

Medizinisches Update – Chronische Niereninsuffizienz

unter besonderer Berücksichtigung von Ernährungsfragen

Boris Perras

Medizinische Klinik I

Universität zu Lübeck

Die chronische Niereninsuffizienz (CNI) beschreibt eine über mindestens drei Monate bestehende, meist progrediente Einschränkung einzelner oder mehrerer Funktionen der Nieren. Beide Nieren sind gleichermaßen betroffen und zeigen entweder einem funktionellen oder einen strukturellen Schaden. Normalerweise scheiden die Nieren harnpflichtige Substanzen und Wasser aus und regulieren den Elektrolyt- und Säuren/Basenhaushalt. Sie haben aber auch endokrine Funktionen wie die Sekretion der Hormone Renin, Erythropoietin und aktives Vitamin D₃. Renin spielt eine wichtige Rolle für die Regulation des Blutdrucks und des Wasserhaushalts, Erythropoietin fördert die Blutbildung und aktives Vitamin D₃ reguliert den Knochenstoffwechsel. Mit zunehmender CNI können die Nieren diese Aufgaben nicht mehr wahrnehmen und es entwickelt sich das Syndrom der Urämie.

Diagnose und Stadieneinteilung einer Niereninsuffizienz stützen sich in der täglichen Praxis auf die wiederholte Messung der Kreatinin-Clearance. Nach internationaler Übereinkunft liegt im Stadium 1 der CNI noch keine Einschränkung der Kreatinin-Clearance ($> 60 \text{ ml/min/1.73m}^2$) bei aber klinisch fassbarer Nierenerkrankung vor. Im Stadium 5 dagegen ist die Kreatinin-Clearance auf unter $15 \text{ ml/min/1.73m}^2$ reduziert. Dieses Stadium wird auch terminale Niereninsuffizienz genannt und bedeutet für den Patienten, dass ein Nierenersatzverfahren unausweichlich ist. Ein weiteres wichtiges Diagnoseverfahren ist die Analyse des Urins. Erythrozyturie und Proteinurie geben differentialdiagnostische Hinweise auf die Ursachen der Niereninsuffizienz. Insbesondere die weitere Aufschlüsselung der im Urin enthaltenen Eiweiße kann zur Diagnose beitragen. Daneben sind die Ultraschalluntersuchung der Nieren und die Nierenpunktion mit Entnahme einer Gewebeprobe als diagnostischer Goldstandard für die exakte Diagnose einer Nierenerkrankung bedeutsam.

Die Ursachen für die Entstehung einer CNI sind vielfältig. Nahezu alle nephrologischen Erkrankungen können unter bestimmten Umständen einen chronischen

Verlauf annehmen, insbesondere bei verspäteter Diagnose und unterlassener Therapie. Im Vordergrund stehen heute mit einem Anteil von 35% der Diabetes mellitus und mit 23% vaskuläre Ursachen. Eine Glomerulonephritis oder eine angeborene Nierenerkrankung wie Zystennieren kommen mit 13 % bzw. 4 % deutlich seltener vor als noch vor Jahren. Entscheidend für den Verlauf der Erkrankung ist neben einer frühzeitigen Diagnose die Erkennung von reversiblen Ursachen, die dann auch konsequent behandelt werden sollten. Genauso wichtig ist die Ausschaltung aller Faktoren, die die Progression der Nierenerkrankung fördern. Dazu gehört die Einstellung des Blutdrucks auf Normalwerte und die Abschwächung der Proteinurie soweit als möglich. Hierfür hat sich die Medikamentengruppe der ACE-Hemmer und der Angiotensin-II-Rezeptor-Antagonisten als besonders vorteilhaft in zahlreichen Studien erwiesen, sodass der Einsatz dieser Medikamente zum Standardrepertoire in der Behandlung der CNi gehört. Genauso wichtig für die Progressionshemmung ist die Behandlung von Gefäßrisikofaktoren sowie die frühzeitige Korrektur von renaler Anämie und renaler Osteopathie. In dieser Phase der Erkrankung müssen Komplikationen vor allem kardiovaskulärer Art und zusätzliche Noxen unbedingt vermieden werden. Hier seien vor allem Medikamente und Röntgenkontrastmittel genannt, die häufig bei schon vorgeschädigten Nieren ein akutes Nierenversagen induzieren.

Besteht die Grunderkrankung weiter und werden Risiko- und Progressionsfaktoren nicht ausreichend behandelt, kommt es zu einem progredienten Verlust der Nierenmasse. Die Reduktion der Funktionseinheiten (Nephronen) durch Sklerosierung der Glomerula und Fibrosierung der Nierentubuli wird durch die verbleibenden Nephronen zunächst ausgeglichen, letztere werden dann aber durch die konsekutive Hyperfiltration zusätzlich geschädigt. Kann dieser Teufelskreislauf nicht durchbrochen werden und verschlechtert sich die chronische Niereninsuffizienz im Laufe der Zeit trotz aller Bemühungen, entwickelt sich das Syndrom der Urämie. Dieser Symptomenkomplex kann individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein und es können bestimmte Probleme klinisch im Vordergrund stehen, wie z.B. Bluthochdruck, Überwässerung, Azidose, Übelkeit und Erbrechen, renale Anämie und renale Osteopathie.

Für die Patienten bedeutet die zunehmende Urämie eine Einschränkung ihres bisherigen Lebens z.B. durch reduzierte Belastbarkeit oder Anfälligkeit für Infektionen und Komplikationen. Bei stärkerer Einschränkung der Nierenfunktion müssen die Patienten sich rechtzeitig für eines der drei verfügbaren Nierenersatzverfahren entscheiden: Hämodialyse, Peritonealdialyse oder Nierentransplantation. 2005 wurden in

Deutschland 60.000 Patienten mit Hämodialyse und 3000 mit Peritonealdialyse behandelt. Ein funktionstüchtiges Nieren-Transplantat hatten ca. 24000 Patienten. Eigentlich wäre die ideale Behandlung der CNi die Nierentransplantation, da sie am ehesten die Probleme und Komplikationen der Urämie beseitigt und zudem mit ca. 30000€ noch billiger ist als die Hämodialyse, die ca. 50 – 60000€/Jahr kostet. Leider kann die Nierentransplantation wegen des erheblichen Mangels an Spenderorganen nur einem kleinen Teil der Patienten nach durchschnittlich 3.5 Jahren auf der Warteliste angeboten werden. Deshalb wird zunehmend in letzter Zeit als Alternative zur Kadaver-Nierenspende die Lebendspende einer Niere durch einen Angehörigen propagiert. Insgesamt scheint die Inzidenz der CNi zuzunehmen (genaue Zahlen sind unbekannt), auf jeden Fall nimmt die Zahl der Dialysepatienten stetig zu, nämlich gegenüber 1995 ca. 50%. Dabei handelt es sich vornehmlich um ältere Patienten.

Betrachtet man die Mortalität von Dialysepatienten, so fällt auf, dass sie nicht an ihrer Grunderkrankung sterben, sondern an Herz/Kreislaufkrankungen. Erschreckend ist, dass die kardiovaskuläre Mortalität von 25 – 35 jährigen Dialysepatienten der von über 85 jährigen der Allgemeinbevölkerung entspricht. Deshalb richtet sich bei der Behandlung der CNi neben der Kontrolle der Symptome der Urämie ein Hauptaugenmerk auf die beteiligten Risikofaktoren. Neben den klassischen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-erkrankungen wie Nikotin, Bluthochdruck und Diabetes, gibt es weitere, nicht traditionelle, nur bei niereninsuffizienten Patienten relevante Faktoren, wie beispielsweise der sekundäre Hyperparathyroidismus. Diese Knochenstoffwechselstörung führt zu verschiedenen, typischen Knochenveränderungen, aber auch zu extraossärer Verkalkung und Arteriosklerose. In diesem Zusammenhang haben in letzter Zeit die Blutspiegel von Phosphat, Kalzium und Parathormon besondere Aufmerksamkeit erlangt. Wie in einer großen Studie an über 40 000 Patienten kürzlich gezeigt wurde, hängt die Mortalität von Dialysepatienten eng mit diesen Parametern zusammen.

Ernährungsaspekte spielen bei niereninsuffizienten Patienten eine große Rolle. Vor allem Mangelernährung ist ein für diese Patientengruppe typisches Problem, das zur erhöhten Mortalität beiträgt. Spezielle Ratschläge zur Ernährung können bei der langfristigen und manchmal schwierigen Therapie der zunehmenden Urämie sowie der Behandlung der Risiko- und Progressionsfaktoren zur Verbesserung der Situation des Patienten beitragen. Allerdings sind viele ernährungsmedizinische Fragen nur schlecht durch kontrollierte Studien untersucht, z.B. was den Bedarf an wasserlöslichen Vitaminen angeht. Die Frage der Eiweißreduktion in der Ernährung als Maßnahme zur

Progressionshemmung der Nierenerkrankung ist dagegen besser untersucht, es bleibt allerdings ungeklärt, ob eine Eiweiß-reduzierte Diät für alle Patienten empfohlen werden kann. Die Dynamik der Erkrankung vor allem in der Übergangszeit von der CNI zur Dialysebehandlung erschwert häufig eine Beratung, z.B. nimmt der Insulinbedarf eines Diabetikers im Laufe der zunehmenden Niereninsuffizienz wegen der reduzierten Insulin-Clearance ab, dann aber im Verlauf der Dialysebehandlung wegen zunehmender Insulinresistenz wieder zu. Leider können auch Erkenntnisse, die an anderen Patientengruppen gewonnen wurden, nicht ungeprüft auf niereninsuffiziente Patienten oder Dialysepatienten übertragen werden. Dieses Problem wird besonders in der Behandlung der Hyperlipidämie mit Statinen (Hemmer der Cholesterinsynthese) deutlich, die das kardiovaskuläre Risiko bei dialysepflichtigen Diabetikern nicht in dem Maße reduzieren, wie es von Studien bei relativ nierengesunden Patienten zu erwarten war. Für die Langzeitprognose der Patienten wirkt sich besonders das Problem der Incompliance aus, das häufig mit der Schwierigkeit der Umsetzung von wichtigen Zielen einer Ernährungstherapie vergesellschaftet ist, wie z.B. die Einhaltung der Trinkmenge oder einer Phosphatrestriction.

Zusammenfassend ist im Gesamtkonzept der langfristigen Therapie von chronisch nierenkranken Patienten die kompetente Ernährungsberatung und Ernährungstherapie nicht wegzudenken. Sie hat einen großen Stellenwert in der Bemühung, Mortalität und Morbidität günstig zu beeinflussen und hilft den Patienten, den komplexen und häufig unübersichtlichen Anforderungen gerecht zu werden und den Spaß am Essen nicht zu verlieren.

Die sozialmedizinische Bewertung der Adipositas therapie

Dr. med. Michael Dziuk

Sozialmedizinische Expertengruppe „Versorgungsstrukturen“ (SEG 3) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Rheinland-Pfalz

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist der Beratungs- und Begutachtungsdienst der Gesetzlichen Krankenversicherung.

In sieben Sozialmedizinischen Expertengruppen (SEG) sind die Fachkompetenzen der MDK-Gemeinschaft länderübergreifend gebündelt.

Die Sozialmedizinische Expertengruppe „Versorgungsstrukturen“ (SEG 3) bietet den Krankenkassen und ihren Verbänden umfassende, fachkompetente und praxisbezogene Beratung und Unterstützung zu Fragen der ambulanten und stationären Versorgung sowie deren Strukturen, Prozessen und Ergebnissen.

Begutachtungsaufträge der Gesetzlichen Krankenkasse zu Therapien und Konzepten für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Adipositas nehmen in der MDK-Gemeinschaft zu.

Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass etwa 60 Prozent aller Menschen weltweit ein zu hohes Körpergewicht haben, knapp 30 Prozent sind sogar krankhaft fettleibig. Diese Situation nimmt auch in Deutschland quantitativ und qualitativ weiter zu. In Deutschland wurden die Grundlagen für einen nationalen Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten bis zum Jahr 2020 formuliert und die EU-Kommission hat ein Weißbuch zu einer europäischen Strategie zur Bekämpfung von Übergewicht, Adipositas und damit assoziierten Erkrankungen aufgelegt (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/keydocs_nutrition_en.htm). Konsentier te Aktionen sind notwendig, da die wissenschaftliche Evidenz für Maßnahmen gegen Adipositas derzeit als noch nicht vollständig vorliegend erachtet werden muss.

Gesetzliche Grundlagen der sozialmedizinischen Bewertung

Bei der sozialmedizinischen Begutachtung von Adipositas therapien muss der sozialmedizinische Gutachter die gesetzlichen Grundlagen und wissenschaftlichen Erkenntnisse beachten, wie:

- Sozialgesetzbuch (SGB V)
- Urteile des Bundessozialgerichts (BSG)
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
- Internationale wissenschaftliche Literatur und Publikationen unter evidenzbasierten Kriterien
- Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften.

Diese Grundlagen gelten ebenso für alle zugelassenen Leistungserbringer im Gesundheitswesen.

Darüber hinaus sind durch den Gutachter des MDK die

- Vertragliche Vereinbarungen der Spitzenverbände der Krankenkassen,
- Leistungsrechtliche Rundschreiben und Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und
- MDK interne Erkenntnisse aus Gutachten und Anfragen

zu berücksichtigen.

Als eine wesentliche Voraussetzung der sozialmedizinischen Bewertung ist § 12 SGB V anzusehen: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“ Ebenso wie die §§ 2 und 70 SGB V „Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.“ Bei der Überprüfung des „allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse“ werden die Kriterien analog § 135 SGB V (Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) und abgeleiteter BUB-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) angewandt. Diese geben Aufschluss über den zu erwartenden Nutzen der geprüften Methode und sind Grundlage der sozialmedizinischen Beurteilung der Zweckmäßigkeit und damit auch der Wirtschaftlichkeit im Einzelfall.

