

Vorbemerkung

Im Auftrag des Vorstandes der Deutschen Adipositas-Gesellschaft wurden die Leitlinien zur "Adipositas-therapie in Reha-Kliniken" erarbeitet. An der Erstellung wirkten mit:

Herr Dr. med. F. Bleichner, Psychosomatische Klinik, Bad Neustadt
 Herr Prof. Dr. med. G. Bönner, Klinik Laritzerhof, Bad Krozingen
 Frau Dr. Nord-Rüdiger, Eleonoren-Klinik, Lindenfels-Winterkasten
 Herr Dr. med. D. Rosemeyer, Klinik Rosenberg, Bad Driburg
 Herr Prof. Dr. med. D. Sailer, Diabeteszentrum, Bad Neustadt
 Herr Dr. Schubmann, GesundheitsCentrum, Möhnesee
 Herr Dr. med. habil. M. Weck, Klinik Bavaria, Kreischa
 Frau Dr. med. F. Wilhemi de Toledo, Buchingerklinik, Überlingen
 Herr Prof. Dr. A. Wirth, Teutoburger-Wald-Klinik, Bad Rothenfelde

Die Arbeitsgemeinschaft tagte insgesamt fünfmal unter dem Vorsitz von Herrn Prof. Dr. D.Sailer, Bad Neustadt, am:

09. Oktober 1997 in Leipzig (konstituierende Sitzung)
 30. Juni 1998 in Bad Neustadt
 02. Oktober 1998 in Osnabrück
 20. Januar 1999 in Lindenfels-Winterkasten
 05. März 1999 in Frankfurt

Beginnend im Jahre 2002 fand sich eine Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der DAG, GRVS und DAEM zusammen, um diese Leitlinie unter Aspekten der Praktikabilität und Umsetzung zu modifizieren und zu ergänzen. Es waren dies

Frau Dipl.-Psych. Dr. D. Nord-Rüdiger, Eleonoren-Klinik Lindenfels-Winterkasten,
 Dr. med. B. Kluthe, Klinik Hohenfreudenstadt, Freudenstadt,
 Dr. med. A. Römpler, Teutoburgerwald-Klinik Bad Rothenfelde,
 Dr. med. D. Rosemeyer, Klinik Rosenberg Bad Driburg.

Sie trafen sich am 10.01.2002 in Frankfurt, am 12.03.2002 in Bad Rothenfelde, am 16.04.2002 in Bad Rippoldsau, am 13.06.2002 in Mölln, am 18.09.2002 in Winterkasten und am 03.04.. 03.06.2003 und am 23.07.2003 im Rahmen einer Telefonkonferenz. Die revidierte Leitlinie wurde in der Jahrestagung in Salzburg am 17.10.2003 vorgestellt und verabschiedet.

Einleitung

Diese Leitlinien wurden im Auftrag der Deutschen Adipositas-Gesellschaft erstellt und sollen die von der Deutschen Adipositas-Gesellschaft veröffentlichten Leitlinien für die Behandlung der Adipositas (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 1998) ergänzen. Diese Leitlinien sind sowohl für spezielle Fachkliniken, als auch für alle diejenigen Rehabilitationskliniken gedacht, die regelmäßig Adipöse behandeln (z.B. orthopädische, psychosomatische, kardiologische und diabetologische Abteilungen/Kliniken).

Sie soll zugleich den in der Adipositas-Behandlung Tätigen Orientierung und Hilfestellung geben zur praktischen Umsetzung einer qualifizierten Behandlung der Adipositas und auf Problemfelder hinweisen.

Die Adipositas ist definiert durch eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfettes. Als diagnostisches Kriterium gilt international der Body-Mass-Index (BMI) (WHO Report 1995 und 1998). Ca. 20 Prozent der deutschen Bevölkerung sind adipös ($\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$) und ca. 5 Prozent deutlich adipös ($\text{BMI} = 35 \text{ kg/m}^2$). (Bergmann et al., 1989, Hoffmeister et al., 1994, BGA 1994). Epidemiologische Daten zeigen, daß die Deutschen in den letzten Jahrzehnten erheblich an Gewicht zugenommen haben; der Trend hält weiterhin an. (Hoffmeister et al., 1994). Somit wird die Adipositas auch zu einem zunehmenden sozialmedizinischen Problem.

Das Übergewicht hat erhebliche Auswirkung auf die Berufs- und Erwerbsfähigkeit und führt, vor allem wegen der Belastung des Bewegungsapparates, zu häufigen Fehlzeiten am Arbeitsplatz.

