

Steffen Theobald (Hrsg.)

Ernährungs- therapie

Ein evidenzbasiertes
Kompaktlehrbuch

2. Auflage



Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Brill | Schöningh – Fink • Paderborn

Brill | Vandenhoeck & Ruprecht • Göttingen – Böhlau Verlag • Wien • Köln

Verlag Barbara Budrich • Opladen • Toronto

facultas • Wien

Haupt Verlag • Bern

Verlag Julius Klinkhardt • Bad Heilbrunn

Mohr Siebeck • Tübingen

Narr Francke Attempto Verlag – expert verlag • Tübingen

Ernst Reinhardt Verlag • München

transcript Verlag • Bielefeld

Verlag Eugen Ulmer • Stuttgart

UVK Verlag • München

Waxmann • Münster • New York

wbv Publikation • Bielefeld

Wochenschau Verlag • Frankfurt am Main

Steffen Theobald (Hrsg.)

Ernährungstherapie

Ein evidenzbasiertes Kompaktlehrbuch

2., aktualisierte und erweiterte Auflage

Haupt Verlag

2. Auflage 2021

1. Auflage 2015

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Copyright © 2021 Haupt Bern

Das Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist
ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für
Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung
und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlagsgestaltung: Atelier Reichert, D-Stuttgart
Umschlagfoto: RossHelen/iStock/1129664861
Satz: Die Werkstatt Medien-Produktion GmbH, D-Göttingen

Printed in Germany

UTB-Band-Nr.: 4297

ISBN: 978-3-8252-5453-7

In Gedenken an Frau Dr. phil. nat. Christine Römer-Lüthi (1952–2018),

Initiatorin und Mitherausgeberin der ersten Auflage dieses Buches.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur 2. Auflage	11
Vorwort zur 1. Auflage	13
 Teil I Der ernährungstherapeutische Prozess	15
1 Der ernährungstherapeutische Prozess	16
<i>Adrian Rufener, Sandra Jent, Silvia Kurmann, Pascal Tribolet, Irène Zimmermann</i>	
1.1 Auftrag Ernährungstherapie	17
1.2 Ernährungstherapeutisches Assessment	17
1.3 Ernährungstherapeutische Diagnose	18
1.4 Ernährungstherapeutische Planung	20
1.5 Ernährungstherapeutische Intervention	21
1.6 Ernährungstherapeutisches Monitoring und Evaluation	22
1.7 Abschluss der Ernährungstherapie	23
2 Evidence-based Practice	25
<i>Samuel Mettler</i>	
3 Interprofessionelle Zusammenarbeit	28
<i>Adrian Rufener</i>	
4 Ethik in der Ernährungstherapie	29
<i>Andrea Räss-Hunziker</i>	
 Teil II Ernährungstherapeutische Indikationen	33
1 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	34
1.1 Adipositas	34
<i>David Fäh</i>	
1.2 Bariatrische Chirurgie	45
<i>David Fäh</i>	
1.3 Diabetes mellitus	52
<i>Yvonne Haslebach</i>	
1.4 Dyslipidämien	60
<i>Gaby Hauber-Schwenk</i>	
1.5 Hyperurikämie und Gicht	71
<i>Peter Jacobs</i>	
2 Kardiovaskuläre Erkrankungen	74
2.1 Cerebrovaskulärer Insult	74
<i>Adrian Rufener</i>	
2.2 Arterielle Hypertonie	81
<i>Peter Jacobs</i>	

3	Erkrankungen des Verdauungstraktes	87
3.1	Dysphagie <i>Adrian Rufener</i>	87
3.2	Gastroösophageale Refluxkrankheit. <i>Steffen Theobald</i>	94
3.3	Akute und chronische Pankreatitis <i>Lucia Winzap, Nora Zimmermann, Steffen Theobald</i>	102
3.4	Leberzirrhose <i>Tatjana Schütz</i>	114
3.5	Cholelithiasis. <i>Steffen Theobald</i>	121
3.6	Kohlenhydratmalassimilationen <i>Steffen Theobald</i>	126
3.7	Zöliakie <i>Peter Jacobs</i>	136
3.8	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen. <i>Steffen Theobald</i>	145
3.9	Divertikelkrankheit/Divertikulitis. <i>Steffen Theobald</i>	160
3.10	Chronische Obstipation <i>Anna Bramböck</i>	168
3.11	Reizdarmsyndrom <i>Steffen Theobald</i>	172
4	Erkrankungen des renalen Systems.	187
	<i>Rahel Stäger, Franziska Almer</i>	
5	Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD).	203
	<i>Christiane Schäfer</i>	
6	Angeborene Stoffwechselstörungen	211
6.1	Phenylketonurie <i>Peter Jacobs</i>	211
6.2	Cystische Fibrose <i>Julia Eisenblätter, Bärbel Palm</i>	221
7	Onkologische Erkrankungen.	231
	<i>Silvia Kurmann</i>	
8	Immunologische Erkrankungen.	250
8.1	Nahrungsmittelallergien. <i>Julia Eisenblätter, Regula Herzog</i>	250
9	Mangelernährung und Nährstoffmangel assoziierte Erkrankungen	266
9.1	Mangelernährung. <i>Silvia Kurmann, Pascal Tribolet</i>	266
9.2	Osteoporose <i>Anna Bramböck</i>	278

9.3	Eisenmangelanämie	284
	<i>Sandra Jent</i>	
9.4	Ernährung und Wundheilung	289
	<i>Silvia Kurmann</i>	
10	Essstörungen	298
	<i>Anja Katharina Theobald</i>	
 TEIL III Ernährungsformen		323
1	Orale Ernährung	324
	<i>Adrian Rufener</i>	
2	Orale Nahrungssupplemente	327
	<i>Gina Mühlebach, Silvia Kurmann</i>	
3	Klinische Ernährungstherapie	331
3.1	Grundlagen der enteralen Ernährungstherapie	331
	<i>Gina Mühlebach, Sonja Schönberg</i>	
3.2	Ernährungstherapie in der Chirurgie	338
	<i>Irene Zimmermann, Anita Bucher</i>	
3.3	Grundlagen der parenteralen Ernährungstherapie und Refeeding-Syndrom	349
	<i>Gina Mühlebach, Sonja Schönberg</i>	
3.4	Klinische Ernährung im ambulanten Bereich	354
	<i>Gina Mühlebach, Sonja Schönberg</i>	
 Teil IV Erfassung des Ernährungsstatus		361
1	Ernährungserhebungsmethoden	362
	<i>Karin Haas</i>	
2	Energiebedarfsermittlung	368
	<i>Karin Haas</i>	
3	Screeninginstrumente zur Einschätzung des Ernährungszustands	377
	<i>Irène Zimmermann</i>	
4	Wachstumskurven	396
 Teil V Anhang		397
Abkürzungsverzeichnis		398
Autorinnen und Autoren		405
Sachregister		409

Vorwort zur 2. Auflage

Liebe Leserin, lieber Leser,

seit der ersten Auflage der «Ernährungstherapie» sind sechs Jahre vergangen. Zahlreiche medizinische und ernährungstherapeutische Leitlinien wurden seitdem aktualisiert und wir freuen uns sehr, Ihnen die zweite Auflage dieses Buches präsentieren zu dürfen. Was erwartet Sie?