Auf Grundlage folgender gesetzlichen Möglichkeiten können Maßnahmen durchgeführt und von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden:

	Intervention	Kostenträger
Prävention	Lebensumfeld (Familie, Freunde, Freizeit, Beruf) Eigenverantwortung	Öffentliche Hand, Schulen, Gesundheits-/ Gewerbeämter, §§ 1, 20 SGB V
Ambulante Behandlung	ambulante Behandlung, DMP Eigenverantwortung	§§ 27, 137f SGB V § 1 SGB V
Stationäre Behandlung	Stationäre Behandlung Eigenverantwortung	§ 39 SGB V § 1 SGB V
Reha- bilitation	„ambulant vor stationär“ Eigenverantwortung	Rentenversicherung §§ 40, 43 SGB V § 1 SGB V

Primärprävention (§ 20 SGB V)

Zu § 20 SGB V beschließen die Spitzenverbände der Krankenkassen prioritäre Handlungsfelder und legen entsprechende Leistungskriterien fest. Ein jährlich erstellter Präventionsbericht stellt Transparenz über die Krankenkassen-Leistungen her.

Stationäre Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)

Zur stationären Adipositas (chirurgischen-) Behandlung wurde durch die Sozialmedizinische Expertengruppe „Methoden- und Produktbewertung (SEG 7) der MDK-Gemeinschaft im Januar 2007 ein sozialmedizinisches Grundsatzgutachten

erstellt. Hierbei zeigten Systematische Reviews und Metaanalysen einen Mangel an statistisch einwandfrei geführten randomisierten Studien mit großen Fallzahlen und längerfristigen Nachbeobachtungsintervallen. Eine abschließende Bewertung des Vergleichs konservativ versus operativ ist derzeit ebenso wenig möglich, wie die Formulierung eines Goldstandards innerhalb der Adipositaschirurgie bzw. die Zuordnung spezifischer Patientenmerkmale zu einer bestimmten Operationstechnik. Die wichtigsten Operationsmethoden haben eine geringe Letalitäts- und Komplikationsrate und führen zu einer signifikanten Gewichtsreduktion für drei und mehr Jahre im Vergleich zum präoperativen Zustand. Diese Aussagen können mit ausreichender Sicherheit nur für Patienten mit einem BMI > 40 kg/m² gemacht werden.

Ambulante Schulungsprogramme (§ 43 SGB V)

Ambulante Schulungsprogramme können als „ergänzende Leitungen zur Rehabilitation“ auf der Basis von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V erbracht werden. Die Spitzenverbände der GKV haben zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben gemeinsame Empfehlungen formuliert. Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation richten sich an chronisch kranke Versicherte; sie sind abzugrenzen gegen Leistungen der Krankenversorgung (§ 27 ff. SGB V), Leistungen der stationären Rehabilitation (§ 40 SGB V) und gegen die Eigenverantwortung der Versicherten und ihrer Familien im Sinne von § 1 Satz 2 SGB V. Das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot für Leistungen der GKV ist auch für Maßnahmen gemäß § 43 verbindlich.

Als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung muss für eine Patientenschulungsmaßnahme für chronisch Kranke die indikationsspezifische Wirksamkeit und Effizienz nachgewiesen sein.

Obwohl nach den Kriterien der Evidenz-basierten Medizin die langfristige und damit nachhaltige Wirksamkeit (und Wirtschaftlichkeit) der Schulungsmaßnahmen derzeit nicht nachgewiesen ist, wurde im September 2004 von Vertretern der Spitzenverbände der GKV und Leistungserbringern unter Beteiligung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und des Bundesministeriums für Gesundheit ein Konsensuspapier formuliert, in dem individuelle Voraussetzungen und Qualitätskriterien für die Teilnahme eines Versicherten der GKV an einer Patientenschulung für Adipositas im Kindes- und Jugendalter gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V festgelegt sind.

Erfolg versprechende Patientenschulungsprogramme umfassen laut Konsensuspapier eine Kombination von fünf Modulen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Verhalten, Medizin und Elterneinbindung. Erfahrungen des MDK bei der sozialmedizinischen Begutachtung zeigen Schwachpunkte bisher bewerteter Schulungsprogramme für adipöse Kinder und Jugendliche, auf die potentielle Leistungserbringern im Rahmen der Begutachtung zur Qualitätsverbesserung hingewiesen werden – ein Vorgehen, das bereits zu wahrnehmbaren Qualitätsverbesserungen der Angebote geführt hat.

Maßnahmen der Adipositas therapie sollten unter einem gesamtgesellschaftlichen, interdisziplinären und sektorübergreifenden Ansatz erfolgen. Zur Patientensicherheit und zum Patientenschutz ist es erforderlich, dass die Therapien nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin wirksam und effizient sind. Voraussetzung sind weiterhin transparente Strukturen, Prozesse und Ergebnisse unter Berücksichtigung der notwendigen Qualifikation beteiligter Leistungserbringer.

Demographischer Wandel und Lebensqualität – Kompetenz in Ernährung

2. gemeinsamer Bundeskongress

BDEM, VDD, VDOE

am 25. und 26. April 2008

im CongressPark Wolfsburg

Haushalt und Ernährung – Impulse für eine Neuorientierung von persönlichen sozialen Diensten

Kerstin Hämel

0 Einleitung

Im ersten Teil des Beitrags wird die Bedeutung von Haushalt und Ernährung "generationenübergreifend", für die Bereiche Schule und Altenhilfe und –pflege diskutiert. Exemplarisch für diese beiden Bereiche wird gezeigt, dass Ernährung und Haushalt zurzeit eine Aufwertung erfahren. Eine solche quer durch verschiedene Dienstleistungsfelder vorgenommene Bestandsaufnahme soll dazu ermuntern, vermehrt nach einer gemeinsamen konzeptionellen Identität haushalts- und ernährungsbezogener Dienste Ausschau zu halten und zukünftige Strategien abzuleiten. Der Gewinn einer solchen Betrachtung stößt allerdings dort an seine Grenzen, wo spezifische Anforderungen an ernährungs- und haushaltsbezogene Dienste zielgruppenspezifisch und in verschiedenen Organisationsbezügen sozialer Dienste formuliert werden sollen. Im zweiten Teil des Beitrags wird dem Rechnung getragen, und es werden spezielle Chancen und Schwierigkeiten der Schulverpflegung diskutiert.

Die Schule ist insofern ein interessantes Feld, als durch die Einrichtung von Ganztagschulen die Einführung geeigneter Verpflegungsangebote von hoher Aktualität ist. Bisher haben Schulen in der Organisation von Verpflegungsangeboten wenig Erfahrung; sie stehen vor der Herausforderung, ernährungsbezogenes und verpflegungsorganisatorisches Wissen zu entwickeln. Ich werde argumentieren, dass kooperative Netzwerke mit verschiedenen Akteuren und Interessensgruppen ein wichtiger Baustein sein können, um geeignete Lösungen für die Verpflegung vor Ort zu finden. Es werden Beispiele für solche Netzwerke vorgestellt und Dis-

kussionspunkte aufgezeigt, die mit entscheidend sein können für die Implementierung und Weiterentwicklung geeigneter Schulverpflegungsangebote.

1 Haushalt und Ernährung in der Gestaltung persönlicher sozialer Dienste entlang des Lebenslaufs

Die ernährungs- und haushaltsbezogenen Inhalte erhalten zurzeit im Rahmen der Gestaltung persönlicher sozialer Dienste entlang des Lebenslaufs eine Aufwertung. Der Bedeutungszuwachs kann entlang von drei Diskussionslinien am Beispiel der Bereiche Schule und Altenhilfe beschrieben werden.

Familienergänzende und –unterstützende Funktion von Diensten

Erstens wird den Bereichen Ernährung und Haushalt eine besondere Aufmerksamkeit zuteil, insofern verstärkt die *familienergänzende und –unterstützende Funktion* von Diensten hervorgehoben wird. Galt Ernährung von Kindern und Jugendlichen lange als Privatsache, die auch in Kindergarten und Schule in Form von Pausenbrot eine Aufgabe der Mütter war, so setzt der Umbau des Kindergartenbetreuungs- und Schulsystems in Richtung Ganztagsangebote die Suche nach geeigneten einrichtungsbezogenen Verpflegungsmodellen auf die Agenda.

Im Bereich der Altenhilfe und –pflege gehören Hauswirtschaft und Ernährung seit jeher zum Basisangebot in Heimen und werden aufgrund der steigenden Zahl der Heimbewohner für mehr Menschen wichtig. Auch im ambulanten Bereich wird deutlich, dass mit der bisherigen starken Orientierung auf Körperpflege keine ausreichende Versorgung sichergestellt werden kann. Hauswirtschafts- und Ernährungsangebote im Privathaushalt könnten zu einem Schlüsselfaktor bei der Umsetzung des Politikziels "ambulant vor stationär" werden (z.B. "Haushaltsassistenz für die Pflege" in Rheinland-Pfalz: vgl. Rahmenvereinbarung Haushaltsassistenz 2005).

Öffentliche Sensibilität für Probleme der Fehlernährung in der Bevölkerung

Zweitens gibt es seit einigen Jahren eine gestiegene *öffentliche Sensibilität für Probleme der Fehlernährung in der Bevölkerung*. Insbesondere im Bereich der Ernährung im Kindes- und Jugendalter sorgen Studienergebnisse zur hohen Prävalenz von Übergewicht und Adipositas für ein wachsendes Problembewusstsein (z.B. Kurth/Schaffrath Rosario 2007). Zugleich wird

die Bedeutung des Ernährungsverhalten für die Gesundheit im Erwachsenenalter hervorheben, da gesundheitsbezogenes Verhalten und Einstellungen in Kindheit und Jugendzeit entscheidend geprägt werden. Einige Modellprojekte setzen hier an, und haben zur Prävention von Übergewicht und Adipositas Ansätze für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen auch in Schulen und Kitas entwickelt und durchgeführt¹. Diese Projekte werden oft von Bundes- oder Landesministerien gefördert. Ressourcen und Erfahrungen werden auch durch Kooperationen und eigenständige Projekte verschiedener Organisationen wie den Krankenkassen, der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Verbraucherzentralen, Landfrauenverbände, Universitäten und Fachhochschulen und verschiedenen regionalen Partnern zur Verfügung gestellt.

Bei der Ernährung älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen kippt die Problemdefinition ins Gegenteil um. Hier ist Fehlernährung häufig bestimmt als Mangelernährung, die mit Ernährungsproblemen (z.B. Appetitlosigkeit, Kauprobleme, Schluckbeschwerden) verbunden ist, und vor allem als Begleiterscheinung demenzieller Erkrankungen auftritt (Pauly/Stehle/Volkert 2007; Pirlich et al. 2006). Nach dem aktuellen Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) lagen bei 29,6 % der Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege und bei 34,4 % der Bewohner von stationären Einrichtungen Defizite in der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung vor (MDS 2007: 18; 20). Bei diesen Personen ist "davon auszugehen, dass wichtige Probleme nicht erkannt oder dass erforderliche Maßnahmen nicht ergriffen wurden" (ebd. 66).

Im Unterschied zur Thematisierung von Ernährungsproblemen im Kindes- und Jugendalter erhält das Thema Ernährung bei Pflegebedürftigkeit keine breite Aufmerksamkeit. Der Problembereich wird weniger in präventiv ansetzenden Kampagnen und Modellprogrammen der öffentlichen Gesundheitsförderung bearbeitet, sondern bleibt meist in hochspezialisierten ernährungswissenschaftlichen Expertendiskussionen verhaftet. Einige wenige praxisnahe Informationen für Betroffene, ihre Angehörigen und Mitarbeiter von Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe und -pflege hat insbesondere das Kuratorium Deutsche Altershilfe veröffentlicht². Die von der Robert Bosch Stiftung initiierte Initiative "Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz" stellt bislang noch eine Ausnahme dar. Dort war eine eigene Werkstatt 'Ernährung bei Demenz' angesiedelt. Als ein Arbeitsergebnis der Werkstatt wurden Empfehlungen für eine breit angelegte Kampagne entwickelt, mit der das Thema Prävention und Er-

¹ Z.B. Kieler Adipositas-Präventionsstudie (1996-2009); Children's Health Interventional Trial-Programm (CHILT) der Deutschen Sporthochschule Köln (2001-?); Prevention Education Program (PEP) der Universität München (1994-2008)

² Z.B. KDA (2005): Pro Alter, Heft 3, Essen und Trinken bei Demenz; z.B. Projekt "Benchmarking in der Pflege zum Thema Ernährung und Flüssigkeitsversorgung. Dokumentation der Abschlussveranstaltung: www.kda.de

nährung bei Demenz in verschiedenen Fachbereichen und Öffentlichkeiten stärker präsent gemacht werden soll (z.B. kommunale Altenhilfeplanung, Medienarbeit, Fortbildungen, Krankenkassen) (Rückert 2008: 49; Robert Bosch Stiftung online 2008).

Leitbilder der Alltagsorientierung von Diensten

Beide Entwicklungen zusammen genommen sprechen für einen Bedeutungsgewinn von Ernährung und Haushalt, beschreiben diesen aber noch nicht hinreichend. Als *dritte und entscheidende Entwicklung*, die auf den vorgenannten aufbaut, Haushalt und Ernährung aber zu einer genuinen Qualitätsfrage von Diensten selbst transformiert, ist die Entwicklung neuer *Leitbilder der Alltagsorientierung von Diensten*, die Leitbilder der funktionalen Spezialisierung ablösen. Ernährung und Haushalt können im Rahmen dieser Alltagsorientierung als Schlüsselfaktoren identifiziert werden.

