

ICF-Therapiekonzept

für die Indikation

Adipositas

Inhalt

- Allgemeine Einführung
- Therapiekonzept „Adipositas“
- Behandlungspfad „Adipositas“
- Beispiel Infomaterial
- Zertifikate
- Ergebnisse Qualitätssicherung Ernährung (Analysenwerte aus dem „Modellprojekt klinische Ernährungsmedizin“)

Allgemeine Einführung

1. Geschichtliche Entwicklung

Die Klinik Hohenfreudenstadt besteht seit ca. 50 Jahren und hat einen Belegungsvertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen in den Fachbereichen Innere Medizin, Orthopädie und Psychosomatik. In Einzelfällen wird sie auch von der gesetzlichen Rentenversicherung belegt (SGB IX). Die Klinik Hohenfreudenstadt führt auch Anschlussheilbehandlungen in o.g. Indikationen durch.

Aufgrund der ernährungsmedizinischen Ausrichtung spielt die Adipositastherapie eine wichtige Rolle in der Klinik Hohenfreudenstadt. Dementsprechend werden über 300 Patienten pro Jahr mit der Diagnose „Adipositas“ als Haupt- oder Begleitdiagnose im unserem Hause behandelt. Hierbei handelt es sich oft um Patienten mit weiteren Stoffwechselerkrankungen wie arterielle Hypertonie oder Diabetes mellitus oder mit adipositasbedingten orthopädischen Problemen, die aufgrund der strukturellen Voraussetzungen (s.u.) gezielt in unser Haus eingewiesen werden.

Die Klinik Hohenfreudenstadt wirkt als Lehrklinik für Ernährungsmedizin am Modellprojekt Klinische Ernährungsmedizin mit, das seit 1997 unter Federführung der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) als Modellprojekt zur Optimierung der klinischen Ernährungstherapie entwickelt und zwischenzeitlich auf ca. 25 Kliniken im Bundesgebiet übertragen wurde.

2. Strukturelle Voraussetzungen

Die vorhandenen strukturellen Voraussetzungen sind teilweise im Therapiekonzept beschrieben. Der Stellenbedarf orientiert sich an den Vorgaben der BfA.

Im engeren Adipositasteam arbeiten mit:

- ✓ 1 Internist und Endokrinologe mit Zusatzbezeichnung Diabetologe DDG und Ernährungsmedizin DAEM/DGEM als Leiter des Teams
- ✓ 1 Internistin und Nephrologin sowie Ernährungsmedizinerin DAEM/DGEM
- ✓ 1 Internist und Kardiologe als Konsiliararzt
- ✓ 1 Diätassistentin und Diabetesberaterin DDG
- ✓ 1 Diätassistentin und Diabetesassistentin DDG
- ✓ 1 klinische Psychologin
- ✓ Bewegungstherapeuten, Sportlehrer und Physiotherapeuten

Bei der Betreuung der Patienten mit Adipositas wirken u.a. im erweiterten Team die im Hause beschäftigten Fachkräfte der physikalischen Therapieabteilung mit. Bei gleichzeitig bestehenden orthopädischen Erkrankungen erfolgt eine enge interdisziplinäre Betreuung der Patienten gemeinsam mit dem orthopädischen Fachbereich.

An räumlichen Voraussetzungen verfügt die Klinik Hohenfreudenstadt über mehrere Gruppenschulungs- und Einzelberatungsräume, eine Lehrküche, eine Sporthalle, ein Bewegungsbad (Hallenbad), eine computergestützte Ergometertrainingsanlage mit EKG- und Blutdrucküberwachung sowie Vortragsräume. Aufgrund der Lage der Klinik bieten sich ideale topographische Voraussetzungen für Ausdauersportarten wie Walking oder im Winter Skilanglauf.

