

17. und 18. Juni 2006, Karman-Auditorium der RWTH Aachen



Foto: © Andreas Herrmann/WVA

Current congress

3. Internationaler Diätetik Kongress

5 Fehlernährung in Deutschland

Etwa die Hälfte aller Deutschen ist übergewichtig. Es wird zu viel, zu fett und zu süß gegessen.



6 Koronare Herzkrankheit

Zusammen mit körperlicher Aktivität und Anti-Stress-Management tragen konsequent durchgeführte Ernährungsmaßnahmen zur KHK-Prävention bei.



8 Aachen

Jedes Jahr messen sich in der Aachener Soers Pferdesportler aus aller Welt.



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Internationale Diätetik Kongress findet nun bereits zum dritten Mal im Dreiländereck in Aachen statt. Auch diesmal werden renommierte nationale und internationale Referenten über aktuelle Fragen der Ernährung referieren und ihre wissenschaftlichen Forschungsergebnisse vortragen. Wie immer stehen der kollegiale Dialog und das konstruktive Gespräch zwischen Wissenschaftlern und Praktikern verschiedener Fachdisziplinen im Vordergrund. Es soll damit der Erfahrungsaustausch auch über die Landesgrenzen hinaus gefördert werden.

Besondere Schwerpunkte dieses Kongresses sind das metabolische Syndrom, die koronare Herzkrankheit, der Bluthochdruck sowie chronische Erkrankungen der Nieren und das Harnsteinleiden. Der von der Ärztekammer und der Apothekerkammer Nordrhein zertifizierte Internationale Diätetik Kongress der Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Diätetik entwickelt sich immer mehr auch zu einer Plattform für Ernährungswissenschaftler und Ernährungsmediziner, auf der brennende Fragen der Ernährungsberatung diskutiert werden. Besonderer Wert wird auf evidenz-basierte Ernährungstherapie im Wettstreit mit der Pharmakotherapie gelegt.

Der 3. Internationale Diätetik Kongress 2006 wird auch dieses Mal wieder von der Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Diätetik e.V. ausgerichtet. Wie bei der vorangegangenen Tagung findet der wissenschaftliche Kongress wiederum in den Hörsälen des Karman-Auditoriums der Rhein. Westf. Technischen Hochschule Aachen statt. Diese Tagung nimmt inzwischen bei vielen Kolleginnen und Kollegen einen festen Platz in ihren Kongressplanungen ein. Die Vernetzung von Wissen und Kolleginnen und Kollegen ist hierbei ein wichtiger Faktor geworden.

Der 3. Internationale Diätetik Kongress 2006 steht unter der Schirmherrschaft von Dr. Jürgen Linden, Oberbürgermeister der Stadt Aachen, und Landrat C. Meulenbergh. Wir freuen uns, wenn wir Sie beim 3. Internationalen Diätetik Kongress 2006 in Aachen begrüßen dürfen und weisen darauf hin, dass unsere Mitglieder kostenlos teilnehmen können. Der 4. Internationale Diätetik Kongress findet am 7. und 8. Oktober 2006 statt.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Helmut Mann



Prof. Dr. Jürgen Spona

Foto: Verkehrsverein Bad Aachen

Samstag, 17. Juni 2006

Koronare Herzkrankheiten

Karman Auditorium Hörsaal 4

- 8–9.30 Anmeldung, Get together
 Vorsitz: Prof. Dr. R. Schmitz/Prof. Dr. H.-U. Marschall (Schweden)
- 10–10.15 Begrüßung, Einführung und Grußworte
- 10.15–10.45 Die koronare Herzkrankheit – Ein Überblick, Dr. M. Spinner
- 10.50–11.20 Das metabolische Syndrom, Prof. Dr. H.-U. Marschall (Schweden)
- 11.25–11.55 Therapie erhöhter Blutfettwerte, Prof. Dr. H.-U. Marschall (Schweden)
- 12–12.30 Erhöhte Blutfettwerte – aktuelle diätetische Aspekte, S.-D. Müller-Nothmann
- 12.30–13.45 Mittagspause und Industrieausstellung**
 Vorsitz: Prof. Dr. N. Busch/Prof. Dr. B. Messmer
- 13.45–14.15 Therapie der Hypertonie, Prof. Dr. N. Busch
- 14.20–14.50 Hypertonie aus ernährungswissenschaftlicher Sicht, Fr. I. Baumbach
- 14.50–15.25 Kaffeepause und Industrieausstellung**
 Vorsitz: Prof. Dr. J. Spona (Österreich), Prof. Dr. C. Dienst
- 15.25–15.55 KHK bei Diabetes mellitus, Dr. F. Meißner
- 16–16.30 Ultima Ratio – Herztransplantation, Prof. Dr. B. Messmer
- 16.35–17.05 KHK – aktuelle ernährungsmedizinische Aspekte, Prof. Dr. J. Spona (Österreich)
- 17.10–17.40 KHK aus ernährungswissenschaftlicher Sicht, Fr. A. Baustian

Samstag, 17. Juni 2006

Wie funktioniert Ernährungsberatung? – Grundlagen und Praxis
Karman Auditorium Hörsaal 5

- Vorsitz: Dr. A. Mauckner/Prof. Dr. N. Busch
- 10.25–10.55 Grundlagen der Ernährungsberatung, S.-D. Müller-Nothmann
- 11–11.30 Ernährungsberatung aus psychodynamischer Sicht, Chefarzt S. Matentzoglou
- 11.35–12.05 Neue Wege in der Ernährungsberatung, Fr. M. Steiner-Binder (Österreich)

12.10–12.40 Ernährungsberatung aus ärztlicher Sicht. Leicht umsetzbare Prophylaxeprogramme in der Praxis, Dr. W. Seebauer (Schweiz), Prof. Dr. J. Spitz

12.40–13.50 Mittagspause und Industrieausstellung

- Vorsitz: Prof. Dr. H. Mann/Prof. Dr. H. Willmen
- 13.50–14.20 Das Fettpunktekonzept, Dr. H. Kritz (Österreich)
- 14.25–14.55 EDV in der Ernährungsberatung, Fr. Dr. P. Forster
- 15–15.30 Gruppenschulung versus Einzelberatung, Fr. A. Scheidacker
- 15.35–16.05 Kaffeepause und Industrieausstellung**
 Vorsitz: Fr. Dr. B. Weber, Dr. M. Lempere
- 16.05–16.35 Ernährungsberatung als Gewerbe, Fr. P. Sangiorgio (Schweiz)
- 16.40–17.10 Chinesische Diätetik, Fr. Dr. A. Drees
- 17.15–17.45 Ernährungsberatung – Aacheener Modell, Dr. A. Mauckner, S.-D. Müller-Nothmann

Samstag, 17. Juni 2006

Freie Vorträge

Karman Auditorium Hörsaal 6

- Vorsitz: Prof. Dr. J. Spona (Österreich), Dr. W. Seebauer (Schweiz)
- 10.30–11 Organisation und Durchführung von Gewichtsreduktionskursen in der Praxis, Dr. H. Seeberg-Elverfeldt
- 11.05–11.35 Ernährungsmedizin als Igelleistung in der Arztpraxis, Dr. W. Grebe
- 11.40–12.10 Good Aging und Männermedizin – Integration in die Praxis, Dr. W. Grebe
- 12.10–13.25 Mittagspause und Industrieausstellung**
 Vorsitz: Dr. W. Grebe, Dr. A. Mauckner
- 13.25–13.55 Einfluss von oxidativem Stress auf Arteriosklerose und Durchblutungsstörungen. Sekundäre Pflanzenstoffe zur Risikominimierung, Dr. W. Seebauer (Schweiz)
- 14–14.30 Osteoporose-Prophylaxe, Prof. Dr. J. Spitz
- 14.35–15.05 Die FormMed LifeCare Konzepte – Ihr Wissensvorsprung für eine erfolgreiche Selbstständigkeit als Ernährungsberater/-in, Dr. M. Lempere

15.05–15.35 Kaffeepause und Industrieausstellung

- Vorsitz: Prof. Dr. J. Spitz, Dr. M. Lempere
- 15.35–16.05 Bedeutung des Glukosemetabolismus für aggressive Krebskrankungen, Dr. J. Coy*
- 16.10–16.40 Mitochondriale Medizin – Ernährungsmedizinische Vermeidung eines mitochondrialen bioenergetischen Defizits bei chronisch-degenerativen und entzündlichen Erkrankungen, S. Haufe*
- 16.45–17.15 Neue Strategien zur Verdauungsregulation, Dr. F. Salzer (Österreich)*
- 17.20–17.50 PALATINOSE™ – der neue Zucker für eine langsamere und gleichmäßigere Glukosezufuhr, Fr. Dr. A. Jungclaus, Fr. A. Sentko*

Sonntag, 18. Juni 2006

„Gesunde Ernährung – Wissenschaft und Praxis – Hat die Ernährungsberatung versagt?“

