



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

# **Ernährungsmanagement für unterschiedliche Zielgruppen und Settings**

ERMAH03



**Gitta Pabst (M. Sc. Troph.)**

(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 JLU 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.

---

Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

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 daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

---

# Ernährungsmanagement für unterschiedliche Zielgruppen und Settings

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	1
<b>1 Ernährungsmanagement: Definition, Abgrenzung und Hintergründe</b> .....	3
1.1 Definition Ernährungsmanagement .....	3
1.2 Hintergründe und gesundheitswissenschaftliche Relevanz .....	5
1.2.1 Ernährungstrends verwirren zunehmend .....	6
1.2.2 Informations- oder Verhaltensdefizit? .....	7
1.3 Formen der Ernährungskommunikation .....	7
1.3.1 Qualitätsunterschiede .....	8
1.3.2 Anforderungen von Krankenkassen .....	8
1.3.3 Ernährungsaufklärung und Ernährungsinformation .....	9
1.3.4 Ernährungsberatung .....	11
1.3.5 Ernährungstherapie .....	13
1.3.6 Ernährungsbildung/-erziehung .....	14
Zusammenfassung .....	15
Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	17
<b>2 Ernährung in speziellen Lebenssituationen</b> .....	18
2.1 Ernährungssituation in Deutschland .....	18
2.1.1 Lebensmittelverbrauch .....	18
2.1.2 Nährstoffversorgung .....	19
2.1.3 Entwicklung und Verbreitung von Übergewicht .....	19
2.1.4 Aktuelle Ernährungstrends .....	20
2.1.5 Die kleinen Laster .....	21
2.1.6 Woran es hapert ... ..	22
2.2 Bedarfsveränderungen im Laufe des Lebens .....	22
2.2.1 Schwangerschaft und Stillzeit .....	22
2.2.2 Säuglings-, Kinder- und Jugendalter .....	27
2.2.3 Senioren .....	29
2.2.4 Sportler .....	30
2.2.5 Nahrungsmittelintoleranzen und Allergien .....	32
Zusammenfassung .....	36
Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	37

---

<b>3</b>	<b>Hintergründe zur Konzeption und Planung von Ernährungskonzepten .....</b>	<b>38</b>
3.1	Ziele ernährungsbezogener Präventionskonzepte .....	38
3.1.1	Prävention von Übergewicht .....	40
3.1.2	Prävention von Fehl- und Mangelernährung .....	44
3.1.3	Prävention von ernährungsmitbedingten Erkrankungen .....	45
3.1.4	Zielgruppenspezifische Aspekte .....	48
3.2	Leitlinien und Standards .....	49
3.3	Bedeutung berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit .....	51
	Zusammenfassung .....	51
	Aufgabe zur Selbstüberprüfung .....	52
<b>4</b>	<b>Hintergründe zur Maßnahmenumsetzung: Ernährungskonzepte in ausgewählten Settings .....</b>	<b>53</b>
4.1	Erhebung des Ernährungszustands und des Ernährungswissens .....	53
4.2	Hygienische Anforderungen .....	57
4.3	Umsetzung: Fallbeispiel Kita .....	58
4.4	Umsetzung: Fallbeispiel Betrieb .....	60
4.5	Umsetzung: Fallbeispiel Krankenkasse .....	63
4.6	Umsetzung: Fallbeispiel Pflegeeinrichtung .....	64
4.7	Evaluation .....	65
	Zusammenfassung .....	68
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	68
	<b>Schlussbetrachtung .....</b>	<b>70</b>
	<b>Anhang</b>	
A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen .....	72
B.	Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	75
C.	Abkürzungsverzeichnis .....	81
D.	Glossar .....	83
E.	Literaturverzeichnis .....	87
F.	Abbildungsverzeichnis .....	92
G.	Tabellenverzeichnis .....	93
H.	Sachwortverzeichnis .....	94
I.	Einsendeaufgabe .....	97

---

## Einleitung

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 gesunder Ernährung kennen und erfahren anhand von Fallbeispielen 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, Mangelerscheinungen, Lebensmittelallergien und der Entstehung von ernährungsmitbedingten Krankheiten wie Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorgebeugt werden. Die Lebensqualität von Bewohnern in Pflegeheimen kann mit der richtigen Ernährung gesteigert werden, Patienten im Krankenhaus genesen schneller und die Anzahl von Krankheitstagen in Betrieben kann beeinflusst werden (vgl. Weimann et al., S. 200 und S. 239). Eine besondere Herausforderung an das Ernährungsmanagement besteht darin, dass die meisten Menschen theoretisch durchaus wissen, was zu einer gesunden Ernährung gehört, es aber oft an der praktischen Umsetzung und der Motivation hapert (vgl. Pudiel, 2009, S. 34 f.).

