

Aktuelle Praxismodelle in der Ernährungsmedizin

Rundtischgespräch unter der Moderation von Herrn Prof. Wechsler, München

Münchener Modell Schwerpunktpraxis

Dr. Spann, München

Beim Münchner Modell handelt es sich um Ernährungspraxen, die sich zunächst schwerpunktmäßig um Adipositas therapie kümmern wollen. Wir wollen in einem lockeren Verbund einen hohen Qualitätsstandard der Adipositas therapie sichern, d.h. im Vordergrund soll nicht ein Konzept mit Bindung an ein Produkt stehen, sondern die Qualitätskriterien der Adipositas-Gesellschaft. Durch ein gutes Konzept wollen wir längerfristig einen Qualitätsbegriff schaffen und somit natürlich Patienten anziehen. In zweiter Linie wollen wir Anerkennung durch die Kassen erreichen, was bei gesicherter Qualität leichter sein dürfte.

In den Schwerpunktpraxen nach dem Münchener Modell sollen die von ärztlicher Seite Verantwortlichen Ernährungsmediziner sein, für die diätetischen Belange muss eine Diätassistentin/Ökotrophologin zur Verfügung stehen. Die Gruppentherapie soll nach Möglichkeit von einem gruppenerfahrenen Arzt/Psychologen durchgeführt werden. Ein solches Team ist längerfristig Voraussetzung. Es wird immer deutlicher, dass die Adipositas therapie nur als Langzeittherapie erfolgreich ist, und hier liegt eine Stärke der Versorgung im niedergelassenen Bereich, wir kennen und versorgen unsere Patienten über Jahre, wir kennen meist auch ihr Umfeld.

In den Qualitätskriterien der Adipositas-Gesellschaft ist als erstes Ziel der langfristige Gewichtsverlust genannt und jede von uns angewandte Methode muss sich an diesem Ziel messen lassen. Da wir davon ausgehen, dass es sich bei dem übergewichtigen Patienten um ein recht heterogenes Patienten Klientel handelt, bieten wir verschiedene Konzepte an:

Wir bieten 1. kalorienreduzierte Mischkost an, für spezielle Patientengruppen, 2. eine kalorienreduzierte Mischkost mit medikamentöser Unterstützung und 3. ein Konzept mit modifiziertem Fasten.

Bei der kalorienreduzierten Mischkost sollen wöchentlich ca. 500 kcal eingespart werden.

Wir beginnen üblicherweise mit einem 5-tägigen Ernährungsprotokoll, das von der Diätassistentin ausgewertet wird. Anhand des Ernährungsprotokolls werden die wichtigsten Fehler besprochen. Die Patienten brauchen aber dann einen Leitfaden, an dem sie sich im weiteren orientieren können. Wir empfehlen eine fettreduzierte Kost nach dem Punktesystem. Sie kennen das Prinzip, 1 g Fett entspricht einem Fettpunkt, maximal

dürfen 40 – 60 Fettpunkte pro Tag zugeführt werden.

Wöchentlich stellen sich die Patienten dann zum Wiegen bzw. zur Besprechung vor. Das Verfahren hat also ein offenes Ende.

In einer 2. Patientengruppe wird die oben genannte Mischkost mit einem der beiden im Handel befindlichen Medikamente, also Xenical oder Reductil, kombiniert. Die Betreuung läuft wie oben beschrieben ab. Zielgruppe hier sind vor allem ältere Patienten, insbesondere auch Diabetiker. Hier hat das Übergewicht ja ein extrem hohes Gesundheitsrisiko, auf der anderen Seite, und das weiß jeder, ist diese Patientengruppe nur sehr schwer zu motivieren. Die Einnahme des Medikaments erleichtert zumindest einen Anfangserfolg. Die Auswahl des Medikaments erfolgt nach Verträglichkeit. Z.B. bei einem älteren Patienten mit beginnender Stuhlinkontinenz wird ein Versuch mit Xenical nicht sinnvoll sein.

Als drittes bieten wir modifiziertes Fasten an:

In einem 15 oder 12 Wochen dauernden Kurs, hier machen es nicht alle gleich, finden wöchentlich Gruppensitzungen statt, die von einem Psychologen bzw. einem Ernährungstherapeuten geleitet werden. Hier wird das nötige Wissen vermittelt, damit nach Ende der Therapie das Gewicht nicht wieder ansteigt. Über 8 Wochen nimmt der Patient ausschließlich Formuladiät mit 800 kcal/Tag. Nach diesen 8 Wochen schließt sich eine 3-wöchige Umstellungsphase an, wo Normalkost mitgegessen wird, weitere 3 Wochen werden die Patienten unter Normalkost noch betreut.

Die Formuladiät hat einen zweifachen Sinn:

Erstens nehmen die Patienten zu Beginn relativ schnell ab, im Schnitt nach den ersten 8 Wochen ca. 12 – 18 kg. Die schnelle Gewichtsreduktion gibt einen ganz wichtigen Motivationsschub.

Zweitens muss der Patient sein gewohntes Verhalten unterbrechen. Essen hat eine wichtige soziale Funktion. Der Patient ist gezwungen, sich in seinem Umfeld neu zu orientieren, sich z.B. neue Interessen aufzubauen, die nicht ans Essen geknüpft sind.

Bei diesem Verfahren wird vom Patienten allerdings durchgehend hohe Motivation und viel Disziplin verlangt.

Was wir unserem Modell noch bräuchten, wäre eine Entwicklung einer allgemeingültigen Differentialtherapie. Wir gehen viel zu häufig von **dem** übergewichtigen Patienten aus und übersehen, das wir es hier mit einem sehr heterogenen Klientel zu tun haben: So z.B. Patienten verschiedensten Alters, aber auch mit unterschiedlichen sozialen Fähigkeiten. Nicht zuletzt ist der Grad der Adipositas sehr verschieden, was sicherlich eine Auswirkung auf das Therapieverfahren haben muss.