3. Behandlungskonzept

Das Behandlungskonzept der Klinik Hohenfreudenstadt entspricht den in den Leitlinien der Deutschen Adipositas Gesellschaft formulierten Vorgaben für die Adipositas therapie an Rehakliniken. Da Adipositas eine multifaktorielle Erkrankung ist, werden verschiedene Therapiemodule vorgehalten, die individuell kombiniert werden können. Vorhandene Begleiterkrankungen wie arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus oder orthopädische Folgeerkrankungen werden in Absprache mit dem Patienten entsprechend der individuellen Reha-Zielvereinbarung in die Therapieplanung einbezogen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird durch regelmäßige Therapiebesprechungen und Qualitätszirkel optimiert. Patientenspezifische psychosoziale Aspekte sind gerade bei der Adipositas therapie besonders zu berücksichtigen. Hier halten wir je nach Bedarf verschiedene psychologische Therapieangebote (Essverhaltensgruppe, Stressbewältigung und Einzeltherapie) bereit.

Die Ernährungsumstellung stellt naturgemäß einen wesentlichen Therapiepfeiler dar. Angeboten werden Ernährungsseminare, Lehrküchentraining (auch unter Einbeziehung der Lebenspartner), Vorträge, Buffetschulungen etc. Die Ernährung in der Klinik entspricht den Vorgaben der Fachgesellschaften. Ihre Zusammensetzung wird regelmäßig im Rahmen der Vorgaben des Qualitätssicherungsprogramms der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin Freiburg überprüft.

4. Organisatorische Umsetzung

Die Behandlung von Patienten mit Adipositas orientiert sich am Behandlungsalgorithmus „Adipositas“, der in der Anlage beiliegt. In der Aufnahmeuntersuchung werden die Vorbefunde geprüft, ggf. erforderliche Monitoringmaßnahmen und ergänzende diagnostische Verfahren festgelegt sowie das Therapiekonzept unter konsequenter Berücksichtigung der Maßnahmen zur Lebensstiländerung bezüglich Ernährung und Bewegung zusammengestellt. In der zeitnah noch in der Anreiseweche stattfindenden internistischen Chefarzt- oder Oberarztvorstellung werden die vorliegenden Befunde fachärztlicherseits gewertet und das Therapieprogramm unter Berücksichtigung der dann vorliegenden Ergebnisse der Laboruntersuchung und Funktionsdiagnostik überprüft und ggf. ergänzt.

5. Informationsmaterialien

Für ca. 30 Indikationen und Fragestellungen im diätetischen Bereich sowie weitere 30 diabetologische Themen wurden in unserem Hause ausführliche Informationsmaterialien erarbeitet, die im Rahmen der Schulungsmaßnahmen Berücksichtigung finden und von den Patienten mitgenommen werden können. Ein Beispiel für dieses – regelmäßig aktualisierte - themenbezogene Informationsmaterial findet sich in der Anlage.

6. Dokumentation und Evaluation

Im Entlassungsbericht werden Motivationslage, angewendete Therapiemodule und -verfahren ebenso wie Begleiterkrankungen, die relevanten Laborparameter und andere Untersuchungsergebnisse, Körpergewicht und körperliche Leistungsfähigkeit im Verlauf dokumentiert. Die mit dem Patienten erarbeiteten Ziele bezüglich Bewegungs- und Ernährungstherapie werden für den nachbehandelnden Hausarzt formuliert und dokumentiert. Anhand zeitlich konzentrierter Stichproben wird das Kollektiv unserer Adipositaspatienten bezüglich des bisherigen Kenntnisstandes und Schulungsbedarfs befragt und evaluiert. Die Ergebnisse gehen in die weitere Entwicklung des Adipositas-Behandlungskonzepts ein. Darüber hinaus wird die Leistung der am Therapiekonzept beteiligten Abteilungen über mehrere Fragen in unserem standardisierten Patientenfragebogen regelmäßig überprüft und quartalsweise evaluiert. Die langfristigen Therapieerfolge werden poststationär in bestimmten Abständen über die behandelnden Hausärzte oder direkt beim Patienten erfragt und ausgewertet.