Ernährungsmitbedingte Krankheiten nehmen immer mehr zu. Beispielsweise ist die Zahl an Diabetikern weltweit von 108 Millionen im Jahr 1980 auf 422 Millionen im Jahr 2014 angestiegen. Typische Folgeerkrankungen von Diabetes sind Blindheit, Nierenversagen, Herzinfarkt und Schlaganfall (vgl. WHO, 2017a). Weltweit hat sich die Zahl Übergewichtiger seit 1980 verdoppelt. Im Jahr 2014 waren mehr als 1,9 Milliarden Erwachsene übergewichtig (Body-Mass-Index, BMI  $\geq$  25), davon über 600 Millionen adipös (BMI  $>$  30).

### Hinweis:

Der Body-Mass-Index (BMI) ist eine Maßzahl zur Bewertung des Körpergewichts eines Menschen in Relation zu seiner Körpergröße.



Im Jahr 2014 zählten 41 Millionen Kinder unter fünf Jahren in die Kategorie übergewichtig oder adipös (vgl. WHO, 2017b). Auch in Deutschland sind bereits zwei Millionen Kinder übergewichtig (vgl. BMBF, 2017). Eine große Herausforderung ans Ernährungsmanagement stellt die immer älter werdende Gesellschaft dar. Im Alter nehmen Appetit und Durstempfinden ab, was das Risiko für Mangelernährung erhöht (vgl. Weimann et al., 2013, S. 200 ff.).

Die Vermittlung von Ernährungswissen kann ein erster Schritt zur Verhaltensänderung und somit Prävention ernährungsabhängiger 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, Mitarbeiter 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 zur Ernährungsprävention 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 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 (Berater, Therapeuten, 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. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2017, S. 11). Im Rahmen dieses Studienheftes verwenden wir den Begriff „Ernährungsmanagement“ allerdings weiter gefasst als in dem Expertenstandard, nämlich im Sinne der **Ernährungsprävention** und der Rolle der Ernährung im großen Feld des Präventions- und Gesundheitsmanagements.

Ernährungsmanagement befasst sich mit der Rolle der Ernährung im großen Feld des Präventions- und Gesundheitsmanagements.



Für den Begriff „**Gesundheit**“ gibt es verschiedene Definitionen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 1946 Gesundheit als „Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 1946, zitiert nach 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. BMGF, o. J.).

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 gesunde 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** Hand in Hand arbeiten. Je nach Setting sollten neben Ernährungsexperten, Bewegungsexperten und Psychologen außerdem Pflegekräfte, Mediziner und eventuell Pharmakologen mit im Team sein (vgl. Weimann et al., 2013, S. 74 ff.).

**Tab. 1.1:** Auswahl an Zielen des Ernährungsmanagements in verschiedenen Settings

Setting	Zielgruppe	Ziele
Kindergarten/ Grundschule	Kinder zwischen 3 und 10 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Spaß an Ernährung finden</li> <li>&gt; gesunde Ernährung erlernen</li> <li>&gt; verschiedene Geschmäcker erkunden</li> <li>&gt; ersten Umgang mit Lebensmitteln üben</li> <li>&gt; Gesundheits- und Hygieneaspekte von Essen kennenlernen</li> <li>&gt; Umgang mit Küchengeräten erlernen</li> <li>&gt; ...</li> </ul>
Krankenhaus	Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Mahlzeiten ansprechend und lecker gestalten</li> <li>&gt; Gesundungsprozess unterstützen</li> <li>&gt; ...</li> </ul>
Pflegeheim	Bettlägerige und alte Menschen	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Appetitmangel im Alter berücksichtigen</li> <li>&gt; auf ausreichend Flüssigkeitsaufnahme achten</li> <li>&gt; Genuss ermöglichen</li> <li>&gt; Abwehrkräfte stärken</li> <li>&gt; Gesundheit erhalten</li> <li>&gt; eigenständiges Leben unterstützen</li> <li>&gt; ...</li> </ul>
Betrieb	Mitarbeiter	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Leistungsfähigkeit erhalten</li> <li>&gt; zur Work-Life-Balance motivieren</li> <li>&gt; Krankheitstage reduzieren</li> <li>&gt; Gemeinschaftsgefühl verbessern</li> <li>&gt; ...</li> </ul>
Fitnessstudio	Mitglieder des Fitnessstudios	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Sportziele unterstützen</li> <li>&gt; Leistungsfähigkeit verbessern</li> <li>&gt; ganzheitliches Konzept anbieten</li> <li>&gt; ...</li> </ul>

