

Der Ernährungsmediziner

Unabhängiger Informationsdienst



Jahrgang 21, Nr. 2

Juni 2019

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Auf der letzten Mitgliederversammlung wurde die alte Satzung der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin einstimmig den aktuellen Bedürfnissen angepasst und geändert. Ein Schwerpunkt war die neue Gestaltung des Vorstandes, der nun aus sieben Personen besteht. Dementsprechend wurden nach Annahme der Satzungsänderung zwei neue Vorstandsmitglieder gewählt: Herr Dr. Gert Bischoff, Oberarzt an der Lehrklinik für Ernährungsmedizin am Krankenhaus Barmherzige Brüder in München, und Herr Dr. Lutz Tünnermann, niedergelassener Kollege mit Schwerpunktpraxis für Ernährungsmedizin in Essen. Beide Kollegen ergänzen hervorragend das Spektrum der Ernährungsmedizin im Vorstand. Als neues Mitglied im Beirat des Vorstandes wurde Frau Monika Bischoff vom ZEP (Zentrum für Ernährungsmedizin und Prävention) in München gewählt. Sie ist zeitgleich im Vorstand des Berufsverband Oecothrophologie e.V. (VDOE) aktiv. Der bisherige Vorstand freut sich sehr über den Zuwachs der neu gewählten kompetenten und aktiven Personen und heißt sie herzlich willkommen.

Im Rahmen der Zusatzweiterbildung Ernährungsmedizin passt die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin ihre Seminarkurse den von der Bundesärztekammer festgelegten Strukturen an. Dies bedeutet, dass ab Herbst 2019 die Seminarkurse nur noch als e-Learning-Kurse angeboten und die Präsenzphasen stets auf zwei Blöcke aufgeteilt werden. Als Vorbild bietet sich die schon länger praktizierte Kursstruktur unserer Seminarkurse in Münster an. Insgesamt erstrecken sich die Seminarkurse nun wie verlangt mindestens über 3 Monate. Darüber hinaus wird die Akademie für Ernährungsmedizin ab 2020 supervisierte Fallseminare anbieten, die bei vollständigem Besuch den klinischen Abschnitt in der Zusatzweiterbildung ersetzen werden können. Hierüber werden Sie noch gesondert informiert. Bitte beachten Sie die geänderten Kursstrukturen in den Bekanntmachungen am Ende des „Ernährungsmediziner“s.

In dieser Ausgabe des „Ernährungsmediziner“s erfahren Sie mehr über die Bedeutung der Omega-3-Fettsäuren in der Inzidenz und Behandlung der arteriellen Hypertonie. Nachdem Unsicherheit in der Wirksamkeit bei der Protektion vor Herzerkrankungen besteht, wird auch die Bedeutung der Omega-3-Fettsäuren bei der Prävention der Hypertonie in Frage gestellt. Die adäquaten Studien werden diskutiert. In einem weiteren Beitrag von Herrn W. Burghardt wird eine Arbeit besprochen, die sich mit der CO₂-Bilanz und dem Gesundheitswert selbstgewählter Ernährungsweisen in der USA beschäftigt. Es zeigt sich in dieser Studie, dass eine CO₂-Emissionsreduktion auch mit einer akzeptablen und gesunden Ernährung ohne Einschränkung erreichbar ist. Ein interessanter Ansatz für zukünftige Empfehlungen und Forschungen. Frau B. Schilling-Massmann stellt den neuen IV-Vertrag der BARMER-Ersatz-Kasse zur konservativen Behandlung der Adipositas mit den Schwerpunktpraxen Ernährungsmedizin des BDEM vor. Es werden alle Details des Vertrages besprochen, sodass Interessierte einen guten Einblick in diese Abmachung erhalten. Es ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung mit Aufwertung der konservativen Adipositas-therapie.

Wir hoffen, mit diesen Themen wieder Ihr Interesse getroffen zu haben und wünschen Ihnen viel Spaß bei der Lektüre des „Ernährungsmediziner“s. Gerne nehmen wir auch Ihre Anregungen für neue Themen an und freuen uns über Fragen zur Ernährungsmedizin.

In diesem Sinne grüßen wir Sie und wünschen eine schöne Sommerzeit

Ihr Prof. Bönner und das DAEM Team

In dieser Ausgabe

- Omega-3-Fettsäuren und Hypertonie
- CO₂-Bilanz und Gesundheitswert selbst gewählter Ernährungsweisen in den USA
- BARMER schließt IV-Vertrag mit Schwerpunktpraxen Ernährungsmedizin BDEM (Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e.V.)

- Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V. erweitert das Präsidium
- Veranstaltungen

Omega-3-Fettsäuren und Hypertonie

G. Bönner

Omega-3-Fettsäuren gelten als wichtiger Bestandteil unserer gesunden Ernährung und sollen regelmäßig

mit der Nahrung (Walnüsse, Tofu und andere Sojabohnenformen oder pflanzliche Öle aus Raps, Soja und Lein) verzehrt werden. Um ausreichend Eicosapentaensäure aufzunehmen, werden mindestens zwei Portionen fetten Kaltwasserfisches pro Woche benötigt. Spätestens seit der Lyon-Diet-Heart-Study und der GISSI-Präventionsstudie galten die Omega-3-Fettsäuren auch in der kardiovaskulären Sekundärprävention als protektiv und wurden in zahlreiche Therapieempfehlungen zur Behandlung der koronaren Herzkrankheit aufgenommen. So empfiehlt auch die American Heart Association für Koronarpatienten den täglichen Konsum von 1 g Omega-3-Fettsäuren, z.B. als Kapsel mit einem Gemisch von Eicosapentaen- und Docosahexaensäure. Bei Hypertriglyceridämie gehen die Empfehlungen aber deutlich über diese Dosis hinaus und schlagen eine therapeutische Dosis bis zu 4 g Omega-3-Fettsäuren pro Tag vor.

