



Deutsche
Rentenversicherung

Ernährungstherapie in der medizinischen Rehabilitation

Praxishilfe:
Antworten auf häufig gestellte Fragen



Die Praxishilfe wurde im April 2020 im Nachgang zur Fachtagung Ernährungstherapie der DRV Bund am 09. und 10.11.2018 unter der Mitarbeit von Dr. med. Sabine Schrag, Dipl. Psych. Antje Hoppe, Dr. med. Susanne Engel und von Dr. phil. Ulrike Worrington, Dezernat 8023, Abteilung Rehabilitation der DRV Bund erstellt.

Wir danken folgenden Expertinnen und Experten für die vielen hilfreichen Hinweise und Anregungen (alphabetische Reihenfolge):
Evelyn Beyer-Reiners (Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.), Dipl. oec. troph. Felicitas Härlin (Fachklinik Sonnenhof), Dr. med. Ralph Jäger (DRV-Bund), Dr. med. Marion Kalwa (DRV-Bund), PD Dr. ret. nat. Karin Meng (Universität Würzburg), Jana Oehme (DRV-Bund), Dr. rer. medic. Andrea Reusch (Universität Würzburg), Dr. med. Ariane Schulte (DRV-Bund), Dr. Astrid Steinbrecher (DRV-Bund), Dipl. oec. troph. Christian Toellner (DRV Nordbayern, Frankenland-Klinik).

Die Praxishilfe wird regelmäßig von Dipl. oec. troph. Christine Reudelsterz (DRV-Bund) aktualisiert.

Redaktionelle Vorbemerkung:

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in der Praxishilfe auf die geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Sämtliche Rollenbezeichnungen gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

1. Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung für die Ernährungstherapie	5
1.1 Strukturvorgaben der Deutschen Rentenversicherung	5
1.1.1 Strukturqualität	5
1.1.2 Klassifikation therapeutischer Leistungen	7
1.1.3 Reha-Therapiestandards	7
1.1.4 Orientierungsgliederung für das medizinische Konzept	7
1.1.5 Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation	8
1.1.6 Handbuch Ernährungsmedizin in der Rehabilitation	8
1.1.7 Gesundheitstrainingsprogramm	8
1.2 Fachliche Qualifikation der Ernährungsfachkräfte	9
1.3 Anforderungen an die Rehabilitandenverpflegung	11
1.4 Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis (LEKuP)	13
2. Ernährungstherapie im Reha-Team	14
2.1 Wo sind Ernährungsfachkräfte in der Reha-Einrichtung tätig?	14
2.2 Wem sollten Ernährungsfachkräfte dienstlich unterstellt sein?	15
2.3 Standards zur Durchführung der Ernährungstherapie	15
2.4 Anforderungen an die Fortbildung der Ernährungsfachkräfte	16
3. Ernährungstherapie im Rehabilitationsprozess	17
3.1 Vor der Reha	17
3.2 Aufnahme der Rehabilitanden, Anamnese und Therapiezielfindung	18
3.3 Ernährungstherapeutische Leistungen	21
3.3.1 Ernährungsberatung im Einzelgespräch	21
3.3.2 Patientenschulung und Gruppenangebote	22

3.3.3	Speisesaalbetreuung und Buffetschulung	23
3.3.4	Lehrküche	23
3.3.5	Einkaufstraining	24
3.4	Beitrag der Ernährungstherapie zum Reha-Entlassungsbericht	25
3.5	Ernährungstherapie in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung	26
3.6	Ernährungstherapie in der Nachsorge	27
3.6.1	Unimodale Reha Nachsorge für Kinder und Jugendliche	28
4.	Ernährungstherapie in der Qualitätssicherung	29
4.1	Rehabilitandenbefragung	29
4.2	Klassifikation therapeutischer Leistungen	30
4.3	Reha-Therapiestandards	32
4.4	Peer Review-Verfahren	32
4.5	Visitationen	33
4.6	Beschwerdemanagement	34
5.	Literatur-, Internet- und Fortbildungshinweise	34
5.1	Rahmenkonzepte und Strukturvorgaben der Rentenversicherung	34
5.2	Qualitätssicherungsinstrumente der Rentenversicherung	35
5.3	Patientenschulung	37
5.4	Sozialmedizin	38
5.5	Berufs und Fachverbände sowie Fachgesellschaften	39
5.5.1	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)	39
5.5.2	Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE)	40
5.5.3	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)	41
5.5.4	Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e.V. (QUETHEB)	41
5.5.5	Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)	42
5.5.6	Ernährungsmedizinische Fach- und Berufsverbände sowie Fachgesellschaften	42
5.5.7	Zertifikate Ernährungsberatung	44
6.	Anhang	45

1. Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung für die Ernährungstherapie

Der therapeutischen Versorgung der Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung liegen fachärztliche Behandlungsstandards zugrunde. Die Gesamtverantwortung, auch für die ernährungstherapeutische Behandlung, obliegt dem leitenden Facharzt der Reha-Fachabteilung.

Die Rentenversicherung hat die Strukturverantwortung für die medizinische Rehabilitation als Teilhabeleistung nach dem IX. Sozialgesetzbuch. Sie hat zudem Sorge dafür zu tragen, dass ihre Strukturvorgaben erfüllt werden. Im Rahmen der externen Qualitätssicherung werden hierfür auf der Grundlage von wissenschaftlichen Studien Mindestanforderungen an die Qualität der therapeutischen Versorgung festgelegt.

Die Vorgaben der Qualitätssicherung werden von der Rentenversicherung veröffentlicht. Die für die Ernährungstherapie einschlägigen Publikationen werden im folgenden kurz vorgestellt.

1.1 Strukturvorgaben der Deutschen Rentenversicherung

1.1.1 Strukturqualität

Die Strukturqualität von Reha-Einrichtungen wird durch trägerweite und einheitliche Anforderungen an die Struktur der Reha-Einrichtungen sowie deren Abbildung in einer Strukturhebung sichergestellt. Nicht nur für die räumliche und technische Ausstattung der Reha-Einrichtungen, sondern auch für die personelle Besetzung und die internen Kommunikationsstrukturen werden Vorgaben gemacht. Dadurch wird gewährleistet, dass in Reha-Einrichtungen, die von der Deutschen Rentenversicherung belegt werden, eine hochwertige Arbeit möglich ist und eine optimale Versorgung der Rehabilitanden erfolgen kann.

Die Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung an die Strukturqualität von medizinischen Reha-Einrichtungen finden sich in der aktuellen Fassung (DRV, 2023, siehe Quellenangabe im 5. Abschnitt der vorliegenden Praxishilfe).

Der Personalansatz für Ernährungsfachkräfte ist in den Strukturanforderungen indikationsbezogen für stationäre und ganztägig ambulante Reha-Einrichtungen hinterlegt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Anzahl an Ernährungsfachkräften auf 100 stationäre bzw. 40 ganztägig ambulante Rehabilitanden, Stand 2023

Indikation	stationär	ambulant
Kardiologie	1,5*	0,6**
Gastroenterologie	1,5*	
Onkologie, Dermatologie, Pneumologie	1	
Neurologie, Orthopädie, Psychosomatik	1	0,4
Indikationsübergreifend	1,5***	
Abhängigkeitserkrankungen	0,5	0,2
Kinder/Jugendliche: Somatik	2	
Kinder/Jugendliche: Psychosomatik	1,5	
* inkl. 0,5 Stellenanteile mit Nachweis Diabetesberater/Diabetesassistent		
** inkl. 0,2 Stellenanteile mit Nachweis Diabetesberater/Diabetesassistent		
*** nur bei Schwerpunkt Diabetologie mit Diabetesberater/Diabetesassistent inkl. 0,5 Stellenanteile		
Information: Die Zusatzausbildung zum Diabetesassistent oder Diabetesberater bleibt in der Funktionsgruppe der Diätassistenten und Oecotrophologen		
Für Einrichtungen, in denen Kinder und Jugendliche mit therapie- oder pflegeintensiven Krankheitsbildern rehabilitiert werden (z. B. Diabetes mellitus, Mukoviszidose, neurologische Krankheiten), gelten höhere Anforderungen, die bei der Personalbemessung berücksichtigt werden sollen. Dies gilt ebenfalls für Einrichtungen, in denen ein hoher Anteil von Begleitpersonen regelhaft mit in den Rehabilitationsprozess eingebunden ist.		

1.1.2 Klassifikation therapeutischer Leistungen

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) wird in der Routine der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung eingesetzt, um das therapeutische Leistungsspektrum der Reha-Einrichtungen zu dokumentieren, zu bewerten und auch unter inhaltlichen Gesichtspunkten zu analysieren. Die KTL gilt sowohl für die stationäre wie auch für die ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern. Die routinemäßig erhobenen und ausgewerteten KTL-Daten werden jährlich an die Reha-Einrichtungen und die federführenden Rentenversicherungsträger zurückgemeldet. Für die Leistungen der Ernährungstherapie gibt es ein eigenes Kapitel in der KTL (siehe Abschnitt 4.2 in der vorliegenden Praxishilfe).

1.1.3 Reha-Therapiestandards

Die Rentenversicherung hat Reha-Therapiestandards (RTS) für die medizinische Rehabilitation entwickelt. Ziel dieser Reha-Therapiestandards ist es, die rehabilitative Behandlung von Rehabilitanden auf eine evidenzbasierte Grundlage zu stellen. Die Entwicklung von Reha-Therapiestandards gilt als ein wichtiger Schritt zur qualitativen Verbesserung der rehabilitativen Versorgung. Für die Leistungen der Ernährungstherapie gibt es in allen RTS ein eigenes evidenzbasiertes Therapiemodul (ETM, siehe Abschnitt 4.3 in der vorliegenden Praxishilfe).

