

Modul 2e

Ernährungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung

→ Curriculum
„Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
im Reha-Team“ - Version 2022



Deutsche
Rentenversicherung

Bund



Curriculum „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“

Module

Modul 1: „Sozialmedizinische Grundlagen“

Modul 2a: „Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2b: „Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2c: „Ergotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2d: „Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2e: „Ernährungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2f: „Beiträge der Pflege zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2g: „Ärzte in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung“

Modul 3: „Sozialmedizin im Reha-Team“

Aktualisierung 2021/2022: Christine Reudelsterz
Deutsche Rentenversicherung Bund

Autorinnen 2020: Ulrike Worringen, Susanne Engel
Deutsche Rentenversicherung Bund
Katja Degen, Anne zur Horst-Meyer,
Median Klinik Berlin Kladow

Redaktion: Ulrike Worringen, Antje Hoppe, Jana Oehme
Deutsche Rentenversicherung Bund

Modul 2e: „Ernährungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

VORBEMERKUNG ZU DEN MANUALEN DES CURRICULUMS „SOZIALMEDIZINISCHE LEISTUNGSBEURTEILUNG IM REHA-TEAM“	3
EINFÜHRUNG IN DAS MODUL 2E „ERNÄHRUNGSTHERAPEUTISCHE BEITRÄGE ZUR LEISTUNGSBEURTEILUNG“	9
SEMINAREINHEIT 1	11
SEMINAREINHEIT 2	53

Vorbemerkung zu den Manualen des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“

Die Erstellung einer sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit für jeden Rehabilitanden ist eine bedeutsame Aufgabe in der medizinischen Rehabilitation (DRV, 2009). Die Beurteilung bildet eine wesentliche Grundlage bei weitergehenden Verwaltungsentscheidungen wie zum Beispiel Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe sowie auf Renten wegen Erwerbsminderung.

In der Rentenversicherung ist die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung eine fachärztliche Aufgabe. Zum Abschluss einer medizinischen Rehabilitation wird die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Entlassungsbericht festgehalten. Um alle Aspekte der funktionellen Fähigkeit und Teilhabefähigkeit zum Ende einer Rehabilitation fundiert beurteilen zu können, bedarf es einer engen fachlichen Zusammenarbeit im multidisziplinären Reha-Team. In die fachärztliche Beurteilung sollen die fachbezogenen Leistungseinschätzungen der Therapeuten des Reha-Teams einbezogen werden. Die in den Manualen beschriebenen Fortbildungsveranstaltungen haben das Ziel, das gesamte Reha-Team bezüglich sozialmedizinischer Fragestellungen und Aufgaben weiter zu qualifizieren. Das übergeordnete Ziel aller Veranstaltungen ist es, durch die Qualifikation der therapeutischen Berufsgruppen und Förderung der interdisziplinären Kommunikation, die Qualität der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation zu verbessern.

Die Fortbildungen richten sich an das gesamte Reha-Team. Die Zielgruppe umfasst alle Berufsgruppen, die an der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung mitwirken:

- Ergotherapeuten
- Physiotherapeuten, Sport-/Gymnastiklehrer, Sportwissenschaftler
- Psychologen, Psychotherapeuten
- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
- Ernährungsfachkräfte
- Gesundheits- und Krankenpflegekräfte
- Ärzte

Es ist empfehlenswert, dass das Reha-Team einer Rehabilitationseinrichtung, bestehend aus jeweils einem Vertreter der oben genannten Berufsgruppen, gemeinsam an den Veranstaltungen des Curriculums teilnimmt. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass durch die gemeinsame Teilnahme die interdisziplinäre Kommunikation gestärkt und damit die praktische Umsetzung eines gemeinsamen Weges zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsalltag positiv unterstützt werden konnte.

Die Fortbildung ist als Curriculum mit drei aufeinander aufbauenden Modulen konzipiert. Das Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen“ wird berufsgruppenübergreifend angeboten. Mit dem Ziel eines einheitlichen Verständnisses und einer gemeinsamen Sprache werden allen Berufsgruppen sozialmedizinische Grundlagen vermittelt. Diese beinhalten unter anderem wichtige

Begriffe für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, die Aufgaben und Leistungen der Sozialversicherungsträger, das biopsychosoziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) sowie die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Des Weiteren ist ein wichtiges Ziel, den Teilnehmenden die Inhalte der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung zu vermitteln und ihnen die Möglichkeit zu geben, erste praktische Erfahrungen durch die Bearbeitung von Fallbeispielen zu sammeln.

Im Modul 2 werden berufsgruppenspezifische Fortbildungsveranstaltungen angeboten. In kleineren Gruppen mit maximal 25 Teilnehmenden erarbeiten die einzelnen Berufsgruppen Aspekte zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung aus ihrer berufs- und fachspezifischen Perspektive. Die Teilnehmenden erlernen für die Darstellung des Rehabilitanden im fachspezifischen Befund, das biopsychosoziale Modell der funktionalen Gesundheit der ICF anzuwenden. Zu diagnostischen Instrumenten und Assessments für die Erhebung von (Leistungs-) Fähigkeitsbeschreibungen und zur Beschwerdenuvalidierung wird ein fachlicher Austausch geführt. Des Weiteren erlernen die Teilnehmenden durch die Bearbeitung von Fallbeispielen, einen fachspezifischen Befund zu erstellen. Sie setzen sich mit ihrer Rolle als Diagnostiker und Therapeut auseinander.

Im ärztlichen Modul 2 tauschen sich die Teilnehmenden über ihre Erfahrungen und Erwartungen bezüglich der Zusammenarbeit im Reha-Team aus. Die Anforderungen an die Durchführung der sozialmedizinischen Fallbesprechung im Reha-Team werden erarbeitet. Anhand von Fallbeispielen erstellen die Teilnehmenden die Zusammenschau aller fachspezifischen Beiträge. Als theoretischer Hintergrund wird dabei das biopsychosoziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) angewendet.

Im Modul 3 „Sozialmedizin im Reha-Team“ stehen die Kommunikation der fachspezifischen Leistungsbeurteilung innerhalb des Reha-Teams und die Umsetzung einer interdisziplinären Erstellung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsalltag im Mittelpunkt. Das Modul wird berufsgruppenübergreifend in Gruppen à 30 Teilnehmende angeboten. Um allen Teilnehmenden, die an den vorherigen Modulen 1 und 2 teilgenommen haben, gerecht zu werden, ist es notwendig die Veranstaltung zum Modul 3 mehrfach anzubieten. Als günstig hat es sich gezeigt, wenn die therapeutischen und ärztlichen Mitarbeiter aus einer Rehabilitationseinrichtung gemeinsam an einer Veranstaltung des Moduls 3 teilnehmen.

In allen Modulen wird die Kompetenzvermittlung mit sich abwechselnden unterschiedlichen Methoden umgesetzt. Diese sind Vorträge, Diskussionen, Kleingruppenarbeit, Rollenspiele und die Bearbeitung von Fallbeispielen. Zur Vor- und/oder Nachbereitung werden gegebenenfalls Hausaufgaben eingesetzt. Den Teilnehmenden werden zu den Themen umfassende Materialien wie Handouts der Vorträge, Broschüren und Internetadressen zur Verfügung gestellt.

Als Referenten für die Vorträge und die fachliche Anleitung der Kleingruppenarbeit wird empfohlen, Experten der jeweils zu vermittelnden Fachthemen einzusetzen. In

allen Modulen ist ein Sozialmediziner bzw. Therapeut mit sozialmedizinischer Qualifikation erforderlich. Für das Modul 2 ist ein Praktiker aus der entsprechenden Berufsgruppe als Referent sehr empfehlenswert. Einer der Referenten sollte über einschlägige Moderationserfahrungen verfügen und durch das jeweilige Seminar führen.

Der zeitliche Rahmen der Module umfasst 9 Zeitstunden für das Modul 1 und jeweils 8 Zeitstunden für die Module 2 und 3. Die Umsetzung der Veranstaltungen kann an die organisatorischen Gegebenheiten des Veranstaltungsortes angepasst werden. Die Erfahrungen mit einem Angebot über zwei Tage zeigen, dass die Teilnehmenden die verbleibende Zeit nutzen, sich fachlich weiter auszutauschen sowie die Inhalte zu reflektieren, um weiterführende Fragen zu formulieren. Der Abstand zwischen den einzelnen Modulen kann mehrere Monate betragen. Dies ermöglicht den Teilnehmenden, die Fortbildungsinhalte zu reflektieren und umzusetzen. Die gesammelten Erfahrungen sowie entstehende Fragen können im darauffolgenden Modul bearbeitet werden.

Manuale zum Curriculum

Für jede Fortbildungsveranstaltung des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ wurde zur Darstellung der Modulinhalte und deren Umsetzung ein eigenes Manual erstellt. Es liegen folgende Manuale als Broschüre vor:

- Modul 1
„Sozialmedizinische Grundlagen“
- Modul 2a
„Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“
- Modul 2b
„Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“
- Modul 2c
„Ergotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“
- Modul 2d
„Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung“
- Modul 2e
„Ernährungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“
- Modul 2f
„Beiträge der Pflege zur Leistungsbeurteilung“
- Modul 2g
„Ärzte in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung“
- Modul 3
„Sozialmedizin im Reha-Team“

Aufbau der Manuale

Zu jedem Modul erfolgt zunächst eine kurze Einleitung. Hier werden wichtige Hinweise für die Durchführung der Veranstaltung formuliert. Für jede Seminareinheit beinhaltet das Manual Angaben zu:

- **Themen und Zielgruppe** der Seminareinheit,
- empfohlener maximaler **Zahl der Teilnehmenden**,
- **Qualifikationsanforderungen** an die Referenten,
- **Zeitungsumfang** der Seminareinheit,
- erforderlichem **Material und Handouts**,
- Anforderungen an den **Schulungsraum** und
- **allgemeinen Zielen** der Seminareinheit.

Darüber hinaus werden für jeden Schulungsabschnitt

- **Lehrziele** formuliert und begründet,
- **Inhalte** zur Erreichung des Lehrziels benannt,
- **Durchführungshinweise** gegeben und
- **Folienhilfen, Informationsmaterial und Handouts** nach Bedarf zur Verfügung gestellt.

Anmerkungen zur Neuauflage der Manuale

Das Curriculum wurde erstmals 2013 durchgeführt und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt und evaluiert (Worringen et al., 2016). Das erste Manual zu dem Curriculum erschien im Jahre 2015.

Alle Manuale des Curriculums wurden im Jahre 2020 neu aufgelegt und im Jahr 2022 aktualisiert (DRV Bund, 2022a - h). Dabei flossen die mehrjährigen Erfahrungen in der Durchführung des Curriculums, geänderte gesetzliche Rahmenbedingungen und die Rückmeldung der Teilnehmenden ein. Es wurden zudem die Berufsgruppen der Ernährungsfachkräfte, Ärzte und Gesundheits- und Krankenpflegekräfte in die Fortbildung einbezogen.

Dem Wunsch nach einem vierten Modul, in dem indikationsspezifisch sozialmedizinische Problemfälle im Reha-Team bearbeitet und diskutiert werden können, wurde gefolgt. Dem anhaltenden Wunsch nach Inhouseschulungen können die Referenten der DRV Bund nicht nachkommen. Es wird empfohlen, ein Team von Therapeuten und Ärzten an der Fortbildung der DRV Bund teilnehmen zu lassen und die Inhalte der Fortbildung, die alle in manualisierter Form zugänglich sind, anschließend im Rahmen von internen Fortbildungsmaßnahmen dem gesamten Reha-Team zu vermitteln.

Redaktionelle Vorbemerkung

Zur besseren Lesbarkeit des Curriculums wird bei allen Personen die männliche Form gewählt. Gemeint sind aber immer alle Geschlechter.

Das Wort Lehrziel wird im Manual bei Aufzählungen oder Querverweisen mit dem Kürzel LZ bezeichnet. Der Reha-Entlassungsbericht wird im Manual mitunter mit der Bezeichnung E-Bericht abgekürzt.

Literatur

- DRV Bund (Hrsg.). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2009.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 1. Sozialmedizinische Grundlagen. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022a.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2a. Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022b.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2b. Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022c.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2c. Ergotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022d.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2d. Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022e.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2f. Beiträge der Pflege zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022f.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2g. Ärzte in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022g.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 3. Sozialmedizin im Reha-Team. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022h.
- Worringen, U., Hoppe, A., Derra, C., Kalwa, M., Brüggemann, S. (2016). Nutzen des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ für die Rehabilitationspraxis. *Rehabilitation*, 55, 238–247.

Inhaltsverzeichnis

VORBEMERKUNG ZU DEN MANUALEN DES CURRICULUMS „SOZIALMEDIZINISCHE LEISTUNGSBEURTEILUNG IM REHA-TEAM“	3
EINFÜHRUNG IN DAS MODUL 2E „ERNÄHRUNGSTHERAPEUTISCHE BEITRÄGE ZUR LEISTUNGSBEURTEILUNG“	9
SEMINAREINHEIT 1.....	11
1.1 Aufbau und Ziele des Moduls 2	13
1.2 Ernährungstherapeutischer Beitrag zum Reha-Entlassungsbericht	15
1.3 Anforderungen an den Reha-Entlassungsbericht.....	17
1.4 Formulierung eines ernährungstherapeutischen Befundes.....	24
1.5 Instrumente und Assessments zur Erfassung des Ernährungsstatus	41
SEMINAREINHEIT 2.....	53
2.1 Das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)	55
2.2 Rollenverständnis	61
2.3 Beschwerdenuvalidierung.....	65
2.4 Fazit zum Seminar, Ziele und Inhalt des Moduls 3	72

Einführung in das Modul 2e „Ernährungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

Das Modul 2 „Fachspezifische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“ des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ wird als berufsgruppenspezifische Fortbildungsveranstaltung angeboten. In diesem Manual werden die Inhalte der Fortbildungsveranstaltung und deren Umsetzung für die Berufsgruppe der Ernährungsfachkräfte dargestellt. Die Zielgruppe sind Ernährungsfachkräfte, die in der medizinischen Rehabilitation tätig sind und die an der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung mitwirken.

Ziel ist es, dass die Ernährungsfachkräfte Aspekte zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung aus ihrer berufs- und fachspezifischen Perspektive bearbeiten. Die Teilnehmenden erlernen für die Darstellung des Rehabilitanden im ernährungstherapeutischen Befund, das biopsychosoziale Modell der funktionalen Gesundheit der ICF anzuwenden. Weiterer Inhalt ist der fachliche Austausch zu ernährungstherapeutischen diagnostischen Instrumenten und Assessments für die Erhebung von (Leistungs-) Fähigkeitsbeschreibungen von Rehabilitanden und die Beschwerdvalidierung. Mit der Bearbeitung von Fallbeispielen erarbeiten die Teilnehmenden Inhalte und Formulierungen eines fachspezifischen ernährungstherapeutischen Befundes. Sie setzen sich mit ihrer Rolle als Diagnostiker und Therapeut auseinander. Die Möglichkeit zum berufsgruppenspezifischen Fachaustausch zu sozialmedizinischen Themen soll im Mittelpunkt stehen.

Zeitliche und räumliche Organisation

Das Modul 2 umfasst insgesamt 8 Zeitstunden. Dabei sind jeweils 4 Zeitstunden für jede Seminareinheit einzuplanen. Es ist empfehlenswert, in beiden Seminareinheiten eine Pause von 30 Minuten anzubieten.