Karman Auditorium Hörsaal 4

- Vorsitz: Prof. Dr. H. Mann/Prof. Dr. U. Loos
- 9.30–10 Fehlernährung in Deutschland, Fr. S. Sonntag
- 10.05–10.35 Ernährungsbedingte Erkrankungen, Arzt J. Wüller
- 10.40–11.10 Gesunde Ernährung aus ernährungswissenschaftlicher Sicht, Fr. D. Nothmann
- 11.15–11.45 Gesunde Ernährung in der praktischen Umsetzung, Fr. A. Scheidacker
- 11.45–12.40 Mittagspause und Industrieausstellung**
 Vorsitz: Fr. Dr. P. Forster/Dr. A. Mauckner
- 12.40–13.10 Orthomolekulare Schmerztherapie – Schmerz ist der Schrei des Körpers nach reinen Orthomolekularia, P.-H. Volkmann*
- 13.15–13.45 Ist Alkohol gesund? Fr. Dr. B. Weber
- 13.50–14.20 Ernährungspyramiden zur praktischen Umsetzung wissenschaftlicher Empfehlungen – Gemeinsamkeiten und Unterschiede, Fr. R. Breuer
- 14.25–14.55 Ernährung in den Medien, S.-D. Müller-Nothmann
- 15–15.30 Podiumsdiskussion: Gesunde Ernährung/Ernährungsberatung – ein kommunikatives

Desaster, Moderation Fr. D. Nothmann

Sonntag, 18. Juni 2006

Nierenerkrankungen und Diätetik

Karman Auditorium Hörsaal 5

- Vorsitz: Prof. Dr. S. Heidenreich/Prof. Dr. H. Nguyen
- 10–10.30 Chronische Niereninsuffizienz aus ärztlicher Sicht, Prof. Dr. S. Heidenreich
- 10.35–11.05 Diabetische Nephropathie aus ärztlicher Sicht, Dr. L. Merker
- 11.10–11.40 Diabetische Nephropathie aus diätetischer Sicht, S.-D. Müller-Nothmann
- 11.45–12.15 Nierenersatztherapieverfahren im Überblick, Prof. Dr. H. Mann
- 12.20–12.50 Nierenersatztherapieverfahren aus diätetischer Sicht, S.-D. Müller-Nothmann
- 12.50–14.15 Mittagspause und Industrieausstellung**
 Vorsitz: Prof. Dr. H. Mann/Prof. Dr. P. Mertens
- 14.15–14.45 Algorithmus zur Diagnostik und Therapie der Malnutrition bei Dialysepatienten, Dr. S. Hoyer*
- 14.50–15.20 Nierensteinleiden, Fr. Dr. B. Weber
- 15.25–15.55 Nierensteinleiden aus diätetischer Sicht, Fr. A. Baustian

Sonntag, 18. Juni 2006

Freie Vorträge

Karman Auditorium Hörsaal 6

- Vorsitz: Dr. C. Muss, Dr. U. Böhm
- 10.30–11 Ernährung und Krebs: neue Ansätze in der Ernährungstherapie, Dr. J. Coy*
- 11.05–11.35 Aminosäuren, Prof. Dr. J. Spona (Österreich)
- 11.40–12.10 Zur Bedeutung von Mikronährstoffen bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Dr. C. Muss
- 12.15–12.45 Kardiovaskuläre Erkrankungen und Mikronährstoffe, Dr. U. Böhm
- 12.50–13.20 Evidenzbasierte Ernährungsprävention und Ernährungstherapie bei Neurodermitis und Allergien, Prof. Dr. A. Hartmann

* Industrievortrag



Chinesische Medizin: Behandlung der Adipositas

Die westliche Medizin bietet zahlreiche Therapiekonzepte für die Behandlung der Adipositas. Das Konzept der Chinesischen Medizin ist ein neuer Weg, sich dem Phänomen „Übergewicht“ zu nähern. Dr. Angela Drees, Düsseldorf, führt in die Thematik ein.

Die westliche Medizin und die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) haben unterschiedliche Erklärungen für Übergewicht. Dies erklärt sich bereits aus dem unterschiedlichen Verständnis der Physiologie des menschlichen Körpers und einer anderen Auffassung von Krankheit.

Aus Sicht der TCM leidet ein übergewichtiger Mensch an einer Schwäche in unterschiedlichen Funktionskreisen. Allen Übergewichtstypen gemeinsam ist jedoch eine Schwäche im Element Erde,

d. h. im Funktionskreis Milz/Pankreas-Magen. Zu einer Störung in diesem Funktionskreis kann es durch verschiedene Ursachen kommen. Z. B. führt eine falsche Auswahl oder Zubereitung der Lebensmittel sowie ein Zuviel an energetisch kalter Nahrung wie Zitrus-, Tropenfrüchte, Rohkost, Blattsalate, Tomaten und Gurken zu einer Schwäche des Erd-elementes. Auch äußere klimatische Verhältnisse und emotionale Belastungen wie z. B. viele Sorgen können das Erdelement mit dem Funktionskreis Milz beeinträchtigen.

Störung des Stoffwechsels

Allen Übergewichtstypen gemeinsam ist eine Störung des Stoffwechsels mit Ansammlung von Feuchtigkeit und Schleim. Dies zeigt sich dann in einer Ansammlung von Fettgewebe. Dem TCM-Konzept steht nicht, wie beim westlichen Ansatz, die Reduktion der Kalorienzufuhr im Vordergrund, sondern die Abstimmung der Nahrungsmittelauswahl auf das zugrunde liegende Syndrommuster.

Die therapeutischen Maßnahmen der TCM zielen konsequenter-

weise darauf ab, die betroffenen Funktionskreise zu stärken und pathogene Faktoren zu mildern oder zu beseitigen. Bei der Gewichtsreduktion ist deshalb eine Nahrungsmittelumstellung auf Nahrungsmittel mit entsprechender Wirkung erforderlich. In der TCM werden Kräuter und Lebensmittel nach ihrer Wirkung auf den menschlichen Körper unterschieden. Lebensmittel können z. B. eine befeuchtende, trocknende, kühlende oder wärmende Wirkung auf den menschlichen Organismus haben. Diese Wirkung wird gezielt eingesetzt, um ein bestehendes Ungleichgewicht zu harmonisieren. Die Ernährungshinweise sind nicht als Diät, sondern als Vorschläge für eine langfristige Nahrungsumstellung gedacht, um Übergewicht zu reduzieren und das gewünschte Körpergewicht zu halten.

Unterschiedliche Therapieschemata

Zur Differenzierung der Muster sind Kenntnisse der TCM erforderlich. Je nach Syndrom werden unterschiedliche Therapieschemata angewandt. Hauptsächlich kommen westliche Lebensmittel zum Einsatz, die nach westlichen Maßstäben zubereitet werden. Zusätzlich kann die Wirkung mit westlichen oder chinesischen Kräutern, Körperakupunktur, Ohrakupunktur, Tuina und Qi gong unterstützt werden.

Samstag, 17. Juni 2006

Wie funktioniert Ernährungsberatung? – Grundlagen und Praxis
 Karman-Auditorium, Hörsaal 5
 (Chinesische Diätetik
 16.40–17.10 Uhr)



Sekundäre Pflanzenstoffe

Schutz vor Arteriosklerose und deren Folgeerkrankungen

Sekundäre Pflanzenstoffe werden an verschiedenen Stellen im Körper wirksam und können so vor Erkrankungen schützen. Dr. med. Werner Seebauer, Institut für Gesundheitsvorsorge, Ernährungswissenschaft und Better-Aging-Medizin (IGEB Sevelen-CH), gibt einen Einblick zum aktuellen Wissensstand. (www.Dr.Seebauer.biz/ management@dr.seebauer.biz)

Durch Fehlernährung bedingte Arteriosklerose und endotheliale Dysfunktionen sind in den Industrieländern nach wie vor die absolut häufigsten Ursachen für chronische Folgeerkrankungen und Tod. Es ist dabei unbestritten, dass neben der Fettsäureverteilung in unserer Nahrung die oxidativen Stress vermindernenden Faktoren mitentscheidend dafür sind, diese Risiken zu reduzieren. Längst weiß man, dass potente und komplex zusammenwirkende Antioxidantien wichtig sind, die Oxidation und damit die vermehrte Ablagerung von LDL-Cholesterin im Blutgefäßendothel zu mindern. Dabei spielen auch weitere Faktoren, wie eine Vermeidung von zu hohen Homocysteinwerten und antientzündliche Eigenschaften, eine zusätzliche Rolle.

Alle diese Faktoren sind durch unsere Nahrung negativ wie auch positiv beeinflussbar. Die Vermeidung übermäßigen und einseitigen Fettkonsums tierischer Lebensmittel reduziert negative Mechanismen, der reichliche und regelmäßige Konsum von Antioxidantien – speziell der Sekundären Pflanzenstoffe – hingegen stärkt den positiven Einfluss.

