

**Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer -  
Ein Beitrag zur Sicherung und Verbesserung der ernährungsmedizinischen  
Versorgung in Deutschland**

von

G. Ollenschläger, H. Böhles, R. Kluthe, P. Schauder, U. Schwantes, H.J. Seitz, G. Wolfram

**Akt Ernähr Med 1996; 21: 219-222**

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr.Dr.med.G. Ollenschläger

Leiter der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung

(Gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung)

Herbert-Lewin-Str. 5

D-50931 Köln

**Zusammenfassung**

Seit der 1992 veröffentlichten Stellungnahme der Bundesärztekammer zu den Defiziten der ernährungsmedizinischen Versorgung in Deutschland haben Ärztekammern, wissenschaftliche Fachgesellschaften und ärztliche Fortbildungsakademien zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung der ärztlichen Qualifikation in Ernährungsmedizin begonnen. Dabei ließ die zunehmende Fülle ernährungsmedizinischer Fortbildungsangebote von unterschiedlichem Inhalt und Umfang eine Harmonisierung der Fortbildungsmaßnahmen notwendig erscheinen. Zu diesem Zweck konsentierten ein von der Bundesärztekammer berufener Expertenkreis im Verlauf des Jahres 1995 ein Curriculum Ernährungsmedizin. Den Ärztekammern soll auf diesem Wege die Möglichkeit gegeben werden, Fortbildungsmaßnahmen, die nach den Vorgaben des Curriculums Ernährungsmedizin durchgeführt werden, gegenseitig anzuerkennen, sowie Ärztinnen und Ärzten, die das Curriculum erfolgreich durchlaufen haben, nach einheitlichen Kriterien einen Qualifikationsnachweis zu verleihen. Das Curriculum sieht eine Kursfortbildung von 80 Std. sowie eine Praktikumsphase von 20 Std. vor und ist gedacht als Beitrag zur Qualitätssicherung der ernährungsmedizinischen Versorgung.

## 1. Hintergrund

1992 veröffentlichte der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Stellungnahme "**Stellenwert der Ernährungsmedizin in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung**" (vorgelegt dem 95. Dtsch. Ärztetag) die Meinung, daß „die Versorgung der Bevölkerung auf dem Sektor ernährungsabhängiger Erkrankungen unbefriedigend“ sei (1). Zur Verbesserung dieser Situation wurde u.a. "flächendeckende ärztliche Fortbildung auf dem ernährungsmedizinischen Sektor durch Kooperation von Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, wissenschaftlichen Fachgesellschaften" vorgeschlagen (1, 8).

Diese Empfehlung ist in den folgenden Jahren vielerorts aufgegriffen worden (2, 4-6, 9, 12, 15, 17,18). Die Ernährungsmedizin hat heute im Bewußtsein vieler Ärztinnen und Ärzte einen deutlich höheren Stellenwert als vor 5 Jahren.

Die zunehmende Fülle ernährungsmedizinischer Fortbildungsangebote von unterschiedlichem Inhalt und Umfang machte eine Harmonisierung der Fortbildungsmaßnahmen notwendig. So wurde auf Anregung des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Hamburg (Prof. Dr. Seitz)

im Herbst 1994 vom Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung (Fachausschuß der Bundesärztekammer) ein Expertenkreis zur Erarbeitung eines ernährungsmedizinischen Curriculums berufen, in dem folgende Experten und Institutionen vertreten waren: P. Schauder, Göttingen, für die Akademie für Ernährungsmedizin Hannover, R. Kluthe, Freiburg, für die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin, U. Schwantes, Düsseldorf, für die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), G. Wolfram, München, für die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), h. Böhles, Frankfurt, für die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM), H.J.Seitz, Hamburg für den Fortbildungsausschuß der Ärztekammer Hamburg, G. Ollenschläger, Köln, für den Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung.

Die Gruppe erarbeitete im Verlauf des Jahres 1995 auf der Grundlage von Konzepten der Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin (7) und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (8,14) einen Entwurf für ein **„Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit Akademie für Ernährungsmedizin Hannover, Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin Freiburg, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin“**.

