

Stellenwert der Ernährungsmedizin in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung

(Bericht des Vorstandes der Bundesärztekammer für den 95. Deutschen Ärztetag 1992)

G.Ollenschläger

Abgedruckt in:

Aktuelle Ernährungsmedizin 17 (1992) 228-232

Korrespondenz:

Priv.Doz.Dr.Dr.med. Günter Ollenschläger
Leiter des Dezernats Fortbildung und Gesundheitsförderung
der Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Str. 1
50931 Köln

Zusammenfassung

Dem Arzt fällt infolge seiner Kenntnis über die Lebenssituation und den Gesundheitszustand seiner Patienten eine besondere Rolle bei der Vermeidung ernährungsabhängiger Erkrankungen zu. Obwohl Ernährungs- bzw. Diättherapie sind wesentliche Bestandteile der ärztlichen Betreuungsmaßnahmen, ist die fachliche Qualifikation der Ärzteschaft auf diesem Gebiet häufig unzureichend. Die Bundesärztekammer stellte deshalb im Rahmen einer Defizitanalyse folgende Forderungen auf, um die ernährungsmedizinische Versorgung zu verbessern: Integration ernährungsmedizinischer Lehrinhalte in die ärztlichen Ausbildungskataloge und Prüfungen, Einrichtung interdisziplinärer ernährungsmedizinischer Lehrveranstaltungen an den Universitäten, konsequente Weiter- und Fortbildung in diesem Gebiet.

Präambel

1991 veröffentlichte das Bundesministerium für Forschung und Technologie eine Analyse des Ernährungsverhaltens der westdeutschen Bevölkerung als "Nationale Verzehrsstudie".

Von den Ergebnissen ist für den ärztlichen Bereich bedeutsam, daß

- die Bevölkerung Informationen über eine gesunde Ernährung vorrangig vom Hausarzt erwartet,
- nur 20 % der Befragten in der Lage waren, ihren täglichen Nährstoffbedarf korrekt einzuschätzen,
- die Nährstoffzufuhr in allen Altersgruppen über 18 Jahren weit über dem physiologischen Bedarf liegt und
- ca. 40% der Bevölkerung übergewichtig sind.

Der 94. Deutsche Ärztetag schloß hieraus, daß ernährungsmedizinische Wissensinhalte in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung nur unzureichend integriert sind und forderte den Vorstand der Bundesärztekammer auf, einen Bericht über den Stellenwert der Ernährungsmedizin in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung zu erstellen und Vorschläge zur Verbesserung etwaiger Defizite vorzulegen (Drucksache VI-93).

Die Geschäftsführung der Bundesärztekammer formulierte daraufhin in Abstimmung mit dem Ausschuß Gesundheitsberatung und -vorsorge die folgende Situationsanalyse. Grundlagen dieses Berichtes sind neben der zitierten Literatur zwei Gutachten, welche speziell zu diesem Zweck verfaßt wurden:

1. Lehrinhalte für das Fach Ernährungsmedizin der "Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)", erstellt von deren Präsidium (P.Schauder, Göttingen; G. Wolfram, Weihenstephan, V. Zumtobel, Bochum; H. Kasper, Würzburg; G. Schmoz, Meißen, M. Adolph, Augsburg; M. Hal- mágyi, Mainz) und abgestimmt mit namhaften Klinikern und medizinischen Theoretikern (Adler, Ulm; Bäßler, Mainz; Böhles, Frankfurt; Creutzfeld, Göttingen; Eckart, Augsburg; Fürst, Hohenheim; Hartig, Leipzig; Heine, Rostock; Hiddemann, Münster; Kasper, Würzburg; Keller, Basel; Kleinberger, Steyr; Löhlein, Dortmund; Peter, München; Pohlandt, Ulm; Quaas, Freiburg; Schuster, Hildesheim; Ungeheuer, Frankfurt; Weilemann, Mainz).
2. Situationsbeschreibung der derzeitigen Versorgung der Patienten mit ernährungsabhängigen Erkrankungen in Klinik und Praxis der "Akademie für Ernährungsmedizin, Freiburg" (R. Kluthe, Freiburg; J. Schrezenmeir, Mainz; P. Fürst, Stuttgart-Hohenheim; H. Quirin, Bad Rippoldsau; H. Rottka, Berlin).

