

Der Ernährungsmediziner

Unabhängiger Informationsdienst



Jahrgang 18, Nr. 1

Januar 2016

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Die erste Ausgabe „Der Ernährungsmediziner“ im Jahr 2016 bringt Ihnen nur gute Nachrichten. Nicht nur, dass Sie einen Tag mehr bekommen und so das Jahr 2016 weniger schnell vergeht als das vergangene Jahr, auch wir haben gute Nachrichten für Sie. Wenn Sie eine feucht-fröhliche Silvesternacht erlebt haben, so wird Sie der Artikel über den Alkoholgenuss und die Sterblichkeit durch koronare Herzkrankheit sicher erfreuen. Deshalb gleich eingangs unsere besten Wünsche für ein gesundes, glückliches und erfolgreiches neues Jahr.

Zum neuen Jahr sind gute Vorsätze angesagt und möglicherweise bringt Sie der Artikel „Die Deutschen ändern ihr Essverhalten“ auf gute Gedanken, die Ihre guten Vorsätze unterstützen. Eine weitere Motivation, sich und Ihren Patienten einen gesunden Lebensstil zu verordnen, bringt der Artikel über das verminderte Mortalitätsrisiko durch vegetarische Ernährung. Immer mehr werden genetische Faktoren differenzierbar und damit können individuelle Besonderheiten bei der Therapie berücksichtigt werden. Dies gilt nicht nur für pharmakologische Erwägungen bei der Behandlung mit Zytostatika, sondern immer mehr auch für ernährungstherapeutische Maßnahmen. Eine Hinführung zu diesem Thema soll der Beitrag „Gentechnik auf dem Vormarsch“ sein. Wir erwarten im Jahr 2016 weitere wichtige Erkenntnisse auf diesem Gebiet, über die wir Sie auf dem Laufenden halten werden.

Rückblickend können wir sagen, dass das Jahr 2015 wichtige Fortschritte auf dem Gebiet der Ernährungsmedizin gebracht hat. Wir blicken auf ein sehr erfolgreiches Jahr zurück, mit wachsenden Teilnehmerzahlen an unseren strukturierten curricularen Fortbildungskursen, an den Spezialseminaren und der pädagogisch-psychologischen Fortbildung für ErnährungsmedizinerInnen. Ein entscheidender Fortschritt gelang aber auf politischer Ebene. In einer gemeinsamen Initiative von BDEM, DGEM und DAEM gelang es über Vertreter einiger Landesärztekammern beim letzten Ärztetag einen Antrag auf Aufnahme der Ernährungsmedizin in die Musterweiterbildungsordnung soweit voranzutreiben, dass nun in naher Zukunft ein Entscheid in den Gremien der Bundesärztekammer erwartet werden darf. Wir sind auch durchaus optimistisch, dass der Antrag positiv entschieden wird. Generell wird aber die Aufnahme der Ernährungsmedizin in die WBO auch eine schrittweise Anhebung der Anerkennungsvoraussetzung nach sich ziehen. Hierzu arbeiten wir in intensivem Austausch mit dem BDEM und der DGEM an einem realisierbaren Konzept, das dann noch mit den Entscheidungsträgern der Ärztekammer abzustimmen ist. Von Seiten der DAEM setzten wir uns dafür ein, dass die Weiterbildungsmaßnahmen auch künftig berufsbegleitend durchgeführt werden können, unter intensiverer Nutzung der bestehenden Qualitätszirkel der Lehrkliniken für Ernährungsmedizin der DAEM – über den aktuellen Stand der vielfältigen Qualitätsstandards informiert ein Übersichtsbeitrag weiter unten – und auch der Schwerpunktpraxen Ernährungsmedizin des BDEM, um Mängel in der praktischen Ausbildung in Ernährungsmedizin auszugleichen. Besonders wichtig ist uns bei der Neuausrichtung der ernährungsmedizinischen Ausbildung, dass die Überführung der bisher nach dem Curriculum Ernährungsmedizin fortgebildeten KollegInnen möglichst einfach in den Status der weitergebildeten KollegInnen umgesetzt werden kann. Hierzu wird sicherlich das kontinuierliche Fortbildungszertifikat einen zentralen Beitrag leisten können.

Ihr
Prof. Olaf Adam
und das Team der DAEM

In dieser Ausgabe:

- **Die Deutschen ändern ihr Essverhalten, weg von der Wurst hin zum Vegetarismus**
- **Gesenktes Mortalitätsrisiko durch vegetarische Ernährung**
- **Langzeit – Zwillingsstudie des NHLBI zu Alkoholgenuss und Sterblichkeit durch koronare Herzkrankheit**
- **Genetik auf dem Vormarsch, auch in der Ernährungsmedizin**

- **Modellprojekt klinische Ernährungsmedizin; Lehrkliniken für Ernährungsmedizin der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) e.V. – aktueller Stand**
- **Aktuelles kurz berichtet**
- **Ausschreibungen**
- **Veranstaltungen**

Die Deutschen ändern ihr Essverhalten, weg von der Wurst hin zum Vegetarismus

Rabast U.

Die Deutschen sind für Ihre Vorliebe zur Wurst weltweit bekannt. Seit einiger Zeit besteht allerdings ein Trend weniger Fleisch zu verzehren und sich zunehmend vegetarisch zu ernähren. Die Gründe sind ein wachsendes Gesundheitsbewusstsein und die Hoffnung damit etwas für die Umwelt und den Tierschutz zu tun.

Der Fleischverzehr bleibt in den meisten entwickelten Ländern stabil oder nimmt ab. Die Tendenz zu einem Rückgang ist in Deutschland am stärksten. Man hat hier die größten Schweinemastbetriebe und kennt 1500 verschiedene Wurstsorten u.a. Berlins Liebling, die "Curry-Wurst". Sie ist aber nicht nur in Berlin sondern auch in anderen Bundesländern beliebt. So findet man im Ruhrgebiet den Slogan: „Kommste von der Schicht, was Besseres gibt es nicht, als Curry-Wurst“ (Anmerkung).

Die Veränderungen im Ernährungsverhalten sind in Deutschland nicht spektakulär aber beständig. Die Nahrungsmittelindustrie stellt sich mittlerweile darauf ein, dass Fleisch und Wurst nicht mehr den früher üblichen Platz in der Ernährung und der Kultur der Deutschen haben. Das heißt aber nicht, dass man Tradition und Verhaltensweisen dramatisch ändern wird. Die „Grünen“ wollten 2013 einen Tag durchsetzen, an dem in den Kantinen im öffentlichen Dienst nur vegetarische Gerichte ausgegeben werden sollten. Sie sind damit kläglich gescheitert.

Der Fleischkonsum ist seit 2011 von 62,8 kg auf 60,1 kg pro Person gesunken. Dies ist immer noch weit mehr, als es dem weltweiten Durchschnitt entspricht. Es ist aber nur die Hälfte dessen, was der Durchschnitts-Amerikaner verzehrt. In Deutschland dagegen setzt sich ein Trend zum reduzierten Fleischverzehr fort. Es gibt eine kleine aber wachsende Gruppe von Vegetariern. Prognosen gehen davon aus, dass der Frischfleischverzehr bis 2019 um 2,9% sinkt. Bereits 2014 war er um 1,2% gesunken. Dies war, sieht man vom rezessionsgeplagten Griechenland einmal ab, weltweit die größte Abnahme.

