

Der Ernährungsmediziner

Unabhängiger Informationsdienst



Jahrgang 23, Nr. 1

Februar 2021

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

unser Past-Präsident Prof. Dr. Olaf Adam feierte im Januar seinen 80. Geburtstag, zu dem ihm der Vorstand und die Geschäftsstelle der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin herzlich gratulieren. Wir freuen uns, ihn noch in unseren Reihen aktiv erleben zu dürfen, und danken ihm für seinen steten Einsatz während seiner Präsidentschaft!

In der Vergangenheit waren die Zufuhr-Empfehlungen für das Spurenelement Zink in die Diskussion gekommen und sind nun neu gefasst worden. Dies gilt für die DACH-Referenzwerte vom Säugling bis zum alten Menschen. In diesem Heft wird eine Übersicht über die aktualisierten, meist gesteigerten Empfehlungen gegeben.

In einer kleinen Serie wird das Thema Gewichtsreduktion angesprochen. In der Boulevardpresse wird zurzeit gerne das Fasten als eine optimale Möglichkeit der Gewichtsreduktion dargestellt. Leider sind die Darstellungen nicht immer objektiv und geben wenig Anleitungen zum korrekten und effektiven Vorgehen. Es scheint nach den Ergebnissen einiger neuerer Studien für eine erfolgreiche Gewichtsreduktion wichtig zu sein, wie das Fasten gestaltet wird. Zudem kann nur ein Erfolg beobachtet werden, wenn beim Fasten konstant auf die Reduktion der täglichen Energieaufnahme geachtet wird, die nach mehreren Untersuchungen um ca. 500 bis 700 Kcal vermindert sein muss. Erfolgt dies nicht, so ist langfristig auch keine effektive Gewichtsabnahme zu erwarten! Wenn aber die Gewichtsreduktion auf diesem konservativen Weg nachhaltig und erfolgreich erreicht wird, ist sie einer operativ-induzierten Gewichtsabnahme gleichen Umfangs für den Stoffwechsel gleichwertig. Dies sollte uns alle zu einer konsequenten Stufen-therapie motivieren.

Aus der Gruppe der Lehrkliniken der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin stellt sich die Klinik Buchinger Wilhelmi aus Überlingen vor. Einer ihrer Schwerpunkte ist die Fastentherapie zur Stabilisierung von Gewicht und Stoffwechsel. Die Lehrklinik hat sich durch ein regelmäßig erfolgtes aufwendiges Zertifizierungsverfahren als Fachklinik ausgewiesen und gehört mit den anderen 20 Lehrkliniken für Ernährungsmedizin zu den führenden Kliniken für Ernährungsmedizin in Deutschland.

In der Rubrik Veranstaltungen finden Sie die Fortbildungsangebote für 2021 der Akademie, die aufgrund der Corona-Pandemie überwiegend als Web-basierte Veranstaltungen angeboten werden.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß bei der Lektüre des Ernährungsmediziners und verbleibe mit besten Grüßen

Ihr Gerd Bönner

Präsident der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin

In dieser Ausgabe:

- Zum 80. Geburtstag von Prof. Dr. Adam
- Nachruf Prof. Dr. Liebermeister
- Gewichtsreduktion:
 - I. Frühstück wie ein Kaiser ... !
 - II. Oder doch lieber morgens fasten?
 - III. Auf die Pfunde kommt es an!
- Korrigierte und aktualisierte Zufuhrempfehlungen für das Spurenelement Zink
- Rubrik „Aus den Lehrkliniken der DAEM“
 - I. Neue Rezertifizierungen
 - II. Leistungsbeschreibung und Stellenprofil für Ernährungsmediziner in der Klinik Buchinger Wilhelmi
- Ausschreibungen
- Veranstaltungen

Prof. Olaf Adam feierte seinen 80. Geburtstag



Liebe Leserinnen und Leser, die meisten von Ihnen werden ihn von einer seiner unzähligen Fortbildungsseminareinheiten sogar persönlich kennen, zumindest aber aus Funk, Fernsehen oder der Literatur. 1941 in Böhmen geboren, feierte Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Olaf Adam am 10.01. diesen Jahres seinen 80. Geburtstag. Nach dem Medizinstudium in München und Frankreich habilitierte er im Fach Innere Medizin und war 25 Jahre Oberarzt an der Medizinischen Poliklinik der LMU München, wo er u.a. die Rheumaeinheit der Universität leitete.

So fand er auch früh auf nicht ganz üblichem Wege den Zugang zur Ernährungsmedizin. In diesem

Querschnittsfach der Medizin forschte Prof. Adam jahrzehntelang u.a. über die von ihm begründete „Rheumadiät“, die er bis zum heutigen Tage aktiv zum nutritiven antiinflammatorischen Therapieansatz bei chronisch entzündlichen Erkrankungen weiterentwickelt hat.

Aber auch auf dem Gebiet der Stoffwechselforschung war er stets aktiv. So ist er beispielsweise der Vater der sog. KFZ-Diät (KFZ: Kohlenhydrate, Fette, Zwischenmahlzeit), bei der die beiden Strategien zur Gewichtsreduktion - "Low Fat" und "Low Carb" – in einem ausgewogenen, auf die Mahlzeiten bezogenen Ernährungsprogramm kombiniert werden. Noch heute leitet und betreut er regelmäßig Kurse an der Münchner Universität und sammelt unermüdlich Daten und Erkenntnisse, um dem gesellschaftlichen Universalproblem des Übergewichts und der Adipositas und deren Folgen mit wirksamen Konzepten entgegenzuwirken. Die Ergebnisse seiner Forschungsarbeiten und Erfahrungen flossen, wie nicht anders zu erwarten, in zahllosen wissenschaftlichen Publikationen und Fachbuchveröffentlichungen bzw. –beiträgen ein, sowohl als Autor wie auch als Herausgeber (z.B. des umfangreichsten Handbuches im deutschsprachigen Raum, das Loseblattwerk „Ernährungsmedizin in der Praxis“). Dabei war es und ist es Prof. Adam stets wichtig, Fachliteratur auch für die Betroffenen aufzubereiten, um ihnen verständliche, praktikable, aber wissenschaftlich fundierte Ratgeber für die Therapiebegleitung zu überlassen.

So kennt ihn auch die DAEM praktisch seit Anbeginn ihres Bestehens als sehr aktiven Mitstreiter und kurz nach Veröffentlichung und dem Inkrafttreten des ersten Curriculums Ernährungsmedizin mit zugehörigem Kursbuch der BÄK im Jahr 1998 wurde er noch vor der Jahrtausendwende durch den Gründungspräsidenten der DAEM, Prof. Dr. Reinhold Kluthe, als einer der Ersten mit der damals neu geschaffenen Qualifikation als Ernährungsmediziner DAEM/DGEM® ausgezeichnet. Als im Jahr 2004 Prof. Kluthe alters-, aber v.a. krankheitshalber den Rückzug aus dem Präsidium der DAEM für sich einleitete, zögerte Prof. Adam nicht lange, als ihm die Nachfolgekandidatur angetragen wurde. So kam es, dass ich, als Verfasser dieser Zeilen, noch 14 Jahre, von 2004 – 2018, unter seiner Präsidentschaft mit ihm sehr erfolgreich zusammenarbeiten und dabei sehr viel von ihm lernen durfte; nicht nur im Ausbau der Geschäftsstelle der DAEM in Freiburg und in der damit verbundenen quantitativen und qualitativen Steigerung der ernährungsmedizinischen Fortbildungsangebote, nein auch ganz allgemein in der gesundheitspolitischen Gesamtentwicklung der Ernährungsmedizin in Deutschland.