Ernährung und Gesundheit der Bevölkerung

Ernährungsabhängige Erkrankungen und krankheitsbedingte Ernährungsstörungen tragen erheblich zur Gesamtmorbidität und Mortalität der Bevölkerung bei. Beeinflussung dieser Faktoren durch Verbesserung der ernährungsmedizinischen Versorgung ist eine zunehmend wichtige ärztliche Aufgabe.

Insbesondere die ernährungsabhängigen Erkrankungen sind ein zunehmendes Problem unserer Gesellschaft geworden:

- 30-50% der deutschen Bevölkerung sind übergewichtig,
- 10-20% leiden an Hypertonie,
- 10-20% weisen eine Hyperlipidämie auf.

Die 1980 in der Bundesrepublik durch ernährungsbedingte Gesundheitsstörungen anfallenden Kosten betragen fast 50 Milliarden DM (Henke).

Stellenwert der Ernährung in der medizinischen Versorgung

Man würde erwarten, daß die Belange der Ernährung unter diesen Umständen eine zunehmende Rolle in der medizinischen Betreuung einnehmen. Jedoch steht die Ernährungsmedizin weiterhin im Hintergrund der aktuellen Medizin (Schauder).

So nimmt zum Beispiel die Häufigkeit der Adipositas und ihrer Folgen kontinuierlich zu: Im Rahmen von Schuluntersuchungen wurde "Fettsucht" 1975 bei weniger als 5 % der Hamburger Schüler diagnostiziert, 1989 in mehr als 10 % der Fälle.

Mertz et al (1990) zeigten, daß in einer internistischen Klinik die Diagnosen "Hepatopathie, Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus" zwischen 1976 und 1988 um 66 %, 73 %, 128 % bzw. 41 % zunahmen.

Ernährungsabhängige Gesundheitsstörungen werden somit in Deutschland offensichtlich viel zu häufig nicht oder zu spät erkannt, in ihrer Bedeutung unterschätzt, unzureichend diagnostiziert und unrationell behandelt (Haller, Kist, Kludas, Ollenschläger, Schauder):

- Hochdruck, Gicht, Hyperlipidämien und Typ II-Diabetes mellitus werden entgegen gesichertem Wissen primär nicht ernährungstherapeutisch, sondern mit Abstand an erster Stelle medikamentös versorgt.
- Vier von zehn niedergelassenen Allgemeinmedizinern bzw. Internisten beurteilen den Ernährungszustand durch Augenscheindiagnose oder verlassen sich auf die Gewichtsangaben des Patienten, nur jeder zweite Patient wird gewogen (Kludas).
- Die Kenntnisse zur Behandlung der Adipositas ist unzureichend: 50 % der befragten Ärzte sehen Nulldiät, 28 % die Verordnung von Medikamenten, 12 % operative Methoden als sinnvolles therapeutisches Vorgehen an. Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß sich nur ein Viertel der Kollegen ausreichend ausgebildet fühlen.
- Im stationären Bereich ist die Ernährungsversorgung sowohl bei hypokalorisch als auch bei hyperkalorisch Ernährten zum großen Teil insuffizient: je nach Grunderkrankung sind 20-70 % der stationären Patienten unterernährt, die diätetische Betreuung ist nur bei Diabetikern adäquat.

Definition "Ernährungsmedizin"

Ernährungsmedizin beinhaltet

1. die Aufklärung von Zusammenhängen zwischen Ernährung und Krankheit,
2. die Anwendung wissenschaftlich abgesicherter Ernährungsmaßnahmen zur Prophylaxe ernährungsabhängiger Erkrankungen oder zur Therapie krankheitsbedingter Ernährungsstörungen,
3. die Verbesserung bestehender und die Entwicklung neuer ernährungsmedizinischer Behandlungsstrategien.

