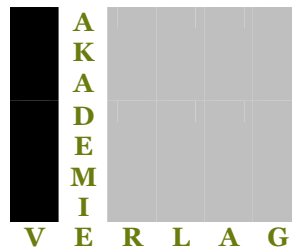


Der Ernährungsmediziner



Unabhängiger Informationsdienst

Organ des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e.V.

Jahrgang 13, Nr. 1

März 2011

Liebe Leserin, lieber Leser,

heute erhalten Sie zum ersten Mal die elektronische Ausgabe des unabhängigen Informationsdienstes der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) e.V. „Der Ernährungsmediziner“, einem Organ des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e.V..

Wir wollen damit einen aktiven Beitrag zur Schonung unserer Umwelt leisten und Sie noch aktueller und schneller über die neuesten wissenschaftlichen Entwicklungen auf dem weiten Gebiet der Ernährungsmedizin informieren. Wenn Sie uns noch nicht Ihre aktuelle Email-Adresse gesendet haben, so bitten wir dies baldmöglichst an die Adresse info@daem.de nachzuholen.

Die heutige Ausgabe des „Ernährungsmediziners“ spricht einige wichtige neue Erkenntnisse an. Offenbar sind die für den Gesunden gedachten Empfehlungen der DGE bezüglich des Bedarfs an Vitamin D zu überdenken, wenn es um die ausreichende Versorgung von Senioren geht. Mehrere Studien, von denen eine hier beschrieben wird, konnten eine Verbesserung der Muskelfunktion und eine Verminderung des Sturzrisikos durch eine Anhebung des Plasmaspiegels dieses Vitamins auf über 20 ng/ml nachweisen. Fast wöchentlich kommt eine weitere, bisher unbekannte, Wirkung des Vitamin D an die Öffentlichkeit. Hier berichten wir über die Assoziation des Vitamin D Rezeptor-Genpolymorphismus mit den Phänotypen der Adipositas. Immer deutlicher wird aber auch, dass Supplemente keinesfalls eine vollwertige Ernährung ersetzen können. Für Fischölfettsäuren stand es immer wieder zur Diskussion, ob Belastungen mit Schwermetallen die positiven gesundheitlichen Wirkungen des Fischverzehrs konterkarieren. Die Studie von Djoussé hat dies nun ausgeschlossen. Die Überlegenheit natürlicher Lebensmittel im Vergleich zu den Supplementen zeigt sich auch in den beiden weiteren Berichten über die Prävention mit Antioxidantien. Abschließend finden Sie einige kuriose Studien aus den USA, bei denen mittels Antioxidantien versucht wurde, die negativen Folgen einer ungesunden Ernährung auszugleichen.

Sie werden in dieser Ausgabe vieles finden, das Ihnen wertvolle Informationen für Ihre tägliche Praxis liefert. Dazu wünsche ich Ihnen viel Spaß beim Lesen und verbleibe mit freundlichen Grüßen

Ihr Professor Olaf Adam

In dieser Ausgabe:

- **Diskussionen um eine optimale Deckung des Vitamin D-Bedarfes - Risiken hoher und niedriger Vitamin D-Konzentrationen im Plasma**
- **Assoziation des Vitamin D Rezeptor-Genpolymorphismus mit den Phänotypen der Adipositas**
- **Fischverzehr und Myokardinfarkt: Eine zweite prospektive Biomarkerstudie aus Nordschweden**
- **Omega-3-Fettsäuren, Fischverzehr und Risiko für Diabetes mellitus Typ 2**
- **Abwechslung im Obst und Gemüseverzehr führt bei erwachsenen Puertoricanern zu niedrigeren Entzündungswerten**
- **Größere Portionen steigern den Konsum – auch bei Gemüse**
- **Veränderungen kardiovaskulärer Risikofaktoren unter drei aktuell diskutierten Ernährungsstrategien zur Gewichtsreduktion**
- **Hesperidin bedingt den vaskulären Schutzeffekt des Orangensaftes: Randomisierte Crossover Studie an gesunden Freiwilligen**
- **Orangensaft gegen die Folgen der Überernährung?**
- **Ausschreibung des Adipositas-Forschungspreises 2011 der Deutschen Adipositas-Gesellschaft**
- **Ausschreibung: Danone Innovationswettbewerb 2011 - Forschungsförderung für innovative Ernährungsstrategien und neuartige Lebensmittel**

Diskussionen um eine optimale Deckung des Vitamin D-Bedarfes - Risiken hoher und niedriger Vitamin D-Konzentrationen im Plasma

Michaelsson K et al. (1); Kasper H (2), Bischoff-Ferrari H et al. (3), Garland CF et al. (4)

Vitamin D₂ wird aus dem in pflanzlicher Nahrung enthaltenen Ergosterin unter Einfluss von UV-Licht in der Haut gebildet, während Vitamin D₃ mit tierischen Lebensmitteln aufgenommen wird. Nach der Resorption des mit der Nahrung aufgenommenen sowie in der Haut gebildeten Vitamins erfolgt in der Leber eine Umwandlung in 25-Hydroxy-Vitamin D₃ (25(OH)D). Die Konzentration von 25(OH)D (25(OH)D₂+25(OH)D₃) im Plasma ist ein Indikator für die Versorgung des Organismus mit Vitamin D. Der Bedarf an Vitamin D ist, wenn keine Supplementierung erfolgt, bei einem hohen Anteil der Bevölkerung unzureichend bzw. suboptimal gedeckt. Dies gilt insbesondere für SeniorInnen. Neben einer im Alter vergleichsweise geringen Zufuhr mit der Nahrung, ist die unzureichende Versorgung auch Folge der mit steigendem Lebensalter abnehmenden Eigensynthese in der Haut. Es gibt Hinweise darauf, dass im höheren Lebensalter wesentlich höhere Vitamin D-Dosen (bis zu 100 µg/Tag) als üblicherweise empfohlen (10 µg/Tag) aufgenommen werden müssen, um optimale Konzentrationen an 25(OH)D im Plasma zu erreichen. Plasmakonzentrationen unter 75-80 nmol/l sprechen für eine suboptimale Bedarfsdeckung und Werte unter 25 nmol/l für einen Vitamin D-Mangel. Die Osteoporoseleitlinien (2009) empfehlen eine Serumkonzentration über 50 nmol/l (20 ng/ml).

Im Laufe der letzten Jahre konnte gezeigt werden, dass Vitamin D neben dem lange bekannten Effekt auf den Kalzium- und Knochenstoffwechsel weitere Funktionen hat, und eine unzureichende Bedarfsdeckung folglich die Entstehung einer Reihe von Erkrankungen begünstigt. Dies sind die koronare Herzerkrankung, die Apoplexie, der Diabetes mellitus Typ 1 und 2 sowie verschiedene Organumoren. Weiterhin ist die Gesamtmortalitätsrate bei suboptimaler Bedarfsdeckung erhöht (Literatur bei 1). Hinweise gibt es weiterhin darauf, dass eine suboptimale Versorgung mit Vitamin D das Risiko, an Multipler Sklerose zu erkranken, erhöht. Hierfür spricht z.B. die Tatsache, dass die Erkrankungshäufigkeit mit zunehmender Entfernung vom Äquator, sowohl in nördlicher als auch südlicher Richtung und damit der Sonnenexposition, zunimmt (Literatur bei 2).