Auch in der Behandlung der arteriellen Hypertonie wird der Einsatz der Omega-3-Fettsäuren als nicht-medikamentöse Maßnahme diskutiert, da in alten Studien gezeigt werden konnte, dass unter der Substitution von Omega-3-Fettsäuren eine effektive und anhaltende Blutdrucksenkung zu beobachten war. Einschränkend muss aber festgestellt werden, dass zur Blutdrucksenkung sehr hohe Dosen erforderlich waren. Um zum Beispiel die Wirkung einer pharmakologischen Monotherapie zu erreichen, waren in den alten Studien bis zu 15 g der Omega-3-Fettsäuren erforderlich – eine Menge, die über lange Zeit schon kalorisch zu Buche schlagen kann! Im Gegensatz zum therapeutischen Einsatz war aber bis heute unklar, ob man mit dem regelmäßigen empfohlenen Verzehr von Omega-3-Fettsäuren auch die Entstehung einer Hypertonie verhindern kann. Dieser Frage gingen nun die Autoren der Physicians Health Study (PHS) nach und publizierten ihre Ergebnisse aktuell im Journal of Hypertension (Matsumoto C et al. J Hypertens 2019; 37:1223-1229).

In der PHS wurden in einer prospektiven Kohortenstudie 12.279 Teilnehmer im mittleren Alter von 53,0 ± 8,7 Jahren über 15,8 Jahre beobachtet. Die Teilnehmer hatten bei Aufnahme in die Studie einen normalen Blutdruck um 121/76 mmHg. Eine neu aufgetretene Hypertonie wurde bei berichteter neuer antihypertensiver Therapie oder bei Blutdruckmesswerten über 140 mmHg systolisch oder 90 mmHg diastolisch angenommen. In den jährlichen Ernährungsfragebögen wurde der Konsum an Omega-3-Fettsäuren über den Fisch- und Gemüsekonsum erfasst. Der Fischkonsum wurde nach Fischarten differenziert: Thunfisch, Fischsorten mit dunklem Fleisch wie Lachs, Makrele, Sardinen, Schwertfisch etc., Schalentiere und andere Fischarten. Die Menge wurde als Portionen pro Woche erfasst. Der Gehalt

an Omega-3-Fettsäuren einer Portion errechnete sich an dem definierten Gehalt im Fischfleisch von 0,69 g bei Thunfisch, 1,37 g bei Fischsorten mit dunklem Fleisch, 0,46 g bei Schalentieren und 0,17 g bei anderen Fischarten. Omega-3-Fettsäuren aus anderen Quellen wie Gemüse, Fleisch, Obst und Milchprodukten wurden im Fragebogen ebenfalls erfragt. Die Teilnehmer wurden in Quintilen nach ihrem Omega-3-Fettsäuren-Konsum eingeteilt:

- A. nach Fischverzehr: 1. Quintile: 0 Port./Woche; 2. Quintile: 0,2 Port./Woche; 3. Quintile: 0,7 Port./Woche; 4. Quintile: 1,6 Port./Woche; 5. Quintile: 4,0 Port./Woche.
- B. nach Omega-3-Fettsäure-Verzehr aus Nicht-Fisch-Produkten: 1. Quintile: 0,3 g/Woche; 2. Quintile: 0,8 g/Woche; 3. Quintile: 1,2 g/Woche; 4. Quintile: 1,6 g/Woche; 5. Quintile: 3,4 g/Woche.

In den 15 Jahren der Nachbeobachtung traten 6.299 (51,3%) neue Hypertonie-Erkrankungen auf. Als Referenzwert galt für alle Berechnungen die Hypertonie-Inzidenz der 1. Quintile. Nach multivariabler Adjustierung auf die wesentlichen Risikofaktoren für eine arterielle Hypertonie betrug in der 5. Quintile die Hazard-Ratio 1,02 (95% CI: 0,94-1,11) und war gegenüber dem Referenzwert mit $p=0,34$ nicht signifikant verändert. Betrachtet man nur den Fischkonsum als Quelle für die Omega-3-Fettsäuren waren die Ergebnisse identisch (HR 1,10; 95% CI: 0,93-1,30) mit Ausnahme derjenigen bei den Schalentieren, bei denen eine häufigere Hypertonie-Inzidenz von 23% zu erkennen war (HR 1,23; 95% CI: 0,75-2,02). Diese war im Trend mit $p < 0,03$ signifikant.

In dieser großen prospektiven Kohortenstudie an mittelalten und älteren Männern konnte erstmals dokumentiert werden, dass der Omega-3-Fettsäurekonsum keinen Einfluss auf die Inzidenz einer arteriellen Hypertonie hat, weder für Omega-3-Fettsäuren aus Fischen noch für solche aus anderen Nahrungsquellen. Auch der von der American Heart Association empfohlene Konsum von zwei Fischportionen pro Woche in der Herz-Kreislaufprävention blieb ohne einen positiven Effekt auf die Entwicklung einer arteriellen Hypertonie. In der Beobachtungsstudie NHANES I und der CARDIA-Studie konnte ebenfalls keine Beziehung zwischen Omega-3-Fettsäuren-Konsum und der Entwicklung einer Hypertonie gesehen werden. Mit großer Wahrscheinlichkeit liegen die präventiv wirksamen Mengen von Omega-3-Fettsäuren (diskutiert werden 2 g / Tag) deutlich höher als der normale tägliche Verzehr es ermöglicht.

