



Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V.

„51. Bundeskongress VDD“
in Kooperation mit dem
Bundesverband Deutscher Ernährungswissenschaftler (BDEM) e. V.
und dem
Verband der Oecotrophologen (VDO_E) e. V.
vom 08. bis 09. Mai 2009, CongressPark Wolfsburg

SYMPOSIUM SINN UND UNSINN VON NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTELN

Stellenwert bei chronisch-rheumatischen und degenerativen Gelenkerkrankungen

Olaf Adam, Prof. Dr. med., Dr. med.habil, Ernährungsmedizin, Physiologikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Pettenkoferstraße 12-14, 80336 München

Durch eine vollwertige Ernährung, einhergehend mit einem vielfältigen Verzehr an Obst und Gemüse, ist für den gesunden Menschen mit normalem Nährstoffbedarf eine ausreichende Aufnahme von Mineralstoffen und Vitaminen gewährleistet. Der rheumakranke Patient weist einige Besonderheiten des Stoffwechsels auf, die innerhalb der Ernährungstherapie berücksichtigt werden müssen. In Folge der konsumierenden Erkrankung, der körperlichen Einschränkung und der häufigen Inappetenz durch Medikamenteneinnahme, kommt es bei etwa 40% der Patienten zu einer Fehl- oder Mangelernährung. Bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen besteht ein erhöhter Nährstoffbedarf, der nicht nur die Makronährstoffe sondern auch zahlreiche Mikronährstoffe, wie Vitamine, Antioxidanzien und Spurenelemente betrifft. Das Entzündungsgeschehen ist auch Ursache für die doppelt so häufige Inzidenz der Arteriosklerose, verglichen mit einem Normalkollektiv.

Ernährungstherapeutisch kann das Entzündungsgeschehen durch eine geringere Zufuhr tierischer Produkte und eine Steigerung der Zufuhr von Omega-3-Fettsäuren, vor allem der Fischölfettsäuren, vermindert werden. Entzündungsfördernd wirkt dabei vor allem Arachidonsäure, deren Gegenspieler die Eicosapentaensäure der Fischöle ist. In neuerer Zeit wurden für eine weitere Fischölfettsäure, die Docosahexaensäure (DHA) ebenfalls

entzündungshemmende Eigenschaften beschrieben. Allerdings liegen noch keine Dosisempfehlungen vor.

Die Ernährungstherapie eignet sich für Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, wie der rheumatoiden Arthritis, der Psoriasis-Arthritis, Spondylarthropathien und aktivierten Arthrosen.

Das Ausmaß der Immobilität von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen wird nach 10 Jahren durch die immer auftretende Osteoporose bestimmt. Eine Prävention der Osteoporose ist deshalb von Anfang an erforderlich. Leider erfolgt dies aber viel zu selten. Eine ausreichende Versorgung mit Calcium ist nur bei etwa 50% der Patienten gegeben. Zudem ist die Versorgung mit Vitamin D bei den meisten älteren und immobilen Patienten mangelhaft.

Die Entzündungshemmende Ernährung, der Ausgleich bestehender Nährstoffdefizite, das Erkennen von Nahrungsmittelsensitivitäten, und die Berücksichtigung von Begleiterkrankungen, wie dem Sicca-Syndrom, machen die Ernährungstherapie bei rheumatischen Erkrankungen sehr komplex. Gute Erfolge sind nur gewährleistet, wenn die Behandlung im Team mit dem Arzt, dem Physio- und Ergotherapeuten erfolgt. Der Arbeitskreis Ernährungsmedizin der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin üben in Spezialseminaren diese Interaktionen ein.



Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V.

„51. Bundeskongress VDD“
in Kooperation mit dem
Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e. V.
und dem
Verband der Oecotrophologen (VDO_E) e. V.
vom 08. bis 09. Mai 2009, CongressPark Wolfsburg

Maternale PKU: Meine Erfahrungen im Vergleich zu Anderen

Christine Hagedorn, Wilhelm-Mellies-Straße 10, 32120 Hiddenhausen

Christine Hagedorn wurde 1974 mit klassischer PKU geboren und hat die phenylalaninarme Diät lebenslang unterschiedlich streng eingehalten. Währenddessen hat sie sich immer aktiv mit anderen Patienten ausgetauscht und leitet heute den Jugend- und Erwachsenenkreis der Regionalgruppe Nord-West in der DIG PKU.

Ihre beiden Kinder kamen gesund und ohne PKU zur Welt, was vor etwa 30 Jahren noch unmöglich erschien. Von den Erfahrungen während der ersten Schwangerschaft profitierten bei der zweiten Tochter nicht nur die Mutter selbst, sondern auch Ärzte und Diätassistentinnen im Krankenhaus.

In ihrem Vortrag schildert Frau Hagedorn die Fragen und Ängste, mit denen sich Patientinnen mit Kinderwunsch beschäftigen. Sie erinnert dabei auch an die Voraussetzungen, die neben einer guten diätetischen Einstellung, für eine erfolgreiche Schwangerschaft notwendig sind.

Nach einem Rückblick auf ihre beiden Schwangerschaften zieht Christine Hagedorn Vergleiche zu den Erfahrungen anderer PKU-Mütter und arbeitet Unterschiede heraus: Sie verweist auf die individuell unterschiedlichen Phenylalanin-Toleranzen zum Ende der Schwangerschaften, schildert Komplikationen während der Schwangerschaften (z.B. Diabetes) und erinnert besonders an die Risiken, die unabhängig von der PKU mit jeder Schwangerschaft verbunden sind.

Anderen Patientinnen vermittelt sie die Botschaft, Respekt zu haben, aber nicht ängstlich zu sein. Jede Schwangerschaft mit PKU ist so unterschiedlich wie die PKU selbst. Auch wenn durch gute Diätführung die Risiken der maternalen PKU reduziert werden können, bleiben alle anderen Schwangerschaftsrisiken bestehen.



Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V.