Schule hat in den vergangenen Jahren einen erweiterten gesellschaftlichen Bildungs- und Erziehungsauftrag erhalten, der Prävention und gesundheitliche Fürsorge einschließt (Simshäuser 2005: 4). Die damit einhergehende Ausweitung der Aufgaben von Schule ist als Kritik an ihrem bis dato eng angelegten Bildungsverständnis aufzufassen; Schule – so die einprägsame Forderung – soll zum Lern- und Lebensort werden (VZBZ 2007: 4). Wesentliche Impulse kommen dabei aus dem Ansatz der Gesundheitsförderung (vgl. z.B. Kickbusch 2007; Naidoo/Wills 2003). Danach ist es sinnvoll, Settings wie Schule gesundheitsfördernd zu gestalten, also dort anzusetzen, wo Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen (Naidoo/ Wills: 2003: 259). Hier können Zielgruppen angesprochen werden, die mit klassischen Beratungs- und Aufklärungsangeboten kaum erreicht werden. Zudem kann durch die Schaffung von gesundheitsfördernden Bedingungen im Setting das Problem der fehlenden Alltagstauglichkeit von an das Individuum adressierten Ernährungs- und Gesundheitsprogramme vermieden werden. Experten der Ernährungsbildung haben mehrfach darauf hingewiesen, dass durch eine gesunde Schulverpflegung die Grenzen von rein bildungsorientierten Konzepten überwunden werden können: "[...] statt der Alleinstellung der Bildung über den Gesundheitswert der Nahrung und des Essens liegen für Kinder und Jugendliche weitaus größere Potenziale in einer Schulverpflegung mit hohem Gesundheitswert in Verbindung mit der Ernährungs- und Verbraucherbildung" (Oepping 2007: 30; vgl. Philipps 2007: 40; vgl. Falkenberg 2007: 48). Die Schulverpflegung wird hier als einmalige Chance erkannt, auf das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen nachhaltig positiv Einfluss zu nehmen.

Ist in der Schule die Abkehr vom klassischen Lehrplanwissen ein wichtiger konzeptioneller Ansatzpunkt, so ist die Wende in der Altenhilfe und -pflege eng mit der Erkenntnis verbunden, dass eine hohe Pflegequalität allein kein ausreichendes Ziel von Diensten sein kann; die Ermöglichung einer guten Lebensqualität ist abhängig von einem erweiterten Verständnis dessen, was Altenhilfe und -pflege leisten sollte. In der Altenhilfe und -pflege wird die sinnliche Erfahrung des Essens und der Alltagsorientierung häufig sogar zum Alleinstellungsmerkmal der Begründung der Aufwertung von Haushalt und Ernährung. In Heimen galten bis vor einigen Jahren hotelähnliche Versorgungsstrukturen als erstrebenswert, durch die Hilfs- und Pflegebedürftige von der "Last des Alltags" befreit werden. In den vergangenen Jahren aber findet ein beachtlicher Umdenkprozess statt. Die lähmende Atmosphäre der Untätigkeit, die ein klassisches Problem der Lebensrealität in Heimen darstellt, soll zugunsten eines an der Normalität in Privathaushalten orientierten Tagerhythmus überwunden werden (Dörner 2007: 17, 146). Konzeptionell umgesetzt wird diese Orientierung mit der Rückbindung hauswirtschaftlicher Alltagsaktivitäten an die Lebenswelt der Bewohner. Das tägliche Erleben des "Haushaltführens" soll den Bewohnern nicht nur ermöglichen, den Alltag sinnvoll zu strukturieren, sondern es gibt Ihnen die Möglichkeit ihn nach eigenen Wünschen mitzubestimmen. Indem die Bewohner soweit möglich und erwünscht in Alltagsaktivitäten wie Speisepläne, Kochen, Betten machen, Reinigungsarbeiten und Wäscheversorgung eingebunden werden, können darüber hinaus Kompetenzen der Bewohner erhalten bzw. verloren gegangene Fähigkeiten wieder belebt werden (Eisenreich/Scholl 1998: 7); Die Dezentralisierung der hauswirtschaftlichen Versorgung in Heimen sowie ambulante wohngemeinschaftsähnliche Betreuungskonzepte und die Begleitung der dortigen Bewohner durch Präsenzkkräfte sind Zeugnisse der organisatorischen Flankierung dieser Entwicklung (z.B. Kuratorium Deutsche Altershilfe 2003).

Die Teilbereiche Haushalt und Ernährung kommen im Kern in Schule und Altenpflege zu ähnlichen Entwicklungsanforderungen. Eine nähere Diskussion der Gestaltungsoptionen von haushalts- und ernährungsbezogenen Diensten erfordert freilich den Einbezug zielgruppenspezifischer und organisatorischer Besonderheiten der verschiedenen Dienste. Im folgenden Teil des Beitrags wird die organisatorischen Ausgestaltungsmöglichkeiten im Bereich der Schulverpflegung näher betrachtet. Welche Chancen und Schwierigkeiten ergeben sich bei der Entwicklung von Verpflegungsangeboten im Sinne des angesprochenen Leitbildwechsels?

3 Die Organisation der Schulverpflegung – Chancen und Schwierigkeiten

Schule befindet sich im Zuge des Ausbaus der Ganztagsbetreuung zurzeit in einer Umbruchsituation. Laut Beschluss der Kultusministerkonferenz sind Ganztagschulen verpflichtet, an allen Tagen des Ganztagsbetriebs den teilnehmenden Schülerinnen und Schülern ein Mittagsverpflegungsangebot bereitzustellen (Kultusministerkonferenz 2004: 4). Auch in den sog. G-8 Gymnasien mit erweitertem Nachmittagsunterricht wird die Notwendigkeit der Essensversorgung diskutiert. Bislang fehlt in den meisten Schulen Wissen und Erfahrung im Umgang mit dem Thema Ernährung und verschiedenen Organisationsformen des Verpflegungsangebotes; darüber hinaus müssen verschiedene Finanzierungsmöglichkeiten erschlossen werden.

Die bislang gegangenen Wege in den Schulen vor Ort zeichnen sich sowohl hinsichtlich der Verantwortlichkeiten als auch in der praktischen Umsetzung durch ein hohes Maß an Uneinheitlichkeit aus, oder anders gesagt: sie sind bestimmt von individuellen Lösungen vor Ort (vgl. u.a. Special School 2006). Mittlerweile gibt es eine Reihe von Initiativen unterschiedlicher Akteure auf verschiedenen Ebenen die positive Entwicklungsimpulse geben (v.a. Schule direkt, Kommune, Länder; interessierte Vereinigungen und –verbände aus den Bereichen Schule/Ernährung/Haushalt/Gesundheit, nicht zuletzt: professionelle Verpfleger). Kooperationen mit verschiedenen Partnern können für die erfolgreiche Umsetzung der Schulverpflegung entscheidend sein. Zwar steht eine systematische Aufarbeitung der bisherigen Erfahrungen in der Praxis noch aus, doch können bereits markante Punkte identifiziert werden.

Finanzierung

Es ist bis heute nicht eindeutig von Bund, Land und Kommunen geregelt, wer in der Schulverpflegung die fachliche und finanzielle Verantwortung hat (Kreim 2007). Unsicherheiten und Klärungsbedarfe bestehen insbesondere in Fragen der Finanzierung und Organisation der Schulverpflegung. Der Bereich der *Finanzierung* der Schulverpflegung stellt sich als ein komplexes und unübersichtliches Feld dar. Zur Einrichtung einer Schulkantine in Ganztagschulen und sog. G8-Gymnasien gab und gibt es verschiedene öffentlichen Fördermittel. Ein Blick in die Presse spiegelt einen z.T. großen Unmut in den Schulen über Zugangsmöglichkeiten und Verteilung der Mittel wieder. So gab es beispielsweise 2003 Bundesmittel in Schulen mit verkürztem Abitur, die allerdings nicht allen förderfähigen Schulen gleichermaßen zu Gute kam. "Die Zuschüsse sind vergeben, einige Schulen [...], die schnell beantragt haben, bekamen sechsstellige Beträge, andere gingen leer aus." (Special School 2006: 15) Gerade im Bereich der G8-Gymnasien sind Beschwerden zu vermelden, dass im Zuge einer übereilten

Einführung unter anderem die Einrichtung von Schulkantinen nicht gewährleistet wurde. "An vielen Schulen gibt es auch vier Jahre nach Einführung der G8-Reform immer noch keine Schulkantine." (Stern online 4.2.2008)

Gleichsam schwierig gestaltet sich häufig die laufende Finanzierung der Mittagsverpflegung; sie ist letztlich im Betrieb zu sichern, und soll über die Essenspreise kostendeckend erwirtschaftet werden. In Schleswig Holstein beispielsweise ist der Mittagstisch in offenen Ganztagschulen ein aus Landesmitteln förderfähiges Angebot. Hier können die Schulen für die Mittagsstunde eine Förderung nach Teilnehmerwochenstunden ebenso wie für die übrigen pädagogischen Angebote im Rahmen der offenen Ganztagschule beantragen. Eine Voraussetzung ist die Bereitstellung einer mindestens 50 %-igen Komplementärfinanzierung seitens der Schule selbst, kommunaler und anderer öffentlicher Mittel und über Spenden und Elternbeiträge (Landesregierung Schleswig Holstein 2007: 16).

Durchschnittliche Essenspreisen von 2 bis 3,50 Euro pro Mahlzeit bzw. monatliche Kosten um die 50 Euro pro Kind stellen allerdings für einkommensschwache Eltern eine große finanzielle Belastung dar. Es wird davon berichtet, dass einige Eltern aus Kostengründen Schüler vom Verpflegungsangebot abgemeldet haben. "Schulen, wo nur ein Drittel der Kinder am Mittagstisch teilnehmen, sind besonders in sozialen Brennpunkten keine Seltenheit." (Special School 2005). Damit wird gerade jene Gruppe von Schülern nicht erreicht, die in Studien als überdurchschnittlich betroffen von Fehlernährung identifiziert wird. Auch aufgrund der Exklusionswirkung der Nicht-Teilnahme am gemeinsamen Mittagessen, ist diese Entwicklung hochproblematisch. Viele Initiativen setzen daher auf Zuschüsse für einkommensschwache Familien, in der Regel definiert als ALG-II-Empfänger, Sozialhilfebezieher, Asylbewerber und z.T. ausgeweitet auf weitere, sogenannte Härtefälle.

Dabei zeichnet sich mittlerweile ein Trend dahin ab, dass die Länder eine freiwillige (Mit-) Verantwortung übernehmen. So hat das Land Nordrhein Westfalen ab dem Schuljahr 2007/08 den Landeshilfsfond "Kein Kind ohne Mahlzeit" aufgelegt, der für zwei Jahre rund 50.000 bedürftige Kinder bezuschussen soll. Ein ähnliches Angebot wird u.a. auch in Rheinland-Pfalz vorgehalten (Rundschreiben Rheinland-Pfalz 2006), und wurde jüngst in Hessen eingerichtet (Pressemitteilung Sozialministerium Land Hessen vom 01.04.2008).³ In Saarland läuft die Bezuschussung einkommensschwacher Familien auf Basis einer Verwaltungsvereinbarung zwischen kommunaler/Landkreisebene und Landesebene (Verwaltungsvereinbarung

³ Aufgrund der stetigen Weiterentwicklungen in diesem Bereich, sollen hier nur einzelne Länder illustrativ genannt werden. Eine nicht mehr ganz aktuelle Zusammenstellung der Empfehlungen und Regelungen zur Schulverpflegung der Bundesländer (Stand: August 2007) ist abrufbar unter:
http://www.schuleplusessen.de/cms/upload/pdf/Qualitaetsstandards/070918_Regelungen_Bundeslaender.pdf

Saarland 2007). Üblich ist zurzeit eine Begrenzung der Eigenbeteiligung der Eltern auf 1 – 1,50 Euro, und eine öffentliche Restkostenerstattung durch komplementäre Finanzierung zw. Land und kommunalen oder freien Schulträger, z.T. incl. Anrechnung von Spende und eventuellen Eigenmitteln aus dem Verpflegungsbetrieb⁴ Es gibt darüber hinausgehende Initiativen, die von den Kommunen selbst angestoßen wurden (z.B. Stadt Leipzig: Special School 2005; Landesregierung Schleswig Holstein 2007: 15ff.) bzw. Entscheidungen stehen aktuell auf der Agenda (z.B. Gießener Allgemeine vom 6. März 2008).

Zusätzlich sind zivilgesellschaftliche Initiativen zur Unterstützung einkommensschwacher Familien entstanden. Teils werden in den Schulen selbst oder von Wohlfahrtsverbänden Unterstützungsfonds gegründet (z.B. AWO Schleswig Holstein), oder Schulfördervereine gewähren im Einzelfall Zuschüsse. In Aachen wird das Verpflegungsangebot in Kooperation mit der örtlichen Tafel ergänzt, und in Berlin wurden Patenprojekte mit privaten Sponsoren initiiert (VZBZ 2007: 11).

Jenseits der vorgestellten Ansatzpunkte werden weitere schul- sowie auch themenbezogene Finanzierungsquellen erschlossen. Im themenbezogenen Förderbereich ist insbesondere die Förderung des Einsatzes ökologischer und regionaler Lebensmittel zu nennen. Ein interessantes Projekt haben die Stadt München und das Münchner Kulturfestival Tollwood entwickelt. Unter dem Titel "Bio für Kinder" wird die Umstellung auf Bio-Verpflegung in Münchner Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen initiiert. Münchner Unternehmen übernehmen hier Patenschaften für Einrichtungen, denen Sie über einen Zeitraum von zwei bis drei Jahren einen Beitrag zur Anschubfinanzierung gewähren (Schulverpflegung 2007, 1: 13ff.).

Einzelne Kommunen gewähren Ressourcen durch die Übernahme von Personalkosten für die Mittagsverpflegung (Kreim 2007: 2). Ebenso spielt die Schaffung von Arbeitsplätzen für Langzeitarbeitslosen, 1€-Euro-Jobs und Kooperationen mit gemeinnützigen Beschäftigungsgesellschaften eine Rolle. Gerade bei Bewirtschaftungsmodelle in öffentlichen und gemeinnützigen Trägerschaften sind eine Reihe von verschiedenen Fördermöglichkeiten vorstellbar (vgl. z.B. Kreim 2007).

