

Der Ernährungsmediziner

Unabhängiger Informationsdienst



Jahrgang 18, Nr. 4

November 2016

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ein ereignisreicher Sommer liegt hinter uns, ein Highlight war die 15. Dreiländertagung vom 09.06.2016 – 11.06.2016 in Dresden, ausgerichtet von den Fachgesellschaften Deutschlands, Österreichs und der Schweiz unter der Kongresspräsidentschaft von Prof. Dr. Plauth, Klinik für Innere Medizin am Städtischen Klinikum Dessau. Der Kongress stand unter dem Motto „Ernährungsmedizin gemeinsam bewegen“ und erfüllte dieses Versprechen in jede Hinsicht. Interdisziplinär und multiprofessionell waren die Vorträge, die durch hervorragende Referenten des VDOE, der AKE aus Österreich und der GESKES aus der Schweiz unterstützt wurden. Aber auch aus Polen und der Tschechischen Republik waren Vertreter der Gesellschaften POLSPEN und SKVIMP vertreten. Das erklärte Ziel der Veranstaltung war durch gemeinsames Auftreten aller Gesellschaften das Ansehen und den Einfluss der Ernährungsmedizin zu stärken. Diese Gemeinsamkeit ist gerade jetzt sehr wichtig, denn die Bedeutung der Ernährungsmedizin wird sträflich unterschätzt. Wir alle sind aufgerufen, dem entgegenzuwirken. Im Beitrag von Dr. Gebhardt lesen Sie in dieser Ausgabe des Ernährungsmediziners die Meilensteine der Ernährungsmedizin, die seit der Initiative durch Prof. Dr. Reinhold Kluthe und seinen Mitarbeitern, über die Gründung der Gesellschaften und Fachverbände zu einer bundesweit einheitlichen Ausbildung der Ernährungsmediziner geführt haben.

Nun müssen wir einen Schritt weiter gehen. Perspektivisch hat sich, durch die Initiative des BDEM eine Hoffnung ergeben, die Ernährungsmedizin in die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) aufzunehmen und so der Ernährungsmedizin einen höheren Stellenwert und auch die Möglichkeit einer besseren Honorierung zu eröffnen.

Weitere Themen dieser Ausgabe sind die neu erkannten Möglichkeiten durch Cerealien, das Risiko von kardiovaskulären Erkrankungen und Karzinomen zu senken. Mehr im spekulativen Bereich liegen die Ernährungsempfehlungen bei Hashimoto Thyreoiditis, die jedoch ein weiterer Hinweis darauf sind, dass Krankheiten mit einer Entzündungskomponente möglicherweise durch die bei uns übliche Ernährung und den Lebensstil gefördert werden. Dies könnte deren überproportionale Steigerungsrate erklären. Die aktualisierten amerikanischen Leitlinien zum Ernährungssupport bei kritisch kranken Patienten im Erwachsenenalter zeigen die Möglichkeiten in konzentrierter und übersichtlicher Form. Viel Spaß bei der Lektüre dieser Ausgabe des Ernährungsmediziners!

Aber das Jahr darf nicht vergehen, ohne dass ich mich bei dem Team der DAEM herzlich für das ganzjährige Engagement und die Einsatzbereitschaft bedanke. „Gemeinsam bewegen“ war das Motto der Dreiländertagung und gemeinsam haben wir im vergangenen Jahr auch in der DAEM unsere Aufgaben erfüllt. Gemeinsam wollen wir auch im neuen Jahr die Herausforderungen annehmen und uns für die Ernährungsmedizin einsetzen. Sie ist es wert und die Zeichen stehen günstig.

Dem schließt sich auch mein treuer Weggefährte und Mitherausgeber, Prof. Dr. Udo Rabast, an. In diesem Sinne dürfen wir Ihnen gesegnete Weihnachten und ein glückliches, erfolgreiches und zufriedenes Neues Jahr wünschen

Ihr
Prof. Olaf Adam, Prof. Udo Rabast
und das Team der DAEM

In dieser Ausgabe:

- **Vollkornverzehr und die Risiken von kardiovaskulären Erkrankungen, Karzinomen und die Ursachen der spezifischen Sterblichkeit. Systematisches Review und dosisbezogene Metaanalyse von prospektiven Studien**
- **Gibt es Ernährungsempfehlungen bei Hashimoto Thyreoiditis?**
- **Aktualisierte amerikanische Leitlinien zum Ernährungssupport bei kritisch kranken Patienten im Erwachsenenalter**
- **Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)**

- **Aktuelles kurz berichtet**
- **Ausschreibungen**
- **Veranstaltungen**

Vollkornverzehr und die Risiken von kardiovaskulären Erkrankungen, Karzinomen und die Ursachen der spezifischen Sterblichkeit. Systematisches Review und dosisbezogene Metaanalyse von prospektiven Studien

Dafinn Aune et al.

Es wurde untersucht, ob es eine Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen dem Verzehr von Vollkornprodukten, den einzelnen Getreidearten und dem Risiko

an kardiovaskulären-, Karzinomerkrankungen und der Gesamtsterblichkeit gibt. Ausgewertet wurden 45 Studien aus 64 Veröffentlichungen. Wurden drei Portionen an Vollkornprodukten, z.B. zwei Scheiben Brot und eine Portion anderer Vollkornprodukte pro Tag verzehrt (insgesamt 90 g Vollkornprodukte) sank das Risiko für die genannten Erkrankungen signifikant. Dies galt für Vollkornbrot, Vollkorn-Frühstückscerealien und die zusätzliche Einnahme von Kleie. Positive Wirkungen beim Verzehr raffinierter Getreideprodukte, von weißem Reis, oder ganzen Reis- oder Getreidekörnern fanden sich nicht. Die Ergebnisse der Metaanalyse weisen darauf hin, dass es im Sinne einer gesunden Ernährung sinnvoll ist, Vollkorngetreideprodukte in höheren als den bisher empfohlenen Mengen zu verzehren.

Getreide trägt weltweit zu 56% zur Energieversorgung und mit einem Anteil von 50% zur Proteinaufnahme bei. Ein hoher Anteil von Vollkorngetreide in einer Kost bedingt ein geringeres Risiko für Diabetes mellitus Typ 2, koronare Herzerkrankung und Adipositas. Im Gegensatz zu raffinierten Getreideprodukten sind im Vollgetreideprodukt noch der Keim, das Endosperm und die Kleie enthalten. Im ausgemahlene, raffinierte Produkt sind diese entfernt. Vollkornprodukte sind deshalb gute Ballaststofflieferanten, liefern B-Vitamine und Mineralstoffe, so z.B. Magnesium und Zink. Diese Inhaltsstoffe finden sich in den äußeren Schichten des Getreides und in der Kleie. Die äußeren Schichten schützen als Hülle das Innere im Getreidekorn, den Keimling und das Endosperm. Das Endosperm enthält Kohlenhydrate, Protein und damit Energie. Der Schutz vor einer Reihe von Erkrankungen und die Reduktion der Gesamtsterblichkeit bei einem reichlichen Verzehr von Vollkornprodukten waren bereits in früheren Studien mitgeteilt worden. Unklar war, ob der reichliche Verzehr von Vollkorngetreide auch das Karzinomrisiko senkt.

