

Die ärztliche Betreuung ernährungsabhängiger Krankheiten und krankheitsbedingter Ernährungsstörungen: Defizite und aktuelle Entwicklungen in Deutschland

Beitrag zum 1. Heidelberger Ernährungs-Forum der Dr. Rainer Wild-Stiftung, Heidelberg, Dezember 1993

G. Ollenschläger

Medizinische Fakultät der Universität zu Köln

Zusammenfassung

In Ihrem Bericht „Stellenwert der Ernährungsmedizin in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung“ stellte die Bundesärztekammer 1992 fest, daß die ernährungsmedizinische Versorgung in Deutschland unzureichend sei und empfahl allen Verantwortlichen aus Selbstverwaltung, Politik, und Wissenschaft die stärkere Berücksichtigung dieses Themas. Zwei Jahre nach Erscheinen dieses Berichtes sind ernährungsmedizinische Lehrinhalte in den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern obligatorisch verankert und werden zukünftig bei den Facharztprüfungen berücksichtigt werden. Darüber hinaus haben die Ärztekammern und andere Anbieter von Fortbildungsmaßnahmen ernährungsmedizinische Themen zu Fortbildungsschwerpunkten gemacht. In der Ausbildung der Medizinstudenten ist eine verstärkte Berücksichtigung der Ernährungsmedizin derzeit noch nicht zu beobachten.

Medical Care of Patients Suffering From Diseases Caused By Unhealthy Dietary Behaviour or from Diseases Requiring a Diet, and from Nutritional Disorders Caused by Disease

The German Medical Association, stated in 1992 in its report on the „Ranking of Nutritional Medicine in Medical Training, Continuing Education and Specialist Training in Medicine“ that the German population is being insufficiently looked after from the viewpoint of nutritional medicine, and recommended that all those holding responsible positions in medicine, politics and research should devote more attention to this topic. Two years later teaching in nutritional medicine has been established as a mandatory subject within the framework of continuing education prescribed by the German Medical Association and form part of the examinations required before allowing a doctor to practise medicine. Over and above this, the German Medical Association and other bodies offering continuing education are now emphasising the importance of nutritional medicine. However, as far as the basic training of students of medicine is concerned, nothing seems to have been done to underline the importance of nutritional medicine.

Die Bedeutung ernährungsabhängiger Erkrankungen und krankheitsbedingter Fehlernährung

Mit zu den bedeutendsten Gesundheitsrisiken unserer Bevölkerung gehören die Folgen der in den letzten Jahrzehnten eingeübten Ernährungsweise: Ernährungsabhängige Erkrankungen verursachen geschätzte Kosten von jährlich über 100 Mrd. DM (6). Dabei spielen zahlenmäßig und ökonomisch solche Gesundheitsstörun-

gen die größte Rolle, welche mit Überernährung bzw. unphysiologischer Zusammensetzung der Nahrung in Verbindung gebracht werden (7): 30–50 % der Deutschen sind übergewichtig, 14–20 % hyperten, 10–20 % weisen eine Hyperlipidämie auf. Die Zahl der Bürger mit bekanntem Diabetes mellitus wird auf 4 Millionen geschätzt.

Dabei haben sich die Ernährungsgewohnheiten in den letzten Jahrzehnten so verändert, daß das Problem der ernährungsabhängigen Krankheiten zukünftig auch weiter zunehmen wird: Der Gesamtfettverbrauch stieg in Westdeutschland zwischen 1965 und 1985 um rund 26 % an, der Verbrauch an langsam resorbierbaren

Kohlenhydraten ging um rund 6 % zurück, derjenige von schnell verfügbaren Zuckern stieg um 20 %. Parallel dazu nahmen die Folgen des ungesunden Ernährungsverhaltens zu: So wurde „Fettsucht“ 1975 im Rahmen von Schuluntersuchungen bei weniger als 5 % der Hamburger Schüler diagnostiziert, 1989 in mehr als 10 % der Fälle. Im klinischen Bereich sollen die Diagnosen „Hepatopathie, Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus“ zwischen 1976 und 1988 um ca. 40 bis 130 % zugenommen haben.

