



# **Ernährung und Medizin 2018** **„Ernährungstherapie zeitgemäß und lebensnah“**

## **60. Bundeskongress des Verbandes der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)**

in Kooperation mit

**dem Verband der Diabetes-Beratungs- und  
Schulungsberufe in Deutschland e.V.**

**dem Bundesverband Deutscher Ernährungs-  
mediziner e.V.**

**der European Federation of the Associations of  
Dietitians (EFAD)**

**der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedi-  
zin e.V.**

**am 20. und 21. April 2018 mit Vorsymposium am 19.4. 2018  
im CongressPark Wolfsburg**

**Zusammenfassung der Vorträge & Veranstaltungen<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> auf Grundlage der Abstracts, die beim VDD am 17.04.2018 vorlagen. Ausführlichere Informationen bzgl. Adressen, Titeln bzw. Tätigkeiten entnehmen Sie bitte dem Referentenverzeichnis im Kongressprogramm

## **Festvortrag**

### **eHealth – Wie digital wird das Gesundheitswesen?**

Christoph Kokelmann

## **Verpflegungsmanagement**

### **Berufsbild der Diätassistenten in Klinik und Verpflegungsmanagement**

Susanne Biliński

Die Diätassistenten der Diätküche stellen sich immer wieder neu den wechselnden Aufgaben in der Klinik und im Verpflegungsmanagement. Es sollen persönliche Erfahrungen aus der über 25jährigen Berufserfahrung als Diätassistentin und Diätküchenerin in einer Klinik der Maximalversorgung weitergegeben werden. Für die Diätassistenten erschließen sich neue Bereiche wie zum Beispiel das Schnittstellen- und Qualitätsmanagement. Etablierte Aufgaben wie die Patientenbetreuung in Form von Ernährungstherapie – und Ernährungsberatung gehören weiter dazu, ebenso die Akquise neuer Kunden und das betriebliche Gesundheitsmanagement. Der bunte Strauß der vielfältigen Aufgaben und Möglichkeiten für die Diätassistenten in diesem Bereich wird aufgezeigt, um neue Lust zu wecken und alte Lieben zu pflegen.

### **Der Diätkatalog als hilfreiches Instrument für die Ernährungstherapie in Krankenhäusern**

Janina Buschmann

### **Professionalisierung in der Gemeinschaftsverpflegung – von der Fachkraft zur Führungskraft**

Ursula Dany

Diätassistenten sind, in Anlehnung und Ableitung der Definition „Fachkraft“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Fachkräfte. Sie haben eine Ausbildung abgeschlossen und sich über den Schulabschluss hinaus qualifiziert. (FOCUS-online 2011) Mit einem Ausbildungsumfang von mehr als 3000 Ausbildungsstunden (DiätAss-APrV) in vielfältigen Themenbereichen sind sie für die theoretischen und praktischen Anforderungen im Berufsalltag der Diätassistenten gut aufgestellt. Dass eine qualifizierte Ausbildung für den beruflichen Alltag häufig nicht ausreicht, erfahren Berufsanfänger, aber auch erfahrene Diätassistenten im Laufe der Berufsjahre.

Neben den vorhandenen Kompetenzen aus der Ausbildung ist ein lebenslanges Lernen notwendig ([www.efad.org/.../4151/7162/DIETS2-LLL-Guide-Kurzversion-Tools-2014-03-23.pdf](http://www.efad.org/.../4151/7162/DIETS2-LLL-Guide-Kurzversion-Tools-2014-03-23.pdf)). Das Lernen bezieht sich auf die Erweiterung der Kompetenzen in Theorie und Praxis zu ausgewählten Fachthemen. Einen ebenso großen Stellenwert

---

hat die Erweiterung und Vertiefung der Sozialkompetenz und die Kompetenz der Selbstfürsorge. Sozialkompetenz und Selbstfürsorge werden umso bedeutender, wenn die Fachkraft die Rolle der Führungskraft übernimmt.

Führungskräfte zeichnen sich durch bestimmte Fähigkeiten aus. Bennis und Nanus (Warren Bennis und Burt Nanus: *Führungskräfte*. Frankfurt am Main, 1985) formulieren nachfolgende Fähigkeiten:

1. Die Fähigkeit, Menschen so zu akzeptieren, wie sie sind.
2. Die Fähigkeit, an Beziehungen und Probleme gegenwartsbezogen und nicht vergangenheitsbezogen heranzugehen.
3. Menschen der engeren Umgebung genauso höflich und aufmerksam zu behandeln wie Fremde oder flüchtige Bekannte.
4. Die Fähigkeit, anderen zu vertrauen, selbst wenn das Risiko groß erscheint.
5. Die Fähigkeit, ohne ständige Zustimmung und Anerkennung seitens anderer auszukommen.

Führungskräfte haben demzufolge eine hohe Personalverantwortung und hinzu kommt, eine hohe Sachverantwortung.

Die Fähigkeiten bezüglich der Personalverantwortung erwachsen aus einer inneren Haltung und eines Rollenverständnisses, die die Führungskraft mitbringt. Diese Fähigkeiten werden heutzutage als Sozialkompetenz bezeichnet. Die perfekte Führungskraft ist eine Utopie. Allerdings können durch gezielte Seminare und Supervision/Coaching die individuellen Defizite und Bedürfnisse im Führungsstil entdeckt, hinterfragt, ausgeglichen und zum Positiven entwickelt werden.

Der Blick auf die Selbstfürsorge wird von engagierten Führungskräften in vielen Fällen vernachlässigt. Die Folgen wie z. B. Burnout, Depressionen oder Jobwechsel sind bekannt. Hier sind Interventionen „von Anfang an“ notwendig. Im Sinne der präventiven Psychohygiene, sollte die Führungskraft die eigenen Bedürfnisse wahrnehmen und zulassen. Die Stimmungslage der zufriedenen und ausgeglichenen Führungskraft besitzt eine hohe, nicht zu unterschätzende Strahlkraft.

Seminare für die Professionalisierung in der Gemeinschaftsverpflegung bieten Berufsverbände, Fachinstitutionen, IHK, HWK und weitere Anbieter.

## **Epilepsie**

### **„Panthertage“ – Mein Leben mit Epilepsie**

Sarah Elise Jorgensen (geborene Bischof)

### **Ketogene Ernährungstherapie bei erwachsenen Epilepsie-Patienten**

Susanne Baum

### **MOSES – ein Schulungsprogramm für Betroffene und Angehörige**

Evelyn Beyer-Reiners

# APD - Pädiatrie

## Fette und Fettsäuren in der pädiatrischen Diätetik – leicht verdaulich serviert

Uta Meyer

Pommes oder Schokolade mag eigentlich jedes Kind. Aber der Weg im menschlichen Körper von der Pommes bis hin zum Energiesubstrat ATP ist weit, kompliziert und voller Risiken von Störungen.

Eine Mahlzeit mit Fett schmeckt gut, weil Fett ein Geschmacksverstärker ist. Sehr fettreiche Speisen liegen uns manchmal schwer im Magen, weil die Verweildauer im Magen durch Fett viel länger dauert. Die weitere Fettverdauung im Darm ist kompliziert. Enzyme, die spalten und wieder zusammenfügen, sind notwendig. Verdauungssekrete aus anderen Organen wie Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse müssen produziert und bereitgestellt werden. Transportmechanismen im Blut und den Lymphbahnen müssen funktionieren.

Dann beginnt der Stoffwechsel. Die Zellen müssen Fettsäuren aufnehmen, wieder sind Transporter erforderlich. Enzyme, die Fettsäuren zerlegen, müssen vorhanden sein. In der  $\beta$ -Oxidation wird aus langkettigen Fettsäuren viel Acetyl-CoA. Dieses wird in den Citratzyklus eingeschleust und ist dann über die Atmungskette ein effektiver Energielieferant.

Acetyl-CoA ist aber auch ein lebensrettender Baustoff. Wenn der Mensch keine oder sehr wenig Kohlenhydrate isst, aber Fett entweder aus dem Fettgewebe oder der Ernährung vorhanden ist, dann baut die Leber daraus Ketonkörper auf, die als alternatives Energiesubstrat genutzt werden können. Besonders für das Gehirn sind Ketonkörper ein wichtiger Ersatz als Energielieferant. Gezielt wird dieser Mechanismus bei Patienten mit Epilepsien eingesetzt, die auf medikamentöse Behandlung nicht angesprochen haben.

Auf diesen langen Wegen können durch unterschiedlichste Ursachen Probleme entstehen. Es kann die Folge eines operativen Eingriffs sein, eines Organversagens oder durch eine angeborene Stoffwechselstörung.

Operativer Eingriff	Organversagen bei	Stoffwechselstörung
Chylothorax/ Chylaskos Kurzdarmsyndrom	Pankreatitis Gallengangatresie Allgemeine Cholestatische Erkrankungen Darmerkrankung	Hypercholesterinämie Hyperchylomikronämie Hypertriglyceridämie $\beta$ -Oxidationsstörungen - VLCAD, LCHAD, TFP, MCAD Glykogenose Typ 1 Mukoviszidose (CF) Ketogene Ernährungstherapien (kKD, MAD) - Pharmakoresistente Epilepsien - Glukosetransporterdefekt - Pyruvatdehydrogenase-Mangel (PDH) - Glykogenose Typ 3

Vielfältig und individuell muss man auf die einzelnen Probleme eingehen. Das kann eine

- fettfreie Diät,
- streng fettarme Diät mit MCT-Fetten,
- fettarme Diät mit MCT-Fetten,
- fettoptimierte Diät mit Omega 3 Fettsäuren,
- fettreiche Diät sein.

Für das Kind und deren Familie bedeutet das eine gute, ausführliche, leicht verständliche Beratung von Anfang an und braucht immer wieder Motivation in allen Altersgruppen. Besonders bei angeborenen Stoffwechselstörungen bedeutet das, dass die Diät ein Leben lang eingehalten werden muss.

