



# Konzept Adipositas

## Gliederung

1. Adipositas Rehabilitation an der Alpenlinik Santa Maria	2
2. Einleitung	
2.1 Historische Betrachtung	3
2.2 Der Westliche Lebensstil	4
2.3 Die Folgen	7
3. Ausrichtung der Adipositas am ICF	
3.1 Schädigungen von Körperfunktionen und –strukturen	8
3.2 Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe	11
3.3 Umweltbezogene Kontextfaktoren	13
3.4 Personenbezogene Kontextfaktoren	14
4. Zielsetzungen	
4.1 bzgl. der Körperfunktionen und –Strukturen	15
4.2 bzgl. der Aktivitäten und Teilhabe	18
4.3 bzgl. der umweltbezogenen Kontextfaktoren	19
4.4 bzgl. der personenbezogenen Kontextfaktoren	21
5. Umsetzung	
5.1 Prozesse	32
5.2 Therapiemittel	
5.2.1 Personal	28
5.2.2 Strukturelle Gegebenheit	28
5.2.3 Standortvorteil	29
6. Messung, Dokumentation, Evaluation	30
7. Fortbildung/Weiterbildung	31
8. Zertifikate	31
9. Verantwortlichkeit	32
Literatur	33
Anhang	
Interdisziplinäres Team	
Schulungsheft	

## 1. Adipositas Rehabilitation an der Alpenklinik Santa Maria

Die Alpenklinik Santa Maria bietet Rehabilitationsmaßnahmen für an Übergewicht/Adipositas erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene an.

Die Maßnahmen werden gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Rehabilitation und Prävention durchgeführt. Es gelten darüber hinaus die Standards der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der DAG, der Konsensusgruppe Adipositasschulung im Kindes- und Jugendalter (KgAS). Es ist ein Ziel der Alpenklinik Santa Maria, Standards ggf. zu übertreffen.

## 2. Einleitung

### 2.1 Historische Betrachtungen

„Esse so viel Du kannst, wenn etwas verfügbar ist, und zwar möglichst viel Fett und Süßes.“

Evolutionäre Programmierung des Menschen nach KLOTTER C, 2010<sup>1</sup>

So sorgte die Evolution für das Überleben der Menschheit. Was vor vielen Jahrzehnttausenden unsere Vorfahren von kargen Wurzeln zu süßen Beeren brachte, ist längst zum „Bären-dienst“ geworden. Der Kern dieses Satzes, „wenn etwas verfügbar ist“, ist der Bumerang, der bereits eingeschlagen hat. Bis zu 20 Lebensjahren kostet in den USA der einzige evolutionäre Schutzmechanismus die schwer übergewichtigen Bürger (zit. nach PRUGGER C, KEIL U: 2007)<sup>2</sup>. Die Umgebungsvariablen haben sich gründlich geändert. Die Programmierung hingegen nicht.

Der Neandertaler hatte zwangsläufig einen sehr bewegten Alltag. In Ermangelung eines funktionierenden Pizzaservices sah er sich genötigt, die Nahrung selbst zu sammeln oder gar zu erjagen. Beides ging mit ganztägiger körperlicher Bewegung einher, welche nicht selten mehr Energie erforderte, als sie einbrachte. Abgesehen von seinem Outfit und seiner Frisur dürfte der Herr aus dem Neandertal weitgehend dem heutigen sportlichen Schönheitsideal entsprochen haben (McALLISTER P: 2010)<sup>3</sup> und war dbzgl. sicherlich nicht rehabedürftig. In wie weit schon damals ein ästhetischer Ideal-Phänotyp existierte, ist nicht bekannt. Als wahrscheinlich darf jedoch angenommen werden, dass auch damals eine offensichtlich gesunde und leistungsfähige Erscheinung einen Vorteil im Sinne Darwins bescherte.

In der Antike war für einen kleinen Teil der Bevölkerung die „Verfügbarkeit“ der Nahrungsmittel kaum mehr ein Problem. Reichtum der Wenigen machte Übergewicht zwar möglich, aber entgegen späteren Epochen (Hoch- und Spätrenaissance) nicht schick (GRAUER A, SCHLOTTKE P F: 1987)<sup>4</sup>. Die griechische Klassik (460 – 330 v. Chr.) und Hellenismus (330 – 30 v. Chr.) liebten Harmonie, Gleichgewicht und ausgewogene Proportionen, wie an zahlreichen Skulpturen ersichtlich. Die Sophrosyne [gr. Besonnenheit, Mäßigung] war nach Platon eine Kardinaltugend. Für die meisten Bürger dieser Zeit war aufgrund harter körperlicher Arbeit bei karger Ernährung die Einhaltung dieser Ideale kein Problem.