Von besonderem praktisch klinischen Interesse sind neue Erkenntnisse über die Bedeutung von Vitamin D für die Muskelfunktion. In mehreren doppelt-blind kontrollierten Studien konnte gezeigt werden, dass es im höheren Lebensalter unter einer Vitamin D-Supplementation zu einer Verbesserung der Muskelfunktion und folglich einer Reduktion des Sturzrisikos kommt.

Impressum

Schriftleitung

Udo Rabast, Hattingen
Olaf Adam, München
Heinrich Kasper, Würzburg
Bertil Kluthe, Freudenstadt

Redaktion

Albrecht Gebhardt, Freiburg
Andrea Drewski, Freiburg

Verlag

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

Copyright

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

Erscheinungsweise

Die Zeitschrift erscheint viermal jährlich.

Bezugspreis

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

ISSN Nummer

ISSN 1439-3921

Unter einer Vitamin D - Supplementation zeigte sich erst ab einer 25(OH)D-Konzentration im Plasma von 60 nmol/l eine Verringerung des Sturzrisikos. Unter einer oralen Vitamin D-Supplementation mit 700 bis 1000 I.E./Tag lag die Reduktion des Sturzrisikos 12 bis 36 Monate nach Therapiebeginn bei 17% (Literatur bei 3).

Während negative Folgen niedriger 25(OH)D-Konzentrationen ausreichend belegt sind, und hieraus resultierend eine Vitamin D-Supplementation insbesondere im höheren Lebensalter zunehmend empfohlen wird, gibt es seit einigen Jahren auch Hinweise auf negative Folgen relativ hoher 25(OH)D-Konzentrationen im Plasma (Literatur bei 1). Bestätigt wurden die Risiken sowohl hoher (>37 ng/ml resp. 92,5 nmol/l) als auch niedriger Vitamin D-Konzentrationen (<18 ng/ml resp. 45 nmol/l) durch eine prospektive Kohortenstudie (The Uppsala Longitudinal Study of Adult Men, n=1.194, mean age at baseline 71 years) (1). Von den 1.194 Männern nahmen nur 40 ein Vitamin D-Supplement. Während des Beobachtungszeitraumes starben 584 Personen (= 49%). Es fand sich eine u-förmige Assoziation zwischen der Höhe der 25(OH)D-Plasmakonzentration zur Gesamt- als auch zur Karzinomsterblichkeit. Das heißt, Männer sowohl mit niedriger als auch hoher 25(OH)D-Konzentration hatten eine erhöhte Sterberate im Vergleich zu denen mit einer mittleren Vitamin D-Konzentration. Bei den 10% der Männer mit der niedrigsten (<46 nmol/l) und den 5% mit der höchsten (>98 nmol/l) 25(OH)D-Konzentration fand sich eine etwa um 50% höhere Gesamtmortalität. Die kardiovaskuläre Mortalität war lediglich bei niedriger 25(OH)D-Konzentration, nicht bei hoher Konzentration erhöht.

Abschließend weisen die Autoren darauf hin, dass es bereits früher Hinweise auf eine höhere Gesamtmortalität bei 25(OH)D-Konzentrationen über 100 nmol/l gab. Kritisch überprüft werden müssen Empfehlungen, die zur Karzinomprophylaxe Serumkonzentrationen von 100 bis 150 nmol/l 25(OH)D vorschlagen (4).

(HK)

Literatur:

1. Michaelsson K et al.: Plasma vitamin D and mortality in older men: a community-based prospective cohort study. *Am J Clin Nutr* 92(2010)841-848
2. Kasper H: Ernährungsmedizin und Diätetik. 11. Aufl. 2009, Verlag Elsevier, Urban u. Fischer, München
3. Bischoff-Ferrari H, HB Staehelin: Vitamin D: Update Bone and Muscle Effects. *Aktuel Ernährungsmed* 35(2010) S. 18-22
4. Garland CF et al.: Vitamin D for cancer prevention: global perspective. *Ann Epidemiol* 19(2009) S.468-483

Assoziation des Vitamin D Rezeptor-Genpolymorphismus mit den Phänotypen der Adipositas

Ochs-Balcom HM et al.

Daten zufolge soll eine Assoziation zwischen dem Vitamin D Rezeptor, der Lipogenese und der Ausdifferenzierung von Adipozyten bestehen. In der vorliegenden Arbeit wurde über Ergebnisse aus einer epidemiologischen Studie berichtet. Bei 1773 gesunden Frauen aus New York wurde

die Assoziation von 14 Single Nucleotid Polymorphismen (SNPs) des Vitamin D Rezeptors mit den folgenden drei phänotypisch bei Adipösen zu findenden Merkmalen untersucht: BMI (kg/m²), Bauchumfang (cm) und Bauchhöhe (abdominal height (cm)). Ferner wurden Alter, Bildungsstand, Gesamtenergiezufuhr, Raucher oder Nichtraucher, Alkoholfzufuhr und der Status der Menopause abgefragt.

Der Begriff Bauchhöhe beschreibt dabei eine Messung in Rückenlage. Es ist ein Maß für die „Höhe“ in cm, die sich auf der Hälfte zwischen der Oberseite des Beckens und der unteren Rippenpartie messen lässt. Die Messung ist leicht durchzuführen und kann von einer medizinischen Fachkraft mit Hilfe eines caliperähnlichen Gerätes vorgenommen werden. Letztendlich ist die Definition ähnlich dem sagittalen abdominalen Durchmesser. Im Vergleich zu anderen anthropometrischen Daten gilt sie als besserer Vorhersagewert für das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen. Sie gilt als aussagekräftiger als der Taillenumfang, der BMI, die waist-hip-ratio oder die Hautfaltendickenmessung. Die Bauchhöhe korreliert auch besser mit einem niedrigen HDL und erhöhten Triglyceridkonzentrationen, dem Blutdruck, inflammatorischen Cytokinen, der Blutglukose, der Insulinresistenz und der renalen Natriumabsorption. Ferner besteht eine Assoziation zur Leber- und Lungenfunktion.

Ein bestimmter, seltener SNP war mit allen drei Adipositasphänotypen assoziiert ($p > 0,004$). Der mittlere Bauchumfang war bei Frauen mit diesem seltenen homozygoten Genotyp um 4,4 cm größer. Auch zwei andere SNPs waren, allerdings nicht signifikant, mit dem Bauchumfang und der Bauchhöhe assoziiert.

Die Studie belegt, dass es einen Zusammenhang zwischen genetischen Veränderungen am Vitamin D-Rezeptor und der Phänotypie der Adipositas gibt.

