



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Ernährungsmanagement für unterschiedliche Zielgruppen und Settings

ERMAH03



Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.

Gitta Pabst
Lisa-Marie Schütz

Ernährungsmanagement für unterschiedliche Zielgruppen und Settings

ERMAH03



Gitta Pabst

(geb. 1986) arbeitet hauptberuflich als Ernährungstherapeutin für Essstörungen in einer psychosomatischen Tagesklinik in München und ist nebenbei als selbstständige Ernährungsberaterin mit den Beratungsschwerpunkten Adipositas, Stoffwechselstörungen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien tätig. Nach dem Bachelor-Studium der Ökotrophologie an der Justus-Liebig-Universität Gießen absolvierte sie an der TU München den Master-Studiengang Ernährungswissenschaften. Außerdem arbeitete sie bereits als Assistentin einer Autorin, die für verschiedene Verlage Ernährungsratgeber verfasst. Seit 2017 ist sie außerdem für die APOLLON Hochschule in Bremen

tätig.

Überarbeitet von



Dr. Lisa-Marie Schütz

(geb. 1986) ist Ernährungswissenschaftlerin und seit 2017 als Autorin und Tutorin für die APOLLON Hochschule in Bremen tätig. Nach dem Bachelor-Studium der Ökotrophologie an der Justus-Liebig-Universität in Gießen schloss sie dort den Master-Studiengang der Ernährungswissenschaft an und spezialisierte sich auf die medizinische Forschung. Im Anschluss an ihre Promotion in Gießen arbeitete sie als Post-doctoral Research Fellow in der medizinischen Zellbiologie an der Philipps-Universität Marburg, forschte dort im Bereich der Arteriosklerose und unterrichtete Studierende der Medizin in der makroskopischen und mikroskopischen Anatomie. Im Jahr 2020 hat sie ein Jahr als Vertretungsprofessorin für Ernährungsmanagement an der APOLLON Hochschule bei der Entwicklung des Bachelor-Studiengangs Ernährungsmanagement mitgewirkt.

Die in unseren Studienheften verwendeten Personenbezeichnungen schließen ausdrücklich alle Geschlechtsidentitäten ein. Wir distanzieren uns ausdrücklich von jeglicher Diskriminierung hinsichtlich der geschlechtlichen Identität.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf die zukünftige Gestaltung und den Inhalt der Seiten haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns ausdrücklich von Seiten, auf denen jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

Ernährungsmanagement für unterschiedliche Zielgruppen und Settings

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Ernährungsmanagement: Definition, Abgrenzung und Hintergründe	3
1.1 Definition Ernährungsmanagement	3
1.2 Hintergründe und gesundheitswissenschaftliche Relevanz	6
1.2.1 Ernährungstrends verwirren zunehmend	8
1.2.2 Informationsvermittlung und Verhaltensänderungen	9
1.3 Formen der Ernährungskommunikation	9
1.3.1 Qualitätsunterschiede	10
1.3.2 Anforderungen von Krankenkassen	11
1.3.3 Ernährungsaufklärung und Ernährungsinformation	11
1.3.4 Ernährungsberatung	13
1.3.5 Ernährungstherapie	14
1.3.6 Ernährungsbildung/-erziehung	16
Zusammenfassung	19
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	19
2 Ernährung in speziellen Lebenssituationen	20
2.1 Ernährungssituation in Deutschland	20
2.1.1 Lebensmittelverbrauch	20
2.1.2 Nährstoffversorgung	21
2.1.3 Entwicklung und Verbreitung von Übergewicht	21
2.1.4 Aktuelle Ernährungstrends	23
2.2 Bedarfsveränderungen im Laufe des Lebens	24
2.2.1 Schwangerschaft und Stillzeit	24
2.2.2 Säuglings-, Kinder- und Jugendalter	29
2.2.3 Senioren und Seniorinnen	31
2.2.4 Sportler/-innen	33
2.2.5 Nahrungsmittelintoleranzen und Allergien	34
Zusammenfassung	38
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	40

3	Inhalte und Maßnahmen von Ernährungskonzepten	41
3.1	Ziele ernährungsbezogener Präventionskonzepte	41
3.1.1	Ernährungskonzepte bei Übergewicht	43
3.1.2	Ernährungskonzepte bei Fehl- und Mangelernährung	46
3.1.3	Ernährungskonzepte bei ernährungsmitbedingten Erkrankungen	47
3.1.4	Zielgruppenspezifische Aspekte	51
3.2	Leitlinien und Standards	52
3.3	Bedeutung berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit	54
	Zusammenfassung	55
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	55
4	Hintergründe zur Maßnahmenumsetzung: Ernährungskonzepte in ausgewählten Settings	57
4.1	Erhebung des Ernährungszustands und des Ernährungsverhaltens	57
4.2	Hygienische Anforderungen	61
4.3	Umsetzung in der Kita	62
4.4	Umsetzung im Betrieb	64
4.5	Umsetzung bei der Krankenkasse	67
4.6	Umsetzung in der Pflegeeinrichtung	68
4.7	Evaluation	69
	Zusammenfassung	72
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	72
	Schlussbetrachtung	74
	Anhang	
A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen	76
B.	Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung	79
C.	Abkürzungsverzeichnis	86
D.	Glossar	88
E.	Literaturverzeichnis	92
F.	Abbildungsverzeichnis	99
G.	Tabellenverzeichnis	100
H.	Einsendaufgabe	101

Einleitung

Liebe Studierende,

in diesem Studienheft beschäftigen Sie sich mit den Grundlagen des Ernährungsmanagements, den individuellen Anforderungen hinsichtlich der Ernährung sowie der Evaluation entsprechender Maßnahmen und setzen sich mit praktischen Anwendungsbereichen auseinander. Sie lernen diverse Kampagnen öffentlicher Institutionen zu einer gesundheitsfördernden Ernährung kennen und erfahren anhand von Umsetzungsbeispielen in ausgewählten Settings, welche Möglichkeiten und Grenzen das Ernährungsmanagement hat.

Essen und Trinken sind menschliche Grundbedürfnisse und spielen eine zentrale Rolle für Gesundheit und Wohlbefinden. Mit der richtigen Ernährung können Übergewicht, Nährstoffmängeln und der Entstehung von ernährungsmitbedingten Krankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2 oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorgebeugt werden. Auch kann die Ernährung die Lebensqualität in allen Altersbereichen und Settings beeinflussen – dies gilt vom Kindes- bis zum Seniorenalter und von der Kita bis zum Pflegeheim. Zudem kann mit der richtigen Ernährung erreicht werden, dass Patienten/Patientinnen im Krankenhaus schneller genesen und die Anzahl von Krankheitstagen in Betrieben positiv beeinflusst wird (vgl. DGE, 2023, S. 63). Eine besondere Herausforderung an das Ernährungsmanagement besteht darin, dass die meisten Menschen theoretisch wissen, wie eine gesundheitsfördernde Ernährung gestaltet sein sollte, aber dieses Wissen oft nicht praktisch umgesetzt wird (vgl. TK, 2023a, S. 31).

Vor welchen Herausforderungen das Ernährungsmanagement in der heutigen Zeit steht, lässt sich anhand von zwei Beispielen veranschaulichen:

1. Weltweit steigt die Zahl der Menschen mit Übergewicht einschließlich Adipositas stetig an. Während im Jahr 1980 knapp 29 % aller Menschen weltweit übergewichtig waren, lag die Prävalenz im Jahr 2013 bei durchschnittlich ca. 34 % (vgl. Ng et al., 2014, S. 766). 2020 waren es bereits 38 % (vgl. World Obesity Federation, 2023, S. 10). Infolge der Corona-Pandemie stieg die Zahl der Menschen mit Übergewicht aufgrund der vielerorts verhängten Lockdowns, zahlreicher Restriktionen und des daraus resultierenden Bewegungsmangels nochmals stark an. Schätzungen zufolge wird im Jahr 2035 mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung übergewichtig sein (vgl. World Obesity Federation, 2023, S. 10).