Die Empfehlungen bezüglich der Verzehrsmengen sind dabei unterschiedlich. Der World Cancer Research Fund empfahl 2007 unverarbeitete Cerealien praktisch mit jeder Mahlzeit zu verzehren. Im United Kingdom wurde nur allgemein empfohlen Vollkorn- und ballaststoffreiche Produkte wann immer möglich zu verzehren. Mengenangaben hierzu fehlten. In den USA und Kanada empfahl man, alle Erwachsene sollten die Hälfte der verzehrten Getreideprodukte als Vollkorngetreide und damit drei Portionen pro Tag verzehren. Skandinavien empfahl den Verzehr von 75 g Vollkorn pro Tag, was etwa 250 g an Vollkornprodukten entspricht.

In der Metaanalyse wurde ein vermindertes Diabetes-Risiko bereits beim Verzehr von drei Portionen

Vollkorn pro Tag (60-90 g) gefunden. Höhere Zufuhrmengen hatten keinen zusätzlich positiven Effekt. Bei der Dosis-Wirkungs-bezogenen Metaanalyse zeigte sich eine inverse Relation zwischen dem Verzehr von Vollkornprodukten und dem Auftreten von einigen chronischen Erkrankungen wie KHK, Schlaganfall und Karzinomen. Die Gesamtsterblichkeit war niedriger und Todesfälle infolge von respiratorischen Erkrankungen, Diabetes mellitus, Infektionskrankheiten und nicht kardiovaskulären Erkrankungen und nicht karzinombedingten Erkrankungen wurden ebenfalls seltener beobachtet. In den zahlreichen Studien fand sich kein linearer Zusammenhang zwischen Krankheitshäufigkeit und Vollkornzufuhr, in der Metaanalyse aber zeigte sich eine weitere Reduktion der krankheitsbedingten Ereignisse bei einer Zufuhr von sieben Portionen (210-225 g) an Vollkornprodukten. In den meisten ausgewerteten Studien fand sich letztlich doch eine Dosis-Wirkungsbeziehung.

Praktisch lässt sich die Aufnahme von 90 g an Vollkornprodukten pro Tag mit einem Vollkornfrühstück von 30 - 40 g und einem Stück Vollkorn Pitabrot zum Abendessen (60 g) realisieren. Pita ist ein in der Türkei, im Iran und von Griechenland bis zum Nahen Osten verbreitetes, etwas dickeres, weiches Fladenbrot aus Hefeteig. Es dient, mehrmals täglich frisch gebacken, als Beilage zu fast allen Mahlzeiten. In anderen Regionen dürfte der Verzehr von Vollkornbrot vorrangig sein.

Die vorliegenden Ergebnisse sind ein weiterer Hinweis auf den positiven Effekt von Vollkorncerealien im Hinblick auf eine Risikoreduktion der koronaren Herzerkrankung, von kardiovaskulären Erkrankungen, Karzinomerkrankungen und der Reduktion der Gesamtsterblichkeit. Dabei wurde auch eine Risikoreduktion für respiratorische und infektiöse Erkrankungen, Diabetes mellitus und allen nicht karzinombedingten und nicht kardiovaskulären Erkrankungen registriert. Die Risikoreduktion war bei einem Verzehr von bis zu 210 - 225 g Vollkornprodukten pro Tag beobachtet worden. Dies entsprach sieben bis siebeneinhalb Portionen pro Tag. Der Verzehr an Vollkornprodukten sollte deshalb so hoch wie möglich sein und ihm sollte der Vorzug anstelle von raffinierten Getreideprodukten gegeben werden.

Die Aussagekraft der Studie ist allerdings teilweise eingeschränkt. So waren die Analyse bezüglich der Gesamtsterblichkeit und Analysen zu den Vollkornprodukten sehr heterogen. Es können auch Unterschiede in der Art der verzehrten Vollkornprodukte bestanden haben. Dies konnte in der Studie nur bedingt berücksichtigt werden. Auch die exakte Aufnahmemenge lässt sich in epidemiologischen Stu-

dien nicht sicher bestimmen. Der Gehalt an Ballaststoffen kann sehr unterschiedlich angegeben werden. So wird teilweise das Trockengewicht, in anderen Studien wieder nur der geschätzte Vollkornanteil angegeben. In den meisten Studien wird allerdings der Vollkornanteil einschließlich des eventuell enthaltenen Wasseranteils berücksichtigt. Je nach Produkt kann sich eine Variationsbreite von 25 – 100 g Vollkorn pro 100 g eines Produkts ergeben. Meist war der Vollkorngehalt einschließlich eines eventuellen Wassergehalts angegeben worden.

Menschen, die einen hohen Anteil an Vollkornprodukten verzehren, haben eventuell auch eine unterschiedliche Lebensweise, ernähren sich generell anders oder gehören einer anderen sozioökonomisch Schichtung an, als Menschen mit einer geringen Verzehrmenge an Cerealien. Bei der Subgruppenanalyse zeigte sich allerdings, dass gefundene Zusammenhänge auch dann galten, wenn Tabak rauchen, Alkoholkonsum, körperliche Aktivität und andere Ernährungsfaktoren wie der Verzehr von zuckerhaltigen Getränken, rotem Fleisch, Früchten und Gemüse mitberücksichtigt wurden. Obwohl Unterschiede im sozioökonomischen Status die Ergebnisse beeinflusst haben könnten fanden sich in der Nurses Health Study und der Health Pro-

professionals Follow-up Study wenig Hinweise auf einen derartigen Einfluss. Auch die Heterogenität der Kollektive und ein unterschiedlicher Bildungsstand beeinflusste das Ergebnis offensichtlich nicht.

Dennoch werden weitere Studien gefordert die klären sollen, ob es doch einen nicht linearen Zusammenhang zwischen der Aufnahme von Vollkornprodukten und den beschriebenen Erkrankungen und der Gesamtmortalität gibt. Die reichliche Zufuhr von Vollkornprodukten könnte das Auftreten von chronischen Erkrankungen auch allein dadurch reduzieren, dass hierdurch ungesunde Lebensmittel wie rotes Fleisch und zuckergesüßte Getränke weniger verzehrt werden. (UR)

Quelle:

Dagfinn Aune et al.:

Whole grain consumption and risk of cardiovascular disease, cancer, and all cause and cause specific mortality: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies.

British Medical Journal 2016;353:i2716

Gibt es Ernährungsempfehlungen bei Hashimoto Thyreoiditis?

O. Adam

Die Zusammenhänge zwischen Ernährung, Umweltfaktoren und genetischer Disposition werden in neuerer Zeit immer mehr erkannt und zahlreiche Wechselwirkungen sind bereits bekannt. Galt die Hashimoto Thyreoiditis (Autoimmunthyreoiditis, AIT) bis vor einigen Jahren als ausschließlich genetisch bedingt, so rücken in neuerer Zeit Ernährungs- und Umweltfaktoren in den Vordergrund. Dieser Bereich ist erst teilweise erforscht, so dass konkrete Ernährungsempfehlungen für diese Autoimmunerkrankung nicht zur Verfügung stehen. Man kann jedoch neuere epidemiologische Daten heranziehen, sowie vergleichend Ernährungsempfehlungen erwägen, die für entzündliche Autoimmunerkrankungen entwickelt worden sind.