Die wissenschaftlich abgesicherten ernährungsmedizinischen Strategien reichen von der Ernährungsberatung über den Einsatz von Diäten bis hin zur künstlichen enteralen oder parenteralen Ernährung.

Ernährungsmedizin ist ein interdisziplinäres, medizinisches Fachgebiet, welches nicht identisch ist mit Ernährungsphysiologie oder allgemeiner Ernährungswissenschaft.

Ernährungsmedizin in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung

Einrichtungen, die sich mit der Ausbildung von Ökotrophologen und Ernährungswissenschaftler befassen, sind in der alten Bundesrepublik an über 20 Universitäten und Fachhochschulen mit jährlich etwa 1000 Studienabgängern etabliert.

Im Gegensatz hierzu ist eine systematische ernährungsmedizinische Ausbildung für die vorrangige Informationsquelle der Bevölkerung über gesunde Ernährung, den Arzt, kein Bestandteil des Studiums. Insbesondere sieht die Approbationsordnung keine Pflichtvorlesung für dieses Gebiet vor.

An acht von vierundzwanzig westdeutschen medizinischen Fakultäten wurde im Wintersemester 1990/91 überhaupt keine ernährungsmedizinische Vorlesung angeboten. Nur an drei Fakultäten wurde die Ernährungsmedizin nach den Vorstellungen des Prüfungskataloges als Bestandteil der naturgemäßen Heilverfahren einschließlich Diätetik angeboten. Bei den übrigen Angeboten handelte es sich um freiwillige Veranstaltungen von Abteilungen für Anästhesie, Chirurgie, Innere Medizin und Pädiatrie. Die geringe Akzeptanz freiwilliger Veranstaltungen bei den durch Pflichtkurse stark beanspruchten Studenten ist allseits bekannt.

Die Zahl der ernährungsmedizinischen Forschungsabteilungen ist in den letzten Jahren kontinuierlich zurückgegangen: von den fünf klinischen Einrichtungen mit unabhängigem Status, die H. Canzler 1987 für den Bereich der ehemaligen Bundesrepublik erwähnte, sind heute noch zwei existent.

In der (Muster-)Weiterbildungsordnung wurden ernährungsmedizinische Aspekte ärztlicher Tätigkeit bisher nahezu nicht berücksichtigt (Die auf dem 95. Deutschen Ärztetag 1992 für die klinischen Fächer beschlossenen ernährungsmedizinischen Tätigkeitsinhalte werden frühestens Anfang des nächsten Jahrzehnts praktisch relevant werden - Anmerkung des Verfassers).

Zum Stellenwert ernährungsmedizinischer Themen innerhalb der Fortbildungsangebote der Ärztekammern wurde von der Geschäftsführung der Bundesärztekammer 1990 eine schriftliche Umfrage durchgeführt. Gefragt wurde nach der Zahl der Veranstaltungen seit 1987, welche zu den Themen "Ernährungsabhängige Erkrankungen, Ernährungsmedizin, Ernährungstherapie, Diättherapie, Sondenernährung, Infusionstherapie" durchgeführt wurden. Auswertbar waren die Antworten von fünf Kammern, wobei nur in drei Fällen belegt werden konnte, daß die Ärzteschaft von ihrer Landesvertretung ein angemessenes Fortbildungsangebot zu Fragen der Ernährungsmedizin erhielt.

Das Interesse an solchen Angeboten ist jedoch gerade bei der niedergelassenen Ärzteschaft groß. Die Frage: "Ich wäre an Fortbildung interessiert, die sich mit Fragen der präventiven Ernährung sowie Spezialthemen zur Ernährung aus dem therapeutisch praktischen Bereich befassen", beantworteten 119 von 134 niedersächsischen Kollegen mit ja (Klein-Lange).

Vorschläge für eine Verbesserung der ernährungsmedizinischen Qualifikation des Arztes

Es kann nach den vorliegenden Daten kein Zweifel daran bestehen, daß die Versorgung der Bevölkerung auf dem Sektor ernährungsabhängiger Erkrankungen unbefriedigend ist.

