

ten, in der Welt einmaligen Magerkäsesortiment“ zusammenstellen.

In diesem Zusammenhang erinnert Heyden an den Satz Goethes: „Ich habe vom Sittlichen den Begriff einer Diät, die eben nur dadurch Diät ist, wenn ich sie das ganze Jahr nicht außer Augen lasse.“ Es sei einfach undenkbar, daß die Deutschen weniger einsichtig sein sollten als die Amerikaner, wenn sie einmal durch den gleichen Aufklärungs- und Erziehungsprozeß wie die amerikanische Bevölkerung gegangen seien, so der Präventions-Experte.

Daß die Gesundheitsuntersuchungen sinnvoll und notwendig sind, belegen die von Ministerialdiri-

in Fortbildungsprogrammen für niedergelassene Ärzte das nachzuholen, was während der regulären Aus- und Weiterbildung zu kurz gekommen sei. „Wir müssen der weitverbreiteten Gleichgültigkeit im Bereich der Prävention auch in den eigenen Reihen begegnen“, forderte Oesingmann. Deshalb wird jetzt an alle Internisten, Praktische Ärzte und Allgemeinärzte ein Package mit Postern, Videos und Handzetteln verteilt.

Sicherlich könnten auch gemeinsame Strategien mit den Krankenkassen aufgebaut werden, hofft der KBV-Vorsitzende. Als ersten Schritt schlug er vor, die Berechtigungs-



Der Andrang an den Informationsständen in der Dortmunder Westfalenhalle war groß. Zahlreiche interessierte Besucher der Veranstaltung nahmen sich unter anderem Broschüren zu den Themen „Bewegung“, „Nikotinentwöhnung“ und „Ernährung“ mit nach Hause.

gent Gerhard Schulte vom Bundesgesundheitsministerium vorgestellten Ergebnisse der bisherigen Inanspruchnahme: „Bei jedem zweiten Teilnehmer wurden bislang unbekannte Befunde oder Erkrankungen festgestellt. Bei jedem dritten Teilnehmer wurden Maßnahmen zur Verhaltensänderung eingeleitet, wie zum Beispiel Ernährungsberatung, Bewegungstraining oder Nikotinentwöhnung.“ Die Gesundheitsuntersuchung erfordere von der Ärzteschaft eine besondere Kompetenz in der individuellen Beratung ihrer Patienten für eine gesundheitsfördernde Lebensgestaltung und zur Vermeidung von gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen, insgesamt also eine Hinwendung vom kurativen Ansatz ärztlichen Handelns zu einem präventiven Ansatz.

Nicht zuletzt werde es Aufgabe der ärztlichen Körperschaften sein,

scheine für die Gesundheitsuntersuchung nicht erst auf Anfrage, sondern stets unaufgefordert zur Verfügung zu stellen. Bisher seien außerdem alle Versuche, das Mindestalter der Check-up-Berechtigten von 35 auf 18 Jahre zu senken, am Widerstand der Kassen gescheitert. Mit 35 Jahren käme Prävention häufig jedoch schon zu spät.

Die von Prof. Klaus zubereitete (fleischlose) „Gulaschkomposition aus Austernpilzen“ hat Oesingmann, der sich als Vorkoster betätigte, übrigens gut geschmeckt. Ebenso die anschließend zubereitete Radieschenblättersuppe und der Salat aus Pfirsichen und Matjesfilets. Prävention, demonstrierte der KBV-Vorsitzende überzeugend, muß eben kein Opfer sein.

Gisela Klinkhammer

## Ernährungsmedizin

# Eine Analyse der „Nationalen Verzehrsstudie“

Was essen die Deutschen? Wieviel essen sie? Wo liegen ihre entscheidenden Ernährungsfehler? Antworten auf diese Fragen zu geben, war Ziel einer repräsentativen Analyse des Ernährungsverhaltens der westdeutschen Bevölkerung, die zwischen 1985 und 1989 im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung und Technologie durchgeführt wurde. Mit Hilfe dieser „Nationalen Verzehrsstudie“ (NVS) sollte ein exaktes Bild über die Verbreitung von Fehlernährung, Überernährung und – in Abhängigkeit davon – über ernährungsbedingte Krankheiten erstellt werden.

Ausgewählte Ergebnisse der Verzehrsstudie werden im folgenden unter Berücksichtigung ihrer Relevanz für die ärztliche Tätigkeit kommentiert. Zu den besonderen Anliegen der Studie gehörte:

- Jene Bevölkerungsgruppen zu definieren, deren Versorgung mit essentiellen Nährstoffen beziehungsweise mit bestimmten Lebensmitteln übermäßig oder unzureichend ist;

- die Eßgewohnheiten spezifischer Gruppen zu erfassen, zum Beispiel von Jugendlichen und Senioren;

- das Ernährungswissen der Bevölkerung mit ihrem Ernährungsverhalten zu vergleichen.

Grundlage der Studie war eine repräsentative Stichprobe von Privathaushalten, in welchen das Ernährungsverhalten von insgesamt 24 632 Personen mittels eines Sieben-Tage-Verzehrprotokolls sowie – durch ein Interview – alle untersuchungsrelevanten Haushaltsdaten erfaßt wurden. Außerdem wurden parallel zum Ernährungsprotokoll täglich die individuellen Aktivitäten des Befragten erfaßt.