Die Renaissance sah eine seltsam dialektische Haltung gegenüber Anspruch und Wirklichkeit. Die o.g. altgriechischen Werte standen wiederum hoch im Kurs, gestärkt durch christliche Askese und Ablehnung der Völlerei, jedoch galten in vivo dicke Bäuche als schick (Institut Suchtprävention, pro mente: 2008)<sup>5</sup>. Dieses ungesunde Schönheitsideal fand im anschließenden Barock seinen Niederschlag in den opulenten Werken Peter Paul Rubens' (WHITE C: 1988)<sup>6</sup>. Jedoch bestand seinerzeit kein Anlass zur Besorgnis um die Volksgesundheit. Dicke Bäuche beschränkten sich, wie schon zuvor in der Antike, auf die wenigen Reichen. Das Gros der Bevölkerung war der Pest näher als dem Metabolischen Syndrom.

Über das Bürgerliche Zeitalter (19. Jh.) hielt sich der Wohlstandsbauch als Luxusartikel. Die Anzahl derer, die sich einen solchen leisten konnten nahm zwar stetig zu, erreichte jedoch bis ins 20. Jahrhundert keinen volksgesundheitlich relevanten Umfang. Von zwei Weltkriegen und einer Weltwirtschaftskrise gebeutelt, war noch in den endenden 40'er Jahren in vielen Ländern der heutigen westlichen Industrienationen „Schmalhans“ Küchenmeister. In den 50'er Jahren begann – zunächst sehr langsam, mit jedem folgenden Jahrzehnt gefühlt exponentiell zunehmend, die „Seuche“ Adipositas ihren Siegeszug in der westlichen Welt. Noch kurz von Schönheitsideal Twiggy gestört, nahm der Zug weiter Fahrt auf. Weder die Fitness-Welle, die Light-Produkte, noch die immer zahlreicher werdenden, mahnend in die Höhe gestreckten Zeigefinger der Mediziner, Soziologen und Politiker vermochten ihn abzubremesen.

## 2.2 Der westliche Lebensstil

Zur Genese der Adipositas ist eine unübersehbare Menge Literatur veröffentlicht worden. Wenige Autoren nehmen monokausale Genesen an, die Mehrzahl jedoch favorisiert einen multifaktoriellen Ansatz. Die schon seit langem beobachtete, außerordentliche Therapieresistenz bei langfristiger Betrachtung (WARSCHBURGER P et al.: 2001)<sup>7</sup> deutet darauf hin, dass dem zweiten obigen Ansatz Glauben zu schenken ist. Wahrscheinlich zuzüglich weiterer, bis dato unbekannter Faktoren.

In so fern ist der Kampf gegen die Adipositas ein Kampf gegen eine Armee unbekannter Stärke, die noch erschwerend teils versteckt agiert. Militärexperten würden angesichts dieser misslichen Lage den Krieg absagen. Jedoch wird die Alpenklinik Santa Maria nicht von solchen geführt. In der Adipositastherapie nimmt man zudem an, dass die verschiedenen Genesefaktoren unterschiedlich zu gewichten sind. Es gilt als sicher, dass der noch (groß-) teils im Verborgenen liegende genetisch Faktor nicht der wirkstärkste sei (HEID I M: 2009. Interview 3-sat)<sup>8</sup>. Die deutlich wichtigeren Mitspieler werden in den Aspekten des so genannten „westlichen Lebensstils“ vermutet. Hier sorgen im Kindes- und Jugendalter verschiedene Faktoren für eine stark positive Energiebilanz. Am augenscheinlichsten veränderten sich die Bereiche Freizeitgestaltung und Ernährung in den letzten Jahrzehnten.