Unter seinem Engagement hat die DAEM beispielsweise als erste ernährungsmedizinische Fortbildungsinstitution, in Kooperation mit einer Ärztekammer, ein Blended Learning Konzept für die 100-stündige curriculare Fortbildung entwickelt und auch mit

zwischenzeitlich fast zehnjähriger Erfahrung sehr erfolgreich in der Praxis umgesetzt. Darüber hinaus war er, wie bereits erwähnt, an zahlreichen weiteren, wegweisenden Projekten hochengagiert beteiligt. Eines seiner wichtigsten Bemühen war zweifellos, sich gemeinsam mit der Fachgesellschaft (DGEM) und dem Berufsverband (BDEM) bei den Entscheidungsträgern in der BÄK dafür einzusetzen, dass letztendlich, trotz vieler, leider aus der Ärzteschaft selbst resultierender Widerstände, auf dem Deutschen Ärztetag 2018 in Erfurt von den dort anwesenden Delegierten die Ernährungsmedizin als berufs begleitende Zusatzbezeichnung in die novellierte Weiterbildungsordnung aufgenommen wurde. Mit einem besseren Verdienst hätte er 2018 das Präsidentenamt in der DAEM nicht übergeben können, wo er aber als amtierender Vizepräsident noch immer alle Geschehnisse mitverfolgt und auch mitbeeinflusst.

Prof. Adam war und ist noch immer ein sehr engagierter und steter Verfechter der kooperativen Zusammenarbeit zwischen den, die Ernährungsmedizin tragenden Fachgesellschaften und Berufsverbänden. Er ist von der tiefen Überzeugung getragen, dass auch unter den (berufs-)politischen Entscheidungen, vergleichbar der evidenzbasierten Therapie-Richtlinien, nur das interdisziplinäre und interprofessionelle, gemeinsam mit dem interinstitutionellen Zusammenwirken ein Erfolgsmodell bilden kann. Dass dies zweifelsohne oftmals nicht einfach ist und von vielen Beteiligten nicht mitgetragen wird, musste er leider auch in nicht ganz wenigen Fällen er- und durchleben. Umso mehr gilt unser aller Bewunderung seiner Lebensleistung und seinem nie enden wollenden Tatendrang und Optimismus, doch Lösungen in schwierigsten Situationen zu finden. Mir sei es auch an dieser Stelle ausnahmsweise erlaubt: Lieber Olaf, ich ziehe meinen Hut und verneige mich ganz tief vor dir, und hoffe, dass wir uns noch das eine oder andere Mal in langjährig gewohnter Weise austauschen dürfen.

Stellvertretend, sicherlich für sehr viele (Einzelpersonen und Verbände), gratuliert die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin (Präsidium, Vorstand, Mitglieder und nicht zuletzt die Mitarbeiter der Geschäftsstelle in Freiburg) ihrem langjährigen Präsidenten zum 80. Geburtstag. Wir alle wünschen ihm noch viele gesunde Jahre (in der aktuellen Pandemiephase sicherlich mehr denn je das allerwichtigste Gut), aber auch viel Freude und Glücksmomente an privaten Freizeitaktivitäten, die man als jung gebliebener Go Go nicht aus den Augen verlieren sollte. Arbeit ist schön, aber nicht alles! Dass Sie (du) uns mit fachlichem Rat und Tatendrang auch weiterhin aktiv erhalten bleiben (bleibst), bezweifelt niemand.

(A. Gebhardt)

Nachruf Prof. Dr. Liebermeister

Prof. Dr. med. Hermann Liebermeister ist in seinem 86. Lebensjahr, am 31.01.2021, von uns gegangen. Seiner Familie und vor allem seiner geliebten Frau Käthe gilt unser tiefes Mitgefühl. Der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V. war Prof. Liebermeister seit Jahrzehnten im Beirat eng verbunden, mit ihm verliert die DAEM ein hochverdientes und treues Mitglied.

Nach dem Studium in Tübingen, Kiel, Düsseldorf und Paris schloss Prof. Liebermeister seine Ausbildung als Internist und Diabetologe ab, habilitierte 1969 an der Medizinischen Universitätsklinik in Düsseldorf und war von 1971 bis 1997 ärztlicher Direktor des Evangelischen Fliedner-Krankenhauses in Neunkirchen. Sowohl auf regionaler Ebene im Saarland, wie auch auf Bundesebene hat Prof. Liebermeister viele Jahre mit großem Engagement die Interessen der Ärzteschaft vertreten. Er engagierte sich äußerst erfolgreich im Vorstand des PVS/Mosel-Saar von 1983 bis 2009 und wurde für seine herausragenden Verdienste mit dem Bundesverdienstkreuz geehrt. Sein wissenschaftliches Interesse galt der Prophylaxe und Therapie ernährungsabhängiger Krankheiten, besonders der Adipositas und dem Diabetes mellitus. Seine wissenschaftlich fundierten, aber auch manchmal mit spitzer Feder geschriebenen Beiträge machten ihn zu einem hochgeschätzten Autor des Standardwerks

Impressum

Schriftleitung

Gerd Bönner, Freiburg
Albrecht Gebhardt, Freiburg

Redaktion

Liane Kämpfer, Freiburg
Diane Schneider, 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 €

ERNÄHRUNGSMEDIZIN IN DER PRAXIS. Als Vortragender bei den Kursen nach dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer, als Mitglied des Beirates der DAEM, als Gutachter im Rahmen der Antragsstellung zur Erlangung der Qualifikation ErnährungsmedizinerIn DAEM/DGEM® und als Ratgeber bei schwierigen Entscheidungen war er hochgeschätzt. Seine Kenntnisse des politischen Umfeldes und sein herausragendes Verhandlungsgeschick waren für die DAEM eine unverzichtbare Stütze.

Wir gedenken seiner Leistungen für die DAEM mit Hochachtung und tiefer Dankbarkeit und werden ihn und sein Wirken sehr vermissen.

(G. Bönner, Präsident der DAEM)
(O. Adam, Vize-Präsident der DAEM)

Gewichtsreduktion I: Frühstücken wie ein Kaiser ... !

J. Richter et al.

Immer mehr übergewichtige Personen, die ihr Gewicht reduzieren wollen, neigen zum Intervallfasten (z.B. 16:8 = 16 Stunden Nahrungskarenz und 8 Stunden Nahrungsaufnahme). Für viele ist es dabei am einfachsten, das Frühstück auszulassen und abends die Hauptmahlzeit einzunehmen. Alternativ wären ein üppiges Frühstück und kein Abendessen. Wissenschaftlich ist es bisher unklar, welche Form des 16:8-Intervallfastens die Günstigere zur Gewichtsreduktion ist. Deshalb haben die Autoren der besprochenen Arbeit untersucht, wie sich die ernährungsbedingte Thermogenese (DIT) und der Zuckerstoffwechsel nach dem Frühstück oder dem Abendessen verhalten. Zugleich untersuchten sie die Studienparameter während einer generell hochkalorischen oder einer niederkalorischen Ernährung.

Die Studie wurde an 16 männlichen Probanden randomisiert, cross-over, laborstationär an drei Tagen durchgeführt. Es wurde die Kost in zwei Variationen verabreicht. Die Hauptmahlzeit (Frühstück oder Abendessen je nach Studienphase) enthielt 69% der Energie des Tagesbedarfes, während die Nebenmahlzeit nur 11% der Tagesenergie beinhaltete. Die DIT wurde mit indirekter Kalorimetrie bestimmt.

Darüber hinaus erfassten die Autoren Parameter des Zuckerstoffwechsels, das Hungergefühl und das Verlangen nach Süßem.

Bei gleicher Kalorienaufnahme mit dem Frühstück oder alternativ dem Abendessen erwies sich die DIT im Tagesverlauf annähernd 2,5-fach höher nach der morgendlichen Hauptmahlzeit (0,7 kJ/min) als nach der abendlichen (0,3 kJ/min), unabhängig von dem Gesamtkaloriengehalt der Tageskost ($p < 0,001$). Der Blutzuckeranstieg war nach der morgendlichen Hauptmahlzeit signifikant ($p < 0,001$) geringer als abends (BZ 5,5 vs 7,0 mmol/l), ebenso der

Insulinanstieg im Plasma (300 vs 400 pmol/l). Die erhöhten Parameter des Glukosestoffwechsels nach der abendlichen Hauptmahlzeit könnten eventuell mit den beobachteten unphysiologischen Steigerungen des ACTH und Cortisols bedingt sein. Interessant war auch der Befund, dass ein reduziertes Frühstück (11% der Tagesenergieaufnahme) Hunger und Verlangen nach Süßem über den ganzen Tag erhöhte, besonders nachmittags ($p < 0,007$).