## **Jeden Tag ein Ei? – Ernährungstherapie bei angeborenen Fettstoffwechselstörungen vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter**

Ulrike Och

Unter dem Begriff angeborene Fettstoffwechselstörungen werden verschiedene Erkrankungen zusammengefasst, Thema dieses Beitrags ist die Wirksamkeit von Ernährungstherapie bei familiärer Hypercholesterinämie und bei familiärer Hypertriglyzeridämie (Hyperchylomikronämie).

### **Familiäre Hypercholesterinämie**

Eine familiäre Hypercholesterinämie ist eine vererbte Regulationsstörung des Cholesterin-Stoffwechsels. Durch die hohen Cholesterinspiegel entwickeln sich arteriosklerotische Gefäßschäden

Folgende Ernährungsmodifikationen werden empfohlen:

- Zufuhr der gesättigten Fettsäuren auf ca. 8 – 12 % d. Energiezufuhr begrenzen, trans-isomere Fettsäuren möglichst meiden
- Anteil der einfach ungesättigten Fettsäuren auf ca. 10 % d. Energiezufuhr steigern
- Mäßige Zufuhr der mehrfach ungesättigten Fettsäuren, ca. 10 % d. Energiezufuhr
- Cholesterinzufuhr begrenzen auf ca. 200 mg/Tag im Kindesalter bzw. 250 mg /Tag bei Adoleszenten

**Fazit:** Studien, die die Wirkung von Ernährungsumstellungen bei Patienten mit Hypercholesterinämie untersuchten, kamen zu dem Ergebnis, dass eine Senkung des Cholesterin-Spiegels von ca. 10 – 15 % möglich ist. Bei vielen Patienten mit familiärer Hypercholesterinämie ist diese Senkung nicht ausreichend, so dass zusätzlich eine medikamentöse Therapie erforderlich ist.

### **Familiäre Hypertriglyzeridämie (Hyperchylomikronämie)**

Die familiäre Hypertriglyzeridämie manifestiert sich meistens in den ersten Lebenswochen, da schon der Fettanteil in Muttermilch oder Säuglingsmilch zu extrem hohen

Triglyzeridspiegeln von bis zu über 1000 mg/dl führen kann. Ursache ist ein angeborener Mangel der Lipoproteinlipase oder des entsprechenden Cofaktors (Apoprotein C II). Aufgabe der Lipoproteinlipase ist die Spaltung von Triglyzeriden in freie Fettsäuren und Glycerin.

Mittelkettige Triglyzeride können bei dieser Erkrankung zur Energiegewinnung genutzt werden, da sie direkt aus der Darmschleimhaut resorbiert werden.

Die Therapie besteht daher in einer extrem fettarmen Ernährung mit Zugabe von MCT-Fetten zur Sicherung der Energiezufuhr. Ziel der Therapie sind Triglyzeridspiegel <1000 mg/dl, da höhere Spiegel zu akuten Pankreatitiden führen können.

Die Zufuhr an essentiellen Fettsäuren (Linol- und Linolensäure) sollte den DACH-Referenzwerten entsprechen. In pflanzlichen Ölen, z. B. im Walnussöl liegen diese Fettsäuren in hoher Konzentration und in einem günstigen Verhältnis zueinander vor.

**Fazit:** Eine familiäre Hypertriglyzeridämie (Hyperchylomikronämie) lässt sich mit einer streng fettarmen Ernährung und der Verwendung von MCT-Fetten behandeln.

## **Heilmittel Ernährungstherapie – die ersten Schritte sind getan! „Die Must haves“ – aktuelle Fakten zur Thematik**

Uta Köpcke

## **Ausgewählte Projekt- und Bachelorarbeiten**

**Techniker Krankenkasse „Sport als Therapie“ – Ergebnisse und Relevanz von Ernährungstherapie bei übergewichtigen Typ-2-Diabetikern im Rahmen eines sportlichen Interventionsprogramms**

Fanny Daume

**Proteinversorgung im Krafttraining der ambulanten Rehabilitation am Beispiel der Sportklinik Bad Nauheim**

Bianca Diehl

**Ernährungsmanagement von internistischen Intensivpatienten der medizinischen Klinik und Poliklinik IV des Klinikums der Universität München**

Veronika Hofmann

**Ernährung und Gestationsdiabetes mellitus – Eine quantitative Untersuchung zur praktischen Umsetzung von Ernährungsempfehlungen**

Uta Fiederling

**Einführung des G-NCP in die Ausbildung zur Diätassistentin / zum Diätassistenten – Ein Projekt an der Würzburger Berufsfachschule für Diätassistentinnen und Diätassistenten**

Laura Hoffmann

**G-NCP-Anwenderseminar (Workshop Teil 1)**

Sabine Ohlrich-Hahn

**G-NCP-Anwenderseminar (Workshop Teil 2)**

Sabine Ohlrich-Hahn

# **Diabetes mellitus (Symposium mit dem VDBD)**

## **Tätigkeiten einer Diabetesberaterin – Schnittstelle DSP – Klinik – MVZ - Freiberuflichkeit**

Susanne Müller

Diabetes Mellitus nimmt nicht nur deutschlandweit, sondern auch weltweit weiterhin exponentiell zu. Die dramatische Zunahme ist vor allem durch den Typ 2 Diabetes bedingt. Aber auch die Zahlen des Typ 1 Diabetes im Kindes- und Jugendalter steigt stetig an. Zusätzlich kommen immer mehr Gestationsdiabetikerinnen hinzu, sowie ein nicht unbeträchtlicher Anteil an pankreatektomierten Menschen (pankreoopriver Diabetes Typ 3), die ebenfalls einer Insulinsubstitution und einer ernährungstherapeutischen Beratung bedürfen. Alle diese Erkrankungen, die mit erhöhten und/oder zum Teil stark schwankenden Blutzuckerwerten einhergehen, benötigen eine lebenslange gute medizinische Versorgung und eine Begleitung hinsichtlich der Alltagsumsetzungen, u.a. zur Prävention von Folgekrankheiten. Hinzukommen die neuen Herausforderungen des Gesundheitssystems, wie Digitalisierung, Fachkräftemangel und der demographische Wandel. Der Mangel an diabetologisch versierten Stationen und Fachkräften und deren Einsparungen stehen im Vordergrund.

Hier setzen die Diabetesberater mit ihrer vollen beruflichen Expertise an. Diabetesberater beraten in interdisziplinären Teams, schulen und begleiten Menschen mit den beschriebenen Formen von Diabetes vor allem im ambulanten Bereich über viele Jahre. Hier ist nicht nur das medizinische Know How gefragt, sondern auch Motivationsstrategien, Menschenkenntnis, psychologisches Geschick, oder das Vermitteln technischer Neuerungen. In den meisten Bundesländern und Kassenärztlichen Vereinigungen müssen Diabetologische Schwerpunktpraxen nachweisen, dass eine Diabetesberaterin in Vollzeit angestellt arbeitet. Die Aufgaben der Diabetesberater erstrecken sich von der Erhebung der diabetologischen Anamnese, der Beurteilung des Menschen im Hinblick auf seine Kultur, sein Alter, seine kognitiven Fähigkeiten, weiterer Erkrankungen und der individuellen Lebensumstände.

Im stationären/klinischen Setting steht jedoch weniger die lebenslange Betreuung und Begleitung im Vordergrund, sondern eher die Behandlung und Schulung von Akutkomplikationen wie hyper- oder hypoglykämische Entgleisungen sowie die Behandlung von Folgekrankheiten meist mit dem Schwerpunkt des diabetischen Fußsyndroms. Selbstverständlich gehört auch hier die Aufklärung und Schulung des Patienten aber auch die korrekte Blutzuckereinstellung dazu. Leider befinden sich immer weniger Diabetesberater in Kliniken, so dass es zu einer deutlichen Unterversorgung der Menschen mit Diabetes kommt. Meistens ist der Diabetes „nur“ eine Nebendiagnose, was letztendlich zu dem Mangel an Fachkräften geführt hat. Nachweislich kann jedoch eine gute stationäre Blutzuckereinstellung die Liegezeiten und Heilungsprozesse deutlich positiv beeinflussen und damit das Gesundheitssystem insbesondere die Kliniken finanziell entlasten.

Das ideale Konstrukt für die Versorgung der Menschen mit Diabetes stellt ein MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum) dar. Hier arbeiten in der Regel und idealerweise



die Kliniken mit einer angegliederten ambulanten Diabetologischen Schwerpunktpraxis zusammen. Idealerweise sind die versorgenden Teams klinisch wie ambulant dieselben, so dass der Mensch mit Diabetes ein gutes medizinisches klinisches Notfallmanagement erfährt und durch die ambulante Praxis weiter betreut und über Jahre begleitet werden kann. Die Diabetesberater haben hier eine vertrauensvolle und bindende Aufgabe, die für Menschen mit Diabetes von besonderer Wichtigkeit ist, da es hier zu meist um langfristige Veränderungen im privaten Lebensbereich geht.

Die freiberufliche Diabetesberaterin sucht sich wie alle Freiberufler ihren Arbeitskreis selbst aus. Dies kann klinisch, wie ambulant über Schulungsvereine oder einfach nur als Referent für Fachkräfte und Pharmaunternehmen sein. Ihre Expertise unterliegt in keinster Weise ihrer angestellt arbeitenden Kolleginnen.

