

Diät & Information

VDD VERBAND DER DIÄTASSISTENTEN – DEUTSCHER BUNDESVERBAND E.V.

Schwangerschafts- komplikationen

**PCO-Syndrom:
Wenn die Hormone
verrückt spielen**

**Diabetes und
Schwangerschaft**

**Mütter mit proble-
matischem sozialen
Hintergrund**





Liebe Mitglieder,

hoffentlich sind Sie alle gut ins neue Jahr gestartet! 2009 hält jedenfalls ein interessantes Projekt für Sie bereit: Zusammen mit EFAD (European Federation of the Association of Dietitians) hat der VDD eine Reihe namens „Ich bin Diätassistent – I’m a dietitian!“ ins Leben gerufen. Hierbei werden in den folgenden Ausgaben der D&I Diätassistenten aus Europa aus ihrem Berufsalltag und von ihrer Ausbildung berichten. Den Anfang macht Simon Armbrutz, ein Kollege aus Ungarn.

Außerdem tagte der ICDA (International Congress of Dietetic Associations) – dieses Mal in Japan. Rund 5000 Diätassistenten aus allen Teilen der Welt diskutierten zum Thema „Globale Verflechtung im Bereich Diätetik und Kooperation für die Gesundheit der Menschen“. Berufspolitisch bedeutend ist, dass vor Ort ein „Internationaler Kodex der Berufsethik und Kodex der guten Praxis“ verabschiedet wurde. Auf Seite 15 finden Sie den Bericht zum Kongress von Daniel Buchholz und die Übersetzung des Kodex.

Im Fokus finden Sie Beiträge zum Thema Schwangerschaftskomplikationen: Ab Seite 5 können Sie von Dr. Kai Bühling einen Übersichtsartikel über Diabetes und Schwangerschaft lesen. Und wie die Betreuung von Müttern mit problematischem sozialen Hintergrund gestaltet sein kann, erfahren Sie von Sabine Ohlrich ab Seite 9.

Kerstin Malzkorn schreibt zum Thema Polycystisches Ovarialsyndrom und welche Bedeutung es für Kinderwunsch und Schwangerschaft hat. Begleiterscheinungen der Erkrankung, aber auch Verstärker des PCO-Syndroms, können Insulinresistenz und Übergewicht sein. Wie die Ernährung das Krankheitsbild positiv beeinflussen kann, das lesen Sie ab Seite 2 in dem Beitrag „Wenn die Hormone verrückt spielen“.

Allen Autorinnen und Autoren ein herzliches Dankeschön für ihre Mitarbeit!

Anja Fleischauer

Titelbild: © Itstockfree

Editorial 1

Fokus

Wenn die Hormone verrückt spielen
Polycystisches Ovarialsyndrom –
Bedeutung für Kinderwunsch und
Schwangerschaft 2

Diabetes und Schwangerschaft 5

Betreuung von jungen Müttern mit
problematischem sozialen
Hintergrund 9

Impressum 10

Ein Mütterhaus in Berlin 11

VDDintern

VDD aktuell 12

Stefanie Herrmann, neues Mitglied
der AG Freiberuflichkeit 14

ICDA verabschiedet den Internationalen
Kodex der Berufsethik und Kodex der
guten Praxis in Yokohama, Japan 15

Dietetikus vagyok!
Ich bin Diätassistent! 18

Ich bin Diätassistent!
I’m a dietitian! Ein europäisches
Projekt von EFAD und dem VDD 19

Neue Mitglieder 20

Neue Schüler-Mitglieder 21

Marktplatz

Abfindungen –
besteht ein Rechtsanspruch? 22

Gesellschaft und Ernährung im Wandel
1. Ernährungsforum Rheinland-Pfalz 24

Empfehlung: Fisch während der
Schwangerschaft 25

Reibekuchen? Waffeln für Tansania! 26

Forum der Industrie 30

Termine 31

Bücher & Co. 33

Wenn die Hormone verrückt spielen

Polycystisches Ovarialsyndrom – Bedeutung für Kinderwunsch und Schwangerschaft

Das Polycystische Ovarialsyndrom – kurz PCOS genannt – ist eine weit verbreitete Hormonstoffwechselstörung, die in Deutschland rund 1 Million Frauen betrifft. Die Symptome dieser Erkrankung sind vielfältig und äußern sich individuell unterschiedlich. Ein typisches Merkmal ist die erhöhte Konzentration männlicher Sexualhormone (Hyperandrogenämie). Eine Erhöhung der Androgenwerte, vor allem des Testosterons im weiblichen Organismus zeigt sich durch einen gestörten Menstruationszyklus und damit einhergehender Unfruchtbarkeit. Die Monatsblutung verschiebt sich manchmal nur um einige Tage oder sie bleibt ganz aus. Als sehr belastend empfinden die betroffenen Frauen auch die vermehrt auftretende Körperbehaarung an Kinn, Brust und Bauch (Hirsutismus), eine auch nach der Pubertät immer noch auftretende Akne und lang anhaltenden Haarausfall (Alopezie). Begleiterscheinungen, aber auch Verstärker

des PCO-Syndroms können zudem Insulinresistenz und Übergewicht sein. Es tritt allerdings nicht jedes Symptom bei jeder Frau in Erscheinung und auch nicht in gleich starker Ausprägung. Dadurch wird eine zutreffende Diagnose häufig erst gestellt, wenn ein konkreter Kinderwunsch besteht und sich eine Schwangerschaft nicht einstellen will.

Zur Erleichterung der Diagnosestellung legten Experten im Jahr 2003 in Rotterdam gemeinsam fest, welche Kriterien für PCOS charakteristisch sind (ESHRE/ASRM, 2004, siehe Tabelle). Diese Definition schließt andere endokrinologische Erkrankungen als mögliche Ursache der hormonellen Veränderungen aus.

Was im Körper auf hormoneller Ebene passiert

Der Menstruationszyklus der Frau wird durch das genaue Zusammen-

spiel von Hormonen aus dem Hypothalamus (GnRH), der Hypophyse (LH und FSH) und den Eierstöcken (Östrogen und Progesteron) reguliert. Ein normal verlaufender Zyklus dauert vom ersten Tag der Monatsblutung an gesehen, etwa 28 Tage. In der ersten Phase, der Follikelphase, sorgt FSH für das Wachstum von mehreren Eibläschen (Follikeln) im Eierstock und die Heranreifung eines dominanten Eibläschens mit einer reifen Eizelle. Dieser dominante Follikel beginnt Östrogene zu produzieren, die in der Hypophyse eine gesteigerte Ausschüttung von LH bewirken.

Erreicht der LH-Spiegel zur Mitte des Zyklus seinen Höhepunkt, kommt es zum Eisprung und die Lutealphase des Zyklus beginnt. In dieser Phase wandelt sich der Follikel durch LH, FSH und Östrogen zum Gelbkörper um und bildet ein Gelbkörperhormon, das Progesteron. Zusammen mit den Östrogenen bewirkt Progesteron eine Hemmung der GnRH-Freisetzung aus dem Hypothalamus und damit eine Verminderung von LH und FSH. Kommt es während der Wanderung der Eizelle vom Eierstock zur Gebärmutter nicht zur Befruchtung und Einnistung der Eizelle, bildet sich der Gelbkörper zurück. Die Progesteronspiegel fallen ebenso wie die Östrogenspiegel und lösen damit die Monatsblutung aus.

Im Polycystischen Ovarialsyndrom ist dieses komplizierte Zusammenspiel der verschiedenen Wirkstoffe verschoben. Die aufeinander abgestimmte Kommunikation zwischen Hypothala-

	Gekennzeichnet durch
1. Chronische Anovulation	<ul style="list-style-type: none"> • Oligo- oder Amenorrhoe
2. Klinischer Hyperandrogenismus und/oder biochemischer Hyperandrogenismus	<ul style="list-style-type: none"> • Hirsutismus • Erhöhtes Testosteron • Erhöhtes Luteinisierendes Hormon (LH)
3. Polycystische Ovarien	<ul style="list-style-type: none"> • 12 Follikel (2–9 mm) oder • Eierstockvolumen > 10 ml

Das Polycystische Ovarialsyndrom liegt vor, wenn 2 dieser 3 Anzeichen vorhanden sind.

lamus und Hypophyse ist verändert, sodass es zu einem Missverhältnis zwischen LH und FSH kommt, mit einem deutlichen Überschuss an LH.

Ein erhöhter LH-Spiegel bedeutet eine erhöhte Produktion von Androgenen in Eierstock und Nebenniere. Das Hauptandrogen Testosteron kann im Eierstock zu Östrogen umgewandelt werden, wodurch die Östrogenspiegel steigen und ihrerseits die Hypophyse anregen noch mehr LH auszuschütten.

Durch den Hyperandrogenismus verändert sich auch der Eierstock. Die äußere bindegewebige Schicht verdickt sich und erschwert einen Eisprung. Zusätzlich vermindert sie die Wirkung des Follikelstimulierenden Hormons auf die Follikel. Die Follikelreife kann durch die niedrigen FSH-Spiegel nicht abgeschlossen werden. Es bildet sich infolgedessen kein dominanter Follikel aus und der Eisprung unterbleibt. Die Eibläschen können als kleine „Zysten“ am Eierstock auf einem Ultraschallbild sichtbar gemacht werden. Diese Zysten sind in ihrer Entwicklung in einem Stadium stehen geblieben, in dem sie selbst mehr Testosteron als Östrogen produzieren und somit die hormonelle Gesamtlage weiter verändern. Der Menstruationszyklus dauert durch diese Veränderungen länger als 28 Tage. Ab einer Länge von 35 Tagen spricht man von einer Oligomenorrhoe. Nicht selten kommt es sogar zu einem kompletten Ausbleiben der Periode, einer Amenorrhoe.

Weitere Einflussfaktoren

In Untersuchungen konnte herausgefunden werden, dass PCOS-Patientinnen häufig zuviel des Hormons Insulin produzieren. Insulin wird nach den Mahlzeiten ausgeschüttet, um den angestiegenen Blutzuckerspiegel wieder abzusenken, indem es die Zellen dazu bringt Glukose aufzunehmen. Rezeptoren für Insulin gibt es

demnach an fast allen Körperzellen. Auch die Eierstöcke besitzen Insulinrezeptoren. Sie sind allerdings als einziges Körpergewebe nicht in der Lage, bei einem Insulinüberschuss ihre Rezeptoranzahl zu reduzieren. Der Eierstock reagiert auf das Insulin mit Zellwachstum und produziert dadurch neben weiblichen Geschlechtshormonen auch mehr Testosteron, das dann in den Kreislauf gelangen kann. Im Blut wird das Testosteron gebunden an ein Transportprotein transportiert. Dieses Protein (SHBG = Sexualhormonbindendes Globulin) wird in der Leber produziert. Durch die erhöhten Insulinspiegel wird seine Produktion jedoch gedrosselt. Dadurch gelangen auch freie Testosteronmoleküle ins Blut. Dieses bioverfügbare Testosteron verursacht die vermännlichenden Symptome Akne, Haarausfall und Hirsutismus.

Therapieoptionen

Die Behandlung des PCOS richtet sich nach den individuellen Beschwerden und Wünschen der Patientin. Es stehen neben Ovulationshemmern (Pille) mehrere Medikamente zur Verfügung, die die Androgenproduktion vermindern oder die gezielt gegen einzelne Symptome vorgehen. Besteht ein konkreter Schwangerschaftswunsch, können einige dieser Medikamente jedoch nicht eingesetzt werden.

Das Erreichen eines regelmäßigen Menstruationszyklus ist ein primäres Behandlungsziel. Es erhöht einerseits

die Wahrscheinlichkeit, dass eine Ovulation stattfindet. Andererseits verhindert eine regelmäßige Blutung mit Erneuerung der Gebärmutter-schleimhaut die Entstehung von Krebs (Endometriumkarzinom). Auch an Spätfolgen des PCOS muss gedacht werden, denn langfristig haben PCOS-Patientinnen ein erhöhtes Risiko an Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken. Ein guter Ansatzpunkt für eine gezielte Behandlung ist deshalb der Insulinstoffwechsel. Da sowohl Insulin als auch Testosteron aufbauende (anabole) Wirkung haben, neigen Frauen mit PCOS leichter zu Übergewicht und Adipositas. Eine Verringerung der Insulinausschüttung zieht eine verringerte Androgenproduktion nach sich und damit eine Verbesserung der äußerlichen Symptome und der Zyklusstörung.

Ernährung als Therapie

Eine bewusste Ernährung in Kombination mit mehr Bewegung gleicht das Ungleichgewicht im Stoffwechsel aus und ermöglicht in vielen Fällen die Wiederaufnahme des Menstruationszyklus. Damit ist die Chance auf eine Ovulation und eine Schwangerschaft erhöht. Bei bestehendem Übergewicht verbessert bereits ein Gewichtsverlust von 5% die Insulinwirkung auf die Körperzellen. Gleichzeitig erhöht sich die Produktion des Transportproteins SHBG, das mehr freies Testosteron im Blut binden kann. Dieser Anstieg vollzieht sich langsam, aber kontinuierlich und ver-

Anzeige

VERSICHERUNG

Spezielle Versicherungen für Diätassistenten/innen

Berufshaftpflicht

1 Inhaber/in, jährlich 72,- Euro, 1 angest. Mitarbeiter 30,- Euro jeweils zzgl. Versicherungssteuer.

Privathaftpflicht für Inhaber 40,- Euro zzgl. Versicherungssteuer. Bedingungen speziell auf Ihren Beruf abgestimmt.

Praxis-Ausfall- und Einrichtungsversicherung, Rechtsschutz-, Renten-, Berufsunfähigkeits-, Kranken- und private Versicherungen, Fondsanlagen.

ULLRICH Versicherungs- und Finanzservice

50667 Köln, Marsportengasse 6, Tel.: 02 21/35 66 69-0, Fax: 02 21/35 66 69-29
E-Mail: info@ullrich-versicherung.de, www.ullrich-versicherung.de

bessert damit die bestehende Hyperandrogenämie.

Wie bei der medikamentösen Therapie, gibt es auch im Ernährungsbereich verschiedene Strategien, die zum Erfolg führen können. In Studien hat sich herausgestellt, dass kurzfristig eine strenge Kalorienrestriktion sinnvoll sein kann (mithilfe von Flüssignahrungen). Schon nach einer Woche konnten Verbesserungen in Nüchterninsulin und -glukosewerten erreicht werden. Die Testosteronwerte reagierten ebenfalls mit einem leichten Rückgang. Da hohe Testosteron- und Insulinspiegel mitverantwortlich sind für Heißhungerattacken, vor allem auf Süßes, kann sich ein strenger Einstieg positiv auf eine geplante langfristige Ernährungsumstellung auswirken.

PCOS-Patientinnen haben oftmals eine regelrechte Diätkarriere hinter sich. Um ihre Motivation aufrechtzuerhalten, sollte diese Methode nur bis zu einer Dauer von 2 Wochen durchgeführt werden. In dieser Zeit kann eine Vorbereitung auf eine langfristige Ernährungsumstellung erfolgen.

The new Glucose Revolution: Zur langfristigen Anwendung hat sich das Konzept des glykämischen Index bzw. der glykämischen Last als positiv erwiesen. Es berücksichtigt mit seinem Ansatz die vordiabetische Stoffwechsellage des PCOS. Darin stehen vor allem komplexe Kohlenhydrate im Vordergrund, die nur einen leichten und langanhaltenden Blutzuckeranstieg verursachen und sich damit als vorteilhaft erweisen. Gleichzeitig wird auf die Fettzufuhr und -qualität geachtet. Eine Verfechterin dieses Ernährungskonzeptes ist die Australierin Dr. Jennie Brand-Miller. In ihrem Buch „The new Glucose Revolution – Guide to Living well with PCOS“ lässt sie Frauen zu Wort kommen, die mit einer Ernährung

nach dem glykämischen Index herausragende Erfolge erzielt haben.

Wichtig ist zu beachten, dass auch nach einer Gewichtsabnahme die für das Syndrom charakteristisch erhöhte Insulinproduktion bestehen bleibt. Deshalb neigen PCOS-Frauen zu einer erneuten und schnellen Zunahme, vor allem am Bauch (Apfel-Typ). Auch Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck sind häufig in Kombination mit PCOS anzutreffen und müssen ebenfalls durch die Ernährung berücksichtigt werden.

Reichen diese Maßnahmen (Ernährung und Bewegung) alleine nicht aus, können unterstützend Medikamente verschrieben werden, die die Wirksamkeit des Insulins an den Körperzellen weiter verbessern (z.B. Metformin).

Kinderwunsch und Schwangerschaft

Wünscht sich eine Frau mit PCOS ein Kind, kann sie ihre Chancen auf eine Schwangerschaft erhöhen, z.B. durch:

- eine gesunde Lebensweise (kein Alkohol, nicht rauchen, Stress reduzieren, kein Koffein)
- gezielte Ernährung und regelmäßige Bewegung über einen Zeitraum von rund 6 Monaten
- Gewichtsabnahme (mindestens 5 % des aktuellen Körpergewichts)
- Einnahme von 400 mg Folsäure einige Zeit vor der Empfängnis
- Versuche im ersten Monat nach dem Absetzen der Pille schwanger zu werden

Stellt sich nach einiger Zeit keine Schwangerschaft ein, kann mit professioneller Hilfe eine Fruchtbarkeitsbehandlung durchgeführt werden.

Je gesünder und normalgewichtiger eine PCOS-Patientin ist, wenn sie schwanger wird, desto höher ist die

Wahrscheinlichkeit, dass sie eine normale Schwangerschaft durchläuft. Jedoch ist das Risiko im frühen Stadium der Schwangerschaft eine Fehlgeburt zu erleiden beim PCO-Syndrom erhöht. Ebenfalls besteht ein erhöhtes Risiko für die Schwangere einen Gestationsdiabetes (Seite 5) oder eine Präeklampsie zu entwickeln. Regelmäßig kontrollierte Blutzucker- und Blutdruckwerte geben Aufschluss über die aktuelle Stoffwechsellage und erlauben ein rechtzeitiges Einschreiten bei ungewöhnlichen Veränderungen. Trotz dieser beschriebenen möglichen Komplikationen sind PCOS-Frauen in der Lage, gesunde Babys zu bekommen.

Hilfreiche Internetseiten:

www.pco-syndrom.de
www.pcos-selbsthilfe.org

Kerstin Malzkorn
 Diplom-Oecotrophologin
 Elbestr. 39
 70376 Stuttgart

Literatur

- Brand-Miller J, Farid N R, Marsh K. The New Glucose Revolution Guide to Living Well with PCOS, Marlowe & Company, New York, 2004: 3, 23 ff.
- ESHRE/ASRM-sponsored PCOS Consensus Workshop Group (2004), Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS), Human Reproduction 19: 41–47.
- Futterweit W. A Patient's Guide to PCOS – Understanding and Reversing Polycystic Ovary Syndrome, Henry Holt and Company, New York, 2006: 172f, 177.
- Thatcher S. Polycystic Ovary Syndrome – The Hidden Epidemic, Perspective Press, Indianapolis, Indiana, USA, 2000: 25ff, 180, 218, 226–239.

Diabetes und Schwangerschaft

Während Patientinnen mit Typ-1-Diabetes zumeist in diabetologischer Betreuung sind, werden Gestationsdiabetikerinnen meistens bei ihrem Frauenarzt diagnostiziert. Dieser leitet dann weitere Untersuchungen ein und wird, ggf. in Kooperation mit einem Diabetologen, die Patientinnen einer Ernährungsberatung zuführen. In den letzten Jahren hat die Häufigkeit des Typ-2-Diabetes aufgrund des Übergewichtes erheblich zugenommen. Zudem ist das Alter der Erstmanifestation vorgelagert, sodass wir immer häufiger auch mit Schwangeren mit einem Typ-2-Diabetes zu tun haben.

Da die Risikofaktoren des Gestationsdiabetes mit Adipositas, familiärer Belastung und höherem Alter ähnlich denen des Typ-2-Diabetes sind, nimmt man an, dass es sich bei Schwangeren mit Gestationsdiabetes um ein Hochrisikokollektiv für die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes handelt und die Schwangerschaft sozusagen als „anti-insulinärer Belastungstest“ anzusehen ist. Wird bereits vor der 20. Schwangerschaftswoche ein GDM diagnostiziert, handelt es sich zumeist um einen bisher unerkannten Typ-2-Diabetes. Dementsprechend entwickeln viele Patientinnen mit Gestationsdiabetes postpartal einen Typ-2-Diabetes. Die kumulative Inzidenz liegt bei 3% pro Jahr, d.h. nach zehn Jahren beträgt sie 30% [1].

Betreuung

Die Betreuung schwangerer (Typ-1- und Typ-2-)Diabetikerinnen bleibt sicherlich den Spezialsprechstunden vorbehalten, weshalb nur einige – für den Frauenarzt wichtige – Eckpunkte angeschnitten werden sollen. Sie beziehen sich nicht auf den Gestations-

diabetes, der im Anschluss abgehandelt wird.