Noch in den 60'er und 70'er Jahren wurde die Freizeit von den Kindern und Jugendlichen überwiegend aktiv gestaltet. So es das Wetter erlaubte, fand diese unter freiem Himmel statt und erlaubte raumgreifende Streifzüge durch die Umgebung oder die besonders adipositaspräventiven „unorganisierten Sportarten“ (TREMBLAY MS, WILLMS JD: 2003)<sup>9</sup> wie Kicken und Radeln. Distraktoren von diesen aktiven Tätigkeiten, wie Computer, Spielekonsolen oder gar das Internet, waren noch nicht existent. Das Fernsehprogramm beschränkte sich auf wenige Sender und Sendestunden am Tag und waren zumeist für Kinder und Jugendliche uninteressant. Doch das sollte sich in der 80'er Jahren ändern. Angeführt von den USA, wurde auch in Westeuropa TV-technisch aufgerüstet. Ein Tsunami von privaten Sendern machte aus dem Abendkino eine virtuelle Welt. Gesendet wurde nun 24 Stunden. Schon 1985<sup>10</sup> berichteten DIETZ und GORTMAKER eine signifikante Assoziation zwischen TV-Konsum und Adipositas: Jede Stunde zusätzlicher TV-Konsum ließe die Adipositasprävalenz um 2 % steigen. Besonders besorgniserregend sei ein eigenes Fernsehgerät auf dem Kinderzimmer. Es steigere den täglichen Konsum um mindestens eine Stunde und führe so durch die hohe Frequenz lebensmittelassoziierter Werbe-Einblendungen zu Fehlernährung: „Ein hoher Fernsehkonsum ist deshalb mit niedrigem Obst- und Gemüsekonsum, hohem Konsum zuckerhal-

tiger Getränke, fettiger Snacks und Fastfood assoziiert.“ (EGMOND-FRÖHLICH A van et al.: 2007)<sup>11</sup>.

Nicht anders verhält es sich mit den anderen elektronischen Medien. Nach der Einführung der ersten Spielekonsole „Pong“ von Atari Anfang der 70’er Jahre, bis zum heutigen „dadelfähigen“ Handy: Sobald der Jugendliche den Controller in der Hand hat, erstarrt er zur Salzsäule. Und das durchschnittlich für selbst eingeschätzte 261 Minuten (123 TV, 138 Online/PC) wochentäglich (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest: 2010)<sup>12</sup>. Die Erfahrung der letzten 10 Jahre an der Alpenklinik Santa Maria hat gezeigt, dass die übergewichtigen Patienten zu einem Großteil nicht zur Durchschnittlichkeit neigen. Insbesondere die Adipösen berichten häufig von über 4,5 Stunden reiner PC-Nutzung. Die weiblichen Jugendlichen dieser Gruppe geben den Hauptteil dieser Nutzungszeit mit „Chatten“ an, die Jungen spielen PC-Games. Spitzenreiter vereinen hier die > 99 BMI-Perzentile mit exzessivem medialen Suchtverhalten von „World of Warcraft“.



Grundlegend hat sich auch die Ernährung über die letzten Jahrzehnte verändert. Zunächst veränderte sich der Kontext, in welchem die Nahrung aufgenommen wurde. Je weiter man sich zurückbegibt, desto klarer waren Mahlzeiten strukturiert (...). In der Regel wurden die drei Hauptmahlzeiten zu definierten Zeiten im Kreise der Familie eingenommen. Kinder standen so unter direkter Kontrolle ihrer Eltern. Sofern zwischen den Mahlzeiten etwas gegessen wurde, kann hier überwiegend Obst angenommen werden. „Snacks“ im heutigen Sinne waren noch nicht erfunden.

Im Jahre 1940 wurde im amerikanischen San Bernadino, Kalifornien, von den Brüdern Maurice und Richard McDonald ein gleichnamiges Restaurant eröffnet. Sie entwickelten eine neuartige, sehr effiziente Methode, Hamburger zu zubereiten. 1954 ergänzte Ray Kroc das Konzept um eine Franchise-Idee und sorgte so für die rasante Ausbreitung von immer mehr McDonalds Restaurants in den USA. In Deutschland wurde 1971 die erste Filiale in München eröffnet. Auch hier begann damals ein Siegeszug ohne Gleichen. McDonalds Deutschland beschäftigte im Jahr 2010 ca. 60.000 Mitarbeiter in fast 1400 Restaurants. Sie versorgten rund 1 Milliarde deutscher Kunden, welche dort etwa 3 Milliarden Euro hinterließen (Quelle: Finanzen.net)<sup>13</sup>. Dafür kann man sehr viele weiche Brötchen mit fettiger Auflage kaufen. Und diese wurden auch gegessen! Manche derer finden wir auf den Hüften unserer Patienten wieder.

Doch o.g. Entwicklung ist nur beispielhaft für eine Reihe von Parallelen. Die 70’er und 80’er Jahre sahen ebenfalls die sprunghafte Ausweitung des Süßigkeiten- und Knabberwaren-

Sortiments. Nicht in dieser Auflistung fehlen darf der Anfang der 70'er eingeführte Döner Kebab, der mittlerweile in weit über 15.000 Verkaufsstellen in Deutschland angeboten wird.

