



Foto: © Robert Kneschke/stock.adobe.com

# Prozessgeleitete Ernährungsberatung

## Der German-Nutrition Care Process

DANIEL BUCHHOLZ • SABINE OHLRICH-HAHN

**Ernährungsberatung ist eine komplexe Interventionsform, die von vielen Faktoren abhängt. Der German-Nutrition Care Process (G-NCP) bietet eine Struktur, um das Handeln in diesem Bereich vergleichbarer, transparenter und damit besser zu machen.**

Ernährungsempfehlungen spielten bereits in der Antike eine Rolle (Lemke 2007; Schulze 2010), Ansätze zu einer strukturierten Ernährungsberatung lassen sich allerdings erst ab Mitte des 19. Jahrhunderts ausmachen. Bis heute existiert keine deutschlandweit einheitliche Definition von Ernährungsberatung. In Übereinstimmung mit dem Verband der Diätassistenten (VDD) folgt Ernährungsberatung in Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie und Rehabilitation den Paradigmen der Beratung (VDD 2015). Demzufolge ist das Ziel der Ernährungsberatung „Unterstützung dabei zu leisten (...) zu tragfähigen (Problem-)Lösungsstrategien und Bewältigungskonzepten zu gelangen“ (Schaeffer, Dewe 2012, S. 70; VDD 2015). Zwar können in der Ernährungsberatung Informationen weitergegeben werden, gleichzeitig beschränkt sie sich nicht auf die Weitergabe von Wissen, sondern versteht sich als „helfende Kommunikation“ (Schaeffer, Dewe 2012, S. 70; VDD 2015). Sie zielt somit auf die „Förderung von Handlungskompetenz“ ab. Weitere Charakteristika von Ernährungsberatung sind darüber hinaus Freiwilligkeit, Niederschwelligkeit, Unabhängigkeit und

Nutzerorientierung, Interaktivität und Fallbezug (Schaeffer, Dewe 2012, S. 71; VDD 2015).

Da Ernährung neben der physiologischen auch eine psychologische und soziologische Dimension beinhaltet (Barlösius 2011), stellt sich die Ernährungsberatung in der Praxis als komplexe Interventionsform dar. Nicht ausschließlich die Nahrungsaufnahme ist von Bedeutung, sondern alle Kontextfaktoren, die mit der Nahrungsaufnahme in Verbindung stehen. Das beinhaltet neben der medizinischen Diagnose auch die physiologischen Merkmale des Nutzers sowie dessen Lebenswelt (Lang 2013a, 2013b).

Bei der **Ernährungsberatung** handelt es sich um eine Interventionsform, die darauf abzielt, bei biomedizinisch gesunden oder kranken Menschen die individuellen und sozialen Ressourcen zu mobilisieren, um sie zu einem situationsangepassten und unabhängigen Ernährungshandeln zu befähigen (vgl. VDD 2015, S. 23).

Der seit 2015 in Deutschland etablierte German-Nutrition Care Process (G-NCP) (VDD 2015) berücksichtigt diese Komplexität, indem er eine Struktur bereitstellt, um professionelles Handeln in der Ernährungsberatung systematisch, adressatengerecht, transparent und für Dritte nachvollziehbar zu ermöglichen.

## Prozessgeleitetes Handeln in der Diätetik

**Diätetik** wird hier als Handlungswissenschaft verstanden, die natur- und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse im Hinblick auf professionelles Ernährungsmanagement in Therapie, Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsförderung vereint sowie neue wissenschaftliche Erkenntnisse generiert, um ernährungsbezogene Maßnahmen bei gesunden und erkrankten Bevölkerungsgruppen oder Individuen zu leisten (Buchholz et al. 2015).