Der Entwurf wurde im Fortbildungsausschuß der Bundesärztekammer nach Anhörung interessierter Landesärztekammern leicht modifiziert und vom Vorstand der Bundesärztekammer

im Februar zustimmend zur Kenntnis genommen. Gleichzeitig wurde die Erstellung eines Lernzielkataloges (Kursbuch Ernährungsmedizin) auf der Basis des Curriculums befürwortet (3).

## 2. Zielsetzung

**Ziel des Curriculums Ernährungsmedizin** ist die Harmonisierung der ernährungsmedizinischen Fortbildungsmaßnahmen für Ärzte in Deutschland.

**Den Ärztekammern soll auf diesem Wege die Möglichkeit gegeben werden,**

- **Fortbildungsmaßnahmen, die nach den Vorgaben des Curriculums Ernährungsmedizin durchgeführt werden, gegenseitig anzuerkennen,**
- **Ärztinnen und Ärzten, die das Curriculum erfolgreich durchlaufen haben, nach einheitlichen Kriterien einen Qualifikationsnachweis zu verleihen.**

## 3. Struktur des Curriculums Ernährungsmedizin:

Das Curriculum Ernährungsmedizin sieht eine Qualifizierungsmaßnahme von insgesamt 100 Stunden vor, bestehend aus einer Kursfortbildung (Dauer: 80 Std.) und einer Praktikumsphase (Dauer: 20 Std.).

A. Kursfortbildung mit einer Gesamtdauer von 80 Stunden, in folgender Weise aufgeteilt:

<b>Block 1:</b> Grundlagen und Methoden der Ernährungsmedizin	16 Std.
<b>Block 2:</b> Spezielle Ernährungslehre	40 Std.
<b>Block 3:</b> Allgemeine Diätetik	12 Std.
<b>Block 4:</b> Künstliche Ernährung	12 Std.

Die Kursfortbildung wird durch eine Prüfung abgeschlossen.

### **B. Praktikumsphase mit einer Gesamtdauer von 20 Stunden**

In der Praktikumsphase erarbeiten die Teilnehmer - nach erfolgreich abgeschlossener Kursfortbildung - Dokumentationen über die eigenständige Betreuung von Patienten mit ernährungsabhängigen Erkrankungen und krankheitsbedingten Ernährungsstörungen.

Als Nachweis der Praktikumstätigkeit sind vorzulegen:

Dokumentationen der

- selbständigen Indikationsstellung,
- Erstellung des Diät- bzw. Ernährungsplanes,
- Verlaufsprotokollierung bei Diät- und Ernährungsberatung bzw. künstlicher Ernährung von Patienten mit ernährungsbedingten Gesundheitsrisiken bzw. Krankheiten oder krankheitsbedingten Ernährungsstörungen in 20 Fällen.

#### **4. Lerninhalt der Kursfortbildung Ernährungsmedizin**

**Block 1 Grundlagen und Methoden 16 Std.**

**Nr. Bezeichnung**

---

---

- 1.1. Aufgaben und Ziele der Ernährungsmedizin**
- Prophylaxe und Therapie ernährungsbedingter Erkrankungen und krankheitsbedingter Fehlernährung (Was ist gesunde Ernährung)
- 1.2. Ernährungsformen**
- Vollwertige Ernährung nach den 10 Regeln der DGE
  - Alternative Ernährungsformen (Sinn und Unsinn)
- 1.3. Physiologie und Biochemie der Ernährung**
1. Individueller Nährstoffbedarf, Durchschnittsbedarf, Empfehlungen, Referenzwerte
  2. Nährstoffvorkommen, Metabolisierung, Regulation von Nahrungsaufnahme, Digestion und Resorption
  3. Nährstoffbedarf und Besonderheiten der Ernährung bei
    - Frühgeborenen und Säuglingen
    - Kindern und Heranwachsenden
  4. Nährstoffbedarf und Besonderheiten der Ernährung in der Schwangerschaft, Laktation
    - Auswirkungen intrauteriner Fehlernährung
  5. Nährstoffbedarf und Besonderheiten der Ernährung
    - in Abhängigkeit von körperlicher Belastung während Arbeit und Sport
    - im Alter
- 1.4. Lebensmittelkunde**
- beispielhafte Vorstellung von Kohlenhydrat-, Protein-, Fett-, Vitamin und Mineralstoffträgern
  - Genußmittel, nicht nutritive Lebensmittelinhaltsstoffe, industriell hergestellte Lebensmittel, Light-Produkte
  - Austauschstoffe, Zusatzstoffe
- 1.5. Ernährungshygiene**
- Mikrobiologie
  - Schadstoffe
- 1.6. Lebensmittelrecht, Verbraucherschutz**
- 1.7. Qualitätssicherung in der Ernährungsmedizin**
- 1.8. Erfassung des Ernährungszustandes**
1. im Erwachsenenalter
    - Klinische Routinediagnostik
    - Analyse der Körperkompartimente (Sono, DEXA, Impedanz, etc.)
    - Stoffwechselbilanzen
  2. im Säuglings und Kindesalter
    - Entwicklungsparameter
    - Zeichen der Mangel- und Fehlernährung