Sollte es ein Bürger nicht außer Haus schaffen, so stehen ihm mehr als genug Alternativen zum o.g. Fastfood zur Verfügung. Fertiggerichte („Convenience-Food“) gibt es bereits seit dem 19. Jahrhundert. Doch blieben diese eher die Ausnahme im Alltag der traditionell geprägten Familie (Vater arbeitet, Mutter „am Herd“). Als diese Familienform in den letzten 40 Jahren zunehmend zugunsten von Doppelseinkommen (beide Elternteile berufstätig) oder alleinerziehenden Elternteilen aufgegeben wurde, schwand auch die Zeit zum Zubereiten von Mahlzeiten. Die Zeit der Fertigpizza begann in den 60'er Jahren im Land ihrer Erfindung, den USA. 1970 stand sie auch in Deutschland zur Verfügung. Wurden im Jahr 1973 noch 2.800 t hergestellt, so waren es im Jahr 2007 bereits 253.000 t (Deutsches Tiefkühlinstitut e.V.). Für Kinder und Jugendliche stellt nicht nur der zumeist unangebracht hohe Fettgehalt von Fertiggerichten ein Problem dar, sondern vielmehr die hohe Verfügbarkeit der Mahlzeiten. Kaum eine Wohnung in Deutschland, deren Gefrierschrank nicht zuverlässigst mit Pizzas bestückt wäre.

„Kinder haben keine Bremse“  
Slogan Straßenverkehrs-Sicherheits-Initiative der 70'er/80'er Jahre

„... vor dem Kühlschrank auch nicht!“  
Erkenntnis Alpenklinik Santa Maria

Die bereits weiter oben behandelte mediale Verkaufsförderung der Snacks und Fertiggerichte explodierte förmlich als 1981 das Bundesverfassungsgericht mit dem sog. FRAG-Urteil die Rundfunkhoheit des Bundes aufhob und den Markt für zumeist werbefinanzierte Privatsender freigab (BVerfGE 57, 295ff-FRAG). Was in den 70'er Jahren noch ein einmaliges tägliches Ereignis war, ereilt den Privatsender-Sehenden heute im Durchschnitt alle 20 Minuten: Ein Werbeblock. Das bedeutet für einen durchschnittlichen Bundesbürger mit rund 223 Minuten TV-Konsum eine tägliche Tortur von 11 Werbeblöcken (Arbeitsgemeinschaft Fernsehforschung: 2010). Der Vergleich mit einer Gehirnwäsche drängt sich auf. Verständlicherweise kann weder Alt noch Jung der massiven Präsenz von „appetitlich“ drapierten Lebensmitteln entgehen. Die Folge ist nahezu unausweichlich eben dieser Appetit.

