 49

### Weintrinker ernähren sich gesünder als Biertrinker

Johanson D et al, Kopenhagen, Dänemark

Personen, die im Supermarkt Wein kaufen, erstehen gleichzeitig gesündere Nahrungsmittel als solche, die Bier nach Hause tragen.

Die Daten stammen von ca. 3,5 Millionen Einkäufen in 98 Filialen von zwei Supermarktketten in Dänemark. Von den Kunden kauften 5,8% Wein, 6,6% Bier, 1,2% Wein und Bier und der Rest weder Wein noch Bier.

Weinkäufer erstanden mehr Nahrungsmittel, die der mediterranen Diät entsprechen, nämlich Oliven, Früchte, Gemüse, Geflügel, Pflanzenöle und Produkte mit geringem Fettanteil, als Bierkäufer. Andererseits packten Biertrinker mehr Fertiggerichte, zucker, Gefrierfleisch, Chips, Schweinefleisch, Butter, Würste, Lamm und alkoholische Getränke in die Einkaufstasche. Insgesamt nahmen Weintrinker gesündere Nahrungsmittel mit nach Hause als Bierkäufer.

Quelle:

- Brit Med J 332 (2006) 519-521

### Neue Arznei für Typ 2 Diabetiker in USA zugelassen

Das Antidiabetikum Sitagliptin von MSD Sharp&Dohme ist in den USA zugelassen worden. Indiziert ist der Hemmstoff des Enzyms DPP-4 (Dipeptylpeptidase 4) mit dem Handelsnamen Januvia® bei Typ 2 Diabetikern sowohl zur Monotherapie als auch in Kombination mit Metformin oder mit Glitazonen, wenn durch Diät und durch eine Änderung des Lebensstils keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erzielt worden ist. Das DPP-4 baut Inkretin ab, das blutzuckerabhängig die Insulinfreisetzung aus den Betazellen und die Glukagonsuppression moduliert. Sitagliptin wird als Tablette mit 100 mg Wirkstoff einmal täglich unabhängig von den Mahlzeiten eingenommen. Die Zulassung des auch in Mexiko zugelassenen Präparates ist in Europa bereits beantragt.

### Quelle:

- Ärztezeitung Nr. 195 Jahrgang 25 (2006) 20

### Einfacher Test auf Mangelernährung

Mit der Messung des Wadenumfangs kann eine Mangelernährung bei alten Menschen leicht aufgedeckt werden. Haben Patienten Beinödeme, kann alternativ der Oberarmumfang bestimmt werden.

Außerdem sind regelmäßige Gewichtskontrollen alle zwei Wochen eine einfache Maßnahme, um eine beginnende Mangelernährung frühzeitig zu erkennen. Nach Angaben von Spezialisten sind bis zu zehn Prozent der selbstständig lebenden und 40 bis 60 Prozent der in Altenheimen lebenden alten Menschen oder stationär aufgenommenen Patienten mangelernährt (DMW 131 (2006) 223). Ursachen können etwa Kauprobleme, Sehstörungen, Immobilität und Medikamente sein.

Der Wadenumfang ist ein guter Indikator für den Muskelabbau und damit auch für den Leistungsabbau der Patienten. Die Messung sollte an der Stelle des stärksten Wadenumfangs erfolgen. Der Umfang sollte bei Frauen und bei Männern mehr als 31 cm betragen. Auch der Umfang der Oberarme kann, etwa bei Wassereinlagerungen in den Beinen, als fast gleichwertiger Indikator herangezogen werden. Er sollte über 21 cm bei Männern und Frauen liegen.

Drei Tipps für den Praxisalltag, um Mangelernährung früh zu erkennen:

- Regelmäßiges Protokollieren des Gewichts (durch Patient, Angehörige, Pflegende oder Arzt) etwa alle zwei Wochen ist eine gute Kontrolle. Physiologisch ist beim alten Menschen eine Gewichtsreduktion von 150 Gramm pro Jahr.
- Der BMI sollte in regelmäßigen Abständen berechnet werden. Warnsignal: BMI kleiner als 20 kg/m<sup>2</sup>.
- Hinweise von Lebensgefährten über geänderte Essgewohnheiten, etwa nachlassender Appetit oder sinkende Verzehrsmengen, sollten ernst genommen und schon vor größeren Gewichtsverlusten abgeklärt werden.

