

Kompetenz in Ernährung

Gemeinsamer Bundeskongress 2006 des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e. V. (BDEM), des Verbandes der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) und des Verbandes der Oecotrophologen e. V. (VDO_E)

Unter dem Motto „Kompetenz in Ernährung“ fand am 28. und 29. April 2006 in Wolfsburg erstmals ein gemeinsamer Kongress der drei Berufsgruppen statt, die sich durch besondere Kompetenz im Bereich der Ernährung auszeichnen. Für über 1 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmer war dies eine ideale Plattform für den Erfahrungsaustausch. Mehr als 40 Vorträge befassten sich mit aktuellen Themen. Neben Beiträgen zu den Bereichen Lebensqualität durch Ernährung, Kooperation und Organisation in der Ernährungsberatung und -therapie wurden ernährungsmedizinische Themen referiert und diskutiert. Deutlich zeigte sich die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Zusammenarbeit der drei Berufsgruppen. Eine große Fachausstellung ergänzte die Tagung.

Die Zusammenfassungen der Vorträge erscheinen in dieser und der nächsten Ausgabe der Ernährungs-Umschau.

Plenarvortrag

Die mentale Einstellung für mehr Lebensqualität

Günter Gerbitz, Heidelberger Zentrum für Mentales Management, Heidelberg

Mentale Methoden sind keine Erfindung der Neuzeit, sondern werden seit Jahrtausenden in vielen Kulturen praktiziert. Sie wurden aber erst in den letzten Jahrzehnten vor dem Hintergrund der Stressforschung, der Psychotherapie und der Sportpsychologie genauer erforscht. Das mentale Training besteht aus Entspannungs- und Visualisierungsübungen, die sich auf die innere Einstellungen positiv aus-

wirken. Seine Wirksamkeit konnte inzwischen an zahlreichen Beispielen im Sport, im Gesundheitswesen und auch im Berufs- und Privatleben nachgewiesen werden.

Durch mentales Training erreicht man leicht den Flow-Zustand. So wird der Prozess des völligen Aufgehens im Leben, des Einswerdens mit seiner Tätigkeit, neben der alles andere bedeutungslos wird, bezeichnet. Top-Athleten sprechen davon, dass die Zeit still steht, dass sie einen besonderen Grad an Bewusstsein, eine tiefe innere Stille, außergewöhnliche Energie und innere Kraft (mentale Stärke) erleben.

Es geht nur um den Menschen selbst und nicht um die anderen. Alle

Menschen sind so, wie sie sind und wir sollten sie so akzeptieren, ohne sie verändern zu wollen. Andere verändern zu wollen ist eine enorme Energie- und Zeitverschwendung.

Will man im Außen etwas verändern, dann muss die innere Einstellung geändert werden. Einstellungen sind tief im Unterbewusstsein verwurzelte Bewertungen von Menschen, Objekten oder Ideen. Funktional dienen Einstellungen der schnellen Orientierung im „Chaos“ des alltäglichen Lebens, indem sie das Verhalten steuern. Unsere Einstellungen sind nicht angeboren, sondern „antrainiert“. Sie entstehen durch Prägung und Konditionierung; hauptsächlich durch Eltern, Schule und Medien.

Was als Realität erlebt wird, ist nur die Folge innerer Einstellungen. Diese prägen unser Denken. Wenn Gedanken und Verhalten nachhaltig verändert werden sollen, muss die Einstellung verändert werden und der Rest ergibt sich von selbst.

Einstellungen lassen sich jedoch nicht so ohne Weiteres verändern. Regelmäßiges Entspannungstraining und Visualisierungsübungen führen auf mentalem Wege zu neuen Einstellungen und mehr Lebensqualität.

Zeit als Faktor für Lebensqualität

Zeit fürs Essen – Ein Faktor für Lebensqualität

Uta Meier-Gräwe, Justus-Liebig-Universität Gießen

Eine der gängigen kulturkritischen Thesen zu den Entwicklungen in modernen Gesellschaften lautet, der Mensch nehme sich heute zu wenig Zeit zum Essen. Eine vergleichende Analyse repräsentativer Zeitbudgetdaten ergibt allerdings den überraschenden Befund, dass sich die Deutschen zu Beginn des neuen Jahrtausends täglich durchschnittlich 21 Minuten mehr Zeit für das Essen nehmen als noch vor zehn Jahren.