Am längsten bekannt und am besten untersucht ist das gehäufte Auftreten der AIT in Populationen mit unzureichender Jod- und Selenversorgung (7, 16), sobald die Jodversorgung verbessert wird. Die Ursachen hierfür werden in einer erhöhten Entzündungsbereitschaft gesehen, die einerseits durch eine bessere Jodversorgung ausgelöst wird und andererseits durch eine fehlende Versorgung mit Selen aktiv bleibt. Wird in einer mit Jod unterversorgten Population Jod eingebracht, wie dies mit der Jodierung des Speisesalzes in Deutschland erfolgt ist, so

Impressum

Schriftleitung

Udo Rabast, Hattingen
Olaf Adam, München

Redaktion

Liane Kämpfer, Freiburg
Albrecht Gebhardt, Freiburg

Verlag

Akademie - Verlag
Reichsgrafenstr. 11, 79102 Freiburg
Tel.: 0761/ 70 40 20; Fax.: 0761/ 7 20 24
Email: info@daem.de
Internet: www.daem.de

Copyright

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

Erscheinungsweise

Die Zeitschrift erscheint viermal jährlich.

Bezugspreis

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

resultiert eine gesteigerte Syntheserate des Schilddrüsenhormons. Die Synthese von Thyroxin geht mit der Bildung von Wasserstoffperoxid einher, das als Sauerstoffradikal in das umgebende Gewebe abgegeben wird. Selen ist erforderlich für die Bildung der Glutathionperoxidase, die das wichtigste Antioxidans der Schilddrüse ist. Deshalb ist auch die Schilddrüse das selenreichste Organ des Körpers. Bei einer Unterversorgung mit Selen entsteht ein Übergewicht oxidativer Reaktionen und dadurch die gesteigerte Bildung von Sauerstoffradikalen, die eine Entzündungsreaktion im umgebenden Gewebe auslösen können. Es ist vorstellbar, dass so schließlich eine AIT resultiert (13, 18). Nach der bisherigen Studienlage kann man davon ausgehen, dass eine erhöhte Inzidenz von AIT nach Jodsubstitution bei einer ausreichenden Selenversorgung nicht auftritt, während Selenmangel die Inzidenz von AIT erhöht (5, 6, 10). Es konnte auch gezeigt werden, dass eine ausreichende Selenversorgung nicht nur zur Prävention sondern auch zur Therapie der AIT beiträgt (9, 11). Neben diesen beiden wichtigsten ernährungsbedingten Faktoren ist die genetische Disposition mit bestimmten Mutationen im HLA-DR-Gen, im Promotor des CLTA4-Gens und anderen T-Lymphozyten regulierenden Genen eine wichtige Voraussetzung für das Auftreten einer AIT. Zu dieser genetischen Disposition bedarf es zusätzlich entweder endogener Faktoren, wie Stress, weibliches Geschlecht, Zyklusstörungen oder Infektionen, damit sich eine AIT manifestiert. In jedem Fall gilt, dass eine den Empfehlungen der DGE entsprechende Jodversorgung notwendig ist, solange die Schilddrüsenfunktion erhalten ist.

Es konnte auch gezeigt werden, dass eine unzureichende Versorgung mit Vitamin D einer AIT Vorschub leistet (15). Bisher gibt es keine schlüssige Theorie für die Rolle von Vitamin D bei der AIT, es ist aber bewiesen, dass bei Patienten mit Schilddrüsenerkrankungen (Schilddrüsenkrebs, Morbus Basedow und Hypothyreosen) erniedrigte Spiegel des Vitamin D im Blut nachweisbar sind (12). Das Auftreten einer Hypothyreose bei Patienten mit AIT wird durch einen gleichzeitig bestehenden Lactasemangel (Milchzuckerunverträglichkeit) gefördert (2). Bekannt ist auch das Auftreten eines Diabetes mellitus Typ 1 oder Diabetes mellitus Typ 2 mit einer Insulinresistenz bei ungefähr der Hälfte der Patienten mit AIT (8). Diese Faktoren müssen bei einer Ernährungstherapie ebenfalls berücksichtigt werden.

Neben diesen episodischen Faktoren kann auch eine antientzündliche Ernährung erwogen werden, wie sie bei anderen Autoimmunerkrankungen eingesetzt wird. Die wichtigsten Faktoren sind dabei die Ver-

minderung proentzündlicher und die Steigerung antientzündlicher Ernährungsfaktoren. Proinflammatorisch wirken vor allem die Metabolite der Arachidonsäure, einer mehrfach ungesättigten Fettsäure mit vier Doppelbindungen (3). Diese proentzündliche Fettsäure kommt ausschließlich in tierischen Produkten vor und ist möglicherweise infolge der fleischreichen Kost für das vermehrte Auftreten chronisch entzündlicher Erkrankungen in den westlichen Industrienationen mitverantwortlich (17). Als antientzündlich wirksame Nährstoffe sind Fischölfettsäuren bekannt, die Eicosapentaensäure (20:5, n-3) und die Docosahexaensäure (22:6, n-3). Diese beiden Fettsäuren haben ausgeprägte antientzündliche Eigenschaften und Funktionen. Sie kommen vor allem in Tiefseefischen und anderen Meeresfrüchten vor. Die Funktion der Eicosapentaensäure liegt dabei vor allem in der Hemmung der Bildung proinflammatorischer Mediatoren aus Arachidonsäure, während die Docosahexaensäure für die Auflösung der Entzündung durch Protektine, Resolvine und Integrine verantwortlich ist (3). Die Bildung der proentzündlichen Mediatoren aus Arachidonsäure ist ein oxidativer Vorgang, der durch Antioxidantien vermindert werden kann (4). Die einzelnen Komponenten der antientzündlichen Ernährung sind in den Publikationen der Fachpresse (14) und in Leitfäden für Patienten ausführlich dargestellt (1).

Weiterführende Literatur.

1. Adam O: Diät und Rat bei Rheuma und Osteoporose. Aktualisierte Neuauflage, Walter Hädecke Verlag, Weil der Stadt, ISBN 978-3-7750-0577-7
2. Asik M, Gunes F, Binnetoglu E et al.: Decrease in TSH levels after lactose restriction in Hashimoto's thyroiditis. patients with lactose intolerance. *Endocrine*. 2014 Jun;46(2):279-84.
3. Calder PC: n-3 fatty acids, inflammation and immunity: new mechanisms to explain old actions. *Proc Nutr Soc*. 2013 Aug; 72(3):326-36
4. Denzlinger, C, Kless, T, Sagebiehl-Kohler, et al.: Modulation of endogenous leukotriene production by fish oil and vitamin E. *J. Lipid Mediators Cell Signalling* 11, 119-132, 1994
5. Duntas LH, Mantzou E, Koutras DA (2003): Clinical study: Effects of six month treatment with selenomethionine in patients with autoimmune thyroiditis. *Eur J Endocrinol* 48: 389-393
6. Gärtner R, Adam O (2003): Wie viel Jod brauchen wir in der Nahrung? *VFED aktuell* 72:12-16
7. Gärtner R, Adam O (2009): Neue Daten zur Jodversorgung schwangerer Frauen in Bayern. *Jodversorgung aktuell*. Informationsschreiben des Arbeitskreis Jodmangel
8. Gierach M, Gierach J, Skowrońska A et al.:

- Hashimoto's thyroiditis and carbohydrate metabolism disorders in patients hospitalised in the Department of Endocrinology and Diabetology of Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz between 2001 and 2010. *Endokrynol Pol.* 2012; 63(1):14-7.
9. Heufelder AE (2006): Selen bei Autoimmunerkrankungen in der Schilddrüse. *Ernährung & Medizin*; 21: 125-28
 10. Hotz CS, Fitzpatrick DW, Trick KD, L'Abbe MR (1997): Dietary iodine and selenium interact to affect thyroid hormone metabolism of rats. *J Nutr* 127: 1214-1218
 11. Karanikas G, Schuetz M, Kontur S et al.: No immunological benefit of selenium in consecutive patients with autoimmune thyroiditis. *Thyroid*. 2008 Jan; 18(1):7-12.
 12. Kmiec P, Sworzczak K: Vitamin D in thyroid disorders. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2015 Jul; 123(7):386-93.
 13. Laurberg P, Bülow Pedersen I et al. (2001): Environmental iodine intake affects the type of non-malignant thyroid disease. *Thyroid* 11: 457-469
 14. Lee YH, Bae SC, Song GG: Omega-3 polyunsaturated fatty acids and the treatment of rheumatoid arthritis: a meta-analysis. *Arch Med Res*. 2012 Jul; 43(5):356-62.
 15. Mazokopakis EE, Papadomanolaki MG, Tsekouras KC et al.: Is vitamin D related to pathogenesis and treatment of Hashimoto's thyroiditis? *Hell J Nucl Med*. 2015 Sep-Dec; 18(3):222-7
 16. Prummel MF, Strieder T, Wiersinga WM (2004): The environment and autoimmune thyroid diseases. *Eur J Endocrinol* 150(5): 605-18.
 17. Simopoulos AP: The importance of the omega-6/omega-3 fatty acid ratio in cardiovascular disease and other chronic diseases. *Exp Biol Med* (Maywood). 2008 Jun; 233(6):674-88
 18. Zois C, Stavrou I, Kalogera C et al. (2003): High prevalence of autoimmune thyroiditis in school-children after elimination of iodine deficiency in northwestern Greece. *Thyroid*. 2003 May; 13(5):485-9.

Aktualisierte amerikanische Leitlinien (SCCM, A.S.P.E.N.) zum Ernährungssupport bei kritisch kranken Patienten im Erwachsenenalter

Mc Clave SA, Taylor BE, Martindale RG et al.

Auf der Basis randomisierter kontrollierter Studien wurde im Februar 2016 ein Update der amerikanischen Leitlinie zum Ernährungssupport erwachsener kritisch kranker Patienten publiziert. Hier sollen die wesentlichen allgemeinen Aussagen, nicht die Emp-

fehlungen bei einzelnen Krankheitsentitäten, zusammengefasst werden (mehrheitliche Evidenzstufe: Expertenkonsens).

- Ernährungsassessment (NRS 2002, NUTRIC Score) bei allen Patienten mit anzunehmender unzureichender Nahrungszufuhr bei Aufnahme auf Intensivstation
- Erfassung von Begleiterkrankungen, Funktion des Verdauungstrakts und Aspirationsrisiko
- Ermittlung des Energiebedarfs durch indirekte Kalorimetrie, ersatzweise Verwendung anderer oder gewichtsbasierter Gleichungen (25-30 kcal/kg/d)
- Adäquate Eiweißversorgung (weiter zu evaluieren)
- Bedarfsweise Ernährungssupport via enterale Ernährung (EN) binnen 24-48 h
- Bevorzugung der enteralen gegenüber der parenteralen Ernährung (PN)
- Beginn der EN bei der Mehrzahl der Patienten bei noch laufender Evaluierung der Funktion des Verdauungstrakts
- EN-Beginn mit Applikation in den Magen, bei Intoleranz oder hohem Aspirationsrisiko, Applikation in tiefere Abschnitte des Verdauungstrakts
- Keine EN bei instabiler Kreislaufsituation
- Bei geringem Malnutrisionsrisiko, normalem Ernährungsstatus und geringer Krankheitsschwere (NRS 2002 \leq 3 oder NUTRIC Score \leq 5) keine spezielle Ernährungstherapie in der ersten Woche
- Bei ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) oder ALI (Acute Lung Injury) und erwarteter mechanischer Ventilation \geq 72 h trophische (10-20 kcal/h bzw. bis 500 kcal/d) oder komplette EN in der ersten Woche
- Bei hohem Malnutrisionsrisiko (NRS \geq 5 NUTRIC Score \geq 5 ohne IL-6) oder schwerer Mangelernährung rascher Nahrungsaufbau binnen 24-48 h (cave Refeeding-Syndrom), Deckung von $>$ 80% des Energie- und Eiweißbedarfs binnen 48-72 h
- Ausreichende Eiweißzufuhr (1,2-2,0 g/kg/d, bei Verbrennung/Polytrauma ggf. höher)
- Tägliche Überprüfung der EN-Toleranz, Vermeidung nicht angemessener EN-Unterbrechungen
- Keine routinemäßige Messung des gastralen Rücklaufvolumens (GRV, akzeptabel $<$ 500 ml)
- EN-Ernährungsprotokolle (volumenbasierte oder Top-Down-Protokolle)
- Aspirationsrisiko überwachen, ggf. minimieren
- Bei hohem Aspirationsrisiko postpylorische EN-Applikation
- Bei hohem Aspirationsrisiko oder Intoleranz für gastrale Bolus-Ernährung kontinuierliche EN-

Applikation

- Bei hohem Aspirationsrisiko Einsatz motilitätsfördernder Medikation (Metoclopramid, Erythromycin)
- Erhöhung des Kopfendes des Bettes um 30-45° und Chlorhexidin-Mundspülungen 2x/d bei allen intubierten und beatmeten Patienten
- Farbstoffe und Glukosemessstreifen für Aspirationsnachweis nicht geeignet
- Keine automatische Unterbrechung der EN bei Auftreten von Diarrhoen, Ursachenabklärung
- Beginn der EN mit standardmäßiger polymerer Formuladiät, spezielle Formulierungen vermeiden
- Kein routinemäßiger Einsatz von immunmodulierenden EN (Arginin, EPA, DHA, Glutamin, Nukleinsäuren), Einsatz bei TBI (traumatic brain injury) und perioperativen Patienten zu überlegen
- Kein routinemäßiger Einsatz von EN mit antiinflammatorischem Lipidprofil (n-3-Fettsäuren)
- Kein routinemäßiger Einsatz von EN mit gemischten Ballaststoffen zur prophylaktischen Anregung der Darmtätigkeit oder zur Vorbeugung einer Diarrhoe
- Anwendung einer Formuladiät mit gemischten Ballaststoffen bei persistierender Diarrhoe zu überlegen, nicht bei hohem Risiko einer Darmischämie oder schweren Motilitätsstörungen
- Einsatz von Oligopeptiddiäten bei persistierender Diarrhoe mit Malabsorption oder fehlendem Ansprechen auf Ballaststoffe zu überlegen
- Zugabe löslicher Ballaststoffe (FOS, Inulin) zu einer EN-Standard-Diät möglich, bei Diarrhoe 10-20 g löslicher Ballaststoffe über den Tag verteilt empfohlen
- Kein routinemäßiger Einsatz von Probiotika, jedoch bei ausgewählten medizinischen und chirurgischen Intensivpatienten zu überlegen (bei Nachweis von Sicherheit und Outcome-Benefit in RCTs)
- Kombination von antioxidativen Vitaminen und Spurenelementen bei kritisch kranken Patienten in unbedenklichen Dosen bei entsprechenden Nährstoffbedarf
- Keine routinemäßige Gabe enteralen Glutamins im Rahmen einer EN
- Bei Patienten mit geringem Malnutrisionsrisiko (NRS 2002 \leq 3 oder NUTRIC Score \leq 5) und nicht möglicher normaler Ernährung oder EN keine exklusive PN in der ersten Woche
- Bei Patienten mit hohem Malnutrisionsrisiko (NRS 2002 \geq 5 NUTRIC Score \geq 5) oder schwerer Malnutrition und nicht möglicher EN exklusive PN so rasch wie möglich
- Bei Patienten mit niedrigem oder hohem Mal-

