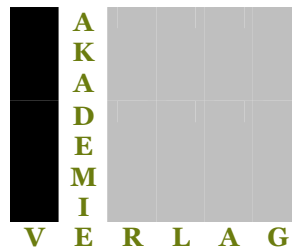


# Der Ernährungsmediziner

Unabhängiger Informationsdienst



Jahrgang 13, Nr. 3

September 2011

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

In dieser Ausgabe Ihres Organs „Der Ernährungsmediziner“ finden Sie heute zwei für die Praxis sehr relevante Beiträge. Die Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS e.V.) hat die S3-Leitlinie „Aszites, spontan bakterielle Peritonitis, hepatorenales Syndrom“ herausgegeben. Zudem hat die DGVS e.V. gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V. die S3-Leitlinie „Reizdarmsyndrom“ erstellt. Beide Erkrankungen sind in der Praxis sehr schwierig und oft nur unbefriedigend zu behandeln. Zwar gibt es auf beiden Gebieten mehrere Ansätze für S1- und S2-Leitlinien, jedoch fehlte eine evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie. Die wichtigsten ernährungstherapeutischen Maßnahmen aus beiden Leitlinien haben wir für Sie zusammengestellt.

Noch ein Zwischenbericht zum Stand der Bemühungen, Ernährungsmediziner wieder als Leistungserbringer nach dem §43 SGB V von dem VDEK zuzulassen. Hier sind wir im Gespräch mit allen Beteiligten und hoffen in absehbarer Zeit ein Gespräch mit Vertretern des VDEK zu haben. Zum Wohl unserer Patienten müssen wir alles versuchen, wieder Leistungserbringer nach §43 SGB V zu werden. Dies wollen wir in Kooperation mit dem VDO<sub>E</sub> und dem VDD erreichen, deren wertvolle Arbeit hier ebenfalls unverzichtbar ist. In dieser Ausgabe finden Sie die für Sie relevanten Bedingungen zur kontinuierlichen Fortbildung, die eine Voraussetzung für die Leistungserbringer ist.

Ihr Professor Olaf Adam

## In dieser Ausgabe:

- **Spezifisches Fortbildungszertifikat in Ernährungsmedizin**
- **S3-Leitlinie „Aszites, spontan bakterielle Peritonitis, hepatorenales Syndrom“**
- **S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom (RDS): Kapitel 5 - Ernährung**
- **Omega-3-Fettsäuresupplementation steigert die Muskelproteinsyntheserate und wirkt so der Sarkopenie im Alter entgegen**
- **Diabetes und Übergewicht steigern das Karzinomrisiko**
- **Aktuelles kurz berichtet**
- **Ausschreibungen**
- **Veranstaltungen**

## Spezifisches Fortbildungszertifikat in Ernährungsmedizin

O. Adam, A. Gebhardt, Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V.

In der letzten Ausgabe des „Ernährungsmediziners“ haben wir bereits auf die Notwendigkeit der kontinuierlichen Fortbildung hingewiesen, die von den Leistungserbringern nach SGB V §20 und §43 von den Kassen gefordert wird. Im Folgenden stellen wir das Procedere für ein spezifisches Fortbildungszertifikat in Ernährungsmedizin für ÄrztInnen dar. Dieser Fortbildungsnachweis für qualifizierte ErnährungsmedizinerInnen, mit erfolgreichem Abschluss einer 100-stündigen Fortbildungsmaßnahme nach dem Curriculum Ernährungsmedizin der BÄK, wird ab Anfang November 2011 eingeführt. Damit wird eine Voraussetzung erfüllt sein, dass ÄrztInnen nicht nur als Leistungserbringer gemäß dem §20 zugelassen bleiben, sondern auch wieder Leistungen nach §43 SGB V erbringen können, sofern sie den vom VDEK geforderten Nachweis einer didaktischen

Weiterbildung erbracht haben. Diese Weiterbildung wird in Kursen von der DAEM angeboten, die auch im Rahmen der kontinuierlichen Fortbildung absolviert werden können.

Wie bei den anderen Leistungserbringern sehen diese Bestimmungen vor, dass für einen kontinuierlichen Fortbildungsnachweis in Ernährungsmedizin innerhalb von drei Jahren 50 fachspezifische Fortbildungspunkte nachgewiesen werden. Diese können erworben werden im Rahmen von:

- strukturierten Seminarfortbildungen
- Kongressbesuchen
- Online-Studium über Fachzeitschriften
- Teilnahme an ernährungsmedizinischen Qualitätszirkeln
- eigener Referententätigkeit

mit nachweislich ernährungsmedizinischen und/oder ernährungswissenschaftlichen Inhalten.

Strukturierte Seminarfortbildungen werden in der Regel mit einem Punkt pro Unterrichtseinheit bewertet werden. Bei interaktiver Seminararbeit und/oder Falldiskussionen sind nach Prüfung der Programmunterlagen Zusatzpunkte möglich. Neben den interdisziplinär ausgerichteten Spezialseminaren der DAEM finden die Fortbildungsveranstaltungen der DGEM, der DGE oder des BDEM Anerkennung. Veranstaltungen weiterer Anbieter können nach Anmeldung und Prüfung berücksichtigt werden. Auch eine neuerliche abschnittsweise Teilnahme an einem Kompaktkurs der DAEM wird als Update gewertet und kann geltend gemacht werden. Insgesamt werden in drei Jahren mindestens 20 Fortbildungspunkte aus strukturierten Seminarfortbildungen gefordert.

Maximal 18 Punkte können in diesem Zeitraum aus Kongressbesuchen geltend gemacht werden sowie zusätzlich maximal 12 Punkte aus den weiteren Rubriken Online-Studium, Qualitätszirkel und Referententätigkeit. Hier, wie bei den Kongressbesuchen, ist ein ernährungsmedizinisch bzw. ein ernährungswissenschaftlich relevanter Themen-

bezug entscheidend. Maximal können sechs Punkte für eine ganztägige Kongressveranstaltung, beispielsweise der DGEM, der DGE, der Deutschen Adipositasgesellschaft, des BDEM, des VDD oder des VDO<sub>E</sub>, geltend gemacht werden. Weitere Kongresse, z.B. der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) oder der Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (GRVS) können i.d.R. zumindest partiell bepunktet werden.

Die Online-Fortbildung, z.B. über ernährungsmedizinische Fachzeitschriften, wird entsprechend den Vorgaben der Zeitschrift mit einem Punkt pro bearbeitetem Thema bescheinigt. Eigene Referententätigkeiten (Vorträge, Seminare, Workshops) werden mit einem Punkt pro 45 Minuten angerechnet. Ebenfalls mit einem Punkt kann die Teilnahme an einem ernährungsmedizinischen Qualitätszirkel geltend gemacht werden.

Die Gebühren für die Antragsbearbeitung und Zertifikatsausstellung belaufen sich auf 250 €. Kann im Antrag die Teilnahme an einem DAEM-Spezialseminar geltend gemacht werden, reduziert sich die Bearbeitungsgebühr um 100 €.

Anträge mit allen notwendigen Nachweisen können ab so-

## 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](mailto:info@daem.de)  
Internet: [www.daem.de](http://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

fort formlos an die Geschäftsstelle der DAEM gerichtet werden:

Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V. (DAEM)  
Reichsgrafenstr. 11, 79102 Freiburg

## S3-Leitlinie „Aszites, spontan bakterielle Peritonitis, hepatorenales Syndrom“

Rabast U.