Für die Fortbildungsveranstaltung wird ein Gruppenraum für 20 Teilnehmende mit einem U-förmigen Aufbau von Stühlen und Tischen benötigt. Für die Präsentationen und die Kleingruppenarbeit sollen Beamer, Flipchart, Moderationskoffer und Metaplanwände zur Verfügung stehen.

Zahl der Teilnehmenden

Es empfiehlt sich, maximal 20 Teilnehmende für die Fortbildungsveranstaltung einzuplanen. Die vorausgehende Teilnahme am Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen“ des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ wird empfohlen.

Personelle Ressourcen

Die Fortbildungsveranstaltung sollte von zwei Referenten durchgeführt werden. Die sozialmedizinische Qualifikation eines Referenten ist erforderlich. Für den zweiten Referenten ist empfehlenswert, eine Ernährungsfachkraft mit praktischer Expertise in der medizinischen Rehabilitation einzusetzen.

Didaktik

Die Kompetenzvermittlung soll mit sich abwechselnden unterschiedlichen Methoden umgesetzt werden. Diese sind Vorträge, Diskussionen, Kleingruppenarbeit, ggf. Rollenspiele und die Bearbeitung von Fallbeispielen. Zur Vorbereitung auf Modul 2 wurden in Modul 1 Hausaufgaben mitgegeben. Den Teilnehmenden werden zu den Themen des Moduls umfassende Materialien wie Handouts der Vorträge, Broschüren und Internetadressen zur Verfügung gestellt.

Die Verwendung von Fallbeispielen unterstützt die Veranschaulichung von Seminarinhalten sowie eine vertiefende Bearbeitung der Themen für die Teilnehmenden und stellt gleichzeitig den Praxisbezug zum Setting einer Rehabilitationseinrichtung her. Die Bearbeitung von Fallbeispielen kann unterschiedlich umgesetzt werden. In Modul 2 werden Fallvignetten vorgegeben. Hier erhalten die Teilnehmenden Eckdaten für einen Rehabilitanden zu Geschlecht, Alter, medizinischer Diagnose und sozialmedizinischer Einschätzung und sollen einen ernährungstherapeutischen Befund erarbeiten. Die Auswahl der Fallvignetten sollte sich an den Indikationen der Rehabilitationseinrichtungen, aus denen die Teilnehmenden kommen, orientieren. Es ist empfehlenswert, die didaktischen Methoden innerhalb des Seminars zu variieren und an die Bedürfnisse der Teilnehmenden, zum Beispiel Wunsch nach einem individuellen fachlichen Austausch im Rahmen von Kleingruppen oder allgemeinem Austausch im Plenum, anzupassen. Die Zusammensetzung der Kleingruppen kann indikationsbezogen oder indikationsübergreifend erfolgen.

Aktualisierung der Präsentationen und Handouts

Vor dem Hintergrund möglicher gesetzlicher Veränderungen und Weiterentwicklungen von zum Beispiel Formularen und Rehabilitationsangeboten muss vor jeder Durchführung des Moduls eine fachliche Aktualisierung der Präsentationen und Handouts erfolgen. Die im Manual dargestellten Materialien haben den Stand von 2022.

Weitere Informationen

Es kann die Praxishilfe „Ernährungstherapie“ der DRV zu allgemeinen Fragen rund um die Themen der Ernährungstherapie im Seminar ausgelegt werden.

DRV Bund (Hrsg.). Ernährungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Praxishilfe: Antworten auf häufig gestellte Fragen. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2020.

Modul 2e: Ernährungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung

Seminareinheit 1

Themen

- Aufbau und Inhalte des Moduls 2
- Ernährungstherapeutischer Beitrag zum Reha-Entlassungsbericht
- Ernährungstherapeutischer Befund
- Instrumente/Assessments zur ernährungstherapeutischen Befundung

Dauer der Seminareinheit

4 Zeitstunden und 30 Minuten Pausenzeit

Zahl der Teilnehmenden

maximal 20

Zielgruppe

Ernährungsfachkräfte, die in der medizinischen Rehabilitation tätig sind

Leitung

- empfehlenswert sind 2 Referenten
- Qualifikationen: Arzt mit sozialmedizinischer Qualifikation, eine Ernährungsfachkraft mit klinischer Expertise

Raumausstattung

- Tische und Stühle in U-Form
- Beamer/Laserpointer, Presenter
- Flipchart
- Metaplanwände, Metaplankarten, Stifte
- Fotoapparat zur Erstellung eines Fotoprotokolls

Handouts

- Seminarplan (LZ 1.1)
- Handzettel der Präsentation (jeweils 2 Folien pro Seite) oder das Manual des Moduls 2e

Leitfäden/Handouts:

- Anforderungen an die Dokumentation (LZ 1.4)
- Hinweise zur Erstellung von Berichten/Zusammenfassungen für die Ernährungstherapie (LZ 1.4)
- Fallvignetten (LZ 1.4)

- Anleitung Kleingruppenarbeit (LZ 1.4 und 1.5)
- Kurzinformationen zu relevanten/möglichen Assessments und Instrumenten im Rahmen der ernährungstherapeutischen Intervention (LZ 1.5)
- Unterschriftenliste inkl. Adresse und Indikation der Reha-Einrichtung und E-Mail-Adresse (blanco), Datenschutzerklärung

Allgemeine Ziele der Seminareinheit

Die Teilnehmenden können die Bedeutung und Inhalte der ernährungstherapeutischen Beiträge im Reha-Entlassungsbericht erläutern. Sie können einen ernährungstherapeutischen Befund erstellen und kennen die entsprechenden Dokumentationsanforderungen. Sie erwerben einen Überblick über derzeit in der rehabilitativen Praxis verwendete Verfahren zur Erfassung des Ernährungsstatus, des Ernährungsverhaltens und des ernährungsspezifischen Reha-Ergebnisses. Sie können Verbesserungspotentiale für die eigene klinische Diagnostik und Befundung benennen.

Hinweise

Es wird empfohlen, den Seminarplan vor Beginn der Veranstaltung an die Teilnehmenden zu verteilen. Dies ermöglicht den Teilnehmenden, den Inhalten entspannter zu folgen.

Zur Unterstützung eines weiterführenden Fachaustausches zwischen den Teilnehmenden wird eine Liste mit Angaben zu: Name, Rehabilitationseinrichtung, ggf. Indikation, Adresse und E-Mail-Adresse erstellt. Mit ihrer Unterschrift genehmigen die Teilnehmer die Weitergabe ihrer Informationen an die anderen Seminarteilnehmer. Eine Datenschutzerklärung ist beigelegt.

Von den Arbeitsergebnissen der Kleingruppen (Metaplanwände) kann ein Fotoprotokoll erstellt und den Teilnehmenden im Anschluss an das Seminar per E-Mail zur Verfügung gestellt werden.

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
---------------	--------------------	---------------------------

1.1 Aufbau und Ziele des Moduls 2

Lehrziel

Die Teilnehmenden können Inhalt und Ziele des Moduls 2e
“Ernährungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung” nennen.

Begründung

Für die Inhalte und Organisation des zweitägigen Seminars „Ernährungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“ soll die Zielsetzung dargestellt werden. Es soll verdeutlicht werden, dass es sich nicht um eine Vortragsreihe zur reinen Informationsvermittlung handelt, sondern dass das Mitwirken aller Teilnehmenden erwünscht ist. Die Möglichkeit zum berufsgruppenspezifischen Fachaustausch soll im Mittelpunkt stehen. Dies fördert das Verständnis für die eigene Rolle bei der Erstellung eines fachspezifischen Befundes, der Bestandteil und Grundlage für eine interdisziplinär erstellte sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsalltag ist.

Inhalt

- Inhalte des Modul 2
- Organisation und zeitlicher Ablauf der Veranstaltung (z. B. Pausen)
- Einstiegs-/Begrüßungsrunde
 - Rehabilitationseinrichtung, Indikation
 - Feedback zum Modul 1: Erfahrungen im Reha-Alltag:
 - Änderungen im ernährungstherapeutischen Befund vorgenommen? Änderungen in der Kommunikation mit Ärzten? Nehmen Sie mehr sozialmedizinische Aspekte wahr?
 - Erwartungen, Bedürfnisse, Fragen für das Modul 2

Material

- Folie (siehe Seite 14)

Hinweise zur Durchführung

Begrüßung, Vorstellung der Referenten und Teilnehmenden, Folie zum Überblick über den Ablauf, Moderation, Mitschrift: Fragestellungen und Diskussionspunkte der Teilnehmenden werden auf einem Flipchart notiert und im Verlauf der Veranstaltung bearbeitet.

Zeit circa 30 Minuten

Anmerkung

Für den Einstieg sollte genügend Zeit eingeplant werden. Es steht im Vordergrund, die Teilnehmenden mit ihren Fragestellungen und Bedürfnissen abzuholen und Erwartungen mit den Inhalten des Seminars abzustimmen.

Übersicht Modul 2e

1. Tag: 14:00 – 18:30 Uhr

- Begrüßungsrunde
- ernährungstherapeutischer Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
 - Erstellung eines Befundes
 - Praxisbeispiel und Befundaufbau
 - ernährungstherapeutischer Befund - Fallarbeit
- ernährungstherapeutische Assessments

2. Tag: 08:00 – 12:30 Uhr

- Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Teilhabe nach ICF
 - ICF basierte Befundung - Fallarbeit
- Austausch zum Rollenverständnis
- Beschwerdenuvalidierung
- Kliniktransfer und Ausblick auf Modul 3

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
--------	--------------------	--------------------

1.2 Ernährungstherapeutischer Beitrag zum Reha-Entlassungsbericht

Lehrziel

Die Teilnehmenden reflektieren ihre Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Lesen der Reha-Entlassungsberichte ihrer Rehabilitationseinrichtung und können Fragestellungen und Diskussionspunkte zum ernährungstherapeutischen Beitrag formulieren.

Begründung

Die Teilnehmenden sollen zur aktiven Gestaltung der Schulung motiviert werden. Die Hausaufgabe, die am Ende des Moduls 1 gestellt wurde, eröffnete den Teilnehmenden die Möglichkeit, sich auf die Inhalte des Moduls 2 vorzubereiten. Sie sollen zum Beispiel klinische Erfahrungen oder auch strukturelle Fragen in das Seminar einbringen. Die Referenten erhalten einen Überblick über die Fragen der Teilnehmenden und Informationen über aktuelle Vorgehensweisen in den Rehabilitationseinrichtungen. Es soll deutlich werden, dass die Diskussion und Bearbeitung von Fragestellungen und möglicher Problemlagen im Vordergrund stehen.

Inhalt

- Erfahrungen und Erkenntnisse der Teilnehmenden aus der Hausaufgabe des Moduls 1: fünf Reha-Entlassungsberichte aus der eigenen Rehabilitationseinrichtung lesen
 - An welcher Stelle des Reha-Entlassungsberichtes haben Sie Beschreibungen von Therapieverläufen oder Therapieergebnissen der Ernährungstherapie gefunden?
 - An welcher Stelle im Reha-Entlassungsbericht sollten die Therapieverläufe und Therapieergebnisse der Ernährungstherapie aufgeführt werden?
 - Was würden Sie gern zum Reha-Entlassungsbericht beitragen?

Material

- Folie (siehe Seite 16)

Hinweise zur Durchführung

Moderation, Mitschrift auf Flipchart

Fragestellungen und Diskussionspunkte der Teilnehmenden können bei Bedarf auf einem Flipchart notiert und im Verlauf der Veranstaltung bearbeitet werden.

Zeit circa 30 Minuten

Anmerkung

Es wird Rehabilitationseinrichtungen geben, in denen die Ernährungsfachkräfte bereits eigene Befunde in strukturierter Form erstellen und diese Eingang in den Reha-Entlassungsbericht finden. In anderen Einrichtungen sind therapeutische Berufsgruppen an der Erstellung des Reha-Entlassungsberichtes kaum beteiligt.



Hausaufgabe aus dem Modul 1

Lesen von fünf Reha-Entlassungsberichten aus Ihrer Klinik

An welcher Stelle des Reha-Entlassungsberichtes haben Sie Beschreibungen von Therapieverläufen oder Therapieergebnissen der Ernährungstherapie gefunden?

An welcher Stelle im Reha-Entlassungsbericht gehören die Therapieverläufe und Therapieergebnisse der Ernährungstherapie aufgeführt?

Was würden Sie gern zum Entlassungsbericht beitragen?

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
---------------	--------------------	---------------------------

1.3 Anforderungen an den Reha-Entlassungsbericht

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Anforderungen an den Reha-Entlassungsbericht erläutern und den ernährungstherapeutischen Beitrag zum Reha-Entlassungsbericht benennen.

Begründung

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 der 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 des Rehabilitanden beeinflussen. Diese sozialmedizinisch bedeutsamen Themen sind auch Gegenstand der ernährungstherapeutischen Diagnostik und Therapie. Die Vermittlung der Inhalte der Ernährungstherapie im Reha-Entlassungsbericht unter der Perspektive der ICF soll die einheitliche Verwendung, die Einbindung in das interprofessionelle Team und das eindeutige Verständnis der Teilnehmenden unterstützen.

Inhalt

- Aufbau des Reha-Entlassungsberichtes
- ICF-Orientierung im Reha-Entlassungsbericht
- Ernährungstherapeutischer Beitrag im Reha-Entlassungsbericht

Material

- Folien (siehe Seiten 18 - 23)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag

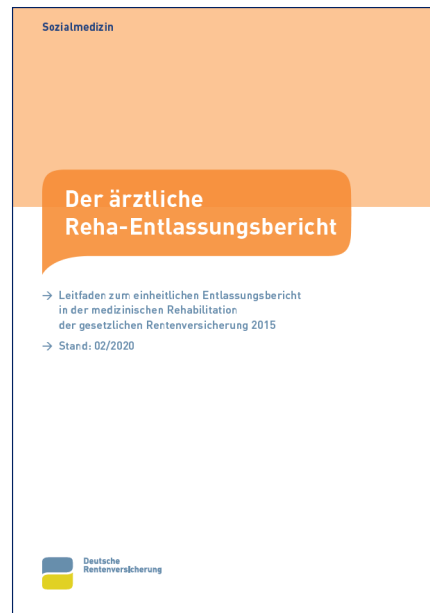
Zeit circa 30 Minuten

Anmerkung

Die Inhalte des Lehrziels bauen auf den bereits vermittelten Inhalten aus dem Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen“ auf. Es besteht die Möglichkeit, vertiefende Fragen der Teilnehmenden zum Thema zu diskutieren.

Der Reha-Entlassungsbericht

- so kurz wie möglich unter Einhaltung der vorgegebenen Gliederung
- anschauliche Darstellung, inhaltliche Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit
- sprachliche Prägnanz und Kürze bei hohem Informationsgehalt
- Verdichtung der im Reha-Team erhobenen Informationen zu einer Gesamtdarstellung



Reha-Entlassungsbericht Blatt 2 ff.