Die krankheitsbezogenen Kapitel im Teil II wurden komplett überarbeitet und auf den aktuellen Stand des Wissens gebracht. Wurden die als Metabolisches Syndrom zusammengefassten Erkrankungen bereits in der ersten Auflage beschrieben, kommen nun Adipositas als Hauptmanifestationsfaktor sowie die bariatrische Chirurgie als eigenständige Kapitel hinzu. Auch den nephrologischen Erkrankungen (Niereninsuffizienz und Nierensteine) und der Hyperurikämie/Gicht sind eigene Kapitel gewidmet. Die Gliederung im Teil II folgt der bewährten Struktur und Terminologie des US-amerikanischen Nutrition Care Process. Ebenso wurden der Teil III zu Ernährungsformen und der Teil IV zur Erfassung des Ernährungsstatus aktualisiert und überarbeitet. Die Kapitel zu Produkten für die enterale und parenterale Ernährung wurden herausgenommen.

Durch deutliche Vertiefungen der Inhalte zum medizinischen Hintergrundwissen und zur ernährungstherapeutischen Evidenz bei vielen Krankheitsbildern ist das Werk nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ gewachsen und dadurch für Studierende, aber auch als Nachschlagewerk für Fachexpertinnen und -experten geeignet, die Patientinnen und Patienten bei spezifischen Indikationen nicht häufig beraten.

Ein riesiges Dankeschön geht an alle Autorinnen und Autoren für ihr großes Engagement, ihre Expertise gepaart mit ihrer Berufserfahrung in dieses Buch einfließen zu lassen. Sonja Schönberg, Gina Mühlebach, Nora Zimmermann und Anita Bucher verfassten nicht nur mehrere Beiträge, sondern sorgten mit ebenso kritischem Blick auch für eine noch bessere strukturelle Vernetzung mit zahlreichen Querverweisen zwischen den Kapiteln. Dem Haupt-Verlag, allen voran Iris Alder, möchte ich ganz herzlich danken für die große Flexibilität bei der Planung und Begleitung dieser zweiten Auflage. Für Anregungen und Verbesserungsvorschläge vonseiten des Verlags und vor allem von Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, sind wir stets dankbar.

Möge das Werk weiterhin ein guter Ratgeber und ein hilfreiches Arbeitsmittel für Studierende und Berufstätige in Klinik und Praxis sowie Interessierte aus anderen Disziplinen und Laien sein.

Bern, im Juli 2021
Dr. Steffen Theobald

Hinweis: Die überwiegende Verwendung der männlichen Form bei Begriffen wie «Patient», «Klient», «Arzt» etc. erfolgt ausschließlich aus Gründen der Leserlichkeit. Selbstverständlich sind – wenn nicht explizit anders angegeben – Frauen und Männer immer gleichermaßen gemeint.

Vorwort zur 1. Auflage

Liebe Leserin, lieber Leser,

Sie halten ein neues und neuartig aufgebautes Lehrbuch zur Ernährungstherapie in den Händen. Es ist an der Berner Fachhochschule Gesundheit als Grundlagen- und Lehrbuch im Studiengang Ernährung und Diätetik entstanden. Drei Leitsätze sind darin umgesetzt worden:

- ▶ Alle Ernährungstherapien wurden auf der Basis der **besten verfügbaren Evidenz abgehandelt** und geben den heute gültigen Wissensstand zu häufigen Krankheitsbildern wieder.
- ▶ Ausgewählt worden sind **ernährungstherapeutische Indikationen**, zu welchen Ernährungsfachpersonen spezifische Kenntnisse besitzen, auch wenn nicht zu allen Indikationen Studien von hoher Qualität zu finden sind.
- ▶ Ganz neu ist die Ausgestaltung der jeweiligen Kapitel zu den Krankheitsbildern.

Der **Kapitelaufbau** folgt einem einheitlichen Grundmuster, nämlich den einzelnen Schritten des **ernährungstherapeutischen Prozesses** (ETP), wie er im Studiengang Ernährung und Diätetik der Berner Fachhochschule (Schweiz) vermittelt wird. Der Ablauf entspricht dem international anerkannten und immer häufiger angewendeten «Nutrition Care Process» (NCP), schlüsselt jedoch aus didaktischen Gründen einzelne Schritte des NCP detaillierter auf und bildet dadurch Schritte explizit ab, die bei erfahrenen Fachpersonen häufig implizit abgehandelt werden. Das beschriebene Vorgehen unterstützt somit umfassend die evidenzbasierte Praxis im Bereich der Ernährungstherapien.

Eine kurze Einführung in den ETP leitet das Werk ein und sei allen zum Verständnis des Prozesses empfohlen. Ebenfalls in Teil I finden sich Informationen zur Evidence-based Practice von Ernährungsfachpersonen, zur Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und zu ethischen Fragen im Zusammenhang mit Ernährungstherapien.

Nach der Abhandlung von wichtigen ernährungstherapeutischen Indikationen in Teil II geht Teil III auf die verschiedenen Applikationswege ein, welche für die Ernährung von Patienten genutzt werden können. In Teil IV sind Verweise auf Literatur und Berechnungsmethoden zu grundlegenden Aspekten der Ernährungstherapien zu finden (Erhebungsmethoden, Energiebedarfsberechnungen, Screeninginstrumente, Wachstumskurven, Listen von Produkten für die enterale und parenterale Ernährung u. a.).

Eine große Zahl Autorinnen und Autoren haben ihre langjährige Berufserfahrung und ihr fundiertes Fachwissen in dieses Buch einfließen lassen. Ihnen allen sei an dieser Stelle ganz herzlich gedankt. Ebenfalls danken möchten wir Herrn Dr. Martin Lind vom Haupt Verlag in Bern als Impulsgeber für dieses Buch und für seine Betreuung während des ganzen Entstehungsprozesses. Sandra Jent und Dr. Franziska Pfister haben als Lektorinnen für fachliche und sprachliche Kohärenz gesorgt, Sonja Nafzger-Schönberg und Anke Holling für die einheitlichen Formatierungen. Auch ihnen ein herzliches Dankeschön, sowie allen Personen, die im Hintergrund ebenfalls an diesem Werk mitgewirkt haben.

Wir hoffen, dass sich das vorliegende Buch nicht nur für Studierende und Berufseinsteiger, sondern auch als Nachschlagewerk für schon länger im Beruf tätige Ernährungsfachpersonen bewähren wird.

Sollten Sie bei der Lektüre und dem Gebrauch des Buches Lücken oder Fehler bemerken, sind wir für Rückmeldungen und Anregungen jederzeit offen und sehr dankbar.