Im Vergleich dazu spielen Zustände mit krankheitsbedingter Fehlernährung ökonomisch zwar eine nachgeordnete Rolle; allerdings werden Häufigkeit und Folgen – insbesondere für das subjektive Befinden der Betroffenen – vielfach unterschätzt.

Bei Patienten, die im Krankenhaus oder in Pflegeheimen betreut werden müssen, liegt der Anteil mit Fehl- oder Unterernährung – je nach Grunderkrankung – zwischen 20 und über 90 %. Besonders häufig treten Ernährungsprobleme als Folge von bösartigen Tumoren, schweren chronischen Darm-, Herz- und Lungen-, Nierenerkrankungen, chronischen Schmerzzuständen, konsumierenden Infektionen (Tuberkulose, Pneumonien, AIDS) und in der Geriatrie auf.

Ernährungsmedizinische Versorgung in Deutschland

Angesichts Zahlen müßten ernährungsmedizinische Maßnahmen in der ärztlichen Versorgung eigentlich einen hervorragenden Stellenwert haben. Jedoch war bis vor einigen Jahren das Gegenteil der Fall: In der ärztlichen Tätigkeit fristete insbesondere die Ernährungsberatung ein Schattendasein, obwohl gerade dem Arzt aus der Sicht des Patienten eine hohe Kompetenz in Ernährungsfragen zugemessen wird.

Zwei Faktoren waren dabei für den geringen Stellenwert der Ernährungsmedizin in der ärztlichen Versorgung verantwortlich:

- die mangelnde fachliche Qualifikation eines Großteils der Ärzteschaft und
- die völlig unzureichende Honorierung ernährungsmedizinischer Maßnahmen in Kooperation zwischen Ärzten und Ernährungsberatern.

So ist eine systematische ernährungsmedizinische Ausbildung kein Bestandteil des Medizinstudiums. Insbesondere sieht die Approbationsordnung keine Pflichtvorlesung für dieses Gebiet vor. Die unabhängigen ernährungsmedizinischen Forschungsabteilungen an medizinischen Fakultäten, von denen es 1987 in Deutschland noch 5 gab, sind aufgelöst worden. In der (Muster-)Weiterbildungsordnung – der Grundlage für die fachärztlichen Qualifikationen und Tätigkeitsfelder – wurden ernährungsmedizinische Aspekte ärztlicher Tätigkeit bis 1992 nicht berücksichtigt.

Vorschläge und Maßnahmen der Ärztekammern zur Verbesserung der ernährungsmedizinischen Versorgung in Deutschland

Vor diesem Hintergrund forderte der 94. Deutsche Ärztetag 1991 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.

Entsprechend empfahl der Vorstand der Bundesärztekammer 1992 in seinem Bericht „Stellenwert der Ernährungsmedizin in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung“ den Verantwortlichen in ärztlicher Selbstverwaltung, Politik, Kostenträgerschaft und Wissenschaft (1):

1. die Einführung einer Pflichtausbildung der Medizinstudenten in Ernährungslehre bzw. Ernährungsmedizin;
2. die Institutionalisierung des Faches Ernährungsmedizin an den klinischen Fakultäten, bzw. – wo dies nicht möglich ist – die Einrichtung von Lehraufträgen für Ernährungsmedizin;
3. die Integration ernährungsmedizinischer Schwerpunkte in die Weiterbildungsrichtlinien für Allgemeinmedizin und die klinischen Fächer und ausreichende Berücksichtigung bei den Gebietsarztprüfungen;
4. die Möglichkeiten der Spezialisierung im Fach „Klinische Ernährungsmedizin, z. B. in Form einer ergänzenden Gebietsbezeichnung oder eines Fachkundenachweises;
5. die flächendeckende ärztliche Fortbildung auf dem ernährungsmedizinischen Sektor durch Kooperation von Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Wissenschaftlichen Fachgesellschaften;
6. die Schaffung organisatorischer und finanzieller Voraussetzungen zur besseren Berücksichtigung ernährungsmedizinischer Probleme in der ambulanten Versorgung.