## **Block 1 Grundlagen und Methoden (Fortsetzung)**

<b>Nr.</b>	<b>Bezeichnung</b>
------------	--------------------

---

---

<b>1.9.</b>	<b>Ernährungsverhalten</b>
-------------	----------------------------

1. Ernährungspsychologie
2. Exogene Faktoren, die das Ernährungsverhalten beeinflussen (z.B. Medikamente)
3. Technik der Ernährungsanamnese
  - Analyse des Ernährungsverhaltens (Protokollmethoden, Befragungsmethoden)
  - Interpretation von Nährwerttabellen und Berechnungen
4. Bewertung des Ernährungsverhaltens und Therapieempfehlungen

## **Block 2 Spezielle Ernährungslehre**

**40 Std.**

<b>Nr.</b>	<b>Bezeichnung</b>
------------	--------------------

---

---

	<b>Ernährungsassoziierte Erkrankungen und Erkrankungen mit Ernährungsproblemen (Pathogenese, Epidemiologie, Therapie, Prophylaxe)</b>
--	---

- |             |  |
|-------------|--|
| <b>2.1.</b> | <b>Adipositas und Folgeerkrankungen</b>        |
| <b>2.2.</b> | <b>Dyslipoproteinämien und Arteriosklerose</b> |
| <b>2.3.</b> | <b>Diabetes und Folgeschäden</b>               |
| <b>2.4.</b> | <b>Hypertonie</b>                              |
| <b>2.5.</b> | <b>Gicht</b>                                   |
| <b>2.6.</b> | <b>Urolithiasis</b>                            |
| <b>2.7.</b> | <b>Niereninsuffizienz und Dialyse</b>          |

## **2.8. Besondere Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts**

- Leberinsuffizienz
- Cholelithiasis
- Pankreatitis
- Diarrhoe
- Sprue
- Morbus Whipple
- enterales Eiweißverlustsyndrom
- chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- Kurzdarmsyndrom
- Zustand nach operativen Eingriffen am Gastro-Intestinaltrakt
- Funktionsstörungen des Colons (irritables Colon, Obstipation)

**Block 2      Spezielle Ernährungslehre (Fortsetzung)**

**Nr.      Bezeichnung**

---

- 2.9.      Struma**
- 2.10.     Osteoporose**
- 2.11.     Karies**
- 2.12.     Lebensmittelintoleranz / Lebensmittelallergien**
- 2.13.     Ernährung und Hauterkrankungen**
- 2.14.     Mucoviscidose/cystische Pankreasfibrose**
- 2.15.     Rheumatische Erkrankungen**
- 2.16.     Generalisierte Mangelernährung**
- 2.17.     Spezielle Nährstoffdefizite**
  - durch Mangelernährung
  - durch Medikamente
- 2.23.     Durchfallerkrankungen im Säuglings- und Kindesalter, postgastroenteritisches Syndrom**

**Block 3      Allgemeine Diätetik**

**12 Std.**

**Nr.      Bezeichnung**

---

---

- 3.1.      Das Rationalisierungsschema**
- 3.2.      Die Ernährungsverordnung**
- 3.3.      Grundlagen und Praxis der Ernährungsberatung**
- 3.4.      Patientenschulung**
- 3.5.      Organisation der Ernährungsmedizin in der Klinik**
  - ernährungsmedizinische Patientenbetreuung
  - Ernährungsbeauftragter Arzt
  - Diätküche
  - Großverpflegung
  - Qualitätssicherung
- 3.6.      Organisation der Ernährungsmedizin in der Praxis**