Setting	Zielgruppe	Ziele
Medien	Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Ernährungsbewusstsein schärfen</li> <li>&gt; Ernährungsmythen aufklären</li> <li>&gt; verständliche Regeln vermitteln</li> <li>&gt; Informationen zu Ernährungsthemen wie Unverträglichkeiten, Nahrungsmittelallergien oder ernährungsabhängigen Krankheiten bereitstellen</li> <li>&gt; Kommunikation von Informations- und/oder Beratungsstellen</li> </ul>

## 1.2 Hintergründe und gesundheitswissenschaftliche Relevanz

Anders als der Steinzeitmensch müssen wir unsere Nahrung heute nicht jagen und sind weder von Saison noch Erreichbarkeit des nächsten Mammuts abhängig. Der Laden um die Ecke bietet ein vielfältiges und günstiges Sortiment und sollte er mal geschlossen haben, versorgen uns Restaurants, Lieferservices und zur Not die nächste Tankstelle mit Nahrung. Auch wenn wir heute gute infrastrukturelle Voraussetzungen haben, um uns gesund und abwechslungsreich zu ernähren, gelingt es doch nur wenigen. Nicht nur die Vielfalt an Lebensmitteln, sondern auch fast täglich neu erscheinende Ernährungsempfehlungen und Diätatgeber sowie ständig wechselnde Ernährungstrends verunsichern uns.

Im Jahr 2015 beliefen sich die gesamten **Gesundheitsausgaben** von gesetzlichen und privaten Krankenkassen, Privathaushalten und der sozialen Pflegeversicherung auf 4.213 Euro pro Einwohner, was eine Gesamtsumme von 344,2 Mrd. Euro bedeutet. Dies entspricht 11,3 % des Bruttoinlandsproduktes (vgl. StBA, 2017). Die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“ ergab, dass rund 7 % der Erwachsenen in den vorangegangenen 12 Monaten an 50 oder mehr Tagen so krank waren, dass sie ihren üblichen beruflichen Tätigkeiten nicht nachgehen konnten (vgl. RKI, 2012). Ernährungsmitbedingte Krankheiten nehmen in Deutschland immer mehr zu: Im Jahr 2013 waren insgesamt 52 % der erwachsenen Bevölkerung (62 % der Männer und 43 % der Frauen) in Deutschland übergewichtig (Statistisches Bundesamt, 2014). Laut Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS liegt das Gewicht von rund zwei Millionen Kindern und Jugendlichen in Deutschland über der 90sten geschlechts- und altersspezifischen Perzentile, sprich, sie haben Übergewicht (vgl. BZgA, o. J.). Auch haben schon viele adipöse Jugendliche ein **metabolisches Syndrom**, sprich das Quartett aus Fettleibigkeit, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung und Insulinresistenz. Dadurch tragen sie ein hohes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (vgl. Mathias, 2006, S. 31). Auch die immer älter werdende Gesellschaft stellt eine Herausforderung für das Ernährungsmanagement dar (vgl. BMBF, 2017).

Rund zwei Millionen Kinder und Jugendliche sind laut Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS übergewichtig und leiden am metabolischen Syndrom.



Während gesundheitliche Probleme vor den 1960er-Jahren zumeist auf Nahrungsmittelengpässe und Infektionskrankheiten zurückzuführen waren, hat sich die Ernährungssituation in den letzten drei bis vier Generationen grundlegend verändert. Heute spielen in den Industrieländern Infektionskrankheiten nur noch eine untergeordnete Rolle, während Fehl- und Überernährung durch ständige Verfügbarkeit und ein Überangebot von Lebensmitteln aller Art die Mangelversorgung als Krankheitsursache abgelöst haben (vgl. Leitzmann et al., 2003, S. 162). Während die Ernährung noch vor 50 Jahren hauptsächlich darauf abzielte, Energie- und Nährstoffmängel zu vermeiden, versuchen wir heute mithilfe der Ernährung, unsere 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 (vgl. Leitzmann et al., 2009, S. 162). Auch hormonähnliche Wirkstoffe (z.B. Vitamin D oder die östrogenähnlichen Phytosterole) und Wirkungen, die früher nur von Arzneimitteln bekannt waren, machen das Thema Ernährung interessant (vgl. Leitzmann et al., 2009, S. 162 ff.).