1.1.4 Orientierungsgliederung für das medizinische Konzept

Die Rentenversicherung stellt eine trägerübergreifend abgestimmte Orientierungsgliederung für das medizinische Konzept einer Reha-Einrichtung zur Verfügung. Die bei der Erstellung des medizinischen Konzepts zu beachtenden allgemeinen Rahmenbedingungen sowie formalen und inhaltlichen Aspekte wurden hierbei in einem kurzen vorangehenden Begleittext erläutert.

1.1.5 Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation

Das Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der Rentenversicherung befasst sich mit den indikationsübergreifenden Zielen und Aufgaben der medizinischen Rehabilitation und beschreibt deren wesentliche Grundlagen. Diese sind eingebettet in das Bezugssystem der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und werden ergänzt durch die einschlägigen rechtlichen Zielvorgaben. Die ganzheitliche Diagnostik und Therapie in der Rehabilitation basiert dabei auf einem interdisziplinären Ansatz, der vom jeweiligen individuellen Rehabilitationsbedarf ausgeht, die aktive Mitwirkung der Rehabilitanden fördert, gleichermaßen psychische, körperliche und soziale Ebenen der Gesundheitsstörung und ihrer Folgen berücksichtigt und eine multiprofessionelle Therapie durch das gesamte Reha-Team voraussetzt. Die Ernährungsfachkräfte sind hierbei Teil des therapeutischen Reha-Teams.

1.1.6 Handbuch Ernährungsmedizin in der Rehabilitation

Das Handbuch Ernährungsmedizin aus dem Jahr 2013 umfasst grundlegende Themen und Anwendungsfelder der Ernährungstherapie in der medizinischen Rehabilitation.

1.1.7 Gesundheitstrainingsprogramm

Die Rentenversicherung unterstützt die Optimierung des Gesundheitstrainings in der medizinischen Rehabilitation durch die Entwicklung und Implementierung von Curricula für standardisierte Patientenschulungen. Die Einführung in das Gesundheitstrainingsprogramm und eine Praxishilfe informieren über Durchführungsform und Inhalte von standardisierten Patientenschulungen in der medizinischen Rehabilitation. Für die Ernährungsfachkräfte liegt ein eigenes Curriculum zum Thema gesunde Ernährung vor (siehe Abschnitt 3.3 in der vorliegenden Praxishilfe).

1.2 Fachliche Qualifikation der Ernährungsfachkräfte

Wer darf in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung ernährungstherapeutische Leistungen durchführen?

Im Rahmen der Strukturqualität werden Qualifikationsanforderungen für alle Berufsgruppen vorgegeben. Für den Bereich der Ernährungstherapie sind als Mindestanforderung eine abgeschlossene Ausbildung zur Diätassistent*in oder ein Bachelorabschluss in Oecotrophologie/Ernährungswissenschaften trägerübergreifend festgelegt worden.

Der Beruf Diätassistent*innen gilt als Heilberuf. Durch das Diätassistentengesetz sind sie befähigt ernährungstherapeutische Leistungen durchführen.

Ein Studienabschluss in Oecotrophologie (Bachelor, Master) oder Ernährungswissenschaften (Bachelor, Master) befähigt noch nicht per se zur Durchführung von Ernährungsberatung oder Ernährungstherapie. Es sind demnach Studien- und ggf. Fortbildungsinhalte zu definieren, die dem Heilberuf der Diätassistent*in entsprechen.

Zur Bewertung der sehr unterschiedlichen Studienabschlüsse in Oecotrophologie/ Ernährungswissenschaften hat die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) die Anforderungen an die theoretische Fortbildung präzisiert. Sie umfassen insgesamt 100 Creditpoints aus sechs verschiedenen Themenfeldern. Ein Creditpoint (ECTS) entspricht im Durchschnitt 30 Arbeitseinheiten (=Zeitstunden). Die Zuordnung der einzelnen Studieninhalte zu den einzelnen Themenfelder kann der folgenden Tabelle entnommen werden.

Tabelle: Theoretische Anforderungen, angelehnt an Tabelle 4.1 „Theoretische Anforderungen“ der Anlage 5 des Vertrages § 125 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ernährungstherapie.

Themenfelder	Umfang (in Credits)	Studien- und Fortbildungsinhalte
Naturwissenschaftliche Grundlagen	10	Allgemeine, anorganische und organische Chemie, Epidemiologie, Statistische Grundlagen, Mathematik, Physik
Biologisch medizinische Grundlagen	10	Biochemie, Biologie und Genetik, Physiologie, Anatomie, Mikrobiologie, Erste Hilfe
Ernährungswissenschaft	20	Ernährungsphysiologie, Biochemie der Ernährung, Ernährungslehre, Ernährung des Menschen, Angewandte Ernährung/ Ernährungsstatus inkl. Nährwertberechnung, Ernährungsstatus (Hospitalation)
Lebensmittelwissenschaft	15	Lebensmittelchemie und Analytik, Lebensmitteltechnologie, Grundlagen der Lebensmittelverarbeitung, Warenkunde, Lebensmittelmikrobiologie und -toxikologie, Lebensmittelrecht, Praktischer Teil: Speisenherstellung
Ernährungsmedizin, Diätetik	30	Ernährungsassoziierte Erkrankungen, Pathophysiologie, Diätetik, Praktischer Teil: Speisenplanung
Ernährungspsychologie, Ernährungssoziologie, Beratung und Kommunikation	15	Ernährungspsychologie, Ernährungssoziologie, Grundlagen der Kommunikation, Gesprächsführung und Beratung, Praktischer Teil: Ernährungsberatung

Die entsprechenden Leistungen sollen vorwiegend durch das Studium erbracht und können ergänzend durch Fortbildungen nachgewiesen werden.

Ausgenommen von dieser Regelung sind Oecotropholog*innen und Ernährungswissenschaftler*innen, die schon vor dem 01.04.2023 in einer medizinischen

Rehabilitationseinrichtung tätig waren (Bestandschutz). Es wird davon ausgegangen, dass die entsprechenden Fachkenntnisse durch kontinuierliche Fortbildungen auch in dieser Personengruppe über die Beschäftigungszeit erworben bzw. erhalten wurden. Ebenfalls angenommen sind Diplomabschlüsse in den beiden Studiengängen (Oecotrophologie, Schwerpunkt Ernährung und Trophologie).

1.3 Anforderungen an die Rehabilitandenverpflegung

Gibt es Vorgaben von der Rentenversicherung, wie die Rehabilitandenverpflegung zu gestalten ist?

Grundsätzlich erwartet die Rentenversicherung, dass die Verpflegung der Rehabilitanden während der Rehabilitationsmaßnahme eine Umsetzung der Ernährungsschulungen und -empfehlungen darstellt (siehe auch Orientierungsgliederung Medizinisches Konzept 2.5 „Organisation der Verpflegung“). In der Verpflegung sollte sich an der vollwertigen Ernährung nach der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und an dem Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis (LEKuP) orientiert werden. Im Idealfall ist eine Einrichtung nach dem Qualitätsstandard der DGE „Station Ernährung“ oder nach dem RAL Gütezeichen „Kompetenz richtig essen“ zertifiziert. Eine vegetarische Variante sollte stets angeboten werden und vollwertig sein. Alle Mahlzeiten sollten auch frisch zubereitete Bestandteile enthalten. Auch in ganztägig ambulanten Reha-Einrichtungen soll eine warme Mittagsmahlzeit angeboten werden.

Welche Kostformen sind in der Verpflegung der Rehabilitanden wichtig?

Strukturelevant, das heißt unabdingbar für jede Reha-Einrichtung, ist die Möglichkeit, dass energiedefinierte sowie nährstoffdefinierte Kostformen angeboten werden. Keimreduzierte Kost ist „zuweisungsrelevant“, das heißt, sie braucht nur bei ausgewählten Indikationen vorgehalten zu werden. Keimreduzierte Kost bedeutet in erster Linie das Einhalten und die Schulung von

Hygienevorschriften bei der Lebensmittelverarbeitung, Mahlzeitenzubereitung und Lagerung. Bei den kritischen Lebensmitteln sollte sich an die Publikation des Robert Koch Institutes „Anforderungen an die Infektionsprävention bei der medizinischen Versorgung von immunsupprimierten Patienten“ (Seite 262) aus dem Jahr 2021 gehalten werden.

Daneben sollte eine Einrichtung in der Lage sein, auf schulmedizinisch gesicherte Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Allergien einzugehen.

Soll Nachhaltigkeit in der Verpflegung von Rehabilitanden eine Rolle spielen?

Die Rentenversicherung weist ausdrücklich darauf hin, dass Nachhaltigkeitskonzepte in der Speisenverpflegung z. B. Abfallvermeidung, Verminderung der Lebensmittelverschwendung (z. B. Speisenreste) u. a. erwünscht sind. Dies kann z. B. beinhalten, dass Rehabilitanden bei Buffetcharakter darauf hingewiesen werden, nur die Mengen auf den Teller zu tun, welche dann auch verzehrt werden. Ein wesentlicher Punkt der Nachhaltigkeit ist die Reduktion des Fleisch und Wurstangebotes bei gleichzeitiger Erhöhung von pflanzlichen Lebensmitteln z. B. Einsatz von Hülsenfrüchten. Dies entspricht ebenfalls den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung bzgl. der vollwertigen gesunden Ernährung.

Die qualifizierten Ernährungsfachkräfte schulen diese Empfehlungen ebenfalls im Themenblock „gesunde Ernährung“, sodass der Rehabilitand idealerweise die Umsetzung dessen im Verpflegungsangebot wiederfindet.