Die Herausgeber

Christine Römer-Lüthi, Dr. phil. nat.

Steffen Theobald, Dr. oec. troph.

Teil I

Der ernährungstherapeutische Prozess

1 Der ernährungstherapeutische Prozess

Adrian Rufener, Sandra Jent, Silvia Kurmann, Pascal Tribolet, Irène Zimmermann

Der ernährungstherapeutische Prozess (ETP) visualisiert und benennt die Denk- und Handlungsschritte von ernährungstherapeutischen Fachpersonen bei der Gestaltung der ernährungstherapeutischen Betreuung von gesunden und kranken Menschen im ambulanten und stationären Setting. Der ETP ist aufgeteilt in sechs voneinander abhängige Prozessschritte, welche grafisch eingebettet sind in die Interaktion zwischen ernährungstherapeutischer Fachperson und Patient sowie weiteren beteiligten Personen, wie Angehörige oder andere Gesundheitsfachpersonen (vgl. Abb. 1). Der ETP dient als Orientierungs- und Reflexionshilfe für die Gestaltung der ernährungstherapeutischen Betreuung und fördert das kritische Denken der Fachpersonen.

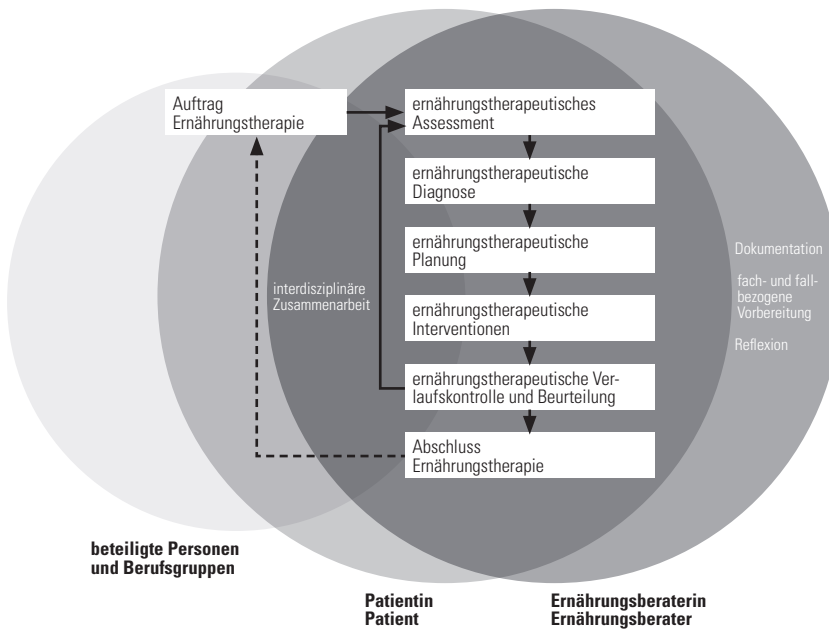


Abb. 1: Der ernährungstherapeutische Prozess

Neben dem ETP gibt es auch andere Prozessmodelle, welche in der Ernährungsberatung zur Unterstützung einer prozessbasierten Arbeitsweise genutzt werden können. In der Schweiz wird der international gebräuchliche, von der American Academy of Nutrition and Dietetics (AND) entwickelte Nutrition Care Process (NCP) und die dazugehörige Nutrition Care Process Terminology (NCPT) verwendet (Swan et al., 2017). Deutschland orientiert sich an einem adaptierten Modell des NCP und nutzt die in den Niederlanden entwickelte Terminologie für die Diätetik auf der Grundlage der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO. In Österreich wurde der diätologische Prozess gesetzlich verankert, bisher aber noch nicht abschließend entschieden, welche Terminologie verwendet werden soll (Buchholz et al., 2018).

Der ETP ist als didaktisches Hilfsmittel entwickelt worden, welches die Denkprozesse der ernährungstherapeutischen Fachpersonen betont. Er kann in der Lehre und Praxisausbildung genutzt werden, um die Grundsätze der prozessbasierten Arbeit zu erlernen (Rufener & Jent, 2016). In den folgenden Kapiteln werden die Prozessschritte des ETP kurz beschrieben.

1.1 Auftrag Ernährungstherapie

Ausgangspunkt für einen Auftrag für eine Ernährungstherapie ist meist eine ärztliche Verordnung mit anschließender Überweisung. Daneben können auch auffällige Screeningresultate im Rahmen des Assessments zu einer Überweisung führen. Oder eine Person meldet sich selbst zu einer Ernährungstherapie an. Künftig könnten erweiterte Kompetenzprofile (sogenannte Advanced-Practice-Rollen) auch zu anderen Formen der Überweisung führen. Nach der Anmeldung wird das Anliegen sowie die Form der Zusammenarbeit gemeinsam geklärt.

1.2 Ernährungstherapeutisches Assessment

Das ernährungstherapeutische Assessment zielt darauf ab, ausgehend von den Anliegen relevante Informationen systematisch zu erfassen, um den Ernährungszustand zu beurteilen, allfällig vorhandene, ernährungsbezogene Probleme zu erkennen und Indikatoren für die Beurteilung der Wirksamkeit der durchgeführten Interventionen zu erheben. Hierzu wird die aktuelle Nährstoffaufnahme mit den Referenzwerten verglichen. Die ernährungstherapeutische Betreuung orientiert sich an einer ganzheitlichen Betrachtung des Patienten gemäß dem biopsychosozialen Krankheitsmodell nach Engel. Dieses geht davon aus, dass Gesundheit und Krankheit aus der Wechselwirkung von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren entstehen (Engel, 1975). Entsprechend zielt das ernährungstherapeutische Assessment nebst der Beurteilung des Ernährungszustandes auch auf die Erfassung von Informationen zur Beurteilung der medizinischen und psychosozialen Situation.

Für die systematische Sammlung der relevanten Daten nutzt die ernährungstherapeutische Fachperson unterschiedliche Kanäle, wie beispielsweise die Patientendokumentation, Rücksprachen mit anderen Professionsangehörigen, zielgerichtete Befragungen des Patienten und/oder dessen Angehörigen oder der zuständigen Betreuungspersonen sowie eigene Beobachtungen und Messungen am Patienten.

Gliederung der erfassten Informationen

Die im ernährungstherapeutischen Assessment zu erfassenden Daten sind gemäß dem NCP und der NCPT (Swan et al., 2017) in fünf Kategorien gegliedert:

- ▶ Klientenanamnese
- ▶ anthropometrische Messungen
- ▶ ernährungsbezogene körperliche Befunde
- ▶ biochemische Daten, medizinische Tests und Verfahren
- ▶ ernährungsbezogene Anamnese

Die Auflistung der Kategorien orientiert sich an der Reihenfolge, in der sie zumeist in einem Beratungsgespräch erfasst werden. Diese Unterteilung soll die Erfassung, Auswertung und Beurteilung der Daten unterstützen (vgl. Tab. 1).