(UR)

Quelle:

Ochs-Balcom HM, R Chennamaneni, AE Millen, et al.: Vitamin D receptor gene polymorphisms are associated with adiposity phenotypes. Am J Clin Nutr 2011 93: 1 5-10; doi:10.3945/ajcn.2010.29986

Fischverzehr und Myokardinfarkt: Eine zweite prospektive Biomarkerstudie aus Nordschweden

Wennberg M et al.

Der positive Effekt des vermehrten Verzehrs von Fisch und der Absenkung des Myokardinfarktrisikos ist bekannt. Zugeschrieben wird dies vor allem den im Fisch enthaltenen omega-3-Fettsäuren. Aber Fisch enthält auch Methylquecksilber und dieses wiederum könnte das Risiko für den Myokardinfarkt erhöhen. In der vorliegenden prospektiven Fallkontrollstudie wurden deshalb die in Erythrozyten enthaltenen Quecksilber- und Selenmengen gemessen und der Frage nachgegangen, ob diese mit dem Myokardinfarktrisiko assoziiert sind. Ferner wurde untersucht, ob omega-3-Fettsäuren (Eicosapentaen- und Docosahexaensäuren) in den Plasmaphospholipiden (P-EPA plus DHA) eine Schutzwirkung haben. Während der Datensammlung erlitten 431 Probanden einen Myokardinfarkt und 81 einen plötzlichen Herztod während der Studie. 499 mit ihnen ver-

gleichbare Personen dienten als Kontrollpersonen (matched controls). Des Weiteren waren 69 Frauen aus einem Brustkrebs-Screening-Programm als geschlechtsspezifische Kontrollpersonen eingeschlossen. Die geschlechtsspezifische Analyse ergab keine Unterschiede in der Risikoassoziation. Hohe Selenkonzentrationen in den Erythrozyten waren mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten plötzlicher Herztodesfälle verbunden. Dagegen fanden sich für die Methylquecksilber-Konzentrationen in den Erythrozyten keine nachteiligen Effekte. Allerdings war die Quecksilberexposition in dieser Gruppe nur gering.

Letztlich zeigte die Untersuchung der Biomarker, dass für Fischkonsum ein protektiver Effekt besteht. Negative durch Quecksilber bedingte Effekte bestanden nicht.

(UR)

Quelle:

Wennberg M, IA Bergdahl, G Hallmans et al.: Fish consumption and myocardial infarction: a second prospective biomarker study from northern Sweden. Am J Clin Nutr 2011 93: 1 27-36; doi:10.3945/ajcn.2010.29408

Omega-3-Fettsäuren, Fischverzehr und Risiko für Diabetes mellitus Typ 2

Djoussé L et al.

Obwohl unter Zufuhr von omega-3-Fettsäuren einige positive Einflüsse auf das kardiovaskuläre System bekannt sind, ist unklar, ob diese Fettsäuren eventuell einen Einfluss auf die Entstehung des Diabetes mellitus Typ 2 haben. Untersucht wurde, ob eine erhöhte omega-3-Fettsäurezufuhr und der Fischverzehr mit einem erhöhten Diabetesrisiko assoziiert sind. Zwischen 1992 und 2008 wurde eine prospektive Studie an 36.328 durchschnittlich 54,6 Jahre alten Frauen durchgeführt. Die Frauen nahmen an der Women Health Studie teil.

Das Auftreten eines Diabetes mellitus Typ 2 wurde von den Frauen selbst mitgeteilt und durch Sammlung zusätzlicher Informationen validiert. Informationen bezüglich der omega-3-Fettsäure und Fischaufnahme wurden anhand validierter Fragebogen ermittelt. Während der 12,4-jährigen Beobachtungsphase entwickelten 2.379 Frauen einen Diabetes mellitus Typ 2. Interessanterweise war die vermehrte Aufnahme mariner, nicht aber die Aufnahme pflanzlicher omega-3-Fettsäuren mit dem Beginn eines Diabetes mellitus Typ 2 assoziiert. Dabei nahm die Anzahl von Diabetesfällen von der niedrigsten zur höchsten Quintile des Verzehrs mariner omega-3-Fettsäuren signifikant zu ($p < 0,0001$). Eine ähnliche Assoziation fand sich für den Fischverzehr. Wurde aber die Docosahexaensäure von der Auswertung ausgeschlossen, so war diese Assoziation nicht mehr gegeben.

Die Assoziation zwischen marinen omega-3-Fettsäuren und dem Diabetes mellitus Typ 2 wurde sowohl bei Hypertonikern und Normotonikern gleichermaßen beobachtet. Frauen, die über einen geringen Fischverzehr berichteten, hatten niedrigere Raten an Diabetes mellitus und bestätigten letztendlich die Ergebnisse.

Die Daten weisen auf einen Zusammenhang in der Zufuhr

langkettiger omega-3-Fettsäuren mit der Entstehung eines Diabetes mellitus Typ 2 hin. Das Risiko besteht vor allem, wenn reichlich Fisch verzehrt wurde ($\geq 0,20$ g omega-3-Fettsäuren/d oder ≥ 2 Portionen Fisch/d).

(UR)

Quelle:

Djoussé L, JM Gaziano, JE Buring, and I-Min Lee: Dietary omega-3 fatty acids and fish consumption and risk of type 2 diabetes. Am J Clin Nutr 2011 93: 1 143-150; doi:10.3945/ajcn.110.005603

Abwechslung im Obst und Gemüseverzehr führt bei erwachsenen Puertoricanern zu niedrigeren Entzündungswerten

Bhupathiraju SN et al.

Erwachsene Puertoricaner haben vorbestehende metabolische Veränderungen. Es gibt aber nur wenige Studien, in denen der Zusammenhang zwischen dem Obst- und Gemüseverzehr und dem Risiko für das Auftreten der koronaren Herzerkrankung untersucht wurde.

Es wurde angenommen, dass ein hoher Verzehr von Obst und Gemüse mit einem reduzierten KHK-Risiko und niedrigeren CRP-Werten einhergeht. Etwa 1200 Puertoricaner im Alter von 45 – 75 Jahren wurden mittels eines Fragebogens nach ihren Verzehrgewohnheiten befragt. Bei Patienten ohne KHK wurde das 10-Jahres Risiko mit dem Framingham Risikoscore bestimmt. CRP wurde im Nüchternserum bestimmt.

Wurden bei der Auswertung der Daten Anpassungen bezüglich Geschlecht, Bauchumfang, Stress, Alkoholkonsum, Energiezufuhr, Transfettsäuremenge, gesättigter Fette, Supplemente, kardialer Medikamente und Medikamente für Diabetes mellitus vorgenommen, so erwies sich die Vielfalt des zugeführten Obstes und Gemüses für eine Risikoreduktion als entscheidend. Die Menge dagegen war nicht entscheidend. Ähnliches fand sich für die Höhe des CRP-Wertes. Die Autoren betonen allerdings, dass zur definitiven Klärung dieser Fragestellungen Untersuchungen an größeren Fallzahlen erforderlich sind.