Die Ansätze zeigen, dass Schulen mit dem Bereich der Verpflegung vermehrt gefordert sind, aktiv nach Mitteln und Kooperationspartnern Ausschau zu halten. Die Autonomie, die Schulen in diesem Bereich zugesprochen wird, erfordert die Entwicklung von Managementkompetenz vor Ort, und es kann zugleich für den Erfolg entscheidend sein, den sozialen, gemein-

⁴ Beispiele des Finanzierungsverhältnisses: Land : Andere: Rheinland-Pfalz: 2/3 : 1/3; NRW: ½ : 1/2; Saarland: 7/12 : 5/12 (ebd.)

wohlorientierten Aspekt einer guten Verpflegung bei potentiellen Partnern hervorzuheben. Positive Impulse sollten jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass Verpfleger von einem hohen Preisdruck berichten, bei dem die Sicherung einer wünschenswerten Qualität nicht immer möglich ist. Hier muss auch ein Bewusstsein gefördert werden, dass gutes Essen nicht zum Nulltarif zu haben ist, und die Bereitschaft der Eltern - jenseits der Frage sozialer Härten - zur Übernahme gewisser Kosten aktiviert werden.

Organisation und Trägerschaft der Verpflegungsangebotes

Die Vor- und Nachteile *verschiedener Bewirtschaftungsmodelle* werden in einigen Fachpublikationen diskutiert und Hilfestellungen zur Entscheidungsfindung für die Schulen zur Verfügung gestellt (z.B. Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2007: 20). Ich möchte die klassische Diskussion über Eigenbewirtschaftung vs. Fremdvergabe nicht aufgreifen, sondern vielmehr darauf hinaus, dass sich in Fragen der Organisation und Trägerschaft weitere Gestaltungsoptionen ergeben, die im wesentlichen mit Unterschieden bezüglich der Einbindungsmöglichkeiten verschiedener Akteure und Ressourcen zu tun haben. Hier können drei Formen unterschieden werden. Schule bzw. Schulträger können:

- (1) sich am Dienstleistungsmarkt orientieren und kommerzielle Anbieter zur Erbringung der Dienste einbinden,
- (2) das Angebot kann aber auch im bestehenden Organisationsgefüge durch Ausbau eigener Ressourcen von der Schule selbst betrieben werden, oder
- (3) Angebote können in Netzwerken betrieben werden, wobei hier Schulen mit
 - (a) gemeinnützigen Einrichtungen oder kommunalen Eigenbetriebe kooperieren können, und/oder
 - (b) das Verpflegungsangebot in Trägerschaft des Schulfördervereins oder einem an der Schule neu gegründeten Verein (Mensaverene) betrieben werden kann

Freilich gibt es hier verschiedene Mischformen, die aber für die folgenden Überlegungen nicht näher relevant sind. Da die jeweiligen Bedingungen und Vorstellungen vor Ort sehr unterschiedlich sein können, gilt es jeweils abzuwägen, welches Organisationsmodell unter den jeweiligen Voraussetzungen geeignet ist. Während der "Verpflegungsmarkt Schule" mittlerweile auf der Agenda der großen Caterer angekommen ist und diesen ein sattes Umsatzplus bietet (Special School 2006: 7), ist es überraschend, dass zwar in vielen Einzelbeispielen von netzwerkzentrierten, gemeinnützigen Trägerschaften und Organisationen zu lesen ist, diesen aber eine vergleichsweise geringe Aufmerksamkeit zuteil wird.

Unter dem Aspekt der Ressourcenknappheit können Kooperationen mit Kommunen und non-profit Anbietern Vorteile bieten. Die Chance der Personalgewinnung über die Beschäftigungsförderung wurde bereits angesprochen. Hier können für den öffentlichen Träger Synergieeffekte mit Aufgaben im Bereich der Arbeitsmarktförderung entstehen. Vor allem aber ist das freiwillige Engagement von Eltern, und zum Teil auch der Schüler selbst, eine zentrale Ressource für die Schulverpflegung. Von den 362 Mitgliedsvereinen des Landesverbandes der Schulfördervereine Baden-Württemberg sind 40 % im Bereich der Schulverpflegung tätig (Kreim 2007: 1). Eltern übernehmen vielfältige Aufgaben wie die Planung und Steuerung der Verpflegung, bereiten das Essen z.T. selbst zu oder übernehmen die Essensausgabe (vgl. ebd. ff., z.B. auch Special School 2006: 7). Auch Schüler engagieren sich über Projekt-AGs, Schüleraktiengesellschaften u.a. – häufig in den Bereichen Schulkiosk und Cafeteria weitgehend selbstständig, manchmal auch durch Mitarbeit beim Mittagstisch (z.B. Special School 2006: 19). Vor allem in Berufsschulen mit Ausbildungen im Ernährungsbereich gibt es Beispiele für die regelmäßige Zubereitung des Essens oder Organisation des Wirtschaftsbetriebs durch ein Schüler-Team (z.B. Schulverpflegung 2006, 1: 28ff).

Je nach Grad der freiwillig geleisteten Hilfen kann dies erhebliche Kosteneffekte haben. So gibt die Mensaleiterin einer Gesamtschule in der Zeitschrift Schulverpflegung (2007, 1: 22) die Auskunft "Nur durch die Mitarbeit der Eltern [...] ist es möglich, so preisgünstig zu sein". Jedoch ist es fraglich, ob ein Angebot langfristig zum Großteil auf ehrenamtlicher Basis getragen werden kann und soll. Wir wissen zwar von einzelnen Schulen, das dies durchaus funktionieren kann, und gerade aus dem Kindergartenbereich ist bekannt, dass das Engagement auch über nachfolgende Elterngenerationen hinweg fortgeführt wird, doch kann dies sicherlich nicht als Selbstverständlichkeit angesehen werden.

Wichtig ist, sich zu fragen wie dieses Engagement gefördert und unterstützt und angemessen gewürdigt werden kann. Die vom Land NRW im Jahr 2007 einmalig bereitgestellte Summe von 400.000 € für ehrenamtliche Initiativen in der Schulverpflegung ist eine sinnvolle Investition, die Nachahmer finden sollte. Direkt vor Ort ist ein Sendungsbewusstsein für Grenzen von Engagement und die Notwendigkeit flankierender Hilfen nötig. Vor allem aber ist ein Bewusstsein darüber notwendig, dass es bei Eltern-(Schüler-)Modellen nicht allein um die potentielle Kostenersparnis geht. Sich engagieren und Mitgestalten wird in den vergangenen Jahren vermehrt als Gewinn für die Gesellschaft als Ganzes anerkannt. Nicht zuletzt ist die Beteiligung der Familien wertvoll, da hier ein weiterer Zugang zu Adressaten ernährungs- und gesundheitsbezogener Bildung geschaffen wird.

Verpflegungsqualität und gesundheitsbezogener Bildungsauftrag

Für welches Verpflegungsmodell sich die Schule auch entscheidet, es scheint unverzichtbar, dass Eltern, Lehrer und Schüler in den Entscheidungsprozess einbezogen werden. In Informationsveranstaltungen und gemeinsamen Workshops sollten Interessen zusammenzutragen und die ggf. verschiedenen Ansprüche an die Verpflegung in einem gemeinsamen Konzept abgestimmt werden. Damit wird eine höhere Akzeptanz des gewählten Modells gewährleistet.

Doch nicht nur in der Vorbereitungsphase, auch in der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung ist die begleitende Einbindung von Eltern und Schülern wichtig. Zur Stärkung der internen Qualitätssicherung empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung daher die Einführung eines Verpflegungsbeauftragten. Durch diese Position soll die Kommunikation und Vernetzung zwischen den Anspruchsgruppen Schülern, Eltern, Lehrer, Schulleitung und Kooperationspartnern in der Verpflegung gefördert und begleitet werden. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung schlägt als geeignete Personen eine Lehrkraft, eine Fachkraft im Bereich Haushalt und Ernährung oder eine Kommission aus Vertretern der beteiligten Anspruchsgruppen vor (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2007: 26). Derlei Verfahren können ernährungswissenschaftliche Orientierungshilfen und Standards sinnvoll wie das vom Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund entwickelt Konzept der Optimierten Mischkost (optimiX) sinnvoll ergänzen (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2007: 17 ff.; *Schulverpflegung 2006*, 4: 8ff).⁵

In den vorhergehenden Überlegungen wurde bereits auf die Chancen einer Verbindung der Schulverpflegung mit *Ernährungs-, Gesundheits- und Verbraucherbildung* aufmerksam gemacht "Schulverpflegung ist [...] nicht nur ein Verpflegungsangebot, das SchülerInnen satt macht, sondern ein umfassendes Bildungsinstrument und Teil eines neuen Verständnisses von Schule als Lebensraum [ist] (Simshäuser 2005: 5). Als Qualitätskriterium der Schulverpflegung sollte daher die Verbindung mit Ansätzen der Ernährungsbildung explizit aufgenommen werden. Schulen können z.B. als Schulkonzept das Thema 'gesundheitsfördernde Schule' wählen, und hieraus Anknüpfungspunkte mit der Schulverpflegung erarbeiten. In den konzeptionellen Ansätzen der gesundheitsfördernden Settings wird Wert darauf gelegt, relevante Akteure in einem partizipativen Prozess einzubinden. Dies läuft auf Basis der Erkenntnis, dass die Akteure des Settings sich durch Beteiligung ihr Umfeld aneignen können und ein eigenes

⁵ OptimiX ist eine Übersetzungshilfe wissenschaftlicher Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung zur Nahrungszusammensetzung und Prävention ernährungsbedingter Krankheiten für Speisepläne in der Schulverpflegung.

Bewusstsein und Wissen entwickeln können, Gesundheit wird nicht vorgeschrieben, sondern was gesund ist, wird selbst mitbestimmt, und die Befähigung dazu stellt einen Bildungsprozess dar.

Nicht zuletzt können in Aktionen und Projekttagen punktuell weitere Bürger, Freiwillige etc. im Sinne einer Öffnung von Schule mit eingebunden werden. Warum nicht einmal mit Senioren ein Projekt zur regionalen Küche initiieren, oder einen Ausflug in ein Heim organisieren, um dort den Küchenbetrieb zu besichtigen? Letztlich sind der Kreativität hier keine Grenzen gesetzt, die Entwicklung solcher Projekte ist vielmehr eine Frage des Engagements von Einzelpersonen, der Netzwerkressourcen einer Schule und damit auch der Bedeutung die in der Schule den Fragen der gesunden Ernährung beigemessen wird.

Hilfestellungen von Außen

Allerdings können Hilfestellungen und Impulse von Außen einen wesentlichen Beitrag zur Verbreitung solcher Initiativen und eine Unterstützungshilfe sein. Bemühungen der Schulen selbst könnten sinnvoll ergänzt werden durch die Schaffung von Ansprechpartnern auf lokaler, regionaler und Landesebene. Viele positive Beispiele finden sich hier im Land Berlin. Berlin hat vor allem durch die im Jahr 2003 herausgegebenen Qualitätsanforderungen für Schulverpflegungsangebote auf sich aufmerksam gemacht. Die Qualitätsanforderungen enthalten konkrete Empfehlungen zu Einkauf und Verarbeitung, Menüzusammenstellung und Deklaration, Transport und Ausgabe sowie ökologisch und regional erzeugten Lebensmittel. Sie dienen als Richtschnur bei Ausschreibungsverfahren und die Vertragsgestaltung mit Verpflegern. Entwickelt wurden die Kriterien an der Vernetzungsstelle Schulverpflegung e. V. in Zusammenarbeit mit verschiedenen Experten, wie der AOK Berlin und der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport Berlin. Die Vernetzungsstelle wurde als unabhängige Verbraucherinitiative zur Verbesserung des Verpflegungsangebots an einer Grundschule gegründet, und hat sich heute als Ansprechpartner für alle Berliner Grundschulen etabliert. Besonders interessant ist, dass das eine Reihe weiterer Prozesse und Projekte dort ihren Ausgang finden. Dabei ist es die Aufgabe der Koordinierungsstelle, potentielle Akteure und Ressourcen zu vernetzen und für Projekte zu gewinnen. Die Vernetzungsstelle arbeitet Fachinformationen zielgruppenspezifisch auf und koordiniert Schulungen und Fortbildungen für die verschiedenen Akteursgruppen vor Ort. So wurden hier Fortbildungen für Lehrer und für Schulcateringunternehmen, Schulungen von Eltern mit Migrationshintergrund initiiert. Auch die

Entwicklung fächerübergreifender Ernährungs- und Verbrauchungsbildungsangebote steht auf der Agenda (Berliner Qualitätskriterien 2005; Special School 2007: 40).

3 Fazit

Anliegen des Beitrags war es, zunächst die Bedeutung von Haushalt und Ernährung als Teilbereiche von sozialen Diensten aufzuzeigen, und konzeptionelle Herausforderungen an haushalts- und ernährungsbezogene Inhalte quer durch die Dienstleistungsfelder aufzuzeigen. Nach einer solchen übergeordneten Bestandsaufnahme konzentrierte sich der Beitrag auf den noch Bereich der Schulverpflegung. Da die Schulverpflegung sich aktuell in einer flächendeckenden Etablierungsphase befindet, bietet sich hier die Chance, im Sinne moderner Leitbilder wie der Gesundheitsförderung und partizipativer Ansätze Verpflegungsmodelle von hoher Qualität zu entwickeln.