„51. Bundeskongress VDD“
in Kooperation mit dem
Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e. V.
und dem
Verband der Oecotrophologen (VDO_E) e. V.
vom 08. bis 09. Mai 2009, CongressPark Wolfsburg

SYMPOSIUM KRANKHEITSBILDER IN DER SCHWERPUNKTPRAXIS ERNÄHRUNGSMEDIZIN

Phenylketonurie

Miriam Hein, Dr. med., Kirchstraße 11, 45879 Gelsenkirchen

Die PKU (**Phenylketonurie**) ist die häufigste angeborene Störung des **Aminosäurenstoffwechsels**. Die **Erkrankungsfrequenz** in der Bundesrepublik liegt bei ca. 1 : 6630.

Pathobiochemisch liegt der PKU ein Mangel oder der komplette Verlust einer aktiven Phenylalaninhydroxylase in der Leber zugrunde, so dass die Hydroxylierung von Phenylalanin zu Tyrosin gestört ist. Diese pathobiochemischen Veränderungen bewirken, dass der **Phenylalaninblutspiegel** der Patienten nach Alters entsprechender Eiweißzufuhr den physiologischen Wert von 1-2 mg/dl um ein Vielfaches überschreitet. Bekannt sind nicht nur **schwere Störungen** der Gehirnentwicklung, sondern auch Störungen der Gehirnfunktion im Erwachsenenalter bei unzureichender Stoffwechseleinstellung durch Beeinträchtigungen im Neurotransmitterstoffwechsel, Störungen des LNAA- Transportes an der Blut-Hirn-Schranke und Störungen im dopaminergen System.

Die **Diagnose** der PKU basierte noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts auf der Familienanamnese, dem Nachweis der geistigen Retardierung, dem klassischen klinischen Bild (auffallend blonde Haare, blaue Augen) sowie dem Nachweis der Phenylalaninmetaboliten im Urin.

Die **phenylalaninarme Diät** zur Therapie der PKU beschrieb Bickel erst 1954. Die konsequente phenylalaninarme Diät bedeutet: Obst, Gemüse und Salat können in berechneten Mengen gegessen werden. Ansonsten sind ausschließlich spezielle phenylalaninarme, diätetische Lebensmittel geeignet, ergänzt durch eine phenylalaninfreie **Aminosäuremischung**, die mit Vitaminen, Spurenelementen und Mineralstoffen angereichert ist. Die Dosierung dieses

Präparates muss in regelmäßigen Abständen dem aktuellen individuellen Bedarf angepasst werden. So ist es offensichtlich, dass die Behandlung der PKU eine kontinuierliche, lebenslange individuelle **Ernährungsberatung** und intensive diätetische Betreuung voraussetzt.

Das **Neugeborenen Screening** auf PKU wurde Ende der 60er Jahre bundesweit eingeführt. Viele PKU- Patienten haben bei Einhaltung einer phenylalaninarmen Diät mittlerweile das **Erwachsenenalter** erreicht. Dennoch gibt es nach wie vor kein zukunftsorientiertes, strukturiertes und wirtschaftlich gesichertes, kontinuierlich interdisziplinäres **Betreuungsangebot** für erwachsene PKU Patienten, die ja auch schon in wenigen Jahrzehnten das Senium erreicht haben werden mit allen geriatrischen Konsequenzen. Die Problematik der maternalen PKU bleibt nach wie vor den pädiatrischen Stoffwechszentren überlassen.

Auffallend ist die schlechte **Diätcompliance** der jugendlichen und erwachsenen PKU- Patienten. Es gibt Betreuungsangebote der PKU fast ausnahmslos nur in der Pädiatrie.

Da die **Langzeitprognose** der PKU völlig unbekannt ist, Beeinträchtigungen der Gehirnfunktion aber mittlerweile schon bei früh behandelten PKU- Patienten beschrieben sind, bleibt die Behandlung der PKU eine Herausforderung.

Von großer Bedeutung kann das in der Bundesrepublik Deutschland etablierte Netz der **ernährungsmedizinischen Schwerpunktpraxen** sein. Vorteil gegenüber der bestehenden Stoffwechszentren wären, Schwerpunkte im Bereich der adulten Medizin mit besserer interdisziplinärer Vernetzung und die gesicherte Kontinuität der ärztlichen und diätetischen Therapeuten. Voraussetzung ist allerdings eine intensive Schulung der Ernährungsfachkräfte.

Der **Vortrag** zur aktuellen Problematik der PKU- Behandlung gliedert sich

- in eine kurze theoretische Einführung über **Pathophysiologie** und Klinik der PKU,
- schildert dann den **Alltag** der Patienten mit PKU vom Neugeborenenalter bis ins Erwachsenenalter und
- endet in der begründeten Hypothese zu notwendigen, möglichen, zukunftsorientierten strukturellen Veränderungen, z.B. Ist die flächendeckende Betreuung PKU- Erwachsener in den ernährungsmedizinischen **Schwerpunktpraxen (BDEM)** eine Option für die Zukunft?



Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V.

„51. Bundeskongress VDD“

in Kooperation mit dem
Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e. V.
und dem
Verband der Oecotrophologen (VDO_E) e. V.
vom 08. bis 09. Mai 2009, CongressPark Wolfsburg

**SYMPOSIUM KRANKHEITSBILDER IN DER
SCHWERPUNKTPRAXIS ERNÄHRUNGSMEDIZIN**

**DOC WEIGHT - Multimodales Therapieprogramm zur Gewichtsreduktion bei
Adipositas Grad II und Grad III**

*Petra Hottenroth, Diätassistentin/Dipl. Troph., Mitglied der AG Adipositas
VDD*

Die Arbeitsgruppe Adipositas des BDEM hat in Zusammenarbeit mit der AG Adipositas des VDD ein Therapieprogramm für adipöse Erwachsene entwickelt. Es richtet sich an Personen mit einem BMI ab 40 kg/m² oder ab BMI 35 kg/m² mit Begleiterkrankungen.

Das einjährige Therapieprogramm wird unter ernährungsmedizinischer Leitung von einem qualifizierten, interdisziplinär arbeitenden Therapeutenteam im Gruppensetting mit 8 bis 12 Teilnehmern durchgeführt und evaluiert.

