

Ernährungsverhalten und ernährungsbedingte Erkrankungen

G. Ollenschläger

Medizinische Fakultät der Universität Köln

Die überhöhte Aufnahme energieliefernder Nährstoffe bleibt das wichtigste Ernährungsproblem der deutschen Bevölkerung. Die kürzlich vorgestellte Basisauswertung der Nationalen Verzehrstudie (6) zeigte, daß die Nährstoffzufuhr in allen Altersgruppen über 18 Jahren weit über den bekannten Empfehlungen der DGE liegt (Tab. 1).

Die 15–18jährigen jungen Männer zeigen als einzige Gruppe eine ausgeglichene Energiebilanz. Bei den gleichaltrigen Mädchen liegt die mittlere Energieaufnahme durchschnittlich um ca. 240 kcal unter dem Soll. Die übrigen Altersklassen nehmen deutlich zuviel zu sich, wobei das Mißverhältnis im Vergleich zu den Ernährungsempfehlungen mit zunehmendem Alter kontinuierlich größer wird.

Die Aufteilung der Energie für die einzelnen Makronährstoffe ist relativ konstant, von den Empfehlungen der DGE jedoch weit entfernt (Tab. 2). Dabei ist der hohe Konsum tierischer Lebensmittel die Ursache für die zu hohen Anteile an Eiweiß und Fett. Beachtenswert ist weiterhin, daß alkoholische Getränke bei den 36–50jährigen Männern eine beachtliche zusätzliche Energiequelle darstellen.

Die Konsequenz dieses Ernährungsverhaltens ist die hohe Prävalenz der Adipositas und ihrer Folgeerkrankungen: 39% aller im Rahmen der Nationalen Verzehrstudie untersuchten Männer und 47% der Frauen sind übergewichtig, starkes Übergewicht findet man bei 17% der Männer und 33% der Frauen zwischen 51 und 65 Jahren.

Übermäßige Energiezufuhr ist direkt und indirekt für die Entstehung der meisten ernährungsabhängigen Krankheiten verantwortlich, wobei die Kosten aller ernährungsabhängigen Erkrankungen in West-Deutschland 1980 mit ca. 42 Milliarden DM, das sind 27,14% aller Krankenkosten, kalkuliert wurden (2). Dabei nimmt die Morbidität dieser Erkrankungen im Gegensatz zur Mortalität offensichtlich in den letzten Jahren kontinuierlich zu: Die Schuluntersuchungen in der Stadt Hamburg erbrachten die Diagnose „Fettsucht“ im Jahr 1975 bei weniger als 5% der Schüler, 1989 in mehr als 10% der Fälle. Mertz u. Mitarb. zeigten, daß in einem großen internistischen Kollektiv (n = 5740) die Diagnosen „Hepatopathie, Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus“ zwischen 1976 und 1988 um 66%, 73%, 128% bzw. 41% zunahmen (5).

Diese Zahlen lassen den Schluß zu, daß die umfassenden Kampagnen zur Förderung der Volksgesund-

Tab. 1 Nährstoffzufuhr im Vergleich mit Referenzwerten – Energie in kcal pro Tag – (Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe der Nationalen Verzehrstudie, n = 21011 (6), Referenzwerte laut DGE (3))

Altersgruppe (Jahre)	weiblich Verzehr	Referenz	männlich Verzehr	Referenz
15–18	2208 ± 48	2400	2983 ± 61	3000
19–35	2284 ± 23	2200	3055 ± 30	2600
36–50	2237 ± 24	2000	2933 ± 30	2400
51–65	2255 ± 20	1800	2895 ± 31	2200
65 und mehr	2196 ± 28	1700	2719 ± 43	1900

Tab. 2 Relation der Makronährstoffzufuhr im Vergleich mit Referenzwerten – Aufteilung der Energie in Prozent – (Ergebnisse der repräsentativen Stichprobe der Nationalen Verzehrstudie, n = 21011 (6), Referenzwerte laut DGE (3))