Da der Arzt eine Schlüsselrolle bei der Bekämpfung dieser Krankheiten einnimmt (Burton, Canzler, National Cholesterol Education Program), müssen seine Kenntnisse laufend dem Stand der Wissenschaft angepaßt werden. Folgende Wege werden hierfür von der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin und der Akademie für Ernährungsmedizin vorgeschlagen:

- **Einführung einer Pflichtausbildung der Medizinstudenten in Ernährungslehre bzw. Ernährungsmedizin.**

Die Lehrinhalte dieses Fachs sind von der DGEM zusammengestellt worden. Sie sollten in den ärztlichen Prüfungen angemessen berücksichtigt werden und betreffen folgende Bereiche: Pathobiochemie der Ernährung, Pathogenese ernährungsbedingter Erkrankungen und krankheitsbedingter Fehlernährung, Prinzipien und Durchführung der Prophylaxe ernährungsmitbedingter Erkrankungen, Prinzipien und Durchführung der Therapie krankheitsbedingter Ernährungsstörungen.

- **Die Integration ernährungsmedizinischer Fähigkeiten in die praktische Ausbildung der Ärzteschaft wird wahrscheinlich nur dann erfolgreich sein, wenn eine Institutionalisierung des Faches Ernährungsmedizin an den klinischen Fakultäten gelingt, um die personellen, apparativen und räumlichen Voraussetzungen für kompetente Forschung und Lehre zu schaffen.**

Wo dies nicht möglich ist, sollten Lehrbeauftragte für Ernährungsmedizin berufen werden, welche die Beteiligung aller notwendigen vorklinischen und klinischen Disziplinen am Unterricht koordinieren.

- **Integration ernährungsmedizinischer Schwerpunkte in die Weiterbildungsrichtlinien für Allgemeinmedizin und die klinischen Fächer und ausreichende Berücksichtigung bei den Gebietsarztprüfungen.**
- **Möglichkeit der Spezialisierung im Fach "Klinische Ernährungsmedizin", z.B. in Form einer Ergänzenden Gebietsbezeichnung oder einer Fachkunde (s. Absatz G).**
- **Flächendeckende ärztliche Fortbildung auf dem ernährungsmedizinischen Sektor durch Kooperation von Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Wissenschaftlichen Fachgesellschaften.**

Vorschlag für die Beschreibung einer Fachkunde “Ernährungsmedizin”

I. Definition:

Die Ernährungsmedizin umfasst Epidemiologie, Prävention, Erkennung und Behandlung ernährungsbedingter Erkrankungen und krankheits-bedingter Ernährungsstörungen.

II. Weiterbildungsinhalte:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis besonderer Kenntnisse und Erfahrungen

- in Physiologie und Biochemie der Ernährung
- in der Epidemiologie und Pathophysiologie ernährungsbedingter Erkrankungen und krankheitsbedingter Fehlernährung
- in der Erfassung des Ernährungszustandes und Ernährungsverhaltens
- in der Diagnostik ernährungsbedingter Erkrankungen und krankheitsbedingter Ernährungsstörungen
- in der praktischen Durchführung von Ernährungsberatung in Einzelgesprächen und Gruppenschulung
- in der Therapie ernährungsbedingter Erkrankungen und krankheitsbedingter Fehlernährung
- in der Indikationsstellung, Rezeptur und praktischen Durchführung sowie Überwachung diätetischer Therapieprinzipien
- in der Indikationsstellung, Rezeptur und praktischen Durchführung sowie Überwachung der künstlichen Ernährung

III. Weiterbildungszeit:

Teilnahme an einem Kursus über Ernährungsmedizin nach den Richtlinien der Bundesärztekammer von mindestens 120 Stunden Dauer.

IV. Ziel und Weiterbildungsinhalte eines Kursus zur Erlangung einer Fachkunde “Ernährungsmedizin” (Stand Juli 1992)

Die Qualifizierung des Arztes auf dem Gebiet der Ernährungsmedizin erfolgt - wie in allen klinischen Fächern üblich - vorrangig durch praktisches Erlernen der notwendigen Fähigkeiten im Rahmen der Patientenbetreuung.