Letztlich haben die Menschen genug von den Lebensmittelskandalen der letzten Jahre. Man stellt sich die Frage: Wie werden Tiere gehalten und was bedingt mein Fleischkonsum für die anderen Gegenden in der Welt. Man denkt über die Folgen des Antibiotika Einsatzes ebenso nach wie über die fabrikmäßige Tierhaltung und die Abholzung von Regenwaldgebieten. In ihnen sollen dann Feldfrüchte

angebaut werden, die nicht der Ernährung des Menschen sondern der Tiermast dienen sollen.

In Berlin gingen im Januar 50.000 Menschen auf die Straße, um für verbesserte Haltebedingungen der Tiere und gegen gentechnisch veränderte, für die Viehfütterung gedachte Nahrungsmittel, zu demonstrieren. Sie wandten sich auch gegen das Freihandelsabkommen zwischen der EU und den USA, da befürchtet wird die Nahrungsmittelstandards werden damit aufgeweicht.

In Deutschland besteht seit Langem ein deutlicher Einfluss der Grünen auf die Umwelt. Sie kamen bei den Wahlen 2013 immerhin auf 8,4%. Dennoch waren die Möglichkeiten, sich in Restaurants oder Geschäften vegetarisch zu ernähren, stets begrenzt. Zwischenzeitlich ändert sich das Verhalten in der Bevölkerung. Die Zahl der Vegetarier hat sich in den letzten sieben Jahren mit einem Anteil von 3,7% verdoppelt. 60% wollen ihren Fleischverzehr reduzieren. Neben gesundheitsbezogenen Aspekten spielen vor allem Gedanken zum Tierschutz eine Rolle.

Es erklärt, weshalb die weltweit größte Burgerkette McDonald's in Deutschland zu kämpfen hat und sich zunehmend bemüht, die Aspekte Umweltbewusstsein und gesunde Ernährung in ihren Menüs mit zu berücksichtigen.

Auch die deutsche Nahrungsmittelindustrie reagiert auf diese Trends und bietet vermehrt vegetarische und vegane Gerichte und Nahrungsmittel an. Es wird versprochen, mehr für den Tierschutz zu tun und die Transparenz bei den Anbietern zu verbessern. Hierzu hat auch der Pferdefleischskandal von 2013 beigetragen. Europaweit war Pferdefleisch als Rindfleisch angeboten worden.

Der Fleischkonsum ist gesunken, der Verkauf von Wurst und Kebab dagegen ist weitgehend stabil geblieben. Die Menschen werden nicht zu Hauf zu Vegetariern, aber moralische und ethische Gedanken spielen beim Fleischverzehr zunehmend eine Rolle. Der Verkauf von gefrosteten Fleischersatzprodukten ist zwischen 2009 und 2014 um mehr als ein Viertel angestiegen. Dies ist der rascheste Anstieg weltweit. Die größte Supermarktkette EDEKA hat in 50 Geschäften eine "Vegithek" eingerichtet, in der fleischfreie Versionen beliebter Gerichte, wie Wurst, Schnitzel und Kaltgerichte geordert werden können. Man hat sich mit anderen Händlergruppen zusammengeschlossen. Pro Kilogramm verkauftem Fleisch werden 4 Cent in einen Fund eingezahlt. Damit sollen die Haltebedingungen der Tiere verbessert werden.

Auch in der Wurstindustrie denkt man um. Eine seit 1930 in Berlin ansässige Wurstfabrik hat eine Soja-variante ihrer Curry-Wurst auf den Markt gebracht.

Die Industrie erkennt: Wenn man erfolgreich bleiben will, muss man flexibel sein und Trends erkennen. Früher reichte es aus Bockwurst, Wiener oder Knackwürste anzubieten, so kamen sie allmählich aus der Mode. Es kam die Curry-Wurst mit Haut oder ohne Haut, dann folgte die Hühnchen Wurst. Heute ist die vegetarische Wurst gefragt.

Quelle:

Medscape Publikation
Reuters Health Information
Germans Switch Sausage for Soya Over Green, Health Concerns. April 30, 2015

Gesenktes Mortalitätsrisiko durch vegetarische Ernährung?

Martinez-Gonzales MA, Sanches-Tainta A, Corella D et al.

Die Frage, ob Vegetarier tatsächlich länger leben als Nichtvegetarier wird nach wie vor intensiv diskutiert.

Impressum

Schriftleitung

Udo Rabast, Hattingen
Olaf Adam, München

Redaktion

Liane Kämpfer, Freiburg
Albrecht Gebhardt, Freiburg

Verlag

Akademie - Verlag
Reichsgrafenstr. 11, 79102 Freiburg
Tel.: 0761/ 7 89 80; Fax.: 0761/ 7 20 24
Email: info@daem.de
Internet: www.daem.de

Copyright

Zeitschrift, Beiträge und Abbildungen sind für die Dauer des Urheberrechts geschützt. Eine Verwertung außerhalb des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags strafbar. Das gilt insbesondere auch für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie Einspeicherungen und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Erscheinungsweise

Die Zeitschrift erscheint viermal jährlich.

Bezugspreis

Bezug als Email-Newsletter kostenlos.
Ausdruck des Newsletters Jahresbezugspreis 38,- € +
Versandkosten 5,80 € = 43,80 €
Ausdruck des Newsletters Einzelheftpreis 10,- € +
Versandkosten 1,45 € = 11,45 €

Vegetarier haben zwar bessere metabolische Parameter, seltener Infarkte und Schlaganfälle und weniger häufig bösartige Tumoren. Die Frage aber, ob sie tatsächlich länger leben ist ungeklärt. Der saloppe Spruch „Vegetarier sterben zwar gesünder, leben aber nicht länger“ gilt auch heute noch.

Eine neuere Untersuchung weist nun auf ein anderes Ergebnis hin. 7.216 Patienten im Alter von 55-80 Jahren mit einem erhöhten KHK-Risiko wurde entweder eine Low Fat Kost oder eine mediterrane Kost mit Nüssen oder kalt gepresstem Olivenöl empfohlen. Des Weiteren wurde empfohlen Nahrungsmittel aus sieben pflanzlichen oder 5 tierischen Nahrungsmittelgruppen auszuwählen. In der Beobachtungszeit von 4,8 Jahren wurden 323 Todesfälle registriert. Das Gesamtmortalitätsrisiko bei geringem, moderatem bzw. hohem oder gar sehr hohem Umsetzungsgrad einer vegetarischen Ernährung war signifikant unterschiedlich. Je besser man sich an die vegetarische Ernährung hielt, umso geringer war die Sterblichkeit (adjustierte HR: 0,71, vs. 0,68 vs. 0,59).

Auch wenn es sich hier lediglich um eine Fallkontrollstudie handelt, so ist dies doch ein weiterer Hinweis auf positive Effekte einer vegetarischen Ernährung.

Bei allen zu dieser Thematik durchgeführten Untersuchungen gilt aber stets zu bedenken: Vegetarier sind eine diszipliniert lebende Gruppe, die selten raucht, wenig Alkohol trinkt und sich reichlich bewegt. Berücksichtigt man all dies, so muss offen bleiben, wieviel an positiven Effekten dem Vegetarismus zuzuschreiben sind.

(UR)

Quelle:

(PREDIMED) study
Am J Clin Nutr 2014; 100:3205-3285

Langzeit – Zwillingstudie des NHLBI zu Alkoholenuss und Sterblichkeit durch koronare Herzkrankheit

Dai J, Mukamal KJ, Krasnow RE et al.