Der G-NCP versteht sich als Qualitätssicherungsinstrument sowohl in der Ernährungsberatung als auch für alle Bereiche in der Ernährungsversorgung im klinischen und außerklinischen Bereich (VDD 2015). Vorbild für den G-NCP war der in den USA entwickelte und dort mittlerweile in der Versorgung etablierte Nutrition Care Process (NCP) (Lacey, Pritchett 2003). „Beim G-NCP handelt es sich um eine Methode der systematischen Problemlösung, die (...) angewendet wird, um kritisch zu denken und Entscheidungen treffen zu können, die es ermöglichen, ernährungsbezogene Probleme qualitätskontrolliert und sicher zu lösen“ (VDD 2015, S. 32). Prozessmodelle in der Diätetik sind in Europa in vielen Ländern für Ausbildung und Praxis Standard. Hervorzuheben ist, dass in Europa mehrere Prozessmodelle Anwendung finden, die aber im Kern, also hinsichtlich ihres Zieles sowie ihrer Vorgehensweise, identisch sind (Purtscher 2010; Runia et al. 2012; Lövestam et al. 2017). Der europäische Dachverband der Diätassistentenverbände, die European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD), setzt sich für die Etablierung eines Prozessmodells

in der Diätetik in allen ihren Mitgliedsländern ein (EFAD 2014). Der G-NCP ist mittlerweile fester Bestandteil in den Ausbildungen und Studiengängen für Diätetik sowie in der Weiterbildung zum Ernährungsberater DGE. Das Weißbuch Adipositas nennt ihn als wichtiges Instrument der Qualitätssicherung (Klein et al. 2016). Auch in den Rahmenempfehlungen für das seit dem 01. Januar 2018 eingeführte Heilmittel „Ernährungstherapie“ verweist der GKV-Spitzenverband explizit auf den G-NCP (GKV-Spitzenverband 2018).

## Aufbau und Beschreibung des G-NCP

Im Zentrum des G-NCP-Modells (Abb. 1) steht die Beziehung zwischen Nutzer und handelndem Diätassistenten.

In Anlehnung an den im englischsprachigen Raum auch im Kontext der Gesundheitsversorgung verwendeten Begriff des **Users** spricht das G-NCP Manual vom **Nutzer**. Dieser Begriff subsumiert die settingabhängig verwendeten Begriffe des Patienten, Klienten, Kunden oder auch Gruppe (VDD 2015). Die alleinige Nennung der männlichen Bezeichnungen dient der Lesefreundlichkeit und schließt Frauen mit ein.

Je nach rechtlichen Bedingungen können jedoch auch andere Personen, etwa Absolventen von Studiengängen der Oecotrophologie, im Prozess tätig werden. Um das Zentrum sind im Uhrzeigersinn die fünf Prozessschritte aufgeführt: Ernährungsassessment, Ernährungsdiagnose, Planung der Intervention, Durchführung der Intervention und Evaluation.