Hinweis:

Der Begriff Übergewicht ist ein Oberbegriff und schließt Adipositas ein. Wenn beispielsweise von 50 % übergewichtigen Menschen weltweit die Rede ist, sind die Menschen mit Adipositas in dieser Zahl inbegriffen. An dieser Stelle dient die undifferenzierte Darstellung zur Vereinfachung des Leseflusses.

Zu beachten ist hierbei, dass die Anzahl der Menschen mit Übergewicht nicht gleichmäßig verteilt ist: Jedes Land, jedes Bundesland und jede Region weisen Unterschiede auf. Hinzu kommen u. a. geschlechterspezifische und altersspezifische Unterschiede. Auch der soziale Status spielt eine Rolle bei der Prävalenz von Übergewicht.

2. Ernährungsassoziierte Krankheiten nehmen immer mehr zu. Beispielsweise ist die Zahl an Diabetikern/Diabetikerinnen (alle Formen) weltweit von 108 Millionen im Jahr 1980 auf 422 Millionen im Jahr 2014 angestiegen (vgl. WHO, 2023). Und die Zahl, der Diabetes-Betroffenen steigt weiter an: Im Jahr 2021 waren 537 Millionen Menschen weltweit an den verschiedenen Diabetesformen erkrankt. Das entspricht 1 von 10 Menschen weltweit (vgl. IDF, 2021, S. 2). Typische Folgeerkrankungen von Diabeteserkrankungen sind Sehschwäche bis Blindheit, Nierenschäden, Durchblutungsstörungen sowie Herz-Kreislauf- und Gefäßschäden (vgl. WHO, 2023; IDF, 2021, S. 12).

Die Ausführungen zu weiteren Herausforderungen im Ernährungskontext ließen sich an dieser Stelle lange erweitern. Wichtig für Sie zu wissen ist, dass es neben den Themenkomplexen Übergewicht und Diabetes noch weitere gibt, die an die tägliche Ernährung des Menschen geknüpft sind. Darunter befinden sich beispielsweise durch Fehl- und Mangelernährung bedingte Ernährungszustände (z.B. infolge von Ernährungsarmut), bestimmte Lebensphasen (z.B. Schwangerschaft) oder den Aktivitätsgrad (z.B. Sportler/-innen).

Die Vermittlung von Ernährungswissen kann zur Gesunderhaltung beitragen und ein erster Schritt zur Verhaltensänderung und somit Prävention ernährungsmitbedingter Erkrankungen darstellen. Settings, in denen Ernährungswissen vermittelt werden kann, gibt es viele. Schon Kinder sollten in Kita und Schule an das Thema Ernährung herangeführt werden, gemeinsam Brote belegen und erste Kocherfahrungen sammeln. Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements bieten sich Chancen, Mitarbeitende zu informieren oder langfristig mittels gesundem Mittagsangebot in der Kantine bei einer gesunden Ernährung zu unterstützen. Besonders in Krankenhäusern und Pflegeheimen können Kranke und ältere Menschen durch ein gesundes Mahlzeitenangebot beim Gesundwerden und -bleiben unterstützt werden.

Ein gelungenes Ernährungsmanagement klärt nicht nur darüber auf was, „richtige“ oder besser gesagt „gesunde Ernährung“ heißt, sondern greift Hand in Hand mit Work-Life-Balance, Bewegungs- und Entspannungsprogrammen. Mit einem interdisziplinären Team im Hintergrund können verschiedene Bereiche der psychischen und physischen Gesundheit ganzheitlich berücksichtigt werden.

Lernziele

Nach der Bearbeitung dieses Studienhefts kennen Sie wichtige Hintergründe zum Ernährungsmanagement, einschließlich der Ernährungsprävention, sowie zur Ernährung in speziellen Lebenssituationen und wissen, wie sich Ernährungsbedürfnisse in unterschiedlichen Lebensphasen verändern und welche Maßnahmen zur Prävention verschiedener Krankheiten wichtig sind. Sie kennen verschiedene öffentliche Programme zur Ernährungsbildung und wissen, welche Informationsmaterialien Sie als Multiplikator/-in beziehen können und wo Sie diese finden. So können Sie selbst sinnvolle Strategien und Kampagnen für unterschiedlichste Settings wie Kindergärten, Pflegeheime oder Betriebe entwickeln, die dabei helfen, ernährungsmitbedingte Krankheiten und ihre Folgen zu verringern.

Viel Spaß bei der Lektüre und viel Erfolg!

1 Ernährungsmanagement: Definition, Abgrenzung und Hintergründe

Nach der Bearbeitung dieses Kapitels kennen Sie die Grundlagen des Ernährungsmanagements und können die zentralen Begrifflichkeiten aus der Ernährungskommunikation voneinander abgrenzen. Sie kennen die verschiedenen Anwendungsbereiche und haben einen Überblick über die Anforderungen an verschiedene Akteure und Akteurinnen (Berater/-innen, Therapeuten/Therapeutinnen, öffentliche Institutionen) im Bereich der Ernährungsprävention. Außerdem kennen Sie verschiedene öffentliche Programme zur Ernährungsbildung und wissen, woher Informationsmaterialien bezogen werden können.

1.1 Definition Ernährungsmanagement

Wenn Sie nach einer Definition des Begriffs „Ernährungsmanagement“ recherchieren, werden Sie an erster Stelle Ergebnisse zum offiziellen *Expertenstandard Ernährungsmanagement* finden, der sich rein auf die orale Ernährung (Essen und Trinken) von Menschen bezieht, die pflegerische Unterstützung benötigen (vgl. Schmidt, 2019, S. 3). Im Rahmen dieses Studienhefts wird der Begriff „Ernährungsmanagement“ allerdings weiter gefasst als in dem Expertenstandard.

Zum einen kann der Begriff Ernährungsmanagement im betriebswirtschaftlichen Kontext verwendet werden. In diesem Kontext kann er das Leiten, Führen und Organisieren von Abteilungen, Organisationen oder Unternehmen durch eine Ernährungsfachkraft bedeuten.

Zum anderen bezieht sich der Begriff auf Ernährungsinterventionen. In der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) *DGEM-Terminologie in der klinischen Ernährung* (2013) wird das Ernährungsmanagement (Synonym: Ernährungsversorgung) wie folgt definiert:

„Die Ernährungsversorgung ist ein Überbegriff für alle Aktivitäten und Interventionen, die Ernährung in der institutionalisierten Gesundheitsversorgung (Krankenhäuser, Pflegeheime) betreffen. Sie inkludiert damit alle Maßnahmen des Care Caterings, aber auch die Diätberatung und alle Ernährungstherapien, inklusive der enteralen und parenteralen Ernährungstherapie.“ (Valentini et al., 2013, S. 104)

In dem *Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis* von Hauner et al. (2019) ist der Ernährungsmanagementbegriff offener definiert:

„Das Ernährungsmanagement koordiniert alle Prozesse und Tätigkeiten, die gewährleisten, dass jeder Nutzer gemäß seinen Bedürfnissen und seiner gesundheitlichen Situation entsprechend ernährt wird bzw. sich ernähren kann.“ (Hauner et al., 2019, S. 411)

Im vorliegenden Kontext und in ernährungsbezogenen Leitlinien befasst sich das Ernährungsmanagement mit der Rolle der Ernährung im großen Feld der Prävention, des Gesundheitsmanagements und der Ernährungstherapie. Zusammenfassend lässt sich Ernährungsmanagement wie folgt beschreiben.



Ernährungsmanagement befasst sich mit der Planung, Konzeption, Koordination, Durchführung und Evaluation von Ernährungsmaßnahmen in verschiedenen Settings.

Für den Begriff „Gesundheit“, der, wie Sie gesehen haben, in einem engen Zusammenhang mit Ernährungsmanagement steht, gibt es ebenfalls verschiedene Definitionen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 1946 Gesundheit als „Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur [als, Anm. d. Verf.] das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 1946, zit. n. Schwartz et al., 2003, S. 26). Gesundheit ist also kein einmal erreichter und dann unveränderlicher Zustand, vielmehr gilt es, sich tagtäglich und lebenslänglich aktiv um eine Balance zwischen körperlicher und geistiger Gesundheit sowie sozialen Kontakten zu bemühen. Gesundheitsförderung verfolgt das Ziel, gesundheitsriskante Faktoren im Alltag zu vermindern und das Wohlbefinden unterstützende Kompetenzen und Ressourcen zu stärken, um gesundheitsschädliche Lebensweisen zu unterbinden (vgl. Habermann-Horstmeier; Lippke, 2021, S. 68).