Die Vermehrung des Körperfettes führt allerdings erst bei höheren Adipositasgraden zu Funktionseinschränkungen. Eine Belastungsdyspnoe, eingeschränkte Beweglichkeit, erschwertes Klettern und Steigen sowie eingeschränkte Wegstrecken sind bei vielen Berufen hinderlich und machen oft deren Ausführung unmöglich. Bestehen Folgeschäden am Herz-Kreislaufsystem (z.B. Herzinfarkt oder Schlaganfall), am Stoffwechsel (z.B. Diabetes mellitus Typ 2), am Respirationsystem (z.B. Schlafapnoe) oder am Bewegungsapparat (z.B. Gonarthrose oder Rückenleiden), ist die Berufs- und Erwerbsfähigkeit meist stark beeinträchtigt.

Die Berufs- und Erwerbstätigkeit, wurde in einer großen Untersuchung der LVA Württemberg an 10.000 Krankengeschichten untersucht. Den Ergebnissen zufolge kommt es bei Adipösen doppelt so häufig wie bei Normalgewichtigen zu einer Berufs- und Erwerbsunfähigkeit (Gercke, 1972). Dies wird auch durch Untersuchungen in anderen Ländern bestätigt (Rissanen, 1991). Adipöse kommen doppelt so häufig in die Praxis von Ärzten; die geschätzten direkten und indirekten Kosten in unserem Gesundheitssystem belaufen sich auf ca. 35 Milliarden DM pro Jahr (Colditz, 1992). Die Adipositas mit Folgeschäden ist in Deutschland inzwischen die wichtigste Einzelerkrankung sowohl für die Rentenversicherungsträger als auch für die Krankenkassen. Sie kostet mehr als die koronare Herzkrankheit und ebensoviel wie der Diabetes mellitus

Die Bedeutung der Adipositas für chronische Krankheiten und Behinderungen wird in der Regel unterschätzt, da oft nur die Adipositas an sich, nicht jedoch die Begleit- und Folgeerkrankungen in Betracht gezogen werden. Studien zeigen zudem, daß auch die Diagnose "Adipositas" in ärztlichen Entlassungsberichten ca. 10mal seltener erscheint als sie tatsächlich zutrifft; in der VDR-Statistik an erster (zuweisungsrelevanter) Stelle sogar nur in ca. 1 %. Die Adipositas wird als Diagnose meist nur dann erwähnt, wenn schon Komplikationen vorliegen (Hauner et al., 1996). Dies bestätigt, daß die oben erwähnten adipositasassoziierten Krankheiten hinsichtlich ihrer Entstehung und folglich auch der Therapie unterschätzt werden.

Bei der bekannten sozialen Gebundenheit des Vorkommens der Adipositas mit gehäuftem Auftreten in unteren Sozialklassen sind insbesondere Träger mit erhöhtem diesbezüglichen Klientel aufgefordert, hier verstärkt aktiv zu werden.

Diese Leitlinien sollen Kostenträgern in unserem Gesundheitssystem sowie Leistungserbringern aufzeigen, welchen Beitrag Reha-Kliniken in der Behandlung der Adipositas leisten können. Stellung genommen wird zur Indikation, zur Strukturqualität, zur Prozeßqualität, zum Betreuungskonzept und zur Nachsorge.

1. Zuweisung in Reha-Kliniken

In der VDR-Statistik des Jahres 2001 finden sich lediglich etwa 6.000 Heilverfahren mit der führenden Diagnose Adipositas (E66) bei insgesamt 925-000 durchgeführten Heilverfahren. Trotz kontinuierlicher Zunahme der Prävalenz der Adipositas wurden Reha-Verfahren wegen Adipositas im Laufe der Jahre deutlich seltener. 40 % der Versicherten mit Adipositas Grad II/III wurden in orthopädischen Kliniken behandelt, 40 % in internistischen und 20 % in anderen, wobei die psychosomatischen Patienten mit 11 % den größten Anteil ausmachen. Da der Leidensdruck bei Adipositas unterschiedlich ausgeprägt ist und für die Rentenversicherung ein Reha-Verfahren ein Antragsleiden darstellt, sollte auch von Krankenkassenseite verstärkt überlegt werden, entsprechende Reha-Verfahren frühzeitig aktiv anzuregen, um spätere kostenträchtige Folgeerkrankungen zu vermeiden. Bei der häufigen Verquickung von orthopädischen Beschwerden und Adipositas sollten in der ausgewählten Klinik qualifizierte konsiliarische Möglichkeiten zu ernährungsmedizinischen/internistischen Aspekten und verhaltenstherapeutischen Ansätzen bzw. entsprechende orthopädische und physiotherapeutische Expertise vorhanden sein.