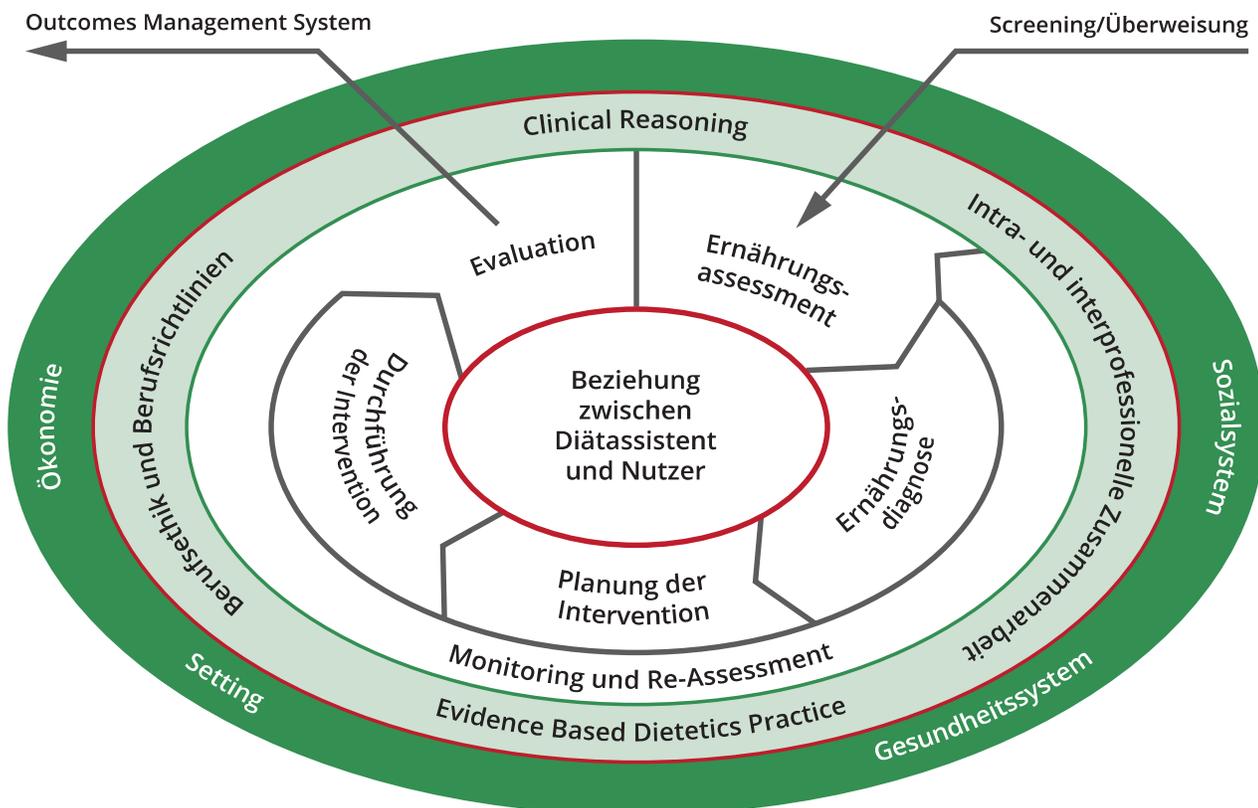


Abbildung 1: Der German-Nutrition Care Process (Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V., 2014)