Der Vorteil der Sekundären Pflanzenstoffe, die im natürlichen Verbund auch mit Vitaminen und Spurenelementen synergistische Wirkungen entfalten, ist, dass sie an verschiedenen Stellen im Körper wirksam sind; somit tragen sie sowohl zur Risikoreduktion (z. B. oxidativer Stress) als auch zur Stärkung kompensatorischer Faktoren bei. Neben der Reduktion von Herz-Kreislauf-Erkrankungsrisiken haben sie erwiesene, potentiell präventive Effekte gegenüber Krebs, Diabetes, neurodegenerativen Erkrankungen, Osteoporose, Allergien und vielen weiteren chronisch entzündlichen Erkrankungen.

Flavonoide

Von den Polyphenolen, die mit über 4000 verschiedenen Substanzen die größte Gruppe der Sekundären Pflanzenstoffe darstellen, kennt man besonders viele Zusammenhänge, die für die kardiovaskuläre Prävention bedeutend sind. Den größten Anteil der Polyphenole machen wiederum die Flavonoide aus. Sie erhielten besondere Aufmerksamkeit, nachdem man mit dem „Französischen Paradoxon“ die Wirkung der Flavonoide aus dem Rotwein näher betrachtete. Trotz reichhaltigem Fettkonsum tierischer Herkunft (Käse und Wurstwaren der französischen Küche) zeigten die Franzosen deutlich niedrigere Herzinfarktzahlen als Menschen in Ländern mit vergleichbarem Fettkonsum. Neben dem Lebensumfeld und der weiteren Zusammenstellung der Nahrung (reichlich hochwertiges Obst und Gemüse, Olivenöl) liegt ein Faktor sicherlich darin, dass über den Wein (speziell Rotwein) protektive Faktoren der Flavonoide (z. B. Quercetin, Resveratrol, etc.) aus den Trauben zur Geltung kommen.

Es gibt zahlreiche epidemiologische Studien, die solche Zusammenhänge aus dem Rotwein und seinen Inhaltsstoffen verdeutlichen. Auch der Alkoholkonsum in geringem Umfang könnte eine gewisse Rolle spielen. Ob

es nun hauptsächlich die Flavonoide sind, oder die Art und die Quantität des Alkohols, ein Faktor alleine kann es nicht sein, da solches – näher betrachtet – auch immer wieder kontroverse Ergebnisse zum Vorschein bringt.

Für die Flavonoide aus Obst und Gemüse lassen sich in jedem Fall auch laborchemisch verschiedene Biomarker bestimmen, die die Reduktion von Risikofaktoren der Arteriosklerose belegen. Durch diese Biomarker sind Effekte messbar, die endotheliale Dysfunktionen vermindern. Ferner hemmen sie die Thrombozytenaggregation und die Oxidation von LDL-Cholesterin. Auch die Homocysteinwerte werden gesenkt und das Immunsystem gestärkt, was über die Reduktion inflammatorischer Wirkungen auf das Endothel respektive von endotoxinbildenden Keimen (z. B. bei Parodontitis) auch einen Einfluss auf die Minderung von kardiovaskulären Risiken hat.

Endotoxine

Endotoxine sind zytotoxisch für das Endothel und die Bakterien fördern die Lipidansammlung in Makrophagen und somit die Arteriosklerose. Bei Entzündung entstehende hyperreaktive Monozyten sezernieren auf einen inflammatorischen Stimulus hin bis zu 10fach höhere Zytokinlevel (IL1, IL6, IL8, TNF α); dies führt vermehrt zu Adhäsionsmolekülen in Endothelzellen sowie darüber hinaus zu massiver Leukozyteninfiltration in arteriosklerotische Plaques. Die Exazerbation der Läsionen fördert die Thrombosebildung und Antithrombin nimmt ab.

Fazit

Die Risikofaktoren und die dagegen präventiv wirkenden Schutzfaktoren aus unserer Nahrung – insbesondere die Sekundären Pflanzenstoffe in ihren natürlichen Komplexen – hängen wie angedeutet über vielfältige Mechanismen zusammen. Vieles davon ist heute messbar und zum Teil schlüssig zu erklären. Doch alleine die Erfahrungsmedizin der Natur und somit unserer Nahrung weist bereits seit Jahrtausenden den Weg. Wir sollten uns vollwertig und schwerpunktmäßig aus unserer Pflanzennahrung ernähren, damit unser Herz-Kreislaufsystem intakt bleibt. Die Empfehlungen münden immer wieder in die „5 am Tag“-Kampagne, die mindestens 3 Portionen Gemüse und 2 Portionen Obst, reif geerntet und guter Qualität, als tägliche Zielgröße vorgibt. Neben der Ernährung spielt dabei selbstverständlich die körperliche Bewegung einen weitere wichtige Rolle.

Literaturangaben beim Verfasser:
Dr.Seebauer@gmx.de

Samstag, 17. Juni 2006

Freie Vorträge
Karman-Auditorium, Hörsaal 6
(Einfluss von oxidativem Stress auf Arteriosklerose und Durchblutungsstörungen. Sekundäre Pflanzenstoffe zur Risikominderung. 13.25–13.55 Uhr)

Chronische Niereninsuffizienz aus ärztlicher Sicht

Prof. Dr. Stefan Heidenreich, Nephrologische Gemeinschaftspraxis, Aachen

Die chronische Niereninsuffizienz ist charakterisiert durch eine persistierende Einschränkung der Nierenfunktion. Hier werden endogen oder exogen anfallende Schadstoffe, Körpersalze und Flüssigkeit unvollständig ausgeschieden, wodurch lebenswichtige Körperfunktionen beeinträchtigt werden. Die chronische Niereninsuffizienz ist eine häufige Störung, man geht davon aus, dass sie in In-

dustrielländern bei ca. 3% der Erwachsenenbevölkerung vorliegt.

Ursachen

Häufigste Ursachen sind Bluthochdruck, Diabetes, Übergewicht, Rauchen, Gefäßerkrankungen und entzündliche Nierenerkrankungen (z. B. Glomerulonephritiden). Man geht heute davon aus, dass die chronische Niereninsuffizienz ein Hauptfaktor für kardiovaskuläre

Folgeerkrankungen darstellt, wie z. B. für Herzinfarkt oder Schlaganfall.

Diagnose

Viele Patienten mit nur geringer Niereninsuffizienz können durch einfache Blutbestimmungen nicht eindeutig identifiziert werden, ausgefeiltere Analysen zur Bestimmung der sogenannten glomerulären Filtrationsrate (GFR), z. B.

beim Nephrologen, werden empfohlen.

Therapie

Zum Schutz der Nierenfunktion werden heute zahlreiche nicht-medikamentöse, z. B. diätetische, aber auch medikamentöse Maßnahmen

eingesetzt. Hierbei hervorzuheben ist eine Blutdrucknormalisierung, sobald eine Hypertonie diagnostiziert ist. Bei zu spätem Erkennen oder unzureichender Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz droht später die Abhängigkeit von maschinellen Blutreinigungsverfahren, z. B. durch Dialyse.

Sonntag, 18. Juni 2006

Nierenerkrankungen und Diätetik
Karman-Auditorium
Hörsaal 5
(Chronische Niereninsuffizienz aus ärztlicher Sicht
10–10.30 Uhr)

Lebensmittelallergien und -unverträglichkeiten:

Einsatz von Mikronährstoffen

Dr. Dr. med. Claus Muss, Ernährungsmediziner (DAEM/DGEM) und Immunologe, seit 1994 niedergelassen in eigener Praxis in Augsburg, stellt Substanzen aus dem Bereich der Orthomolekularen Medizin vor, für die ein histamin- und/oder allergiereduzierender Effekt nachgewiesen ist.



Allergische Reaktionen gehören zu den häufigsten Symptomen der immunologischen Dysbalance. Etwa ein Drittel der Bevölkerung leidet unter der Volkskrankheit Allergie. Ca. 30 Millionen Bundesbürger sind allergisch sensibilisiert, zwölf Millionen leiden unter Heuschnupfen und ca. vier Millionen Patienten sind an Asthma bronchiale erkrankt.

Der Prozentsatz der Patienten mit Nahrungsmittelallergien wird in der Literatur mit z. T. über 10% in der Bevölkerung angegeben (Kajosaari 1982, Fuglsang et al. 1993, Niestijl Jansen et al. 1994). Die Bedeutung der intestinalen Allergie für den allgemeinen Sensibilisierungsprozess des Allergikers wird jedoch häufig unterschätzt. Gemeinsame Epitope zwischen Nahrungsmitteln und exogenen Allergenen können für das Auftreten von Kreuzallergien sorgen. Dadurch wird bei Patienten mit exogener Allergisierung gegenüber bestimmten Pollen auch nicht selten eine gewisse Unverträglichkeit gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln beobachtet (orales Allergiesyndrom). So weisen z. B. Birkenpollenallergiker zu 50–70% auch Nahrungsmittelunverträglichkeiten auf (Eriksson et al. 1982). Aufgrund der Kreuzreaktionen können insbesondere während der Pollenflugzeit additive Belastungen auftreten (Bruckbauer et al. 1999). Es ist also davon auszugehen, dass den Nahrungsmittelunverträglichkeiten und -allergien eine größere medizinische Bedeutung zukommt als bislang angenommen (Muss und Mulder 2005).