Ernährungsmanagement als Teil von Gesundheitsförderung und Prävention kann in vielen verschiedenen gesundheitlichen Lebenswelten (Settings) ressourcenbildend und risikominimierend eingesetzt werden. Tab. 1.1 gibt einen ersten Überblick über einige dieser Settings und mögliche Ziele des Ernährungsmanagements in den einzelnen Bereichen. Ein gelungenes Ernährungsmanagement klärt nicht nur über eine individuell angepasste gesundheitsfördernde Ernährung auf, sondern ist auch mit Bereichen wie der Work-Life-Balance oder Bewegungs- und Entspannungsprogrammen verzahnt. Interdisziplinäre Teams können Bereiche der psychischen und physischen Gesundheit gleichermaßen berücksichtigen. Für ein ganzheitliches Gesundheitsmanagement sollten daher mehrere Berufsgruppen zusammenarbeiten. Je nach Setting sollten neben Ernährungsexperten/Ernährungsexpertinnen, Bewegungsexperten/Bewegungsexpertinnen und Psychologen/Psychologinnen außerdem Pflegekräfte, Mediziner/-innen und eventuell Pharmakologen/Pharmakologinnen mit im Team sein (vgl. Weimann et al., 2013, S. 74 ff.).

Tab. 1.1: Auswahl an Zielen des Ernährungsmanagements in verschiedenen Settings (vgl. Schmidt, 2019, S. 147 ff.; Hauner et al., 2019, S. 411 ff.; Methfessel et al., 2021, S. 274)

Setting	Zielgruppe	Ziele
Kindergarten/ Grundschule	Kinder zwischen 3 und 10 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> • Spaß an Ernährung finden • gesunde Ernährung erlernen • verschiedene Geschmäcker erkunden • ersten Umgang mit Lebensmitteln üben • Gesundheits- und Hygieneaspekte von Essen kennenlernen • Umgang mit Küchengeräten erlernen • ...

Setting	Zielgruppe	Ziele
Krankenhaus	Patienten/ Patientinnen	<ul style="list-style-type: none"> • Mahlzeiten ansprechend und lecker gestalten • Gesundungsprozess unterstützen • ...
Pflegeheim	bettlägerige und alte Menschen	<ul style="list-style-type: none"> • Appetitmangel im Alter berücksichtigen • auf ausreichende Flüssigkeitsaufnahme achten • Genuss ermöglichen • Abwehrkräfte stärken • Gesundheit erhalten • eigenständiges Leben unterstützen • ...
Betrieb	Mitarbeitende	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsfähigkeit erhalten • zur Work-Life-Balance motivieren • Krankheitstage reduzieren • Gemeinschaftsgefühl verbessern • ...
Fitnessstudio	Mitglieder des Fitnessstudios	<ul style="list-style-type: none"> • Sportziele unterstützen • Leistungsfähigkeit verbessern • ganzheitliches Konzept anbieten • ...
Medien	Gesamtbevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> • Ernährungsbewusstsein schärfen • Ernährungsmythen aufklären • verständliche Empfehlungen vermitteln • Informationen zu Ernährungsthemen wie Unverträglichkeiten, Nahrungsmittelallergien oder ernährungsmitbedingten Krankheiten bereitstellen • Kommunikation von Informations- und/oder Beratungsstellen

Die Ernährungstherapie richtet sich im Gegensatz zu dem Ernährungsmanagement nur an kranke Menschen. Hier liegt eine klare therapeutische Ausrichtung vor (vgl. Valentini et al., 2013, S. 106), die zum Ziel hat, die Gesundheit und das Handlungsvermögen von Patienten/Patientinnen wiederherzustellen (vgl. Hauner et al., 2019, S. 411).

**Beispiel 1.1:**

Frau Hamm ist von Colitis ulcerosa betroffen – einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung. Um die Erkrankung in ihrem Verlauf und symptomatisch positiv zu beeinflussen, wird Frau Hamm ernährungstherapeutisch begleitet und behandelt.

1.2 Hintergründe und gesundheitswissenschaftliche Relevanz

Während gesundheitliche Probleme vor den 1960er-Jahren zumeist auf Nahrungsmittellengpässe und Infektionskrankheiten zurückzuführen waren, hat sich die Ernährungssituation in den letzten drei bis vier Generationen grundlegend verändert. Heute spielen im Globalen Norden Infektionskrankheiten nur noch eine untergeordnete Rolle, während Fehl- und Überernährung durch die ständige Verfügbarkeit und ein Überangebot von Lebensmitteln aller Art die Mangelversorgung als Krankheitsursache abgelöst haben (vgl. Ortner, 2018, S. 8 ff).

Hinweis:

Länder des Globalen Nordens sind Länder, die als wirtschaftlich und gesellschaftlich privilegiert gelten. Bei Ländern des Globalen Südens ist das Gegenteil der Fall (vgl. BMZ, o.J.).

Die Begriffe sind nicht geographisch zu verstehen. Sie wurden eingeführt, um Terminologien wie Entwicklungsland, Dritte Welt und Schwellenland abzulösen (vgl. BMZ, o.J.).

In Deutschland gibt es ein dichtes Netz an Supermärkten, die ein vielfältiges und günstiges Lebensmittelsortiment anbieten. Zudem oder alternativ können Services von Restaurants, Lieferservices oder auch Tankstellen eine ausreichende Versorgung gewährleisten. Auch wenn es heute also gute infrastrukturelle Voraussetzungen gibt, um sich gesund und abwechslungsreich zu ernähren, gelingt es vielen Menschen nicht. Nicht nur die Vielfalt an Lebensmitteln, sondern auch fast täglich neu erscheinende Ernährungsempfehlungen und Diätratgeber sowie ständig wechselnde Ernährungstrends verunsichern die Menschen. Gleichzeitig ist die Ernährung in Teilen der Gesellschaft immer mehr von Lifestyle geprägt und wird als Teil der Identität und Gruppenzugehörigkeit betrachtet (vgl. Ortner, 2018, S. 12). Ziele die Ernährung Mitte des 20. Jahrhunderts noch hauptsächlich darauf ab, Energie- und Nährstoffmängel zu vermeiden, wird heute versucht, mithilfe der Ernährung, Körper(-funktionen) immer mehr zu optimieren bzw. über einen gesunden Basiszustand hinaus zu verbessern. Daher werden Nahrungsmittel nicht mehr als reine Energielieferanten betrachtet und Inhaltsstoffe wie Enzyme, Vitamine, sekundäre Pflanzenstoffe und Mineralstoffe gewinnen mehr und mehr an Bedeutung, indem ihnen spezielle Eigenschaften zugeordnet werden, z.B. bessere Leistungsfähigkeit, schnellere Regeneration (vgl. Ortner, 2018, S. 9 ff.). Auch hormonähnliche Wirkstoffe (z.B. Vitamin D oder die östrogenähnlichen Phytosterine) und Wirkungen, die früher nur im Arzneimittelkontext beschrieben wurden (z.B. β -Sitosterin bei Hyperlipoproteinämie), machen das Thema Ernährung für immer mehr Menschen interessant (vgl. Elmadfa; Leitzmann 2023, S. 665).

Jedoch führt das Interesse und das Wissen über Ernährung nicht automatisch zu geringeren Gesundheitsausgaben oder zu weniger Arbeitsunfähigkeit, was die folgenden Zahlen zeigen: Im Jahr 2015 beliefen sich die gesamten Gesundheitsausgaben von gesetzlichen und privaten Krankenkassen, Privathaushalten und der sozialen Pflegeversicherung auf 4.213 Euro pro Einwohner/-in, was eine Gesamtsumme von 344,2 Mrd. Euro bedeutet. Dies entspricht 11,3 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) (vgl. StBA, 2017). Seither sind die Kosten weiter gestiegen: Im Jahr 2021 betragen die Kosten für die gesamten Gesundheitsausgaben 5.699 Euro pro Einwohner/-in. Die Gesamtsumme ist auf 474 Mrd. Euro gestiegen, was einem BIP von 13,2 % entspricht (vgl. StBA, 2023).