Insbesondere da zu Fragen der Verpflegung bislang in den Schulen keine Kernkompetenzen aufgebaut wurden, zeigt sich hier die Gewinnung von Partnern als ein wichtiger Faktor, zusätzliches Know How und Ressourcen zu gewinnen. In den nächsten Jahren wird es vermutlich zu einer Regelung der Kompetenzen und Finanzierungswege kommen. Der Blick in die pluralen, zum Teil sehr hoffnungsvollen Konstellationen der Organisation der Schulverpflegung in der Praxis vor Ort macht deutlich, dass sich Rahmenbedingungen nicht nur durch die Schaffung von Sicherheiten auszeichnen sollten, sondern auch kreative Gestaltungsspielräume vor Ort ermöglichen sollen. Denn es ist wenig sinnvoll den Schulen ein "bestes" Modell aufzuzwingen. Vielmehr sollte die Autonomie von Schulen hier gestärkt werden, damit Schulen ihrem Profil und ihren Ressourcen entsprechend zwischen verschiedenen Optionen wählen können. Eine Schule bevorzugt vielleicht die Zusammenarbeit mit einem großen, überregionalen Caterer, da sie hier eine gleich bleibende hohe Qualität erwartet, die andere Schule setzt vielleicht stärker auf lokale Bezüge und bevorzugt eine Kooperation zwischen Mensaverain und lokaler gemeinnütziger Beschäftigungsgesellschaften, da sie sich hiervon individuellere Abstimmungsmöglichkeiten erhofft. Der Begriff "Schule" sollte in allen Fällen im weiteren Sinne als kleines Netzwerk in sich begriffen werden, das Schüler, Lehrer und Eltern mit ihren jeweiligen Interessen umfasst. Solche Netzwerklösungen im kleinen, wie auch Netzwerke in Zusammenarbeit mit externen Partnern wie Ministerien, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbänden, gemeinnützigen Einrichtungen und Stiftungen und anderen können als wichtige Form der Qualitätssicherung, der Möglichkeit der Erschließung zusätzlicher Finanzierungsquellen und Engagementressourcen aufgefasst werden.

Sicher sind mit den bisherigen Modellen die Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft. Verschiedene Modelle nach dem Motto "Alt für Jung für Alt" wären auch in der Schulverpflegung ein guter Ansatz. Ältere Bürger könnten hier für ein Ehrenamt gewonnen werden, Schüler könnten über das Thema Ernährung und Haushalt Projekte in Heimen mitgestalten. Darüber hinaus bieten Lieferverträge mit bereits bestehenden Küchen in Altenheimen etc. organisatorische Synergien für beide Seiten. Solche Geschäftskontakte dienen häufig als Anstoß für die Initiierung von Austausch- und Begegnungsmöglichkeiten der Generationen. Damit nicht jede Schule hier das Rad von Neuem erfinden muss, ist es sinnvoll Schulen bei Ihren Organisations- und Vernetzungsprozessen stärker zu unterstützen. Die Bündelung von Wissen und Ressourcen in lokalen oder regionalen Koordinationsstellen kann hier als hoffnungsvolles Beispiel gelten.

Literatur:

Berliner Qualitätskriterien (2005): AOK Berlin/ Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport/ Vernetzungsstelle Schulverpflegung Berlin (Hg.): Leistungsverzeichnis zur Vergabe der Verpflegungsorganisation von Ganztagschulen an externe Dienstleister. Teil 1 – Berliner Qualitätskriterien. Berlin: Vernetzungsstelle für Schulverpflegung.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (2007): *Qualitätsstandards für die Schulverpflegung*. Bonn: Deutsche Gesellschaft für Ernährung.

Dörner, K. (2007): *Leben und sterben wo ich hingehöre: Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem*. Neumünster: Paranus.

Eisenreich/Scholl

Falkenberg, B. (2007): "primakids" – Gesundheitsfördernder Unterricht in der Grundschule, in: aid Spezial. Gut gemeint – genial daneben. Ernährungskommunikation in den Lebenswelten junger Menschen. Bonn: aid infodienst Verbraucherschutz, Ernährung, Landwirtschaft e.V.

Gießener Allgemeine (6. März 2008): Sozialausschuss beriet über kostenloses Mittagessen.

Kickbusch, I. (2006): *Die Gesundheitsgesellschaft*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Kreim, A. (2007): Möglichkeiten und Grenzen der Elternbeteiligung bei der Schulverpflegung. Vortrag zum Kongress Schulverpflegung am 19.07.2007. http://www.landwirtschaft-mlr.baden-wuerttemberg.de/servlet/PB/show/1208928/ern_Kreim_Elternbeteiligung.pdf.

Kultusministerkonferenz (2004): Bericht über die allgemein bildenden Schulen in Ganztagsform in den Ländern in der Bundesrepublik Deutschland. Schuljahr 2002/04. Bonn: Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland

Kuratorium Deutsche Altershilfe (2003): *KDA Hausgemeinschaften. Eine Dokumentation von 34 Projekten*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Kurth, B.-M.; Schaffrath Rosario, A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. Bd. 50, Heft 5-6, S. 736-743.

Landesregierung Schleswig Holstein (2007): Gesunde Ernährung in Kindertagesstätten und Schulen. Gesunde Ernährung von Kindern. Bericht der Landesregierung Schleswig Holstein. Drucksache 16/1727.

MDS (2007): 2. Bericht des MDS nach §118 Abs. 4 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.

Naidoo, J./ Wills, J. (2003): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Oepping, A. (2007): Von der "falschen Ernährung" zum "essenden Menschen". Perspektivwechsel in der Lern- und Lebenswelt Schule, in: aid Spezial. Gut gemeint – genial daneben. Ernährungskommunikation in den Lebenswelten junger Menschen. Bonn: aid infodienst Verbraucherschutz, Ernährung, Landwirtschaft e.V.

Pauly, L; Stehle, P.; Volkert, D. (2007): Ernährungssituation älterer Heimbewohner, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Bd. 40, Heft 1, S. 3-12

Philipps, U. (2007): Welchen Beitrag kann Schule zur Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens leisten?, in: aid Spezial. Gut gemeint – genial daneben. Ernährungskommunikation in den Lebenswelten junger Menschen. Bonn: aid infodienst Verbraucherschutz, Ernährung, Landwirtschaft e.V.

Pirlich et al. (2006): The German Hospital Malnutrition Study, *Clinical Nutrition*, Vol. 25, Issue 4, S. 563-572

Pressemitteilung Sozialministerium Land Hessen vom 01.04.2008: Hätefonds startet zum 1. April / Insgesamt 5 Millionen Euro zur Unterstützung bedürftiger Schulkinder bei der Mittagsversorgung. www.hessen.de (Zugriff: 11.04.2008)

Rahmenvereinbarung Haushaltsassistenten (2005): Rahmenvereinbarung über die gemeinsame Einführung des Leistungsangebotes ambulanter Dienste "Haushaltsassistenten für die Pflege" Rheinland-Pfalz.

Robert Bosch Stiftung online: www.bosch-stiftung.de

Rückert, W. (2008): Taten müssen folgen. Die Ernährung bei Pflegebedürftigkeit und Demenz ist oft schlecht, in: Dr. med Mabuse, Nr. 172.

Rundschreiben Rheinland-Pfalz (2006): Sozialfonds für das Mittagessen an Ganztagschulen. Gemeinsames Rundschreiben des Ministeriums des Innern und für Sport und des Ministeriums für Bildung, Frauen und Jugend vom 20. Juli 2006, RS-Kennung 467127.

Schulverpflegung: Hefte 1/2006, 4/2006 und 1/2007

Simshäuser, U. (2005): *Appetit auf Schule – Leitlinien für eine Ernährungswende im Schulalltag*. Berlin: Institut für ökologische Wirtschaftsforschung.

Special School (2006): *GV-Praxis*, 7-8.

Special School (2005): *GV-Praxis*, 6.

Stern online 4.2. 2008: Wir brauchen echte Ganztagschulen. www.stern.de/politik/deutschland/609777.html (Zugriff: 11.04.2008)

Verwaltungsvereinbarung Saarland (2007): Verwaltungsvereinbarung zur Bezuschussung der schulischen Mittagsverpflegung im Rahmen eines ganztägigen Bildungs- und Betreuungsangebots für bedürftige Schüler und Schülerinnen zwischen den Landkreisen, dem Stadtverband, den Städte- und Gemeinden und dem Saarland vertreten durch den Minister für Bildung, Kultur und Wissenschaft.

VZBZ (2007): Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (2007): *Tafel-Freuden? Das Essen an deutschen Schulen. Dossier zur Situation der Schulverpflegung in Deutschland*. Berlin.

**„Alarm im Darm!
Laktose – Fruktose – Reizdarm
diagnostische und therapeutische Optionen“**

Etwa 30 – 50% aller Patienten, die mit gastrointestinalen Beschwerden zum Arzt gehen, können der großen Gruppe der „Reizdarmpatienten“ zugeordnet werden. In vielen Fällen verbirgt sich bei näherer Betrachtung eine Unverträglichkeit hinter chronischen Verdauungsbeschwerden.

Kohlenhydratunverträglichkeiten wie Laktoseintoleranz und -maldigestion, Fruktosemalabsorption und Sorbitunverträglichkeit werden immer häufiger diagnostiziert.

Laktose, Fruktose und Sorbit führen nicht selten zu jahrelangen Beschwerden, bevor eine eindeutige Diagnose erfolgt. Häufig besteht eine Kombination aus mehreren Unverträglichkeiten, wodurch die Zusammenhänge zwischen der Nahrungsaufnahme und den Symptomen nur schwer zu erkennen sind. Hier ist die Erfahrung allergologisch geschulter Ernährungsfachkräfte dringend erforderlich, da die zu meidenden Zuckerstoffe häufig in versteckter Form aufgenommen werden.

Die Therapie besteht im wesentlichen in der Karenz entsprechender Lebensmittel und Berücksichtigung gastroenterologischer Empfehlungen.

Symptomatik bei Kohlenhydratmalassimilationen

- Bauchschmerzen, -krämpfe
- Diarrhö
- Obstipation
- Wechselnde Stuhlkonsistenz
- Meteorismus
- Flatulenz
- Druckgefühl im Oberbauch
- Magenschmerzen
- Übelkeit
- Allgemeines Unwohlsein
- Kopfschmerzen

Diagnostik

Die sensitivste Methode zur Diagnostik einer Kohlenhydratmalassimilation ist der H₂-Atemtest. Der Patient trinkt eine Lösung mit dem zu testenden Kohlenhydrat und muss alle 15 bis 20 Minuten in ein Atemtestgerät pusten. Gemessen wird nun der Anstieg des Wasserstoffs in der Ausatemluft in ppm (parts per million). Steigt der H₂-Gehalt der Atemluft um mindestens 20 ppm ausgehend vom sogenannten Leerwert (erste Atemtestung vor Einnahme der Lösung), kann von einer Unverträglichkeit ausgegangen werden. Neben dem H₂-Anstieg sind jedoch auch die klinischen Symptome nach Aufnahme der Testlösung von Bedeutung und können Hinweise auf eine Malassimilation geben.

In seltenen Fällen kommt es trotz Unverträglichkeit zu keinem H₂-Anstieg in der Ausatemluft, da nicht alle Patienten H₂-bildende Bakterien im Kolon besitzen. Hier ist es besonders wichtig, die klinischen Symptome zu berücksichtigen.

Früher wurde die Diagnose einer Laktoseintoleranz oder -maldigestion häufig mittels eines weniger sensitiven Laktosebelastungstests durchgeführt. Hierfür wurde nach Einnahme der Laktoselösung im Abstand von 30 Minuten der Blutzuckerspiegel gemessen. Bei einem Anstieg des Blutzuckers um ≥ 20 mg/dl über dem basalen Ausgangswert ging man davon aus, dass Laktose in ausreichendem Maß gespalten und resorbiert wurde und entsprechend keine Laktoseintoleranz oder -maldigestion vorliegt.

Pathophysiologie

Laktoseintoleranz/-maldigestion

Bei einer Laktoseintoleranz oder -maldigestion liegt ein Laktasemangel vor. Durch das Fehlen des Enzyms kann das Disaccharid Laktose im Dünndarm nicht in die Monosaccharide Glukose und Galaktose gespalten werden und gelangt ins Kolon, wo es von anaeroben Bakterien zu kurzkettigen Fettsäuren, Kohlendioxid und Wasserstoff metabolisiert wird. Die Laktose und die entstehenden Fettsäuren bewirken den Einstrom von Wasser in das Darmlumen, was u. a. osmotische Durchfälle sowie eine erhöhte H₂-Exhalation bedingt.

Man unterscheidet den primären, genetisch bedingten und den kongenitalen Laktasemangel.

In Mitteleuropa wird die Prävalenz mit 10 bis 20% angegeben. Von einer Maldigestion spricht man, wenn der Milchzucker aufgrund einer Erkrankung des Gastrointestinaltraktes nicht ausreichend resorbiert werden kann.

Fruktosemalabsorption

Das Monosaccharid Fruktose, das vor allem in Obst und Gemüse vorkommt, wird aus dem Jejunum mittels des GLUT-5-Transporters in die Enterozyten der Dünndarmmukosa und von dort weiter ins Blut transportiert. Bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit dieses Transportsystems wird ein Teil der Fruktose nicht resorbiert und gelangt somit in tiefere Darmabschnitte, um letztlich im Kolon durch Bakterien metabolisiert zu werden. Hierbei entstehen Kohlendioxid (CO₂), Wasserstoff (H₂), Methan (CH₄) und kurzkettige Fettsäuren (n-Butyrat, Laktat). Bei Vorliegen einer Fruktosemalabsorption zeigt sich häufig auch eine Überempfindlichkeit auf Sorbit. Die intestinale Fruktosemalabsorption ist nicht zu verwechseln mit der hereditären Fruktoseintoleranz, die auf einem Mangel an Fruktose-1-Phosphat-Aldolase beruht und die eine lebenslange strenge Diät erfordert.