Besonderheiten in der Betreuung schwangerer (Typ-1- und Typ-2-) Diabetikerinnen

- Das Risiko für Aborte oder Fehlbildungen korreliert mit dem HbA1c-Wert zu Beginn der Schwangerschaft. Dementsprechend sollte eine präkonzeptionelle Beratung erfolgen, in der auf die Notwendigkeit einer guten Blutzuckerspiegelleistung eingegangen werden sollte.
- Die Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik (Ersttrimester-Screening, Feindiagnostik, Doppler) sollten voll ausgeschöpft werden, da das Risiko für Fehlbildungen in dieser Patientinnengruppe erhöht ist.
- Charakteristischerweise fällt der Insulinbedarf zwischen der 12. und der 20. Schwangerschaftswoche ab, was ein Risiko für Hypoglykämien darstellt (Achtung: Aufklärung der Patientin!).
- Ab der 20. Schwangerschaftswoche steigt der Insulinbedarf und muss entsprechend angepasst werden, dabei können bis zu 5-fache Insulindosierungen notwendig sein.
- Bei Typ-1-Diabetikerinnen sind mindestens dreimalig Retinoskopien durchzuführen, um evtl. Retinopathien rechtzeitig zu erkennen und behandeln zu können.
- Schwangere mit einem präexistenten Diabetes entwickeln häufiger eine schwangerschaftsinduzierte Hypertonie/Präeklampsie und sind deshalb diesbezüglich engmaschig zu überwachen. Die Therapie entspricht der nichtdiabetischer Schwangerer.
- Schwangere mit den in unserer Population im fertilen Alter selten



© Jupiterimages

auftretenden Nephropathien als auch Makroangiopathien müssen engmaschig überwacht werden.

- Schwangere mit einem Typ-1-Diabetes haben häufig eine Hashimoto-Thyreoiditis und sollten entsprechend gescreent werden.
- Im Allgemeinen wird bei Schwangeren mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes eine Einleitung am Geburtstermin angestrebt. Lediglich bei weiteren Risikofaktoren sollte vorher die Entbindung erfolgen. Dabei ist zu beachten, dass die fetale Lungenentwicklung bei dieser Patientinnengruppe verzögert ist (Cave: Betreuung im Perinatalzentrum!). Aus diesem Grund ist man auch von der früher üblichen Praxis abgekommen, die Geburt bereits in der 38. SSW einzuleiten.
- Die Betreuung schwangerer Diabetikerinnen sollte in enger Kooperation mit einem Diabetologen erfol-

Klinische Folgen des Diabetes für Mutter und Kind [2].

	Mutter	Kind
Typ-1- und Typ-2-Diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> • Hypoglykämien im 1. Trimenon • Abortrate 	Fehlbildungen diabetogene Embryopathie)
Typ-1- und Typ-2-Diabetes mellitus und Gestationsdiabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Harnwegsinfektionen/Pyelonephritis • schwangerschaftsinduzierte Hypertonie/Präeklampsie • Polyhydramnion • vorzeitiger Blasensprung • Frühgeburt • Diabetes mellitus im späteren Leben • vaginal-operative Entbindungen • erhöhte Sectiorate 	<ul style="list-style-type: none"> • diabetogene Fetopathie: <ul style="list-style-type: none"> • Hypoglykämie • Hypokalzämie • B-Zell-Hyperplasie des Pankreas • Polyglobulie/Hyperbilirubinämie • Atemstörungen • Frühgeburtlichkeit • Typ-2- und vermutlich auch Typ-1-Diabetes • Infans mortuus

gen, wobei frühzeitig auch die Anbindung an ein Perinatalzentrum Level II–III initiiert werden sollte.

Auf die Überwachung der Blutzuckerwerte sub partu sowie die Frage der Insulinauswahl soll im Weiteren nicht eingegangen werden. Grundsätzlich können die Insulinanaloga (Lispro®, Insulin Aspart®) in der Schwangerschaft fortgeführt werden, da die Studien bisher keinen Nachteil zeigten. Einige Studien wiesen sogar eine bessere Blutzuckereinstellung nach.

Ernährungsoptimierung als erster Therapieansatz

Der „reine“ Gestationsdiabetes (GDM) tritt üblicherweise erst nach der 20. Schwangerschaftswoche auf. Zu diesem Zeitpunkt ist es bereits zu einem überproportionalen Anstieg Schwangerschaftshormone gekommen, die aufgrund ihrer antiinsulinären Wirkung die Blutzuckerwerte ansteigen lassen. Neben den hormonellen Faktoren spielt die Ernährung eine große Rolle. Die Ernährungsoptimierung ist daher auch der erste Therapieansatz.

Sämtliche Diagnose- und Screeningmaßnahmen zielen daher darauf ab, den GDM rechtzeitig zu entdecken. Als optimaler Zeitpunkt für ein Screening (Reihenuntersuchung) wird die 24. bis 28. Schwangerschaftswoche angesehen, da sich bis zu diesem Zeitpunkt die Kohlenhydratintoleranz ausgebildet hat und dennoch ausreichend Zeit für eine Therapie bzw. deren Ansprechen bleibt.

Dennoch ist ein generelles Screening auf einen GDM, wie es in den USA seit zwei Jahrzehnten Standard ist, bis heute nicht Bestandteil der Mutterschaftsrichtlinien. Stattdessen sehen die Mutterschaftsrichtlinien eine Untersuchung des Urins Schwangerer bei jeder Vorsorgeuntersuchung vor (Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, Fassung vom 27. Januar 1999; A 4). Der Nutzen dieser Urinuntersuchung ist bis heute nicht belegt und verursacht einen nicht unerheblichen organisatorischen Aufwand sowie Kosten. Nur 4–46% der Gestationsdiabetikerinnen können durch den Urintest entdeckt werden (3, 4, 5, 6). Häufig haben auch gesunde Schwangere eine Glukosurie, die dann Patientin und Ärzte verunsichert. Durch einen ne-

gativen Befund im Urinstix kann ein Gestationsdiabetes daher nicht ausgeschlossen werden.

Therapie des Gestationsdiabetes

Die Therapie des Gestationsdiabetes (GDM) steht auf drei Säulen:

- Ernährungsumstellung
- körperliche Aktivität
- eventuell Insulintherapie

Die Ernährungsumstellung hat in der Therapie des GDM sicherlich den größten Stellenwert. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass – neben einer eventuellen Energierestriktion – insbesondere die Reduktion des Anteils der Kohlenhydrate die Blutzuckerwerte deutlich senken kann.

Man geht derzeit von einem Energiebedarf von 30 kcal/kg Körpersollgewicht aus. Adipöse Schwangere haben einen Bedarf von 25 kcal/kg Körpersollgewicht. Das Körpersollgewicht errechnet sich aus der Körpergröße in Zentimeter abzüglich 100. Beispiel: Eine 170 cm große Patientin hat ein Körpersollgewicht von 170–100 cm = 70 kg. Dies multipliziert mit

30 ergibt 2100 kcal. Da die Reduktion des Kohlenhydratanteils zu einer Verbesserung der Glukosewerte führt, setzt man heute einen Kohlenhydratanteil von 40% an (früher 50–60%). Bezogen auf die errechneten 2100 kcal sollten 840 kcal durch Kohlenhydrate gedeckt werden (sofern man dies in Broteinheiten umrechnen möchte: 1 Broteinheit = 10–12 g Kohlenhydrate). 10 g Kohlenhydrate haben einen Brennwert von etwa 50 kcal (1 g Kohlenhydrate = 4,1 kcal), sodass diese Patientin 17 Broteinheiten täglich erhalten sollte.

Ebenso entscheidend ist aber die Beschaffenheit der Kohlenhydrate. Hier sollten komplexe Kohlenhydrate vorgezogen werden (Vollkornbrot statt Weißbrot, Vollkornreis statt weißem Reis). Kleine Mahlzeiten sind ebenso wichtig wie der Verzicht auf zuckerhaltige Getränke, wie beispielsweise der gerne von Schwangeren getrunkene Fruchtsaft. Nach erfolgter Diätberatung wird eine ambulante Kontrolle des Stoffwechsels mittels eines Blutzuckertagesprofils durchgeführt.

Für das Blutzuckertagesprofil misst die Patientin jeweils vor und eine Stunde nach Beginn der Hauptmahlzeiten den Blutzuckerwert. Der Einstundenwert korreliert besser mit dem fetalen Bauchumfang als der Zweistundenwert, weshalb ersterer vorgezogen wird. Bei etwa 80% aller Schwangeren genügt die Ernährungsumstellung zur Therapie. Werden die Grenzwerte von nüchtern 90 mg/dl (5 mmol/l) bzw. postprandial von 140 mg/dl (7,8 mmol/l) wiederholt überschritten, reicht die Ernährungsumstellung nicht aus. Dies betrifft lediglich jede fünfte Patientin, die dann zusätzlich Insulingaben benötigt. Die Art des Insulins sowie das Insulinschema sind an den jeweiligen Blutzuckertagesprofilen orientiert.

Geburt bei Diabetes mellitus und Gestationsdiabetes

Die Diagnose Diabetes ist alleine kein Grund für eine Sectio. Der Geburtsmodus sollte vielmehr von den üblichen geburtshilflichen Faktoren abhängig gemacht werden. An vorderster Stelle steht hier sicherlich das fetale Schätzwert; das Risiko für eine Schulterdystokie liegt bei einem Schätzwert über 4000 g bei ca. 2%, ab 4500 g bei etwa 10%. Um eine der seltenen Schulterdystokien zu vermeiden, müsste man eine Unzahl an Kaiserschnitten prophylaktisch durchführen. Die Entscheidung zum Geburtsmodus muss also immer individuell mit der Schwangeren besprochen werden.

Gleiches gilt für die Frage der Geburtseinleitung. Hier gibt es leider keine Studien, die den heutigen Kriterien der evidenzbasierten Medizin standhalten. Demzufolge kann man auch dieses Vorgehen nur vom allgemeinen üblichen geburtshilflichen Management abhängig machen. Eine relative (!) Einleitungsindikation ergibt sich bei:

- **Terminnähe:** Bei insulinpflichtigem Gestationsdiabetes sowie Typ-1- und Typ-2-Diabetes kann man eine vorzeitige Erschöpfung der placentaren Funktion befürchten.
- **Verdacht auf Schätzwert um 4000 g** unter der Vorstellung, dass das weitere Wachstum wegen der o. a. Gründe zu einer Sectio führen kann.

— Anzeige

Energieanreicherung mit MaltoCal¹⁹, MaltoCal⁶ und BiCal⁵

... wenn es zu schwer ist, den Energiebedarf mit der täglichen Nahrung zu decken ...



- ✕ zur Supplementierung mit Kohlenhydraten oder Fetten und Kohlenhydraten
- ✕ in Pulverform – leicht löslich, kalt und warm
- ✕ geschmacksneutral – für süße und salzige Speisen und Getränke
- ✕ einfache Anwendung – einrühren genügt, Messlöffel liegt bei
- ✕ Nahrungsvolumen wird nicht erhöht – auch für die Sondenernährung geeignet
- ✕ sehr gute Verträglichkeit – Entlastung der Verdauung

... mit MaltoCal¹⁹, MaltoCal⁶ und BiCal⁵ Gewichtsverlust verhindern oder reduzieren!

Selbstverständlich auch zur Gewichtszunahme geeignet.



metaX
INSTITUT FÜR DIÄTETIK

Information: metaX Institut für Diätetik GmbH
Am Strassbach 5 • D - 61169 Friedberg
freecall 008000 - XXMETAX bzw. 996 38 29
fax 0 84 32 - 84 86 19
bestellung@metax.org • www.metax.org

- Schlechte Insulineinstellung, evtl. bei gleichzeitig bestehenden sonografischen Anzeichen für eine diabetogene Fetopathie (Makrosomie und Polyhydramnion), da auch hier das Risiko nicht genau einschätzbar ist.

Beim diätpflichtigen Gestationsdiabetes sind unter der Geburt allenfalls sporadische Kontrollen notwendig. Die körperliche Anstrengung verhindert ein Ansteigen der milde erhöhten Blutzuckerwerte. Gleichfalls kann beim insulinpflichtigen Gestationsdiabetes zumeist das Insulin ganz weggelassen werden, da durch die Muskelarbeit – insbesondere des Uterus – ein Großteil der Glukose insulinunabhängig verbraucht wird. Lediglich beim Typ-1-Diabetes (evtl. auch beim Typ-2-Diabetes, der aber eher dem Gestationsdiabetes ähnelt) ist eine engmaschige Blutzuckerspiegelkontrolle mit Gabe kurzwirksamer Insuline oder aber ein Insulinperfusor notwendig. Aufgrund der neonatalen Gefährdung sollte eine Schwangere mit manifestem Diabetes oder insulinpflichtigem Gestationsdiabetes in einem Perinatalzentrum Level II–III gebären. Schwangere mit einem nur diätpflichtigen Gestationsdiabetes sollten über Vorteile einer angeschlossenen Neonatologie zumindest informiert werden. Grundsätzlich gilt, dass die Schwangere mit Diabetes – gleich welchen Typs – in die Betreuung hierin erfahrener Geburtshelfer gehört.

Postpartale Kontrollen bei Diabetes und Gestationsdiabetes

Typ-1-Diabetes: Als Faustregel gilt, dass nach Geburt der Plazenta und damit dem Wegfall der antinulinsulinnären Hormone der Insulinbedarf rapide abfällt und etwa 48 Stunden später der prägravid Bedarf erreicht ist. Das heißt unter der Geburt als auch danach ist möglichst mit kurzwirksamen Insulinen zu arbeiten. Der Insulinbedarf am ersten postpartalen Tag liegt etwa zwischen dem am Ende der Schwangerschaft und dem prägraviden Bedarf.

Gestationsdiabetes: Beim reinen Gestationsdiabetes sind post partum – wie auch intrapartal – im Allgemeinen keine Insulingaben notwendig. Am dritten postpartalen Tag sollte durch ein Blutzuckertagesprofil (BZTP) oder Nüchternwert ein persistierender Diabetes (selten) ausgeschlossen werden. Es ist aber wichtig, die Patientinnen über das Risiko für die Entstehung eines Typ-2-Diabetes aufzuklären. Nach Statistiken muss man auch in Deutschland davon ausgehen, dass 3 % pro Jahr kumulativ einen Diabetes entwickeln (d.h. nach zehn Jahren sind 30 % betroffen!). Regelmäßige Nachkontrollen sind deshalb extrem wichtig, da auch der Typ-2-Diabetes zunächst kaum Symptome aufweist.

Der Beitrag basiert auf der Publikation: Bühling KJ. Diabetes und Schwangerschaft. Gynäkol Geburtsmed Gynäkol Endokrinol 2008; 4(3): 226–239.

Kai J. Bühling
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
Gynäkologische Endokrinologie
und Reproduktionsmedizin
Präntaldiagnostik und Spezielle
Geburtshilfe
Diabetologie
Hormonsprechstunde
Universitätsklinik Hamburg-
Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Literatur

- [1] Catalano PM, Vargo KM, Bernstein IM, Amini SB. Incidence and risk factors associated with abnormal postpartum glucose tolerance in women with gestational diabetes. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 914–9.
- [2] Damm P. Gestational diabetes mellitus and subsequent development of overt diabetes mellitus. *Dan Med Bull* 1998; 45: 495–509.
- [3] Deutsche Diabetes-Gesellschaft. Diagnostik und Therapie des Gestationsdiabetes. www.deutsche-diabetesgesellschaft.de (updated Juni 2001).
- [4] Kjos S, Buchanan T. Gestational diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1999; 341: 1749–56.
- [5] Gribble RK, Meier PR, Berg RL. The value of urine screening for glucose at each prenatal visit. *Obstet Gynecol* 1995; 86(3): 405–10.
- [6] Hooper DW. Detecting GD and preeclampsia. Effectiveness of routine urine screening for glucose and protein. *J Reprod Med* 1996; 41: 885–8.
- [7] Bühling KJ, Elze L, Henrich W, Starr E, Stein U, Siebert G, Dudenhausen JW. The usefulness of glycosuria and the influence of maternal blood pressure in screening for gestational diabetes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 113(2): 145–8.

Betreuung von jungen Müttern mit problematischem sozialen Hintergrund



Sabine Ohlrich
Berlin

Wir möchten einen Fall vorstellen, der so oder ähnlich mehrfach in Deutschland vorkommt. In bestimmten Fernsehformaten werden wöchentlich ebenfalls ähnliche Themen geschildert. In diese Fallbeschreibung sind mehrjährige Erfahrungen als freiberufliche Hebamme in der Wochenbettbetreuung sozial schwacher Mütter eingeflossen.

Janine H. ist Mutter von zwei Kindern. Ihr Sohn ist 4 Jahre alt, das zweite Kind ist gerade geboren. Sie ist 24 Jahre alt. Sie lebt seit fast 2 Jahren in einer Einrichtung zur Betreuung junger Mütter in besonderen Lebenslagen in Berlin, nachdem sie sich aus der Partnerschaft mit einem gewalttätigen Mann, dem Vater ihres ersten Kindes, lösen konnte. Das zweite Kind stammt von einer Zufallsbekanntschaft nach einem Diskothekenbesuch, zu beiden Vätern besteht kein Kontakt. Janine ist schwer übergewichtig, BMI 35,9, und kommt selbst aus sehr problematischen Familienverhältnissen. In ihrer Jugend wurde sie sexuell missbraucht und sie hat auch einen Suizidversuch hinter sich. Ihre Probleme kompensiert sie mit Essen, sodass sich eine Essstörung entwickelte. Sie schildert einen hohen Leidensdruck durch das Übergewicht, gleichzeitig aber auch das Unvermögen, dagegen etwas tun zu können.

Hebamme übernimmt Betreuung

Die Hebamme übernimmt die Wochenbettbetreuung. Diese wird über die Krankenkassen finanziert und üblicherweise werden die Hebammen von den Sozialpädagogen/-innen oder Erziehern/-innen der Einrichtung angefordert. Der Hebamme fällt auf, dass die Wohnung einigermaßen sauber ist, aber die Küche einen sehr verwahrlosten Eindruck macht. Große Mengen Abwasch stehen herum, halbausgetrunkene Babyflaschen und Speisereste häufen sich an. Die Küche ist insgesamt schlecht ausgestattet, es sind kaum Kochutensilien vorhanden. Janine gibt zu, außer Nudeln und Fertigsaucen nichts selbst kochen zu können. Es sind mehrere Sixpacks mit Limonade vorhanden. Chipstüten, Toastbrot, Kinderkekse und Schokoriegel liegen auf dem Tisch herum. Das vierjährige Kind bekommt zusätzlich Cornflakes und Kinderjoghurt. Obst und Gemüse gibt es nie. Außer dem Frühstück gibt es keine geregelten Mahlzeiten, es wird immer dann gegessen, wenn sich die Gelegenheit ergibt, häufig auch eine Brezel oder ein Brötchen vom Bäcker. Mehr ist nicht drin, denn das Geld ist ja auch immer knapp, schildert Janine H. Sie hat keine Vorstellungen davon, was zu einer ausgewogenen Ernährung zählt.

Der ältere Sohn wirkt sehr klein und mager und weist auch psychomotorische Defizite auf. Durch mehrere Gespräche erfährt die Hebamme, dass

das Kind mehrfach in stationärer Betreuung war und dass die Auflage vom Jugendamt besteht, einmal wöchentlich das Gewicht und das Gedeihen zu überprüfen. Es gibt aber keine Hilfsangebote für die Mutter bei der Gestaltung der Ernährung. Beim Neugeborenen gibt Janine H. nach wenigen Tagen das Stillen auf und ernährt das Neugeborene mit Flaschennahrung. Ihr sind weder die hygienischen Grundregeln bei der Zubereitung der Flaschennahrung noch die Forderungen bzgl. Menge und Mischungsverhältnis geläufig. Sie verwendet einen alten Sauger mit viel zu großer Öffnung. Alle Probleme rund um das Neugeborene sind Sache der Hebamme, aber die Bearbeitung der ursächlichen Defizite übersteigt ihre Möglichkeiten.

Zucker in der Babyflasche

Die Mitarbeiter/-innen der Sozialeinrichtung fühlen sich mit diesen Problemen überfordert oder auch dafür nicht zuständig. Der Impuls der Hebamme, auf einer Teamsitzung diese Problematik zu erörtern, wird nicht angenommen. Die Frauen helfen sich ja untereinander und wenn es ganz dringend ist, wird zu Ernährungsproblemen auch schon mal im Internet recherchiert. Tipps, die so zustande kommen, sind beispielsweise, die Breinahrung aus dem Glas mit Milch zu verdünnen und durch einen Sauger mit großer Öffnung zu verabreichen, dem Kind frühzeitig Möhren-

brei zu geben, damit es eine schöne Hautfarbe bekommt oder auch die Nahrung mit Zucker oder Honig geschmacklich zu verbessern, damit das Kind sie besser annimmt.