Ärztliche Qualifikation

Ärztliche Ausbildung

Die Gestaltung der ärztlichen Ausbildung liegt nicht in der Verantwortung der ärztlichen Selbstverwaltung, sondern im Regelungsbereich der von der Politik verantworteten Ausbildungsordnung für Ärzte und in der Autonomie der Universitäten.

Ob sich der Stellenwert der Ernährungsmedizin an den medizinischen Fakultäten in den nächsten Jahren verbessern wird, ist heute noch nicht abzusehen. Der systematische Abbau der wissenschaftlichen Ernährungsmedizin in der Form selbständiger Abteilungen innerhalb der letzten Jahre ist eine absolut ungünstige Voraussetzung für die Weiterentwicklung des Lehrgebietes.

Allerdings wird ein Teil der ernährungsmedizinischen Lehrinhalte zukünftig wohl im Rahmen der allgemeinmedizinischen Studentenausbildung vermittelt werden, wenn man die Schwerpunkte des neuen Lernziel-

Tab. 1 Ernährungsmedizinische Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, die in der (Muster-)Weiterbildungsordnung des 95. Deutschen Ärztetages von 1992 (2) für klinische Gebiete und Bereiche dokumentiert sind.

Tätigkeiten/Lernziele

- *Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Prävention, Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie ernährungsabhängiger Erkrankungen:*
Innere Medizin
- altersadäquate Ernährung und Diätetik:
Fakultative Weiterbildung Klinische Geriatrie
- *diätetische bzw. ernährungstherapeutische Therapie:*
Allgemeinmedizin, Innere Medizin (insbesondere Gastroenterologie, Hämatologie und internistische Onkologie, Nephrologie), Psychotherapeutische Medizin, Urologie (Steinmetaphylaxe), Bereich Balneologie und Medizinische Klimatologie, Bereich Naturheilverfahren
- *Ernährungsregime des Gebietes:*
Spezielle anästhesiologische/Chirurgische/herzchirurgische/internistische/kinderchirurgische/pädiatrische/neurochirurgische/neurologische/plastisch-chirurgische Intensivmedizin
- *gebietsspezifische Grundlagen der Ernährungsmedizin:*
Anästhesiologie, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Strahlentherapie
- *Infusionstherapie/Sondenernährung/enterale, parenterale Ernährung*
Anästhesiologie, Innere Medizin (insbesondere Hämatologie und internistische Onkologie), Kinderheilkunde (insbesondere auch Neonatologie), Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Urologie

katalogs für die allgemeinmedizinische Weiterbildung (3) berücksichtigt. Es ist zu vermuten, daß sich auch die fachspezifische Ausbildung in Allgemeinmedizin während des Medizinstudiums an diesem Lernzielkatalog orientieren wird. Ein ausführlicher Themenkatalog für die ernährungsmedizinische Ausbildung wurde von der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin entwickelt (8). Auf dieser Basis wird die Bundesärztekammer erstmals im Herbst 1994 gemeinsam mit der Vereinigung der allgemeinmedizinischen Hochschullehrer ein ernährungsmedizinisches Multiplikatorenseminar für allgemeinmedizinische Dozenten durchführen.

Ärztliche Weiterbildung

Im Gegensatz zur ärztlichen Ausbildung liegt die Organisation der ärztlichen Weiterbildung (d. h. die Qualifikation zum Facharzt) und Fortbildung (die berufsbegleitende Teilnahme an Bildungsmaßnahmen nach Abschluß der Facharztweiterbildung) in der Verantwortung der ärztlichen Selbstverwaltung, d. h. der Ärztekammern.