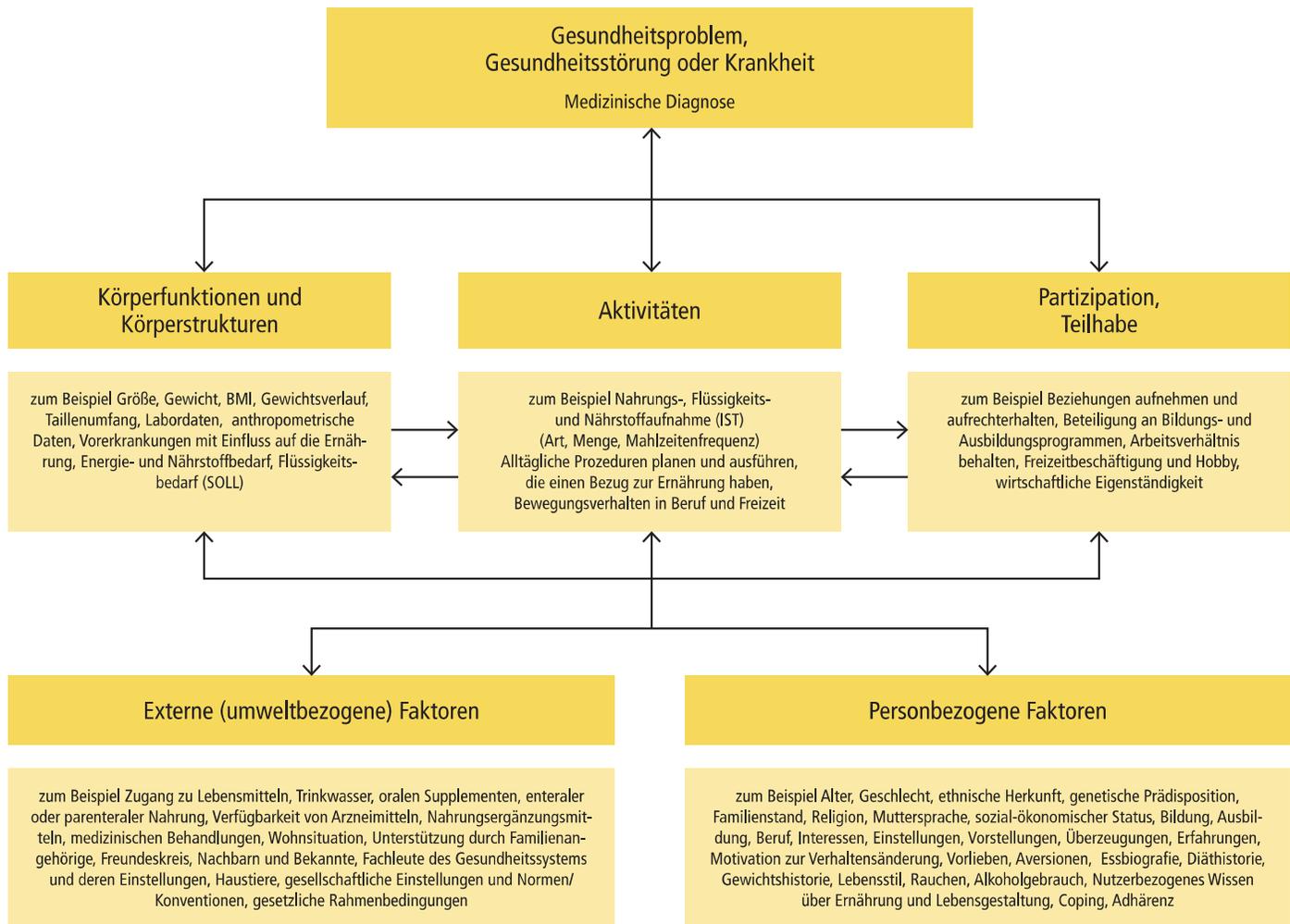


Abbildung 2: ICF-Kategorien im Kontext der Ernährungsberatung (mit Beispielen)

Weiterer Bestandteil ist das Monitoring, das interventionsbegleitend stattfindet und durch einen zu den Prozessschritten rückläufigen Pfeil dargestellt ist. Um die Prozessschritte sind zusätzlich zwei Ringe angeordnet. Der Innere verweist auf die besonderen Kompetenzen der beruflich handelnden Person, zum Beispiel in evidenzbasierter Praxis, Einhaltung ethischer Codizes, Fähigkeiten im therapeutischen Denken (Clinical Reasoning), intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit. Der äußere Ring bildet die Rahmenbedingungen ab, in denen die Ernährungsintervention stattfindet (**Abb. 1**).

## Ernährungsassessment

Der Prozess beginnt mit dem Ernährungsassessment. Das beinhaltet neben dem Erheben der Daten des Nutzers durch geeignete Assessmentinstrumente das Clustern der Daten auf Grundlage der ICF-Kategorien (International Classification of Functioning, Disability and Health) (**Abb. 2**). So werden alle die Ernährung beeinflussenden Faktoren erfasst. Bei der Ermittlung der Informationen kommt dem hypothesengeleiteten Vorgehen große Bedeutung zu. Auf der Basis von Cues (Schlüsselbegriffen) werden Hypothesen entwickelt, die durch die Ermittlung neuer Daten verifiziert oder falsifiziert werden und so das Ernährungsassessment bis zur Diagnosestellung leiten.

Das Ernährungsassessment dient auch dazu, Ursachen für Ernährungsprobleme und Ressourcen für deren Lösung herauszufinden. Es ist sinnvoll, den Nutzer dazu zu bewegen, von seinem Ernährungsverhalten zu erzählen, um bisherige Verhaltensweisen, Motivationen, Einstellungen oder Überzeugungen herauszufinden.

Im Ernährungsassessment werden aus der Vielzahl der Daten Nutrition-Care-Indikatoren identifiziert. Dabei handelt es sich um Daten, die messbar, beobachtbar und leitend für die jeweilige Problemlage sind. Nutrition-Care-Indikatoren sind beispielsweise Gewicht, BMI, Laborparameter, die Menge aufgenommener Lebensmittel, Nährstoffe, Energie, aber auch das Wohlbefinden des Patienten (*VDD 2015*). Subjektive Aussagen etwa zum Appetitverhalten oder zum Wohlbefinden lassen sich mittels Skalen oder Scores operationalisieren. Nutrition-Care-Indikatoren dienen anfangs dazu, den Ausgangszustand zu ermitteln. Im weiteren Prozessverlauf stellen sie Fortschritte einer Ernährungsintervention dar. Sie spielen folglich auch im Re-Assessment, beim Monitoring und der Evaluation eine essenzielle Rolle. Die Nutrition-Care-Indikatoren werden mit den Nutrition-Care-Kriterien verglichen (**Tab. 1**).

**Nutrition-Care-Kriterien** sind Referenzwerte aus Leitlinien und Standards, umfassen jedoch auch individuelle Ziele, die gemeinsam mit dem Nutzer vereinbart wurden.