### 1.2.1 Ernährungstrends verwirren zunehmend

Während die Forschung immer mehr Zusammenhänge zwischen Ernährung und Krankheitsrisiko und -entstehung kennt, ist der Otto Normalverbraucher immer verunsicherter. Nicht nur die Vielfalt an Lebensmitteln, sondern auch fast täglich neu erscheinende Ernährungsempfehlungen und Diätatgeber sowie ständig wechselnde Ernährungstrends verwirren. *Soll ich nun lieber wie der Steinzeitmensch viel Fleisch essen oder als Veganer ganz auf tierische Produkte verzichten? Ist der glykämische Index das Nonplus-ultra? 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 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 böse. Nehme ich zu, wenn ich nach 16 Uhr noch esse? Wenn ich Diabetes habe, darf ich dann gar keine Kohlenhydrate mehr essen?* – Fragen über Fragen ...

**Hinweis:**

Der glykämische Index ist ein Maß, das angibt, wie stark ein Lebensmittel den Blutzuckerspiegel ansteigen lässt.

Sie sehen, schon bei dieser spontanen Auswahl aktueller Ernährungskonzepte und Trends schwirrt einem der Kopf. Dabei hilft eine ausgewogene, genussvolle Ernährung, uns gesund und leistungsfähig zu halten und Übergewicht, Fehl- und Mangelernährung sowie der Entstehung chronischer ernährungsmitbedingter Krankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2 oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzubeugen. Besonders für Menschen, die durch Alter, Krankheit oder Operationen gesundheitlich beeinträchtigt sind, ist eine ausgewogene Ernährung wichtig. Kinder, die bereits in frühen Jahren an eine gesunde Ernährung gewöhnt werden, haben es später leichter mit der Auswahl gesunder Ernährungsweisen.

In den 1990er- bis 2010er-Jahren ist die Bedeutung gesunder Ernährung durch die ständige Verfügbarkeit von Lebensmitteln immer größer geworden. Die zunehmende Zahl an teils widersprüchlichen Ernährungstrends verwirrt Verbraucher zunehmend und macht die Vermittlung von wissenschaftlich fundiertem Ernährungswissen immer wichtiger.



### 1.2.2 Informations- oder Verhaltensdefizit?

Die Vermittlung von Ernährungswissen ist ein elementarer Baustein der Prävention. Allerdings ist es damit noch lange nicht getan. Denn selbst, wenn wir wissen, was gesund ist und was nicht, verhalten wir uns im Alltag nicht unbedingt entsprechend, auch wenn wir dabei ein schlechtes Gewissen haben (vgl. Pudal, 2009, S. 34 f.). Die wenigsten Menschen würden Schokolade, Süßigkeiten, Chips und Softdrinks als per se gesunde Lebensmittel einstufen. Dennoch konsumierten die Deutschen beispielsweise im Jahr 2016 durchschnittlich rund 30,55 kg Süßwaren pro Kopf (vgl. BDSI, 2016). Während diese Zahlen vom Bundesverband der Süßwarenindustrie kommen und ggf. ökonomische Eigeninteressen bestehen, spricht der 13. Ernährungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) von einem signifikanten Rückgang im Süßwarenverbrauch. Nur Schokoladenwaren wurden beliebter mit einem signifikanten Anstieg von durchschnittlich ca. 135 g pro Kopf und Jahr (DGE, 2016). Generell gilt es, nicht nur ein **Informationsdefizit** zu verhindern, sondern auch ein **Verhaltensdefizit** zu beseitigen. 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 wer die Klienten zum Handeln bringt, kann sie motivieren und ihr Verhalten nachhaltig verändern.

#### 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 gesunder Ernährung in einem Setting Ihrer Wahl (z.B. Kita, Betrieb, Fitnessstudio, ...) durchführen. Überlegen Sie, wie Sie Teilnehmer zum Mitmachen motivieren und vom 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 wie Ernährungsberater, aber auch Versicherungen, Fitnessstudios oder Organisationen wie die DGE oder das Bundeszentrum für Ernährung aktiv werden können (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung, 2014, S. 3 ff.).

### 1.3.1 Qualitätsunterschiede

Dass es für Bezeichnungen wie „Ernährungsberater“ oder „Ernährungstherapeut“ in Deutschland keinen gesetzlichen Schutz gibt, erschwert es dem Otto Normalverbraucher, die jeweilige Beratungsqualität einzuschätzen. Damit Verbraucher den Unterschied zwischen qualifizierten und nicht ausreichend qualifizierten Anbietern erkennen können, hat der Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung erstmalig im April 2006 die Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland verfasst, die seitdem mehrmalig, zuletzt 2014, aktualisiert wurde. Der Koordinierungskreis setzt sich aus Vertretern verschiedener Berufsverbände, Verbraucherschutzorganisationen, der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) als wissenschaftliche Fachgesellschaft sowie weiteren Institutionen zusammen (vgl. DGE, 2009).