Sorbitunverträglichkeit

Der Zuckeralkohol Sorbit ist in vielen Früchten enthalten. In der Lebensmittelindustrie wird Sorbit als Zuckeraustauschstoff, Trägerstoff, Süßungsmittel und Feuchthaltemittel eingesetzt.

Bei einer Sorbitunverträglichkeit ist die Resorption von Sorbit im Dünndarm eingeschränkt und die Verstoffwechslung erfolgt im Kolon. Bei Überempfindlichkeit auf Sorbit ist auch ein Verzicht auf andere Zuckeralkohole (Mannit, Lactit, Isomalt, Xylit, Maltit) erforderlich.

Ernährungstherapie

Laktose-, Fruktose- und Sorbitunverträglichkeit gehören zu den mengenabhängigen Unverträglichkeiten. Hier empfiehlt sich grundsätzlich eine dreistufige Vorgehensweise.

1. Karenzphase

In dieser 2 bis 4 wöchigen Phase sollte der Patient eine streng laktose-, fruktose-, oder sorbitarme Kost zu sich nehmen. Ziel der Karenz ist das Abklingen der Symptomatik. Um den Gastrointestinaltrakt in dieser Karenzphase weitestgehend zu entlasten, sollten Empfehlungen der „Leichten Vollkost“ mitberücksichtigt werden

2. Testphase

Kommt es nach der Karenzphase bei dem Patienten zu einer deutlichen oder vollständigen Reduktion der Symptomatik, kann anschließend seine individuelle Toleranzgrenze ermittelt werden. Hierfür werden beispielsweise nach einer

Fruktosekarenz Lebensmittel mit einem mittleren Fruktosegehalt langsam wieder eingeführt.

Diese Phase dauert 6 bis 8 Wochen und geht fließend in die Langzeiternährung über. Die Wiedereinführung in die Vollkost kann in der Testphase ebenfalls erfolgen.

3. Langzeiternährung

Langfristig ist die Gewährleistung einer nährstoffgerechten Ernährung zu berücksichtigen. Bei Patienten mit Fruktosemalabsorption oder Sorbitunverträglichkeit ist die Vitaminversorgung über verträgliche Obstsorten und Gemüse sicherzustellen. Laktoseintolerante decken ihren Vitamin B₂ und Calciumbedarf am besten über laktosefreie/arme Milchprodukte.

Differenzialdiagnostik

Kommt es nach sechswöchiger strenger Karenz und der Berücksichtigung der gastroenterologischen Empfehlungen nicht zu einem nahezu vollständigen Nachlassen der Symptomatik, sollten folgende Erkrankungen differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden:

- Histaminintoleranz
- glutensensitive Enteropathie
- exokrine Pankreasinsuffizienz
- Morbus Crohn
- Colitis ulcerosa
- Gallensteine
- Nahrungsmittelallergien
- bakterielle Fehlbesiedelung
- Colon irritabile

Fazit

Bei anhaltenden oder häufig wiederkehrenden abdominalen Beschwerden sollte immer auch an eine Kohlenhydratmalassimilation gedacht werden. Die Ernährungstherapie ist vergleichsweise problemlos umsetzbar und ermöglicht den Patienten einen beschwerdefreien Alltag.

Erfahrungsbericht Externes Praktikum am McKenna Memorial Hospital in New Braunfels/ Texas vom 24.09.-29.10.2007

Im September und Oktober 2007 haben wir, Rebecca Koepke und Meliza Stegmayer, ein fünfwöchiges Praktikum am McKenna Memorial Krankenhaus in New Braunfels, Texas absolviert. Diese einmalige Gelegenheit bot sich an, weil unsere Lehrerin, Frau Weinecker, Bekannte in New Braunfels hat, bei denen wir während unseres Aufenthaltes wohnen konnten. Nachdem der Kontakt mit den beiden Diätassistentinnen des McKenna- Sandy Roberts und Bethany Green- hergestellt worden war, benötigte es einigen organisatorischen Aufwandes, um das Praktikum möglich zu machen. So musste z.B. der Arbeitsvertrag auf Englisch übersetzt und nach New Braunfels geschickt werden. Außerdem war es nötig, für die Zeit in den Vereinigten Staaten von Amerika ein Visum zu beantragen, für das wir unzählige Bescheinigungen vorlegen mussten, u.a. eine Versicherung über die Rückkehr nach Deutschland. Schließlich hat alles geklappt und so flogen wir Ende September voller Erwartung nach Texas.

New Braunfels ist die Schwesterstadt von Neu Braunfels in Deutschland. New Braunfels wurde 1845 im Auftrag des „Vereins zum Schutze deutscher Einwanderer in Texas“ von Prinz Carl zu Solms-Braunfels gegründet. New Braunfels hat einen beachtlichen deutsch-amerikanischen Bevölkerungsanteil, weshalb jeden November anlässlich der deutschen Wurzeln das „Wurstfest“ stattfindet. Es ist sehr berühmt und erinnert an ein kleines Oktoberfest.



Das McKenna Memorial Hospital ist ein vergleichsweise kleines Krankenhaus mit 120 Betten. Es ist ein Allgemeinkrankenhaus und nicht auf bestimmte Krankheitsbilder spezialisiert.

Während unserer Praktikumszeit wurden wir auf die zwei Bereiche Küche und Beratung aufgeteilt. Rebecca begleitete in den ersten zwei Wochen die Diätassistentinnen auf der Station, während ich in dieser Zeit in der Küche arbeitete. Danach haben wir getauscht. Die letzte Woche waren wir dann zusammen mit

Bethany Green und Sandy Roberts in der Beratung eingeteilt.

Durch diese Aufteilung hatten wir die Möglichkeit, ganz individuell und persönlich die verschiedenen Arbeitsbereiche kennenzulernen.

Rund um die Küche am McKenna

In der Küchenzeit haben wir das für uns neue Verpflegungssystem namens „Room Service“ kennen gelernt. Room Service erinnert zunächst einmal an die Bestellung in einem Hotel vom Zimmer aus. So wurden auch am McKenna Memorial Hospital die Bestellungen der Patienten, die anhand einer Speisekarte auswählen konnten, telefonisch vom „Operator“ aufgenommen. Die Bestellungen, die der Operator per Touch Screen in den Computer eingab, wurden automatisch an die Küche weitergeleitet. Innerhalb der nächsten 45 Minuten wurde das Essen frisch aus der Küche ins Patientenzimmer gebracht.

Vergaß ein Patient anzurufen, wurde er vom Operator daran erinnert. Rebecca und ich hatten beide die Möglichkeit, dieses komplexe Computersystems kennenzulernen und probeweise Bestellungen anzunehmen. Das Computersystem zeigte an, wenn Kohlenhydrateinheiten,

Salzmengen oder Fettgehalte etc. überschritten wurden, so dass der Computer auch vom Küchenpersonal bedient werden konnte.

Wir waren sehr beeindruckt von diesem System, das selbstverständlich nur in einem kleinen Haus wie dem McKenna Memorial Hospital mit niedriger Bettenzahl möglich ist.

Am McKenna gab es keine „Diäten“ im eigentlichen Sinne, wie Diabetiker Kost, leichte Vollkost oder Pankreas Aufbaustufen, weil die Patienten je nach eigener Verträglichkeit und Wünschen anhand der Speisekarte sich die Speisen zusammenstellen konnten.

Zu unserem Erstaunen wird auf die Fettmengen bei Diabetikern nicht geachtet, weil sie auch frittierten Fisch mit Pommes oder beispielsweise Pfannkuchen mit Eiern und Bacon zum Frühstück bestellen konnten. Die Unterschiede zwischen Amerika und Deutschland kamen hier sehr deutlich zum Ausdruck. Auch konnten wir uns nicht vorstellen, an deutschen Krankenhäusern Colagetränke und Limonade an Patienten auszugeben. In Amerika dagegen sind Softdrinks nicht wegzudenken- selbst im Krankenhaus nicht.

Die Mitarbeiter in der Küche waren sehr freundlich und uns machte die Arbeit viel Spaß. In den 2 Wochen in der Küche arbeitete ich täglich an verschiedenen Posten, wie das frische Zubereiten der Speisen am Band beim Frühstück und Mittagessen, Verteilen der Speisen auf die Tablettts oder Kontrollieren der Tablettts.

Der „Hostess –Service“ sorgt dafür, dass die Tablettts auf die Stationen verteilt werden. Beim Verlassen der Küche, wie auch vor Betreten des Patienten Zimmers werden die Quittungen gescannt, so dass der Operator im Büro genau weiß, wo sich jedes Tablett befindet. Die Zeitdauer von der Bestellung über die Zubereitung bis hin zur eigentlichen Ausgabe kann somit bestimmt werden.

Mehrmals wöchentlich werden so genannte „Test Trays“ angefordert: Ein Tablett wird auf ein freies Patientenzimmer bestellt, und dort werden die genauen Temperaturen gemessen und ausgewertet. Entsprechen die Temperaturen, die Anrichteweise, Portionsgröße und der Geschmack nicht den Vorschriften, wird dieses dokumentiert und im Meeting besprochen.

Jeden Morgen fand ein Meeting mit allen Küchenmitarbeitern, dem Küchenleiter, dem Departmentleiter und den Diätassistentinnen und uns statt. Dort wurde besprochen, was es an dem jeweiligen Tag für die Cafeteria zu essen gab. Es wurden Geschmackstests gemacht und das Gesamtbild der Cafeteria begutachtet.

In der Küche waren bestimmte Mitarbeiter für die Herstellung der Speisen für die Cafeteria verantwortlich. Täglich gab es verschiedene Gerichte, die sich im 5- Wochen Rhythmus wiederholten.

Es fanden oft Aktionstage statt, wie z.B. den wöchentlichen „Mexican Day“, an dem es viele leckere mexikanische Gerichte gab.

Diätassistenz im Krankenhaus:

Morgens wurden die Patientenbögen und die sogenannten „Nutrition Screens“ von den einzelnen Stationen eingesammelt, um Alter, Gewicht, Größe und Krankheit der Patienten zu erfahren. Diese wurden dann nach Ernährungsrisiken sortiert. Je nach Art des Krankheitsbildes wurden Punkte von 1 -15 verteilt. Erreichte ein Patient, z.B. mit starkem Untergewicht, Nierenschäden oder Leberschäden 15 Punkte, so wurde dieser am gleichen Tag zuerst besucht. Die Diätassistentinnen bestimmen selbst, welche Patienten zu sehen und zu beraten sind und werden nicht von der Station angefordert.

Vor jedem Gespräch mit den Patienten errechneten wir den BMI, der uns Auskunft über das Gewicht des Patienten erteilte. Die meisten waren übergewichtig, wenn nicht sogar adipös. Der XXL Rollstuhl war daher nicht selten in Gebrauch.



Wir lasen die Patientenakte und die Notizen und Anordnungen der Ärzte durch, um uns ein Bild über den Zustand des Patienten zu verschaffen. Nachdem wir die Patienten besucht hatten, wurde im Computer ein Bogen über den subjektiven Eindruck, die Vitalzeichen, die Laborwerte, Medikamente und andere ernährungsbezogene Daten ausgefüllt. Die beiden Diätassistentinnen ließen uns hierbei selbstständig arbeiten.

In einigen Fällen wurde ein Kontrolltermin vereinbart oder ein Termin für eine Einzelberatung. Je nachdem wie viele Patienten zu besuchen waren, dauerte dies bis zum Dienstschluss.

An manchen Tagen jedoch waren auch zusätzlich Einzelberatungen angesetzt. Hier kamen die entsprechenden Patienten in das Büro der Diätassistentinnen im Krankenhaus und dort wurden sie beraten. Wir haben unter anderem an einer Diabetesberatung und einer Gewichtsreduktionsberatung teilgenommen. Meist dauerte eine Beratungssitzung eine Stunde. Die Patienten haben noch Informationsmaterial, die Visitenkarte der Diätassistentin und Lebensmittelproben (z.B. Müsliriegel, salzarme Würzmischungen etc.) mitbekommen.

Wir konnten feststellen, dass inhaltlich nahezu das Gleiche vermittelt wird. Ein Unterschied ist uns hinsichtlich der BE - Berechnung bei Diabetikern aufgefallen. Während in Deutschland eine Broteinheit bzw. Kohlenhydrateinheit 10-12 g Kohlenhydrate sind, wird eine BE in den USA mit 15 g Kohlenhydraten gleichgesetzt. Außerdem wird die Menge der Ballaststoffe in einem TKP von der Menge der Kohlenhydrate abgezogen, so dass die Menge der anrechnungspflichtigen Kohlenhydrate durch einen hohen Ballaststoffgehalt verringert wird.

Uns ist ebenfalls aufgefallen, dass die Nahrungsmittelpyramide anders aufgebaut ist, als wir sie bisher kannten. So verlaufen die einzelnen Nahrungsmittelgruppen nicht horizontal, sondern vertikal zur Spitze hin.

Eine wichtige Aufgabe der Diätassistentinnen am McKenna ist die tägliche Neuberechnung der parenteralen Ernährung. Dazu werden die Laborparameter, wie Elektrolyte, Vitamine und Mineralstoffe täglich überprüft und bei Bedarf neu errechnet. Dies ist ziemlich aufwendig. Die Mischung der parenteralen Ernährung wird dann im krankenhauseigenen Labor unter strengsten Hygienemaßnahmen genauestens abgewogen und vermischt. Wir hatten beide die Chance, bei der Zubereitung einer solchen individuellen Nährstofflösung zuzuschauen. Dazu waren wir von Kopf bis Fuß in Schutzkleidung gekleidet. Es war sehr beeindruckend und interessant.

Aktivitäten außerhalb des McKenna

Neben der Arbeit im Krankenhaus haben die Diätassistentinnen Schulungen im McKenna Healthlink Zentrum durchgeführt.