Gliederung

1. Anamnese
2. Sozialmedizinische Anamnese
3. Aufnahmebefund, Diagnostik während Rehabilitation
4. Reha-Prozess und –Ergebnis
5. Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen

1. Anamnese

- 1.1 jetzige Beschwerden (z. B. *Schluckbeschwerden*)
- 1.2 bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigungen
- 1.3 weitere reha-relevante Erkrankungen
(z. B. *Adipositas*)
- 1.4 biographische Anamnese
- 1.5 vegetative Anamnese (z. B. *Inappetenz, Gewichtsveränderungen/wie viel/Zeitraum/vermuteter Zusammenhang*)

ggf. Information aus dem Ernährungsprotokoll

2. Sozialmedizinische Anamnese

- 2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren
- 2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren
- 2.3 Subjektive Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

sorgfältige Arbeitsplatzbeschreibung

- ermöglicht im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung den Abgleich der Fähigkeiten der Rehabilitanden mit dem jeweiligen Anforderungsprofil der beruflichen Tätigkeit/des Arbeitsplatzes
- **z. B. bei der krankheitsbedingten Notwendigkeit der häufigen und regelmäßigen Nahrungsaufnahme oder tätigkeitsbedingten unregelmäßigen Essenszeiten**

2.3 Subjektive Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Aktivität:

- Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme

Teilhabe:

- Beeinträchtigung von Aufgaben des täglichen Lebens (*Einkauf von Nahrungsmitteln, Zubereitung von Speisen*)
- Beeinträchtigung der Teilhabe am sozialen Leben (*z. B. Kantinenbesuch*)

3. Aufnahmebefund, Diagnostik während der Rehabilitation



- 3.1 Allgemeiner körperlicher Befund, indikationsunabhängig
(u. a. Größe/Gewicht/Trophik/Ödeme...ggf. Zahnstatus)
- 3.2 Allgemeiner psychischer Befund
- 3.3 Fachspezifischer Befund (*indikationsspezifisch*)
- 3.4 Diagnostik, z. B. Mangelernährung: MNA (*Mini Nutritional Assessment*), Albumin i. S., Körperzusammensetzung z.B. bioelektrische Impedanzmessung (BIA), Bauchumfang (*Fettverteilungstyp*), Sonographie: Aszites?

Anmerkung:

*Erfassung und Beurteilung des Ernährungszustandes des Patienten
von Arzt/Ernährungstherapeut <-> Austausch <-> Teambesprechung*

4. Reha-Prozess und –Ergebnis



- 4.1 Individuelle Reha-Ziele
(z. B. Gewichtsreduktion, Lebensmittelumstellung)
- 4.2 Besonderheiten des Reha-Verlaufes (*auch Anpassung Reha-Ziele, Motivation und Kooperation*)
- 4.3 Abschlussbefundung und Reha-Ergebnis
(*klinische Messwerte, u. a. Körpergewicht, Bewertung der Veränderungen, auch Veränderung bei Einstellung, Motivation, Lebensstil, Selbsteinschätzung des Rehabilitanden zur Erreichung des Therapiezieles*)



5. Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen

- Weiterbehandlung: z. B. Ernährungstherapie
- Reha-Nachsorge: z. B. IRENA, Reha-Sport
(*Bewegung zur Gewichtsreduktion*)
- stufenweise Wiedereingliederung
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Selbsthilfe (z. B. *Weight Watchers*)
- sonstige Empfehlungen

Ankreuzfelder können im Freifeldtext kurz erläutert werden.

Reha-Entlassungsbericht Blatt 1



Ärztlicher Entlassungsbericht RV-Träger: DRV Deutsche Rentenversicherung

Bl. 1

Versichertendaten

Prüfen: ☐ Versichertennummer ☐ Kassenzeichen

Patienten / Patient (Name, Vorname)

☐ Ist, sofern nicht in s. a. VGR enthalten

Drucken: ☐ Straße, Hausnummer

Postleitzahl ☐ Wohnort

Versicherte / Versicherte (Name, Vorname), falls nicht mit Patient / Patient, deutsch

Abteilung

ICAR ☐ ICD-OR ☐

besondere Behandlungsform

Art der Durchführung

1 = stationär

2 = geriatrisch ambulant

3 = ambulant

Besondere Behandlungsformen

1 = MGR

2 = MGR und VGR

3 = VGR

9 = Sonstige

Behandlungsergebnis

Selbstevaluation

1 = mäßig

2 = mäßig

3 = mäßig

4 = mäßig

5 = mäßig

6 = mäßig

7 = mäßig

8 = mäßig

9 = mäßig

Diagnosen

	Diagnosennummer ICD-10-GM	Selbst- evalu- ation	Diagn. Stu- ben	Beh. Ergebn.	Selbstevaluation
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Behandlungsergebnis

0 = 1. Schritt nicht zu

1 = abgeschlossen

2 = abgeschlossen

3 = abgeschlossen

4 = abgeschlossen

5 = abgeschlossen

6 = abgeschlossen

7 = abgeschlossen

8 = abgeschlossen

9 = abgeschlossen

Hinweis zu 6: Weitere Diagnosen ohne Verschluss

Krankheitsursache	Entlassungsform	Arbeitsfähigkeit
1 = 1. Schritt nicht zu	1 = mäßig	1 = mäßig
2 = 2. Schritt nicht zu	2 = vorzeitig auf acht. Veranlassung	2 = mäßig
3 = 3. Schritt nicht zu	3 = vorzeitig mit acht. Einverständnis	3 = mäßig
4 = 4. Schritt nicht zu	4 = vorzeitig ohne acht. Einverständnis	4 = mäßig
5 = 5. Schritt nicht zu	5 = abgeschlossen	5 = mäßig
6 = 6. Schritt nicht zu	6 = vorzeitig	6 = mäßig
7 = 7. Schritt nicht zu	7 = vorzeitig zu ambulanter, geriatrisch ambulanter, stationärer Rehabilitation	7 = mäßig
8 = 8. Schritt nicht zu	8 = gestorben	8 = mäßig
9 = 9. Schritt nicht zu	9 = gestorben	9 = mäßig

Empfehlungen oder Weiterbehandlung: Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

Weiterbehandelnde Ärzte / Psychologen	Rentenversicherung	Patienten
☐ Diagnostische	☐ stationäre	☐ Selbstbeurteilung
☐ Medizinische	☐ Rehabilitationsplanung	☐ gruppen
☐ Stationäre Behandlung / OP	☐ Rehabilitations-sport	☐ hausliche
☐ Psychotherapie	☐ Nachsorge	☐ Sonstige Empfehlung

Erläuterungen und gegebenenfalls weitere Empfehlungen:



Reha-Entlassungsbericht Blatt 1a

Qualitative Leistungsbeurteilung – positives Leistungsvermögen

Qualitative Leistungsbeurteilung – negatives Leistungsvermögen



Quantitative Leistungsbeurteilung – letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

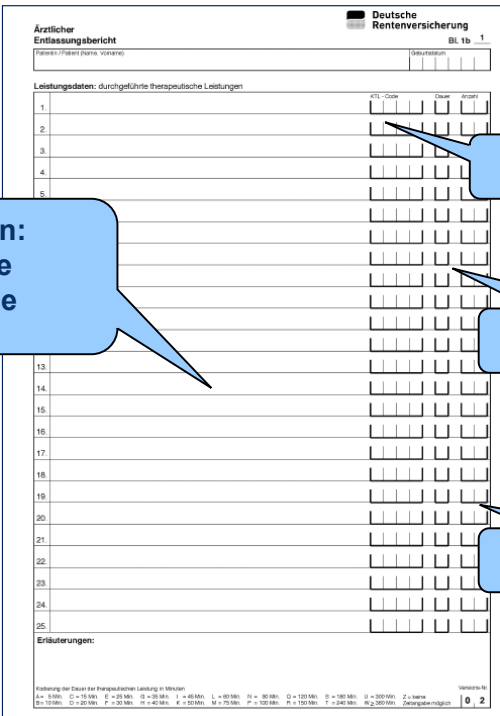
Quantitative Leistungsbeurteilung – allgemeiner Arbeitsmarkt

Sozialmedizinische Epikrise



Reha-Entlassungsbericht Blatt 1b

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen



KTL - Code

Dauer

Anzahl

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
--------	-------------	---------------------------

1.4 Formulierung eines ernährungstherapeutischen Befundes

Lehrziel

Die Teilnehmenden können einen ernährungstherapeutischen Befund formulieren.

Begründung

Der Befund zum Ende einer Rehabilitation ist das Fachurteil der jeweiligen therapeutischen Berufsgruppe. Er ist Grundlage und Bestandteil einer interdisziplinär erstellten sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Die Bearbeitung von Fallbeispielen ermöglicht den Teilnehmenden, ihre theoretischen Kenntnisse zu vertiefen und ihre praktischen Fähigkeiten bei der ernährungstherapeutischen Befunderstellung und -formulierung zu erproben und zu verbessern. Die Diskussion und Beantwortung von Fragen und Unklarheiten innerhalb der eigenen Berufsgruppe stärkt die Handlungssicherheit der Teilnehmenden.

Inhalt

- Anforderungen an die ernährungstherapeutische Dokumentation und die Erstellung von ernährungstherapeutischen Berichten (Handout)
- Erarbeitung von Fallbeispielen
 - Formulierung ernährungstherapeutischer Befunde
- Austausch über die Aussagekraft der Formulierungen

Material

- Handouts:
 - Anforderungen an die ernährungstherapeutische Dokumentation - „Kleiner Leitfaden“ (siehe Seiten 38 – 39)
 - Hinweise zur Erstellung von Abschlussberichten/Zusammenfassungen für die Ernährungstherapie (siehe Seite 40)
- Folien (siehe Seiten 26 - 35)
- Handout: Aufgabenstellung Kleingruppenarbeit (siehe Seiten 36 - 37)
- Flipchartblätter für Kleingruppenarbeit

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Kurzvortrag (20 Minuten), Kleingruppenarbeit (40 Minuten),
 Moderation der Diskussion der ernährungstherapeutischen Befunde (30 Minuten)

Nach einer thematischen Einführung werden die Teilnehmenden in Kleingruppen à 5 - 6 Personen aufgeteilt. Die Teilnehmenden erhalten zur Erstellung des ernährungstherapeutischen Befundes Fallvignetten, bei denen Eckdaten des zu

beurteilenden Rehabilitanden wie Geschlecht, Alter, erlernter Beruf, Funktionsdiagnose und ggf. Beschwerden beschrieben sind. Die Kleingruppen haben die Aufgabe, vor dem Hintergrund dieser Daten einen Rehabilitationsplan zu entwickeln, der für die Reha-Zielerreichung die notwendigen spezifischen ernährungstherapeutischen Interventionen festlegt. Anschließend soll der ernährungstherapeutische Befund erstellt und auf einem Flipchart festgehalten werden. Für die Kleingruppenarbeit stehen 40 Minuten zur Verfügung. Im Anschluss stellt jede Kleingruppe ihren Formulierungsvorschlag für den ernährungstherapeutischen Befund im Plenum vor und stellt entstandene Fragestellungen zur Diskussion. Im Plenum wird das Arbeitsergebnis der Kleingruppen gemeinsam geprüft und diskutiert, ob der beschriebene Reha-Behandlungsplan und der ernährungstherapeutische Befund nachvollziehbar sind.

Zeit circa 90 Minuten

Anmerkung

Die Erstellung des ernährungstherapeutischen Befundes ist eng verknüpft mit der Frage der Dokumentationspraxis. Dieses Thema nimmt erfahrungsgemäß einen großen Stellenwert im Seminar ein, ggf. muss für dieses Thema mehr Zeit eingeräumt werden.

Erarbeiten einer Anforderungs- und Dokumentationsgrundlage



Fragen im Ernährungsteam ausgehend von den Krankheitsbildern und Bedürfnissen der Rehabilitanden:

- Wie werden Rehabilitanden erfasst, die eine ernährungsspezifische Beratung/Schulung benötigen?
- Welche Basisinformationen sind von jedem Rehabilitanden erforderlich?
- Welche Kostformen können angeboten und verordnet werden?
- Ist für jeden Rehabilitanden eine Beratung/Schulung erforderlich?
- Welche Erkrankungsbilder müssen abgebildet werden?

Erfassung der Rehabilitanden und der ernährungsspezifischen Fragen



Für jeden Rehabilitanden personalisierte Anforderungs- und Dokumentationsbögen bei Aufnahme

Aufgabe der aufnehmenden Pflegekraft:

- ermitteln eines standardisierten Körpergewichtes und der Körpergröße

Aufgabe des Arztes:

- Dokumentation der Basisdaten (*Gewicht, Größe, BMI*)
- Angabe des Kostenträgers (*DRV/NICHT-DRV*)

Ernährungsspezifische Einzelberatung

- **Anamnese durch die Ernährungsfachkraft**
 - Ernährungsassessment, Verlauf unter ernährungsspezifischen Aspekten
 - ermitteln von krankheitsspezifischen Risikofaktoren
- **Zielsetzung**
 - Risikofaktoren sollen vom Rehabilitanden selbst erkannt werden
 - Reduktion/Minimierung von Risikofaktoren
 - Primär-/Sekundär/Tertiärprävention
 - Motivationstraining, Ressourcen
 - Beratung, Empfehlungen, Prognose



Schriftliche Befunderstellung für die Ernährungstherapie

generelle Überlegungen:

- Kurz, knapp, aussagekräftig!
- Nur gängige Abkürzungen verwenden!
- Nur das Schreiben, was relevant ist und zum Fach gehört.
- Stichpunkte oder Fließtext?
- Präteritum/Präsens?
- Text selber auf Fehler lesen!
- Im Ernährungsteam gemeinsam Befunde auswerten.
- Weiterführend die Befundung optimieren!

„Übung macht den Meister“

Bericht Ernährungstherapie:

- Anamnese durch die Ernährungsfachkraft
- gemeinsame Zielsetzung
- Beratung, Empfehlungen, Prognose



Beispiel Beratungsprozess **Nutrition Care Prozess (NCP)**



- Beratungsprozess der Ernährungs- und Diättherapie
- Entwicklung und Implementierung des NCP in den USA durch die American Dietetic Association (ADA) im Jahr 2003. Ziel: hohe Qualität in der Diättherapie und Ernährungsberatung
- Die European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD) empfiehlt den NCP als Modell für alle europäischen Mitgliedstaaten (ggf. Anpassung).