Die Erwerbsfähigkeit kann durch die Adipositas selbst oder durch deren Folge- und Begleiterkrankungen gefährdet oder eingeschränkt sein. Primäres Ziel der stationären Rehabilitation ist der Erhalt oder die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit sowie die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Darüber hinaus können auch ernsthafte Bedrohungen durch adipositasassoziierte Begleit- und Folgerkrankungen eine stationäre Behandlung erforderlich machen.

Grundsätzlich wird die Indikation zur stationären Behandlung in einer Rehabilitationsklinik nur dann gesehen, wenn unter qualifizierten ambulanten Bedingungen keine ausreichende Gewichtsreduktion gelungen ist (< 5%) und/oder eine bedrohliche Gesamtsituation und/oder Berufs-, Erwerbs- oder Pflegebedürftigkeit vorliegt oder droht.

Der übergewichtige Patient sollte jedoch nicht dadurch diskriminiert werden, daß Vorleistungen von ihm erbracht werden müssen (z.B. Gewichtsreduktion vor der Aufnahme), die von anderen Patienten nicht erwartet werden. Derartige Vorleistungen widersprechen den heutigen Vorstellungen von der Ätiologie der Adipositas (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 1998).

Vorbedingungen für die stationäre Adipositas therapie:

- qualifizierte ambulante gewichtsreduzierende Maßnahmen sind ausgeschöpft und erfolglos geblieben (Gewichtsabnahme <5 % bzw. kein langfristiger Erfolg)

- Patient sollte zur Gewichtsabnahme motiviert sein oder eine diesbezügliche Motivation durch die Rehabilitationsmaßnahme erwartet werden können.
- Ausreichende Möglichkeiten der Kommunikation, Motivation, Beweglichkeit und Disziplin, die eine Teilnahme an Gruppensettings gestatten
- Eine qualifizierte Nachsorge wird angeregt.

Die klinikinterne schwerpunktmäßige Zuteilung nach den Reha-Zielen der Krankheitsbereiche Adipositas, Diabetes, koronare Herzkrankheit oder „orthopädische Leiden“ sollte mit dem Patienten zu Reha-Beginn einverständlich geklärt werden. Dazu sind Schulungsmodul unterschiedlicher Intensität hilfreich.

1.1 Bei einem BMI von $> 35 \text{ kg/m}^2$ sollte jedem Betroffenen eine stationäre Behandlung ermöglicht werden unabhängig vom Vorliegen von Folgeerkrankungen, da ab diesem BMI praktisch jeder Folgeerkrankungen aufweist oder stark gefährdet ist. Die stationäre Behandlung ist unabhängig vom Alter. Auch Senioren profitieren von einer Gewichtsreduktion, da Pflegebedürftigkeit vermeiden, die Multimorbidität vermindert und die Lebensqualität gesteigert werden kann.

Eine stationäre Reha-Behandlung sollte Teil einer vernetzten Behandlung sein, die nach dem stationären Aufenthalt qualifiziert weitergeführt werden muß durch entsprechend qualifizierte Ärzte, Ernährungsberater und Psychotherapeuten oder auch in Rückkopplung mit der bisherigen bzw. wohnortnahen Reha-Kliniken.

1.2. Bei einem BMI von $< 35 \text{ kg/m}^2$ ist eine stationäre Behandlung indiziert, wenn:

- a.) schwerwiegende Begleit- oder Folgeerkrankungen vorliegen (z.B. Diabetes mellitus Typ 2, Hypertonie, Herzinsuffizienz, koronare Herzerkrankung, Schlafapnoe, ausgeprägte Gelenkserkrankungen)
- b.) adipositasbedingte Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung droht (voraussichtlich in den nächsten 3 Jahren)
- c.) adipositasbedingte Pflegebedürftigkeit droht
- d.) adipositasbedingte psychosoziale Probleme mit schwerwiegendem Leidensdruck erkennbar sind
- e.) eine rasche Gewichtsabnahme vor einem geplanten operativen Eingriff notwendig ist.

Ein Aspekt der stationären Behandlungsqualität besteht in der kontinuierlichen Durchführung von Gruppenangeboten, dies bedingt eine ausreichende Quantität an Patienten. Ein verbesserter Behandlungserfolg ist zu erwarten, je homogener (Alter, Adipositas-Grad, Motivationslage) entsprechende Gruppen zusammengesetzt sind.

