

## AG 3: Ernährungsberatung in der ambulanten orthopädischen Rehabilitation am Beispiel von adipösen Rehabilitanden

*Claudia Pearson, Ambulantes Reha Centrum Schweinfurt,  
Katrin Wolf, Impuls Reha und Gesundheitszentrum Würzburg*

### Leitfragen:

1. Wie kann Ernährungsberatung und –schulung bei adipösen Rehabilitanden in der orthopädischen Rehabilitation erfolgen?
2. Welche Besonderheiten hat das ambulante Setting?
3. Was sind spezifische Herausforderungen für die klinische Praxis?

**Didaktik:** Kurzvortrag, Gruppendiskussion, Praxisaustausch

**Referentinnen:** Claudia Pearson, Katrin Wolf

**Moderation:** Antje Hoppe, DRV Bund

Adipositas (BMI>30) ist eine chronische Erkrankung und eine sehr häufige Nebendiagnose in der ambulanten orthopädischen Rehabilitation. Erfahrungswerte zeigen, dass etwa jeder 3.-4. orthopädische Rehabilitand von dieser Diagnose betroffen ist. Jedoch sind nicht jedem Patienten die Zusammenhänge/Auswirkungen des Körpergewichts auf seine orthopädischen Beschwerden und internistischen Erkrankungen bewusst.

### Wie kann Ernährungsberatung/-schulung bei adipösen Rehabilitanden in der orthopädischen Rehabilitation erfolgen?

Die Ernährungsberatung in der orthopädischen ambulanten Rehabilitation ist als *erster Ansatz* zu einer Umstellung der Ernährungsgewohnheiten zu verstehen. Feste Gewohnheiten, ungünstige Verhaltensmuster, die Auswahl überwiegend kalorienreicher Lebensmittel und körperliche Inaktivität müssen Schritt für Schritt und nachhaltig geändert werden. Der Ernährungstherapeut muss den **„Patienten an dem Punkt abholen, an dem er sich befindet“**. Ihm stehen dafür beispielsweise die Bausteine individuelle Einzel-Ernährungsberatung, Lehrküche, Einkaufsschulung und Ernährungsschulung in Gruppen, zur Verfügung.

Für die Gruppenschulung existieren publizierte Curricula und Manuale (siehe [www.zentrum-patientenschulung.de/manuale/verzeichnis](http://www.zentrum-patientenschulung.de/manuale/verzeichnis)). Die Inhalte der Ernährungsberatung sollten leicht verständlich und übersichtlich aufbereitet werden, ohne den Eindruck des erhobenen Zeigefingers zu wecken. Folgende Publikationen können hierbei unterstützen:

- aid-Ernährungspyramide (zu finden auf: [www.aid.de](http://www.aid.de), [www.was-wir-essen.de](http://www.was-wir-essen.de))
- Artikel „Ernährungsberatung in der Adipositas therapie“ (Alste Lindner)
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2013). Handbuch Ernährungsmedizin in der Rehabilitation. S. 90-91.

- Kapitel 6: „Beratungsmethodik“, Ordner DGE, Beratungs-Standards

**Ziel ist immer die Einleitung *langfristiger und nachhaltiger* Maßnahmen und die Darlegung von Angeboten** im Anschluss an die Rehabilitation. Sie sollten soweit wie möglich individuell an den Patienten angepasst sein. Dies kann in Form einer ambulanten qualifizierten Ernährungstherapie, eines etablierten Gewichtsreduktions-Programms nach §43 SGB V, einer psychologischen Weiterbetreuung (1/3 aller Adipösen sind Binge Eater) oder spezifischer Bewegungsangebote geschehen. Auf dem ärztlichen Entlassbericht kann die dafür vorgemerkte entsprechende Empfehlung angekreuzt werden. Ansprechpartner bzgl. einer Nachbetreuung sind die jeweils von den Krankenkassen gelisteten Ernährungsangebote vor Ort bzw. folgende Institutionen, die qualifizierte Ernährungstherapeuten zertifizieren und registrieren: DGE, VDD, VDOE, BDEM, QUETHEB, VFED.

Besonders bietet sich die nahtlose ernährungstherapeutische Weiterbetreuung im Rahmen einer intensivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA) an. Diese Kontinuität ist besonders günstig für den Patienten, v.a. wenn IRENA in derselben Einrichtung wie zuvor die Rehabilitation durchgeführt wird.

**Operative Verfahren/chirurgische Eingriffe** (bei BMI>40) lassen zwar das Fett kurzfristig schmelzen, beseitigen aber nicht die Ursachen der Adipositas: die falsch erlernte Ernährungsweise, den Bewegungsmangel, etc. Aufklärung, Information und Motivation zur Verhaltensänderung sind deshalb wichtige Therapiepunkte.

#### **Welche Besonderheiten hat das ambulante Setting?**

- keine Vollverpflegung, nur Angebot eines Mittagessens
- Erarbeitete Ernährungsempfehlungen können unmittelbar beim alltäglichen Einkauf im gewohnten Supermarkt und bei der Lebensmittelzubereitung zuhause ausprobiert und umgesetzt werden.
- Es besteht ein interdisziplinärer Ansatz innerhalb der Reha: individuell auf den Patienten zugeschnittene Trainings-/Bewegungsangebote und die Möglichkeit zum psychologischen Gespräch.
- Angehörige können auf Wunsch und bei Bedarf in die Ernährungstherapie integriert werden.
- Konkrete Nachbetreuungsansprechpartner/-adressen vor Ort können genannt werden.
- Ein Therapiebrief für den behandelnden Hausarzt kann mitgegeben werden.
- Aktuelle Laborergebnisse liegen meist vor.

#### **Was sind spezifische Herausforderungen für die klinische Praxis?**

- heterogene Patientengruppe hinsichtlich: Alter, Geschlecht, privatem und beruflichem Umfeld, sozialer Schicht, Motivation und Kenntnisstand bzgl. gesunder Ernährung, Ursachen und Grad der Adipositas

- Bereitstellung einer adäquaten Mittagessens-Verpflegung in Einrichtungen, die nicht an stationäre Einrichtungen angegliedert sind. Berücksichtigt werden müssen die Akzeptanz durch den Patienten, die baulichen Gegebenheiten, das Angebot von Caterern vor Ort bzgl. Qualität und Frische, Nährwerte, zusätzliche erforderliche diätetische Kostpläne, Geschmack, Kosten und Hygiene.
- Eventuell geringere Gewichtsreduktion als im stationären Setting, da keine kontrollierte Vollverpflegung stattfindet.
- Stellenwert der Ernährungsberatung im interdisziplinären Behandler-Team (Arzt, Psychologe, Ergo-, Physio-/Sporttherapeuten): Teilnahme an den wöchentlichen Teambesprechungen, Infos für Teamkollegen „Transparenz unseres Tuns“.
- Die Ernährungsumstellung mit dem Ziel der Gewichtsreduktion wird als „Nebensache“ und nicht als Mit-Ursache für die orthopädische Erkrankung gesehen. Die orthopädische Hauptindikation steht im Vordergrund.
- Anleitung, Ausführung und Auswertung eines unverfälschten und damit aussagekräftigen Ernährungsprotokolls über mehrere Tage bedürfen einer hohen Motivation und eines enormen Zeitaufwands, sowohl von Seiten des Patienten als auch des Beraters.
- Was macht eine gelungene Adipositas therapie aus? Welche Erfolgsfaktoren sind „von außen“ messbar?

## **Literatur**

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

DGE Beratungs-Standards (2011, laufende Updates)