Gezielte Nährstoffanalyse

Insbesondere bei Patienten mit Lebensmittelallergien reicht die Zu-

fuhr gewisser Makronährstoffe häufig nicht mehr aus, um eine bedarfsgerechte Ernährung zu garantieren. Bei diesen Patienten ist eine gezielte Nährstoffanalyse durchzuführen, um eine mögliche „Nährstofflücke“ zu detektieren. Der Einsatz von Wochenprotokollen und gewisser PC-Programme kann hierbei sicherlich wertvolle Hilfe leisten, eine individuelle Unterversorgung mit Mikro- und Makronährstoffen zu erfassen. Diese individuelle Versorgung mit selektionierten Mikro- und Makronährstoffen kann durch besondere Konzepte in der Prophylaxe und Therapie unterstützt werden.

Histamin

Der humoral vermittelten Allergie ist i.d.R. eine erhöhte histaminerge Ausgangssituation zu eigen. Histamin zählt zu den wichtigsten Mediatoren des Gastrointestinalsystems und des Immunsystems. Es entsteht durch enzymatische Decarboxylierung der Aminosäure Histidin. Histamin kommt in allen Zellen vor, besonders in den metachromatischen Granula der Mastzellen und der basophilen Granulozyten. Es besitzt eine zentrale Bedeutung für die Anaphylaxie. Als Gewebshormon, das in den Granula der IGE-beladenen Mastzellen und basophilen Leukozyten gebildet wird, steuert Histamin multiple Reaktionswege der Allergie. So reagiert Histamin mit H1-Rezeptoren im Gewebe und fördert ebenfalls die Kapillar- und Schleimhautpermeabilität im Intestinum. Außerdem trägt Histamin zur Ödematisierung der Schleimhaut und Reizung sensibler Nervenfasern bei. Die gesunde Dünndarmschleimhaut ist in der Lage, bis zu 60% des Nahrungshistamins zu binden, so

dass nur etwa 40% resorbiert werden. Diese Bindungsfähigkeit der Darmschleimhaut ist allerdings starken Schwankungen unterlegen. Der Histaminabbau wirkt der Ausbildung allergischer Symptome entgegen (Martin 2000).

Für folgende Substanzen aus dem Bereich der Orthomolekularen Medizin ist ein histamin- und/oder allergiereduzierender Effekt nachgewiesen.

Aminosäuren

Die essentielle Aminosäure Methionin ist für die Synthese des Coenzym A erforderlich, das ein sehr wichtiges Bindeglied bei vielen biochemischen Prozessen im menschlichen Organismus darstellt. So wird Coenzym A (CoA) u. a. im Intestinum für den Aufbau der physiologischen Schleimschicht (Zellmembran-Phospholipide) dringend benötigt (Burgerstein 2000). CoA ist auch an der Verstoffwechslung kurzkettiger Fettsäuren (z. B. Butyrat, Acetat) beteiligt, die von der intestinalen Mikroflora synthetisiert werden. Mikrobiologisch synthetisierte kurzkettige Fettsäuren müssen im Intestinum durch methioninhaltiges CoA aktiviert werden, um ihre mukosaprotektiven, antikanzergen Eigenschaften erfüllen zu können. Für den Stoffwechsel der Enterozyten werden CoA-aktivierte kurzkettige Fettsäuren dringend benötigt. Für die Therapie des allergischen Formenkreises ist weiterhin bedeutend, dass der Histaminabbau durch die Aminosäure Methionin gefördert wird (Arndt und Albers 2001). Glutamin unterstützt die Regeneration der Darmschleimhaut beim sogenannten „Leaky Gut Syndrome“. Die Mukozellen des Darms sind entschei-

dend auf Glutamin als Energie-, Kohlenhydrat- und Stickstoffquelle angewiesen (Rombeau 1990, Souba et al. 1990). Ohne adäquate Zufuhr wird die natürliche Barrierefunktion der Darmschleimhaut beeinträchtigt. Dieser Prozess führt zu vermehrtem Eindringen von Bakterien und deren Endotoxinen in die Blutbahn (bakterielle Translokation). Eine vermehrte intestinale Resorption exogener Allergene ist die Grundlage einer Nahrungsmittelunverträglichkeit.

Vitamine

Vitamin A ist für die Integrität der Schleimhautbarriere wichtig, weil es die mukosaproduzierenden Becherzellen schützt und vor Epithelveränderungen der Darmschleimhaut schützt. In dieser Funktion wird es durch Zink unterstützt (Schölmerich 1982). Vitamin C: Ein unzureichender Vitamin C-Status erhöht den Histaminspiegel im Blut. (Kodama und Kodama 1995). Darüber hinaus können Vitamin C-Gaben auch zur Effektivität der Therapie bei intestinalen Störungen der Schleimhaut beitragen. Vitamin C hat membranstabilisierende Wirkung und reduziert Schleimhautschwellungen. Es zeigt sich unter Vitamin C-Supplementierung ein Anstieg des körpereigenen Kortisolspiegels bei gleichzeitiger Abnahme eosinophiler Granulozyten, die im allergischen Entzündungsgeschehen inflammatorische Wirkungen besitzen. Durch den endogenen Kortisolanstieg wird auch ein Abbau des Histaminspiegels erzielt. Diese Wirkung wird einerseits auf dem Weg der Inhibition der Histaminsynthese und andererseits über die Förderung des nicht-enzymatischen Abbaus des Histamins durch Vitamin C erzielt (Martin 2000). Niacin (Vitamin B3) unterstützt den antihistaminergen Effekt des Methionins, indem es einer Mastzelldegranulation entgegen wirkt und inhibiert damit die Histaminliberation (Burgerstein 2000). Vitamin B6 vermindert Lebensmittelunverträglichkeiten besonders gegenüber Lebensmittelzusatzstoffen wie z. B. dem Geschmacksverstärker Natriumglutamat. Vitamin B12 vermindert in Zusammenhang mit Molyb-

dän die Unverträglichkeitsreaktionen gegenüber Sulfiten in Lebensmitteln und Getränken.

Mineralstoffe

Kalzium-Supplemente können durch Gefäßstabilisierung allergische Reaktionen vermindern. Magnesiummangel erhöht dagegen die Anfälligkeit gegenüber Lebensmittelallergien. Zink trägt zur Stabilisierung der Mastzellen bei und wirkt dadurch als gewisser Schutzfaktor einer Histadelie (Histamin-erhöhung). Zink hemmt die Freisetzung der Entzündungsmediatoren wie Leukotriene, Prostaglandine und Thromboxane. Auch die Histaminausschüttung wird verringert. In den Mastzellen erfolgt eine heparininduzierte Bindung des Histamins durch Zink. Erniedrigte Zinkkonzentrationen führen zu gesteigerten Reaktionen der humoralen Immunität. Zink beeinflusst darüberhinaus die Zellteilung und -differenzierung der Darmschleimhaut. Weiterhin ist das antioxidative Potential der Darmschleimhaut bei Zinkmangel erniedrigt, da Zink ein essentieller Kofaktor des radikalabbauenden Enzyms Superoxiddismutase ist (Markant 1997, Kruse Jahres 1989, Kruse Jahres 1997, Kruse Jahres et al. 1997). Manganmangel führt häufig zur pseudoallergischen Reaktionen bei Sulfitegenuss (z. B. Kopfschmerzen nach Rotweingenuss).

Omega 3-Fettsäuren

Omega 3-Fettsäuren reduzieren Entzündungsreaktionen und führen zur Stabilisierung der Th1-Th2 Immunachse. Dadurch lassen sich langfristig auch Lebensmittelunverträglichkeiten positiv beeinflussen.

Literatur beim Verfasser

Sonntag, 18. Juni 2006

Freie Vorträge
Karman Auditorium, Hörsaal 6
(Zur Bedeutung von Mikronährstoffen bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten
11.40–12.10 Uhr)

Fehlernährung in Deutschland

Obwohl sich die Versorgung mit Lebensmitteln in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich verbessert hat, liegen im Hinblick auf eine gesunde Ernährungsweise große Defizite vor. Was im Einzelnen in der Ernährung hierzulande verbesserungswürdig ist, dazu referiert Dipl. troph. Susanne Sonntag, Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Diätetik e. V., Leiterin der Geschäftsstelle, Aachen.



Die Deutschen essen nicht nur zu fettig und zu süß, sondern auch zu viel. Die Folgen: Rund ein Drittel aller Kosten im Gesundheitswesen werden durch Krankheiten verursacht, die auf Fehlernährung zurückgeführt werden können. Etwa 50% aller Deutschen sind übergewichtig.