2. Strukturqualität

2.1. Behandlungsteam

Das Adipositasteam muß folgende personelle Mindeststruktur aufweisen:

- Teamarzt (Qualifikation mit Fachkunde/Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin, Ernährungsmediziner DAEM/DGEM)
- Dipl. Psychologe/Psychotherapeut (Verhaltenstherapie)
- Diätassistentin / Ökotrophologin im Beratungsbereich (mindestens 1/100 Betten)
- Sportlehrer/Physiotherapeut
fakultativ kann das Team erweitert werden durch: Krankenschwester, diätetisch geschulten Koch etc.
-

Entsprechende Qualifizierungen für Gruppenbehandlungen sollten von den Teammitgliedern erlangt sein. Ein verbindliches Curriculum erleichtert die Verfolgung einer gemeinsamen Leitlinie durch alle Teammitglieder.

2.2. Ernährung

Da die Ernährung in der stationären Reha-Behandlung einen wesentlichen Aspekt der Therapie darstellt, ist eine Qualitätssicherung der hausinternen Kost (z. B. nach den Zertifizierungsrichtlinien für Kliniken der DAEM) notwendig.

2.3. Räumliche Voraussetzungen

Folgende räumliche Voraussetzungen sind unabdingbar:

1. Lehrküche (pro Lehrgangseinheit nicht mehr als 4 Personen / Kochherd)
2. Schulungsbuffet für mindestens 1 Mahlzeit/Tag in Anwesenheit der Ernährungsfachkraft
3. mediengerecht eingerichtete Gruppenräume
4. Möglichkeiten für Ausdauertraining (z.B. Fahrrad- u./o. Laufbandergometrie)
5. Schwimmbad
6. Sporthalle

2.4. Apparative Voraussetzungen

Folgende apparative Voraussetzungen sind unabhängig von der Klinikindikation zu fordern, ggf. in Kooperation in enger räumlicher und zeitlicher Verfügbarkeit:

1. Labor (vgl 3.4.)
2. Ergometrie (Diagnostik und Training)
3. 24 Std. Blutdruckmessung
4. Langzeit-EKG
5. Sonographie
6. Echokardiographie
7. Doppler- / Duplex-Sonographie
8. Schlafapnoe-Screening
9. Röntgen

3. Prozeßqualität

3.1. Ziel und Rahmenbedingungen für das Behandlungsprogramm

Das Behandlungsprogramm (die Begriffe Schulung oder Training sollten nicht verwendet werden) verfolgt das Ziel das Körpergewicht um mindestens 5 –bzw. 10% im ersten Behandlungsjahr zu vermindern, die begleitenden Risikofaktoren langfristig zu reduzieren, die Lebensqualität und psychosoziale Befindlichkeit zu steigern, Erwerbungs- und Berufsunfähigkeit zu verhindern bzw. wieder herzustellen und gegebenenfalls Pflegebedürftigkeit abzuwenden.

Die stationäre Rehabilitation ist Teil einer Langzeittherapie (siehe 7.) mit dem Ziel der dauerhaften Gewichtsreduktion und anschließender Stabilisierung auf tieferem Niveau.

Da derzeit flächendeckend unzureichende Vernetzungsstrukturen vorhanden sind, ist jede Klinik in ihrem Einzugsbereich selbst aufgerufen Adressen zur wohnortnahen qualifizierten ernährungsmedizinischen Betreuung vorzuhalten. Hierzu könnte eine vor kurzem gegründete gemeinsame Institution (Berufsverband der Ernährungsmediziner, Verband der Deutschen Diätassistenten, Ökotrophologen-Verband, zusammengeslossen in der **Arbeitsgemeinschaft**, der Berufsverbände, der **qualifizierten ernährungsberater und ernährungstherapeutisch tätigen Berufe Deutschlands (AQED)**, www.aqed.de) hilfreich sein. Adressen von Verhaltenstherapeuten finden sich unter www.psychotherapie suche.de.

Motivation des Patienten ist ein zentraler Aspekt der Adipositas therapie. Ihre Einschätzung geschah bisher empirisch. Mit der Analyse in der motivationalen Voraussetzung beschäftigt sich das transtheoretische Modell nach Prochaska und di Clemente (1992). Es bietet Erklärungen zum besseren Verständnis motivationaler Prozesse und zeigt zugleich Strategien zur gezielten Förderung der Motivation zur Verhaltensänderung auf. Eine qualifizierte Motivationsabschätzung erscheint zu einer zielführenden Behandlung von entscheidender Wichtigkeit und ihr Fehlen stellt einen großen Mangel in bisherigen Verfahren dar.

