

Der Ernährungsmediziner

Unabhängiger Informationsdienst



Jahrgang 20, Nr. 3

August 2018

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Wohin soll ich mich wenden?“, wird sich möglicherweise der eine oder andere von Ihnen bereits gedacht haben, wenn er die manchmal divergierenden Empfehlungen der verschiedenen Gesellschaften hinsichtlich des Verzehrs an Fetten oder Kohlenhydraten liest. Prof. Rabast, der langjährige Vizepräsident der DAEM ist auf diesem Gebiet ein ausgewiesener Experte und hat hier einen wichtigen Beitrag für Sie zusammengestellt. Ein Beitrag befasst sich mit den Empfehlungen der DGE, die in der 2016 erschienenen evidenzbasierten Leitlinie der DGE veröffentlicht sind. Er stellt klar fest, dass diese Empfehlungen für (noch) Gesunde zur Prävention besonders der Adipositas und der damit verbundenen Folgekrankheiten konzipiert sind. Er stellt auch fest, dass möglicherweise die geänderten Empfehlungen auf die wachsende Kritik an den kohlenhydratbetonten Konzepten der DGE zurückgeführt werden können. Eine moderate Reduktion der Kohlenhydrate auf 50 Energieprozent, eine kleine Steigerung der Fettzufuhr auf 35 Energie% gehören zu den wichtigsten Änderungen in dieser Leitlinie. Dabei sollte besonders auf die Art der zugeführten Fette geachtet werden, wobei die gesättigten Fettsäuren als gesundheitsschädigend inkriminiert werden. Zu bedenken ist in diesem Kontext, dass sich diese Aussage nicht auf die pflanzlichen gesättigten Fettsäuren, wie zum Beispiel Kokosöl, Palmöl oder pflanzliche Stearinsäure, sondern ausschließlich auf die gesättigten Fettsäuren tierischen Ursprungs bezieht. In dem sehr lesenswerten Artikel wird auch klar die Bedeutung der Art der Kohlenhydrate und der Fette thematisiert. Ergänzend hierzu schildert Prof. Rabast die Ergebnisse einer Studie, die erstmals versucht hat, genetische Marker für das Ansprechen auf eine Reduktionskost zu etablieren. Offenbar sind hier die Zusammenhänge noch zu wenig verstanden und mit Sicherheit komplexer als wir im Augenblick erkennen können. Das wichtigste Ergebnis dieser großen amerikanischen Studie war, dass eine Verminderung des Nahrungsfettes (Low Fat) wie auch der Kohlenhydrate (Low Carb) hinsichtlich der Gewichtsabnahme und der Insulinresistenz gleich effektiv waren, aber weder die Low-Fat- noch die Low-Carb-Diät war mit einem der untersuchten Genotypen verbunden. Fasst man die Ergebnisse zusammen, so erkennt man, dass weder Kohlenhydrate noch Fett alleine dick machen, wohingegen die Kombination der beiden Energieträger für die Entwicklung einer Adipositas mit einer hohen Zufuhr rasch resorbierbarer Zucker, wie dies in der Kost westlicher Industrienationen üblich ist, verantwortlich zu machen ist.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, in dieser Ausgabe des Ernährungsmediziners wird Ihnen auch das neue Präsidium der DAEM vorgestellt. Prof. Bönner, ein langjähriges Mitglied der DAEM und ausgewiesener Experte auf dem Gebiet der KHK, Hypertonie und Diabetologie, mit langjähriger praktischer Erfahrung als Leiter eines großen Reha-Klinikums, hat zu meiner Freude das Präsidentenamt übernommen. Während den 14 Jahren meiner Präsidentschaft war es mir vergönnt, manches zu bewegen. Leider noch nicht abgeschlossen ist die Weiterbildungsordnung für die Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin, die ich zusammen mit Prof. Johannes Wechsler (BDEM) und Prof. Johann Ockenga (DGEM) auf den Weg bringen durfte. Gerne unterstütze ich weiterhin die drei ernährungsmedizinischen Organisationen bei diesem Vorhaben.

Zum Ende meiner Präsidentschaft liegt es mir am Herzen, mich bei dem Team der DAEM für die wunderbare Zeit, die unbeschreiblich gute Zusammenarbeit und die weit über das normale Maß hinausgehende Einsatzbereitschaft zu bedanken. Allen voran Herr Dr. rer. nat. Albrecht Gebhardt stand mir während der ganzen Präsidentschaft, auch in sehr schwierigen Situationen, mit Rat und Tat bei, kompetent unterstützt von Frau Liane Kämpfer und Frau Abigail Dossett. Doch was wäre dieses Team ohne Frau Bogenrieder, die der Akademie von Anfang an verbunden war und immer noch eine wichtige Stütze ist. Nicht unerwähnt möchte ich die Aktivitäten meines Vorstands, besonders Prof. Rabast, sowie des Beirats lassen. Stellvertretend für alle Ratgeber möchte ich hier Herrn Prof. Hermann Liebermeister danken, der mit seiner wissenschaftlichen Expertise und seinem ausgewogenen Urteil mir ein wertvoller Ratgeber war.

Abschließend möchte ich noch Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, für die langjährige Treue danken und ich hoffe, dass wir die erfolgreiche Arbeit der DAEM zusammen weiter begleiten können.

Ihr
Prof. Olaf Adam
und das Team der DAEM

In dieser Ausgabe:

- **Endet die Empfehlung zur kohlenhydratbetonten Ernährung in der Prävention?**
- **Die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V. hat ein neues Präsidium**
- **Low-Fat- vs. Low-Carb-Diät zur Gewichtsreduktion: Erfolg und Assoziation zu Genetik und Stoffwechsel**
- **Aktuelles berichtet**
- **Veranstaltungen**

Endet die Empfehlung zur kohlenhydratbetonten Ernährung in der Prävention?

U. Rabast

2016 erschienen evidenzbasierte Leitlinien der DGE, in denen man ein verstärktes Augenmerk auf die Qualität zugeführter Kohlenhydrate richtete. Die zugeführte Menge an Kohlenhydraten in der Gesamtenergie sollte bei 50% liegen. Der Konsum zuckergesüßter Getränke sollte eingeschränkt werden. Sie erhöhen beim Erwachsenen das Risiko für die Adipositas und den Diabetes mellitus Typ 2. Der Zuckerkonsum hat sich in den letzten 50 Jahren verdreifacht und beträgt zurzeit pro Tag 98 Gramm pro Person. Konnten bislang 10% der Kohlenhydrate als Zucker zugeführt werden, so hat die WHO (Welt-Gesundheits-Organisation) 2014 empfohlen den Zuckerkonsum auf 5% der Kohlenhydratzufuhr zu begrenzen. Nach diesen Empfehlungen sollen nur noch ca. 25 g Zucker pro Tag verzehrt werden. Die Menge ist in etwa in der Dose eines Soft Drinks enthalten. Eine hohe Ballaststoffzufuhr senkt wahrscheinlich das Risiko für die Adipositas, Bluthochdruck und die koronare Herzkrankheit. Nochmals empfohlen wurde der vermehrte Verzehr von Vollkornprodukten. Sie haben eine schützende Wirkung auf mehrere ernährungsbedingte Erkrankungen.