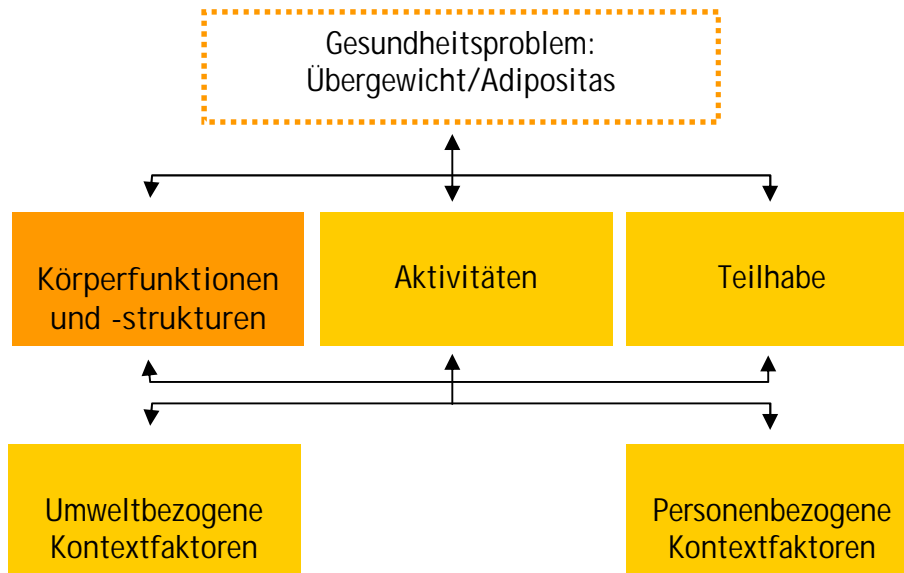
## 2.3 Die Folgen

Den oben beschriebenen „westlichen Lebensstil“ zeichnet physiologisch betrachtet vor allem ein Ungleichgewicht aus: Das zwischen Energie-Input und –Output des Systems Mensch. Bei der Teilgruppe der Bevölkerung, die dieses Ungleichgewicht nicht durch geeignete Maßnahmen beseitigt, stellen sich alsbald hier zu therapierende Nachteile ein. Sprach man im letzten Jahrhundert noch medizin-zentriert von Übergewicht, Adipositas und Metabolischem Syndrom, so ist der aktuelle Therapieansatz der Alpenklinik Santa Maria wesentlich umfassender. Der Patient wird hier als System der Wechselwirkungen von Krankheit, Individuum und seinem Kontext wahrgenommen. Es werden nicht nur Basisparameter wie Ernährung und Bewegung in den Mittelpunkt der Bestrebungen gerückt, sondern gleichrangig die Gesamtheit der durch die Erkrankung entstandenen Einschränkungen des Patienten. Mit Hilfe der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2001ff)<sup>15</sup> wird individuell für jeden Patienten ein Profil seiner krankheitsbedingten Einschränkungen erstellt, welches im Vergleich mit einem ebenso zu erstellenden Profil seiner Befähigungen, die Marschroute der Interventionen vorgibt, mit dem Ziel, diese Einschränkungen zu eliminieren.

Nicht zu eliminieren sind die oben beschriebenen Noxen genetischer, ernährungstechnischer und medialer Art. Ein uneingeschränktes, gesundes und angenehmes Weiterleben erfordert vom genesenen Patienten zukünftig eines in hohem Maß: Achtsamkeit.

### 3. Ausrichtung der Adipositas am ICF

#### 3.1 Schädigungen von Körperfunktionen und –strukturen



Das bio-psycho-soziale Model der ICF (2001) der WHO

Übergewicht ist im wahrsten Wortsinn eine Belastung für den Patient. Kaum ein System des Körpers, welches nicht früher oder später in seiner Funktion und/oder Struktur beeinträchtigt würde. Im Vordergrund steht jedoch hier sicherlich die Entwicklung des Metabolischen Syndroms mit dem „Tödlichen Quartett“ (TOPLAK H: 2005)<sup>16</sup> abdominale Fettleibigkeit, Hypertonie, Dyslipidämie und Insulinresistenz. Das Metabolische Syndrom ist der entscheidende Risikofaktor für koronare Herzkrankheiten und Diabetes mellitus Typ II. Erschwerend unterstützt die abdominale Fettleibigkeit mit ihren hormonell produktiven Adipozyten über die sezernierten Mediatoren TNF-alpha, den Interleukinen 4, 6, 8 und 18, sowie verschiedenen Prostaglandinen die entzündlichen Prozesse des atopischen Formenkreises, welche ebenfalls an unserer Klinik behandelt werden.

Kaum weniger bedenklich sind die psychischen Folgen des Übergewichts. In der Bundesrepublik sind mittlerweile mehr als die Hälfte der Bürger übergewichtig (Statistische Bundesamt: 2010)<sup>17</sup>. Dennoch gilt im Volksmund der „Dicke“ als faul, dumm, träge, unattraktiv. Dies wird insbesondere in der Altersschicht nahezu ungehemmt kommuniziert, in der die Sozialisation noch nicht abgeschlossen ist: Bei Kindern und den jungen Jugendlichen. Also in jenem Alterssegment, in dem die Persönlichkeitsentwicklung voranschreitet, kognitive Repräsentationen gebildet werden (BRUNER J: 1966)<sup>18</sup> und Selbstwert angelegt (OERTER R, MONTADA L: 1995)<sup>19</sup> wird. In dieser vulnerablen Phase werden wichtige Weichen für spätere Kognitionen gestellt – und für defizitäre Prozesse. Bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen sehen wir im Klinikalltag deutlich erhöhte Prävalenzen für gestörte Affekte und Ängste. Diese Beobachtungen werden vielfach in der Literatur bestätigt (z.B. MÜHLHANS B, ZWAAN M de, 2008)<sup>20</sup>.

Übergewicht führt meist schon im Jugendalter zu degenerativen Veränderungen des Skelett- und Bewegungsapparats. Die Mehr- und Fehlbelastungen der Gelenke und Muskeln manifes-

tieren sich vorwiegend in Schmerzen im Lendenwirbelbereich, in Gonarthrosen, später in Coxarthrosen. Diese führen schon im frühen Jugendalter zur Meidung sportlicher Aktivitäten und unterstützen so eine Verschlimmerung des ursächlichen Übergewichts.