Ziel ist die Anerkennung als Verfahren zur Patientenschulung nach § 43 Abs. 2 SGB V.

Um eine hohe Struktur- und Prozessqualität zu sichern, bleibt die Anwendung in der Regel Schwerpunktpraxen für Ernährungsmedizin BDEM vorbehalten, die durch den Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner zertifiziert wurden.

Die Mischung aus Ernährungstraining, Verhaltenstraining, Bewegungstraining und ärztlicher Begleitung soll den Patienten im Wesentlichen die folgenden Fähigkeiten vermitteln:

- Ermöglichung eines besseren Krankheitsselbstmanagements und daraus resultierend die Reduzierung von Begleiterkrankungen und Risikofaktoren
- Erhöhung der Lebensqualität durch Gewichtsreduktion von 5 - 10% des Ausgangsgewichtes
- Aufbau einer positiven Einstellung – Förderung der Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit dem eigenen Körper - Sensibilisierung der Körperwahrnehmung
- praktische Anleitung zur langfristigen Änderung der Lebensgewohnheiten hinsichtlich Bewegung und Ernährung
- Erwerb sozialer Kompetenzen sowie Mobilisierung sozialer Unterstützung
- Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe
- Vermeidung von spezifischen Auslösern und Verhaltensmustern in Krisensituationen



Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V.

„51. Bundeskongress VDD“
in Kooperation mit dem
Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e. V.
und dem
Verband der Oecotrophologen (VDO_E) e. V.
vom 08. bis 09. Mai 2009, CongressPark Wolfsburg

LEBER

Lebererkrankungen und ihre diättherapeutischen Ansätze

Birgit Kaufmann, Diätassistentin, Wiesenstraße 2c, 31515 Wunstorf

Die Ernährungsempfehlung bei chronischer Lebererkrankung richtet sich nach der Ursache, der bestehenden, eingeschränkten Leberfunktion und den daraus resultierenden Problemen. Eine ausgewogene Ernährung und eine gesunde Lebensführung können zur Vermeidung von Fettleibigkeit und zur Vermeidung einer Fettleber und Fettleberhepatitis beitragen.

Bei einer **Virushepatitis** kann zwar durch die Ernährung nicht direkt Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung genommen werden, wohl aber auf den Gewichtsverlauf, der sich wiederum auf das Wohlbefinden auswirkt.

Die Ernährung bei **chronischer Hepatitis** hat das Ziel eine Mangelernährung zu verhindern, Aszites und Ödemneigung entgegen zu wirken und einer hepatischen Enzephalopathie vorzubeugen. Durch eine individuelle Lebensmittelauswahl, je nach Verträglichkeit Energie angereichert, soll möglichst keine Körpermasse verloren gehen. Nur wenige Patienten vertragen eine Energieanreicherung durch Sahne und Fette nicht. Der eigentliche Gewichtsverlust wird oft überdeckt durch eingelagertes Wasser. Eine Kochsalzeinschränkung hat zu Beginn oft Erfolg, während später ein fades Essen den Appetit weiter senkt. Verzicht auf Alkohol ist selbstverständlich.

Bei der **hepatischen Enzephalopathie** scheint ein erhöhter Ammoniakspiegel im Blut eine Rolle zu spielen. Die Ammoniaklast aus dem Darm wird durch regelmäßigen Stuhlgang reduziert. Eine ballaststoffreiche Kost mit Brot, Gemüse und Obst wird unterstützt durch Lactulose.

Ein verändertes Mengenverhältnis freier Aminosäuren im Blut scheint bei der Enzephalopathie ebenfalls beteiligt zu sein.

Durch eine lactovegetabile Ernährung kann ein günstigeres Aminosäureverhältnis erreicht werden. Dabei muss der Energiebedarf gedeckt werden.

Nur während einer akuten, schweren Enzephalopathie hat eine Eiweißrestriktion von 0,4g/kg KG einen Nutzen. Eine tägliche Eiweißzufuhr von 1 -1,2 g/kg Körpergewicht wirkt dem Muskelabbau entgegen.

Die Gefahr der Mangelernährung rührt nicht zuletzt durch eine falsch verstandene Diät. Oft kommen verschiedene Komplikationen zusammen und die Ernährung muss immer wieder neu angepasst werden.

Lässt sich aufgrund von Appetitmangel der Energie- und Nährstoffbedarf nicht decken, ist auch an eine künstliche Ernährung, möglichst enteral, zu denken.



Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V.

„51. Bundeskongress VDD“
in Kooperation mit dem
Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e. V.
und dem
Verband der Öcotrophologen (VDO_E) e. V.
vom 08. bis 09. Mai 2009, CongressPark Wolfsburg

SYMPOSIUM KRANKHEITSBILDER IN DER SCHWERPUNKTPRAXIS ERNÄHRUNGSMEDIZIN

Adipositas bei Kindern und Jugendlichen – Die Situation in den Kinder- und Jugendarztpraxen

*Thomas Kauth, Dr. med., Kinder- und Jugendarzt/Sportmedizin/Ernährungsmediziner (DAEM/DGEM),
Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin, Breslauer Straße 2-4, 71638 Ludwigsburg*

In Deutschland gelten 15 % (oder 1,9 Millionen) der Kinder und Jugendlichen als übergewichtig, 800000 (6,3 %) sind stark übergewichtig (adipös). Damit hat sich die Zahl der adipösen Kinder in den letzten 10 Jahren verdoppelt, bei den über 14-jährigen sogar verdreifacht (www.kiggs.de). Weniger als 1 % der betroffenen Kinder und Jugendlichen finden den Weg in ein qualifiziertes Therapieprogramm. Nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (www.a-g-a.de) ist ein multidisziplinäres Team für eine qualifizierte Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter erforderlich. Diese Teams sind jedoch im Bereich der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland nur an wenigen Standorten etabliert.