Die Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen hat eine S3-Leitlinie für die Komplikationen bzw. Folgeerscheinungen bei Lebererkrankungen herausgegeben. Dabei werden auch ernährungsmedizinische Aspekte tangiert.

Unter II.2. wird die Rolle der nicht medikamentösen Basistherapie des Aszites besprochen.

Empfohlen wird, dass Patienten mit Leberzirrhose und Aszites eine ausreichend eiweißreiche Ernährung (empfohlene tägliche Eiweißzufuhr: 1,2-1,5g pro kg Körpergewicht) mit ausreichendem Energiegehalt (Nichteiweißenergie 25 kcal x kg Körpergewicht pro Tag) erhalten sollten (Evidenzgrad A, Konsens 100%).

Alle Patienten sollen darüber aufgeklärt werden, dass eine zusätzliche Kochsalzzufuhr eine Verschlechterung des Krankheitsbildes bedingen kann (KKP, Konsens 100%). Sind Patienten unter einer diuretischen Therapie gut zu führen, ist der Nutzen einer Kochsalzrestriktion nicht erwiesen (B). Patienten mit refraktärem oder schwierig zu behandelndem Aszites sollten eine diätetische Kochsalzrestriktion (max. 5g/Tag NaCl, entsprechend 85 mmol Natrium) einhalten (KKP, Konsens: 100%). Bei Patienten mit einem Serum-Natrium von >125 mmol/l ist eine Flüssigkeitsrestriktion nicht erforderlich, bei Patienten mit einer ausgeprägten Hyponatriämie (<125 mmol/l) kann eine Flüssigkeitsrestriktion von 1,5 l/d sinnvoll sein (D, Konsens : 94,4%).

Im Kommentar wird angemerkt, dass Patienten mit Leberzirrhose, insbesondere mit Aszites mehrheitlich mangelernährt sind. Als Folgen des Eiweißmangels kommt es zur Muskelatrophie. Ferner besteht ein Überschuss an extrazellulärem Wasser. Eine begleitend vorliegende Appetitlosigkeit oder eine hepatische Enzephalopathie verschlechtert die Situation oft zusätzlich. Die Mangelernährung kann durch die Anamnese, klinische Untersuchung und eine Reihe anderer Maßnahmen (z.B. Bioimpedanzanalyse) erfasst werden.

Eiweißmangel begünstigt die Aszitesbildung. Die Behandlung erfordert deshalb die ausreichende Energie- und Eiweißzufuhr. Ferner wird als Basistherapie die Gabe von Spurenelementen (Zink) und Vitaminen, insbesondere B-Vitaminen empfohlen. In den Europäischen Ernährungsleitlinien wird primär die orale bzw. enterale Zufuhr und erst bei Versagen oder Nichtanwendbarkeit der Modalitäten die parenterale Gabe empfohlen.

Eine adäquate Ernährungstherapie kann nicht nur die Körperzusammensetzung, sondern auch das Überleben verbessern. Unzureichende spontane Nahrungsaufnahme oder ärztlich verordnete Nahrungskarenz (>12h) können eine Katabolie induzieren, die zum Abbau von Körpereiwweiß führt und die Ausbildung einer hepatischen Enzepha-

lopathie begünstigt. Die früher geübte Eiweißrestriktion bei der hepatischen Enzephalopathie ist ohne belegten Vorteil, verschlechtert die Eiweißbilanz und sollte unterlassen werden (Evidenzgrad IIb). Bei Patienten mit Leberzirrhose sind die Geschmacksschwellen für salzig, süß und sauer gestört. Eine Hypomagnesiämie (z.B. durch Diuretika) verstärkt die Störungen noch.

Eine Kochsalzrestriktion auf 5-6g NaCl/Tag (ca. 85-100mmol) ist realisierbar (Evidenzgrad V). Eine diätetische Kochsalzrestriktion als Basismaßnahme bedingt meist einen wenig attraktiven Geschmack der Kost. Bei Zirrhosepatienten besteht deshalb die Gefahr, dass sie abgelehnt wird und so Energie und Proteinzufuhr letztlich reduziert werden.

Nur bei ausreichender Natriumausscheidung mit dem Urin kann eine negative NaCl-Bilanz erreicht werden. Für eine Aszitestherapie durch alleinige Kochsalzrestriktion kommen deshalb ausschließlich Patienten mit einer Natriumausscheidung von 80 mmol Na/Tag in Frage. Patienten mit geringerer täglicher Natriumausscheidung bedürfen der Diuretikatherapie. In einer randomisierten, kontrollierten Studie konnte bei extremer Kochsalzrestriktion (10mmol Na/Tag) auf die Gabe von Diuretika verzichtet werden. Eine französische multizentrische Studie zeigte bei einer Kochsalzrestriktion von 21mmol/Tag eine effektivere Aszitesmobilisierung in den ersten 14 Tagen, jedoch keinen Unterschied nach 90 Tagen. Eine Diät mit einer strengen Kochsalzrestriktion (50mmol/Tag entsprechend ca. 3g Kochsalz/Tag) brachte keinen Vorteil im Vergleich zu einer moderaten Kochsalzrestriktion (120mmol/Tag entsprechend etwa 7g Kochsalz/Tag). Die Studien waren unter strengen, im Alltag kaum einzuhaltenden Bedingungen durchgeführt worden. Eine Kochsalzrestriktion unter 5g/Tag wird deshalb nicht empfohlen.

Anmerkung: Weshalb man hier von der Empfehlung ernährungsmedizinischer Fachgesellschaften, die auch im Rahmen der gesunden Ernährung 6g Kochsalz pro Tag empfehlen, abweicht, ist unklar und auch durch die Ergebnisse der zitierten Studien nicht belegt.

Bei Patienten mit refraktärem Aszites wird eine kochsalzarme Kost (eine Mengenangabe wird nicht gemacht) empfohlen, um die Frequenz der Parazentesenotwendigkeit zu reduzieren. Auf die verbesserten Überlebensraten bei Patienten unter kochsalzreicher Kost nach gastrointestinalen Blutungen wird hingewiesen. Trotz niedriger Evidenzlage waren sich die Experten im Empfehlungsgrad einig.

Zur Frage der körperlichen Aktivität bei Zirrhosepatienten und dessen Einfluss auf das Überleben und die Entwicklung von Komplikationen ist die Datenlage spärlich. Eine Cross-over Studie zeigte bei Zirrhose- und Herzinsuffizienzpatienten unter Diuretikagabe bei gleichzeitiger Bettruhe eine erhöhte Diurese und eine vermehrte Natriumexkretion und glomeruläre Filtrationsrate sowie eine niedrigere Herzfrequenz. Eine generelle Empfehlung zu vermehrter Bettruhe ist aus diesen Daten nicht abzuleiten, zumal katabole Effekte eines mangelnden Trainings nur unzureichend untersucht, aber nicht auszuschließen sind (Evidenzgrad V).