Die Ergebnisse zeigen, dass es für den Energie- und Zuckerstoffwechsel günstiger ist, die Hauptmahlzeit am Morgen einzunehmen und am Abend nur eine kleine, niederkalorische Mahlzeit zu sich zu nehmen. Dies gilt unabhängig von der aufgenommenen Gesamtenergiemenge über den Tag. Eine abendliche Hauptmahlzeit wirkt sich nach den Ergebnissen eher negativ auf den Energie- und Zuckerstoffwechsel aus, was besonders für Diabetiker wichtig sein kann. Bestätigt werden die Ergebnisse durch eine ältere Studie (Jakubowicz D, et al. Obesity 2013; 21:2504-2512). Hierin wurde im direkten Vergleich gezeigt, dass bei Frauen ein hochkalorisches Frühstück als Hauptmahlzeit über 12 Wochen zu einer größeren Gewichtsreduktion und besseren Zucker- und Fettstoffwechseleinstellung führte als eine abendliche Hauptmahlzeit.

Vielleicht ist ja der alte Sinnspruch „Frühstücken wie ein Kaiser, Mittagessen wie ein König und Abendessen wie ein Bettelmann“ doch nicht ganz so falsch! O. von Bismarck wurde so immerhin 83 Jahre alt.

Quelle:

Richter J, et al. Twice as high diet-induced thermogenesis after breakfast vs dinner on high-calorie as well as low-calorie meals. J Clin Endocrinol Metab 2020; 105:e211-e221

Gewichtsreduktion II: Oder doch lieber morgens fasten ...?

DA. Lowe et al.

Bei Personen, die abnehmen wollen, gewinnt das Modell des 16:8 Fastens (16 Stunden nur kalorienfreie Getränke und 8 Std. freies Essen) immer mehr an Beliebtheit. Die Autoren der hier besprochenen Studie wollten untersuchen, ob ein Intervall-Fasten alleine ohne vorgeschriebene Kalorienrestriktion eine Gewichtsreduktion bewirken kann. Dafür studierten sie an 112 Probanden beiderlei Geschlechts mit einem BMI zwischen 27 und 43 kg/m², im Mittel von 32,7 kg/m², die Wirkung eines 16:8 Intervall-Fastens. Die Restriktion der Nahrungsaufnahme erstreckte sich über den Zeitraum von 20:00 Uhr bis 12:00 am nächsten Tag. Die freie Nahrungsaufnahme ohne Kalorienbeschränkung war von 12:00 Uhr bis 20:00 Uhr möglich. Verglichen wurde diese Gruppe mit einer randomisierten Kontrollgruppe, die ihren konventionellen Speiseplan (3 Mahlzeiten und ein Snack) beibehielt. Die Beobachtungsphase lief über 3 Monate.

Am Ende der Beobachtungsphase war in beiden Gruppen eine leichte Gewichtsabnahme zu

verzeichnen (K: 0,68 kg vs I: 0,94 kg). Der Unterschied zwischen den Gruppen war jedoch mit -0,26 kg nicht signifikant. Interessant war der Verlauf der Kalorienaufnahme in den Gruppen. Während die Fastengruppe in den ersten 4 Wochen noch weniger Kalorien pro Tag aufnahm, steigerte sie gegen Ende der Studie die tägliche Energieaufnahme kontinuierlich. In der Kontrollgruppe blieb die Energieaufnahme anfangs konstant und fiel dann gegen Ende der Studie langsam ab. Die Gesamt-Energieaufnahme über die Studie war in beiden Gruppen gleich. In der Summe können der Umfang und die Schwankungen der Energieaufnahme die ähnlichen Gewichtsverläufe beider Gruppen erklären.

Alle anderen untersuchten Parameter wie Nüchtern-Glukose, Nüchtern-Insulin und HbA1c sowie die Körperfettmasse zeigten keinen Unterschied in den beiden Gruppen. Als einziger Unterschied mit Signifikanz fand sich eine reduzierte Magermasse der Extremitäten in der Fastengruppe (-0,27 kg/m² gegenüber -0,16 kg/m² in der Kontrollgruppe).

Die Autoren schließen aus ihren Untersuchungen, dass ein 16:8-Intervall-Fasten ohne definierte Kalorienrestriktion keinen Vorteil bezüglich einer Gewichtsreduktion bringt.

Die Form des 16:8-Intervall-Fastens wird von den meisten Patienten wie in der vorgestellten Studie durchgeführt, da sie besser auf das Frühstück verzichten können. Vielleicht liegt aber gerade darin das Problem der ungenügenden Wirksamkeit. Denn die oben vorgestellte Studie von Richter et al. zeigt, dass es für die Energiebilanz besser wäre, das Frühstück einzunehmen und das Abendessen zu streichen. Doch ob diese einfache Umstellung der Fastenperiode reicht, um dann doch noch eine effektive Gewichtsreduktion zu erreichen, ist ungeklärt und unsicher. Was die TREAT-Studie von Lowe et al. aber sicher zeigt, ist, dass durch alleiniges Intervall-Fasten eine gesundheitsrelevante Gewichtsreduktion ohne Verminderung der täglichen Kalorienaufnahme nicht möglich ist!

Quelle:

Lowe DA, et al. Effects of time-restricted eating on weight loss and other metabolic parameters in women and men with overweight and obesity. The TREAT randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2020; doi:10.1001/jamainternmed.2020.4153

Gewichtsreduktion III: Auf die Pfunde kommt es an!

M. Yoshino et al.

Liegt bei einem Patienten eine krankhafte Adipositas vor, so wird eine deutliche Gewichtsreduktion als wichtigste Maßnahme zur Erhaltung der Gesundheit angesehen. Diese kann sowohl mittels strukturierten, langfristigen Formula-Diät-Programmen als auch durch bariatrische Operationen erreicht werden. In neueren Studien wurde spekuliert, dass die

bariatrische Chirurgie bei Diabetikern unabhängig von der Gewichtsreduktion einen günstigen Einfluss auf den Zuckerstoffwechsel hat. Dieser Frage gingen nun die Autoren der hier besprochenen Arbeit in einer prospektiven, unizentrischen Kohortenstudie an 22 Patienten mit Adipositas und Typ 2-Diabetes mellitus nach. Die Patienten waren nach Gewichtsreduktion (16% bis 24%, im Mittel 18% des Ausgangsgewichtes von im Mittel 122,2 kg, BMI 42,9 kg/m²) gematcht. Primärer Endpunkt war die hepatische Insulinsensitivität, weitere Endpunkte waren ergänzende Parameter des Glukosestoffwechsels sowie die Körpermassenzusammensetzung.

Die Gruppe der diätetisch behandelten Patienten wurde mit einer Formula-Diät oder schon vorbereiteten Speisen versorgt, während die Patienten der bariatrischen Operation einen Roux-en-Y Bypass erhielten. Alle Patienten wurden wöchentlich durch Diätfachkräfte betreut. Wenn die Patienten beider Gruppen das geplante Zielgewicht erreicht hatten, wurde eine 3-wöchige Phase zur Gewichtsstabilität eingeleitet, an deren Ende alle Kontrollmessungen erfolgten. Die erreichten Gewichtsreduktionen betragen in der Diät-Gruppe 17,8 ± 1,2% (-21,9 kg) und in der operierten Gruppe 18,7 ± 2,5% (-23,0 kg). Der Unterschied zwischen den Gruppen von 1,1 kg war unbedeutend und nicht signifikant.