Kategorie	Inhalte mit Beispielen
Klientenanamnese	• persönliche Anamnese • medizinische/gesundheitliche/familiäre Anamnese • sozialer Hintergrund
anthropometrische Messungen	• Größe • Gewicht • Konstitution • Körpermasse • Gewichtsverlauf • Wachstumskurven • Schätzungen der Körperkompartimente
ernährungsbezogene körperliche Befunde	• körperliche Erscheinung • Muskelmasse und subkutanes Fett • Ödeme • Kau- und Schluckfunktion • Appetit • Gemütslage
biochemische Daten, medizinische Tests und Verfahren	• Säure-Basen-Haushalt • Elektrolyte und Nierenwerte • Profil der essenziellen Fettsäuren • gastrointestinales Profil • Glucose-/endokrines Profil • inflammatorisches Profil • Lipid-Profil • Profil der Stoffwechselrate • ernährungsbezogenes Anämie-Profil • Protein-Profil • Urin-Status • Vitamin-Status • Kohlenhydratstoffwechsel-Profil • Fettstoffwechsel-Profil
ernährungsbezogene Anamnese	• Aufnahme von bzw. Versorgung mit Lebensmitteln und Nährstoffen • Arzneimittel, Komplementär- und Alternativmedizin • Kenntnisse/Überzeugungen • Verhalten • Verfügbarkeit von Lebensmitteln und Zubehör • körperliche Aktivität inkl. Kraftmessungen

Tab. 1: Inhalte des ernährungstherapeutischen Assessments (Academy of Nutrition and Dietetics, 2021)

1.3 Ernährungstherapeutische Diagnose

Mit der ernährungstherapeutischen Diagnose wird ein spezifisches Ernährungsproblem identifiziert, für das die ernährungstherapeutische Fachperson zuständig ist. Dieses wird ausgehend von den im Assessment zuverlässig und sorgfältig erhobenen Daten patienten- und situationspezifisch ausformuliert. Nur wenn eine ernährungstherapeutische Diagnose identifiziert werden kann, ist auch ein konkreter Auftrag für die ernährungstherapeutische Fachperson vorhanden. Die ernährungstherapeutische Diagnose schafft Klarheit gegenüber «innen» und «außen». Gegenüber «innen» legt sie die Ausrichtung der ernährungstherapeutischen Arbeit fest. Gegenüber «außen» zeigt sie im interprofessionellen Behandlungsteam auf, welche Ernährungsprobleme vorhanden sind und woran die ernährungstherapeutische Fachperson mit dem Patienten aktuell arbeitet.

Ausformulierung einer ernährungstherapeutischen Diagnose

Die Ausformulierung der ernährungstherapeutischen Diagnose orientiert sich an der Struktur «Problem – Ätiologie – Anzeichen/Symptome», kurz PES (*engl.* Problem – Etiology – Signs/Symptoms). Bei der Ausformulierung des PES-Statements wird das Ernährungsproblem mit den zugrunde liegenden Ursachen und möglichen messbaren Indikatoren verknüpft. In Tab. 2 wird die Strukturierung für die Formulierung einer ernährungstherapeutischen Diagnose aufgezeigt.

Problem (P)		Ätiologie (E)		Anzeichen/Symptome (S)
...	aufgrund von/im Zusammenhang mit	...	angezeigt durch/erkennbar an	...

Tab. 2: Struktur einer ernährungstherapeutischen Diagnose

Eine ernährungstherapeutische Diagnose sollte einfach, klar, präzise und konsistent verfasst sein und sich möglichst nur auf ein Problem beziehen. Bei Bedarf werden mehrere Diagnosen formuliert und in Absprache mit dem Patienten sowie aus fachlich-medizinischer Sicht priorisiert. Gemäß den Empfehlungen der AND fokussiert eine ernährungstherapeutische Diagnose in erster Linie auf die Aufnahme bzw. Zufuhr von Makro- und Mikronährstoffen, da diese am eindeutigsten im Verantwortungsbereich der ernährungstherapeutischen Fachpersonen liegt. Bei der Ausformulierung der ernährungstherapeutischen Diagnose wird die international gebräuchliche «Nutrition Care Process Terminology» (NCPT) verwendet (<https://www.ncpro.org/>). Konkrete Beispiele zur Ausformulierung von ernährungstherapeutischen Diagnosen sind den krankheits-spezifischen Kapiteln im Teil II des Buches zu entnehmen. In Tab. 3 wird beschrieben, was das PES-Statement beinhalten soll und was bei der Umsetzung zu beachten ist.

	Problem (P)	Ätiologie (E)	Anzeichen/Symptome (S)
Inhalte	Bezeichnung eines ernährungsspezifischen Problems gemäß NCPT	Beschreibung der Gründe für das Bestehen eines Ernährungsproblems	Beschreibung von objektiven und/oder subjektiven Anzeichen und Symptomen des Ernährungsproblems
Notwendigkeit/ Nutzen für die therapeutische Betreuung	Wenn ein ernährungsspezifisches Problem bezeichnet werden kann, kann die ernährungstherapeutische Fachperson aufgrund ihrer berufsspezifischen Kompetenzen die therapeutische Verantwortung übernehmen.	Die Ätiologie kann einen Hinweis darauf geben, mit welchen Interventionen am Problem gearbeitet werden kann.	Anzeichen und Symptome liefern Vergleichswerte, um den Erfolg und die Wirksamkeit der Interventionen zu überprüfen.
Hinweise für die Formulierung	Es sollte möglichst nur ein einzelnes Problem beschrieben werden, da jedes Problem unterschiedliche Interventionen erfordert.	Es sollte eine Fokussierung auf die zugrunde liegenden Ursachen stattfinden. Medizinische Diagnosen allein sind meist nicht ausreichend spezifisch und können mit ernährungstherapeutischen Interventionen nicht immer behandelt werden.	Es sollten nach Möglichkeit Anzeichen und Symptome gewählt werden, die durch die ernährungstherapeutische Fachperson selbst erhoben werden können und von anderen Fachpersonen nicht unbedingt beachtet werden. Dies unterstreicht den Nutzen der ernährungstherapeutischen Patientenbetreuung.

Tab. 3: Strukturierungshilfe für die Formulierung einer ernährungstherapeutischen Diagnose

1.4 Ernährungstherapeutische Planung

In diesem Prozessschritt wägt die ernährungstherapeutische Fachperson fachlich angezeigte Ziele, daraus abgeleitete Interventionen und deren jeweiligen Nutzen für die Zielerreichung mit den im Assessment erhobenen Erwartungen des Patienten ab. Diese kognitiv geprägte Auseinandersetzung ist bei erfahrenen Ernährungsfachkräften zumeist nicht direkt ersichtlich und es kann nur erahnt werden, welche vielschichtigen Überlegungen und Erfahrungen ihr Handeln anleiten. Berufsanfänger verfügen noch nicht über die notwendigen Fertigkeiten und Erfahrungen, um dies intuitiv richtig zu machen, weshalb dieser Schritt bewusst strukturiert umgesetzt werden soll. Dies benötigt Zeit und eine aktive Auseinandersetzung mit dem Planungsschritt.