(NHLBI = National Heart, Lung and Blood Institute)
Eine Vielzahl von Beobachtungsstudien belegt ein vermindertes Risiko für eine koronare Herzkrankheit (KHK) durch gewohnheitsmäßigen Alkoholenuss, wobei Daten zum Einfluss genetischer sowie Umweltfaktoren aus der frühen Lebensphase fehlen. Analysiert wurde daher in einer prospektiven Zwillingstudie, ob Alkoholenuss unabhängig von familiären Einflüssen, mit KHK assoziiert ist.

Untersucht wurden 843 weiße männliche Zwillinge (205 monozygote und 191 dizygote Zwillingspaare sowie 25 monozygote und 26 dizygote Einzelzwillinge) mittleren Alters (42 - 55, im Mittel 48 Jahre) ohne vorbestehende KHK, die ausgangs (1969-1973) ihren Bier-, Wein- und Spirituosen-Verzehr berichteten und im Rahmen der National Heart, Lung, and Blood Institute -Zwillingsstudie nachverfolgt wurden. Erfasst wurde der gewohnheitsmäßige Alkoholverzehr über die Jahre (im Durchschnitt wurden von den Studienteilnehmern Alkoholmengen von 8,6 g/d konsumiert, 90% blieben unter einem Verzehr von 30,9 g/d). Primärer Endpunkt war der Tod infolge KHK, sekundärer der weitere kardiovaskuläre und der Tod jeder anderen Ursache.

Im 41-jährigen Follow-up (entsprechend 25.262 Personenjahre) wurden 129 KHK-Todesfälle und 219 kardiovaskuläre Todesfälle gezählt. In der Gesamtgruppe errechnete sich für die Mortalität an KHK pro täglichem Verzehr von 10 g Alkohol eine Risikoreduktion von 6%, für die kardiovaskuläre Mortalität eine solche von 3%, im direkten Vergleich innerhalb eines Zwillingspaares eine Risikoreduktion von 10% für KHK- und 5% für kardiovaskuläre Todesfälle. Alle drei alkoholischen Getränkearten reduzierten die KHK-Mortalität in vergleichbarer Weise, Alkoholgenuß war weder mit erhöhter Sterblichkeit in der Gesamtkohorte, noch im individuellen Paarvergleich assoziiert.

Höherer gewohnheitsmäßiger Alkoholgenuß bedeutet nach diesen Ergebnissen ein vermindertes Risiko für die Sterblichkeit an KHK, unabhängig von genetischen Faktoren, Umgebungseinflüssen in der frühen Lebensphase und Erfahrungen als Erwachsener mit einem Zwillingsgeschwisterkind. Die Studie macht es möglich, bislang unsichere ätiologische Parameter des KHK-Risikos aus dem familiären Umfeld zu beurteilen wie Verhaltensweisen, elterliche demographische Einflüsse und sozioökonomischen Status, ebenso Einflüsse außerhalb des engen Familienbereichs wie kulturelle Normen.

Der Effekt alkoholischer Getränke auf Entwicklung und Verlauf kardiovaskulärer Erkrankungen ist auf den Ethanolgehalt zu beziehen, die Art des Getränks (Bier, Wein, Spirituosen) ist unerheblich. Als schützender Mechanismus des Alkohols im Hinblick auf die Entwicklung einer KHK werden gemeinhin ein erhöhtes HDL-Cholesterin und ein reduziertes Fibrinogen angesehen. Da aber der HDL-Cholesterin-Spiegel eine erhebliche hereditäre Komponente hat, stützen die Vergleiche innerhalb von Zwillingspaaren der Studie die These einer dominanten HDL-Cholesterin-Wirkung eher nicht. Diskutiert werden eine verbesserte Insulinsensitivität durch an-

steigende Adiponectin - Konzentrationen, antithrombozytäre Effekte des Alkohols und antiinflammatorische Einflüsse jenseits der Wirkung von Fibrinogen.

Unsicherheiten in der Interpretation der Studienergebnisse bleiben im Hinblick auf gleiche Lebensverhältnisse eines Zwillingspaares im Laufe des Lebens, eine eventuelle Fehleinschätzung des Alkoholverzehrs und fehlende Daten zur körperlichen Aktivität (allerdings mögen hier die analysierten Parameter Kalorienzufuhr, Ausgangs-BMI und Blutfette als Ersatz dienen). Die Studienaussagen können auf Kohorten mit anderen Geburtsdaten nicht automatisch übertragen werden, zudem kann mit den Studiendaten keine Aussage über weibliche Personen oder Personen anderer Ethnien gemacht werden.

In einem korrespondierenden Editorial des Publikationsorgans wird darauf hingewiesen, dass der Effekt des Alkoholgenußes auf die KHK durch eine U-förmige Kurve beschrieben wird, nachdem alkoholabstinente und Personen mit hohem Alkoholgenuß ein höheres kardiovaskuläres Risiko haben als Personen mit geringem bis moderatem Alkoholgenuß. Hierbei wurde in einer Metaanalyse (Roerecke & Rehm 2012) das niedrigste Risiko für einen durchschnittlichen Alkoholgenuß von 33 g/d ermittelt, entsprechend einer Verbesserung von 20% gegenüber Nichttrinkern. Die referierte Studie ist in guter Übereinstimmung mit dieser Metaanalyse, hingegen nicht geeignet, eine Aussage über das kardiovaskuläre Risiko bei Personen mit hohem Alkoholverzehr zu machen. Zu umfangreichen Studien mit Erfassung von Genvarianten besteht hingegen eine Diskrepanz: In einer Studie von 261.991 Personen mit 20.259 kardiovaskulären Ereignissen wurden genetische Varianten der Alkoholdehydrogenase untersucht, wobei die Reduktion des Alkoholverzehrs bei Personen mit geringem bis mäßigem Alkoholgenuß die kardiovaskuläre Gesundheit weiter verbesserte (Holmes et al 2014).

(WB)

Quelle:

Dai J, Mukamal KJ, Krasnow RE, Swan GE, Reed T. Higher usual alcohol consumption was associated with a lower 41-y mortality risk from coronary artery disease in men independent of genetic and common environmental factors. *Am J Clin Nutr* 2015; 102(1):31-9.

Korrespondierendes Editorial:

Kaprio J. Is the association between alcohol use and coronary artery disease causal Evidence from a long term twin study. *Am J Clin Nutr* 2015; 102(1):1-2.

Genetik auf dem Vormarsch, auch in der Ernährungsmedizin

Adam O.

Wer kennt ihn nicht, den dicken Senior, der bis auf die Kurzatmigkeit und die Gelenkarthrosen keinerlei Zeichen eines Typ 2 Diabetes mellitus (T2DM), einer Hypertonie, einer Hyperurikämie, einer Arteriosklerose, einer Nephropathie oder einer Retinopathie aufweist. Wie behandelt man ihn richtig? Wird er eine Hypertonie bekommen und würde diese auf eine salzarme Kost ansprechen? Profitiert er bezüglich der Arteriosklerose von Statinen, Omega 3-Fettsäuren oder Antioxidantien? Wie hoch ist seine Gefährdung einen T2DM zu entwickeln und welche Gefährdung für diabetische Folgekrankheiten trägt er? Wie hoch ist sein Risiko für eine Nephropathie oder Retinopathie? Das sagt uns bald die Gentechnik (3).