Bei Kindern und Jugendlichen ist Übergewicht die häufigste ernährungsmitbedingte Gesundheitsstörung. Man geht davon aus, dass 10 bis 20% aller Kinder und Jugendlichen übergewichtig sind. Bei 7 bis 8% aller Kinder und Jugendlichen liegt eine Adipositas vor. Die Zahl der Diabetes mellitus-Patienten in Deutschland wird auf 4–5 Millionen geschätzt. Davon sind rund 95% Typ-2-Diabetiker. Übergewicht und Diabetes mellitus stellen bedeutende Risikofaktoren für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar, die in Deutschland sowie in anderen westlichen Industrienationen zu den häufigsten Todesursachen zählen. Gleichzeitig ist bei 0,4% der Männer und 1,5% der Frauen ein klinisch rele-

vantes Untergewicht zu beobachten, was mit einer verminderten physischen Leistungsfähigkeit sowie einem erhöhten Sterberisiko verbunden ist.

Schwachstellen

Ein Blick auf die Nährstoffversorgung und den Lebensmittelverbrauch der deutschen Bevölkerung offenbart die momentanen Schwachstellen im Ernährungsverhalten. Laut letztem Ernährungsbericht von 2004 liegt die Energiezufuhr bei allen weiblichen Personen ab 15 Jahren und allen männlichen Personen ab 25 Jahren höher als die DACH-Referenzwerte. Der Fettanteil an der Energiezufuhr ist mit Werten zwischen 33 und 38% ebenfalls zu hoch. Doch nicht nur die Gesamthöhe der Fettzufuhr ist entscheidend, sondern auch deren Zusammensetzung. Gesättigte Fettsäuren nehmen einen Anteil an der Energiezufuhr zwischen 13 und 16% ein, was deutlich über dem Richtwert von höchstens 10% der Energiezufuhr liegt. Die Versorgung mit mehrfach ungesättigten Fettsäuren

erreicht knapp den empfohlenen Richtwert von 7% der Energie. Allerdings ist die Zusammensetzung noch nicht optimal. Das Verhältnis von Linolsäure zu alpha-Linolensäure sollte 5:1 betragen, tatsächlich liegt es aber im Durchschnitt über 7:1. Nicht wünschenswert ist auch der Anteil an Mono- und Disacchariden an der Kohlenhydrat- und Energiezufuhr. In allen Altersgruppen übersteigen die Zufuhrwerte die Empfehlungen. Laut WHO sollte die Zufuhr von verschiedenen Zuckerarten auf höchstens 10% der Energiezufuhr beschränkt werden. Bei fast allen Personengruppen ist die Ballaststoffzufuhr niedriger als der DACH-Referenzwert von mindestens 30 Gramm täglich.

Alkohol

Obwohl tendenziell ein Rückgang des Alkoholkonsums festzustellen ist, erreichen Männer der Altersgruppe zwischen 51 und 65 Jahren im Durchschnitt einen Alkoholanteil an der Energiezufuhr von 7%. Diese Alkoholmengen sind nicht

nur wegen der dadurch bedingten Reduzierung der Nährstoffdichte der gesamten Ernährung, sondern auch wegen der gesundheitsschädlichen Wirkungen von Ethanol als bedenklich einzustufen. Problematisch bei der Vitamin- und Mineralstoffversorgung sind die Vitamine D und Folsäure sowie die Mineralstoffe Kalzium, Eisen und Jod. Nicht befriedigend ist nach wie vor die Situation beim Gemüse- und Obstverzehr. Zwar ist der Verbrauch an Gemüse und Obst gestiegen, allerdings erreicht kaum eine Personengruppe die empfohlenen Sollwerte, täglich 600–1000 Gramm Gemüse und Obst zu verzehren.

Verhaltensänderung

Eine Verbesserung der Ernährungssituation kann nur über eine Verhaltensänderung erzielt wer-

den. Dabei sollte nicht nur die Ernährung selbst betrachtet, sondern auch die körperliche Aktivität gesteigert werden. Gerade im Hinblick darauf, dass auch immer mehr Kinder und Jugendliche unter ernährungsmitbedingten Erkrankungen leiden, ist es wichtig, bereits in den Kindergärten und Schulen entsprechende Aufklärungs- und Informationsarbeit zu leisten.

Sonntag, 18. Juni 2006

**Gesunde Ernährung –
Wissenschaft und Praxis –
Hat die Ernährungsberatung
versagt?**

**Karman Auditorium, Hörsaal 4
(Fehlernährung in Deutschland,
9.30–10 Uhr)**

Impressum

Redaktionsleitung: Günther Buck (V.i.S.d.P.)

Redaktion: Christiane Weseloh, Tel. 0711/8931-954

Herstellung & Layout: Wolfgang Eckl

Anzeigen: Thieme.media Pharmmedia GmbH

Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart
Tel.: 0711/8931-509, Fax: 0711/8931-563,
E-Mail: Conny.Winter@pharmmedia.de

Druck: Kohlhammer, Stuttgart

Verlag: Karl Demeter Verlag im Georg Thieme
Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart

Die Beiträge unter der Rubrik „Nachrichten aus der Industrie“ stehen nicht in Zusammenhang mit den wissenschaftlichen Inhalten der Kongresszeitung. Für den Inhalt der Rubrik „Nachrichten aus der Industrie“ sind die dort erwähnten Firmen oder Institutionen verantwortlich.



Erhöhte Blutfettwerte

Ernährungstherapie und diätetische Grundlagen

Eine Dyslipidämie mit erhöhtem LDL-Spiegel und erniedrigtem HDL-Spiegel stellt einen Risikofaktor für die Veränderung der Gefäßwände dar. Diese Veränderungen führen über verschiedene Schritte zur Arteriosklerose. Auch eine Erhöhung des Triglyzerid-Spiegels stellt einen isolierten Risikofaktor für arteriosklerosebedingte koronare Herzkrankheit sowie den Insult dar. Wie eine in diesem Zusammenhang geeignete Ernährungstherapie zur Vermeidung und Behandlung von erhöhten Blutfettwerten sowie anderen Laborparametern aussehen kann, erläutert Sven-David Müller-Nothmann, Diätassistent, Diabetesberater DDG, Medizinjournalist (www.herzberatung.de, www.zuckerberatung.de, www.svendavidmueller.de), Aachen.

Noch nicht eindeutig geklärt ist, ob die Senkung des Homocysteinspiegels durch die Verabreichung von Folsäure sowie Vitamin B6 und B12 zu einer Verminderung des Herzinfarkt-risikos führt. Nachweislich stellt aber der erhöhte Homocysteinspiegel eine Gefahr für Herz und Gefäße dar. Weitere Risikofaktoren für Herz und Gefäße sind eine gestörte Glukosehomöostase, Hypertonie sowie ein Antioxidantienmangel.

Prophylaxe und Therapie

Das Gefäßendothel steht zurzeit im Mittelpunkt der ernährungswissenschaftlichen Forschungsanstrengungen. Da Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu den Haupttodesursachen gehören, spielt die Prophylaxe und Therapie dieser Erkrankungen im Gesundheitswesen eine bedeutende Rolle. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Ernährungstherapie und Diätetik bei der Vermeidung und Behandlung von erhöhten Blutfettwerten sowie anderen Laborparametern, die Risiken für die KHK mit sich bringen, an Bedeutung. In der Regel ist hier nach der Ernährungsanamnese und der familienorientierten Diät- und Ernährungsberatung eine lebenslange Beglei-

tung notwendig, da es sich zumeist um dauerhafte Problemstellungen handelt, die mit einer einmaligen Ernährungsintervention, die für einige Zeit das Ernährungsverhalten verändert, nicht zu beseitigen sind.

Im Zentrum der diätetischen Bemühungen muss immer die Fettzufuhr stehen, die sowohl quantitativ als auch qualitativ zu bewerten und zu verändern ist. Eine fettarme Kost mit weniger als 30 Energieprozent Fett führt in der Regel nicht zu einer deutlichen Verbesserung der Blutlipide, da notwendige Mengen an bestimmten Fettsäuren so nicht zugeführt werden können. Bestimmte gesättigte Fettsäuren, die insbesondere in großen Mengen in fettreichen tierischen Produkten vorkommen, erhöhen das Gesamtcholesterin mit einer besonderen Auswirkung auf das LDL-Cholesterin. Demgegenüber sind einfach ungesättigte Fettsäuren lipidstoffwechselneutral bis protektiv und LDL-senkend. Im Vergleich zu Lipidsenkern, die oftmals nur eine Laborkosmetik mit Senkung des Gesamtcholesterins bei gleichzeitiger Absenkung des HDL erreichen, führt eine Kostform, die vornehmlich ein- und mehrfach ungesättigte Fettsäuren sowie einen geringen Anteil von

gesättigten Fettsäuren bei rund 35 Energieprozent Fett insgesamt enthält, zu einer deutlichen Verbesserung des Lipidprofils. Vor diesem Hintergrund ist die Auswahl der Speisefette ebenso wichtig wie die Auswahl von fettreichen Produkten. Als Speisefette haben Diätmargarine sowie phytosterinhaltige Halbfettmargarine den unbedingten Vorzug vor Butter, Margarine oder anderen Aufstrichfetten.