Die Gesundheitsreports der Techniker Krankenkasse (TK) und der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) legen offen, dass im Jahr 2022 durchschnittlich 63,2 % aller Erwerbstätigen von mindestens einer Arbeitsunfähigkeit betroffen waren. Dies entspricht einer Steigerung von fast 21 % gegenüber dem Vorjahr (vgl. TK, 2023b, S. 10). Die durchschnittliche Anzahl der Fehltage betrug 19 und lag ebenfalls höher als im Jahr 2021. Im Vorjahr betrug die durchschnittliche Anzahl der Fehltage 15,6 (vgl. TK, 2023b, S. 10). 2023 sind die Arbeitsunfähigkeiten um weitere 13 % gestiegen (vgl. DAK, 2024), wobei 64,5 % der Arbeitnehmenden eine oder mehrere Krankschreibungen hatten. Die Anzahl der Fehltage erhöhte sich auf 20 pro Arbeitnehmer/-in (vgl. DAK, 2024).

Relevant sind diese Zahlen vor allem deshalb, da Gesundheitsausgaben und Arbeitsunfähigkeiten in Deutschland zunehmend auf ernährungsmitbedingte Krankheiten zurückzuführen sind. Häufige ernährungsmitbedingte Erkrankungen sind:

- **Adipositas:** 19 % der Erwachsenen in Deutschland sind – bei etwa gleichem Geschlechterverhältnis – von Adipositas betroffen (vgl. Schienkiewitz, 2022, S. 25). Im Kindes- und Jugendalter sind 7,2 % der Mädchen und 8,7 % der Jungen im Alter von 11 bis 17 Jahren adipös. In der Altersgruppe der 7- bis 10-Jährigen sind es 4,7 % der Mädchen und 6,8 % der Jungen. Zudem sind 3,2 % der Mädchen und 1,0 % der Jungen im Alter von 3 bis 6 Jahren adipös (vgl. RKI, 2018, S. 7).
- **Diabetes mellitus Typ 2:** 10,6 % der Bevölkerung Deutschlands sind von Diabetes mellitus Typ 2 betroffen (vgl. Seidel-Jacobs et al., 2023, S. 8).
- **Metabolisches Syndrom (Vorliegen von mindestens zwei der vier Erkrankungen):** Adipositas, Hypertonie, Fettstoffwechselstörung und Diabetes mellitus Typ 2): In Deutschland sind 13,1 % der Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 64 Jahren vom metabolischen Syndrom betroffen (vgl. Schütte et al., 2023, S. 486).
- **Nicht alkoholische Fettleber (NAFLD):** Ungefähr 23 % der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands sind von einer NAFLD betroffen (vgl. Roeb et al., 2022, S. 1359).
- **Nahrungsmittelallergie, IgE-vermittelt:** In Deutschland sind 3,7 % der erwachsenen Bevölkerung und 4,2 % der Kinder von einer Nahrungsmittelallergie betroffen. Die Daten beziehen sich auf die Gesamtheit aller IgE-vermittelten Nahrungsmittelallergien (vgl. Worm et al., 2021, S. 489).

Übergewicht (BMI 25–29,9 kg/m²) ist keine Erkrankung. Adipositas (BMI 30 kg/m² und höher) wird hingegen als Krankheit eingestuft.



Erkrankungen bzw. ernährungsmitbedingte Krankheiten sind aber nicht der alleinige Einflussfaktor in der Versorgung von Menschen im Kontext des Ernährungsmanagements. Auch die immer älter werdende Gesellschaft stellt eine Herausforderung für das

Ernährungsmanagement dar (vgl. BMBF, 2017), da diese Zielgruppe ebenfalls mit Ernährungsproblemen oder Herausforderungen bei der Ernährung konfrontiert ist, z.B. zunehmende Inappetenz, Kau- und Schluckstörungen. Dies kann wiederum das Risiko für Folgeerkrankungen erhöhen (vgl. Schmidt, 2019, S. 40).

1.2.1 Ernährungstrends verwirren zunehmend

Während auf der einen Seite durch fortlaufende Forschung immer mehr Zusammenhänge zwischen Ernährung und Krankheitsrisiko und -entstehung offengelegt werden, kommt es auf der anderen Seite zunehmend zur Verunsicherung von Verbrauchern/Verbraucherinnen in Bezug auf eine gesundheitsförderliche Ernährung, wie das Beispiel 1.2 zeigt. Gründe hierfür sind nicht nur die stetig wachsende Vielfalt an Lebensmitteln, sondern auch fast täglich neu erscheinende Ernährungsempfehlungen und Diät ratgeber sowie ständig wechselnde Ernährungstrends (vgl. Hauner, 2023, S. 41).



Beispiel 1.2:

Folgende Fragen von Verbrauchern/Verbraucherinnen sind keine Seltenheit:

Soll ich nun lieber wie der Steinzeitmensch viel Fleisch essen oder als Veganer/-in ganz auf tierische Produkte verzichten? Ist der glykämische Index das Nonplusultra? Soll ich nun wie bei dem Diätkonzept 5:2 an fünf Tagen pro Woche normal essen, an zwei aber mit maximal 500 kcal darben? Oder doch lieber viele kleine Mahlzeiten am Tag essen? Oder haben doch die Intervall-Faster/-innen recht, die täglich durch Auslassen von Frühstück oder Abendessen auf mindestens 16 Fastenstunden kommen? Sollte ich, obwohl ich keine Zöliakie habe, nicht doch besser glutenfrei essen? Und wie ist das nun eigentlich mit dem Weizen, der ist doch angeblich auch schlecht. Nehme ich zu, wenn ich nach 16 Uhr noch esse? Wenn ich Diabetes habe, darf ich dann gar keine Kohlenhydrate mehr essen?

Hinweis:

Der glykämische Index ist ein Maß, das angibt, wie stark ein Lebensmittel den Blutzuckerspiegel ansteigen lässt (vgl. Elmadfa; Leitzmann, 2023, S. 680).

Das Beispiel zeigt, dass die Auswahl einiger aktueller Ernährungskonzepte und Trends eine große Bandbreite aufweist. Dabei trägt eine ausgewogene, genussvolle Ernährung dazu bei, gesund und leistungsfähig zu sein und Übergewicht, Fehl- und Mangelernährung sowie der Entstehung chronischer ernährungsmitbedingter Krankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2 oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzubeugen (vgl. Hauner, 2023, S. 40). Besonders für Menschen, die durch Alter, Krankheit oder Operationen gesundheitlich beeinträchtigt sind, ist eine ausgewogene Ernährung wichtig, da so die Wahrscheinlichkeit am höchsten ist, dass sie mit Energie und allen notwendigen Nährstoffen versorgt sind (vgl. Hauner, 2023, S. 39). Kinder, die bereits in frühen Jahren an eine gesunde Ernährung gewöhnt werden, haben es später leichter mit der Auswahl gesunder Ernährungsweisen (vgl. Godemann; Bartelmeß, 2021, S. 24).

In den 1990er- bis 2020er-Jahren ist die Bedeutung gesunder Ernährung immer größer geworden. Die zunehmende Zahl an teils widersprüchlichen Ernährungstrends verwirrt Verbraucher/-innen zunehmend, zumal nur unzureichende wissenschaftliche Belege vorliegen, dass die Ernährungstrends/Diäten das Wohlbefinden und die Gesundheit fördern (vgl. Hauner, 2023, S. 41). Diese Umstände machen die Vermittlung von wissenschaftlich fundiertem Ernährungswissen immer wichtiger.