Die ernährungstherapeutische Fachperson ist verantwortlich, ausgehend von der ernährungstherapeutischen Diagnose und unter Beachtung aktueller evidenzbasierter Leitlinien, fachlich korrekte und indizierte ernährungstherapeutische Ziele und Interventionen zu erkennen und zu benennen. Sie erarbeitet sich dementsprechend einen Überblick über relevante Ziele und Interventionen und deren Effektivität als Vorbereitung für die spätere Diskussion mit dem Patienten. Da der Planungsschritt in erster Linie ein Denkprozess ist, der direkt während des Patientenkontaktes stattfindet, wird dieser in den einzelnen Kapiteln zu den Krankheitsbildern nicht explizit aufgeführt.

Ziele aus fachlicher Sicht erkennen

Die ernährungstherapeutische Fachperson identifiziert fachlich relevante Ziele und priorisiert diese nach deren Relevanz und Effektivität. Dabei lässt sie die im Assessment erkannten Ressourcen des Patienten in diese Überlegungen einfließen und wägt ab, wie umsetzbar die einzelnen Ziele für den Patienten sein könnten. So kann abgeschätzt werden, welche Ziele prioritär mit dem Patienten diskutiert werden. Diese Auseinandersetzung dient der ernährungstherapeutischen Fachperson als Vorbereitung auf die Zielabsprache im Interventionsschritt.

Planung verschiedener Interventionen sowie deren Überprüfung und Beurteilung

Im zweiten Teil der Planung wägt die ernährungstherapeutische Fachperson verschiedene angezeigte Interventionen auf ihre Wirksamkeit hin ab. Die ernährungstherapeutische Planung schafft die Grundlage, um den Entscheidungsprozess des Patienten fachlich fundiert zu begleiten. Dies unterstützt die nachfolgende Zielabsprache und Maßnahmenplanung, die den Patienten befähigt, das theoretisch Besprochene in seinem Alltag umzusetzen. Dabei sollen Beratungsstrategien entwickelt und Unvorhergesehenes antizipiert werden, um im Beratungsgespräch möglichst flexibel agieren zu können. Zudem ist die ernährungstherapeutische Fachperson dafür verantwortlich, ausgehend von den Überlegungen bei der Ausformulierung der Ernährungsdiagnose festzuhalten, anhand welcher Indikatoren der Erfolg der durchgeführten Interventionen überprüft werden soll (vgl. Abb. 1).

Bei der Planung wird somit der Patient mit seinen Bedürfnissen und Ressourcen wahrgenommen. Ausgehend davon werden notwendige und mögliche Interventionen bezeichnet, die erwarteten Ergebnisse abgeleitet sowie die entsprechenden Maßnahmen zur Verlaufskontrolle und deren Beurteilung konkretisiert. Entsprechend werden von den ernährungstherapeutischen Fachpersonen ein breites fachspezifisches Wissen und die Fähigkeit verlangt, dieses auf die konkrete Situation des Patienten übertragen zu können.

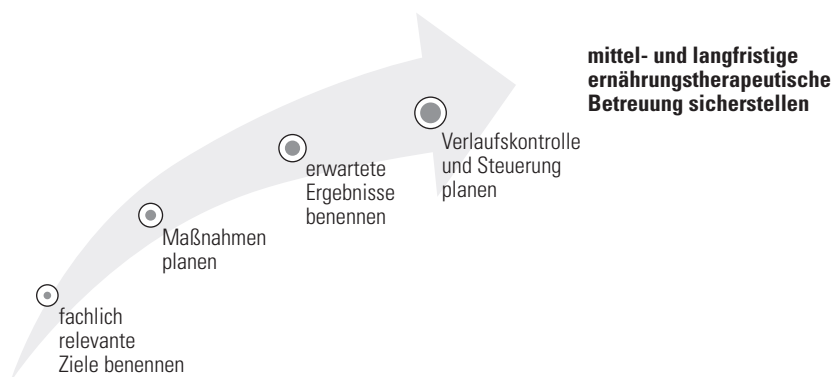


Abb. 2: Tätigkeiten bei der ernährungstherapeutischen Planung

1.5 Ernährungstherapeutische Intervention

Dieser Prozessschritt ist geprägt von der verbindlichen Absprache mit dem Patienten, welche konkreten ernährungstherapeutischen Ziele festgelegt und welche ernährungstherapeutischen Maßnahmen realisiert werden sollen. Ziel ist die Umsetzung von Interventionen, welche die Lösung der in der Ernährungsdiagnose festgehaltenen Ernährungsprobleme unterstützt. Diese Interventionen können gemäß dem NCP in die vier Kategorien «Versorgung mit Lebensmitteln und Nährstoffen», «Ernährungs-Edukation», «Ernährungs-Beratung» und «Koordination der Betreuung» unterteilt werden. Die Erarbeitung von ernährungstherapeutischen Interventionen ist ein hochgradig interaktiver Prozess zwischen beratender und hilfesuchender Person.

Absprache einer Konsens-Zielsetzung

Erster Schritt dieser Interaktion ist die Absprache von konkreten Zielen als Basis für die weitere Therapie. Dabei gilt es, die Ziele der verschiedenen involvierten Parteien aufeinander abzustimmen. Entsprechend werden die vorgängig erkannten, fachlich relevanten Ziele mit der Sicht des Patienten abgeglichen und mit den anderen Professionen abgestimmt. Dadurch wird eine Zielsetzung, welche den verschiedenen Ansprüchen gerecht wird, als Konsens erarbeitet. Zur Priorisierung können kurz-, mittel- und langfristige Ziele unterschieden werden (vgl. Tab. 4).

Einteilung	Zeithorizont
kurzfristiges Ziel:	bis zum nächsten Patientenkontakt
mittelfristiges Ziel:	bis zum Ende der Therapie
langfristiges Ziel:	über die Therapie hinaus

Tab. 4: Unterteilung verschiedener Zielhorizonte

Festlegen des Vorgehens während der ernährungstherapeutischen Betreuung

Die ernährungstherapeutische Fachperson unterstützt mit ihrer Expertise den Patienten beim Erreichen der ernährungstherapeutischen Ziele. Im Mittelpunkt dieser Bestrebungen stehen eine oder mehrere Anpassungen der Ernährung. Die gewählten Interventionen setzen an den erkannten Ursachen der bestehenden Ernährungsprobleme an und sollen zur Lösung der Ernährungsprobleme beitragen. Um dies zu erreichen, ist es wichtig, den Patienten zu befähigen, die Maßnahmen im Alltag umzusetzen. Welche Anpassungen vorgenommen werden, entscheidet schlussendlich der Patient selbst, wobei die ernährungstherapeutische Fachperson ihn in diesem Entscheidungsprozess unterstützt. Dabei kann sie bei Bedarf auf die zuvor im Planungsschritt erarbeitete Liste von Interventionen und die dazugehörenden Argumente zurückgreifen. Die umgesetzten Interventionen der ernährungstherapeutischen Fachpersonen zielen auf die Anpassung der Ernährung, der Vermittlung von Wissen, der gezielten Nutzung angezeigter Beratungsstrategien und der Koordination der Betreuung.