Bei Patienten mit Leberzirrhose und Aszites findet sich nicht selten eine Verdünnungshyponatriämie. Eine Studie an 997 Zirrhosepatienten ergab lediglich bei 1,25% der Untersuchten eine Hyponatriämie von <120mmol/l bzw. bei 5,7% der Patienten von <125mmol/l. In einer weiteren Studie fand sich bei 753 zur Transplantation vorgesehenen Leberzirrhosepatienten (63% mit Aszites) bei 8% eine Hyponatriämie von <130mmol/l. Bei diesen Patienten bestand bei Serum-Natriumwerten von 120-135 in Abhängigkeit von der Hyponatriämie in den nächsten 6 Monaten ein erhöhtes Risiko zu versterben. Das Wissen um die insgesamt ungünstige Prognose bei Vorliegen einer Hyponatriämie ist bekannt.

In der Regel liegt bei diesen Patienten eine Verdünnungshyponatriämie vor. Ein Kochsalzmangel besteht daher nicht; die zusätzliche Gabe von Kochsalz ist deshalb nicht indiziert. Generell sollte beim Vorliegen einer Hyponatriämie kein rascher Elektrolytausgleich erfolgen, da als schwerwiegende Komplikation das Risiko einer zentralen pontinen Myelinolyse besteht.

Bei Patienten mit ausgeprägter Hyponatriämie wird zur Flüssigkeitsrestriktion geraten. Allerdings gibt es weder Daten zur Wirksamkeit der Maßnahme noch über den daraus resultierenden Natriumwert. Als sinnvoll wird die Maßnahme bei einem Serum Natriumwert von 120-125 mmol/l angesehen (Evidenzgrad V). Eine Flüssigkeitsrestriktion sollte längerfristig nur bei nachgewiesener Wirksamkeit angeordnet werden, da sie häufig eine Einschränkung der Lebensqualität bedeutet.

(UR)

#### Quelle

Gerbes A.L., V. Gülberg, T. Sauerbruch et al.: S3-Leitlinie „Aszites, spontan bakterielle Peritonitis, hepatorenales Syndrom. Z Gastroenterol 2011; 49: 749-779

### S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom (RDS): Kapitel 5 - Ernährung

Layer P. et al.

Die Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS e.V.) hat gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V. 2011 die S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom publiziert. Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie finden Berücksichtigung. Dem Thema Ernährung wurde ein eigenes Kapitel gewidmet, welches auszugsweise und teilweise kommentiert wiedergegeben werden soll.

#### Einleitung 5-1: Diagnostische und therapeutische Rolle der Ernährung beim RDS bei Erwachsenen

##### I Einleitung

Das Thema Ernährung war hierbei Gegenstand kontroverser Diskussionen. Teilweise unklar ist, ob Ernährungsfaktoren in der Ätiologie eine Rolle spielen und ob ernährungsmedizinische Maßnahmen sinnvoller Bestandteil eines Therapiekonzeptes sein können. Aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse ist ein Paradigmenwechsel in der Definition des Reizdarmsyndroms (RDS) zu erwarten. Dabei können pathophysiologische Veränderungen wie eine subklinische Entzündung, die Störung des Darmnervensystems oder eine Störung der Darm-Hirn-Achse bedeutsam

sein. Es wird erwartet, dass es unter diesen Aspekten auch zu einer Neubetrachtung von Ernährungsfragen kommen wird. Beim RDS gibt es Nahrungsmittelunverträglichkeiten infolge immunologisch vermittelter Nahrungsmittelallergien oder durch Enzymdefekte bedingte Nahrungsmittelintoleranzen. Bei den meisten Ernährungsempfehlungen fehlt jedoch die Evidenz. Andererseits erwartet gerade der Patient mit RDS Ernährungsempfehlungen und setzt in diese meist hohe Erwartungen. Positive Effekte von Placebos sind beim RDS bekannt. Vermittelt man dem Patienten aber Ernährungsempfehlungen allzu kritisch, gibt man eventuell eine an sich gute Therapiechance aus der Hand. Individuell gehaltene Ernährungsempfehlungen können durchaus erfolgreich sein.

Von der DGVS wurden 11 Empfehlungen zusammengefasst und ausgesprochen, bei denen ein starker Konsens bestand. Im Einzelnen wurden folgende Statements abgegeben:

### Statement 5-1-1

Eine einheitliche Empfehlung für alle Patienten mit einem RDS gibt es nicht. Aber es gibt zahlreiche individuelle Ernährungsempfehlungen, die sich an den jeweiligen Symptomen orientieren. (Evidenzgrad B, Empfehlungsstärke: abgeschwächt positiv, starker Konsens.)

Der Evidenzgrad B resultiert aus der Tatsache, dass es zu dieser Thematik eine Reihe negativer Ergebnisse gibt. Für Subgruppen gibt es aber durchaus evidenzbasierte Empfehlungen. Es gibt allerdings keine Arbeit, die dieses Statement als primäre Fragestellung bearbeitet.

### Statement 5-1-2

Ernährungsbezogene Empfehlungen für Patienten mit der Diagnose RDS vom postinfektiösen Typ weichen nicht von den Empfehlungen für Patienten mit anderen Typen des RDS ab. (Evidenzgrad D, Empfehlungsstärke: abgeschwächt negativ, starker Konsens.)

Pathogenese und Pharmakotherapie des postinfektiösen RDS lassen sich teilweise von anderen Formen des RDS abgrenzen. Es fehlen aber Studien, die zeigen, dass für Patienten mit postinfektiösem RDS andere Ernährungsempfehlungen gelten. Vieles spricht für identische Empfehlungen. Möglicherweise wirken Probiotika bzw. probiotische Nahrungsmittel bei dieser Form des RDS besser. Dies ist nicht durch Studien belegt.

### Statement 5-1-3

Es gibt keine ernährungsbezogenen Empfehlungen zur Prävention des Reizdarmsyndroms. (Evidenzgrad D; Empfehlungsstärke: abgeschwächt positiv, starker Konsens.) Studien, die ernährungsbezogene Empfehlungen zur Prävention des RDS rechtfertigen, stehen aus.

## II Nahrungsmittelunverträglichkeit und RDS

### Statement 5-1-4

Bei Patienten mit Symptomen eines RDS sollten Hinweise auf Nahrungsmittelunverträglichkeiten mit geeigneten Methoden abgeklärt und im Fall einer Bestätigung behandelt werden. (Evidenzgrad D; Empfehlungsstärke abgeschwächt positiv, starker Konsens.)

Zur Behandlung sollte eine Aufklärung und Schulung zur Erkrankung erfolgen und eine individuelle Ernährungsbera-

tung durchgeführt werden. (Evidenzgrad D, Empfehlungsstärke: abgeschwächt positiv, starker Konsens.)

Hinweise auf Nahrungsmittelunverträglichkeiten ergeben sich aus der Eigen- und bei Nahrungsmittelallergien auch aus der Familienanamnese. Unverträglichkeiten können durch doppelblinde placebokontrollierte Provokationstests verifiziert werden. Bezüglich der Abklärung von Nahrungsmittelallergien wird auf die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie verwiesen. Die Abklärung der Laktosemalabsorption und anderer Formen der Kohlenhydrat-Malabsorption können durch H<sub>2</sub>-Atemtests verifiziert werden. Die Evidenz einer Ernährungsberatung im Fall einer nachgewiesenen Unverträglichkeit ist belegt. Eine Aufklärung über die Erkrankung, gemeinsam mit einer Schulung, Lebensstil- und Diätberatung, verbessert beim RDS die abdominale Schmerzsymptomatik. Nachgewiesen ist dies nur bei überwiegender Diarrhoe. Ein einmaliges Schulungsprogramm zum RDS, einschließlich Diätberatung führte nach 6 Monaten bei einem Teil der Patienten zum Wegfall der Kriterien eines RDS. Ein Effekt auf den Abdominalschmerz wurde dabei nicht beobachtet. Die Mehrheit der Patienten sah ihren Wissensstand bezüglich der Erkrankung als unzureichend an. In Einzelfällen kann eine probatorische Therapie zum Erfolg führen (Expertenmeinung).