Weiter zeigt die Untersuchung, dass die Ernährungsversorgung nach wie vor in den Händen der Frauen liegt und fester Bestandteil ihrer Alltagsrou-



Doris Steinkamp (VDD), Prof. Dr. Udo Rabast (BDEM) und Dr. Andrea Lambeck (VDO_E) eröffnen den ersten gemeinsamen Kongress der drei Bundesverbände (v. l. n. r.)

tine ist. Daraus entstehen insbesondere für berufstätige Mütter Zeitprobleme und damit ein persönlicher Verlust an Lebensqualität. Außerdem sind Kinder und Jugendliche heute deutlich seltener als vor zehn Jahre in die Mahlzeiten- und -zubereitung eingebunden; somit werden im Elternhaus immer weniger ernährungsbezogene Kompetenzen vermittelt. Folglich gilt es, Kindergärten und Schulen auszugestalten als Lebens- und Lernorte, die eine gesunde Kost von hoher Qualität anbieten und an denen Jungen und Mädchen essen lernen, aber auch in den Prozess der Mahlzeiten- und -zubereitung einbezogen werden und sich mit tradierten Geschlechterrollen auseinandersetzen. Wenn es gelingt, Kindern bereits in Kindergarten und Schule Lust auf gesundes Essen und Leben zu machen und diese Motivation in alltagsrelevantes Verhalten zu transformieren, dürfte sich das zugleich auch positiv auf die Ernährung in den Herkunftsfamilien auswirken. Gleichzeitig müssen für Mütter und Väter vielfältige niedrigschwellige Bildungsangebote rund um das Thema „Gesundes Essen und Leben“ etabliert werden, die nicht moralisierend und defizitär argumentieren, sondern positive Konsequenzen für das persönliche Wohlergehen und die Lebensqualität der Familienmitglieder unmittelbar erlebbar machen. Ernährungsbezogene Informations- und Handlungsstrategien sollten sich schließlich verstärkt auf Lebenssituationen beziehen, in denen Alltagsroutinen ohnehin verändert werden, z. B. nach der Geburt eines Kindes. Der professionell fundierte Bezug auf den Familienalltag stellt eine wesentliche und bisher unterschätzte Herausforderung für alle Akteure dar.

Fazit: Es ist offensichtlich weniger der Mangel an Zeit für das Essen, der die Lebensqualität der Menschen in modernen Gesellschaften beeinträchtigt, als vielmehr fehlende Kompetenzen in Sachen Ernährung, Gesundheit und Bewegung.

Chilled Food – Zeitgewinn für Lebensqualität

Volker Dölle, Dölle. Unternehmensgruppe für Management Consulting, Bad Homburg

Die Gesellschaft befindet sich in einem grundlegenden Wertewandel. Traditionelle Strukturen werden dabei genauso wie „Haus und eigener Herd“ in Frage gestellt. Leben und Genießen

lösen Begriffe wie Alltag und Ernährung ab. Der Single und die moderne Familie sind heute mit ihren persönlichen Lebenszielen zeitlich verplant wie Manager. Mit der Werte- und Interessenverschiebung erhält damit auch das Thema Essen und Trinken einen neuen Stellenwert in der Gesellschaft. Zwei Entwicklungen werden dieses Thema maßgeblich bestimmen. Zum einen geht es um conveniente frische und natürliche Produkte, die in unterschiedlichen Aggregierungsformen die Wünsche von der einfachsten Mahlzeitenherstellung bis hin zur Nahrungsergänzung mit physiologischem Zusatznutzen abdecken.

Auf der anderen Seite heißt die Entwicklung „lifestyle of health and sustainability“. Hier steht die Authentizität, also das unverfälschte Produkt, aber auch Bio im Mittelpunkt.

Chilled Food hat schon seit Jahren in den USA, England und den Niederlanden einen festen Platz im Kühlregal der Supermärkte. In Deutschland hat sich dieses Segment erst seit Ende der 90er Jahre entwickelt. Mittlerweile kauft nahezu jeder Haushalt im Jahr mindestens ein Produkt aus dieser Warengruppe. Die Wiederkäuferrate liegt bei fast 99 %.

Lebensqualität und Gesundheit

Essen pro Gesundheit in der GV – Ein Wettbewerb und seine Ziele

Hildegund Weiß, Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, München

Der Wettbewerb ist Teil der bayerischen Gesundheitsinitiative **Gesund. Leben. Bayern.** Diese umfasst vier Handlungsfelder: rauchfrei Leben, verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol, gesunde Ernährung und Bewegung, gesunde Arbeitswelt. Aus dem Handlungsfeld gesunde Ernährung und Bewegung werden zahlreiche Aktionen/Maßnahmen zu unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten gefördert, z. B. die Übergewichtsprävention im Kindesalter oder die Entwicklung eines Zertifizierungssystems für die Gemeinschaftsverpflegung in Kindertagesstätten.

Der Wettbewerb „Essen pro Gesundheit“ wurde 2005 zum zweiten Mal vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz durchgeführt. GV-Be-

triebe in Bayern können in 5 Kategorien teilnehmen: Teilverpflegung für Erwachsene (z. B. Kantinen/Mensen), Teilverpflegung für Kinder (z. B. Kindertagesstätten), Vollverpflegung in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen, Vollverpflegung in Heimen, Gastronomie/Hotellerie.