Nicht untersucht wurde in dieser Studie das Verhältnis von Omega-6- zu Omega-3-Fettsäuren, was eventuell einen entscheidenden Einfluss auf die pro-

tektive Wirkung der Omega-3-Fettsäuren hat. In der Lyon Diet Heart Study konnte durch Ernährungsumstellung im Sinne einer strengen mediterranen Kost eine drastische Reduktion des Omega-6- zu Omega-3-Fettsäuren-Verhältnisses erreicht werden, von initial ca. 17:1 auf final ca. 5:1. Vielleicht erklärt das bessere Verhältnis der Fettsäuren zueinander neben der absoluten Steigerung des Omega-3-Fettsäurenkonsums den überragenden protektiven Effekt der Koständerung in dieser Studie. Zukünftige Studien sollten deshalb den Aspekt des Verhältnisses der Fettsäuren zueinander mit betrachten.

CO₂-Bilanz und Gesundheitswert selbst gewählter Ernährungsweisen in den USA

W. Burghardt

Ein großer Teil der Emission von Treibhausgasen (green house gas emissions, GHGE) wird dem weiten Feld der Ernährung zugeordnet, wobei über den Zusammenhang zwischen der CO₂-Bilanz individueller, selbst gewählter Ernährungsweisen und der Qualität der Ernährung weniger Erkenntnisse vorliegen.

Impressum

Schriftleitung

Udo Rabast, Hattingen
Gerd Bönner, Freiburg

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 €

Die nahrungsbezogenen GHGE erwachsener US-Amerikaner (n = 16.800) wurden für den Zeitraum 2005-2010 (National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES) abgeschätzt, indem alle in den letzten 24 Stunden verzehrten Nahrungsmittel mit ihrem GHGE-Einfluss erfasst wurden. Die GHGE-Einordnung erfolgte pro 1.000 kcal bzw. in kg CO₂-Äquivalenten (unter Einbeziehung auch der Treibhausgase Methan und Lachgas).

Die ermittelten GHGE-Daten bezogen sich ausschließlich auf die Produktion und in manchen Fällen die Weiterverarbeitung der Nahrungsmittel. Die in den jeweils höchsten und niedrigsten Quintilen ermittelten Ergebnisse wurden auf der Basis des US Healthy Eating Index (HEI, 100-Punkte-Skala), der summarisch den Gesundheitswert einer Kost erfasst, verglichen bezüglich des Gehalts an spezifischen Nährstoffen, von denen in der amerikanischen Bevölkerung typischerweise zu wenig (Eisen, Magnesium, Kalzium, Kalium, Ballaststoffe, Cholin, Vitamine A, C, D und E) oder zuviel (Natrium, gesättigte Fette) konsumiert werden.

Demographische (Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft, Ausbildung, Einkommen) und Verhaltensvariable (Berücksichtigung von Food Labels, Kenntnis der Nahrungsmittelpyramide, Nutzung spezifischer Ernährungsempfehlungen) aus dem Survey wurden ebenfalls mit diesen ernährungsbezogenen CO₂-Bilanzen korreliert. Eine evtl. Einstufung als Vegetarier wurde von den Studienteilnehmern selbst vorgenommen.

Im Ergebnis lagen die durchschnittlichen ernährungsbezogenen GHGE bei 4,72 kg CO₂-Äquivalent pro Person und Tag, wobei die GHGE der Quintil-Gruppe mit der niedrigsten Emission 8%, die der Quintil-Gruppe mit der höchsten Emission 41% der Gesamt-GHGE ausmachten.

Im Hinblick auf einzelne Nährstoffe enthielten die Low-GHGE-Kostformen signifikant größere Mengen an Ballaststoffen (8,8 vs. 7,1 g/1.000 kcal, p < 0,001) und Vitamin E (4,0 vs. 3,4 mg/1.000 kcal) sowie geringere Mengen an Natrium (1.510 vs. 1.775 mg/1.000 kcal) und gesättigten Fetten (9,9 vs. 13,9 g/1.000 kcal), die High-GHGE-Kostformen dagegen enthielten höhere Mengen an Vitamin A und D, Cholin, Eisen, Kalzium und Kalium.

Im Hinblick auf die Lebensmittelauswahl selbst enthielt die Low-GHGE-Kost weniger Fleisch, Milchprodukte und feste Fette, dafür mehr Vollkorn- und bearbeitetes Getreide, Geflügel, pflanzliche Eiweiße (Hülsenfrüchte, Sojabohnen, Nüsse, Samen) und Öle, aber auch mehr zugesetzte Zucker als die High-GHGE-Kost. Letztere hatte höhere Anteile von Gemüse und Fleisch (Rind, Schwein, Wild). Insgesamt

samt waren die High-GHGE-Kostformen reicher an Eiweiß, speziell an tierischem Eiweiß.

Bezüglich demographischer Faktoren unterschieden sich beide GHGE-Gruppen signifikant bei Alter, Geschlecht und ethnischer Herkunft, nicht jedoch bei Ausbildung und Einkommen. Eine Ernährungsweise mit geringen CO₂-Emissionen fand sich eher bei Frauen, bei Menschen unter 30 Jahren und Afro-Amerikanern. Personen, die sich an Nahrungsmittel-labels orientiert oder die von Empfehlungen gehört und versucht hatten, diesen zu folgen, konsumierten ebenfalls Produkte mit einer besseren CO₂-Bilanz. Auch Vegetarier verzehrten Produkte mit signifikant erniedrigten GHGE.

Die HEI-Scores für die Low-GHGE-Kost waren signifikant höher als die für die High-GHGE-Kost (50,2 vs. 48,0 p < 0,001), speziell im Bereich von ganzen Früchten, Vollkorn, Meeresfrüchten, pflanzlichen Eiweißen, Fettsäuren und Natrium, die High-GHGE-Kostformen dominierten im Bereich von Gesamt-Gemüse, Milchprodukten, Gesamt-Eiweiß und raffiniertem Getreide. Für viele Nährstoffgruppen (z.B. Ballaststoffe, Vitamin E, Natrium, gesättigte Fette, Fleisch, Öle und Vollkorngetreide) veränderte sich der Verzehr zwischen der Low- und der High-GHGE-Gruppe linear, für andere nicht (z.B. Vitamin A, Kalzium, Milchprodukte).