### Statement 5-1-5

Patienten mit Symptomen eines RDS und einer gesicherten Kohlenhydrat-Malabsorption (z.B. Laktose, Fruktose oder Sorbitol) sollten probatorisch eine an diesen Zuckern arme Kost verzehren. (Evidenzgrad B, Empfehlungsstärke: abgeschwächt positiv, starker Konsens.)

Eine fruktosearme Kost muss bei Vorliegen einer Fruktosemalabsorption keineswegs zur Beschwerdefreiheit führen. Hinzu kommt, dass sich, je nach Studie, bei bis zu 90% der RDS Patienten eine Kohlenhydrat-Malabsorption findet. Ein rigides Einhalten der Empfehlungen wäre mit dem Verzicht auf zahlreiche Obstsorten verbunden und würde den Empfehlungen anderer Fachgesellschaften zur gesunden Ernährung zuwider laufen. Man hätte sich den Hinweis gewünscht, dass die Beschwerden nach reichlichem Obstverzehr letztlich nicht zu einer Schädigung des Gastrointestinaltraktes führen. Manches fruktose- oder sorbitreiche Nahrungsmittel wird eventuell nur wenige Male im Jahr verzehrt. Beschwerden können hingenommen werden, falls der Genuss des Nahrungsmittels als bedeutsamer angesehen wird als auftretende Beschwerden. Ein Hinweis, dass der Zusatz von Glukose beim Verzehr fruktosereicher Obstsorten die Beschwerdesymptomatik verbessern kann, fehlt. Einschränkend wird mitgeteilt, dass eine derartige Diät mindestens 14 Tage dauern und nur bei klarer Symptominderung dauerhaft fortgesetzt werden sollte.

### Statement 5-1-6

Bei Patienten mit RDS und anamnestischen Hinweisen auf eine Nahrungsmittelunverträglichkeit sollte eine gezielte Eliminationsdiät erfolgen. (Evidenzgrad C, Empfehlungsstärke: abgeschwächt positiv, Konsens.)

Bei erwachsenen Patienten mit RDS ohne Hinweise auf eine Zöliakie kann eine glutenreduzierte Diät versucht werden. (Evidenzgrad C, Empfehlungsstärke: abgeschwächt positiv, Konsens.)

Eliminationsdiäten erfordern Verlaufskontrollen zur Ver-

meidung von Mangelernährung und sollen nur bei Therapieansprechen dauerhaft durchgeführt werden. (Evidenzgrad C, Empfehlungsstärke: sollte oder kann, Konsens.) Das Statement gilt für Patienten, bei denen eine Nahrungsmittelunverträglichkeit überzeugend und wiederholt angegeben wurde, ohne dass eine Nahrungsmittelallergie, eine Kohlenhydrat-Malabsorption oder eine Zöliakie nachgewiesen werden konnte. Grundlage sind Ergebnisse aus einer einzigen nicht randomisierten Studie mit 145 Patienten, bei denen eine glutenfreie Kost zu einer Verbesserung der Beschwerdesymptomatik und der Stuhlfrequenz führte. Diese Empfehlung wird zwar als abgeschwächt positiv eingestuft, erstaunt in mancher Hinsicht dennoch. Im Statement wird von einer glutenreduzierten Kost gesprochen, erst im Kommentar zeigt sich, dass eine „glutenfreie Kost“ gemeint ist. Es ist fraglich, ob das Ergebnis einer einzigen nicht randomisierten Studie eine derart weit reichende Empfehlung rechtfertigt. Eine glutenfreie Kost ist eine einschneidende diätetische Maßnahme, die nicht mit dem Einhalten einer Kost für Diabetiker vergleichbar ist. Das Durchführen erfordert meist die mehrmalige Beratung durch eine Diätassistentin. Das exakte Einhalten, und nur dann darf eine Wirkung erwartet werden, erfordert von Seiten des Patienten umfangreiche Kenntnisse und Disziplin. Ein Therapieansprechen ist bei Zöliakie-Patienten z.T. erst nach einem Jahr gegeben. Es erscheint deshalb fraglich, ob diese Empfehlung bei einem Krankheitsbild bzw. einer Befindlichkeitsstörung, welche im Gegensatz zur Zöliakie nicht zu Folgeerkrankungen führt, gerechtfertigt ist.

Bei Patienten, bei denen hohe IgG-Titer gegen Nahrungsproteine nachgewiesen wurden, und die nicht auf eine etablierte Pharmakotherapie ansprechen, wird empfohlen in einem begrenzten Zeitraum diese Nahrungsmittel weg zu lassen. Dies sollte nur bei dauerhaftem Therapieansprechen fortgeführt werden. Hintergrund für den Hinweis sei „eine gewisse Studienlage“, in der über eine Besserung nach Weglassen von Nahrungsmitteln, für die ein hoher IgG-Titer gemessen wurde, mitgeteilt wurde. Dabei handelte es sich um unkontrollierte Studien mit kleinen Fallzahlen. Rationale Begründung für diese Empfehlung ist eine diskutierte gestörte Darmbarriere, die zum Anstieg der IgG-Antikörper führt. Eine Bestimmung von IgG-Antikörpern wird nicht empfohlen. Da aber Betroffene derartige Bestimmungen häufig auf eigene Faust veranlassen, erwarten sie eine Stellungnahme des Arztes.

Derartige Bestimmungen waren bereits früher von nationalen und internationalen Fachgesellschaften abgelehnt und eine diätetische Therapie als nicht sinnvoll angesehen worden. Es erscheint deshalb fraglich, ob man als Behandelnder dieser Leitlinienempfehlung Folge leisten sollte.

### III. Spezielle diätetische Interventionen: Probiotika, Ballaststoffe und Nahrungsergänzungsmittel

#### Statement 5-1-7

Ausgewählte Probiotika können in der Behandlung des RDS eingesetzt werden, wobei die Wahl des Stammes nach der Symptomatik erfolgt. (Evidenzgrad A, in Abhängigkeit vom einzelnen Probiotikum, Empfehlungsstärke: abgeschwächt positiv, starker Konsens.)

Das Thema Probiotika wird teilweise kontrovers diskutiert; die Studienlage ist streckenweise unzureichend. Probiotika können weder generell als wirksam oder unwirksam be-

zeichnet werden. Entscheidend für die Wirksamkeitsbeurteilung ist, welcher Stamm eingesetzt wurde. Es finden sich zwischenzeitlich Metaanalysen, die auf kontrollierten Studien basieren, und bei denen sich nachweisen ließ, dass für bestimmte Probiotika in der Mehrzahl der RCT die Wirksamkeit nachgewiesen werden konnte. Dennoch hat man den Evidenzgrad von A nach B, für bestimmte Gruppen von Probiotika (z. B.: E. coli ) von B nach C abgestuft.

#### Statement 5-1-8

Bei Erwachsenen mit RDS und überwiegend obstipativen Beschwerden können Ballaststoffe zur Behandlung eingesetzt werden. Dabei sollten Psyllium/Plantago und Isphagula bevorzugt verwendet werden. (Evidenzgrad B, Empfehlungsstärke: abgeschwächt positiv, starker Konsens.)