„Ziel, das Richtige, zur richtigen Zeit, mit dem richtigen Weg, für die richtige Person zu tun, um das bestmögliche Ergebnis zu erzielen.“

Buchholz D. und Ohlrich S. Der Nutrition Care Prozess. 2011. D&I, 5:10-15

Beispiel Beratungsprozess **Die 4 Prozessschritte des NCP**



Einleitung durch Screening und/oder Überweisung

1. Ernährungsassessment
 - Sammeln und Erheben von Daten
2. Ernährungsdiagnose
 - Befundung von Ernährungsproblemen
 - Unabhängig von der Medizinischen Diagnose
 - PESR
(P= Problem; E= Etiology (Ätiologie/Ursache); S= Symptome; R= Ressourcen)
3. Ernährungsintervention
 - Auswahl, Planung und Implementierung aller notwendigen Maßnahmen
4. Monitoring und Evaluation
 - Überprüfung und Messung definierter Parameter

Buchholz D. Der Nutrition Care Prozess und eine standardisierte Sprache in der Diätetik. Ernährungs Umschau. 2012, 10: 586-593

NCP: Die Ernährungsdiagnose

Beispiele Mangelernährung



Grundlage bildet PESR	Beispiel 1	Beispiel 2
P= Problem; bildet die Kernaussage der Ernährungsdiagnose. Das Problem beschreibt dabei nicht die Erkrankung, sondern die Veränderungen des Ernährungsstatus.	zu geringe Energiezufuhr (< 50 % des geschätzten Bedarfs)	siehe Beispiel 1
E = steht für Etiology (Ätiologie/Ursache) und beschreibt die Ursachen, die Auslöser für das Ernährungsproblem sind.	ausgeprägte Anorexie aufgrund vorangegangener Chemotherapie	Patientin ist überzeugt, dass eine ketogene Diät den Brustkrebs heilen kann
S= Symptome und beschreibt die Zeichen, die das Ernährungsproblem belegen. Unterscheidung in objektive (messbar durch Parameter) und subjektive (vom Rehabilitanden beschrieben) Symptome, die für das Ernährungsproblem spezifisch sind.	Gewichtsverlust von 5 kg in den letzten 4 Wochen Energieaufnahme: IST: 900 kcal/Tag; SOLL: 1800 kcal/Tag	siehe Beispiel 1
R= steht für Ressourcen, die sich auf die Lösung des Ernährungsproblems auswirken.	verheiratet, Ehemann ist bereits in Rente und kocht gerne	siehe Beispiel 1

Folie modifiziert aus dem Vortrag von Buchholz D. „Nutrition Care Prozess in der Onkologie“ PriO Veranstaltung am 20.11.2020

Beispiele



1. Adipositas per magna

2. Hyperurikämie, Hyperlipidämie



1. Beispiel: *Adipositas per magna*

Anordnung der Kostform und Anforderung Ernährungsberatung durch den Arzt

Ernährungsanamnese durch die Ernährungsfachkraft:

- Fr. B. wiegt 107 kg bei einer Körpergröße von 152 cm (BMI von 47 kg/m² = Adipositas Grad 3).
- Die Patientin berichtet von einem gewollten Gewichtsverlust vor der Reha (*ca. 8 kg innerhalb drei Monate*).
- Dieser Gewichtsverlust erfolgte aufgrund einer Änderung der Lebensmittelauswahl und des Lebensmittelvolumens.
- Ergebnis Ernährungsanamnese:
 - Lebensmittelauswahl ist nicht optimal, Defizite im Bereich Lebensmittelkunde.

1. Beispiel: *Adipositas per magna* Diätberatung: Einzeltherapie

Zielsetzung

Rehabilitationsziel: Verbesserung der Lebensmittelkenntnisse und somit weitere Reduktion des Gewichtes

Beratungsinhalte, Empfehlungen

1. Einsatz geeigneter (*Gemüse, Vollkorngetreideprodukte, Hülsenfrüchte*) und Reduktion/Austausch ungeeigneter Lebensmittel (*z. B. Veränderung der Wurst- und Käsesorten, Verbesserung der Trinkgewohnheiten durch Auswahl energiearmer Getränke*).
2. Reduktion der verzehrten Fettmenge (*max. 5 g statt 10 g Butter pro Scheibe Brot, Einsatz fettarmer Milchprodukte z.B. Magerquark*)
3. Veränderung der Mahlzeitenverteilung und des Mahlzeiten Volumens (*regelmäßige Nahrungsaufnahme und angemessene Portionsgrößen*).

Prognose

Die Patientin will die besprochene Lebensmittelauswahl zum jetzigen Zeitpunkt nicht optimieren. Dadurch Gefahr einer erneuten Gewichtszunahme und Mangel diverser Mikro- und Makronährstoffe möglich. Patientin lehnt eine weitere Ernährungsberatung ab.

1. Beispiel: Adipositas per magna

Ausschnitt aus dem Reha-Entlassungsbericht



5. Empfehlungen und weiterführende Maßnahmen

Bericht Sozialdienst:

Bericht Ernährungstherapie: Fr. B. wog bei Aufnahme 107 kg bei einer Körpergröße von 152 cm. (BMI von 47 kg/m² = Adipositas Grad 3). Die Patientin berichtete von einem gewollten Gewichtsverlust (ca. 8 kg innerhalb drei Monate) aufgrund einer Änderung der Lebensmittelauswahl und des Lebensmittelvolumens. Auswertung Ernährungsassessment: Lebensmittelauswahl nicht optimal, zudem Defizite im Bereich Lebensmittelkunde.

Rehabilitationsziel: weitere Reduktion des Gewichtes durch Verbesserung der Lebensmittelkenntnisse.

Empfehlungen:

1. Einsatz geeigneter (Gemüse, Vollkorngetreideprodukte, Hülsenfrüchte) und Reduktion/Austausch ungeeigneter Lebensmittel (z. B. Veränderung der Wurst- und Käsesorten, Verbesserung der Trinkgewohnheiten durch Auswahl energiearmer Getränke). 2. Reduktion der verzehrten Fettmenge (max. 5 g statt 10 g Butter pro Scheibe Brot, Einsatz fettarmer Milchprodukte z.B. Magerquark). 3. Veränderung der Mahlzeitenverteilung und des Mahlzeitenvolumens (regelmäßige Nahrungsaufnahme und angemessene Portionsgrößen).

Prognose: Die Patientin will die besprochene Lebensmittelauswahl zum jetzigen Zeitpunkt nicht optimieren. Dadurch Gefahr einer erneuten Gewichtszunahme und Mangel div. Mikro und Makronährstoffen möglich. Patientin lehnt weitere Ernährungsberatung ab.

Weiterbehandlung: ...

Reha-Nachsorge: ...

Verordnete Hilfsmittel: ...

Empfohlene Medikation: ...

Ernährung: Vollkost, Koststufe 5d (Normalkost), Gewicht bei Aufnahme: 107 kg, Gewicht bei Entlassung: 110,8 kg, Körpergröße: 152 cm

Lokalbefunde und Zugänge: ...

NCP: Die Ernährungsdiagnose

Beispiele Adipositas



Grundlage bildet PESR	Beispiel 1	Beispiel 2
P= Problem; bildet die Kernaussage der Ernährungsdiagnose. Das Problem beschreibt dabei nicht die Erkrankung, sondern die Veränderungen des Ernährungsstatus.	zu hohe Energiezufuhr	zu hohe Energiezufuhr
E = steht für Etiology (Ätiologie/Ursache) und beschreibt die Ursachen, die Auslöser für das Ernährungsproblem sind.	aufgrund Einsatz von energiereichen (zuckerhaltigen) Getränken	aufgrund von einseitiger Lebensmittelauswahl
S= Symptome und beschreibt die Zeichen, die das Ernährungsproblem belegen. Unterscheidung in objektive (messbar durch Parameter) und subjektive (vom Patienten beschrieben) Symptome, die für das Ernährungsproblem spezifisch sind.	Adipositas	Adipositas
R= steht für Ressourcen, die sich auf die Lösung des Ernährungsproblems auswirken.	?	?

2. Beispiel: Hyperurikämie, Hyperlipidämie

Anordnung der Kostform und Anforderung der Ernährungsberatung durch den Arzt (Hyperurikämie, Hyperlipidämie – siehe Labor).

Patient wünscht die Ernährungsberatung

Orthopädie

Patientennummer:
Patientenname:
Geburtsdatum:
Druckdatum: 28.12.2016 / 14:30

Auftragsingang	Probeneingang	Auftragsnummer	Medizinisch validiert von	Nombersize	Dimension	Stapelzeit
27.12.2016 12:00	28.12.2016 13:10	50034874				

Klinische Chemie

Natrium	135-145	mmol/l	141			
Kalium	3,6-4,8	mmol/l	4,1			
Kreatinin	0,70-1,20	mg/dl	0,83			
GFR-Schätzung (CKD-EPI)	>90	ml/min	108			
Glukose	70-115	mg/dl	108			
GPT	<50	U/l	32			
Alk. Phosphatase	40-129	U/l	43			
Gamma-GT	<60	U/l	41			
CK	<190	U/l	74			
Uripase	13-60	U/l	25			
Cholesterin	<200	mg/dl	223 +			
HDL-Cholesterin	>55	mg/dl	41			
LDL-Cholesterin	<155	mg/dl	140			
Triglyzeride	<200	mg/dl	219 +			
Harnsäure	3,4-7,0	mg/dl	7,5 +			
CRP	<5	mg/l	5			

Hämatologie

Leukozyten	4,4-11,3	G/l	6,2			
Erythrozyten	4,5-5,9	T/l	5,4			
Hämoglobin	14,0-17,6	g/dl	15,8			
Hämatokrit	0,40-0,52	l/l	0,47			
MCV	80-96	f	87			
MCH	28-33	pg	29			
MCHC	33-36	g/dl	34			
Thrombozyten	132-356	G/l	290			

Handwritten notes:
Hyperurikämie
Hyperlipidämie

2. Beispiel: Hyperurikämie, Hyperlipidämie Ernährungsanamnese

Anamnese durch die Ernährungsfachkraft

- Hr. M. ist 179 cm groß und wiegt 92 kg (BMI von 28,7 kg/m² = Präadipositas).
- Der Rehabilitand berichtet von einer ihm bekannten Hypertriglyzeridämie.

Ergebnis Ernährungsanamnese

- Lebensmittelauswahl und Menge sowie Ernährungsgewohnheiten sind nicht optimal, Defizite im Bereich Lebensmittelkunde.

Zielsetzung

Optimierung der Ernährungsgewohnheiten, um die Blutparameter (Cholesterin/Harnsäure) zu verbessern.

2. Beispiel: Hyperurikämie, Hyperlipidämie Diätberatung: Einzeltherapie



Beratung, Empfehlungen

- energiereduzierte Kost
- Reduktion der Gesamtfettzufuhr
- Fettsäurenmodifikation (*Reduktion der Zufuhr an gesättigten Fettsäuren, Bevorzugung der ungesättigten Fettsäuren*)
- Begrenzung der Cholesterinzufuhr, Meiden/Reduktion der ungeeigneten Lebensmittel (z. B. *Innereien, Meeresfrüchte, tierische Erzeugnisse mit hohem Fettgehalt*)
- Erhöhung der Ballaststoffzufuhr, Einsatz geeigneter Lebensmittel (z. B. *Vollkorngetreideprodukte, zwei Portionen Obst vorzugsweise mit niedrigem glykämischen Index, Gemüse, Salat*)
- Einschränkung der leicht resorbierbaren Kohlenhydrate (*zuckerhaltige Lebensmittel z. B. Süßwaren und Getränke z. B. Limonaden*)
- Einschränkung der Alkoholzufuhr

Prognose

- Der Rehabilitand war mit den Empfehlungen einverstanden und will diese umsetzen.

2. Beispiel: Hyperurikämie, Hyperlipidämie Weiterleiten des Befundberichtes an den Anforderer



Bearbeiten Ansicht Extras Fenster Hilfe

K_Ernährungstherapie von 27.12.2016 - Aufnahme

Ernährungstherapie

Name des Therapeuten:

Befund

Herr ... ist 179cm groß und wiegt 92kg, dies entspricht einem BMI von 28,7 kg/m² und liegt (unter Berücksichtigung des Alters des Patienten) im Bereich Präadipositas. Der Patient berichtete von einer Hypertriglyceridämie. Es fand eine Ernährungsanamnese (Uhrzeit, Lebensmittelauswahl, Verzehrsmengen) statt. Therapieziel ist eine Optimierung der Ernährungsgewohnheiten.

Empfehlung

- 1.) Reduktion der Gesamtfettzufuhr
- 2.) Fettsäurenmodifikation (Reduktion der Zufuhr an gesättigten Fettsäuren, Bevorzugung der ungesättigten Fettsäuren)
- 3.) Begrenzung der Cholesterinzufuhr, Aufzählung der ungeeigneten Lebensmittel (z.B. Innereien, Meeresfrüchte, tierische Erzeugnisse mit hohem Fettgehalt)
- 4.) Erhöhung der Ballaststoffzufuhr, Aufzählung geeigneter Lebensmittel (z.B. Vollkorngetreideprodukte, zwei Portionen Obst vorzugsweise mit niedrigem glykämischen Index, Gemüse, Salat)
- 5.) Energiereduzierte Kost
- 6.) Einschränkung der leicht resorbierbaren Kohlenhydrate (zuckerhaltige Lebensmittel z.B. Süßwaren und Getränke z. B. Limonaden)

2. Beispiel: Hyperurikämie, Hyperlipidämie

Ausschnitt aus dem Reha- Entlassungsbericht



Bericht Ernährungstherapie:

Hr. M. ist 179 cm groß und wiegt 92 kg, dies entspricht einem BMI von 28,7 kg/m² und liegt (*unter Berücksichtigung des Alters*) im Bereich Präadipositas. Der Rehabilitand berichtete von einer Hypertriglyceridämie. Es fand eine Ernährungsanamnese (*Uhrzeit, Lebensmittelauswahl, Verzehrsmengen*) statt. Therapieziel war eine Optimierung der Ernährungsgewohnheiten. Folgende Beratungsinhalte wurden besprochen: Reduktion der Gesamtfetzzufuhr, einer Fettsäurenmodifikation (*Reduktion der Zufuhr an gesättigten Fettsäuren, Bevorzugung der ungesättigten Fettsäuren*), einer Begrenzung der Cholesterinzufuhr, der Aufzählung ungeeigneter Lebensmittel (z. B. *Innereien, Meeresfrüchte, tierische Erzeugnisse mit hohem Fettgehalt*), einer Erhöhung der Ballaststoffzufuhr, Aufzählung geeigneter Lebensmittel (z. B. *Vollkorngetreideprodukte, zwei Portionen Obst vorzugsweise mit niedrigem glykämischen Index, Gemüse, Salat, Hülsenfrüchte*), einer energiereduzierten Kost, einer Einschränkung der leicht resorbierbaren Kohlenhydrate (*zuckerhaltige Lebensmittel z. B. Süßwaren und Getränke z. B. Limonaden*), Einschränkung der Alkoholzufuhr.

Prognose:

Der Rehabilitand hat die Empfehlungen verstanden und will diese umsetzen.

NCP: Die Ernährungsdiagnose

Beispiele Hyperurikämie/Hypercholesterinämie



Grundlage bildet PESR	Beispiel 1	Beispiel 2
P= Problem; bildet die Kernaussage der Ernährungsdiagnose. Das Problem beschreibt dabei nicht die Erkrankung, sondern die Veränderungen des Ernährungsstatus.	zu hohe Zufuhr von purinreichen Lebensmitteln	zu hohe Zufuhr von gesättigten Fetten
E = steht für Etiology (Ätiologie/Ursache) und beschreibt die Ursachen, die Auslöser für das Ernährungsproblem sind.	Defizite im Bereich Lebensmittelkunde	Defizite im Bereich Lebensmittelzubereitung/ Kochtechnik
S= Symptome und beschreibt die Zeichen, die das Ernährungsproblem belegen. Unterscheidung in objektive (messbar durch Parameter) und subjektive (vom Patienten beschrieben) Symptome, die für das Ernährungsproblem spezifisch sind.	hohe Harnsäurewerte	hohe Cholesterinwerte
R= steht für Ressourcen, die sich auf die Lösung des Ernährungsproblems auswirken.	?	?

Folie modifiziert aus dem Vortrag von Buchholz D. „Nutrition Care Prozess in der Onkologie“ PriO Veranstaltung am 20.11.2020

Was tun, wenn das Erstellen eines Befundes nicht möglich ist?



Unbedingt Vermerk des Grundes im Dokumentations-systems, warum kein Befund erstellt werden konnte und somit Rückmeldung an den Anforderer:

- Rehabilitand ist nicht zum geplanten Termin erschienen.
- Rehabilitand lehnt Ernährungsberatung zum jetzigen Zeitpunkt ab.
- Rehabilitand will sein Essverhalten momentan nicht ändern.

Wie und wo erfolgt die Dokumentation?