## **Tätigkeiten einer Diabetesberaterin – Schnittstelle Ernährung und Diabetes / Fallbeispiele**

Susanne Müller

Die größte Schnittstelle in der Berufspraxis einer Diabetesberaterin findet sich in den ernährungsrelevanten Themen wieder. Diabetes Typ 2 als eine Folge von ungesundem Lebenswandel, primär hervorgerufen durch falsche Ernährung, Bewegungsarmut und Genetik, wird in erster Linie durch die Basis-Therapie mittels Schulung in Ernährungs- und Verhaltensumstellung und Bewegungsempfehlungen therapiert. Erst im zweiten Schritt werden laut Leitlinie und HBA1c abhängig die oralen Antidiabetika eingeführt. Aber nicht nur der manifeste Diabetes Typ 2 ist stark ernährungsabhängig. Dies gilt ebenso für den Gestationsdiabetes und die Menschen mit einem Prädiabetes bzw. einer Glukosetoleranzstörung. Besonders anspruchsvoll wird die Beratung bei Menschen mit Diabetes, die gleichzeitig Nahrungsmittelunverträglichkeiten wie z.B. gegen Gluten/Zöliakie, Fruktose- oder Laktoseunverträglichkeit oder Nahrungsmittelallergien aufweisen. Eine Zöliakie kommt aufgrund der genetischen Prädispositionen besonders gehäuft bei Menschen mit Diabetes v.a. dem Typ 1 Diabetes vor. Zeitgleich wird in der Erstphase die Zöliakie häufig durch eine sekundäre Laktose- und/oder Fruktoseunverträglichkeit begleitet. Diese Unverträglichkeiten werden durch die Zottenatrophie der Darmschleimhaut ausgelöst, welche zu einem späteren und sicher therapierten Bereich in der Regel wieder reversibel ist. Ernährungstherapeutisch besonders anspruchsvoll sind Menschen mit Pankreaserkrankungen, also einem teilweisen oder kompletten Verlust des Pankreas und/oder dem Verlust des endokrinen und/oder exokrinen Teils. Hier sind erfahrene Ernährungstherapeuten, zusätzlich aber auch erfahrene Diabetesberater - möglichst in einer Person - gefragt. Eine Beratung, Schulung und Begleitung von Menschen mit Diabetes und weiteren assoziierten Erkrankungen wie Gicht, Adipositas oder Bluthochdruck erfordert immer individuelle ernährungstherapeutische Maßnahmen und Trainings. Daher ist es von besonderer Wichtigkeit, in gut funktionierenden interdisziplinären Teams zusammen zu arbeiten und die Patienten fachübergreifend lückenlos zu versorgen. Nur so kann eine gute medizinische Langzeitbetreuung von Erfolg gekrönt sein

## **Die Herausforderung: Mit Diabetes erwachsen werden**

Claudia Krüger

# **Ernährungsberatung und geistige Behinderungen**

## **Geistige Behinderung - Blickwinkel**

Dr. Timo Schädler

## **Gesunde Ernährung – Wie können Menschen mit geistiger Behinderung Gesundheitskompetenzen vermittelt werden?**

Ines Olmos, Dr. Imke Kaschke

## **Menschen mit geistiger Behinderung – Eine Zielgruppe mit Potenzial. Aktuelle Ergebnisse einer Querschnittsstudie.**

Ulrike Vienenkötter, Janna Gille

In Deutschland lebten im Jahr 2015 ca. 1,6 Mio. geistig behinderte Menschen, dabei ist ein jährlicher Anstieg von ca. 50.000 Personen zu vermerken [1]. Bei Betrachtung der Zielgruppe sind allgemeine Trends und Besonderheiten im Ernährungsverhalten erkennbar [2]. Verschiedene Studien zeigen, dass das Risiko für Übergewicht und Adipositas bei geistig behinderten Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung höher ist [3-6]. Als Hauptursachen hierfür werden eine geringe körperliche Aktivität sowie ein ungesundes Ernährungsverhalten vermutet [2, 5].

Im Rahmen unseres Bachelor-Studiums Diätetik an der Hochschule Neubrandenburg führten wir eine Querschnittsstudie durch. Wir haben den Ernährungsstatus von geistig behinderten Menschen erhoben, sowie zusätzliche Faktoren, die eine potentielle Auswirkung auf diesen haben könnten, wie z.B. das Ernährungswissen der Betreuer. Die Intention der Studie war es, Rückschlüsse auf mögliche Ansatzpunkte und Inhalte einer Ernährungsberatung in dieser Zielgruppe ziehen zu können.

Wir begannen die Studiendurchführung mit einem Informationstag. Darauf folgte für die geistig behinderten Menschen (n=24) die Datenerhebung an der Hochschule Neubrandenburg. Gemessen wurden Größe, Gewicht, Taillenumfang, Handkraft und die Körperzusammensetzung mittels bioelektrischer Impedanzanalyse. Zudem wurden Daten der geistig behinderten Menschen zu den Bereichen Ernährungswissen, Ernährungsverhalten, sportliche Aktivität und Selbstwahrnehmung anhand eines selbst entwickelten Fragebogens erhoben. Die verwendeten Materialien wurden den Fähigkeiten der Teilnehmer angepasst und bildlich dargestellt. Da davon auszugehen ist, dass die Betreuer einen wichtigen Einfluss auf das Ernährungsverhalten ihrer Klienten haben, wurden diese mittels separat erstellten Fragebogens zu den Themen Ernährungswissen, sportliche Aktivität und Wahrnehmung des Körpergewichts ihrer Klienten befragt.

Die geistig behinderten Menschen hatten einen signifikant höheren BMI (35,8 kg/m<sup>2</sup>, p<0,001) und Taillenumfang (111 cm vs. 94 cm, p=0,002), als die Normalbevölkerung. Die Auswertung der Fragebögen zeigte Tendenzen. Es wurde sichtbar, dass viele Teilnehmer nicht nur aus Hunger essen, sondern Essen als Kompensationsmechanismus für z.B. Langeweile, Trauer und Glück oder aus Gewohnheit verwendeten. Außerdem gab die Hälfte der geistig behinderten Menschen an, regelmäßig Mahlzeiten zuzubereiten, die meist aus belegten Broten bestehen.

Aufgrund des Ernährungsstatus lässt sich auf ein kardiovaskuläres Risiko schließen. Die Ergebnisse der Fragebögen bieten Ansatzpunkte für eine Ernährungsberatung. So

könnten alternative Auswahlmöglichkeiten zu Brotmahlzeiten anhand einfacher Rezepte eingeübt werden. Außerdem könnten anstelle von Essen andere Kompensationsmechanismen für die verschiedenen Gefühlslagen eingeübt werden.

Bei Betrachtung des Ernährungswissens der Betreuer ist zu erkennen, dass Schulungsbedarf besteht. Ein verbessertes Ernährungswissen könnte sich positiv auf das Ernährungsverhalten der von ihnen betreuten Personen auswirken.

Zusammengefasst zeigen unsere Ergebnisse eine Notwendigkeit der Einbindung dieser Zielgruppe in die Ernährungsberatung, sowie die Entwicklung spezifischer Beratungsangebote für geistig behinderte Menschen und deren Betreuer.

Literatur:

1. Statistisches Bundesamt Deutschland. Behinderte Menschen - Schwerbehinderter Menschen am Jahresende 2015 [Internet]. [zitiert am 26.02.2018]. Available from: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Behinderte/Tabellen/GeschlechtBehinderung.html>.
2. Dieterle K. Ernährungsverhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Saarbrücken: VDM Verlag; 2010. 9-11.
3. Rimmer JH, Yamaki K, Davis BM, Wang E, Vogel LC. Obesity and Overweight Prevalence Among Adolescents With Disabilities. Preventing Chronic Disease. 2011;8(2).
4. Emerson E. Underweight, obesity and exercise among adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England. Journal of intellectual disability research : JIDR. 2005;49(Pt 2):134-43.
5. Bhaumik S, Tyrer FC, McGrother C, Ganghadaran SK. Psychiatric service use and psychiatric disorders in adults with intellectual disability. Journal of intellectual disability research : JIDR. 2008;52(11):986-95.
6. Jones N, Melville CA, Harris L, Bleazard L, Hankey CR. A qualitative study exploring why adults with intellectual disabilities and obesity want to lose weight and views of their carers. BMC obesity. 2015;2.

## **Ausgewählte Projekt- und Bachelorarbeiten**

**Umgang mit Ernährungsproblemen bei Demenzerkrankten in einer vollstationären Pflegeeinrichtung mit dem Schwerpunkt Demenz – eine qualitative Studie**

Anna-Lena Neuner

**Evaluation ernährungsmedizinischer Maßnahmen bei chirurgischen Intensivpatienten**

Carina Sieker

**Situation der Ernährungsteams in Deutschland in Bezug auf die Implementierung, Zusammensetzung und Arbeitsbereiche**

Viviane Heick

**Kodierung der Mangelernährung – Analyse und Gegenüberstellung bestehender Umsetzung sowie Entwicklung einer einheitlichen Vorgehensweise**

Mareike Sengelmann

# Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

## Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED): aktuelle medikamentöse Behandlungskonzepte und neue therapeutische Perspektiven

Prof. Dr. Joachim Glaser

Wesentlicher Kausalfaktor bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Morbus Crohn und Colitis ulcerosa) ist nach derzeitigem Kenntnisstand eine gestörte Barrierefunktion der Darmschleimhaut für die Einwanderung von Bakterien. Eine pathologisch gesteigerte Immunreaktion verursacht in der Folge die Entzündung des Darmes. Sowohl genetische Faktoren als auch spezielle Auslöser (z.B. Rauchen bei M. Crohn) können bei der Entstehung von CED eine Rolle spielen. Die Erkrankungen verlaufen chronisch, eine definitive Heilung ist bislang nicht möglich.

Ziele der Behandlung sind die rasche Besserung von Beschwerden wie anhaltendem Durchfall und Bauchschmerzen, die Einleitung und der Erhalt einer Ruhephase und ggf. die Abheilung entzündlicher Veränderungen der Darmschleimhaut, möglichst unter Vermeidung von Nebenwirkungen. Aktuell wird eine Reihe verschiedener Medikamente in der Therapie von CED eingesetzt. Sie wirken entweder direkt auf die Entzündung des Darmes, die pathologische Immunreaktion oder unterstützen die Barrierefunktion der Schleimhaut.