Ballaststoffe werden bei Erwachsenen vorwiegend in der Behandlung des RDS vom Obstipationstyp diskutiert. Nebenwirkungen können verstärkte Blähungen sein. Als alleinige Therapie scheinen sie von begrenzter Bedeutung zu sein. Als ergänzende Therapie sind sie beim RDS vom Obstipationstyp sinnvoll. Der Therapiebeginn sollte mit niedrigen Dosen, die stufenweise gesteigert werden, erfolgen. Studiendaten bezüglich des Wirksamkeitsnachweises sind widersprüchlich. Oft finden sich Studien mit geringen Fallzahlen. In einer Metaanalyse aus 17 Studien ergab sich unter Ballaststoffen eine geringfügige Besserung der gesamten Abdominalbeschwerden. Lösliche Ballaststoffe (z.B. Psyllium) waren wirksam, während unlösliche (z.B. Weizenkleie) unwirksam waren. Aufgrund möglicher synergistischer Effekte kann in der Behandlung des RDS eine Kombination von Ballaststoffen und ausgewählten Probiotika versucht werden. Bei Ballaststoffzufuhr sollte auf eine ausreichende Trinkmenge geachtet werden.

#### Statement 5-1-9

Auch bei Patienten mit RDS vom Diarrhoetyp oder vom Schmerztyp können lösliche Ballaststoffe zur Therapie eingesetzt werden. (Evidenzgrad B, Empfehlungsstärke: abgeschwächt positiv, starker Konsens.)

Bei Patienten mit Schmerzen, Blähungen und Diarrhoen können Ballaststoffe erfolgreich eingesetzt werden. Brot war ohne anhaltenden positiven Effekt. In einer kleinen RCT fand sich für Psyllium und Methylcellulose keine vermehrte Gasproduktion.

#### Statement 5-1-10

Bei Kindern sollten Ballaststoffe in der Behandlung von Reizdarmsyndrom, rekurrenden abdominalen Schmerzen und chronischer Obstipation eher nicht eingesetzt werden. (Evidenzgrad A, Empfehlungsstärke abgeschwächt negativ, starker Konsens.)

Bei Kindern sind Ballaststoffe in Metaanalysen nicht effektiv in der Behandlung des RDS, bei rekurrenden abdominalen Beschwerden und chronischer Obstipation. In einzelnen Studien fanden sich für ausgesuchte Ballaststoffe positive Effekte.

#### Statement 5-1-11

Nahrungsergänzungsmittel (außer Prä- und Probiotika) werden zur Behandlung des RDS nicht empfohlen. (Evidenzgrad D, Empfehlungsstärke: unklar, starker Konsens.) Es gibt keine ausreichende Studienlage, die eine evidenzbasierte Empfehlung erlauben würde. Ausnahmen sind nachgewiesene Mangelzustände, die unabhängig von der

Diagnose RDS eine Indikation zur Supplementation sein können.

**Zusammenfassend lassen sich folgende ernährungs-therapeutische Empfehlungen für den Patienten mit RDS geben:**

- Diätberatung einschließlich Patienten-Schulung verbessert Symptomatik
- Bei Hinweis auf Nahrungsmittelintoleranzen (Ernährungsprotokolle, -tagebücher): probatorische Eliminationsdiät (DGVS)
- Zuckerarme, v.a. fruktosearme Kost bei nachgewiesener Fruktose-Malabsorption (DGVS)
- Bei Erwachsenen eventuell probatorisch glutenfreie Kost (DGVS)
- Bei erhöhten IgG-Titern: Weglassen dieser Nahrungsmittel und Aufklärung des Patienten (DGVS)
- Probiotikagaben: Wahl des Stammes nach Symptomen (DGVS)
- Kombination von Ballaststoffen und Probiotika kann synergistische Effekte bedingen
- Ballaststoffe bei Obstipation
- Bevorzugen: Psyllium (Plantago ovata), Isphagula (DGVS)
- Nahrungsergänzungsmittel sind nicht sinnvoll

(UR)

**Quelle**

Layer P., V. Andresen. C. Pehl et al: S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom Z. Gastroenterol 2011;49: 237-293

**Omega-3-Fettsäuresupplementation steigert die Muskelproteinsyntheserate und wirkt so der Sarkopenie im Alter entgegen**

Smith G. I. et al.

Mit einer Reihe von Maßnahmen kann der Muskelabbau (Sarkopenie) im Alter verzögert werden. So z.B. durch eine Steigerung der Proteinzufuhr auf 1,2 bis 2,0 g/kg Körpergewicht pro Tag und regelmäßige körperliche Aktivität. Von praktischer Bedeutung ist weiterhin die Vermeidung des bei Senioren häufigen Mangels an Vitamin D als Folge einer unzureichenden Zufuhr des Vitamins mit der Nahrung bei gleichzeitiger altersbedingter Abnahme der Vitaminsynthese in der Haut. Vitamin D-Mangel beeinträchtigt die Muskelfunktion und erhöht das Sturzrisiko. Neuere Befunde zeigen, dass die der Sarkopenie im Alter zugrundeliegende reduzierte Muskelproteinsyntheserate durch Supplementierung mit langkettigen Omega-3-Fettsäuren gesteigert werden kann. Nach Hinweisen aus tierexperimentellen Untersuchungen wurde von den Autoren folgende Studie durchgeführt: 16 Männer und Frauen, mittleres Alter 65 Jahre, erhielten während 8 Wochen täglich 1,86 g Eicosapentaensäure und 1,5 g Docosahexaensäure, beide in Form eines Äthylesters. Die Kontrollgruppe erhielt die gleiche Menge Maiskeimöl. Gemessen wurden verschiedene Enzyme des Proteinstoffwechsels sowie Entzündungsparameter im Plasma. Gesteigert wurde nach einer Aminosäure-/Insulininfusion lediglich die Proteinsyntheserate in der Omega-3-Gruppe, nicht in der Placebogruppe. Der genaue Wirkmechanismus des Effektes der langkettigen Omega-3-Fettsäuren konnte nicht geklärt werden. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Omega-3-Fettsäuren wahrscheinlich hilfreich sind bei der Therapie bzw. Prophylaxe

der Sarkopenie (may potentially be useful as a therapeutic agent).

(HK)

**Quelle**

G. I. Smith et al. Amer.J.Clin.Nutr.93(2011)402-412

**Diabetes und Übergewicht steigern das Karzinomrisiko**

Lee MY et al.

