



Das Leben leben

Ernährungstherapie und das interdisziplinäre Reha-Team *NEUROLOGISCHE Rehabilitation*

Fokus: interdisziplinäre Zusammenarbeit der therapeutischen und
medizinischen Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation
zu ernährungsspezifischen Fragen

09.11.2018, Fachtagung Ernährung in der Rehabilitation

Dr. med. A.-K. zur Horst-Meyer,

FÄ für Neurologie, Sozialmedizin

Fr. K. Degen,

Diätassistentin

Fr. V. Juenger

Logopädin

MEDIAN Klinik Berlin-Kladow

- **Vorstellung MEDIAN Klinik Kladow.**
- **Warum ist die Ernährungstherapie ein wichtiges Behandlungselement für die neurologische Rehabilitation?**
 - **Pathophysiologische Besonderheiten der Erkrankung in Zusammenhang mit der Ernährung,**
 - **Fokus Störung der Kau- und Schluckfunktion.**
- **Ernährungsteam.**
- **Wie wird die Ernährungsberatung in der rehabilitativen Behandlung aufgebaut?**
 - **Welche Therapeuten im Team sind daran beteiligt?**
- **Welche ernährungstherapeutischen Informationen sind wichtig für das Team?**
- **Ausblick.**
 - **Zusammenfassung.**

Vorstellung der MEDIAN Klinik Kladow



Fachkrankenhaus für neurologische und orthopädische Rehabilitation,

- **Neurologie**
 - neurologische Frührehabilitation Phase B einschließlich BB,
 - neurologische Frührehabilitation Phase C,
 - Anschlussheilbehandlungen,
 - stationäre Heilverfahren.
- Die MEDIAN Klinik Berlin-Kladow war 1989 die erste Rehabilitationsklinik direkt im Berliner Stadtgebiet.
- Bettenanzahl: 200, davon 40 orthopädische Betten.

- **Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems sowie Muskelerkrankungen**
 - ZNS-Durchblutungsstörungen (Hirnfarkt, Hirnblutung, Hypoxie),
 - Operationen an hirnversorgenden Gefäßen oder raumfordernden Prozessen des Nervensystems,
 - Entzündungen, Verletzungen des Nervensystems,
 - Neurodegenerative Systemerkrankungen (M. Parkinson, Multiple Sklerose, ...),
 - Onkologische Erkrankungen/ Tumore,
 - angeborene Erkrankungen/ Missbildungen,
 - Neurologische Folgeerkrankungen, langer, intensivmedizinischer Aufenthalte.

Warum ist die Ernährungstherapie ein wichtiges Behandlungselement für die neurologische Rehabilitation?



- Eine ausgewogene Ernährung dient der Aufrechterhaltung physiologischer Funktionen und der Leistungsfähigkeit des menschlichen Organismus. Der daraus resultierende Ernährungszustand ist Ausdruck der Gesundheit.
- Erkrankungen und Organsysteme werden u. a. durch ernährungsabhängige Prozesse passager oder dauerhaft beeinflusst. Eine gezielte Ernährungstherapie kann Morbidität, Mortalität und Behandlungskosten senken.
- In der neurologischen Rehabilitation finden sich neben neurologischen Erkrankungen viele Überschneidungen mit anderen Fachbereichen. Ernährungsspezifische Fragen treten sehr häufig auf. Sie müssen erkannt, gestellt und gelöst werden. Dafür erforderlich ist ein multiprofessionelles Ernährungsteam.
- Die Bedeutung der klinischen Ernährung im Fachbereich der Neurologie spiegelt sich auch in Leitlinien wider.

AWMF-Register-Nr. 073/020

DGEM-Leitlinie Klinische Ernährung



Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)
in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE, der DGN und der DGG
Klinische Ernährung in der Neurologie
Teil des laufenden S3-Leitlinienprojekts **Klinische Ernährung**

Guideline of the German Society for Nutritional Medicine (DGEM)
in cooperation with the GESKES, the AKE, the DGN and the DGG
Clinical Nutrition in Neurology – Part of the Ongoing S3-Guideline Project Clinical Nutrition

Autoren

R. Wirth¹, R. Dziewas², M. Jäger³, T. Warnecke², C. Smoliner⁴, K. Stingel⁵, A. H. Leischker⁶
und das DGEM Steering Committee*

Institute

Die Institute sind am Ende des Artikels gelistet.