Phytosterine sind nachgewiesenermaßen in der Lage, das LDL zu senken. Dies ist aber nur möglich, wenn die tägliche Aufnahmemenge mindestens bei 20–30 Gramm liegt. Vor dem Hintergrund dieser Tatsache muss nochmals betont werden, dass die Kost bei Dyslipidämien nicht fettarm, sondern fettmodifiziert sein muss. Da Olivenöl durch sein Fettsäurespektrum als ernährungsphysiologisch unzureichend bezeichnet werden muss, ist Raps-, Lein- und Nussölen der Vorzug zu geben. Olivenöl hat einen relativ hohen Anteil gesättigter Fettsäuren und zeichnet sich durch eine Armut an essentiellen Fettsäuren aus.

Die Kost bei Dyslipidämien sollte reich an Gemüse und Obst – insbesondere grünblättrigem Gemüse – sein, da dies zu einer Kalori-

enreduktion führt und gleichzeitig ein hohes antioxidatives Potential durch den hohen Gehalt an antioxidativ wirksamen Vitaminen, Mineralstoffen und sekundären Pflanzenstoffen aufweist. Insbesondere bei Adipositas und Übergewicht ist zudem wichtig, dass Gemüse und Obst eine niedrige Kaloriendichte aufweisen. Gleichzeitig haben aber Gemüse und Obst auch einen hohen Sättigungswert, der insbesondere durch die enthaltenen Ballaststoffe, die durch die Unterbrechung des enterohepatischen Kreislaufs der Gallensäuren cholesterinspiegel-senkend wirken, hervorgerufen wird.

Vitamin- Mineralstoffsubstitution

Ob eine Vitamin-Mineralstoffsubstitution notwendig und sinnvoll ist, lässt sich vor dem momentanen Wissensstand nicht eindeutig befürworten. Sehr wahrscheinlich sinnvoll ist die Gabe von Aminosäuren wie L-Arginin. Die Gabe von Folsäure sowie den B-Vitaminen 6 und 12 erscheint ebenso geeignet. Im Rahmen der Substitutionstherapie kommt auch den wasserlöslichen Ballaststoffen (Guarkernmehl, Pektin und Plantago ovata Samenschalen) eine Bedeutung zu.

Ob der glykämische Index und die glykämische Last einen Einfluss auf die Morbidität und Mortalität im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben, ist noch nicht eindeutig geklärt. Sicher ist aber, dass Sojaproteine zu einer Lipidmodulation führen. Ob dieser Effekt auf das Sojaprotein selbst oder andere Inhaltsstoffe zurückzuführen ist, ist noch nicht klar. Maritime Omega-3-Fettsäuren sind in der Lage, die Triglyzeride deutlich zu senken. Hier ist jedoch zu beachten, dass isoliert zugeführte Omega-3-Fettsäuren nur nach ärztlichem Anraten eingenommen werden sollten. Hier sollten ausschließlich apothekenpflichtige Präparate Verwendung finden. Durch eine angepasste Ernährungsweise, vermehrte Muskelaktivität und eine gezielte Substitution von bestimmten Nahrungsinhaltsstoffen ist es möglich, Dyslipidämien oft auch ohne Medikamentengabe auszugleichen.

Samstag, 17. Juni 2006

Koronare Herzkrankheiten
Karman-Auditorium
Hörsaal 4
(Hypertonie aus diätetischer Sicht, 14.20–14.50 Uhr)

KHK – aktuelle ernährungsmedizinische Aspekte

Prof. J. Spona, Ludwig Boltzmann Institut für experimentelle Endokrinologie und Vitalogic, Wien, referiert zur KHK-Prävention.



Koronare Herzerkrankungen (KHK) sind mit einer Reihe von Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Rauchen, Übergewicht, Hyperlipidämie und Diabetes mellitus verknüpft. Besondere Bedeutung unter den Risikofaktoren kommt dem Cholesterin zu. Genetische, epidemiologische, klinische und experimentelle Daten weisen nach, dass es eine signifikante und unabhängige Korrelation zwischen dem Gehalt an Plasma-Cholesterin und KHK gibt. Durch Senken des Cholesterinwertes wird das Auftreten von Herzinfällen statistisch signifikant verringert. Eine Senkung des Cholesterins von 1% senkt das KHK-Risiko um 2–3%. Ein hoher HDL-Cholesterinwert verringert

das KHK-Risiko, während höhere LDL-Cholesterinwerte das KHK-Risiko erhöhen. Auch hohe Serumtriglyzeride erhöhen das KHK-Risiko, vor allem dann wenn der HDL-Cholesterinwert niedrig ist.

Ernährungsfaktoren

Für den Gehalt an Serum-Lipiden und Lipoproteinen im Blut sind im Wesentlichen Ernährungsfaktoren verantwortlich. Daher ist die Ernährung ein entscheidender Faktor für die Vorbeugung und Behandlung von KHK. Dabei üben die gesättigten Fettsäuren die ausgeprägteste serumcholesterinerhöhende Wirkung aus. In den westlichen Ländern nehmen die drei gesättigten Fettsäuren (SAFAs)

Laurinsäure in Kokosnussöl und Palmenkernöl, die Myristinsäure in Butter und Kokosnussöl und die Palmitinsäure in tierischen Fetten ca. 70% des gesamten SAFA-Gehalts in der Nahrung ein und üben somit die ausgeprägteste cholesterinsteigernde Wirkung aus. Sie beruht zum größten Teil auf einem Anstieg des LDL-Cholesterins. Allgemein wird daher die Strategie verfolgt, den Gehalt an SAFAs in der Ernährung zu senken und sie durch mehrfach ungesättigte Fettsäuren (PUFAs) und einfach ungesättigte Fettsäuren (MUFAs) zu ersetzen. Damit lässt sich der Gesamtcholesterinwert erheblich senken. Die wichtigste PUFA ist die Linolsäure, die in Pflanzenölen wie

z. B. im Sonnenblumenöl vorkommt. Die Ölsäure ist die wichtigste MUFA, die im Olivenöl vorkommt.

Die International Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease empfiehlt in ihren Richtlinien eine lipidsenkende und somit kardioprotektive Ernährung:

Somit sollte die lipidsenkende Kost so aussehen:

- Verminderung der Fettzufuhr auf höchstens 30% der Gesamtenergiezufuhr durch Reduzierung des Anteils an gesättigten Fettsäuren,
- Erhöhung des Anteils an einfach und mehrfach ungesättigten Fettsäuren: bis zu 15% der Energie als MUFAs und nur bis zu 7% als PUFAs,
- Erhöhung der Zufuhr an komplexen Kohlenhydraten (> 50% der Gesamtenergie) und an Ballaststoffen mit mindestens 25 g pro Tag,
- Verminderung des Nahrungscholesterins (unter 300 mg/Tag).

Liegt ein Hypertriglyzeridämie vor, dann sollten noch zusätzlich

folgende Maßnahmen getroffen werden:

- Bei Übergewicht ist eine Gewichtsreduktion unumgänglich,
- kein Alkohol,
- Verzicht auf Zucker und zuckerhaltige Getränke und zuckerhaltige Lebensmittel, stattdessen Lebensmittel mit hohem Ballaststoffanteil,
- häufiger Fischverzehr mit hohem ω -3-Fettsäuren-Anteil wie Hering, Makrele, Lachs, Thunfisch.

In Verbindung mit körperlicher Aktivität und Anti-Stress-Management tragen diese konsequent durchgeführten Ernährungsmaßnahmen zur KHK-Prävention bei.

Samstag, 17. Juni 2006

Koronare Herzkrankheiten
Karman Auditorium
Hörsaal 4
(KHK – aktuelle ernährungsmedizinische Aspekte
16.35–17.05 Uhr)

Organisation und Durchführung: Gewichtsreduktions- kurse in der Praxis

Auf was bei der Organisation und Durchführung von Gewichtsreduktionskursen im Einzelnen zu achten ist, darüber informiert Dr. med. H. Seeberg-Elverfeldt, Facharzt für Urologie und Ernährungsmedizin, Hilden.



Gewichtsreduktionskurse können in der freien Praxis sowohl von Ärzten als auch von Ernährungsberatern durchgeführt werden, unterliegen aber unterschiedlichen Voraussetzungen für eine Bezuschussung durch die Krankenkassen. Die Erstellung eines eigenen Kurses erfordert sehr viel Aufwand. Es gibt etliche Konzepte, die mit dem Verkauf von Nahrungsergänzungsmitteln verbunden sind, an deren Vorgaben man sich mehr oder weniger halten muss, die die eigene Handlungsfreiheit aber eventuell erheblich beschränken.