Erwartet die Rentenversicherung diätetisch geschulte Köche?

Für die Qualifikation der Köche gibt es keine Strukturvorgaben. Allerdings ist bei bestimmten Indikationen wie z.B. im Bereich der Gastroenterologie eine adäquate

Verpflegung ohne diätetisch geschulte Köche nicht denkbar. Dies gilt insbesondere, weil die Ernährungsfachkräfte ihre Leistungen ganz überwiegend in der therapeutischen Versorgung der Rehabilitanden erbringen sollen und somit für das Kochen selbst nicht zur Verfügung stehen (siehe Punkt 2.1).

1.4 Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis (LEKuP)

Der Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis (LEKuP) stellt eine grundlegende Überarbeitung des zuletzt im Jahr 2004 von der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e. V. (DAEM) herausgegebenen Rationalisierungsschemas dar. Dabei erfolgte die Erstellung des LEKuP in enger Zusammenarbeit der verschiedenen Fachgesellschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE)
- Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e. V. (DAEM)
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM)
- Berufsverband Deutscher Ernährungsmediziner e. V. (BDEM)
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft e. V. (DAG)
- Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)
- Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE)

Gemeinsames Ziel der beteiligten Fachgesellschaften und -verbände war es, auf Grundlage evidenzbasierter Leitlinien einen aktuellen und konsensbasierten Leitfaden für die praktische Ernährungstherapie in Klinik und Praxis zu verfassen. Ein weiteres Ziel der Überarbeitung war es, damit eine Vorlage zu schaffen, aus der ein Kostformkatalog für stationäre und ambulante medizinische Einrichtungen nach den lokalen Bedürfnissen abgeleitet werden kann. Der Leitfaden kann u. a. unter folgender Webadresse gefunden werden:

<https://www.dgem.de/lekup>

2. Ernährungstherapie im Reha-Team

Die Ernährungsfachkräfte sind Teil des therapeutischen Teams und sollen deshalb auch an den wöchentlichen interdisziplinären Reha-Team-Besprechungen teilnehmen.

2.1 Wo sind Ernährungsfachkräfte in der Reha-Einrichtung tätig?

Können im Personalsollstellenplan mit der Rentenversicherung vereinbarte Ernährungsfachkräfte auch in der Küche eingesetzt werden?

Ernährungsfachkräfte, die im Personalstellenplan für die Rentenversicherung benannt werden, sollen nur in dem Umfang in der Küche tätig sein, wie es zur Abstimmung von Sonderdiäten und deren Überwachung erforderlich ist. Darüber hinaus sollen sie sich der unmittelbaren therapeutischen Beratung und Schulung der Rehabilitanden widmen. Sie sollten die Diäten oder diätetische Sonderkostformen für die Rehabilitanden auch nicht selber herstellen müssen.

Empfehlenswert ist eine morgendliche Teambesprechung, in der die Rehabilitanden und ihre Sonderkostformen abgesprochen werden. In der stationären Rehabilitation sollten auch für das Wochenende, wenn ggf. keine Ernährungsfachkräfte vor Ort sind, die Köche über die Sonderkosten im Vorfeld informiert sein. Dadurch wird sichergestellt, dass die Rehabilitanden auch am Wochenende fachgerecht versorgt werden.

Bezieht sich der mit der Rentenversicherung vereinbarte Stellenschlüssel der Ernährungsfachkräfte auch auf Nachsorge- oder Präventionsteilnehmer?

Der mit der Rentenversicherung vereinbarte Stellenschlüssel bezieht sich zunächst auf die stationär bzw. ganztätig ambulant versorgten Rehabilitanden. Solange nur einzelne Präventions- und Nachsorgeleistungen von der Reha-Einrichtung durchgeführt werden,

versorgen die im Stellenplan für die Versorgung der stationär und ganztägig ambulanten Rehabilitanden vereinbarten Therapeuten auch die Präventions- und Nachsorgeteilnehmer. Bei Zahlen von Präventions- und Nachsorgeleistungen, die zeitlich ins Gewicht fallen, wird das entsprechend benötigte therapeutische Personal im Sollstellenplan zusätzlich berücksichtigt.

2.2 Wem sollten Ernährungsfachkräfte dienstlich unterstellt sein?

Ernährungsfachkräfte sind Teil des therapeutischen Teams und sollten damit auch einer medizinischen Leitung unterstellt sein. Der leitende Facharzt einer Reha-Einrichtung hat die Gesamtverantwortung für den Rehabilitationsprozess und das therapeutische Gesamtteam. Ernährungsfachkräfte sollen aufgrund ihrer therapeutischen Aufgaben in der Rehabilitation nicht dem Küchenleiter oder einem Catering-Unternehmen unterstellt sein.

2.3 Standards zur Durchführung der Ernährungstherapie

Warum gibt es keine genaueren Vorgaben für die konkrete Durchführung der Therapien von Seiten der Rentenversicherung?

Die Rentenversicherung legt größten Wert auf die Erfüllung der beruflichen Qualifikationsanforderungen der therapeutischen Mitarbeiter in der medizinischen Rehabilitation. Deshalb wird erwartet, dass die Umsetzung der berufsgruppenspezifischen Therapien in der jeweiligen Reha-Einrichtung fachlich fundiert erfolgt. Fachliche Vorgaben werden von den medizinischen sowie ernährungswissenschaftlichen Fachgesellschaften (z.B. Deutsche Gesellschaft für Ernährung) oder den jeweiligen Fachverbänden entwickelt.

In diesem Zusammenhang unterstützt die Deutsche Rentenversicherung qualitätsorientierte prozessgeleitete Ernährungsberatung bzw. Ernährungstherapie wie den German Nutrition Care Prozess (G-NCP) durch das Angebot einer regelmäßigen Fortbildung.

2.4 Anforderungen an die Fortbildung der Ernährungsfachkräfte

Was wird von der Rentenversicherung bezüglich des internen Qualitätsmanagements und Mitarbeiterfortbildungen erwartet?

Für jede therapeutische Berufsgruppe wird ein Fortbildungsplan erwartet, der Teamfortbildungen, Fortbildungen durch Berufs- und Fachverbände sowie rentenversicherungseigene Fortbildungen beinhalten kann. Dies gilt auch für die Ernährungsfachkräfte.

Die Ernährungsfachkräfte und die diätetisch geschulten Köche sollen zudem am internen Qualitätsmanagement wie z.B. der Auswertung interner Fragebögen zur Rehabilitandenzufriedenheit bezüglich Verpflegung und Ernährungsberatung teilhaben (siehe auch Abschnitt 4 der vorliegenden Praxishilfe).

Die Rentenversicherung bietet regelmäßig Fachaus-tausche und Fortbildungen sowohl in Präsenz als auch Online für Ernährungsfachkräfte in der med. Rehabilitation an.

Siehe: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Fort-und-Weiterbildung/fort-und-weiterbildung_node.html

Zudem werden relevante Fortbildungen für die med. Rehabilitation auch im Zentrum für Patientenschulungen angeboten (ZePG). Beispielsweise finden dort regelmäßig Train the Trainer Kurse zu „SErFo – Gruppenangebote zur gesunden Ernährung“ statt.

Siehe <https://zepg.de/>

3. Ernährungstherapie im Rehabilitationsprozess

Ernährungstherapeutische Leistungen erfolgen im gesamten Rehabilitationsprozess. Es gibt hierzu nicht immer konkrete Vorgaben der Rentenversicherung, da die therapeutische Arbeit grundsätzlich den Fachstandards der jeweiligen Berufsgruppe zu folgen hat (siehe Abschnitt 1.5).

Berichtet werden im folgenden Erfahrungen von Reha-Einrichtungen und Empfehlungen der Rentenversicherung. Zu einzelnen Fragestellungen gibt es medizinische Notwendigkeiten, denen gefolgt werden muss. Grundsätzlich sollte eine Einzelberatung auf prozessgeleitetem Handeln basieren. Sie beginnt mit dem Ernährungsassessment bzw. der Ernährungsanamnese, der Ernährungsdiagnose und der Festlegung von Therapiezielen gemeinsam mit dem Rehabilitanden. Danach erfolgt die Planung der einzelnen Ernährungsinterventionen entsprechend der Bedürfnisse und Bedarfe des Rehabilitanden.

3.1 Vor der Reha

Der regelmäßige Austausch bzw. definierte Kommunikationswege mit der ärztlichen Leitung bzw. der Patientendisposition sind hilfreich, um bereits vor der Anreise der Rehabilitanden über ernährungstherapeutische Anforderungen informiert zu sein und zeitnahe Beratungstermine einplanen zu können. Gegebenenfalls kann in Zweifelsfällen auch schon vorab mit dem Rehabilitanden Kontakt aufgenommen werden.

Wie sind die praktischen Erfahrungen von Reha-Einrichtungen, welche Ernährungsfragebögen oder Ernährungsprotokolle den Rehabilitanden vorab zugeschickt haben?

Hier sind die Erfahrungen der einzelnen Einrichtungen sehr unterschiedlich. Ein mehrtägiges

Ernährungsprotokoll, zu Hause erstellt, kann wertvolle Informationen für eine gezielte Ernährungsberatung bieten. Allerdings empfinden manche Rehabilitanden auch die vorab zugesandten Informationen und Fragebögen als zu umfangreich.

3.2 Aufnahme der Rehabilitanden, Anamnese und Therapiezielfindung

Ein positiver Ersteindruck von der Reha-Einrichtung bei der Anreise kann entscheidend für die Zufriedenheit während des gesamten Rehabilitationsprozesses sein. Dabei spielt auch die Verpflegung eine wichtige Rolle. Die Erfahrung zeigt, dass besonders zur Anreise eine Einweisung bzw. Schulung am Buffet sehr hilfreich sein kann.