7. Fortbildung/Weiterbildung

Mitarbeiter des Adipositasteams der Klinik Hohenfreudenstadt wirken regelmäßig auf lokalen und überregionalen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen zu den Themen „Adipositas“ und „Stoffwechselerkrankungen“ für Patienten, med. Fachpersonal und Ärzte mit. Über das bundesweite „Modellprojekt klinische Ernährungsmedizin“ besteht ein reger Austausch mit anderen in diesem Indikationsbereich tätigen Kliniken. Zur Indikation Adipositas wurden durch das ernährungstherapeutische Team verschiedene wissenschaftliche Arbeiten durchgeführt, die auf Fachkongressen vorgestellt wurden.

8. Zertifikate

Die Klinik Hohenfreudenstadt fungiert seit 2005 als Lehrklinik für Ernährungsmedizin der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin.

Therapiekonzept der Klinik Hohenfreudenstadt

Sozialmedizinischer Hintergrund.....	5
Schädigungen von Körperfunktionen und –strukturen.....	6
Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe.....	7
Rehabilitationsziele.....	8
Therapieleistungen.....	8
mitgeltende Unterlagen/weiterführende Informationen.....	9
bei uns behandelbare Erkrankungen (ICD-10-GM 2004).....	9

Sozialmedizinischer Hintergrund

Übergewicht und Adipositas sind in der Bundesrepublik wie in allen westlichen Industriestaaten weit verbreitet. Die Prävalenz von Übergewicht (BMI>25 kg/m²) liegt nach den Daten des Bundes-Gesundheitssurveys von 1998 bei Männern zwischen 18 und 80 Jahren bei etwa 66%, bei Frauen etwas niedriger bei etwa 54%. Etwa 20% der Gesamtbevölkerung leiden unter krankhaftem Übergewicht (Adipositas mit einem BMI>30 kg/m²). Die Prävalenz der Adipositas steigt mit dem Alter bis zum 69. Lebensjahr an. Verglichen mit Daten aus dem Jahr 1991 lässt sich insgesamt eine deutliche Zunahme der Prävalenz der Adipositas zeigen (bei westdeutschen Männern um 11,5%, bei westdeutschen Frauen um 6,4%). Dramatisch ist auch die Zunahme der Adipositas im Kindesalter, die eine steigende Zahl adipöser Erwachsener in den nächsten Jahren vorhersehen lässt.

Ursächlich für die Zunahme der Prävalenz sind neben genetischen Faktoren in entscheidendem Maße der zunehmende Bewegungsmangel und die veränderten Ernährungsgewohnheiten in den letzten 50 Jahren.

Übergewicht und besonders die Adipositas sind Schlüsselfaktoren unserer Zivilisationskrankheiten. 50% der adipösen Männer und 30% der Frauen entwickeln im Laufe ihres Lebens einen Diabetes mellitus Typ 2, jeder zweite Adipöse leidet an Bluthochdruck. Insbesondere die kardiovaskulären, metabolischen und orthopädischen Folgeerkrankungen wirken sich in gehäufte Arbeitsunfähigkeit und vorzeitiger Berentung aus. Nicht zu unterschätzen sind in diesem Zusammenhang auch die psychosozialen Beeinträchtigungen der Patienten.

Die kausale Bedeutung der Adipositas wird allerdings in den Statistiken der GRV nicht deutlich. So wurden 2001 gerade einmal 6.298 von insgesamt 826.014 Rehabilitationsverfahren mit der Erstdiagnose Adipositas begründet (< 0,76%). Paradoxa Weise nahm die Zahl der Rehabilitationsverfahren wegen Adipositas trotz steigender Erkrankungsprävalenz im Laufe der Jahre sogar ab. Dabei lag das durchschnittliche Renteneintrittsalter aufgrund Adipositas im Jahre 2002 mit 50,47 Jahren unter dem Durchschnitt (51,13 Jahre), die Tendenz in den letzten Jahren zeigt eine kontinuierliche Verjüngung (2000: 52,54 Jahre).