- **2013:** S3-Leitlinie von der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (**DEGEM**) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (**DGN**) sowie der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (**DGG**) erstellt und publiziert.
- Die Leitlinie enthält **75 Empfehlungen zur Ernährung von Pat. mit neurologischen Erkrankungen.**
- Besonders wird auf ein **Dysphagie-Screening** und Assessment der Dysphagie sowie auf ein **Screening hinsichtlich des Risikos einer Mangelernährung** hingewiesen.



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Nutrition

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/clnu>

ESPEN guideline clinical nutrition in neurology



Rosa Burgos ^{a,*}, Irene Bretón ^b, Emanuele Cereda ^{c,d}, Jean Claude Desport ^e,
 Rainer Dziewas ^f, Laurence Genton ^g, Filomena Gomes ^h, Pierre Jésus ^e,
 Andreas Leischker ⁱ, Maurizio Muscaritoli ^j, Kalliopi-Anna Poulia ^k, Jean Charles Preiser ^l,
 Marjolein Van der Marck ^m, Rainer Wirth ⁿ, Pierre Singer ^o, Stephan C. Bischoff ^p

^a Nutritional Support Unit, University Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, Spain

^b Nutrition Unit, University Hospital Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid, Spain

^c Nutrition and Dietetics Service, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italy

^d Fondazione Grigioni per il Morbo di Parkinson, Milano, Italy

^e Nutrition Unit, ALS Centre, University Hospital of Limoges, Limoges, France

^f Department of Neurology, University Hospital Münster, Germany

^g Clinical Nutrition, Geneva University Hospitals, Geneva, Switzerland

^h Cereneo (Center for Neurology and Rehabilitation) and University Department of Internal Medicine, Kantonsspital Aarau, Switzerland

ⁱ Department of Geriatrics, Alexianer Hospital Krefeld, Krefeld, Germany

^j Department of Clinical Medicine, Sapienza, University of Rome, Rome, Italy

^k Department of Nutrition, Laikon General Hospital, Athens, Greece

^l Department of Intensive Care, Erasme University Hospital, Université Libre de Bruxelles, Brussels, Belgium

^m Department of Geriatric Medicine, Radboud University Medical Center, Nijmegen, The Netherlands

ⁿ Department of Geriatric Medicine, Marien Hospital Herne, Ruhr-University Bochum, Germany

^o Department of General Intensive Care and Institute for Nutrition Research, Rabin Medical Center, Beilinson Hospital, Tel Aviv University, Petah Tikva, Israel

^p Institute of Nutritional Medicine, University of Hohenheim, Stuttgart, Germany

ARTICLE INFO

Article history:

Received 5 September 2017

Accepted 5 September 2017

Keywords:

Amyotrophic lateral sclerosis

Multiple sclerosis

Parkinson's disease

Stroke

Oropharyngeal dysphagia

SUMMARY

Neurological diseases are frequently associated with swallowing disorders and malnutrition. Moreover, patients with neurological diseases are at increased risk of micronutrient deficiency and dehydration. On the other hand, nutritional factors may be involved in the pathogenesis of neurological diseases.

Multiple causes for the development of malnutrition in patients with neurological diseases are known including oropharyngeal dysphagia, impaired consciousness, perception deficits, cognitive dysfunction, and increased needs.

The present evidence- and consensus-based guideline addresses clinical questions on best medical nutrition therapy in patients with neurological diseases. Among them, management of oropharyngeal dysphagia plays a pivotal role. The guideline has been written by a multidisciplinary team and offers 88 recommendations for use in clinical practice for amyotrophic lateral sclerosis, Parkinson's disease, stroke and multiple sclerosis.

© 2017 Elsevier Ltd and European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. All rights reserved.

11/17:

Aktualisierung der
 S3-Leitlinie
 „Klinische
 Ernährung in der
 Neurologie“ durch
 eine Arbeitsgruppe
 der Europäischen
 Fachgesellschaft für
 klinische Ernährung
 und Stoffwechsel
 (ESPEN),
 Ein besonderer
 Fokus liegt auf dem
 Thema **Dysphagie**.