Im Rahmen der integrierten Versorgung wurde in Baden-Württemberg im Jahr 2005 zwischen dem Landesverband der Betriebskrankenkassen, dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, dem Berufsverband der Kinder- und Jugendpsychiater und – psychotherapeuten, sowie den Fachkliniken Wangen ein Vertrag zur interdisziplinären ambulanten und stationären Betreuung adipöser Kinder und Jugendlicher abgeschlossen. Im Zentrum dieser Betreuung steht der behandelnde, niedergelassene Kinder- und Jugendarzt. Im Rahmen der ambulanten Therapie ist sowohl eine Gruppentherapie (ambulante Intensivschulung) als auch eine Einzelbetreuung möglich. In den ersten 3 Monate liegt der Schwerpunkt in der qualifizierten Ernährungsberatung durch Diätassistentinnen oder Öcotrophologinnen. Anschließend folgt eine ambulante 5-monatige Intensivschulung oder

alternativ eine 4-wöchige stationäre Reha-Maßnahme. Die anschließende ambulante Stabilisierungsphase beendet die insgesamt 12-monatige Betreuungsphase. Als Hauptproblem bei der Umsetzung zeigte sich der Aufbau ambulanter interdisziplinärer Schulungsteams vor Ort und die ausreichende Rekrutierung von adipösen Patienten für eine ambulante Gruppenschulung.

Eine Kooperation der AOK Baden-Württemberg und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg ermöglicht seit 2007 eine Kombination von stationärer Rehabilitation und einem vom medizinischen Dienst (MDK) anerkannten ambulanten Adipositasschulungsprogramm. Hierbei wird von den betroffenen adipösen Kindern und Jugendlichen sowohl die ambulante Adipositasschulung als auch die stationäre Rehamaßnahme durchlaufen. Der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt schleust seine Patienten in dieses Kooperationsprojekt ein, ohne selbst im Zentrum der Adipositastherapie zu stehen.

Eine Möglichkeit zur Prävention von Adipositas im Kindesalter durch ein lokales, interdisziplinäres Netzwerk zur präventiven Ernährungsberatung in Schwangerschaft und Säuglingsalter durch Kooperation von Hebammen, Frauenärzten und Kinder- und Jugendärzten wird vorgestellt.

Der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt spielt eine Schlüsselrolle in der Prävention und Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Die Versorgungsrealität zeigt jedoch, dass die erforderlichen interdisziplinären Teams nur an wenigen Standorten vorhanden sind. Der Aufbau von weiteren Schwerpunktpraxen Ernährungsmedizin (BDEM) in der Pädiatrie ist die Basis zur Verbesserung der ambulanten Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher.



Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V.

„51. Bundeskongress VDD“
in Kooperation mit dem
Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e. V.
und dem
Verband der Oecotrophologen (VDO_E) e. V.
vom 08. bis 09. Mai 2009, CongressPark Wolfsburg

SCHÜLERVERANSTALTUNG

Der Start in das Berufsleben – Bewerbung und Vorstellungsgespräch

Julia Kugler, Dipl. Psych., Bürenstraße 24, 48167 Münster

Ob man mitten in den Prüfungsvorbereitungen steckt oder den Abschluss zur Diätassistentin schon erreicht hat – der Start in das Berufsleben wartet im Anschluss. Dazwischen liegt auf jeden Fall der Bewerbungsprozess, der geplant, gesteuert und durchgeführt werden sollte, wie eine Werbekampagne in eigener Sache. Im Begriff „Bewerbung“ ist das Wort „Werbung“ enthalten und laut Brockhaus ist Werbung „eine planmäßige Information, die die angesprochene Personengruppe zu einem bestimmten Verhalten anregen will“, das bedeutet, die Bewerbung soll zu einer Einstellung führen.

Der Vorgang des Bewerbens ist für viele Menschen mit einem unbestimmten Gefühl des Unwohlseins verbunden. Eltern, Freunde, Lehrer, das gesamte soziale Umfeld und nicht zuletzt man selbst, haben Erwartungen an den Berufsstart, so dass die Situation oft als bedrängend erlebt wird. Typische Abwehrmechanismen wie Aufschieben und Vermeiden sind die Folgen: Die Stellensuchenden sind nicht mit voller Kraft beim Bewerbungsprozess, oft schleichen sich durch Unwissenheit auch Fehler in die schriftlichen Unterlagen ein oder ungünstiges Verhalten beim Vorstellungsgespräch verhindert den Erfolg.

In dem Vortrag werden die einzelnen Stationen des erfolgreichen Bewerbungsprozesses dargestellt und näher erläutert. Zunächst werden die verschiedenen Wege der Stellensuche, wie Internetrecherche, Inserate, aber auch das Knüpfen von Kontakten auf Messen und Kongressen behandelt. Im Anschluss werden Tipps für einen telefonischen Erstkontakt mit dem zukünftigen Arbeitgeber gegeben, damit maßgeschneiderte Unterlagen erstellt werden können. Zu den vollständigen Bewerbungsunterlagen werden im Vortrag umfassende Informationen vermittelt.

Wird die erste Hälfte im Bewerbungsverfahren erfolgreich absolviert, folgt die Einladung zum Vorstellungsgespräch. Mit der persönlichen Präsentation des Bewerbers/ der Bewerberin steht und fällt die Entscheidung für eine Einstellung. Im Vortrag werden die gezielte Vorbereitung sowie der Ablauf eines Vorstellungsgesprächs beleuchtet. Die Auseinandersetzung mit besonders schwierigen Fragen, die Auswirkungen der Körpersprache, Mimik und Gestik, aber auch der Einfluss der Nervosität im Bewerbungsgespräch werden thematisiert.

Insgesamt bietet die Bewerbung die Möglichkeit, die persönliche und berufliche Zukunft zu gestalten - der Vortrag soll dabei helfen und möchte Impulse geben.



Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V.