Alle untersuchten Parameter des Glukosestoffwechsels wie Plasmaglukose, Insulinsekretion oder HbA1c-Konzentration veränderten sich in beiden Gruppen gleich positiv. So auch der primäre Endpunkt, die hepatische Insulinsensitivität. Die Körpermassenzusammensetzung wurde günstig beeinflusst und die orale antidiabetische Medikation reduziert. Die Betazellfunktion des Pankreas verbesserte sich in beiden Gruppen gleichermaßen. Signifikante Unterschiede in den beiden Therapiestrategien wurden bei keinem der beschriebenen Parameter gefunden.

Zusammenfassend zeigt das Ergebnis dieser Studie, dass eine diätetisch oder bariatrisch erzielte Gewichtsreduktion zu den gleichen Stoffwechselergebnissen führt, wenn die Reduktion des Körpergewichtes nur identisch ist. Es findet sich in dieser Studie kein Hinweis auf eine direkte, gewichtsunabhängige Wirkung der bariatrischen Chirurgie auf den Zuckerstoffwechsel. Es kommt letztendlich doch nur auf die Pfunde an, die abgebaut werden! Bei der Auswahl der individuellen Vorgehensweise sollten daher eher die Machbarkeit der Gewichtsreduktion und die damit verbundenen Nebenwirkungen wie psychische Alterationen, Nährstoffmangel oder Operationskomplikationen den Ausschlag geben.

Quelle:

Yoshino M, et al. Effects of diet versus gastric bypass on metabolic function in diabetes. N Engl J Med 2020; 383:721-732

(G. Bönner)

Korrigierte und aktualisierte Zufuhrempfehlungen für das Spurenelement Zink

A. Gebhardt

Ende 2019 erschien die 4. Aktualisierung zu den DACH-Referenzwerten für die Nährstoffzufuhr, mit den Schwerpunkten Vitamin B₆ und Zink. Im vorliegenden Beitrag wird, leider etwas verspätet, über die Neuerungen und aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisse bezüglich einer optimalen nutritiven Zinkaufnahme gesunder Erwachsener aber auch anderer Bevölkerungsgruppen berichtet. Wichtig ist dem Autor dabei eine Bewertung zu formulieren, wie die Zielvorgaben im Rahmen einer ausgewogenen abwechslungsreichen Ernährung auch umsetzbar sind. In einem Folgebeitrag wird in einer der nächsten Ausgaben des Newsletters noch über das Vitamin B₆ zu berichten sein.

In der vorliegenden Aktualisierung zu den DACH-Referenzwerten wurden von den deutschsprachigen Fachgesellschaften Deutschlands, Österreichs und der Schweiz die Zufuhrempfehlungen für eine angemessene Zinkversorgung fast ausnahmslos für beide Geschlechter und alle Altersgruppen angehoben, bei den Erwachsenen im Mittel durchaus um 30 – 40%. Da die Zinkabsorption zudem maßgeblich vom Phytatgehalt der Nahrung beeinflusst wird, erfolgte sogar noch eine zusätzliche Differenzierung nach niedriger, mittlerer bzw. hoher Phytatzufuhr.

Tabelle 1 zeigt die aktuellen Angaben im Vergleich zu den bisher gültigen Empfehlungen.

Eine niedrige Phytatzufuhr wurde mit durchschnittlich 330 mg/Tag (0,5 mmol) definiert, was einer Ernährungsweise entspricht, die bevorzugt Lebensmittel tierischen Ursprungs und gleichzeitig wenig Vollkornprodukte und Hülsenfrüchte verwendet. Dabei kann von einer hohen Zinkabsorption ausgegangen werden.

Eine mittlere Phytatzufuhr entspricht durchschnittlich 660 mg/Tag (1 mmol), enthalten in einer empfohlenen ausgewogenen und abwechslungsreichen Mischkost, die sowohl tierische als auch pflanzliche Proteinquellen enthält.

Eine hohe Phytatzufuhr wiederum resultiert bei Verwendung überwiegend pflanzlicher Proteinquellen aus (nicht gekeimten und unfermentierten) Vollgetreideprodukten und Hülsenfrüchten. Hier ist bei einem angenommenen mittleren Phytatgehalt von 990 mg/Tag (1,5 mmol) von einer verminderten Zinkabsorption auszugehen. Für Erwachsene aller Altersstufen muss also von niedriger bis hoher Phytatzufuhr von einer fast 50%igen Steigerung des Zinkgehaltes in der Nahrung ausgegangen werden (siehe Tab. 1).

Tabelle 1: Empfohlene Zinkzufuhr für Menschen unterschiedlicher Altersstufen. Angaben in mg/Tag, Erläuterungen zu den Angaben siehe Text. Modifiziert nach DACH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr

Legende: Zufuhrempfehlungen herabgesetzt unverändert erhöht

Alter	bisher	m			bisher	w		
Säuglinge								
bis 4 Monate	1,0		1,5		1,0		1,5	
4 bis <12 Monate	2,0		2,5		2,0		2,5	
Kinder und Jugendliche								
1 bis <4 Jahre	3,0		3,0		3,0		3,0	
4 bis <7 Jahre	5,0		4,0		5,0		4,0	
7 bis <10 Jahre	7,0		6,0		7,0		6,0	
10 bis <13 Jahre	9,0		9,0		7,0		8,0	
13 bis <15 Jahre	9,5		12,0		7,0		10,0	
15 bis <19 Jahre	10,0		14,0		7,0		11,0	
		niedrige Phytatzufuhr 330 mg	mittlere Phytatzufuhr 660 mg	hohe Phytatzufuhr 990 mg		niedrige Phytatzufuhr 330 mg	mittlere Phytatzufuhr 660 mg	hohe Phytatzufuhr 990 mg
Erwachsene								
19 bis <25 Jahre	10,0	10,0	14,0	16,0	7,0	7,0	8,0	10,0
25 bis <51 Jahre	10,0	10,0	14,0	16,0	7,0	7,0	8,0	10,0
51 bis <65 Jahre	10,0	10,0	14,0	16,0	7,0	7,0	8,0	10,0
65 Jahre und älter	10,0	10,0	14,0	16,0	7,0	7,0	8,0	10,0
Schwangere								
1. Trimester					7,0	7,0	9,0	11,0
2. und 3. Trimester					10,0	9,0	11,0	13,0
Stillende								
					11,0	11,0	13,0	14,0

Der Körperzinkbestand des erwachsenen Menschen wird mit 2-3 g angenommen, vorwiegend als Zn^{2+} proteingebunden im Blut, in der Muskulatur und im Skelett vorkommend. Der physiologische Turnover beträgt 0,1%, also 2-3 mg, die täglich ausgeschieden werden. Da für Zink keine klassischen Speicherdepots existieren, muss diese Menge kontinuierlich mit der Nahrung ersetzt werden.

Die Zinkabsorption erfolgt vorwiegend im Dünndarm über einen spezifischen Zinktransporter, das sogenannte Zit/Irt-like protein (Zip). Die Absorption wird von mehreren Faktoren beeinflusst, wobei neben der Zinkmenge wie bereits erwähnt v.a. der Phytatgehalt den entscheidenden Faktor darstellt. Ab einem molaren Verhältnis von >15 : 1 Phytat : Zink ist die Absorptionsrate deutlich vermindert. Diese Grenze wird bei den in Tabelle 1 aufgeführten Kategorien bei <2,2; <4,4 bzw. <6,6 mg Zink erreicht. Weiterhin wird die Zinkabsorption durch die Anwesenheit von Proteinen bzw. niedermolekularen Peptiden oder einzelner Aminosäuren, aber auch durch Eisen oder Calcium beeinflusst. Dabei zeigt tierisches Protein regelhaft eine Verbesserung der Absorptionsrate, während z.B. Sojaprotein durch begleitende Inhibitoren der Zinkabsorption diese eher verschlechtern. Auch hohe Eisenmengen wirken sich nachteilig auf die Zinkabsorption aus, allerdings erst in pharmakologischen

Mengen, was aber bei Eisen-Substitutionen durchaus Relevanz bekommen kann.