Wie kann mit speziellen Ernährungswünschen umgegangen werden?

Grundsätzlich hat ein Rehabilitand mit einer medizinisch nachgewiesenen Intoleranz und/oder Nahrungsmittelallergie ein Anrecht auf eine spezielle Kostform, der auch laut Rentenversicherung nachgekommen werden muss.

Allerdings gibt es in den letzten Jahren vermehrt Rehabilitanden, die keinen medizinisch gesicherten Nachweis vorzeigen können und sich auf teilweise dubiose Empfehlungen berufen.

Die Ernährungsfachkräfte werden durch diesen Trend vor eine große Herausforderung gestellt, da die gewünschten Diäten zeitaufwendig in der Herstellung und obendrein kostenintensiv sind. Zudem bringen sie – wenn nicht medizinisch nachgewiesen – auch keinen gesundheitlichen Vorteil, sondern verstärken ggf. eine Fehlernährung oder Essstörung.

Wer erhebt die Ernährungsanamnese?

Ärzte und/oder Ernährungsfachkräfte erheben die Ernährungsanamnese. Die diesbezügliche

Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen ist abhängig von der Indikation und den jeweiligen Gegebenheiten der Reha-Einrichtung. Wichtig ist, dass relevante ernährungsmedizinische Befunde bzw. Diagnosen im Bedarfsfall erfasst werden und, dass bei entsprechenden Problemen auch medizinisch relevante Daten (z.B. Laborparameter) und der Gewichtsverlauf in der Anamnese dokumentiert werden, z.B. im Zusammenhang mit Erkrankungen oder biographischen Besonderheiten.

In der Onkologie und bei ausgewählten Erkrankungen in der Gastroenterologie, Neurologie und Pulmologie sollten validierte Screening auf Mangelernährung (z.B. NRS-2002 und weitere unter www.dgem.de) routinemäßig eingesetzt werden.

Welche Untersuchungsbefunde werden im Zusammenhang mit dem Ernährungsstatus erwartet?

Die Erhebung von Größe und Gewicht wird grundsätzlich immer erwartet. Ebenso soll das Vorliegen einer Mangelernährung dokumentiert sein (in Form eines validierten Screenings). Diese Parameter sollten auch in der Einrichtung gemessen und nicht nur erfragt werden. Weitere körperliche Befunde wie Bauchumfang, Hautfaltenmessung, Griffstärke oder eine bioelektrische Impedanzanalyse können wichtig und hilfreich sein. Hier wird auf das Kapitel „Erfassung und Beurteilung des Ernährungszustandes“ im „Handbuch Ernährungsmedizin in der Rehabilitation“ (DRV Bund, 2013) verwiesen. Ernährungsrelevante Laborparameter wie z.B. Blutzucker, Cholesterin, Neutralfette, Harnsäure, Leber- und Nierenwerte können ebenfalls, abhängig von der Indikation, wichtig sein. Für den Umgang mit nachgewiesenen Diagnosen, Unverträglichkeiten oder Allergien sind schulmedizinisch erhobene Vorbefunde bzw. die Vorlage medizinischer Indikationen wie z.B. IgE Test, Biopsie und/oder H2 Atemtest durch den Allergologen oder Gastroenterologen von entscheidender Bedeutung.

Wer sollte relevante Untersuchungsbefunde während der Rehabilitation erheben?

Die Zuständigkeit für die Erhebung von den Parametern Größe, Gewicht, Bauchumfang, Blutdruck und ggf. Laborparametern muss festgelegt sein. In vielen Einrichtungen hat es sich bewährt, dass diese Aufgabe vom Pflegepersonal übernommen wird. Es müssen dafür Standards festgelegt werden, damit Verlaufskontrollen verlässlich stattfinden und aussagekräftig sind. Weitere erforderliche Gewichtskontrollen sowie Kontrollen anderer Parameter müssen verordnet werden. Die Zuständigkeit für die Durchführung sowie die Dokumentation müssen geklärt werden.

Wann sollten ernährungsmedizinische Untersuchungsbefunde im Reha-Verlauf erfasst werden?

Bei einem Ernährungsstatus abweichend von der Norm, bei auffälligen Laborwerten wie z.B. Blutzucker, Harnsäure, Neutralfette, Cholesterin oder bei Erkrankungen wie z.B. Krebserkrankungen, rheumatischen Erkrankungen, bei Zustand nach Darmresektion, bei neurologischen Erkrankungen mit Schluckstörungen, bei Zustand nach Transplantation und keimarmer Kost oder anderen entsprechenden Diagnosen sollen immer ernährungstherapeutische Untersuchungsbefunde im Reha-Verlauf erfasst werden.

Wie vereinbart man realistische Therapieziele?

Hier wird auf das „Arbeitsbuch Reha-Ziele“ (2018) der DRV verwiesen (siehe Literaturhinweis in Abschnitt 5). Hilfreich bei der Vereinbarung von realistischen Zielen ist eine Unterscheidung unterschiedlicher Zielebenen:

- Therapieziele während der Rehabilitation (z.B. Kennenlernen gesundheitsförderlicher Kostformen),
- Veränderungsziele nach der Rehabilitation (z.B. Veränderung des Ernährungsverhaltens zu Hause),
- Verhaltensziele (z.B. weniger Kalorien zu sich nehmen),
- Ergebnisziele (z.B. Gewichtsabnahme).

Wer verordnet Ernährungsberatung oder Ernährungstherapie?

Die Verordnung erfolgt in der Regel durch die Ärzte. Einen Vorschlag zu einer ernährungstherapeutischen Verordnung kann jeder Therapeut machen. Nach klinik-interner Festlegung können auch die Ernährungsfachkräfte selbst weitere ernährungstherapeutische Leistungen veranlassen. Davon unabhängig hat sich eine „offene Sprechstunde“ der Ernährungsfachkräfte für spontane Fragen der Rehabilitanden bewährt.

Wie fließen die Informationen bezüglich Ernährungstherapie während der Rehabilitation?

Die ernährungstherapeutischen Erhebungsdaten und Empfehlungen werden in der Patientenakte dokumentiert und in den wöchentlichen interdisziplinären Teamsitzungen kommuniziert. Viele Reha-Einrichtungen entwickeln auch Dokumentationssysteme zur standardisierten Informationsweitergabe. Im Anhang der vorliegenden Praxishilfe finden sich einige praktische Hinweise zur Dokumentation.

Immer häufiger erfolgt die Kommunikation über digitale Medien. Hierbei sind Fragen des spezifischen Datenschutzes zu beachten.

3.3 Ernährungstherapeutische Leistungen

Die ernährungstherapeutischen Leistungen umfassen in der Regel Einzelberatungen, Gruppenschulungen und Vorträge in Gruppen, die Kostabsprachen und Buffetschulung, Durchführung der Lehrküche und das Einkaufstraining.

3.3.1 Ernährungsberatung im Einzelgespräch

Gibt es Standards für die Einzelberatung?

Die Ernährungsberatung im Einzelgespräch ist eine regelhafte ernährungstherapeutische Leistung. Sie ist personenzentriert, evidenzbasiert und produktneutral. Zu den Inhalten und auch zur Standardisierung der Beratungen gibt es Empfehlungen von den Berufs- und

Fachverbänden wie beispielsweise der German Nutrition Care Prozess (G-NCP) (siehe Hinweis im Abschnitt 1.5).

3.3.2 Patientenschulung und Gruppenangebote

Patientenschulungen sind ein wesentlicher therapeutischer Baustein in der medizinischen Rehabilitation. Sie vermitteln in Gruppen krankheits- und behandlungsrelevantes Wissen, Einstellungen und Fertigkeiten, die die Rehabilitanden zu einem aktiven Selbstmanagement motivieren.

Gibt es Materialien und Praxishilfen für Patientenschulungen?

Mit dem Ziel, die Rehabilitationseinrichtungen zu unterstützen, ihre Patientenschulungen gut zu planen und hinsichtlich der didaktischen Durchführung zu optimieren, hat die Rentenversicherung Schulungsunterlagen entwickelt. Unter dem Namen „Gesundheitstrainingsprogramm“ stehen 22 krankheitsspezifische Curricula und 7 krankheitsübergreifende Curricula zur Verfügung. Hierzu zählt auch das Curriculum Gesunde Ernährung. Das Curriculum Gesunde Ernährung der Rentenversicherung wurde im Rahmen des Forschungsprojekts „Entwicklung und formative Evaluation von Seminarbausteinen zur Förderung gesunder Ernährung und Fortbildungen für die Ernährungsberatung in der medizinischen Rehabilitation (SERFo)“ im Jahre 2020 vollständig überarbeitet und steht den Reha-Einrichtungen als Broschüre und online zur Verfügung (Bezugsquelle siehe Abschnitt 5). Darüber hinaus gibt es aus dem Forschungsprojekt SERFo weitere Seminarbausteine und ein Rahmenkonzept für Gruppenangebote zur gesunden Ernährung in der medizinischen Rehabilitation, die den Reha-Einrichtungen kostenfrei zur Verfügung stehen (Bezugsquelle siehe Abschnitt 5 dieser Praxishilfe).

Auch im Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung finden sich Seminarbausteine zum Thema Ernährung (Bezugsquelle siehe Abschnitt 5 dieser

Praxishilfe). Kurzdarstellungen und Bezugsquellen weiterer (rehaspezifischer) Schulungsprogramme rund um das Thema Ernährung (z.B. Beratungsmethodik) lassen sich auf der Website des Zentrums Patientenschulung und Gesundheitsförderung e.V. (ZePG) finden (siehe Abschnitt 5).