„51. Bundeskongress VDD“
in Kooperation mit dem
Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e. V.
und dem
Verband der Oecotrophologen (VDO_E) e. V.
vom 08. bis 09. Mai 2009, CongressPark Wolfsburg

SYMPOSIUM ADIPOSITAS

Adipositas- Chirurgie aus Sicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Nordrhein

Peter-Johann May, Dr. med., MDK Nordrhein, Stresemannstraße 13-15, 40210 Düsseldorf

Die Prüfung der individuellen Notwendigkeit einer adipositaschirurgischen Maßnahme ergibt sich aus den rechtlichen Vorgaben des SGB V und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG). Die Leistungspflicht der GKV beinhaltet bei der Behandlung der Adipositas laut BSG unter bestimmten Voraussetzungen auch operative Therapien. Allerdings sei, wenn es um einen chirurgischen Eingriff an einem intakten Organ gehe, eine spezielle Rechtfertigung erforderlich, wobei die Art und Schwere der Erkrankung, die Dringlichkeit der Intervention, die Risiken und der zu erwartende Nutzen der Therapie sowie etwaige Folgekosten für die Krankenversicherung gegeneinander abzuwägen seien.

Die Ergebnisse des Mikrozensus 2005 und des Bundesgesundheits surveys 1998 zeigen eine stetige Zunahme des Anteils adipöser Menschen in der Gesamtbevölkerung. Als maßgebliche Ursache dieser Entwicklung wird eine Verstärkung des s. g. westlichen Lebensstils bestehend aus kalorienreicher Ernährung und Bewegungsmangel angeschuldete. Die Adipositas ist mit erheblichen Komorbiditäten und gesteigerter Sterblichkeitsrate assoziiert. Epidemiologische Untersuchungen beziffern die Folgekosten der Adipositas auf 28% der Gesamtausgaben im Gesundheitssystem der einzelnen Länder. Für Deutschland werden Ausgaben von ca. 20 Milliarden Euro geschätzt. Zur Therapie der Adipositas stehen prinzipiell operative und nicht operative Behandlungsverfahren zur Verfügung. In mehreren Metaanalysen, die bis zu 14.251 Patienten erfassten, wurden für alle Operationsverfahren eine zum präoperativen Status signifikante Gewichtsreduktion und positive Beeinflussung zahlreicher Komorbiditäten ermittelt. Die Aufarbeitung der Früh- und Spätletalität erbrachte für alle Operationsverfahren Werte zwischen 0% und 4%. Die allgemeine Komplikationsrate betrug zwischen 10,7% und 27,4%. Die sichere Zuordnung eines Goldstandards in der operativen Therapie der Adipositas ist aktuell nicht möglich. Zahlreiche Fachgesellschaften formulieren im Wesentlichen gleich lautende Ein-

und Ausschlusskriterien sowie Qualitätskriterien zur operativen Therapie der Adipositas. Trotz dieser sehr konkreten allgemein akzeptierten Aussagen der Fachgesellschaften besteht weiterhin eine mangelnde Transparenz einer lückenlosen Umsetzung der in den Leitlinien geforderten Ein- und Ausschlusskriterien sowie des Nachweises der Behandlungsqualität der Fachabteilungen. Aus diesem Grunde ist aus sozialmedizinischer Sicht die Einrichtung von Qualitätsgesicherten und zertifizierten Adipositaszentren zu begrüßen. Eine entsprechende Zertifizierungs-Richtlinie wurde auf dem 5.Frankfurter Meeting für Adipositaschirurgie im vergangenen Jahr vorgestellt. Für die zweite Jahreshälfte 2009 wurde von der chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Adipositas therapie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie eine neue S3-Leitlinie zur Therapie der Adipositas angekündigt.

Weitere, idealerweise prospektiv randomisierte, Studien u. a. zum Vergleich operativer und konservativer Behandlungsstrategien, zur Patientenauswahl, zum operativen Goldstandard, zur operativen Therapie eines Diabetes mellitus und zur Ausweitung der Altersgrenzen sind erforderlich.



Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V.

„51. Bundeskongress VDD“
in Kooperation mit dem
Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e. V.
und dem
Verband der Oecotrophologen (VDOE) e. V.
vom 08. bis 09. Mai 2009, CongressPark Wolfsburg

M A N G E L - U N D F E H L E R N Ä H R U N G

Mangelernährung in der Geriatrie

Silvia Saba, Diätassistentin, Rugenbohm 21, 22589 Hamburg

Das frühzeitige Erkennen einer Mangelernährung bei alten Menschen ist immer noch ein Problem, dem nicht genügend Aufmerksamkeit gewidmet wird. Das Ausmaß dieser Problematik wird wohl erst dann sichtbar, wenn die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDK in Form von Schulnoten öffentlich gemacht werden. Zeitgleich steigen die Anforderungen an eine optimale Verpflegung von alten und pflegebedürftigen Menschen. Das Speisenangebot wird zunehmend zum Aushängeschild für die Qualität von Einrichtungen der Altenpflege. Der Expertenstandard "Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege" wird zukünftig die Grundlage für eine angemessene Nahrungsversorgung in der Geriatrie bilden.

Alte, kranke und pflegebedürftige Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, sich selbständig adäquat zu ernähren, benötigen Unterstützung. Fehlt diese, besteht die Gefahr einer Mangelernährung. Oft werden dann aufwändige und langwierige Behandlungen und ein vermehrter pflegerischer Aufwand notwendig. Für die Betroffenen bedeutet dies meistens den Verlust der Selbständigkeit und somit Einbußen in der Lebensqualität.

Durch eine mangelhafte Energie- und Nährstoffzufuhr, verschlechtern sich der Ernährungszustand, die Körperfunktionen und somit der allgemeine Gesundheitszustand. Dies manifestiert sich u.a. in einer beeinträchtigten Muskelfunktion, zusammen mit allgemeiner Schwäche und einem erhöhten Sturz- und Frakturrisiko. Weitere Folgen sind eine erhöhte Infektanfälligkeit und Wundheilungsstörungen. Bei akuten Erkrankungen ist die Genesung verlangsamt und Komplikationsrate erhöht.

Für eine erfolgreiche Behandlung ist das frühzeitige Erkennen von Ernährungsrisiken notwendig. Durch regelmäßige Screenings können Risikofaktoren rechtzeitig ermittelt und ggf. beseitigt werden. Ein wichtiges Warnzeichen für eine unzureichende Ernährung ist jeglicher ungewollte Gewichtsverlust. Deshalb genügt es nicht, die Senioren monatlich zu wiegen. Entscheidend ist die Ermittlung von Gewichtsverlusten oder -zunahmen. Nur so können auch bei „unauffälligen“ Personen mit einem BMI im Normalbereich frühzeitig Ursachen erkannt und behandelt werden. Eine Kontrolle des Gewichtsverlaufs gibt auch Aufschluss darüber, ob eingeleitete Ernährungsmaßnahmen wirksam sind.