nutrisionsrisiko ggf. supplementäre PN, wenn 7-10 Tage nicht > 60% des Energie- und Eiweißbedarfs über den enteralen Weg gedeckt (früherer PN-Beginn bei etablierter geringer EN ohne Vorteil)

- Protokolle und Ernährungsteams bei der Implementierung von Strategien zur Steigerung der Effektivität und Minimierung der Risiken einer PN nutzen
- Hypokalorische PN (\leq 20 kcal/kg/d oder 80% des Energiebedarfs) mit adäquater Eiweißzufuhr (\geq 1,2 g/kg/d) bei geeigneten (Hochrisiko- oder schwer mangelernährten) Patienten initial in der ersten Woche überlegen
- Sojabasierte intravenöse Fettemulsionen in der ersten Woche einer PN auf max. 100 g/Wo begrenzen
- Alternative Fettemulsionen (SMOF: Sojaöl, MCT, Olivenöl, Fischöl) möglicherweise von Vorteil
- Standardisierte kommerzielle PN-Zubereitungen Compound-PN-Zubereitungen nicht unterlegen
- Blutglukosezielwerte im Bereich > 140 oder 150-180 mg/dl
- Keine routinemäßige parenterale Glutamin-Supplementierung bei kritisch kranken Patienten
- Reduktion und schließlich Beendigung der PN, wenn bei zunehmender EN-Toleranz > 60% des Energiebedarfs über die EN abzudecken

(WB)

Quelle:

Mc Clave SA, Taylor BE, Martindale RG, Warren MM, Johnson DR, Braunschweig C, McCarthy MS, Davanos E, Rice TW, Cresci GA, Gervasio JM, Sacks GS, Roberts PR, Compher C, and the Society of Critical Care Medicine and the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition.

Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). JPEN J Parenter Enteral Nutr 2016; 40:159-211.

Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Dresden - "Ernährungsmedizin gemeinsam bewegen"

A.Gebhardt

Vom 9. - 11. Juni 2016 fand in Dresden der diesjährige ernährungsmedizinische Kongress der Fachgesellschaften Deutschlands, Österreichs und der Schweiz als 15. Dreiländertagung unter der Kon-

gresspräsidentenschaft von Prof. Dr. Plauth, Klinik für Innere Medizin am Städtischen Klinikum Dessau, statt. Als Mitveranstalter in den Kongress eingebunden waren neben dem Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e.V. (17. Jahrestagung des BDEM) auch der Berufsverband Ökotrophologie e.V. (VDOE) mit seinem Jahreskongress. Außerdem beteiligten sich der Verband der Diätassistenten-Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) und die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) an der Durchführung der Veranstaltung. Das Motto des Kongresses Ernährung 2016 lautete: *"Ernährungsmedizin gemeinsam bewegen"*.

Intensiv bearbeitete Themenschwerpunkte waren die Ernährungstherapie in unterschiedlichen Krankheitsphasen bei verschiedenen Nierenerkrankungen (z.B. prädialytisch, im Stadium einer Dialysebehandlung und nach Nierentransplantation), ebenso wie die Diagnostik und Therapie der Mangelernährung in verschiedenen Lebenslagen und bei unterschiedlichsten Erkrankungen. Hier galt das Augenmerk neben den Nierenerkrankungen insbesondere der Versorgung onkologischer PatientInnen.

Dem übergreifende Motto des Kongresses folgend, war aber die Stärkung des Miteinander in den Mittelpunkt gerückt. Alle Verantwortlichen sprachen sich einhellig für mehr Kooperation und Verständigung zwischen den Verbänden und Gesellschaften aus, um so der gemeinsam verfolgten Ziele in der Ernährungstherapie mehr und wirkungsvolleren Nachdruck zu verleihen.

So war während der Veranstaltung auch ein gewisser Raum vorgegeben, um mit einem Rückblick auf die historische Entwicklung die bisherigen Leistungen der Ernährungsmedizin in Deutschland in den letzten 50 Jahren zu würdigen. Passend zum Kongress konnte auch die im Thieme Verlag Stuttgart verlegte Fachzeitschrift „Aktuelle Ernährungsmedizin“ den 40. Geburtstag feiern. Die Bedeutung und die Leistungen dieser von Prof. Kluthe zusammen mit dem Thieme Verlag bereits 1976 ins Leben gerufenen Zeitschrift, wurde vom derzeitigen Herausgeber Prof. Bischoff von der Universität Stuttgart-Hohenheim in seinem Festvortrag hervorgehoben. Sie wird derzeit von allen wichtigen Fachgesellschaften und Verbänden als Publikationsorgan genutzt. Ein ausführlicher Überblick über die Geschichte der Zeitschrift, ihre Macher und Gestalter und die aktuelle Zielsetzung ist in einem Beitrag von Prof. Wolfram nachzulesen (1).

Einen geschichtlichen Überblick der Ernährungsmedizin, verbunden mit den Zielen einer strukturierten Ausbildung für Ärzte in diesem Querschnittfach, gab

der amtierende Präsident der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V. (DAEM), Prof. Adam aus München. Er führte aus, dass in Deutschland erste wissenschaftliche Aktivitäten auf dem Gebiet der klinischen Ernährung auf die 1960er Jahren zurückgehen. Einige der bedeutenden Akteure der damaligen Zeit waren K.H. Bässler (Mainz), G. Berg (Erlangen), H. Canzler (Hannover), F.A. Gries (Düsseldorf), H. Kasper (Würzburg), R. Kluthe (Freiburg), K. Lang (Mainz), G. Schlierf (Heidelberg) oder N. Zöllner (München). Auch die künstliche enterale und parenterale Ernährung erlebte in diesen Jahren Ihre Geburtsstunde. Hier taten sich u.a. Wissenschaftler wie H. Böhles (Frankfurt), G. Dietze (München), R. Dölp (Ulm), J. Eckart (Augsburg), P. Fürst (Stuttgart), M. Halmagyi (Mainz), E. Holm (Mannheim), K.-W. Jauch (Regensburg), H. Lochs (Wien/Berlin), D. Löhlein (Hannover) und V. Zumtobel (Bochum) besonders hervor.