Altersgruppe	15–18	19–35	36–50	51–65	65 u. mehr
<i>Eiweiß</i> Referenz: 10%	14,1	14,0	14,5	14,4	14,4
<i>Fett</i> Referenz: 30%	39,3	39,1	39,6	40,4	40,4
<i>Kohlenhydrate</i> Referenz: 60%	45,7	43,2	41,1	41,3	42
<i>Alkohol</i> Referenz: 0%	0,9	3,7	4,8	3,9	3,2

heit in den letzten Jahrzehnten nicht in der Lage waren, die Mehrheit der Bevölkerung zu einer gesünderen, insbesondere ernährungsbewußteren Lebensweise zu motivieren. Dies liegt möglicherweise auch daran, daß präventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung, und damit Ernährungsprävention und Ernährungstherapie, in der konventionellen ärztlichen Sprechstunde bisher nur von untergeordneter Bedeutung waren. Die Möglichkeit des niedergelassenen Arztes, den Ernährungsrisikopatienten vor der Entwicklung einer ernährungsabhängigen Erkrankung durch konsequente Motivation zur gesunden Lebensweise zu bewahren, wurde deshalb zu wenig genutzt.

Verschiedene Faktoren sind hierfür verantwortlich: Obwohl, wie H. Canzler 1987 (1) schrieb, nur der approbierte Arzt die Verantwortung für die Verordnung ernährungstherapeutischer Maßnahmen tragen kann, ist die ernährungsmedizinische Ausbildung des Arztes heutzutage im Regelfall unzureichend. Vielfach ist im medizinischen Lehr- und Wissenschaftsförderungsbereich gar nicht bekannt, was unter dem Begriff „Ernährungsmedizin“ zu verstehen ist, nämlich ... die gezielte Anwendung von wissenschaftlich abgesicherten Ernährungsmaßnahmen im Rahmen ärztlichen Handelns mit den Zielen:

- Erhaltung der Gesundheit = Ernährungsprophylaxe oder -prävention
- Wiederherstellung der Gesundheit = Ernährungstherapie (1).

Ernährungsmedizin ist somit ein interdisziplinäres medizinisch-therapeutisches Fach, welches sich klar von den allgemeinen Ernährungswissenschaften und der Ernährungsphysiologie abgrenzt, jedoch auf eine enge Zusammenarbeit mit den verschiedenen Fachrichtungen der Ernährungswissenschaften angewiesen ist. Die Entwicklung eines allgemein akzeptierten Lehrkurrikulums für Ernährungsmedizin ist längst überfällig, um die entsprechenden Kenntnisse in ärztliches Wissen und ärztliche Tätigkeit zu integrieren.

Die Finanzierungsgrundlagen freiberuflicher ärztlicher Tätigkeit ließen es bis vor kurzen nicht zu, daß umfangreiche Gesprächszeit zur Ernährungsberatung und Gesundheitsmotivation in der Kassenarztpraxis investiert wurde. Hier eröffnen die kürzlich mit den Kassenärzten geschlossenen Verträge zur Honorierung von Gesundheitsuntersuchungen, Gesundheitsberatungen, Diabetikerschulungen neue Perspektiven. Es ist zu hoffen, daß diese Maßnahmen den Anfang einer ganzen Palette von Aktivitäten darstellen, um die Ernährungsmedizin in die Sprechstunde des niedergelassenen Arztes zurückzuholen. Nur so wird es möglich sein, den Massenkrankheiten, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, alkoholinduzierte Erkrankungen, Osteoporose, Karies beizukommen.

Die präventive und gesundheitsfördernde Tätigkeit des Arztes sollte sich dabei nicht nur auf die individuelle Sprechstundenbetreuung beschränken (1. Ebene der ärztlichen Gesundheitsförderung). Vielmehr kann er seinen Sachverstand und auch sein – in der Bevölkerung durchaus akzeptiertes – „Vorbildverhalten“ dazu verwenden, Gesundheitsförderung auf anderen Ebenen zu betreiben, so bei der Betreuung von Patienten- bzw. Selbsthilfegruppen (2. Ebene) oder im Rahmen von öffentlichen Aktionen, z. B. im Gemeinde-rahmen (3. Ebene).