1.2.2 Informationsvermittlung und Verhaltensänderungen

Die Vermittlung von Ernährungswissen ist ein elementarer Baustein der Prävention. Allerdings ist es damit nicht getan. Denn selbst, wenn Menschen wissen, was gesund ist und was nicht, verhalten sie sich im Alltag nicht in jedem Fall entsprechend, selbst wenn sie dabei ein schlechtes Gewissen haben (vgl. Ermann; Strüver, 2021, S. 185). Die wenigsten Menschen würden Schokolade, Süßigkeiten, Chips und Softdrinks als gesunde Lebensmittel einstufen. Dennoch werden sie zunehmend von deutschen Bürgerinnen/Bürgern verzehrt. Mehr als jede/-r vierte verzehrt einmal oder mehrmals täglich Süßigkeiten oder Knabberereien (vgl. BMEL, 2023, S. 9). Hinzu kommt, dass der Anteil derjenigen, die zwischendurch zu Süßigkeiten und Knabberereien greifen, von 29 % im Jahr 2017 auf 36 % im Jahr 2023 gestiegen ist. 40 % der erwachsenen Bevölkerung isst zudem nebenbei, z. B. beim Fernsehen, beim Surfen im Internet oder während des Lesens (vgl. TK, 2023a, S. 16 ff.). Generell gilt es, nicht nur ein Informationsdefizit zu verhindern, sondern auch effektive Verhältnisprävention zu betreiben. Dafür reicht es nicht, z. B. eine Fettsteuer einzuführen, um den Verkauf vermeintlich ungesunder Nahrungsmittel zu reduzieren, vielmehr müssen genussvolle und attraktive Alternativen geschaffen werden. Nur wenn die Bevölkerung zum Handeln gebracht wird und motiviert ist, kann das Ernährungsverhalten nachhaltig verändert werden.

Übung 1.1:

Überlegen Sie, in welchen Settings Ernährungsprävention sinnvoll eingesetzt werden kann. Welche Berufsgruppen sollten sinnvollerweise jeweils eingebunden werden?

Übung 1.2:

Sie möchten ein Projekt zum Thema gesunde Ernährung in einem Setting Ihrer Wahl (z. B. Kita, Betrieb, Fitnessstudio ...) durchführen. Überlegen Sie, wie Sie Teilnehmende zum Mitmachen motivieren und für das Thema begeistern können.



1.3 Formen der Ernährungskommunikation

Je nachdem, ob ein einzelner Mensch mit einer speziellen Frage oder Vorerkrankung oder eine ganze Gruppe, wie z. B. die deutsche Bevölkerung, die Zielgruppe darstellt, unterscheidet man zwischen Ernährungsaufklärung/-information, -beratung, -therapie und Ernährungsbildung/-erziehung. Ernährungskommunikation umfasst dabei als Überbegriff alle Formen der Vermittlung von Ernährungswissen, bei der unterschiedliche Akteure/Akteurinnen wie Ernährungsberater/-innen, aber auch Versicherungen, Fitnessstudios oder Organisationen wie die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.

(DGE) oder das Bundeszentrum für Ernährung (BZfE) aktiv werden können (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung, 2024, S. 3 ff.).

1.3.1 Qualitätsunterschiede

Da es für Bezeichnungen wie „Ernährungsberater/-in“ oder „Ernährungstherapeut/-in“ in Deutschland keinen gesetzlichen Schutz gibt, ist die jeweilige Beratungsqualität für ratsuchende Personen schwer einzuschätzen. Damit Verbraucher/-innen den Unterschied zwischen qualifizierten und nicht ausreichend qualifizierten Anbietenden erkennen können, hat der Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung erstmalig im April 2006 die *Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung in Deutschland* verfasst, die seitdem mehrmalig, zuletzt 2024, aktualisiert wurde. Der Koordinierungskreis setzt sich aus Vertretern/Vertreterinnen verschiedener Berufsverbände, Verbraucherschutzorganisationen, der DGE als wissenschaftliche Fachgesellschaft sowie weiteren Institutionen zusammen (vgl. DGE, o.J.a).

Um qualifizierter Ernährungsberater/qualifizierte Ernährungsberaterin zu werden, bestehen in Deutschland die folgenden Möglichkeiten: anerkannte Ausbildung zum Diätassistenten/zur Diätassistentin oder Studium u. a. der Ernährungswissenschaften oder Ökotrophologie an staatlichen und staatlich anerkannten Universitäten oder Fachhochschulen. Auch können sich approbierte Mediziner/-innen im Bereich der Ernährungsmedizin fortbilden und sich als Ernährungsberater/-in qualifizieren (vgl. DGE, o.J.a).

Allerdings gibt es zudem zahlreiche teils zertifizierte, teils ungeprüfte Kurse, Fort- und Weiterbildungen, die versprechen, ihre Kunden/Kundinnen in kurzer Zeit zum „Ernährungsexperten“ bzw. zur „Ernährungsexpertin“ zu machen. Da Berufsbezeichnungen wie Ernährungsberater/-in und Ernährungstherapeut/-in gesetzlich nicht geschützt sind, darf sich jede/-r so bezeichnen – und zwar unabhängig davon, ob die Person einen einschlägigen Kurs absolviert hat, Diätassistent/-in oder Ernährungswissenschaftler/-in ist.

Im Kontext der qualifizierten Ernährungsberatung können sich Fachkräfte von der DGE, dem Verband der Ökotrophologen (VDOe), dem Verband der Diätassistenten (VDD), dem Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED) oder von der Deutschen Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater – QUETHEB e.V. nach strengen Kriterien zertifizieren lassen. Alle Zertifikate erfordern Berufserfahrung und eine kontinuierliche Weiterbildung durch Seminare, sowohl um das Zertifikat verliehen zu bekommen als auch, um regelmäßig rezertifiziert zu werden. Zertifizierte Ernährungsberater/-innen dürfen keine Produktwerbung betreiben oder gar selbst Produkte verkaufen (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung, 2024, S. 8 ff.).



Da die Bezeichnungen Ernährungsberater/-in oder Ernährungstherapeut/-in in Deutschland nicht geschützt sind, sind Verbraucher/-innen auf die Kenntnis von Qualitätssiegeln wie der VDOe-, VDD-, QUETHEB-, VFED- oder DGE-Zertifizierung angewiesen.

Übung 1.3:

Zählen Sie die in der Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung in Deutschland genannten Kriterien auf, die man erfüllen muss, um eine Zertifizierung zu erhalten.



1.3.2 Anforderungen von Krankenkassen

Soll ein Kurs zur Ernährungsprävention von Krankenkassen bezuschusst werden, müssen einige Voraussetzungen erfüllt werden. Maßgeblich hierfür sind die Regelungen, die im Sozialgesetzbuch (§ 20 und § 20a SGB V) sowie in dem *GKV-Leitfaden Prävention* in der jeweils gültigen Fassung festgelegt sind. Die Anerkennungen erfolgen seit 2014 über die Zentrale Prüfstelle Prävention (vgl. VDEK, 2024).

Um als Kursanbieter/-in einen Ernährungspräventionskurs von den Krankenkassen anerkennen zu lassen, muss der/die Kursleiter/-in eine der in der *Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung in Deutschland* anerkannten Qualifikationen besitzen (vgl. Kap. 1.3.1). Zusätzlich müssen Kursleiter/-innen pädagogische, methodische und didaktische Kompetenzen sowie Berufserfahrung vorweisen und dürfen kein wirtschaftliches Interesse am Verkauf von Zusatzprodukten haben (vgl. GKV-Spitzenverband, 2023a, S. 81).

Vor der Entscheidung über eine Förderung bzw. Bezuschussung eines Kurses prüfen die Krankenkassen, ob alle Qualitätskriterien erfüllt sind. Zertifiziert wird das Kurskonzept in Verbindung mit der Qualifikation der Kursleiter/-innen. Welche Kriterien im Detail für die Zertifizierung eines Kurses erforderlich sind, regelt ebenfalls der *GKV-Leitfaden Prävention*. Die Zertifizierung eines Kurses ist auf drei Jahre befristet und kann dann verlängert werden (vgl. GKV-Spitzenverband, 2023a, S. 68).