So leitete beispielsweise Bethany Green eine Schulung von übergewichtigen Jugendlichen und deren Eltern. Das Treffen der „Way to go Kids“-Gruppe fand einmal wöchentlich für zwei Stunden statt. Dort lernten sie viel über gesunde Ernährung und einen gesunden Lebens-

stil. In der ersten Stunde hatten die Kinder Sport mit einem Profisportler. Hier wurden die Jugendlichen und auch die Eltern an Bewegung herangeführt.

Danach fand dann der eigentliche Unterricht statt. Jede Woche wurde ein anderes Thema behandelt und dazu passend entweder etwas gekocht oder eine interaktive Aufgabe erfüllt. Die Hospitationen an diesen Schulungen haben uns großen Spaß gemacht. Man konnte feststellen, dass die Kinder sowie die Eltern am Ende des zehnwöchigen Programms eine Menge gelernt hatten und dies auch versuchten in den täglichen Tagesablauf einzubauen.

Weitere Erfahrungen:

Diätassistentin im Altenheim

Für drei Tage hatten wir die Möglichkeit, eine Diätassistentin in einem Altenheim bei ihrer Arbeit zu begleiten.

Wir haben geholfen, die Anmeldeblätter der Patienten am PC zu schreiben. Wir mussten hierfür unter anderem Energie- und Nährstoffbedarf ausrechnen. Dabei fiel uns auf, dass die amerikanischen Diätassistentinnen anderen Berechnungstabellen folgen als wir.

Wir waren bei Beratungen von Heimbewohnern dabei und haben morgens beim Essenanreichen geholfen.

CATCH – Programm

Einen Tag lang haben wir eine Diätassistentin begleitet, die für das sog. CATCH Programm arbeitet. Das ist ein nationales Programm, das sich die Vermittlung gesunder Ernährung an Grundschulen zum Inhalt gesetzt hat. Die Diätassistentin unterrichtet an mehreren Grundschulen. Es werden dabei alle Schüler von Vorschule bis 5.Klasse über eine gesunde Lebensweise aufgeklärt. Sie verwendet je nach Altersklasse verschiedene Materialien. Für die kleineren Kinder zum Beispiel wurde das jeweilige Ernährungsthema anhand einer Geschichte vermittelt.

Diabetesberatung

Am McKenna Hospital gibt es neben den beiden Diätassistentinnen auch Diabetesberaterinnen. Diese sind entweder weitergebildete Diätassistentinnen oder Krankenschwestern, deren Aufgabe es ist, Patienten über den Diabetes aufzuklären und individuelle Beratungen durchzuführen. Einige Patienten hatten eine Insulinpumpe, deren Werte durch ein bestimmtes Softwareprogramm direkt zu den Diabetesberaterinnen auf dem Computer geleitet werden so dass sie telefonisch über Veränderungen sprechen konnten.

Wir haben in den fünf Wochen am McKenna Krankenhaus sehr viel gelernt und sind sehr froh darüber, unser Praktikum im Ausland absolviert haben zu können.

Mit den beiden Diätassistentinnen sowie mit der Gastfamilie sind wir weiterhin in Kontakt und freuen uns schon auf das nächste Mal, wenn es wieder heisst : „Howdy, auf nach Texas....!“

„Der Start in das Berufsleben“: Die Bewerbung und das Vorstellungsgespräch

Ob Sie mitten in den Prüfungsvorbereitungen stecken oder den Abschluss zur Diätassistentin schon erreicht haben – der Start in das Berufsleben wartet im Anschluss auf Sie. 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, Ihre 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 Sie 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.

- Wege der Stellensuche
- Telefonischer Erstkontakt
- Vollständige Bewerbungsunterlagen
 - Anschreiben
 - Lebenslauf
 - Foto
 - Zeugnisse
- Besonderheiten der persönlichen Darstellung – Gefahren im Internet
- Bewerbungsgespräch
 - Vorbereitung
 - Ablauf
 - Schwierige Fragen /Stärken und Schwächen

Die Wege der Stellensuche und die Analyse des Arbeitsmarktes:

Die Stellenanzeige:

Die wohl gängigste Form der Kontaktaufnahme zwischen den Unternehmen und dem Bewerber ist die Stellenanzeige. In den regionalen und überregionalen Tageszeitungen, aber auch in den Fachzeitschriften, in den Jobbörsen und auf Firmenhomepages findet man Stellenangebote. Die klassische Anzeige ist nach einem bestimmten Schema, dem 5-W-Punkte-Check, aufgebaut und bietet dem Stellensuchenden eine Vielzahl an Informationen, die für den Bewerbungsvorgang notwendig sind.

Fünf „W-Punkte“- Check:

- 1. Wir sind....** Informationen und Selbstdarstellung des Unternehmens:
Dies wird auch zu Werbezwecken benutzt, denn nicht nur Bewerber lesen Stellenanzeigen, sondern auch potentielle Kunden / Patienten und die Konkurrenz.
- 2. Wir suchen....** Konkrete Berufsbezeichnung: z.B. Diätassistentin
- 3. Wir erwarten....** Anforderungsprofil des Bewerbers:
Dabei es geht um die Ausbildung, Spezialwissen, persönliche Eigenschaften sowie besondere Fähigkeiten. Hier werden bewusst sehr hohe Erwartungen an den Bewerber formuliert. Einerseits, um nicht geeignete Kandidaten von einer Bewerbung abzuhalten, andererseits, um die positive Außenwirkung des Unternehmen zu unterstreichen. („Bei uns arbeiten nur hoch qualifizierte Kräfte.“)
- 4. Wir bieten.....** Angebote des zukünftigen Arbeitgebers:
Ein interessanter Arbeitsplatz, Vergütung, Zusatzleistungen, innerbetriebliche Weiterbildung, Unterstützung bei der Wohnraumsuche etc.
- 5. Wir bitten um.....** Informationen zum Bewerbungsverfahren und verlangte Auskünfte:
Welche Unterlagen sind einzureichen (Umfang und Inhalt), Postweg oder E-Mail-Bewerbung,
Ist eine telefonische Kontaktaufnahme erforderlich?
Ist eine Angabe zu den Gehaltsvorstellungen notwendig?

Viele andere Wege führen auch zu einem Job. Natürlich ist im Jahr 2007 das Internet das Mittel der Wahl. Hier gibt es viele verschiedene Stellenbörsen, Adressdatenbanken, wie z.B. www.kliniken.de, ein Verzeichnis aller Kliniken, Reha-Einrichtungen und Pflegeheime in Deutschland. Von dort aus kann direkt auf die Homepage der jeweiligen Einrichtung gewechselt werden und eine direkte Bewerbung ist möglich. Natürlich ist auch die Homepage der Arbeitsagentur eine gute Adresse für offene Stellen, weil man eine regionale Eingrenzung vornehmen kann.

Eine besonders gute Möglichkeit, Kontakte zu knüpfen, ist der Besuch von Veranstaltungen wie Messen und Kongressen. Hier lässt es sich sehr schnell und unkonventionell mit den Verantwortlichen ins Gespräch kommen.

Der telefonische Erstkontakt

Die alte „Blindbewerbung“ gibt es nicht mehr. Bevor eine Bewerbung an eine Einrichtung geschickt wird, die keine konkrete Stellenausschreibung gemacht hat, sollte man vorher anrufen. Dort bekommt man die Erstinformationen für eine maßgeschneiderte Bewerbung:

Ist eine Bewerbung überhaupt möglich und erwünscht?

Wenn ja, dann können Sie mit weiteren Fragen nach Aufgaben, Anforderungen und Ansprechpartnern Ihre Motivation zum Ausdruck bringen. Im nachfolgenden Anschreiben können Sie sich direkt auf das Telefonat beziehen und stellen damit Ihre Aktivität unter Beweis.

Wenn keine Bewerbung erwünscht ist, dann haben Sie sich Zeit, Geld (Bewerbungsmappen, Fotos, Umschläge, Kopien) und falsche Hoffnungen erspart.

Viele Bewerber verzichten aus Angst vor Nervosität darauf, direkt bei einem Unternehmen anzurufen. Lassen Sie sich diese Chance der Kontaktmöglichkeit nicht entgehen, denn bei einer Vielzahl von Telefonanrufen verlieren Sie Ihre Nervosität und außerdem gehört ein wenig Aufregung dazu und ist menschlich.

Vollständige Bewerbungsunterlagen:

Nachdem nun die Recherchearbeit erledigt ist und die ersten Kontakte geknüpft sind, kommt die eigentliche Arbeit an den persönlichen Unterlagen. Sie bestehen aus einem Anschreiben und der Bewerbungsmappe mit dem Lebenslauf, dem Bewerbungsfoto, den Zeugnissen und weiteren Dokumenten.

Das Anschreiben:

Das Anschreiben ist das individuelle Begleitschreiben zu Ihrer Bewerbungsmappe. Sie sollten hier keinen Serienbrief mit Standardfloskeln verwenden, bei dem nur das Adressfeld ausgetauscht wird. Arbeitgeber merken dies sofort. Die schriftliche Bewerbung wird als erste Arbeitsprobe gewertet, daher wird eine persönliche Ansprache erwartet,

- bei der man genau auf das Anforderungsprofil der Firma eingeht,
- warum man sich gerade für diese Einrichtung entschieden hat und
- welche Stärken man mitbringt.

Die Gliederung und Anforderungen eines Anschreibens:

- Maximal eine Seite in DIN A4 Format
- Schriftgröße: elf bis zwölf Punkt
- Betreffzeile (fett): Bewerbung als....
- Anrede mit Namen und evtl. akademischen Titeln
- Einleitungssatz
- Persönliche Vorstellung: Beruf und Ausbildung
- Erfahrungen und Kompetenzen speziell für die Stelle
- Besondere Stärken
- Warum das Unternehmen XY
- Evtl. Eintritt und Gehaltsvorstellungen
- Positive, aktive Abschlussformulierung
- Grußformel
- Unterschrift mit Vor- und Zunamen
- Anlagen

Die Bewerbungsmappe:

Die Mappe sollte ansprechend, seriös und neu sein. Sie ist die „Verpackung“ Ihrer Bewerbung und sollte dementsprechend angemessen zur Tätigkeit passen. Heute werden vielfach Klemmordner genutzt, in denen die die Papiere sauber und geschützt abgelegt werden, ohne dass sie gelocht sind. Noch ein wichtiger Hinweis: Das Anschreiben ist **nicht** Bestandteil der Bewerbungsmappe, sondern wird oben auf den Klemmordner oder locker hinein gelegt

In die Bewerbungsmappe gehören:

- Deckblatt
- Bewerbungsfoto
- Lebenslauf
- Zeugnisse

Das Deckblatt:

Das Deckblatt wird wie eine Titelseite Ihrer Bewerbung genutzt, ist aber nicht zwingend vorgeschrieben. Die Vorteile liegen aber klar auf der Hand: Die Gestaltung kann individuell für das Unternehmen entworfen werden mit dem Hinweis „Bewerbungsunterlagen für die Firma XYZ. Auf diesem Deckblatt wirkt das professionelle Bewerbungsfoto als Blickfang. Natürlich sollte das Bild auch fachgerecht und qualitativ hochwertig sein.

Das Bewerbungsfoto

Menschen sind „Visualisierer“, d.h. sie nehmen ca. 80% aller Informationen über die Außenwelt mit den Augen wahr. Die Wirkung auf den Betrachter hat einen großen Einfluss, wie er die Bewerbung weiter behandelt. Auf jeden Fall macht sich der Betrachter ein Bild vom Bewerber. Hierbei geht es um die Frage, welche Botschaft signalisiert das Bild? Sie sollten zu einem Fotografen Ihres Vertrauens gehen, der Ihre Persönlichkeit in „rechte Licht rückt“ und Sie selbst sollten durch die angemessene Wahl von Kleidung, Frisur und Accessoires zu einem gelungenen Bild beitragen. Wenn Sie kein Deckblatt verwenden, ist das das Foto auf dem Lebenslauf in der rechten oberen Ecke zu befestigen.

Richtlinien für ein Foto:

- Größe: ca. 4 x 6 cm, bei der Position auf dem Deckblatt darf das Foto etwas größer sein (kein Passbild!)
- Das Foto darf nur Kopf, Hals, eventuell Schultern und Brust zeigen (Porträt)
- Zwischenzeitlich sind sowohl Farb- als auch S/W-Bilder akzeptiert
- Keine Privatfotos

Der Lebenslauf

Der Zentralpunkt Ihrer Bewerbung ist der Lebenslauf und an ihn werden drei Anforderungen gestellt: Er muss wahr, lückenlos und vollständig sein. Dieses Schriftstück zeigt, was genau der Bewerber bisher in seinem Leben gemacht oder nicht gemacht hat. Heutzutage erwartet man einen tabellarischen Lebenslauf, der mit dem PC erstellt ist. Handgeschriebene Lebensläufe in Prosaform werden nur bei besonderer Aufforderung versendet.

Der Aufbau und die Anforderungen eines Lebenslaufs:

- Sie haben zwei Sortierungsmöglichkeiten:
 - Chronologische Reihenfolge: angefangen mit dem ältesten Ereignis (in der Regel der Schulbesuch)
 - Umgekehrt chronologische Reihenfolge: jüngstes, aktuellstes Ereignis zuerst
- Umfang maximal zwei Seiten
- Überschrift: Lebenslauf
- Persönliche Daten
- Schulbildung
- Ausbildung/ Studium
- Praktika / Studienbegleitende Tätigkeiten
- Berufliche Erfahrungen
 - Tätigkeiten, Aufgaben, Verantwortlichkeiten
- Besondere Kenntnisse:
 - Weiterbildungen
 - EDV-Kenntnisse
 - Fremdsprachen
 - Interessen
- Ort, Datum, Unterschrift (mit Vor- und Zunamen)

Zeugnisse, Dokumente und Unterlagen

Für alle Abschlüsse, Jobs, Praktika und Fortbildungen, die im Lebenslauf angegeben sind, sollte ein Zeugnis oder eine Teilnahmebescheinigung in Form einer Qualitätskopie beigelegt werden. Das jüngste Zeugnis ist als erstes nach dem Lebenslauf der Mappe anzufügen, darauf folgen die übrigen Bescheinigungen in absteigender Reihenfolge. Schlechte Zeugnisse dürfen nicht unterschlagen werden. Ein nicht beigelegtes Dokument steht für Unaufrichtigkeit, „man hat etwas zu verbergen“, oder man hat eine schlampige Dokumentenordnung. Beides sind K.o.-Kriterien. Ist ein Abschlusszeugnis noch nicht vorhanden, empfiehlt es sich, ein Zwischenzeugnis anzuhäften mit dem Hinweis, das entsprechende Dokument nachzureichen, sobald es vorliegt. Bitte schicken Sie niemals Originale ein und Beglaubigungen brauchen nur bei besonderer Aufforderung eingesandt werden.