Die Beurteilung der Betriebe erfolgt mittels eines detaillierten Fragebogens. Kriterien sind vor allem das ernährungswissenschaftliche Konzept, Personaleinsatz und -schulung, Warenbezug und -einsatz sowie die Speisenplangestaltung.

Die Auswertung erbrachte zunächst ein Ranking innerhalb der fünf Beurteilungskategorien. Danach finden sich die besten Betriebe im Bereich Gastronomie/Hotellerie, gefolgt von Reha-Einrichtungen, Krankenhäusern, Betriebsgastronomie, Heimen und der Teilverpflegung von Kindern, bei denen ein „Schülerunternehmen“ an der Spitze lag. Prämiert werden die drei besten Einrichtungen.

Die detaillierte Auswertung der Daten ermöglicht es, Verbesserungsvorschläge für die einzelnen Betriebe zu machen. Die Erfahrungen aus dem Wettbewerb werden in die Neukonzeption des Fragebogens einfließen. Es ist daran gedacht, den Wettbewerb in Richtung einer Zertifizierung weiter zu entwickeln.

Gesundheit mit Genuss in der Gemeinschaftsverpflegung

Dietmar Hagen, EssensZeit – Agentur für gesundes Leben, Hannover

Merkmal der Mehr-Wert-Ernährung ist eine Synthese von saisonaler Vielfalt von Naturprodukten, gekonnter und liebevoller Zubereitung der Speisen und Einbeziehung der Wünsche und Bedürfnisse der Gäste. Dazu gehören auch schön gestaltete Gasträume. Das Konzept „Mehr-Wert-Ernährung“ ist bis hin zur finanziellen Machbarkeit durchdacht, entwickelt und in verschiedenen Institutionen bereits umgesetzt worden.

Basis einer solchen Ernährung sind frische und aus ökologischer Landwirtschaft stammende Produkte, wobei regionale und der Jahreszeit entsprechende, möglichst wenig bearbeitete Waren bevorzugt werden. Eine werterhaltende Vor- und Zubereitung ist erforderlich, um den natürlichen Geschmack der Lebensmittel bis hin zu den fertigen Speisen zu gewährleisten. Hier gilt die besondere Sorgfalt der Lagerung, den nährstoffschon-

den Gartechneiken sowie den Warmhaltezeiten.

Dreh- und Angelpunkt erfolgreicher Großküchen ist die Speiseplanung. Die Mehr-Wert-Strategie heißt: Eine große Vielfalt im Wochenablauf und nicht eine breite Speisenauswahl innerhalb eines Tages. Ein ansprechendes Angebot vegetarischer Gerichte hat zur Folge, dass ein ca. 40 Prozent geringerer Fleischeinsatz möglich wird. Die Ausgewogenheit von Frischkost, Fleischgerichten und vegetarischen Speisen sowie ein hoher Anteil komplexer Kohlenhydrate bestimmen den ernährungsphysiologischen Wert.

Essen ist eine tägliche, kulturstiftende Handlung, die mit allen Sinnen erlebt werden soll. Für eine angenehme Atmosphäre im Speiseraum wird durch gestaltende Maßnahmen gesorgt.

Ein konstant hohes Qualitätsniveau in Küche und Service sollte als grundsätzliche Anforderung verstanden werden und erfordert die kontinuierliche Einbeziehung, Motivation und Schulung der Mitarbeiter.

Gesundheit im Betrieb

Betriebliche Gesundheitsförderung „live“ – Beispiele aus der Praxis

Birgit Leuchtmann-Wagner, Diätassistentin/Ernährungsberaterin DGE, Wolfsburg

Zum „Team Gesundheit“ gehören neben der Bewegung eine alltagstaugliche, zeitgemäße Ernährung und der richtige Umgang mit Stress. Nur durch das Zusammenwirken der verschiedenen Maßnahmen können gute Ergebnisse erreicht werden.

Mit einem individuellen Angebot, das auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter und des Betriebes abgestimmt ist, „kommt Gesundheit in den Betrieb“. Dabei reicht das Angebot von Kantineaktionen, Gesundheitsmessen, Vortragsveranstaltungen, Gesundheitsseminaren über Gruppenangebote im Bereich der Bewegung, Entspannung und Ernährung bis hin zu Schulungen des Küchenteams. Damit Programme zur Gesundheitsförderung erfolgreich sind, sind Professionalität, Kreativität, Praktikabilität und ein entsprechender Service erforderlich.