Das Behandlungsprogramm ist interdisziplinär ausgerichtet (Mediziner, Ernährungsfachkraft, Psychologe, Bewegungstherapeut) und beruht auf einem drei Säulenmodell (Ernährung, Bewegung, Verhaltensmodifikation).

Qualitätsstandard ist ein multimodales Klinikkonzept auf Basis eines strukturierten Behandlungsmanuals mit definierten Schulungszielen und –einheiten, das für alle Teammitglieder verbindlich ist. Es umfaßt auch Informationen über erweiterte Therapieformen (medikamentöse oder operative Behandlungsmöglichkeiten).

Mit jedem Patienten müssen seine Diagnosen, das Therapieziel und der Therapieplan vor Beginn der Behandlung besprochen und einvernehmlich schriftlich festgehalten werden. Insbesondere bei der Priorisierung der Behandlungsangebote (primär Adipositas und andere Begleiterkrankungen oder Adipositas begleitend bei anderen Störungen) erscheint eine einvernehmliche Klärung notwendig. Multimorbide Patienten erfordern unter Umständen verschiedene Schwerpunkte mit verschiedenen Schulungsmodulen, so dass auch die Adipositas-Behandlung in einzelne Module aufgeteilt werden kann, um eine parallele oder konsekutive Durchführung bei anderen Aspekten (Hypertonie, Diabetes, Orthopädie) zu ermöglichen.

Nach Möglichkeit sollen Partner/Angehörige in das Behandlungsprogramm integriert werden.

Zur Durchführung des Behandlungsprogrammes ist die Erstellung eines Curriculums nach anerkannten Gesichtspunkten (s. Kulzer et al: Diabetes und Stoffwechsel, 11/2002) einschließlich der Erstellung von Arbeitsmaterialien (z.B. OH-Folien) erforderlich.

Für Behandler und Patienten verbindliche und transparente Regeln über die Mitwirkungsverpflichtung und den Umgang mit disziplinarischen Verstößen sind notwendig. Dazu gehört auch der Umgang mit Non-compliance (Nichtteilnahme an Behandlungsmaßnahmen, Essen außerhalb, Disziplinschwierigkeiten) zur Verkürzung unsinniger Therapieaufenthalte.

3.2. Anamnese

Die Eigenanamnese muß folgende Punkte berücksichtigen:

Wie lange besteht das Übergewicht?

Maximales Gewicht und in welchem Lebensjahr?

Wie viele und welche Formen der "Diäten" wurden bislang und mit welchem Erfolg durchgeführt?

Besteht eine Eßstörung?

Essgewohnheiten und Ernährungsanamnese

Bekannte Erkrankungen, insbesondere Hypertonie, Diabetes mellitus, Gefäßerkrankungen, Schlafapnoe, Schilddrüsen- und andere endokrine Erkrankungen

adipogene Pharmaka

Die Familienanamnese muß folgende Punkte umfassen:

Körpergewicht von Familienmitgliedern

Erkrankungen (insbesondere Hypertonie, Diabetes mellitus und Gefäßerkrankungen)

Bei Aufnahme sollte zusätzlich immer ein Gespräch mit einem Psychologen erfolgen, dessen Ergebnis Bestandteil der schriftlichen Anamnese sein soll.

3.3. Körperliche Untersuchung

Eingehende körperliche Untersuchung mit Erfassung von Körpergewicht, Körpergröße, Bauchumfang in cm, Blutdruckmessung (mit breiter oder langer Manschette), Gefäßstatus, Gelenkstatus an der unteren Extremität und Inspektion des Genitale.

3.4. Laboruntersuchungen

Folgende Laboruntersuchungen müssen bei jedem Patienten durchgeführt werden, sofern nicht zeitnahe ambulant durchgeführte Befunde vorliegen:

Blutzucker nüchtern und postprandial (2 Std. pp)

Harnsäure

Lipidstatus (Ges.-Cholesterin, LDL-C, HDL-C, Triglyzeride)

basales TSH

3.5. Apparative Untersuchungen

Folgende apparativen Untersuchungen sollten regelhaft durchgeführt werden:

- EKG
- Belastungs-EKG (sitzend auf dem Fahrrad, RR-Messung mit breiter Manschette)

Falls erforderlich werden die apparativen Untersuchungen ergänzt durch:

- 24 Std. Blutdruck-Messung
- Echokardiographie
- Sonographie (Abdomen)
- Doppler-/ Duplex-Sonographie der Gefäße
- Bioimpedanz-Messung (BIA)
- Schlaf-Apnoe-Screening

Auf die apparativen Untersuchungen kann dann verzichtet werden, wenn aussagekräftige zeitnahe Untersuchungsbefunde bereits vorliegen.