1.6 Ernährungstherapeutisches Monitoring und Evaluation

Der Prozessschritt «Ernährungstherapeutisches Monitoring und Evaluation» hat eine überwachende und lenkende Funktion. In diesem Prozessschritt wird erfasst, ob mit den durchgeführten Interventionen das festgelegte Ziel erreicht wird. Entsprechend wird überprüft, ob sich die Indikatoren zu den ausgewählten Anzeichen und Symptomen, welche in der ernährungstherapeutischen Diagnose definiert wurden, erwartungsgemäß entwickeln.

Das Hauptziel dieses Prozessschrittes ist, die Wirksamkeit der ausgewählten ernährungstherapeutischen Interventionen zu bewerten und die weiterführende ernährungstherapeutische Betreuung entsprechend anzupassen. Ein zweites Ziel ist die Förderung einer evidenzbasierten, ernährungstherapeutischen Betreuung. Mit der Evaluation der Wirksamkeit der ausgewählten Interventionen können Daten generiert und die Weiterentwicklung des Berufsfeldes gefördert werden.

Monitoring

Zu den in der Planung festgelegten Zeitpunkten werden die Messwerte der Anzeichen und Symptome für das Ernährungsproblem erhoben. Dabei wird auf die in der ernährungstherapeutischen Planung definierten Messmethoden und Befragungen zurückgegriffen (z.B. Ernährungsprotokoll, Gewichtsverlauf, Handgrip, Laborparameter, Bioimpedanzanalyse (BIA), Skalierungen durch Patienten, lebensmittelbezogene Kenntnisse usw.).

Beurteilung der Wirksamkeit der ernährungstherapeutischen Interventionen

Die erhobenen Messwerte werden durch die ernährungstherapeutische Fachperson bewertet und interpretiert mit dem Ziel, die Wirksamkeit der ausgewählten Interventionen möglichst umfassend zu überprüfen. Idealerweise wird hierzu eine Kombination von mehreren und verschiedenartigen Indikatoren beurteilt (z.B. anthropometrische Indikatoren, biochemische Indikatoren sowie Verhaltensindikatoren). Die Beurteilung des Verlaufs der Messwerte über den Zeitraum der Intervention bestätigt entweder das gewählte Vorgehen oder zeigt eine notwendige Anpassung der ernährungstherapeutischen Interventionen und allenfalls auch der ernährungsthera-

peutischen Ziele auf. Die Ergebnisse des Monitorings und der Evaluation fließen somit in die Gestaltung des weiteren Vorgehens ein. Das heißt, dass zu Beginn jedes Patientenkontaktes Zeit für das Monitoring und die Evaluation der durchgeführten Interventionen eingeplant werden muss und sich die einzelnen Prozessschritte bis zum Abschluss des Betreuungszyklus mehrmals wiederholen. Hier wird deutlich, dass der ETP als zirkulärer Prozess verstanden wird (vgl. Abb. 1).

1.7 Abschluss der Ernährungstherapie

Die ernährungstherapeutische Betreuung wird als Prozess verstanden, welcher einen Anfang und einen Abschluss hat. Der Abschluss bezieht sich im ETP einerseits auf die direkte Zusammenarbeit mit dem Patienten, schließt aber auch die interdisziplinäre und administrative Ebene mit ein.

Abschluss der Zusammenarbeit mit dem Patienten

Das Ziel ist ein bewusst angestrebter und gestalteter Beratungsabschluss. Aus fachlicher Sicht ist es sinnvoll, die Beratung abzuschließen, wenn die vereinbarten ernährungstherapeutischen Ziele erreicht und das in der ernährungstherapeutischen Diagnose definierte Problem gelöst wurden. Dies kann anhand der erhobenen Anzeichen und Symptome belegt werden. Bei hospitalisierten Patienten kann sich die ernährungstherapeutische Betreuung über den Krankenhausaufenthalt hinaus verlängern und sollte entsprechend ambulant fortgesetzt werden. Die Zusammenarbeit zwischen ernährungstherapeutischer Fachperson und Patient kann jederzeit, möglichst in gegenseitigem Einvernehmen, beendet werden. Es kann aber auch vorkommen, dass der Patient die Therapie einseitig und ohne Angabe von Gründen beendet. Dabei muss damit gerechnet werden, dass die zuvor besprochenen Interventionen langfristig nicht umgesetzt werden können.

Abschluss auf interprofessioneller Ebene

Auf interprofessioneller Ebene gilt es, beim Abschluss alle Professionsangehörigen zu berücksichtigen, welche in der bisherigen und ggf. einer weiterführenden Betreuung des Patienten involviert waren oder sein werden und Informationen bezüglich der durchgeführten ernährungstherapeutischen Betreuung benötigen. Dabei wird eine abschließende Rückmeldung gegeben, welche Interventionen umgesetzt wurden und wie deren Effekt beurteilt wird.

Abschluss auf administrativer Ebene

Auf administrativer Ebene ist die Dokumentation der erbrachten Leistungen sehr wichtig. Einerseits, damit diese finanziell erfasst und verrechnet werden können. Andererseits kann dadurch die Grundlage für eine statistische Datenerhebung geschaffen werden, mit der die Wirksamkeit der erbrachten Leistungen beurteilbar werden. Im Sinne des lebenslangen Lernens sollte zudem das eigene Handeln regelmäßig reflektiert werden, um weiterführende Erkenntnisse daraus abzuleiten. Dabei kann die Dokumentation als Teil dieses Reflexionsprozesses verstanden werden.