Gesetzliche Krankenkassen können qualitätsgesicherte Angebote im Rahmen der Gesundheitsförderung bezuschussen. Zusätzlich können Betriebe

ihre Mitarbeiter durch ein Zeitsponsoring belohnen und oder bei langfristigen Angeboten den Eigenanteil übernehmen.

Das Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung ist dann erreicht, wenn der Mitarbeiter die Verantwortung für



Birgit Leuchtmann-Wagner bei ihrem Vortrag

seine Gesundheit selbstverständlich in seinen Alltag integriert. Gesundheitsförderung „live“ ist die Chance für jeden Betrieb, durch bedürfnisorientierte Konzepte seine Mitarbeiter auf Dauer zu mehr Gesundheit zu bewegen!

Organisations- und Kooperationsformen in der Ernährungsmedizin

Abrechnungsmöglichkeiten und ernährungsmedizinische Leistungen aus Sicht des Ernährungsmediziners

Klaus Winckler, Internist/Ernährungsmediziner, Frankfurt/Main

Nach der Weiterbildung zum Ernährungsmediziner (EM) stellt sich die Frage, ob die Einbindung von speziellen ernährungsmedizinischen Leistungen in die Praxis finanzierbar und lohnenswert ist. Die **Schwerpunktpraxis** Ernährungsmedizin (BDEM) als neue Zertifizierungsmöglichkeit für niedergelassene EM verlangt den strukturellen Rahmen eines Behandlungsteams aus Arzt, Ernährungs-, Verhaltens- und Bewegungstherapeut.

Wie können diese aufwändigen Strukturen finanziert werden? In der kassenärztlichen Gebührenordnung ist o.g. Konzept nicht beschrieben, eine Finanzierung hierüber ist nicht möglich. Das bedeutet: Zunächst zahlt der Patient oder Kursteilnehmer (sog. Individuelle Gesundheitsleistung, IGeL).

Ärztliche Leistungen und delegierte Leistungen, z. B. an eine in der Praxis mitarbeitende Ernährungsfachkraft, lassen sich abrechnen.

Die **Kostenerstattung** der gesetzlichen Krankenkasse für Leistungen der Prävention und Rehabilitation ist im SGBV beschrieben. **Prävention** kann in verschiedenen Therapiebereichen („Handlungsfelder“) durchgeführt werden, z. B. zur Vermeidung von Fehlernährung, Bewegungsmangel, zum Stressabbau oder zur Nikotinrentwöhnung. In einem Leitfaden sind die Anforderungen an Programme und Therapeuten erläutert. Bei Einhalten der Vorgaben kann z. B. ein interdisziplinärer Kurs zur Gewichtsreduktion (Ernährung/Verhalten/Bewegung) mit Unterstützung der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) finanziert werden.

Therapie setzt zusätzliche Risikofaktoren bei Adipositas voraus (Diabetes, Hypertonie etc.). Ein kurzer Leitfaden hierzu von den GKV existiert zwar, in aller Regel werden Kurse zur Adipositas therapie jedoch nicht erstattet. Eine Ausnahme ist das M.o.b.i.l.i.s.-Programm der Sportmedizinischen Uniklinik Freiburg. **Einzelberatungen**, auch im Rahmen von DMP, werden dagegen mitfinanziert.

Eine Umfrage im Jahr 2005 unter niedergelassenen Ernährungsmedizinern zeigte große regionale und kassenabhängige Unterschiede im Umfang der Kostenerstattungen.

Die **Vernetzung** einer solchen Praxis in ein Gesundheitsnetz oder einen Schulungsverein bietet Perspektiven zur Schwerpunktarbeit und Ausnutzung der Angebote. Weitere Kooperationen im Rahmen von Medizinischen Versorgungszentren und Integrierter Versorgung bieten sich an.

Ernährungsmedizinische Schwerpunktpraxen – aktueller Stand

Bertil Kluthe, Klinik Hohenfreudensstadt, Freudenstadt

In der Versorgung von Patienten mit ernährungsabhängigen Erkrankungen ist eine enge Kooperation verschiedener Berufsgruppen als Basis für den Einsatz von multimodalen Therapie-

konzepten erforderlich. Während entsprechende interdisziplinäre Teams im klinischen Bereich oftmals vorhanden sind, fehlen diese Strukturen bisher im ambulanten Sektor. Ziel des Projektes ist der Aufbau von ernährungstherapeutischen Teams in Anbindung an bestehende Strukturen der ambulanten Patientenversorgung (Arztpraxen) unter Einhaltung einheitlicher Qualitätsstandards.