Fälle wie dieser schreien geradezu nach dem Eingreifen einer Diätassistentin. Jedem springen sofort diverse Ansatzpunkte für Hilfsmöglichkeiten ins Auge. Tun könnten wir so vieles, aber das Grundproblem ist die Finanzierung unserer Tätigkeit. Wir können nicht angefordert und über die Krankenkasse abgerechnet werden. Wir Diätassistenten müssen da vor Ort schon sehr erfinderisch sein und vor allem ernährungsinteressierte Partner in den jeweiligen Einrichtungen finden, die bereit sind, Fördergelder gezielt für die Ernährungsbildung einzusetzen.

Kontaktaufnahmen zu freiberuflichen Hebammen können hilfreich sein. Jede geburtshilfliche Arztpraxis oder auch Geburtshäuser verfügen über entsprechende Listen. Zudem ist zu prüfen, ob es regionale Aktionen gibt.

Nationaler Aktionsplan IN FORM

Das Bundesgesundheitsministerium hat gerade seinen Nationalen Aktionsplan IN FORM aufgelegt, bei dem es um Initiativen für gesunde Ernährung und mehr Bewegung geht. Leider (in diesem Fall) richtet er sich wieder vorrangig an Kinder und Jugendliche. Aber es sollen in einem Förderschwerpunkt „Aktionsbündnisse für gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ aufgelegt werden, in denen lokale und regionale Praxisprojekte vernetzt werden, die auf eine nachhaltige Verbesserung von Bewegungsverhalten und -verhältnissen bei unterschiedlichen Zielgruppen setzen. Ich wünschte mir Ansätze ähnlich des Ernährungsführerscheins für Grundschulklassen, der mit zu dieser Initiative gehört, auch für soziale Einrichtungen, weil er genau an den Defiziten ansetzt, die dort häufig anzutreffen sind, nämlich die grundsätzliche Zusammensetzung unserer Nahrung hinsichtlich Lebensmittelauswahl und Warenkorb sowie primäre Fähigkeiten in der Speisenzubereitung und

Küchenhygiene zu vermitteln. Zudem wären Schulungen der Sozialpädagogen/-innen, Sozialarbeiter/-innen und Erzieher/-innen hilfreich.

Ich kann alle Kolleginnen nur ermuntern, gezielt zu recherchieren und daraufhin entsprechende Angebote zu konzipieren und anzubieten.

An unserer Bildungseinrichtung werden wir im kommenden Februar ein Projekt zwischen Hebammen-, Diätassistenten- und Physiotherapieschüler/-innen durchführen, das die gemeinsamen, aber auch unterschiedlichen Kompetenzen aufzeigen soll, um sie dann im Sinne der Betroffenen zu bündeln.

Sabine Ohrlsch
Dipl. med. Päd./DA

unter Mithilfe von
Juliane Bitschnau
Dipl. med. päd./Hebamme
Charité Gesundheitsakademie
Ausbildungsbereich Diätassistenten
Charitéplatz 1
10117 Berlin

Impressum

Diät & Information

Offizielles Organ des VDD Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.
ISSN 1862-0620
Ausgabe 1/2009

Herausgeber

VDD Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.
Postfach 10 40 62
45040 Essen
Tel. (0201) 94 68 53 70
Fax: (0201) 94 68 53 80
E-Mail: vdd@vdd.de

Verlag

MVS Medizinverlage Stuttgart GmbH & Co. KG
Oswald-Hesse-Straße 50
70469 Stuttgart
Tel. (0711) 89 31-0
Fax: (0711) 89 31-706
www.medicinverlage.de

Redaktion

Anja Fleischhauer
Tel. (0711) 592 09 04
E-Mail: Anja.Fleischhauer@gmx.de

Iris Flöhrmann, Vorstand VDD e.V. (v.i.S.d.P.)
Claudia Krüger, Redaktionskomitee

Wissenschaftlicher Leiter:

Prof. Dr. med. Gerd Oehler (Möln)

Produktion

Christel Idalinya
Tel. (0711) 89 31-716
Fax: (0711) 89 31-748
E-Mail: christel.idalinya@medizinverlage.de

Anzeigenleitung

MVS Mediaservice
Kathrin Thomas
Tel. (0711) 89 31-882
Fax: (0711) 89 31-706
E-Mail: Kathrin.Thomas@medizinverlage.de

Der Anzeigenteil der D&I steht außerhalb der Verantwortung der Redaktion und des Verbandes VDD. Anzeigen und Beilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar.

Abbonementsservice und Probeabbonement

KundenServiceCenter Zeitschriften
Tel. (0711) 89 31-321, Fax: (0711) 89 31-422
E-Mail: aboservice@thieme.de

Satz und Repro

Sommer Buch- und Offsetdruckerei, Feuchtwangen

Druck und Bindung

druckhaus köthen GmbH, Köthen

Erscheinungsweise

Die Zeitschrift erscheint 6-mal jährlich (Februar, April, Juni, August, Oktober, Dezember)

Bezugsbedingungen

Die Mitglieder des VDD Verband der Diätassistenten – Deutscher Berufsverband e. V. erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.

Manuskripte

Der Verlag haftet nicht für Manuskripte, die unverlangt eingereicht werden. Grundsätzlich werden nur solche Manuskripte angenommen, die vorher weder im Inland noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Die Manuskripte dürfen auch nicht gleichzeitig anderweitig zur Veröffentlichung angeboten werden. Bitte senden Sie die Manuskripte an die Redaktion: Anja.Fleischhauer@medizinverlage.de.

Mit der Annahme des Manuskriptes zur Veröffentlichung überträgt der Verfasser für die Dauer der gesetzlichen Schutzfrist (§64 UrhG) dem Verlag die ausschließlichen Verwertungsrechte im Sinne der §§15ff des UrhG für alle Auflagen/Updates, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung in gedruckter Form, in elektronischen Medienformen (Datenbanken, Online-Netzsysteme, Internet, CD-ROM, DVD etc.) sowie zur Übersetzung und Weiterlizenzierung.

Autorenrichtlinien

Die Autorenrichtlinien können bei der Redaktion angefordert werden.

Copyright

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind für die Dauer des Urheberrechts geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Wichtiger Hinweis

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in dieser Zeitschrift abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Die Rubrik „Forum der Industrie“ enthält Beiträge, die auf Unternehmensinformationen basieren. Einzelne Beiträge sind ganz oder teilweise von einem Unternehmen gesponsert und separat gekennzeichnet. Die Rubrik „Forum der Industrie“ erscheint außerhalb der Verantwortung der Herausgeber der Zeitschrift.

Hinweis für unsere Leser

Der Verlag ist um eine zuverlässige Zustellung der abonnierten Zeitschrift äußerst bemüht. Gelegentlich versäumen Mitglieder nach einem Umzug, ihre neue Anschrift zu nennen. In diesen Fällen hilft die Deutsche Post AG, die neue Anschrift dem Verlag mitzuteilen. Abonnenten, die mit diesem Vorgehen nicht einverstanden sind, werden gebeten, dies dem Verlag zu schreiben.

Ein Mütterhaus in Berlin

Ein Eltern-Kind-Projekt in Berlin-Hohenschönhausen: Hier wohnen derzeit Frauen mit ihren Kindern oder solche, die ein Kind erwarten, und die aus verschiedenen Gründen Hilfe nötig haben. Bis vor ein paar Jahren waren dies zumeist sehr junge Mütter, häufig überfordert von der Verantwortung ein Kind aufzuziehen. Heute leben hier auch viele volljährige Frauen, die seelisch oder geistig behindert sind, mit ihren Kindern – in Kleingruppen zu fünf oder sechs. Auch Frauen, die einmal drogensüchtig gewesen sind und während der Schwangerschaft substituiert wurden, zählen zum Klientel. Das Projekt wird vom Jugendamt finanziert. Der Träger ist das Albatros Lebensnetz. Sozialarbeiter, Diplom-Pädagogen, Diplom-Psychologen und Erzieherinnen sind hier tätig. Deren Ziel ist in der Regel, die Bewohnerinnen im schwierigen, ersten Lebensjahr des Kindes zu unterstützen und fit zu machen für ein Leben, in dem sie Verantwortung für ihr Kind übernehmen können – ob in einer betreuten WG oder den eigenen vier Wänden evtl. mit ambulanter Betreuung. Die Betreuerinnen dokumentieren hierzu regelmäßig die Entwicklung der Mütter und Kinder.

In Sachen Ernährung könnten die Betreuerinnen durchaus Unterstützung gebrauchen. Essen ist im Mütterhaus ein wichtiges Thema: Manche Bewohnerinnen leiden an einem gestörten Essverhalten und viele von ihnen haben Fragen insbesondere zur Kinderernährung. Die Frauen gehen in aller Regel selbst einkaufen, die Lichtenberger Tafel spendet Obst und Gemüse. Die Frauen kochen regelmäßig gemeinsam mit den Betreuerinnen, und das Frühstück ist eine Mahlzeit, die die Gruppe stets zusammen einnimmt – ein sogenannter Pflichttermin für alle.

Freiberuflich tätige Hebammen betreuen die Wöchnerinnen, Mitarbeiter von Opstapje* und Pekip** kommen regelmäßig ins Haus. Veranstaltungen zum Thema Ernährung sind einerseits erwünscht, andererseits hat die Erfahrung gezeigt, dass es schwierig ist, in großer Gruppe die Mütter wirklich zu erreichen. Wann das Kind den ersten Brei bekommt und ähnliche Fragen stellen sich eher im Alltag – dann sind regelmäßig die Betreuerinnen gefragt. Gäbe es eine Ernährungsfachkraft für solche Fälle wäre das schön, findet Rosi König, die seit 18 Jahren hier tätig ist. „Da kommt ein Profi, den könnt ihr alles fragen“. Die Betreuerin denkt, dass die Bewohnerinnen sehr wohl ein solches Angebot begrüßen würden. Doch manchmal, das weiß sie aus eigener Erfahrung, haben insbesondere die psychisch kranken Frauen einen schlechten Tag und sind nicht recht bei der Sache. Hier müsse man flexibel auf den Zustand der Mütter reagieren können.

* Ein in den Niederlanden entwickeltes Spiel- und Lernprogramm für Kleinkinder ab 18 Monaten und deren Eltern.

** Pekip (Prager-Eltern-Kind-Programm) ist ein Spiel- und Bewegungsprogramm für Babys und deren Eltern.

Das Gespräch mit Rosi König führte Anja Fleischhauer.

Kontakt:
Albatros-Lebensnetz
Mütterhaus
Anna-Ebermann-Str. 26
13053 Berlin
Tel. (030) 98 63 85 32
Fax: (030) 98 63 85 45
E-Mail: info@albatros-lebensnetz.de

VDD aktuell

Auch wenn das neue Jahr nun schon wieder ein paar Wochen alt ist, wünsche ich Ihnen einen guten Start in das Jahr 2009. Das Jahr 2009 wird aus berufspolitischer Sicht voraussichtlich ein sehr wichtiges und entscheidendes Jahr. Daher ist eines unserer Ziele, Sie, wie in den letzten Jahren, zeitnah zu informieren und zwar über den D&I-Newsletter und das Forum unserer Homepage.

Auch Ihre Anregungen und Kritik nehmen wir gerne entgegen, denn wir sind Ihr Verband und Sie bestimmen die Richtung. Wie bereits erwähnt, gehen wir davon aus, dass das Jahr 2009 ein ereignisreiches Jahr wird. Im Folgenden habe ich Ihnen eine kurze Zusammenfassung erstellt, die unter anderem aktuelle berufspolitische Themen und Änderungen zusammenfassend darstellt.

Eintrag auf der Verbandsseite im Internet: Aufgrund des Beschlusses der Mitgliederversammlung werden wir auf unserer Homepage nur noch die Kolleginnen listen, die ein aktuelles Fortbildungszertifikat vorweisen können. Dieses Vorgehen ist im Rahmen der Qualitätssicherung unabdingbar und spiegelt die Inhalte unserer Berufsordnung wider. Wir bitten alle Kolleginnen, die das VDD-Zertifikat haben und Ihre Leistungen anbieten möchten, der Veröffentlichung auf der Homepage zuzustimmen. Dort werden Sie von Krankenkassen und anderen Interessierten gefunden, wenn Experten für Diätetik gefragt sind.

Information für Freiberufler: In unserem VDD-Forum im Internet wurde diskutiert, ob sich selbständige Diätassistenten beim Gesundheitsamt melden müssen.

Unsere Recherche ergab, dass es in einigen Bundesländern eine Meldepflicht gibt. Diese Regelung hat den Vorteil, dass Sie als Ausübende/r eines Heilberufes eher in aktuelle politische Diskussionen miteinbezogen werden, die direkte Einwirkungen auf Ihre Arbeit haben könnten. Daher empfehlen wir Ihnen, sich bei den Ämtern zu melden. Die Meldung ist meist kostenfrei und formlos möglich – die Einreichung der Kopie Ihrer Berufserlaubnis reicht meistens aus.

(Berufs-)Politik: Das Jahr 2008 wurde von 3 berufspolitischen Themen sehr dominiert, die auch 2009 bestimmen werden:

1. Einführung der Modellklausel analog zum Krankenpflegegesetz; dieses Gesetz ermöglicht es, neben den staatlich anerkannten Diätschulen auch Hochschulen (Universitäten, Fachhochschulen) Diätassistenten ausbilden dürfen.
2. Namensänderung
3. Heilmittel

Da nicht nur wir als Berufsverband die Einführung der Modellklausel erreichen möchten und auch andere Berufsgruppen eine Namensänderung planen, haben wir die „ARGE“ (**Arbeitsgemeinschaft**) gegründet. Die ARGE besteht aus folgenden Berufsverbänden:

- Verband Technischer Assistentinnen in der Medizin (dvta e.V.)
- Berufsverband für den Rettungsdienst (BVRD e.V.)
- Berufsverband der Orthoptistinnen (BOD e.V.)
- Bundesverband Pharmazeutisch-technischer AssistentInnen (BVPTA e.V.)



Doris Steinkamp

- Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD e.V.)

Die ARGE hat den Vorteil, dass wir gemeinsam eine größere politische Wirkung erzielen können, da die ARGE ca. 200000 Berufsangehörige vertritt. Des Weiteren können wir personell und finanziell ressourcensparend arbeiten.

Es finden regelmäßige Treffen der ARGE statt, um eng berufspolitisch zusammenzuarbeiten. Der VDD und der Verband der MTAs (dvta) sind dabei federführend. Über die Themengebiete **Modellklausel** und **Namensänderung** wird voraussichtlich noch vor der Bundestagswahl 2009 entschieden. Trotz der guten Vorarbeit, die wir als VDD und als ARGE geleistet haben, können wir kein politisches Meinungsbild abzeichnen.

Die Überprüfung, ob die Diät- und Ernährungstherapie/-beratung bei spezifischen Krankheiten vom Sozialgesetzbuch als **Heilmittel** anerkannt wird und somit in den Heilmittelrichtlinien (§ 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V) aufgeführt wird, wird immer noch durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) überprüft.

Die Überprüfung findet aufgrund der aktuellen internationalen und nationalen Studienlage statt und wir hoffen in diesem Jahr, dass die Überprüfung abgeschlossen sein wird.

EFAD/ICDA: Beim ICDA-Meeting in Japan wurden die weltweiten Ethik-

standards für Diätetik und Ernährung verabschiedet. Sie finden die deutsche Übersetzung in dieser Ausgabe der D&I (Seite 15) sowie in der Ernährungsumschau.

Des Weiteren wird eine Idee umgesetzt, die zum besseren „Kennenlernen“ unserer Kolleginnen aus anderen Ländern Europas/Mitgliedsländern von EFAD (European Federation of the Association of Dietitians) dienen soll. Das Projekt „Ich bin Diätassistent“ stellt in den nächsten Ausgaben der D&I Kollegen vor, die etwas über sich, das Land in dem sie leben und über ihren Beruf erzählen. Diese Idee wurde seitens EFAD als sehr positiv aufgefasst und daher für alle Mitgliedsländer des EFAD umgesetzt.

Vorstandssitzung: Im November fand die zweite „große“ Vorstandssitzung mit allen im VDD Aktiven in Münster statt. Es wurde über die aktuellen Ereignisse und Erfordernisse diskutiert und weitreichende Vorhaben und Beschlüsse formuliert. Wir laden Sie heute schon ein, zur Mitgliederversammlung nach Wolfsburg zu kommen. Der VDD braucht aktive und informierte Kollegen!

Da das Jahr 2009 voraussichtlich weitreichende Entscheidungen für unsere Berufsgruppe bringen könnte (u.a. Heilmittel, Modellklausel, Namensänderung), hat der geschäftsführende Vorstand beschlossen, zu jeder Vorstandssitzung die Mitglieder des erweiterten Vorstands mit einzuladen. Die Aufgaben des Verbandes sind so vielfältig und komplex, dass wir sehr dankbar sind, dass alle Mitglieder sofort zugestimmt haben und ihre Freizeit zur Verfügung stellen. Die Vorstandssitzung hat am 30. und 31. Januar 2009 stattgefunden – wir werden berichten.

Tagungen: Bei der DGEM-Tagung in Machern bei Leipzig wurde das Thema Mangelernährung sehr praxisnah diskutiert. Eine europäische Aktion gegen die Mangelernährung

wurde vorgestellt. EFAD ist dort für uns aktiv. In Wolfsburg werden wir das Thema erneut aufgreifen. Wir konnten namhafte Referenten gewinnen, die die Thematik aus verschiedenen Blickwinkeln fachkompetent darstellen werden.

An der offiziellen Vorstellung des **Aktionsplan „IN FORM“** haben wir teilgenommen. IN FORM ist ein Projekt der Bundesregierung, bei denen die Bundesernährungsministerin Ilse Aigner und Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt gemeinsam mit Partnern aus der Politik und der Zivilgesellschaft bei den Menschen mehr Freude an Ernährung und Bewegung wecken möchten und sie zu mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit und Leistungsfähigkeit motivieren. Nutzen Sie das öffentliche Interesse in Ihrer Region und mischen sich aktiv ein. Weitere Informationen finden Sie unter www.inform.de

Stellungnahmen: Das DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) hat Mitte letzten Jahres den 7. Expertenstandard mit dem Titel „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (2007–2009)“ herausgegeben. Da diese Thematik für unsere Berufsgruppe essenziell ist, hat der VDD neben der aktiven Teilnahme an Diskussionsrunden auch eine Stellungnahme abgegeben. Die Stellungnahme des VDD (und anderen Verbänden wie z.B. der Bundesärztekammer) finden Sie unter www.dnqp.de/veranstaltungen.htm. Das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) hat einen Vorbericht zum DMP (Disease Management Programm) Modul Adipositas veröffentlicht. Der VDD hat dazu eine Stellungnahme verfasst und wurde daraufhin zur Anhörung geladen.

Aktuelle Informationen zur Thematik finden Sie voraussichtlich ab März unter www.iqwig.de. Das endgültige Ergebnis ist noch nicht be-

kannt, da der Gemeinsame Bundesausschuss darüber entscheiden wird.

Öffentlichkeitsarbeit: Da die Darstellung unseres Berufes immer umfassender und wichtiger wird, hat der Vorstand beschlossen, eine professionelle Agentur zu beauftragen, die uns in der Arbeit unterstützen soll, da dies allein mit dem Ehrenamt nicht mehr zu leisten ist.

Immer häufiger wird die VDD-Homepage zur Recherche und Informationssuche auch von Vertretern der Politik, Krankenkassen und Verbrauchern genutzt. Um hier den Anschluss nicht zu verlieren, müssen wir diesen geänderten Anforderungen Rechnung tragen und unseren Internetauftritt zielgruppengerechter gestalten. Da dies nicht alleine durch die Ehrenamtler zu gewährleisten ist, sollen uns hier Experten unterstützen.

Erfreulich ist, dass unser Mitgliederbestand kontinuierlich steigt. Mehr Mitglieder verstärken auch die politische Wirkung unseres Berufsverbandes. Dies ist wichtig, da wir der einzige Berufsverband für Diätassistenten sind und uns daher von den anderen Interessenverbänden im Bereich Diätetik und Ernährung abgrenzen.

Bundeskongress 2009: Die Vorbereitungen sowie die Referentensuche sind fast abgeschlossen. Gerne würden wir mit Ihnen über die Notwendigkeit der Zusendung des Kongressheftes vor der Tagung diskutieren. Da die Fertigstellung des druckfähigen Programmes unter sehr großem Zeitdruck steht, würden wir Ihnen gerne das Kongressheft zur Tagung direkt präsentieren. Das aktuelle Programm wird dann auf der Homepage eingestellt.