Bei der Entwicklung und Durchführung von Gruppenprogrammen mit dem Ziel der nachhaltigen Lebensstiländerung empfiehlt sich eine enge Zusammenarbeit mit dem psychologischen Team und den Bewegungstherapeuten der Reha-Einrichtung.

3.3.3 Speisesaalbetreuung und Buffetschulung

Welchen Stellenwert hat die „Speisesaalbetreuung“ bzw. die Buffetschulung aus Sicht der Rentenversicherung?

In der Regel ist davon auszugehen, dass für jeden Rehabilitanden eine einmalige mindestens 10-minütige Information über das Schulungsbuffet (KTL Ziffer M64) ausreicht. Je nach Indikation und Besonderheit der Einrichtung sind die ernährungstherapeutischen Leistungen, z.B. bei einer Lehrküchenveranstaltung, effektiver zur Anwendung gebracht als bei zeitlich aufwendiger Speisesaalbetreuung.

Die KTL Ziffer M64 für das Schulungsbuffet darf für den gesamten Reha-Aufenthalt in der Regel nur einmal pro Rehabilitand kodiert werden.

3.3.4 Lehrküche

Gibt es von der Rentenversicherung konkrete Vorgaben für die Lehrküche?

Während das Vorhandensein einer Lehrküche in jeder Indikation sowohl bei stationären als auch bei ganztätig ambulanten Einrichtungen strukturelevant, also unabdingbar ist, liegt die konkrete Ausgestaltung in der Zuständigkeit der einzelnen Reha-Einrichtung.

Es wird erwartet, dass es sich bei der Lehrküche selbst um eine voll funktionstüchtige Küche handelt, welche

durch einen einladenden Charakter die Rehabilitanden motiviert zu kochen und zu lernen, aus der Vielfalt der Lebensmittel schmackhafte Speisen herzustellen. Da eine Lehrküche maximal für 9 Personen durchgeführt werden sollte (siehe KTL), kann die Größe danach ausgerichtet werden. Barrierefreiheit sollte gewährleistet sein.

Organisatorisch empfehlen sich Standards bei der Vorbereitung der Lehrküche, um effektiv vorzugehen. Regelmäßige Besprechungen mit den Küchenverantwortlichen können die Beschaffung der Zutaten für die Lehrküche erleichtern.

Inhaltlich sinnvoll sind sowohl grundsätzliche Lehrküchen für eine vollwertige, überwiegend pflanzenbasierte Ernährung sowie Lehrküchen für spezielle Themen wie z. B. gesunde Frühstücksvarianten, kalorienarme Getränke, Vorbereiten von Mahlzeiten (Meal Prep) u. a. Es wird erwartet, dass die berufliche Situation der Rehabilitanden (z. B. Zeitmangel oder Ausser Haus Verpflegung) Berücksichtigung findet.

Besondere Bedeutung kommt den indikationsbezogenen Lehrküchen-Angebote zu. Die vermittelten Inhalte sollten sich ebenfalls an den Empfehlungen der Fachgesellschaften und dem aktuellen medizinischen Stand orientieren.

Beispielsweise kann für Rehabilitanden mit gastroenterologischer Indikation ein Lehrküchen-Angebot mit dem Thema „Verpflegung an schlechten Tagen“ sinnvoll sein. Bei Indikationen wie z.B. Neurologie oder Rheumatologie bieten sich Lehrküchenangebote an, welche gemeinsam mit anderen Berufsgruppen z. B. Ergotherapie oder Logopädie entwickelt und durchgeführt werden.

3.3.5 Einkaufstraining

Das Einkaufstraining (KTL Ziffer M63) zählt zu den Angeboten, die die praktische Umsetzung der Inhalte der Ernährungsberatung gewährleisten. Es sichert den

Transfer der Beratungsinhalte in den Alltag und unterstützt eine nachhaltige Verhaltensmodifikation bei der Auswahl und beim Einkauf (Zutatenlisten) von Nahrungsmitteln. Einzelne Bausteine des Einkaufstrainings werden auch in Patientenschulungen integriert. In der Regel wird hierbei dann mit Attrappen, leeren Verpackungen und/oder Fotos gearbeitet. Die Ausgestaltung des Einkaufstrainings wird den Reha-Einrichtungen überlassen. Einige Einrichtungen haben Kooperationen mit Lebensmittelgeschäften, die sie mit der Gruppe besuchen, andere bauen „Einkaufsläden“ mit Lebensmittelattrappen in einem gesonderten Unterrichtsraum nach. Zudem gibt es virtuelle Supermärkte im Internet, die genutzt werden (vorwiegend unter Pandemiebedingungen).

3.4 Beitrag der Ernährungstherapie zum Reha-Entlassungsbericht

Wo sollen sich im Reha-Entlassungsbericht ernährungsmedizinische Daten und Empfehlungen wiederfinden?

Neben den Hauptdiagnosen sollten reharelevante Komorbiditäten auf dem Deckblatt (Blatt 1) des Reha-Entlassungsberichtes erfasst werden. Auf Blatt 1 des Reha-Entlassungsberichtes besteht auch die Möglichkeit, bei „Empfehlungen für die Nachsorge“ ein Kreuz für ambulante Ernährungstherapie zu setzen. Hierzu kann auch eine kurze Erläuterung als Freitext gegeben werden.

Auf Blatt 1b des Reha-Entlassungsberichtes werden über die KTL die ernährungstherapeutischen Leistungen erfasst. Hier sind auch die Ernährungsfachkräfte aufgefordert mitzuwirken, damit die Dokumentation aussagekräftig, vollständig und korrekt ist.

Auf Blatt 2 des Reha-Entlassungsberichtes fließen an verschiedenen Stellen Informationen ein, welche ernährungsmedizinisch relevant sein können wie Anamnese, Vegetativanamnese, Aufnahmebefund, Therapiezielvereinbarung, Therapieverlauf, Abschlussbefund und weitergehende Empfehlungen.

Der Reha-Entlassungsbericht ist ein Dokument, welches von der Rentenversicherung intensiv sowohl zur externen Qualitätssicherung als auch als Grundlage für Entscheidungen zu weiterführenden Sozialleistungen genutzt wird.

Weiterführende Informationen zur Erstellung des Reha-Entlassungsberichts finden sich im Leitfaden der Rentenversicherung (siehe Literaturangabe im 5. Abschnitt der vorliegenden Praxishilfe).

3.5 Ernährungstherapie in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

Im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation ist im Reha-Entlassungsbericht bei der individuellen Darstellung der Anamnese und der Fähigkeiten eines Rehabilitanden von dem Begriff der Funktionsfähigkeit im Sinne der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) auszugehen. Diesem liegt eine Wechselbeziehung zwischen dem bestehenden Gesundheitsproblem eines Rehabilitanden und seinen Kontextfaktoren zugrunde. Dabei können Förderfaktoren und Barrieren den Zustand der Funktionsfähigkeit der Rehabilitanden beeinflussen. Diese sozialmedizinisch bedeutsamen Themen sind in Einzelgesprächen und Gruppenangeboten auch Gegenstand der Ernährungstherapie. Die Vermittlung der Inhalte der Ernährungstherapie im Reha-Entlassungsbericht unter der Perspektive der ICF kann im Einzelfall die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung unterstützen.

Im Rehabilitationsprozess sind die Ernährungsfachkräfte auf der einen Seite als Therapeuten für die individuelle Therapieplanung und -durchführung und auf der anderen Seite als Diagnostiker tätig, die die Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden unterstützen. In der Rolle der Therapeuten arbeiten sie gemeinsam mit dem Rehabilitanden und verfolgen das gemeinsame Ziel, die Ernährungssituation positiv zu beeinflussen. In der Rolle der Diagnostiker muss

der Therapeut die von dem Rehabilitanden geäußerten Fähigkeitseinschränkungen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Erwerbsleben beurteilen und ohne die Berücksichtigung der Präferenzen des Rehabilitanden bewerten.

Ideale Beobachtungsfelder für die sozialmedizinische Einschätzung von feinmotorischen sowie vielfältigen psycho-sozialen Fähigkeiten sind die praktisch orientierten ernährungstherapeutischen Angebote wie Lehrküche, Schulungsbuffet und das Einkaufstraining.

Sozialmedizinische Fortbildungen für Ernährungsfachkräfte werden von der Rentenversicherung angeboten (siehe Hinweis unter Abschnitt 5). Weitere sozialmedizinische Informationen finden sich im Internet (siehe ebenfalls den Hinweis unter Abschnitt 5).

3.6 Ernährungstherapie in der Nachsorge

Im Anschluss an eine stationäre oder ganztägig ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation kann eine Rehabilitationsnachsorge in Betracht kommen. Diese soll den eingetretenen Rehabilitationserfolg festigen. Die Rehabilitanden sollen durch die Nachsorge die Kompensationsstrategien und Verhaltensänderungen, die sie in der Rehabilitation erlernt haben, im Alltag stabilisieren und fortentwickeln können. Ernährungstherapeutische Leistungen können Teil der interdisziplinären Nachsorge IRENA sein.

Seit dem 01.01.2020 kann von den Rehabilitationseinrichtungen auch ein spezifisches IRENA Nachsorgeangebot für die Indikation Adipositas durchgeführt werden. Dieses ebenfalls multimodal angelegte Nachsorgekonzept umfasst bis zu 42 therapeutische Behandlungseinheiten aus den Bereichen Bewegungstherapie (20 bis 26 Einheiten à 90 Minuten), psychologische Betreuung (mind. 6 Einheiten à 90 Minuten) und Ernährungsberatung (max. 10 Einheiten à 90 Minuten).