Ursachen für ernährungsspezifische Defizite in der neurologischen Rehabilitation



- **Störung der Kau-/ Schluckfunktion**
 - In Folge neurologischer Erkrankungen, veränderten Zahnstatus, ...
- **Motorische/ kognitive Beeinträchtigungen**
 - Z. B. nicht selbstständig Essen können (Lähmungen), essen nicht sehen, ...
- **Alter**
 - Essen wird als nicht wichtig empfunden, nachlassender Appetit/ Durstgefühl, ..
- **Psychische Beeinträchtigungen**
 - Depressionen, Antriebsmangel, ...
- **Hospitalisierung/ Erkrankungen**
 - Krankheitsbedingt nicht essen können, kein Appetit, kein ausreichendes Angebot, ...
- **Erworbene/ angeborene Stoffwechselerkrankungen**
 - Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, Allergien, Unverträglichkeiten: Einhalten von Diäten, ...
- **Fehlernährung**
 - Adipositas, Magersucht, Bulämie, ...
- **Sozio-ökonomische Bedingungen**
 - Kein Geld für „gesundes Essen“, kein Wissen über gesundes Essen, soziale Isolierung,
- **Umstände in der Rehabilitation/ im Krankenhaus**
 - Visite, Therapie, Essen nicht erreichbar, im Neglect ...
- **Appetitlosigkeit, Nebenwirkung von Medikamenten, Schmerzen**
- ...

Pathophysiologische Besonderheiten der Erkrankung in Zusammenhang mit der Ernährung, Fokus: Störung der Kau- und Schluckfunktion



- Beim **Schluckakt** werden **50 Muskelpaare** zwischen den Lippen und dem Mageneingang koordiniert. Bei einer Störung der Abläufe kommt es zu einer **Dysphagie**.
- Dysphagien korrelieren mit einem hohen **Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko** und gehen mit einem hohen **Leidensdruck** für Patienten/ Angehörige einher.
- Der Schluckakt wird in 5 Phasen unterteilt:
 - **Präorale Phase:**
 - Aktivierung bestimmter Hirnareale durch Geruch/ optische Reize,
 - Körperaufrichtung, Hand-/ Mundkoordination.
 - **orale Phase (2 Phasen: Vorbereitung und Transport):**
 - Kauen und Einspeicheln der Nahrung,
 - Bolusbeförderung in den Oropharynx bis zum Auslösen des Schluckreflexes.
 - **pharyngeale Phase:**
 - Bolus wird durch eine reflektorische Bewegungsketten durch den Pharynx in den Ösophagus befördert.
 - **ösophageale Phase:**
 - Beschreibt die peristaltische Welle die den Bolus in den Magen befördert.

3 Hauptschwierigkeiten die isoliert oder in Kombination auftreten können:

- 1. Bolus nimmt den falschen Weg** (Nase/ Kehlkopfengang/ Lunge ...),
- 2. Bolus kann im Schluckprozess nicht weiter befördert werden** (Residuen in der Wange, im Kehlkopfengang, am Zungengrund, ...),
- 3. Bolus kommt wieder zurück** (Hochwürgen, Erbrechen, Reflux, ...).

- **Sonstiges:**

- *Odynophagie*
 - *schmerzhafter Schluckakt ohne Passagebehinderung,*
- *Aphagie*
 - *Unvermögen zu Schlucken bei komplettem Passagehindernis,*
- *Globusgefühl*
 - *Nahrungsaufnahme problemlos, Gefühl, dass subjektives Hindernis in Höhe des Recessus piriformis („kratzt im Hals“).*

neurogene Dysphagien:

- **Zentral-nervös:** Infarkte/ Blutungen 40-55%
- **peripher-nervös:** Erkrankungen der Hirn- und peripheren Nerven
- **Erkrankungen des neuromuskulären Überganges:** z. B. Myasthenia gravis 53%
- **Muskelerkrankungen:** z. B. Dermatomyositis, Polymyositis 12-54%

Strukturell bedingte Dysphagie:

- **Erkrankungen der oropharyngealen und ösophagealen Strukturen**
 - chirurgische-, radiologische- , chemotherapeutische Behandlung
 - Entzündungen, Fehlbildungen, Systemerkrankungen, Traumen, Zahnstatus...
- **Sonstiges:**
 - *Psychische/ kognitive Erkrankungen (Beeinträchtigung der Wahrnehmung, Apraxie...); Alter (Änderung des Essverhaltens, der Kaufunktion,...).*