Seit 2004 ist sie auf dem Vormarsch, die „precision medicine“ (1, 4). Damit wird es möglich, das individuelle Risiko für chronische Erkrankungen abzuschätzen, wie z. B. T2DM, Arteriosklerose oder Rheuma. Es war ein unbeachtetes Detail, das plötzlich in das Zentrum des Interesses rückte: die im Labor-Jargon SNIP genannten Variationen eines einzelnen Basenpaares in einem DNA-Strang. Ihr Fachname lautet Einzelnukleotid-Polymorphismus (SNP, engl. Single Nucleotid Polymorphism) und beschreibt geerbte und vererbte genetische Varianten, die etwa 90% aller genetischen Varianten im menschlichen Genom ausmachen. Noch ein Detail ist äußerst interessant: zwei Drittel aller SNIPs bestehen aus dem Austausch von Cytosin durch Thymin, das durch Methylierung des Cytosins entsteht. Die Methylierung der Gene hat für die epigenetische Adaptation sehr große Bedeutung. Hierdurch können binnen kurzer Zeit genetische Veränderungen / Anpassungen erfolgen, mit Auswirkungen auf z.B. das individuelle Erkrankungsrisiko für multigenetische Erkrankungen, wie z.B. Adipositas, Arteriosklerose, immunologische Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Neoplasien oder Allergien. Aber auch für die Wirksamkeit von Medikamenten oder die Resistenz gegen Zytostatika sind SNIPs bedeutsam.

Leider ist die Wirkung der SNIPs derzeit noch nicht immer vorhersagbar. Liegt der SNIP in einem ausgeschalteten Genabschnitt (nicht-codierende Genabschnitte, außerhalb von Genen, Introns), würde man ihn für wirkungslos erachten. Muss aber nicht sein. Wenn er in DNA-Abschnitten liegt, an die Transkriptionsfaktoren (Enhancer, Silencer) oder RNA-Polymerasen (Promotoren) binden, so verändert der SNIP die Proteinsynthese, obwohl sein Auf-

enthaltort nicht abgelesen wird. Liegt der SNIP in Genabschnitten, die zur Proteinsynthese dienen (codierende Genabschnitte, die in Proteine transkribiert werden) würde man ihn primär für wirksam auf die Proteinsynthese halten. Muss aber nicht sein. Es kann sich nämlich um einen „stummen SNIP“ (silent SNIP oder synonym SNIP) handeln, der als degenerierter Code abgelesen wird. Das menschliche Genom zeigt ein gerüttelt Maß an „Degeneriertheit“, das bedeutet, dass unrichtig abgelesene codierende Genabschnitte „korrigiert“ werden können. Darüber hinaus haben SNIPs nicht nur für die epigenetischen Veränderungen Bedeutung, sie können auch als „erfolgreiche Punktmutationen“ dauerhafte genetische Veränderungen im Genpool einer Population bewirken. Darauf beruht ein wesentlicher Teil der precisionmedicine.

Der eingangs erwähnte stark übergewichtige Senior war bisher für den behandelnden Arzt ein Problem, wie oben ausgeführt. Mit den zunehmenden Möglichkeiten der genetischen Bestimmung, wie DNA-Sequenzierung, Microarrays, sowie in Verbindung mit Allelspezifischen Oligonukleotiden die Polymerase - Kettenreaktion und die isothermale DNA-Amplifikation sind zuverlässige und erschwingliche Labormethoden entwickelt worden, um einzelne Nukleotid-Polymorphismen zu identifizieren.

Ein Forscherteam um Prof. Lee hat an Mount Sinai Hospital in New York diese Methoden der precisionmedicine benutzt um die Komplexität von Patienten mit T2DM zu analysieren (2). Die Untersuchung basierte auf „highdimensional electronic medical records“ (EMRS) (5) und den genetischen Charakteristika von 11.210 Personen. EMRS sind die Gesamtheit der individuellen Diagnosen, die mit Hilfe logistischer Verfahren statistisch ausgewertet werden (6). Damit gelang es drei Subgruppen zu identifizieren, die sich in den T2DM-assoziierten Erkrankungen unterschieden. Der Subtyp 1 war durch das gehäufte Auftreten einer diabetischen Nephropathie und einer diabetischen Retinopathie gekennzeichnet, der Subtyp 2 durch das gehäufte Auftreten von Malignomen und kardiovaskulären Erkrankungen, der Subtyp 3 war mit sehr hoher Assoziation zu kardiovaskulären Erkrankungen, Neuropathien, Allergien und HIV-Infektionen verbunden. Eine genetische Assoziationsanalyse der T2DM Subgruppen zeigte die Assoziation mit spezifischen genetischen Markern: SNIPs an 1.279, 1.227 und 1.338, lokalisiert auf den Genen 425, 322 und 437, waren spezifisch für die Subtypen 1, 2 und 3.

Inzwischen sind SNIPs, wie oben ausgeführt, als Marker für zahlreiche andere Erkrankungen erkannt worden. Derzeit ist die Forschung sehr aktiv auf dem

Gebiet der individualisierten Ernährungsberatung, mit der Diäten maßgeschneidert für die genetische Ausrüstung eines Individuums zusammengestellt werden können.

Quelle:

1. Committee on a Framework for Developing a New Taxonomy of Disease. Towards precision medicine: building a knowledge network for biomedical research and a new taxonomy of disease. Washington, DC: National Academies Press, 2011.
2. Li L, Cheng WY, Glicksberg BS, Gottesman O, Tamler R, Chen R, Bottinger EP, Dudley JT.: Identification of type 2 diabetes subgroups through topological analysis of patient similarity. Sci Transl Med. 2015 Oct 28;7(311):311ra174. doi:10.1126/scitranslmed.aaa9364.
3. Mayor S.: EU must reform clinical trials regulation, warn medical research bodies. BMJ 2011;343:d6215.
4. Mirnezami R(1), Nicholson J, Darzi A.: Preparing for precision medicine. N Engl J Med. 2012 Feb 9;366(6):489-91. doi: 10.1056/NEJMp1114866.
5. Scheuner MT, de Vries H, Kim B, Meili RC, Olmstead SH, Teleki S. Are electronic health records ready for genomic medicine? Genet Med 2009;11:510-7.
6. Wu RR, Myers RA, McCarty CA, Dimmock D, Farrell M, Cross D, Chilver TD, Ginsburg GS, Orlando LA.: Family Health History Network. Protocol for the "Implementation, adoption, and utility of family history in diverse care settings" study. Implement Sci. 2015 Nov 24;10:163. doi: 10.1186/s13012-015-0352-8.

Modellprojekt klinische Ernährungsmedizin; Lehrkliniken für Ernährungsmedizin der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) e.V. - aktueller Stand

Gebhardt A.

Das 1995 vom Gründungspräsidenten der DAEM, Prof. Reinhold Kluthe, initiierte Modellprojekt klinische Ernährungsmedizin ist mittlerweile im 15. Jahr seiner aktiven Funktionsphase. Derzeit sind bundesweit 20 Einrichtungen (6 Akutkrankenhäuser und 14 Rehabilitationseinrichtungen mit insgesamt 24 Betriebsstätten) als Lehrkliniken für Ernährungsmedizin nach den 12 Projektleitlinien der DAEM zertifiziert. Diese Projektleitlinien wurden zuvor in der damaligen Modellklinik in Bad Rippoldsau im

Schwarzwald auf ihre Umsetzbarkeit erprobt und haben sich seit 2000 in nahezu unveränderter Form bewährt.