Ausblick: Das Jahr 2008 war für mich das erste Jahr als hauptamtliche Vorstandsvorsitzende. Ich möchte mich daher bei Ihnen für Ihre konstruktiven Rückmeldungen zur aktiven

VDD-Arbeit bedanken. Rückmeldungen von Ihnen sind wertvoll und wichtig für uns, da der VDD Ihr Verband ist und Sie die Richtung, die wir gehen mitbestimmen.

Bedanken möchte ich mich insbesondere auch bei den ehrenamtlich Aktiven im VDD. Die Anforderungen sind im vergangenen Jahr noch größer geworden, die Themenbereiche komplexer und umfassender und die Zielgruppen anspruchsvoller.

Ohne die großartige Zusammenarbeit der Fachgremien, Arbeitsgemeinschaften, der Geschäftsstelle, des Vorstands und Ihrer konstruktiven Rückmeldungen hätte der VDD nicht alle Herausforderungen im letzten Jahr annehmen und umsetzen können!

Als Ziel für das Jahr 2009 wünschen wir uns viele neue Mitglieder im VDD, damit wir ein noch stärkerer Verband werden und dass der Vorstand und ich weiterhin auf Sie und

die Ehrenamtler zählen können! Und natürlich auch immer die Portion „Glück“, die wir auch (in der Berufspolitik) benötigen!

Ihre
Doris Steinkamp

Stefanie Herrmann, neues Mitglied der AG Freiberuflichkeit

Seit der Einführung des §20 SGB V begannen viele von uns selbstständig Kurse anzubieten. So startete ich 2001 in Hessen meine Freiberuflichkeit, damals noch nebenberuflich. 2004 folgte der Umzug nach Rheinland-Pfalz, wo ich durch die verstärkte Zusammenarbeit mit Ärzten meine freiberufliche Tätigkeit im Bereich der Einzelberatungen erweiterte.

Zwischenzeitlich hatte ich meine Weiterbildungen als Ernährungsberaterin/DGE und als Fachberaterin für Essstörungen abgeschlossen. Was mir fehlte, waren der kollegiale Austausch und die vergleichbare Qualitätssicherung für die ambulante Ernährungsberatung in RLP. Im April 2006 fanden sich neun Kolleginnen, die alle in der ambulanten Ernährungsberatung tätig sind, ein Fortbildungszertifikat haben und sich bereit erklärten, um im Qualitätszirkel Ernährung Rheinland-Pfalz (QZE) aktiv mit zu arbeiten.

Durch die QZE-Arbeit hat sich meine Berufstätigkeit sehr verändert. Vor allem die Erarbeitung standardisierter

Arbeitsmittel wie Anamnesebögen, Dokumentationsvorlagen, Vorlagen für Arztberichte erleichtert die Qualitätssicherung meiner Arbeit. Ein transparenter Austausch, was in unserem Tätigkeitsbereich aktuelles läuft ermöglicht zeitnahe Reaktionen, z.B. durch die Erarbeitung spezieller Angebote oder die Herausgabe gemeinsamer Stellungnahmen, die nun nicht mehr nur von Einzelpersonen vertreten werden.

Das Netzwerk Freiberuflichkeit im VDD ist für mich auf Bundesebene das, was der QZE in Rheinland-Pfalz ermöglicht. Erweitert durch das Engagement und fachliche Know-How von Vorstand und Geschäftsführung werden wir Freiberufler hier gut beraten und wichtige Grundlagen für unsere berufliche Zukunft gelegt. Das war der Grund, warum ich Mitglied im Netzwerk wurde und mich nun gerne aktiv in der AG beteilige. An dieser Stelle bedanke ich mich für das im Voraus entgegengebrachte Vertrauen und freue mich auf eine konstruktive Zusammenarbeit!



Stefanie Herrmann ist neues Mitglied der AG.

Stefanie Herrmann
Praxis für Ernährungstherapie
Tiefenthaler Straße 23
67269 Grünstadt
Tel. (06359) 89 09 74
E-Mail: info@ernaehrung-positiv.de

ICDA verabschiedet den Internationalen Kodex der Berufsethik und Kodex der guten Praxis in Yokohama, Japan

ICDA (International Congress of Dietetic Associations) ist der weltweite Zusammenschluss der Verbände für Diätassistenten (Englisch: Dietitians). Er wurde im Jahre 1952 gegründet. Heute vertritt ICDA 37 Verbände und ca. 150 000 Diätassistenten weltweit. Bereits seit 1957 ist der VDD ICDA-Mitglied.

Bei der Gründung war ICDA ein Zusammenschluss von Diätassistenten-Verbänden mit dem primären Ziel des fachlichen Austausches. Dies hat sich in den letzten Jahren gewandelt, sodass ICDA heute als berufspolitisch agierender Verband bezeichnet werden kann. Dies bedeutet, dass Entscheidungen, die die Mitgliedsverbände ICDA treffen, direkten oder indirekten Einfluss auf das berufspolitische Handeln der nationalen Diätassistenten-Verbände nehmen. Beispielsweise wurde durch ICDA die international verwendete Definition „Diätassistent“ (definition of a dietitian) beschlossen und von allen nationalen Mitgliedsverbänden sowie dem europäischen Dachverband (EFAD, European Federation of the Association of Dietitians) übernommen. Diese international verwendete Definition ist als „Qualitätsindikator“ wichtig, da klar definiert wird, wer nach internationaler Meinung ein „Dietitian“ ist und wer nicht. Dies wiederum ist in Zeiten von Globalisierung und eines immer enger zusammenwachsenden Europas von großer Bedeutung, da in allen Mitgliedsländern ICDA und EFADs nur „Dietitians“ zu den Heilberufen („Health professionals“) zählen. Daher wird es zunehmend wichtiger, neben den aktuellen berufspolitischen Diskussionen in Deutschland stets einen

Blick auf die (berufs)politische Diskussionen in Europa und auf internationaler Ebene zu werfen. Entscheidungen, die dort getroffen werden, gewinnen zunehmend mehr an Bedeutung und Einfluss auf unseren (beruflichen) Alltag.

Warum ein internationaler Kodex wichtig ist

ICDA veranstaltet alle 4 Jahre einen internationalen Kongress. Im Jahre 1973 richtete der VDD den 6. ICDA Kongress in Hannover aus. Berufspolitisch bedeutend war vor allem der im September 2008 in Yokohama/Japan stattgefundene 15. Kongress. Unter dem Thema „Global Dietetic Linkage and Cooperation for Human Health“ (Globale Verflechtung im Bereich Diätetik und Kooperation für die Gesundheit der Menschen) diskutierten ca. 5 000 Diätassistenten aus allen Teilen der Welt. Leider konnte aus Deutschland kein offizieller Vertreter teilnehmen, daher wurden wir durch die Kollegen aus Österreich und der Schweiz repräsentiert.

Durch die ICDA-Delegierten wurde in Yokohama der „Internationale Kodex der Berufsethik und Kodex der guten Praxis“ (International Code of Ethics and Code of Good Practice) verabschiedet. Dieser Kodex wurde vom ICDA über mehrere Jahre entwickelt, bevor er zur Abstimmung kommen konnte. Über den Kodex wurde – ebenfalls im September 2008 – in Frankfurt im Rahmen des EFAD „General Meeting“ von den anwesenden Delegierten abgestimmt. Alle Anwesenden stimmten dem Kodex zu, sodass dieser für EFAD bindend ist.

Ein internationaler Kodex ist für uns als Berufsgruppe aus ähnlichen Gründen wichtig, wie die Definition „Diätassistent“. Dieser Kodex legt einen einheitlichen „ethischen Standard“ und einen „Qualitätsstandard für die Praxis“ fest, der für alle Kollegen und Kolleginnen auf der Welt bindend ist – egal ob sie in Yokohama, Brisbane, Dallas, Berlin, Aberdeen oder Salzburg arbeiten.

Der ICDA hat somit ebenfalls international ethische und berufliche Standards vorzuweisen, wie sie beispielsweise die internationalen Verbände der Ärzte/innen oder Pfleger/innen auch besitzen. Die nationalen Diätassistenten-Verbände sollten nun über die Einbindung dieses internationalen Kodexes in die nationalen Richtlinien abstimmen, wobei dieser Kodex nicht dazu bestimmt ist, die nationalen Richtlinien zu ersetzen, sondern diese ggf. zu ergänzen. Falls keine nationalen Richtlinien existieren, kann der internationale Kodex als nationale Richtlinie implementiert werden.

VDD international

Der VDD hat die für die Mitglieder bindenden Berufsrichtlinien, die wahrscheinlich bereits dem internationalen Kodex der Berufsethik und Kodex der guten Praxis entsprechen. Auf Grundlage des Kodexes werden die Berufsrichtlinien dennoch zurzeit überprüft, um evtl. Ergänzungen/Verweise vorzunehmen, die wichtig sind, um den VDD international zukunftsfähiger zu machen. Über eventuelle Änderungen der Berufsrichtlinien wird auf der Mitgliederversammlung

sammlung des VDD-Kongresses in Wolfsburg im Mai dieses Jahres abgestimmt werden. Auch hier ist Ihre Meinung gefragt!

In dieser Ausgabe der D&I finden Sie die deutsche Übersetzung des „International Code of Ethics and Code of Good Practice“ (Seite 16). Weitere interessante Informationen zu ICDA, EFAD und weiteren internationalen Ethikstandards finden Sie unter:

- International Congress of Dietetic Associations:
www.internationaldietetics.org
- European Federation of the Association of Dietitians:
www.efad.org
- International Council of Nurses:
www.icn.ch/ethics.htm
- AMA Code of Medical Ethics:
www.ama-assn.org/ama/pub/category/2498.html

Daniel Buchholz
Diätassistent DKL/DGE/
Dipl. Oecotrophologe (FH)
DIETS working group
www.thematicnetworkdietetics.eu/everyone
E-Mail: daniel.buchholz@charite.de

*Beschlossen durch die International Confederation of Dietetic Associations (ICDA)
Übernommen von der European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD)
September 2008*

Übersetzt von Gabrijela Leovic, Diplom-Dolmetscherin und Übersetzerin für den Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD), den Verband der Diätologen Österreichs (VDÖ) und den Schweizer Verband dipl. Ernährungsberaterinnen/Ernährungsberater HF/FH (SVDE/ASDD)

15th International Congress of Dietetics
第15回 国際栄養士会議



Global Dietetic Linkage and Cooperation for Human Health
人類の健康のために、世界中の栄養士の連携と協力を

Internationaler Kodex der Berufsethik und Kodex der guten Praxis (Good Practice)

Mit der Einführung internationaler Richtlinien sollen bestehende nationale Richtlinien nicht ersetzt, sondern grundlegende, auf unserer allgemeinen Zustimmung basierende Inhalte in schriftlicher Form festgehalten werden. Somit können sich nationale Fachverbände für Diätetik mit eigenen Richtlinien dennoch am Gedankengut eines international vereinbarten Kodex ausrichten, in dem sich die weltweit geltenden, gemeinsamen Grundlagen der Diätetik widerspiegeln. Auf diesem Fundament können wir unseres Erachtens die Arbeit auf dem Gebiet der Ernährung erfolgreich weiterentwickeln.

Internationaler Kodex der Berufsethik

Wir Dietitians* arbeiten nach bestem Wissen und Gewissen für die Verbesserung der weltweiten Ernährungssituation, indem wir:

1. bei der Ausübung unseres Berufs stets fachkompetent, objektiv und ehrlich handeln
2. allen Menschen und ihren Bedürfnissen respektvoll begegnen
3. mit anderen zusammenarbeiten
4. positive Ergebnisse zum Wohle der Bevölkerung auf dem Ernährungssektor anstreben
5. niemandem Schaden zufügen
6. die Richtlinien der guten Praxis für Diätetik und Ernährung befolgen

* Dietitian entspricht in den deutschsprachigen Ländern den folgenden Berufsbezeichnungen: Staatl. anerkannte/r Diätassistent/in (Deutschland), Diätologe/in (Österreich), Ernährungsberater/in SRK (Schweiz)

Internationaler Kodex der guten Praxis (Good Practice)

Dienstleistung und Anwendung von Fachwissen:

1. Angebot hochqualitativer, kosteneffektiver Dienstleistungen auf dem Gebiet der Diätetik und Ernährung
2. Angebot von sich an den Erwartungen und Bedürfnissen des Kundenkreises bzw. des Patienten orientierenden Dienstleistungen
3. Kompetente Anwendung von Fachwissen auf dem Gebiet der Diätetik und Ernährung sowie die Einbindung dieses Wissens in andere Fachbereiche der Gesundheits- und Sozialwissenschaften
4. Gemeinschaftliche Zusammenarbeit zur Eingliederung von Diätetik und Ernährung in übergreifende Betreuung/Dienstleistungen – unabhängig vom jeweiligen Kontext
5. Partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Patienten und Personen, die die Dienstleistung nutzen

Praxisentwicklung und Anwendung von Forschungsergebnissen

1. Auswertung, Anwendung, Erarbeitung und Erzielung von Forschungsergebnissen zur Unterstützung der praktischen Arbeit
2. Entwicklung einer einzigartigen Bandbreite an Fachwissen
3. Fundierte wissenschaftliche Fachkenntnisse auf dem Gebiet der Nahrungsmittel und menschlichen Ernährung
4. Praxisentwicklung auf der Grundlage von Forschungsergebnissen

Kommunikation

1. Effektive Kommunikation durch Ernährungsschulungen, Bildungs- und Ausbildungsmaßnahmen sowie die Ausarbeitung von Grundsätzen und Programmen
2. Einsatz für Diätetik und Ernährung in der Öffentlichkeit, die Bekämpfung des Hungers sowie den Stellenwert der Dienstleistungen im Bereich der Diätetik und Ernährung
3. Weiterentwicklung und Förderung der Berufsbilder in der Diätetik

Qualitätssicherung in der Praxis

1. Systematische Auswertung des Qualitätsaspekts in der Praxis sowie Weiterentwicklung der Praxis auf der Grundlage dieser Auswertungsergebnisse
2. Permanenter Einsatz für die Verbesserung von Dienstleistungen und Praxis
3. Weiterführung der Kompetenzentwicklung in der Praxis

Kompetenzentwicklung und berufliche Verantwortung

- Garantierte Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit
- Übernahme der Verantwortung für die Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen im Rahmen der praktischen Arbeit
- Weiterführung der Kompetenzentwicklung durch Förderung von lebenslangem Lernen sowie durch Angebote zur persönlichen Weiterentwicklung

Dietetikus vagyok!

Ich bin Diätassistent!

Diätassistenten sind in Ungarn die am höchsten qualifizierte Berufsgruppe für den Bereich der Diät- und Ernährungstherapie. Im Jahr 2006 habe ich mein Studium zum Diätassistenten (Bachelor-Level) an der Universität Pécs an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Fachbereich Ernährung und Diätetik abgeschlossen und arbeite seitdem an diesem Fachbereich als Dozent und Lehrer für Diätetik. Lehrer für Diätetik haben eine besondere Position in Ungarn, da die Studenten die klinischen Praktika unter deren Aufsicht durchführen, bevor sie der zuständigen Person für das jeweilige Praktikum zugewiesen werden. Dies bedeutet, dass ein universitär arbeitender Lehrer für Diätetik auch weiterhin in seinem Beruf als praktisch arbeitender Diätassistent tätig sein kann. In Ungarn ist die Lehre an Hochschulen nur Personen erlaubt, die bereits promoviert haben oder an ihrer Promotion arbeiten.

Die Ausbildung der Diätassistenten auf Bachelor-Level besteht in Budapest seit 1975 und seit 1998 in Pécs. Das Studium dauerte zu Beginn 3 Jahre, wurde aber auf 4 Jahre verlängert. Es ist vorgesehen, dass in diesem Jahr der erste „Master in Human Nutrition“ angeboten wird, sodass Diätassistenten konsekutiv auf ihrem Bachelorabschluss aufbauend studieren können und nicht mehr wie bisher, einen Masterabschluss im Bereich Ingenieurwesen oder Soziologie erwerben müssen. Ich selber habe einen „Master in Engineering“. Die Ausbildung der Diätassistenten in Ungarn lag lange Zeit ausschließlich in den Händen der Mediziner. Erst in jüngster Zeit ist zu erkennen, dass die

Berufsgruppe selber die Ausbildung aktiv gestaltet und Einfluss nimmt. Der Ungarische Berufsverband der Diätassistenten (HAD) existiert seit 1991 und ist seit 1993 Mitglied des EFAD (European Federation of the Association of Dietitians). Der HAD hat rund 800 Mitglieder, die Präsidentin des Verbandes ist Emese Antal. Neben dem Berufsverband existiert in Ungarn die „Kammer für Heilberufe“, die eine eigenständige Sektion für den Bereich Diätetik hat. Bei einer Einwohnerzahl von etwas mehr als 10 Millionen Menschen, arbeiten etwa 1 300 Diätassistenten in Ungarn. Die größte ethnische Minderheit in Ungarn stellen die Roma dar, aber auch eine nennenswerte deutschsprachige Minderheit findet sich in einigen Regionen Ungarns. Dennoch berichten ungarische Diätassistenten selten darüber, dass Sprachprobleme oder bestimmte, kulturell andere Ernährungsgewohnheiten die tägliche Arbeit beeinflussen.

Die durchschnittliche Patientenzahl, die ein in einer Klinik arbeitender Diätassistent betreut, beträgt 167. Diese Zahl ist fallend, was auf den allgemeinen Rückgang der Krankenhausbetten zurückzuführen ist. Die Zahl der zu betreuenden Patienten für einen Diätassistenten bewegt sich zwischen 20 in einer Privatklinik und 556 Patienten in einer öffentlichen Klinik. Zurzeit ist ebenfalls ein Rückgang der Studenten für den Bereich Diätetik zu verzeichnen.

In 90 Prozent der Kliniken findet man den Funktionsbereich „Diät- und Ernährungsberatung“, der in 54 Prozent der Fälle von einem qualifizierten Diätassistenten geleitet wird. Pfleger und Mediziner übernehmen die Lei-



Simon Armbruzt,
Pécs, Ungarn

tungsfunktion der verbleibenden 46 Prozent. Diätassistenten in staatlichen Einrichtungen steht in 67 Prozent der Fälle ein Computer zur Verfügung, den sich meist 3 bis 4 Diätassistenten teilen. In einem Großteil der Einrichtungen wird die tägliche Arbeit dokumentiert, doch nur die Hälfte der Einrichtungen erwartet diese Dokumentation.

Die „aktiven“ Diätassistenten in Ungarn sind vor allem unter den klinisch arbeitenden Diätassistenten zu finden, die hauptsächlich stationär arbeiten oder sich in der Beratung auf die Fachgebiete Diabetologie oder Nephrologie spezialisiert haben. In Ungarn existieren keine einheitlich geschriebenen Patienteninformationen, sodass viele Diätassistenten mit Informationsmaterialien der Pharmaindustrie arbeiten. In 40 Prozent der Fälle erhalten Patienten lediglich diese Information und keine persönliche Beratung.

Mit zunehmender Tendenz wird die Patientenverpflegung in den Kliniken ausgelagert und an Caterer vergeben. Derzeit trifft das auf ungefähr ein Fünftel der Kliniken zu. Dies bedeutet, dass immer mehr Diätassistenten nicht mehr für die Klinik, sondern für den Caterer arbeiten. Eine Nachfrage nach selbstständig tätigen Diätassistenten besteht nur in Budapest. Die Möglichkeit mit Krankenkassen zusammenzuarbeiten besteht in Ungarn nicht.

Diätassistenten in Ungarn erhalten eine Lizenz, die ihnen erlaubt, praktisch arbeiten zu dürfen. Die Lizenz erhält derjenige, der sich in Ungarn



Ich bin Diätassistent!

I'm a dietitian! Ein europäisches Projekt von EFAD und dem VDD

Im Jahre 1978 wurde EFAD (European Federation of the Association of Dietitians) in Kopenhagen gegründet. Der VDD war Gründungsmitglied und ist seit dem aktives Mitglied. Doch während EFAD zunehmend mehr Projekte betreut und sich in das politische Geschehen in Brüssel einmischt, stellt sich die Frage, ob Sie Ihre Berufskollegen im europäischen Ausland kennen, die ja – wie Sie – die Basis des Verbandes bilden.

Haben Sie sich schon mal darüber Gedanken gemacht, ob es in der Türkei Diätassistenten gibt und wenn ja, wie diese ausgebildet werden? Haben Sie sich schon einmal mit einer Kollegin aus Österreich über den Arbeitsalltag einer österreichischen „Dietologin“ gesprochen oder wussten Sie, dass ein „Dietist“ aus den Niederlanden vier Jahre studiert, bevor er arbeitet?

Auch wenn die Arbeitsfelder der Kollegen aus Europa im Wesentlichen mit denen in Deutschland übereinstimmen, können sich Arbeitsbedingungen, die Ausbildung, aber auch das berufliche Selbstverständnis oder die Vision des Berufsverbandes sehr unterscheiden.