Neu war, dass die Fettzufuhr bei körperlich aktiven Personen, anstelle der bisher empfohlenen 30 Energie%, bei 35 Energie% liegen durfte. Gesättigte Fette sollten mit 7-10%, mehrfach ungesättigte Fette mit 7-10% und trans-Fettsäuren mit weniger als 1%, der zugeführten Energie aufgenommen werden. Der restliche Fettanteil entfällt auf einfach ungesättigte Fette, also vorwiegend auf die Ölsäuren. Für die Senkung des Risikos sind Menge und Qualität des zugeführten Fetts entscheidend. Gesättigte und Transfettsäuren sollten zugunsten von ungesättigten, v.a. langkettigen omega-3-Fettsäuren, reduziert werden.

Ziel der Empfehlungen in den neuen Leitlinien ist es nach wie vor, krankhaftem Übergewicht, koronarer Herzkrankheit und Fettstoffwechselstörungen vorzubeugen.

Mitursächlich für die geänderten Empfehlungen dürfte die wachsende Kritik an den kohlenhydratbetonten Empfehlungen der DGE sein. 2017 wies man darauf hin, die Empfehlungen gelten für den Gesunden. In der Bevölkerung aber gebe es zahlreiche Adipöse mit Folgeerkrankungen. Man verweist auf fehlende positive Effekte einer reduzierten Fettzufuhr und die positiven Ergebnisse der PREDIMED Studie, bei der mit einem höheren Anteil an Olivenöl und zusätzlichem Nussverzehr die Anzahl an Herzinfarkten und Schlaganfällen gesenkt werden konnte. Die Ergebnisse stammen letztlich aus Fallkontrollstudien, die zunächst einmal der weiteren Bestätigung bedürfen. Tatsächlich aber gibt es Länder, bei denen die Relationen zur Nährstoffzufuhr in weit größerem Rahmen schwanken dürfen. So kann in Kanada der Gesunde 45-65 Energie% als Kohlenhydrate, 20-35 Energie% als Fett und 10-35 Energie% als Protein zuführen. Auch der Anteil an Monosacchariden durfte, vor Veröffentlichung der neuen WHO-Empfehlungen, bei bis zu 25% liegen.

Zunehmend misst man mehr der Art als der Menge des verzehrten Fetts Bedeutung bei. Ursächlich sind Analyseergebnisse aus zwei bereits über 32 bzw. 26 Jahre laufenden, noch andauernden Kohortenstudien mit 83.000 Frauen und 43.000 Männern aus der Nurses Health (NHS) bzw. Health Professional Follow-up Study (HPFS). Alle zwei Jahre befragte man die Teilnehmer nach ihren Ernährungsgewohnheiten, Erkrankungen und den vom Lebensstil abhängigen Risikofaktoren. Die Gesamtsterblichkeit hing mehr von der Art als von der Menge des verzehrten Fetts ab. Die höhere Aufnahme von einfach und mehrfach ungesättigten Fettsäuren (MUFA, PUFA) war mit einer niedrigeren Gesamtsterblichkeit verbunden. Der Mehrverzehr von gesättigten Fettsäuren (SFA) und Transfettsäuren (TFA) bedingte eine höhere Gesamtsterblichkeit. Wurden 5% der gesättigten Fettsäuren durch PUFA oder MUFA ersetzt, so sank die Gesamtsterblichkeit um 27 bzw. 13%. Die Reduktion betraf kardiovaskuläre-, Tumor- und neurodegenerative Erkrankungen. Der generelle Austausch von Fett gegen Kohlenhydrate erbrachte kein positives Ergebnis. Die Autoren sehen das Ergebnis als richtungsweisend für künftige Beratungen an.

Bei der Diskussion um die niedrige Fettzufuhr in den DGE-Empfehlungen rücken auch Ergebnisse einer japanischen Studie in den Blickpunkt. 58.453 Personen waren nach ihrem Ernährungsverhalten befragt, und über 14 Jahre beobachtet worden. Ein niedriger Verzehr von gesättigten Fettsäuren erhöhte die Schlaganfall bedingten Sterberaten. Wurden pro Tag zwischen 18 und 40 g gesättigte Fettsäuren verzehrt, fand man die niedrigsten Raten. Wurden weniger als 18 g verzehrt, stieg die Schlaganfallrate um 20%, bei weniger als 11 g um 66%. Die Unter-

suchungen erfolgten in einer ostasiatischen Bevölkerungsgruppe mit niedrigem BMI und können nicht auf andere Regionen übertragen werden. Auch für den positiven Verzehr von Milchprodukten mit reichlich gesättigten Fettsäuren und der Risikoreduktion für Schlaganfälle gibt es keine gesicherten Daten.

Im November 2017 erschien in der Fachzeitschrift *The Lancet* eine prospektive Studie mit Ergebnissen von 135.335 Teilnehmern aus 18 Ländern und 5 Kontinenten: (PURE Studie: Prospective Urban Rural Epidemiology Study). Die Teilnehmer waren zwischen 35 und 77 Jahren alt und im Mittel über 7,4 Jahre beobachtet worden. Während des Beobachtungszeitraums traten ca. 5.800 Todesfälle und ca. 4.800 schwerwiegende kardiovaskuläre Erkrankungen auf. Es wurde angezweifelt, ob die bislang geltenden Empfehlungen zur fettarmen Ernährung tatsächlich zu einer geringeren Rate an Gefäßerkrankungen beitragen. Die hohe Aufnahme an Kohlenhydraten war mit einem 28% höheren Risiko für Tod, aber nicht für Tod an Herz-Gefäßerkrankungen verbunden. Dagegen war die höhere Fettaufnahme mit einem geringeren Sterblichkeitsrisiko verbunden. Eine höhere Aufnahme von gesättigten Fettsäuren senkte das Schlaganfallrisiko. Weder die Gesamtfettzufuhr, noch die Zufuhr von gesättigten Fettsäuren, einfach ungesättigten Fettsäuren oder mehrfach ungesättigten Fettsäuren war mit einem Herzinfarkt oder anderen koronaren Ereignissen

Impressum

Schriftleitung

Udo Rabast, Hattingen
Olaf Adam, München

Redaktion

Liane Kämpfer, Freiburg
Albrecht Gebhardt, Freiburg

Verlag

Akademie - Verlag
Reichsgrafenstr. 11, 79102 Freiburg
Tel.: 0761/ 70 40 20; 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 viermal jährlich.