Literatur

- Academy of Nutrition and Dietetics (2021). Nutrition Terminology Reference Manual (eNCPT): Dietetics Language for Nutrition Care. Abgerufen am 31.03.2021 unter <https://www.ncpro.org/pubs/idnt-de/page-015>.
- Buchholz, D., Kolm, A., Vanherle, K., Adam, M., Kohlenberg-Müller, K., Roemeling-Walters, M. E., Wewerka-Kreimel, D., Gast, C., Lange, K., Ohlrich-Hahn, S., Rachman-Elbaum, S., Baete, E., Heine-Bröring, R., Höld, E. & Werkmann, A. (2018). Process models in dietetic care: A comparison between models in Europe. *Ernährungs-Umschau*, 65(9), 154–163. doi:10.4455/eu.2018.034
- Engel, G. L. (1975). *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit*. Hans Huber.
- Rufener, A. & Jent, S. (2016). *Der ernährungstherapeutische Prozess*. Hans Huber.
- Swan, W. I., Vivanti, A., Hakel-Smith, N. A., Hotson, B., Orrevall, Y., Trostler, N., Beck Howarter, K. & Papoutsakis, C. (2017). Nutrition Care Process and Model Update: Toward Realizing People-Centered Care and Outcomes Management. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117(12), 2003–2014. doi:10.1016/j.jand.2017.07.015

2 Evidence-based Practice

Samuel Mettler

Hintergrund

Bisher gibt es noch keine einheitliche Definition für Evidence-based Practice (EBP). Die Evidence-based Practice kann jedoch als Entscheidungsprozess verstanden werden, der die beste verfügbare wissenschaftliche Evidenz mit der Erfahrung der Fachperson und den Werten des Patienten bzw. der Population verbindet. Es geht darum, die Lücke zwischen Wissenschaft und Praxis zu schließen, mit dem Ziel, das beste Ergebnis für den Patienten bzw. eine Population zu erlangen. Dafür wird ein strukturiertes Vorgehen angewendet, das sich in fünf Schritte gliedert.

Schritt 1: Das Stellen einer strukturierten Frage

Der erste Schritt der Evidence-based Practice ist das Stellen einer strukturierten Frage zu einem (klinischen) Problem. Diese bietet eine Orientierungshilfe während des Entscheidungsprozesses. Für quantitative Fragen eignet sich die PICO-Methode mit einer drei- oder vierteiligen Fragestellung (vgl. Tab. 5). PICO steht für **Patient** (Patient), **Intervention** (Intervention), **Comparison** (Vergleich) und **Outcome** (Endpunkt). Diese Informationen sollten in einer vierteiligen Fragestellung enthalten sein. Bei einigen Fragestellungen ist die Definition einer «comparison» (Vergleichsintervention) allerdings nicht nötig, beispielsweise dann, wenn der Vergleich eine normale Ernährung ist. In diesen Fällen kann eine dreiteilige Fragestellung erstellt werden. Für qualitative Fragestellungen eignet sich das PS-Modell, bei dem der Patient (P) und die Situation (S) beschrieben werden (McMaster University, 2021).

	P Problem = Problem, Proband oder Patient	I Intervention = Inter- vention (aber auch Ursache oder prognos- tischer Faktor etc.)	C Comparison = Ver- gleichsintervention, falls notwendig	O Outcome = Endpunkt
Hinweise zur Gestaltung	Was ist das Problem? Wie kann die Personen-/Patientengruppe beschrieben werden?	Welche Therapie/Ursache oder welchen prognostischen Faktor würde man in Betracht ziehen?	Welche alternative Therapie würde infrage kommen?	Was soll erreicht bzw. verhindert werden?
Beispiel	Personen mit Typ 2-Diabetes mellitus	kohlenhydratarme Ernährung	fettarme Ernährung	Morbidität oder Mortalität bzw. Surrogatparameter wie z. B. HbA _{1c}

Tab. 5: Die Bestandteile einer PICO-Fragestellung (modifiziert nach Centre of Evidence-based Medicine, 2021)

Schritt 2: Suche nach der besten verfügbaren Evidenz

Die drei- oder vierteilige Fragestellung kann in einem nächsten Schritt in einen Suchterm überführt werden, um anschließend in Datenbanken nach der besten verfügbaren Evidenz zu suchen. Je nachdem, aus welchem Fachgebiet die Fragestellung stammt, stehen unterschiedliche

Datenbanken zur Verfügung. Für die Suche nach medizinischen Studien eignen sich besonders «Medline» (Zugang über «Pubmed») oder «Embase». Wenn es um verhaltenstherapeutische Themen geht, lohnt es sich, auch in «PscINFO» oder «PSYNDEX» zu suchen. Für lebensmittelwissenschaftliche Fragestellungen ist z.B. die Datenbank Food Science and Technology Abstracts (FSTA) geeignet. Um zu beurteilen, ob die gefundene Evidenz die beste verfügbare ist, sollte zunächst die Evidenzklasse bestimmt werden.

Schritt 3: Beurteilung der Evidenz

In diesem Schritt wird die identifizierte Quelle auf ihre Qualität hin beurteilt. Dafür sind die folgenden vier Fragen begleitend (CEBM, 2021):

- 1. Hat die Studie/Quelle eine klar fokussierte Frage untersucht?
- 2. Wurden valide Methoden angewendet?
- 3. Sind die validen Resultate relevant?
- 4. Sind diese relevanten Resultate für meine Patienten anwendbar?

Für diverse Forschungsmethoden existieren verschiedene Beurteilungsinstrumente, um deren Qualität zu beurteilen. So gibt es Beurteilungsinstrumente für Fall-Kontroll-Studien, Kohortenstudien, randomisiert-kontrollierte Studien, systematische Übersichtsarbeiten, Leitlinien sowie für qualitative Studien. Viele davon sind kostenfrei im Internet erhältlich (vgl. Tab. 6).

Quelle	Internetadresse
Centre for Evidence-based Medicine (CEBM)	https://www.cebm.net/
Critical Appraisal Skills Programme (CASP)	https://casp-uk.net/
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	https://www.sign.ac.uk/what-we-do/methodology/checklists/

Tab. 6: Quellen für Beurteilungsinstrumente wissenschaftlicher Publikationen (Beispiele)

Schritt 4: Übertragung in die Praxis

Auch wenn die Ergebnisse einer Studie valide und relevant sind, können sie nicht in jedem Fall auf den betroffenen Patienten bzw. die Population übertragen werden. Hier ist es wichtig zu überprüfen, ob die Situation des Patienten mit derjenigen, die in der Publikation beschrieben ist, übereinstimmt. Des Weiteren sollte überlegt werden, ob die beschriebene Behandlung bezahlbar und verfügbar ist. So kann es zum Beispiel sein, dass eine bestimmte Säuglingsnahrung in einer Studie zur Allergieprävention sehr effektiv ist, diese aber auf einem bestimmten Markt nicht erhältlich ist.

Anschließend werden die verschiedenen Optionen sowie ihre jeweiligen Vor- und Nachteile mit dem Patienten besprochen und es wird geklärt, ob diese seinen Wünschen und Werten entsprechen. Dabei sollte die Erfahrung des Ernährungstherapeuten einfließen.

Schlussendlich wird gemeinsam mit dem Patienten festgelegt, ob und, falls ja, welche Intervention durchgeführt werden soll. Ein Ergebnis dieses Prozesses kann somit auch sein, dass es besser ist, in der gegebenen Situation keine Intervention umzusetzen.

Schritt 5: Evaluation des eigenen Handelns

Am Ende des Prozesses steht die Evaluation des eigenen Handelns. In diesem Schritt wird noch einmal zurückgeblickt und der gesamte Prozess evaluiert.