(UR)

Quelle:

SN Bhupathiraju and KL Tucker: Greater variety in fruit and vegetable intake is associated with lower inflammation in Puerto Rican adults. Am J Clin Nutr 2011 93: 1 37-46; doi:10.3945/ajcn.2010.29913

Größere Portionen steigern den Konsum – auch bei Gemüse

Spill Maureen K et al.

Adipositas und Übergewicht nehmen bei Kindern in den Industriestaaten ständig zu. Dies wird zum Teil durch das Angebot von XXL-Portionen in den Fast Food Läden erklärt. Diese Studie untersucht an 51 Kindern im Alter von 3 bis 5 Jahren, wie sich eine Vorspeise aus Karotten mit Dipp auf den gesamten Gemüseverzehr mit der Mahlzeit auswirkt. In einem Cross over design erhielten 3- bis 5-jährige

Kinder in einer Ganztagsbetreuung während vier Wochen wöchentlich eine Testmahlzeit. Bei drei Mahlzeiten wurde eine Vorspeise mit rohen Karotten in Portionen von 30, 60 oder 90 Gramm angeboten, eine Mahlzeit ohne Vorspeise diente als Kontrolle. Die Kinder konnten von der Vorspeise 10 Minuten lang essen soviel sie wollten, und dann wurde der Hauptgang, bestehend aus Nudeln, Broccoli, Apfelmus und Milch serviert, von dem sie ebenfalls ad libitum essen konnten. Die Verdoppelung der Karottenportion ließ den Gemüseverzehr um 47% oder 12 ± 2 g ansteigen ($p < 0.0001$), während die dreifache Menge keinen weiteren Anstieg des Verzehrs brachte. Erstaunlich war, dass der Verzehr von Broccoli bei allen vier Mahlzeiten etwa gleich war, sodass der Karottenkonsum zu einer größeren verzehrten Gemüsemenge führte ($p < 0.001$). Die gesamte Energiemenge war bei allen vier Gerichten bei den Kindern in etwa gleich, durch den Verzehr der Karotten kam es zu keiner Änderung. Der Effekt der Portionsgröße ließ sich unabhängig vom Alter und Körpergewicht der Kinder nachweisen. Erwähnenswert ist, dass 24% der Kinder übergewichtig waren. Die Autoren schließen daraus, dass Gemüse als Vorspeise bei Kindern den Verzehr an Gemüse steigern kann.

Kommentar: Kinder essen weitaus weniger Gemüse als die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. vorgeben. In Anlehnung an die Erfahrungen mit energiedichten Lebensmitteln, wie sie in Fast Food Ketten angeboten werden, konnten die Autoren den Effekt der Portionsgröße auch für Gemüse zeigen. Dies ist also sicher eine wirksame Strategie, um Vorschulkinder zu einem größeren Gemüseverzehr zu bringen. Allerdings spielt die Vorliebe oder Abneigung gegen Karotten eine große Rolle. Etwa 60% oder 31 der 51 Kinder verzehrten mehr als 95% der mit der kleinsten Portion angebotenen Karotten und etwa 20% oder 11 Kinder verzehrten mehr als 95% der 60-Gramm-Portion. Nur ein Kind konsumierte mehr als 95% der größten Karottenportion. Wurden die 31 Kinder, die mehr als 95% der kleinsten Karottenportion verzehrt hatten, von der Analyse ausgeschlossen, so ergab sich kein signifikanter Effekt der Portionsgröße mehr. Bei der 30-Gramm-Portion wurden 5.3 ± 1.1 g Karotten nicht gegessen, von der 60-Gramm-Portion blieben 23.8 ± 2.6 g und von der 90-Gramm-Portion blieben 51.9 ± 3.2 g übrig. Erstaunlich war, dass sich keine Verminderung der verzehrten Energiemenge durch den größeren Karottenkonsum ergab. Bei Erwachsenen lässt sich durch eine Salatvorspeise oder größere Gemüseportionen eine Abnahme der Energiedichte der Mahlzeit und eine geringere Kalorienaufnahme erzielen. Frühere Untersuchungen haben aber ebenfalls ergeben, dass sich Kinder weniger durch die Energiedichte der Nahrung in ihrem Verzehrverhalten beeinflussen lassen. In Anbetracht der großen unverzehrten Karottenmengen und im Hinblick auf die 31 Kinder mit vernünftigem Karottenverzehr in der kleinen Portion sollte diese Maßnahme zur Steigerung des Gemüseverzehrs nochmal überdacht werden. Wahrscheinlich ist eine kinderfreundliche und ansprechende Gemüsezubereitung und ein vernünftiges vorgelebtes Verzehrverhalten mindestens genauso wirksam wie eine XXL-Portion Gemüse. Studien zu dieser Fragestellung sind allerdings nicht vorhanden.

(OA)

Quelle:

Maureen K Spill, Leann L Birch, Liane S Roe, and Barbara

J Rolls: Eating vegetables first: the use of portion size to increase vegetable intake in preschool children. *Am J Clin Nutr* 2010;91:1237-43

Veränderungen kardiovaskulärer Risikofaktoren unter drei aktuell diskutierten Ernährungsstrategien zur Gewichtsreduktion

Hönemann I et al.

Zur Beurteilung des Erfolgs von Gewichtsreduktionsmaßnahmen in der primären Prävention wird in erster Linie die erzielte Gewichtsabnahme herangezogen. Dabei werden in der Langzeitstabilisierung 5% bis idealer Weise 10%, gemessen vom Ausgangsgewicht, als Erfolg angesehen. Um dieses Ziel zu erreichen, gibt es zwischenzeitlich eine Vielzahl unterschiedlicher Ernährungsstrategien, i.d.R. kombiniert mit einer Steigerung der körperlichen Aktivität und ggf. verhaltenstherapeutischen Maßnahmen.

In der jüngst von Hönemann et al. in der *Aktuellen Ernährungsmedizin* publizierten Arbeit werden drei verschiedene gegenwärtig diskutierte Ernährungsstrategien zur Gewichtsreduktion hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf verschiedene kardiovaskuläre Risikofaktoren verglichen. Aufgenommen in die Studie wurden 160 Frauen mit einem mittleren BMI von 30,6 kg/m² (range 25 – 35). Die durchschnittlich 51-jährigen Probandinnen wurden in dieser randomisierten und kontrollierten Vergleichsstudie unter folgenden Diätregimen über sechs Monate beobachtet:

1. Low-Carb-Gruppe (LC), mit der Vorgabe maximal 30 g Kohlenhydrate/Tag im ersten Monat und 60 g in der restlichen Beobachtungszeit,
2. Low-Fat-Gruppe (LF), mit der Vorgabe 30 – maximal 45 g Fett/Tag und
3. Low-Fat-Gruppe mit gleichzeitiger Begrenzung der Aufnahme schnell resorbierbarer Kohlenhydrate mit einem hohen glykämischen Index auf maximal 50 g/Tag (LFRGL).