- **Zusammenfassung und Dokumentation**
 - Anamnese, Ziele, Inhalte der Ernährungsberatung und Verlauf sowie Beschreibung der Bereitschaft des Rehabilitanden, Prognose
- **Feedback an den Vorordner**
 - schriftlich, ggf. mündlich, Einbinden der Dokumentation in den Reha-Entlassungsbericht
 - Übermittlung des ernährungsspezifischen Berichtes an den weiterbehandelnden Arzt, den Kostenträger (DRV), den MDK der Krankenkassen,



Kleingruppenarbeit (40 Minuten)

- Erstellen Sie bitte einen Befundbericht.
- Erarbeiten Sie die Teile, die zum Reha-Entlassungsbericht aus Sicht der Ernährungstherapie beitragen werden.
- Nehmen Sie die Gliederung des Reha-Entlassungsberichtes als Rahmen:
 - Anamnese
 - Sozialmedizinische Anamnese
 - Aufnahmebefund, Diagnostik während der Rehabilitation
 - Reha-Prozess und –Ergebnis
 - Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen
- Stellen Sie Ihren Fall anschließend im Plenum vor.



Fallvorgaben

- **Fall 1 – orthopädische Rehabilitation:**
Herr Maier, 59 Jahre, Lkw-Fahrer,
Zustand nach Hüft-TEP, noch schmerzhaftes
Bewegungseinschränkung
BMI: 34 kg/m² (10 kg Gewichtszunahme in einem Jahr durch
Bewegungsmangel), Hypercholesterinämie
- **Fall 2 - orthopädische Rehabilitation:**
Frau Müller, 58 Jahre, Krankenschwester in der
Geriatric, chronische Rückenschmerzen bei
Wirbelsäulen-Syndrom, BMI: 32kg/m², oral eingestellter
Diabetes mellitus Typ II

Fallvorgaben

- **Fall 3 – kardiologische Rehabilitation:**
Herr Schmidt, 54 Jahre, Außendienstmitarbeiter bei einem Küchenhersteller,
AHB nach akutem Herzinfarkt, jetzt beschwerdefrei,
jedoch Bluthochdruck und Hypertriglyzeridämie;
BMI 32kg/m²
- **Fall 4 - onkologische Rehabilitation:**
Frau Baumann, 52 Jahre, Altenpflegerin,
AHB nach Magenkarzinom (*Operation und Chemotherapie*),
starke Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme unter der
onkologischen Therapie (10 kg/12 Wochen), aktueller BMI
von 23 kg/m²

Fallvorgaben

- **Fall 5 – neurologische Rehabilitation:**
Frau Meng, 57 Jahre, Verwaltungsangestellte,
Schlaganfall mit Schluckstörung,
Bewegungseinschränkung, Gewichtsabnahme (6 kg/10
Wochen), aktueller BMI 26 kg/m²

Handout: Anforderungen an die ernährungstherapeutische Dokumentation – „Kleiner Leitfaden“

Die Dokumentation stellt den Nachweis professioneller, systematischer patientenbezogener Maßnahmen dar. Sie dient zur Darstellung des Leistungsgeschehens intern wie auch extern.

Die Spezialisten legen Standards/rechtliche Anforderungen fest:

- Studien, wissenschaftliche Veröffentlichungen
- Leit- und Richtlinien der Fachgesellschaften
- Rechtsprechung

Die Therapie-, Pflege- und medizinische Dokumentation gilt als Durchführungsnachweis und sichert zudem die Behandlungskontinuität durch übersichtliche Verlaufsdarstellungen/Aufgabenzuweisungen.

- Sie sollte zur Praktikabilität auf das Wesentliche reduziert werden, aber alle notwendigen Aspekte enthalten.
- Routinemaßnahmen können z. B. auch im Rahmen der Teambesprechungen/Übergabe dokumentiert werden.
- Die Aufzeichnungen sind für alle beteiligten Berufsgruppen ohne weitere Nachfrage als Handlungsanleitung verstehbar. „Doppeldokumentationen“ sind zu vermeiden.
- Die 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) wird verwiesen.
- Aussagen der Patienten/Angehörigen als Zitat dokumentieren.
- Notwenige Dokumente/auszufüllende Formblätter/(interne) Assessments immer auf ihre Aktualität und oder Praktikabilität hin prüfen.

Wichtig: Besonderheiten sind unmittelbar zu erfassen. Festlegung des Vorgehens

- bei unvorhersehbaren Veränderungen
- bei stetiger Verschlechterung
- der Zeitpunkt der geplanten Neueinschätzung
- Je gefahrenträchtiger eine Situation, desto höhere Anforderungen sind an die Dokumentation zu stellen. Rücksprache mit der Therapiebereichsleitung oder dem zuständigen Ober-/Chefarzt sollte erfolgen.
- Das Handlungsziel (REHA -Ziel) mit Berücksichtigung der Bedürfnisse des Patienten/Klienten sollte erkennbar sein.
 - Umfang der erforderlichen Unterstützung
 - Beratung, Anleitung
- Strukturvorgaben: Die Anamnese/der Abschlussbericht etc. ist zeitnah entsprechend den Vorgaben erstellt.
- Die Auswertung der Verlaufsdokumentation ist gleich die Erfolgskontrolle therapeutisch/pflegerischen Handlungen.
- Eine kontinuierlich auf den Patienten angepasste Dokumentation.
- 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 in die Dokumentation durch Patienten/Angehörige gilt es vor dem Hintergrund des Patientenrechtegesetzes zuvor zu klären. Hierbei sind vorliegende Einverständniserklärungen zu beachten.

Gesetzliche Grundlage Patientenrechtegesetz (2013):

§ 630f Absatz 1 BGB verpflichtet den Behandelnden, zur Dokumentation im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung, eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicher zu stellen.

§ 630g Absätze 1 und 2 BGB

„(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen....“

„(2) Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.“

Handout: Hinweise zur Erstellung von Abschlussberichten/ Zusammenfassungen für die Ernährungstherapie

- Festlegung der Berichtsform: Der Bericht ist immer in der **Vergangenheitsform** zu erstellen.
- Beginn grundsätzlich mit einem einleitenden Satz, wie beispielsweise „In der Ernährungstherapie wurde...“
- Namen der Rehabilitanden bitte grundsätzlich nicht erwähnen, z. B. „der Patient“
- keine Schrägstriche (/), Sonderzeichen und fachspezifischen Abkürzungen verwenden
- einen beschreibenden Fließtext formulieren
- individuelle Aussagen nur zum jeweiligen/eigenen Fachbereich treffen: Sachliche Informationen über den aktuellen Status, den der Rehabilitand zeigt.
- Das Fazit als grundsätzlich alltagsorientierter Bezug (Grad/Umfang der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Selbstversorgung) beschreiben.
- Empfehlungen zu weiterführenden ernährungstherapeutischen Maßnahmen vorschlagen und begründen.

Irrelevante Informationen sollen nicht aufgeführt werden.

- eher Sätze wie „Bei Verrichtungen der Selbstversorgung...“
- Beschreibungen der Vorgehensweise im Rahmen der Therapie nur in der Verlaufsdokumentation ausformulieren.
- keine therapiespezifischen Eigennamen nutzen
- Ausführliche ernährungstherapeutische Befunde (ernährungstherapeutische Assessments etc.) sind nur für die Informationsweitergabe im ernährungstherapeutischen Team, zur Darstellung der ernährungstherapeutischen Arbeitsweise und zur Übergabe bei Urlaub oder Krankheit im Team vorgesehen.

Skalen und Scores:

- prägnante Ergebnisse aus Testverfahren etc. beschreibend darstellen
- Vergleichswerte zur Erfassung/Darstellung von Fortschritten nur für die interne Auswertung

Archivierung der Dokumentationen soll entsprechend der internen Vorgaben (Dokumentenmanagement) umgesetzt werden.

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
--------	--------------------	---------------------------

1.5 Instrumente und Assessments zur Erfassung des Ernährungsstatus

Lehrziel

Die Teilnehmenden können ernährungstherapeutische Assessments zur Erfassung des Ernährungsstatus benennen.

Begründung

Voraussetzung für die Planung eines auf den individuellen Bedarf des Rehabilitanden ausgerichteten Behandlungsplanes und die Erstellung eines fachspezifischen Befundes am Ende einer Rehabilitation ist eine valide Erfassung und Validierung des Ernährungsstatus des Rehabilitanden. Neben der klinischen Befundung können zum Beispiel standardisierte Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente, standardisierte Interviews und Tests bzw. Assessments zur Beurteilung des Ernährungsstatus zum Einsatz kommen. Die Kenntnis der derzeit in der rehabilitativen Praxis verwendeten Verfahren ermöglicht den Teilnehmenden, das eigene diagnostische Arbeiten zu reflektieren und Anregungen für neue diagnostisch relevante Themen und Instrumente zu sammeln.

Inhalt

- Screeninginstrumente, Assessments (Profilvergleichsverfahren), Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente (Fragebogen), Interviewverfahren, Funktionstests, apparative Systeme, Scores (Beispiele siehe Handout)
 - Vor- und Nachteile?
 - Umsetzungsmöglichkeiten im Klinikalltag?
 - Gütekriterien?
 - Wirtschaftlichkeit?
- Assessments für Fallbeispiele aus LZ 1.4

Material

- Folien (siehe Seiten 43 - 49)
- Handout:
 - Kurzinformationen zu relevanten/möglichen Assessments und Instrumenten im Rahmen der ernährungstherapeutischen Intervention (siehe Seiten 50 – 52)
 - Aufgabenstellung Kleingruppenarbeit (siehe Seite 49)
- Flipchartblätter der Kleingruppen aus LZ 1.4
- Metaplanwand, Metaplankarten, Stifte

Hinweise zur Durchführung

Moderation, Diskussion mit den bereits in Lehrziel 1.4 erarbeiteten Fallbeispielen

Wenn genügend Zeit zur Verfügung steht, kann auch noch einmal eine Kleingruppenarbeit durchgeführt werden. Es empfiehlt sich dann, dass die Teilnehmenden der Kleingruppen aus dem Lehrziel 1.4 weiter gemeinsam an ihrem Fallbeispiel arbeiten. Sie wählen geeignete Instrumente für ihr Fallbeispiel aus. Die Instrumente werden auf Metaplankarten geschrieben und anschließend an der Metaplanwand thematisch sortiert zusammengestellt. Die Instrumente können abschließend in Bezug auf Praktikabilität im Rehabilitationsalltag und Gütekriterien diskutiert werden. Zum Abschluss der Diskussion sollten die Teilnehmer gefragt werden, ob sie neben den bereits auf die Fallbeispiele zugeschnittenen Assessments, in ihrer praktischen Arbeit weitere Instrumente zur Befundung verwenden.

Alternativ können auch im Plenum die bereits erarbeiteten Fallbeispiele aus dem Lehrziel 1.4 als Arbeits- und Diskussionsgrundlage verwendet werden.

Im Mittelpunkt stehen die Erfahrungen der Teilnehmer mit Instrumenten, die sie im rehabilitativen Alltag anwenden. Fehlende Assessments werden vom Referenten ergänzt (siehe Handout bzw. Folien).

Zeit circa 60 Minuten

Anmerkung

Es empfiehlt sich, die in den Arbeitsgruppen erarbeiteten Assessments und Instrumente auch vor dem Hintergrund ihres Für und Wider bezüglich des Einsatzes in der rehabilitativen Praxis zu diskutieren. Den Teilnehmenden sollte in diesem Zusammenhang die Sorge genommen werden, dass sie zukünftig unbedingt spezifische Assessments verwenden müssen. Für die Erstellung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung sind neben den wichtigen Verhaltensbeobachtungen während der Ernährungstherapie (z. B. in der Lehrküche) und im Rehabilitationsalltag, den Befunden der anderen Berufsgruppen und den Selbstangaben der Rehabilitanden die ernährungstherapeutischen Assessments und Instrumente lediglich eine ergänzende Informationsquelle.

Es ist empfehlenswert, einen Überblick über relevante berufsgruppen- und indikationsspezifische Instrumente und Assessments als Handout an die Teilnehmenden zu verteilen. Dieser sollte vor dem Seminar auf Aktualität überprüft werden.

Diagnostik

Eine valide Diagnostik der Ernährungssituation eines Rehabilitanden ist Voraussetzung für:

- die Erstellung eines auf den individuellen Bedarf des Rehabilitanden ausgerichteten Behandlungsplanes,
 - die Einschätzung, welche Anforderungen der Rehabilitand an seinem konkreten Arbeitsplatz voraussichtlich erfüllen kann
- und
- die Erstellung eines fachspezifischen Befundes am Ende der Reha.

Ernährungsassessment

Umfassende Diagnose von Ernährungsproblemen mithilfe von:

- Krankengeschichte
- aktuelle Medikation
- Ernährungsanamnese
- Screening / Assessment von Mangelernährung
- körperliche Untersuchungen / Symptome (inkl. Zahnstatus, Schluckstatus, Darmfunktion etc.),
- Körperzusammensetzung (z. B. Bioelektrische Impedanzanalyse), Anthropometrie (Oberarmumfang, Trizepshautföldendicke, Waist to hip Ratio)
- Laborwerte
- Umgebungsfaktoren (Unterstützung Familie Zuhause etc)

Das Ergebnis des Ernährungsassessments stellt die Rationale zur Indikation jeder Ernährungsintervention und damit zur Entwicklung eines detaillierten Ernährungsplans dar

Valentini L, Volkert D, Schütz T, Ockenga J, Pirlich M, Druml W, et al. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Aktual Ernährungsmed. 2013;38(02):97-111.

<https://www.bapen.org.uk/nutrition-support/assessment-and-planning/nutritional-assessment/> Download am 22.07.2021

Ernährungsanamnese

- aktuelle Nahrungsaufnahme
- Einschätzung des Energie- und Nährstoffbedarfs
- Berücksichtigung individueller Präferenzen



Valentini L, Volkert D, Schütz T, Ockenga J, Pirlich M, Druml W, et al. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). *Aktuel Ernährungsmed.* 2013;38(02):97-111.

Screening Mangelernährung - Empfehlungen

- Das Mangelernährungsscreening ist ein einfacher und schneller Prozess, um Personen, die sehr wahrscheinlich mangelernährt sind oder ein Risiko für eine krankheitsspezifische Mangelernährung tragen, zu identifizieren und festzustellen, ob die Durchführung eines detaillierten Ernährungsassessments indiziert ist

Valentini L, Volkert D, Schütz T, Ockenga J, Pirlich M, Druml W, et al. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). *Aktuel Ernährungsmed.* 2013;38(02):97-111.

- Im Krankenhaus sollte das Screening routinemäßig bei Aufnahme und danach in wöchentlichen Intervallen erfolgen

Hauner, H., Beyer-Reiners, E., Bischoff, G., Breidenassel, C., Ferschke, M., Gebhardt, A., ... & Adam, O. (2019). Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis (LEKuP). *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 44(06), 384-419.

- kann von Pflegekräften erfasst werden

Ernährungstherapie

- von dem Ernährungsassessment und der Ernährungsanamnese leitet sich die Ernährungstherapie ab
- gemeinsame Zielvereinbarung
 - Messbarkeit der Ziele
(für die anschließende Evaluation)?
- Motivation, Umstellungsfähigkeit
- weiterer Beratungs- oder Schulungsbedarf nötig?

Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis (LEKuP)

- Das Rationalisierungsschema von aus dem Jahr 2004 wurde von dem Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis (LEKuP) im Dezember 2019 abgelöst.
- An diesem Leitfaden wurde von allen Verbänden und Gesellschaften bzgl. Ernährung in Deutschland mitgearbeitet.
- Risiko für Mangelernährung besteht laut LEKuP vorwiegend bei onkologischen Erkrankungen, neurologischen Erkrankungen sowie chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Hauner, H., Beyer-Reiners, E., Bischoff, G., Breidenassel, C., Ferschke, M., Gebhardt, A., ... & Adam, O. Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis (LEKuP). 2019. Aktuelle Ernährungsmedizin, 44(06), 384-419.

Diagnostik von Mangelernährung anhand der GLIM Kriterien



Phenotypische Kriterien:

- **unbeabsichtigter Gewichtsverlust** >5 % innerhalb der letzten 6 Monate oder >10 % über 6 Monate
- **niedriger Body Mass Index (BMI kg/m²)**
<20 wenn < 70 Jahre oder
<22 wenn >70 Jahre
- **reduzierte Muskelmasse** gemessen mit validierten Messmethoden zur Bestimmung der Körperzusammensetzung

Ätiologische Kriterien:

- **geringe Nahrungsaufnahme oder Malassimilation**
< 50 % des geschätzten Energiebedarfs > 1 Woche oder jede Reduktion für >2 Wochen oder jede andere chronische GI Kondition welche die Nahrungsassimilation oder Absorption über Wochen beeinträchtigt
- **Krankheitsschwere/ Inflammation**

Zur gesicherten Diagnose einer Mangelernährung muss mind. 1 Kriterium phenotypischer und ätiologischer Natur erfüllt sein.

GLIM: Global Leadership Initiative on Malnutrition

Cederholm T, Jensen GL, Correia M, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Journal of cachexia, sarcopenia and muscle. 2019;10(1):207-17.

Gängige Screening Tools Mangelernährung



- Nutritional risk score (*NRS- 2002*) *
- Malnutrition screening tool (*MUST*) *
- Minimal Nutritional Assessment Short (*MNA-short*) *

kombiniertes Screening mit Assessment:

- Subjective Global Assessment (*SGA*) *
- Minimal Nutritional Assessment (*MNA-long*)
- Patient Generated Subjective Global Assessment (*PG-SGA*)

GLIM
Kriterien
sind
erfüllt

*Cederholm T, Jensen GL, Correia M, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Journal of cachexia, sarcopenia and muscle. 2019;10(1):207-17.

Nutritional Risk Score (NRS-2002): Stationärer Bereich

nach Kondrup J et al., Clinical Nutrition 2003; 22: 415-421



Vor-Screening

- Body Mass Index < 20,5 kg/m²?
- Hat der Patient innerhalb der letzten 3 Monate an Gewicht verloren?
- Verminderte Nahrungsaufnahme in der letzten Woche?
- Liegt eine schwere Erkrankung vor?

Wenn eine Frage mit JA beantwortet wird, dann
Folgescreening:



Störung des Ernährungszustandes

• Keine	0
• Gewichtsverlust > 5 % / 3 Monate oder Nahrungszufuhr < 50 - 75 % des Bedarfs in der vergangenen Woche	1
• Gewichtsverlust > 5 % / 2 Monate oder BMI 18,5 - 20,5 kg/m ² und reduzierter Allgemeinzustand oder Nahrungszufuhr < 25 - 50 % des Bedarfs in der vergangenen Woche	2
• Gewichtsverlust > 5 % / 1 Monate (> 15 % / 3 Monate) oder BMI < 18,5 kg/m ² und reduzierter Allgemeinzustand oder Nahrungszufuhr < 0 - 25 % des Bedarfs in der vergangenen Woche	3

+ 1 Punkt wenn Alter ≥ 70 Jahre

Krankheitsschwere

• Keine	0
• Mild z. B. chronische Erkrankung Leberzirrhose, COPD, chronische Hämodialyse, Diabetes, Krebsleiden	1
• Mäßig z. B. große Bauchchirurgie, Schlaganfall, hämatologische Krebserkrankung	2
• Schwer z. B. Kopfverletzung, Knochenmarkstransplantation, intensivpflichtige Patienten	3

T. Schütz, L. Valentini, M. Plauth. Screening auf Mangelernährung nach den ESPEN-Leitlinien 2002. Aktuel Ernähr Med 2005; 30: 99-103
Download unter: <https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Screening/Sch%C3%BCtz%20NRS%20Feb%202020.pdf>

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST): Ambulanter Bereich



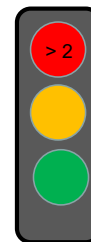
Body Mass Index	
(kg/m ²)	Punkte:
≥ 20	0
18,5 - 20	1
≤ 18,5	2

+

Gewichtsverlust (ungeplant in den letzten 3 Monaten)	
Prozent	Punkte:
≤ 5 %	0
5 - 10 %	1
≥ 10 %	2

+

Akute Erkrankung
Nahrungskarenz von (voraussichtlich) mehr als 5 Tagen
2 Punkte



Gesamtrisiko für das Vorliegen einer Mangelernährung

T. Schütz, L. Valentini, M. Plauth. Screening auf Mangelernährung nach den ESPEN-Leitlinien 2002. Aktuel Ernähr Med 2005; 30: 99-103
Download unter: <https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Screening/Sch%C3%BCtz%20MUST%20Feb%202020%20%5BKompatibilit%C3%A4tsmodus%5D.pdf>

Minimal Nutritional Assessment – Short Form (MNA[®]-SF/> 70 Jahre)



Hat der Patient während der letzten 3 Monate wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken weniger gegessen?

starke Abnahme der Nahrungsaufnahme	0
leichte Abnahme der Nahrungsaufnahme	1
keine Abnahme der Nahrungsaufnahme	2

Gewichtsverlust in den letzten 3 Monate

Gewichtsverlust > 3 kg	0
nicht bekannt	1
Gewichtsverlust zwischen 1-3 kg	2
kein Gewichtsverlust	3

Mobilität

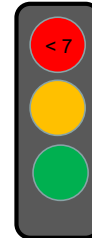
Bettlägerig oder in einem Stuhl mobilisiert	0
in der Lage, sich in der Wohnung zu bewegen	1
Verlässt die Wohnung	2

Akute Krankheit oder psychischer Stress während der letzten 3 Monate

ja	0
nein	2

Neuropsychologische Probleme

schwere Demenz	0
leichte Demenz	1
keine psychologischen Probleme	2



Body Mass Index (BMI) Körpergewicht kg/ Körpergröße m²

BMI < 19	0
19 ≤ BMI < 21	1
21 ≤ BMI < 23	2
BMI ≥ 23	3

Download unter: <https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Screening/MNA-SF%20Deutsch-240513.pdf>

Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) - short



- Krankengeschichte vom Patienten selbst auszufüllen
 - Gewicht (*und Verlauf*), Nahrungsaufnahme (*Veränderungen und welche Art von Nahrung*); Symptome (z. B. *Appetit, Übelkeit, Probleme mit Schlucken u. a.*); Aktivitäts- und Funktionsniveau
- Vorteil: Zeitersparnis und validiert
- Deutsche Übersetzung abrufbar unter <https://pt-global.org/wp-content/uploads/2018/05/PG-SGA-German-18-006-v05.10.18.pdf>

Erickson N, Storck LJ, Kolm A, Norman K, Fey T, Schiffler V, Ottery FD, Jager-Wittenaar H. Tri-country translation, cultural adaptation, and validity confirmation of the Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment. *Support Care Cancer*. 2019 Sep;27(9):3499-3507. doi: 10.1007/s00520-019-4637-3. Epub 2019 Jan 25. PMID: 30684046.

Standardisiertes Assessment bzgl. Mangelernährung



- Subjective Global Assessment (SGA)
 - Download unter <https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Screening/SGA%20Bogen2.pdf>
 - Anleitung unter: <https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Screening/SGA%20Anleitung%202011.pdf>
- Minimal Nutrition Assessment – lang (MNA-Long)
 - Download unter <https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Screening/MNA-LF%20Deutsch-240513.pdf>
- Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA)
 - Download unter <https://pt-global.org/wp-content/uploads/2018/05/PG-SGA-German-18-006-v05.10.18.pdf>

Gruppendiskussion



- Welche Instrumente, Screening oder Assessments nutzen Sie zur Erfassung und Validierung des Ernährungsstatus?
- Liegen Erfahrungen mit dem NCP vor?
- Welche Informationen könnten sozialmedizinisch relevant sein?

Handout: Kurzinformationen zu relevanten/möglichen Screening und Assessments sowie anderen Instrumenten im Rahmen der ernährungstherapeutischen Intervention

Screening auf Mangelernährung	Kurzinformation
GLIM Kriterien Cederholm et al. 2019	– Diagnostik der Mangelernährung anhand von ätiologischen und phänotypischen Kriterien.
NRS-2002 (Nutritional Risk Score) Kondrup, J. et al. 2003, nach T. Schütz 2002	– Screening in einer stationären Einrichtung, ob Mangelernährung oder ein Risiko dafür vorliegt
MUST (Malnutrition universal Screening Tool) Kondrup, J. et al. 2003, nach T. Schütz 2002	– einfaches Screening auf Mangelernährung im <u>ambulantem</u> Bereich
MNA – short (Minimal Nutritional Assessment) Nestle 1994, 2001	– Screening, um den Ernährungsstatus von geriatrischen Patienten festzustellen
PG-SGA short (Patient Generated Subjective global assessment)	– einfaches Screening, welches vom Patienten selbst auszufüllen ist – vier Frageblöcke zu Gewicht und Verlauf, Nahrungsaufnahme, Symptome (gastrointestinal) und Aktivitätsniveau.
Assessment (Ernährung)	Kurzinformation
Mangelernährung: Subjectiv Global Assessment (SGA) Detsky et al. 1987	– Einschätzung des Ernährungszustandes bzgl. Mangelernährung – Auf Grundlage von Anamnese (Gewichtsveränderung, Nahrungszufuhr, gastrointestinale Symptome, Leistungsfähigkeit, Grunderkrankung) und klinischer Untersuchung (Unterhautfettgewebe, Muskelmasse, Ödeme) schätzt der Untersucher den Ernährungszustand des Patienten ein.
Mini Nutritional Assessment (MNA) - long Nestle 1994, 2001	– Bei positivem Screening (wenn MNA short positiv) kann ein Assessment durchgeführt werden. – Auf Grundlage von Anamnese (Medikamenteneinnahme, Nahrungszufuhr, Leistungsfähigkeit, und klinischer Untersuchung (Oberarm oder Wadenumfang) schätzt der Untersucher den Ernährungszustand des geriatrischen Patienten ein.

PG-SGA (Patient Generated Subjective global assessment)	– Nach der Auswertung von PG-SGA short weiterführendes Assessment bzgl. Medikamenteneinnahme und einer körperlichen Untersuchung.
Ernährungsanamnese	– 24-Stunden-recal: erfasst die Ernährung der letzten 24 h aus der Erinnerung des Patienten – 3-Tage-Ernährungsprotokoll: erfasst die Ernährung des Patienten an zwei Wochentagen und einem Wochenendtag aus der Erinnerung und / oder protokolliert die Analyse von Mahlzeitenstruktur, Portionsgrößen, Mahlzeiten zu unterschiedlichen Arbeitszeiten (Schichtarbeit), Nahrungsmittelangebot, -verfügbarkeit in der Arbeit etc. – 7-Tage-Ernährungsprotokoll: Protokoll der Ernährung einer kompletten Woche incl. Wochenende – Nahrungsmittelbeschwerdeprotokoll: Neben der Erfassung der Nahrungszufuhr (Zeit, Ort, Menge, Nahrungsmittel/Getränke, psychische Verfassung bei Nahrungsaufnahme) werden gastroenterologische Beschwerden notiert. – Freiburger Ernährungsprotokoll: standardisiertes, rationelles Ernährungsprotokoll mithilfe einer Strichliste, quantitative Erfassung der Nahrungszufuhr, keine Mahlzeitenstruktur etc. – Gewichtsanamnese: aus der Erinnerung Gewichtsverlauf seit Kindheit (bei Adipositas) oder der letzten Monate/Wochen (bei Gewichtsverlust siehe auch Mangelernährungsscreening) – Ernährungsprotokoll mit der Ernährungspyramide (AID bzw. BZFE) auch als App, auch geeignet, um Ernährungsverhalten zu reflektieren. – Essbiografie (z. B. nach Biedermann bei geriatrischen Patienten) – Erfassung von Nahrungsmittelpräferenzen, -gewohnheiten (Vorlieben, Abneigungen, Trinkgewohnheiten, besondere Ernährungsformen (vegetarisch, vegan, ...)) – Umgebungsfaktoren (lebt Patient alleine, wer kocht zuhause, ...)
Messung Körperzusammensetzung	– Körpergewicht, Größe, Body Maß Index – Anthropometrie: Trizepshautfaltendicke, mittlerer Oberarmumfang, Taillenumfang, Waist to Hip Ratio – bioelektrische Impedanzanalyse (BIA), Dual Energy X-ray Absorptiometry (DXA) und Computer Tomographie (letztere beide durch medizinische Diagnostik)
Messung des Energiebedarfs	– Indirekte Kalorimetrie: Bestimmung des aktuellen Ruheenergieumsatzes aus der Messung der Sauerstoffaufnahme (V_{O_2}) und Kohlendioxidabgabe (CO_2) in Ruhe oder – Spiroergometrie: Bestimmung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit sowie des aktuellen Energieumsatzes unter Einbeziehung der Belastung auf einem Ergometer (durch medizinische Diagnostik)

Messung der körperlichen Funktionsfähigkeit	– Muskelfunktion: (maximale Muskelkraft, Handschlusskraft, Peak-Flow-Messung, Belastungstests (durch medizinische <i>Diagnostik</i>)) – Kaufunktion, Zahnstatus, Schluckfunktion, Verdauungsfunktion (Stuhlfrequenz, Stuhlbeschaffenheit von (Konsistenz, Geruch, Fettausscheidung), Völlegefühl, Übelkeit, Erbrechen, Blähungen, Flatulenz, Obstipation, Schmerzen, etc.) – kognitive Funktion z. B. (Mini Mental Test) (<i>durch psychologische Diagnostik</i>)
Laborchemische Messungen zur Bestimmung des Ernährungszustandes	– Mangelernährung, z. B: Albumin, Transferrin, Präalbumin, Lymphozyten, Vitaminstatus, – Stoffwechsel: Fettstoffwechsel, Glucosestoffwechsel – Leberenzyme, Nierenwerte, CRP, Ferritin, Serum-Eisen, Elastase, etc. (<i>durch Labordiagnostik</i>)
Fragebogen zum Essverhalten FEV Pudel, V. und Westenhöfer, J. (1989)	– Prüfung von Essverhalten: 1) Kognitive Kontrolle des Essverhaltens, gezügeltes Essen, 2) Störbarkeit des Essverhaltens und 3) Erlebte Hungergefühle (<i>durch psychologische Diagnostik</i>)
Assessment (andere Berufsgruppen)	Kurzinformation
Pflege: Alltagsaktivitäten: Health Assessment Questionnaire (HAQ) Fries et al. 1980	– Erfassung der körperlichen Behinderung bei Alltagsaktivitäten v. a. bei rheumatoider Arthritis aber auch Arthrose oder arbeitsbezogenen Erkrankungen (Selbstbeurteilung) – Der Fragebogen erfasst Schwierigkeiten bei 20 verschiedenen Aktivitäten, die in Gruppen kategorisiert sind (Ankleiden und Körperpflege, Gehen, Heben...). Ein Vergleich mit Normwerten ist möglich.
Pflege: Barthel-Index (BI) Heuschmann et al. (2005), Hasemann, W. (2002), Schupp, W. et al. (o.J.) Originalversion: Mahoney, F.I., Barthel, D.W. (1965)	– Erfassung der Unabhängigkeit von fremder Hilfe in den Bereichen des täglichen Lebens für Fortbewegung, Körperpflege, Essen, Kontinenz – 10 Items (persönliche Pflege, Treppen auf- und absteigen, An- und Ausziehen,...) – Einsatzfeld Neurologie und Geriatrie – 3-stufige Bewertung und Punktevergabe