Zusammenfassend weist das Nahrungsspektrum, das zu einer geringeren Treibhausgasemission führt, insgesamt eine höhere Nährstoffqualität auf und punktet in einigen Schlüsselqualitäten, wenngleich nicht in allen. So beinhaltet die Low-GHGE-Kost weniger Eisen, Kalzium, Vitamin D, Vitamin A, Cholin und Kalium im Vergleich zu High-GHGE-Kostformen. Das mag mit dem geringeren Verzehr tierischer Lebensmittel zusammenhängen. Abgesehen also von dem schlechten Abschneiden der Low-GHGE-Kostformen in manchen – gesundheitsrelevant einzuschätzenden – Bereichen, darunter Eiweiß, Milchprodukte, Gemüse und raffinierte Getreide, sind diese Kostformen in anderen Sektoren signifikant überlegen, darunter Obst, Vollkorngetreide, Meeresfrüchte, pflanzliche Eiweiße, Fettsäuren und Natrium. Im Durchschnitt ist der Index für gesunde Ernährung (HEI) für die Low-GHGE-Kost signifikant höher als für die High-GHGE-Kost. Diese inverse Beziehung zwischen Umwelteinfluss und gesunder Kost steht in Übereinstimmung mit den Resultaten einer ganzen Reihe unterschiedlicher Studien aus verschiedenen Ländern, darunter Deutschland.

Frauen konsumieren im Schnitt weniger Energie und hinterlassen damit einen geringeren CO₂-Fußabdruck, ebenso Afro-Amerikaner und ganz allgemein jüngere Personen. Assoziationen bestehen auch zwischen der CO₂-Bilanz und dem Wissen um die

Bedeutung für Kostform und Ernährung. Erwartungsgemäß ist die Beziehung zwischen Vegetarismus und Low-GHGE-Diät besonders ausgeprägt.

Limitationen der Studie sind die Beschränkung auf die retrograde Erfassung einer eintägigen Ernährung, die aber von den befragten Personen als übliche Ernährungsweise charakterisiert wurde. Weiter erfasste die Untersuchung nur Treibhausgasemissionen, ohne Wasser- und Landverbrauch einzubeziehen. Nach Berechnung der Autoren hätte die Berücksichtigung von Weiterverarbeitung und Verpackung der Lebensmittel einen zusätzlichen Einfluss von etwa 27% und die des Transports einen Einfluss von weiteren 5% gehabt.

Es bleibt festzuhalten, dass für die Bevölkerung akzeptable Kostformen mit einer reduzierten Treibhausgasemission bei gleichzeitig gesunder Ernährung einhergehen. Die gewonnenen Ergebnisse können die wissenschaftliche Basis für Empfehlungen sein, gleichermaßen eine verbesserte Ernährung und reduzierte ernährungsbezogene Emissionen zu erreichen.

Quelle:

Rose D, Heller MC, Willits-Smith AM, Meyer RJ. Carbon footprint of self-selected US-diets: nutritional, demographic, and behavioral correlates. *Am J Clin Nutr* 2019; 109: 526-534.

BARMER schließt IV-Vertrag mit Schwerpunktpraxen Ernährungsmedizin BDEM (Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e.V.)

B. Schilling-Massmann

Nach wie vor ist die Adipositas ein Stiefkind der Medizin. Trotz hoher Prävalenz (23% der Männer und 24% der Frauen) wird sie oftmals von vielen Haus- und Fachärzten nicht als Krankheit frühzeitig wahrgenommen und mit entsprechenden therapeutischen Konsequenzen behandelt. Vielfache Komorbiditäten hingegen werden leitliniengerecht therapiert und fordern dem Gesundheitssystem immense Kosten ab. Wird aber die Primärerkrankung nicht ursächlich angegangen, so droht unser System an den Folgekosten zugrunde zu gehen!

Es ist eine standardisierte und strukturierte, interdisziplinäre, konservative und – bei konservativer Therapieausschöpfung – auch operative Therapie der Adipositas erforderlich. Dies fordern nicht nur die evidenzbasierte Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ (S3-Leitlinie Version 2014) und die S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas“ (Version 2018), sondern auch der Begutachtungsfaden Adipositas-Chirurgie (bariatrische und metabolische Chirurgie) bei Erwachsenen zur Prüfung der sozial-

medizinischen Voraussetzungen (6.10.17) des Spitzenverbands der medizinischen Dienste MDS.

Praktische Umsetzung

Soweit die Theorie. Wie aber sieht es bundesweit mit der praktischen Umsetzung aus? Bisher wird die Therapie der Adipositas vorwiegend in Eigeninitiative geleistet und mündet oftmals in kurzfristigen, frustrierten Diätversuchen mit anschließendem Jo-Jo-Effekt. Das Gewicht schaukelt sich so immer weiter hoch. Es fehlen flächendeckende Versorgungsmöglichkeiten und eine leistungsgerechte Vergütung von Therapeuten unterschiedlicher Fachrichtungen mit netzwerkartigen Kooperationen. Dieses Defizit hängt ursächlich mit der im gültigen EBM-Bewertungsmaßstab einheitlicher nicht vorhandenen Abbildbarkeit dieser Leistungskomplexe zusammen. Dazu kommt für Ärzte und Krankenkassen oftmals die Frage: Wie findet man Praxen, in denen stark Übergewichtige gut aufgehoben sind?

Offenbar fehlt es an Strukturen, die es bei anderen Indikationen (wie beispielsweise Diabetes mellitus) bereits gibt. Bundesweit erfolgt die Zertifizierung von ernährungsmedizinischen Schwerpunktpraxen seit dem Jahr 2005 – dennoch gibt es vorrangig aufgrund der defizitären Kostensituation insgesamt nur knapp 80 entsprechend zertifizierte Einrichtungen.