### Quelle:

- Ärztezeitung Nr. 70 Jahrgang 193 (2006) 20

### Wie sicher ist Noni-Saft?

Die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) hat die Sicherheit von Noni-Saft überprüft: Laut jetzt vorgelegtem Gutachten ist es nicht wahrscheinlich, dass der Verzehr von Noni-Saft in den festgestellten Verzehrsmengen Nebenwirkungen auf die menschliche Leber ausübt. Vorausgegangen waren Berichte über einen eventuellen Zusammenhang zwischen dem Verzehr von Noni-Saft und dem Auftreten einer akuten Hepatitis. Die EFSA weist jedoch ausdrücklich darauf hin, dass weder potenzielle Gesundheitsvorteile von Noni-Saft untersucht oder bewertet wurden, noch ob damit verbundene gesundheitsbezogene Angaben wissenschaftlich haltbar sind.

Noni-Saft wird aus der Frucht der Pflanze *Morinda citrifolia* L. hergestellt, die manchmal auch als „Indischer Maulbeerbaum“ bezeichnet wird. Er wurde 2003 in der Europäischen Union als neuartige Lebensmittelzutat in pasteurisierten Fruchtsaftgetränken gemäß der Verordnung über neuartige Lebensmittel zugelassen, nachdem seine Sicherheit im Rahmen einer Risikobewertung vom früheren Wissenschaftlichen Lebensmittelausschuss der EU (Scientific Committee on Food – SCF) bewertet worden war. Das vollständige Gutachten ist im Internet unter [www.efsa.europa.eu/de/science/](http://www.efsa.europa.eu/de/science/) verfügbar.

### Quelle:

- Ern Umsch 53 (2006) 410

### Gesundheitsbericht erschienen

Die Lebenserwartung steigt und die Menschen in Deutschland sind generell bei guter Gesundheit, aber: Immer noch rauchen zu viele Menschen, sind zu dick, bewegen sich zu wenig und trinken zu viel Alkohol. Das sind die Kernaussagen des Gesundheitsberichts „Gesundheit in Deutschland“, den das Robert-Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit jetzt im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes veröffentlicht hat. Der 220-seitige Bericht kann unter [www.rki.de](http://www.rki.de) abgerufen oder kostenfrei schriftlich angefordert werden beim: Robert-Koch-Institut, GBE, Seestr. 10, 13353 Berlin, Fax: 030/18754-3513, E-Mail: [gbe@rki.de](mailto:gbe@rki.de).

Enthalten darin sind Kapitel über:

- Gesundheitszustand
- Lebensbedingungen und Risikofaktoren
- Inanspruchnahme von Präventionsangeboten
- Angebote und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung
- Gesundheitsausgaben.

**Gesundheitszustand:** Die Gesundheit der Deutschen hat sich in den letzten Jahren weiter verbessert. Zwischen

1990 und 2002/2004 hat sich in Deutschland die Lebenserwartung bei Geburt in allen Alters- und Geschlechtsgruppe erhöht. Bei Frauen stieg sie seit 1990 um 2,8 Jahre auf rund 81,6 Jahre, bei Männern um 3,8 Jahre auf rund 76 Jahre. Damit verringerte sich die Geschlechterdifferenz um fast ein Jahr und sank von 6,5 auf 5,6 Jahre.

Der Zugewinn an Lebenserwartung war in den neuen Bundesländern deutlich höher als in den alten. Der gesundheitliche Angleichungsprozess zwischen Ost und West hat sich somit fortgesetzt. Die Lebenserwartung der Frauen liegt in neuen und alten Ländern inzwischen nahezu gleich hoch bei über 81 Jahren. Gleichwohl beträgt der Unterschied zwischen den Bundesländern mit der höchsten und mit der niedrigsten Lebenserwartung 2,2 Jahre bei Frauen und 3,6 Jahre bei Männern.