Gemäß der ICF müssen folgende Bereiche bei der Rehabilitation von Übergewicht/Adipositas betrachtet werden:

(Die im vorliegenden Kontext besonders wichtigen Elemente, wurden vom Autor hervorgehoben.)

#### Klassifikation der Körperfunktionen (Kapitel der ICF)

1. Mentale Funktionen
2. Sinnesfunktionen und Schmerz
3. Stimm- und Sprechfunktionen
4. Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems
5. Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems
6. Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems
7. Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen
8. Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde

#### Klassifikation der Körperstrukturen (Kapitel der ICF)

1. Strukturen des Nervensystems
2. Das Auge, das Ohr und mit diesen in Zusammenhang stehende Strukturen
3. Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind
4. Strukturen des kardiovaskulären, des Immun und des Atmungssystems
5. Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel und endokrinen System in Zusammenhang stehende Strukturen
6. Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem im Zusammenhang stehende Strukturen
7. Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen
8. Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

Zit. nach SCHUNTERMANN M F (2006)<sup>21</sup>

Im Sinne der ICF-Codierung, sehen wir durch Übergewicht/Adipositas beispielhaft folgende Körperfunktionen und –strukturen beeinträchtigt/gefährdet:

126 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

Rückenschmerzen beim Liegen, adipositasbedingte Schlafapnoe

b420 Blutdruckfunktionen

Hypertonie

b455 Funktionen der kardiovaskulären Belastbarkeit

b540 allgemeine Stoffwechselfunktionen

Dyslipidämie

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 Mikrozirkulation

s760 Struktur des Rumpfes

Wirbelsäulenerkrankungen etc.

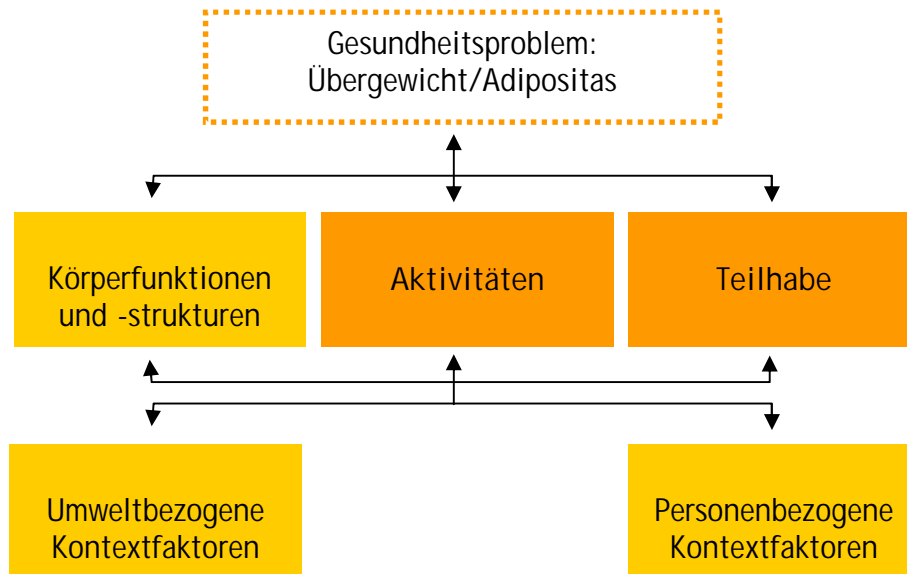
s750 untere Extremitäten

Förderung einer Coxarthrose

Förderung einer Gonarthrose

Das tatsächliche Zutreffen von Einschränkungen ist bei jedem Patienten individuell zu erheben.

### 3.2 Aktivitäten und Teilhabe



Wie in der einschlägigen Literatur zu ICF-Themen, soll im Folgenden die zwei Aspekte Aktivitäten und Teilhabe zusammen behandelt werden.