Primär gegen die Entzündung gerichtet sind die meist gut verträglichen Aminosalicylate (z.B. Mesalazin), die bei leichten bis mittelschweren Krankheitsschüben wie auch zum Ruhephasenerhalt eingesetzt werden und bei Colitis ulcerosa besser wirken als bei M. Crohn. Ebenfalls überwiegend entzündungshemmend wirken Kortisonpräparate (einschl. Budesonid), die für die Behandlung auch schwerer CED-Schübe sehr gut geeignet sind, aber wegen erheblicher Nebenwirkungen einer längerfristigen Gabe nicht dauerhaft angewendet werden sollten. Bei den in der Mehrzahl chronisch progredienten Krankheitsverläufen reicht eine entzündungshemmende Therapie in Schüben in der Regel nicht mehr aus, um langfristig schwere Komplikationen zu vermeiden. Bei diesen Patienten ist deshalb eine so genannte immunsuppressive Therapie indiziert, bei der die ursächliche pathologisch gesteigerte Immunreaktion medikamentös unterdrückt wird. Neben klassischen Immunsuppressiva wie Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Methotrexat, Ciclosporin und Tacrolimus kommen heute vermehrt molekularbiologisch entwickelte Antikörper zum Einsatz, die nicht nur immunsuppressiv sondern auch intensiv entzündungshemmend wirken. Zu diesen sog. „Biologika“ zählen TNF-Alpha-Blocker (Infliximab, Adalimumab und Golimumab), Integrin-Antikörper (Vedolizumab) und Interleukin 12/23-Hemmer (Ustekinumab). Verschiedene weitere Medikamente sind derzeit in der Entwicklung oder stehen bereits kurz vor der Zulassung. Medikamente, die die gestörte Barrierefunktion der Darmschleimhaut verbessern sollen, sind z.B. spezielle Antibiotika, die bei perianalem (Fistel-)Befall im Rahmen eines M. Crohn eingesetzt werden und Bakterienpräparate (sog. Probiotika), die für den Ruhephasenerhalt leichter Verläufe einer Colitis ulcerosa geeignet sind.

Die Behandlung von CED gehört heute auch unter Berücksichtigung möglicher Medikamentennebenwirkungen in die Hand erfahrener gastroenterologischer Fachärzte und folgt leitliniengerecht in der Regel einem vorsichtigen Step-up-Prinzip, bei dem, wenn möglich zunächst die weniger komplizierten medikamentösen Therapien zur Anwendung kommen.

## **Ernährung bei CED – worauf sollte man achten? Mangelernährung bei CED**

Gudrun Vogel

Die Ernährungsempfehlungen für Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) gestalten sich sehr individuell und symptombezogen. Besonders in der Remissionsphase ist den Patienten "erlaubt, was bekommt". Individuelle Nahrungsmittelunverträglichkeiten und -allergien können bei CED-Patienten vermehrt auftreten und zu gastrointestinalen Beschwerden führen, daher müssen diese berücksichtigt werden. In der Akut-Phase (entzündlicher Schub) und in der abklingenden Entzündungsphase ist eine leichte, ballaststoffarme Vollkost empfehlenswert, in der u.a. blähende Lebensmittel, stark fetthaltige Speisen, Rohkost, grob ballaststoffhaltige Lebensmittel, geräucherte oder gepökelte Lebensmittel, häufig auch laktosehaltige Lebensmittel gemieden werden sollten. Weiterführend muss ein Kostaufbau stattfinden in dem diese Lebensmittel in kleinen Portionen wieder integriert und auf Bekömmlichkeit getestet werden. Ziel ist eine gesunde Vollkost unter Berücksichtigung der individuellen Verträglichkeit. Häufig führen Speisen mit hohem Verarbeitungsgrad und Gehalt an Zusatzstoffen zu Beschwerden. Hauptaugenmerk muss, besonders im Schub, nach Operationen aber auch tlw. in der Remissionsphase, auf die Prävention bzw. die konsequente Behandlung von Mangelernährung gelegt werden, da diese u.a. den klinischen Verlauf und die Lebensqualität verschlechtert. Hierfür bildet eine bedarfsgerechte Energiezufuhr die Grundlage. Die krankheitsbedingten Nährstoff- und Energieverluste müssen ausgeglichen werden. Da häufig eine erhöhte Fettzufuhr zu Beschwerden führt, muss auf ein optimiertes Fettsäuremuster (reich an Omega-3-Fettsäuren) geachtet sowie überwiegend auf Kohlenhydrate und Proteine als Hauptenergiequelle zurückgegriffen werden. Eine erhöhte Eiweißzufuhr kann notwendig sein, um einem Eiweißmangel vorzubeugen bzw. diesen zu beheben. Wichtig ist es auch, die Flüssigkeitsbilanz auszugleichen. Je nach klinischem Verlauf kann der Einsatz von Trinkzusatznahrungen, enteraler oder parenteraler Ernährung hilfreich sein. Desweiteren muss ein Screening auf Mikronährstoffmangel durchgeführt werden und eine entsprechende Substitution erfolgen, wenn ein erhöhtes Risiko oder Anzeichen eines Defizites vorliegen. Folgende Mikronährstoffe wurden hierfür identifiziert: Eisen, Folsäure, Vitamin B 12, Vitamin A, Vitamin D, Kalzium, Magnesium, Zink. Besonders bei Steatorrhö ist ein Mangel an fettlöslichen Vitaminen zu verzeichnen.

## **Unverträglichkeiten bei CED aus Betroffenenensicht: heute so, morgen so**

Sabine Bauch

# **Zukunft stationäre Versorgung**

## **Strukturwandel im deutschen Krankenhausmarkt – Ausblick und Perspektiven**

Prof. Dr. Andreas Beivers

## **Institutionelles Ernährungsmanagement – Erfahrungen am Klinikum Augsburg**

Susanne Nau

Eine krankheitsassoziierte Mangelernährung geht einher mit erhöhter Morbidität und Mortalität der Patienten. Die Komplikationsraten und die Krankenhausverweildauer und damit auch die Behandlungskosten sind erhöht. Die Lebensqualität der Patienten ist oftmals reduziert. Die Patienten mit einem hohen Ernährungsrisiko frühzeitig zu erkennen und einer gezielten Ernährungstherapie zuzuführen, ist aus medizinischer und ökonomischer Sicht geboten. Professionelles, interdisziplinäres Ernährungsmanagement in stationären Einrichtungen ist gefordert. Am Klinikum Augsburg wurde zunächst im Rahmen eines Projektes ein solches Ernährungsmanagement aufgebaut. Die eingeführten Maßnahmen sind mittlerweile auf das gesamte Haus ausgedehnt. Folgende Maßnahmen wurden etabliert:

1. Jeder Patient soll bei stationärer Aufnahme auf das Risiko bzw. Vorliegen einer Mangelernährung gescreent werden. Das Nutritional Risk Screening (NRS 2002) wird elektronisch im Klinikinformationssystem erfasst.
2. Bei entsprechendem Risiko erfolgt ebenfalls elektronisch die Konsilanforderung an das Ernährungsteam zum genaueren Assessment mit anschließender Festlegung der Ernährungstherapie.
3. Als orale Nahrungssupplemente wurde in Zusammenarbeit mit der Diätküche die ‚Besondere Zwischenmahlzeit‘ eingeführt. Es handelt sich um energie- und eiweißangereicherte Menükomponenten, die als Alternative zu den kommerziell erhältlichen Trinknahrungen angeboten werden.
4. Umfassende Dokumentation der Maßnahmen
5. Kodierung der Nebendiagnose Mangelernährung mit möglicher Erlösrelevanz. Durch die Einführung dieser Maßnahmen werden Patienten mit einem Ernährungsrisiko nun deutlich häufiger und früher erkannt und werden ernährungstherapeutisch versorgt. Die Zahl der Konsile des Ernährungsteams hat sich mehr als verdoppelt. Die ‚Besondere Zwischenmahlzeit‘ wird hervorragend akzeptiert. Die Bestellungen in der Küche sind gegenüber dem ersten Jahr nach der Einführung ebenfalls mehr als verdoppelt. Das verstärkte Screening schlägt sich auch in einer signifikanten Steigerung der kodierten Fälle mit der Nebendiagnose Mangelernährung nieder. Es konnten Mehrerlöse generiert werden, die den entstandenen Mehraufwand für Personal und für Zusatznahrung sowie enterale und parenterale Ernährung refinanzieren. Es besteht aber ungeachtet des bisher Erreichten weiterer Verbesserungsbedarf. Die Einrichtung einer übergeordneten Ernährungskommission erleichtert es, klinikweit gültige Standards zu etablieren. Die Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen wie auch zwischen verschiedenen Abteilungen muss optimiert werden. Verbesserte Dokumentation der ernährungstherapeutischen Maßnahmen ermöglicht einen besseren Informationsfluss. Über regelmäßige Fortbildungen und Schulungen (Pflegekräfte, Ärzte, Verpflegungsassistenten) kann eine stärkere Sensibilisierung für ernährungsmedizinische Probleme erreicht werden.