Falls es nach der Reha weiteren Unterstützungsbedarf bzgl. Ernährungsthemen von Rehabilitanden gibt, besteht die Möglichkeit einer ambulanten ernährungs-therapeutischen Intervention nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 o. 2 SGB V durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte. Dazu wird eine sog. Notwendigkeitsbescheinigung durch den weiterbehandelnden Arzt benötigt, die dessen Budget nicht belastet. Die Höhe der Zuzahlung durch den Patient wird dessen Krankenkasse vorgegeben.

Weitere Ausführungen zur Reha-Nachsorge lassen sich im Handbuch „Ernährungsmedizin in der medizinische Rehabilitation“ und auf der Webseite der Rentenversicherung nachlesen (siehe Literaturangabe im Abschnitt 5).

3.6.1 Unimodale Reha Nachsorge für Kinder und Jugendliche

In einem Pilotprojekt sollen Kinder und Jugendliche nach dem Rehaaufenthalt die Chance bekommen, weitere Ernährungstherapie (unimodal) bei qualifizierten Fachkräften erhalten. Dabei handelt es sich um 10 Termine Einzel- oder Gruppenberatung, die bei Bedarf um weitere 10 Einheiten verlängert werden können. Es unterliegt dem jeweiligen qualifizierten Ernährungsberater welche Einheiten (Einzelberatung, Anamnese, Hausbesuch, Gruppenberatung) individuell zugeschnitten auf die Bedürfnisse des Kindes / Jugendlichen genutzt werden. Die Qualifizierung des Ernährungsberaters richtet sich nach den zur Zeit gängigen Anforderungen nach § 43 SGB V, d.h. es muss ein Zertifikat von den einschlägigen Verbänden und Fachgesellschaften sowie entsprechende Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen vorliegen. Die Bezahlung richtet sich nach Anlage 2 der Vergütungsvereinbarung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ernährungstherapie und deren Vergütung. Die Rechnung wird direkt an die DRV Bund gestellt. Die entsprechenden Formulare finden sich auf der Webseite der DRV Bund:

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/nachsorge_ki_ju/nachsorge_ki_ju.html

Weitere Informationen (z.B. Häufig gestellte Fragen und Antworten) bieten die entsprechenden Berufs und Fachverbände auf Ihren Webseiten an (Fachverbände siehe Kapitel 5.5. in der vorliegenden Praxishilfe)

4. Ernährungstherapie in der Qualitätssicherung

Welche einrichtungsinternen Qualitätssicherungsmaßnahmen erleichtern die tägliche Arbeit der Ernährungstherapie?

Das Vorliegen eines aktuellen ernährungsmedizinischen Konzeptes für die Einrichtung, standardisierte Behandlungspfade und definierte Routineabläufe sowie interne Qualitätszirkel, beispielsweise in der Zusammensetzung von Mitarbeitenden aus der Ernährungstherapie, Verpflegungsmanagement, Service oder in der Zusammensetzung aus Ernährungsfachkraft, ernährungsbeauftragte Ärzte, Pflege, Psychologie und Logopädie sichern eine qualitativ hochwertige ernährungstherapeutische Arbeit.

Die Rentenversicherung gibt den Reha-Einrichtungen im Rahmen ihrer externen Qualitätssicherung regelmäßig Rückmeldung zu ihrer Behandlungsqualität. Hierbei werden auch einzelne Aspekte der Ernährungstherapie und der Rehabilitandenverpflegung berücksichtigt.

4.1 Rehabilitandenbefragung

Die Rehabilitandenbefragung der Rentenversicherung wird unter Verwendung strukturierter Fragebögen durchgeführt und gibt als retrospektive Befragung wichtige Hinweise zur Nachhaltigkeit der in Rehabilitatio-nen erreichten Ergebnisse. Durch die kontinuierliche

monatliche Stichprobenerhebung und Befragung (8–12 Wochen nach Beendigung der Reha) werden sowohl die subjektive Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot als auch der Erfolg der Rehabilitation aus Rehabilitandensicht erfasst.

Was wird bei der externen Rehabilitandenbefragung von Seiten der Rentenversicherung zum Thema Ernährung abgefragt?

Im Rahmen der Rehabilitandenbefragung wird die Zufriedenheit mit Vorträgen, Seminaren oder Schulungen zu den Themen Ernährung, (Über-)Gewicht und Gewichtsabnahme erfragt. Zudem wird die Verpflegung in der Reha-Klinik bewertet. Darüber hinaus wird erfasst, ob eine Ernährungsumstellung durch die Rehabilitation angeregt wurde (Beispielfrage: „Hat Sie die Reha dazu angeregt, etwas Neues zu beginnen oder eine bisherige Aktivität fortzusetzen, um Ihre Gesundheit zu bessern oder zu erhalten?“).

Die Rückmeldung der Befragungsergebnisse an die einzelne Reha-Einrichtung erfolgt bereinigt um Rehabilitandenmerkmale, die den Vergleich zu den Befragungsergebnissen der anderen Reha-Einrichtungen mit derselben Hauptindikation, verzerren würden.

4.2 Klassifikation therapeutischer Leistungen

In der Klassifikation der therapeutischen Leistungen der Rentenversicherung (siehe auch Abschnitt 1.2) finden sich spezifisch ernährungstherapeutische Leistungen im Kapitel M. Dieses Kapitel umfasst die Abstimmung zu verschiedenen Kostformen wie auch unterschiedliche auf Beratung ausgerichtete ernährungstherapeutische Leistungen. Besonderer Wert wird darüber hinaus auf praktische Übungen gelegt. Unter diesem Gesichtspunkt beinhaltet das Kapitel M Praxisanteile, in deren Fokus die Umsetzung des Erlernten in den Alltag steht. Hierunter fallen die praktisch orientierten Gruppenangebote wie Lehrküche (M621/622), Schulungsbuffet (M620) und das

Einkaufstraining (M630). Diese Angebote zielen alle auf die Verhaltenskompetenz der Rehabilitanden, vermitteln dabei Kenntnisse, motivieren und haben einen hohen Alltagsbezug. Sie alle fördern die Selbstmanagementkompetenz der Rehabilitanden.

Bei der Dokumentation der verschiedenen Kostformen wird ausdrücklich nicht die Verordnung, Verabreichung oder Zubereitung der Mahlzeiten codiert. Die KTL erfasst die Abstimmung zwischen Therapeut und Rehabilitanden zur jeweiligen Kostform. Die Dokumentation mehrerer Codes zur Abstimmung unterschiedlicher Kostformen ist zulässig, wenn im Verlaufe der Rehabilitation mehrere Kostformen erforderlich sind. Die Dokumentation des Schulungsbuffets erfolgt mit dem Dokumentationscode Information über Schulungsbuffet (M640). Dieser umfasst die Information von Rehabilitanden zum Angebot und Nutzen eines Schulungsbuffets. Das alleinige Angebot eines Schulungsbuffets im Rahmen der täglichen Mahlzeiten wird nicht erfasst. In diesem Sinne ist die pauschale Codierung des Schulungsbuffets für alle Rehabilitanden nicht zulässig. Die normale Verpflegung bzw. die täglichen Mahlzeiten sind keine therapeutischen Leistungen, deshalb nicht Bestandteil der KTL und sind damit nicht mit den bestehenden Dokumentationscodes zu codieren.

Weitere ernährungstherapeutische Leistungen können in Kapitel C der KTL unter der Rubrik „Information, Motivation, Schulung“ verschlüsselt werden. Hier können ernährungstherapeutische Seminare und Vorträge erfasst werden. Ernährungstherapeutische Seminare (C632 und C620) zielen hauptsächlich auf die Motivierung der Rehabilitanden sowie auf die Unterstützung des Selbstmanagements. Sie sollten während einer Rehabilitation eher zu Beginn (C632 – Motivation) und Ende (C620 – Selbstmanagement) angeboten werden.

Vorträge zur gesunden Ernährung (C592) zielen hauptsächlich auf Kenntnisse der Rehabilitanden, enthalten aber auch häufig Elemente zur Motivation und zum

Alltagsbezug. Darüber hinaus werden in vielen krankheitsbezogenen Schulungen, die in Kapitel C zu finden sind, auch ernährungstherapeutische Module (Schulungseinheiten) angeboten (siehe Hinweis auf Curricula des Gesundheitstrainingsprogramms der Rentenversicherung in Abschnitt 5).

4.3 Reha-Therapiestandards

In jedem Reha-Therapiestandard (siehe auch Abschnitt 1.1.3) findet sich ein evidenzbasiertes Modul mit ernährungstherapeutischen Leistungen. In Abhängigkeit von der jeweiligen Indikation müssen ein Mindestanteil an Rehabilitanden eine Mindestdauer an ernährungstherapeutischen Leistungen in der medizinischen Rehabilitation erhalten haben, um den Therapiestandard zu erfüllen. Zu den ernährungstherapeutischen Leistungen zählen hierbei:

- **C632** Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Gesunde Ernährung
- **F573** Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Ernährungsverhalten
- **M551** Abstimmung einer energiedefinierten Kostform
- **M552** Abstimmung einer nährstoffdefinierten Kostform
- **M590** Ernährungsberatung einzeln
- **M600** Ernährungsberatung in der Gruppe
- **M621** Lehrküche indikationsspezifisch in der Gruppe
- **M622** Lehrküche indikationsübergreifend in der Gruppe
- **M630** Weitere praktische Übungen zum Ernährungsverhalten in der Gruppe

Diese KTL Leistungen werden in allen Reha-Therapiestandards ausschließlich dem ETM ernährungstherapeutische Leistungen zugerechnet.