Vertrag gemäß § 140a SGB V über die besondere Versorgung von Patienten mit krankhaftem Übergewicht (Adipositas). Diese prekäre Situation hat nun zumindest im Rahmen einer Insellösung für die Versicherten der BARMER in der Region Münster/Osnabrück ein Ende. Vier Schwerpunktpraxen für Ernährungsmedizin (Burghardt, Keuthage, Schilling-Maßmann, Stöckmann), zwei adipositaschirurgische Abteilungen, eine spezialisierte psychosomatische Abteilung und die BARMER als Krankenkasse, haben einen Vertrag gemäß § 140a SGB V geschlossen und gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe einen Abrechnungsmodus geschaffen. Dieses längerfristig angelegte umfassende multimodale Therapieangebot in Form eines dreistufigen Behandlungsprogramms beinhaltet eine konservative medizinische Betreuung, bei Bedarf eine bariatrische Operation in einem der am Vertrag teilnehmenden Krankenhäuser und die Weiterbehandlung durch die teilnehmenden Ärzte für Ernährungsmedizin. Kern der Therapie ist der ärztlich kontrollierte Ablauf einer Gewichtsreduzierung, die zunächst eingeleitet wird durch eine genaue Eingangsuntersuchung, gefolgt von der darauf basierenden Erarbeitung eines individuellen Ernährungskonzepts. Getragen wird das Gesamtkonzept auch durch das Zusammenwirken der haus- und fachärztlichen Versorgungsebenen. Die Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten wird durch Einbindung der Hausärzte gefördert. Teilnehmende Haus-

ärzte informieren und beraten ihre Patienten mit einem BMI ab 30 kg/m² über diese besondere Versorgung und führen ein kurzes Motivationscreening mithilfe eines Fragebogens durch. Ein Überleitungsbogen inklusive eines Medikamentenplans wird an die Schwerpunktpraxis übermittelt, um den Patienten eine direkte Weiterbehandlung zu ermöglichen. Die Leistung wird extrabudgetär honoriert.

Ziele dieser Vereinbarung sind:

1. Folge- bzw. Begleiterkrankungen von Adipositas durch ein strukturiertes kontinuierliches Behandlungskonzept zu minimieren,
2. kontrollierte, individuelle und systematische Betreuung von Adipositaspatienten, das Festlegen individueller Therapieziele, Information und Schulung,
3. das Fortschreiten der Gewichtszunahme zu verhindern sowie die dauerhafte Gewichtsreduzierung durch geeignete Information und Motivation zur aktiven Teilnahme am Behandlungsprogramm und Erfüllung des gesamten Behandlungsprogramms anzustreben,
4. die Verringerung der mit stationären Behandlungen einhergehenden körperlichen und psychosozialen Belastung und damit die Förderung einer schnelleren Genesung in der häuslichen Umgebung sowie die Steigerung der Patientenzufriedenheit,
5. die spezielle Vor- und langfristige Nachbehandlung und -betreuung im Falle bariatrischer Operationen,
6. die Verkürzung oder Vermeidung von Arbeitsunfähigkeitszeiten,
7. die Schaffung und Weiterentwicklung von im Verhältnis zur stationären Leistungserbringung kostengünstigeren Vergütungsformen zur Honorierung der ambulanten Leistung bei gleicher Qualität,
8. die Etablierung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen unter Einschluss einer qualitätsbezogenen Dokumentation entsprechend der aktuellen S3-Leitlinien.

Welche Patienten können teilnehmen?

Teilnehmen können bundesweit alle BAEMER-Versicherten mit einem BMI ab 30 kg/m² und einer krankheitsbegünstigenden Wirkung der Adipositas. Dies ist insbesondere der Fall bei Patienten mit Diabetes mellitus, Hypertonus, Dyslipidämie, KHK, peripherer arterieller Verschlusskrankheit, Asthma/COPD, Herzinsuffizienz, zerebralen Durchblutungsstörungen, Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch, Arthrosen, Lymphödemen oder Varikosis. Voraussetzung ist weiterhin, dass der Versicherte nach eigener und ärztlicher Beurteilung zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Therapiemaßnahmen fähig und bereit ist, sodass auf dieser Basis eine dauer-

hafte Gewichtsreduktion – durch die intensivierete Betreuung und aktive Mitwirkung des Versicherten – zu erwarten ist.

Aufgaben der Schwerpunktpraxen für Ernährungsmedizin sind:

- Information, Aufklärung und Einschreibung der interessierten Versicherten in den Vertrag und die zeitnahe Übermittlung der unterschriebenen Teilnahmeerklärung und die Einwilligung zur Datenverarbeitung an die BARMER
- Koordination der Behandlung der Versicherten im Hinblick auf die Beteiligung anderer Vertragsärzte insbesondere durch die intensive Zusammenarbeit und Kommunikation mit dem Hausarzt des Versicherten
- Aushändigung und Auswertung der Patienteninformation und des BDEM-Erfassungsbogens ADIPOSITAS zur Vorbereitung auf die Erstvorstellung in der Adipositasprechstunde
- Durchführung des ersten Beratungsgesprächs und Besprechung der ausgewerteten Fragebögen und der notwendigen Labordiagnostik
- Nach ärztlicher Indikationsstellung für eine bariatrische Operation Beauftragung eines teilnehmenden Arztes für Psychiatrie/Arztes für psychosomatische Medizin zur Evaluation der Eignung des Versicherten zu einer bariatrischen Operation sowie anschließend die ggf. vorzunehmende stationäre Einweisung nach der Erstellung einer positiven psychotherapeutischen Stellungnahme zur bariatrischen Operation mit Erstellung und Weiterleitung der vollständigen Unterlagen an das beteiligte Krankenhaus
- Patientenindividuelle Betreuung nach dem Behandlungspfad des BDEM Version 3.0 unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen S3-Leitlinie: Prävention und Therapie der Adipositas
- Verordnung bzw. Veranlassung/Vermittlung von konservativen Therapieangeboten wie Patientenschulungsmaßnahmen, individueller Ernährungstherapie, Rehabilitationssport, Physiotherapie sowie psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung
- Nachbetreuung des Patienten für einen Zeitraum von 5 Jahren nach Einschreibung.