Um **qualifizierter Ernährungsberater** zu werden, kann man in Deutschland sowohl die anerkannte Ausbildung zum Diätassistenten als auch das Studium der Ernährungswissenschaften oder Ökotrophologie an staatlichen und staatlich anerkannten Universitäten oder Fachhochschulen absolvieren. Es gibt aber auch zahlreiche teils zertifizierte, teils ungeprüfte Kurse, die versprechen, ihre Kunden in kurzer Zeit zum „Ernährungsexperten“ zu machen. Ernährungsberater können sich 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 dürfen keine Produktwerbung betreiben oder gar selbst Produkte verkaufen (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung, 2014, S. 8 ff.).



Da die Bezeichnung Ernährungsberater oder Ernährungstherapeut in Deutschland nicht geschützt ist, ist der Verbraucher 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 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 dem *GKV-Leitfaden Prävention* in der jeweils gültigen Fassung festgelegt sind. Die Anerkennungen erfolgen seit 2014 über die Zentrale Prüfstelle Prävention (vgl. VDEK, o. J.).

Um als Kursanbieter einen Ernährungspräventionskurs von den Krankenkassen anerkennen zu lassen, muss der Kursleiter eine der in der *Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland* anerkannten Qualifikationen besitzen (vgl. Kap. 1.3.2). Zusätzlich müssen Kursleiter pädagogische, methodische und didaktische Kompetenzen sowie Berufserfahrung vorweisen und dürfen kein wirtschaftliches Interesse am Verkauf von Zusatzprodukten haben (vgl. GKV-Spitzenverband, 2017, S. 61).

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. 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, 2017, S. 47 ff.).

### 1.3.3 Ernährungsaufklärung und Ernährungsinformation

**Ernährungskampagnen** wie *5 am Tag* ([www.5amTag.de](http://www.5amTag.de)) oder *In-Form* ([www.in-form.de](http://www.in-form.de)) 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 davon **richten, ohne dass diese Information erfragt wurde**, bezeichnet man als **Ernährungsaufklärung** (vgl. Pudiel, 1993, S. 5). Vermittelt wird Information hier in Form von Vorträgen oder mittels Massenmedien. Zu den Anbietern von Ernährungsaufklärung zählen Bund, Länder, Nicht-Regierungsorganisationen, wissenschaftliche Gesellschaften wie die DGE, Krankenkassen und Verbrauchervertretungen wie die Verbraucherzentrale (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung, 2014).

#### Übung 1.4:

Informieren Sie sich über die Ernährungskampagnen *In-Form* und die DGE-Kampagne *5 am Tag* sowie die *10 Regeln der DGE*.



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 oder Faltblätter sein, die zu bestimmten Themen bei Fachorganisationen angefordert werden können, aber auch persönliche Antworten von Fachkräften, die direkt gefragt werden. Vorsicht ist geboten bei Fachinformationen, die seitens Pharmafirmen oder Lebensmittelherstellern bereitgestellt werden, da hier ein ausgeprägtes Eigeninteresse besteht und der Fokus sehr stark auf die Aspekte der eigenen Produktpalette gelegt wird. Auch Unterrichts- oder Vortragsmaterialien fallen hierunter. Ernährungsinformation kann daher auch Bestandteil von Maßnahmen der Ernährungsbildung sowie von Ernährungsberatung und Ernährungstherapie sein (vgl. Pudiel, 1993, S. 5 f.).

Die Inhalte der Ernährungsinformation müssen sachlich korrekt, objektiv und umfassend dargestellt sein und auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren. Damit der Empfänger die zu vermittelnden Informationen verstehen kann, 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 und Ernährungsbildung, 2014).