4.4 Peer Review-Verfahren

Mit dem Peer Review-Verfahren wird die Qualität des Reha-Prozesses erfasst. Dazu werden von erfahrenen

Reha-Medizinern des jeweiligen Fachgebietes zufällig ausgewählte anonymisierte Reha-Entlassungsberichte sowie die Therapiepläne der Rehabilitanden begutachtet. Die Bewertung basiert auf einer indikationsspezifischen Checkliste qualitätsrelevanter Merkmale der Rehabilitation. Bewertet werden z.B. die Regelmäßigkeit der Behandlung, die fallgerechte Festlegung und Vermittlung von Behandlungszielen oder die Plausibilität sozialmedizinischer Schlussfolgerungen. Dabei werden Bewertungen aller Bereiche der Rehabilitation (Anamnese, Diagnostik, Therapieziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis, Sozialmedizinische Epikrise sowie weiterführende Maßnahmen und Nachsorge) vorgenommen. Dabei wird auch geprüft, ob erforderliche ernährungsmedizinische Aspekte im Reha-Entlassungsbericht erfasst und durch geeignete diagnostische und therapeutische Interventionen beachtet werden.

4.5 Visitationen

Visitationen der Rentenversicherung dienen der Aufnahme unmittelbarer Informationen vor Ort in einer Reha-Einrichtung. Die Reha-Einrichtung wird dabei in ihrer ganzen Komplexität einschließlich der Mitarbeiter und Rehabilitanden wahrgenommen. Hierdurch wird eine umfassende tagesaktuelle Bestandsaufnahme ermöglicht. Visitationen werden auch für die Beratung der Mitarbeiter der Einrichtung genutzt. Die Beratung basiert auf der Summe aller gewonnenen Informationen und kann sich sowohl auf allgemeine als auch auf sehr konkrete Fragestellungen beziehen. Visitationen ermöglichen auch den unmittelbaren Kontakt zu Rehabilitanden, die sich zum Zeitpunkt der Visitation in der Einrichtung befinden. Durch sie können zusätzlich wesentliche Einschätzungen aus Rehabilitandensicht gewonnen werden. Insbesondere für die Beurteilung der patientenbezogenen, organisatorischen und inhaltlichen Abläufe einer Reha-Einrichtung kommt der Visitation eine entscheidende Bedeutung in der Qualitätssicherung der Rentenversicherung zu.

Die Lehrküche der Ernährungstherapie ist immer Gegenstand der Visitation.

4.6 Beschwerdemanagement

Die Rentenversicherung wertet schriftliche Beschwerden von Rehabilitanden systematisch aus und prüft bei Bedarf den Beschwerdeanlass. Unzureichende Therapien aber auch die Verpflegung können u. a. Gegenstand der Beschwerde sein. Wird die Beschwerde als berechtigt eingestuft, werden die Reha-Einrichtungen von der Rentenversicherung aufgefordert, Abhilfe zu schaffen.

5. Literatur-, Internet- und Fortbildungshinweise

Alle folgenden Publikationen der Deutschen Rentenversicherung können auf der Website der Deutschen Rentenversicherung eingesehen und heruntergeladen werden: www.deutsche-rentenversicherung.de

5.1 Rahmenkonzepte und Strukturvorgaben der Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2009.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Handbuch Ernährungsmedizin in der medizinischen Rehabilitation Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2013.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2023.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Arbeitsbuch Reha-Ziele in der Rehabilitation. Deutsche

Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2018.
www.reha-ziele.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2019.

Nachsorgeportal der Rentenversicherung, um wohnortnahe Nachsorgeangebote zu finden: www.nachderreha.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Fachkonzept „IRENA“. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2019.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Orientierungsgliederung für das medizinische Konzept einer Reha-Einrichtung inkl. MBOR-Konzept. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2019.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht – Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2019.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation und deren interprofessionelle Zusammenarbeit. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2023.

5.2 Qualitätssicherungsinstrumente der Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Rehabilitandenbefragung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2007.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Visitationen in medizinischen Reha-Einrichtungen. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2014.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2015.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Therapiestandards Koronare Herzkrankheit. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Therapiestandards Schlaganfall. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Therapiestandards Depressive Störungen. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation und deren interprofessionelle Zusammenarbeit. Berlin: Hrsg: 2023.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Therapiestandards Abhängigkeitserkrankungen. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Therapiestandards Brustkrebs. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Therapiestandards Kinder und Jugendliche. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Peer Review – Psychosomatik und Sucht. Manual mit Checkliste. Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation. 12. Auflage. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Peer Review – somatische Indikationen. Manual mit Checkliste. Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation. 9. Auflage. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2017.

5.3 Patientenschulung

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Einführung zum Gesundheitstrainingsprogramm der DRV Bund – Curricula für Patientenschulungen in der medizinischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2018.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Planung, Umsetzung und Dokumentation von Patientenschulungen in der medizinischen Rehabilitation – Eine Praxis-hilfe. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2018.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Curriculum Gesunde Ernährung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2020.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: Aktiv Gesundheit fördern. Schattauer, Stuttgart. 2000.

Reusch, A., Küffner, R., Klemmt, M., Toellner, C. & Meng, K. Gruppenangebote zur gesunden Ernährung in der medizinischen Rehabilitation. Rahmenkonzept. Online verfügbar unter [ab Juli 2020]: www.med.uni-wuerzburg.de/epidemiologie/projekte/reha-forschung/serfo/.

Küffner, R., Toellner, C., Klemmt, M., Meng, K. & Reusch, A. Gruppenangebote zur gesunden Ernährung in der medizinischen Rehabilitation. Seminarbausteine. Online verfügbar unter [ab Juli 2020]: www.med.uni-wuerzburg.de/epidemiologie/projekte/reha-forschung/serfo/.

Das **Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung e.V.** ist ein gemeinnütziger Verein, mit dem Ziel der Optimierung von Gruppenprogrammen in der Rehabilitation und anderen Versorgungsfeldern. Die Aufgaben des Zentrums umfassen die Vernetzung und Kooperation mit verschiedenen Institutionen, Forschung und die Bereitstellung verschiedener Serviceangebote (u. a. ernährungstherapeutische Fortbildungen, Verzeichnis von publizierten Gruppenprogrammen für die medizinische Rehabilitation und Gesundheitsförderung auf ihrer Website).

Alle Informationen und aktuellen Fortbildungsangebote finden Sie unter: www.zepg.de.

5.4 Sozialmedizin

Unter folgender Webadresse der Deutschen Rentenversicherung werden sozialmedizinische Fortbildungen für das Reha-Team und weitere Fortbildungen für die therapeutischen Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation angeboten: www.reha-einrichtungen.de

Die sozialmedizinischen Fortbildungen der Rentenversicherung liegen in manualisierter Form vor.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team.

Modul 1. Sozialmedizinische Grundlagen. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2e. Ernährungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 3. Sozialmedizin im Reha-Team. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: Hrsg., 2022.

Die Website www.leistungsbeurteilung-reha.de weist darüber hinaus vielfältige Informationen, Publikationen und Fortbildungen zu dem Thema Sozialmedizin in der Rehabilitation auf.

5.5 Berufs und Fachverbände sowie Fachgesellschaften

Die im Verlauf vorgestellten Berufs- und Fachverbände sowie Gesellschaften haben sich in Form eines Koordinierungskreises auf eine „Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung“ geeinigt. In dieser Rahmenvereinbarung werden Begriffe wie Ernährungsberatung und Ernährungstherapie definiert, berufliche Qualifikationen festgelegt sowie die Elemente einer prozessorientierte Beratung sowie Schulung vorgestellt.

Siehe: www.wegweiser-ernaehrungsberatung.de

5.5.1 Verband der Diätassistenten –

Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)

Der VDD ist der Berufsverband für Diätassistenten in Deutschland. Auf der Website finden sich Informationen rund um den Beruf des Diätassistenten und der Diätassistentin, zu Aus-, Fort- und Weiterbildung, dem prozessgeleiteten ernährungstherapeutischen Handeln (German Nutrition Care Prozess, G-NCP), zur

evidenzbasierten Praxis, zu Richtlinien und relevanten Gesetzen sowie Informationen zum wissenschaftlichen Arbeiten.

Zudem gibt es eine Fachgruppe Rehabilitation, die sich mit spezifischen Fragestellungen z. B. Rolle der Diätetik in der medizinischen Rehabilitation beschäftigt. Auf dem jährlichen VDD Bundeskongress werden von der Fachgruppe Rehabilitation regelmäßig spezifische Themen bzgl. Ernährung vorgestellt.

**Verband der Diätassistenten –
Deutscher Bundesverband e.V.**

Susannastr. 13, 45136 Essen

Tel.: 0201-94 68 53 70

Fax: 0201-94 68 53 80

Email Fachgruppe Rehabilitation: fg-reha@vdd.de

www.vdd.de

5.5.2 Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE)

Der VDOE ist ein Berufsverband für Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler, Lebensmittelwissenschaftler und Haushaltswissenschaftler in Deutschland. Er bietet u. a. Weiterbildungen und eine Zertifizierung für die Ernährungsberatung, Informationen zum Studium, Beruf, Stellensuche und Praktikum an. Für fachlich interessierte und engagierte Mitgliedern wird ein breites Spektrum von Netzwerken (z.B. Klinik-Netzwerk) angeboten.

Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE)

Agricolastraße 25, 10555 Berlin

Tel.: 030-2359832-80

www.vdoe.de

5.5.3 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)

Die DGE trägt ernährungswissenschaftliche Forschungsergebnisse zusammen und publiziert diese regelmäßig. Die DGE wird vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft gefördert und ist die Fachgesellschaft, deren Empfehlungen in der med. Rehabilitation geschult werden sollen, da sie wissenschaftlich fundiert, aktuell, richtungsweisend und in die Praxis umsetzbar sind.