Bezugspreis

Bezug als Email-Newsletter kostenlos.
Ausdruck des Newsletters Jahresbezugspreis 38,--
€ + Versandkosten 5,80 € = 43,80 €

verbunden. Man sah in der hohen Kohlenhydratzufuhr nicht aber in einer erhöhten Fettaufnahme das Risiko für die erhöhte Gesamtmortalität. Eine erst 2015 publizierte Metaanalyse gibt Einblick über die Entstehungsweise bislang gültiger Empfehlungen. Sie basieren auf Ergebnissen von ca. 2.500 Studienteilnehmern, die auf 6 Studien verteilt waren. Die PURE Studie blieb nicht ohne Kritik, da keine detaillierten Angaben zur Art der zugeführten Kohlenhydrate und der Fette gemacht wurden und die Bedingungen der Studie nicht zwangsläufig auf europäische und nordamerikanische Verhältnisse übertragbar sind.

Die American Heart Association hat 2017 von einer Mehrzufuhr gesättigter Fettsäuren abgeraten und zu einem Austausch gegen ungesättigte Fettsäuren geraten. Ein Zusammenhang zwischen dem vermehrten Verzehr gesättigter Fettsäuren und der Häufigkeitsabnahme von Schlaganfällen ließe sich letztlich nicht beweisen. Die gesättigte Stearin-Fettsäure lässt das Serumcholesterol unbeeinflusst. Selbst wenn sich das Risiko für Schlaganfälle mit einer höheren Zufuhr an gesättigtem Fett senken ließe, sollten Zusammenhänge zwischen vermehrter Zufuhr von gesättigten Fetten, dem Anstieg der Serumcholesterolkonzentration und der Zunahme ischämischer Herzerkrankungen bedacht werden.

Die PURE-Studie stellt aber erneut infrage, ob es eine Evidenz für die bisher kohlenhydratbetonte fettarme Ernährung gibt. Allerdings waren auch diese Ergebnisse im asiatischen Raum erhoben worden, Ländern in denen traditionell ein ungleich höherer Anteil an Kohlenhydraten verzehrt wird als in Europa und Nordamerika.

Es ist problematisch epidemiologische Studienergebnisse, noch dazu aus anderen Ländern, für die Ableitung von Ernährungsempfehlungen heranzuziehen. Wäre es die einzige Studie mit einem positiven Ergebnis zur höheren Fettzufuhr, so könnte man die Empfehlung, zu einem zumindest moderat höheren Fettverzehr als bislang, vergessen. Vor dem Hintergrund wiederholter Mitteilungen eines fehlenden Effekts einer kohlenhydratbetonten Ernährung wird man sicher bislang geltende Empfehlungen neu bewerten müssen.

Literatur

1. Dehghan M, Mente A, Zhang X et al.: Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study investigators. Associations of fats and carbohydrate intake with cardiovascular disease and mortality in 18 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. *Lancet*. 2017 Nov 4;390(10107):2050-2062. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32252-3. Epub 2017 Aug 29.

2. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. 2017 (Vollwertig Essen und Trinken nach den zehn Regeln der DGE). (www.dge.de)
3. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) Fettzufuhr und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten– Evidenzbasierte Leitlinie. 2. Version. Bonn 2015, DGE URL: www.dge.de/leitlinie
4. Harcombe Z., Baker J.S., Cooper S.M. et al: Evidence from randomized controlled trials did not support the introduction of dietary fat guidelines in 1997 and 1983: A systemic review and metaanalysis. *Open Heart* 2015;2:e000196 doi: 10.1136/openhrt-2014-000196.eCollection 2015.
5. Joyce A. et al. (2017) :Saturated Fat Consumption and Risk of Coronary Heart Disease and Ischemic Stroke: A Science Update. *Ann Nutr Metab.* Apr; 70(1): 26–33
6. Labos C (2015): Lifestyle interventions: The best medicine You're not using. April 23, *Medscape News and Perspectives.*
7. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D et al (2010); American Heart Association Strategic Planning Task Force and Statistics Committee. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic impact goal through 2020 and beyond. *Circulation* 121: 586-613
8. Wang DD et al. (2016): Association of Specific Dietary Fats with Total and Cause-Specific Mortality. *JAMA Intern Med.* 176: 1134-1145
9. Wolfram G (2011): Neue evidenzbasierte Leitlinie der DGE zur Kohlenhydratzufuhr und der primären Prävention von ausgewählten ernährungsmitbedingten Erkrankungen. *Aktuel Ernährungsmed* 36:119-120
10. Yamagishi K, Iso H, Yatsuya H et al. (2010): Dietary intake of saturated fatty acids and mortality from cardiovascular disease in Japanese: the Japan Collaborative Cohort Study for Evaluation of Cancer Risk (JACC) Study. *Am J Clin Nutr.* Oct;92(4):759-65. doi: 10.3945/ajcn.2009.29146. Epub 2010 Aug 4.

Die Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V. hat ein neues Präsidium

G. Bönner, A. Gebhardt

Die DAEM hat ein neues Präsidium

Bei der letzten ordentlichen Mitgliederversammlung der DAEM e.V., die am 20.4.18 in den Räumlichkeiten der Schwarzwaldkliniken Bad Krozingen stattfand, stand turnusmäßig die Neuwahl des Vorstandes auf der Tagesordnung.

Nach 14-jähriger Präsidentschaft kandidierte Prof. Dr. med. Olaf Adam nicht neuerlich für dieses Amt. Die bisherigen Vizepräsidenten, Prof. Dr. med. Udo

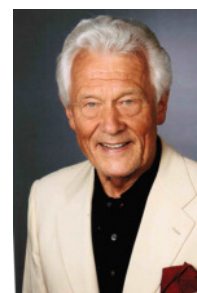
Rabast aus Hattingen, Prof. Dr. med. Gerd Oehler aus Ratzeburg und Frau Dr. med. Gudrun Zürcher aus Freiburg, sowie der langjährige Schatzmeister und Schriftführer Dr. med. Walter Burghardt aus Würzburg verzichteten ebenfalls auf eine erneute Kandidatur.



