

# Diät- und Ernährungsberatung in der ärztlichen Praxis

## Kooperation zwischen Arzt und Diätassistentin

**Diät- und Ernährungsberatung sind zentrale Bestandteile ernährungsmedizinischer Therapieformen. Dabei ist der Arzt auf die enge Kooperation mit Diätassistentinnen/Ernährungsberaterinnen angewiesen. In der ambulanten ärztlichen Versorgung führte die differenzierte Diät- und Ernährungsverordnung bis vor kurzem ein Schattendasein: Die qualifizierte Beratung war in einer freien Praxis kaum finanzierbar und die ernährungsmedizinische Qualifikation der Ärzte unzureichend. Derzeit ist diese Situation im Umbruch: Die Ärzteschaft bemüht sich intensiv um Qualifizierungsmaßnahmen, Finanzierungsmöglichkeiten und die Qualitätssicherung für präventive und kurative ernährungsmedizinische Patientenbetreuung.**

### Einleitung

Diät- und Ernährungsberatung sind wesentliche Teile präventiver und kurativer Interventionen in Klinik und ärztlicher Praxis. Dabei können Ernährungs- und Diätberatung nur dann effizient sein, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

1. medizinisch korrekte Indikationsstellung auf der Basis einer angemessenen Diagnostik,
2. fachlich qualifizierte Information und Wissensvermittlung an den Patienten über Art und Durchführung der verordneten Intervention,
3. kompetente Motivation des Patienten zur Durchführung der Maßnahmen unter Berücksichtigung des individuellen Ernährungsverhaltens,
4. praktische Anleitung des Patienten zur Umstellung seines Ernährungsverhaltens,
5. Überwachung des Therapieerfolges.

Dies bedeutet, daß Ziele und Inhalte der nichtärztlichen und der ärztlichen Patientenbetreuung eng aufeinander abgestimmt werden.

Aus ärztlicher Sicht sollten folgende Teile einer ernährungstherapeutischen/präventiven Maßnahme im Normalfall von der Ernährungsfachkraft übernommen werden:

- Erhebung und Auswertung einer differenzierten Ernährungsanamnese in Ergänzung zur ärztlichen Anamnese über das globale Ernährungsverhalten und den Gewichtsverlauf;
- Erstellen des individuellen Kostplans;
- Detaillierte Patientenberatung in Kostzusammenstellung, Nahrungsmittelauswahl, Küchentechnik (oder Durchführung einer künstlichen Ernährung);
- Schulung der Angehörigen;
- Beteiligung an der Motivationsarbeit;
- Beteiligung an der Therapiekontrolle (Überwachung von Patientenwissen, Nährstoffaufnahme, Ernährungsstatus).

Nur durch eine so skizzierte Kooperation zwischen Arzt und Ernährungsberaterin/Diätassistentin kann dem Patienten mit Ernährungsrisiko oder ernährungsassoziierter Erkrankung die fachlich und zeitlich angemessene Betreuung zur Verfügung gestellt werden.

### Stellenwert in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Mit zu den bedeutendsten Gesundheitsrisiken unserer Bevölkerung gehören die Folgen der in den letzten Jahrzehnten eingeübten Ernährungsweise [7]: Ernährungsabhängige Erkrankungen verursachen geschätzte Kosten von jährlich über 100 Mrd. DM [6]. 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% [8].

Angesichts dieser Zahlen müßten ernährungsmedizinische Maßnahmen in der ärztlichen Versorgung eigentlich einen hervorragenden Stellenwert haben. Jedoch war bis vor kurzem 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.

### Ärztliche Qualifikation in Ernährungsmedizin

Ernährungsmedizin spielt an den deutschen medizinischen Fakultäten als Thema von Lehre und Forschung nahezu keine Rolle. Eine systematische ernährungsmedizinische Ausbildung ist bis heute kein Bestandteil des Medizinstudiums. Insbesondere sieht die ärztliche Approbationsverordnung keine Pflichtvorlesung für dieses Gebiet vor. Die unabhängigen ernährungsmedizinischen Forschungsabteilungen an medizinischen Fakultäten, von denen es 1987 in Deutschland noch 5 gab, existieren nicht mehr. Bis 1992 wurden ernährungsmedizinische Aspekte ärztlicher Tätigkeit in der ärztlichen Weiterbildung (der Ausbildung zum Facharzt nach Beendigung des Studiums) nicht erwähnt.

Vor diesem Hintergrund forderte die Bundesärztekammer 1992 in ihrem Bericht „Stellenwert der Ernährungsme-

Tab. 2: Ernährungsmedizinische Untersuchungsverfahren und Behandlungsverfahren, die nach den Muster-(Richt)linien der Bundesärztekammer über den Inhalt der Weiterbildung von 1994 bei Antrag auf die Anerkennung als Facharzt nachzuweisen sind.