671 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurden mit der Diagnose Adipositas begründet, das entspricht nur 0,4% der gesamten Frühberentungen. Berücksichtigt man aber die häufigsten Folgeerkrankungen der Adipositas (kardiovaskuläre Erkrankungen und degenera-

tive Skeletterkrankungen) dürften etwa 20-40% der Frühberentungen im Zusammenhang mit der Adipositas stehen.

Die Kosten der Adipositas für die Krankenkassen werden auf etwa 2-8% der Gesamtausgaben beziffert. Für die Schätzung der volkswirtschaftlichen Kosten werden in der Literatur rund 20 Milliarden Euro jährlich angegeben.

Bezüglich der Mortalität spielen die kardiovaskulären Folgeerkrankungen die größte Rolle. Etwa 80% der Typ 2-Diabetiker und etwa 50% der Hypertoniker sind adipös, bei 2 bis 3 von 4 Patienten verschwinden die Gesundheitsstörungen bei Gewichtsnormalisierung im frühen Krankheitsstadium. Die nurses health study zeigte, dass in dem untersuchten Kollektiv ein bestehendes Übergewicht die Sterblichkeit verdoppelte, eine Adipositas mit BMI >32 kg/m² sogar vervierfachte. Das Mortalitätsrisiko ist bei Adipositas um 25%, bei Adipositas mit BMI >35 sogar um 296% erhöht. In der Bundesrepublik sterben schätzungsweise pro Jahr ca. 750.000 Personen an den Folgen der Adipositas.

Schädigungen von Körperfunktionen und –strukturen

Schädigungen an Körperfunktionen und –strukturen entstehen entweder direkt durch die statische Beanspruchung insbesondere der unteren Extremitäten und der Wirbelsäule durch das vermehrte Körpergewicht oder durch die im Rahmen des metabolischen Syndroms entstehenden Folgeerkrankungen im Bereich des Stoffwechsels oder am Herz-Kreislauf-System.

Wesentliche Bedeutung kommt auch den noch nicht eingetretenen, aber mit einer hohen statistischen Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Folgeerkrankungen der Adipositas zu. Da es erfahrungsgemäß nicht einfach ist, mit solchen Eventualitäten auf der Grundlage von statistischen Wahrscheinlichkeiten und persönlichem Risikoprofil inklusive der familienanamnestischen Daten umzugehen, ist zunächst einmal eine ausführliche Aufklärung über die Krankheit und ihre potentiellen Konsequenzen erforderlich.

Daneben finden sich häufig psychische Begleiterkrankungen, insbesondere depressive Störungen und Abhängigkeitserkrankungen.

Die durch die Adipositas selbst oder ihre Folgekrankheiten bedingten Schädigungen unterschiedlicher Strukturen und Funktionen können betreffen (exemplarisch geordnet nach Körperfunktionen und Strukturen, ICF):

b126 Funktionen von Temperamenten und Persönlichkeit

z.B. psychische Stabilität, Selbstvertrauen

b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs

z.B. Motivation, Appetit

b134 Funktionen des Schlafes

b420 Blutdruckfunktionen

b455 Funktionen der kardiovaskulären Belastbarkeit

b540 allgemeine Stoffwechselfunktionen

s410 kardiovaskuläres System

arterielle Hypertonie durch Fehlernährung (u.a. erhöhte Natriumzufuhr) und Adipositas mit entsprechenden Folgeerkrankungen am Herz-Kreislauf-System

s4101 Arterien

durch die Folgeerkrankungen Diabetes mellitus oder Fettstoffwechselstörungen bedingte generalisierte arteriosklerotische Veränderungen mit Störungen der Makro- und Mikro-zirkulation

s760 Struktur des Rumpfes

Wirbelsäulenerkrankungen etc.

s750 untere Extremitäten

Förderung einer Koxarthrose
Förderung einer Gonarthrose

Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe

Übergewicht und Adipositas führen über ihre Begleit- und Folgeerkrankungen häufig zu einer Beeinträchtigung der Aktivitäten der Betroffenen, dies betrifft die Teilnahme an gesellschaftlichen - z.B. sportlichen - Aktivitäten genauso wie berufliche Aspekte. Daneben findet sich bei adipösen Patienten meist auch eine ausgeprägte psychosoziale Beeinträchtigung.

