

# Der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin zum Geburtstag

## To the German Society of Nutritional Medicine on its Anniversary

Autor

P. Schauder

### Bibliografie

**DOI** <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1266139>  
 Aktuel Ernährungsmed 2011; 36: 152–154  
 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York ·  
 ISSN 0341-0501

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. med. Peter Schauder**  
 Waitzweg 2  
 37085 Göttingen

Was geht zum 30. Geburtstagsfest der DGEM dem Gründungspräsidenten durch den Kopf? Freude, Genugtuung, Skepsis, Besorgnis, optimistische Neugierde über die weitere Entwicklung? Zunächst einige Fakten: Denn wer könnte schon sagen, zunächst die Fakten? Eine Sichtung, beispielsweise der Vorstandsprotokolle der beiden Arbeitsgemeinschaften und der Sektion, der 3 Organisationen also, durch deren Zusammengehen die DGEM am 22. März 1991 in der südniedersächsischen Universitätsstadt Göttingen entstand, liegt nicht vor. Auch nicht für die 20 Jahre seitdem es die DGEM gibt. Und so besteht das, was mir zum Geburtstagsfest der DGEM durch den Kopf geht, aus einer Mischung von Fakten, Wertungen und Prognosen.

Einer dieser Fakten ist der stetige Anstieg der Mitgliederzahl unserer Gesellschaft von wenigen Dutzend bei Gründung der DGEM auf aktuell weit über 2000. Viele von ihnen trugen in unterschiedlichen Funktionen und im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit dazu bei, dass die DGEM zunehmend schlagkräftig wurde, einen hohen Bekanntheitsgrad erlangte und vor allem, dass zahllosen Patienten durch parenterale, enterale oder orale Ernährung geholfen werden konnte.

Zum Zeitpunkt der Gründung der DGEM war das Wort *Ernährungsmedizin* ein Zungenbrecher. Heute ist es in vieler Munde. So mancher, der kein Arzt ist, heftet es sich ans Revers. Wer den Begriff *Ernährungsmedizin* geprägt hat, ist nicht bekannt. Der Begründer der ersten ernährungsmedizinischen Einrichtung in der Bundesrepublik Deutschland war Professor Günther Pahlke (1926–1992). Er leitete von 1969–1991 die Abteilung Ernährungsmedizin des Max-von-Pettenkofer-Instituts des Bundesgesundheitsamts [1].

Zu den nirgendwo niedergeschriebenen Vermutungen, vielleicht sollte ich sagen Fakten, gehört: Ohne die beiden Professoren G. Kleinberger und G. Ollenschläger gäbe es die DGEM wohl nicht. G. Kleinberger gründete 1978 die Arbeitsgemein-

schaft für Künstliche Ernährung (AKE) in der Österreichischen Gesellschaft für Ernährungsforschung (ÖGE). G. Ollenschläger ist derzeit u. a. Geschäftsführer der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (Gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung). Gemeinsam veranlassten sie mich die Sprosse einer Leiter zu betreten, die letztlich zur Gründung der DGEM führte.

Leitersprosse war die Wahl zum zweiten stellvertretenden Vorsitzenden der 1981 gegründeten DAKE, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Künstliche Ernährung. AKE/DAKE, die beiden seit Langem befreundeten Arbeitsgemeinschaften mit vielen Doppelmitgliedschaften, haben wesentliche Grundlagen für den Aufschwung der wissenschaftlich fundierten künstlichen Ernährung in Österreich und Deutschland geschaffen. Der Anteil der DAKE an dieser Entwicklung wurde vor einigen Jahren detailliert gewürdigt [2]. Als zweiter stellvertretender Vorsitzender der DAKE war man satzungsgemäß designierter Vorsitzender für die nächste 2-jährige Amtszeit. In meinem Fall die letzte Amtsperiode eines DAKE-Vorsitzenden und wichtige Voraussetzung, den Versuch unternehmen zu können, die DGEM zu gründen. Die DAKE sowie die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Klinische Ernährung und Diätetik (DAKED) und die Sektion Parenterale und Sondenernährung der früheren Deutschen Demokratischen Republik zur DGEM zusammenzuführen, war nicht expliziter Grund, die genannte Leitersprosse zu erklimmen. Dann allerdings machte ich mir, der als völliger Außenseiter auf die Sprosse gelangt war, recht unbekümmert solche Gedanken, ohne die vielen gewachsenen Netzfäden allzu sehr zu beachten, in denen man sich schnell verheddern kann. Besonders dann, wenn man sie noch nicht im Detail kennt.