In einem immer enger zusammenwachsenden Europa, in dem der freie Austausch von Personen und Gütern nicht nur gewünscht ist, sondern auch gesetzlich legitimiert, ist es daher nicht nur notwendig, hinsichtlich der beruflichen Richtlinien einheitliche Qualifikationslevel zu schaffen, um die gegenseitige Anerkennung innerhalb der Gemeinschaft zu erleichtern, sondern ebenfalls wichtig, sich besser kennen zu lernen.

Daher entstand die Idee, dass in den kommenden D&I sich jeweils ein bis zwei Kollegen europäischer Länder bzw. EFAD-Mitgliedsländer vorstellen. Es geht dabei nicht darum, präzise und „politisch korrekt“ über die Ausbildung/Arbeit als Diätassistenten in dem jeweiligen Land nach dem Lesen des Artikels Bescheid zu wissen, sondern darum, einen Kollegen kennen zu lernen, der aus seiner Sicht etwas über sich, den Beruf, seine Arbeit und sein Land erzählt.

Jeder Artikel trägt die Überschrift „Ich bin Diätassistent“ in der jeweiligen Landessprache. Dieses Projekt stieß auch bei EFAD auf großes Interesse und wurde daher ein gemeinsames Projekt von EFAD und VDD. Auf europäischer Ebene heißt das Projekt „I'm a dietitian“. Der erste Artikel stammt von Simon Armbruszt, einem Kollegen aus Ungarn. Ich fand es sehr spannend und interessant, diesen Artikel zu übersetzen und kann mir gut vorstellen, Sie empfinden auch so. Ich hoffe daher, Sie freuen sich mit mir auf die noch folgenden Artikel aus 23 Ländern.

Daniel Buchholz, Diätassistent DKL/DGE, Dipl. Oecotrophologe (FH), DIETS working group,
www.thematicnetworkdietetics.eu/everyone, E-Mail: daniel.buchholz@charite.de

offiziell registrieren lässt. Und um diese Lizenz behalten zu können, müssen Fortbildungspunkte gesammelt werden. Dies gilt nicht nur für Diätassistenten, sondern für alle praktizierenden Heilberufler.

In 5 Jahren müssen 100 Punkte gesammelt werden. Durch die Arbeit in seinem Beruf erhält man jährlich 15 Punkte. Dies bedeutet, dass im Beruf Tätige, innerhalb von 5 Jahren noch mind. 25 Punkte durch Fort- und Weiterbildung erwerben müssen, was einem Zeitaufwand von 5 Tagen entspricht.

Die leitenden und führenden Diätassistenten der Berufsgruppe wollen nun allgemeingültige Ernährungsprotokolle und eine allgemeine Gebührenordnung etablieren sowie eine unabhängige Kammer und die regelmäßige Supervision von Diätassistenten in Ungarn. Die Profession der Diätassistenten charakterisiert in vielen Bereichen die Arbeitssituation in Ungarn, die von täglichen Schwierigkeiten begleitet ist. Vielen Dank all den Führungskräften: Wir machen große Schritte, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern!

Simon Armbruszt
 Dietitian, Manager Consultant,
 University of Pécs
 Faculty of Health Sciences
 Institute of Physiotherapy and
 Nutritional Sciences
 Department of Nutritional Sciences
 and Dietetics
 H-7621 Pécs Vörösmarty u. 4
 E-Mail: simon.armbruszt@etk.pte.hu

Übersetzt aus dem Englischen von
 Daniel Buchholz
 E-Mail: daniel.buchholz@charite.de

Neue Mitglieder

- A** Monik Ahrens, Schwerin
Eva Amann, Garding
Kathrin Arnold, Weiden /Opf.
Saskia Aulbach, Pfungstadt
- B** Birgit Bietz, Biebental-Vetzberg
Jan Bobsin, Quickborn
Kerstin Böhm, Erdweg
Karina Boss, Berlin
Sonja Brinkhege, Bad Oeynhausen
Claudia Brieskorn, Bissendorf
Ulrike Caro Brüderle, Beckingen
Corinna Busch, Lehre
- C** Verena Cramer, Köln-Merheim
- D** Juliana Demmeler, Westerheim
Isabel Denner, München
- E** Jenny Ebener, Paderborn
Josephine Eggert, Lutherstadt Eisleben
- F** Andrea Feussner, München
Marion Forster, München
- G** Susanne Geier, Würzburg
Peggy Görldt, Diera-Zehren OT Zadel
Martina Groh, Hallstadt
Monika Günt, Naumburg
- H** Christina Hahn, Dormagen
Tina Henk, Annaberg-Buchholz
Alexandra Hermann, Greifenstein-Beilstein
Maria Hinder, Wittenberg
Beate Hornfischer, Geroldsgrün
- J** Julia Jansen, Düsseldorf
- K** Mercedes Kabuth, Bottro
Rebecca Koepke, Hamburg
Sarah Kohlenberger, Gelnhausen
Annette Konz, Köln
Kathrin Krieger, Frankfurt
Bettina Krogloth, Tyrlaching
Bianca Kummerow, Münster
- L** Maria Veronika Lang, Aschaffenburg
Claudia Lange, Hannover
Janet Lanz, Magdeburg
- Nicole Leopold, Berne
Friederike Lindhorst, Bad Pyrmont
Britt Lingner, Thalheim
Ingvelde Löll, Hamminkeln
Tim Lorenz, Dieburg
- M** Alexandra Martin, Scheidegg
Tanja Martin, Nürnberg
Nathalie Mazingue-Desailly, Berlin
Carolin Möckelmann, Schmalfeld
Kathrin Möllers, Drensteinfurt
Helga Muhr-Zenk, Thalmässing
Susann Müller, Hamburg
- N** Eugenia Neufeld, Pentling
Eva Nickl, Kemnath
- O** Michaela Osmakowski, Munderkingen
- P** Cornelia Pott, Detmold
Bärbel Preuschoff, Hamburg
- S** Dagmar Scheuren, Duisburg
Sandra Schmidt, Friedland
Angelika Schneider, Sinzheim
Jennifer Schöne, Fürth
Beatrix Schulz, Frankenthal
Anne Schütze, Wismar
Carina Schwarz, Bad Liebenwerda
Anja Schwarzrock, Friedland
Sarah Schwendemann, Steinach
Samina Solander, Saarbrücken
Franziska Stahnke, Hagenow
Lydia Steffens, Hamburg
Maike Stephan, Capelle
Aline Sünder, Obercunnersdorf
Veronika Surrer, Laufen
- T** Manuela Thul, Bad Griesbach
- V** Aline Verch, Kehl
- W** Birgit Wachter, München
Sophie Wattenbach, Dobel
Cordula Wehlmann, Frankfurt/Oder
Anette Weinecker, Heuchelheim
Marlen Wolfart, Elpersheim
- Z** Barbara Zandering, Schwarzenbruck

Neue Schüler-Mitglieder

B Nina-Tabea Bastian, Illerkirchberg
Nicole Batel, Berlin
Ulla Bohn, Fichtenberg
Sandra Borbe, Giessen
Sophie Brauburger, Wöllstadt

D Janine Darkow, Hohensee
Anika Mareike Dauner, Ulm-Wiblingen
Constanze Dekowski, Berlin
Teresa Dierlam, Darmstadt
Judy Doeblner, Greifswald

E Lea Eiteneuer, Gießen
Susanne Engelhardt, Meißen
Nina Evangelou, Giessen
Johanne Ewich, Buseck

F Katrin Feber, Giessen
Diana Find, Reiskirchen/Hattenrod
Sylvia Katharina Fink, Illerbeuren
Henriette Frädrieh, Berlin
Stephanie Frickingler, Fleinheim
Melanie Frömbgen, Rheinbrohl

G Carolin Gladenick, Hönow
Stefan Glismann, Kiel
Katharina Gröger, Stuttgart
Josefine Grünhagen, Berlin

H Anna Hadibrata, Giessen
Marten Hansen, Risum-Lindholm
Antonia-Elisa Haß, Berlin
Michaela Herr, Neuendettelsau
Olivia Hümmecke, Altenholz

J Julia Jakob, Woelfersheim
Josefine Jeromin, Berlin

K Tatjana Kaiser, Wipperfuert
Adriana Karasiewicz, Berlin
Nihal Kevran, Nürnberg
Sandra Kiesler, Berlin
Carolin Kirchensteiner, Memmingen
Anne Kollmann, Stuttgart
Katerina Kowalewski, Augsburg
Romina Krebs, Erlangen
Michele Krumm, Haiger
Julia Kuderer, Stuttgart
Nathalie Kuhl, Neu-Ulm

L Larissa Landvogt, Rossbach v.D.H.
Sarah Langenbach, Weitefeld
Julia Laucht, Fronhausen-Holzhausen-Lahn
Stephanie Laux, Gießen
Andrea Leppla, Ulm
Melanie Lindemann, München
Sabrina Löber, Lollar
Susanne Logge, Berlin
Tamara Lühr, Mahlow

M Kamila Miemiec, Gießen
Neele Möckelmann, Eckernförde
Anne Münter, Greifswald

N Katrin Neuenfeldt, Kiel
Jens Nicolaus, Berlin

P Yvonne Elisabeth Pierzchala, Ulm
Kerstin Pütz, Nürnberg

R Denise Reese, Grimmen
Hella Regler, Neuendettelsau
Sonja Riegger, Stuttgart

S Jessica Schad, Neuendettelsau
Sandra Schätzchen, Greifswald
Liesa Schmidt, Friedberg
Anna Schnurr, Stuttgart
Aileen Schröder, Süderholz
Kristin Schüler, Berlin
Rebecca Schulze, Wernigerode
Solvejg Schulze, Kiel
Tamara Schwalb, Essfeld
Lisa Helena Sigloch, Ulm
Yvonne Specht, Heilsbronn
Sarah Sperber, Bad Driburg
Kristin Splettstößer, Neuenkirchen
Stefanie Staude, Mauden
Bernadette Stocker, Dettingen

T Jana Tellschow, Bad Wilsnack

W Frauke Weber, Hubgen
Franziska Wede, Berlin
Janine Wegner, Berlin
Andrea Weinke, Berlin
Regina Werner, Neu-Ulm
Carolin Widmann, Heubach-Lautern
Kerstin Wilstermann, Kiel
Jacqueline Witt, Pragsdorf
Antonie Wolf, Kronshagen

Z Carina Zeidler, Altrip

Abfindungen – besteht ein Rechtsanspruch?



Ralph Jürgen Bährle
Mannheim

Bedeutet eine Arbeitgeberkündigung auch gleichzeitig eine Abfindung? Nein, nicht zwingend. Denn eine Abfindung können Sie nur dann einfordern, wenn

- Sie sich mit dem Arbeitgeber in einem Aufhebungsvertrag auf die Zahlung einer Abfindung einigen. Dann haben Sie einen vertraglichen Anspruch.
 - das Arbeitsgericht den Arbeitgeber im Rahmen eines Prozesses über die ausgesprochene Kündigung zur Zahlung einer Abfindung verurteilt oder vor Gericht zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber ein Vergleich geschlossen wird, in dem sich der Arbeitgeber zur Zahlung einer Abfindung verpflichtet. Dann haben Sie einen vertraglichen Anspruch.
 - der Anspruch auf Zahlung einer Abfindung sich aus § 1a KSchG (Kündigungsschutzgesetz) ergibt. Auch dann haben Sie einen gesetzlichen Anspruch.
- der Arbeitgeber eine **betriebsbedingte Kündigung** ausspricht. Achtung: *Kündigt der Arbeitgeber, weil er mit Ihrer Arbeitsleistung nicht zufrieden ist, kann nie ein Anspruch auf Abfindung nach § 1a KSchG entstehen. Eine betriebsbedingte Kündigung liegt nur dann vor, wenn sich der Kündigungsgrund allein aus dem Betrieb ergibt – z.B. wenn eine Abteilung verkleinert wird.*

und

- der Arbeitgeber bereit ist, zur Vermeidung einer Kündigungsschutzklage die im Gesetz festgelegte Abfindung zu zahlen. In diesem Fall gibt der Arbeitgeber im Kündigungsschreiben den Hinweis, dass die Kündigung auf dringende betriebliche Erfordernisse gestützt wird und dass der Arbeitnehmer bei Verstreichen der Klagefrist die Abfindung beanspruchen kann.

Gesetzlicher Abfindungsanspruch bei betriebsbedingter Kündigung

Für betriebsbedingte Kündigungen schafft § 1a KSchG einen Abfindungsanspruch, der aber nur dann entsteht, wenn

- das Arbeitsverhältnis unter den Geltungsbereich des Kündigungsschutzgesetzes fällt. Dies ist dann der Fall, wenn das Arbeitsverhältnis länger als 6 Monate besteht und im Betrieb mehr als 10 Mitarbeiter (5 Mitarbeiter, wenn das Arbeitsverhältnis vor dem 31.12.2003 begonnen hat) beschäftigt werden **und**

Höhe der Abfindung

Die gesetzliche Abfindung im Rahmen eines Kündigungsschutzprozesses kann bis zu einem Jahresverdienst betragen. Als Faustregel rechnet man zwischen 0,5 und 1 Monatsverdienst pro Beschäftigungsjahr. Bei Arbeitnehmern, die das 55. Lebensjahr vollendet und mehr als 15 Jahre (bzw. 20 Jahre) beschäftigt waren, kann sie bis zu 15 (bzw. 18) Monatsverdiensten betragen. Je nach Alter des Gekündigten, Beschäftigungsdauer und Lage auf dem (regionalen) Arbeitsmarkt legt der Richter die Höhe der Abfindung fest.

Die Klagefrist gegen eine Kündigung beträgt 3 Wochen nach Erhalt der Kündigung. Erheben Sie Klage gegen die Kündigung, obwohl Ihnen Ihr Arbeitgeber eine Abfindung nach § 1a KSchG angeboten hat, erlischt der Anspruch.

Bei mehr als 10 Arbeitnehmern: Anspruch bei Auflösungsantrag

Sie haben nur dann einen gesetzlichen Anspruch auf Zahlung einer Abfindung, wenn im Rahmen eines Kündigungsschutzprozesses das Arbeitsgericht die Unwirksamkeit der Arbeitgeberkündigung feststellt und Sie und/oder Ihr Arbeitgeber den Antrag gestellt haben, das Arbeitsverhältnis

Mehr als 6 Monate Beschäftigung nötig

Einen Kündigungsschutzprozess kann nur führen, wer mindestens 6 Monate beschäftigt ist. Außerdem müssen mindestens 10 Mitarbeiter (5 Mitarbeiter bei Beginn des Arbeitsverhältnisses vor dem 31.12.2003) beschäftigt sein (§§ 1, 23 KSchG). Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, kann der Arbeitnehmer die Kündigung des Arbeitgebers gerichtlich nur daraufhin überprüfen lassen, ob sie fristgerecht und in der richtigen Form ist oder ob gegen ein Kündigungsverbot verstoßen wurde. Kündigungsverbote bestehen z.B. während der Schwangerschaft und in Elternzeit.

gegen Zahlung einer Abfindung aufzulösen (§§ 9, 13 KSchG).

Sie können den entsprechenden Antrag auf Auflösung des Arbeitsverhältnisses im Rahmen des Kündigungsschutzprozesses stellen, wenn Ihnen die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses nicht zuzumuten ist. Der Arbeitgeber kann den Antrag stellen, wenn eine gedeihliche Zusammenarbeit nicht mehr zu erwarten ist.

Vertraglicher Anspruch durch Aufhebungsvertrag oder Vergleich

Außer den im Kündigungsschutzgesetz vorgesehenen Ansprüchen auf Zahlung einer Abfindung gibt es keine weiteren gesetzlichen Ansprüche auf Zahlung einer Abfindung. Es werden allerdings Abfindungen in Aufhebungsverträgen oder im Rahmen eines Arbeitsgerichtsprozesses in einem Vergleich geregelt. Es wird damit ein einzelvertraglicher Anspruch auf Abfindung begründet. Einzelvertragliche Ansprüche auf Abfindung können unabhängig von der Dauer der Betriebszugehörigkeit oder der Größe des Betriebs vereinbart werden. Aufhebungsverträge sind beispielsweise sinnvoll

- zur Vermeidung eines Rechtsstreits über die Wirksamkeit einer Kündigung,
- wenn der Arbeitnehmer schnell ausscheiden soll.
- Kündigungsverbote – z.B. während der Elternzeit – bestehen, die mit einem Aufhebungsvertrag umgangen werden können.

Der Abschluss eines Aufhebungsvertrags bedeutet nicht automatisch, dass zugunsten des Arbeitnehmers eine Abfindung vereinbart werden muss. Eine derartige Vereinbarung macht aber dann für den Arbeitgeber Sinn, wenn bei Nichtabschluss für den Arbeitgeber nur die Möglichkeit der Kündigung mit allen ihren rechtlichen Risiken bleibt.

Dasselbe gilt für Vereinbarung in gerichtlichen Vergleichen vor dem Arbeitsgericht. Kündigt der Arbeitgeber z.B. einer Mitarbeiterin in Elternzeit und klagt diese gegen die Kündigung, verliert der Arbeitgeber – unabhängig von der Betriebsgröße – den Prozess, wenn er versäumt hat, vor Ausspruch der Kündigung die Zustimmung der zuständigen Behörde einzuholen. In derartigen Fällen einigt man sich häufig vor Gericht auf die Beendigung des Arbeitsverhältnisses zu einem bestimmten Termin und auf die Zahlung einer Abfindung, um eine weitere Kündigung zu vermeiden.

Keine Steuerfreibeträge mehr seit 01.01.2006

Bis zum 31.12.2005 gab es Abfindungsfreibeträge, bis zu deren Höhe die Abfindung steuerfrei war. Die Höhe des Freibetrags war abhängig von der Dauer der Betriebszugehörigkeit und dem Alter des Arbeitnehmers. Diese Steuerfreibeträge wurden mit Wirkung vom 01.01.2006 ersatzlos gestrichen.

Im Aufhebungsvertrag vereinbarte Abfindungen oder durch eine Gerichtsentscheidung zugesprochene Abfindungen sind nicht mehr steuerfrei. Die gezahlten Beträge werden jedoch anders günstiger als die normale Arbeitsvergütung. Es gilt die sogenannte Fünftelungsregelung nach § 34 EStG.

Abfindungen gelten nicht als Arbeitsentgelt im Sinne des Sozialversicherungsrechts. Sie sind daher sozialversicherungsfrei, wenn durch die Abfindung nicht bereits verdientes Arbeitsentgelt abgegolten werden soll. Wenn strittige Entgeltforderungen im Aufhebungsvertrag durch eine Einmalzahlung erledigt werden sollen, ist es daher sinnvoll, diese von der eigentlichen Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes zahlenmäßig zu trennen und eindeutige Vereinbarungen im Aufhebungsvertrag hierzu zu treffen.

Sperrfristen beim Arbeitslosengeld können drohen

Jeder Arbeitnehmer, der durch Kündigung oder durch Abschluss eines Aufhebungsvertrags aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet, hat Anspruch auf Zahlung von Arbeitslosengeld nach §§ 117 ff. SGB III, sofern er in der dem ersten Tag der Arbeitslosigkeit vorangegangenen Rahmenfrist – in der Regel 2 Jahre – mindestens 12 Monate in einer die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung gestanden hat.

Das Arbeitsamt kann aber eine Sperrzeit nach § 144 SGB III verhängen, wenn der Arbeitnehmer das Arbeitsverhältnis gelöst hat. Eine Sperrfrist wird auch verhängt, wenn vertragswidriges Verhalten Ursache der Beendigung des Arbeitsverhältnisses war. § 144 SGB III gilt grundsätzlich auch bei Abschluss eines Aufhebungsvertrags.

Ruhen des Arbeitslosengeldes wegen Abfindung

Nach § 143a SGB III kann die Zahlung einer Abfindung zum Ruhen des Arbeitslosengeldanspruches führen. Das Ruhen des Arbeitslosengeldanspruches wird insbesondere dann angeordnet, wenn das Arbeitsverhältnis ohne Einhaltung der Kündigungsfrist beendet wurde und der Arbeitnehmer eine Abfindung erhält. Der Anspruch ruht dann bis zu dem Tag, an dem das Arbeitsverhältnis bei Einhaltung der Kündigungsfrist geendet hätte.

Rechtsanwalt Ralph Jürgen Bährle
Strahlenburgstr. 23/25
68219 Mannheim
Tel. (0621) 871 03 50
Fax: (0621) 871 03 51
E-Mail: ralph.baehrle@baehrle-partner.de
www.baehrle-partner.de

Gesellschaft und Ernährung im Wandel

1. Ernährungsforum Rheinland-Pfalz

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels verändern sich das Einkaufs- und Essverhalten der Menschen. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen einen veränderten Bedarf an Nährstoff im Alter auf. Die große Herausforderung an die Ernährungsfachkräfte wird es heute und in Zukunft sein, einen Spagat zwischen den wissenschaftlichen Faktenwissen zur Seniorenernährung und den Wünschen der älter werdenden Menschen ans Essen erfolgreich zu schaffen. Dies war das Schwerpunktthema der Tagung des Qualitätszirkels Ernährung Rheinland-Pfalz e.V. Die Vorträge lassen sich unter www.ernaehrung-rlp.de herunterladen.