## Ernährungsdiagnose

Die **Ernährungsdiagnose** ist nicht mit der medizinischen Diagnose identisch, sie beschreibt „ein Ernährungsproblem, das durch Diätassistenten eigenverantwortlich und selbstständig gelöst werden kann“ (VDD 2015, S. 43).

Ist die medizinische Diagnose „Diabetes mellitus Typ 2“, könnte die Ernährungsdiagnose lauten: „Zu hohe Zuckeraufnahme durch Getränke“. Dieses Problem lässt sich in einer Ernährungsberatung lösen, während die medizinische Diagnose „Diabetes mellitus Typ 2“ weiter bestehen bleibt. Ernährungsdiagnosen werden nach einem festen Schema, dem PESR-Statement, formuliert. Es besteht aus den vier Elementen

- P = Problem,
- E = Ursache (Etiology),
- S = Symptome/Zeichen und
- R = Ressourcen,

die in einer logischen Argumentationskette miteinander verknüpft werden. So wird dargestellt, was den Inhalt des Ernährungsproblems ausmacht (P), wodurch es zustande kam (E), womit sich das Problem beweisen lässt (S) und wodurch sich seine Lösung unterstützen lässt (R) (**Tab. 2**). In der Regel hat ein Nutzer mehrere Ernährungsprobleme. Für jedes Problem wird ein eigenes PESR-Statement formuliert.

## Planung der Ernährungsintervention

Zunächst gilt es, die Ernährungsprobleme zu priorisieren. Die Priorisierung basiert auf folgenden Leitgedanken:

- Besteht eine Gefahr für den Nutzer?
- Welches Problem lässt sich schnell lösen und könnte zur weiteren Motivation beitragen?
- Welches Problem hat für den Nutzer besondere Wichtigkeit?

Die priorisierten Ernährungsdiagnosen stellen die Grundlage für die Planung von Art und Inhalt der Ernährungsintervention dar. Im Fall der Ernährungsberatung, bei der das Ernährungsproblem beispielsweise auf einem Wissensdefizit des Nutzers hinsichtlich bestimmter Inhaltsstoffe in der Nahrung beruht, unterscheiden sich Interventionsform und Methoden von einer Beratung, bei der ein Verhaltensproblem oder eine bestimmte Überzeugung hinterfragt werden müssen. Ob etwa ein Wissens- oder ein Verhaltensdefizit bei einem Patienten mit einer gastroenterologischen oder nephrologischen Erkrankung besteht, ist dafür zunächst zweitrangig. Dieses Vorgehen weist den Weg von einer indikationsbezogenen hin zu einer ernährungsproblembezogenen Beratung.

In Abhängigkeit von der Schwere der bestehenden Ernährungsprobleme, den Rahmenbedingungen und mit Blick auf Erreichbarkeit und Terminierung der Ziele sind Dauer, Zeitabstände und Anzahl der Beratungstermine festzulegen und in einem Interventionsplan zusammenzufassen.

## Durchführung der Ernährungsintervention

In dieser Aktionsphase im G-NCP wird der Interventionsplan umgesetzt. Die gewählten Interventionsformen inklusive Methoden, Medien und Instrumenten werden situations- und fachgerecht eingesetzt und ausgeführt. Interventionsbegleitend findet das Monitoring statt. Stellen sich die gewünschten

**Tabelle 1: Nutrition-Care-Indikatoren/Nutrition-Care-Kriterien (vgl. VDD 2015)**

	Nutrition-Care-Indikator	Nutrition-Care-Kriterium
<b>Beschreibung</b>	Was wird gemessen? Objektive oder subjektive Daten des Klienten	Womit wird das Gemessene verglichen? Der Referenzwert wird immer auf Basis der besten verfügbaren Evidenz ermittelt.
<b>Beispiele</b>	HbA1c 9,7 %	HbA1c 6,5–7,5 % (NVL Diabetes mellitus Typ 2, S. 27)
	1 Portion Obst pro Tag, <1 Portion Gemüse pro Tag	5 Portionen Obst und Gemüse am Tag DGE-Regel Nr. 2
	BMI 31,8 kg/m <sup>2</sup>	Adipositas Grad 1 (WHO) Normalgewicht 18,5–24,9 m <sup>2</sup> (WHO)