Ausgeschieden wird Zink hauptsächlich über die Fäzes (nahrungsbedingte Komplexbildung, abgestoßenes Darmepithel, Pankreassekret und Gallensaft). I.d.R. vernachlässigbar sind dagegen die Verluste über Nieren, Schweiß, Haut, Haare oder Finger- und Zehennägel. Man kennt zwischenzeitlich mehrere tausend zinkabhängige Proteine und Enzyme im menschlichen Stoffwechsel.

Zu den bekanntesten zählen die Alkoholdehydrogenasen, die Superoxiddismutasen sowie RNA Polymerasen (Transferasen), Isomerasen, Lyasen, Hydrolasen sowie Ligasen als tRNA-Synthetasen. Eine bekannte Funktion des Zinks ist zudem sein Bestandteil in der Speicherform des Insulins in der β -Zelle des Pankreas.

Aus dieser bei Weitem noch unvollständigen Auflistung lassen sich aber schon die vielfältigen biologischen Funktionen des Zinks erahnen und ableiten. Es nimmt essentiell Einfluss auf das Zellwachstum und die Zelldifferenzierung, aber auch auf die Apoptose. Außerdem ist Zink Enzymbestandteil bei zahlreichen metabolischen Prozessen und ist für eine störungsfreie Funktionsweise des Immunsystems und bei der Fortpflanzung erforderlich. Lediglich ein kleiner Anteil des Zinks liegt als sogenanntes freies Zink in lose

gebundener Form vor und wirkt dabei v.a. als Signalvermittler im Nervensystem mit oder als intrazellulärer Botenstoff in immunaktiven Zellen.

Dennoch existieren bis heute noch keine verlässlichen und international anerkannten Referenzwerte für die Beurteilung des Zinkstatus, weder im Serum bzw. Plasma noch in den einzelnen Blutzellfraktionen. Die Aussagekraft der häufig bestimmten Zinkkonzentration im Serum oder Plasma unterliegt nicht nur großen Schwankungen in Abhängigkeit von der Nahrungsaufnahme oder der Tageszeit, auch Alter, Geschlecht, Medikamenteneinnahme und zahlreiche Erkrankungszustände spielen eine erhebliche Rolle. Da Zink zudem im Plasma lediglich rund 0,1% des Gesamtkörperbestandes repräsentiert, wirken sich fehlerhafte Blutentnahmen, bei denen größere Mengen an Blutzellen zerstört werden, ergebnisverfälschend aus. Eine Zinkbestimmung sollte daher wenigstens standardisiert immer aus im morgendlichen Nüchternzustand gewonnenem Plasma erfolgen.

Dennoch ist dadurch gleichwohl kein zweifelsfreier Nachweis für einen Zinkmangel zu führen. Klinisch auffällig wirkt sich ein anhaltender Zinkmangelzustand bekanntermaßen und zweifellos auf das Immunsystem aus, mit zu beobachtender erhöhter Infektanfälligkeit.

Nach Auswertung der NVS II (Nationale Verzehrsstudie) darf in der Bevölkerung von einer durchschnittlich ausreichenden nutritiven Zinkversorgung ausgegangen werden, wenngleich wie die Tabelle 1 oben zeigt, der Faktor des Phytatgehaltes eine mitentscheidende Rolle in der Bewertung spielen muss. Grundsätzlich ist Zink, vergleichbar auch dem Eisen, aus tierischen Lebensmitteln leichter verfügbar als aus pflanzlichen. Insbesondere gilt dies für die ganze Palette der ansonsten mit vielen positiven ernährungsphysiologischen Eigenschaften ausgestatteten Vollkornprodukte.

Im Rahmen einer gemischten Vollkost mit drei Portionen Fleisch (ca. 500 g), abwechselnd als Geflügel, Schwein, Kalb, Wild, Lamm, Ziege oder Rind kann eine mittlere Versorgung von rund 2 mg/Tag angenommen werden. Der Range für die angegebenen Fleischsorten reicht von 1,0-5,6 mg/100g. Deutlich niedriger sind die Angaben für Speisefische (0,3-1,9 mg/100g), so dass mit einer Fischportion von rund 100 g durchschnittlich kaum mehr als 1 mg Zink zugeführt wird, was in der Wochenbilanz nicht nennenswert zu Buche schlägt. Für Wurstwaren wiederum darf eine Spanne von 1-4 mg/100 g angenommen werden, Wurstsorten mit Leberanteil liegen sogar um 5 mg. Bei einer mäßigen durchschnittlichen Tagesportion von 50 g, kalkuliert sich aus dieser Lebensmittelgruppe eine Zinkzufuhr von 1,5-2 mg/Tag. Etwas zinkreicher sind Weich-, Schnitt- und Hartkäsesorten mit angegebenen 2-6 mg/100 g. Auch hier sei wieder eine durchschnittliche Tagesmenge von 50 g angenommen, was dann einer Zinkmenge von 2-2,5 mg

entspreche. Trinkmilch sowie Milchprodukte wie z.B. Joghurt, Quark oder Buttermilch, aber auch Frisch- und Schichtkäse enthalten vergleichsweise nur 0,4-0,7 mg/100 g. Da aber hier ein durchschnittlicher Verzehr von 200 g nicht ungewöhnlich und durchaus empfehlenswert ist, resultiert auch daraus eine Gesamtmenge an Zink von ca. 1 mg. Auch ein Hühnerei darf mit 1 mg/Ei mittlerer Größe in die Bilanz einberechnet werden, wobei zu beachten gilt, dass der überwiegende Anteil des Zinks im Eigelb gebunden ist (3,8 mg/100 g Hühnereigelb). Das Hühnereiweiß ist dagegen nahezu verarmt an Zink.

Tabelle 2: Kalkulierte Zinkzufuhr aus tierischen Lebensmitteln (in mg/Tag), bezogen auf empfohlene moderate und durchschnittliche Tagesportionen. Die Mengenangaben sind dem BundesLebensmittelSchlüssel (BLS) entnommen und entsprechend umgerechnet.

Tierische Lebensmittel	Zink
Fleisch (500 g/Woche)	2,0
Fisch (150 g/Woche)	0,2
Wurst und Wurstwaren (50 g/Tag)	1,5 – 2,0
Weich-, Schnitt- und Hartkäse (50 g/Tag)	2,0 – 2,5
Trinkmilch und Milchprodukte (200 g/Tag)	1,0
Hühnerei (2/Woche)	0,3
Summe aus tierischen Lebensmitteln	7,0 – 8,0

Von den pflanzlichen Lebensmitteln enthalten Nüsse und Samen sowie Hülsenfrüchte und Getreide teilweise erhebliche Zinkmengen. Bei Getreide und Getreideprodukten sinkt der Gehalt allerdings erheblich, ausgehend vom vollen Korn, mit dem Grad der Ausmahlung. Bei Weizen sinkt er z.B. von 3,4 mg bis auf 0,5 mg/100 g beim bekannten Weißmehl Type 405, also um rund 85%. Gleichzeitig wird ein Phytinsäuregehalt für das ganze Weizenkorn von 900 mg, für das Weißmehl nur noch von 20 mg angegeben. Ähnliche Verhältnisse finden sich für andere Getreidesorten, wenngleich in dieser Fragestellung zu beklagen ist, dass in den gängigen Inhaltsstofftabellen bisher nur äußerst wenige Angaben zum Phytinsäuregehalt eines Produktes gemacht werden können.