Auch bei der Selbsteinschätzung der Gesundheit und der gesundheitlichen Zufriedenheit zeigt sich ein günstiges Bild. So empfinden drei Viertel der über 18-jährigen Frauen und Männer ihren eigenen Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“. Tendenziell stieg seit Mitte der 1990er Jahre der Anteil jener Personen, die ihre Gesundheit als „sehr gut“ einschätzen.

Das Krankheitsspektrum verschiebt sich. Seit Jahrzehnten wird das Krankheitsspektrum von zwei Erkrankungsgruppen dominiert: den Herz-Kreislauf- und den Krebsleiden. Inzwischen lassen sich jedoch wichtige Verschiebungen belegen. So verlieren Herz-Kreislauf-Krankheiten, wenn auch auf hohem Niveau, an Bedeutung. Obwohl sie weiterhin zu den wichtigsten Todesursachen zählen, ist ihr Anteil an der Gesamtsterblichkeit zurückgegangen. Während sich diese von 1990 bis 2004 bei Frauen um 25,3% und bei Männern um 29,4% verringert hat, betrug der Rückgang bei den Herz-Kreislauf-Krankheiten bei Frauen 33,1% und bei Männern 38,2%. Zudem werden heute weniger Erwerbstätige als vor zehn Jahren wegen Herz-Kreislauf-Krankheiten arbeitsunfähig oder vorzeitig berentet. Dessen ungeachtet verursacht die Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen die höchsten Behandlungskosten, wobei vor allem die so genannte koronare Herzkrankheit sowie der Schlaganfall zu Buche schlagen. Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems werden durch Zigarettenkonsum, Übergewicht, Bewegungsmangel sowie Bluthochdruck, Störungen des Fettstoffwechsels und Diabetes mellitus begünstigt. Diese Risikofaktoren, die sich größtenteils auf die persönliche Lebensweise zurückführen lassen, zählen zu den häufigsten Diagnosen bei niedergelassenen Allgemeinmedizinern und Internisten. Sie stehen auch im Fokus vieler präventiver Maßnahmen, beispielsweise der Angebote zur Primärprävention der gesetzlichen Krankenversicherung.

Psychische und neurodegenerative Erkrankungen spielen eine immer größere Rolle. Psychische Erkrankungen, die nach Daten des Bundesgesundheits-Surveys 1998 weit in der Allgemeinbevölkerung, vor allem bei Frauen, verbreitet sind, spielen sowohl bei Arbeitsunfähigkeitsfällen wie Frühberentung eine immer größere Rolle, 15% der Frauen und 8% der Männer durchleben innerhalb eines Jahres eine depressive Phase. Gefürchtete Folge einer Depression ist der Selbstmord. So versterben 15% der Patienten mit schweren depressiven Erkrankungen durch Suizid.

Auch Angsterkrankungen sind weit verbreitet. Innerhalb eines Jahres erfährt jede fünfte Frau und fast jeder zehnte Mann eine Angststörung. Diese führt oft zu starken Beeinträchtigungen des alltäglichen Lebens. Bisher wird

wahrscheinlich nur bei einem Teil der Betroffenen die richtige Diagnose gestellt und die angemessene Behandlung eingeleitet.

Eine zunehmendes Bedeutung wird in den nächsten Jahrzehnten auch Demenzerkrankungen zukommen. Nach derzeitigen Schätzungen wird sich deren Zahl von heute rund einer Million bis zum Jahr 2050 verdoppeln. Die Pflege von an Demenzerkrankten Menschen stellt hohe Anforderungen an das Gesundheitssystem und die pflegenden Angehörigen, meistens Frauen.