Klinische Symptomatik:

• **Orale und pharyngeale Phase:**

- Herausfließen von Speichel, Nahrung aus dem Mund, gestörtes Kauen; verlängerte orale Phase, Liegenbleiben im Mund, Steckenbleiben im Hals, eingeschränkte oder fehlende Kehlkopfhebung, Husten, Räuspern, Rachenreinigen, Gurgelnde, belegte Stimme,

• **Ösophageale Phase:**

- Druckgefühl, Brennen, Schmerzen hinter dem Brustbein, Reflux ("Sodbrennen").

Ärztliche Untersuchung:

- **Anamnese,**
- **klinische, Untersuchung einschließlich oropharyngealen Funktionen,**
 - Wasserschlucktest,
 - FEES.

Befundabhängig Einleiten weiterer Schritte durch den Arzt:

- Festsetzen einer Schluckstufe,
 - Einleiten einer Ernährungstherapie,
 - Anordnen weiterführender Diagnostik/ Therapien,
- Kommunikation der Befunde im Team (siehe später),
- Erfolgskontrolle der eingeleiteten Schritte.

Therapie der neurogenen Dysphagien

spezifische, logopädische Therapieverfahren



Funktionelle Dysphagietherapie (FDT)

- Ziel: Suche nach Strategien für sicheres und effektives Schlucken mit individuellen Therapieprogrammen.
- Komponenten:
 - Restituierende Verfahren: Schaffen sensomotorischer Voraussetzungen für das normale Schlucken, Verbesserung von Teilfunktionen,
 - Kompensatorische Methoden: bewusstes Verhalten während des Schluckens (Änderung der Kopfhaltung, Schlucktechniken),
 - Adaptierende Maßnahmen: Zuhilfenahme von externe Hilfen (Koststufen, Ess- und Trinkhilfen).

Therapie des facio-oralen Traktes (FOTT™) nach Nusser Müller Busch, 2001

- ganzheitliche Therapieverfahren mit Einbeziehen der Nahrungsaufnahme, der Mundhygiene, der nonverbalen Kommunikation und des Sprechen mit dem Ziel der Wiederherstellung des normalen, physiologischen Schluckvorganges.

Weitere Methoden

z. B. Orofaciale Regulationstherapie (ORT) von Castillo Morales

- Ziel: Anbahnung normaler Bewegungsmuster durch tonusregulierende Maßnahmen und Faszilitierung der Kopf- und Kieferkontrolle. Therapie wird bevorzugt bei Behandlung sensomotorischen Störungen im Bereich des Gesichtes, des Mundes und des Rachens angewendet.

Manuelle Schlucktherapie

-

- **Begleitung beim Essen, individuelle Unterstützung.**

- **Vorstellung MEDIAN Klinik Kladow.**
- Warum ist die Ernährungstherapie ein wichtiges Behandlungselement für die neurologische Rehabilitation?
 - Pathophysiologische Besonderheiten der Erkrankung in Zusammenhang mit der Ernährung,
 - Fokus Störung der Kau- und Schluckfunktion.
- **Ernährungsteam.**
- **Wie wird die Ernährungsberatung in der rehabilitativen Behandlung aufgebaut?**
 - **Welche Therapeuten im Team sind daran beteiligt?**
 - **Welche ernährungstherapeutischen Informationen sind wichtig für das Team?**
- **Ausblick.**
 - Zusammenfassung.

- *Das Ernährungsteam ist ein **multiprofessionelles Team** mit diätologischer, pflegerischer, pharmazeutischer und medizinischer Expertise, das den Ernährungssupport bewerkstelligt oder überwacht. Die **minimale personelle Anforderung** an ein Ernährungsteam ist die aktive Mitarbeit (von mindestens) einer **ärztlichen Fachkraft, einer Pflegeperson und einer diätetischen oder ernährungswissenschaftlichen Fachkraft**. Eine **pharmazeutische Fachkraft** sollte als Kontaktpartner festgelegt oder in das Ernährungsteam integriert werden. Das Ernährungsteam ist ein integraler Bestand der Versorgungsstruktur des Ernährungssupports. Das **Hauptziel** des Ernährungsteams ist die **Gewährleistung des Ernährungssupports auf dem neuesten Stand der Wissenschaft und Technik zur Vermeidung und Behandlung der krankheitsspezifischen Mangelernährung in Einrichtungen des Gesundheitswesens und bei ambulanten Patienten.***