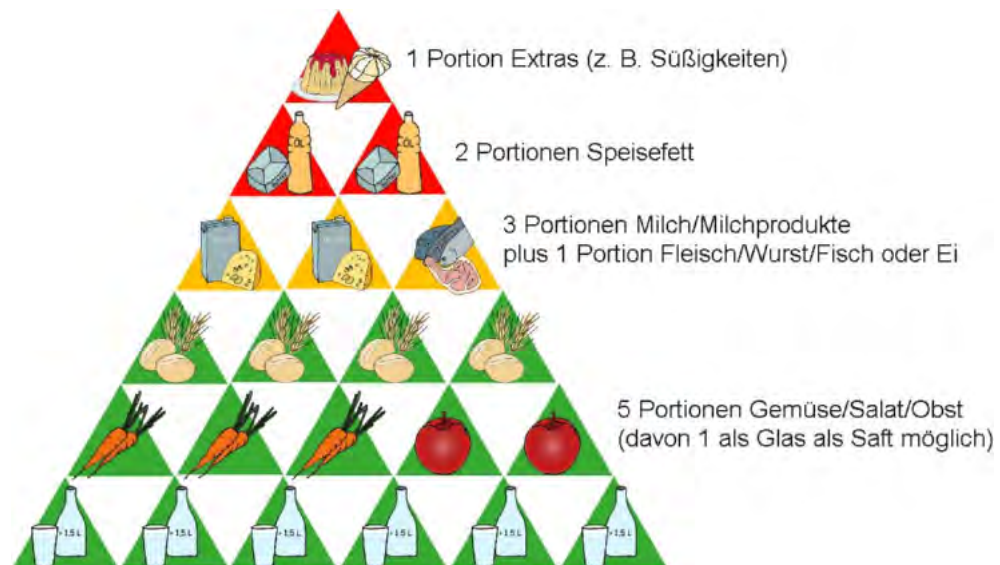
### Beispiel 1.1: Ernährungspyramiden

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 und der ehemalige AID infodienst (jetzt Bundesinformationszentrum Landwirtschaft (BZL) und Bundeszentrum für Ernährung (BZfE)) haben die wichtigsten Ernährungsregeln für die Beratung und Ernährungsaufklärung übersichtlich grafisch dargestellt.

Der DGE-Ernährungskreis zeigt beispielsweise

„auf einen Blick, wie sich eine vollwertige Ernährung mit allen lebensnotwendigen Nährstoffen zusammensetzt. Der Kreis unterteilt das reichhaltige Lebensmittelangebot in sieben Gruppen. Jede Lebensmittelgruppe liefert bestimmte Nährstoffe in unterschiedlichen Mengen. Je größer ein Segment des Kreises, desto größere Mengen sollten aus der Gruppe verzehrt werden. Lebensmittel aus kleinen Segmenten sollten nur sparsam verwendet werden.“ (DGE, 2017)

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



**Abb. 1.1:** AID-Ernährungspyramide

Die in Abb. 1.1 dargestellte **Ernährungspyramide** des ehemaligen AID infodienstes eignet sich sowohl für die Beratung von Kindern als auch für Erwachsene. Sie verwendet 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 so, 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. BZfE, o. J.b).

#### Übung 1.5:

Recherchieren Sie die DGE-Ernährungspyramide und vergleichen Sie sie mit der Pyramide der AID. Welche würde Sie eher nutzen?



### 1.3.4 Ernährungsberatung

Im deutschen Sprachgebrauch wird fast jeder Kommunikationsprozess zum Essen und Trinken mit dem Etikett „Ernährungsberatung“ versehen. Beratung ist aber ein interpersonaler Prozess zwischen Berater und Ratsuchendem, bei dem der Berater Hilfe zur Selbsthilfe anbietet (vgl. Diedrichsen, 1993, S. 26 ff.).

**Ernährungsberatung** richtet sich an Gesunde und kann nur im persönlichen Kontakt erfolgen, weil nicht nur Ernährungsinformation vermittelt wird, sondern mithilfe dieses Wissens auch das Ernährungsverhalten modifiziert werden muss. Reines Fachwissen allein zeichnet einen guten Berater aber nicht aus, er sollte zudem auch einfühlsam auf den Ratsuchenden eingehen und dessen persönliche Rahmenbedingungen einbeziehen, also z. B. den Alltag und das Umfeld des Klienten erfragen und einschätzen (vgl. Pudel, 1993, S. 6). Eine kompetente Ernährungsberatung schließt also nicht nur Wissenslücken, sondern betrachtet die Probleme bezüglich des Ernährungsverhaltens in ganzheitlicher Form. Ein guter Berater gibt dabei nicht pauschale Lösungsmöglichkeiten vor, sondern unterstützt den Ratsuchenden dabei, selbst auf die eigene Situation passende Lösungsansätze zu entwickeln. Der Ratsuchende nimmt die Beratung freiwillig in Anspruch und handelt eigenverantwortlich (vgl. Pudel, 1993, S. 6 ff.).

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 und Ernährungsbildung, 2014, S. 6 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 und Ernährungsbildung, 2014).