**Lebensbedingungen und Risikofaktoren:** Die Umweltbelastungen konnten verringert werden. Die Umweltbelastungen ließen sich dank zahlreicher gesetzlicher Regelungen verringern. Gleichwohl können die seit 2005 geltenden Grenzwerte für Feinstaubpartikel (PM10) in vielen deutschen Großstädten nicht eingehalten werden. In Innenräumen spielt der Einfluss des Passivrauchens auf die Gesundheit von Kindern eine nach wie vor große Rolle. Zudem leidet ein Teil der Deutschen unter andauernden Lärmbelastungen, die beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigen können. Trotz großer Fortschritte in der Unfallbekämpfung in den vergangenen Jahrzehnten stehen Unfälle bei den 18- bis 25-Jährigen weiterhin an vorderster Stelle der Todesursachenstatistik. Die Ernährungsgewohnheiten der Deutschen haben sich in mancher Hinsicht verbessert. So werden mehr Obst und Gemüse, mehr ballaststoff- und kohlenhydratreiche Kost und mehr nichtalkoholische Getränke konsumiert als Ende der 1980er Jahre. Frauen ernähren sich dabei im Schnitt etwas gesünder als Männer. Allerdings ist auch der Verbrauch von Fertigprodukten, Fast Food und Nahrungsergänzungsmitteln gestiegen. Während die Kost der Deutschen eine ausreichende Zufuhr der meisten Vitamine und Mineralstoffe gewährleistet, besteht bei einigen Bevölkerungsgruppen eine Unterversorgung mit Vitamin E, Vitamin D, Folsäure, Jod und Kalzium.

Deutliche Defizite lassen sich weiterhin bei der körperlichen Aktivität feststellen. Obwohl sich bei einem Teil der Bevölkerung in den 1990er Jahren eine Steigerung des Aktivitätsniveaus beobachten ließ, bewegen sich viele Personen im Alltag zu wenig. Dies lässt sich unter anderem auf sitzende Tätigkeiten und eine veränderte Freizeitgestaltung mit starker Nutzung der Massenmedien zurückführen. Im Jahr 1998 bewegten sich nur 13% der Erwachsenen an mindestens drei Tagen pro Woche eine halbe Stunde und erreichten damit das als gesundheitsförderlich empfohlene Pensum. Insgesamt ist das Aktivitätsniveau bei jüngeren Menschen höher als bei älteren. Nach Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys 2003 geben 41,7% der befragten Männer und 33,2% der befragten Frauen an, sich zwei oder mehr Stunden in der Woche zu bewegen. Frauen und Männer aus der unteren Sozialschicht sind zu einem größeren Teil sportlich inaktiver als Angehörige der Mittel- und der Oberschicht.

Jeder dritte Erwachsene in Deutschland raucht. Das Zigarettenrauchen gehört in Deutschland nach wie vor zu den bedeutendsten gesundheitlichen Risikofaktoren. Zwar ist der Tabakkonsum bei Männern in den letzten Jahren leicht zurückgegangen, doch nimmt er bei Frauen zu. Dadurch beginnt sich das Rauchverhalten zwischen den Geschlechtern anzugleichen.

Die Passivrauchbelastung ist unverändert hoch. Neuere Untersuchungen zeigen, dass in Deutschland fast jedes zweite Kind zu Hause passiv raucht. Fast jeder vierte

nichtrauchende Erwachsene lebt in Deutschland mit mindestens einem Raucher zusammen. Allerdings gibt nur jeder sechste an, dass im Haushalt auch tatsächlich geraucht wird. Der Anteil der Nichtraucherhaushalte der 25- bis 69-jährigen hat sich in den letzten zehn Jahren mit rund 50% kaum verändert.

Eine große Rolle spielt zudem der Alkoholkonsum. Ein Drittel der Männer und knapp ein Sechstel der Frauen konsumieren alkoholische Getränke in Mengen, die bereits mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko einhergehen. Besonders problematisch ist der Alkoholverbrauch von Jugendlichen, unter denen die Zahl der Rauschtrinker und -trinkerinnen wächst.