Die begleitenden therapeutischen Maßnahmen (Bewegungsprogramm, Verhaltensmodifikation, Untersuchungen etc.) waren in allen Gruppen gleich. Die Probandinnen mussten ihre Kost selbst zusammenstellen und bekamen als Hilfestellung Lebensmitteltabellen mit Angaben zu ca. 700 gängigen Lebensmitteln mit entsprechender Fett- bzw. Kohlenhydratpunkte-Kennzeichnung (jeweils 1 g = 1 Punkt). Mit Ausnahme der gruppenspezifischen Richtlinien wurden keine weiteren Vorgaben zur Nährstoffversorgung gemacht.

Folgende kardiovaskuläre Risikofaktoren wurden zu Beginn der Studie (T0), nach 1 Monat (T1) und nach 6 Monaten (T2) gemessen: Blutdruck, Glucose, Triglyzeride, Gesamt-, LDL- und HDL-Cholesterin, Homozystein und das hoch sensitive C-reaktive Protein (hsCRP). Durchschnittlich 63% der Probandinnen konnte bis zum Zeitpunkt T2 untersucht werden, wobei in der LC-Gruppe die Abbrecherquote mit 45% am höchsten war, gegenüber 30% in der LFRGL-Gruppe. Bei vergleichbarer Gewichtsabnahme von 6-8 kg (Ausgangsgewicht 82,8 kg) konnten keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich Veränderungen bei der Blutglucose, beim Gesamt- oder LDL-Cholesterin bzw.

beim systolischen Blutdruck nachgewiesen werden, wobei in der Tendenz in der LC-Gruppe mit durchschnittlich 10 mmHg der stärkste Abfall festzustellen war. Auch der diastolische Blutdruck sank in der LC-Gruppe mit 7 mmHg am stärksten, wobei in der LFRGL-Gruppe diese Veränderung ausblieb (signifikanter Gruppenunterschied). In der LC-Gruppe konnte auch die höchste Triglyzeridsenkung nachgewiesen werden, die sich hochsignifikant von den anderen beiden Gruppen unterscheidet ($p < 0,0001$). Während das HDL in der LC-Gruppe im Mittel um 3,7 mg/dl anstieg, blieb es in den anderen beiden Gruppen nahezu unverändert ($p < 0,0001$).

Dagegen stiegen bereits zum Zeitpunkt T1 die Homozysteinwerte in der LC-Gruppe signifikant um 3,6 µmol/l an ($p = 0,0144$), während sie in den sich fettarm ernährenden Gruppen nahezu unverändert blieben. Zudem fand sich in der LC-Gruppe zum Ende der Studie (T2) keine signifikante Verbesserung der Werte des hsCRP, die sich in den anderen beiden Gruppen darstellt (LF: $p = 0,0027$; LFRGL: $p = 0,0292$).

Die Autoren schließen aus ihren Befunden, dass alle drei Diätstrategien nicht nur das Gewicht senken, sondern auch das Gesamt- und LDL-Cholesterin sowie den systolischen Blutdruck positiv beeinflussen. Eine strenge Low-Carb-Ernährung hat zwar zusätzlich günstige Effekte auf den Fettstoffwechsel durch einen Abfall der Triglyzeride und einen Anstieg des HDL-Cholesterins, was aber durch einen ungünstigen Anstieg des Homozysteins sowie die fehlende Verbesserung der hsCRP-Werte relativiert wird. Homozystein und hsCRP gelten als Marker zur Beurteilung des Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Der Homozysteinanstieg ist durch eine drastisch verringerte Folsäureaufnahme begründet, da eine ausreichende Versorgung mit (Vollkorn-) Getreideprodukten, Obst und Gemüse in einer LC-Diät keinen Platz findet.

Kommentar: Auch wenn die vorliegende Studie mit einer insgesamt sehr kleinen Probandinnenanzahl durchgeführt wurde, lässt sich doch eindeutig der Schluss daraus ziehen, dass extreme Ernährungsformen mit einem höheren Risiko verbunden sind, Mangelernährung mit entsprechend nachteiligen Auswirkungen zu erzeugen. Es stellt sich die Frage, ob die bei strenger LC-Diät empfohlene Supplementierung wasserlöslicher Vitamine die nachteiligen Effekte hätte ausgleichen können. Berücksichtigt man jedoch die sich rasant mehrenden Erkenntnisse, dass die Supplementierung von Mikronährstoffen – einzeln oder als Kombinationspräparate – häufig eher schadet als nützt, so muss man von diesem Versuch abraten. Noch immer ist viel zu wenig bekannt über die pharmakologischen Wirkungen dieser bioaktiven Substanzen in der isolierten hochkonzentrierten Form, also ohne ihre im natürlichen Verbund vorkommenden Begleitstoffe.

In der Konsequenz bedeutet dies für die Praxis, dass die LC-Diät - auch wegen der hohen Abbrecherquote - für eine gesunde Gewichtsabnahme weniger geeignet ist als die beiden anderen Reduktionskostformen.

(AG)

Quelle:

Hönemann I, C Ranke, A Austel et al.: *Aktuel Ernährungsmed* 2010; 35:227-235

Hesperidin bedingt den vaskulären Schutzeffekt des Orangensaftes: Randomisierte Crossover Studie an gesunden Freiwilligen

Morand C et al.

Obwohl es eine Fülle von Studien gibt, die einen positiven Effekt einiger polyphenolreicher Nahrungsmittel auf Marker kardiovaskulärer Erkrankungen belegen, ist bislang weitgehend unbekannt, ob diese Effekte spezifisch den Polyphenolen zuzuordnen sind.

Untersucht wurde der Effekt von Orangensaft und seinem Hauptflavonoid Hesperidin auf die mikrovaskuläre Reaktivität des Endothels, Blutdruck und kardiovaskuläre Risiko-biomarker. Es wurde eine postprandiale und eine chronische Interventionsstudie durchgeführt. In die randomisierte, kontrollierte Crossover Studie wurden 24 gesunde Übergewichtige Männer (50-65 Jahre) eingeschlossen. Die Studie beinhaltete drei Perioden, die jeweils 4 Wochen dauerten. Die Freiwilligen erhielten 500 ml Orangensaft pro Tag, 500 ml eines Kontrolldrinks mit Hesperidin oder 500 ml eines Kontrolldrinks als Placebo. Alle Untersuchungen und Blutentnahmen wurden früh morgens, nüchtern vor und nach der 4-wöchigen Beobachtungszeit durchgeführt. Die postprandialen Untersuchungen wurden zu Beginn jeder experimentellen Untersuchungsperiode durchgeführt. Vier Wochen nach Beginn der Studie war der diastolische Blutdruck in der Orangensaft- und Hesperidingruppe signifikant niedriger ($p=0,02$) als in der Placebogruppe. Mikrovaskuläre, das Gefäßendothel betreffende Veränderungen waren, wenn sie nach nächtlichem Fasten untersucht wurden, in den drei Gruppen nicht signifikant unterschiedlich. Wurden die postprandialen Untersuchungen zum Zeitpunkt der maximalen Hesperidinkonzentration im Plasma durchgeführt, fand sich sowohl für Orangensaft als auch für Hesperidin eine im Vergleich zum Placebo verbesserte endotheliale Gefäßreaktivität ($p < 0,05$).