I.	Indikationsstellung, Erstellung eines Diätplanes, Verlaufsprotokollierung bei Diät- und Ernährungsberatung von Patienten mit ernährungsbedingten Gesundheitsrisiken bzw. Krankheiten oder krankheitsbedingten Ernährungsstörungen in n Fällen.
	n = 300 Kinderheilkunde
	n = 100 Innere Medizin
II.	n selbstständig erstellte, dokumentierte Therapieregime zur parenteralen und enteralen Ernährung
	n = 300 Gastroenterologie
	n = 20 Neurologie
III.	n selbstständig erstellte, dokumentierte Therapieprogramme und Verlaufsprotokolle zur parenteralen und enteralen Ernährung
	n = 160 Spezielle anästhesiologische/chirurgische/herzchirurgische/kinderchirurgische/neurochirurgische/neurologische/plastisch-chirurgische Intensivmedizin
	n = 80 Anästhesiologie, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie

kenkassen ernährungstherapeutisch zu beraten. Zusätzlich läßt der aktuelle Entwurf der Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wesentlich umfassendere Beratungsmöglichkeiten für Patienten mit chronischen Krankheiten möglich erscheinen. 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 vertragsrechtliche Modelle (z. B. Ernährungsberatungsstellen in den Kassenärztlichen Vereinigungen, Anstellungsverhältnisse in der Arztpraxis) werden zur Zeit 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 Diätassistentin/Ernährungsberaterin 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 [10].

Dabei ist der Arzt seinem Patienten gegenüber für die Qualität der veranlaßten ernährungsmedizinischen Maßnahmen verantwortlich. Aus diesem Grund ist die Delegation einer verordneten Intervention (z. B. der Diätberatung) an eine Dritte nur dann möglich, wenn die Qualität der Beratung und der Therapieerfolg durch den Arzt überprüft werden können.

Tab. 3: Qualitätskriterien der Ersatzkassen für Gesundheitsförderungsmaßnahmen vom 14. 1. 1994: Handlungsfeld Ernährung (nach 5)

- Grundlage der Ernährungsempfehlungen:
  - Empfehlungen der DGE
  - Qualitätsraster der BZgA
- Qualifikation der Referentinnen und Referenten:
  - Fachkräfte mit staatlich anerkannter Berufsausbildung
    - Dipl.-Ökotrophologinnen
    - Diätassistentinnen mit mehrjähriger Berufspraxis im Schulungs- und Beratungsbereich und ernährungsmedizinische Beraterinnen (DGE)
  - Kenntnisse in der Gesprächsführung, Beratungsmethodik, Didaktik und Methodik der Erwachsenenbildung
- Förderungswürdige Angebote:
  - Alle Angebote, die den Qualitätsanforderungen der Ersatzkassen entsprechen
  - Die Prüfung wird durch die Ersatzkassen selbst vorgenommen.
- Nichtförderungswürdige Angebote:
  - Empfehlungen, die nicht auf wissenschaftlich nachvollziehbaren Grundlagen beruhen
  - einseitige Ernährungsempfehlungen
  - rein praktische Anleitungen
  - Empfehlungen und Anleitungen ohne Effektivitätsnachweis (z. B. Diäten nach Bruker/Schnitzer/Hay, Fit for Life, Kochkurse)

Dies ist insbesondere bei Delegation an Ernährungsberatungsstellen der Krankenkassen schwierig, da noch nicht überall Maßnahmen zur Qualitätssicherung gesundheitsfördernder Maßnahmen eingeführt worden sind [12]. Hilfreich kann hier die Patientenbetreuung auf der Grundlage von „Qualitätsrastern“ bzw. „Leistungsbeschreibungen“ sein [11]. Solche „Qualitätsraster“ beschreiben die zu erbringende therapeutische Leistung und legen die Anforderungen an die notwendige Fachkompetenz des Therapeuten fest [4, 5], siehe Tabelle 3.

#### Literatur:

- Bundesärztekammer (Hrsg.): Stellenwert der Ernährungsmedizin in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung. In Tätigkeitsbericht '92 der Bundesärztekammer. Köln 1992 – abgedruckt in [9].
- Bundesärztekammer (Hrsg.): (Muster-)Weiterbildungsordnung nach den Beschlüssen des 95. Deutschen Ärztetages 1992. Köln 1992.
- 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.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Qualitätsraster Adipositas. Köln 1993.
- Ersatzkassenverbände (Hrsg.): Gemeinsame Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände. Qualitätskriterien für Gesundheitsförderungsmaßnahmen nach § 20 Abs. 3 SGB V vom 14. 1. 1994. Siegburg, 1994.
- Kohlmeier, L.; Kroke, A.; Pötsch, J.; Kohlmeier, M.; Martin, K.: Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 27. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1993.
- Ollenschläger, G.: Ernährungsverhalten und ernährungsbedingte Erkrankungen. Akt. Ernähr. Med. 16 (1991), S. 314–315.
- Ollenschläger, G.: Mangelernährung bei Tumorpatienten – 1. Diagnostik des Ernährungszustandes. Ernährungs-Umschau 38 (1991), S. 3–11.
- Ollenschläger, G.: Stellenwert der Ernährungsmedizin in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung. Akt. Ernähr. Med. 17 (1992), S. 228–232.
- Ollenschläger, G.: Ernährungsberatung als Teil der präventivmedizinischen Maßnahmen in der Praxis des Hausarztes: Indikationen und Möglichkeiten. Akt. Ernähr. Med. 18 (1993), S. 21–26.
- Ollenschläger, G.: Ärztliche Gesundheitsberatung – Möglichkeiten der Qualitätssicherung. Prävention 16 (1993), S. 100–102.
- Ollenschläger, G.; Denecke, A.: Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen – dargestellt am Beispiel einer Ortskrankenkasse. Gesundheitswesen, in Druck.

Anschrift des Verfassers:

PD Dr. Dr. med. G. Ollenschläger  
 Bundesärztekammer  
 Herbert-Lewin-Str. 1  
 D-50931 Köln