Auf der Grundlage der Qualitätskriterien für die Einrichtung einer „Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin“ und dem „Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft der qualifizierten ernährungsberatend und ernährungstherapeutisch tätigen Berufsgruppen Deutschlands (AQED)“ wurde ein Bewertungssystem für die Qualifizierung der Schwerpunktpraxen entwickelt, nach dem die Praxen nach Antrag geprüft werden. Die Angaben der erfolgreich zertifizierten Schwerpunktpraxen werden in einer Datenbank erfasst und im Internet unter www.bdem.de allgemein zugänglich gemacht. Die Inhalte der Datenbank können durch die Schwerpunktpraxen selbstständig aktualisiert werden.

Seit Beginn des Projektes im Januar 2005 wurden 26 Arztpraxen nach den Kriterien des BDEM als „Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin BDEM“ zertifiziert. Die häufigsten ernährungsmedizinischen Behandlungsschwerpunkte sind Adipositas bei Erwachsenen (96,1% der Praxen), Fettstoffwechselstörungen (92,3%), arterielle Hypertonie (80,7%) und Diabetes mellitus (80,7%). In den ernährungstherapeutischen Teams sind 14 Berufsgruppen vertreten. Bereits 47% der Praxen haben sowohl Bewegungstherapeuten als auch Psychotherapeuten in das Team integriert. Über die Hälfte der Arztpraxen arbeiten im ernährungstherapeutischen Bereich mit zwei oder mehr Ernährungsfachkräften zusammen.

Die Vernetzung von Prävention und Ernährungsmedizin

Friedeborg Seitz, Ernährungsmedizinerin, Mannheim

Die Prävention ist angesichts der Situation unseres Gesundheitswesens ein bedeutender Wirtschaftsfaktor geworden. Um Therapien möglichst effizient zu gestalten, die damit verbundenen Kosten möglichst gering zu halten und die Betroffenen so lange wie möglich arbeitsfähig zu erhalten, ist besonders

die Sekundärprävention in das Interesse der Gesundheitspolitik gerückt. So gehören mittlerweile Disease-Management-Programme (DMP) mit standardisierten Modellen von Sekundärprävention zum Alltag eines jeden Hausarztes.

Da Menschen vorwiegend dann zum Arzt gehen, wenn sie krank sind, finden sich wenige „Gesunde“ in der Praxis ein. Die Gesundheitsförderung spielt in diesem Kontext eine nachrangige Rolle.

Gesundheitsförderung und Vermeidung von Krankheiten werden dagegen häufig außerhalb der Arztpraxis, z.B. in Sportvereinen, aber auch von kommerziellen Institutionen angesprochen. Doch es gibt gute Argumente dafür, dass Gesundheitsförderung in die Hände von Ärzten gehört: Ärzte verfügen über umfassendes Fachwissen. Ihr Einfluss auf das Gesundheitsverhalten von Patienten ist nicht zu unterschätzen, denn sie kennen die Gewohnheiten ihrer Patienten und erhalten über die Erhebung von Befunden Einblicke in deren Lebenswandel. Durch ein Gespräch kann die Motivation zur Änderung des Lebensstils geweckt werden.

Jeder, der im Bereich der Prävention tätig sein will, benötigt vier Dinge: Wer Veränderungen bewirken möchte, kann nur dann erfolgreich sein, wenn er selbst genügend **Motivation** nach außen trägt. Zeit ist in einer Arztpraxis kostbar. Ein gut organisiertes Zeitmanagement lohnt sich für Patient und Arzt. Wer gesunde Lebensführung propagiert, sollte als gutes Beispiel vorangehen. Gute **Kontakte** für Kooperationen, z.B. in Form eines regionalen Netzwerkes verschiedener Gesundheitsberufe und Institutionen, sind wichtig, um qualifizierte Beratung und Unterstützung in Gesundheitsfragen gewährleisten zu können.

Der Zugang zum Patienten erscheint am leichtesten in der Praxis. Doch um auch diejenigen, die nicht in eine Praxis kommen, zu erreichen, ist die Vernetzung mit den Kollegen des näheren Umfeldes sowie mit Vertretern anderer Gesundheitsberufe, aber auch der Kontakt zu öffentlichen Einrichtungen sowie eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit entscheidend.

Aus den regelmäßigen Treffen in einem Netzwerk „Gesundheitsförderung“ kann ein Qualitätsnetz entstehen, das auf die Optimierung der Maßnahmen ausgerichtet ist. Zahlreiche Netzwerke haben sich bereits bundesweit etabliert.

DMP, Integrierte Versorgung

Ernährungsberatung als wichtiger Bestandteil der Disease-Management-Programme (DMP)

Gerhard Schilling, Deutsche BKK, Wolfsburg

Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) sind die Antwort des Gesetzgebers auf Defizite in der Versorgung chronisch Kranker in Deutschland. Leitliniengestützte, evidenzbasierte Behandlungsprogramme für ausgewählte Diagnosen sollen die Versorgungsqualität verbessern und Über-, Unter- und Fehlversorgung beseitigen. Diagnosen, für die DMP vorgesehen wurden, sind Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit, Asthma und die Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD).