## **Marketing Forum**

### **PR ohne Geld – die Mischung macht's möglich**

Falk Wellmann, BARMER; Birgit Leuchtmann-Wagner, BARMER

## **Achtsamkeit**

### **Probieren Sie mal – Achtsamkeit! Ein ent/spannender Einblick in die Praxis und Wirkung der Achtsamkeit**

Katharina Stapel

### **Wie schmeckt dieser Moment? Achtsamkeit in der Ernährungstherapie: Können wir unser Essverhalten kontrollieren oder ist dies eine Illusion?**

Dr. Andrea Feussner

## **Industrie und Wissenschaft**

### **Healthy Nut – Pistazien als Therapieprinzip**

Dr. Mathias Riedl

### **Geistig fit mit dem ABDD-Modell einer cleveren Ernährung**

Günter Wagner, für Dr. Wolz Zell GmbH

### **Wellness to go**

Ulrike Baumann, für Wellness-to-go bei Uli Baumann

### **Einblicke in die medizinische Körperzusammensetzungsanalyse: Der Nutzen für Sie und Ihre Patienten**

Klaus-Johannes Möller, für seca gmbh & co. kg

### **Begeistern Sie ihre Patienten für eine ausgewogene Ernährung. Der Nudging-Ansatz**

Katharina Stapel für Alpro GmbH

### **Unterstützung des Mikrobioms: Einsatzmöglichkeiten und Qualitätskriterien von Probiotika**

Daniel Kolitsch, für Dr. Wolz Zell GmbH

### **Glutenfreie Ernährung: ernährungsphysiologisch ausgewogen?**

N.N., für Dr. Schär AG



## **Starke Knochen durch gezielte Ernährung**

Stephanie Kissing, für Kalifornische Trockenpflaumen

Die gestiegene Lebenserwartung des Menschen macht die Knochengesundheit zu einem zentralen Thema sowohl der Prävention als auch der Therapie. Mit zunehmendem Alter nimmt die Knochenmasse ab und erhöht, in Kombination mit der ebenfalls altersbedingten Abnahme des Blutcalciumspiegels, das Risiko für osteoporotische Frakturen. Abgesehen von den unangenehmen Folgen für die Betroffenen stellen diese Frakturen heute schon eine enorme finanzielle Belastung für das Gesundheitssystem dar. Weltweit sind mehr als 200 Millionen Menschen von Osteoporose betroffen. Sowohl aus medizinischer als auch aus ökonomischer Sicht ist es deshalb notwendig, entsprechende Präventionsmaßnahmen einzuleiten. Im Wesentlichen wird die Knochengesundheit des Erwachsenen durch zwei Mechanismen bestimmt: zum einen durch das Erreichen der maximalen *peak bone mass* während des Wachstums und des frühen Erwachsenenalters, zum anderen durch die Minimierung der Rate an Knochenverlust mit zunehmendem Alter. Ein präventiver Ernährungsansatz sollte in frühen Jahren folglich optimale Voraussetzungen für das Erreichen der maximalen *peak bone mass* schaffen und in späteren Jahren dazu beitragen, den Knochenverlust möglichst zu minimieren. Bei Frauen ist der Verlust an Knochenmasse nach Eintreten der Menopause häufig besonders stark ausgeprägt. Insbesondere Ernährung, körperliche Aktivität und Früherkennung sind der Schlüssel in diesem Zusammenhang. Die Frage wie ein derartiger Ernährungsansatz im Einzelnen aussehen könnte, wird weiterhin erforscht und ist nach wie vor Gegenstand kontroverser Diskussionen. Wichtige nutritive Faktoren in diesem Zusammenhang sind Calcium, Vitamin D, Vitamin K, Eiweiß und einige Mikronährstoffe, die beispielsweise insbesondere in Obst und Gemüse enthalten sind. Der Säure-Basen-Haushalt spielt wohlmöglich eine bedeutende Rolle im Zusammenspiel dieser Determinanten, ebenso die Mikroflora des Darms, da ihre Zusammensetzung u.a. mit darüber entscheidet, wie gut entsprechende Nährstoffe absorbiert werden können, Toxine ausgeschieden und die Immunität aufrechterhalten werden kann.

## **Orange Superknolle: Bedeutung und Einsatz von Süßkartoffeln im Rahmen einer ausgewogenen Ernährung**

Dr. Alexa Iwan

# Schülerforum

## Die Junioren stellen sich vor

Jennifer Schoffelke

In diesem Vortrag stellt sich die VDD Juniorenvertretung vor. Teresa Spieker und Jennifer Schoffelke werden hierzu in einem Kurzvortrag über sich selbst berichten, aber auch über die Wünsche, Vorstellungen und Ziele sowie anstehenden Projekte der Junioren sprechen. Zudem wird das große Projekt „Praktikumsbörse“ vorgestellt, von dem wir uns wünschen würden, dass es viele Interessenten gibt, aber auch Schüler, die uns unterstützen möchten.

Wir freuen uns über jeden, der zur Veranstaltung erscheint, aber auch über jede Frage und mögliche Diskussionen.

## Diätassistenten im Portrait – so kann's gehen

Lars Selig, Birgit Leuchtmann-Wagner, Matthias Zöpcke

Die Referenten Birgit Leuchtmann-Wagner, Lars Selig und Mathias Zöpcke sind ebenfalls gelernte Diätassistenten und werden in einem Kurzvortrag ihren spannenden Werdegang schildern, aber auch dazu Stellung nehmen, was ihnen bei jungen Auszubildenden/Auszubildende und Studenten/ Studentinnen wichtig ist. Was erwarten sie bei einem Praktikum / Vorstellungsgespräch?

## Können mit Hilfe des Essenserfassungsprogramms der Küche stationäre, unterernährte Patienten im Klinikum Bielefeld gGmbH identifiziert werden?

Natalie Penner

Während sie in Bielefeld ein Praktikum absolvierte, führte sie eine Datenerhebung zum Thema Mangelernährung durch. Das Ergebnis ihrer Erhebung, und wie es dazu kam, stellt sie in ihrem Vortrag vor.

### Hintergrund

Die 50% Rate mangelernährter Patienten in der Chirurgie, Gastroenterologie, Onkologie und Pneumologie im Klinikum Mitte soll reduziert werden. Anpassungen des Essenserfassungssystems für negative Abweichungen von  $>500$  kcal der berechneten Energiemenge (30 kcal/kg Körpergewicht) und  $>10\%$  des berechneten Eiweißbedarfs (1g/kg Körpergewicht) der Patienten könnte helfen, Patienten mit einem Risiko für eine Mangelernährung oder bereits manifester Mangelernährung zu identifizieren.

### Methode

Diätassistentinnen des Ernährungsteams identifizierten 25 Patienten, die ausschließlich Vollkost oder Leichte Kost  $<500$  kcal und/oder  $<10\%$  Eiweiß ihres berechneten Bedarfs bestellt hatten. Das Assessment bestand aus dem NRS-2002, der Erfassung oraler Nahrungsaufnahme und zusätzlichen Essens von zu Hause, den möglichen Hinderungsgründen am Essen, so wie der Bestimmung von Serum-Albumin/Gesamteiweiß und Hämoglobin bei den 16 Patienten, die noch nicht entlassen waren.

## **Ergebnisse**

Der NRS-2002 Score betrug bei allen Patienten mindestens 3 Punkte. Die Blutparameter bestätigten Mangelernährung für alle (Diagramm 1). Der Body Mass Index lag zwischen 19,1-32,5kg/m<sup>2</sup> (Durchschnitt 27,9kg/m<sup>2</sup>) und war wegen Aszites oder Ödemen bei 10 Patienten nicht verwendbar.

Der durchschnittliche Energiemangel lag bei 742 kcal (Maximum 1509 kcal) pro Tag, während der durchschnittliche Eiweißmangel bei 29g pro Tag lag (Maximum 54g Eiweiß). Sieben Patienten hatten eine extrem reduzierte Nahrungsaufnahme. Obst oder Süßigkeiten erhielten nur drei Patienten mitgebracht, zwei erhielten Mahlzeiten.

Die Mehrheit mochte das Essen, allerdings hinderten Appetitmangel, Kommunikation (Sprachkenntnisse, krankheitsbedingte Ursachen), Übelkeit/ Erbrechen, Schüchternheit, mehr Essen zu bestellen oder eine unappetitlich aussehende, passierte Kost (2 Fälle) an der Nahrungsaufnahme.

## **Schlussfolgerung**

Die Weiterentwicklung des Essenserfassungsprogramms erscheint sinnvoll. Alle Patienten waren mangelernährt und sollten eine Ernährungstherapie durch eine Diätassistentin erhalten. Der Body Mass Index erscheint für sich alleine betrachtet, nicht aussagekräftig zu sein.

## **Empfehlungen für die Zukunft**

Die Küche des Klinikum Bielefeld gGmbH sollte eine kalorienreiche Essensvariante auf dem Speisenplan anbieten und das Aussehen der passierten Kost verbessern.

### **Literatur**

1. DGE (2011) *Qualitätsstandards für die Verpflegung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken*, [online] <https://www.dge.de/presse/pm/qualitaetsstandards-fuer-krankenhaeuser-und-rehakliniken/>, accessed on 27.02.2017.
2. Oehmichen et al. (2013) DGEM Leitlinie Ethische und rechtliche Gesichtspunkte der künstlichen Ernährung, *Aktuelle Ernährungsmedizin*, Ausgabe 38, S. 112-117.
3. Schindler et al. (2016) To eat or not to eat? Indicators for reduced food intake in 91,245 patients hospitalized on nutritionDays 2006-2014 in 56 countries worldwide: a descriptive analysis, *The American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 104, No. 5, pp. 1393-1402.
4. Weimann et al. (2010) *Krankheitsbedingte Mangelernährung*, Pabst, ISBN 978-3-89967-600-6.