4. Therapieziele

4.1. Therapieziele während des stationären Aufenthaltes

- Primäres Therapieziel ist eine dauerhafte Lebensstiländerung. Als initiales Ziel ist eine Gewichtsabnahme von ca. 1 kg/Woche erwünscht. (?)
- Verbesserung der bestehenden Co-Morbiditäten.
- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit.
- Verbesserung der Lebensqualität und psychosozialen Befindlichkeit.
- Erarbeitung von wirksamen Selbstmanagementstrategien.
- Fortsetzung bzw. Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit.
- Erarbeitung langfristiger individueller Therapieziele.

4.2

Schriftliche Vereinbarung von je drei langfristigen Verhaltenszielen zu Ernährung und Bewegung, die selbst erreicht werden können, konkret und individuell relevant sind und real (d.h. in mindestens 72 Std. umsetzbar).

4.3. Langfristige Ziele

Gewichtsabnahme entsprechend dem definierten Zielgewicht

Gewichtserhaltung nach Erreichen des Gewichtsziels

Strategien zum Umgang mit Rückfällen

Planung zusätzlicher Behandlungsmöglichkeiten (Medikamente, Operation) entsprechend der individuellen Risikokonstellation

restliche Ziele siehe unter 4.1.

5. Betreuungskonzept

5.1. Ernährungstherapie

a.) Langfristige Gewichtsreduktion

Der Patient soll in der Klinik mit einer Kost ernährt werden, die er selbst zu Hause langfristig einhalten kann. Die Ernährung sollte so ausgelegt sein, daß der Patient zu Hause je nach Ausgangsgewicht und Therapieziel im folgenden Jahr 5 - 10% seines Ausgangsgewichtes abnimmt. Die Ernährung sollte folgende Bedingungen erfüllen:

- energiereduziert (Energiedefizit mindestens 600 kcal/Tag)
- fettarm
- salzreduziert
- ausgewogen in der Nährstoffrelation (50-55 Energie% KH, 25 -30 Energie% Fett, 15 -20 Energie% Eiweiß)
- reich an Ballaststoffen / komplexen Kohlenhydraten

Auf eine ausreichende kalorienfreie Trinkmenge von wenigsten 2 Liter Flüssigkeit / Tag ist zu achten.

Die Ernährung sollte im Regelfall nicht weniger als 1200 kcal / Tag beinhalten und in drei Mahlzeiten, davon mindestens eine Mahlzeit am betreuten Buffet, angeboten werden.

Eine qualifizierte Kliniknahrung setzt einen entsprechenden schriftlichen Kostplan und eine Überprüfung der errechneten an den tatsächlichen Ergebnissen voraus (s. Lehrkliniken DAEM).

Folgende Kostformen kommen nicht in Frage:

Nulldiät oder totales Fasten

Kostformen mit extremer Energierestriktion und einseitiger Nährstoffrelation (z.B. Außenseiter-, Crash- und Blitzdiäten)

b.) kurzfristige Gewichtsreduktion

Zur raschen initialen Gewichtsreduktion kann in begründeten Ausnahmefällen vorübergehend auch eine Kostform mit weniger als 1000 kcal/d verabreicht werden. Dies sollte jedoch nur bei strenger Indikationsstellung und in der Hand eines erfahrenen Arztes und unter engmaschiger Kontrolle und unter ausreichender Eiweiß-, Vitamin-, Mineralstoff- und Spurenelementsubstitution erfolgen. Hierzu können auch geeignete, industriell hergestellte Formula-Diäten eingesetzt werden.

5.2. Bewegungstherapie

Eine Bewegungstherapie ist grundsätzlich bei jedem adipösen Patienten durchzuführen. Sie fördert das Selbstwertgefühl und die psychosoziale Integration und hat positive metabolische und hämodynamische Auswirkungen. Ziel dabei ist es den Patienten zu langfristiger körperlicher Aktivität anzuleiten und zu motivieren.

Das Bewegungsprogramm und seine Intensität müssen auf die individuellen Gegebenheiten und auf vorliegende Kontraindikationen abgestimmt werden. Grundsätzlich wird empfohlen die individuelle Trainingsintensität nach vorangegangener Ergometrie zu ermitteln. Als auszuübende Trainingsfrequenz wird eine Herzfrequenz empfohlen, die 10 Schläge/Min. unter der mit üblichen Formeln ermittelten Trainingsfrequenz liegt.