Für die Krankenkassen sind die DMP unter finanziellem Aspekt sehr wichtig. Zur Finanzierung der Programme wird der Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen, der Risikostrukturausgleich, benutzt. Krankenkassen mit vielen in DMP eingeschriebenen Versicherten erhalten über diesen Ausgleich höhere Zahlungen. Für den Patienten ist die Teilnahme an einem DMP freiwillig und mit keinerlei finanziellen Nachteilen verbunden. Er muss aber bestimmte Spielregeln einhalten und sich verpflichten, am Programm Erfolg mitzuwirken.

Ein Ziel der DMP ist es, durch aktive Mitwirkung des Patienten den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen. Hierzu sind Patientenschulungen ein zentraler Punkt. Ergänzende Angebote sollen den Kenntnisstand der Patienten über ihre Erkrankung und den richtigen Umgang mit ihr im Alltag verbessern. Dazu gehört auch die Ernährungsberatung. Zusammen mit den Patientenschulungen dient sie der Steigerung der Lebensqualität, der Vermeidung von Folgeerkrankungen und der Minimierung erkrankungsbedingter Belastungen. Am Beispiel des Diabetes mellitus lässt sich gut belegen, welche Bedeutung eine Ernährungsberatung für die Versorgungssituation hat.

Versicherte der Deutschen BKK profitieren z. B. von einer Kooperation mit dem Richtig-Essen-Institut in Berlin. Bezuschusst werden Einzelberatungen und Gruppenkurse im Rahmen der Prävention und als ergänzende Maßnahme der Rehabilitation.

Betrachtet man die derzeitige Umsetzung der DMP, muss man feststellen, dass sich der Stellenwert von Fragen der Ernährung in ihnen nicht adäquat widerspiegelt. Das grundlose Versäumen von ärztlich empfohlenen Patientenschulungen führt zwingend zum Ausschluss aus dem Programm. Die Nichtteilnahme an einer ärztlich empfohlenen Ernährungsberatung bleibt hingegen für den Patienten folgenlos. Dies ist inkonsequent und halbherzig. Auch der Schwerpunkt der DMP-Leitlinien liegt zu stark auf medikamentösen Aspekten. Nachhaltige Optimierungen der konkreten Versorgungssituation der Patienten setzen langfristig ausgerichtete Prozesse der Verhaltensänderung voraus. Hierzu gehört auch die Ernährungsberatung. Dieser Aspekt ist in den derzeitigen DMP zu wenig berücksichtigt und bedarf einer Anpassung.

Ernährungsmedizin/Ernährungsberatung – Möglichkeiten der Integrierten Versorgung

Holger Söldner, Deutsche BKK, Wolfsburg

Mit den Regelungen des § 140a ff SGB V will der Gesetzgeber die integrierte Versorgung weiter entwickeln sowie juristische Barrieren und ökonomische Hemmnisse beseitigen. Dies ist zumindest in einigen Teilbereichen erfolgt. Ziel der Integrierten Versorgung soll in erster Linie die Verbesserung der Versorgung der Patienten sein. Darüber hinaus können mit derartigen Verträgen neue Vergütungsformen für den ambulanten und stationären Bereich erprobt werden, die sich mehr als bisher am Grundsatz „Geld folgt der Leistung“ orientieren. Für den Patienten ist die Teilnahme an integrierten Versorgungsmodellen freiwillig.

Nach gut zwei Jahren „Integrierter Versorgung“ in Deutschland gibt es eine Vielzahl von z. T. recht unterschiedlichen Verträgen für diese besondere Versorgungsform. In den meisten Fällen wurde ein indikationsbezogener Ansatz ausgewählt, da die Umsetzung auf Grund der geringen Komplexität einfacher, schneller und Erfolg versprechend erscheint. Das Spektrum reicht von Knie- und Hüftendoprothetik über Herzoperation, Schmerztherapie etc. bis zu Verträgen, die sich mit seltenen Krankheitsbildern wie der Mukoviszidose auseinandersetzen. Aber auch die „Volkskrankheiten“ und deren „Erfolgs-/Misserfolgskriterien“ (wie Hypertonie, Diabetes, Adipositas etc.) werden aufgegriffen.