# **IMPECD Improvement of Education and Competences in Dietetics**

## **Novel unified models for monitoring and evaluations in dietetic care**

Koen Vanherle

## **Prozessmodelle in der Diätetik**

Dr. Daniel Buchholz

## **Fallbasierte Online-Lehre in der Diätetik**

Alexandra Kolm

Kompetenzorientierung ist eine zentrale Herausforderung der Hochschullehre. Handlungskompetenzen sollen gefördert, und „träges Wissen“, das lediglich abstrakt verfügbar, aber nicht in konkreten klinischen Problemsituationen anwendbar ist, soll vermieden werden. Um Kernkompetenzen in der Ernährungstherapie zu fördern, wird im Rahmen des IMPECD-Projektes (Improvement of Education and Competences in Dietetics) ein Case-Based Learning (CBL) Ansatz gewählt: vom Lernen und Reproduzieren von Wissen hin zur sinnvollen Anwendung des Wissens auf virtuelle PatientInnen in einem englischsprachigen Online-Kurs. Entwickelt wurde der Online-Kurs gemeinsam mit Hochschulen aus St. Pölten (AT), Antwerpen (BE), Fulda (DE), Groningen (NL) und Neubrandenburg (DE).

Insgesamt wurden neun virtuelle Fallbeispiele zu den Themen Gestationsdiabetes, Nephropathie, Typ 2 Diabetes mellitus, Gastrointestinale Symptomaten, Darmkrebs, Übergewicht, Herz-Kreislaufkrankung, Bariatrie und Intensivmedizin entwickelt. Basierend auf realen Krankheitsgeschichten wurden sämtliche Daten von den Entwicklungsteams anonymisiert. Medizinische Diagnosen, Laborparameter, Zuweisungsgrund zur Ernährungsintervention, Sozialanamnese, Ernährungsanamnese u.v.m sind wichtige Informationen für die Lernenden und bilden die Grundlage der virtuellen Fallbeispiele.

Das didaktische Konzept ist auf die zuvor definierten Kompetenzen und Lernziele ausgerichtet. Im Zuge der Fallbearbeitung im Online-Kurs beantworten Studierende pro Case mindestens 15 Evaluierungsfragen, welche auf den ersten drei Kompetenzlevels der Miller Pyramide ausgerichtet sind (Miller, 1990), siehe Abbildung 1.

Level nach Miller	Ernährungs-assessment	Ernährungs-diagnose	Planung der Ernährungs-intervention	Durchführung der Ernährungs-intervention	Monitoring und Evaluation
<i>Lernziele: Die Lernenden können...</i>					
Wissen "knows"	... problematische Lifestylmuster benennen.	... Probleme, Ursachen und Symptome, Anzeichen sowie Ressourcen benennen.	... die drei wichtigsten Ernährungs-diagnosen für die Interventions-planung auswählen.	... Barrieren für Lebensstil-änderungen benennen.	... relevante Parameter für Monitoring und Evaluation benennen.
Kompetenz "knows how"	... die korrekten Laborparameter auswählen, die ein problematisches Lifestylmuster indizieren.	... die Daten anhand der Kategorien der ICF (International Classification of Functions) zuordnen.	... ihre Auswahl an Ernährungs-diagnosen argumentieren.	... basierend auf einer Beratungssituation die Barrieren für eine Verhaltens-änderung formulieren.	... relevante Parameter zur Veränderung der Ernährungs-diagnose identifizieren.
Performance "shows how"	... das Ernährungs-assessment kritisch reflektieren und analysieren.	... Ernährungs-diagnosen erstellen und bestehende Diagnosen analysieren.	... SMARTe Therapieziele für das Fallbeispiel formulieren.	... eine Beratungssituation kritisch evaluieren, reflektieren.	... das Ergebnis des Fallbeispiels reflektieren und Lernerfolge artikulieren.

Abb. 1: Lernziele / Learning Outcomes im Case „Herz-Kreislaufkrankung“, aus dem Englischen übersetzt.

### Methodik:

Die erste Testung von fünf virtuellen Fallbeispielen fand im Rahmen eines Intensive Study Programms im Mai 2017 in Antwerpen statt. Insgesamt nahmen 25 Studierende der Bachelorstudiengänge aus AT, DE, BE und NL teil, die in Fokusgruppen zu je einem/einer Studierenden jeder Partnerhochschule einen virtuellen Fall testeten. Die Gruppen wurden von je einem Case-Developer moderiert, die Ergebnisse werden im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit noch transkribiert und veröffentlicht.

### Vorläufige Ergebnisse:

Die Studierenden (N=25) empfanden den Online-Kurs „exciting, motivating and innovative“, 60% würden gerne regelmäßig ähnliche Online-Kurse zum Lernen nutzen. Über 56% der Studierenden glauben, dass der Online-Kurs ihre Zusammenarbeit mit internationalen KollegInnen fördert. Die Kursprache Englisch empfanden 64% der Studierenden als „challenging“. Die Prozess-Schritte zu Diagnose, Therapieplanung und –umsetzung, sowie Monitoring und Outcome Evaluation empfanden die Studierenden als besonders herausfordernd.

### Diskussion:

Der Online-Kurs wurde allgemein sehr positiv von den Studierenden bewertet. Der Wunsch nach innovativen Lernmöglichkeiten für Fachspezifische Kompetenzen in der Diätetik war bei den Studierenden klar wahrnehmbar. In einem weiteren Evaluierungszyklus werden im Mai 2018 wiederum 25 Studierende der Partnerhochschulen das überarbeitete Design und die virtuellen Fallbeispiele testen.

# Fallbeispiele G-NCP

## Clinical Reasoning – therapeutisches Denken im G-NCP

Jannina Brumm

Im Kontext der Health Professionals findet im Zuge der Professionalisierung neben anderen Begrifflichkeiten und Interpretationen auch das Clinical Reasoning als zentraler Begriff der therapeutischen Denkprozesse Anwendung. Es werden theoretische Ansätze benötigt, die die kritische Reflexion professionellen Handelns ermöglichen.

Arbeiten nach dem G-NCP impliziert, dass stets mehrere Lösungen möglich sind. Eine beständige Reflexion der Denk- und Entscheidungsprozesse bildet die Grundlage für das Verständnis einer Problemsituation und der verschiedenen Lösungsmöglichkeiten. Der G-NCP liefert hierzu eine Struktur, das berufliche Handeln wird somit transparent und nachvollziehbar. Clinical Reasoning heißt, „dass die klinische Argumentation, Schlussfolgerung, Beweisführung und die damit verbundenen Denk-, Handlungs- und Entscheidungsprozesse das Handeln in der Diätetik beeinflussen.“<sup>2</sup>

Wesentliche Unterschiede zwischen Anfängern (Novizen) und Experten in Denk- und Entscheidungsprozessen im therapeutischen Kontext liegen darin begründet, dass Experten über folgende Elemente verfügen: Sie weisen ein strukturiertes umfangreiches Wissen auf, sie verfügen über einen Fundus an Problemlösungsschemata und sie greifen auf Erfahrung zurück bzw. verspüren Intuition. Diese Elemente ermöglichen es dem Experten, Muster bzw. Schemata in einer Ansammlung von Informationen zu erkennen und entsprechende Problemlösungen abzurufen. Viele erfahrene Diätassistenten wenden im beruflichen Handlungsprozess ebenso Schritte und Methoden des G-NCP unbewusst an, können ihre Vorgehensweise aber nicht exakt beschreiben. Anfänger müssen mittels eines strukturierten Prozesses und beständiger Reflexion erst erlernen, sinnvolle mentale Muster zu bilden.

Diese Denkstrategien können systematisch erlernt werden, um in der Lage zu sein, in der beruflichen therapeutischen Handlung zügig und sicher auf Muster zu schließen und Lösungswege abrufen zu können. Der Vortrag zeigt die Bedeutung des Clinical Reasonings als Grundlage des therapeutischen Handelns im G-NCP auf sowie dessen konkret zu erlernende Schritte. Hierzu gehören das Erkennen von Cues (Schlüsselwörtern), das Üben von Hypothesenbildung, Methoden zur Überprüfung der Hypothese, die Berücksichtigung verschiedener Dimensionen der Probleme des Patienten bis hin zur Festlegung der Ernährungsdiagnose. Hierbei handelt es sich stets um einen dynamischen Prozess, der spiralförmig abläuft.

## Dokumentieren nach den Prinzipien des G-NCP: ein Praxisbeispiel aus der Onkologie

Nicole Erickson

---

<sup>2</sup> VDD-Leitlinie für die Ernährungstherapie und das prozessgeleitete Handeln in der Diätetik Band 1 - Manual für den German-Nutrition Care Prozess (G-NCP), herausgegeben vom Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD), Pabst Science Publisher Lengerich, 1. Auflage 2015

## **G-NCP in der ambulanten Ernährungsberatung**

Susann Otto

Um den Anforderungen einer professionellen und qualitätskontrollierten Ernährungsberatung im ambulanten Bereich (speziell: Medizinisches Versorgungszentrum) gerecht werden zu können, dient die Vorgehensweise nach dem G-NCP als unterstützendes Modell. Der G-NCP fungiert hier besonders als Hilfestellung einer systematischen und einheitlichen Herangehensweise im Beratungsprozess, wodurch eine hohe Anzahl von Patienten erfolgsorientiert behandelt werden können.

Die bisherigen Erfahrungen der Autorin in der Anwendung des G-NCP im ambulanten Setting (ca. 2 Jahre) zeigen, dass die verschiedenen Schritte des G-NCP grundlegend umgesetzt werden können. Der Beginn der Ernährungsberatung erfolgt in den meisten Fällen über eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung durch einen internen oder externen Arzt oder über die intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung des Nutzers. Das Ernährungsassessment kann in einem 60-minütigen Erstgespräch durch die Anwendung verschiedener Assessmentinstrumente (z.B.: Anamnesebogen, Messung des Körpergewichts und des Bauchumfangs, Skalen zur Ermittlung des Wohlbefindens, prospektives Essprotokoll usw.) erfolgen. Die Clusterung der gewonnenen Daten kann über das ICF-Modell direkt im Erstgespräch vorgenommen werden. Für einen geringen Zeitaufwand der Dokumentation kann es hilfreich sein, bereits den Anamnesebogen in Anlehnung an das ICF-Modell zu strukturieren. Je nach Indikation sollte sich die Bestimmung der Nutrition Care Indikation auf beispielsweise fünf Schwerpunkte konzentrieren. Bei der Formulierung der Ernährungsdiagnose und des PESR-Statements wird aus zeitlichen Gründen aktuell lediglich die Formulierung der Ernährungsprobleme und Ressourcen der Nutzer vorgenommen. Dieser Schritt erfolgt während der Durchführung des Anamnesegesprächs und wird nach Analyse des Essstagebuchs vor dem Zweitgespräch vervollständigt. Hypothesen über Ursachen und Symptome der Ernährungsprobleme werden gedanklich formuliert. Die anschließende Planung der Intervention, welche in der Regel auf vorbereiteten Beratungskonzepten (Interventionsplan) beruht, kann nach der Formulierung der Ernährungsprobleme lösungsorientierter und effektiver vorgenommen werden.