Valentini L et al. Leitlinie der DGEM: Klinische Ernährung; Aktuelle Ernährungsmed. 2013; 38: 97–111

Ernährungsteam in der MEDIAN Klinik Kladow



Entstehung:

- Umsetzung der Anforderung der Kostenträger (DRV) an die Einrichtung:
 - „Gezielte, individuelle, ernährungsspezifische Schulung des Rehabilitanden,
 - Erfüllung der KTL-Leistungsmodule,
 - Qualitätsgesicherte Dokumentation im Reha-Entlassungsbericht. “

Zusammensetzung des Ernährungsteams der MEDIAN Klinik Kladow:

- Ernährungstherapeut, ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Logopäden,
- Treffen 1x/ Monat und bei Bedarf.

Aufgaben im Verlauf:

- Aufbau und Einbinden des Ernährungsteams in:
 - das gesamttherapeutische Team,
 - den allgemeinen Klinikprozess einschließlich der Verwaltung,
- Entwicklung/ Umsetzung/ Optimierung hausinterner Strukturen,
 - **z. B. Erarbeitung einer Anforderungs- und Dokumentationsgrundlage und Implementierung in den Klinik-/ Rehabilitationsablauf,**
- Schulungen (eigene und hausintern).

Verordnung und Maßnahmen der Ernährungstherapie



Verordnung:

- Arzt legt bei Aufnahme Kost/ Koststufe fest; kann eine ernährungsspezifische Beratung verordnen und im Verlauf die Verordnung anpassen,
- Verordnung geht an den Ernährungstherapeuten, der weiterführende Schritte einleitet.
- **Standard für Rehabilitanden der DRV:** Gesundheitsvorträge, Vorträge über gesunde Ernährung und Termine in der Lehrküche werden für Rehabilitanden der DRV direkt verplant.

Maßnahmen der Ernährungstherapie

- **Beratung, Schulung, Aufklärung über ernährungsbedingte Risikofaktoren:**
 - Einzelberatung,
 - **Mundschenk-Stunde,**
 - Abnehm-Gruppe, Buffet-Schulung, Gesundheitsvorträge, Vorträge über gesunde Ernährung, Lehrküche, Virtuelles Einkaufstraining, Angehörigen-Beratung...

Entscheidend sind:

- Erfolgskontrollen, Anpassung der Therapien,
- Kommunikation im Team, mit dem Rehabilitanden/ Angehörigen,
- Dokumentation der Behandlung einschließlich der Empfehlungen in der Epikrise.

Name:	<input type="checkbox"/> DRV	<input type="checkbox"/> Nicht DRV	
Geburtsdatum:	Gewicht: _____ kg	Größe: _____ cm	BMI: _____ kg/m ²
Station:	Datum:	Arzt:	Hz:
Kostform bei Aufnahme: durch den Arzt anordnen und an das Fach der <u>Diätassistenz</u> (Backoffice) weiterleiten lassen			
<input type="checkbox"/> Vollkost	<input type="checkbox"/> Leichte Vollkost	<input type="checkbox"/> Vegetarische Kost	<input type="checkbox"/> Vegane Kost
Sonderkostform			
<input type="checkbox"/> Ethnische Kost: Halal	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Ernährung bei Erkrankungen des Magenarmtraktes, Spezialdiäten			
<input type="checkbox"/> Laktosefrei	<input type="checkbox"/> Glutenfrei	<input type="checkbox"/> Fructosefrei	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Konsistenzdefinierte Nahrung			
<input type="checkbox"/> Schluckstufe:	<input type="checkbox"/> Sondennahrung	<input type="checkbox"/> Berechnung der Sondennahrung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Verordnung Diätberatung: an das Fach der <u>Diätassistenz</u> (Backoffice) weiterleiten lassen			
Anamnese/ relevante Befunde:			
Fragestellung:			
Energiedefinierte/ stoffwechselfdefinierte Diäten			
<input type="checkbox"/> Übergewicht	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Hypertonie/ Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Hyperurikämie
<input type="checkbox"/> Mangelernährung	<input type="checkbox"/> Dyslipoproteinämie	<input type="checkbox"/> Proteinmangel	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Spezialkost bei speziellen Erkrankungen			
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Spezialkost bei neurologischen Erkrankungen			
<input type="checkbox"/>			
Befund:			
Empfehlung:			
Datum:	Diätassistenz:	Hz:	