Das Behandlungsziel bei einer Mangelernährung geht jedoch über das Erreichen eines Gewichtes im Normbereich hinaus. Eine bedarfsgerechte Verpflegung verhindert auch, dass Nahrungsproteine zur Deckung des Energiebedarfs verbraucht werden und so zum notwendigen Wiederaufbau von Organmasse und Skelettmuskulatur, zur Stärkung der Immunabwehr und nicht zuletzt zur besseren Wundheilung beitragen können.

Eine bedarfsgerechte Kost zur Beseitigung einer Mangelernährung ist deshalb nicht ausschließlich hochkalorisch. Es kann in der Praxis nicht ausreichen, die herkömmlichen Mahlzeiten mit Zucker, Butter und Sahne anzureichern. Notwendig ist eine ausreichende Zufuhr an essenziellen Fettsäuren, hochwertigen Proteinen, Vitaminen und Mineralstoffen. Zu einem guten Ernährungsmanagement gehört neben einer detaillierten Planung, die bedürfnisgerechte Zusammenstellung und Zubereitung der Mahlzeiten ebenso, wie entsprechende Rezepturen und organisatorische Vorgaben, die sicherstellen, dass der Bewohner bzw. Patient die ihm entsprechende Mahlzeit auch erhält.

Entscheidende Faktoren dafür, dass Pflegebedürftige dieses sorgfältig gestaltete Verpflegungsangebot auch annehmen, sind, neben der Attraktivität der Speisen, die Zuwendung von Pflegenden, eine angenehme, störungsfreie Essatmosphäre möglichst in Gesellschaft und der Einsatz von Hilfsmitteln, die zu einer selbständigen Einnahme der Mahlzeiten und Getränke befähigen. Bei Schluckstörungen ist die Speisen- und Getränkekonsistenz dem Ausmaß der Beeinträchtigung anzupassen, um eine sichere Nahrungsaufnahme zu ermöglichen. Das Angebot an geeigneten Convenience -Produkten vergrößert sich zunehmend.

Eine regelmäßige Überprüfung der tatsächlichen Nahrungsaufnahme mittels eines Ernährungsprotokolls kann dazu genutzt werden, eine stetige Anpassung der Mahlzeiten an individuelle Vorlieben, Gewohnheiten und Bedürfnisse vorzunehmen, und somit die Verzehrsmengen und die Verzehrsvielfalt zu optimieren.

Eine optimale Nahrungsversorgung ist nur in enger, Beruf übergreifender Zusammenarbeit zu erreichen, wobei Pflegekräfte für die Planung und Organisation verantwortlich sind. Ernährungsfachkräfte sind mit entsprechender Ausstattung an Arbeitsmitteln in der Lage, die Voraussetzungen für eine optimale Therapie der Mangelernährung zu schaffen, in dem sie den täglichen Energie- und Nährstoffbedarf berechnen, in Zusammenarbeit mit den Ärzten Nährstoffanpassungen vornehmen, geeignete Kostformen zusammenzustellen, Ernährungsprotokolle auswerten, Senioren beraten und somit entscheidend zur Verringerung von Pflegeaufwand und Zusatzkosten beitragen.



Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V.

„51. Bundeskongress VDD“
in Kooperation mit dem
Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e. V.
und dem
Verband der Oecotrophologen (VDO_E) e. V.
vom 08. bis 09. Mail 2009, CongressPark Wolfsburg

SYMPOSIUM ADIPOSITAS

Ernährungsmedizinische Betreuung bei adipositas- chirurgischen Eingriffen

*Klaus Winckler, Dr. med., Internist/Ernährungsmediziner, Vizepräsident BDEM,
Hölderlinstraße 10, 60316 Frankfurt/Main*

An der Spitze der Adipositasepidemie, der Adipositas Grad III mit einem BMI >40, befinden sich >1% der deutschen Bevölkerung. Die konservative Therapie bietet dieser Patientengruppe bisher wenige Aussichten auf langfristigen Erfolg, es besteht hier erheblicher Verbesserungsbedarf der vorhandenen Angebote.

Die bariatrische Chirurgie kann derzeit als einzige Therapiemethode zu einer langfristigen und hochgradigen Gewichtsreduktion und Reduktion bzw. Heilung von Folgekrankheiten führen. In Deutschland werden in zunehmender Zahl solche Operationen durchgeführt. Abgesehen von begrenzter Nachbetreuung innerhalb der chirurgischen, oftmals universitären Zentren bestehen derzeit keine adäquaten Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich.

Die Nachsorge nach bariatrischer Operation sollte nicht erst postoperativ beginnen, vielmehr ist die chirurgische Behandlung ein wichtiger Baustein in einem Gesamtkonzept der Behandlung der verschiedenen Grade der Adipositas.

Neben spezieller medizinischer Diagnostik und Behandlung, entsprechend der individuellen Situation des Patienten und dem Operationsverfahren, ist eine multidisziplinäre Versorgung (Ernährungsmediziner, Verhaltens-, Ernährungs- und Bewegungstherapeut) erforderlich.

Die Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin BDEM erfüllt die strukturellen Anforderungen hierfür, eine angemessene Finanzierung der Vor- und Nachsorge steht noch aus.

Die AG Adipositas des BDEM hat einen Behandlungspfad erstellt, der die langfristige ernährungsmedizinische Vorbereitung und Nachsorge in der Schwerpunktpraxis bei chirurgischer Behandlung der Adipositas beschreibt.



Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V.