Das Bewegungsprogramm sollte so weit möglich als Gruppentherapie durchgeführt werden. Hier sind gerade bei ausgeprägter Adipositas enge Grenzen von Bewegungsmöglichkeiten gegeben, die individuell bearbeitet werden müssen.

Besonders günstig sind Ausdauertrainings-Einheiten unter Einsatz vieler und großer Muskelgruppen (Schwimmen, Fahrradfahren, Walking). Übermäßige Belastungen der Gelenke, insbesondere der unteren Extremität, sollten vermieden werden.

Das Bewegungsprogramm sollte mindestens einmal täglich über 45 Minuten durchgeführt werden. Zusätzliche Therapiearten wie Kraft-Ausdauertraining oder Gymnastik fördern die Kraft, die Beweglichkeit und Koordination, können aber das Ausdauertraining nicht ersetzen.

Jeder Patient muß über die gesundheitlichen Aspekte der körperlichen Aktivität aufgeklärt werden.

5.3. Verhaltensmodifikation

Die Verhaltensmodifikation hat eine Änderung des Essverhaltens und vermehrte körperliche Bewegung zum Ziel. Sie ist zentraler Aspekt einer Verhaltenstherapie und Voraussetzung für eine dauerhafte Lebensstiländerung. Sie ist unabdingbar für die praktische Umsetzbarkeit und beinhaltet kognitive, emotionale und praktische Aspekte. Die Vermittlung erfolgt interaktiv in Gruppenarbeit unter Einsatz verhaltenstherapeutischer Techniken.

Die Verhaltensmodifikation beinhaltet die kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten und den Krankheitsursachen sowie den Aufbau neuer Verhaltensmuster.

- funktionelle Analyse des Eßverhaltens (Problemanalyse)
- Motivationsklärung und Motivationsstärkung
- Selbstmanagementstrategien zur flexiblen Selbstkontrolle
- kognitive Umstrukturierung zur Entwicklung neuer gesundheitsfördernder Verhaltensweisen und Einstellungen
- Aufbau sozialer Kompetenz (Umgang mit Konfliktsituationen)
- Selbstwirksamkeit und Problemlösestrategien
- Rückfallbewältigung

5.4. Zusätzliche Maßnahmen

Als adjuvante Therapie zur Basistherapie kann auch der Einsatz pharmakotherapeutischer Maßnahmen und operativer Strategien erwogen werden (siehe Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft).

6. Struktur und Dauer des Behandlungsprogrammes

Während der stationären Rehabilitation umfaßt das Basisprogramm neben dem Bewegungsprogramm folgende Lerneinheiten:

Mindestens 10 Stunden Gruppenunterricht in einer geschlossenen Gruppe mit max. ca. 12 Teilnehmern

Folgende Inhalte sind vorgegeben:

3 - 4 Stunden Ernährung,

1 - 2 Stunden Theorie der körperlichen Bewegung

3 - 5 Stunden Verhaltenstherapie

1 - 2 Stunden Krankheitsursachen und Adipositasfolgen

Mindestens 8 Stunden praktische Anleitung in der Lehrküche

Für das Behandlungsprogramm muß ein Curriculum erstellt sein

Wünschenswert ist ein zusätzliches Einkaufs- und Restauranttraining

Wünschenswert ist das Einbinden von Angehörigen in die praktischen Lern-Einheiten (z.B. Lehrküche)

Alle Mitglieder des Behandlungs-Teams müssen entsprechend fachlich qualifiziert sein. Regelmäßige Supervisionen und Teambesprechungen sollten stattfinden.

Im Bedarfsfall muß das Basisprogramm wegen der häufig bestehenden Multimorbidität durch weitere Behandlungsmodule ergänzt werden. Dies kann zu einer Verlängerung des stationären Aufenthaltsdauer führen (flexible Aufenthaltsdauer), da mehrere Behandlungsprogramme für verschiedene Krankheiten nicht in den üblichen Zeitrahmen passen.

Gerade bei mehreren Behandlungsschwerpunkten kann die Tagesintensität der Behandlung der Adipositas-Behandlung unterschiedlich organisiert werden (z.B. eine Behandlungseinheit/die über 3 Wochen oder 4 Behandlungseinheiten über 7 Tage).