In den Industrienationen steigt das Risiko für Diabetes mellitus und verschiedene Neoplasien an. Ob dies nur für westliche Länder gilt oder eine globale Pandemie ist, untersuchte eine taiwanische Studie (6). Zusätzlich wurde untersucht, ob diese starke Assoziation zwischen Diabetes mellitus und Karzinomen vom Einfluss einer gleichzeitig bestehenden Hypertonie, Dyslipoproteinämie und Gicht abhängig ist. Mit Hilfe einer nationalen Krankenversicherung wurden im Jahr 1997 insgesamt 985 815 Personen mit Diabetes mellitus identifiziert und von 1998 bis 2009 nachverfolgt. Die demographischen Charakteristika zwischen Patienten mit Diabetes mellitus und Karzinom schlossen Alter, Geschlecht, Hypertonie, Dyslipoproteinämie und Gicht ein und wurden mittels des  $\chi^2$ -Tests analysiert. Das Cox-proportional-hazards-Regressionsmodell wurde zur Bestimmung der unabhängigen Effekte des Diabetes mellitus auf das Krebsrisiko verwendet. Insgesamt wurden 104 343 Diabetiker von 1998 bis 2009 überwacht. Nach Adjustierung für das Geschlecht, das Alter, Hypertonie, Dyslipoproteinämie und Gicht war das Krebsrisiko für Diabetiker um 1,56 (95% Konfidenzintervall CI 1,43 – 1,71) deutlich erhöht. Im Einzelnen fand sich eine Steigerungsrate für das Leber-, Kolon-, Lungen- und Prostatakarzinom von 1,67 (95% CI 1,39-2,01), 1,75 (95% CI 1,49 – 2,06), 1,54 (95% CI 1,26-1,88) und 1,56 (95% CI 1,19-2,04). Für das Mammakarzinom fand sich keine Signifikanz. Die Autoren stellen fest, dass mit Ausnahme des Mammakarzinoms das Karzinomrisiko unabhängig von einer bestehenden Hypertonie, Dyslipoproteinämie und Gicht bei den Patienten mit Diabetes mellitus auch in einer taiwanischen Bevölkerung ansteigt.

**Kommentar**

Der Diabetes mellitus Typ 2 (DM-2) nimmt gleichzeitig mit der Adipositas in allen Industrienationen erheblich zu und stellt die größte Bedrohung für die Volksgesundheit hinsichtlich Morbidität und Mortalität dar. Allein im letzten Jahr sind mehr als 20 hochrangige Studien veröffentlicht worden, die eine Assoziation zwischen DM-II und Malignomen beschreiben (8). Diese Entwicklung ist global, wie die aus Taiwan stammende Untersuchung an einem großen Kollektiv gezeigt hat. Bei den meisten Krebsarten ist die Steigerungsrate durch den DM-II ähnlich, führend sind der Endometriumkrebs und der Brustkrebs bei Frauen. Der Endometriumkrebs scheint bei Frauen durch einen DM-II besonders gefördert zu werden (9), für den Brustkrebs ist auch eine schlechtere Prognose mit der Blutzuckereinstellung korreliert (5). Allerdings ist noch nicht bewiesen, ob eine bessere Einstellung der Blutzuckerwerte diesen Verlauf bessert. Eine neuere Metaanalyse von 23 Publikationen fand einen Anstieg der Krebssterblichkeit um 41%, die häufigsten Krebsarten waren Endometriumkarzinom, Mammakarzinom und kolorektales Karzinom (1). Bei Pati-

enten mit Diabetes mellitus Typ I fand sich nur ein gesteigertes Risiko für das Pankreaskarzinom, so dass weitere Faktoren beim DM-II zur gesteigerten Krebshäufigkeit beitragen müssen (2,7). Als möglicher Promotor der Karzinogenese bei Patienten mit DM II wird eine fettreiche Ernährung, ein sitzender Lebensstil und die Entzündung angesehen. Eine Zunahme des Krebsrisikos wird für Patienten mit DM II durch eine Insulintherapie (3) oder durch Glitazone, die eine Insulinwirkung verstärken, angenommen (3). Dies könnte durch Wachstumsfaktoren, wie den Insulin-like growth factor 1 (IGF-1) ausgelöst werden. Eine Schlüsselrolle käme hier dem viszeralen Fett zu, das als endokrin aktives Organ für die Entzündungsreaktion und die Insulinresistenz verantwortlich ist (8). Diese negativen Wirkungen scheinen für Biguanide, wie Metformin, nicht zu gelten (10). Dagegen scheint Pioglitazon die Entwicklung des Prostata- und Pankreaskarzinoms zu fördern (4), wie dies auch für das Insulin und Sulfonylharnstoffe zutrifft. Leider sind diese Zusammenhänge noch unzureichend erklärt und deshalb darf die Angst vor einem Malignom nicht eine ausreichende Einstellung des Blutzuckers beeinträchtigen.

(OA)

### Literatur:

1. B. B. Barone, H. C. Yeh, C. F. Snyder et al., "Long-term all-cause mortality in cancer patients with pre-existing diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis," *Journal of the American Medical Association*, vol. 300, no. 23, pp. 2754–2764, 2008
2. Ben Q, Xu M, Ning X, Liu J, Hong S, Huang W, Zhang H, Li Z.: Diabetes mellitus and risk of pancreatic cancer: A meta-analysis of cohort. *Eur J Cancer*. 2011 Mar 31. [Epub ahead of print]
3. Chang CH, Toh S, Lin JW, Chen ST, Kuo CW, Chuang LM, Lai MS.: Cancer Risk Associated with Insulin Glargine among Adult Type 2 Diabetes Patients - A Nationwide Cohort Study. *PLoS One*. 2011;6(6):e21368. Epub 2011 Jun 27.
4. Ferrara A, Lewis JD, Quesenberry CP Jr, Peng T, Strom BL, Van Den Eeden SK, Ehrlich SF, Habel LA.: Cohort study of pioglitazone and cancer incidence in patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2011 Apr;34(4):923-9
5. Gouveri E, Papanas N, Maltezos E.: The female breast and diabetes. *Breast*. 2011 Jun;20(3):205-11. Epub 2011 Mar 16.
6. Lee MY, Lin KD, Hsiao PJ, Shin SJ: The association of diabetes mellitus with liver, colon, lung, and prostate cancer is independent of hypertension, hyperlipidemia, and gout in Taiwanese patients. *Metabolism*. 2011 Aug 3. [Epub ahead of print]
7. Magruder JT, Elahi D, Andersen DK.: Diabetes and pancreatic cancer: chicken or egg? *Pancreas*. 2011 Apr;40(3):339-51.
8. Noto H, Tsujimoto T, Sasazuki T, Noda M.: Significantly Increased Risk of Cancer in Patients with Diabetes Mellitus. *Endocr Pract*. 2011 Feb 25:1-44. [Epub ahead of print]
9. Schmandt RE, Iglesias DA, Co NN, Lu KH.: Understanding obesity and endometrial cancer risk: opportunities for prevention. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Jun 7. [Epub ahead of print]
10. Buchs AE, Silverman BG.: Incidence of malignancies in patients with diabetes mellitus and correlation with treatment modalities in a large Israeli health maintenance organization: a historical cohort study. *Metabolism*. 2011 Jun 20. [Epub ahead of print]

nance organization: a historical cohort study. *Metabolism*. 2011 Jun 20. [Epub ahead of print]

### Aktuelles kurz berichtet

#### DAEM-Spezialseminar „Ernährungstherapie des Metabolischen Syndroms – Update 2011“ veranstaltet in der Frankenlandklinik Bad Windsheim

Gebhardt A.