Ernährung im Alter von Hochbetagten: Renate Frenz aus Ratingen, ehemals zuständig im Referat Seniorenernährung bei der DGE-Sektion NRW betonte, dass es nicht den Senioren gibt. Wichtig zu wissen ist, dass die meisten Pflegebedürftigen heutzutage zu Hause gepflegt und mit Essen versorgt werden. Der Schwerpunkt ihres Vortrags lag auf der Mangelernährung, doch sie wies wie alle Referenten darauf hin, dass die persönliche Ess- und Trinkbiografie des Menschen entscheidend ist und Bedürfnisbefriedigung das vorrangige Ziel in der Praxis gegenüber der Bedarfsdeckung sein sollte.

Ernährung bei Diabetes mellitus: Dr. Marie Therese Breiningner aus Lahnau leitet die Gesundheits-Präven-

tion-Schulung Region Gießen e.V. Ein zentraler Punkt ihres Vortrags war, zu verdeutlichen, was ein Anteil von 45 bis 60% Kohlenhydrate an der Gesamtenergie für den Diabetiker in der Praxis bedeutet. Ein Großteil der Diabetiker kann zwar die KE mengenmäßig essen, doch kalorisch bleibt ihm wenig übrig, dies schmackhaft mit Käse, Aufschnitt und Streichfett aufzuwerten. Bedarf und Bedürfnis klaffen oft weit auseinander. In Fallbeispielen verdeutlichte sie weiterhin anschaulich, wie eine individuelle und fachkundige Ernährungsberatung für eine bessere Einstellung des Blutzuckers sorgen kann.

Kann Ernährung Krebs verhindern?
Dr. Sabine Rohrmann vom Heidelberger Institut für Krebsforschung stellte

einzelne Ergebnisse des World Cancer Report 2003 vor. Sie betonte, dass Krebs eine altersbedingte Krankheit ist und Ernährung und Rauchen mit je 30% nach derzeitigem Forschungsstand die Hauptrisikofaktoren für die Entstehung von Krebskrankheiten sind. Ob Substitutionen von Mikronährstoffen eine Lösung darstellen, ist kritisch zu bewerten, wenn man sich verschiedene Studien anschaut. Als derzeit gesicherte Empfehlungen gelten, viel Obst und Gemüse (Fünf am Tag) zu essen und zusätzlich den Fleischverzehr herunterzuregulieren. Als Richtlinie gilt: pro Woche nur 500 g rotes Fleisch und kein verarbeitetes Fleisch.

„Bitte den Seniorenteller!“ Gerda Reinert von den Hochwald-Kliniken



in Weiskirchen berichtete aus ihrem Klinikalltag über die Knackpunkte bei der Kosterstellung von Seniorentelern. Sie betonte die Vorteile der 6-Wochen-Pläne und zeigte die möglichen Versorgungslücken bei den kritischen Nährstoffen auf. Auch sie betonte, dass sich Ernährungsempfehlungen nicht in ein Raster pressen lassen.

Alte Menschen zum Essen verführen: Markus Biedermann aus Rumisberg (Schweiz) vermittelte uns als Koch nicht nur kognitiv, sondern auch direkt über den Geruchssinn (es wurde Speck ausgelassen), wie wir alte Menschen zum Essen verführen können. Er prangerte an, dass in

Deutschland der Tagessatz bei 3,50€ für das Essen eines Bewohners im Altenheim liegt. Er forderte mindestens 5,-€. Doch das Entscheidende für eine gute Altenheimkost ist die Wertschätzung und der gegenseitige Respekt zwischen Altenheimbewohner und Personal sowie für das Essen als solches. Sein simpler, aber wichtigster Tipp: Besinnen Sie sich auf den Lebensmittelkorb der alten Menschen. Ein Beispiel: Alte Leute kennen und lieben grüne Bohnen und nicht „grünen Blumenkohl“ (Brokkoli).

Die Tagung hat sowohl Erfreuliches als auch Missstände in der Seniorenernährung aufgezeigt und sicherlich vielen Teilnehmern einen Anstoß ge-

geben über kreative Lösungsansätze in der Alternernährung nachzudenken. Die hundert Teilnehmer haben mit zufriedenen Gesichtern den Tagungsort verlassen. Der Qualitätszirkel Rheinland-Pfalz e.V. kann sich dies als ein Zeichen des Lobes und der Dankbarkeit für ihre Pionierarbeit in der beruflichen Fortbildung von Ernährungskräften im Bundesland Rheinland-Pfalz auf die Fahnen schreiben.

Marlein Auge
Diätassistentin
Dipl. Oec.troph.
Kaiserslautern

Empfehlung: Fisch während der Schwangerschaft

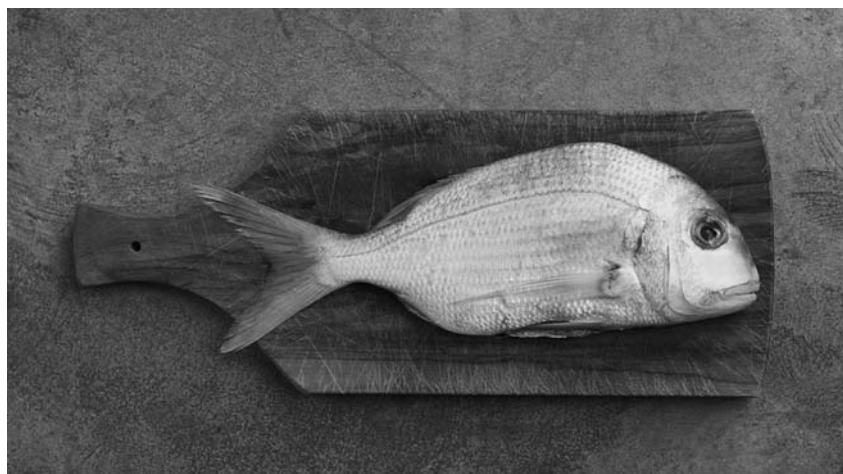
Eine spanische Studie mit über 450 Teilnehmerinnen hat gezeigt, dass Kinder umso seltener an einer Allergie leiden, je häufiger deren Mütter während der Schwangerschaft Fisch essen. Dieses geringere Allergierisiko bleibt bis ins Grundschulalter erhalten. Dafür werden die Omega-3-Fettsäuren, die vor allem in Fettsäuren und Muttermilch vorkommen, verantwortlich gemacht. Sie wirken entzündungshemmend, verändern die Aktivität einiger Immunzellen und dämpfen die Immunantwort, d.h. die Reaktion des Immunsystems auf Substanzen, die es als fremd erkannt hat.

Dies geschieht an sich jedoch nur bei demjenigen, der die ungesättigten Fettsäuren selbst isst. Man nimmt daher an, dass das Immunsystem des Kindes über die Nabelschnur zumin-

dest teilweise von dem der Mutter beeinflusst wird. Im Rahmen einer schwedischen Studie nahmen werdende Mütter Fischöl-Präparate ein. Auch deren Kinder hatten später deutlich weniger Allergien als die

Kinder, deren Mütter keine Fischöl-Präparate einnahmen.

Quelle: Max Rubner-Institut
Institut für Sicherheit und Qualität
bei Milch und Fisch



© Fancy Healthy Food

Reibekuchen? Waffeln für Tansania!

Das Kreiskrankenhaus Dormagen ist bekannt für Hüft- und Knieoperationen. Unsere Patienten kommen gelegentlich auch aus Tansania. Die Ernährungsgewohnheiten der afrikanischen Patienten waren mir fremd und auch mit den besten Erklärungen konnte ich weder die Zutaten beschaffen, noch annähernd das zubereiten, was sich meine Gäste vorstellten. Eine genervte Patientin lud mich ein, sie 4 Wochen in Tansania zu besuchen und bei ihr einen Kochkurs zu machen, denn dieses für ihren Geschmack katastrophale Essen wollte sie ihren Landsleuten ersparen. Diese leicht verrückte Einladung war ernst gemeint, ich nahm dankend an, denn meine berufliche Neugier ist unersättlich und wenn ich etwas lernen kann, dann bin ich dabei. Also reiste ich 2004 nach Tansania, weil ich keinen Ugali, den typischen Maisbrei aus weißem Maismehl, kochen konnte ... Während meiner Vorbereitungsphase besuchte ich die Missionsprokur der Spiritaner in Knechtsteden, Dormagen. Pater Claus gab mir den Tipp, an den Indischen Ozean nach Bagamoyo, der Spiritaner Mission in Tansania zu fahren. Von Bagamoyo aus wurden Sklaven nach Sansibar verschifft und nach Arabien oder Indien verkauft. Im Jahr 1868 gründeten die ersten Spiritaner eine Missionsstation und wann immer möglich, kauften sie Sklaven frei. Die Missionare siedelten die aus der Sklaverei Befreiten in einem christlichen Schutz- und Freidorf an. Aus meiner Arbeit im Pfarrgemeinderat von St. Katharina, Dor-



Von Bagamoyo aus wurden einst Sklaven nach Sansibar verschifft und nach Arabien oder Indien verkauft.

magen-Hackenbroich wusste ich, dass eine Mission in Bagamoyo regelmäßig von uns finanziell unterstützt wurde und ein Pater Bayo auch schon mal bei uns in der Gemeinde zu Besuch war. Grund genug, um Pater Bayo eine E-Mail zu schreiben. Seine Einladung erfolgte umgehend.

An Malaria erkrankt

An meinem ersten Urlaubswochenende besuchte ich die Spiritaner in Bagamoyo, bekam Malaria und überlebte, weil die Missionare für mich sorgten: In afrikanischen Krankenhäusern gibt es kein Essen und somit wurde ich 2 Tage lang aus der

Pfarrhausküche und dem Schwesternhaus mit Mahlzeiten, Obst und Getränken versorgt. Dem Swahili nicht mächtig, musste ich schnell die wichtigsten Wörter lernen. Nachdem ich genesen war, kehrte ich nicht zu meiner Gastfamilie zurück, sondern besuchte die Hauptverwaltung der Spiritaner in Ostafrika und besichtigte eine Kaffeepflanzung. Weil ich in Knechtsteden getauft worden war, wurde ich vom deutschsprechenden Pater Joachim mit nach Mto wa Mbu (Fluss von Mücken), das liegt im Masailand, auf seine Missionsstation mitgenommen. Hier kam ich endlich zu meinem Kochkurs: Ugali und mchicha, also weißer Maisbrei und Blattgemüse.

Wie einfach die Menschen hier in Tansania leben, das kann man sich im Vorfeld kaum vorstellen. Wenn der Strom ausfällt, dann ist es Zeit für ein Candlelight-Dinner. Gebügelt wird mit einem Kohlebügeleisen, so wie die Großmutter eines hatte, was ideal zur täglichen Handwäsche passt, da der hohe Salzgehalt des Wassers jede Waschmaschine zerstört.

Zurück in Bagamoyo, habe ich in der Krankenstation einige Ernährungsberatungen gemacht, meist Niereninsuffizienzen, verursacht durch Malaria. Bei den Beratungen ist zu berücksichtigen, dass die armen Menschen beispielsweise die Empfehlung, mehr oder hochwertiges Eiweiß zu sich zu nehmen, finanziell oft nicht meistern können. Fleisch, Fisch, Milch und Eier kosten einen Tageslohn oder mehr. Gelegentlich reicht das Geld auch nicht für Trinkwasser oder Brennmaterial, um das Wasser aus dem Fluss abzukochen und somit Cholera und Typhus zu verhindern. Bei einer Ultraschalluntersuchung sah ich zum ersten Mal ein toxisches Megacolon. Zum Abschied luden mich Pater Pius und Pater Bayo ein, auf jeden Fall wieder zu kommen.

Kochbananeneintopf mit Rindfleisch

Begeistert von meinem ungewöhnlichen Urlaub erzählte ich Pater Claus in Knechtsteden von meinen Erlebnissen und erhielt Antworten auf meine offenen Fragen. Für mich stand fest, dass ich irgendwann wieder die Spiritaner in Bagamoyo besuchen würde. Ich nutzte die Zeit, um etwas Swahili, eine Silbensprache, zu lernen. Nicht einfach, aber machbar. Englisch spricht von den Menschen, die ich treffen wollte, fast niemand. Ein tansanianischer Langzeitpatient, er wurde 6 Monate lang mit richtigem Ugali und Chapati (blättereig-ähnliche Pfannkuchen) verwöhnt, konnte mir die verflixte Grammatik

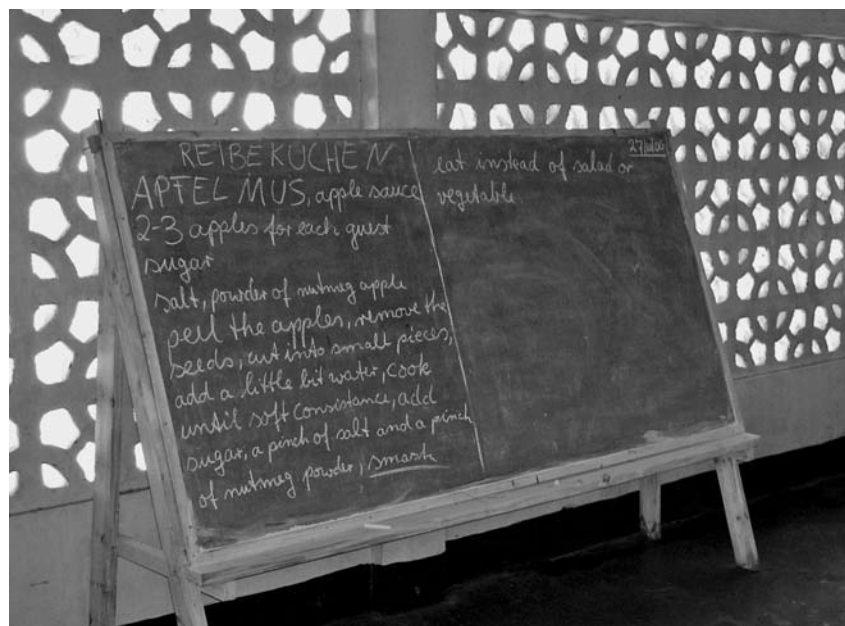
erklären und amüsierte sich über meine Aussprache.

2006 genehmigte mir mein Arbeitgeber 6 Wochen Urlaub für einen ehrenamtlichen Einsatz in Bagamoyo. Ich wohnte bei den Schwestern im Konvent und hatte mir vorgestellt, wieder zusammen mit Dr. Gwandu in der Krankenstation zu arbeiten, doch dieser hatte in die Malariaforschung gewechselt und bastelt seitdem an Impfstoffen. Der neue Arzt brauchte mich nicht.

Flexibilität ist in Afrika alles: Meine Aufgabe fand ich im Unterrichten der Hauswirtschaftsschüler in der neuen Schule. Das Semester hatte gerade begonnen. Die Küche musste eingerichtet werden, die Öfen und Kochtöpfe waren eine Spende der Regierung. Zu meinem Entsetzen sollte ich Deutsche Küche unterrichten, was aber Sinn macht, weil viele deutsche Touristen nach 5 Tagen das afrikanische Essen leid sind: Es gibt nicht viele afrikanische Sonntagsrezepte oder Gerichte, die man Gästen serviert, denn dazu fehlt das Geld. Deshalb bleibt es meist bei Pommes oder Reis mit Hühnchen und dezenter Ge-

müsedekoration, was für Afrikaner ein Weihnachtessen ist. Die Übersetzungen auf der Speisekarte helfen Touristen wenig weiter, denn wer probiert schon „Kochbananeneintopf mit Rindfleisch“, auch Mtori genannt, oder Pilau: „Mit Zimt, Kardamom, Nelken und Pfeffer gewürzter Reis zusammen gekocht mit Fleisch und einigen wenigen Kartoffeln“.

Einen zufällig getroffenen Reiseleiter befragte ich nach dem Essen in den Hotels und danach war ich überzeugt, dass für Touristen nur Schnitzel, Bratwurst, Sauerkraut etc. ein richtiges Essen sind. Ich übersetzte einige Kartoffelrezepte, diktierte diese den Schülern und führte die Kochbesprechungen in einer Mischung aus Swahili und Englisch durch. Zufällig kamen einige deutsche Gäste zu Besuch, die wir zu Reibekuchen mit Apfelmus einluden. Die Schüler waren zunächst entsetzt: Ein Essen ohne Fleisch oder Fisch, das kann man doch keinem Gast vorsetzen. Der Koch Ahmed, der als Lehrer die Leitung hatte, organisierte eine perfekte praktische Durchführung. Das Klassenzimmer war in einen Speiseraum verwandelt wor-



Rheinische Reibekuchen mitten in Afrika.



Erste Versuche, Waffeln zu backen. Vorne im Bild: „Mama von Emanuel“.

den: Boden geputzt, Tisch kunstvoll gedeckt mit Blumen in Flaschenvasen darauf, die Tafel bemalt. Die Gäste waren zufrieden und hinterließen eine großzügige Spende, von der die Schüler Gewürze kaufen konnten.

Das Waffel-Projekt startet

Da ich mich vor Ort nützlich machen wollte, hatte ich ein Waffeleisen mitgebracht. Waffeln sind in Tansania zwar unbekannt, Tansanianer essen aber offensichtlich alles, was lecker und süß ist. Die Idee war, dass die Missionare damit einer arbeitslosen Frau einen Arbeitsplatz schaffen und langfristig vielleicht ein bisschen Geld verdienen können.

In der Küche des Mädchengymnasiums, das ebenfalls zur Mission gehört, produzierte ich die ersten Waffeln zum Verkauf. Den Preis hatten wir mit 30 Cent pro Stück sehr hoch angesetzt, trotzdem überstieg die Nachfrage unsere Möglichkeiten. Mit den Schwestern von Bagamoyo kaufte ich in Dar es Salaam, der 70 km entfernten Hauptstadt, 2 weitere Waffeleisen. Das nahm den ganzen Tag in

Anspruch, denn wer kennt in Afrika schon solch ein Gerät? Nachdem wir fast alle Läden abgeklappert hatten, fanden wir tatsächlich 2 Sandwichmaker, die so aussahen, als könnte man mit ihnen Waffeln backen. Zwei Lehrerinnen und einer Frau namens Violeth lehrte ich das Rezept und den Umgang mit den Waffeleisen. Violeth erwies sich als geschäftstüchtig und buk fleißig Waffeln für den Verkauf. Das Geld reichte sogar, um die heruntergefallene Decke im Pfarrhaus zu reparieren!

Im Jahr 2007 war ich nur kurz in Bagamoyo, erfuhr, dass Violeth schwanger war und deshalb die Waffelproduktion ausgesetzt werden musste. Insgesamt kamen nun viel mehr Touristen zur Mission, und ein neuer Bruder hatte eine Hühnerfarm und einen kleinen Garten hinter dem Pfarrhaus angelegt.

Wieder zurück in der Heimat, erhielt ich zu Weihnachten eine Einladung zum 140-jährigen Bestehen der Mission im Jahr 2008. In den darauf folgenden Monaten planten wir meinen diesjährigen Aufenthalt. Mein Plan, den alten Traum der Spiritaner, ein kleines Cafe für Besucher zu realisie-

ren, scheiterte zunächst daran, dass Pater Mugisha sich darunter nichts vorstellen konnte und auch keine Ahnung hatte, welcher tägliche Arbeitsaufwand auf ihn zukommen würde. Pater Claus aus Knechtsteden half mir, indem er seinen Gast, einen tansanianischen Pater nach Bagamoyo schickte, um die Situation zu prüfen. Die Rückmeldung beruhigte mich und ich packte meine „Moskitoschutzkleidung“ – lange Röcke und einige traditionelle Kangas, das sind große Tücher, mit denen man sich kleiden, Säuglinge tragen, sich nach dem Duschen abtrocknen kann – in den Koffer. Mein vierter Besuch in Tansania stand bevor.

693 kcal zum Gesundwerden

In den ersten beiden Wochen habe ich Urlaub gemacht und unter anderem meine Freundin, Schwester Fides Mahunja, in Ifakara, im Süden Tansanias besucht. Schwester Fides arbeitet im Zentrallager eines 370-Betten-Krankenhauses und kämpft täglich um Untersuchungshandschuhe, naso-gastrale Sonden, Medikamente und ganz besonders um Säuglingsnahrung. Eine zugesagte Spende wurde nicht ans Krankenhaus geliefert. Die Mitarbeiter berichten ihr laufend von geschmacklosem Essen, zu wenig Speisetransportwagen, Energiepreisen so hoch wie in Deutschland, Zahlungsschwierigkeiten bei der Lohnauszahlung, Fachkräftemangel in den Bereichen Krankenpflege und Radiologie sowie Überarbeitung als Folge.