Darüber hinaus erscheint es notwendig, das entsprechende theoretische Wissen in Form eines “Fachkurseminars Ernährungsmedizin” zu vermitteln, da eine entsprechende Unterrichtung bisher während des Studiums nicht verpflichtend erfolgt.

Dabei ist es notwendig, Lehrinhalte zu vermitteln, welche unmittelbar für die ärztliche Tätigkeit notwendig sind (siehe G II).

Insgesamt können in 6 Seminaren à 20 Stunden folgende Themenbereiche erarbeitet werden:

Seminar I: Grundlagen der Ernährungsmedizin

1. Aufgaben und Ziele der Ernährungsmedizin
 - Morbidität durch ernährungsbedingte Erkrankungen und krankheitsbedingte Fehlernährung
 - Prophylaxe und Therapie ernährungsbedingter Erkrankungen und krankheitsbedingter Fehlernährung
2. Physiologie und Biochemie der Ernährung
(Nährstoff-Bedarf, -Vorkommen, -Metabolisierung;
Regulation von Nahrungsaufnahme, Digestion und Resorption)
 - bei Frühgeborenen und Säuglingen,
 - bei Kindern und Heranwachsenden,
 - in der Schwangerschaft,

- in Abhängigkeit von der körperlichen Belastung während Arbeit und Sport,
 - im Alter
3. Pathophysiologie und Pathobiochemie der Ernährung
 - Nährstoffbedarf unter pathologischen Bedingungen
 - Vorkommen und Metabolisierung der Nährstoffe unter pathologischen Bedingungen
 - Regulation von Nahrungsaufnahme, Digestion und Resorption
 4. Ernährungs-Hygiene
 - Lebensmittel-Zusatzstoffe
 - Nahrungs-Schadstoffe
 - Mikrobiologie

Seminar II: Anamnese und Diagnostik

1. Erfassung des Ernährungszustandes
 - Klinische Routinediagnostik
 - Analyse der Körperkompartimente
 - Stoffwechsel-Bilanzen
 - Biochemische und immunologische Parameter
2. Erfassung des Ernährungsverhaltens
 - Ernährungspsychologie
 - Technik der Ernährungsanamnese
 - Analyse des Ernährungsverhaltens (Protokollmethoden, Befragungsmethoden)
 - Interpretation von Nährwertanalysen
3. Diagnostik ernährungsbedingter Erkrankungen
4. Diagnostik krankheitsbedingter Ernährungsstörungen

Seminar III: Ernährungsassoziierte Erkrankungen (Pathogenese, Epidemiologie, Therapie, Prophylaxe)

1. Dyslipoproteinämie und Atherosklerose
2. Diabetes mellitus
3. Hepatopathien
4. Gicht
5. Darmerkrankungen (Obstipation, Divertikulose)
6. Adipositas und ihre Folgeerkrankungen
7. Hypertonie
8. Struma
9. Osteoporose
10. Tumorleiden
11. Karies
12. Ernährungsbedingte Infektionen
13. Ernährungsassoziierte Allergien
14. Lebensmittelintoleranzen
15. Ernährungsfehler und ihre Vermeidung
16. Vermittler präventiver Maßnahmen

Seminar IV: Fehlernährung / Mangelernährung, Krankheitsbedingte Fehlernährung (Pathogenese, Epidemiologie, Therapie, Prophylaxe)

1. Generalisierte Mangelernährung
 - Mangelernährung ohne Begleiterkrankung
 - Mangelernährung mit Begleiterkrankungen
2. Isolierte Fehlernährung
 - Vitamin-, Spurenelement-, Elektrolytmangel
3. Malassimilation
4. Postaggressionssyndrom
5. Terminale Niereninsuffizienz (Dialyse)
6. Alkoholismus / Leberzirrhose
7. Tumor-Kachexie
8. Infektionskachexie
9. Störungen der spontanen Nahrungsaufnahme
 - Anorexie (z.B. bei Schmerzen, schweren Erkrankungen)
 - postoperativ, posttraumatisch
 - infolge von Bewußtseinsstörungen
 - psychogen (Anorexia nervosa / Bulimie)
 - iatrogen
10. Nährstoffe als Therapeutika