**Tabelle 2: PESR-Statement**

Element	Beschreibung	Beispiel
P = Problem, wird verursacht durch	Kernaussage, weist zumeist auf eine Situation hin, in der die Aufnahme von Energie, bestimmten Nährstoffen oder Lebensmitteln von den Empfehlungen abweicht	Zu hohe Zuckeraufnahme, vor allem über Getränke
E = Ursache (Etiology)	z. B. Wissensdefizit, falsche Ernährungsgewohnheiten, Vorurteile gegenüber bestimmten Ernährungsformen, Auswirkungen einer medizinischen Therapie (z. B. Chemotherapie)	Gewohnheitsmäßiger Konsum von Süßigkeiten und Softdrinks, Unwissenheit über deren Zuckergehalt
S = Symptome und Zeichen, die das Problem beweisen	Messbare Werte, vgl. Nutrition-Care-Indikatoren	>1 l Softdrinks pro Tag, Saccharoseaufnahme 140 g pro Tag, BMI 31,8 kg/m <sup>2</sup>
R = Ressourcen, die die Lösung des Problems unterstützen	Den Klienten selbst inwieweit und/oder Bedingungen seines sozialen und gesellschaftlichen Umfelds	Klient ist motiviert, sein Gewicht zu reduzieren und zeigt Bereitschaft, Getränkealternativen auszuprobieren

Erfolge nicht ein, ist die Interventionsplanung kritisch zu hinterfragen und gegebenenfalls anzupassen. Sind mehrere Personen an der Intervention beteiligt, ist eine gute Kommunikation und Abstimmung zwischen den Akteuren unabdingbar.

## Evaluation der Ernährungsintervention

**Evaluation** wird definiert als „systematische Überprüfung der Fortschritte des Nutzers in Bezug auf die Ernährungsdiagnose, die Interventionsziele und das antizipierte Resultat sowie die Wirksamkeit der von den Diätassistenten durchgeführten Maßnahmen beurteilt“ (VDD 2015, S. 52).

Im Ergebnis entscheidet sich, ob der G-NCP

- beendet werden kann, weil das Ernährungsproblem gelöst wurde,
- fortgeführt werden muss, weil das Ernährungsproblem (noch) nicht gelöst wurde,
- abgebrochen werden muss, weil sich das Ernährungsproblem nicht lösen lässt oder
- ein neues Ernährungsproblem aufgetreten ist und der Prozess unter neuen Voraussetzungen neu begonnen werden muss.

Grundlage für die Evaluation bilden die im Ernährungsassessment festgelegten Nutrition-Care-Indikatoren und Nutrition-Care-Kriterien. Das Outcome des Nutzers, also seine Veränderungen im Ernährungsverhalten, die Verbesserung seines Ernährungsstatus oder die Zunahme des Ernährungswissens werden durch messbare Daten belegt. Das kann den Erfolg der Ernährungsberatung aufzeigen. In diesem Schritt werden die aussagefähigen Nutrition-Care-Indikatoren erneut ermittelt und mit den Ausgangs- und Zielwerten (Nutrition-Care-Kriterien) verglichen.

## Der G-NCP in der Ernährungsberatung

Von zentraler Bedeutung für die Ernährungsberatung – als eine von verschiedenen möglichen Interventionsformen im G-NCP – ist die genaue Erstellung der Ernährungsdiagnose/n

auf Grundlage der im Ernährungsassessment erhobenen Daten. Nur so lässt sich die Ernährungsberatung beratungsmethodisch individuell planen und umsetzen. Fehler bei der Datenerhebung können zur falschen Ernährungsdiagnose führen, was wiederum eine unrichtige beratungsmethodische Vorgehensweise zur Folge haben kann. Daher basiert der G-NCP bei der Datenerhebung im Ernährungsassessment auf den ICF-Kategorien, um alle die Ernährung beeinflussenden Faktoren zu erfassen (**Abb. 2**).