Grundlage für die Bildungsinhalte der Facharztweiterbildung ist die sogenannte Weiterbildungsordnung. In der bis 1993 gültigen, 1987 verabschiedeten Weiterbildungsordnung war die Bezeichnung „Stoffwechsel“ nur einmal zu finden. In der Novelle von 1992 sind die in Tab. 1 zusammengestellten ernährungsmedizinischen Tätigkeiten und Lernziele aufgeführt (2). Zukünftig wird also jeder klinisch tätige Facharzt ernährungsmedizinische Qualifikationen nachweisen können.

Ärztliche Fortbildung

Seit 1992 ist Ernährungsmedizin zum festen Bestandteil der ärztlichen Fortbildung geworden. Die Bundesärztekammer führte in den letzten 2 Jahren auf ihren internationalen Fortbildungskongressen Trainingskurse nach dem Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) gemeinsam mit der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin Freiburg durch. „Ernährungsmedizin in Prävention und Therapie“ war Schwerpunkt-Fortbildungsthema aller deutschen Ärztekammern im Jahre 1993. Die Ärztekammer Niedersachsen gründete 1993 eine Niedersächsische Akademie für Ernährungsmedizin, die seitdem regelmäßig ernährungsmedizinische Trainingskurse durchführt. Die Ärztekammer Berlin beginnt 1994 mit ähnlichen Kampagnen, weitere Ärztekammern werden folgen. Weiterhin nehmen sich zunehmend große überregionale Fortbildungsveranstalter (z. B. Ärztekongresse Berlin, Düsseldorf, Leipzig sowie die Internistenkongresse in Wiesbaden) dieser Thematik an. Zusätzlich haben verschiedene medizinische Verlage die Herausgabe ernährungsmedizinischer Lehrbücher angekündigt.

Finanzierung und Organisation

Besondere Schwachstellen der ernährungsmedizinischen Versorgung sind die immer noch unzureichenden Organisations- und Finanzierungsstrukturen. Allerdings zeichnen sich auch in diesen Bereichen Besserungen ab.

So ist es dem niedergelassenen Arzt bei entsprechendem Praxisumsatz bereits heute vielfach möglich, seine Patienten durch eigene Ernährungsberatungsfachkräfte kompetent beraten zu lassen. Weiterhin kann er die Ernährungsberatungsstellen verschiedener Krankenkassen nutzen. In Sachsen-Anhalt besteht bei Nachweis einer entsprechenden Qualifikation für den Arzt selbst die Möglichkeit, Versicherte der Betriebs- und Innungskrankenkassen ernährungstherapeutisch zu beraten. Zusätzlich sieht der Entwurf der zukünftigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wesentlich umfassendere Beratungsmöglichkeiten für die Ärzteschaft vor.

Um den vorhandenen nicht-ärztlichen und ärztlichen ernährungsmedizinischen Sachverstand so effizient wie möglich zugunsten des Patienten bzw. des Gefährdeten nutzen zu können, müssen neue organisatorische Strukturen geschaffen werden. Entsprechende vertragsarztrechtliche Modelle (z. B. Ernährungsberatungsstellen in den Kassenärztlichen Vereinigungen, Anstellungsverhältnisse in der Arztpraxis, ärztlich geleitete Gesundheitszentren) werden zur Zeit in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung diskutiert.

Denkbar wären auch „Therapeutische Teams“, in denen Prävention, Therapie und Rehabilitation partnerschaftlich von Mitgliedern verschiedener Heil- und Gesundheitsberufe praktiziert werden. Von den verschiedenen Modellen der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Ernährungsberater sind aus der Sicht der Ärzteschaft solche untauglich, bei welchen sich die Beteiligung des Arztes an der Diät-/Ernährungsberatung allein auf die

Verordnung derselben beschränkt. Diät-/Ernährungsberatung, Motivation zur Ernährungsumstellung, ernährungsmedizinische Therapie und Therapiekontrolle sind Teile der ganzheitlichen Betreuung durch den Hausarzt (9). Dabei ist der Arzt seinem Patienten gegenüber für die Qualität der veranlaßten ernährungsmedizinischen Maßnahme verantwortlich.