Dem IV-Vertrag zugrunde gelegt wird der Behandlungspfad Adipositas des BDEM Version 3.0, mit Implementierung aller gemäß geltender nationaler und internationaler Leitlinien vorgesehenen Therapieoptionen. Die Diagnostik und alle Therapieschritte der Adipositas werden leistungsgerecht und extrabudgetär honoriert.

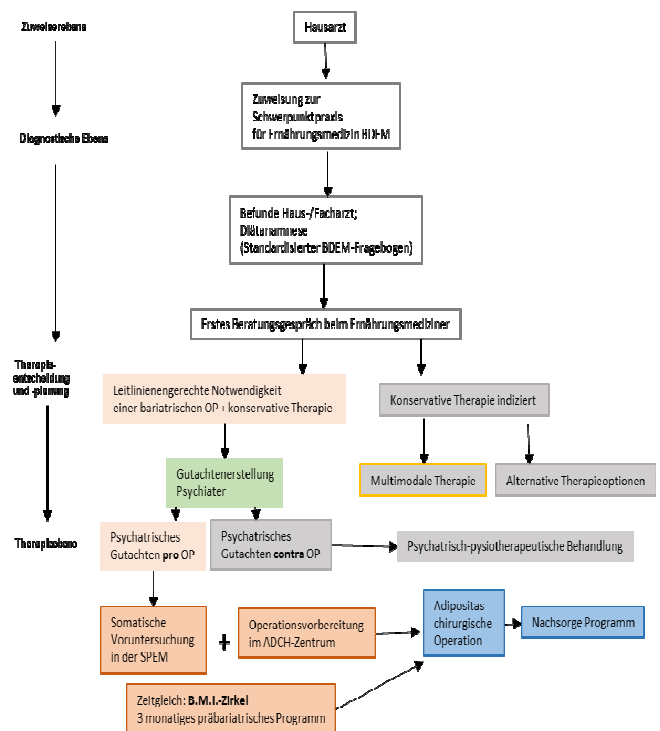
Die Zertifizierung zur Schwerpunktpraxis für Ernährungsmedizin umfasst immer eine interprofessionel-

le, sektorenübergreifende und multimodale Zusammenarbeit – diese findet in diesem Vertrag Berücksichtigung.

Die vom BDEM entwickelten Therapiebausteine (DOC WEIGHT, BMI-Zirkel, standardisiertes bariatrisches Nachsorgeschema) finden in der Versorgung der eingeschriebenen BARMER-Patienten endlich ihren berechtigten Eingang. So wird z. B. das einjährige Therapieprogramm DOC WEIGHT mit 1.400 € (bei derzeit aktuellen Gesamtkosten von 1.705 €) bezuschusst.

Dieses Gesamtkonzept zur Versorgung adipöser Patienten stellt eine sinnvolle Weiterentwicklung der schon seit Juni 2009 etablierten Versorgungsvereinbarung der Schwerpunktpraxen im Raum Münster/Osnabrück mit der vormaligen BARMER-GEK dar. Der Versorgungszeitraum umfasst nun 5 Jahre statt vormals maximal 30 Monate. Teilnehmen können bundesweit alle BARMER-Versicherten mit einem BMI ab 30 kg/m² (bisher 35) und einer Komorbidität. Als neue Vertragspartner mit aufgenommen wurden die Hausärzte der Region, zwei chirurgische und bisher eine spezialisierte psychosomatische Krankenhausabteilung.

Die BARMER wird diese Versorgungsstruktur evaluieren. Andere Krankenkassen sind eingeladen, sich dem IV-Vertrag anzuschließen.



Eine ausführliche Darstellung des BDEM Behandlungspfad ist unter folgendem Link im Internet einsehbar <http://www.bdem.de/files/ws130306bdem001.pdf>

Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V. erweitert das Präsidium

A. Gebhardt, L. Kämpfer

Bei der letzten ordentlichen Mitgliederversammlung der DAEM am 29. März 2019 während des Seminars Ernährungsmedizin in Bad Krozingen wurden die vom Vorstand vorgeschlagenen Satzungsänderungen einstimmig gebilligt. Wichtiger Bestandteil dieser Satzungsänderungen ist die Erweiterung des bisher fünfköpfigen engeren Vorstandes auf sieben Personen. Bei der anschließenden Nachwahl wurden zum bisherigen Präsidium, bestehend aus Prof. Dr. med. Gerd Bönner, Prof. Dr. med. Olaf Adam, Prof. Dr. med. Thomas Horbach, Prof. Dr. med. Christoph Reichel und Dr. rer. nat. Albrecht Gebhardt, mit einstimmigem Votum noch Dr. med. Gert Bischoff und Dr. med. Lutz Tünnermann gewählt.



Dr. med. Gerd Bischoff

Dr. med. Gert Bischoff ist Internist, Ernährungsmediziner DAEM/DGEM, Hepatologe, Onkologischer Gastroenterologe und Ausbilder der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM). Als langjähriger Oberarzt, der Abteilung Innere Medizin I - Gastroenterologie, Hepatologie, Onkologie und Allgemeine Innere Medizin - am Krankenhaus Barmherzige Brüder München hat er dort auch im Rahmen des Modellprojektes klinische Ernährungsmedizin der DAEM maßgeblich am Ausbau der Klinik als Lehrklinik für Ernährungsmedizin beigetragen. Dies gipfelte letztendlich auch in dem Auf- und stetigen Ausbau des Zentrums für Ernährungsmedizin und Prävention (ZEP), das seit einigen Jahren unter seiner Leitung als Department der Inneren Medizin I fest am Krankenhaus verankert ist. Mit dem vielköpfigen, interdisziplinär und interprofessionell zusammengesetzten Team können auf diese Weise hervorragend klinische und ambulante Versorgungsstrukturen verknüpft werden.