Es erscheint dabei notwendig, daß der Arzt seine eigenen Maßnahmen in enger Kooperation mit anderen Berufsgruppen durchführt. So hat sich gerade im Bereich der Ernährungsmedizin schon länger die Erkenntnis durchgesetzt, daß Ärzte für die Ernährungsberatung Fachkräfte benötigen, die mehr Details beherrschen, als in der ärztlichen Ausbildung vermittelt werden können. Denn „Ernährungsberatung“ heißt nicht nur „einen Rat geben“, sondern muß für den Patienten genaue technische Anweisungen enthalten und eine Schulung für die praktische Durchführung der notwendigen Maßnahmen sein (1).

Tab. 3 Modelle der Ernährungsberatung im ambulanten Bereich (nach 1)

1. Beratungsinstitut z. B. AOK	berät Patienten niedergelassener Ärzte entsprechend Verordnung
2. Ernährungsberaterin als Angestellte des Arztes (mehrerer Ärzte)	Beratung von Patienten einzeln oder in Gruppen umschichtig in den beteiligten Arztpraxen
3. Arzthelferin absolviert Fortbildungskurse	übernimmt innerhalb der Praxis Beratungsaufgaben
4. Apotheker erhält Fortbildung	Beratung von Patienten in Apotheken

Tab. 3 enthält eine Zusammenstellung von heute üblichen Modellen der Ernährungsberatung. Untauglich sind dabei solche Modelle, die den betreuenden Arzt überhaupt nicht mehr an der Ernährungsberatung beteiligen. Am geeignetsten erscheinen diejenigen, bei denen eine Ernährungsberatung innerhalb der Arztpraxis oder zumindest in engster Abstimmung mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinderlich für die Effizienz von ernährungsmedizinischer Beratung ist dabei heute vor allem, daß Ernährungsberatung von einer Vielzahl von Organisationen und Berufsgruppen angeboten wird, wobei nicht selten Kooperation und Koordination zwischen den Anbietern völlig fehlen (4). Zur Überwindung dieser Defizite sollten verstärkt interdisziplinäre Aus- und Fortbildung auf allen Gebieten der Ernährungsmedizin angestrebt werden.

Weiterführende Literatur

- 1 Canzler, H.: Zur Situation und Struktur der Ernährungsmedizin in Deutschland. Akt. Ernähr.-Med. 12 (1987) 191–196
- 2 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): Ernährungsbericht 1988. Frankfurt/M. Druckerei Henrich 1988
- 3 Deutsche Gesellschaft für Ernährung: Empfehlungen zur Nährstoffzufuhr. Umschau-Verlag, Frankfurt/M., 4. erweit. Auflage 1985
- 4 Kappus, W.: Strukturanalyse der Ernährungsberatung in der Bundesrepublik Deutschland. IX. Symposium Wissenschaft & Ernährungspraxis, 26./27. Okt. 1990, Würzburg, Druckerei Gras & Jung GmbH, Bad Kreuznach
- 5 Mertz, D. P., I. Suermann et al.: Zunahme des Risikofaktorenprofils unter der erwachsenen Bevölkerung. Medsche. Welt 41 (1990) 403–408
- 6 Projektträgerschaft „Forschung im Dienste der Gesundheit“ 1991 (Hrsg.): Die Nationale Verzehrstudie – Ergebnisse der Basisauswertung. Materialien zur Gesundheitsforschung – Schriftenreihe zum Programm der Bundesregierung Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit – Band 18. Bremerhaven, Wirtschaftsverlag NW 1991 (ISBN 3-89429-079-X)

Priv.-Doz. Dr. Dr. med. G. Ollenschläger

Medizinische Fakultät der Universität zu Köln
c/o Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Straße 1
D-5000 Köln 41