Basierend auf spezifischen Ernährungsdiagnosen lassen sich spezifische Problemlösungsstrategien mit dem Nutzer erarbeiten. Hervorzuheben ist, dass auch bei der gleichen medizinischen Indikation die Ursachen für ein Ernährungsproblem unterschiedlich gelagert sein können (**Tab. 3**). So kann bei einem onkologischen Patienten das Ernährungsproblem einer zu geringen Proteinaufnahme bestehen, weil er ein Wissensdefizit über geeignete proteinreiche Lebensmittel hat. Er kann aber auch der Überzeugung sein, dass ausschließlich eine ketogene Diät den Krebs heilen kann. Es könnte auch daran liegen, dass ihm die finanziellen Ressourcen fehlen, Spezialprodukte zur Proteinanreicherung zu kaufen oder dass er keine versorgenden Angehörigen hat, die für ihn Essen zubereiten, wenn er selbst nicht dazu in der Lage ist. Jede dieser Situationen bedarf einer unterschiedlichen Vorgehensweise.

Für den Ernährungsberater bedeutet das, dass er in Abhängigkeit des Ernährungsproblems und seiner Ursachen eine adäquate methodische Vorgehensweise kennen muss und anwenden kann. Diese auch als eklektisch bezeichnete Vorgehensweise in der Ernährungsberatung (*Diedrichsen 1991*) verlangt daher neben ernährungswissenschaftlichem auch beratungstheoretisches Wissen und dessen Transfer in die Praxis. Engel et al. (2007) sprechen in diesem Kontext auch von der „Doppelverortung von Beratung“. Das trifft auch uneingeschränkt auf die Ernährungsberatung zu (**Abb. 3**).

Folglich ist Ernährungsberatung, wie alle Formen der Beratung, nicht standardisierbar. Immer wieder muss auf die vom Ratsuchenden artikulierten Probleme eingegangen werden. Es gilt, gemeinsam und unter Berücksichtigung möglicher Einschränkungen aufgrund der medizinischen Indikation, Problemlösungsstrategien zu erarbeiten und umzusetzen. Eine individuelle Ernährungsberatung lässt sich daher größtenteils

**Tabelle 3: Ursachenkategorien für Ernährungsprobleme** (vgl. *Ohlrich-Hahn et al. 2017; VDD 2015*)

Kategorie	Definition: Die Ursache ...
Einstellungen und Überzeugungen	hat mit der Überzeugung oder mit Einstellungen und Vorurteilen bezüglich ernährungsbezogener Themen oder Phänomene zu tun.
Kulturelle Ursachen	hat mit Werten, sozialen Normen, Gewohnheiten, Religion oder politischen Systemen zu tun.
Wissensursachen	hat mit Wissensdefizit über Ernährung, Lebensmittel und Gesundheit zu tun.
Körperliche Ursachen	hat mit der körperlichen Belastbarkeit (motorisch oder kognitiv) zu tun.
Physiologische und metabolische Ursachen	hat mit dem medizinischen Status zu tun (ausgeschlossen sind psychologische Ursachen; Extra-Kategorie)
Psychologische Ursachen	hat mit einem diagnostizierten oder vermuteten mentalen Problem zu tun.
Sozial-persönliche Ursachen	hat mit der Persönlichkeit und/oder mit dem sozialen Hintergrund zu tun.
Behandlungsursachen	hat mit der Behandlung/der medizinischen Therapie zu tun.
Zugangsursachen	hat mit der Aufnahme und zuverlässigen Verfügbarkeit von hygienisch sicheren, gesunden Lebensmitteln, Wasser und anderen Gegenständen zu tun.
Verhaltensbedingte Ursachen	hat mit dem Verhalten zu tun, das das Erreichen der Ziele der Ernährungsintervention beeinflusst.

Beratungs- und Interaktionswissen		
Kommunikationsmodelle, Handlungsmodelle, Veränderungsmodelle, Kontextmodelle, Prozessmodelle, Beratungsmethodologie, Beratungsmethoden Beispiele Ernährungsberatung		
German-Nutrition Care Process	<b>Theorien und Modelle in der Ernährungsberatung</b>	<b>Methoden in der Ernährungsberatung</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitive Verhaltenstherapie</li> <li>• Gesprächspsychotherapie nach Rogers</li> <li>• Health Action Process Approach</li> <li>• Health Belief Model</li> <li>• Sozial-kognitive Lerntheorie</li> <li>• Transtheoretisches Modell</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitive Umstrukturierung</li> <li>• Vermittlung von Ernährungswissen</li> <li>• Flexible Kontrolle</li> <li>• Zielerklärung/Zielvereinbarung</li> <li>• Einzel- und Gruppenberatung</li> <li>• Mahlzeitaustausch und Ernährungspläne</li> <li>• Rückfallverhütungsstrategien</li> </ul>
<b>Handlungsspezifisches Wissen</b> Faktenwissen, Kausalmodelle, Interventionsformen, gesetzliche Grundlagen Beispiele Ernährungsberatung		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• diätetisches Wissen</li> <li>• biomedizinisches Wissen</li> <li>• koch- und küchentechnisches Wissen</li> <li>• ethisches Wissen</li> <li>• Wissen über Gesetze und Richtlinien (DiätAssG, DiätVO, LMIV ...)</li> <li>• Organisationswissen</li> </ul>		