Im Anschluss an eine von R. Kluthe 1975 in Freiburg organisierte *„Arbeitstagung über Fortschritte der Ernährungstherapie“* (2) wurde die *„Arbeitsgemeinschaft für klinische Diätetik geV.“* gegründet, der er bis Ende der 80er Jahre vorstand. Besonders aktive Unterstützung fand Prof. Kluthe dabei durch H. Kasper (Würzburg) und H. Rottka (Berlin). 1982 erfolgte eine Umbenennung in *„Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Klinische Ernährung und Diätetik (DAKED) e.V.“*.

Erste wichtige Schwerpunktarbeit der Arbeitsgemeinschaft war die Erstellung des „Rationalisierungsschemas“ für die Ernährung und Diätetik im Krankenhaus. Dabei sollte die praktische Ernährungstherapie von Mythen befreit und mit wissenschaftlichen Erkenntnissen der Ernährungsmedizin angereichert werden. Die Mitwirkenden waren sich bereits damals einig, dass z.B. die in vielen unsinnigen Varianten verordneten „Schonkostformen“ zur „Therapie“ von Magen- und Duodenalulzera, Leber-, Gallenwegs-, Darm-, Nieren- und Pankreaserkrankungen, sowie zahlreiche andere unnötige Kostformen, einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht standhielten (3). Diese Kostformen sollten aus dem Verordnungskatalog einer Klinik gestrichen werden, mit dem Ziel, die Ernährungstherapie auf ausschließlich naturwissenschaftlich gesicherten Kriterien aufzubauen. Ein zu begrüßender Nebeneffekt, der erst heutzutage voll zum Tragen kommt, stellt die Schonung von Ressourcen dar, nicht nur in personeller Hinsicht, sondern auch in ökonomischer, vielleicht sogar in ökologischer Hinsicht, da durch eine gute Wertschöpfung der Lebensmittelverderb und Speiserücklauf minimiert werden kann. Die erste Fassung des Rationalisierungsschemas wurde

dann 1978 in der *Aktuellen Ernährungsmedizin* publiziert (3). Verschiedene Aktualisierungen folgten in unregelmäßigen Abständen 1990, 1994, 2000 und 2004. Derzeit wird an der 5. Überarbeitung dieses Schemas gearbeitet. Um in den Zeiten knapper Ressourcen die „Rationalisierung“ aber nicht unnötig zu implizieren, soll eine Umbenennung in *Leitfaden für Ernährungstherapie in Klinik und Praxis* (LEKuP) erfolgen.

Es bleibt indes zu hoffen, dass dieser Leitfaden, trotz des fast unmöglichen Spagats, in erster Linie ein therapeutisch nutzbringendes Instrument für die klinische Ernährungstherapie des nicht Intensivpatienten mit möglicher oraler Nahrungszufuhr bleibt. Ziel des derzeitigen Rationalisierungsschemas es war nie, die unverzichtbaren krankheitsbezogenen Leitlinien zu ersetzen. Vorrangiges Ziel muss vielmehr bleiben, die Kenntnisse aus den zahllosen Leitlinien in der Weise zu bündeln und transparent zu machen, dass sie im Alltag einer Gemeinschaftsverpflegung adäquate und wirkungsvolle Umsetzung finden können.

Da bereits in den 70er und 80er Jahren ein Mangel an ärztlicher Fort- und Weiterbildung in Ernährungsmedizin unübersehbar war, wurde aus dem Kreis der DAKED 1983 die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V. (DAEM) gegründet. Auch hier waren Prof. Kluthe und seine engsten Mitstreiter nicht nur die Ideengeber, sondern auch die treibenden Kräfte in der Umsetzungsarbeit und bereits im Folgejahr begann die Akademie mit einem Angebot von ernährungsmedizinischen Kursen in der ärztlichen Fortbildung. Eine Vision von Prof. Kluthe war die deutschlandweite einheitliche Ausbildung in Ernährungsmedizin, der erste Schritt zu dem von ihm zeitlebens angestrebten Querschnittfach Ernährungsmedizin (4).

Die zunächst durchgeführten Kurse boten die strukturierte fachliche Ausbildung von ÄrztInnen mit Qualifizierung zum/r *Ernährungsbeauftragten Arzt/Ärztin*, dem/r die Leitung der Ernährungsmedizin in den Krankenhäusern und Kliniken obliegen sollte. Infolge des zunehmenden Bedarfs an einer wissenschaftlich fundierten Fortbildung in Ernährungsmedizin kam es Anfang der 90er Jahre (nach dem Zusammenschluss der DAKED und der DAKE zur DGEM) zur Gründung einer weiteren Fortbildungsinstitution in Hannover, die dem Muster der DAEM entsprach, weitere Anbieter folgten.

Da sich jedoch die Qualität der Anbieter unterschiedlich entwickelte, gelang es Prof. Kluthe und den Verantwortlichen der DAEM Mitte der Neunziger Jahre im Deutschen Senat für Ärztliche Fortbildung

der Bundesärztekammer das Interesse für eine Vereinheitlichung der Seminarinhalte zu wecken. Das gipfelte darin, dass von der BÄK ein Expertenkomitee mit der Erarbeitung eines „Curriculum Ernährungsmedizin“ beauftragt wurde, das damals unter der Federführung der DAEM e.V. in Zusammenarbeit mit der Akademie für Ernährungsmedizin (Hannover), der DGEM, der DGE und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin zusammengesetzt war. Es wurde ein Curriculum Ernährungsmedizin erarbeitet, das eine Qualifizierungsmaßnahme von insgesamt 100 Stunden vorsah, bestehend aus einer Kursfortbildung von 80 Stunden und einer Praktikumsphase von 20 Stunden. Dabei entsprach die 80stündige Kursfortbildung in weiten Teilen den damaligen Inhalten der DAEM-Seminare. Mit der Herausgabe des Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer im Jahre 1998 war somit erstmals eine bundesweit einheitliche und allgemeinverbindliche Richtlinie für die Ausbildung der Ärzte in Ernährungsmedizin geschaffen worden (5). Eine Überarbeitung dieses Curriculums erfolgte 2007, herausgegeben wiederum von der Bundesärztekammer und jetzt unter der Federführung der DGEM, in Zusammenarbeit mit der DGE und der DAEM.

Seit 1999 kann in diesem curriculären System ein Arzt, nach Teilnahme an einem 100 Stunden-Kurs inkl. erfolgreicher Abschlussprüfungen und der Ausarbeitung von 10 Falldokumentationen selbsttätig ernährungsmedizinisch betreuter Patienten, die Qualifikation des „ErnährungsmedizinerIn DAEM /DGEM®“ erwerben (5). Dies entspricht nach aktuell gültiger Weiterbildungsordnung zwar noch keiner von der Kammer vergebenen Zusatzbezeichnung, gleichwohl ist eine Kenntlichmachung als curriculare Fortbildung zulässig.

Wie Prof. Wechsler, amtierender Präsident des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V. in einem Folgereferat ausführte, zielen derzeitige Aktivitäten von DGEM, DAEM und BDEM, gemeinsam mit der BÄK darauf ab, hier eine weitreichende Veränderung zu erwirken. Die Bestrebungen gehen dahin, dass die Ernährungsmedizin Einzug in die Musterweiterbildungsordnung finden soll. Dieser Schritt würde dann die lange geforderten Abrechnungsmodalitäten der ernährungsmedizinischen Leistungen nach sich ziehen. Es bleibt die Hoffnung, dass die eingeleiteten Initiativen, auch zeitnah eine den Fachbereich stärkende Umsetzung finden.