1.3.3 Ernährungsaufklärung und Ernährungsinformation

Ernährungskampagnen wie *5 am Tag* oder *In-Form* wollen die Bevölkerung für Ernährungsfragen oder bestimmte Ernährungsthemen sensibilisieren, Interesse wecken oder ein Problembewusstsein schaffen bzw. schärfen. Solche geplanten Maßnahmen, die sich an die Bevölkerung in ihrer Gesamtheit oder an bestimmte Teilgruppen richten, ohne dass diese Information erfragt wurde, bezeichnet man als Ernährungsaufklärung (vgl. Hirschfelder; Eifler, 2021, S. 10). Vermittelt wird Information hier in Form von Vorträgen oder mittels Massenmedien. Zu den Anbietern von Ernährungsaufklärung zählen Bund, Länder, Nichtregierungsorganisationen, wissenschaftliche Gesellschaften wie die DGE, Krankenkassen und Verbrauchervertretungen wie die Verbraucherzentrale (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung, 2024, S. 11).

Übung 1.4:

Informieren Sie sich über die Ernährungskampagnen *In-Form* und die DGE-Kampagne *5 am Tag* sowie die *DGE-Empfehlungen „Gut essen und trinken“*.



Anders als bei der Ernährungsaufklärung fallen in den Bereich der Ernährungsinformation alle Angebote, die zu gezielten Fragen in ernährungswissenschaftlicher Form zur Verfügung gestellt werden. Das können z.B. Broschüren, Faltblätter, Videos oder Apps sein, die zu bestimmten Themen bei Fachorganisationen eingesehen oder angefordert werden können, aber auch persönliche Antworten von Fachkräften, die direkt gefragt werden. Bei Fachinformationen, die seitens Pharmafirmen oder Lebensmittelherstellern bereitgestellt werden, ist zu beachten, dass hier ein ausgeprägtes Eigeninteresse besteht und der Fokus sehr stark auf die Aspekte der eigenen Produktpalette gelegt wird. Unterrichts- oder Vortragsmaterialien können ebenfalls der Ernährungsinformation dienen. Ernährungsinformation kann daher auch Bestandteil von Maßnahmen der Ernährungsbildung sowie von Ernährungsberatung und Ernährungstherapie sein (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung, 2024, S. 15).

Die Inhalte der Ernährungsinformation müssen sachlich korrekt, objektiv und umfassend dargestellt sein und auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren. Damit die empfangenden Personen die zu vermittelnden Informationen verstehen können, müssen sie verständlich formuliert sein und komplizierte Sachverhalte nachvollziehbar erklären. Anbieter von Ernährungsinformationen können Institutionen oder Einzelpersonen sein (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung, 2024, S. 5).



Beispiel 1.3: Ernährungspyramide und Ernährungskreis

So komplex das Zusammenspiel der unterschiedlichen Stoffwechselfvorgänge im Körper ist, so vielfältig ist auch das Angebot an Büchern zum Thema „richtige“ bzw. „gesunde“ Ernährung. Die DGE, das Bundesinformationszentrum Landwirtschaft (BZL) und das BZfE haben die wichtigsten Ernährungsempfehlungen für die Beratung und Ernährungsaufklärung übersichtlich grafisch in der Form eines Ernährungskreises und einer Ernährungspyramide dargestellt.

Der DGE-Ernährungskreis zeigt beispielsweise

„auf einen Blick wie eine gesunde und ökologisch nachhaltige Ernährung aussieht. Er ist damit eine Art Wegweiser mit Beispielen für eine optimale Lebensmittelauswahl. Die Größe der Lebensmittelgruppe veranschaulicht dabei den Anteil an der Ernährung. Je größer eine Lebensmittelgruppe ist, desto mehr kann daraus gegessen werden.“ (DGE, o.J.b)

Für die Beratung eignet sich die dreidimensionale Version der DGE-Lebensmittelpyramide, die als Faltmodell erhältlich ist. So kann der oder die Beratungssuchende die Pyramide in die Hand nehmen. Anders als die eindimensionalen Pyramiden vieler Fachgesellschaften verdeutlicht die dreidimensionale Pyramide anhand der Flächengrößen auch qualitative Unterschiede innerhalb der Lebensmittelgruppen (vgl. DGE, o.J.c).

Ernährungspyramiden oder Ernährungskreise eignen sich sowohl für die Beratung von Kindern als auch für Erwachsene. Sie verwenden anschauliche Symbole und selbsterklärende Ampelfarben. Auf jeder Pyramidenebene zeigt die Anzahl an Portionsbausteinen, wie viele Portionen, die je einer Handvoll entsprechen, aus welcher Lebensmittelgruppe täglich gegessen werden sollten. So können Mahlzeiten gut geplant werden und das tägliche Ernährungsverhalten durch ein Abhaken gegessener

Portionen überprüft werden. Da die eigene Hand als Portionsmaß verwendet wird, wachsen die Portionsgrößen mit den Ratsuchenden mit. Das Modell berücksichtigt folglich, dass sich der Nährstoffbedarf mit dem Alter ändert. Grundlage für die Ernährungspyramide bilden die wissenschaftlichen Empfehlungen der DGE und des Forschungsinstituts für Kinderernährung Dortmund (FKE). Ergänzend gibt es ein Tischsystem sowie ein Wandsystem mit Fotokarten für die Beratung (vgl. Illini, 2024).

Übung 1.5:

Recherchieren Sie die DGE-Ernährungspyramide und vergleichen Sie sie mit der Pyramide vom VFED. Welche würden Sie eher nutzen?



1.3.4 Ernährungsberatung

Im deutschen Sprachgebrauch wird fast jeder Kommunikationsprozess zum Essen und Trinken als Ernährungsberatung betitelt. Beratung ist aber ein interpersonaler Prozess zwischen Berater/-in und ratsuchender Person, bei dem der/die Berater/-in Hilfe zur Selbsthilfe anbietet (vgl. Bornemann, 2018, S. 25).

Ernährungsberatung richtet sich an Gesunde und kann nur im persönlichen Kontakt – in Präsenz oder online – erfolgen, weil nicht nur Ernährungsinformation vermittelt wird, sondern mithilfe dieses Wissens auch das Ernährungsverhalten modifiziert werden muss. Reines Fachwissen allein zeichnet einen guten Berater bzw. eine gute Beraterin nicht aus, er/sie sollte auch einfühlsam auf die ratsuchende Person eingehen und deren persönliche Rahmenbedingungen einbeziehen, also z. B. den Alltag und das Umfeld des Klienten/der Klientin erfragen und einschätzen (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung, 2024, S. 5). Eine qualifizierte Ernährungsberatung schließt also nicht nur Wissenslücken, sondern betrachtet die Probleme bezüglich des Ernährungsverhaltens in ganzheitlicher Form. Kompetente Ernährungsberater/-innen geben dabei nicht pauschale Lösungsmöglichkeiten vor, sondern unterstützen die ratsuchende Person dabei, selbst auf die eigene Situation passende Lösungsansätze zu entwickeln. Die ratsuchende Person nimmt die Beratung freiwillig in Anspruch und handelt eigenverantwortlich (vgl. Bornemann, 2018, S. 25; Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung, 2024, S. 5).

Ernährungsberatung stellt allgemeine Informationen und individuelle Entscheidungshilfen zu Fragen der Lebensmittelwahl, des Essverhaltens, des gesundheitlichen Verbraucherschutzes und der Reduzierung von Risikofaktoren in einer nicht direktiven, sondern partnerschaftlichen Gesprächssituation zur Verfügung. Als Grundlage für die Ernährungsberatung dienen aktuelle, wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung, 2024, S. 5 f.). Ernährungsberatung ist als ein ganzheitlicher Ansatz zur Primärprävention und Gesundheitsförderung zu verstehen, dem u. a. das Konzept der Salutogenese zugrunde liegt (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung, 2024, S. 5).