7. Qualitätsmerkmale

Die Prozessqualität läßt sich – analog des Qualitätsmanagements des VDR – u.a. im Entlassungsbrief ablesen. Ihm sollte u.a. die Motivationslage des Patienten, die erörterten und verwendeten Therapiemodule und evtl. vorhandene Begleitaspekte (Hypertonus, Rauchen) zu entnehmen sein. Schriftlich weitergegeben werden konkrete Ziele mit entsprechenden konkreten Maßnahmen bezogen auf Ernährung und Bewegung. Die während des stationären Verlaufs erfolgte Veränderung von Gewicht, Risikofaktoren und auch der physischen Leistungsfähigkeit wird aufgeführt wie

auch die subjektive Befindlichkeit als Teil der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. In einer qualitätsbewußten Einrichtung sollten – zumindest für bestimmte Zeiträume – katamnestiche Daten über 12 oder besser 24 Monate nach Entlassung vorhanden sein, da ein Ergebnis am Ende des Reha-Verfahrens wenig aussagekräftig ist.

Eine sozialmedizinische Beurteilung unter Berücksichtigung der kardiovaskulären und orthopädischen Einschränkungen sollte nachvollziehbar beschrieben werden.

8. Nachsorge

Die Adipositas ist eine chronische und schwierig zu behandelnde Erkrankung, die eines Langzeitmanagements bedarf. Aus diesem Grund muß die in der Reha-Klinik gegonnene krankheitsorientierte Langzeitbehandlung auch nach der Entlassung fortgesetzt werden. Am besten gelingt dies über Praxen, die die Voraussetzungen nach den Qualitätsrichtlinien von Fachgesellschaften erfüllen (DAG, DGE, DAEM, DGEM 2000). Sinnvoll kann es auch sein, ein sog. Etappenheilverfahren oder Refresher-Einheiten in Reha-Kliniken durchgeführt. Die ambulante Nachbetreuung im Anschluß an eine stationäre Rehabilitation wirkt sich langfristig positiv aus. Wurden die Rehabilitanden nicht nachgesorgt hatten 22% nach 1 Jahr das Gewicht gehalten oder weiter abgenommen, wurde eine Nachsorge betrieben, lag die Quote bei 32% (Hillebrand und Wirth, 1996).

Die regelhafte Weiterleitung in ambulante Strukturen gehört ebenfalls zu Qualitätsmerkmalen.

Literatur

Bergmann, KE, Menzel R, Mensink GBM, Stolzenberg H:
Verbreitung von Übergewicht in der erwachsenen Bevölkerung in der Bundesrepublik
Deutschland.

Akt. Ernährung, 14 (1989) 205

Bundesgesundheitsamt
Die Gesundheit der Deutschen.
SozEp Heft 4, 1994

Colditz GA:
The economic costs of obesity.
Am J. Clin Nutr 55 (1992) 503S

Deutsche Adipositas-Gesellschaft
Leitlinien zur Adipositasbehandlung
Adipositas 16 (1998) 6 - 28

Gercke, H:
Fettsucht in sozialmedizinischer Sicht.
Verband Dtsch Rentenversicherungsträger 13, 208

Gorftmaker SI, Must A, Perrin J, Sobol AM, Dietz WH:
Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood.
N Engl J. Med 329 (1993) 1008

Hauner H., Köster I, von Ferber L.:
Frequency of "obesity" in medical reports and utilization of out-patient health care by obese subjects in Germany. An analysis of health insurance data.
Int. J. Obes. 20 (1996) 820 - 824

Hillebrand TH, Wirth A:
Betreuung von Adipösen im Anschluß an die stationäre Rehabilitation.
Präv Rehab 8(1996) 83

Hofmeister H, Mensink GBM, Stolzenberg H:
National trends in risk factors for cardiovascular disease in Germany.
Prevent. Med 23 (1994) 197

Kulzer, B., Frank, M., Gastes, U. et al
Qualitätsrichtlinien und Qualitätskontrolle von strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen, Diabetes und Stoffwechsel 11, 2002, 109 – 112

Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C., Norcross. J.C.
In search of how people change: Applications to addictive behaviors.
American Psychologist, 47, 1992, 1102 – 1114

Rissanen AM, Heliövaara M, Knekt P, Reunanen A, Aromaa A:
Determinations of weight gain and overweight in adult Finns.
Eur J Clin Nutr 45 (1991) 419

Weinstein L, Pickens D:
Emotions underlying obesity.
Bull Psychonom Soc 26 (1988) 50

WHO Physical status: the use and interpretation of anthropometry.
Report of the WHO Expert Committee.
Geneva, World Health Organization, 1995 (Technical Report Series, No. 854); 368

WHO Report Obesity: preventing and managing the global epidemic.
Report of a WHO Consultation on Obesity.
Geneva, World Health Organization, 1998

Adipositastherapie in Reha-Kliniken