Seminar V: Orale Ernährung / Diätetische Therapie

1. Indikationsstellung
2. Ernährungsempfehlungen
3. Formen der oralen Ernährung
4. Überwachung / Ernährungsprotokoll
5. Beeinträchtigung der spontanen Nahrungsaufnahme (Ursachen, Diagnostik und Therapie)
6. Erstellen von Ernährungsverordnungen (Rezepturen)
7. Praxis der Ernährungsberatung in Einzelgesprächen und Gruppenschulung

Seminar VI: Künstliche Ernährung:

- Enterale Ernährung (Sonden-Ernährung)
 - Parenterale Ernährung
1. Indikationsstellung
 2. Zugänge
 - nasale, gastrale, duodenojejunale Applikation; perkutane endoskopische Gastrostomie, Katheter-jejunostomie
 - peripher-, zentral-venöse Zugänge
 3. Technik der Platzierung von Sonden / Kathetern
 4. Systematik enteraler / parenteraler Nährstoff-Gemische
 5. Technik der Nährstoffzufuhr
 6. Überwachung
 7. Komplikationen (katheterbedingte, metabolische, mikrobiologische, galenische)
 8. Erstellen von Ernährungsverordnungen (Rezepturen)
 9. Praxis der Patientenschulung

Literatur

1. Burton BT: Ernährung und Medizin in den USA. Akt Ernähr 12 (1987) 145
2. Canzler H: Zur Situation und Struktur der Ernährungsmedizin in Deutschland. Akt Ernähr 12 (1987) 191
3. Haller H, Hanefeld M, Leonhardt W: Das metabolische Syndrom. Akt Ernähr 14 (1989) 309
4. Häußler A, Rehm J, Naß E, Kohlmeier L. Ernährung, Krankheit, Gesundheit - Wechselwirkungen. Bundesgesundheitsblatt 33 (1990) 94
5. Henke KD, Behrens C, Arab L, Schlierf G: Die Kosten ernährungsabhängiger Krankheiten. Schriftenreihe des Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Band 179, Kohlhammer Stuttgart-Mainz 1986
6. Kist L, Kluthe R: Erhebung zur Häufigkeit von Diätverordnungen in Medizinischen Universitätskliniken und Krankenhäusern der Regelversorgung. Akt Ernähr 11 (1986) 66
7. Klein-Lange M: Kassenärzte sehen Prävention und Versorgung chronisch Kranker als zukünftige Schwerpunktaufgaben. Niedersächsisches Ärzteblatt Heft 7 (1991) 12
8. Kludas C, Schmeling C, Bengel J, Koch U: Übergewichtige in der ärztlichen Praxis. Einstellungen und Erfahrungen von Internisten und Allgemeinmedizinern. Akt Ernähr 9 (1984) 71
9. Mertz DP, Suermann I et al: Zunahme des Risikofaktorenprofils unter der erwachsenen Bevölkerung. Med Welt 41 (1990) 403
10. National Cholesterol Education Program: Report of the expert panel on population strategies for blood cholesterol reduction: executive summary. Arch Intern Med 151 (1991) 1071
11. Ollenschläger G: Ernährungsverhalten und ernährungsbedingte Erkrankungen. Akt Ernähr Med 16 (1991) 314
12. Projektträgerschaft "Forschung im Dienste der Gesundheit" 1991 (Hrsg): Die Nationale Verzehrsstudie - Ergebnisse der Basisauswertung. Materialien zur Gesundheitsforschung - Schriftenreihe zum Programm der Bundesregierung Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit. Band 18. Bremerhaven, Wirtschaftsverlag NW 1991
13. Schauder P: Ernährungsmedizin - Herausforderung und Chance. Dt. Ärzteblatt 88(1991) B-2220-B-2221