Besonderheiten der persönlichen Darstellung – die Gefahren bei der Nutzung von „Social Networks“ wie SchülerVZ und StudiVZ

Bei der Erstellung der Bewerbungsunterlagen haben Sie mit Bedacht die positiven Aspekte Ihrer Person und Ihrer bisherigen Karriere hervorgehoben, um sich dem zukünftigen Arbeitgeber optimal zu präsentieren. Viele Personalchefs benutzen aber zusätzlich das Internet - sie recherchieren in Plattformen wie SchülerVZ und StudiVZ und bekommen dort vielfältige Informationen und Details. Den zahlreichen Benutzern der „Social Networks“ ist die Wahrung der eigenen Privatsphäre scheinbar nicht wichtig oder gar nicht bewusst, denn sonst würde man dort nicht Folgendes finden können:

- Fotogalerien mit Überschriften wie „My life“: Fotos von der Freizeitgestaltung, Familie, Freunde, Urlaub am Strand mit knapper Badebekleidung.
- Persönliche Informationen: Beziehungsstatus, Politische Richtung, Lieblingsbücher, Lieblingsfilme, Lieblingspruch
- Zugehörigkeit bei Gruppen: Die Mitgliedschaft in einer Gruppe (z.B. „Wir hasen Matheunterricht bei Frau H.“ oder „Tokio Hotel for ever“) kann als Scherzwitzig sein, aber manche sind mehr als nur fragwürdig. Wenn die Gruppierung aus dem politischen oder sexuellen Bereich kommt oder gezielt eine vulgäre Sprache benutzt wird, dann würde man es in der Realität nie dem Arbeitgeber zeigen.
 - Weitere Beispiele: „Kiffen ist gesund, das weiß nur keiner.“
 - „Ich komm schon voll zum Vorglühen“

Die persönliche Auswahl an Gruppenmitgliedschaften und Fotos ist somit sehr aussagekräftig und kann ein schlechtes Licht auf den Bewerber werfen. Sicher haben andere Kandidaten auch schon ausgelassen gefeiert, aber kein Beweismaterial im Internet dafür hinterlegt. Im Entscheidungsfall wirken Bewerber ohne privaten Auftritt im Netz deutlich seriöser.

Diese Plattformen bieten Möglichkeiten, sich mit Freunden auszutauschen, aber man sollte gewisse Vorsichtsmaßnahmen treffen, um nicht für alle Benutzer im weltweiten Internet offen präsent zu sein. Überprüfen Sie daher Ihr Profil, wenn Sie Mitglied in einem „Social Network“ sind und verändern Sie es so, dass nur Ihre „wirklichen Freunde“ einen Einblick haben. Hinweise hierzu finden Sie unter folgendem Link:

www.servicebureau.de/publication.php

Download: Infopapier: Wofür werden noch Spione gebraucht.

Einen weiteren interessanten Bericht zu diesem Thema findet man auf

www.fixmbr.de/karrierekiller-studivz/

Fazit:

Diese wichtigen Aspekte einer guten Bewerbung garantieren zwar nicht, dass man den angestrebten Job auch wirklich bekommt. Aber Sie landen bei geeigneter Qualifikation erstmal nicht auf dem Stapel mit den Absagen. Wenn Sie in die nächste Runde kommen, wartet die Herausforderung des Vorstellungsgesprächs auf Sie!

Das Bewerbungsgespräch:

Sie haben die ersten 50% des Auswahlverfahrens erfolgreich gemeistert, denn Sie haben entweder schriftlich oder telefonisch eine Einladung für ein persönliches Kennen lernen erhalten. Nachdem Sie den Termin bestätigt haben, nutzen Sie die Zeit für eine sorgfältige Vorbereitung. Um einen Arbeitsvertrag zu unterschreiben, fehlen Ihnen die zweiten 50 %. Sie können davon ausgehen, dass die weiteren Kandidaten, Ihre Konkurrenz, mit der gleichen guten Qualifikation und perfekten Unterlagen an den Start gehen.

Tipps für die Vorbereitung auf ein Vorstellungsgespräch.

- Verschaffen Sie sich aktuelle Informationen über die Einrichtung:
 - Zeitungsrecherche, Internet, Firmenprospekte, etc.

- Weg- und Zeitplanung:
 - Anfahrt mit dem PKW / öffentliche Verkehrsmittel, Fahrtroute, Parkmöglichkeiten, Verkehrsprobleme

- Was ziehe ich an?
 - Angemessene, gepflegte Kleidung, in der Sie sich dem Anlass und dem Arbeitsfeld entsprechend attraktiv fühlen.

- Welche Unterlagen nehme ich mit?
 - Schreibmappe mit Block und Stiften, Duplikate der versendeten Unterlagen,

- Welche Fragen kann ich stellen?
 - Gestaltung der Einarbeitungsphase, Möglichkeiten der Weiterbildung, etc. Notieren Sie diese Fragen schriftlich!

- Verstellen Sie sich nicht!
 - Ihre Körperhaltung, Mimik, Blick und Stimme sagen etwas über Ihre Befindlichkeit aus und dienen zur Einschätzung Ihrer Person. Eine gewisse Nervosität während des Gesprächs ist zu Beginn normal und legt sich im Laufe der Zeit. Man möchte Sie als Person kennen lernen und feststellen, ob Sie ins Team passen.

Der Ablauf eines Vorstellungsgesprächs

Jedes Vorstellungsgespräch läuft anders ab und ist abhängig vom Interviewer, der Firmenphilosophie, dem Bewerber und der Interaktion der drei Faktoren. Insofern gibt es nicht „den typischen“ Ablauf, sondern eine gewisse Struktur, die man häufig findet:

Grobe Struktur eines Vorstellungsgesprächs:

- Anwärmphase / Warm-up
 - Begrüßung, Smalltalk, Anbieten eines Getränkes, Herstellen einer Beziehungsebene
 - Abbau der Nervosität
- Darstellung des Unternehmens
 - Vom Allgemeinen zum Speziellen: Geschichte, Entwicklungen, Besonderheiten, Bereiche, Abteilungen, der zur Verfügung stehende Arbeitsplatz
- Darstellung des Bewerbers: Erzählen Sie von sich!
 - Fragephase:
 - Bildungs- und Berufsweg,
 - persönliche und familiäre Situation,
 - Selbsteinschätzung
 - Motivation
- Zielvereinbarungen/ Klärung von vertraglichen Fragen
- Fragen des Bewerbers
- Gesprächsabschluss, eventuell neue Terminvereinbarung

Viele Ratgeber bieten einem eine Auswahl an Fragen an, die oft in einem Vorstellungsgespräch gestellt werden. Damit sollten Sie sich gedanklich auseinandersetzen, damit Sie darauf antworten können, aber bitte lernen Sie keine Antworten auswendig, denn der Interviewer wird dies bemerken und Sie verlieren Ihre natürliche Ausstrahlung.

Folgende Fragen werden häufig im Bewerbungsgespräch gestellt:

- Warum wollen Sie für uns arbeiten?
 - Haben Sie genug Informationen über den Betrieb, um fundiert antworten zu können?
 - Informationen aus der Recherche benutzen
 - Eigenmotivation und Engagement darstellen

- Warum haben Sie den Beruf gewählt?
 - Motivation
 - Selbstbestimmung bei der Berufswahl
 - Nachhaltigkeit des Berufswunsches – langfristige Tätigkeit

- Schildern Sie die wichtigsten Aufgaben Ihres letzten Arbeitsplatzes / während der Ausbildung?
 - Die Art und Weise der Antwort gibt Aufschluss über die Qualität der Arbeit/ der Ausbildung, die Selbstreflexion und die Verbundenheit mit dem alten Arbeitgeber. Möglicherweise werden unternehmensinterne Informationen dabei preisgegeben. **Vorsicht!**

- Wo sehen Sie Ihre Stärken?
- Wo sehen Sie Ihre Schwächen?
- Wo und wann waren Sie am erfolgreichsten?
- Wo waren Sie weniger erfolgreich?
- Welche Tätigkeit macht Ihnen am meisten Freude?
 - Bei diesen Fragen ist es wichtig, nicht in hohlen Phrasen zu antworten, sondern Ereignisse zu nennen, bei dem Sie bestimmte Eigenschaften unter Beweis gestellt haben:
 - z.B. Kreativität als Stärke: Dekorationen und Verzierungen, die Sie entworfen haben.
 - Eine Schwäche von sich erkennen und nennen können, die einen für den Beruf nicht disqualifiziert, sondern ein Entwicklungspotential aufzeigt: z.B. Englischkenntnisse.

- Fragen nach dem Privatleben / der Zukunftsplanung und den Hobbys:
 - Allgemein gehaltene Fragen sind zulässig, aber direkte Frage nach Heiratsplänen oder der Familienplanung sind nicht zulässig.

- Sind Sie schwanger?
 - Fragen nach einer bestehenden Schwangerschaft sind unzulässig, damit Frauen bei der Bewerbung nicht benachteiligt werden. Etwas anderes gilt nur, wenn die Frage dem Schutz der Schwangeren und des ungeborenen Kindes dient, weil die Stelle für Schwangere gefährlich wäre.

- Fragen nach dem Gesundheitszustand / Behinderungen:
 - Die Frage nach einer tatsächlichen Behinderung ist nur zulässig, wenn diese die Eignung des Bewerbers für die Stelle erfahrungsgemäß beeinträchtigt. Davon zu unterscheiden, ist die Frage nach einer anerkannten Schwerbehinderung. Diese ist stets zulässig, weil sich für den Arbeitgeber besondere Fürsorge- und Schutzpflichten ergeben. Der Bewerber muss seinerseits auf eine Behinderung nur hinweisen, wenn ihm die Ausübung der Tätigkeit deshalb unmöglich ist. Das gleiche gilt für bestehende Krankheiten.

- Fragen nach Gewerkschafts-, Parteizugehörigkeit und Konfession:
 - Der Arbeitgeber darf nicht nach der Gewerkschaftszugehörigkeit fragen. Die Frage darf vom Bewerber nicht oder unwahrheitsgemäß beantwortet werden. Das gilt auch für eine Parteizugehörigkeit. Die Frage nach der Konfession ist ebenfalls unzulässig. Eine Ausnahme besteht jedoch bei religionsgebundenen Arbeitgebern oder Tendenzbetrieben, wie z.B. konfessionellen Krankenhäusern oder einer Gewerkschaft.

Wird dem Bewerber eine unzulässige Frage gestellt, so hat er das Recht, die Frage nicht oder unwahrheitsgemäß zu beantworten („Recht zur Lüge“). Die falsche Beantwortung der Frage hat keine negativen Rechtsfolgen für den Bewerber. Insbesondere kann der Arbeitgeber den Arbeitsvertrag nicht wegen arglistiger Täuschung anfechten.

- Welche Gehaltsvorstellungen haben Sie?
 - Bei Gehaltsverhandlungen, wenn nicht nach Tarif bezahlt wird, informieren Sie sich über die branchenüblichen Anfangsgehälter im Internet:
 - Beispiel: /www.sueddeutsche.de/app/jobkarriere/gehaltstest/

Beruf im Detail

Diätassistent/in

Durchschnittsgehalt in Euro (Brutto):*

Anfangsgehalt (monatlich): 1864 Euro

BAT VIb (Angestellte im Kommunaldienst West)

Quelle: BAT 2004

** Die angegebenen Gehälter können nur Anhaltspunkte sein. Das individuelle Gehalt kann je nach Ausbildung, Berufserfahrung, Position, Branche, Ort etc. nach oben oder unten abweichen.*

In der eigentlichen Verhandlung sollten Entwicklungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, so kann man zunächst mit einem niedrigeren Einstiegsgehalt anfangen und über Nachverhandlungen bei erfolgreicher Probezeit diskutieren. In vielen Unternehmen werden bei Gehaltsverhandlungen die Bruttojahresgehälter als Gesprächsgegenstand genommen. Dabei muss man bedenken, was gehört zum Jahresgehalt?

Gibt es Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, etc.? So kann der Betrag schon mal um 2000 Euro schwanken. Bei der Berechnung sollte man aber nicht nur auf das Gehalt sehen, sondern auch, welche Lebenshaltungskosten bei der Tätigkeit entstehen? Dabei spielen folgende Sachverhalte eine wichtige Rolle:

- Steht ein Umzug an?
- Brauche ich ein Auto?
- Wie weit ist der Arbeitsplatz entfernt?
- Gibt es besondere Vorteile?
- Und der wichtigste Aspekt: Wird mir der Arbeitsplatz gefallen?

Zum Abschluss des Gesprächs haben die Bewerber noch die Möglichkeit zu fragen, wie das Auswahlverfahren weiter geht und wann der Bewerber mit einer Entscheidung rechnen kann.

In der Gesamtbetrachtung möchte ich Ihnen noch einmal zwei Dinge verdeutlichen:

- **Verstellen Sie sich nicht!**
- **Bereiten Sie sich gut vor!**

Das Bewerben ist eine spannende Herausforderung und ich wünsche Ihnen dabei

viel Erfolg.

Julia Kugler
Diplom-Psychologin
Coaching und Beratung