Die Gründung der DGEM lag sozusagen in der Luft. Ein wesentlicher Anlass, das Unternehmen zu wagen, war die seit Jahrzehnten wachsende

Häufigkeit chronischer, ernährungsabhängiger Krankheiten, darunter Diabetes mellitus Typ 2 und arterielle Hypertonie. Von der WHO wurden sie später unter dem Begriff *Nicht übertragbare chronische Krankheiten* zusammengefasst, verbunden mit der Aufforderung, dem Kampf gegen diese Geißel ursprünglich vorwiegend westlicher Gesundheitssysteme, deren Bürger im Überfluss leben, vorrangige Bedeutung einzuräumen [3]. Arbeitsgemeinschaften wie die DAKE oder die Sektion Parenterale und Sondenernährung waren darauf nicht eingestellt.

Insofern war es naheliegend mit der DAKED, die schwerpunktmäßig Diätetik betrieb, in Kontakt zu treten. Von einem der zahlreichsten herausragenden Mitglieder der DAKED, Professor H. Canzler, stammt eine frühe, später mehrfach modifizierte Aufgabenbeschreibung der Ernährungsmedizin:

*Anwendung von wissenschaftlichen Maßnahmen im Rahmen des ärztlichen Handelns mit den Zielen*

- ▶ *Erhaltung der Gesundheit = Ernährungsprophylaxe oder -prävention*
- ▶ *Wiederherstellung der Gesundheit = Ernährungstherapie* [4]

Gelingt das, sinkt die Zahl chronisch Kranker, wie es etwa 20 Jahre später von hochrangigen Politikern, Ärztfunktionären sowie vielen Klinikern und Wissenschaftlern vorwiegend, aber nicht ausschließlich aus dem Bereich der Ernährungsmedizin, gefordert und als durchaus möglich beschrieben wurde [5].

Die Gedanken der Freude und Genugtuung anlässlich des, ob es nun der 20. oder 30. Geburtstag der DGEM ist, betreffen auch besonders den dritten Gründungspartner, die Sektion Parenterale und Sondenernährung der Gesellschaft für Ernährung der früheren DDR. Den heute Jungen lässt sich schwer vermitteln, mit welcher Faszination und Begeisterung das Phänomen der Wiedervereinigung Deutschlands viele Menschen bewegte. Die Bitte an die Sektion, in unserem Bunde der Dritte zu sein, war keineswegs nur eine Frage der Verbreiterung der wissenschaftlichen Basis und Vergrößerung der Mitgliederzahl der zu gründenden DGEM. Stellvertretend für die Vielen der ersten Stunde, deren Unterstützung mir in dankbarer Erinnerung bleibt, denke ich an G. Schmoz und K. Dommisch, damals in Meißen bzw. Schwerin.

Seit dem 22. März 1991 bis heute besteht die Aufgabe der DGEM darin, in die selbst gewählte Rolle hineinzuwachsen, durch parenterale, enterale oder orale Ernährung erfolgreich Vorbeugung, Linderung und Heilung von angeborenen und erworbenen Stoffwechselerkrankungen, ernährungsabhängigen Krankheiten sowie krankheitsassoziierter Unterernährung zu betreiben [6]. Spötter runzelten einst die Stirn und sprachen von Hosen, die uns zu weit seien und die es bei der DGEM-Gründung ja auch waren.