Bei gesunden mittelalten, gering übergewichtigen Männern senkt Orangensaft den diastolischen Blutdruck, wenn er regelmäßig getrunken wird und erhöht die postprandiale mikrovaskuläre endothelabhängige Reaktivität. Die Studie lässt vermuten, dass der Effekt vorzugsweise dem im Orangensaft enthaltenen Hesperidin zuzuschreiben ist.

(UR)

Quelle:

Morand C, C Dubray, D Milenkovic et al.: Hesperidin contributes to the vascular protective effects of orange juice: a randomized crossover study in healthy volunteers. Am J Clin Nutr 2011 93: 1 73-80; doi:10.3945/ajcn.110.004945

Orangensaft gegen die Folgen der Überernährung?

Ghanim H et al.

Es ist bekannt, dass der Verdauungsprozess nach einer Mahlzeit zur vermehrten Bildung von Sauerstoffradikalen und Entzündungsmediatoren führt. Die Folgen einer langfristigen Überernährung sind die Adipositas-assoziierten Erkrankungen, besonders die Arteriosklerose. Man weiß

heute, dass die Arteriosklerose mit einer vermehrten Bildung von Sauerstoffradikalen und einer Entzündung der Gefäßwand einhergeht. Dies könnte durch die verstärkte postprandiale Bildung von Sauerstoffradikalen bei langfristiger überkalorischer Ernährung bedingt sein. In ihrer Studie untersuchten Ghanim et al. die Wirkung von Orangensaft auf den postprandialen Anstieg von Glukose, Insulin, Entzündungsparametern, Endotoxin und Toll-like-Rezeptoren, also Parametern der Apoptose.

Drei Gruppen zu je 10 normalgewichtigen und gesunden Personen erhielten entweder 300 kcal Glukose oder 300 kcal Orangensaft oder Wasser, zusammen mit einem 900 kcal Frühstück. Das Frühstück bestand aus Milchbrötchen belegt mit Ei und Wurst und zwei Röstkartoffeln. Das Frühstück lieferte 81 Gramm Kohlenhydrate, 51 Gramm Fett und 32 Gramm Eiweiß und sollte binnen 10 bis 15 Minuten einschließlich der Getränke konsumiert werden. Die Blutentnahmen erfolgten vorher sowie in stündlichen Abständen bis fünf Stunden nach der Mahlzeit. Messparameter waren die Bildung von Sauerstoffradikalen (ROS, Reactive Oxygen Species), sowie Parameter der Entzündungsreaktion und der Apoptose (P47^{phox} Protein, P38 Protein, das Verhältnis von phosphorylierten P38 Protein zu P38 Protein, TLR2 Protein, TLR4 Protein, SOCS-3 Protein, TLR2mRNA Protein, TLR4mRNA, SOCS-3 mRNA, MMP-9 mRNA, Plasma MMP-9 und Plasmaendotoxin).

Die Autoren fanden einen Anstieg der ROS in allen Gruppen, der jedoch in der Gruppe mit Orangensaft signifikant niedriger ausfiel. Mehrere andere Entzündungsmarker waren ebenfalls in dieser Gruppe signifikant niedriger als in den anderen beiden Versuchsgruppen. Zu erwähnen ist der Anstieg des MMP9 (Matrix Metalloproteinase 9, ein Enzym das extrazelluläre Matrix abbaut) in der Wasser- und Glukose-Gruppe, während dies in der Orangensaftgruppe nicht beobachtet wurde. Die Hochregulierung dieser Enzyme erfolgte auf transkriptioneller Ebene, wie aus dem Anstieg der relevanten Proteine ersichtlich ist. Zusammen mit der durch Orangensaft aufgehobenen Wirkung auf Endotoxin, konnten somit zahlreiche Faktoren, die mit dem Auftreten einer Arteriosklerose verbunden sind, günstig beeinflusst werden. Nicht dazu passend ist ein Anstieg des Plasmainsulins, der allerdings in der Orangensaft-Gruppe deutlich geringer war, jedoch von keinem Anstieg der Glukose begleitet war. Die Ursache für diese Diskrepanz zwischen Insulinanstieg und fehlender Reaktion der Glukose in der Orangensaftgruppe, können die Autoren nicht erklären.

In einem Vorversuch hatte die Forschergruppe ähnliche Untersuchungen mit einem Orangensaft aus dem Supermarkt unternommen und keine vergleichbaren Wirkungen erzielt, wie sie bei dem jetzigen Versuch mit frisch gepresstem Orangensaft gesehen wurden. Insofern spekuliert die Gruppe, dass die Wirkung möglicherweise auf sauerstofflabile oder hitzelabile Komponenten des Orangensaftes zurückgeführt werden kann. Dies könnten Vitamine oder sekundäre Pflanzenstoffe sein. Im Orangensaft befinden sich potente Antioxidantien, wie Flavonoide, Naringenin und Hesperidin, deren Wirkung auf die Bildung von Sauerstoffradikalen in mehreren Versuchen gezeigt worden ist. Die Autoren folgern deshalb, dass Orangensaft die Belastung mit Sauerstoffradikalen und Entzündungsparametern, ein-

schließlich des Anstiegs von Markern der Apoptose (Endotoxin und TLR-Expression) nach einer hochkalorischen Fett-Kohlenhydrat-Mahlzeit vermindern kann. Sie bemerken, dass ihre Ergebnisse Mechanismen aufdecken, die dem postprandialen oxidativen Stress und der Entzündungsreaktion, der Pathogenese der Insulinresistenz und der Arteriosklerose, zugrunde liegen.

Anmerkungen

Das in der Versuchsanordnung festgelegte Frühstück mit mehr als 1200 kcal (Brötchen, Kartoffeln und Getränk) kann nicht als gesundheitsfördernd angesehen werden. Auch ist die Menge von mehr als 700 ml Orangensaft nicht gesundheitsfördernd. Das darin enthaltene Naringenin ist ein bekannter Hemmstoff des Cytochrom P450, über das mehr als 70 % aller Arzneimittel ausgeschieden werden. Da übergewichtige Personen häufig Lipidsenker einnehmen, kann es zu einer gefährlichen Kumulation dieser und anderer Arzneimittel kommen.