Die Hälfte der Frauen und etwa zwei Drittel der Männer haben Übergewicht oder sind stark übergewichtig. Übergewicht und starkes Übergewicht (Adipositas) sind in Deutschland weit verbreitet und nehmen mit steigendem Lebensalter zu. Wie in vielen anderen Ländern auch, treten Übergewicht und Adipositas vermehrt in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen auf. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas hat in Deutschland in den letzten Jahrzehnten zugenommen.

**Inanspruchnahme von Präventionsangeboten:** Seit den 1990er Jahren nimmt eine wachsende Zahl von Menschen in Deutschland die bestehenden Präventionsangebote in Anspruch. So steigen die Raten bei Schutz- und Grippeimpfungen ebenso wie die Teilnahmequoten bei Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Auch die Inanspruchnahme der Angebote der primären Prävention sowie der zahnärztlichen Individualprophylaxe hat sich seit ihrer Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich erhöht.

Gleichwohl wird weiterhin nur ein Bruchteil der Bevölkerung durch die vorhandenen Angebote erreicht. Generell sind Männer weniger an Prävention und Gesundheitsförderung interessiert als Frauen. Männer lassen sich vor allem dann für Präventionsmaßnahmen gewinnen, wenn diese keinen zusätzlichen Aufwand mit sich bringen und beispielsweise am Arbeitsplatz oder bei einem ohnehin stattfindenden Arztbesuch erfolgen.

**Angebote und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung:** Die ambulante Gesundheitsversorgung war zwischen 1992 und 2004 von zahlreichen Gesetzesänderungen betroffen. In den letzten Jahren standen dabei neben der Einführung der Praxisgebühr, veränderten Selbstbeteiligungen und Ausgaben senkenden Maßnahmen im Arzneimittelbereich vor allem strukturelle Änderungen der Versorgung im Vordergrund der Diskussion, wie zum Beispiel die Förderung der hausarztzentrierten und integrierten Versorgung, die Weiterentwicklung von strukturierten Behandlungsprogrammen oder die Einführung von Bonusmodellen und neuen Möglichkeiten für die Vertragsgestaltung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. In der stationären Versorgung hat die Umstellung auf ein pauschaliertes Entgeltsystem (DRGs) die Diskussion der vergangenen fünf Jahre beherrscht.

Die Fachärztdichte ist stetig gewachsen. Insgesamt haben sich die fachärztlichen Versorgungsangebote im ambulanten Sektor vermehrt, während die Zahl der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in etwa konstant geblieben ist. Die im Jahr 2004 eingeführte Pra-

xisgebühr hat allerdings dazu beigetragen, dass Patienten seltener direkt einen Facharzt konsultieren und häufiger vom Hausarzt überwiesen werden. Noch lässt sich nicht abschätzen, ob dieser Trend anhalten wird.

Erhöht hat sich auch die Zahl der ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, vor allem in den alten Bundesländern. Dies steht in Zusammenhang mit dem seit 1999 geltenden Psychotherapeutengesetz, das die nichtärztlichen Psychotherapeuten und Psychotherapeuten in die kassenärztliche Versorgung einbezog.

Der Arzneimittelumsatz stieg zwischen 1992 und 2003 kontinuierlich an. Der Zuwachs resultierte in erster Linie aus Veränderungen bei Art und Preis der verordneten Medikamente. Die Zahl der verschriebenen Packungen beziehungsweise des Verordnungsvolumen nach Tagesdosen haben sich dagegen nur wenig verändert.

Die Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten hat sich seit Anfang der 1990er Jahre vermindert. Hinter der rückläufigen Zahl der Krankenhäuser stehen sowohl ersatzlose Schließungen als auch Fusionen von zuvor getrennten Häusern. Ursache des Konzentrationsprozesses sind vor allem Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen, die auf eine leistungsorientierte Krankenhausauffinanzierung abzielen. Unterdessen haben sich die Zahl der Behandlungsfälle und der Anteil älterer Patienten in den Kliniken erhöht, die Liegezeiten dagegen verkürzt. Dies geht mit großen Herausforderungen für die Krankenhäuser und ihre Beschäftigten einher.