Das Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz zur Prävention, Diagnostik und Therapie von Stoffwechselstörungen und ernährungsabhängigen Erkrankungen in allen Altersstu-

fen. Es muss dabei aber auch gemeinsam angestrebt werden, die bisherige curriculare Fortbildung unter vertretbarer Anhebung des Anforderungskatalogs in eine curriculare Weiterbildung bzw. Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin zu überführen, wie Prof. Adam weiter ausführt.

Seit einigen Jahren sind die Computer-Medien zunehmend auch in der medizinischen Fort- und Weiterbildung präsent. Deshalb entwickelte die DAEM im Jahr 2013 einen Kurs nach dem Blended-Learning-Konzept, den Sie in enger Kooperation mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe umsetzt. Dabei werden 20% der Unterrichtseinheiten in insgesamt zwei Telelernphasen auf einer internetbasierten Lernplattform bereit gestellt, während die restlichen 80 Stunden weiterhin in zwei Präsenzphasen vermittelt werden. Die Gesamtinhalte des Curriculums bleiben dabei unverändert.

Eine Abrundung findet die theoretisch orientierte Fortbildung durch das wiederum von Prof. Kluthe und seinem damaligen Team bereits Mitte der 90er Jahre initiierten Modellprojekt Klinische Ernährungsmedizin, in dem derzeit 20 klinische Einrichtungen (Akutkrankenhäuser und Reha-Zentren mit unterschiedlichen Indikationsschwerpunkten) als Lehrkliniken für Ernährungsmedizin der DAEM fungieren (6). Diese Kliniken unterziehen sich einer regelmäßigen externen Überprüfung ihrer ernährungstherapeutischen Maßnahmen in Anlehnung an einen breiten 12-Punkte Katalog der DAEM und sind somit hervorragend geeignet, als Ausbildungsstellen für den Erwerb praktischer Fähigkeiten auf dem Gebiet der Ernährungsmedizin zu dienen (7). Damit könnte ein zentraler Baustein in einem flexiblen Rahmen für die Anhebung der curricularen Fortbildung in eine Zusatzweiterbildung realisiert werden. In Absprache mit der DGEM und dem BDEM sollen ergänzende Alternativmöglichkeiten ausgelotet werden, um die praktische Ausbildung in Ernährungsmedizin zu strukturieren. Einerseits könnte der Qualitätszirkel der Schwerpunktpraxen Ernährungsmedizin, eine Initiative des BDEM, hier wertvolle Dienste leisten, vorstellbar wären aber auch fachbezogene Fallseminare die zumindest eine partielle Anrechenbarkeit auf die geforderte praktische Ausbildung erlangen sollten.

Die aufgeführten Beispiele verdeutlichen die Bedeutung und Notwendigkeit, eine strukturierte theoretische Weiterbildung in Ernährungsmedizin mit einem breitgefächerten Angebot an praktischen Ausbildungsmöglichkeiten zu kombinieren. Hier ist das konstruktive Zusammenwirken aller ernährungsmedizinisch/-wissenschaftlich orientierten Institutionen und Professionen erforderlich, um nachhaltige Fort-

schritte in der ernährungstherapeutischen Patientenversorgung zu erzielen. Die Verantwortlichen aller beteiligten Institutionen bekannten ihre uneingeschränkte Bereitschaft, diese Zielvorgabe gemeinsam zu verfolgen.

Literatur:

1. Wolfram, G.: 40 Jahre Aktuelle Ernährungsmedizin - 40 Jahre Fortschritt in der klinischen Ernährung. Akt Ernährungsmed. 41, 167-173, 2016
2. Kluthe R., Schaeffer G. (Hrsg.): Rationelle Diätetik - Arbeitstagung über Fortschritte der Ernährungsmedizin. G. Thieme Verlag Stuttgart, 1976
3. Rationalisierungsschema der Arbeitsgemeinschaft für Klinische Diätetik e. V. für die Ernährung und Diätetik im Krankenhaus. Akt. Ernährungsmedizin 4, 144-148, 1978
4. Kluthe R., Kasper H.: Gründungskonzepte, Entwicklung und Ziele der ersten ernährungsmedizinischen Akademie Deutschlands. Akt Ernährungsmed. 28, 17 – 23, 2003
5. Gebhardt A., Kluthe R.: Ernährungsmedizinische Kursfortbildungen über 20 Jahre. Akt. Ernährungsmed. 28, 24 – 32, 2003
6. Kluthe B., H. Quirin, R. Kluthe: Eine neue Weichenstellung für Kliniken - Das deutschlandweite Modellprojekt klinische Ernährungsmedizin. Akt. Ernährungsmed. 28, 38 – 41, 2003
7. Gebhardt A. Modellprojekt klinische Ernährungsmedizin; Lehrkliniken für Ernährungsmedizin der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) e.V. - aktueller Stand. Der Ernährungsmediziner - unabhängiger Informationsdienst der DAEM 18, Heft 1, 2016, www.daem.de/publikationen
8. Bundesärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM) Strukturierte curriculäre Fortbildung „ERNÄHRUNGSMEDIZIN“ 2. Auflage, Juli 2007 Aktualisierte Fassung 11.02.2015
www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Struk._curr._FB_Ernaehrungsmedizin_11.02.2015.pdf

Aktuelles kurz berichtet

Buchempfehlung: Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen

O. Adam

Das Buch „Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen“ ist die Dokumentation der 22. Erfurter Tage, gemeinsam veranstaltet von der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe und dem Kompetenzzentrum

für interdisziplinäre Prävention an der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Zusammengestellt haben die Beiträge der hervorragenden Tagung im repräsentativen Kaisersaal Isabel Dienstbühl, Martina Stadeler und Hans-Christoph Scholle. Vor dem Hintergrund der sich wandelnden Arbeitswelt, der demographischen Entwicklung, der immer knapper werdenden Ressourcen von erfahrenen Fachkräften in den verschiedensten Berufsgruppen oder aktuell durch die Ratifizierung des Präventionsgesetzes, ist die kompetente und umfassende Darstellung der neuesten Ergebnisse auf den diversen Forschungsgebieten in der Arbeitsmedizin und angrenzender Fachgebiete von besonderer Bedeutung. Der fast 400 Seiten umfassende Band mit Beiträgen namhafter Autoren wird diesem Anspruch gerecht.

Unter dem Motto „Wissenschaft ist nicht alles, aber ohne Wissenschaft ist alles nichts“ wurden die Beiträge von den Herausgebern zusammengestellt. Als interdisziplinäres Schnittstellenfach ist die Arbeitsmedizin sehr breit aufgestellt. Im Buch zeigt sich der weit gespannte Bogen von Grundlagenforschung über die angewandte Forschung bis hin zur Umsetzung der Ergebnisse in der Praxis.

Schwerpunkte sind die Kardiologie in der Arbeitsmedizin, gesunde Ernährung am Arbeitsplatz, pulmonale Erkrankungen durch berufliche Einwirkungen und angewandte Präventionsforschung zu Erkrankungen des Bewegungssystems. Im Beitrag Kardiologie in der Arbeitsmedizin steht u. a. die Beurteilung der Fahreignung nach Schlaganfall oder Herzinfarkt im Focus, ein sehr schöner Überblick von Thomas Friedrich über die zur Zeit gültigen Begutachtungsregeln und -empfehlungen. Gut geeignet auch für Neueinsteiger.