Am 8. und 9. Juli 2011 veranstaltete die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V. (DAEM) zusammen mit der Frankenlandklinik Bad Windsheim ein interdisziplinär ausgerichtetes Fortbildungsseminar zum Thema „Ernährungstherapie des Metabolischen Syndroms – Update 2011“. An diesem Seminar nahmen 25 ErnährungsmedizinerInnen und Ernährungsberatungsfachkräfte aus der ganzen Bundesrepublik teil und diskutierten mit rund einem Dutzend FachreferentInnen aus den Bereichen Universität, Akutkrankenhaus, Rehaklinik und ernährungsmedizinisch ausgerichtete Schwerpunktpraxis in der hausärztlichen Versorgung die aktuellen Kenntnisse zur Entstehung und Therapie des Metabolischen Syndroms. Einleitend referierte Prof. Walter vom Klinikum Nürnberg über die Pathogenese des Metabolischen Syndroms und die daraus folgenden Auswirkungen auf das Herz und Gefäßsystem. Hochinteressant zeigen sich dabei neueste Befunde zur Bedeutung der Insulinresistenz. Vieles spricht nach diesen Studienergebnissen für die Annahme, dass die Insulinresistenz individuell unterschiedliche Auswirkungen auf einzelne Organe bzw. Organsysteme nach sich zieht. Dies wiederum eröffnet bzw. erfordert, nach Prof. Walter, in der Konsequenz zukünftig ganz unterschiedliche Therapieansätze und würde zudem erklären helfen, warum die gegenwärtig anerkannten und etablierten Therapiemodelle mit Ernährungs-Bewegungs- und Psychotherapie doch häufig bei vielen Betroffenen nicht den gewünschten Erfolg zeigen. In seiner formulierten Vision kann er sich durchaus vorstellen, dass manche Menschen in erster Linie von einer intensivierten Bewegungstherapie profitieren, wohingegen andere hiervon keinerlei Benefit zu erwarten haben. Gleiches gälte für eine intensive Ernährungsumstellung. Die Kunst wird sein, sollten sich diese Befunde unter evidenzbasierten Gesichtspunkten bestätigen lassen, Verfahren zu entwickeln, die es erlauben, eine möglichst zweifelsfreie Gruppenzuordnung dieser Patienten zu ermöglichen.

Im Mittelpunkt des weiteren Seminarverlaufes präsentierte das Ernährungs- und Diabetesteam der Frankenlandklinik, die bereits seit über 10 Jahren als Lehrklinik für Ernährungsmedizin der DAEM zertifiziert ist, die weitreichenden Möglichkeiten und ausgezeichneten Erfahrungen im interdisziplinären Umgang mit stark adipösen Menschen, die häufig zusätzlich an Diabetes mellitus und dessen Folgeerkrankungen leiden. Besonderes Interesse weckte dabei das in Bad Windsheim entwickelte und etablierte ambulante „Fränkische Adipositastraining“ (FAT), das nach einer fünfwöchigen stationären Schulungs- und Therapiemaßnahme noch 26 ambulante Nachbetreuungstermine im monatlichen Abstand umfasst. Die TeilnehmerInnen konnten sich dabei von dem hervorragenden Ineinandergreifen der verschiedenen Therapiesäulen (Ernährung, Bewegungs- und Verhaltenstherapie) überzeugen, die unter Leitung des

Ernährungsmediziners Dr. Dieterle Anwendung finden. Einziger Wermutstropfen bleibt, dass dieses Therapieprogramm wegen seiner hohen Personalintensität insgesamt nur einer kleinen Gruppe der Betroffenen zu gute kommen kann.

Das Seminarprogramm wurde durch beispielhafte praktische Übungen und Falldiskussionen, anschauliche Darstellungen der derzeit große Beliebtheit erfahrenden chirurgischen Therapiemöglichkeiten, aber auch der Konsequenzen für die Ernährungstherapie als Folge der Neufassung der Diätverordnung, abgerundet.

Die Akademie wird bemüht sein, auch in den kommenden Jahren solche vertiefenden Spezialseminare mit interdisziplinärem Erfahrungsaustausch zu organisieren und abzuhalten. InteressentInnen können sich per E-Mail registrieren lassen unter [info@daem](mailto:info@daem) und werden dann rechtzeitig über neue Termine informiert.

### **Ausschreibung Förderpreis des Instituts Danone Ernährung für Gesundheit e.V. 2012**

#### **Mitteilung:**

Das Institut Danone Ernährung für Gesundheit (IDE e.V.) vergibt für besonders qualifizierte wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Ernährungswissenschaft, Ernährungsepidemiologie, Ernährungsmedizin, Lebensmittelchemie und verwandten Wissenschaftsgebieten den „Förderpreis des Instituts Danone Ernährung für Gesundheit e.V.“. Bewerben können sich WissenschaftlerInnen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, die das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der Preis in Höhe von 5.000 € wird jährlich vergeben.

WissenschaftlerInnen, die neue wissenschaftliche Erkenntnisse auf den genannten Gebieten vorlegen können, werden gebeten, zur Veröffentlichung vorgesehene Manuskripte oder innerhalb der letzten zwei Jahre in internationalen wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlichte Ergebnisse (in deutscher oder englischer Sprache) bis zum 14.10.2011 an die Geschäftsstelle des IDE zu schicken. Beizufügen sind kurze Angaben zur Person, zum beruflichen Werdegang und zu bisherigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen sowie eine Kurzfassung der eingereichten Arbeit von maximal zwei DIN A4-Seiten. Forschungsergebnisse, die bereits für andere wissenschaftliche Preise eingereicht wurden, können nicht mit berücksichtigt werden. Die Auswahl des Preisträgers erfolgt durch ein vom wissenschaftlichen Beirat des IDE gewähltes Komitee.

Bewerbungen sind einzureichen unter:  
Institut Danone Ernährung für Gesundheit e.V.  
Geschäftsstelle  
Richard-Reitzner-Allee 1  
85540 Haar

### **Ausschreibung Projektförderung zum Thema Ballaststoffe des Instituts Danone Ernährung für Gesundheit e.V. 2012**

Eine der Hauptaufgaben des Institut Danone Ernährung für Gesundheit (IDE e.V.) besteht in der Unterstützung von Forschungsvorhaben aus dem Gesamtbereich der Ernährungswissenschaft und der Ernährungsmedizin, allerdings mit jährlich wechselndem Schwerpunkt.

Ein Schwerpunkt der Forschungsförderung liegt bei der so-

genannten Anschlag- und Überbrückungsfinanzierung bis maximal 10.000 Euro. Bei besonders hochwertigen Vorhaben und in speziellen Fällen können Beihilfen in der Größenordnung bis zu 30.000 Euro beantragt werden. Als Leitthema für die Projektförderung im Jahr 2012 sind Forschungsvorhaben aus dem Bereich Ballaststoffe vorgesehen. Es können nur Anträge berücksichtigt werden, die dieser Fragestellung entsprechen.

Die beantragten Vorhaben sollen ein hohes wissenschaftliches Niveau und Originalität im gedanklichen Ansatz sowie einen erkennbaren direkten Bezug zur Ernährung zeigen. Routineuntersuchungen oder Anträge, die bereits andersorts abschlägig beschieden worden sind, können im Regelfall nicht gefördert werden. Hingegen bestehen keine Einwendungen, wenn von verschiedenen Förderern Zuwendungen erfolgen, soweit eine klare Abgrenzung möglich ist. Die praktische Realisierbarkeit der Vorhaben soll im Antrag erkennbar sein.