Brot, eines unserer wichtigsten Nahrungsmittel, ist z.B. in zahlreichen Variationen im Handel verfügbar. Die Zinkangaben schwanken zwischen 0,7 mg/100 g in Weißbrot und vergleichbaren Produkten bis hin zu 2,1 mg, z.B. in 100 g Dinkelvollkornbrot. Für Brote mit einem mittleren Zinkgehalt von 1,5 mg/100 g werden Phytinsäuremengen von 250-330 mg angegeben. Das heißt 200 g Vollkornbrot, was durchaus einer ratsamen täglichen Verzehrmenge entspricht, werden rund 3 mg Zink bereits durch fast 600 mg Phytinsäure begleitet. Eine Tagesportion von 400 g Gemüse und 200 g Obst trägt mit weiteren ca. 2 mg zur Zinkversorgung bei, wenigstens 1 mg ist einer Portion von 200 g Sättigungsbeilagen zuzuordnen. Hülsenfrüchte sowie Nüsse und Samen enthalten zwar neben zahlreichen anderen physiologisch wertvollen Inhaltsstoffen auch

Zink in nennenswerten Mengen, dieser letztgenannte Vorzug wird aber durch einen teilweise sehr hohen Phytinsäuregehalt aufgewogen. Dennoch ist eine Portion Nüsse von 20-25 g, z.B. als Zugabe zu einer Portion Müsli eine sinnvolle Ergänzung im Rahmen einer ausgewogenen vollwertigen Ernährung. Vergleichbar den Nüssen und Samen sind Hülsenfrüchte einzustufen. Eine getrocknete Portion Linsen, Bohnen- oder Erbsenkernen etc. enthält 0,7-2 mg Zink, aber eben auch 440-2280 mg Phytinsäure.

Dennoch, zusammenfassend können auch aus den in Tabelle 3 aufgeführten pflanzlichen Lebensmittelparten mit überschaubaren Mengen problemlos 6-8 mg Zink zugeführt werden, wonach praktisch alle in Tabelle 1 aufgeführten Bevölkerungsgruppen ausreichend mit Zink versorgt wären.

Tabelle 3: Kalkulierte Zinkzufuhr aus pflanzlichen Lebensmitteln (in mg), bezogen auf empfohlene moderate und durchschnittliche Tagesportionen. Die Mengenangaben sind dem BundesLebensmittelSchlüssel (BLS) entnommen und entsprechend auf die angegebenen Portionsmengen umgerechnet. Die leider sehr unvollständigen Phytinsäuregehalte (in mg) sind aus verschiedenen Quellen im Internet zusammengetragen.

Pflanzliche Lebensmittel	Zink	Phytinsäure
Brot im Durchschnitt (200 g/Tag)	3,0	290
Hülsenfrüchte roh bzw. getrocknet	1,4-4,2	440-2280
Nüsse und Samen	2,1-7,8	950-4300
Obst (200 g)	0,4-0,8	<20
Pilze, gegart, im Durchschnitt (100 g)	0,5	
Gemüse im Durchschnitt (400 g, roh, und/oder gegart)	1,2-1,6	
Kartoffeln und sonstige kohlenhydrathaltige Sättigungsbeilagen (200 g gegart)	0,6-1,4	

Die Ausführungen machen auch deutlich, dass mit einer überwiegend oder gar ausschließlich vegetarisch ausgerichteten Ernährungsform (lacto-ovo-vegetabil), also unter Einbindung von Milchprodukten und/oder Eiern mit keinerlei Beeinträchtigung der Zink-Versorgung zu rechnen ist. Problematischer ist auch hier, vergleichbar der Eisen- und Vit. B₁₂-Versorgung, eine streng vegane Ernährungsweise einzustufen. Vollgetreideprodukte, auch Pseudogetreide wie z.B. Buchweizen oder Amarant, Nüsse und Samen sowie Hülsenfrüchte enthalten neben den durchaus nennenswerten Zinkmengen eben auch weit überdurchschnittlich viel Phytinsäure. Der Phytinsäuregehalt kann durch Keimung von Sämlingen bzw. Fermentierungsvorgängen allerdings deutlich reduziert werden, was bei veganer Ernährungsweise daher dringend angeraten ist.

Eine nutritive Überversorgung mit Zink ist normalerweise nicht vorstellbar, allerdings kommen auch andere Zinkquellen, allen voran aus Zahnpasten, Mundwasser und Haftcremes für Zahnprothesen und selbstverständlich aus Nahrungsergänzungsprodukten oder Zinksupplementen in Betracht. Ab einer dauerhaften Aufnahme von 40–60 mg Zink/Tag muss nach

aktueller Kenntnislage von einer chronischen Zinküberladung mit den zu erwartenden negativen Auswirkungen ausgegangen werden, was nach verschiedenen Untersuchungen und Berechnungen in Einzelfällen durchaus erreicht werden kann. Eine chronische Überversorgung mit Zink birgt wiederum die große Gefahr einer nachteiligen Einflussnahme auf den Eisenstoffwechsel in sich. Dies liegt darin begründet, dass Zink in hohen Konzentrationen die Kupferresorption hemmt. Kupfer wiederum ist essentieller Co-Faktor in verschiedenen Enzymen des Eisenstoffwechsels und kann so bei Mangelzuständen die Entwicklung einer Anämie begünstigen oder auch zu neurologischen Beeinträchtigungen führen.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Ernährung: DACH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 4. Aktualisierungslieferung 12/2019

Rubrik „Aus den Lehrkliniken der DAEM“

I. Neue Rezertifizierungen

Ende 2020 wurde die **Klinik Teutoburger Wald in Bad Rothenfelde** rezertifiziert, eine Einrichtung des Rehaklinikums Bad Rothenfelde der Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. Diese Rehaklinik ist spezialisiert auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen (AHB-Maßnahmen nach Herzinfarkt und Herzoperationen), Gefäßkrankheiten (arteriell und venös, auch postoperativ), und Stoffwechselkrankheiten wie Diabetes mellitus (Typ 1 und Typ 2), Adipositas oder Fettstoffwechselstörungen sowie Atemwegserkrankungen. Im Mittelpunkt steht über allen Indikationen die beruflich orientierte Rehabilitation.

Die Klinik bietet den PatientInnen auch einen ernährungsmedizinisch ausgewiesenen Schwerpunkt, eingebettet in ein sehr fundiertes ernährungstherapeutisches Konzept. Dabei wird u.a. eine qualitätsoptimierte Kost mit ernährungsphysiologisch hoher Nährstoffdichte und indikationsbezogenen Anpassungen gereicht. Außer dem vorportionierten Mittagessen basiert das Konzept der Speisenversorgung auf möglichst weitgehender Eigenverantwortlichkeit des Patienten am Buffet, selbstverständlich mit zahlreichen visuellen Anleitungshilfen und stets möglicher Inanspruchnahme fachpersoneller Unterstützung.

Insgesamt liegt ein besonderer und überdurchschnittlich gut ausgebauter Schwerpunkt des Hauses im Sektor Schulungen und Beratungen. Hier wird seit Jahren ein etabliertes, modular aufgebautes und interdisziplinär ausgerichtetes Schulungskonzept umgesetzt – vorrangig für die Indikationen Adipositas und Diabetes mellitus. Der Klinik darf hier ohne jeden Zweifel bescheinigt werden, zwischenzeitlich über sehr viel Erfahrung und Schulungsqualität zu verfügen.

Die zweite rezertifizierte Einrichtung ist die **Klinik Buchinger Wilhelmi in Überlingen am Bodensee**. Die Klinik stellt sich im nachfolgenden Beitrag selbst vor, wobei die dargestellte ernährungsmedizinisch/ -therapeutische Expertise aufgrund der jahrelang

durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen und mehrfach durchgeführten Konformitätsprüfungen bei Kontroll- und Rezertifizierungsaudits immer wieder eindrucksvoll bestätigt werden konnte.

Sollten Sie als Internist*in oder Allgemeinmediziner*in an einer neuen beruflichen Herausforderung interessiert sein, verweisen wir hier sehr gerne über nachfolgenden Link auf ein sehr interessantes Stelleninserat am Bodensee
<https://www.buchinger-wilhelmi.com/facharzt-innere-medizin-allgemeinmedizin-naturheilverfahren/>.