„51. Bundeskongress VDD“
in Kooperation mit dem
Bundesverband Deutscher Ernährungswissenschaftler (BDEM) e. V.
und dem
Verband der Oecotrophologen (VDOE) e. V.
vom 08. bis 09. Mai 2009, CongressPark Wolfsburg

M A N G E L - U N D F E H L E R N Ä H R U N G

Mangelernährung in der Onkologie - Diätetik und Akzeptanz einer Stoffwechsel- adaptierten Kost für Tumorkranke

Carola Wolschke, Diätassistentin, DKL/DGE, Krankenhaus „St. Georg“, Wirtschafts & Logistik GmbH, Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig

Im Krankenhaus St. Georg in Leipzig ist für den Bereich der klinischen Ernährung seit mehr als 25 Jahren (das zweitälteste Ernährungsteam Deutschlands) ein interdisziplinäres Ernährungsteam zuständig.

Mitglieder des Teams sind der Geschäftsführer des Klinikums, Chefärzte, die Pflegedienstleitung, Mitarbeiter aus der Unternehmensgruppe die die Krankenhausküche betreibt, die Betriebsleiterin sowie die leitende Diätassistentin.

Das Ernährungsteam trifft sich ein Mal im Quartal (bei Bedarf auch öfter) zu einer Küchenboardsitzung. unter der Leitung des Klinikumdirektors.

Thema der ersten Sitzung dieses Jahres war die optimale Speiserversorgung von Patienten mit einer Tumorerkrankung.

Grundlage für die Bearbeitung des Themas war eine neu entwickelte Kostform für Tumorkranke, die an die Veränderungen des Stoffwechsels angepasst ist (Eggert Holm, Stoffwechsel und Ernährung bei Tumorkrankheiten - ISBN 9783131422019).

Dafür wurden Rezepturen ausgearbeitet.

Bei der Auswahl der Nahrungsmittel stand selbstverständlich die Akzeptanz durch die Patienten Vordergrund.

Die Tagesspeisepläne orientieren sich an den Richtlinien der DGE.

Für das Frühstück wurde ein Plan mit vier Varianten erstellt. Das Mittagessen wurde für fünf und die Abendverpflegung für zwei Wochen geplant.

Die Versorgung mit Omega-3- Fettsäuren wird durch wöchentlich drei Fischmahlzeiten (Mittag- und Abendessen) sichergestellt.

Energie- und Nährstoffgehalt der Stoffwechsel- adaptierten Kost für Tumorkranke

Energiegehalt 2000 kcal; Kohlenhydrate 37 % = 185g; Fett 48 % = 106g; Eiweiß 15 % = 73 g (75g).

Fettsäuren: Das Verhältnis von Omega 3 zu 6 Fettsäuren beträgt 3: 6.

Vitamine: Die Empfehlung für die tägliche Vitamin C- Zufuhr wird mit durchschnittlich 100mg und die für Vitamin E mit 13 mg erreicht

Mineralstoffe: Die Mindestzufuhr von Calcium ist mit 605 mg/d erreicht. Durch Calcium reiche Mineralwässer lässt sich dieser Wert jedoch leicht auf 900 mg/d steigern.

Die Eisenzufuhr liegt mit 12 mg /d fast im Bereich der Empfehlung. Da tierische Lebensmittel von den Patienten oft nicht akzeptiert werden, ist eine Steigerung nicht immer möglich.

Akzeptanz der Fett angereicherten Kost

Nahezu 90% der Patienten, die nach diesen speziellen Speiseplänen gepflegt wurden, akzeptierten die neue Kostform. Rd. 7% sprachen sich dagegen aus und etwa 3% machten keine Angaben.



Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V.

„51. Bundeskongress VDD“
in Kooperation mit dem
Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e. V.
und dem
Verband der Oecotrophologen (VDO_E) e. V.
vom 08. bis 09. Mai 2009, CongressPark Wolfsburg

VERSCHIEDENE ASPEKTE DER ERNÄHRUNGSBERATUNG

Wechselwirkungen von Arzneimitteln mit Nahrung

Markus Zieglmeier, Dr., Falkenweg 5, 82140 Olching- Geiselbullach

Für Wechselwirkungen von Arzneimitteln mit Nahrung gilt dasselbe wie für Interaktionen von Arzneimitteln untereinander: Sie werden meist nur bei einer geringen therapeutischen Breite klinisch relevant, d.h. wenn bei einem Arzneistoff der wirksame und der toxische Konzentrationsbereich nicht weit auseinander liegen. Dies ist z.B. bei Antikoagulanzen (Marcumar), Cholesterinsenkern, Antidiabetika oder Immunsuppressiva der Fall.

Man kann eine Einteilung in pharmakodynamische und pharmakokinetische Interaktionen treffen. Daneben gibt es einen Einfluss der Nahrung auf die Wirkstofffreisetzung aus der Arzneiform, z.B. bei magensaftresistenten Dragees.

Beispiele für pharmakodynamische Interaktionen (Wirkungsveränderung ohne Änderung der Plasmaspiegel) sind die Verstärkung der Wirkung von Psychopharmaka durch Alkohol und der Wirkungsverlust von Marcumar durch stark Vitamin-K-haltige Gemüse.

Pharmakokinetische Interaktionen, bei denen der Plasmaspiegelverlauf des Arzneimittels verändert wird, können bei Nahrungsinteraktionen hauptsächlich im Magen-Darm-Trakt und in der Leber auftreten. Die Bindung des Arzneistoffs an Calcium (Milchprodukte, bei Bisphosphonaten und einigen Antibiotika) oder Gerbstoffe (Tee, Kaffee bei einigen Psychopharmaka) kann die Resorption vermindern. Daneben können Nahrungsmittel den First-Pass-Effekt (FPE) beeinflussen. Der FPE beschreibt die Metabolisierung in Darmwand und Leber, die dafür verantwortlich ist, dass ein bestimmter Teil eines oral verabreichten Arzneimittels bereits bei oder nach der Resorption inaktiviert wird und so gar nicht erst an den Wirkort (Rezeptor) gelangt. Ein Beispiel dafür ist die Grapefruit, die durch Hemmung des FPE in der Darmwand immer wieder zu Überdosierungen von Arzneimitteln führt.