Die Antragstellung erfolgt auf Formularen, die bei der Geschäftsstelle angefordert oder auch im Internet unter [www.institut.danone.de](http://www.institut.danone.de) heruntergeladen werden können. Dort ist auch das Informationsblatt „Richtlinien zur Vergabe von Fördermitteln“ erhältlich. Einsendeschluss für die Antragstellung ist der 16.01.2012. Anträge auf Projektförderung sind an den Vorstand zu richten:

Institut Danone Ernährung für Gesundheit e.V.  
Geschäftsstelle  
Richard-Reitzner-Allee 1  
85540 Haar  
Tel.: 089/627 33-338  
Fax: 089/627 33-659

### **Veranstaltungen 2011 der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e.V. (DAEM) 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 zusätzliche 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; G. Zürcher, Freiburg

## 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

## Kompaktkurse Ernährungsmedizin 2012

Die endgültige Terminierung für die Kompaktkurse Ernährungsmedizin für 2012 standen bei Redaktionsschluss noch nicht fest. Die Termine werden in ca. 4 Wochen auf der Homepage [www.daem.de](http://www.daem.de) abrufbar sein. In der Planung sind die folgenden Kurse:

DAEM Kompaktkurse Ernährungsmedizin 2012

- in München im März 2012 geplant
- in Bad Krozingen im Juni 2012 geplant
- in Münster (zweigeteilter Kompaktkurs) voraussichtlich im Oktober 2012 und im Februar 2013 geplant

## Auskünfte und Anmeldung

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

## Veranstaltungen sonstiger Anbieter

### 05. Oktober 2011, Erlangen

*1. Erlanger Adipoitas Pflegefachtagung  
Unter der Schirmherrschaft der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Adipositas therapie (CA-ADIP) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie und der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM)*

Themenübersicht: Format XXL im stationären Bereich; Format XXL im operativen Bereich; Adipositas analysiert; Aussteller-Workshops in Gruppen; Essen ist einfach...?; Agiler Geist und mobiler Körper; Die schwere Wunde; Ausblick in die Zukunft.

Weitere Informationen unter [www.akademie.uk-erlangen.de](http://www.akademie.uk-erlangen.de)

### 06. – 08. Oktober 2011, Bochum

*Adipositas in der ersten Lebenshälfte  
Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft 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](http://www.adipositas2011.de)

### 08. – 12. Oktober 2011, Bad Orb

*Update „Ernährung des gesunden und kranken Kindes“  
Herbst-Seminar-Kongress des Bundesverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V.)*

Weitere Informationen unter [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de)

### 09. –11. Oktober 2011, Karlsruhe

*Food Metabolomics  
Wissenschaftliche Tagung des Max Rubner-Instituts.*

Weitere Informationen unter [www.mri.bund.de](http://www.mri.bund.de).

### 13. – 15. Oktober 2011, Stuttgart

*Pke-Kongress – Praxis klinische Ernährung  
5. Kongress Ernährungsteams*

Themenübersicht: Demographischer Wandel: Konsequenzen für die Versorgung; Zahngesundheit und Ernährung im Alter; Leitlinien: Enterale und parenterale Ernährung; Mangelernährung nach Adipositas-Chirurgie; Teamorganisation und spezielle Arbeitsbereiche; Der demenzkranke Patient zwischen Selbstversorgung und Pflegeheim; Podiumsdiskussion: Ernährung am Lebensende – Recht, Ethik, Zukunft; ergänzt durch Workshops und Expertengespräche

Weitere Informationen unter [www.pke-online.com](http://www.pke-online.com)

### 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](http://www.akademie.ziel.tum.de)

## 28. – 29. Oktober 2011, Irsee

*Irseer Fortbildungsveranstaltung*

*Quo vadis DGEM - Aktuelle Aspekte in der Ernährung des kritisch Kranken*

*Tagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM e.V.) mit dem Schwerpunktthema Intensivmedizin sowie einem besonderen Programm zu 30 Jahre DGEM.*

Themenübersicht: 30 Jahre DGEM – ein Rückblick; 25 Jahre DGEM Fortbildungsveranstaltung Irsee; Ernährung in der Onkologie – ein Update zu Fischöl und Vitamin D, Darmversagen beim kritisch Kranken – ist eine enterale Ernährung möglich?; Postoperative Ernährung – Kochkurse nach Operationen; Geschichte der Gewürze – Avicenna und seine Erben; Early versus late parenteral nutrition in critically ill adults; EPaNIC Trial – alles Panik oder was?; Challenges and chances in glycemia control; Cholesterol depletion in the intensiv care patients – clinical consequences; Wie interpretiere ich die Daten des „Nutrition Day“?, Ernährungsmedizin – wohin geht die Reise? – Klinik – Forschung – Nachwuchs.

Weitere Informationen unter [www.dgem.de](http://www.dgem.de).

## 04. – 05. November 2011, Frankfurt

*Adipositas XXL – eine Herausforderung*

*Interdisziplinäres Seminar des Frankfurter Zentrums für Ess-Störungen*

Themenübersicht: Möglichkeiten und Grenzen der konservativen Adipositas-Therapie; Indikationsstellung; Präoperative Maßnahmen; Adipositas-Chirurgie; Differenzierte Symptomatik und multifaktorielle psychologische Aspekte der Adipositas XXL; Bedeutung des Essens aus entwicklungspsychologischer und emotionaler Sicht; Postoperative ernährungsmedizinische, ernährungspsychologische und therapeutische Begleitung.

Weitere Informationen unter [www.essstoerungen-frankfurt.de](http://www.essstoerungen-frankfurt.de)

## 11. – 12. November 2011, München

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

Themenübersicht: Aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitspolitik; Historie und Zukunft der Ernährungsmedizin; Müssen wir beim Fett umdenken?; Leitlinie Kohlenhydrate; Bedeutung der exogenen Cholesterinzufuhr; Prävention und Therapie mit n-3-Fettsäuren; Probiotika—Lebensmittel oder Arzneimittel?; Leitliniengerechte parenterale Ernährung; Ist Alkohol ein Nahrungsmittel?; Prävention und Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter; DOC WEIGHT@ - Ein Adipositas-Therapie-Programm für die Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin BDEM; Ergebnisse des M.O.B.I.L.I.S. – Programms; Stellenwert von Formuladiäten in der Adipositas-Therapie; Körperliche Aktivität und metabolisches Syndrom; Was ist gesichert in der bariatrischen Chirurgie?; Komplikationen nach Adipositas-Chirurgie; Gesprächsführung in der Ernährungsberatung (Einzel- und Gruppentherapie) der Diätassistentin, der Oecotrophologin, der Ernährungsmedizinerin, der Psychologin; Fallbeispiele mit Diskussion in Kleingruppen (Ernährungsberatung, Ernährungsmedizin, Psychologie).

Weitere Informationen unter [www.bdem.de](http://www.bdem.de).

## 18. – 19. November 2011, Leipzig

*Leipziger Fortbildungsveranstaltung*

*Fortbildungsveranstaltung der DGEM (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.).*

Weitere Informationen unter [www.dgem.de](http://www.dgem.de).

## Vorschau

### Veranstaltungen sonstiger Anbieter in 2012

#### 14. – 16. März 2011, München

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

Weitere Informationen unter [www.dge.de](http://www.dge.de)

#### 14. – 16. Juni 2011, Nürnberg

*Tagung Ernährung 2012 zum Thema*

*„Kindermenü – Senioreneller – Trinknahrung: Ernährung für alle Lebensphasen“*

*Gemeinsame Tagung von DGEM, AKE, GESKES, VDOE*

Weitere Informationen unter [www.ernaehrung2012.de](http://www.ernaehrung2012.de)