In Berichten unserer Patienten über deren Alltag sind Einschränkungen durch ihr Übergewicht omnipräsent. Sie betreffen einfache Aktivitäten, wie den Schulweg. „Das lange Gehen macht müde“ weshalb die öffentlichen Verkehrsmittel bevorzugt würden. Im Schulsport müsse man sich bereits beim Warmlaufen hinsetzen, weil man nicht mehr könne. Wenn später die Mannschaften für ein Ballspiel ausgewählt würden, „nimmt niemand den Dicken“ (keine Partizipation). Zum Schwimmsport gehe man nicht, weil man sich schäme (keine Partizipation). Deshalb könne man kaum Fußball spielen und Schwimmen (Aktivitäten). Wenn die Mitschüler nachmittags in das Freibad gehen, würden die Übergewichtigen nicht eingeladen, „da man sich für sie ja schämen müsse“. Die Patienten berichten von zahlreichen mobbingartigen Ausgrenzungen im Alltag. Aber gehäuft sind es auch die Patienten selbst, die soziale Situationen meiden und diese zugunsten von virtuellen Realitäten aufgeben. Die gravierendsten dieser Fälle verzichten auf die gesamte Teilhabe am Alltag, verbringen in abhängiger Weise den gesamten Tag vor dem PC und sind i. d. R. männlich und stark adipös.

Im Bereich der Teilhabe und der Aktivitäten muss die spätere Erwerbstätigkeit der Patienten besondere Berücksichtigung finden. Viele Branchen stehen Adipösen nicht offen (Bundeswehr, Polizei, sonstige hoheitliche Institutionen, schwere körperliche Arbeit, etc.), in anderen Bereichen senkt das Übergewicht die Chancen bei Bewerbungen allgemein (Kundenakzeptanz, mehr Fehltag wg. gesundheitlichen Einschränkungen durch Komorbiditäten).

Gemäß der ICF müssen folgende Bereiche bei der Rehabilitation von Übergewicht/Adipositas betrachtet werden:

(Die im vorliegenden Kontext besonders wichtigen Elemente wurden vom Autor hervorgehoben.)

1. Lernen und Wissensanwendung (z.B. Bewusste sinnliche Wahrnehmungen, Elementares Lernen, Wissensanwendung)
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. Aufgaben übernehmen, Die tägliche Routine durchführen, Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen)
3. Kommunikation (z.B. Kommunizieren als Empfänger, Kommunizieren als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken)
4. Mobilität (z.B. Die Körperposition ändern und aufrechterhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, Gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen)
5. Selbstversorgung (z.B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten)
6. Häusliches Leben (z.B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen)
7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (z.B. Allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen)
8. Bedeutende Lebensbereiche (z.B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben)
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (z.B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität)

Zit. nach SCHUNTERMANN M F (2006)<sup>22</sup>

Im Sinne der ICF-Codierung, sehen wir durch Übergewicht/Adipositas beispielhaft folgende Elemente beeinträchtigt/gefährdet:

**d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen**

**d450 Gehen**

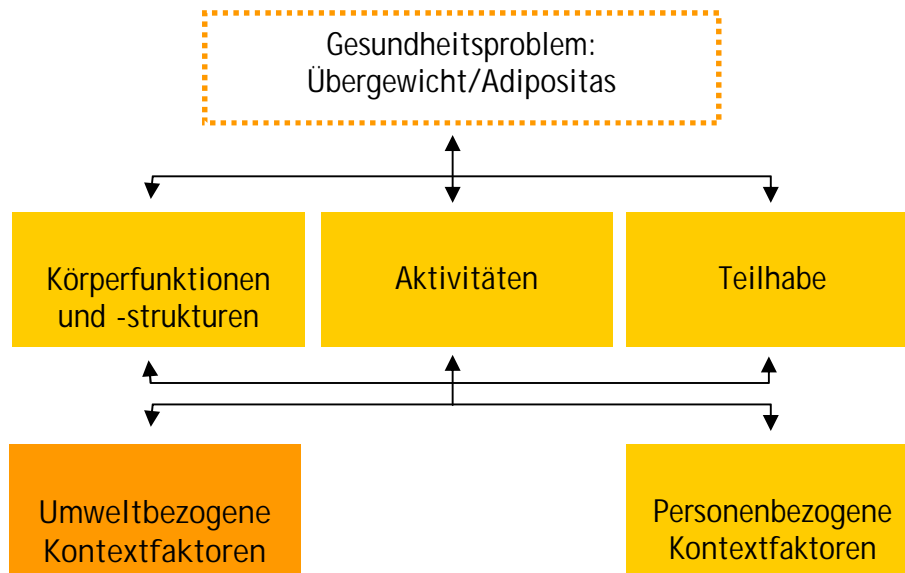
**d455 Sich auf andere Weise fortbewegen**

**d570 Auf seine Gesundheit achten**

etc.

Das tatsächliche Zutreffen von Einschränkungen ist bei jedem Patienten individuell zu erheben.