Einschränkungen im sozialen Bereich entstehen durch unterschiedlichste Ursachen. Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und soziale Ängste wirken zusammen mit gesellschaftlicher Stigmatisierung und möglichen Problemen, die sich durch die Folgeerkrankungen der Adipositas ergeben können.

Basis der Sicherung von Aktivitäten und Teilhabe bei Adipösen bildet eine umfassende Information des Betroffenen möglichst unter Einbezug der direkten Angehörigen sowie der schrittweise Aufbau eines kompetenten Krankheits- und Selbstmanagements in den relevanten Bereichen.

Das Hauptziel eines Behandlungskonzeptes in der Rehabilitation ist die Bewahrung bzw. Wiederherstellung einer guten Lebensqualität trotz der - möglichst geringen - Beeinträchtigung durch die Erkrankung. Die verhaltenstherapeutisch orientierte Essverhaltensgruppe geht auf diesen Aspekt besonders ein. In der gemeinsamen Gruppenarbeit mit ebenfalls Betroffenen wird an der Bewusstwerdung der Faktoren gearbeitet, die zur Entwicklung und Aufrechterhaltung der Adipositas beigetragen haben. Dem einzelnen hilft dabei, dass er mit dieser Problematik nicht alleine steht. Aus den Erfahrungen der anderen Betroffenen werden Einsichten in die eigene Krankheitsgeschichte und nützliche Anregungen für einen konstruktiven Bewältigungsprozess gewonnen. Hier erfahren die TeilnehmerInnen Ermutigung, offensiv mit der Erkrankung in ihrem persönlichen sozialen Kontext umzugehen im Sinne einer selbstwerterhaltenden Selbstbehauptung. Beispielsweise müssen für Bewegungsverhalten in der Öffentlichkeit (Schwimmbad etc.) eigene Schamgefühle überwunden werden.

Gewichtsreduktion ohne Intensivierung des Bewegungsverhaltens hat keine Aussichten auf einen langfristigen Erfolg. Allerdings ist der oder die Adipöse häufig in seinen/ihren bewegungs-

therapeutischen Möglichkeiten eingeschränkt. Daher muss ein schrittweises Heranführen an eine regelmäßige körperliche Aktivität erfolgen, bei der durch unterschiedliche Bewegungsangebote den Fähigkeiten des Patienten Rechnung getragen wird. Sobald die anfängliche Zurückhaltung überwunden worden ist und die Scheu vor der Bewegung langsam weicht, können die Betroffenen eine adäquate Bewegungsform finden. Gerade am Anfang helfen hier Bewegungsangebote wie eine Adipositas-Sportgruppe, bei der Ausdauer Elemente mit Koordinationsübungen und Spiel kombiniert werden.

Rehabilitationsziele

Langfristige Ziele, die durch eine strukturierte Rehabilitationsmaßnahme unter Einsatz eines multimodalen Behandlungskonzeptes erreicht werden sollen:

- Verhinderung der Entwicklung bzw. Verlangsamung der Progression von Folgeerkrankungen, die durch Übergewicht bzw. Adipositas und begleitende Faktoren bedingt sind
- die Beibehaltung eines normalen Lebensstils
- das Erreichen einer möglichst normalen Lebenserwartung

Während der Rehabilitation können erreicht werden:

- Verbesserung des Wissens über die Erkrankung und mögliche Krankheitsfolgen
- Ernährungsumstellung zu einer gesunden, der Entwicklung von Folgeschäden entgegenwirkenden Ernährung
- Einstieg in eine nachhaltige Gewichtsreduktion
- Motivation zu vermehrter Bewegung (insbesondere Einstieg in ein regelmäßiges Ausdauertraining)
- Lernen der Auswirkung von Bewegung auf den Stoffwechsel
- Erarbeitung eines langfristig angelegten gesundheitsfördernden Konzeptes
- psychische Stabilisierung
- Verbesserung des Selbstmanagements auf Verhaltensebene