Nun ja. Inzwischen passen sie schon deutlich besser. Die Erfüllung der uns gestellten Ziele ist allerdings an zwei Voraussetzungen gebunden: Erstens, um die ernährungsmedizinische Ausbildung von Medizinstudenten an den Universitäten sicherzustellen, muss Ernährungsmedizin Lehr- und Prüfungsfach werden. In meinen amerikanischen Jahren an der University of Washington in Seattle, der Pittsburgh University und der University of St. Louis habe ich die Überzeugung gewonnen, dass eine universitäre ernährungsmedizinische Ausbildung unerlässlich ist, um das präventive und therapeutische Potenzial der Ernährungsmedizin abrufen zu können. In deutschen medizinischen Fakultäten, einst führend in der Welt, ist diese Einsicht noch nicht eingekehrt. Zweitens, approbierten Ärzten muss ein flächendeckendes, umfassendes Angebot zur ernährungsmedizinischen Fort- und Weiterbildung unterbreitet werden. In dieser Hinsicht sind deutliche Fortschritte zu verzeichnen.

Anders als bei der Ausbildung von Medizinstudenten haben die Ärztekammern bei der Fort- und Weiterbildung approbierter Ärzte ein entscheidendes Wort mitzureden. In seiner damaligen Funktion als Leiter des Referats für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Bundesärztekammer veranlasste G. Ollenschläger die neu gegründete DGEM, an der Entwicklung eines *Curriculum Ernährungsmedizin* mitzuarbeiten. Das Werk gelang – unter gewissen Mühen – in Zusammenarbeit mit 2 Ernährungsakademien und 3 Fachgesellschaften, neben der DGEM die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) und die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Beide Akademien, die vor Jahrzehnten in verdienstvoller Pionierarbeit von Professor R. Kluthe gegründete Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin, inzwischen unter der Leitung von Professor O. Adam, sowie die 1992 entstandene Akademie für Ernährungsmedizin Hannover, verfügten über Erfahrungen in der Organisation und Durchführung von Kursen zur ernährungsmedizinischen Qualifikation. Die Akademie in Hannover war organisatorisch mit 12 Landesärztekammern verbunden, so dass unter anderem gute Voraussetzungen bestanden, auf die Einbeziehung der Ernährungsmedizin in die Ärztliche Fort- und Weiterbildungsordnung hinzuwirken und damit auf die Aufnahme ins Arztrecht. Dieses muss von den jeweiligen Landesregierungen gebilligt werden. Im Arztrecht verankerte ärztliche Qualifikationen sind gesetzlich geschützt.

Mit dem *Curriculum Ernährungsmedizin* verbinden sich 2 bis heute nicht völlig gelöste Probleme, ein inhaltliches und ein administratives. Was an Kenntnissen soll vermittelt werden und wie wird die Teilnahme am Curriculum angemessen zertifiziert? Bis auf Weiteres verfügen die Teilnehmer am Curriculum zunächst über keine ernährungsmedizinische Ausbildung. Ändern wird sich das erst, wenn die medizinischen Fakultäten, die für die Ausbildung der Medizinstudenten verantwortlich sind, die ernährungsmedizinische Ausbildung sicherstellen. Wer übernimmt diese Aufgabe in der Zwischenzeit? In Fragen der ärztlichen Fort- und Weiterbildung sind die Ärztekammern federführend. Gott sei Dank, möchte man aus Sicht der Ernährungsmedizin sagen. Das unter dem Schirm der Bundesärztekammer entwickelte *Curriculum Ernährungsmedizin* firmiert unter: *Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung* [7]. Da keiner der Kursteilnehmer eine ernährungsmedizinische Ausbildung mitbringt, ergibt sich u.a. das Problem, die Ausbildung „irgendwie“ im Curriculum nachzuholen und dabei möglichst viel ernährungsmedizinisches Grundlagenwissen zu vermitteln. Damit verbleibt weniger Zeit für die Fort- und Weiterbildung. Wer das Inhaltsverzeichnis und seine Fülle an Themen durchliest, kommt nicht umhin, darüber zu grübeln, wie dieses Pensum in der vorgegebenen Zeit so behandelt werden kann, dass die Begriffe Fortbildung und Weiterbildung nicht zu Euphemismen degenerieren. Sind die Themenschwerpunkte richtig gesetzt? Sind die beiden Bereiche Ernährungswissenschaft und Ernährungsmedizin angemessen berücksichtigt? Wie lassen sich flächendeckend ausreichend kompetente Autoren für die sehr unterschiedlichen Themen gewinnen? Wenn in den medizinischen Fakultäten, der einst die Ernährungsmedizin als Lehr- und Prüfungsfach integriert ist, in dem auch eine intensive klinische Forschung betrieben wird, wird es besser möglich sein als bisher, die zur unmittelbaren Patientenversorgung relevanten Fort- und Weiterbildungsinhalte zu objektivieren. Damit wäre das zweite Problem, die angemessene Zertifizierung der Teilnahme am *Curriculum Ernährungsmedizin*, schnell gelöst.