(A. Gebhardt)

II. Die Klinik Buchinger Wilhelmi in Überlingen am Bodensee - Klinik für Heilfasten, Integrative Medizin und Inspiration – stellt sich vor

Birgitt Bley, Dipl.oec.troph., Leitung. Ernährungsberatung
Prof. Dr. Tania Mara Welzel, Chefärztin der Klinik

Auch wenn man es von einer Fastenlinik nicht unbedingt erwarten würde: die richtige Ernährung spielt bei Buchinger Wilhelmi eine genauso wichtige Rolle wie das Fasten selbst. Die Klinik wird aktuell in der 4. Generation von Leonard Wilhelmi – dem Urenkel des Gründers Dr. Otto Buchinger – geleitet. Die Klinik freut sich, nun schon zum 7. Mal in Folge mit der Zertifizierung „Lehrklinik für Ernährungsmedizin“ ausgezeichnet worden zu sein und gehört damit zu den wenigen Institutionen, die seit 2001 diesem Qualitätszirkel angehören. Buchinger Wilhelmi ist aktuell eine von insgesamt nur 21 zertifizierten Einrichtungen in Deutschland und nur eine von zwei Fastenkliniken.

Als exotisches Mitglied, spezialisiert auf Heilfasten und integrative Medizin mit einer vollwertigen vegetarischen Bio- und deutschlandweit einzige DEMETER-zertifizierten Küche, ist die Klinik Buchinger Wilhelmi in Überlingen damit von Anfang an als Lehrklinik für Ernährungsmedizin dabei gewesen. Die stetige Weiterentwicklung der Ernährungsrichtlinien und die stetige Anpassung der Originalmethode von Dr. Otto Buchinger an neue Erkenntnisse sichert die hohe Qualität der Ernährungsmedizin an den Kliniken mit Standorten in Überlingen und Marbella. Dabei ist der Klinik die Unterstützung der regionalen, nachhaltigen und biologischen Landwirtschaft ein großes Anliegen. Eine gute Vernetzung besteht mit einzelnen Produzenten und Lieferanten, was dazu beiträgt, dass alte Gemüsesorten und saisonales Obst und Gemüse auf dem Speiseplan stehen, auch der Nachhaltigkeit zuliebe.

Die medizinische Betreuung des internationalen Patientenkontexts erfolgt durch eine intensive Zusammenarbeit von ÄrztInnen, Ernährungsberater*innen, PsychologInnen, PflegerInnen sowie dem Küchenchef Herbert Hohler und seinem Team. In der Ernährungskommission sind alle Abteilungen vertreten, die mit Ernährungsmedizin oder mit der Zusammenstellung, Zubereitung und Verteilung von Speisen zu tun haben. Jeder Mitarbeitende ist somit wichtig, um die

Umsetzung des Ernährungskatalogs mit seinen detaillierten Verfahrensanweisungen zu den Speiseplänen sicherzustellen und um auch Patienten mit komplexen Krankheitsbildern auf dem ganz individuellen Weg der Heilung zu begleiten. Klinikinterne Schulungen, die zweimal jährlich durchgeführt werden, sichern, dass das „Gedächtnis“ des Ernährungskatalogs lebendig bleibt und Neuerungen (wie zum Beispiel intermittierendes Fasten oder time restricted eating) geschult werden. Individuelle Ernährungsberatungen, Lehrküchen und Fachvorträge zur Ernährung und psychologische Coachings sollen den Patienten ermöglichen, die Elemente einer gesunden Ernährung zu erlernen, und die gesündere Lebensweise auch im Alltag zu Hause weiter fortführen zu können. Eine spannende Herausforderung in der Beratung ist dabei auch die kulturelle Vielfalt des internationalen Patientenkontexts (2019 mit Patienten aus 82 Nationen), die gute Kenntnisse in den internationalen Besonderheiten der Ernährung erfordern.

Dass eine gesunde, vollwertige Ernährung nicht nur in der Prävention, sondern auch einen großen Stellenwert in der Behandlung von chronischen Erkrankungen hat, ist unumstritten. Dass aber auch das Heilfasten nach Buchinger Wilhelmi oder intermittierendes Fasten eine tiefgreifende positive Wirkung auf die Gesundheit des Menschen haben, zeigen eine Vielzahl von internationalen Forschungsarbeiten. Heilfasten als Methode nimmt nun zunehmend auch Einzug in die universitäre Medizin. Eine vor ca.10 Jahren von Frau Dr. Françoise Wilhelmi de Toledo, der ärztlichen Direktorin, gegründete Forschungsabteilung konnte zahlreiche Arbeiten zum Heilfasten nach der Buchinger Wilhelmi Methode veröffentlichen. Mit der neuen Chefärztin der Klinik, Prof. Dr. Tania Mara Welzel hat sich das Unternehmen auch zu einem Ausbau der Forschungsabteilung verpflichtet; mit einem Patientenkollektiv von ca. 6000 Patienten an beiden Klinikstandorten ein wahres Paradies für klinisch-transnationale Forschungsarbeiten. Und Kollaborationen mit universitären Zentren werden derzeit geprüft und ausgebaut.

Zuletzt bietet die wunderbare Lage am Ufer des Bodensees mit Blick auf die schneebedeckten Alpen einen ausgezeichneten Rahmen für das Wohlbefinden und die Heilung der Patienten. Aber auch für ihre Mitarbeiter, ist es ein inspirierender Ort mit umfassenden Möglichkeiten sich einzubringen und weiterentwickeln zu können!

Ausschreibungen

Preis für innovative Konzepte für Prävention und Therapie der Adipositas im Bereich Kinder und Jugendliche 2021 der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG)

Der Präventionspreis der DAG wurde in den o.g. Preis umgewandelt. Die Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V. und deren Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter verleihen im Jahr 2021

einen mit 1000,- € dotierten Förderpreis für innovative, nachhaltige Projekte im Bereich der Prävention und Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Ausgezeichnet werden Projekte, die sowohl einen verhaltens-, als auch einen verhältnispräventiven Ansatz oder innovative Therapiekonzepte verfolgen. Insbesondere kreative und nachhaltig effektive Konzepte, die sich auch an anderen Standorten implementieren lassen, sollen damit gefördert werden. Der Preis wird zukünftig jährlich im Wechsel innerhalb der gesamten Fachgesellschaft (DAG) bzw. der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter (AGA) vergeben. Die nächste Preisverleihung 2021 richtet sich an Mitglieder der AGA.

Bewerbungsfrist ist der 31.06.2021

Weitere Informationen unter:

<https://adipositas-gesellschaft.de/auszeichnungen/praeventionspreis-dag-aga/>

Kurs- und Seminarangebot der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V. (DAEM) 2020

Nach der neuen Musterweiterbildungsordnung ist die 100-Stunden-Kursweiterbildung die Basisvoraussetzung für die Erlangung der „Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin“

100-stündige Kursweiterbildung nach dem (Muster-) Kursbuch Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer auf der Grundlage der MWBO vom 28.04.2020, durchgeführt als Blended-Learning-Veranstaltung

In einer 100-Stunden-Kursweiterbildung der DAEM werden die im Kursbuch Ernährungsmedizin geforderten 100 Unterrichtseinheiten mit zwei Präsenzphasen (insgesamt 80 UE) und jeweils einer vorgeschalteten Telelernphase (insgesamt 20 UE) umgesetzt. Thematisch gliedert sich der Fortbildungszyklus in fünf Module.

Modul 1 mit Schwerpunkt: Ernährungslehre und ernährungsmedizinische Grundlagen	12 UE
Modul 2 mit Schwerpunkt: Ernährungsmedizin und Prävention	12 UE
Modul 3 mit Schwerpunkt: Methoden, Organisation, Didaktik und Qualitätssicherung	16 UE
Modul 4 mit Schwerpunkt: Enterale- und parenterale Ernährung	10 UE
Modul 5 mit Schwerpunkt: Therapie und Prävention ernährungsmedizinisch relevanter Krankheitsbilder	50 UE

April 2021 bis November 2021 live-online, 100-Stunden-Kursweiterbildung **Warteliste**

Telelernphase 1	12.04. – 05.05.2021
Präsenztermin 1	06.05. – 09.05.2021
Telelernphase 2	25.10. – 22.11.2021
Präsenztermin 2	23.11. – 28.11.2021

September 2021 bis Februar 2022 Münster, 100-Stunden-Kursweiterbildung

(hier mit Kammerzertifikat Ernährungsmedizinische Grundversorgung)

Veranstaltungsort der Präsenzphasen:

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

Telelernphase 1	20.09. – 21.10.2021
Präsenztermin 1	21.10. – 24.10.2021
Telelernphase 2	10.01. – 08.02.2022
Präsenztermin 2	09.02. – 13.02.2022

Seminarkosten des Blended-Learning Kurs Ernährungsmedizin inkl. Prüfungsgebühr: 1.980 €

Vorankündigung:

März bis Juli 2022 Freiburg, 100-Stunden-Kursweiterbildung

Weitere Informationen zu diesem Kurs folgen demnächst auf unserer Website.