Bei magensaftresistenten Arzneiformen (mit Ausnahme von Pellets unter 2 mm) führt die Einnahme mit oder nach der Mahlzeit zu einer starken Verzögerung des Wirkungseintritts, weil diese den Pylorus erst nach der Entleerung des sonstigen Mageninhalts passieren können. Diese Arzneimittel sollten also etwa eine Stunde vor der Mahlzeit eingenommen werden.



Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V.

„51. Bundeskongress VDD“
in Kooperation mit dem
Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e. V.
und dem
Verband der Oecotrophologen (VDO_E) e. V.
vom 08. bis 09. Mai 2009, CongressPark Wolfsburg

Übergewicht im Kindes- und Jugendalter: Soziale Ursachen und Lösungsansätze

*Michael M. Zwick, Dr., Universität Stuttgart, Institut für Sozialwissenschaften (SOW) Abteilung V,
Technik- und Umweltsoziologie, Seidenstraße 36, 70174 Stuttgart*

In der Debatte um die juvenile Adipositas werden die Ursachen zumeist auf ein individuelles Fehlverhalten verkürzt – den längerfristigen Überschuss an aufgenommener gegenüber verbrauchter Energie. Treffen ein opulenter Ernährungsstil, bei beliebten Kindern oftmals mit den Geschmackspräferenzen fett und süß einhergehend, und ein bewegungsarmer Freizeitstil zusammen, dann sind Übergewicht oder gar Adipositas vorprogrammiert.

Die Evaluation von Interventionsmaßnahmen hat allerdings erkennen lassen, dass vor allem jene Ansätze zum Scheitern verurteilt sind, die allein am Betroffenen ansetzen. Die Befunde unseres BMBF-Forschungsprojektes lassen die juvenile Adipositas hingegen als eine Resultante des Zusammenspiels von individuellen, institutionellen und kulturellen Faktoren erscheinen. Einfacher ausgedrückt: Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter sind als normale, erwartbare Begleiterscheinungen in allen modernen Industriegesellschaften anzutreffen. Wurde Schlank-Sein nach dem Kriegsende über frugale Ernährung und dem kindlichen Spiel im Freien strukturell erzwungen, kommt es unter Bedingungen der Überflusgesellschaft vor allem auf die individuellen Kompetenzen bei der Wahl des Ernährungs- und Freizeitverhaltens an, sowie auf die Verfügbarkeit von Ressourcen zur Aufrechterhaltung eines gesundheitsadäquaten Lebensstils. Gemeint sind die Übernahme und selbstdisziplinierte Anwendung von Kompetenzen und Regeln, die normalerweise im Elternhaus erlernt werden.

Der seit den 1970er Jahren ablaufende Strukturwandel hat allerdings zu familialen Erosionsprozessen und zu einem wachsenden Anteil von Familien mit auffälligen Funktionsdefiziten geführt, in denen die Kinder und Jugendlichen immer mehr sich selbst überlassen bleiben, oftmals gravierende Kompetenzdefizite aufweisen und bei der Ausbildung ihres Lebensstils der elterlichen Anleitung und Kontrolle entbehren. In den betroffenen Familien sind individuell- voluntaristische Formen der Ernährung und passiv-konsumtive Freizeitorientierungen vorherrschend. Umgekehrt fehlen regelmäßig ein Bewusstsein über gesundheitsadäquates Verhalten und ein Problembewusstsein hinsichtlich Dickleibigkeit. Diese Familien sind selbst Teil des Problems und zwar auch in

Fällen, in denen Familienmitglieder in Kur- oder Klinikaufenthalten massiv Gewicht verloren haben, einen dauerhaften Umbau des Ernährungs- und Freizeitstils in ihrem adipogenen sozialen Umfeld aber mangels sozialer Unterstützung nicht bewerkstelligen können. Aus zahlreichen Fokusgruppen wissen wir, dass solche Familien nur in Ausnahmefällen durch Kampagnen erreicht werden können und ihre Compliance bei Interventionsmaßnahmen gering ist.

Nimmt man diese Befunde ernst, bedeutet das, dass Interventions-, v.a. aber präventive Maßnahmen multilateral angelegt sein müssen. Vor dem Hintergrund, dass es ungleich schwieriger ist, tief verankerte Gewohnheiten zu verändern als Settings, empfehlen sich Handlungsoptionen, die auf verschiedenartige Weise gesunde Optionen fördern. In dem Vortrag wird eine Auswahl von Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgestellt, die anhand zahlreicher Interviews mit Übergewichtigen und Experten sowie anhand einer Serie von Fokusgruppen ermittelt wurden. Zudem wurden diese Maßnahmen anhand eines Expertendelphis auf ihre potenzielle Umsetzbarkeit und Effektivität hin überprüft. In dem Vortrag wird ein Set mit Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgestellt, die anhand zahlreicher Betroffenen- und Experteninterviews, einer Serie von Fokusgruppen ermittelt und anhand eines Expertendelphi auf ihre potenzielle Umsetzbarkeit und Effektivität hin überprüft wurden. Die vorgeschlagenen Handlungsoptionen zielen gleichermaßen auf individuelle Kompetenzen, Ernährungs- und Freizeitstile wie auch auf institutionelles Handeln, vor allem wenn es darum geht, familiäre Defizite zu kompensieren. Last not least sind politische Interventionen erforderlich, wenn es um selektive Anreize, um ordnungspolitische Maßnahmen und um die Schaffung von dauerhaften Strukturen geht, um die zahlreichen Programme und Kampagnen zu koordinieren um ihre Effektivität sicher zu stellen.

Mit Blick auf die Betroffenen darf dabei nicht vergessen werden, dass persönliche Geschmacksdispositionen, Lebens- und das heißt auch Ernährungs- und Freizeitstile hochgradig symbolisch aufgeladen sind, eine identitätsstiftende Wirkung entfalten und oftmals Ausdruck eines spezifischen Schichthabitus sind, eine oft unterschlagene Einsicht, die wir Pierre Bourdieu verdanken. Bei allen verständlichen Versuchen, „die Welt zu retten“ sollte deshalb Augenmaß hinsichtlich der kulturellen Identitäten der Betroffenen gewahrt werden.