Prof. Dr. med. Gerd Bönner

Neu zum Präsidenten wurde für die kommenden vier Jahre Prof. Dr. med. Gerd Bönner gewählt. Er ist Internist und Angiologe, Diabetologe, kardiovaskulärer Präventionsmediziner DGPR, Hypertensiologe DHL und Ernährungsmediziner DAEM/DGEM. Als ärztlicher Direktor des Parkklinikums Bad Krozingen, langjährig zertifiziertes Mitglied des Qualitätszirkels Lehrkliniken für Ernährungsmedizin der DAEM, ist er ausgewiesener Kenner und Experte der Ernährungsmedizin und der ernährungstherapeutischen Möglichkeiten im klinischen Alltag der modernen Rehabilitationslandschaft. Darüber hinaus hat er als Leiter der Dt. Hypertonie-Akademie der Dt. Gesellschaft für Hypertonie und Prävention reichliche Erfahrungen in der medizinischen Fortbildung sammeln können.

Für die Posten der derzeit satzungsgemäß vorgesehenen drei Vizepräsidenten wurden der bisherige Präsident, Prof. Olaf Adam aus München, Prof. Dr. med. Thomas Horbach aus Fürth und Prof. Dr. med. Christoph Reichel aus Bad Brückenau gewählt.



Prof. Dr. med. Olaf Adam

Prof. Adam ist Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Klinische Pharmakologie und Rheumatologie sowie Ernährungsmediziner DAEM/DGEM. Sein Forschungsschwerpunkt an der Universität München war und ist die diätetische Beeinflussung der chronisch entzündlichen Erkrankungen, insbesondere des rheumatischen Formenkreises.



Prof. Dr. med. Thomas Horbach

Prof. Horbach ist Chefarzt des Fachzentrums Allgemein- und Viszeralchirurgie in der Schön Klinik Nürnberg Fürth. Er ist Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie, Ernährungsmediziner DAEM/DGEM sowie Notfallmediziner und Sportmediziner und leitet zudem das an die Klinik angebundene Zentrum für Adipositas und metabolische Chirurgie.



Prof. Dr. med. Christoph Reichel

Prof. Reichel fungiert als ärztlicher Direktor des Reha-Zentrums der DRV Bund in Bad Brückenau. Er ist Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologe und ebenfalls Ernährungsmediziner DAEM/DGEM. Er vertritt somit neben dem wichtigen Fachbereich Gastroenterologie innerhalb der Ernährungsmedizin ebenfalls die Reha-Medizin im neu gewählten Vorstand der DAEM.



Dr. rer. nat. Albrecht Gebhardt

Zum neuen Sekretär der Akademie (Schatzmeister und Schriftführer) wurde Dr. rer. nat. Albrecht Gebhardt gewählt. Er kennt die Aufgaben und Aktivitäten der DAEM durch seine 25 Jahre währende Mitarbeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter und seiner zwischenzeitlich über 10-jährigen Leitung der Geschäftsstelle in Freiburg.

Die neu gewählten Vorstandsmitglieder danken den anwesenden Mitgliedern für das in sie gesetzte Vertrauen. Ihr besonderer Dank gilt darüber hinaus den bisherigen Amtsinhabern für deren nie nachlassen-

des Engagement in der Führung der DAEM. Ein ganz spezieller und herzlicher Dank gebührt Prof. Adam, unter dessen Präsidentschaft eine Reihe wichtiger und wegweisender Entwicklungen in der Ernährungsmedizin auf den Weg gebracht werden konnten und/oder Umsetzung fanden bzw. kurz vor der finalen Realisierung stehen. Herauszuheben sind dabei drei zentrale Projekte:

- Die Entwicklung und Ausgestaltung eines Blended-Learning-Kurses Ernährungsmedizin zusammen mit der ÄK-WL in Münster/Westfalen, der in diesem Herbst zum 6. Mal startet und schon seit Anfang Juli wieder ausgebucht ist.
- Unter Prof Adam gelang es, gemeinsam mit den Präsidenten des BDEM (Prof. Wechsler) und der DGEM (Prof. Ockenga) die gemeinsamen Zielrichtungen der drei Gesellschaften neu zu definieren und herauszustellen, was in einer finalen schriftlichen Kooperationsvereinbarung mündete, die kürzlich bei der Drei-Ländertagung in Kassel unterzeichnet wurde.
- Zudem war es ein zentrales Bestreben des bisherigen Vorstandes, wiederum gemeinsam mit dem Bundesverband und der Fachgesellschaft, die Initiative zur Aufnahme der Ernährungsmedizin in die Musterweiterbildungsordnung der BÄK mit viel Engagement zu fördern und zu unterstützen. Auch dieses Projekt konnte auf dem zurückliegenden deutschen Ärztetag einem ersten wichtigen Etappenziel zugeführt werden.

Zusammen mit seinen Vorstandskollegen blickt Prof. Adam also auf eine sehr erfolgreiche Amtszeit zurück, in deren Verlauf auch ein anfänglicher Teilnehmerrückgang an den Kursen Ernährungsmedizin nach dem Curriculum der BÄK nachhaltig mehr als kompensiert werden konnte, so dass die Amtsgeschäfte auf sehr solider wirtschaftlicher Basis übergeben werden konnten. Dafür gilt unsere vollste Anerkennung und allerherzlichster Dank nicht nur dem scheidenden Präsidenten sondern auch den weiteren vier höchst engagierten Vorstandsmitgliedern.

Diese Bürde zu tragen, d.h. bisher Erreichtes nicht nur zu halten, sondern weiter zu festigen und auszubauen, hat sich der neue Vorstand zum Ziel gesetzt. Wir werden auch künftig den Rat des dienstältesten aktiven Mitglieds und langjährigen Vizepräsidenten der DAEM, Prof. Rabast, aber auch den Erfahrungsschatz von Prof. Oehler, Frau Dr. Zürcher und Herrn Dr. Burghardt stets gerne hören und in unsere Überlegungen mit einbeziehen. Wir wünschen allen noch lange gesunde Jahre und dass sie der Ernährungsmedizin gewogen bleiben mögen.

Prof. Dr. med. Gerd Bönner
Präsident der DAEM

Dr. rer. nat. Albrecht Gebhardt
Schatzmeister und Schriftführer

Low-Fat- vs. Low-Carb-Diät zur Gewichtsreduktion: Erfolg und Assoziation zu Genetik und Stoffwechsel

Gardner CD, Trepanowski JF, Del Gobbo LC et al.:

Eine Änderung des Ernährungsverhaltens ist die Basis für eine erfolgreiche Gewichtsreduktion. Unter vielen diätetischen Ansätzen hat sich bislang keiner als der eindeutig überlegene für die Allgemeinbevölkerung herausgestellt. Insbesondere die Debatte, ob fettreduzierte (Low-Fat) oder kohlenhydratreduzierte (Low-Carb) Diäten besser sind, hält unvermindert an. Es erscheint wahrscheinlich, dass individuelle Unterschiede bedingen, dass eine Person besser auf die eine oder die andere Diät anspricht. Diskutiert werden insofern ursächliche Einflüsse der Vererbung und des Metabolismus (z.B. Insulinresistenz).