Dr. med. Lutz Tünnermann

Komplettiert wird der Vorstand durch Dr. med. Lutz Tünnermann. Auch er ist Facharzt für Innere Medizin und einer der ersten zertifizierten Ernährungsmediziner DAEM/DGEM®. Nach seiner langjährigen klinischen Tätigkeit an den Katholischen Kliniken Ruhrhalbinsel (St. Elisabeth KH in Hattingen und St. Josef KH in Essen) - auch er war dort am Aufbau der ernährungsmedizinischen Versorgungsstrukturen im Rahmen des Modellprojektes klinische Ernährungsmedizin maßgeblich beteiligt - ist er seit rund 15 Jahren als niedergelassener Internist in der hausärztlichen Versorgung tätig. Ein Schwerpunkt seiner Praxis liegt auf der ernährungsmedizinischen Versorgung was durch die Zertifizierung zur Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin seitens des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V. (BDEM) hervorgehoben ist.

Beide neue Vorstandsmitglieder sind langjährig in die unterschiedlichsten Fortbildungsangebote der DAEM durch aktive Beiträge involviert und waren schon seit einiger Zeit im Vereinsbeirat eingebunden. Sie werden daher durch ihren breitgefächerten Erfahrungsschatz die Vorstandsarbeit in der DAEM bereichern und beleben. Im Namen des bisherigen Vorstandes und auch der GeschäftsstellenmitarbeiterInnen der DAEM in Freiburg möchten wir Dr. Bischoff und Dr. Tünnermann in ihrer neuen Funktion herzlich willkommen heißen und freuen uns sehr auf eine konstruktive und innovative Zusammenarbeit.

Dies gilt aber auch für Frau Dipl. oec. troph. Monika Bischoff, die in die freigewordene Position im Beirat der DAEM nachrückt. Sie leitet zusammen mit Ihrem Mann das ZEP am KH Barmherzige Brüder in München und steht in ganz hervorragender Weise für die interprofessionelle Zusammenarbeit nicht nur in der alltäglichen Patientenbetreuung, sondern auch auf Verbandsebene. Sie ist beispielsweise derzeit Vorstandsmitglied im Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE).

Fortbildungsveranstaltungen der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V. (DAEM) in 2019

1. Ernährungsmedizin: 100-stündige strukturierte curriculare Fortbildung in Ernährungsmedizin für ÄrztInnen auf der Basis der Vorgaben der BÄK, durchgeführt als Blended-Learning-Veranstaltung

In einem curricularen **Seminarkurs Ernährungsmedizin** werden die geforderten 100 Unterrichtseinheiten **2019** im Rahmen einer Übergangsphase von den bisherigen Kompaktkursen mit ausschließlich einer Präsenzphase auf eine vorgeschaltete Telelernphase (10 UE) und eine durchgängige elftägige Präsenzphase (90 UE) umgestellt. Thematisch unterteilt sich die Präsenzphase in fünf Schwerpunkte mit folgenden Inhalten:

- Schwerpunkt 1: Ernährungslehre und ernährungsmedizinische Grundlagen
- Schwerpunkt 2: Metabolisches Syndrom und Prävention
- Schwerpunkt 3: Therapie ernährungsabhängiger Erkrankungen
- Schwerpunkt 4: Gastroenterologie und künstliche Ernährung
- Schwerpunkt 5: Ausgewählte Kapitel sowie Praxisseminar- und Workshopthemen zur Auswahl und interaktive Falldiskussionen

Bestandteil eines Seminarkurses Ernährungsmedizin ist eine schriftliche Prüfung (multiple choice), die am Ende der Gastroenterologie und künstlichen Ernährung stattfindet.

Eine erfolgreich absolvierte Prüfung, die Teilnahme an der interaktiven Falldiskussion in Kleingruppen sowie die Vorlage von 10 eigenständig bearbeiteten Falldokumentationen als Beleg für die praktische Erfahrung, sind Voraussetzungen für die Vergabe der ankündigungsfähigen Qualifikation: "ErnährungsmedizinerIn DAEM/DGEM®".

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

Alle ab Herbst 2019 beginnende Seminarkurse Ernährungsmedizin werden als vollständige Blended-Learning-Kurse mit zwei Telelern- und zwei Präsenzphasen veranstaltet werden.

11. – 21. Juli 2019, München Seminarkurs Ernährungsmedizin mit Telelernphase ab 08.04.2019

DAEM-Seminarkurs Ernährungsmedizin in Kooperation mit der Universität München
ausgebucht!

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

September 2019 bis Februar 2020, Münster, vollständiger Blended-Learning-Kurs

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

Telelernphase 1	23.09. – 17.10.2019
Präsenztermin 1	18. – 20. Oktober 2019
Telelernphase 2	13.01. – 11.02.2020
Präsenztermin 2	12. – 16. Februar 2020

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

Neues zusätzliches Seminarangebot

Aufgrund der ungebrochen hohen Nachfrage in der Ärzteschaft nach ernährungsmedizinischer Fortbildung und nachdem auch der im Herbst 2019 beginnende Blended-Learning-Kurs in Münster bereits seit Ostern komplett ausgebucht ist, hat sich die DAEM kurzfristig entschlossen, noch in 2019 mit einem zusätzlichen Seminarangebot zu starten. Auch dieser Kurs, der nach fast 30 Jahren erstmals wieder direkt in Freiburg abgehalten werden wird, ist als vollständiger Blended-Learning-Kurs konzipiert.