**Hinweis:**

Der Ernährungspsychologe Volker Pudel fasste den Anspruch von Ernährungsberatung wie folgt zusammen:

„Beratung muß [sic] mehr sein als Informationsvermittlung, sie muß [sic] nämlich helfen, daß [sic] Wissen und Kenntnisse vom Klienten widerspruchsfrei in seine Vorstellungen eingebaut und in seinem Alltag umgesetzt und angewendet werden können. Sie hat aber keinen therapeutischen Anspruch, im klinischen Sinne zu heilen oder grundlegende Persönlichkeitsmerkmale im psychotherapeutischen Kontext zu bearbeiten oder zu verändern.“ (Pudel, 1993, S. 9)

**Qualifikation**

Der Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung erkennt in seiner Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland von 2014 für die primärpräventive Ernährungsberatung folgende Qualifikationen an:

- **Diätassistenten**
- 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 Ernährungs- und Hygienetechnik**, Schwerpunkt „Ernährungstechnik“
- Abschlüsse als **Diplom-Ingenieur Ernährung und Versorgungsmanagement**, Schwerpunkt „Ernährung“
- Bachelor- und Masterabsolventen anderer Studiengänge mit **Anerkennung** des Studiengangs nach den DGE-Zulassungskriterien

**Beispiel 1.2:**

Wie eine Beratung im Einzelnen abläuft, hängt von der Fragestellung und dem jeweiligen Berater ab. Zunächst macht sich der Berater z.B. mittels Anamnese, Ernährungstagebuch und Blutwerten ein ganzheitliches Bild über die Ernährungssituation, mögliche Vorerkrankungen oder erbliche Veranlagungen des Ratsuchenden. Diese Vorkenntnisse sind wichtig, da die Ernährungsberatung keine reine Wissensvermittlung ist, sondern gemeinsam mit dem Ratsuchenden auf Grundlage der jeweiligen Lebenssituation und besonderer Vorlieben Handlungsstrategien erarbeitet werden. Der Ernährungsberater wählt aus seinem Wissensschatz die Informationen aus, die für den Ratsuchenden wichtig sind. Dabei achtet er besonders darauf, sein 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 solle täglich zwei Portionen Obst, drei Portionen Gemüse und hauptsächlich Vollkornprodukte wählen, hilft eher weiter. Die Informationen und Anre-

gungen des Beraters sollten alltagstauglich sein, sodass der Ratsuchende daraus individuelle Lösungsmöglichkeiten entwickeln kann, die zu seinem Lebensstil passen. Der Berater fungiert nur als Unterstützung.

### 1.3.5 Ernährungstherapie

**Ernährungstherapie** kann als Ernährungsberatung bei Kranken verstanden werden, 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. Pudiel, 1993, S. 9). Die Ernährungstherapie stellt eine verbindliche, individuelle, wissenschaftlich fundierte Anleitung eines Patienten zu Ernährungsveränderungen in einem therapeutischen Gesamtkonzept und in enger Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Arzt dar. Bei Essstörungen sollte ein interdisziplinäres Therapeutenteam aus Ernährungsberatern, Fachärzten und Psychologen zusammenarbeiten. Das oberste Ziel der Ernährungstherapie ist es, die Lebensqualität des Patienten 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 oder Psychotherapeuten verweisen, sollten medizinische oder seelische Probleme auftreten (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung, 2014, S. 7).

#### Qualifikation

Damit der Patient verstehen kann, was er an seiner Ernährung verändern soll, werden ihm im Rahmen der Ernährungstherapie pathophysiologische Zusammenhänge erläutert. In manchen Fällen erstellt der Ernährungstherapeut einen individuellen Ernährungsplan für den Patienten. Für die Ernährungstherapie ist grundsätzlich eine **ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung** erforderlich und teils auch eine längerfristige Betreuung. Da Ernährungstherapie eine sehr verantwortungsvolle Aufgabe ist, sollte der Ernährungstherapeut in jedem Fall durch eine fundierte Ausbildung (Diätassistent) 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 und Ernährungsbildung, 2014).

**Hinweis:**

Die Übergänge zwischen Ernährungsberatung und Ernährungstherapie sind oft fließend. So kann z.B. bei einer diagnostizierten Laktose- oder Fruktoseintoleranz ein Ernährungsberater mit wenigen Beratungsstunden dem Klienten das nötige Ernährungswissen vermitteln, um ihn zur Auswahl der passenden Lebensmittel zu befähigen. Ein Patient mit Zöliakie (Autoimmunerkrankung, bei der der Patient auf das Klebereiweiß Gluten aus einigen Getreidesorten reagiert) braucht zumindest anfangs eventuell eine engmaschigere Betreuung von Arzt und Ernährungsberater, bis sich der geschädigte Darm wieder erholt hat und der Patient weiß, welche Regeln er befolgen muss. Ein Patient mit einer Magersucht braucht oft über Jahre hinweg eine multidisziplinäre, mitunter (teil-)stationäre Betreuung durch Psychologen, Fachärzte, Ernährungsberater und eventuell Sozialarbeiter (vgl. Pudell, 1993, S. 9 f.).

### 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. Heindl, 2003, S. 32 f.).

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. Pudell, 1993, S. 12).

**Beispiel 1.3:**

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. EVB-Online, 2010a und 2010b).