**Block 4      Künstliche Ernährung**

**12 Std.**

**Nr.      Bezeichnung**

---

- 4.1.      Indikation, Durchführung und Komplikationen**
- 4.2.      Demonstration von Techniken der Zugänge und Applikationen**
- 4.3.      Ernährung bei spezifischen Krankheitsbildern und Patientengruppen**
1. Perioperativer Patient
  2. Polytraumatischer Patient
  3. Septischer Patient
  4. Verbrennungspatient
  5. Respiratorisch insuffizienter (beatmeter) Patient
  6. Niereninsuffizienter Patient
  7. Leberinsuffizienter Patient
  8. Patient mit Pankreatitis
  9. Patient mit Diabetes
  10. Onkologischer Patient
  11. Der mangelernährte Patient (z.B. "Refeeding Syndrom")
  12. Besonderheiten des pädiatrischen Patienten
  13. Besonderheiten des geriatrischen Patienten

**Praktische Übungen zur Indikation und Rezeptur**

- 4.4.      Heimenterale und -parenterale Ernährung**
- 4.5.      Organisation der Betreuung**
- Patientenschulung und das Ernährungsteam

**5.      Schlußfolgerung und Ausblick**

Die Bundesärztekammer übte 1992 heftige Kritik an der Qualität der ernährungsmedizinischen Versorgung in Deutschland und empfahl folgende Instrumente zur Qualitätsverbesserung:

1. Ernährungsmedizinische Pflichtausbildung der Medizinstudenten,
2. Institutionalisierung des Faches Ernährungsmedizin an den medizinischen Fakultäten,
3. Berücksichtigung der Ernährungsmedizin in den klinischen Weiterbildungsgängen,
4. Flächendeckende Fortbildung in Ernährungsmedizin
5. Schaffung organisatorischer und finanzieller Voraussetzungen für bessere ambulante Versorgung ernährungsgemeditzinischer Probleme.

Seither hat sich die Situation in der ärztlichen Ausbildung - bei unzureichendem Einfluß der ärztlichen Selbstverwaltung auf die Approbationsordnung und auf die Politik der medizinischen Fakultäten - nicht verbessert. Hingegen sind die vorgeschlagenen Instrumente für die ärztliche Weiter- und Fortbildung entwickelt worden (2 - 4, 7, 9, 11, 14, 15), und sie finden zunehmende Anwendung. Im Rahmen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung ist die Teilnahme an einem theoretischen Weiterbildungskurs (Kursweiterbildung Allgemeinmedizin), in den ernährungsmedizinische Lernziele integriert sind, verpflichtend vorgeschrieben.

Fortbildungskurse auf der Grundlage des beschriebenen Curriculums werden bereits vielerorts angeboten. Die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin (Sitz in Freiburg) organisiert regelmäßig Kursfortbildungen in Berlin, Bad Nauheim und auf nationalen und internationalen Fortbildungskongressen, weiterhin werden derzeit Kurse in Bad Segeberg (Ärzttekammer Schleswig Holstein), Hamburg (Ärzttekammer Hamburg) und Hannover (Akademie für Ernährungsmedizin Hannover, Träger Ärztekammer Niedersachsen) durchgeführt. Kürzlich haben sich die Ärztekammern Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe der Akademie für Ernährungsmedizin Hannover angeschlossen, um die ernährungsmedizinische Fortbildung nach einheitlichen Standards anbieten zu können.

Zur Zeit erarbeitet ein Expertenkreis unter Leitung von R. Kluthe, Freiburg, auf der Grundlage des konsentierten Curriculums für die Bundesärztekammer einen Lernzielkatalog "Kursbuch Ernährungsmedizin", der in Kürze der Reihe "Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fort- und Weiterbildung" veröffentlicht wird.

Zusätzlich zu den Aktivitäten der Ärztekammern bemühen sich die Gremien der vertragsärztlichen Selbstverwaltung intensiv um bessere Voraussetzungen für die ambulante ernährungsmedizinische Versorgung (6, 12, 17).