Anstatt von 2 ungelösten Problemen spreche ich lieber von 2 Zielen und den Fortschritten, die erreicht wurden. Beim Ziel, mög-

lichst viel ernährungsmedizinisches Wissen auf der Basis des Curriculums flächendeckend zu vermitteln, sind die Fortschritte enorm. Den Großteil der Kursteilnehmer betreuten die beiden Akademien und das Deutsche Institut für Ernährungsforschung in Potsdam-Rehbrücke in Zusammenarbeit mit verschiedenen Landesärztekammern. Von den bisher etwa 5000 Kursteilnehmern „schulterte“ die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin mehr als die Hälfte. Durch die wachsende Zahl der Kursabsolventen entstand ein immer größerer Druck, die „administrative“ Frage nach der angemessenen Zertifizierung zu klären, beispielsweise durch Einführung einer *Fachkunde Ernährungsmedizin*. Kein überzogenes Ansinnen, wenn man sich beispielsweise die bis dato existierenden Fachkunden in der Medizin vor Augen hält. Wenn ich von Skepsis und Besorgnis geredet habe, die mir neben Freude und Genugtuung beim Geburtstagsfest der DGEM durch den Kopf gehen, denke ich auch und besonders an die unterschätzten, teilweise unvorhersehbaren Schwierigkeiten, in Sachen *Fachkunde Ernährungsmedizin* Fortschritte zu erzielen. Die Aktivitäten für dieses Ziel fielen in eine ungünstige Zeit, in den jahrelangen heftigen Streit der Ärzteschaft über die Novellierung der Ärztlichen Fort- und Weiterbildungsordnung. Das zarte Pflänzchen Ernährungsmedizin ging im clash of civilizations der Platzhirschorganisationen in der Medizin fast unter. Aber nur fast. Der langjährige Präsident der Ärztekammer Niedersachsen, Professor H. Eckel, traute sich im ubiquitären Fort- und Weiterbildungschaos den steinigen Weg vom *Curriculum Ernährungsmedizin* zur *Fachkunde Ernährungsmedizin* in Angriff zu nehmen. Dabei stellte er politische Argumente hinter sachlich-inhaltlichen zurück. Mit seinem Pioniermarsch durch vermintes Fort- und Weiterbildungsgelände löste er bei der Mehrzahl der Funktionsträger innerhalb der Bundesärztekammer keine Freudentänze aus.

Die DGEM verdankt H. Eckel, dem Mitbegründer der Akademie für Ernährungsmedizin Hannover, der vom großen Potenzial der Ernährungsmedizin bei der ärztlichen Versorgung überzeugt war, die Einführung der *Fachkunde Ernährungsmedizin*. Zunächst nur im Bereich der Ärztekammer Niedersachsen, leider. Einem Beispiel, dem später nur die Ärztekammer Berlin folgte, leider. Nur in diesen beiden Bundesländern ist daher derzeit Ernährungsmedizin Teil der gesetzlich verankerten Ärztlichen Fort- und Weiterbildungsordnung. Den überall sonst im Lande ausgestellten Bescheinigungen für die Teilnahme am *Curriculum Ernährungsmedizin*, wie sie auch immer heißen mögen, fehlt dieses Qualitätsmerkmal.