Aus diesem Grund ist im Falle einer therapiebedürftigen Erkrankung die Delegation der Diätberatung an eine selbständige Diätassistentin bzw. Ökotrophologin im Sinne einer Heilmittelverordnung nur dann möglich, wenn die Qualität der Beratung und der Therapieerfolg überprüft werden können.

Dies ist insbesondere bei Delegation an Ernährungsberatungsstellen der Krankenkassen schwierig, da noch nicht überall Maßnahmen zur Qualitätssicherung gesundheitsfördernder Maßnahmen eingeführt worden sind (11). Hilfreich kann hier die Patientenbetreuung auf der Grundlage von „Qualitätsrastern“ bzw. „Leistungsbeschreibungen“ sein (10). Solche „Qualitätsraster“ beschreiben die zu erbringende therapeutische Leistung und legen die Anforderungen an die notwendige Fachkompetenz des Therapeuten fest (4, 5).

Literatur

- ¹ Bundesärztekammer (Hrsg.): Stellenwert der Ernährungsmedizin in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung. In: Tätigkeitsbericht '92 der Bundesärztekammer. Köln 1992 – abgedruckt in (7)
- ² Bundesärztekammer (Hrsg.): (Muster-)Weiterbildungsordnung nach den Beschlüssen des 95. Deutschen Ärztetages 1992. Köln 1992
- ³ Bundesärztekammer und Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (Hrsg.) Kursbuch Allgemeinmedizin der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Texte und Materialien der Bundesärztekammer, Band 2. 1. Auflage 1993; 2. überarbeitete Auflage 1994
- ⁴ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Qualitätsraster Adipositas. Köln 1993
- ⁵ Ersatzkassenverbände (Hrsg.): Gemeinsame Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände. Qualitätskriterien für Gesundheitsförderungsmaßnahmen nach § 20 Abs. 3 SGB V vom 14.1.1994. Siegburg 1994
- ⁶ Kohlmeier, L., A. Kroke, J. Pötzsch, M. Kohlmeier, K. Martin: Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 27. Baden-Baden, Nomos Verlag 1993
- ⁷ Ollenschläger, G.: Ernährungsverhalten und ernährungsbedingte Erkrankungen. Akt. Ernähr. Med. 16 (1991) 314–315
- ⁸ Ollenschläger, G.: Stellenwert der Ernährungsmedizin in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung. Akt.-Ernähr. Med. 17 (1992) 228–232
- ⁹ Ollenschläger, G.: Ernährungsberatung als Teil der präventivmedizinischen Maßnahmen in der Praxis des Hausarztes: Indikationen und Möglichkeiten. Akt.-Ernähr. Med. 18 (1993) 21–26
- ¹⁰ Ollenschläger, G.: Ärztliche Gesundheitsberatung – Möglichkeiten der Qualitätssicherung. Prävention 16 (1993) 100–102
- ¹¹ Ollenschläger, G., A. Denecke: Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe der gesetzlichen Krankenkasse – dargestellt am Beispiel einer Ortskrankenkasse. In Vorbereitung

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

Leiter des Dezernats Fortbildung und Gesundheitsförderung
der Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Str. 1
50931 Köln

Anmerkung der Schriftleitung:

Die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin, Freiburg, erweitert ihr seit 10 Jahren, derzeit mit der Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Hessen durchgeführtes Standardprogramm von 5 Seminaren/Jahr, im Jahr 1995 um einen weiteren kompletten Seminarzyklus (5 Seminare) in der Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Berlin. Daneben laufen Praktika in Ernährungsmedizin mit der Bundesärztekammer, der Verbindung der Schweizer Ärzte, der Österreichischen Ärztekammer und dem Bundesverband Deutscher Internisten. 1994 finden noch 2 Seminare statt, eines vom 20.–22.10.94 in Bad Nauheim, das andere vom 15.–17.12.94 in Mainz.