#### 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. Beson-

ders wichtig ist dabei auch der Genuss der zubereiteten Mahlzeiten, um in unserer 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 dürfen nicht außer Acht gelassen werden (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung, 2014, S. 12).

### Qualifikation

Neben Diätassistenten, Ernährungswissenschaftlern und Ökotrophologen kann Ernährungsbildung bei entsprechender methodisch-didaktischer Qualifikation auch von Hauswirtschaftern, Hauswirtschaftsmeistern, hauswirtschaftlichen Betriebsleitern und Köchen mit Zusatzqualifikationen (z. B. diätetisch geschulter Koch-DGE oder Gourmet-Koch Vollwert-Ernährung-UGB) angeboten werden (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung, 2014).

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. BZfE, o.J.a).

#### Übung 1.6:

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

#### Übung 1.7:

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



### Zusammenfassung

Der Begriff Ernährungsmanagement umfasst Ernährungsprävention und die Rolle der Ernährung im großen Feld des Gesundheitsmanagements. In den letzten Jahren entwickelte sich Fehl- und Überernährung zur Krankheitsursache Nummer eins. Krankheits-tage und Gesundheitskosten nehmen jährlich zu, die Leistungsfähigkeit des Einzelnen leidet. Zwei Drittel der Männer und die Hälfte der Frauen in Deutschland sind übergewichtig. Auch zwei Millionen Kinder sind bereits übergewichtig. Dadurch, dass unsere Gesellschaft immer älter wird, verstärkt sich die Thematik der Fehl- und Mangelernährung im Alter, welche durch das Abnehmen des Durstgefühls und des Appetits verursacht werden. Fast täglich erscheinen neue Ernährungsempfehlungen, die Ernährungstrends wie das Clean Eating (vgl. z. B. Frey, 2016), die Paleo-Diät (vgl. z. B. Richter, 2018), Veganismus (vgl. z. B. Hildmann, 2012) etc. wechseln ebenfalls schnell. Umso wichtiger ist eine flächendeckende Ernährungsaufklärung, denn eine ausgewogene, ge-

nussvolle Ernährung hat ein großes Potenzial, um uns gesund und leistungsfähig zu halten, ernährungsmitbedingte Erkrankungen zu vermeiden und uns im Alter oder Krankheitsfall schneller genesen zu lassen.

Vermittlung von Ernährungswissen ist ein elementarer Baustein in der Prävention. Unter Ernährungskommunikation verstehen wir alle Formen der Vermittlung von Ernährungswissen. Je nachdem, ob ein einzelner Klient mit einer speziellen Frage oder Vorerkrankung oder eine Gruppe wie z.B. die deutsche Bevölkerung als Zielgruppe ausgewählt wird, unterscheidet man zwischen Ernährungsaufklärung/-information, -beratung, -therapie und Ernährungsbildung/-erziehung. Tab. 1.2 gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die verschiedenen Formen der Ernährungskommunikation.

**Tab. 1.2:** Formen der Ernährungskommunikation (vgl. Pudiel, 1993, S. 12)

Anspracheform	Voraussetzung	Methoden/ Maßnahmen	Ziele
Ernährungsaufklärung	Vorliegen wissenschaftlich festgestellter Verhaltensfehler	unspezifische Mitteilung an „alle“, zumeist über Massenmedien	Weckung eines größeren Ernährungsbewusstseins, Sensibilisierung für Ernährungsfragen
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	ernährungsabhängige Erkrankungen	grundsätzlich wie bei der Ernährungsberatung, ergänzt durch langfristige Verhaltenstherapie, durch unterstützende Diätetik (ggf. Medikamente), durch Einsatz ärztlicher Möglichkeiten	Heilung bzw. Besserung ernährungsabhängiger Krankheiten

Anspracheform	Voraussetzung	Methoden/ Maßnahmen	Ziele
Ernährungserziehung	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

**Übung 1.8:**

Wo würden Sie Ernährungscoaching (z.B. von Krankenkassen wie der Techniker, der Betriebskrankenkassen oder [www.e-coaches.de](http://www.e-coaches.de)) in die Formen der Ernährungskommunikation einordnen?

**Aufgaben zur Selbstüberprüfung**

- 1.1 Definieren Sie den Begriff „Ernährungsmanagement“. Beantworten Sie dabei folgende Fragen:
  - Was sind die Hintergründe?
  - Welche Herausforderungen ergeben sich?
  - Welche Akteure 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 Woran erkennen Sie qualifizierte Ernährungsexperten?
- 1.5 Worin unterscheiden sich Ernährungsberatung und Ernährungstherapie? Was ist in der Gesprächsführung besonders zu beachten?