Die randomisierte US-amerikanische klinische Studie Diet Intervention Examining The Factors Interacting with Treatment Success (DIETFITS) untersuchte über 12 Monate 609 übergewichtige bzw. adipöse Erwachsene (57% Frauen, 43% Männer, Alter 40 [18-50] Jahre, BMI 33 [28-40] kg/m²). Ausgeschlossen waren Personen mit bekannten Stoffwechsel- oder Tumorkrankheiten, mit Erkrankungen von Herz, Nieren oder Leber, mit unkontrolliertem Bluthochdruck sowie mit einer gewichtsbeeinflussenden Medikation. Insbesondere das mögliche Vorliegen einer prädiabetischen oder diabetischen Stoffwechsellaage war durch einen oralen Glukosetoleranztest (einschließlich Messung der Insulinkonzentration) zu Beginn der Studie, nach halber und kompletter Studienzeit überprüft worden.

Die Studienteilnehmer verzehrten eine gesunde Low-Fat- oder Low-Carb-Diät. Nach einer einmonatigen Eingewöhnungsphase erhielten sie anfänglich wöchentliche, später monatliche professionelle Instruktionen zu Ernährung und körperlicher Aktivität, wobei der individuelle Lebensstil beibehalten werden sollte. In den ersten 8 Wochen war eine strenge Restriktion der Fett- bzw. Kohlenhydratzufuhr auf 20 g/d vorgegeben, später sollte ein langfristig verträgliches Maß (ohne Hunger- oder Verzichtgefühl) gewählt werden. Empfohlen wurde eine gesunde Ernährung mit frischen nährstoffdichten Lebensmitteln bei Verzicht auf Fertigprodukte, wenn möglich mit Zubereitung des Essens zu Hause. Eine Kalorienrestriktion wurde nicht ausdrücklich gefordert. Analysiert wurde neben der Gewichtsreduktion auch eine mögliche Assoziation zwischen erzielter Gewichtsabnahme und Genotyp (Single-Nukleotid-Polymorphismen [SNPs] dreier Genloci [PPARG, ADRB2, FABP2]) sowie basaler Insulinsekretion (Insulin-Konzentration im Blut 30 min nach Glukosegabe). 79% der Teilnehmer beendeten die Studie.

40% der nach dem Zufallsprinzip in die beiden unterschiedlichen Studiengruppen eingeteilten Teil-

nehmer hatten eher einen Low-Fat-, 30% einen Low-Carb-Genotyp, die übrigen 30% der Studienpopulation waren keinem Erbgutmuster sicher zuzuordnen (eingeschätzt gemäß SNPs dreier Genloci, s.o.). Die Teilnehmer in der Low-Fat-Diätgruppe gehörten zu 43% dem Low-Fat- und zu 27% dem Low-Carb-Genotyp an, die Teilnehmer der Low-Carb-Diätgruppe zu 38% dem Low-Fat- und zu 32% dem Low-Carb-Genotyp. Die energetische Verteilung der Makronährstoffe in der Studiendiät war im Mittel für die Low-Fat- und die Low-Carb-Gruppe: 48 vs. 30% für Kohlenhydrate, 29 vs. 45% für Fett und 21 vs. 23% für Eiweiß.

Der erreichte Gewichtsverlust nach 12 Monaten lag bei 5,3 kg für die Low-Fat- vs. 6,0 kg für die Low-Carb-Gruppe (bei allerdings erheblichen interindividuellen Schwankungen von 30 kg Gewichtsabnahme bis 10 kg Gewichtszunahme). Die durchschnittliche Reduktion der Energiezufuhr gegenüber der Ausgangssituation war mit etwa 500 bzw. 600 kcal/d für beide Gruppen nicht unterschiedlich. Insgesamt fand sich keine signifikante Assoziation zwischen dem Gewichtsverlust über 12 Monate einerseits und dem Genotyp oder der Insulinsekretion andererseits ($p=0,20$ bzw. $0,47$), auch nicht, wenn allein Studienteilnehmer europäischer Abstammung analysiert wurden.

Beide Studiengruppen zeigten am Ende keinen signifikanten Unterschied im Hinblick auf BMI, Körperfettanteil und Taillenumfang, beide Gruppen profitierten gleich im Hinblick auf Lipidprofil, Blutdruck, Insulin- und Blutzuckerspiegel, lediglich die Konzentration von LDL-Cholesterin und HDL-Cholesterin war im Gruppenvergleich in der Low-Carb-Gruppe signifikant angestiegen, die von Triglyzeriden abgefallen. Grundumsatz und Gesamtenergieverbrauch waren zu jedem Zeitpunkt der Studie zwischen beiden Gruppen nicht unterschiedlich.

Zusammenfassend ergab sich im Einjahresvergleich kein signifikant unterschiedlicher Gewichtsverlust zwischen einer gesunden fettreduzierten und einer gesunden kohlenhydratreduzierten Diät. Ferner fand sich für die Studienteilnehmer keine Assoziation zwischen Genotyp und basaler Insulinsekretion, so dass beide prädisponierenden Faktoren für die Entscheidung, wer von welcher Diät am meisten profitiert, nicht als wirklich hilfreich einzuschätzen sind. In der aktuellen Untersuchung war somit die in einigen Studien vorbeschriebene Assoziation zwischen Gewichtsverlust sowie Insulinresistenz einerseits und Low-Fat- oder Low-Carb-Ernährung andererseits nicht zu bestätigen. In diesen früheren Studien, mehrheitlich mit wenigen Teilnehmern und kurzer Studiendauer, war man, oft in Übereinstimmung mit einer vorbestehenden Erwartung, davon ausgegangen, dass eine Low-Carb-Diät für Individuen mit hoher Insulinsekretion oder Insulinresistenz einen Vorteil bringe.

Immerhin ergab sich in der aktuellen Untersuchung mit Blick auf die Blutfette eine unterschiedliche Beurteilung: Die LDL-Cholesterin-Konzentrationen besserten sich eher in der Low-Fat-Gruppe, die HDL-Cholesterin- und Triglyzerid-Konzentrationen eher in der Low-Carb-Gruppe. Eine Beziehung zu klinischen Endpunkten konnte in der begrenzten Studiendauer nicht hergestellt werden.