Weiterhin wurde aus jedem befragten Haushalt per Zufallsschlüssel eine Person über 14 Jahren ausgewählt (insgesamt 11 141), mit der ein sogenanntes Strukturinterview durchgeführt wurde. Ziel dieser zusätzlichen Befragung war es, über die Verzehrdaten hinaus soziodemographische Merkmale und Aspekte ernährungsrelevanter Einstellungen und Verhaltensweisen zu ermitteln.

Mit Hilfe von 115 Fragen/680 Items wurde nach dem individuellen Ernährungsverhalten, der Mahlzeiteinnahme im situativen Kontext, Alkoholkonsum, Einstellungen und Meinungen zu einer gesunden Ernährung, Ernährungswissen, Einkaufsverhalten, Rauchgewohnheiten und Gesundheitsverhalten (Zahnpflege, Medikamentenverbrauch) gefragt.

Einige Fragen bezogen sich dabei auf die Berücksichtigung ernährungsabhängiger Erkrankungen beim Arztbesuch: „Wann wurde Ihnen

**Tabelle 1: Ergebnisse der NVS: Mittlere Energieaufnahme der westdeutschen Bevölkerung im Vergleich zu den Ernährungsempfehlungen der DGE – Energie in kcal pro Tag –**

Altersgruppe (Jahre)	weiblich		männlich	
	Verzehr	Empfehlung	Verzehr	Empfehlung
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

beim Arzt zuletzt Ihr Blutdruck gemessen – Blutzuckerspiegel (Blutfettwerte) bestimmt – Gewicht überprüft – Beratung zum Thema Ernährung gegeben – empfohlen, weniger zu rauchen (weniger Alkohol zu trinken/zu essen), Sport zu treiben, eine Diät einzuhalten – eine gesetzliche Vorsorgeuntersuchung durchgeführt?“

### 1. Ergebnisse

Die überhöhte Aufnahme energieliefernder Nährstoffe ist nach wie vor das wichtigste Ernährungsproblem der westdeutschen Bevölkerung: In allen Altersgruppen über 18 Jahren liegt die Zufuhr weit über den bekannten Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), wobei das Mißverhältnis

zwischen realer und empfohlener Energieaufnahme mit steigendem Alter zunimmt (Tabelle 1).

Die Aufteilung der Energie auf die einzelnen Makro-Nährstoffe ist dabei für alle Altersgruppen relativ konstant, von den Empfehlungen der DGE jedoch weit entfernt (Tabelle 2). Der hohe Konsum tierischer Lebensmittel ist die Ursache für den hohen Eiweiß- und Fettanteil und den niedrigen Kohlenhydratgehalt der Nahrung. Die Fettzufuhr überschreitet dabei besonders bei der älteren Bevölkerung den empfohlenen Wert um beinahe das Doppelte. Alkoholische Getränke stellen besonders bei Männern im Alter zwischen 36 und 50 Jahren eine beachtliche Energiequelle dar.

Als die einzigen untersuchten Bevölkerungsgruppierungen haben die Frauen zwischen 19 und 35 Jahren und die 15- bis 18jährigen männlichen Jugendlichen eine bedarfsentsprechende Energieaufnahme. Die weiblichen Jugendlichen derselben Altersgruppe fallen hingegen durch ihre deutlich zu geringe Energieaufnahme auf. Diese liegt im Mittel um ca. 240 kcal unter dem Soll. Sie sind damit zu den Risikogruppen zu zählen, die Gefahr laufen, an den Folgen von Nährstoff-Defiziten zu erkranken.

Das wichtigste Ernährungsproblem unserer Bevölkerung ist jedoch das Übergewicht (Tabelle 3): 39 Prozent der untersuchten Männer und 47 Prozent der Frauen sind übergewichtig. Dabei ist der Anteil der Personen mit einem Übergewicht über 120 Prozent bei Frauen doppelt so hoch wie bei Männern: im Alter über

**Tabelle 2: Ergebnisse der NVS: Relation der Makro-Nährstoffe im Vergleich zu den Ernährungsempfehlungen der DGE – Nährstoffe in Prozent der Gesamt-Energie –**

Altersgr. (Jahre)	15–18	19–35	36–50	51–65	65 und mehr
Nährstoffe: Eiweiß (DGE: 10%)		14,0 – 14,5			
Fett (DGE: 30%)		39,1 – 40,4			
Kohlenhydrate (DGE: 60%)	45,7	43,2 – 41,1	41,3	42,0	
Alkohol (DGE: 0%)	0,9	3,7 – 4,8	3,9	3,2	

65 Jahren wiegen 14 Prozent der Männer und 30 Prozent der Frauen zuviel.

## 2. Ernährungswissen

Das Ernährungswissen der Bundesbürger ist nach den Daten der Verzehrsstudie ausgesprochen bescheiden. Nur etwa 20 Prozent der Studienteilnehmer konnten den Energieverbrauch einer Frau beziehungsweise eines Mannes richtig einschätzen. Viele waren darüber hinaus nicht in der Lage, Lebensmittel die entsprechenden Energiegehalte zuzuordnen. 60 Prozent der Befragten machten zu diesen Fragen überhaupt keine Angaben.