Die Interventionseinheiten umfassen insgesamt fünf Beratungsgespräche mit einer Gesamtzeit von 180 Minuten. Die fünf Beratungen erstrecken sich in der Regel über einen Zeitraum von 5 Monaten, wobei die Abschlussberatung hauptsächlich der Evaluation dient. Zukünftig sollte an einer digitalen Lösung für die Dokumentation und Vorgehensweise nach dem G-NCP gesucht werden, um zeitliche Herausforderungen meistern zu können. Der aktuell hohe Dokumentationsaufwand erschwert die Umsetzung. Abschließend kann festgehalten werden, dass der ambulante Bereich ein gutes Setting zur Umsetzung des G-NCP darstellt.

## **Ambulante Ernährungstherapie – nur etwas für Freiberufler?**

### **Ernährungstherapie in der eigenen Praxis: Selbstständigkeit – Grundlagen, die es zu beachten gilt**

Iris Flöhrmann

### **Ambulante Ernährungstherapie – es geht auch angestellt! Beispiele von Kollegen für Kollegen**

#### **Ernährungsberatung in einem Facharztzentrum**

Susann Otto

#### **Ernährungsberatung für ein Dienstleistungszentrum**

Jennifer Schoffelke

Die Oviva GmbH existiert in der Schweiz bereits seit 2013. Seit Beginn an wird die Ernährungstherapie vor Ort fest in Arztpraxen angeboten. Mittlerweile ist Oviva bereits nach Deutschland, UK und auch nach Frankreich expandiert. Ziel ist es, Menschen mit ihrer Gesundheit zu helfen, und ihnen auf ihrem Weg zu einem gesünderen Leben beizustehen. Ein wichtiger Punkt hierbei ist nicht nur die Durchführung der reinen Ernährungstherapie/ Beratung, sondern auch die Nutzung der bereitgestellten Technologie. Um die Ernährungsberatung noch effektiver zu gestalten, wurde eine Smartphone App entwickelt, welches ermöglicht, noch enger mit dem Patienten zusammen zu arbeiten, d.h. auch zwischen den Sitzungen mit dem Patienten in Kontakt zu stehen. Neben der Beratung stützt sie zudem die Datenerfassung und bestimmte Messwerte. Somit eignet sie sich ergänzend zur klassischen Face-to-Face Beratung.

In dem Vortrag wird das damit verbundene Arbeitsfeld erläutert, und die täglichen Tätigkeiten. Weiter jedoch, wieso habe ich mich für diesen Job entschieden und nicht für die reine Selbstständigkeit? Was waren meine Fragen ans Unternehmen und meine kritischen Überlegungen. Worin liegen die Vorteile des Arbeitgebers und gibt es eventuell auch Nachteile? Welche Möglichkeiten bietet das Unternehmen für mich und wie kann ich mich als Diätassistentin mit meinem Wissen, Kenntnissen und Ideen dort einbringen?

#### **Ambulantes Therapiezentrum**

Silke Zur

Die Strehlow GmbH ist ein erfolgreiches, mittelständisches Handels- und Dienstleistungsunternehmen mit Hauptsitz in Magdeburg. 450 Mitarbeiter versorgen überregional Menschen im häuslichen Umfeld, in Krankenhäusern, in der Rehabilitation und in Einrichtungen der Altenhilfe mit medizinischen Hilfsmitteln. Eine intensive Zusammenarbeit besteht daher zu niedergelassenen Ärzten, ambulanten Pflegediensten, stationären Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, Krankenkassen und Unternehmen.



Das Ambulante Therapiezentrum bietet die ganze Bandbreite an Behandlungsmöglichkeiten der Physiotherapie an. Schwerpunkte sind die Therapiebereiche für neurologische, orthopädische sowie lymphatische Krankheitsbilder. Als weiterer Partner der Strehlow Familie ist die MOBILE Krankenpflege Magdeburg GmbH vor Ort.

Zwischen all diesen Partnern steht das Ernährungsteam, welches sich 2013 bei der Strehlow GmbH etabliert hat und sich seitdem stetig weiterentwickelt. Ziel ist und war es, gegenseitig als Netzwerkpartner und Kollege zu profitieren. Ein Qualitätsmerkmal des Unternehmens ist Knowhow und Fachexpertise weiter zu geben und zu bekommen zum Wohle der zu versorgenden Patienten. Das Team besteht aktuell aus drei Diätassistenten, zwei Vollzeit- und einer Teilzeitkraft.

Somit kann das volle Leistungsspektrum der Berufsgruppe angeboten werden. Von der Prävention bis zur Therapie, Einkaufstrainings oder Kochevents. Als Kooperationspartner von Kliniken, Arztpraxen und Krankenkassen werden Projekte entwickelt und umgesetzt, regionale Selbsthilfegruppen betreut und andere medizinische Fachberufe im Bereich der Ernährungstherapie fortgebildet.

Das Ernährungsteam ist regelmäßig auf internen und externen Veranstaltungen, Messen und Fortbildungen vertreten. Bei den Strehlow Gesundheitstagen, die jährlich nicht nur in Magdeburg, sondern auch überregional stattfinden, informiert das Ernährungsteam um Silke Zur in Form von Workshops oder Vorträgen.

Spontanität, hohe Belastbarkeit, ständige Weiterentwicklung- fachlich und persönlich- wird gefordert und gefördert. Das zeichnet unseren Arbeitsalltag aus.

## **Gastroparese und Intestinale Dysmotilität**

### **Pathophysiologie und Diagnostik**

Dr. Viola Andresen, Saskia Wendt

### **Ernährungsmedizinische und medikamentöse Behandlungsoptionen**

Dr. Viola Andresen, Saskia Wendt

### **Klinische Fallvorstellungen**

Dr. Viola Andresen, Saskia Wendt

## **Save Nutrition Network – das Präventionsnetzwerk für Diätassistenten – Infoveranstaltung**

Hanna-Kathrin Kraaibeek, Ute Jentschura

# **Nahrungsmittelunverträglichkeiten**

## **Diagnose Reizdarm – reizt nicht nur den Darm...: Umgang mit der Diagnosestellung und den unterschiedlichen Therapieansätzen in der Praxis**

Annette Englert

Der Reizdarmpatient in der Ernährungsberatung ist in vielerlei Hinsicht meist kein einfacher Patient. Die Beschwerden und „Nebendiagnosen“ sind sehr unterschiedlich, weshalb es auch keine „Standardtherapie“ für diese Patienten geben kann. Um die für unsere Patienten geeignete Therapie finden zu können, muss eine fundierte Anamnese die Basis unserer Arbeit bilden. Nicht selten muss danach die Diagnose in Frage gestellt werden, z.B. weil im Vorfeld nicht leitliniengerecht alle möglichen Ursachen für die Beschwerden ausgeschlossen wurden. Manchmal erhalten wir auch wichtige Informationen, die dem behandelnden Arzt verborgen blieben, und die eine weitere Diagnostik erforderlich machen. Zudem werden wir nicht selten mit diversen Diagnosen und Testergebnissen von Heilpraktikern, Apothekern, aber auch dem behandelnden Arzt konfrontiert. Diese machen uns die Arbeit mit dem Patienten meist nicht leichter.

Nach der Anamnese können wir unserem Patienten meist schon erste Empfehlungen mit auf den Weg geben. Unerlässlich ist und bleibt aber ein Ernährungs- und Symptomtagebuch. Erst dieses gibt uns Aufschluss über die Essgewohnheiten unseres Patienten. Neben vermeintlich unverträglichen Lebensmitteln, beeinflussen auch eine ungünstige Mahlzeitenfrequenz und –zusammensetzung die geschilderten Beschwerden. Erst nach der Auswertung des Protokolls sind wir in der Lage, unserem Patienten gezielte Empfehlung für eine Ernährungsumstellung zu geben.

In der Genese des Reizdarms, aber auch bei dessen Therapie, gibt es noch viele Fragezeichen. In den letzten Jahren konnten wir viele neue Erkenntnisse gewinnen und Zusammenhänge dadurch besser verstehen. Trotzdem gibt es hier noch viel Forschungsbedarf. Auch im Bereich der Ernährungstherapie gibt es durch diese Erkenntnisse immer wieder neue Ansätze, um die Beschwerden der Patienten lindern, und deren Lebensqualität steigern zu können. Als Ernährungsfachkraft sollte man kritisch bleiben, den Patienten mit seinen individuellen Beschwerden im Blick behalten, aber auch offen sein für neue Ansätze. Heiß umstritten sind derzeit vor allen Dingen die Themen „glutenfreie Ernährung“ und das „FODMAP-Konzept“. Eine Lösung für alle unsere Reizdarmpatienten? Sicher nicht, aber als Therapieoption durchaus möglich und in Betracht zu ziehen. Sind denn FODMAP´s tatsächlich so neu, oder berücksichtigen wir diese, je nach Symptomatik und moderat, nicht schon lange in unserer Therapie? Sehen wir nicht tatsächlich Patienten, bei denen letztlich eine glutenfreie/-arme oder weizenfreie Ernährung zum Erfolg führt?