Zusätzlich bietet die DGE den Rehabilitationskliniken die Möglichkeit, das Angebot einer vollwertigen Verpflegung auszeichnen zu lassen – durch die Zertifizierung „Station Ernährung“ und das Zusatzzertifikat „Nachhaltige Verpflegung für verschiedene Lebenswelten der Gemeinschaftsverpflegung und -gastronomie von der DGE“. Die Basis für diese Zertifizierungen bildet der von der DGE herausgegebene „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Kliniken“.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)

Godesberger Allee 18, 53175 Bonn

Tel.: 0228-3776-600

Fax: 0228-3776-800

www.dge.de

5.5.4 Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e. V. (QUETHEB)

Die deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e. V. (QUETHEB) setzt sich erfolgreich für die berufspolitische Etablierung einer qualitätsgesicherten Ernährungstherapie ein. Ziel ist eine Abgrenzung qualifizierter Ernährungsfachkräfte von unseriösen Beratungskräften zu ermöglichen.

Dazu wurde u. a. die „Registrierung zur qualifizierten Ausübung von Ernährungsberatung und Ernährungstherapie“ als Qualifikationsnachweis gemäß den Forderungen der Spitzenverbände der Krankenkassen eingeführt.

QUETHEB – Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e. V.
An der Schießmauer 8, 89547 Gerstetten
Tel.: 07323-96 88 472
Fax: 07323-96 88 474
www.quetheb.de

5.5.5 Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)

Der VFED – Verband für Ernährung und Diätetik e. V. ist eine Fachorganisation für alle im Bereich der Ernährung und Diätetik Arbeitenden und Interessierten in Deutschland. Somit ist dieser Fachverband für alle Berufsgruppen, die sich für das Thema Ernährung interessieren wie z. B. Apotheker, Medizinisch Fachangestellte, diätetisch geschulte Köche etc. offen.

Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)

Eupener Str. 128, 52066 Aachen
Tel.: 0241-50 73 00
www.vfed.de

5.5.6 Ernährungsmedizinische Fach- und Berufsverbände sowie Fachgesellschaften

Um dem Mangel an ernährungsmedizinischen Kenntnissen durch ärztliche Fort- und Weiterbildung entgegenzuwirken, wurde 1983 aus dem Kreis der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung und Diätetik (heute: Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM)) die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e. V. (DAEM) und 1999 der Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e. V. (BDEM) gegründet.

Seit 01.01.2022 bieten die Gesellschaften DAEM, DGEM und BDEM gemeinsam ein neues Qualitätszertifikat Ernährungsmedizin an. Es bietet einzelnen Klinikabteilungen die Möglichkeit, ihre ernährungsmedizinische Arbeit und Struktur überprüfen und zertifizieren zu lassen. Nähere Informationen finden Sie auf www.qze.de.

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM)

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM) ist die medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft für Ernährungsmedizin in Deutschland. Sie ist eine multidisziplinäre Vereinigung aller Berufsgruppen, die sich mit Ernährungsmedizin befassen.

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM)

Karl-Marx-Allee 77, 10243 Berlin

Tel.: 030-311 719 - 340, 341 oder 342

Email: infostelle@dgem.de

www.dgem.de

Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e. V. (BDEM)

Der Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) ist ein Zusammenschluss von Ernährungsmedizinerinnen und Ernährungsmedizinern zur Wahrung, Förderung und Vertretung der berufspolitischen und sonstigen Belange.

Die Arbeitsgruppe Ernährungsmedizin in den Reha-Kliniken hat sich das Ziel gesetzt, die Ernährungsteams bei der Umsetzung der aktuellen Leitlinien zu unterstützen.

Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner e. V. (BDEM)

Annastraße 6, 45130 Essen

Tel.: 0201-799 893 11

E-Mail: info@bdem.de

www.bdem.de

Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e. V. (DAEM)

Die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e. V. ist ein unabhängiger gemeinnütziger wissenschaftlicher Verein, der sich in erster Linie zum Ziel gesetzt hat, durch ärztliche Fort- und Weiterbildung die Ernährungsmedizin in der praktischen Medizin zu implementieren und zu stärken. Reha-Einrichtungen können sich als Lehrkliniken für Ernährungsmedizin bei der Akademie zertifizieren lassen.

Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e. V. (DAEM)
Reichsgrafenstr. 11, 79102 Freiburg im Breisgau
Tel.: 0761-704 020
E-Mail: info@daem.de
www.daem.de

5.5.7 Zertifikate Ernährungsberatung

Der Begriff „Ernährungsberater*in“ ist gesetzlich nicht geschützt. Um sich von unseriösen Ernährungsberatern abzugrenzen wurde für den ambulanten (niedergelassenen) Bereich ein Zertifikat für die Ernährungsberatung geschaffen. Mit diesem Zertifikat wird die Qualifikation für die qualitätsgesicherte Ernährungsberatung und eine kontinuierliche Fortbildung nachgewiesen. Grundlage sind 75 Credit Points.

Gesetzliche Krankenkassen bezuschussen die Kosten einer Ernährungsberatung im ambulanten Bereich nur dann, wenn die Ernährungsfachkraft eines der folgenden Zertifikate nachweist:

- Ernährungsberater*in der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE)
- Fortbildungszertifikat des Verbandes der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)
- Ernährungsberater*in VDOE des Berufsverbands Oecotrophologie e. V. (VDOE)
- Qualifizierte/r Diät- und Ernährungsberater*in VFED vom Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)
- QUETHEB-Registrierung als Qualifikationsnachweis zur Ausübung der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung

Die Deutsche Rentenversicherung erwartet kein Zertifikat für die Ausübung von ernährungstherapeutischen Leistungen in der med. Rehabilitation. Für Oecotrophologen (BA, MA) gelten die Bedingungen siehe Kapitel 1.2 Fachliche Qualifikation der Ernährungsfachkräfte. Einzige Ausnahme ist die Reha Nachsorge von Kindern und Jugendlichen (Siehe Abschnitt 3.6.1 in der vorliegenden Praxishilfe).

6. Anhang

Anforderungen an die Dokumentation – „Kleiner Leitfaden“

Die Dokumentation stellt den Nachweis professioneller, systematischer patientenbezogener Maßnahmen dar. Sie dient der Darstellung des Leistungsgeschehens intern wie auch extern. Für jedes Anwendungsgebiet liegen fachliche Standards bzw. rechtliche Anforderungen in Form von Studien, wissenschaftlichen Veröffentlichungen, Leit- und Richtlinien der Fachgesellschaften und der Rechtsprechung vor.

Die Therapie-, Pflege- und medizinische Dokumentation gilt als Durchführungsnachweis und sichert zudem die Behandlungskontinuität durch übersichtliche Verlaufsdarstellung und Aufgabenzuweisung.

- Sie sollte zur Praktikabilität auf das Wesentliche reduziert werden, aber alle notwendigen Aspekte enthalten.
- Routinemaßnahmen können z.B. auch im Rahmen der Teambesprechungen oder Übergabe dokumentiert werden.
- Die Aufzeichnung ist für alle beteiligten Berufsgruppen ohne weitere Nachfrage als Handlungsanleitung verstehbar. „Doppeldokumentation“ ist zu vermeiden.
- Frage: „Welche Angaben benötigt mein Arbeitskollege, um Therapie, Pflege, Versorgung oder soziale Betreuung weiterführen zu können?“
- Stichworte können verwendet werden, solange Irrtümer ausgeschlossen sind.
- Bei Bedarf: Auf bestehende Standards, Richtlinien oder Leitlinien (ggf. klinikinterne) verweisen.
- Aussagen der Patienten/Angehörigen als Zitat dokumentieren.
- Notwendige Dokumente/auszufüllende Formblätter/ (interne) Assessments immer auf ihre Aktualität und oder Praktikabilität hin prüfen.

Wichtig:

Besonderheiten sind unmittelbar zu erfassen.

Bei unvorhersehbaren Veränderungen oder stetiger Verschlechterung wird das Vorgehen sowie der Zeitpunkt der geplanten Einschätzung neu festgelegt.

Je gefahrenträchtiger eine Situation, desto höhere Anforderungen sind an die Dokumentation zu stellen. Rücksprache mit der Therapiebereichsleitung oder dem zuständigen Ober-/Chefarzt sind wichtig.

- Das Handlungsziel (Reha-Ziel) mit Berücksichtigung der Bedürfnisse des Rehabilitanden sollte erkennbar sein.
- Umfang der erforderlichen Unterstützung, Beratung, Anleitung
- Strukturvorgaben: Die Anamnese/der Abschlussbericht etc. ist zeitnah entsprechend der Vorgaben zu erstellen.
- Die Auswertung der Verlaufsdokumentation ist gleich die Erfolgskontrolle therapeutischer Handlungen.
- Eine auf den Rehabilitanden angepasste Dokumentation sollte kontinuierlich erfolgen.
- Evaluationen der Ergebnisse sind zu dokumentieren.

Wichtiger Hinweis:

Alles, was dokumentiert wurde, hat stattgefunden und ist vollständig und richtig wiedergegeben.

Umkehrschluss: Was nicht dokumentiert wurde, hat auch nicht stattgefunden.

Das Vorgehen zum Umgang mit Anfragen zur Einsichtnahme (Einverständniserklärung beachten) in die Dokumentation durch Patienten/Angehörige (z.B. in Bezug auf das Patientenrechtegesetz) gilt es zuvor zu klären.