Der Zusammenhang zwischen gesteigerter Bildung von ROS, Entzündung und Arteriosklerose ist sowohl für die rheumatoide Arthritis, wie auch für die Arteriosklerose eindeutig belegt. Eine dauernd erhöhte Nahrungszufuhr, wie sie bei Adipösen gegeben ist, bewirkt einen dauernd gesteigerten Anfall von ROS, dem die (wahrscheinlich nur kurzfristige) Wirkung des Orangensafts nicht dauerhaft begegnen kann. Dies wurde auch an der fehlenden Wirkung von Megadosen der Antioxidantien mit Supplementen sehr deutlich. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit kann die schädigende Wirkung der Hyperalimentation, z.B. auf die Gefäße, mit Orangensaft nicht aufgehoben werden. Wesentlich sinnvoller wäre eine vernünftige Ernährung, die nicht 57% der Nahrungsenergie als Fett enthält, wie es in diesem Versuch der Fall gewesen ist.

(OA)

Quelle:

Ghanim H, Sia CL, Upadhyay M, Korzeniewski K, Viswanathan P, Abuaysheh S, Mohanty, P, Dandona P.: Orange juice neutralizes the proinflammatory effect of a high-fat, high-carbohydrate meal and prevents endotoxin increase and Toll-like receptor expression. Am J Clin Nutr. 2010 Apr;91(4):940-9

Ausschreibung des Adipositas-Forschungspreises 2011 der Deutschen Adipositas-Gesellschaft

Mitteilung:

Ausgezeichnet werden herausragende, publizierte Forschungsarbeiten und zur Publikation eingereichte Arbeiten zu allen Aspekten der Adipositas. Der Preis wird anlässlich der 27. Jahrestagung der DAG in Bochum vom 06.-08. Oktober 2011 verliehen.

An die Bewerbung sind folgende Bedingungen geknüpft:

1. Die Bewerbungen sollten enthalten:
 - wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Adipositas
 - kurze Darstellung (= max. 1 Seite) der besonderen Bedeutung der Beiträge für die Adipositasforschung
 - Lebenslauf
 - Publikationsliste

- Sonderdrucke der 3 wichtigsten Publikationen
2. Die Bewerbungen sollten in 10-facher Ausfertigung an den Präsidenten der Deutschen Adipositas-Gesellschaft Prof. Dr. med. Hans Hauner, Else Kröner-Fresenius-Zentrum für Ernährungsmedizin der TU München, Gregor-Mendel-Str. 2, 85350 Freising-Weihenstephan) gesandt werden.
 3. Alter des Bewerbers/ der Bewerberin: unter 40 Jahre
 4. Bewerbungsfrist (Eingang): 15. Juli 2011

www.adipositas-gesellschaft.de

Ausschreibung: Danone Innovationswettbewerb 2011 - Forschungsförderung für innovative Ernährungsstrategien und neuartige Lebensmittel

Mitteilung:

Der Danone Innovationspreis ist mit bis zu 80.000 Euro dotiert und wird 2011 erstmals vergeben. Er unterstützt Forschungsprojekte, die sich mit innovativen Ernährungsstrategien sowie neuartigen Lebensmitteln beschäftigen und dabei die Gesundheit und Gesunderhaltung des Menschen im Fokus haben. In Abhängigkeit von den eingereichten Vorschlägen besteht die Möglichkeit, dass mehrere Forschungsvorhaben ausgezeichnet werden. Bewerben können sich Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen aus Forschungsinstituten, Universitäten oder innovativen Unternehmen.

Zu den folgenden Forschungsfeldern ist eine Bewerbung möglich:

- Probiotika 1: Strategien zur Haltbarmachung eines probiotischen Milchprodukts ohne Ultrahocherhitzung
- Probiotika 2: Interaktion von Probiotika mit Milchsäurebakterien und Metaboliten aus Fermentationsprozessen in verschiedenen Milchproduktmatrizes (z. B. Joghurt, Buttermilch, Kefir, Milchprodukte mit Fruchtsaftanteil)
- Public Health: Konzepte auf Basis natürlicher Lebensmittel (Produkte, Zutaten, technologische Prozesse), die sich mit der Lösung ernährungsbezogener Gesundheitsfragen und -probleme beschäftigen (z.B. gesundes Altern, Übergewicht, Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen)
- Forschungsprojekte zu innovativen Ernährungsstrategien oder -lösungen, die über die vorhergehenden Rubriken hinausgehen

Die Bewerbungen können bis zum 30. April 2011 eingereicht werden. Die Gewinner werden innerhalb von drei Monaten nach Ablauf der Einreichfrist, spätestens am 31. Juli 2011, benachrichtigt. Nach dem Erhalt der Finanzmittel sollte das Forschungsprojekt innerhalb von 18 Monaten realisiert werden.

Alle Informationen zu Bewerbungsablauf, Richtlinien zur Teilnahme und Anmeldeformular finden Sie unter: www.inno-prize.com.

Veranstaltungen 2011 der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V. (DAEM), des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e.V. (BDEM) und anderer Institutionen

Curriculare Fortbildung in Ernährungsmedizin für ÄrztInnen – Kompaktkurse Ernährungsmedizin der DAEM nach dem 100-stündigen Curriculum „Ernährungsmedizin“ der BÄK

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

Programmübersicht:

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

Im Rahmen eines Kompaktkurses findet am Ende des Seminarblocks 4 eine schriftliche Prüfung (multiple choice) und während des Seminarblocks 5 eine Fallprüfung statt.

Die bestandene multiple choice-Prüfung führt zur Qualifikation "Ernährungsbeauftragte/r Arzt/Ärztin". Diese und eine zusätzlich erfolgreiche Fallprüfung sowie die Vorlage von 10 Falldokumentationen sind Voraussetzung für die Vergabe der Qualifikation "ErnährungsmedizinerIn DAEM/DGEM®".

Programmgestaltung und wissenschaftliche Leitung der Kompaktkurse: O. Adam, München; U. Rabast, Hattingen; Gudrun Zürcher, Freiburg

18. – 28. August 2011, München

DAEM-Kompaktkurs, in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer und der Universität München

Veranstaltungsort Räumlichkeiten des Physiologikums und des Walther-Straub-Instituts der Universität München, Klinikum Innenstadt
Pettenkofer Straße und Schillerstraße, 80336 München

13. – 23. Oktober 2011, Bad Krozingen

DAEM-Kompaktkurs, in Kooperation mit dem Park-Klinikum Bad Krozingen, Lehrklinik für Ernährungsmedizin der DAEM

Veranstaltungsort Räumlichkeiten des Park-Klinikums, Schwarzwaldklinik Neurologie und Klinik Lazariterhof in Bad Krozingen (bei Freiburg)

Herbert-Hellmann-Allee 38
79189 Bad Krozingen

DAEM Spezialseminare zu speziellen Schwerpunktthemen der Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie

24. - 25. Juni 2011, München

DAEM-Spezialseminar „**Ernährungstherapie rheumatischer Erkrankungen**“, veranstaltet in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Ernährungsmedizin in der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) e.V.

Veranstaltungsort: Krankenhaus Barmherzige Brüder, München, Konferenzspange, Lehrklinik für Ernährungsmedizin der DAEM

Leitung: Prof. Dr. med. Olaf Adam, München, Dr. med. Thomas Karger, Köln

Themenübersicht *Vorträge:*

Pathogenese rheumatischer Erkrankungen und medikamentöse Basistherapie; Ernährungstherapie bei rheumatischen Erkrankungen im interdisziplinären Ansatz; Entzündungshemmende Kost; Nahrungsmittelunverträglichkeiten und -intoleranzen, Osteoporose; Bewegungstherapie; Psychische Alterationen u.a.