Qualifikation

Der Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung erkennt in seiner Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung in Deutschland für die primärpräventive Ernährungsberatung folgende Qualifikationen an (vgl. Brehme et al., 2018, S. 5):

- Diätassistenten/Diätassistentinnen
- Abschlüsse im Fach Ökotrophologie: Diplom (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung); Bachelor of Science, Master of Science entsprechend den DGE-Zulassungskriterien
- Abschlüsse im Fach Ernährungswissenschaft: Diplom; Bachelor of Science, Master of Science entsprechend den DGE-Zulassungskriterien
- Abschlüsse als Diplom-Ingenieur/-in Ernährungs- und Hygienetechnik, Schwerpunkt „Ernährungstechnik“
- Abschlüsse als Diplom-Ingenieur/-in Ernährung und Versorgungsmanagement, Schwerpunkt „Ernährung“
- Bachelor- und Masterabsolventen und -absolventinnen anderer Studiengänge mit Anerkennung des Studiengangs nach den DGE-Zulassungskriterien



Beispiel 1.4:

Wie eine Beratung im Einzelnen abläuft, hängt von der Fragestellung und dem jeweiligen Berater bzw. der jeweiligen Beraterin ab. Zunächst macht sich der/die Berater/-in z.B. mittels Anamnese, Ernährungstagebuch und Blutwerten ein ganzheitliches Bild über die Ernährungssituation, mögliche Vorerkrankungen oder erbliche Veranlagungen der ratsuchenden Person. Diese Vorkenntnisse sind wichtig, da die Ernährungsberatung keine reine Wissensvermittlung ist, sondern gemeinsam mit der ratsuchenden Person auf Grundlage der jeweiligen Lebenssituation und besonderer Vorlieben Handlungsstrategien erarbeitet werden. Der/die Ernährungsberater/-in wählt aus dem eigenen Wissensschatz die Informationen aus, die für die ratsuchende Person wichtig sind. Dabei achtet er/sie besonders darauf, das Wissen in einer verständlichen Sprache zu formulieren. So kann ein Laie mit dem Ratschlag, täglich mindestens 30 g Ballaststoffe zu sich zu nehmen, wenig anfangen. Die Aussage, er/sie solle täglich zwei Portionen Obst, drei Portionen Gemüse und hauptsächlich Vollkornprodukte wählen, hilft eher weiter. Die Informationen und Anregungen des Beraters/der Beraterin sollten alltagstauglich sein, sodass die ratsuchende Person daraus individuelle Lösungsmöglichkeiten entwickeln kann, die zu dem eigenen Lebensstil passen. Der/die Berater/-in fungiert nur als Unterstützung.

1.3.5 Ernährungstherapie

Ernährungstherapie richtet sich an kranke Menschen, wobei sowohl ernährungsmitbedingte Erkrankungen (z.B. Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Gicht) und krankheitsbedingte Ernährungsprobleme (z.B. Appetitverlust bei Chemotherapie) als auch Essstörungen wie z.B. Magersucht und Bulimie berücksichtigt werden (vgl.

Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung, 2024, S. 6; Hauner et al., 2019, S. 385). Die Ernährungstherapie

stellt eine verbindliche, individuelle, wissenschaftlich fundierte Anleitung eines Patienten/einer Patientin zu Ernährungsveränderungen in einem therapeutischen Gesamtkonzept und in enger Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Arzt bzw. der jeweiligen Ärztin dar. Bei Essstörungen sollte ein interdisziplinäres Therapeutenteam aus Ernährungsberatern/Ernährungsberaterinnen, Fachärzten/Fachärztinnen und Psychologen/Psychologinnen zusammenarbeiten. Das oberste Ziel der Ernährungstherapie ist es, die Lebensqualität des Patienten/der Patientin zu erhalten oder zu verbessern, vorliegende Erkrankungen zu heilen oder zumindest zu lindern. Im Rahmen der Ernährungstherapie kann es daher notwendig sein, auch Medikamente oder künstliche Ernährung einzusetzen, welche aber nur von ärztlicher Seite verordnet werden dürfen. Generell muss eine Ernährungsfachkraft immer an einen Arzt/eine Ärztin verweisen, sollten physische oder psychische Probleme auftreten (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung, 2024, S. 5).

Qualifikation

Qualifizierte Ernährungsberater/-innen können durch ihre Zertifizierung auch im Bereich der Ernährungstherapie tätig sein. Hierfür spezialisieren sich die Fachkräfte auf bestimmte Erkrankungen oder Themenkomplexe und arbeiten nach einem festgelegten Prozess. Bekannt ist u. a. der German-Nutrition Care Process. Beispiele für Spezialisierungen sind metabolische Erkrankungen, Skeletterkrankungen, Nierenerkrankungen, Mukoviszidose, Zöliakie oder Essstörungen. Themenkomplexe können beispielsweise allergologische Erkrankungen, Pseudoallergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten umfassen. Weitere Beispiele sind gastrointestinale oder rheumatische Erkrankungen und Autoimmunerkrankungen.

Damit der/die Patient/-in verstehen kann, weshalb ein Verbesserungspotenzial der Erkrankung(en) möglich ist und als Folge die Ernährung verändern soll, werden im Rahmen der Ernährungstherapie pathophysiologische Zusammenhänge erläutert. In manchen Fällen erstellt der/die Ernährungstherapeut/-in einen individuellen Ernährungsplan für den Patienten/die Patientin. Für die Ernährungstherapie ist grundsätzlich eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung erforderlich und teils auch eine längerfristige Betreuung. Da Ernährungstherapie eine sehr verantwortungsvolle Aufgabe ist, sollte der/die Ernährungstherapeut/-in in jedem Fall durch eine fundierte Ausbildung (Diätassistent/-in) oder ein Studium (Ernährungswissenschaften, Ökotrophologie) qualifiziert sein. Ebenso wie der Ernährungsberatung liegen auch der Ernährungstherapie wissenschaftlich gesicherte Aussagen zugrunde (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung, 2024, S. 6).

Die Übergänge zwischen Ernährungsberatung und Ernährungstherapie sind oft fließend. So kann z. B. bei einer diagnostizierten Laktose- oder Fruktoseintoleranz ein/-e Ernährungsberater/-in mit wenigen Beratungsstunden dem Klienten/der Klientin das nötige Ernährungswissen vermitteln, um die Person zur Auswahl der passenden Lebensmittel zu befähigen. Ein/-e Patient/-in mit Zöliakie (Autoimmunerkrankung, bei der der/die Patient/-in auf das Klebereiweiß Gluten aus einigen Getreidesorten reagiert) braucht zumindest anfangs eventuell eine engmaschigere Betreuung von Arzt/Ärztin und Ernährungsberater/-in, bis sich der geschädigte Darm wieder erholt hat und der/die Patient/-in weiß, welche Regeln befolgt werden müssen. Ein/-e Patient/-in mit einer Magersucht braucht oft über Jahre hinweg eine multidisziplinäre, mitunter (teil-)stationäre Betreuung durch Psychologen/Psychologinnen, Fachärzte/Fachärztinnen, Ernährungsberater/-innen und eventuell Sozialarbeiter/-innen (vgl. DGE, o. J.a).

1.3.6 Ernährungsbildung/-erziehung

Unter Ernährungsbildung versteht man die unterstützende Begleitung von Menschen jeglichen Alters im Aufbau einer persönlich sinnvollen und eigenverantwortlichen Ernährungsweise und gesunden Lebensführung. Damit dient sie der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Vermittlung von Ernährungswissen erfolgt mittels Ernährungsaufklärung, Ernährungsinformation und Ernährungspraxis. Ernährungsbildung muss nicht zwingend von außen angeleitet werden, sondern kann auch durch selbstständiges Lernen erreicht werden. Ernährungsbildung geht über das reine Ernährungswissen hinaus und berücksichtigt auch soziale, ökologische, ökonomische und kulturelle Rahmenbedingungen (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung, 2024, S. 11).

Ernährungsbildung ist ein lebenslanger Prozess, der durch das soziokulturelle (familiäre, soziale und institutionelle) Umfeld beeinflusst wird. So ist Ernährungsbildung z. B. für (werdende) Eltern wichtig, da sich die Ernährung in der Schwangerschaft auf die Gesundheit des Kindes auswirken kann (Allergien, Stoffwechselstörungen, Adipositas) und die Familie den ersten Einfluss auf die Ernährungsbildung des Kindes im Sinne der Ernährungserziehung hat. Die Kinder lernen so Verhaltensregeln bei Tisch und bilden geschmackliche Vorlieben. Durch die elterliche Vorbildfunktion, Lob und Tadel sowie argumentative Begründungen kann sich günstiges Ernährungsverhalten etablieren bzw. stabilisieren und ungünstige Verhaltensweisen können vermieden werden (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung, 2024, S. 11).