Fallseminare für die berufsbegleitende Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin

Die Zusatzweiterbildung Ernährungsmedizin umfasst in Ergänzung zusätzlich 120 Stunden Fallseminare unter Supervision. Dazu sind 5 Fallseminare mit jeweils fünf verschiedenen Indikationsbereichen vorgesehen, d.

- 1. Fallseminar:** Präventivmedizin, Diabetologie, Kardiologie, Lipidologie, Sportmedizin
- 2. Fallseminar:** Gastroenterologie, Chirurgie, Intensivmedizin, Häusliche parenterale Ernährung, Allergologie/Dermatologie
- 3. Fallseminar:** Adipositas, Bariatrische Chirurgie, Essstörungen, Ambulante Ernährungstherapie, Endokrinologie
- 4. Fallseminar:** Nephrologie, Rheumatologie, Neurologie, Geriatrie, Traumatologie
- 5. Fallseminar:** Schwangerschaft, Pädiatrie, Onkologie, Palliativmedizin, Pneumologie

Fallseminare - Live-online

- Fallseminar 1:** 19. - 21.02.21
16. - 18.07.21
- Fallseminar 2:** 06. - 08.08.21
08. - 10.10.21
- Fallseminar 3:** 18. - 20.06.21
24. - 26.09.21
- Fallseminar 4:** 04. - 06.08.21
14. - 16.05.21
- Fallseminar 5:** 29. - 31.10.21
19. - 21.11.21

Veranstaltungsort Münster

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

Alle Fallseminare im Jahr 2021 in Münster sind bereits **ausgebucht**. Informationen zu aktuellen und künftigen Fallseminaren finden Sie auf unserer Website.

Kosten eines Fallseminars: 500 €

DAEM Spezialseminare zu ausgewählten Schwerpunktthemen der Ernährungsmedizin und -therapie

In den Spezialseminaren der DAEM wird jeweils ein zentrales und wichtiges Themengebiet der umfassenden 100-Stunden-Kursweiterbildung Ernährungsmedizin aufgegriffen und einerseits als Update, aber auch vertiefend in der interprofessionellen und in der interdisziplinären Betrachtungsweise behandelt. Dieses Seminarkonzept richtet sich grundsätzlich an alle Mitwirkenden eines ernährungstherapeutischen Teams, d.h. sowohl an die in der Klinik (Akut- und Reha-Bereich) als auch die in der niedergelassenen Praxis Tätigen. Der Teilnehmerkreis umfasst neben Ernährungsmediziner*innen insbesondere qualifizierte Ernährungsfachkräfte (Diätassistent*innen, Ökotropholog*innen), aber z.B. auch Bewegungstherapeut*innen oder Psycholog*innen. Abhängig vom Themenschwerpunkt ist auch die Teilnahme von Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen sowie Küchenverantwortlichen erwünscht.

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

Seminarkosten eines Spezialseminars inkl. Pausenverpflegung: 350 €

11. - 12. Juni 2021, Offenbach

**DAEM-Spezialsseminar
"Therapie der Adipositas Grad II und III – Update 2021"**

Veranstaltungsort:

Adipositaszentrum im Sana Klinikum Offenbach
Starkenburgring 66
63069 Offenbach am Main

Wissenschaftliche Leitung und Programmgestaltung Prof. Dr. Thomas Horbach, Offenbach
D. Schneider, Freiburg
L.Kämpfer, Freiburg

Vortragshinhalte: Pathogenese des Metabolischen Syndroms; aktuelle Therapieleitlinien der DAG; Adipositas-therapie in der Rehabilitation, integrierte Versorgung der Adipositas Grad III in einem Adipositas-zentrum, wann ist eine bariatrische Intervention angezeigt und erfolgversprechend? Postoperative ernährungstherapeutische Betreuung; Case-Management; Sport und Physiotherapie; Begutachtungsrichtlinien zur Genehmigung von operativen Eingriffen

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

12. - 13.11.2021, München

**DAEM-Spezialsseminar
„Vom Reizdarm bis zum Mikrobiom – moderne Ernährung in der Gastroenterologie“**

Veranstaltungsort:

Leonardo Hotel Munich City South
Hofmannstraße 1
81379 München

Wissenschaftliche Leitung und Programmgestaltung Prof. Dr. M. Rust, München
Dr.med. Gert Bischoff, München
Monika Bischoff, München
Liane Kämpfer, Freiburg

Vortragsinhalte: Erhebung des Ernährungszustandes und Basisdiagnostik bei Ernährungsproblemen in der Gastroenterologie, spezifische Nahrungsmittelintoleranzen (Laktose, Fruktose, Histamin), Glutenunverträglichkeit oder Weizensensitivität, Ernährung bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, Reizdarm, Ernährung bei Lebererkrankungen, perioperative Ernährung und postoperative Ernährungstherapie bei Operationen an Organen des Gastrointestinaltraktes, Darm-Mikrobiom

Seminarinhalte: Ernährungstherapie und -beratung bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten anhand von Fallbeispielen, Ernährung bei Lebererkrankungen, ernährungstherapeutische Maßnahmen mit interaktiven Falldiskussionen, praktische Umsetzung der postoperativen ET anhand von Fallbeispielen, Praxis der enteralen und parenteralen Ernährungstherapie bei gastroenterologischen Erkrankungen mit Falldiskussion

Vorankündigung:

11. – 12.03.2022, München

DAEM-Spezialseminar

„Ernährung in der Onkologie“

Weitere Informationen zu dieser Veranstaltung folgen demnächst.

Auskünfte und Anmeldung zu allen DAEM-Veranstaltungen, sowie die Verfügbarkeit von Seminarplätzen:

Geschäftsstelle der DAEM
Reichsgrafenstr. 11, 79102 Freiburg
Tel.: 0761/ 704020;
Email: info@daem.de, Internet: www.daem.de

Veranstaltungen anderer Institutionen 2021/22

17. – 20.04.2021, Wiesbaden

127. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Informationen unter
www.kongress.dgim.de/eckdaten/

**22. – 24.04.2021, Online Kongress
VDD Bundeskongress**

Informationen unter:
www.vdd.de/vdd-kongress-2021/

30.04.2021, online

Jahrestagung des BDEM (Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e.V.)

Informationen unter:
www.bdem.de

07. – 09.05.2021 und 22. – 24.10.2021

(1. Kursteil Voraussichtlich online)

15. Kurs „Ernährungsmedizin in der Onkologie“

Informationen unter:
www.emo-kurs.de

12. – 15.05.2021, Online-Kongress

55. Kongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Informationen unter:
www.diabeteskongress.de/kongress

24. – 26.06.2021, online/ St. Gallen

Ernährung 2021 „Ernährung Evidenz gefunden?!“

Informationen unter:
www.geskes.ch

27. – 28.08.2021, Irsee

35. Irseer Fortbildungsveranstaltung

Informationen unter:
<https://www.dgem.de/zukuenftige-dgem-veranstaltungen>

17. – 19.09.2021, Aachen

29. VFED-Kongress

www.vfed.de/de/vfed-kongress/vfed-kongress

05. – 06.11.2021, Wiesbaden

Adipositas-Kongress 2021

37. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V.

Informationen unter:
www.adipositas-gesellschaft.de/termine/

23. – 25.06.2022, Bremen

Ernährung 2022

Informationen unter:
www.kongress-ernaehrung.de/