Praxisseminare:

Ernährungstherapie gleich Teamwork; Praktische Umsetzung der Nährstoffempfehlungen; Fallvorstellungen anhand von Ernährungs- und Beschwerdepapieren u.a.

08. - 09. Juli 2011, Bad Windsheim

DAEM-Spezialseminar „**Ernährungstherapie des Metabolischen Syndroms – Update 2011**“, veranstaltet in Zusammenarbeit mit der Frankenland-Klinik Bad Windsheim, Lehrklinik für Ernährungsmedizin der DAEM

Veranstaltungsort: Räumlichkeiten der Frankenland-Klinik Bad Windsheim

Leitung: Dr. med. Gudrun Zürcher, Freiburg
Dr. med. F. Dieterle, Bad Windsheim

Themenübersicht *Vorträge:*
Pathogenese des Metabolischen Syndroms - update 2011; Auswirkungen des Metabolischen Syndroms auf Herz und Gefäße; Ernährungstherapie des Metabolischen Syndroms auf der Grundlage der aktuellen Leitlinien; Bedeutung der Fette in der Ernährung - update 2011; FAT – das Fränkische Adipositas-Therapieprogramm, ein langjährig erprobtes Etappenheilverfahren; Rehabilitationsverfahren – was dann? Adipositasstherapie in der niedergelassenen Praxis; Motivationsförderung in der Ernährungsberatung; Aufbau eines interdisziplinären modularen Schulungskonzeptes am Beispiel des Diabetes; Möglichkeiten und Grenzen der bariatrischen Chirurgie; Postoperative ernährungstherapeutische Betreuung; Neufassung der Diätverordnung – Konsequenzen für die Ernährungstherapie bei Diabetes mellitus.

Praxisseminare:
Möglichkeiten und Grenzen der Ernährungstherapie in der niedergelassenen Praxis im interdisziplinären Team – Vorstellung und Besprechung von Fallbeispielen; Konzeption und Durchführung einer Lehrküchenveranstaltung; verhaltenstherapeutische Aspekte zur Umsetzung der Ernährungsempfehlungen bei Metabolischem Syndrom; Aufbau und Durchführung von Sportangeboten für Patienten mit Metabolischem Syndrom mit praktischen Unterweisungen.

Weitere Auskünfte und Anmeldung zu allen DAEM-Kompaktkursen und Spezialseminaren:

Geschäftsstelle der DAEM
Reichsgrafenstr. 11, 79102 Freiburg
Tel.: 0761/ 7 89 80; Fax: 0761/ 7 20 24
Email: info@daem.de
Internet: <http://www.daem.de>

Veranstaltungen des BDEM

Vorankündigung:

11. – 12. November 2011, München

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

Weitere Informationen unter www.bdem.de.

Veranstaltungen sonstiger Anbieter

30. März 2011, Veitshöchheim / Würzburg

*34. Würzburger Fortbildungsveranstaltung über Ernährungsmedizin und Diätetik
Staatliche Berufsfachschule für Diätassistenten an der Universität Würzburg in Zusammenarbeit mit der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V.*

Veranstaltungsort: Mainfrankensäle Veitshöchheim / Würzburg

Leitung: Prof. Dr. med. H. Kasper, Würzburg
Dr. med. W. Burghardt, Würzburg
Monika Wild, EMB, Würzburg

Auskunft: Monika Wild, Staatliche Berufsfachschule für Diätassistenten
Reisgrubengasse 10
97070 Würzburg
Tel. 0931 / 35293-10
Fax 0931 / 35293-33
Email: diaetschule-wuerzburg@t-online.de

29. – 30. April 2011, Freudenstadt

Hohenfreudenstädter Seminare Ernährung und Gesundheit zum Thema „Ernährung und Psyche“

Veranstaltungsort: Gesundheitspark Hohenfreudenstadt, Freudenstadt

Leitung: Dr. med. B. Kluthe, Freudenstadt
Prof. Dr. med. H. Schneider, Freudenstadt

Themenübersicht *Vorträge:*
Das Spektrum der Essstörungen beim Erwachsenen. Die larvierte Depression beim Metabolischen Syndrom. Affektive Störungen und Essverhalten. Ernährungsbezogene somatoforme Störungen. Essen als Sucht, Entwicklungsstörungen des Essverhaltens – der Weg zur Essstörung. Vom richtigen und falschen Essen. Zöliakie und Lactoseintoleranz.

Praxisseminare:
Nordic Walking – theoretische Grundlagen und praktische Umsetzung. Gesprächstechniken in der Ernährungstherapie. Auswirkungen von Sport auf die Psyche. Ernährungsumstellung und Lebensqualität. Kurzpsychotherapie bei essgestörten Kindern mittels gestufter Aktivhypnose. Vom richtigen und falschen Essen. Essstörungen und Körperwahrnehmung. Adipositas und Essverhalten.

Anmeldung Tagungssekretariat:
Claudia Rupp
Tel 07441/534 705
Fax 07441/534 707
rupp@klinik-hohenfreudenstadt.de

26. – 28. Mai 2011, Graz, Österreich

Alt – Jung – Dick – Dünn: Ernährung 2011
10. Dreiländertagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V., der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft klinische Ernährung und der Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz

Themenübersicht: Das dicke Kind; Der alte Mensch; Wer braucht schon Fettgewebe?; Zum Hungern geboren?; Aus dick mach dünn; Das Blutzuckerdesaster; Das Hirn als metabolisches Organ; Psyche, Stress und Essverhalten; Bariatrische Chirurgie: die ultimative Lösung?; Lebensmittel vs. Nahrungsergänzungsmittel

Weitere Informationen unter www.ake-nutrition.at oder www.dgem.de

Vorankündigung:

07. – 08. Oktober 2011, Bochum

Adipositas in der ersten Lebenshälfte
Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V.

Themenübersicht: Adipositas im Kindes- und Jugendalter, Gen- und Umweltinteraktion, Psychische Komorbidität und psychosoziale Folgen, Essstörungen, Prävention, Therapie, Transfer adipöser Jugendlicher in die medizinische Versorgung

Weitere Informationen unter www.adipositas2011.de

28. – 29. Oktober 2011, München

Update Ernährungsmedizin 2011
Fortbildungsveranstaltung der ZIEL-TUM-Akademie

Themenübersicht: Neue DGE Leitlinie – Kohlenhydrate in der Primärprävention; Mangelernährung im Alter und Ernährungstherapie, Neues zum Thema Prä-/Probiotika und Allergien; Lebensstil und Krebserkrankungen; Omega-3-Fettsäuren; Ernährung und Psyche

Weitere Informationen unter www.akademie.ziel.tum.de