*Ansetzen
einer Kostform
und/ oder
Anforderung
Ernährungstherapie*

Erstellen der **Nutrition Diagnosis**- des Ernährungsbefundes:

Welches Problem stellt sich dar?

Erkrankung, Verlauf unter ernährungsspezifischen Aspekten,

Was ist die Ursache? Was für eine Geschichte steht dahinter?

Ermitteln von krankheitsspezifischen Risikofaktoren.

Welchen Einflussfaktoren ist der Patient ausgesetzt?

Filtern der wichtigen Informationen!

- **Erkennen der eigenen Risikofaktoren,**
 - Adipositas,
 - Mangelernährung,
 - Hyperlipidämie,
 - Diabetes mellitus,
 - ...
- **Reduktion der ermittelten Risikofaktoren,**
- **Primär-/ Sekundärprävention,**
 - Ernährungsumstellung,
 - ...
- **Motivationsstraining,**
 - Einbindung in die Angebote i. Haus und ambulant,
 - Kontrolle der Laborparameter, des Gewichtes.

Beratung, Empfehlungen/ Maßnahmen, Prognose



- In Hinblick auf die ernährungsspezifischen Probleme des Rehabilitanden **abgestimmte Beratung**,
- **Empfehlungen und Maßnahmen** der Umsetzung der Ernährungstherapie:
 - Einbinden in das Buffet-Training, die Gesundheitsvorträge und in die Lehrküche,
 - Beratung von Angehörigen,
 - Aushändigen von Informationsmaterial,
 - Anbinden an ambulante Zentren,
- **Prognose erstellen** und ggf. mit dem Rehabilitanden besprechen:
 - Benötigt der Patient weitere Unterstützung? Wenn ja:
 - In welcher Form?
 - Von wem?
 - Wer kümmert sich darum?

Schriftliche Befunderstellung für die Ernährungstherapie



Bericht Ernährungstherapie:

- Anamnese durch die Ernährungstherapeutin,
- Gemeinsame Zielsetzung,
- Beratung, Empfehlungen, Prognose,
- Weiterleiten des Berichtes an den Verordner.

Wie wird die Ernährungsberatung in der rehabilitativen Behandlung aufgebaut?

Welche Therapeuten im Team sind daran beteiligt?



Die bestehenden Abläufe im Team sind „IM FLUSS“:

Immer wieder müssen Abläufe im Team im Haus supervidiert und reevaluiert werden:

- Kommunikationswege müssen überprüft/ optimiert werden,
- Bestehende Prozesse werden beobachtet/ analysiert,
- Verbesserungen müssen implementiert werden.

Zusammensetzung des Reha-Teams

- Schnittstellen zu ernährungsspezifischen Fragen-



Schnittstelle

Arzt/ ernährungsspezifische Fragen



- **Informationen über den Ernährungszustand:**
 - Aufnahmegespräch und Aufnahmeuntersuchung,
 - Anordnen von Diagnostik und Therapien.
- **Kommunikation im TEAM 1x/ Woche und in der Visite**
- *Team: 1x/ Woche/ Station,*
 - *Bestehend aus: Ärzte, Pflege, Logopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Neuropsychologen, MA des Sozialdienstes,*
 - *Inhalt: Besprechen von aktuellen Rehazielen, aktuellen Reha-Stand, Besonderheiten, Entlassungsplanung.*
- Abschlussgespräch und Abschlussuntersuchung,
- Erstellung des Arztbriefes mit ernährungsspezifischen Bericht.