Abbildung 3: Doppelverortung von Ernährungsberatung (eigene Darstellung, vgl. Engel et al. 2007)

nicht im Vorhinein planen, wie das beispielsweise bei einer Gruppenschulung der Fall ist.

Der G-NCP kommt der Nicht-Standardisierbarkeit der Ernährungsberatung nach, indem er durch die Formulierung der Ernährungsdiagnose auf Grundlage des PESR-Statements eine präzise Beschreibung des Ernährungsproblems vornimmt. Darauf basierend wird die richtige Beratungsmethodik gewählt. Bei der Erstellung der Ernährungsdiagnose handelt es sich jedoch nicht um einen einmaligen Akt. Die Ernährungsdiagnosen müssen in jeder Beratungseinheit überprüft und falls nötig neu formuliert werden, da sich mit der Veränderung des Ernährungsverhaltens des Nutzers auch die Ernährungsdiagnose verändert, verändern kann oder verändern wird.

Die Verwendung der Nutrition-Care-Indikatoren und -Kriterien dokumentiert außerdem den Effekt von Ernährungsberatung für Dritte nachvollziehbar.

## Fazit und Implikationen

Der konsequente Einsatz des G-NCP in der Ernährungsberatung in Deutschland und die Anwendung von Prozessmodellen in der Diätetik in Europa und der Welt haben das Potenzial, die Komplexität der Ernährungsberatung sowie deren Effekte darzustellen. Die Academy for Nutrition and Dietetics beschreibt den größten Vorteil des prozessgeleiteten Handelns darin, das Richtige zur richtigen Zeit mit den richtigen Mitteln für die richtige Person zu tun, um das bestmögliche Ergebnis zu erzielen (Lacey, Pritchett 2003). Daraus resultiert für den zu Beratenden eine bessere gesundheitliche Situation, beispielsweise durch die Reduzierung von Risikofaktoren für nicht-übertragbare Erkrankungen wie Hypertonie, aber auch ein besserer Ernährungsstatus oder mehr Lebensqualität. Der Berater kann die Effizienz und Qualität seines Handelns nachweisen.

Prozessgeleitetes Handeln in der Ernährungsberatung ist auch deshalb essenziell, um den Menschen eine Möglichkeit zu geben, unqualifizierte Ernährungsberatung zu erkennen. Vor allem in Deutschland, wo die Ernährungsberatung bis heute rechtlich nicht eindeutig geregelt ist, ist das von herausragender Bedeutung. Hieran anknüpfend kann der Einsatz des G-NCP als Qualitätssicherungsinstrument die Wertschätzung von Ernährungsberatung in der Politik, bei anderen Gesundheitsberufen und Ärzten sowie bei Arbeitgebern und Kostenträgern steigern. ■

>> Die Literaturliste finden Sie im Internet unter „Literaturverzeichnisse“ als kostenfreie pdf-Datei. <<



### FÜR DAS AUTORENTEAM

Dr. Daniel Buchholz MPH ist Diätassistent sowie Ernährungs- und Gesundheitswissenschaftler. Nach vielen Jahren wissenschaftlicher Tätigkeit in verschiedenen Hochschulen und Universitäten leitet er seit diesem Jahr die Schule für Diätassistenten an der Universitätsmedizin Mainz.

Dr. Daniel Buchholz MPH  
 Diätassistent, Dipl. Oecotrophologe (FH)  
 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
 Staatlich anerkannte Schule für Diätassistenten  
 Schulleitung, Am Pulverturm 13, 55131 Mainz  
 daniel.buchholz@unimedizin-mainz.de