Nach der Erprobungsphase wurde das Projekt im Verlauf des Jahres 2000 auf weitere 16 klinische Einrichtungen übertragen, die allesamt nach erfolgreicher Einstellungsphase mit abschließender Erstzertifizierung im April 2001 in die Lehrklinikphase eintraten. Bis heute waren insgesamt 35 Kliniken Mitglied des Modellprojektes. Von den zwischenzeitlich ausgeschiedenen Kliniken war dieser Schritt bei zwei Drittel wirtschaftlichen Zwängen bzw. Betriebsaufgaben geschuldet, in vier Fällen einer veränderten Verantwortlichkeit in der Klinikleitung.

Tab. 1: Modellprojekt Klinische Ernährungsmedizin der DAEM - Umsetzung der 12 Projektleitlinien (2000)

1.	Ernährungsmediziner DAEM/ DGEM als Leiter der klinischen Ernährungsmedizin	√++
2.	Kompetenzen der Ernährungsmedizin in einem Organigramm festgelegt	√++
3.	In einem festen Rhythmus tagende Ernährungskommission	√++-
4.	Diätkatalog in Anlehnung an das aktuelle Rationalisierungsschema (2004)	√++-
5.	Der Ernährungsmedizin zugeordnete, personell speziell ausgestattete Ernährungsberatung mit Weisungsbefugnis für Vollkostküche	√ +-
6.	Qualitätsbeauftragter für Qualitätssicherung	√++
7.	Regelmäßige interne und externe Qualitätssicherung	√++-
8a.	Patientenschulung anhand strukturierter Programme: Reha-Einrichtungen	√++
8b.	Patientenschulung anhand strukturierter Programme: Akutkliniken	√ +-
9.	Standardisierte Diagnostik und Therapie in Anlehnung an die Vorgaben der Ernährungsgesellschaften	√ +-
10.	Überprüfbare System- und Ergebnisdokumentation	+-
11.	Aufbau poststationärer Betreuung	+-
12.	Regelmäßige Mitarbeiterschulung	√ +-

√++ in allen Einrichtungen sehr zufriedenstellend erfüllt;
√++- mehrheitlich sehr zufriedenstellend, vereinzelt noch Optimierungbedarf;
√ +- in den meisten Einrichtungen noch deutliches Optimierungspotential;
+- teilweise noch größere Lücken bei der Umsetzung

Der aktuelle Stand der Erfüllung der 12 Projektleitlinien ist in Tabelle 1 zusammengefasst. Die Besetzung mit ernährungsmedizinisch qualifiziertem Personal (ErnährungsmedizinerInnen, Ernährungsberatungsfachkräften, diätetisch geschulte KöchInnen) entspricht in allen Einrichtungen den Vorgaben, wobei sie im ärztlichen Bereich erfreulicherweise meist weit übertroffen werden. Dagegen bleibt bei den Beratungsfachkräften nur wenig Spielraum, da dem allgemeinen Kostendruck folgend, zwischenzeitlich die Beratungskapazitäten teilweise erheblich eingeschränkt wurden. Hier nährt sich die Sorge, dass bisherige Qualitätsstandards in der Patientenschulung zunehmend aufgeweicht werden.

Verantwortlichkeiten mit Aufgaben- und Kompetenzbereichen in der Ernährungstherapie sind ebenfalls in allen zertifizierten Einrichtungen in einem speziellen Organigramm der Ernährungsmedizin, das i.d.R. Bestandteil des QM-Handbuches ist, definiert. Die überall etablierte Ernährungscommission zeigt, dass dieses Organigramm auch gelebt wird. In Einzelfällen wird allerdings die geforderte vierteljährliche Sitzungsfrequenz unterschritten. Eine Kompensation dieses Mangels gelingt jedoch i.d.R. durch engmaschige anderweitige Teambesprechungen mit ernährungsmedizinischem Inhalt. Insgesamt leisten Ernährungscommission und ergänzende Teambesprechungen wertvolle Arbeit im Hinblick auf die Organisation, Durchführung und Weiterentwicklung der Ernährungstherapie, einschließlich Schulungs- und Behandlungskonzepte sowie dem Verpflegungssystem.

Die Organisation der Speisenversorgung wird in allen Einrichtungen mittels eines spezifischen Kostform- und Diätkatalogs organisiert, der i.d.R. über das Intranet für alle Beschäftigte einsehbar ist. Optimierungsbedarf besteht allerdings hinsichtlich der ärztlich festgeschriebenen und dokumentierten Kostverordnungspflicht sowie geeigneter innerbetrieblicher Fortbildungsmaßnahmen, um den Bekanntheitsgrad der zentralen Inhalte des Leitfadens zu steigern. Dies gilt vordergründig für Einrichtungen, in denen die computergestützte Menüabfrage beim Patienten zum Aufgabenbereich des Pflegepersonals gehört.

Die nachhaltige Umsetzung der Vorgaben aus dem Kostformkatalog ist eng mit den internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen verknüpft. Alle

Einrichtungen haben, i.d.R. aus dem Team der Beratungsfachkräfte eine Person benannt, die entsprechend von der DAEM in Fragen der Qualitätssicherung geschult wurde. Bestandteile der internen Qualitätssicherung sind, aufbauend auf die Speiseplanungsgestaltung, strukturierte Nährstoffberechnungen der Rezepturen, v.a. aber auch der gesamten Tagesspeiseversorgung. Diese Anforderung gilt wenigstens für die wichtigsten zwei bis drei zur Anwendung kommenden Kostformen und Energieabstufungen.

Ein Vergleich mit den DACH-Referenzwerten gibt einen Einblick in die ernährungsphysiologische Qualität der verabreichten Kost. Für eine gleichmäßige Zubereitung entscheidend sind zudem ergänzende Arbeitsvorschriften zur Zubereitung inkl. Würzung sowie zur Portionierung. Neben Mustertellern am Büfett bedarf es hier eines definierten Kellenplans für die Bandportionierung.

Eine Selbstverständlichkeit stellt die Einhaltung der Hygienerichtlinien unter Anwendung der HACCP-Vorschriften inklusive der notwendigen Dokumentationen dar, ergänzt durch die jüngsten Vorschriften aus der Allergen- und Zusatzstoffkennzeichnungsverordnung. Letztere hat insbesondere in den zurückliegenden beiden Jahren sehr viele Ressourcen bei den Verantwortlichen gebunden.

Besonderheit und Hervorhebungsmerkmal der zertifizierten Lehrkliniken ist darüber hinaus, dass sie sich einer jährlichen externen Qualitätskontrolle unterziehen. Dabei werden Proben von fünf aufeinander folgenden Tagen einer Gesamttagesverpflegung - i.d.R. der Vollkost bzw. der Leichten Vollkost - laborchemisch auf eine Reihe von Inhaltsstoffen untersucht und mit parallel durchgeführten ausführlichen Nährstoffberechnungen in Vergleich gesetzt. Die Ergebnisse über die Jahre zeigen, dass trotz teilweise mühsamer Entwicklungsprozesse zwischenzeitlich in allen Einrichtungen eine Vollkost mit weitgehend leitlinienkonformer Nährstoffdichte, bei gleichzeitig bedarfsgerechtem Energiegehalt vorgehalten werden kann. Auch der Kochsalzgehalt konnte über die Jahre auf einen moderaten Gehalt von rund 10 g/Tag gesenkt werden, was unter Verwendung handelsüblicher Lebensmittel eine nicht unerhebliche Herausforderung darstellt. Hierzu ist eine gesonderte Publikation in Vorbereitung.