## **Die Weizenabhängige anstrengungsinduzierte Anaphylaxie (WDEIA) – eine Sonderform der Weizenallergie: Theorie und diätetische Praxis**

Ann-Christin Lindenau

# **Lebensmittelallergie – wenn Essen krank macht! Gefahr erkannt – Gefahr gebannt?: Risikobewertung und Allergenmanagement**

Dr. Rolf Steinmüller

Hautreaktionen, Bauchschmerzen und ein Kratzen im Hals – hinter solchen meist unspezifischen Symptomen kann sich ein derart gewöhnlicher "Krankheitserreger" verbergen, dass Betroffene zunächst ungläubig reagieren – die tägliche Nahrung. Auf eine Vielzahl von Lebensmitteln können wir allergisch reagieren. Die Übeltäter stecken in Milch, Obst oder Gemüse, in Getreide, Nüssen, Ei oder Fisch. Für Betroffene kann bereits eine halbe Erdnuss oder ein Tropfen Milch eine ernste Gefahr darstellen. In den letzten Jahren ist die Aufmerksamkeit für Unverträglichkeitsreaktionen gegen Lebensmittel erheblich gestiegen. Insbesondere die so genannten "versteckten" Allergene, jene, die für den Verbraucher nicht unmittelbar erkennbar sind, stellen für den Allergiker ein nicht unerhebliches gesundheitliches Risiko dar. Sie können Zutat eines Erzeugnisses sein oder aufgrund einer unbeabsichtigten Verunreinigung während der Herstellung in ein Produkt gelangen. Im Alltag liegt somit das Hauptproblem für den Allergiker oft darin, dass auf der Lebensmittelverpackung diese wichtigen Informationen fehlen.

Auch wenn wissenschaftlich gesicherte Zahlen allzu häufig fehlen, muss jedoch davon ausgegangen werden, dass Lebensmittelallergien ohne Zweifel ein beachtliches gesundheitspolitisches Problem darstellen. In diesem Zusammenhang werden jedoch oftmals nahezu alle Beschwerden nach dem Verzehr von Lebensmitteln als Allergien gedeutet. Dies ist jedoch nicht immer zutreffend und echte Allergien sind anhand von klaren Kriterien von anderen Unverträglichkeitsreaktionen abzugrenzen.

An einem drastischen Fallbeispiel werden einige der immer wiederkehrenden Elemente einer Lebensmittelallergie, die charakteristisch für den letalen Verlauf einer akuten allergischen Reaktion auf ein verstecktes Lebensmittel sind, aufgeführt. Weiterhin wird der Frage nachgegangen, was ein Lebensmittel zum Allergen macht, welche relevanten allergieauslösenden Lebensmittel existieren, sowie ein Versuch unternommen, die Allergieauslöser zu charakterisieren.

Nahrungsmittelallergiker sind auf eine eindeutige Allergenkennzeichnung angewiesen, da diese für sie derzeit die einzige Möglichkeit darstellt, sichere Lebensmittel auszuwählen. Zusätzliche Warnhinweise bezüglich der Anwesenheit von rezepturgemäß nicht verwendeten allergenen Lebensmitteln waren ursprünglich gedacht, um den Allergiker auf die Gefahr von allergenen Verschleppungen aufmerksam zu machen. Aufgrund der häufigen Verwendung von derartigen Warnhinweisen wirken diese für den allergischen Verbraucher aktuell aber eher verwirrend als erklärend. Nur eine eindeutige Kennzeichnung des tatsächlichen Allergenstatus hilft letztlich dem Allergiker.

Vor diesem Hintergrund zielt ein Allergenmanagement auf die Verringerung unbeabsichtigter versteckter Inhaltsstoffe durch eine Verbesserung der Abläufe. Dies beinhaltet eine Überwachung der Ausgangsmaterialien, eine Überwachung der Herstellungsprozesse sowie die Überprüfung der Reinigungseffizienz.

Lebensmittelallergien stellen auch nach dem heutigen Stand der Wissenschaft eine große Herausforderung dar. Dies betrifft nicht nur den Bereich der Diagnostik und der Therapie, sondern auch die Charakterisierung der Allergene. Aber selbst eine exakte Strukturaufklärung der Allergene, die Entwicklung hypoallergener Nahrung, eine verbesserte Therapie, das Wissen über die pathogenetischen Mechanismen und eine lückenlose Kennzeichnung der Lebensmittel wird nicht zu 100%-ig sicheren Nahrungsmitteln führen. Ein Restrisiko wird für den einzelnen Allergiker durch die individuell stark differente Pathogenese, Symptome und Sensibilisierung stets bleiben. Dieses

lässt sich jedoch durch entsprechende Maßnahmen und zunehmendes Wissen stark minimieren.

## **Versorgungsforschung / Evidenzbasierung**

### **Ökonomie in der klinischen Ernährung – Was ist für Diätassistenten wissenswert?**

Dr. Jens-Peter Keil

Die Prävalenz der Mangel- und Fehlernährung in deutschen Krankenhäusern ist erschreckend hoch. Aus diesem Grund kommen dem Screening auf Mangelernährung, der speziellen ernährungsmedizinischen Diagnostik und der gezielten ernährungstherapeutischen Intervention eine besondere Bedeutung zu. Der Wert des Wirkens effizienter Ernährungsteams bezüglich der Reduktion der Morbidität und Mortalität wurde in zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten nachgewiesen. Krankenhäuser sind nach politischem Willen spätestens seit der Einführung des Fallpauschalen-Systems (DRG = diagnosis related groups) eigenständige Wirtschaftsunternehmen. Sie müssen ihre personellen und materiellen Betriebsmittel nicht nur refinanzieren, sondern in Abhängigkeit von der Trägerschaft ein entsprechendes positives Betriebsergebnis erwirtschaften. Da die Betriebskosten für die Behandlung von Patienten von den gesetzlichen Krankenkassen fallbezogen erstattet werden, hat der Gesetzgeber zusätzlich ein „Wirtschaftlichkeitsgebot“ vorgeschrieben. Unter diesem Aspekt kommt jede medizinische Fachgruppe und deren Ressourcenverbrauch qualitativ und quantitativ auf den betriebswirtschaftlichen Prüfstand.

Für Ernährungsfachkräfte aller Berufsgruppen ist es somit wichtig, die Grundlagen der Krankenhausfinanzierung und spezielle Feinheiten der Abbildung der Ernährungsmedizin in diesem System zu kennen und gegebenenfalls zu nutzen. Analysen und Statistiken können helfen, den aktuellen materiellen Wert der Fachgruppe für das jeweilige Unternehmen darzustellen. Im deutschen Fallpauschalensystem spielen die diagnostizierten und therapierten Aufnahme-(Haupt-) Diagnosen und aufwandsrelevante Nebendiagnosen mit durchgeführten Prozeduren für die Erlösrelevanz eine wesentliche Rolle. Ernährungsrelevante Einweisungen zur Krankenhausbehandlung haben aktuell leider nur nachgeordnete Relevanz. Somit ist die Abbildung der ernährungstherapeutischen Bemühungen zur Verbesserung des Zustandes der betroffenen Patienten vorrangig über die Diagnostik, Therapie und Dokumentation (Kodierung) als Nebendiagnose von Bedeutung. Aufgrund der jährlichen Neujustierung des Abrechnungssystems und der Neubeurteilung der Aufwandsrelevanz von Nebendiagnosen ist eine zyklische Abwertung des Einflusses ernährungsrelevanter Interventionen auf die Abrechnung zu verzeichnen. Somit droht eine Abwertung der Leistung der Ernährungsteams aus betriebswirtschaftlicher Sicht. Dies kann zu einem Verlust vorhandener klinischer ernährungstherapeutischer Ressourcen auch zu Lasten der Patientenversorgung führen. Entsprechend sind konzertierte berufsgruppenübergreifende Anstrengungen der Partner im Gesundheitswesen nötig, um eine kostengerechte Darstellung der Ernährungstherapie im DRG-Abrechnungssystem zu gewährleisten. Eine korrigierte Definition der Mangelernährung im ICD ist dringend erforderlich. Ebenso ist eine korrekte Kostenträgerrechnung in den DRG-kalkulierenden Krankenhäusern zu fordern. Da die Mangel-

und Fehlernährung häufig die eigentliche Ursache von Folgeerkrankungen und akutstationärer Behandlungsnotwendigkeit darstellt, sollte diese definitionsgemäß auch als Hauptdiagnose Berücksichtigung finden. Derartige Ergebnisse könnten dazu führen, dass die ernährungsmedizinischen Erkrankungen budgetrelevant und deren effektive Behandlung für das Krankenhaus wirtschaftlich von Vorteil sein können. Das Ziel muss die adäquate ernährungstherapeutische Versorgung der uns anvertrauten Patienten sein!

## **Diätetische Interventionen: Vieles ist beweisbar, wenig ist bewiesen**

Prof. Dr. Luzia Valentini

## **Mangelernährung: Bedeutung für die Versorgungsforschung**

Prof. Dr. Kathrin Kohlenberg-Müller

## **Vorsymposien**

## **Vorteile der Körperzusammensetzungsanalyse in der Ernährungstherapie**

Veranstaltung von seca gmbh & co. kg

## **Einführung**

Klaus-Johannes Möller

## **Grundlagen, Validierung und Präzision modernster Methoden zur Analyse der Körperzusammensetzung**

Michael Johannes Maisch

## **Einblicke in die Praxis: BIA im Alltag der Ernährungstherapie**

Claudia Anna Böwingloh

## **Workshop - Sinnesschule zum Süßgeschmack**

Veranstaltung Süßstoff-Verband e.V.

Dr. Karolin Höhl