Ausgangspunkt/Keimzelle neuer Versorgungsmodelle sind häufig Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sowie Krankenkassen, wo-

Verleihung des OECOTROPHICA-Preises 2006 des VDO_E

Auf dem Bundeskongress „Kompetenz in Ernährung“ hat der Verband der Oecotrophologen e.V. (VDO_E) am 28. April in Wolfsburg den OECOTROPHICA-Preis verliehen. Der Preis für herausragende wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Oecotrophologie, Fachrichtung Ernährungswissenschaft, ging

■ im Bereich Ernährungsverhaltensforschung an

Karen Hildebrandt für ihre Diplomarbeit „Auswirkungen ernährungs- und gesundheitsbezogener Angaben auf das Konsumentenverhalten – konkretisiert am Beispiel des Joghurtangebots“ (Hochschule Anhalt, Betreuer: Prof. Dr. Werner MERKLE)

■ im Bereich Humanernährung an **Christiane Vollhardt** für ihre Diplomarbeit „Vergleichende Untersuchungen zur Fettsäurenverteilung in mütterlichen und kindlichen Blutlipiden sowie in der Muttermilch“ (Friedrich-Schiller-Universität Jena, Betreuer: Prof. Dr. Gerhard JAHREIS) sowie

Dr. Yvonne Lamers für ihre Doktorarbeit „(6S)-5-methyltetrahydrofolate compared to folic acid supplementation: Effect on risk markers of neural tube defects“ (Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Betreuer: Prof. Dr. Klaus PIETRIK)

Mit dem OECOTROPHICA-Preis prämierten der VDO_E und das Margarine-Institut für gesunde Ernährung e.V. bereits zum 10. Mal die besten Doktor- und Diplomarbeiten auf den Gebieten Ernährungsverhaltensforschung und Humanernährung. Das Margarine-Institut für gesunde Ernährung e. V. stiftet für die besten Doktorarbeiten 1750 € und für die besten Diplomarbeiten 750€, um den wissenschaftlichen Nachwuchs im

Foto: VDO_E



Glücklich und stolz auf ihren Preis: Christiane Vollhardt, Karen Hildebrandt, Dr. Yvonne Lamers (v.l.n.r.) nach der Prämierung ihrer Arbeiten in Wolfsburg

Ernährungsbereich zu fördern. Die Zusammenfassungen der prämierten Arbeiten sind im Internet unter www.vdoe.de zu finden.

Neuer Vorstand beim VDO_E

Im Rahmen der Mitgliederversammlung auf dem Bundeskongress wurde der Vorstand des VDO_E neu gewählt. Silvia MÜHLENBROCK übernimmt die Aufgaben von Dr. Claudia BUSCH, die nach fünf Jahren Vorstandsarbeit und Rechnungsführung zwar dem Verband in

der Projektarbeit treu bleiben möchte, aber nicht mehr für den Vorstand kandidiert hatte. Silvia MÜHLENBROCK möchte neben ihren rechnungsführenden Aufgaben vor allem das Berufsbild in der Öffentlichkeit stärken und die Zusammenarbeit mit Institutionen, Uni-

versitäten und Industrie fördern. Bestätigt durch Wiederwahl in ihrem Amt wurden die Vorstandsvorsitzende Dr. Andrea LAMBECK sowie die Vorstandsmitglieder Dr. Gabriele GEURTZEN, Almut VAN RISENBECK und Susanne SANDNER.

bei sich das Geschehen allerdings häufig auf die Bereiche stationäre Behandlung und medikamentöse Therapie fokussiert. Dabei geht es in erster Linie darum, die Versorgung im ambulanten ärztlichen Bereich zu optimieren und damit dem Patienten stationäre Behandlungen zu ersparen. Projekte, die einen ganzheitlichen Ansatz haben, sind eher selten. Hier besteht sicher noch erheblicher Nachholbedarf. Mit neuen Konzepten wird es auch möglich und notwendig, weitere Partner in die Versorgung vertraglich einzubinden. Am Beispiel des Diabetes mellitus und der Hypertonie lässt sich gut belegen, welche Bedeutung z. B. eine Ernährungsberatung für die Versorgungssituation hat.

Bewertet man die derzeitige integrierte Versorgung, muss man feststellen, dass der Bereich Ernährung zu wenig berücksichtigt wird. Nur in einigen wenigen Versorgungsverträgen lässt sich ein ganzheitlicher Ansatz für eine optimierte Patientenversorgung erkennen. Häufig werden lediglich bereits vorhandene Strukturen (Arzt – Krankenhaus oder Krankenhaus – Rehabilitation) vertraglich miteinander verbunden; oft mit dem Ziel, die Kostenseite zu optimieren. Das war sicherlich nicht das vordergründige Ziel des Gesetzgebers. Hier ist noch viel aufzuarbeiten und für eine tatsächliche Versorgungsverbesserung ist in vielen Indikationsbereichen mehr erforderlich, als bisher umgesetzt wurde.