Punkt 8 der Projektleitlinien umfasst die Patientenschulungen als zentrale therapeutische Instrumente, mit deren Hilfe es ermöglicht werden soll, die meist anzustrebende Lebensstiländerung auch poststationär im häuslichen Praxisalltag fortführen zu können. Hier müssen zwischenzeitlich die Ansprüche und Anforderungen an Akutkrankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen getrennt betrachtet

werden. Während indikationsbezogene, modulare und interdisziplinär durchgeführte Gruppenschulungskonzepte in allen mitwirkenden Reha-Zentren vorgehalten werden, kann diese Anforderung in Akutkliniken heutzutage nicht mehr umgesetzt werden. Aufgrund der kurzen Liegezeiten, dem stetig steigenden Altersdurchschnitt und einer ausgeprägten Multimorbidität vieler PatientInnen können in diesen Einrichtungen meist nur noch, und das auch nur in begrenztem Umfang, Einzelberatungen durchgeführt werden. Wachsende Bedeutung gerade für diese Einrichtungen erlangt aber die Problematik rund um die Erfassung und Therapie der Mangelernährung oder dem Bemühen um eine leitliniengerechte künstliche Ernährung. Hier liegen fast ausnahmslos ausformulierte Verfahrensvorschriften in den beteiligten Krankenhäusern vor.

Bemühungen um aussagekräftige Ergebnisdokumentationen ernährungstherapeutischer Maßnahmen oder poststationärer Initiativen zur Verbesserung der Nachhaltigkeit sind in allen aktiven Lehrkliniken erkennbar, wenngleich hier noch jeweils reichlich Optimierungspotential für künftige Aktivitäten gegeben ist. Nicht nachgelassen werden sollte zudem bei den Anstrengungen im Bereich der kontinuierlichen Mitarbeiterfortbildungen. Ziel ist hierbei, mittels interner und externer Maßnahmen den Kreis der mit dem ernährungstherapeutischen Konzept vertrauten Beschäftigten stetig zu erweitern. Hier sind wiederum die Akutkliniken aufgrund von Größe und der gegenüber Rehabilitationseinrichtungen häufig wesentlich stärkeren Personalflektuationen deutlich intensiver gefordert.

Zusammenfassend bleibt die Erkenntnis, dass das Bemühen um eine qualitätsgesicherte Ernährungstherapie in allen von der DAEM zertifizierten Einrichtungen hoch gehalten werden kann und deutlich erkennbare Fortschritte in der Umsetzung der 12 Projektleitlinien nachweisbar sind. Trotz aller nachteilig veränderter Rahmenbedingungen, gelingt es in den beteiligten Einrichtungen nachhaltig an den individuell formulierten Optimierungskonzepten mit großer Überzeugung festzuhalten.

Aktuelles kurz berichtet

Schulterchluss Europa: Raus aus der krankheitsbedingten Mangelernährung - optimierte Ernährungsversorgung für alle!

Ingrid Acker, Stellvertretende VDOE Vorsitzende

Ein erheblicher Teil der Bevölkerung mit bestimmten Erkrankungen oder in besonderen Lebenssituationen leidet unter Mangelernährung. Auf der Länderkonferenz der European Nutrition Health Alliance

(ENHA) im November 2015 in Berlin trafen sich mehr als 100 Experten verschiedener Disziplinen sowie Patientenvertreter aus 13 Ländern, um sich über die Möglichkeiten einer optimalen Ernährungsversorgung auszutauschen. Die Verankerung des Patienten-Screenings als verpflichtende Handlung in der Versorgung bleibt im Fokus der meisten Länder, die wie Deutschland mit Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen kämpfen.

„Im Laufe der Jahre haben wir gelernt, dass die Arbeit in multidisziplinären Teams die beste Option ist, um die Vision einer optimalen Ernährungsversorgung für alle Patienten in Europa umzusetzen“, erklärte Professor Olle Ljungqvist, Co-Vorsitzender der ENHA auf der Länderkonferenz. Frank de Man, Generalsekretär der Allianz ergänzte: „Das ENHA-Programm will nach und nach in allen teilnehmenden Ländern Best Practice-Beispiele implementieren“. „Um Risikopatienten rechtzeitig zu erkennen und bestmöglichst zu versorgen, sind Strukturen erforderlich, die eine flächendeckende Früherkennung und eine bedarfsgerechte Ernährungstherapie ermöglichen. Ein gutes Schnittstellen- und Entlassungsmanagement in Krankenhäusern und Kliniken sowie die Fortsetzung der Therapie im ambulanten Bereich ist darüber hinaus enorm wichtig“, meinte Prof. Johann Ockenga, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) und Projektleiter der deutschen Initiative 'Optimal Nutrition Care for All' (ONCA).

Der länderübergreifende Austausch zur Mangelernährung wird von der ENHA (www.european-nutrition.org) seit 2005 gefördert. Die Allianz arbeitet daran, das Bewusstsein für die krankheitsbedingte Mangelernährung auf EU-Ebene und weiteren ausgewählten europäischen Ländern zu erhöhen und die Ernährungsversorgung als integralen Bestandteil der Patientenversorgung zu etablieren. Um Personen mit einem Ernährungsrisiko zu identifizieren, ist zudem ein Screening unerlässlich. Diesem müssen geeignete Maßnahmen folgen. Die Ziele der ENHA sind in einer Charta festgehalten. Multidisziplinäre Experten aus mehr als acht europäischen Ländern haben die Charta auf der ENHA-Implementierungskonferenz 2014 unterzeichnet und sich damit verpflichtet, die Ernährungsversorgung in Europa zu optimieren und die krankheitsbedingte Mangelernährung von Patienten in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zu bekämpfen.

Verbreitung der Mangelernährung in Deutschland und Europa

In Europa sind rund 33 Millionen Erwachsene vom Risiko der krankheitsbedingten Mangelernährung betroffen. Die damit verbundenen Kosten für das

Gesundheitssystem betragen europaweit ca. 170 Milliarden Euro pro Jahr. Alleine in Deutschland gibt es etwa 1,5 Millionen Betroffene. Hier entstehen jährlich Kosten in Höhe von rund neun Milliarden Euro. Insbesondere ältere Menschen haben ein hohes Krankheitsrisiko, Schätzungen zufolge sind 50% von ihnen unterversorgt, wenn sie einen Arzt aufsuchen. Jeder zweite bis fünfte Krankenhauspatient leidet an Mangelernährung, und nach Schätzung des medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Deutschen Krankenkassen zeigten schon 2011 rund 1,6 Millionen der 19,4 Millionen über 60 jährigen deutliche Symptome chronischer Mangelernährung. 1,3 Millionen lebten davon zu Hause und 330.000 in Pflegeheimen. Die Mangelernährung führe zu längeren Klinikaufenthalten und einer höheren Sterblichkeit. Mehr als 20 Prozent aller Krebs-Patienten versterben an den Folgen einer Mangelernährung und nicht aufgrund ihrer Krebs-Erkrankung, stellte Dr. Jutta Hübner von der Arbeitsgesellschaft Prävention und Integrative Onkologie (Prio) in der Deutschen Krebsgesellschaft fest. Die adäquate Ernährung von Menschen mit Krebs ist eine wichtige therapeutische Maßnahme. Sie sichert Therapieerfolge, Lebensqualität und Teilhabe am Leben – und solle daher in die Behandlungs-Leitlinien aufgenommen und Bestandteil der Regelversorgung der Kassen werden.