Modul 2e: Ernährungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung

Seminareinheit 2

Themen

- Abbildung ernährungstherapeutischer Fragestellungen im biopsychosozialen Modell der ICF
- Rollenverständnis: Diagnostiker- und Therapeutenrolle
- Beschwerdvalidierung
- Zusammenfassung und Ausblick auf Modul 3

Dauer der Seminareinheit

4 Zeitstunden und 30 Minuten Pausenzeit

Zahl der Teilnehmenden

maximal 20

Zielgruppe

Ernährungsfachkräfte, die in der medizinischen Rehabilitation tätig sind

Leitung

- empfehlenswert sind mindestens 2 Referenten
- Qualifikationen: Arzt mit sozialmedizinischer Qualifikation, eine Ernährungsfachkraft mit klinischer Expertise

Raumausstattung

- Tische und Stühle in U-Form
- Beamer/Laserpointer, Presenter
- Flipchart
- Metaplanwände mit vorbereiteten Kategorien des biopsychosozialen Modells der ICF (Gesundheitsproblem, Körperfunktion/-struktur, Aktivitäten, Partizipation/Teilhabe, Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren)
- Fotoapparat zur Erstellung eines Fotoprotokolls

Handouts

- Handzettel der Präsentationen, getrennt nach Themen (jeweils 2 Folien pro Seite), falls nicht das Manual zu dem Modul 2e ausgeteilt wurde

Handouts:

- Das biopsychosoziale Modell der ICF (ICF-Schema) (LZ 2.1)
- Kleingruppenaufgaben (LZ 2.1 und LZ 2.2)

Allgemeine Ziele der Seminareinheit

Am Ende der Seminareinheit können die Teilnehmenden das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit der ICF zur individuellen Beschreibung von Rehabilitanden anwenden. Der Austausch zum Thema Rollenverständnis und Rollenkonflikte, die mit der therapeutischen und diagnostischen Tätigkeit in einer Rehabilitationseinrichtung einhergehen können, sensibilisieren die Teilnehmenden für diese Problemstellung. Sie haben Ansätze zum Umgang mit diesen Konfliktsituationen gelernt. Die Teilnehmenden können negative und positive Antwortverzerrungen bei Rehabilitanden benennen und haben einen Überblick über Möglichkeiten der Beschwerdenuvalidierung.

Hinweise

Es empfiehlt sich, den zweiten Teil mit einer kurzen Einstiegs-/Begrüßungsrunde zu beginnen, um Fragen, Anmerkungen und Bedürfnisse der Teilnehmenden vom vorangegangenen Tag in den Ablauf zu integrieren.

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
--------	-------------	--------------------

2.1 Das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Lehrziel

Die Teilnehmenden können das biopsychosoziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur individuellen Darstellung und Beschreibung eines Rehabilitanden anwenden.

Begründung

Die ICF fördert mit der Verwendung des biopsychosozialen Modells der Funktionsfähigkeit die Einbeziehung der individuellen Kontextfaktoren in den Prozess der Rehabilitation und damit ebenso in die sozialmedizinische Beurteilung. Mit der Bearbeitung von Fallbeispielen üben die Teilnehmenden die individuelle Beschreibung für Rehabilitanden unter Anwendung des biopsychosozialen Modells der Funktionsfähigkeit ein. Diese bildet eine Grundlage für die Erstellung des fachspezifischen Befundes zum Ende der Rehabilitation. Die Diskussion und Beantwortung von Fragen und Unklarheiten stärkt die Handlungssicherheit der Teilnehmenden.

Inhalt

- biopsychosoziale Modell der ICF
 - Körperfunktionen und –strukturen
 - Aktivität und Partizipation
 - Kontextfaktoren: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren
- Erstellung von Fähigkeitsbeschreibungen mit dem biopsychosozialen Modell der Funktionsfähigkeit

Material

- Folien (siehe Seiten 57 - 58)
- Handouts:
 - Aufgabenstellung Kleingruppe (siehe Seite 59)
 - Das biopsychosoziale Modell der ICF als Vorlage (siehe Seite 60)
- Metaplanwände mit vorbereiteten Kategorien des biopsychosozialen Modells der ICF
- Metaplankarten, Stifte

Hinweise zur Durchführung

Kurzvortrag (20 Minuten), Kleingruppenarbeit (30 Minuten), Moderation der Diskussion (40 Minuten)

Nach einer thematischen Einführung werden die Teilnehmenden in Kleingruppen à 5 - 6 Personen aufgeteilt. Die Kleingruppen sollten diesmal neu zusammengestellt werden. Es ist empfehlenswert, die Kleingruppen indikationsspezifisch zusammenzustellen.

Jede Kleingruppe erhält eine Metaplanwand mit den vorbereiteten Kategorien des biopsychosozialen Modells der ICF. Die Teilnehmenden wählen ein sozialmedizinisch schwieriges Fallbeispiel aus ihrer Reha-Praxis aus. Sie tragen zusammen, welche ICF-basierten Informationen sie vom Rehabilitanden für die Erstellung einer Ernährungsanamnese und eines entsprechenden Befundes benötigen und welche ICF-orientierten Fähigkeiten im Ernährungsverhalten sie erheben, beobachten bzw. erfragen müssen. Die Arbeitsergebnisse ordnen die Kleingruppen den Kategorien des biopsychosozialen Modells der ICF an der Metaplanwand zu.

Abschließend diskutieren die Teilnehmenden, welche Informationen zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung von der Ernährungstherapie nun beigetragen werden kann und bei welchen Berufsgruppen sie fehlende bzw. zusätzliche Informationen eruieren können.

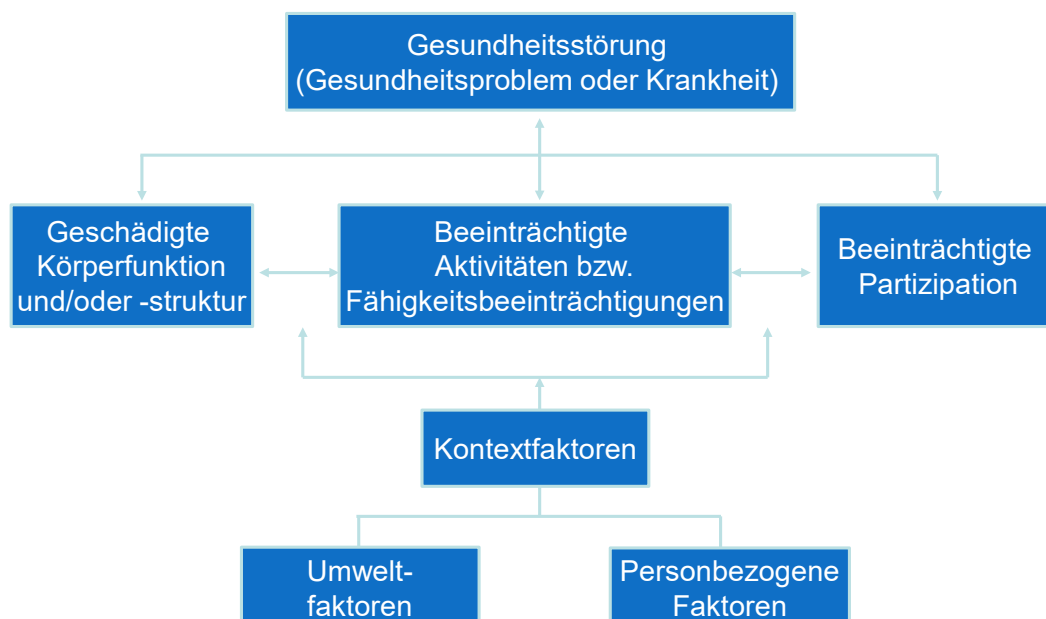
Im Anschluss stellt jede Kleingruppe ihr Fallbeispiel und Fragen, die bei der Bearbeitung der Aufgabe entstanden sind, vor. Die Fragen werden gemeinsam und lösungsorientiert diskutiert. Hier sollte von Seiten der Referenten ein Abgleich mit den im Reha-Entlassungsbericht geforderten Informationen erfolgen.

Zeit circa 90 Minuten

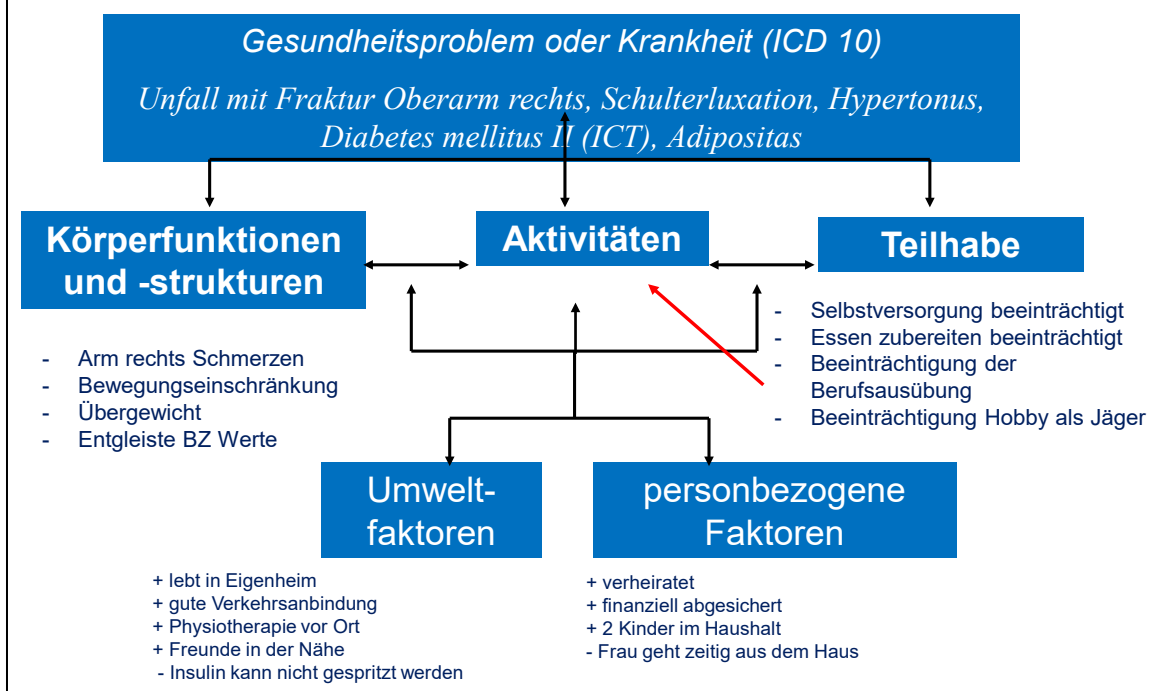
ICF und ICD

- mit der ICD der WHO werden Krankheiten klassifiziert (*biomedizinisches Modell*)
- mit der ICF werden Krankheitsfolgen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe beschrieben (*bio-psycho-soziales Modell*)

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF



Ernährungstherapeutisches Beispiel



Kontextadjustierung von Fähigkeiten: Kontextbezogene unterschiedliche Rollenanforderungen

Gewichtheber



Psychologin



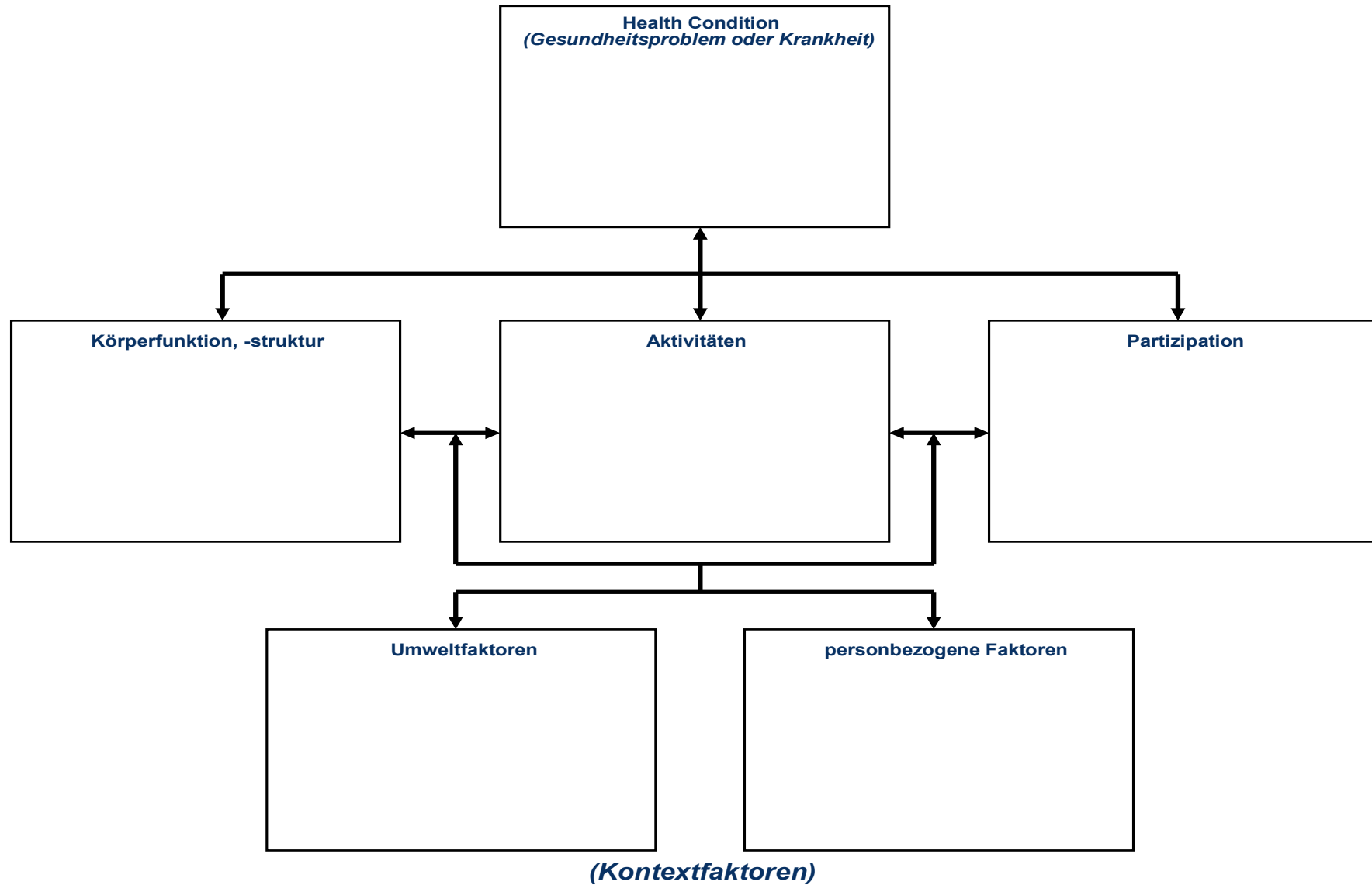
Kleingruppenarbeit (30 Minuten)

Aufgabe

- Welche Fähigkeits- und Teilhabeeinschränkungen könnte es aus ernährungstherapeutischer Sicht geben?
- Erarbeiten Sie ein Fallbeispiel im biopsychosozialen Modell an der Metaplanwand!
- Kennzeichnen Sie Förderfaktoren (+) und Barrieren (-)!
- Stellen Sie Ihren Rehabilitanden anschließend dem Plenum vor!