Beispiel 1.5:

Krankenkassen bieten im Rahmen von Adipositas-Programmen für Kinder Unterstützung an. Der Einfluss auf die Ernährungsbildung durch öffentliche Institutionen beginnt bereits im Kindergarten und der Schule, denn Ernährungsbildung ist Teil des allgemeinbildenden Auftrags von Schulen, Berufsschulen und Ausbildungsstätten (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung, 2024, S. 12).

Ernährungspraxis

Ernährungspraxis meint die Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zur Anwendung ernährungswissenschaftlicher Erkenntnisse im Alltag notwendig sind. Im Rahmen von Ernährungspraxis wird Ernährungswissen vermittelt und unter Anleitung praktisch umgesetzt, d. h. Mahlzeiten werden zubereitet und bewusst gegessen. Besonders wichtig ist dabei auch der Genuss der zubereiteten Mahlzeiten, um in der heutigen schnelllebigen Zeit ein Bewusstsein für achtsames Essen zu schaffen. Durch unbedachtes Essen nebenbei verliert man leicht den Überblick darüber, was man gegessen hat und verlernt den Genuss daran. In der Ernährungspraxis geht es aber nicht nur um das Kochen und Erlernen von Küchentechniken, sondern auch um weitere angegliederte Prozesse wie den Einkauf, die Lagerung von Lebensmitteln, das Beachten von Hygiene-richtlinien und die Entsorgung von Resten und Abfallprodukten. Auch kulturelle und soziale Rahmenbedingungen sind hierbei zu beachten (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung, 2024, S. 14; Hauner et al., 2019, S. 389).

Qualifikation

Neben Diätassistenten/Diätassistentinnen, Ernährungswissenschaftlern/Ernährungswissenschaftlerinnen und Ökotrophologen/Ökotrophologinnen kann Ernährungsbildung bei entsprechender methodisch-didaktischer Qualifikation auch von Hauswirtschaftern/Hauswirtschafterinnen, Hauswirtschaftsmeistern/Hauswirtschaftsmeisterinnen, hauswirtschaftlichen Betriebsleitern/Betriebsleiterinnen und Köchen/Köchinnen mit Zusatzqualifikationen (z. B. diätetisch geschulter Koch-DGE/diätetisch geschulte Köchin-DGE oder Gourmet-Koch/Köchin Vollwert-Ernährung-UGB) angeboten werden (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung, 2024, S. 14).

Für Schulen gibt es von öffentlichen Organisationen ausgearbeitete Unterrichtskonzepte, wie z. B. der Ernährungsführerschein des BZfE für die dritte Klasse, bei dem der praktische Umgang mit Lebensmitteln und Küchengeräten im Mittelpunkt steht. Die Lehrkraft sollte dabei selbst auch Freude im Umgang mit Lebensmitteln haben, um die Kinder zu begeistern und Anleitungen zielgruppengerecht formulieren zu können (vgl. Bilo; Hoffmann, 2022).

Übung 1.6:

Informieren Sie sich im Internet über den Ernährungsführerschein des BZfE, Obeldicks und die Fit-Kid-Aktion der DGE.

Übung 1.7:

Überlegen Sie, wie Sie Kindergartenkinder spielerisch den Spaß am Thema Ernährung nahebringen könnten.



Die Tab. 1.2 fasst die in diesem Kapitel vorgestellten Formen der Ernährungskommunikation sowie deren Voraussetzungen, Methoden und Ziele überblicksartig zusammen.

Tab. 1.2: Formen der Ernährungskommunikation (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung, 2024, S. 5 ff.)

Anspracheform	Voraussetzung	Methoden/ Maßnahmen	Ziele
Ernährungsaufklärung	Vorliegen wissenschaftlich festgestellter Verhaltensfehler	unspezifische Mitteilung an „alle“, zumeist über Massenmedien	Weckung eines größeren Ernährungsbewusstseins, Sensibilisierung für Ernährungsfragen

Anspracheform	Voraussetzung	Methoden/ Maßnahmen	Ziele
Ernährungsinformation	Ernährungsbewusstsein, Vorhandensein von subjektiv bewussten Ernährungsfragen in der Bevölkerung	spezifische Mitteilungen aufgrund von Nachfragen an bestimmte Zielgruppen über schriftliche Informationsträger (Broschüren, Brief, elektronische Mittel)	Erweiterung des Ernährungswissens und Klärung der günstigen Voraussetzungen für das Ernährungsverhalten
Ernährungsberatung	persönliche Inanspruchnahme von Einzelpersonen bei subjektiv nicht lösbaren Verhaltens- oder Einstellungsproblemen sowie bei Entscheidungskonflikten	klientenzentrierte Erarbeitung der individuellen Ernährungsprobleme im Gespräch. Klärung von Maßnahmen, die für die besondere Konstellation geeignet und realisierbar sind	Lösung des Ernährungsproblems unter Berücksichtigung der Persönlichkeit und der Lebenssituation des betreffenden Menschen
Ernährungstherapie	ernährungsmitbedingte Erkrankungen	grundsätzlich wie bei der Ernährungsberatung, ergänzt durch langfristige Verhaltenstherapie, durch unterstützende Diätetika (ggf. Medikamente), durch Einsatz ärztlicher Möglichkeiten	Heilung bzw. Besserung ernährungsmitbedingter Krankheiten
Ernährungspraxis	pädagogisch sinnvolle Möglichkeiten für die Erziehungsmaßnahmen (Familiensituation etc.)	Anleitung zu bestimmten Verhaltensweisen durch: Vorbildfunktion/ Lob und Tadel/argumentative Begründungen	Stabilisierung eines günstigen Ernährungsverhaltens „von Beginn an“, Vermeidung von ungünstigen Verhaltensweisen

Zusammenfassung

Ernährungsmanagement befasst sich mit der Planung, Konzeption, Koordination, Durchführung und Evaluation von Ernährungsmaßnahmen in verschiedenen Settings.

In den vergangenen Jahrzehnten entwickelte sich Fehlernährung zusammen mit Begleiterkrankungen zu den häufigsten Krankheitsursachen. Krankheitstage und Gesundheitskosten nehmen jährlich zu. Umso wichtiger ist eine flächendeckende Ernährungsaufklärung, denn eine ausgewogene, genussvolle Ernährung hat ein großes Potenzial, um Menschen gesund und leistungsfähig zu halten, ernährungsmitbedingte Erkrankungen zu vermeiden und Menschen im Alter oder Krankheitsfall schneller genesen zu lassen.

Vermittlung von Ernährungswissen ist ein elementarer Baustein in der Prävention. Unter Ernährungskommunikation werden alle Formen der Vermittlung von Ernährungswissen verstanden. Dabei wird unterschieden zwischen Ernährungsaufklärung/-information, -beratung, -therapie und Ernährungsbildung/-erziehung – je nachdem, ob es sich um eine einzelne (gesunde oder kranke) Person oder eine größere Zielgruppe handelt.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung



Die Aufgaben zur Selbstüberprüfung können Sie auch interaktiv online bearbeiten. Folgen Sie dazu dem Link:

www.aon.media/cymzw4



- 1.1 Definieren Sie den Begriff „Ernährungsmanagement“. Beantworten Sie dabei folgende Fragen:
 - Was sind die Hintergründe?
 - Welche Herausforderungen ergeben sich?
 - Welche Akteure/Akteurinnen gibt es?
- 1.2 Wie kann Ernährungsmanagement zur Prävention beitragen? In welchen Settings kann es sinnvoll zum Einsatz kommen?
- 1.3 Nennen Sie die wesentlichen Formen der Vermittlung von Ernährungswissen und grenzen Sie die Begrifflichkeiten voneinander ab.
- 1.4 Wodurch zeichnen sich qualifizierte Ernährungsexperten/Ernährungsexpertinnen aus?
- 1.5 Worin unterscheiden sich Ernährungsberatung und Ernährungstherapie? Was ist in der Gesprächsführung besonders zu beachten?