Um die Ernährungsversorgung von Betroffenen zu optimieren sollen notwendige Veränderungen umgesetzt werden:

- Verpflichtendes Screening in Kliniken, Einrichtungen und im ambulanten Bereich
- Etablieren einer ICD Codierung für das Screening
- Gesetzliche Verankerung der Ernährungsmedizin/-therapie als Therapieinstrument
- Qualitätsgesicherte Ernährungstherapie, die alle Berufsverbände tragen

An der nächsten großen ENHA-Konferenz 2016 sollen auch Vertreter aus dem Gesundheitsministerium sowie Kostenträger teilnehmen: Das wäre das richtige Signal



Die Teilnehmer der Länderkonferenz der European Nutrition Health Alliance (ENHA) in Berlin

Ausschreibungen

OEOTROPHICA-Preis 2016: Auszeichnung für Nachwuchswissenschaftler

Ohne Nachwuchs keine Zukunft. Das gilt insbesondere auch für die Wissenschaft. Den wissenschaftlichen Nachwuchs in den Bereichen Humanernährung und Ernährungsverhaltens-/Konsumforschung fördert der VDOE seit vielen Jahren. Bereits zum 20. Mal schreibt der Verband den OEOTROPHICA-Preis aus. Ziel ist es besondere Leistungen der Studierenden und jungen Absolventen zu honorieren und einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Studenten und Absolventen der Studiengänge Oecotrophologie, Ernährungs-, Lebensmittel- und Haushaltswissenschaften können sich bis zum **29. Februar 2016** mit ihren Abschlussarbeiten bewerben.

Angenommen werden hervorragende Diplom-, Master- und Doktorarbeiten der Ernährungsverhaltens- und Konsumforschung sowie der Humanernährung, die im Studienfach Oecotrophologie, Haushalts-, Ernährungs- und/oder Lebensmittelwissenschaften oder einem fachverwandten Studium abgeschlossen wurden. Pro Bereich prämiert das wissenschaftliche Kuratorium die beste Doktorarbeit mit 1.750 Euro und die beste Masterarbeit mit 750 Euro. Stifter des Preises ist der Bund für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde e.V. (BLL), Berlin.

Weitere Informationen und das Bewerbungsformular stehen im Internet unter www.vdoe.de/oecotrophica-preis.html zur Verfügung.

Reisestipendien 2016 des Instituts Danone Ernährung für Gesundheit e.V.

Jährlich unterstützt das Institut Danone Ernährung für Gesundheit e.V. (IDE) Nachwuchswissenschaftler (< 35 Jahre) mit Reisestipendien für nationale und internationale wissenschaftliche Kongresse in Höhe von 300€ (Inland) bzw. 500€ (Ausland) auf dem Gebiet der Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaften.

Ein Vergabeausschuss, bestehend aus Mitgliedern des wissenschaftlichen Instituts-Beirates, nimmt die Auswahl nach den Kriterien der wissenschaftlichen Qualität vor. Formlose Anträge mit einer kurzen Begründung (ca. 1 Seite), Ihrem Lebenslauf sowie der eingereichten Kurzfassung für einen Vortrag oder Poster über Originaldaten richten Sie bitte in elektronischer Form an das Institut Danone Ernährung für Gesundheit e.V.. Voraussetzung für eine endgültige

tige Bewilligung ist die schriftliche Akzeptierung des Kongressbeitrags durch die Kongressleitung. Diese sollte nach Eingang umgehend nachgereicht werden.

Einsendeschluss für Reisestipendien ist der **29. Februar 2016**.

Die Bewerbungen sind einzureichen an kontakt@institut-danone.de.

Forschungsförderung im Jahr 2016 des Instituts Danone Ernährung für Gesundheit e.V.

Das Institut Danone Ernährung für Gesundheit e.V. vergibt für besonders qualifizierte wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Ernährungswissenschaft, Ernährungsepidemiologie, Ernährungsmedizin, Lebensmittelwissenschaft und verwandten Wissenschaftsgebieten den „Förderpreis des Instituts Danone Ernährung für Gesundheit e.V.“. Das Preisgeld liegt bei 5.000 €.

Bewerben können sich Wissenschaftler/innen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, die das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Wissenschaftler/innen, die neue wissenschaftliche Erkenntnisse auf den genannten Gebieten vorlegen können, werden gebeten, von einer wissenschaftlichen Zeitschrift angenommene Manuskripte oder innerhalb der vergangenen zwei Jahre in internationalen Zeitschriften veröffentlichte Arbeiten (in deutscher oder englischer Sprache) an die Geschäftsstelle des IDE zu schicken.

Beizufügen sind kurze Angaben zur Person, zum beruflichen Werdegang und zu bisherigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen, sowie eine Kurzfassung der eingereichten Arbeit von maximal zwei DIN A 4 – Seiten. Die Auswahl erfolgt durch ein vom wissenschaftlichen Beirat des IDE gewähltes Komitee.

Die Antragstellung erfolgt bei der Geschäftsstelle des Instituts Danone Ernährung für Gesundheit e.V., Richard-Reitzner Allee 1, 85540 Haar, oder per Mail: kontakt@institut-danone.de

Einsendeschluss für die Antragstellung ist der **29. Februar 2016**.

Infos unter: <http://www.institut-danone.de/forschungsforderung/forschungsforderung>

Veranstaltungen der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V. (DAEM) in 2016

1. Curriculare Fortbildung in Ernährungsmedizin für ÄrztInnen – Kompaktkurse Ernährungsmedizin der DAEM nach dem 100-stündigen Curriculum „Ernährungsmedizin“ der BÄK als ausschließliche Präsenzphase oder als Blended-Learning-Kurs.

Ein Kompaktkurs gliedert sich in 5 Seminarblöcke mit jeweils 20 Unterrichtseinheiten.

Programmübersicht:

- 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.

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

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

14. - 24. April 2016, Bad Krozingen

DAEM-Kompaktkurs in Kooperation mit dem Park-Klinikum Bad Krozingen

Veranstaltungsort Räumlichkeiten des Park-Klinikums, Schwarzwaldklinik Neurologie und Klinik Lazariterhof in Bad Krozingen (bei Freiburg), Herbert-Hellmann-Allee 38, 79189 Bad Krozingen

14. - 24. Juli 2016, München

DAEM-Kompaktkurs in Kooperation mit der Universität München

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

September 2016 bis Februar 2017, Münster

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 Telearnphasen (20% des Curriculums als eLearning) und zwei Präsenzphasen (80% des Curriculums).

Telearnphase 1 ab Mitte September 2016

Präsenztermin 1 28. – 30. Oktober 2016

Telearnphase 2 ab Mitte Dezember 2016

Präsenztermin 2 08. – 12. Februar 2017

Veranstaltungsort Ärztehaus Münster

Präsenzphasen: Gartenstr. 210-214
48147 Münster

2. DAEM Spezialseminare zu speziellen Schwerpunktthemen 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. Es richtet sich also grundsätzlich an alle Mitwirkenden eines ernährungstherapeutischen Teams, sowohl 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 sind u.a. mit 20 Fortbildungspunkten auf das ernährungsmedizinische Fortbildungszertifikat für qualifizierte ErnährungsmedizinerInnen DAEM/DGEM® anrechenbar.
Für 2016 sind folgende Seminare geplant:

03. - 04. Juni 2016, Nürnberg/Fürth

DAEM-Spezialseminar "Therapie der Adipositas Grad II und III – update 2016"

Veranstaltungsort Räumlichkeiten der Schön-Klinik
Nürnberg-Fürth
Europaallee 1
90763 Fürth