Schnittstelle

Pflege/ ernährungsspezifische Fragen



- **Informationen über den Ernährungszustand:**
 - Aufnahmegespräch,
 - Ermitteln von Basisdaten (Körpergewicht, Größe).
 - Tägliche Pflege und Versorgung,
 - Beobachtung von Essgewohnheiten,
 - Veränderung des Pflegezustandes.
 - Wiegen nach ärztlicher Vorgabe,
 - Mindestens 2x während des Aufenthaltes bei Aufnahme und Entlassung.
 - Kommunikation mit Angehörigen.
- **Kommunikation im TEAM 1x/ Woche und in der Visite.**
- Pflegeüberleitung bei Entlassung/ Verlegung.

Schnittstelle

Ernährungstherapie/ ernährungsspezifische Fragen



- **Informationen über den Ernährungszustand.**
- **Befunderhebung in der Einzeldiätberatung:.**
- **Kommunikation:**
 - Direkter Kontakt mit gezieltem Ansprechpartner aus dem Team,
 - Gespräche zwischen Tür und Angel,
 - Kontakt per Mail/ Telefon...

Schnittstelle

Therapeut/ ernährungsspezifische Fragen



- **Informationen über den Ernährungszustand:**
- Logopädie,
 - Fokus Sprache/ Sprechen und Schlucken.
- Physiotherapie,
 - Fokus Mobilität.
- Ergotherapie,
 - Fokus ADL-Kompetenz.
- Neuropsychologie,
 - Fokus kognitive Leistungsfähigkeit, psychische Stabilität.
- *Physikalische Abteilung,*
 - *Fokus Entspannung.*
- **Kommunikation im TEAM 1x/ Woche**

Schnittstelle Sozialdienst/ ernährungsspezifische Fragen



- **Informationen über den Ernährungszustand:**
 - Ermitteln der sozialen Situation und der Möglichkeiten der Versorgung nach der Rehabilitation,
 - Gespräche mit dem Rehabilitanden.
 - Wohnverhältnisse, Versorgungsmöglichkeiten.
 - Gespräche mit Angehörigen,
 - Unterstützung durch Angehörige in der Versorgung?
 - Entlassungsmanagement,
 - Schwerbeschädigung, Pflegegrad, Hilfsmittel, weiterführende Versorgung (fahrbarer Mittagstisch etc.).
- **Kommunikation im TEAM 1x/ Woche.**

Welche ernährungstherapeutischen Informationen sind wichtig für das Team?



- Ist-Zustand,
- Ziel,
 - Absprache mit dem Rehabilitanden,
- Angesetzte Maßnahmen,
- Ergebnis,
- Weiterführende Empfehlungen.....

- **Vorstellung MEDIAN Klinik Kladow.**
- Warum ist die Ernährungstherapie ein wichtiges Behandlungselement für die neurologische Rehabilitation?
 - Pathophysiologische Besonderheiten der Erkrankung in Zusammenhang mit der Ernährung,
 - Fokus Störung der Kau- und Schluckfunktion.
- **Ernährungsteam.**
- Wie wird die Ernährungsberatung in der rehabilitativen Behandlung aufgebaut?
 - Welche Therapeuten im Team sind daran beteiligt?
- Welche ernährungstherapeutischen Informationen sind wichtig für das Team?
- **Ausblick.**
 - **Zusammenfassung.**

- **Wunschträume,**
 - Bewusstmachen ernährungsspezifischer Fragestellungen,
 - Verbesserte Kommunikation,
 - Regelmäßige Schulungen.
- **Realität,**
 - Nachhaken,
 - Redundante Kommunikation,
 - Scheitern an Strukturen und Abläufen,
 - Setzen von Grenzen durch,
 - Abläufe im System,
 - Personelle Gegebenheiten,
 - Kostenträger,
 - Compliance des Rehabilitanden.

Zusammenfassung



- **Vorstellung MEDIAN Klinik Kladow**
- Warum ist die Ernährungstherapie ein wichtiges Behandlungselement für die neurologische Rehabilitation?
 - Pathophysiologische Besonderheiten der Erkrankung in Zusammenhang mit der Ernährung
 - Fokus Störung der Kau- und Schluckfunktion
- **Ernährungsteam**
- Wie wird die Ernährungsberatung in der rehabilitativen Behandlung aufgebaut?
 - Welche Therapeuten im Team sind daran beteiligt?
- Welche ernährungstherapeutischen Informationen sind wichtig für das Team
- **Ausblick**

DANKE