Im Themenblock gesunde Ernährung wird der Adipositas-Prävention im Arbeitsalltag breiter Raum gewidmet. Manfred Betz, Thomas Ellrott, Petra Ott und Danielle Prechtel bieten einen sehr guten Überblick über realistische Möglichkeiten dieses Thema auch in die betriebsärztliche Beratung aufzunehmen.

Die wachsende Zahl älterer Beschäftigter mit chronischen Stoffwechsel-, Herz-Kreislauf- oder orthopädischen Erkrankungen erfordern arbeitsmedizinische Konzepte, die in dem Buch umfassend dargestellt sind.

Zusammenfassend ist dieses Buch ein wertvolles und zu empfehlendes Kompendium, nicht nur für Arbeitsmediziner, sondern auch für alle mit der Prävention befassten Berufsgruppen, wie Ernährungstherapeuten, Psychologen, Sicherheitsfachkräften, um nur einige wenige zu nennen, und schließlich

auch für alle mit politischer Verantwortung auf diesem Gebiet betrauten Personen.

22. Erfurter Tage: Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen

Herausgegeben von Isabel Dienstbühl, Martina Stadeler, Hans-Christoph Scholle
Verlag Bussert & Stadeler
ISBN 978-3-9421-39-1

Ausschreibungen

OEOTROPHICA-Preis 2017:

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 wiederholten 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 **31. Januar 2017** 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 prämiiert 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.

Deutscher Krebspreis 2017

Der Deutsche Krebspreis wird in drei Kategorien vergeben und ist jeweils mit 7.500 Euro dotiert. Die Kategorien sind:

- experimentelle onkologische Grundlagenforschung (experimenteller Teil),
- Tumordiagnostik und -behandlung (klinischer Teil),

- Transfer experimenteller Grundlagenforschungsergebnisse in den klinischen Bereich (translatationaler Teil).

Die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebsstiftung haben den Deutschen Krebspreis 2017 ausgeschrieben. Die Nominierungsunterlagen sind per Post bis zum **31.12.2016** einzureichen.

Weitere Informationen unter www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/ueber-uns/preise-auszeichnungen/deutscher-krebspreis.html

Veranstaltungen der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V. (DAEM) in 2016/2017

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.

September 2017 bis Februar 2018, Münster, Blended-Learning-Kurs

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

Teellernphase 1 ab Mitte September 2017

Präsenztermin 1 20. – 22. Oktober 2017

Teellernphase 2 ab Mitte Dezember 2017

Präsenztermin 2 21. – 25. Februar 2018

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

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

Programmübersicht der Kurse für Ernährungsmedizin:

- Seminarblock 1: Ernährungslehre und ernährungsmedizinische Grundlagen

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

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

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

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

23. März - 02. April 2017, Bad Krozingen, Kompaktkurs

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

13. - 23. Juli 2017, München Kompaktkurs

DAEM-Kompaktkurs in Kooperation mit der Universität München

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

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 rich-

tet 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 2017 sind bisher folgende interessante Seminare mit gefragten Referenten geplant:

07. - 08. April 2017, Bad Brückenau

DAEM-Spezialseminar "Spezifische und unspezifische Nahrungsmittelintoleranzen" Pathophysiologie, Diagnostik, Therapie und spezielle Ernährungstherapie

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

Vortragshalte Rationelle oder individualisierte Ernährungstherapie – Leichte Vollkost noch zeitgemäß, Kohlenhydratmalassimilation, Glutensensitivität: Abgrenzung zur Zöliakie, Histaminunverträglichkeit, Abgrenzung Intoleranzen contra Allergie, Intoleranzen bei CEDE, onkologischen Erkrankungen sowie bei gastroenterologischen Erkrankungen, Intoleranzen und Ursachen des Reizdarmsyndroms, Intoleranzen als Ursache von Mangelernährung

Seminarinhalte Ernährungstherapie bei Kohlenhydratmalassimilation, bei Glutensensitivität und Histaminunverträglichkeiten, Besprechung von Fallbeispielen

19. - 20. Mai 2017, Fürth

DAEM-Spezialseminar "Therapie der Adipositas Grad II und III – Update 2017"

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

Vortragshalte Pathogenese des Metabolischen Syndroms, Aktuelle Therapieleitlinien der DAG - Konsequenzen für die praktische Arbeit, Ambulante Schulungsprogramme in einer Schwerpunktpraxis, Adipositas-therapie in der Rehabilitation, Integrierte Versorgung der Adipositas Grad III in einem Adipositaszentrum, Wann ist eine bariatrische Intervention angezeigt und erfolgversprechend? Postoperative ernährungstherapeutische Betreuung, Case Management in der Adipositas-chirurgie, Sport und Physiotherapie, Begutachtungsrichtlinien zur Genehmigung von chirurgischen Eingriffen

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

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 2017 stehen momentan zur Verfügung:

10. – 11. März 2017 *ausgebucht*

19. – 20. Mai 2017

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

Die zentralen Inhalte sind:

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

Auskünfte und Anmeldung zu allen ernährungsmedizinischen Fortbildungen der DAEM:

Geschäftsstelle der DAEM
Reichsgrafenstr. 11, 79102 Freiburg
Tel.: 0761/ 70 40 20; Fax: 0761/ 7 20 24
Email: info@daem.de, Internet: www.daem.de

Veranstaltungen anderer Institutionen in 2016 und 2017

01. – 03. März 2017, Kiel

54. *Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)*

Informationen unter www.dge.de/va/kongresse

01. – 03. März 2017, Heidelberg

9th *International AEK Cancer Congress*

Informationen unter <http://www.aek-congress.org/>

20. - 22. März 2017, Frankfurt

26. *Reha-Kolloquium 2017*

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

Informationen unter www.deutscherentenversicherung.de

05. – 06. Mai 2017, Wolfsburg

18. *Jahrestagung des BDEM e.V. gemeinsam mit dem 59. Bundeskongress des VDD e.V.*

Informationen unter www.bdem.de oder

<http://www.vdd.de/vdd-kongress-2017/>

24. - 27. Mai 2017, Hamburg

52. *Diabetes Kongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft „Fortschritt für unsere Patienten“*

Infos unter www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de

29. Juni – 01. Juli 2017, Zürich

16. *Dreiländertagung der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft Klinische Ernährung (AKE), der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) und der Gesellschaft für Klinische Ernährung der Schweiz (GESKES). Der Kongress Ernährung 2017 steht unter dem Thema "Ernährung: eine multiprofessionelle Herausforderung"*

Informationen unter www.nutrition2017.ch/

09. – 12. September 2017, Den Haag (Niederlande)

39th *ESPEN European congress on clinical nutrition & metabolism „Healthy life through nutrition“.*

Informationen unter www.espen.org/the-hague-2017

28. – 30. September 2017, Potsdam

33. *Jahrestagung der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG) e.V.*

Informationen unter www.dag-kongress.de/links-downloads/

10. – 11. November 2017, Mannheim

52. *Diabetes Kongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft „Fortschritt für unsere Patienten“*

Infos unter www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de