Therapieleistungen

Faktoren, die für die Festlegung des individuellen Rehabilitationsplans relevant sind:

- Ausmaß des Übergewichts bzw. der Adipositas
- Schulungs- und Beratungsbedarf
- Begleiterkrankungen
- Folgeschäden
- individuelle Fähigkeiten und kognitive Voraussetzungen des Patienten

In der Klinik Hohenfreudenstadt kommt ein interdisziplinäres, multimodales Behandlungskonzept zum Einsatz, bei dem verschiedene Berufsgruppen auf der Grundlage einer einheitlichen Gesamtkonzeption und in enger Absprache mit dem Patienten zusammen arbeiten.

Folgende Therapiemodule sind im Adipositasbetreuungsprogramm enthalten (bei Bedarf Einbeziehung von Angehörigen):

1. „Seminar Gewichtsreduktion“
2. Lehrküche (1-3 Termine à 4 Stunden pro Aufenthalt)
3. psychologisch geführte „Essverhaltensgruppe“ (Verhaltensmodifikation)
4. ggf psychologische Einzelgespräche (Krankheitsbewältigung, Depressionen, Ängste)
5. gesunde Ernährung nach den Vorgaben der Fachgesellschaften in Form einer kalorisch adäquaten, fettreduzierten (ca. 30% der Energiezufuhr), salznormalisierten (<6 g/die), eiweißnormalisierten (0,8-1,0 g/die) und ballaststoffreichen (>30 g/die) Mischkost
6. „Adipositassportgruppe“
7. Ausdauertraining (Walking, Fahrradergometertraining, Skilanglauf)
8. Vorträge „Ernährung bei arterieller Hypertonie“, Ernährung bei Hyperurikämie“, „Ernährung bei Fettstoffwechselstörungen“ je nach Begleiterkrankungen
9. bei gleichzeitig bestehendem Diabetes mellitus oder gestörter Glukosetoleranz: strukturierte Diabetikerschulung, Diabetessprechstunde (ein Termin pro Woche), Einzelberatungen je nach Bedarf (bei Problemen mit der Einstellung, Neueinstellung etc.), Vortrag Diabetes mit speziellem Fußseminarteil, diabetologische Fußuntersuchung, Augenuntersuchung
10. balneologische Maßnahmen (Bewegungsbad), bei gleichzeitig bestehender arterieller Hypertonie, Mineralwannenbäder, Hauffe´sche Armbäder u.a.
11. Stressbewältigungstraining, Entspannungsverfahren
12. medikamentöse Therapie

mitgeltende Unterlagen/weiterführende Informationen

- Statistisches Bundesamt Deutschland 2002: Amtlich gemeldete Sterbefälle nach den häufigsten Todesursachen je 100.000 Einwohner (ab 1998, Region, Alter, Geschlecht, ICD10)
- VDR-Statistik Rehabilitation 1995-2002
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2000-2002
- Sailer D et al., modifiziert und ergänzt von Rosemeyer D, Römpler A, Kluthe B, Nord-Rüdiger D: Adipositas-therapie in Reha-Kliniken: Die Rehabilitation, 1, 2005
- Bergmann KE, Mensink GBM: Körpermaße und Übergewicht, Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2: 115-120, 1999
- Wirth A: Adipositas – Erhöhte Mortalität durch arteriosklerotische Folgekrankheiten und Karzinome, Internist 38: 214-223, 1997
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): Evidenzbasierte Leitlinie – Adipositas, Prävention und Therapie der Adipositas, 2003

bei uns behandelbare Erkrankungen (ICD-10-GM 2004)

- | | |
|------|-------------------------|
| E 66 | Adipositas |
| E 68 | Folge der Überernährung |