Vortragsinhalte Pathogenese des Metabolischen Syndroms, aktuelle Therapieleitlinien der DAG, Ambulante Schulungsprogramme, Adipositas-therapie in der Rehabilitation, Integrierte Versorgung der Adipositas Grad III in einem Adipositas-zentrum, Wann ist eine bariatrische Intervention angezeigt und erfolgsversprechend? Postoperative ernährungstherapeutische Betreuung, Case Management in der Adipositaschirurgie, Sport und Physiotherapie, Begutachtungsrichtlinien zur Genehmigung von chirurgischen Eingriffen

Seminarinhalte Adipositas-therapie in der ambulanten Versorgung, in der Rehabilitation und in einem Adipositaszentrum anhand von Fallbeispielen; Praxis des postoperativen Kostaufbaus bei unterschiedlichen bariatrischen Eingriffen, Praktische Übungen zur Bioimpedanzmessung, Praktische Übungen Sport und Physiotherapie

11. - 12. November 2016, Essen

DAEM-Spezialseminar "Neurogene Dysphagie" Pathophysiologie, Diagnostik, Therapie und spezielle Ernährungstherapie

Veranstaltungsort St. Josef-Krankenhaus
Katholische Kliniken
Ruhrhalbinsel
Heidbergweg 22-24
45257 Essen

Vortragsinhalte Physiologie, Pathophysiologie des Schluckens, Differentialdiagnose der Schluckstörungen, Bedeutung und Folgen der resultierenden Malnutrition, Screening Testverfahren, Instrumentelle Diagnostik, Schwerpunkt Demenzerkrankung und Dysphagie, Schlaganfall und Parkinson, Netzwerk Dysphagie

Seminarinhalte Praktische Übungen in der Dysphagie, Diagnostik und Therapie, Besprechung von Fallbeispielen, Präsentation der Kostform bei Dysphagie

3. DAEM Zusatzqualifikation: Pädagogisch-psychologische Fortbildung für ErnährungsmedizinerInnen

In den "Rahmenempfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Förderung ergänzender Leistungen zur Rehabilitation" vom 24.11.2004 sowie in den "Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände 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 Fortbildungsmaßnahme in Ernährungsmedizin (mit anschließendem regelmäßigem spezifischen Fortbildungsnachweis, 50 Punkte in drei Jahren) **den Nachweis einer pädagogischen und didaktischen Kompetenz** erbringen.

Dazu hat die DAEM ein Fortbildungskonzept entwickelt, das den Forderungen der Krankenkassen entspricht und von einem unabhängigen Institut zertifiziert wurde. Um den Zeit- und Kostenaufwand der pädagogischen Fortbildung in Grenzen zu halten, sind 6 von 16 Unterrichtseinheiten (UE) bereits in die curriculare Fortbildungsmaßnahme der DAEM integriert, die verbleibenden 10 UE sind als vertiefendes ergänzendes Wochenendseminar konzipiert.

Nach Absolvierung der 16 UE ist die pädagogisch-psychologische Fortbildung für Ernährungsmediziner/innen 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 in Bad Krozingen, München und Münster sind. Die Anerkennung der Module 1-3 ist drei Jahre gültig.

Folgende Termine für 2016 stehen zur Verfügung:

04. – 05. März 2016

10. – 11. Juni 2016

07. – 08. Oktober 2016

Alle 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

Auskünfte und Anmeldung zu allen ernährungsmedizinischen Fortbildungen der DAEM:

Geschäftsstelle der DAEM

Reichsgrafenstr. 11, 79102 Freiburg

Tel.: 0761/ 7 89 80; Fax: 0761/ 7 20 24

Email: info@daem.de, Internet: www.daem.de

Veranstaltungen anderer Institutionen in 2016

24. – 27. Februar 2016, Berlin

32. Deutscher Krebskongress (DKK)

Informationen unter presse@dkk2016.de

26. – 27. Februar 2016, Erkner (bei Berlin)

Fachtagung für Ernährung in der medizinischen Rehabilitation

Informationen unter www.deutsche-rentenversicherung.de

02. – 04. März 2016, Fulda

53. Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) „Der Mensch ist, was er isst“

Informationen unter www.dge/wk53

03. – 05. März 2016, Essen

5. Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen e.V. (DGESS e.V.)

Informationen unter www.dgess-kongress.de/

11. – 12. März 2016, Ulm

Ernährungstherapie-update 2016: interdisziplinäre Veranstaltung für Ernährungsfachkräfte und Ernährungsmediziner zur Diskussion neuer ernährungsrelevanter Aspekte aus Theorie und Praxis mit anschließender Plenumsbeteiligung.

Informationen unter www.quetheb.de/

22. – 23. April 2016, Wolfsburg

58. Bundeskongress des Verbandes der Diätassistenten (VDD) e.V.

Infos unter www.vdd.de/vdd-kongress-2016/

04. - 07. Mai 2016, Berlin

51. Diabetes Kongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft „Personalisierte Diabetologie: innovativ-individuell-nachhaltig“

Infos unter www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de

09. – 11. Juni 2016, Dresden

„Ernährungsmedizin gemeinsam bewegen“ Die Dreiländertagung wird interdisziplinär und multiprofessionell gemeinsam von der Deutschen Gesellschaft

für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM), dem Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE) und dem Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e.V. (BDEM) ausgerichtet.

Die Dreiländertagung bietet ein Forum für einen anregenden interdisziplinären Austausch von Innovativem und Bewährtem, Forschung und Praxis im gesamten Spektrum der Ernährungsmedizin. In diesem Jahr wird in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGfN) ein zusätzlicher Akzent mit dem Themenschwerpunkt „Ernährung des Nierenkranken“ gesetzt.

Informationen unter www.ernaehrung2016.de

08. - 09. September 2016, Hamburg

14. Dreiländertagung der DGE, SGE und ÖGE
Informationen unter www.dge.de/va/terminkalender

16.-18. September 2016, Aachen

24. Aachener Diätetik Fortbildung
Informationen unter www.vfed.de/de/seminare

17. – 20. September 2016, Kopenhagen (Dänemark)

ESPEN congress on clinical nutrition & metabolism „Healthy life through nutrition“.
Informationen unter www.espen.org/files/copenhagen2016/Espen_2016

13. -15. Oktober 2016, Schladming

29. AKE-Herbsttagung für Infusions- und Ernährungstherapie
Information unter www.ake-nutrition.at

21 – 22. Oktober 2016, München, Klinikum rechts der Isar

Update Ernährungsmedizin 2016
Die 7. Fortbildungsveranstaltung für Ernährungsfachkräfte und Ernährungsmediziner.
Informationen unter <http://www.ziel.tum.de>

26. Oktober 2016, Veitshöchheim (bei Würzburg)
Fortbildungsveranstaltung „Ernährungsmedizin und Diätetik“ Informationen unter www.bfs-diaet.ukw.de/veranstaltungen.html

28. – 29. Oktober 2016, Kloster Irsee

30. Irseer Fortbildungsveranstaltung
Perioperative und intensivmedizinische Ernährung
Infos unter www.dgem.de/veranst.

11. - 12. November 2016, Nürnberg

10. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Diabetes- eine lebenslange Herausforderung für Betroffene und Behandelnde
Informationen unter www.herbsttagung-ddg.de

17. - 19. November 2016, Frankfurt am Main

32. Jahrestagung der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG) e.V.
Informationen unter www.dag-kongress2016.de

24.- 25. November 2016, Baden (Österreich)

21. Konferenz Gesundheitsförderunger Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtung
Informationen unter www.ongkg.at