Zurück zur optimistischen Sicht der Dinge. Die DGEM, oder sonst wer, wird die Kraft finden, Ernährungsmedizin an den medizinischen Fakultäten als Lehr- und Prüfungsfach durchzusetzen und in der Ärztlichen Berufsordnung zu verankern. Keine kühne Behauptung, angesichts des gewaltigen Potenzials der Ernährungsmedizin für einen erfolgreichen Kampf gegen den medizinisch-demografischen Wandel in unserem Land, eines der größten Probleme, das auf uns zukommt. Wer getraut sich in aller Ruhe zuzuschauen, wie im Rahmen des medizinisch-demografischen Wandels die Zahl der Kranken ins Unermessliche steigt, und damit die der Pflegebedürftigen, der Dementen und beispielsweise der Patienten, die auf eine Organtransplantation warten, weil sie an

einer Spätkomplikation der Krankheiten leiden, die von der WHO als *Nicht übertragbare chronische Krankheiten* eingestuft wurden? Etwa jeder zweite Patient, der derzeit auf eine Nierentransplantation wartet, leidet beispielsweise an einem Diabetes, einer Krankheit, zu deren Vermeidung oder Heilung ernährungsmedizinische Maßnahmen einen wesentlichen Beitrag leisten können.

Es gibt die DGEM, es gibt inzwischen 2 Ordinariate für Ernährungsmedizin an medizinischen Fakultäten, es gibt das Curriculum, und es gibt viele, die sich für einen Ausbau der Ernährungsmedizin einsetzen und die ich, etwas nebulös – burschikos als *oder sonst wer* bezeichnet habe, darunter der Europarat, die Vertretung der 47 europäischen Staaten. Er empfahl die Einrichtung ernährungsmedizinischer Lehrstühle aufgrund eines ernährungsmedizinischen Problems, das in den hoch entwickelten Ländern bisher unterschätzt wurde – die krankheitsassoziierte Unterernährung [8]. In der entsprechenden ad hoc Group des Europarats war es mir ein Herzensanliegen, dass diese Empfehlung im abschließenden Bericht verankert wurde.

Wenn ich also die vielen Eindrücke, die mir beim Geburtstag der DGEM durch den Kopf gehen, zu wägen versuche – Freude, Genugtuung, Skepsis, Besorgnis, Neugierde über die weitere Entwicklung – überwiegt Letzteres, und zwar optimistisch gefärbte Neugierde. Denn ich bin überzeugt, dass der medizinisch-demografische Wandel in unserem Land der DGEM eine erfolgreiche Entwicklung ermöglicht. Sie wird die Chance nutzen. Die DGEM wird gebraucht. In diesem Sinn, meine herzlichen Glückwünsche zum Geburtstag!

### Interessenkonflikt



Der Autor hat keinen Interessenkonflikt.

### Literatur

- 1 *Großklaus R.* Nachruf auf Dr. Günther Pahlke. Bundesgesundheitsblatt 1992; 11/92: 595
- 2 *Halmágyi M, Eckart J.* 20 Jahre DAKE/DGEM aus der Sicht der Gründungsmitglieder. *Aktuel Ernährungsmed* 2002; 27: 75–83
- 3 *World Health Organization.* Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Genf: WHO Technical Report Serie 917; 2003, [www.who.int/diephysicalactivity/publications/trs916/kit/ent](http://www.who.int/diephysicalactivity/publications/trs916/kit/ent)
- 4 *Canzler H.* Zur Situation und Struktur der Ernährungsmedizin in Deutschland. *Aktuel Ernährungsmed* 1987; 12: 191–196
- 5 *Schauder P, Berthold H, Eckel H et al., Hrsg.* Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker. Verwirklichung einer realistischen Utopie. Deutscher Ärzte-Verlag; 2006
- 6 *Schauder P.* Aufgaben und Schwerpunkte ernährungsmedizinischer Versorgung. In: Schauder P, Ollenschläger G, Hrsg. *Ernährungsmedizin. Prävention und Therapie.* 3. Auflage. Elsevier, Urban und Fischer; 2006: 12–17
- 7 *Curriculum Ernährungsmedizin.* Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Bd. 19, 1. Auflage, Köln: Bundesärztekammer; 1998
- 8 *Council of Europe.* Resolution ResAP (2003) 3 on food and nutritional care in hospitals. <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=85747> 2003