Ich hatte einige Tage Gelegenheit den Klinikablauf zu erleben und Gespräche mit Krankenschwestern, Patienten, Küchenpersonal, Ärzten und der Klinikleitung zu führen. Interessant las sich auch die Jahresstatistik des Hauses, denn die meisten Patienten wurden wegen schwerer Malaria, Knochenfrakturen, TBC und HIV stationär behandelt. Schlangenbisse wa-

ren ebenfalls recht häufig. Alle Erkrankungen haben eine Gemeinsamkeit: Sie erfordern eine Diät, reich an Protein, Vitaminen, Mineralstoffen und Energie. Das Gegenteil davon ist das tägliche Essen, denn es enthält pro Patient zurzeit 693 kcal, 19,9 g Eiweiß, 12 g Fett und 124 g Kohlenhydrate.

Wir überlegten uns Projekte zur Installation von Solarzellen zur Verbesserung der Stromproduktion, damit u.a. ein großes Kühl- und Tiefkühlhaus für die Bevorratung von eigenem Obst und Gemüse in der Trockenzeit betrieben werden kann. Für eine tägliche Obstversorgung sind weitere Obstplantagen geplant. Gewürzbäume aus Sansibar sollen angepflanzt und die Haltung von Kühen, Hühnern, Hasen und Fischen ausgebaut werden.

In Bagamoyo sollte dann das Café-Projekt starten: Dort bekam ich vom Gemeindepriester den Schlüssel für einen alten Überseecontainer in die Hand gedrückt und durfte, wie zuvor geplant, sehr selbständig das erste Café in Bagamoyo eröffnen. Der Frachtcontainer war überdacht worden und hatte mehrere Fenster bekommen, sodass er als gut verschließbarer Laden genutzt werden konnte. Ich suchte Violetta auf, die nach der Entbindung den Namen ihres erstgeborenen Kindes „Mama von Emanuel“ führt. Seit ihrer Schwangerschaft war sie arbeitslos, weil das gelegentliche Waffelbacken seit der Abreise von Pater Pius in Vergessenheit geraten war. Doch schon der nächste Tag war ihr erster Arbeitstag: Schrubben des Containers, innen und außen, 10 Stühle und 2 Tische beschaffen und abwaschen, danach überlegten wir uns sinnvolle Öffnungszeiten entsprechend der afrikanischen Gewohnheiten, übersetzten die Rezepte ins Swahili, besprachen die küchentechnischen Besonderheiten mit Händen und Füßen, Skizzen im Sand, Messbechern und Wörterbuch. Wir berechneten Wareneinsatz,

Strom- und Gaskosten, Lohnkosten, Verkaufspreis und Gewinn. Mit einem Mathematikurs hatte Mama Emanuel nicht gerechnet, aber sie verstand den Sinn und lernte schnell. Mit meiner Armbanduhr ausgerüstet, begann sie am nächsten Tag pünktlich damit, Berliner, Waffeln und Plätzchen zu backen und verkaufte diese zu Tee und Limo.

15 Tassen und 10 Teelöffel für 2000 Gäste

Der Anfang war etwas schwierig, denn der Gemeindepriester hielt Werbung für überflüssig. Nach einer harten ersten Woche hatten wir die Einnahmen von 250 Schillinge auf durchschnittlich 10000 Schillinge (1 Euro = 1590 Schillinge) gesteigert, was ausreichen würde, um Mama Emanuel auch in Zukunft einen guten Lohn bezahlen zu können. In einer Nacht- und Nebel-Aktion schrieb Pater Mapendo das neue Projekt ins Verkündigungsbuch und somit erfuhr die Pfarrgemeinde sonntags mit Verspätung ganz offiziell vom Café. Mit Pater Mapendo hatte ich nach Geschäftsschluss auch die Hotels am Strand besucht und dort Werbung gemacht. Das Projekt lebte offensichtlich von einer gut funktionierenden Mundpropaganda und von Festtagen, wie der Zeugnisvergabe und Einschulung des nahe gelegenen Mädcheninternats, der Marian High School: Für die Vorstellungsgespräche zur Einschulung wurden 2000 Gäste aus ganz Tansania erwartet. Eine Verpflegung seitens der Schule war nicht geplant. Das war unsere Gelegenheit! Wir waren gut vorbereitet, hatten unseren Tassenbestand aus den Einnahmen auf 15 Tassen und 10 Teelöffel aufgestockt. 3 kg Hefeteig lagerten im Gefrierfach des Kühlschranks, welcher über Nacht seinen üblichen Stromausfall hatte und somit war der Teig optimal aufgegangen. Wir verkauften über 130 Berliner, 5 Rezepte

Waffeln, 32 Muffins, 30 Stücke Zitronenkuchen, über 120 Tassen Tee, 5 Kästen Limonade und über 100 Flaschen Wasser. Mama Emanuel verkaufte zusammen mit meiner ehemaligen Hauswirtschaftsschülerin im Laden. In der Küche dirigierte ich eine Tischlerin aus Deutschland, die gerade als Missionarin auf Zeit in Bagamoyo arbeitet, unsere Haushälterin und Schwester Fides, die an diesem Morgen überraschend zu Besuch gekommen war. Sie strahlte, weil sie die Gelegenheit hatte, Berge von Waffeln zu backen.

Die Messdiener besorgten den Transport von Thermoskannen, Gebäck, Zucker, leeren Platten und Noteinkäufen von Milchpulver. Wir sprachen Englisch, Swahili und Deutsch. Der Umsatz lag an diesem Tag bei etwas über 100 Euro, was für uns unvorstellbar viel war. Mama Emanuel bekam einen Teil ihres Lohns ausgezahlt und es blieb nach dem Großeinkauf für die nächsten 3 Tage noch genug Geld übrig, um Telefonkarten für den Wiederverkauf zu erwerben, die dem Cafe als zweites Standbein Sicherheit geben. Für Schwester Fides kauften wir für ihre Krankenhauscafeteria zwei Waffeleisen. Außerdem brachten wir den Gewürzpflanzentransport von Sansibar nach Ifakara auf den Weg.

Ich freue mich, weil meine Idee einen Arbeitsplatz geschaffen hat und die Mission in Bagamoyo jetzt ein gut gehendes Cafe betreibt – einen Treffpunkt für Einheimische, Touristen und Pilger aus aller Welt. Vom Gewinn konnte Pater Mapendo inzwischen einen Wasserkocher und andere notwendige Utensilien kaufen. Insgesamt habe ich viel mehr erreicht und erlebt als erwartet!

Ursula Lukas
Diätassistentin im Kreiskrankenhaus
Dormagen

Ausgewogene Ernährung während Schwangerschaft und Stillzeit Damit keine Frage offen bleibt ...

Zu kaum einer Zeit machen sich Frauen so viele Gedanken über die eigene Ernährung wie in der Zeit der Schwangerschaft und so lange sie stillen. Gleichzeitig existieren zu kaum einem anderen Thema so viele Ammenmärchen und widersprüchliche Empfehlungen – und viele (werdende) Mütter sind verunsichert. Um dem vorzubeugen und Ärzte und Ernährungsfachkräfte in der Beratung ihrer Patientinnen zu unterstützen, hat die CMA Centrale Marketing Gesellschaft der deutschen Agrarwirtschaft mbH die beiden Broschüren zur Ernährung in Schwangerschaft bzw. Stillzeit neu aufgelegt: Praxisnah und gut verständlich werden darin häufig gestellte Fragen zur Ernährung in dieser besonderen Zeit von einer Ernährungswissenschaftlerin kompetent beantwortet und mit wertvollen Zube-

reitungs- und Hygienetipps sinnvoll ergänzt.

So stehen einerseits Fragen von Schwangeren im Vordergrund wie: Kann ich einem drohenden Eisenmangel vorbeugen oder wie viel Energie braucht der Körper nun wirklich? Was ist bei Heißhungerattacken und der häufig auftretenden Übelkeit sinnvoll?

Andererseits werden Fragen rund ums Stillen beantwortet, beispielsweise: Wie werden durch die Ernährung die Milchmenge und deren Zusammensetzung beeinflusst, welche Lebensmittel lösen Blähungen bzw. einen wunden Po beim Baby aus?

Weitere Themen sind der veränderte Nährstoffbedarf, Gefahr durch Salmonellen, Listerien und Toxoplasmen sowie Einführung der Beikost und Allergieprophylaxe.

Neben praxisnahen und gut verständlichen Empfehlungen ergänzen entspre-



chende Listen und Tabellen die Broschüren zum wertvollen Begleiter für diese besonderen Lebensphasen. Die handlichen Lang-DIN-Format Broschüren können zu jeweils 50 Stück kostenlos unter Stichwort „Schwangerschaft“ (7137_08) bzw. „Stillzeit“ (7138_08) angefordert werden bei: CMA, Wissenschafts-Service, Postfach 20 03 20, 53133 Bonn, wissenschaft@cma.de oder Fax: 0228 – 847 202.

Hammermühle und Minderleinsmühle glutenfrei jetzt unter einem Dach Zwei starke Partner – eine starke Verbindung

Für die an Zöliakie/Sprue Erkrankten ist es von ganz entscheidender Bedeutung, sich von der Diagnosestellung an glutenfrei zu ernähren. Denn allein durch das konsequente und dauerhafte Weglassen des schädigenden Getreideeiweißes werden die krankheitsauslösenden Prozesse – Bildung der typischen Gluten-Antikörper und Angriff auf die Zellen der Dünndarmschleim-

haut – gestoppt. Die Dünndarmschleimhaut regeneriert sich, die Darmzotten wachsen und nehmen ihre Funktion wieder auf.

Schon seit vielen Jahren sind in diesem Zusammenhang die zwei Traditionsmarken Hammermühle und Minderleinsmühle mit ihrem jeweiligen, glutenfreien Sortiment nicht mehr wegzudenken. Seit dem 1. Januar 2009 bieten die beiden ihr glutenfreies Sortiment nun unter dem gemeinsamen Dach der Hammermühle GmbH an.

Dabei reicht das Angebot von Broten wie Frischbrot oder Dauerbackwaren und süßen Backwaren wie Kuchen und Kaffeeleckchen, über Gebäck, Snacks, Knabberspaß und Cerealien bis hin zu unterschiedlichsten Mehlen & Co. Es umfasst aber auch Teigwaren von Fusilli über Makkaroni bis Vermicelli, Fertiges wie

Saucen und Fertigmischungen, Pizza & Co ebenso wie verschiedene Wurstwaren und pflanzliche Brotaufstriche. Sinnvoll ergänzt durch ein anschauliches Backbuch oder die neuen Toastbeutel.

Gemeinsam sind die beiden Partner nun noch besser in der Lage, Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten zu bündeln und ständig neue, innovative Produkte auf den Markt zu bringen. Dabei werden höchste Produktsicherheit, hochwertige Qualität, Genuss und Frische direkt vom Hersteller garantiert und ein nach wie vor leistungsfähiger Kundenservice geboten. Ganz der gemeinsamen Philosophie folgend: Bewusst ernähren. Bewusst leben.

Weitere Informationen unter www.hammermuehle.de



Termine

27.–28.02.2009

Edi 2009

Ernährung Diätetik Infusionstherapie:
Verbesserung des Outcomes
Ort: Berlin, Langenbeck-Virchow-Haus
Kosten: 100,- €
Informationen: www.dgem.de

12.–13.03.2009

46. DGE-Kongress

Ernährung, Umwelt und Gesundheit –
lokale und globale Herausforderungen
Ort: Gießen, Justus-Liebig-Universität
Kosten: für Nichtmitglieder etwa 70,- €,
für Mitglieder etwa 50,- €

14.–15.03.2009

Basis-Seminar – Teil 1:

„Das Essen ist mein liebster Feind“

Ambulante Ernährungstherapie bei Anorexia
und Bulimia nervosa
Ort: Bad Bramstedt (Medizinisch-Psychosomatische
Klinik)
Kosten: 180,- €
Das Seminar richtet sich an alle Ernährungsfachkräfte,
die noch keine oder nur wenig Erfahrungen mit Klienten
haben, die eine anorektische oder bulimische Ess-
problematik aufweisen.
Inhalt: Wer in seinem beruflichen Alltag mit anorekti-
schen und bulimischen Frauen und Männern in Kontakt
kommt, weiß, wie schwierig es ist, die Betroffenen da-
bei zu unterstützen, ihr Essverhalten zu normalisieren.
Das Seminar verdeutlicht, mit welchen Strategien der
Beratungsprozess mit anorektischen und bulimischen
Klienten gestaltet werden kann, um eine erste Stabili-
sierung des Essverhaltens zu erreichen. Die theoretische
und praktische Vermittlung der wichtigsten Beratungs-
inhalte wird im Vordergrund stehen. Des Weiteren ge-
ben wir einen Überblick über die Diagnose-Kriterien,
den Anamneseablauf und die Therapieziele. Neben der
Erstellung eines Essplans werden weitere grundlegende
inhaltliche und methodische Hilfestellungen aufgezeigt,
um Betroffene bei der Umsetzung ihrer Therapieziele
unterstützen zu können.

03.–04.04.2009

Laborwerte einfach und sicher interpretieren

Ort: Münster
Kosten: 235,- €
Netzwerk Ernährungsmedizin, Baden-Württemberg
(NEBW) e.V. gemeinsam mit der Diättschule am St.
Franziskus-Hospital Münster; Referenten: Bertil Kluthe,
Christiane Kling
Informationen: Klinik Hohenfreudenstadt,
Claudia Rupp, Tel. (07441) 53 47 05,
E-Mail: rupp@klinik-hohenfreudenstadt.de

25.–26.04.2009

Basis-Seminar – Teil 2 :

„Das Essen ist mein liebster Feind“

Ambulante Ernährungstherapie bei Anorexia
und Bulimia nervosa
Ort: Bad Bramstedt (Medizinisch-Psychosomatische
Klinik)
Kosten: 180,- €
Das Seminar richtet sich an alle Ernährungsfachkräfte,
die bereits am Basis-Seminar Teil 1 teilgenommen haben.
Inhalt: Bei Menschen mit einem Essproblem sind Appe-
tit und damit Genuss zutiefst mit Angst besetzt. Dieses
Thema wird mit dem Ziel aufgreifen, Verständnis für
die Schwierigkeiten der Betroffenen zu wecken und er-
nährungstherapeutische Inhalte zu erarbeiten, die über
die Stabilisierung von Essverhalten hinaus gehen und
Betroffenen eine Flexibilisierung von Essverhalten er-
möglichen. Im weiteren Verlauf des Seminars werden
wir die erlernten Strategien in der Arbeit mit Essproto-

Stellengesuch

EB/DGE und DA/Pädiatrie VDD (Ex. 88)
sucht ab 1.4.2009 neuen Wirkungskreis im Raum
Gummersbach/Olpe/Siegen/Köln und Umkreis.
Gerne halbe oder 75% Stelle. Qualifizierte und
engagierte Fachkraft mit Erfahrung in Vorträgen,
Einzel- u. Gruppenberatungen, Kinderadipositas-
schulungen (Einzel/Gruppe), Kinder Kurnach-
sorge (i. Bereich Adipositas), Kardiologie
(Schulung u. Lehrküche) sowie langj. Erf. im
Diätbereich versch. Großküchen.
Chiffre: 5553/01-09

kollen, anwenden. Mithilfe von praktischen Beispielen und in Rollenspielen, lernen die Teilnehmer im Umgang mit den Protokollen, mehr Sicherheit zu gewinnen. Dabei geht es nicht nur um die Interpretation der Essprotokolle, sondern auch um potenzielle Schwierigkeiten, die bei der Arbeit mit ihnen auftreten können.

Informationen:

Dozenten sind Dipl. oec. troph. Ursula Seidel-Bars und Dipl. oec. troph. Christina Paarmann, www.essenza-kiel.de

25.04.2009

Nahrungsmittelallergie-Tag der Westdeutschen Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie e.V. (WAPPA)

Ort: Bonn, Collegium Leoninum

Kosten: 120,- €

Informationen: www.di-text.de

06.–07.05.2009

Deutscher Wundkongress der ICW e.V. in Kooperation mit dem Klinikum Links der Weser (DEWU) & 5. Bremer Pflegekongress

Ort: Messe und Congress Centrum Bremen

Kosten: Dauerkarte 75,- € (bei Anmeldung bis 31.03), 89,- € (Tageskasse); Tageskarte 55,- €

Kombikongress mit Industriefachausstellung für Teilnehmer aus ambulanter, stationärer und akutklinischer Pflege und Mediziner.

Schwerpunkte Pflegekongress: Beratung und Belastung pflegender Angehöriger, Einbindung pflegender Angehöriger in die Pflege, Ehrenamt und Freiwilligenarbeit, Prävention.

Schwerpunkte Wundkongress: Patientenedukation, Prävention, Differenzialdiagnostik, Therapiekonzepte, Expertenstandard, Wirtschaftlichkeit.

Informationen: www.bremer-pflegekongress.de;

www.deutscher-wundkongress.de, Tel. (0421) 308 00 71,

E-Mail: graner@bremen-tourism.de

15.–17.05.2009

58. Jahrestagung der Süddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

Ort: Karlsruhe, Kongresszentrum

Kosten: 120,- €

Information: www.sgkj2009.de

26.–27.06.2009

Fortbildung Zöliakie für Ernährungsfachkräfte

Ort: Klinikum Stuttgart, Diätschule

Kosten: 275,- € (inkl. Seminarunterlagen und Pausengetränke)

Inhalte: Neben Grundlagen zur Medizin werden detaillierte Kenntnisse über die glutenfreie Ernährung, die neue Kennzeichnungsverordnung sowie Grenzwerte für glutenfreie Lebensmittel vermittelt. Im Backkurs werden die Zubereitung glutenfreier Brot- und Backwaren praktisch geübt. Darüber hinaus: Medizin, Folgeerkrankungen, assoziierte Erkrankungen, Diätetik, Küchentipps und -tricks, Soziale Kompetenz – Probleme in Kindergarten, Schule, Pubertät, Altenheim, Krankenhaus und Kur, Wie geht man mit einer lebenslangen strikten Diät um?

Dozenten: Dr. Stephanie Baas, Dipl. oec. troph. C.

Bethge-Witt, E. Hoffmann Ernährungsberaterin/DGE,

P. Hartmann, Diätassistentin

Informationen: www.dzg-online.de, Tel. (0711) 45 99

81 20, Fax: (0711) 45 99 81 50,

E-Mail: patricia.hartmann@dzg-online.de

Regionaltermine

25.03.2009

32. Würzburger Fortbildungsveranstaltung „Ernährungsmedizin und Diätetik“

Ort: Veitshöchheim bei Würzburg

Kosten: 15,- bei Überweisung, 20,- Euro an der Tagungskasse

Beginn: 9.00 Uhr

Informationen: Veranstalter ist die staatl. BFS für Diätassistenten am Klinikum der Universität Würzburg, in Kooperation mit der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e. V. Freiburg. Anmeldung und Infos bei der Berufsfachschule für Diätassistenten, Reisgrubengasse 10, 97070 Würzburg, Tel. (0931) 352 93 10, Fax: 352 93 33, E-Mail: diaetschule-wuerzburg@t-online.de

22.04.2009

Stammtisch „Krefeld“

Ort: Helios Klinik Krefeld, Lutherplatz 40, 47805 Krefeld, Studiengebäude des Hörsaals/Bibliothek,

18:30–20:30 Uhr

Thema: DRGs und die Relevanz in der Ernährungsberatung, Referent: N. N.

Informationen: Tel. (02151) 32 44 08,

E-Mail: sigrid.kalde@helios-kliniken.de

Optimix – die 3 Regeln Optimix – die 5 Mahlzeiten

Hrsg.: Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund, 2008, DIN A 1

Bezug: FKE Broschürenvertrieb:

Tel. (0180) 579 81 83

(14 Cent/Minute) oder

www.fke-shop.de.

Preis: 4,- € zuzüglich

Versandkosten



Beide Poster zeigen die Kernbotschaften von Optimix. Einmal werden die drei Regeln (reichlich pflanzlich, mäßig tierisch, sparsam fett- und zuckerreich) dargestellt und das zweite Poster zeigt die optimale Zusammensetzung der 5 Tagesmahlzeiten. Überall dort, wo sich Kinder, Jugendliche und Eltern aufhalten, können die Poster angebracht werden. Die Darstellung wurde so gewählt, dass auch ohne wortreiche Erklärungen erkennbar ist, wie gesundes Essen für Kids und Teens aussieht.