Handout: Das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit (ICF)



Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
--------	--------------------	---------------------------

2.2 Rollenverständnis

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Unterschiede zwischen der Therapeuten- und der Diagnostiker-Rolle im Rehabilitationsprozess erläutern und Ansätze zum Umgang mit diesen beiden Rollen benennen.

Begründung

Im Rehabilitationsprozess sind die Ernährungsfachkräfte auf der einen Seite als Behandler für die individuelle Therapieplanung und Therapiedurchführung und auf der anderen Seite als Diagnostiker tätig, der die Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden unterstützt. In der Rolle des Therapeuten arbeiten sie gemeinsam mit dem Rehabilitanden und verfolgen das gemeinsame Ziel, die Lebenssituation positiv zu beeinflussen. In der Rolle des Diagnostikers muss der Therapeut die vom Rehabilitanden geäußerten Fähigkeitseinschränkungen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Erwerbsleben beurteilen und ohne die Berücksichtigung der Präferenzen des Rehabilitanden bewerten. In diesem Spannungsfeld können beide Rollen kollidieren. Die Teilnehmenden erhalten die Möglichkeit, eigene Erfahrungen und Auswirkungen auf ihr therapeutisches Arbeiten zu reflektieren. Die erarbeiteten Ansätze zu einem verbesserten Umgang mit solchen Situationen im Rehabilitationsalltag erhöhen die Handlungssicherheit der Teilnehmenden.

Inhalt

- Rollenverständnis - Konflikt zwischen Therapeuten- und Diagnostiker-Rolle?
 - Konsequenzen für die Ernährungsfachkräfte in der Arbeit mit Rehabilitanden
- Therapeuten-Rolle
 - Funktionen des therapeutischen Gespräches
 - Rollenverständnis als Therapeut während der Rehabilitationsbehandlung
- Diagnostiker-Rolle
 - Rollenverständnis als Diagnostiker bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
 - Aufgaben des Diagnostikers bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
- Motivationslage des Rehabilitanden

Material

- Folien (siehe Seiten 63 - 64)
- Aufgabenstellung Kleingruppe (siehe Seite 64)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Kurzvortrag, Austausch in Kleingruppen mit Rollenspiel, Moderation der Diskussion von Lösungsansätzen

In Kleingruppen zu 4 - 5 Personen wird ein Austausch über Erfahrungen mit dem Thema Rollenkonflikt geführt. Typische Problemstellungen sollen in den Kleingruppen erarbeitet werden und anschließend als kurzes Rollenspiel in der Großgruppe vorgestellt werden. Problemstellungen und Lösungsansätze können dann anhand dieser Beispiele im Plenum diskutiert werden.

Zeit circa 90 Minuten

Anmerkung

In Abhängigkeit von den Bedürfnissen der Teilnehmenden kann diesem Thema auch mehr Zeit eingeräumt werden. Gegebenenfalls muss dann das LZ 2.3 zum Thema Beschwerdvalidierung gekürzt werden.

Rolle der Therapeuten und Ärzte

therapeutische Funktionen:

- Vermitteln von Informationen zum Krankheitsbild
- Entwicklung eines gemeinsamen Ursachenmodells
- Darstellen der therapeutischen Möglichkeiten
- Aufbau einer therapeutischen Beziehung
- Klärung, welche Verantwortung beim Arzt/Therapeuten liegt und welche beim Rehabilitanden
- Planung von Interventionen, entsprechende Motivationsförderung und Beeinflussung des Rehabilitandenverhaltens

diagnostische Funktionen:

- Sammeln von wichtigen krankheitsbezogenen und psychosozialen Informationen
- Erfassen der Erlebniswelt des Rehabilitanden

Quelle: Derra, 2014

Unterschiedliche Schwerpunkte

- Helfer und Berater im „Kampf“ gegen die Krankheit
- „Partei“ auf Seiten des Rehabilitanden
- impliziter Behandlungsvertrag mit Schweigepflicht

- Neutralität als Diagnostiker
- Verantwortung gegenüber der Solidargemeinschaft der Beitragszahler
- kein Behandlungsvertrag, keine Schweigepflicht im Hinblick auf die Leistungsbeurteilung

- gemeinsame Grundlage: Professionalität und Empathie!

Herausforderungen

- Reflektion des eigenen Rollenverständnisses:
Klärung, ob man eher zu einer betrachtend/beobachtenden Begutachtung neigt oder ob man sich auf eine interaktionelle Vorgehensweise einlassen kann
 - emotionale Abgrenzungsfähigkeit:
möglichst neutrale und wohlwollende Haltung einnehmen
 - gute Kommunikationsfähigkeiten
 - Selbsterfahrung und soziale Kompetenzen, um eine kooperative Haltung des Rehabilitanden zu erreichen.
- ➔ Die Aufgabe liegt darin, das eigene Verhalten und die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass der Rehabilitand sich auf die Beziehung einlassen und seine Problematik darlegen kann.

Kleingruppenarbeit

Aufgabe



- Gibt es Rollenkonflikte?
Wie erleben Sie diese?
- Wie gehen Sie persönlich damit um? Gibt es Regelungen in Ihrer Reha-Einrichtung zum Umgang mit solchen Situationen?
- Wählen Sie eine konkrete Situation aus Ihrem Alltag aus und bereiten ein kurzes Rollenspiel vor.

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
--------	-------------	--------------------

2.3 Beschwerdenvalidierung

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Ziele, Inhalte und Umsetzung der Beschwerdenvalidierung bei der Erstellung eines fachspezifischen Befundes nennen.

Begründung

Eine wichtige Aufgabe bei der Erstellung eines fachspezifischen Befundes und einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung ist die Klärung der Frage, ob und inwieweit die vom Rehabilitanden geklagten Beschwerden und Funktionseinschränkungen tatsächlich bestehen. Der Nachweis negativer und positiver Antwortverzerrungen muss nachvollziehbar und mit möglichst vielen Faktoren bzw. Kriterien begründet sein. Das Wissen zu möglichen Antwortverzerrungen der Rehabilitanden im Klinikalltag und die Möglichkeiten, diese zu validieren, sensibilisieren die Teilnehmenden für diese Thematik und fördern ihre Handlungssicherheit.

Inhalt

- Beschwerdenvalidierung
- negative Antwortverzerrungen
 - Verdeutlichung
 - Aggravation
 - Simulation
- positive Antwortverzerrungen
 - Dissimulation
- Motivationslage des Rehabilitanden: willentliche Steuerbarkeit
- Differentialdiagnose: Verdeutlichung, Aggravation, Simulation

Material

- Folien (siehe Seiten 66 - 71)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag, Diskussion

Die Erfahrungen der Teilnehmenden zur Thematik Beschwerdenvalidierung sollen einbezogen werden. Die Teilnehmenden nach eigenen Erfahrungen mit zum Beispiel Rehabilitanden, die aggravierend oder simulieren, fragen. Wie wird im Rehabilitationsalltag mit solchen Rehabilitanden umgegangen? Welche Instrumente und Assessments (Lehrziel 1.5) werden für die Beschwerdenvalidierung genutzt?

Zeit circa 30 Minuten

Beschwerdenvalidierung

Definition

- **Überprüfung der Authentizität oder Glaubhaftigkeit**
 - der durch eine Person dargestellten Symptome
 - der durch sie geschilderten Beschwerden
 - und
 - der Ergebnisse, die diese Person in einer Leistungsüberprüfung erzielt

Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung

Verdeutlichung

- minder schwere Ausgestaltung oder Überhöhung in der Beschwerdenschilderung oder Symptompräsentation

Aggravation

- Zielbestimmte Beschwerdenübertreibung und/oder –ausweitung
- impliziert wird dabei, dass im Kern auch zum Begutachtungszeitpunkt authentische Beschwerden vorhanden sind

Simulation

- absichtliche, an einem Ziel ausgerichtete Vortäuschung von Symptomen oder fälschliche Schilderung von Beschwerden

Beschwerdenvalidierung

Positive Antwortverzerrungen in der Begutachtung

Dissimulation

- zielbestimmte Beschwerdenuntertreibung und/oder Überspielen von Beschwerden
- impliziert wird dabei, dass im Kern auch zum Begutachtungszeitpunkt authentische Beschwerden vorhanden sind

Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung

- sind häufig auf der Beobachtungsebene nicht zu klären
- wenn die Klärung offen bleibt, sind verschiedene Hypothesen gleichberechtigt zu diskutieren
- sollten unter Bezug auf die objektiven Unsicherheiten in der Entscheidungsfindung im Gutachten ausdrücklich dargestellt werden, um nicht den Eindruck von Entscheidungssicherheit zu vermitteln, wenn diese keineswegs vorliegt



Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung

Hinweise auf nicht oder nicht in dem geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen (1)

- Diskrepanz zwischen **Beschwerdenschilderung** (*einschließlich Selbsteinschätzung in Fragebogen*) und **körperlicher und/oder psychischer Beeinträchtigung** in der Untersuchungssituation
- wechselhafte und **unpräzise-ausweichende Schilderung** der Beschwerden und des Krankheitsverlaufes
- Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und **fremdanamnestischen Informationen** (*einschließlich Aktenlage*)
- fehlende Modulierbarkeit der beklagten Beschwerden

Quelle: Widder et al. AWMF-Leitlinie.2007



Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung

Hinweise auf nicht oder nicht in dem geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen (2)

- Diskrepanz zwischen geschilderten **Funktionsbeeinträchtigungen** und zu eruierenden **Aktivitäten des täglichen Lebens**
- Fehlen **angemessener Therapiemaßnahmen** und/oder Eigenaktivitäten zur Symptomlinderung trotz ausgeprägt beschriebener Beschwerden
- fehlende sachliche Diskussion **möglicher Verweistätigkeiten** bei Begutachtung zur beruflichen Leistungsfähigkeit

Quelle: Widder et al. AWMF-Leitlinie.2007

Motivationslage des Rehabilitanden

Rehabilitand im Dilemma

1. Er möchte, dass seine tatsächlichen oder vermeintlichen Leistungseinschränkungen gutachterlich anerkannt werden.
2. Es wird von ihm erwartet, dass er in der Untersuchungssituation seine maximale Leistungsfähigkeit schildert und zeigt.

Motivationslage des Rehabilitanden

- **Überwinden der Symptomatik**
 - Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe, gesellschaftlicher Abstieg
- oder*
- **Verharren in der Krankheit**
 - gesellschaftliche Akzeptanz, soziale Sicherung, Rente

Willentliche Steuerbarkeit

Hinweise auf eine selbstbestimmte Steuerbarkeit der Beschwerden

- Rückzug von unangenehmen Tätigkeiten (*z .B. Beruf, Haushalt*), jedoch nicht von den angenehmen Dingen des Lebens (*z. B. Hobbys, Vereine, Haustiere, Urlaubsreisen*)
- trotz Rückzug von aktiven Tätigkeiten - Beibehalten von Führungs- und Kontrollfunktionen (*z. B. Überwachung der Haushaltsarbeit von Angehörigen, Steuerung des Einkaufsverhaltens der Angehörigen*)

Quelle: Widder et al. AWMF-Leitlinie.2007

Differentialdiagnose

Verdeutlichung, Aggravation, Simulation

1. Gesprächsführung

- wertfreies empathisches Erfragen anamnestischer Angaben
- Details eruieren, Bericht ausbauen lassen
- konsequentes Nachfragen bei Inkonsistenzen

Differentialdiagnose

Verdeutlichung, Aggravation, Simulation

2. Verhaltensbeobachtung

- während Exploration, Lehrküche, Testung
- Dauer der Untersuchung und Belastbarkeit über die Zeit
- mehrzeitiges Untersuchen, mehrere Untersucher

Differentialdiagnose

Verdeutlichung, Aggravation, Simulation

3. weitere Möglichkeiten

- Symptومتagebuch
- Fremdanamnese
- testpsychologische Untersuchungen
- Symptomvalidierungstests
- ICF-Fragenkatalog
- Bestimmung von Medikamentenspiegeln

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
--------	--------------------	---------------------------

2.4 Fazit zum Seminar, Ziele und Inhalt des Moduls 3

Lehrziel

Die Teilnehmenden können ein persönliches Fazit zum Seminar ziehen und kennen Ziele und Inhalte des Moduls 3 „Sozialmedizin im Reha-Team“.

Begründung

Die strukturierte Zusammenfassung der Inhalte ermöglicht den Teilnehmenden, die für sie wichtigen Themen noch einmal zu reflektieren und hervorzuheben. Bisher unbeantwortete Fragenkomplexe können noch einmal thematisiert und ggf. abschließend diskutiert werden. Zum Abschluss soll ein Ausblick auf das dritte Modul im Curriculum gegeben werden. Die Teilnehmenden erhalten die Möglichkeit, sich auf die Inhalte vorzubereiten, um zum Beispiel eigene Bedürfnisse, klinische Erfahrungen oder auch strukturelle Fragen besser einbringen zu können.

Inhalt

- Sammeln der wichtigsten Inhalte aus Sicht der Teilnehmenden
- zusammenfassende Darstellung der Ziele und der Seminarinhalte des Moduls 2
- Ausblick auf das Modul 3
 - Fallarbeit
 - Erstellung eines berufsgruppenspezifischen Befundes
 - Kommunikation des berufsgruppenspezifischen Befundes im Reha-Team
 - Erstellung einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Reha-Team
 - Umsetzung einer multidisziplinären sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsalltag

Material

- Folien (siehe Seite 73)

Hinweise zur Durchführung

Moderation, Ausblick auf Inhalte des Moduls 3 „Sozialmedizin im Reha-Team“

Die Referenten fassen die Inhalte und die Ziele des Moduls 2 „Ernährungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“ im Rahmen des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ für die Teilnehmenden abschließend zusammen. Sie geben einen inhaltlichen und organisatorischen Ausblick auf das dritte Modul des Curriculums.

Die Teilnahmebescheinigungen und Feedbackbögen werden verteilt.

Zeit circa 30 Minuten

Kliniktransfer

- Was nehmen Sie von diesem Seminar für Ihren klinischen Alltag mit?
- Wo besteht in Ihrer Klinik/Ihrer Berufsgruppe Handlungs- oder Schulungsbedarf?
- Wie können Sie die Schulung Ihrer Berufsgruppe durchführen?
- Was benötigen Sie ggf. als Unterstützung?
-

Termine und Inhalte

Termine

xxx

Inhalte

- Erstellung eines fachspezifischen Befundes
- Kommunikation des berufsgruppenspezifischen Befundes im Reha-Team
- Erstellung einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Reha-Team
- Umsetzung einer multidisziplinären Zusammenarbeit in der Rehabilitationseinrichtung

Impressum

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund

Abteilung Rehabilitation

Dezernat 8023

Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon: 030 865-82086, Fax: 030 865-82123

Internet: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

E-Mail: fortbildungen-reha@drv-bund.de

3. Auflage 08/2022



**Deutsche
Rentenversicherung**

Bund