

Kurzfassung des Vortrages von Dr. B. Kluthe, Bad Rippoldsau

Ernährungsintervention – Rehabilitation

Die zunehmende Prävalenz ernährungsabhängiger Erkrankungen spiegelt sich aufgrund der Altersstruktur in besonderem Maße im Patientengut von Rehabilitationskliniken wider. Obwohl diese Daten bereits seit vielen Jahren bekannt sind, wurde der Ernährungsintervention als zentrale präventive und therapeutische Maßnahme bei ernährungsabhängigen Erkrankungen von den Kostenträgern bisher kaum Bedeutung zugemessen.

Der Klinikernährung kommt eine besondere Vorbildfunktion in Bezug auf eine gesunde Ernährung zu, sie entspricht jedoch häufig weder qualitativ noch quantitativ den Vorgaben, die von der DGE (Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr) bzw. DGEM (Rationalisierungsschema) für die Gemeinschaftsverpflegung formuliert worden sind. Im Gegensatz zu Akutkrankenhäusern, in denen eine strukturierte und qualitätsgesicherte Ernährungstherapie u.a. aufgrund der kurzen Liegezeiten von durchschnittlich 7 Tagen und fehlenden personellen Voraussetzungen ohnehin nur eine untergeordnete Rolle spielt und deren Verordnung häufig sogar dem Pflegepersonal überlassen wird, sind in Rehabilitationskliniken entsprechende strukturelle Voraussetzungen meist gegeben und müssen nur sinnvoll eingesetzt werden.

Die längere Verweildauer (3-4 Wochen) und die häufig hohe Motivation der Patienten aufgrund eines nur kurz zurückliegenden Akutereignisses wie z.B. einem Myocardinfarkt bieten zusammen mit den vorhandenen strukturellen Gegebenheiten die besten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Ernährungstherapie als Baustein einer langfristigen Lebensstiländerung. Wie Untersuchungen von Herrmann et al. 1996 belegen, haben einige Rehabilitationskliniken die Chance bereits erkannt: Dort erhalten - im Vergleich zu Akutkliniken - doppelt so viele Patienten eine spezielle Kostform, meist in Kombination mit ernährungstherapeutischer Beratung und Schulung. Hierbei müssen nicht nur Patienten, die eine ernährungsabhängige Erkrankung als Erstdiagnose haben, sondern auch Patienten mit einer ernährungsbedingten Begleiterkrankung in die Ernährungstherapie mit einbezogen werden.

Die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin hat daher vor 3 Jahren an der Klinik Bad Rippoldsau ein Modellprojekt ins Leben gerufen, in dem eine qualitätsgesicherte Ernährungstherapie (unter Berücksichtigung der Richtlinien für die Ernährung in Rehabilitationskliniken der BfA) durchgeführt und evaluiert werden soll. Die strukturellen, inhaltlichen und perspektivischen Vorgaben für die Ernährungstherapie wurden dabei in einem 12-Punkte Programm definiert (s. Tabelle 1). An zentraler Stelle steht dabei das Organigramm, in dem die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeitsbereiche der in die Ernährungstherapie involvierten Personen genau festgelegt wird und an dessen Spitze der

12-Punkte Programm	
strukturell	<ul style="list-style-type: none"> - definierte Organisationsstruktur mit Zuständigkeitsbereichen - qualitative und quantitative Ausstattung an Beratungskräften - räumliche Voraussetzungen - logistische und apparative Ausstattung
inhaltlich	<ul style="list-style-type: none"> - wissenschaftlich gesicherte Diätforen - Kostformkatalog - Berechnung von Vollkost und Diäten - indikationsbezogene Schulungsprogramme mit Curriculum - regelmäßige Qualitätssicherung
perspektivisch	<ul style="list-style-type: none"> - regelmäßige Mitarbeiterfortbildung - Schulung externer Ernährungsfachkräfte - wissenschaftliche Studien, Evaluation neuer Diätformen - poststationäre Betreuung

Ernährungsmediziner bzw. ernährungsbeauftragte Arzt steht. Damit die Ernährungstherapie optimal in ein ganzheitliches Behandlungskonzept integriert werden kann, ist außerdem das regelmäßige Zusammentreffen einer Ernährungskommission, die neben dem ernährungsbeauftragten Arzt, dem Chefarzt und dem Leiter der Diätabteilung auch den Koch sowie andere beteiligte Berufsgruppen wie den Psychologen und den Verwaltungsleiter mit einbezieht, als Qualitätszirkel unabdingbarer Bestandteil.

Eine der ersten Maßnahmen, die im Rahmen des Modellprojektes erfolgte, und wichtige Voraussetzung für die Praktikabilität der Ernährungstherapie ist die Rationalisierung der Kostformen. So konnte die Anzahl der Kostformen von 108 möglichen Kombinationen auf 16 reduziert werden. Durch die Einführung einer „Vollkost DGE“ als Standardkostform wird die gesunde Ernährung aller Patienten gewährleistet, sie dient zugleich - zusammen mit der aus ihr abgeleiteten Reduktionskost mit 1000 kcal - als Basistherapie (kalorisch knapp, fett- und cholesterinarm, natrium- und purinreduziert, ballaststoffreich) für die meisten Patienten mit ernährungsabhängigen Erkrankungen.

Ganz entscheidend für den langfristigen Erfolg der Ernährungstherapie ist - wie bereits oben erwähnt - eine dauerhafte Umstellung der Essgewohnheiten. Hierfür ist eine erhebliche Motivation des Patienten erforderlich, die neben den bewährten ernährungsmedizinischen Vorträgen und verhaltenstherapeutischen Gruppen vor allem

auch durch die mit der entsprechenden Kostform realisierbaren individuellen Erfolge während des Aufenthaltes erreicht wird.

Besonders schwer fällt dem Patienten anfangs erfahrungsgemäß die geschmackliche Umstellung, die u. a. durch die drastische Verringerung der Fettzufuhr auf unter 30% der Gesamtenergiezufuhr und die Reduktion der Kochsalzmenge auf die empfohlenen 6 g/Tag erforderlich ist. Dies bedarf zu Beginn des Aufenthaltes einer intensiven Aufklärung

des Patienten. Über Gründe und Ziele der Maßnahme aufgeklärt, konnte eine hohe Akzeptanz erzielt werden (Tabelle 2).

Frage "Geschmack"	8/98	10/98	12/98	2/99
vegetarische Gerichte	44,6%	72,1%	81,3%	79,7%
Fleischgerichte	53,2%	82,4%	92,5%	84,5%
Fischgerichte	63,5%	80,5%	92,7%	80,0%
Rohkost/Salate	63,4%	77,5%	91,3%	92,4%
Essen insgesamt	46,1%	86,4%	88,6%	88,8%
Gesundheitswert Essen	79,5%	95,0%	97,8%	98,8%

Unverzichtbar sind regelmäßige Überprüfungen von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Dazu gehören neben klinischen Parametern auch regelmäßig durchgeführte Berechnungen und laborchemische Analysen des Essens.

Die Ergebnisse des Modellprojektes an der Klinik Bad Rippoldsau stimmen zuversichtlich, zeigen sie doch, dass eine qualitativ hochwertige Ernährungstherapie mit entsprechender Ergebnisqualität tatsächlich an einer Rehabilitationsklinik umsetzbar ist.