Vielleicht, so die Autoren, ist die banale Unterscheidung zwischen Low-Fat und Low-Carb für eine gute Studienqualität nicht ausreichend, so hätten verarbeitete Getreideprodukte zwar einen geringen Fettgehalt, aber auch eine geringe Nährstoffdichte und damit eine geringe Qualität. Umgekehrt hätten Gemüse eine hohe Nährstoffdichte und einen hohen Gehalt an Kohlenhydraten, aber eine geringe Energiedichte. Insofern sei, stelle man das Ziel einer hohen Nährstoffdichte in den Vordergrund einer Low-Fat- oder Low-Carb-Ernährung, eine Empfehlung zugunsten einer Low-Carb-Ernährung für Personen mit hoher Insulinsekretion nicht ausreichend begründet.

(WB)

Quelle:

- Gardner CD, Trepanowski JF, Del Gobbo LC, et al.: Effect of low-fat vs low-carbohydrate diet on 12-month weight loss in overweight adults and the association with genotype pattern or insulin secretion. The DIETFITS randomized clinical trial. JAMA 2018; 319: 667-679.

Aktuelles berichtet

Berufsbegleitende Zusatzweiterbildung in Ernährungsmedizin beschlossen

Auf dem Deutschen Ärztetag wurde am 18. Mai 2018 in Erfurt beschlossen, die Ernährungsmedizin als berufsbegleitende Zusatzweiterbildung aufzunehmen.

Dem Beschlussprotokoll ist folgender Passus zu entnehmen:

ZWB Ernährungsmedizin

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Ernährungsmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung, Behandlung und Prävention ernährungsabhängiger Erkrankungen sowie von Erkrankungen, die durch angeborene oder erworbene Stoffwechselstörungen hervorgerufen sind.

Mindestanforderungen gemäß §11 MWBO

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung
und zusätzlich

- 100 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß §4, Abs. 8 in Ernährungsmedizin
und zusätzlich
- 120 Stunden Fallseminare unter Supervision
Die Fallseminare können durch 6 Monate Weiterbildung unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden.

Die DAEM wird ihr Veranstaltungsangebot erweitern, um damit sicherzustellen, dass qualifizierte ErnährungsmedizinerInnen DAEM/DGEM diese Weiterbildung erfolgreich absolvieren können.

Veranstaltungen der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V. (DAEM) 2018 und 2019

1. Ernährungsmedizin: 100-stündige strukturierte curriculare Fortbildung in Ernährungsmedizin auf der Basis der Vorgaben der BÄK für ÄrztInnen, als ausschließliche Präsenzphase oder als Blended-Learning-Kurs.

In einem **Kompaktkurs** werden die geforderten 100 Unterrichtseinheiten in einer elftägigen Präsenzphase vermittelt, die sich in 5 Seminarblöcke mit jeweils 20 UE untergliedert.

Programmübersicht der Kurse für Ernährungsmedizin:

- Seminarblock 1: Ernährungslehre und ernährungsmedizinische Grundlagen
- Seminarblock 2: Metabolisches Syndrom und Prävention
- Seminarblock 3: Therapie ernährungsabhängiger Erkrankungen
- Seminarblock 4: Gastroenterologie und künstliche Ernährung
- Seminarblock 5: Ausgewählte Kapitel und Falldiskussionen

Im Rahmen eines Kompaktkurses findet am Ende des Seminarblocks 4 eine schriftliche Prüfung (multiple choice) und während des Seminarblocks 5 eine Fallprüfung statt. Bei dem Blended-Learning-Kurs finden beide Prüfungen in der 2. Präsenzphase statt.

Beide Prüfungen sowie die Vorlage von 10 eigenständig bearbeiteten Falldokumentationen als Beleg für die praktische Erfahrung, sind Voraussetzungen für die Vergabe der führungsfähigen Qualifikation: "ErnährungsmedizinerIn DAEM/DGEM®".

Programmgestaltung und wissenschaftliche Leitung der curricularen Fortbildung: O. Adam, München; G. Bönner, Freiburg; U. Rabast, Hattingen; J.G. Wechsler, München.

21. - 31. März 2019, Bad Krozingen Kompaktkurs

DAEM-Kompaktkurs in Kooperation mit den Schwarzwaldkliniken Bad Krozingen

Veranstaltungsort Räumlichkeiten der Schwarzwaldkliniken Bad Krozingen, Schwarzwaldklinik Neurologie und Klinik Lazariterhof, Herbert-Hellmann-Allee 38, 79189 Bad Krozingen

11. – 21. Juli 2019, München Kompaktkurs

DAEM-Kompaktkurs in Kooperation mit der Universität München

Veranstaltungsort Räumlichkeiten des Physiologikums der Universität München, Klinikum Innenstadt, Pettenkofer Straße 12-14, 80336 München

September 2018 bis Februar 2019, Münster, Blended-Learning-Kurs (*Warteliste*)

Blended-Learning-Kurs Ernährungsmedizin der DAEM in Münster, in Zusammenarbeit mit der Akademie für medizinische Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Der Kurs beinhaltet zwei Telelernphasen (20% des Curriculums als eLearning) und zwei Präsenzphasen (80% des Curriculums).

Telelernphase 1	17.09. – 11.10.2018
Präsenztermin 1	12. – 14. Oktober 2018
Telelernphase 2	14.01. – 12.02.2019
Präsenztermin 2	13. – 17. Februar 2019

Veranstaltungsort Ärztehaus Münster der Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, Gartenstr. 210-214, 48147 Münster

2. DAEM Spezialseminare zu ausgewählten Schwerpunkthemen der Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie

In den Spezialseminaren der DAEM wird ein zentraler und wichtiger Teilbereich des umfassenden Curriculums Ernährungsmedizin aufgegriffen und einerseits als Update, aber auch vertiefend in der interdisziplinären Betrachtungsweise behandelt. Dieses Seminarkonzept richtet sich grundsätzlich an alle Mitwirkenden eines ernährungstherapeutischen Teams, sowohl in der Klinik (Akut- und Reha-

Bereich) als auch der in der niedergelassenen Praxis Tätigen. Der Teilnehmerkreis umfasst neben ErnährungsmedizinerInnen insbesondere qualifizierte Ernährungsfachkräfte (DiätassistentInnen, ÖkotrophologInnen), aber auch z.B. BewegungstherapeutInnen oder PsychologInnen. Abhängig vom Themenschwerpunkt ist auch die Teilnahme von ErgotherapeutInnen, LogopädInnen sowie Küchenverantwortlichen erwünscht.