Vom generellen Abbau der Bettenkapazität in den letzten zehn Jahren waren nicht alle Fachrichtungen gleichermaßen betroffen. Beispielsweise ist in der Kinderheilkunde und Psychiatrie der Bettenbedarf erheblich gesunken. Manche Abteilungen wurden geschlossen, um die Leistungsfähigkeit der betreffenden Klinik zu erhalten. In der plastischen und Neurochirurgie sowie der psychotherapeutischen Medizin ist das Angebot dagegen ausgeweitet worden. Insgesamt ist die Bettendichte in Deutschland nach wie vor höher als in anderen westlichen Industrieländern.

Bei den Pflegeheimen lässt sich ein deutlicher Zuwachs beobachten. Ihre Zahl stieg allein zwischen 2001 und 2003 um 6,3% auf insgesamt 9700. Die Anzahl der Pflegeplätze erhöhte sich von 1990 bis 2003 um 10,5% auf rund 713000. Dessen ungeachtet wird nur ein Drittel aller Pflegebedürftigen in Pflegeheimen versorgt, zwei Drittel leben dagegen mit Unterstützung ihrer Angehörigen oder ambulanten Pflegedienste zuhause.

Die ehemals strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung löst sich zunehmend auf. So dürfen Krankenhäuser seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahr 1993 auch ambulant operieren. Dass Rehabilitationsmaßnahmen überwiegend stationär erfolgen, ist in Deutschland historisch bedingt und teilweise sozialrechtlich verankert. Allerdings werden inzwischen wohnortnahe ambulante und teilstationäre Rehabilitationsmöglichkeiten angeboten.

**Gesundheitsausgaben:** Die Gesundheitsausgaben in Deutschland sind in den Jahren 1993 bis 2003 kontinuierlich gestiegen. Diese Entwicklung ist durch unterschiedliche Faktoren bedingt. Insbesondere die schrittweise Einführung der Pflegeversicherung seit dem Jahr 1995 – die im Rahmen der Gesundheitsausgabenrechnung berücksichtigt wird – hat sowohl den Leistungsumfang wie auch

die Beschäftigung im Gesundheitssystem deutlich erweitert. Für das Anwachsen der Gesundheitsausgaben sind neben Veränderungen des Leistungsvolumens Preisentwicklungen und Qualitätsverbesserungen der erbrachten Gesundheitsdienstleistungen verantwortlich. Vor allem der medizinische technische Fortschritt führt zu kontinuierlichen Ausgabensteigerungen. Jedoch sind in verschiedenen Lebensbereichen – etwa im Bereich der Arzneimittelversorgung – überproportionale Ausgabenzuwächse auch auf fehlende Wirtschaftlichkeitsanreize zurückzuführen.

Die meisten Kosten werden durch Herz-Kreislauf-Krankheiten verursacht. Eine Aufschlüsselung nach Krankheiten zeigt, dass die meisten Kosten durch Herz-Kreislauf-Leiden verursacht werden. Es folgen Ausgaben für Krankheiten des Verdauungssystems, zu denen insbesondere die hohen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen und Zahnersatz zählen. An dritter Stelle stehen die durch Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes bedingten Ausgaben. Insgesamt variieren die Krankheitskosten erheblich in Abhängigkeit von Lebensalter und Geschlecht.

Die Pro-Kopf-Ausgaben steigen in Deutschland langsamer als in anderen Staaten. Der Anstieg der Gesundheitsausgaben ist kein deutsches Phänomen und lässt sich in allen westlichen Industrienationen zum Teil deutlich ausgeprägter beobachten. Vergleicht man die Pro-Kopf-Ausgaben, so liegt Deutschland ähnlich wie die Schweiz und die Niederlande über dem internationalen Durchschnitt. Alle diese Länder messen der Sicherung der Gesundheit ihrer Bevölkerung einen hohen Stellenwert bei.