Telelernphase 1	Mitte Oktober 2019
Präsenztermin 1	21. – 24. November 2019
Telelernphase 2	Anfang Februar 2020
Präsenztermin 2	17. – 23. März 2020

Veranstaltungsort Tagungscenter ETAGE an
der Messe Freiburg
phasen Solar-Info-Center
Emmy-Noether-Straße 2
79110 Freiburg

2. DAEM Spezialseminare zu ausgewählten Schwerpunkthemen der Ernährungs- medizin 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 interprofessionellen und in der interdisziplinären Betrachtungsweise behandelt. Dieses Seminarkonzept richtet sich grundsätzlich an alle Mitwirkenden eines ernährungstherapeutischen Teams, d.h. sowohl an die in der Klinik (Akut- und Reha-Bereich) als auch die 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 und –diskussionen den interdisziplinären Erfahrungsaustausch fördern und intensivieren helfen.

Die Spezialseminare werden regelhaft mit 16 Fortbildungspunkten für das allgemeine Fortbildungszertifikat (Ärztetkammern, VDD, VDOE) anerkannt und darüber hinaus mit 20 Punkten auf das spezifische ernährungsmedizinische Fortbildungszertifikat für qualifizierte ErnährungsmedizinerInnen, vergeben durch die DAEM.

Für 2019 ist noch folgende Veranstaltung geplant:

08. - 09. November 2019, München

DAEM-Spezialseminar „Vom Reizdarm bis zum Mikrobiom – Moderne Ernährung in der Gastroenterologie“

Veranstaltungsort Krankenhaus Barmherzige Brüder
München, Lehrklinik für Ernährungsmedizin der DAEM
Konferenzspange
Romanstr. 93,
80639 München

Wissenschaftliche Leitung Prof. Dr. med. C. Rust, München
Dr. med. G. Bischoff, München
und Programmgestaltung: Dipl.oec.troph. M. Bischoff, München
Dr. A. Gebhardt, Freiburg

Vortragsinhalte Beeinträchtigung von Verdauungsleistung und Nährstoffabsorption bei gastroenterologischen Erkrankungen; Spezifische Nahrungsmittelintoleranzen (Laktose, Fruktose, Histamin); Glutenunverträglichkeit oder Weizensensitivität; Ernährung bei chronisch-entzündlichen Darm-erkrankungen; Reizdarm; Ernährung bei Lebererkrankungen; Perioperative Ernährung und postoperative Ernährungstherapie bei Operationen an Organen des Gastrointestinaltraktes; Darm-Mikrobiom

Seminarinhalte Ernährungstherapie und –beratung bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten anhand von Fallbeispielen; Ernährung bei Lebererkrankungen – ernährungstherapeutische Maßnahmen mit interaktiven Falldiskussionen; Praktische Umsetzung der postoperativen ET anhand von Fallbeispielen; Praxis der enteralen und parenteralen Ernährungstherapie bei gastroenterologischen Erkrankungen mit Falldiskussion

Vorankündigungen 2020:

Mai 2020 bis September 2020, Freiburg, Blended-Learning-Kurs

Präsenztermin 1 30.04. – 03.05.2020
Präsenztermin 2 15.09. – 20.09.2020

Mai 2020 bis September 2020, München, Blended-Learning-Kurs

Präsenztermin 1 11.06. – 14.06.2020
Präsenztermin 2 03.11. – 08.11.2020

September 2020 bis Februar 2021, Münster, Blended-Learning-Kurs

Präsenztermin 1 09.10. – 11.10.2020
Präsenztermin 2 03.02. – 07.02.2021

Jeweils 4-6 Wochen vor Beginn der Präsenzphasen startet die Telelernphase.

27. - 28. März 2020, München

DAEM-Spezialseminar „Ernährung in der Onkologie“

das ausführliche Programm zu dieser Fortbildung wird im kommenden Newsletter veröffentlicht.

Veranstaltungen anderer Institutionen in 2019

27. – 29. Juni 2019, Bad Brückenau

Rehazentrum Bad Brückenau, Lehrklinik für Ernährungsmedizin der DAEM

Leitung: Prof. Dr. med. C. Reichel, Bad Brückenau

27. Jahrestagung der Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (GRVS)

Informationen unter www.grvs.de

29. – 30. Juni 2019, Überlingen

18. Internationaler Kongress der Ärztesgesellschaft Heilfasten und Ernährung e.V. (ÄGHE)

„Fasting: the Switch of Life“ in Zusammenarbeit mit der Maria Buchinger Foundation und den Kliniken Buchinger Wilhelmi am Bodensee/Marbella

Informationen unter www.aerztegesellschaft-heilfasten.de

31. August – 03. September 2019, Krakau, Polen

41. ESPEN Kongress der Europäischen Gesellschaft für klinische Ernährung und Stoffwechsel unter Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) als nationaler Kongresspartner.

Das vorläufige Programm ist unter www.espen.org einsehbar.

03. bis 04. September 2019, Stadthalle Bonn Bad-Godesberg

DGE-Arbeitstagung: "Ernährungsberatung und Ernährungsverhalten im digitalen Zeitalter"

Informationen unter

www.dge.de/va/tagungen/arbeitstagung-2019/

19. – 21. September 2019, Kiel

35. Jahrestagung der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG)

Informationen unter dag-kongress.de

25. – 26. Oktober 2019, Irsee

33. Irrseer Fortbildungsveranstaltung

Die Veranstaltung steht unter dem Motto „Perioperative und intensivmedizinische Ernährung“

Nähere Informationen in Kürze unter

www.dgem.de/33-irrsee-fortbildungsveranstaltung

21. – 23. November 2019, Berlin

43. Wissenschaftlicher Kongress Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL® Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention

Informationen unter www.hypertonie-kongress.de

22. - 23. November 2019, Schloss Machern, Leipzig

23. Leipziger Fortbildungsveranstaltung der DGEM

Informationen in Kürze unter www.dgem.de/23-leipziger-fortbildungsveranstaltung