Allerdings würden die Bemühungen um bessere ernährungsmedizinische Versorgung unvollständig bleiben, beschränkten sie sich ausschließlich auf Instrumente zur Verbesserung der Strukturqualität (13). Die wissenschaftlichen Gesellschaften sind aufgefordert, zur Sicherung und Verbesserung der ernährungsmedizinischen Prozeß- und Ergebnisqualität ärztliche Handlungsleitlinien für die ernährungsmedizinische Patientenbetreuung (2) zu entwickeln. Darüber hinaus sollten Indikatoren und Kriterien zur Bewertung der Ergebnisqualität vorgeschlagen werden. All diese Maßnahmen gilt es, in ein Programm der kontinuierlichen

ernährungsmedizinischen Qualitätsverbesserung (13) zu integrieren. Nur ein ganzheitliches - das heißt die Berufe, Institutionen und Versorgungsbereiche übergreifendes - Konzept der kontinuierlichen Qualitätssicherung und -verbesserung unter Nutzung aller Methoden des Qualitätsmanagements (16) ist die Garantie für eine grundlegende Verbesserung der ernährungsmedizinischen Patientenversorgung in Deutschland.

## **6. Literatur**

1. Bundesärztekammer (1992) Tätigkeitsbericht '92. Köln, Deutscher Ärzteverlag, S. 265-267
2. Bundesärztekammer (1995) Gesund Essen - Leitlinien für die ärztliche Ernährungsberatung und Ernährungstherapie. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung Band 8. Köln, Bundesärztekammer
3. Bundesärztekammer (1996) Tätigkeitsbericht '96. Köln, Deutscher Ärzteverlag, S. 276, 491-495
4. Bundesärztekammer und Deutsche Gesellschaft für Ernährung (1994) Kursbuch Allgemeinmedizin, Teil 1: Lehr- und Lernziele für die theoretischen Weiterbildungskurse im Fach Allgemeinmedizin. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung Band 2, 2. Auflage Köln, Bundesärztekammer
5. Europäische Kommission (1995) Der Europäische Kodex zur Krebsbekämpfung - ein Leitfaden für Allgemeinärzte - Ausgabe für Deutschland. Luxemburg, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft, S. 60-61
6. Hutzler, D: Ambulante ärztliche Leistungen zur Gesundheitsberatung - Möglichkeiten, Organisation und Honorierung. Z ärztl Fortbildg 89 **1995** 57-63
7. Kluthe R, Schrezenmeir J: Ernährungsmedizin in Klinik und Praxis. Bemühungen der Akademie für Ernährungsmedizin zu Situationsverbesserung. Akt Ernähr-Med 17: **1992**, 91-99
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: Die ärztliche Betreuung ernährungsabhängiger Krankheiten und krankheitsbedingter Ernährungsstörungen: Defizite und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Akt Ernähr-Med 19: **1994**, 233-236
12. Ollenschläger G: Diät- und Ernährungsberatung in der ärztlichen Praxis - Kooperation zwischen Arzt und Diätassistentin. Ernährungsumschau 41: **1994**, S87-S89
13. G. Ollenschläger, C. Thomeczek: Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung - Bestandsaufnahme der ärztlichen Selbstverwaltung zur Qualitätssicherung in der Medizin 1955-1995. Gesundheitswesen, in Druck
14. Schauder P, Ollenschläger G, Wolfram G: Curriculum Ernährungsmedizin: Bisher kaum Veranstaltungen an medizinischen Fakultäten. Dtsch Ärzteblatt 89: **1992**, A1 3134-3137
15. Schauder P: Ernährungsmedizinische Fortbildung in Deutschland - zwei Jahre nach Veröffentlichung des Lehrcurriculums „Ernährungsmedizin“. Z ärztl Fortbildg 89 **1995** 386-391
16. Schiller MR, Miller-Kovach K, Miller MA (Hrsg) Total Quality Management for Hospital Nutrition Services. Gaithersburg Md, Aspen Publishers, 1994
17. Ulrich G, Friedrich, HJ, Wittek L, Ollenschläger G: Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgaben des niedergelassenen Arztes - Stellenwert und aktuelle Defizite. Z ärztl Fortbildg 89 **1995** 299-302
18. Wolfram G: Klinische Lehre und Forschung auf dem Gebiet der Ernährungsmedizin: Anspruch und Realität. Akt Ernähr-Med 16: **1992**, 100-103