Die Inhalte der Spezialseminare sind so konzipiert, dass Vorträge und praktische Übungen / Falldemonstrationen den interdisziplinären Erfahrungsaustausch fördern und intensivieren helfen.

Die Spezialseminare werden regelhaft mit 16 Fortbildungspunkten für die allgemeinen Fortbildungszertifikate (Ärztckammern, VDD, VDOE) anerkannt und darüber hinaus mit 20 Punkten auf das spezielle ernährungsmedizinische Fortbildungszertifikat für qualifizierte ErnährungsmedizinerInnen DAEM/DGEM.

Für 2018/19 sind bisher folgende interessante Seminare mit gefragten Referenten geplant:

09. - 10. November 2018, Bad Brückenau

DAEM-Spezialseminar "Spezifische und unspezifische Nahrungsmittelintoleranzen"

Veranstaltungsort Klinik Hartwald des Reha-Zentrums Bad Brückenau, Lehrklinik für Ernährungsmedizin der DAEM, Schlüchtener Straße 4, 97769 Bad Brückenau

Vortragshalte Pro und Contra der Leichten Vollkost; Kohlenhydratmalassimilationen; Glutensensitivität: Abgrenzung zur Zöliakie; Histaminunverträglichkeit: Abgrenzung von Intoleranzen gegenüber Allergien; Intoleranzen und CEDE; Intoleranzen als Ursachen des Reizdarmsyndroms; Intoleranzen bei Autoimmunerkrankungen; Betreuung von Patienten mit Nahrungsmittelunverträglichkeiten in der hausärztlichen Versorgung

Seminarinhalte Besprechung von Fallbeispielen: Ernährung bei spezifischen Nahrungsmittelintoleranzen; Ernährungstherapie mit Schwerpunkt Reizdarmsyndrom; Ernährungstherapie bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten in der hausärztlichen Versorgung

23. - 24. November 2018, München

DAEM-Spezialseminar „Ernährung im Alter“

Veranstaltungs- Krankenhaus Barmherzige Brü-
ort der München,
Lehrklinik für Ernährungsmedizin
der DAEM
Romanstr. 93,
80639 München

Vortragshalte Gesunde Ernährung im Alter -
Energie- und Nährstoffbedarf in
Theorie und Praxis; Erfassung
des Ernährungszustandes beim-
geriatrischen Patienten - Welche
Tools eignen sich? Sarkopenie
und Mangelernährung; Ernäh-
rung bei Demenzerkrankungen;
Dysphagie – Diagnostik und The-
rapie; Spezielle Kostformen,
Supplemente, Trinknahrungen –
Was hilft, wer zahlt´s?; Spezielle
gastroenterologische Fragestel-
lungen bei geriatrischen Patien-
ten; Ethische Aspekte und Gren-
zen der Ernährungstherapie im
Alter

Seminarinhalte Gesunde Ernährung im Alter –
Der genussvolle und aktive Alltag
des fitten Seniors; Vorstellung
von Kasuistiken und Falldiskus-
sionen zu den Hauptthemen;
Praxis-Parcour (BIA-Messung,
Griffkraftmessung, GERT-Anzug,
Tellerdiagramme, Verkostungen,
Hilfsmittel zu Tisch

15. – 16. März 2019, Bad Kissingen

DAEM-Spezialseminar „Moderne Formen von Ess-Störungen jenseits der ICD-10. Wenn Beratung an ihre Grenzen stößt.“

Veranstaltungs- Reha-Zentrum Bad Kissingen,
ort Klinik Saale
Lehrklinik für Ernährungsmedizin
der DAEM
Pfaffstr. 10
97688 Bad Kissingen

Die genauen Programminhalte finden Sie in der
nächsten Ausgabe „Der Ernährungsmediziner“.

28. – 29. Juni 2019, Fürth

DAEM-Spezialseminar „Therapie der Adipo- sitas Grad II und III –Update 2019“

Veranstaltungs- Räumlichkeiten der Schön-Klinik
ort Nürnberg-Fürth
Europaallee 1
90763 Fürth

Vortragshalte Pathogenese des Metabolischen
Syndroms; aktuelle Therapieleit-
linien der DAG; Adipositasthera-
pie in der Rehabilitation; integrie-
te Versorgung der Adipositas
Grad III in einem Adipositaszent-
rum, wann ist eine bariatrische
Intervention angezeigt und er-
folgsversprechend? Postoperati-
ve ernährungstherapeutische Be-
treuung; Case-Management in
der Adipositaschirurgie; Sport und
Physiotherapie; Begutachtungs-
richtlinien zur Genehmigung von
operativen Eingriffen

Seminarinhalte Adipositastherapie in der ambu-
lanten Versorgung; in der Reha-
bilitation und in einem Adiposi-
tazentrum anhand von Fallbei-
spielen; Praxis des postoperati-
ven Kostaufbaus bei unterschied-
lichen bariatrischen Eingriffen;
praktische Übungen zur Bioim-
pedanzmessung; praktische
Übungen Sport und Physiothera-
pie

3. DAEM Zusatzqualifikation: Pädagogisch-psychologische Fortbil- dung für ErnährungsmedizinerInnen

In den "Rahmenempfehlungen der Ersatzkassen
und ihrer Verbände zur Förderung ergänzender
Leistungen zur Rehabilitation" vom 24.11.2004 so-
wie in den "Gemeinsamen Empfehlungen der Spit-
zenverbände der Krankenkassen" vom 22.06.2009
werden die **Maßgaben zur „Qualitätssicherung in
der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung
in Deutschland“** beschrieben. Ärzte müssen hierzu
neben der 100-stündigen curricularen Fortbildungs-
maßnahme in Ernährungsmedizin (mit anschließen-
dem regelmäßigem spezifischen Fortbildungsnach-
weis, 50 Punkte in drei Jahren) **den Nachweis einer
pädagogischen und didaktischen Kompetenz** er-
bringen.

Dazu hat die DAEM ein Fortbildungskonzept entwi-
ckelt, das den Forderungen der Krankenkassen ent-
spricht und von einem unabhängigen Institut zerti-
fiert wurde. Um den Zeit- und Kostenaufwand der
pädagogischen Fortbildung in Grenzen zu halten,
sind 6 von 16 Unterrichtseinheiten (UE) bereits in
die curriculare Fortbildung „Ernährungsmedizin“ der
DAEM integriert, die verbleibenden 10 UE sind als
vertiefendes ergänzendes Wochenendseminar kon-
zipiert.

Nach Absolvierung der 16 UE ist die pädagogisch-
psychologische Fortbildung für Ernährungsmedizi-

nerInnen beendet und wird den TeilnehmerInnen insgesamt bescheinigt.