Primär- und Sekundärprävention

Verhaltensänderung als Schlüssel – Barrieren und Erleichterungen einer gesunden und körperlich aktiven Lebensweise

Martina Kanning, Universität Stuttgart

Körperliche Betätigung kann vielfältige physiologische und auch psychologische Adaptationen verursachen. Besonders bei Koronarkranken ist eine körperlich aktive Lebensweise ein wichtiger Schutzfaktor. Doch scheint es nicht leicht, eine inaktive Lebensweise zu ändern. Interventionen zur Förderung von körperlicher Aktivität wären effektiver, wenn man diese Programme theoretisch fundierte und die Handlungsanweisungen anhand der Logik bestehender Modelle formulierte. So können die Inhalte der Intervention besser konkretisiert und terminiert werden. In bisher ungenügender

Weise ist allerdings untersucht worden, ob die aus den Modellen postulierten Prozesse überhaupt einen antezedenten Einfluss auf das Verhalten aufweisen oder eventuell nur eine Konsequenz darstellen. Welche Prozesse und Strategien sich förderlich auf eine dauerhafte Sportpartizipation auswirken, ist bisher kaum untersucht worden. Antworten auf diese Fragen könnten dazu dienen, Hinweise für eine theoretisch fundierte Intervention zu erhalten.

Beschrieben wurde eine Studie mit 150 körperlich aktiven Koronarpatienten. Als theoretisches Fundament diente der Health Action Process Approach (HAPA) von SCHWARZER sowie das Transtheoretische Modell (TTM) von PROCHASKA und DiCLEMENTE. Wesentliche und in beiden Modellen empirisch bewährte Variablen zur Erklärung der Verhaltensänderung wurden ebenso wie die körperlich-sportliche Aktivität per Fragebogen erfasst. Die Einflussgröße sowie -richtung der Variablen wurden mit Hilfe von Strukturgleichungsanalysen im *cross lagged panel design* analysiert. Verglichen wurden ebenfalls ausreichend aktive mit wenig aktiven Patienten. Die Analysen zeigen antezedente Einflüsse der sozial-kognitiven Variablen aus den beiden Modellen auf das Aktivitätsverhalten. Modellkonform wirken Planungs- und Selbstregulationsprozesse sowie die Veränderungsprozesse aus dem TTM eher auf eine spätere körperliche Aktivität, als dass sie eine Konsequenz darstellen. Um körperlich aktiv zu bleiben, bedarf es psychischer Anstrengungen, wobei das Ausmaß

der Selbstregulationsprozesse eine entscheidende Rolle spielt. Interventionenkampagnen sollten demzufolge den Prozess der Selbstregulation verstärkt fokussieren.

Vitaminsupplementierung zur Primär- und Sekundärprävention der KHK

Günther Wolfram, TU München, Freising-Weihenstephan

Seit vielen Jahren wird die Bedeutung von Oxidanzien bei der Entstehung der Arteriosklerose diskutiert. Im Zusammenhang damit war auch ein möglicher protektiver Einfluss der Vitamine C und E sowie von β -Carotin von Interesse.

Der Einfluss von antioxidativen Vitaminen auf die Entwicklung der KHK als wichtigste Manifestation der Arteriosklerose wurde zunächst in Kohortenstudien untersucht. Die Ergebnisse sind zwar unterschiedlich, aber in der Tendenz ist eine höhere Zufuhr von Vitamin E mit einem geringeren Risiko für eine KHK korreliert, während für Vitamin C und β -Carotin keine eindeutig inverse Beziehung festzustellen war. Randomisierte, placebokontrollierte Interventionsstudien zur primären Prävention der KHK zeigten nur vereinzelt einen protektiven Effekt und eine Meta-Analyse konnte keinen signifikant positiven Effekt von Vitamin E nachweisen. Die Supplementierung höherer Dosen von β -Carotin ging sogar in einem Teil der Studien mit einer höheren Rate unerwünschter Wirkungen einher, z. B. höherer Mortalität an Bronchialkarzinomen. Interventionsstudien zur sekundären Prävention des Herzinfarkts mit Supplementierungen von Vitamin E bzw. β -Carotin zeigten nach den Ergebnissen von Metaanalysen ebenfalls kein signifikant positives Ergebnis. In diesen Studien wurden im Gegenteil bei Supplementierung hoher Dosen von Vitamin E unerwünschte Wirkungen beobachtet, z. B. in Form von Herzversagen. Sowohl hohe Dosen von Vitamin E als auch von β -Carotin konnten mit einer Zunahme der Mortalität einhergehen.

Aufgrund des Fehlens überzeugender Daten zur Wirksamkeit und der deutlichen Hinweise auf eine Zunahme des Risikos unerwünschter Wirkungen kann eine Supplementierung mit hohen Dosen von antioxidativen Vitaminen zur Primär- oder Sekundärprävention der KHK nicht empfohlen werden.

Foto: VDO_E



Prof. Dr. Günther Wolfram während seines Vortrags