**Maßnahmen:** Prävention und Gesundheitsförderung sollen nach den Vereinbarungen des Koalitionsvertrages vom November 2005 zu einer eigenständigen Säule des Gesundheitswesens mit einem Präventionsgesetz ausgebaut werden. Es sollen Krankheiten und ihre Folgen verhütet und dadurch Lebenserwartung und Lebensqualität der Bevölkerung gesteigert werden.

Seit Beginn der 1990er Jahre haben Qualitätssicherungsmaßnahmen an Bedeutung gewonnen. Insbesondere sind Krankenhäuser und Arztpraxen über die Sozialgesetzgebung zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements verpflichtet worden. Seit 2005 müssen die Kliniken zudem in zweijährigem Turnus Qualitätsberichte veröffentlichen, die Daten über ihr Leistungsspektrum, die Qualifikation des Personals, die Zahl der behandelten Patienten, Art und Anzahl der operativen Eingriffe sowie Ergebnisqualität enthalten.

Die Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln sowie die Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren stellen zentrale Aufgaben des neu gegründeten Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) dar. Diese Informationen sind Grundlage für die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausgestaltung und Weiterentwicklung des Leistungskataloges. Sie werden außerdem für Patienten und interessierte Bürger verständlich aufbereitet.

Eine zunehmende Rolle für die Qualitätssicherung spielen systematisch entwickelte Behandlungsleitlinien, die bei Therapieentscheidungen Handlungskorridore abstecken und die Behandlungsergebnisse verbessern sollen.

Die aktive Teilnahme von Patienten spielt zunehmend eine Rolle. Wichtige Akteure sind Patientenorganisationen und unabhängige Beratungseinrichtungen. Zudem gibt es Ansätze, die Mitarbeit der Betroffenen gesetzlich zu verankern. Ziel dieser Bemühungen ist, die Belange von Patienten stärker zu berücksichtigen und gleichzeitig Transparenz und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu erhöhen. Hierzu wurde auch eine Patientenbeauftragte berufen.

Fachlich geprüfte Informationen sollen für Patienten zugänglich sein. Informierte Patienten benötigen fachlich zuverlässige Information, die von einer Reihe von Institutionen zur Verfügung gestellt werden.

### Quelle:

- „Gesundheit in Deutschland“ [www.rki.de](http://www.rki.de)

## Stammzellen gegen Diabetes mellitus – Therapie der Zukunft?

Hao E et al., La Jolla Kalifornien

Bisher waren die Existenz und die Identität pankreatischer Progenitorzellen und Stammzellen sehr kontrovers diskutiert worden. Insbesondere war unklar, ob und wie die tierexperimentellen Ergebnisse auf den Menschen übertragen werden können. Die Arbeit liefert nun den prinzipiellen Beweis, dass aus humanem Pankreasgewebe Stammzellen in deutlich größerer Zahl isoliert werden können, als bisher vermutet worden ist.

Die Ausbeute an insulinpositiven Zellen nach der Differenzierungsphase liegt weit höher im Vergleich zu bisherigen Studien mit nichtgenetisch modifizierten adulten und embryonalen Stammzellen. Hiermit ist man nun erstmals in den Bereich gelangt, um ausreichend Material für die klinische Transplantation beim Menschen herzustellen.

### Quelle:

- Nature Med **12** (2006) 310-316

## Diabetestherapie muss auch postprandiale Zuckerspitzen kappen

Bei Typ 2 Diabetikern lässt sich durch eine frühzeitige Kombinationstherapie mit Metformin und Nateglinid eine wirksame und anhaltende Senkung des Blutzuckers erreichen. Besonders die riskanten postprandialen Glukosespitzen werden durch dieses Regime klein gehalten.

In einer doppelblinden Multicenterstudie erhielten 428 Typ 2 Diabetiker als initiale Therapie entweder Nateglinid (Starlix®) und Metformin oder Glibenclamid und Metformin. HbA<sub>1c</sub>, Nüchternblutzucker und postprandialer Glukosespiegel (im Rahmen des oralen Glukosetoleranztests) wurden regelmäßig bestimmt.