Eine Teilnahme an der pädagogisch-psychologischen Fortbildung ist derzeit nur nach vorheriger Absolvierung der Module 1-3 möglich, die Bestandteil der curricularen Fortbildung Ernährungsmedizin der DAEM sind. Die Anerkennung der Module 1-3 ist **drei Jahre** gültig.

Die kommenden Seminartermine:

21. – 22. September 2018 (Warteliste)

23. – 24. November 2018 (Warteliste)

Weitere Termine für 2019 sind in Planung

Diese Seminare finden in der Geschäftsstelle der DAEM, Reichsgrafenstr. 11, 79102 Freiburg statt.

Die zentralen Inhalte sind:

- Patientenzentriertes Vorgehen
- Systemisch orientierte Gesprächsführung
 - Auftragsklärung
 - Systemische Frageformen
 - Genogrammarbeit
 - Kontextarbeit
- Beiträge aus der Verhaltensmedizin
 - Motivierende Gesprächsführung
- Patientenbehandlung in der Gruppe
 - Gruppenregeln aus der themenzentrierten Interaktion

4. **NEU**

Indikationsspezifische Fallbesprechungsseminare der DAEM

Im Hinblick auf den Beschluss des Deutschen Ärztetages, die Ernährungsmedizin als berufsbegleitete Zusatzweiterbildung in die neue Musterweiterbildungsordnung aufzunehmen (siehe oben Seite 7, „Aktuelles berichtet“), initiierte die DAEM eine neue Seminarreihe, die geeignet sein soll, die klinisch-praktische Weiterbildungszeit ganz oder teilweise zu ersetzen. In den Fallbesprechungsseminaren bedarf es von jedem/r TeilnehmerIn einer Vorbereitung. Es müssen fünf vorbereitete Fallbesprechungen mit mindestens drei unterschiedlichen frei wählbaren Erkrankungen zum passenden indikationsspezifischen Fallbesprechungsseminar, mit jeweils einer Diagnose aus einem der Fallseminarblöcke bei der DAEM eingereicht werden:

Anhand der insgesamt eingereichten Fallbeispiele wählen die Kursverantwortlichen, ein abwechslungsreiches, breit gefächertes Programm aus, das so konzipiert sein wird, dass jeder mindestens einen seiner eingereichten Fälle der Gruppe vorstellt und erläutert.

Es wird im Seminar besonderer Wert auf das ernährungsmedizinische Vorgehen einschließlich der praktischen Umsetzung und der diätetischen Thera-

pie gelegt werden. Hierzu werden die Fallbesprechungen gemeinsam, von einem erfahrenen Ernährungsmediziner und einer Ernährungsfachkraft moderiert.

Die vorbereiteten Falldokumentationen werden als Prüfungsdokument bei der DAEM archiviert und können während der Übergangszeit auch voll umfänglich auf die Qualifikation Ernährungsmediziner DAEM/DGEM® angerechnet werden.

20. Oktober 2018, Würzburg

DAEM-Indikationsspezifisches Fallbesprechungsseminar „Gastroenterologische Erkrankungen“

Veranstaltungsort	Staatliche Berufsfachschule für Diätassistenten am Universitätsklinikum Würzburg, Reisgrubengasse 10, 97070 Würzburg
Programmablauf	09.00 – 10.30 Uhr Ernährungstherapie bei gastroenterologischen Erkrankungen – Update 2017, aus Sicht der Medizin und der Diätetik 11.00 – 12.30 Uhr Fallseminar 1: spezifische Nahrungsmittelunverträglichkeiten 13.30 – 15.00 Uhr Fallseminar 2: Leber-Pankreas-erkrankungen mit CED 15.30 – 17.00 Uhr Fallseminar 3: operative Eingriffe am Gastrointestinaltrakt

10. November 2018, Freiburg

DAEM-Indikationsspezifisches Fallbesprechungsseminar „Kardiologische Erkrankungen“

Veranstaltungsort	Geschäftsstelle der DAEM Reichsgrafenstraße 11, 79102 Freiburg
Programmablauf	09.00 – 10.30 Uhr Ernährungstherapie: Besonderheiten in der Kardiologie: aus Sicht der Medizin und der Diätetik 11.00 – 12.30 Uhr Fallseminar 1: Hypertriglyceridämie, Hypercholesterinämie und Arteriosklerose 13.30 – 15.00 Uhr Fallseminar 2: Der kardiometabolische Risikopatient 15.30 – 17.00 Uhr Fallseminar 3: Arterielle Hypertonie

Auskünfte und Anmeldung zu allen ernährungsmedizinischen Fortbildungen der DAEM:

Geschäftsstelle der DAEM
Reichsgrafenstr. 11, 79102 Freiburg
Tel.: 0761/ 70 40 20;
Email: info@daem.de, Internet: www.daem.de

Veranstaltungen anderer Institutionen in 2018

01. – 04. September 2018, Madrid

40th ESPEN European congress on clinical nutrition & metabolism "Nutrition without borders",
Informationen unter www.espen.org/congress

05. – 06. September 2018, Stuttgart

Congress FOOD 2030 der Universität Hohenheim,
Towards sustainable agri-food systems
Informationen unter
www.food2030.uni-hohenheim.de

26. September 2018, Hannover

9. Norddeutsche Fortbildungsveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)
Informationen unter www.dgem.de

19. – 20. Oktober 2018, München

9. Update Ernährungsmedizin 2018 der ZIEL-TUM-Akademie (Zentralinstitut für Ernährungs- und Lebensmittelforschung der Technischen Universität München),
Informationen unter www.ziel.tum.de

26.–27. Oktober 2018, Irsee

32. Irseer Fortbildungsveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) – Intensivmedizin, Informationen unter www.dgem.de

09. – 10. November 2018, Wiesbaden

Diabetes Herbsttagung und Jahrestagung der Adipositas Gesellschaft 2018
Informationen unter www.dag-kongress.de

22.– 24. November 2018, Berlin

38. Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Hochdruckliga e.V. steht unter dem Thema „Hypertonie – Auf Herz und Nieren prüfen“
Informationen unter www.hypertonie-kongress.de/

November 2018, Schloss Machern

22. Leipziger Fortbildungsveranstaltung der DGEM
Informationen unter www.dgem.de/22-leipziger-fortbildungsveranstaltung

Vorschau 2019

16. – 18. Mai 2019, Bregenz

18. Dreiländertagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM), der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft Klinische Ernährung (AKE) und der Gesellschaft für Klinische Ernährung der Schweiz (GESKES); steht unter dem Thema „Ernährung - 'Gewissheit' im Fluss!“
Informationen unter www.nutrition-congress.org/