Eine weitere Möglichkeit ist, sich mit einem Fitnesscenter zusammenzutun, eigenständiges und wirtschaftlich lohnendes Arbeiten ist aber kaum möglich. Diese Einrichtungen stehen oft in starker Konkurrenz zu fachlich kompetent geführten Kursen. Mit massivem Einsatz von Werbung wird häufig versucht, den Anschein von Fachwissen und Seriosität zu vermitteln. In den Medien sind Unmengen an werbenden Artikeln von Leuten zu finden, die von der Materie, die sie zu vertreten vorgeben, kaum Ahnung haben. Zudem gibt es viele Firmenangebote mit potentem finanziellen Hintergrund, die mit ihren verlockend klingenden Angeboten die große Masse anzusprechen wissen.

Übergewichtige sind zu einer heiß umkämpften Zielgruppe geworden, die mit mehr oder meist weniger seriösen Offerten eingedeckt wird. Diesen ist gemeinsam, dass sie nicht von den Krankenkassen bezuschusst werden können, denn hierfür gibt es verbindliche Auflagen.

Kenntnis der gesetzlichen Grundlagen

Wer als Arzt/Ärztin oder Ernährungsberater/in Gewichtsreduktionskurse selbst durchführen will, benötigt unbedingt die Kenntnis der gesetzlichen Grundlagen, die die erforderlichen Voraussetzungen zur Durchführung von solchen Maßnahmen regeln. Hiernach richten sich die Bezuschussungen der Krankenkassen, die für Abnahme-willige natürlich sehr motivierend sind, insbesondere, wenn sie schon manchen frustrierten Versuch hinter sich haben. Die Krankenkassen haben strikte Vorgaben zur Anerkennung solcher Kurse, deren Abläufe und Inhalte zuvor eingereicht werden müssen. Außerdem haben die Krankenkassen nicht immer einheitliche Bewertungskriterien, die schon beim BMI anfangen sich zu unterscheiden, was sich bis zur

Höhe der bezahlten Zuschüsse fortsetzt. Die Begriffe Primär- und Sekundärpräventionsmaßnahme spielen eine ganz wichtige Rolle. Häufig kommt es vor, dass die Bewertungskriterien den bearbeitenden Stellen nicht richtig bekannt sind, und schon allein deshalb ist es unerlässlich, dass man als Verantwortlicher Bescheid weiß.

Organisatorische Details

Eine wesentliche Rolle spielen organisatorische Details, natürlich die Frage der Räumlichkeiten und die Teilnehmerzahl, der Zeitrahmen des Kursablaufes, die technische Ausstattung, die Möglichkeiten der Patientengewinnung und nicht zuletzt die finanzielle Kalkulation. Die Kursgebühren werden außerhalb des Leistungsspektrums der gesetzlichen Kassen nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) oder frei festlegbaren Gebühren im Rahmen einer gewerblichen Tätigkeit berechnet. Das wiederum ergibt erhebliche Unterschiede.

Gewichtsreduktionskurs

Mit dem Gewichtsreduktionskurs „Abnehmen? Mit Vergnügen!“ steht ein zwölfwöchiger Kurs als „Visible Medizin“ zur Verfügung, der diese Voraussetzungen erfüllt, und nicht produktgebunden ist. Mit Einsatz von PowerPoint wird mit viel Farben, Animationseffekten und Bildern gearbeitet, die das Aufnahmevermögen der Patienten optimieren, die „Sprechende Medizin“ allein erreicht zu wenig. Das lebendige Konzept hat diesem Kurs zu beachtlichen Erfolgen verholfen, da auch die Patienten, die schon viele „Anläufe“ hinter sich haben, mit dieser Motivationsstrategie bestens zu überzeugen sind. Man kann sich hiermit viel Entwicklungsarbeit sparen und direkt in das Wesentliche einsteigen, da die notwendigen Kursbestandteile und Organisationsdetails enthalten sind. Natürlich kann der Kurs nach eigenen Maßgaben bearbeitet werden.

Weitere Informationen unter: www.visiblemed.de

Samstag, 17. Juni 2006

**Karman Auditorium
Hörsaal 6
Freie Vorträge
(Organisation und Durchführung von Gewichtsreduktionskursen in der Praxis
10.30–11 Uhr)**



Die Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Diätetik e.V.

Werden Sie Mitglied – Es lohnt sich!

Am 16. November 1999 gründeten Ernährungsmediziner und Ernährungswissenschaftler die Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Diätetik e.V. Die Gesellschaft wurde in das Vereinsregister eingetragen und als gemeinnützig anerkannt. Sie fördert das öffentliche Gesundheitswesen in den Bereichen Ernährungsmedizin und Diätetik. Die Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Diätetik ist eine praxisorientierte Fachgesellschaft, die sich an (Ernährungs-)Mediziner, Apotheker, Ernährungswissenschaftler aber auch Diätassistenten wendet. Sie kommuniziert aktuelle ernährungsmedizinische Erkenntnisse und stellt ihre Fachkompetenz Ärzten, Apothekern und Ernährungswissenschaftlern zur Verfügung. Die Gesellschaft bietet eine breite Plattform für den kollegialen Austausch zwischen Wissenschaftlern verschiedener Fachdisziplinen und Praktikern. Sie arbeitet im gesamten deutschsprachigen Raum.

Die Gesellschaft hat 20 ehrenamtliche und angestellte Wissenschaftler, die die Mitglieder unterstützen. Der Verein wird durch ein dreiköpfiges, ehrenamtlich arbeitendes Präsidium geführt. Präsident ist Professor Dr. Rudolf Schmitz, Vizepräsidentin Dipl. troph. Doreen Nothmann und Präsidiumsmitglied Dr. med. Alexander Mauckner. Die wissenschaftliche Direktion der eh-

renamtlich tätigen Wissenschaftler hat Professor Dr. med. Helmut Mann inne, der sich als international renommiertes Nephrologe seit Jahren mit Ernährungsthemen befasst.

Die Gesellschaft hat momentan fast 400 Mitglieder, davon 63 Firmen aus der Lebensmittel- und Pharmazeutischen Industrie. Mitglieder der Gesellschaft können kostenfrei an den Internationalen Diätetik Kongressen (nächster Termin: 7. und 8. Oktober 2006) teilnehmen und erhalten 4 mal jährlich die Zeitschrift für Orthomolekulare Medizin, 5 mal jährlich die Zeitschrift diata – Zeitschrift für Diätetik sowie als Begrüßungsgeschenk das Kalorien-Nährwert-Lexikon und das PC-Nährwertberechnungsprogramm EBIS diata. Zudem stehen die Mitarbeiter der Gesellschaft den Mitgliedern bei allen Fragen rund um die Themen Ernährungsmedizin und Diätetik beratend zur Verfügung.

Auf der neu gestalteten Homepage www.ernaehrungsmed.de haben Mitglieder kostenlosen Zugang zum geschützten Mitgliederbereich, der umfangreiches Informations- und Grafikmaterial bereit hält. Der Verein findet durch einen pro-



minent besetzten Wissenschaftlichen Beirat sowie anerkannte Kuratoren Unterstützung in allen Bereichen der Gesellschaft. Am 18. November 2006 veranstaltet die Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Diätetik ein ernährungsmedizinisches Seminar auf der MEDICA in Düsseldorf. Schwerpunktthema ist die Prävention ernährungsmitbedingter Erkrankungen. Das Seminarprogramm ist auf www.ernaehrungsmed.de downloadbar.

Weitere Informationen unter: Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Diätetik e.V., Dipl. troph. Susanne Sonntag, Mariahilfstraße 9, 52062 Aachen, Telefon 0241-961030, Telefax: 0241-9610322, sonntag@ernaehrungsmed.de, www.ernaehrungsmed.de

Kongressanmeldung

Einsenden/Faxen: Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Diätetik e.V., Mariahilfstraße 9, 52062 Aachen, Telefax: 0241-9610322

Hiermit melde ich mich zum 3. Internationalen Diätetik Kongress am 17. und 18. Juni 2006 an:

- Teilnahme am 17. Juni 2006 Teilnahme am 18. Juni 2006 Teilnahme am 17. und 18. Juni 2006
- Teilnahme als
- Mitglied (kostenlos)
 - Sofortmitglied: € 65,- inkl. kostenloser Kongressteilnahme (Bezahlung am Tagungsbüro)
 - Nichtmitglied:
 - 1 Tag: € 40,- (Tageskasse € 50,-)
 - 2 Tage: € 70,- (Tageskasse € 80,-)
 - Student/Schüler:
 - 1 Tag: € 5,-, inkl. Imbiss: € 7,50 (Tageskasse € 15,-)
 - 2 Tage: € 10,- inkl. Imbiss: € 12,50 (Tageskasse € 20,-)

Die Bezahlung erfolgt im Voraus (bis spätestens 14. Juni 2006) per Überweisung auf das Konto 0004936604, BLZ 39060630, Deutsche Apotheker- und Ärztebank. Nach Zahlungseingang erhalten Sie eine Anmeldebestätigung. Bei Zahlung der Gebühr an der Tageskasse erheben wir einen Aufschlag von € 10,-.