Nach zwei Jahren war der durchschnittliche HbA<sub>1c</sub>-Wert in beiden Gruppen hochsignifikant zurückgegangen: unter Nateglinid/Metformin von 8,4 auf 6,9%, unter Glibenclamid/Metformin von 8,3 auf 6,8%. Mit Nateglinid/Metformin sank der Nüchternblutzucker um 28,8 mg/dl; der postprandiale Blutzuckerwert nahm um 96 mmol/l min ab.

Die entsprechenden Werte in der Vergleichsgruppe: Nüchternblutzucker – 43,2 mg/dl, postprandiale Glukose – 57 mmol/l min.

Diabetiker, die Nateglinid und Metformin einnahmen, hatten ein signifikant niedrigeres Hypoglykämie-Risiko (85 vs. 18%). Der Vorteil des insulinotropen Nateglinids zeigte sich auch in einer dauerhaften leichten Gewichtsabnahme, während es in der Kombination mit dem Sulfonylharnstoff zu einem signifikanten Anstieg des Körpergewichts kam.

Die Autoren der Studie betonen, dass postprandiale Blutzuckerspitzen einen unabhängigen Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen darstellen. Das spricht nach Einschätzung der Autoren für eine frühzeitige Kombinationstherapie mit einem Glinid.

#### Quelle:

- MMW 51-52 (2006) 57

### 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.

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

#### 16.-18. März 2007, Freudenstadt

2. Spezialsseminar „Ernährung im Krankenhaus“ veranstaltet von der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) e.V. in Kooperation mit dem Netzwerk Ernährungsmedizin in Baden-Württemberg (NEBW) e.V.

Veranstaltungsort: Klinik Hohenfreudenstadt, Freudenstadt  
Leitung: Dr. B. Kluthe, Freudenstadt,  
Dr. A. Gebhardt, Freiburg  
Auskunft: Dr. A. Gebhardt  
Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V.  
Reichsgrafenstr. 11

79102 Freiburg  
Tel.: 0761/ 7 89 80  
Fax: 0761/ 7 20 24

#### März 2007, Veitshöchheim

30. Würzburger Fortbildungsveranstaltung über Ernährungsmedizin und Diätetik

Veranstaltungsort: Mainfrankensäle  
Veitshöchheim/Würzburg  
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.

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

#### 20./21. April 2007, Wolfsburg

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

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](mailto:info@bdem.de)  
Internet: <http://www.bdem.de>

#### 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/Ökotrophologen, Apotheker, Diätassistenten und Pflegepersonal

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

### 9. - 19. August 2007, München

2. *Kompaktkurs nach dem 100 stündigen Curriculum der BÄK (inkl. Abschlussseminar Praktikumsphase) in den Räumlichkeiten LMU München*

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

Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V.  
Reichsgrafenstr. 11  
79102 Freiburg  
Tel.: 0761/ 7 89 80  
Fax: 0761/ 7 20 24  
Email: [info@daem.de](mailto:info@daem.de)  
Internet: <http://www.daem.de>

### Sommer/Herbst 2007, Freudenstadt/Bad Driburg

3. *Spezialseminar „Ernährung in der Pädiatrie“ veranstaltet von der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) e.V. in Kooperation mit dem Netzwerk Ernährungsmedizin in Baden-Württemberg (NEBW) e.V. in Freudenstadt*

4. *Spezialseminar „Ernährung im Krankenhaus“ veranstaltet von der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) e.V. in Kooperation mit dem Netzwerk Ernährungsmedizin in Baden-Württemberg (NEBW) e.V. in Bad Driburg*

5. *Spezialseminar „Metabolisches Syndrom“ veranstaltet von der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) e.V. in Kooperation mit dem Netzwerk Ernährungsmedizin in Baden-Württemberg (NEBW) e.V.*

Veranstaltungsort: Klinik Hohenfreudenstadt, Freudenstadt

Leitung: Dr. B. Kluthe, Freudenstadt,  
Dr. A. Gebhardt, Freiburg

Auskunft: Dr. A. Gebhardt  
Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V.  
Reichsgrafenstr. 11  
79102 Freiburg