Das Kohlenhydrat-Kartell

Über die Diätkatastrophe, die finsternen Machenschaften der Zuckerlobby und Wege aus dem Diäten-dschungel

Clifford Opoku-Afari

Systemed Verlag, Lünen, 2008,

2. aktualisierte und überarbeitete

Auflage, 166 Seiten

ISBN: 3-9273-7243-6

Preis: 12,95 €



Trotz zahlreicher Veröffentlichungen von Artikeln, Diätvorschlägen und Angeboten von Abnehmkursen steigt das Gewicht vieler Menschen immer weiter und immer dramatischer an. Warum bringen die meisten Vorschläge wenig Erfolg – und was könnte die Lösung sein? Eine moderate Verschiebung von vielen Kohlenhydraten hin zu etwas eiweißreicherem Essen soll Erfolg bringen. Die LOGI-Pyramide wird vorgestellt und natürlich fehlt auch nicht der Hinweis, dass nur mit Bewegung das Gewicht langfristig reduziert werden kann.

Natürliche Pflanzenkraft für Ihre Gesundheit

Stefanie Sigwart

21 x 25 cm, 144 Seiten,

durchgängig farbig,

alle Rezepte mit Bildern.

ISBN: 3-9320-1230-5



Nach 30 engagierten Berufsjahren als Diätassistentin mit Dipl. DKL/DGE und tätige Ernährungsberaterin hat Stefanie Sigwart ein neues praktisches Ernährungshandbuch herausgegeben. Es unterscheidet sich von bisheriger Ernährungsliteratur dadurch, dass das Wissen um die Nahrungsaufnahmekapazitäten des Verdauungssystems, die Nährstoffe, ihre Verdauung und Resorption und die weitere Nutzung im Stoffwechsel anschaulich miteinander verknüpft werden. Der Leser wird angeleitet, ursächliche Zusammenhänge für Störungen oder Erkrankungen zu erkennen, mögliche Krankheitsquellen zu entlarven und Ansatzpunkte für die Wiederherstellung von Gesundheit zu entdecken.

Besonders interessant und aktuell sind diese Informationen, da heute Störungen im Verdauungssystem, Allergien und Entzündungen – insbesondere Schleimhautentzündungen – häufige und gängige Lebensbegleiter sind, zugleich aber die Vorstufe zu Krebs darstellen können. Diesen Störungen auf natürliche, preiswerte Weise abhelfen und durch Pillenflut vergessenes Wissen wieder lebendig machen, ist Ziel dieses Werkes. Ganzheitliches Denken und das „sich einfügen“ in geltende Naturgesetze von z. B. Rhythmus, Dosis, Qualität und Genuss runden die Inhalte ab. Attraktive Rezepte zeigen, wie schnell und einfach Gemüse lecker und pfiffig zubereitet werden kann, so dass es gerne zum Mittelpunkt der Mahlzeiten wird. Überzeugen Sie sich selbst. 21 x 25 cm, 144 Seiten, durchgängig farbig, alle Rezepte mit Bildern.

Sonderpreis für VDD-Mitglieder 12,90 € statt des regulären Bezugspreises von 19,90 € (bei Bestellung bis 15.05.2009).

Bestellung: Stefanie Sigwart, Am Läuferberg 4,

79588 Efr. Egringen, Tel. (07628) 9797,

E-Mail: sigwart@onlinehome.de

Internet: www.koch-ess-beratung.de

Bitte halten Sie Ihre VDD-Mitgliedsnummer bereit,

diese ist bei der Bestellung anzugeben.

Diät und Information 2008

Autoren- und Quellenverzeichnis

Heft 1 (Februar)	Seiten 1–32
Heft 2 (April)	Seiten 33–64
Heft 3 (Juni)	Seiten 65–96
Heft 4 (August)	Seiten 97–128
Heft 5 (Oktober)	Seiten 129–160
Heft 6 (Dezember)	Seiten 161–193

Adam, Olaf 103, 130	Hellbardt, Mario 54	Rehann, Kerstin 136
Angerhofer, Silvia 132	Heseker, Helmut 101	Reich-Soufflet, Jocelyne 16
Bährle, Ralph Jürgen 187	Hottenroth, Petra 53	Reinhard, Marcel 174
Beyer, Kathrin 2	Jürgensen, Monika 5	Rühl, Holger 15
Beyer-Reiners, Evelyn 71	Koepke, Rebecca 117	Schitto, Anke 66
Binder, Christiane 162	Kohnhorst, Marie-Louise 151	Schmidt, Annika 164
Blüher, Stefan 98	Kortboyer, Gaby 77, 179	Schwan, Nadine 26
Böhnke, Jana 54	Koula-Jenik, Heide 34	Stegmayer, Meliza 117
Boklage, Hanna 28	Krüger, Claudia 19, 24, 30, 31, 61, 62, 80, 92, 110, 124, 125, 156, 193	Steinkamp, Doris 24, 52, 77, 109, 141, 149, 150, 172, 174
Buchholz, Daniel 112	Leuchtmann-Wagner, Birgit 9, 107	Steinker, Birgit 49
Bürger, Friederike 91	Löwe, Ursula 23	Theobald, Steffen 40
Cakmak, Pinar 120	Lübke, Doris 23	Träger, Walburga 112
Chahda, Christa 86	Mannhardt, Sonja 167, 170	Van Eikels, Ann-Katrin 183
Constien, Anja 186	Niedworok, Robert 38	Weidenbach, Irmtraud 179
Dziuk, Michael 104	Nußbaumer, Helmut 51	Weiher, Sarina 73
Eggstein, Waltraud 179	Obereisenbuchner, Jeannette 136	Werning, Andrea 167
Fleischhauer, Anja 1, 33, 57, 60, 65, 87, 88, 97, 110, 129, 161, 184, 186	Och, Ulrike 90	Wernze, Heinrich 15
Flöhrmann, Iris 21, 25, 50, 60, 77, 142, 145, 147, 179	Paul, Claudia 151	Willeke, Andrea 42
Flöhrmann, Iris 21, 25, 50, 60, 77, 142, 145, 147, 179	Pfadenhauer, Karina 58	Wilken, Markus 10
Frenz, Renate 108		Zimpel, Andrea 140, 180
Hartmann, Patricia 154		Zwickert, Elina 179

Erläuterungen zu Abkürzungen

AGNES	Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung	HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Point
AKDÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	HBA	Heilberufeausweis
BDEM	Berufsverband Deutscher Ernährungsmediziner e.V.	IPT	Interpersonale Therapie
BfR	Bundesinstitut für Risikobewertung	LOHAS	Lifestyle of Health and Sustainability
CBT	Kognitive Verhaltenstherapie	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
DBT	Dialektische Verhaltenstherapie	NAP	Nationaler Aktionsplan zur Prävention
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung	OPS	Operation- und Prozedurenschlüssel
DGEM	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin	RKI	Robert Koch Institut
DSM	Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders	SEG	Sozialmedizinische Expertengruppen
DZG	Deutsche Zöliakie-Gesellschaft	VDOE	Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V.
eGBR	Elektronisches Beruferegister für Gesundheitsfachberufe der Länder	VMF	Verband medizinischer Fachberufe e.V.
ERP	Exposition mit Reizverhinderung	WCRF	World Cancer Research Fund
GDV	Gütegemeinschaft Diät und Vollkost	WHO	World Health Organization
		ZMP	Zentrale Markt- und Preisberichtsstelle

Diät und Information 2008

FOKUS-THEMEN

- Heft 1: Essstörungen / Was sind Essstörungen / Essstörungen in der Beratung / Prävention / Fütterungsstörungen / Kurzfragebogen binge eating / Ausbildung Fachberater für Essstörungen
- Heft 2: Onkologie / Krebsprävention / Krebsdiäten / Wie gefährlich sind Vitaminsupplemente / Ernährungstherapie in der Onkologie
- Heft 3: Verpflegungsmanagement / RAL-Gütezeichen / Bio mit Brief und Siegel / Qualitätssicherungssysteme in der Gemeinschaftsverpflegung
- Heft 4: Kongressausgabe / Die alternde Gesellschaft / Anti-Aging / Wandel des Verzehrverhaltens / Sozialmedizinische Bewertung der Adipositas-therapie
- Heft 5: Neurologie / Omega-3-Fettsäuren bei Multipler Sklerose / Depressionen / Ernährungstherapie bei Querschnittlähmung / Diätetik in der Neurologie
- Heft 6: Nahrungsmittelallergien / Allergie-Prävention beim Säugling / Wenn die Schokolade die Haut schlecht macht / Juckreiz-Kratz-Teufelskreis durchbrechen / Gestörtes Essverhalten bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien

Adipositas

- Erster Fortbildungsnachmittag der AG Adipositas in Berlin 54
- Sozialmedizinische Bewertung der Adipositas-therapie 104

BERUF

Berufsfeld/Berufspraxis

- Systemische Prävention: Das tri-fit-Präventionskonzept in Kooperation mit dem VDD 53
- Über den Tellerrand geschaut: Aufgaben einer Diätassistentin im Forschungsinstitut für Kinderernährung 85
- Über den Tellerrand geschaut: Kinderleicht - Diätassistenten in der Projektarbeit 120
- DAs machen Schlagzeilen 141
- Über den Tellerrand geschaut: Meine Aufgaben bei der Deutschen Zöliakie-Gesellschaft e.V. 154
- Über den Tellerrand geschaut: Ernährungsberatung in der Forensik - eine (un)bekannte Herausforderung 180

Ausbildung

- Schlappi zu Besuch in der Kindertagesstätte - Projekt der Schule für Diätassistenten Minden 26
- Balance zwischen Gesundheit und Genuss - 5 am Tag 28
- Praktikum in Texas 117

Fortbildung

- Fachschreiner für Holzverarbeitung 112

Freiberuflichkeit

- Alles, was Freiberufler wissen müssen: AG Freiberuflichkeit veranstaltet ersten Workshop 58

Leitbild

- Ein Schritt in die Zukunft: Die MV beschließt, aus Diätassistenten sollen Diaetologen werden 19
- Statement zur aktuellen Entwicklung unserer Berufsbezeichnung: „Ich bin kein Assistent“ - Berufsbezeichnung bedeutet Identität! 51
- Fachschreiner für Holzverarbeitung 112
- Ein Bild, das uns leitet ... Unser Leitbild - Ihre Meinung ist gefragt 179

Bundeskongress 2008

- Wieder Plattform für Vernetzung und Erfahrungsaustausch in Wolfsburg 21
- Aktivitäten am VDD-Stand auf dem Bundeskongress in Wolfsburg 2008 49
- Bundeskongress 2008: Das richtige Thema zum richtigen Zeitpunkt 50
- Demografischer Wandel und Lebensqualität: Ein Rückblick auf den Bundeskongress 2008 80
- Erfolgreiche Pressekonferenz in Wolfsburg 106
- Förderpreis des VDD 2008 geht an Christiane Kling 108

Demografischer Wandel

- Demografischer Wandel und Lebensqualität: Ein Rückblick auf den Bundeskongress 2008 80
- Die alternde Gesellschaft - eine Chance für Gesundheitsberufe 98
- Anti-Aging: Jungbrunnen Ernährung und Bewegung 101
- Wandel des Verzehrverhaltens während der letzten 200 Jahre 103

Erfahrungsbericht

- Praktikum in Texas 117

FOKUS - Essstörungen

- Was sind Essstörungen? 2
- Essstörung in der Beratung - woran erkenne ich sie? 5
- Damit Essen gar nicht erst zum Problem wird 9
- Frühkindliche Fütterungsstörungen 10
- Kurzfragebogen zur Diagnostik abnormen Essverhaltens (binge eating) 15
- Ernährungsberatung: Ausbildung zum Fachberater für Essstörungen 16

FOKUS - Kongressausgabe

- Die alternde Gesellschaft - eine Chance für Gesundheitsberufe 98
- Anti-Aging: Jungbrunnen Ernährung und Bewegung 101
- Wandel des Verzehrverhaltens während der letzten 200 Jahre 103
- Sozialmedizinische Bewertung der Adipositas-therapie 104

FOKUS - Nahrungsmittelallergien

- Allergie-Prävention beim Säugling - was gibt es Neues? 162
- Wenn die Schokolade die Haut schlechter macht - ist der Zucker schuld!? 164

- Den Juckreiz-Kratz-Teufelskreis durchbrechen: Patientenschulungen in Deutschland und der Schweiz 167
- Gestörtes Essverhalten bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien – verbreiteter als vermutet? 170

FOKUS – Neurologie

- Omega-3-Fettsäuren bei Multipler Sklerose 130
- Depressionen – eine Herausforderung für die Ernährungsberatung 132
- Ernährungstherapie bei Menschen mit Querschnittslähmung 136
- Diätetik in der Neurologie 140

FOKUS – Onkologie

- Krebsprävention und Ernährung 34
- Krebsdiäten – zweifelhafte Versprechen 38
- Beta-Carotin und Bronchial-Karzinom – wie gefährlich sind Vitaminsupplemente? 40
- Ernährungstherapeutische Aspekte in der Onkologie 42

FOKUS – Verpflegungsmanagement

- Das RAL-Gütezeichen als Chance für die DA 66
- Bio – Mit Brief und Siegel 71
- Qualität ist mehr als subjektives Empfinden 73

Gesundheitssystem

- Der Budgetdeckel muss weg 89
- Fachberufekonferenz diskutiert Kooperation und Verantwortung im Gesundheitswesen 76
- Expertenstandard Ernährungsmanagement 174
- Aktuelles zu bilanzierten Diäten 174

MARKTPLATZ

- Schlappi zu Besuch in der Kindertagesstätte – Projekt der Schule für Diätassistenten Minden 26
- Balance zwischen Gesundheit und Genuss – 5 am Tag 28
- Leitlinienprogramm Onkologie vorgestellt 57
- Alles, was Freiberufler wissen müssen: AG Freiberuflichkeit veranstaltet ersten Workshop 58
- Kommentar zur Nationalen Verzehrsstudie II 60
- Über den Tellerrand geschaut: Aufgaben einer Diätassistentin im Forschungsinstitut für Kinderernährung 85
- Qualitätsstandards für die Betriebsverpflegung veröffentlicht: Homepage von Job & Fit liefert viele interessante Angebote 88
- Der Budgetdeckel muss weg 89
- Dritter Zertifikatskurs Enterale Ernährung in Krefeld 90
- Neuer Gesamtvorstand des BDEM 116
- Praktikum in Texas 117
- Über den Tellerrand geschaut: Kinderleicht – Diätassistenten in der Projektarbeit 120
- Unterrichtsmaterialien zu Therapieempfehlungen der AkdÄ 121
- Rezept: Gebratener Hering auf schottische Art 122
- Über den Tellerrand geschaut: Meine Aufgaben bei der Deutschen Zöliakie-Gesellschaft e.V. 154
- Über den Tellerrand geschaut: Ernährungsberatung in der Forensik – eine (un)bekannte Herausforderung 180
- Go DAs – far away! Zertifikatskurs zur Ernährung und Verpflegung von Senioren von November 2007 bis Juni 2008 182

- Chronik eines Skandals: Melamin 184
- ProDiät: Datenbank diätetischer Produkte mit Neuerungen 186
- Diensthandy – was sollte geregelt werden? 187

MEDIEN

Bücher, Broschüren: Ratgeber

- Backbuch 124
- Bio 124
- Diabetes 62, 125
- Ernährung und Immunsystem 30
- Essstörungen 62
- Greek Diet 124
- Kinder 30, 31, 62, 92, 156, 193
- Kochbuch (Allergie) 185
- Kochbuch (Anti-Aging) 193
- Kochbuch (Anfänger) 93
- Kochbuch (Fisch) 31
- Kochbuch (für jeden Tag) 124, 156
- Küchenpraxis 193
- Laktose-Intoleranz 92
- Neurodermitis 169
- Psycho 30, 31
- Säuglingsernährung 62
- Übergewicht 31, 193
- Verhalten 31

Bücher, Broschüren: Fachinformationen

- Ernährungslehre 61
- Brockhaus Ernährung 156
- Hauswirtschaft 62
- Health Claims 92
- Themenpapier Wild-Stiftung 156

Computer-Programme

- Demenz 61

Onkologie

- siehe Fokus Onkologie
- Leitlinienprogramm Onkologie vorgestellt 57

Pädiatrie

- Frühkindliche Fütterungsstörungen 10
- Allergie-Prävention beim Säugling – was gibt es Neues? 162
- Den Juckreiz-Kratz-Teufelskreis durchbrechen 167

Recht

- Diensthandy – was sollte geregelt werden? 187

Rezepte

- Gebratener Hering auf schottische Art 122

VDD intern

- Ein Schritt in die Zukunft: Die MV beschließt, aus Diätassistenten sollen Diätologen werden 19
- Wieder Plattform für Vernetzung und Erfahrungsaustausch in Wolfsburg 21
- Heinz Walter Jacoby zum Gedenken 23
- „Über den Tellerrand“ geschaut 24
- Gemeinsam sind wir stark – aktive Mitgestaltung auf der MV 48
- Aktivitäten am VDD-Stand auf dem Bundeskongress in Wolfsburg 2008 49

- Bundeskongress 2008: Das richtige Thema zum richtigen Zeitpunkt 50
- Statement zur aktuellen Entwicklung unserer Berufsbezeichnung: „Ich bin kein Assistent“ – Berufsbezeichnung bedeutet Identität! 51
- Wir waren dabei: Interessengemeinschaft eGBR gegründet 52
- Systemische Prävention: Das tri-fit-Präventionskonzept in Kooperation mit dem VDD 53
- Erster Fortbildungsnachmittag der AG Adipositas in Berlin 54
- Fachberufekonferenz diskutiert Kooperation und Verantwortung im Gesundheitswesen 76
- Demografischer Wandel und Lebensqualität: Ein Rückblick auf den Bundeskongress 2008 80
- Erfolgreiche Pressekonferenz in Wolfsburg 106
- Förderpreis des VDD 2008 geht an Christiane Kling 108
- VDD aktuell 109, 150, 172
- Danke für Ihr Engagement! 110
- Fachschreiner für Holzverarbeitung 112
- DAs machen Schlagzeilen 141
- Drei Länder, ein Thema – „Herausforderung Teamarbeit“ im klinischen Ernährungsteam 142
- In Form: Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung – Neue Chancen für Diätassistenten 145
- Bilden wir unsere „Konkurrenz“ aus? Hintergrundinformation zur Kooperation des VDD mit dem Verband medizinischer Fachberufe e.V. (VMF) 147
- Unterstützung im Wirrwarr der Diäten – Interview mit Doris Steinkamp 148
- Nachruf – zum Tode von Elisabeth Wienken (1955 bis 2008) 151
- Expertenstandard Ernährungsmanagement 174
- Aktuelles zu bilanzierten Diäten 174
- Ein Bild, das uns leitet ... Unser Leitbild – Ihre Meinung ist gefragt 179

VDD-Komitees

- Aktivitäten am VDD-Stand auf dem Bundeskongress in Wolfsburg 2008 49
- Erster Fortbildungsnachmittag der AG Adipositas in Berlin 54
- Alles, was Freiberufler wissen müssen: AG Freiberuflichkeit veranstaltet ersten Workshop 58
- Erfolgreiche Pressekonferenz in Wolfsburg 106

ZERTIFIKATSKURSE und SEMINARE

- Alles, was Freiberufler wissen müssen: AG Freiberuflichkeit veranstaltet ersten Workshop 58
- Dritter Zertifikatskurs Enterale Ernährung in Krefeld 90
- Go DAs – far away! Zertifikatskurs zur Ernährung und Verpflegung von Senioren von November 2007 bis Juni 2008 182

Förderpreis des VDD 2009

Lebenslanges Lernen durch Fort- und Weiterbildung gehört zur beruflichen und persönlichen Weiterentwicklung.

Der Förderpreis VDD, gestiftet von Helga BUCHE-NAU, wird an ein Verbandsmitglied verliehen, das aufgrund von Fort- oder Weiterbildung (VDD Berufsrichtlinie §§ 6+7) innovative Schritte im Beruf unternommen hat und dadurch nachweislich

- neue Arbeitsfelder erschlossen **oder/und**
- besondere Berufsziele erreicht **oder/und**
- herausragende Aufgaben im Qualitätsmanagement bewältigt **oder/und**
- den Arbeitsplatz gesichert hat.

Interessenten bewerben sich, indem sie

- ihre Innovation im Berufsfeld und
- die dafür mitverantwortliche Fort- oder Weiterbildung, **die nicht länger als sechs Jahre zurückliegt**, nachweisen, schriftlich darstellen und diese
- am 08.05.2009 auf dem VDD-Bundeskongress 2009 in Wolfsburg in einer
- 15-minütigen Präsentation vorstellen.

Die detaillierten Ausschreibungs- und Bewerbungsunterlagen können beim Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V., Postfach 10 40 62, 45040 Essen, Tel. (0201) 94 68 53 70, Fax: (0201) 94 68 53 80, E-Mail: vdd@vdd.de, angefordert werden.

Ihre Bewerbung senden Sie bitte an die Geschäftsstelle des VDD. Die Auswahl des Preisträgers erfolgt durch ein Gremium des VDD anhand festgelegter Bewertungskriterien.

Der Preis ist mit einem Geldbetrag von 500,- € dotiert.

Einsendeschluss verlängert bis 15. März 2009