1. Wurde die PICO-Fragestellung gut strukturiert?
2. Wurden die Datenbanken effizient durchsucht?
3. Wurden die Werte und Wünsche des Patienten genügend berücksichtigt?

Die Evaluation dient dazu, den Prozess so zu optimieren, dass eine nächste Problemstellung noch effektiver bearbeitet werden kann.

Literatur

- Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM). Asking Focused Questions. Abgerufen am 01.03.2021 unter <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/ebm-tools/critical-appraisal-tools>.
- McMaster University (2021). Forming Questions. Abgerufen am 01.03.2021 unter <http://hsl.mcmaster.lib-guides.com/content.php?pid=486614&sid=4003256>
- Richardson, W.S., Wilson, M.C., Nishikawa, J. & Hayward, R.S. (1995). The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *ACP journal club*, 123, A12
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Brit Med J*, 312, 71–72.

3 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Adrian Rufener

Unter dem Begriff der interprofessionellen Zusammenarbeit wird gemäß Definition der WHO (2010) die Kommunikation und Interaktion zwischen Professionsangehörigen verschiedener Berufsgruppen verstanden, welche im Gesundheitswesen tätig sind. Die interprofessionelle Zusammenarbeit hat im Gesundheitswesen einen hohen Stellenwert, da verschiedenste Berufsgruppen in die Patientenbetreuung eingebunden sind. Die Qualität der Betreuung hängt nicht nur von den beruflichen Kompetenzen der beteiligten Personen ab, sondern auch von deren Fähigkeiten, gut miteinander zu kommunizieren und im Interesse der Patienten effizient zusammenzuarbeiten. Diese Zusammenarbeit ist geprägt von kommunikativen und interaktiven Tätigkeiten. Somit müssen die Tätigkeiten der einzelnen Berufsgruppen auf notwendige Schnittstellen hin analysiert werden. Diese Schnittstellen sollten klar geregelt sein. Das heißt, dass die professions-spezifische Sprache möglichst mit derjenigen der anderen Berufsgruppen korrespondieren sollte, notwendige Arbeitsabläufe innerhalb dieser Zusammenarbeit aufeinander abgestimmt sind, benötigte Informationen ausgetauscht werden und erkannt wird, wann andere Professionsangehörige in die Therapie integriert werden müssen. Dies alles setzt voraus, dass sich alle Beteiligten über die Grenzen der eigenen Kompetenzen und der Kompetenzen anderer Berufsgruppen im Klaren sind (SAMW, 2020).

Damit die Zusammenarbeit gelingen kann, benötigt die Betreuung und Therapie von Patienten idealerweise interprofessionelle Fallbeurteilungen, Ziele und Standortbestimmungen. Diese können in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen durch die Installation von interprofessionellen Visiten und Fallbesprechungen umgesetzt werden (Koller, 2011, S. 257–260).

Professionsangehörige der Ernährungsberatung werden in ihrer Funktion als Spezialisten für die ernährungsspezifische Therapie auf ärztliche Verordnung in die Betreuung involviert. Das heißt, dass der Arzt bei der Fallbeurteilung erkennen muss, wann die Mitarbeit einer ernährungstherapeutischen Fachperson notwendig ist. Da die Beurteilung des Ernährungszustands bei einem akuten klinischen Problem für den Arzt eher eine untergeordnete Rolle spielt, besteht die Gefahr, dass dieser Therapieaspekt vergessen wird. Entsprechend sollte es zum klinischen Therapiestandard gehören, dass eine ernährungstherapeutische Fachperson bereits bei der Fallbeurteilung beigezogen wird.

Literatur

- Koller, K. (2011). *Das Modell des «dynamischen Behandlungsteams»*. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham I. & Wolff, S. (Hrsg.): Lehrbuch psychiatrische Pflege. Hans Huber.
- SAMW (2020). Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermaßnahmen. Differenzierung, Praxis und Implementierung. *Swiss Academies Communications* 15(2). doi:10.5281/zenodo.3355205
- WHO (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Abgerufen am 29.05.2021 von https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=8ACD8C4FAE41BABA7C35ECB5CF73C0C6?sequence=1

4 Ethik in der Ernährungstherapie

Andrea Räss-Hunziker

Ethik ist jene Disziplin, die versucht, den gesamten Bereich menschlicher Handlungen einer philosophischen, moralischen Reflexion zu unterziehen. Dazu werden Beweggründe erfasst und deren zugrunde liegenden Werte und Normen analysiert, identifiziert, benannt und eingeordnet sowie Wertekonflikte aufgedeckt. Dabei ist immer auch der Kontext zu berücksichtigen, in denen diese Werte und Wertekonflikte auftreten. Wichtige ethische Prinzipien im medizinisch-beraterischen Umfeld sind «Autonomie», «Nicht schaden» (Fürsorge), «Gutes tun» und «Gerechtigkeit» (Beauchamp & Childress, 2013) (vgl. Abb. 3).

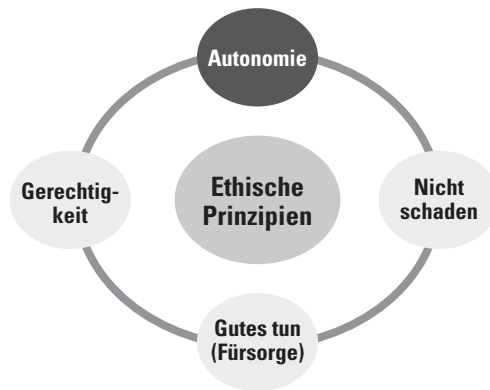


Abb. 3: Die vier zentralen ethischen Prinzipien in der Medizin (modifiziert nach Beauchamp & Childress, 2013)

Eine wichtige Kompetenz für die Wertanalyse ist die Fähigkeit zur Selbstreflexion. Einerseits, um eigene persönliche Werte, andererseits, um die Werte der eigenen Profession reflektieren zu können. Der berufsethische Kodex beschreibt das Verständnis der Profession für die eigene Berufsausübung und die ihr zugrunde liegenden Werte und Normen.

Lippitt und Lippitt (2006) benennen einige reale oder potenzielle ethische Dilemmas in der Beratung. Diese ergeben sich vor allem aus unterschiedlichen Erwartungen an die Beratungsbeziehung zwischen Beratenden und ihren Klienten. Da Beratung Einstellungen, Werte und Handlungen des Gegenübers beeinflusst, kann dies ethische Probleme mit sich bringen, u. a. die Problematik der Manipulation. Die Beeinflussung findet im Verständnis von «Gutem tun» aus der Beraterperspektive statt, um eine notwendige Veränderung zu ermöglichen. Um Manipulation vorzubeugen, ist es einerseits zwingend, die Zielperspektive des Gegenübers in den Mittelpunkt der Beratung zu stellen. Andererseits ist es notwendig, in der Selbstreflexion regelmäßig die eigenen Vorstellungen, Werte und Handlungen zu erkennen und mit dem ethischen Kodex der eigenen Profession abzugleichen.