## 3. Schlußfolgerung

Übermäßige Energiezufuhr ist direkt und indirekt für die Entstehung der Mehrzahl aller ernährungsabhängigen Krankheiten verantwortlich, wobei deren Kosten für das Jahr 1980 auf rund 27 Prozent aller

Krankheitskosten geschätzt wurden (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 1988). Dabei hat die Inzidenz dieser Erkrankungen im letzten Jahrzehnt offensichtlich kontinuierlich zugenommen (Mertz). Die öffentlichen Kampagnen zur Förderung einer ernährungsbewußteren Lebensweise waren somit weitgehend erfolglos. Es ist nicht auszuschließen, daß der eher untergeordnete Stellenwert, den präventivmedizinische Maßnahmen – und damit Ernährungsprävention und Ernährungstherapie – aus der Sicht des Arztes hatten, neben anderen Faktoren (zum Beispiel mangelnde schulische Bildung) für diese Entwicklung mitverantwortlich ist.

Obwohl dem Arzt – auch nach den Erhebungen der Studie – aus der Sicht des Patienten eine hohe Kompetenz in Ernährungsfragen zugestanden wird, wurde die Möglichkeit des Arzt-Patientengesprächs zu wenig genutzt, um zu einer gesünderen Lebensweise zu motivieren. Es bleibt zu hoffen, daß die Rückbesinnung auf die Rolle des Arztes als Gesundheitsberater (Deutscher Ärztetag

1991) sowie Verträge zur Honorierung von Gesundheitsuntersuchung, Gesundheitsberatung, Ernährungsberatung, Diabetikerschulung etc. die ernährungsmedizinische Kompetenz des Arztes stärken helfen.

Dabei hat es sich gerade im Bereich der Ernährungsberatung bewährt, daß der Arzt mit Spezialisten kooperiert, welche mehr Details beherrschen, als in der ärztlichen Ausbildung vermittelt werden können (Canzler). Von den verschiedenen Modellen der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Ernährungsberaterin (Diätassistentin) sind die untauglich, die den betreuenden Arzt überhaupt nicht an der Ernährungsberatung beteiligen. Am geeignetsten erscheinen diejenigen, bei denen eine Beratung von der Fachkraft innerhalb der Arztpraxis oder zumindest in engster Abstimmung mit dem verordnenden Arzt erfolgt (Canzler).

Voraussetzung jeglicher ärztlicher Kompetenz ist jedoch die umfassende Aus- und Weiterbildung in einem Gebiet. Diese ist zur Zeit für den Bereich der Ernährungsmedizin/Diätetik in Deutschland nicht gewährleistet.

**Tabelle 3: Ergebnisse der NVS: Adipositas bei Männern und Frauen (Anteil in Prozent des Kollektivs; 1. Reihe: Männer, 2. Reihe: Frauen)**

Altersgr. (Jahre):	19–35	36–50	51–65	65 und mehr	
Gewichtsklasse					
stark übergew. (≥ 120% Stand.)	5,2 9,3	12,4 21,3	17,2 33,1	13,6 30,4	m w
leicht übergew. (105–< 119% Stand.)	18,4 18,0	37,6 30,3	43,2 38,0	37,9 33,9	m w
normal gewichtig (95–< 105% Stand.)	33,9 29,7	32,8 29,4	27,6 19,7	34,6 21,3	m w
leicht untergew. (85–< 95% Stand.)	38,4 39,6	16,2 18,0	11,3 8,6	12,3 13,0	m w
stark untergew. (< 80% Stand.)	4,0 3,4	1,0 1,0	0,7 0,6	1,6 1,6	m w

Stand. = Gewichtsstandard anhand des Body Mass Index-Referenzwertes des DGE:  

$$\frac{\text{gemessener BMI}}{\text{BMI-Referenzwert}} \times 100 - 100$$

### Literatur

Canzler, H.: Zur Situation und Struktur der Ernährungsmedizin in Deutschland. Akt. Ernähr 12 (1987) 191–196

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr. Frankfurt/M. 1985

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): Ernährungsbericht 1988. Frankfurt/M., Druckerei Henrich 1988

Mertz, DP., Suermann, I.: Zunahme des Risikofaktorenprofils unter der erwachsenen Bevölkerung. Med. Welt 41 (1990) 403–408

Projektträgerschaft Forschung im Dienste der Gesundheit in der DLR im Auftrag des BMFT (Hrsg.): Die Nationale Verzehrsstudie – Ergebnisse der Basisauswertung. Materialien zur Gesundheitsforschung Band 18. Bremerhaven, Wirtschaftsverlag NW, 1991

### Anschrift des Verfassers:

Priv.-Doz. Dr. Dr. Günter Ollenschläger  
 Medizinische Fakultät  
 der Universität zu Köln  
 c/o Bundesärztekammer  
 Herbert-Lewin-Straße 1  
 W-5000 Köln 41