Vorname / Name:

Beruf:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon / Fax:

eMail:

Datum, Ort

Unterschrift

Sehenswertes



Fotos: Verkehrsverein Aachen

In der Aachener Soers messen sich jedes Jahr Pferdesportler aus der ganzen Welt. Der **CHIO** ist eines der größten Internationalen Reitsportturniere und zieht viele Zuschauer nach Aachen. Die Wettkämpfe werden in den Disziplinen Dressur, Springen und Fahren ausgetragen. Besonderes Highlight ist das Gespannturnier im Aachener Wald. *Weltfest des Pferdesports CHIO Aachen 2006, 17.-21. Mai Aachen-Laurensberger Rennverein e.V. – Aachener Reitturnier GmbH*



Foto: Verkehrsverein Aachen

Vom 20. August bis zum 3. September 2006 ist Aachen Austragungsort der fünften FEI Weltmeisterschaften, den World Equestrian Games (WEG). 800 Reitsportler aus 50 Nationen werden sich in sieben Disziplinen vergleichen: Dressur, Springen, Eventing, Fahren, Distanzreiten, Voltigieren und Reining.

Dass Pferde (und auch Reiter) in Aachen immer eine Rolle gespielt haben, ist bekannt. Schon im Mittelalter gab es Ritterspiele und Pferdeparaden. Im 19. Jahrhundert waren es die Aachener Pferderennen, die vor allem den europäischen Adel begeisterten. Heute zeigt sich die Affinität zum Pferd an verschiedenen Stellen im Stadtbild: Am Hauptbahnhof stehen mehrere bronzene Pferdeskulpturen, vor dem Theater posiert der „Lachende Hengst“ und am Marktplatz zieren zwei „fliegende Pferde“ die Außenwand eines Gasthauses. Von Ende April 2006 bis Mitte September 2006 werden mehrere hundert lebensgroße Pferdeskulpturen in der Stadt und der Region aufgestellt (WorldHorseParade).

Insgesamt 140 Messingnägel mit dem Karlssiegel sind in der Innenstadt in den Boden eingelassen. Die Nägel beschreiben einen fast zwei Kilometer langen Rundweg. Wer ihn geht, wird zu 19 verschiedenen Sehenswürdigkeiten der Stadt geführt.



Die Tour startet am **Elisenbrunnen** und geht über Büchel, Hof, Hühnermarkt, Markt, Katschhof und Münsterplatz zurück zum Elisenbrunnen. Eine begleitende Broschüre mit dem Titel „Kaiser Karl führt durch Aachen“ (Verkehrsverein Bad Aachen e. V.) erläutert die jeweiligen Stopps und Sehenswürdigkeiten.

Karl der Große wurde 800 in Aachen zum Kaiser gekrönt und machte damit die Stadt zum Mittelpunkt seines Reiches. Der Dom Aachens zählt zu den wichtigsten Denkmälern des christlichen Abendlandes. Kern des Baus ist der karolingische Kuppelbau der Pfalzkirche Karls des Großen. Einige Teile sind von dieser ursprünglichen Pfalzkapelle erhalten geblieben: der Westbau u. a. mit der Kaiserloge im oberen Geschoss sowie der imposante achteckige Kuppelbau mit dem 16eckigen doppelgeschossigen Umgang. Auf der Empore des Oktogons befindet sich der Marmorthron Kaiser Karls. Alle in Folge in Aachen gekrönten römisch-deutschen Könige bestiegen diesen Thron nach altem Ritus (936–1531). An das Oktogon – umgeben von einem Kapellenkranz – fügt sich der gotische Chor (1355–1414). Der goldene Karlsschrein (1165–1215) mit den knöchernen Überresten Karls des Großen (er starb 814) befindet sich heute im Zentrum des Chorpolygon der gotischen Chorhalle. Dieser Schrein ist eines der Hauptwerke der Goldschmiedekunst aus staufischer Zeit. Der Dom gehört seit 1978 zum Weltkulturerbe der UNESCO. Öffnungszeiten: tgl. 7–19 Uhr, keine Besichtigung während der Gottesdienste.



Foto: VVA

Die Schatzkammer des Aachener Doms birgt eine Fülle an wertvollen Exponaten, die gleichzeitig die wichtigsten Kirchenschätze Europas repräsentieren (Aachener Domschatz). Dazu gehören Kulturschätze aus der Spätantike sowie aus karolingischer, ottonischer, staufischer und gotischer Zeit (z. B. Proserpinasarkophag, Lotharkreuz, **Karlsbüste**, Barbarossaleuchter). Im Jahr 1995 wurde die Domschatzkammer komplett neu eingerichtet. Öffnungszeiten: Mo 10–13 Uhr; Do 10–21 Uhr; Di, Mi, Fr, Sa, So 10–18 Uhr.



Foto: Verkehrsverein Aachen

Baden hat in Aachen eine historische bedeutsame Tradition. Die über 30 schwefelhaltigen Quellen in Bad Aachen verfügen über viele Mineral- und Spurenelemente. Am Rand des Kurparks befinden sich die **Carolus Thermen** mit einem attraktiven Freizeitangebot. Öffnungszeiten: tgl. 9–23 Uhr, letzter Einlass 21.30 Uhr, Badezeit bis 22.30 Uhr.

Veranstaltungen

Franz Gertsch – Die Retrospektive
8.04.–28.06.2006
Ludwig Forum für Internationale Kunst

Matthias Hoch – Fotografie
6.05.–2.07.2006
Ludwig Forum für Internationale Kunst

Simon Dybbroe Moeller
28.05.–13.08.2006, Di-So 14–18 Uhr
Neuer Aachener Kunstverein e.V.

Roncallis historischer Jahrmarkt
14.–18.06.2006
Aachen-Kornelimünster

Frühlings Erwachen
17.06.2006, 19.30 Uhr
Großes Haus-Theater Aachen

Yvon Lambert – Brennweiten der Begegnung
13.05.–23.07.2006
Suermondt-Ludwig-Museum Aachen



Kulinarisches

Maier-Peveling's

Alter Posthof 16
52062 Aachen
Tel.: 0241/40996838
Öffnungszeiten: tgl. von 11.30–23 Uhr, Fr+Sa 11.30–23.30 Uhr
Im Kapuziner Karree soll es die besten Fritten geben, genauer gesagt im Maier-Peveling's. In Aachens „schickster“ Frittenbude kreierte ein echter Sternekoch mit seinem Team zu den Kartoffelstängchen Köstlichkeiten wie Trüffelmayonnaise, fruchtige Senfcurry- oder eine warme Paprikasahnesauce. Außer Fritten gibt es auch Schnitzel, Brat- und Currywurst.

Restaurant Am Knipp

Bergdriesch 3
52062 Aachen
Tel.: 0241/33168
Fax: 0241/405440
Öffnungszeiten: Mo–Fr 17–1 Uhr, Sa+So 18–1 Uhr, tgl. ab 18 Uhr warme Küche, Di geschlossen
Aachens älteste Gaststätte existiert seit 1698. Seit 1927 ist sie in Familienbesitz. Nicht nur die Speisekarte lässt die Augen interessiert wandern, auch die Innenausstattung mit ihren feinen Aachen-Lütticher Holzschnitzereien, mit den Aachener Wein- und Kaffeekannen, mit den Delfter Schüsseln und Tellern und dem Rauenstein-Porzellan in den Wandschränken besticht. Delfter Kacheln schmücken die Wände und zu Fuße glänzt der Blausteinboden. Ansonsten: Gutbürgerliche Küche (Gourmet-Qualität) und sehr gute Fassbiere.

Alt Aachener Kaffee- & Weinstuben „Leo van den Daele“

Büchel 18
52062 Aachen
Tel.: 0241/35724
Fax: 0241/6052378
Öffnungszeiten: Mo–Sa 9–18.30 Uhr, So/Feiertag 11–18.30 Uhr
Der Belgische Reisfladen ist preisgekrönt, der Apfelstrudel ebenfalls. Die stilvolle Möblierung mit Schränken und Vitrinen aus der Zeit des „Aachen-Lütticher Barock“ gehört genauso zum Ambiente wie die verwinkelten Räume und die vielen Treppenstufen. Der Belgier Leo van den Daele gründete Ende des 19. Jahrhunderts die Konditorei unter seinem Namen. Bekannt wurde er für seine kunstvollen Printen- und Spekulationen-Figuren. Sehr würzig sollen sie sein, die Van den Daele's Aachener Printen. Das Thema „Printen“ zieht sich mittlerweile durch das Gesamtangebot des Hauses: Sei es der „Rinderbraten in Aachener Printensauce“ oder einfach der Untertitel „Printenhaus“. Mittags gibt es eine Auswahl an klassischen und saisonalen Gerichten.

Restaurant Vinorant

Wirichsbongardstr. 12
52062 Aachen
Tel.: 0241/21762
Fax: 0241/22348
Öffnungszeiten: Mo–Sa 12–15 Uhr, 18–23.30 Uhr; So Ruhetag
Ausgezeichnete Küche und edle Weine, die auch vor Ort gekauft werden können.