### 3.3 Umweltbezogene Kontextfaktoren



Wie in der Einleitung angedeutet, waren sich verändernde Umweltparameter Trigger und Nährboden der Adipositaswelle. Veränderte Familienstrukturen (Doppelverdiener, alleinerziehende Elternteile), verbesserte Nahrungsversorgung, veränderte Freizeitgestaltung u.v.m. – sie machten dieses Luxusproblem Adipositas erst möglich. Kindlich-impulsives Ernährungsverhalten im Angesichte omnipräsenter Nahrungsangebote in Kombination mit bewegungsfreier Freizeitgestaltung, fast ohne elterliche Kontrolle: In solcher Umwelt gedeiht das Übergewicht.

Sicherlich ist wiederum bei jedem Patienten anamnestisch das individuelle Paket der behindernden und fördernden Umweltfaktoren zu ermitteln, aber die o.g. Familie, Nahrung und Freizeitgestaltung dürften i. d. R. einen Löwenanteil der Effekte klären. Aus dieser Annahme ergeben sich folgende ICF-Codes als besonders beachtenswert:

**e110 Produkte und Substanzen für den persönlichen Gebrauch**

**e310 Engster Familienkreis**

**d920 Erholung und Freizeit**

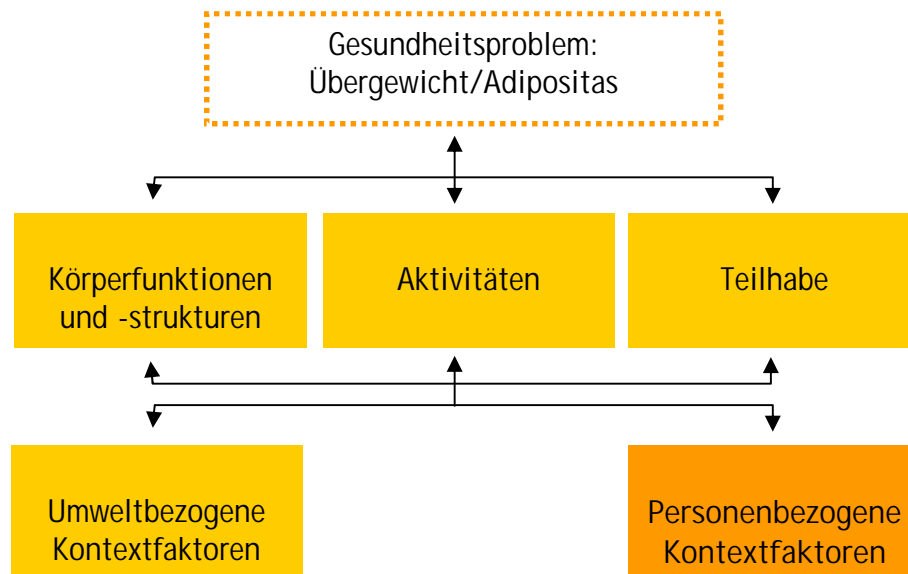
Darüber hinaus sind auch die Folgenden abzufragen:

(Die im vorliegenden Kontext besonders wichtigen Elemente wurden vom Autor hervorgehoben.)

1. Produkte und Technologien (z.B. Unterhaltungselektronik)
2. Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (z.B. Bauten, Straßen, Fußwege)
3. Unterstützung und Beziehungen (z.B. Familie, Freunde, Arbeitgeber, Fachleute des Gesundheits- und Sozialsystems)
4. Einstellungen, Werte und Überzeugungen anderer Personen und der Gesellschaft
5. Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze

modifiziert nach SCHUNTERMANN M F (2006)<sup>23</sup>

### 3.4 Personenbezogene Kontextfaktoren



Im bio-psycho-sozialen Modell der ICF fehlen zur Vollständigkeit natürlich all die, zum Patienten gehörigen Eigenschaften, die nicht durch den Bereich „Körperfunktion/-strukturen“ erfasst sind. Hier finden wir Faktoren, die in der Literatur vielfach mit dem Übergewicht verbunden sind: Sozialer Hintergrund, Schichtzugehörigkeit, Schulbildung/Ausbildung, Beruf (z.B. KUNZ B, LAMPERT T: 2010)<sup>24</sup> und Migrationshintergrund (NAGEL G et al.: 2009)<sup>25</sup>. Auch die in ihrer Effektstärke unklare genetische Prädisposition, gilt als personenbezogener Kontextfaktor.

Im Einzelnen sind hier anamnestisch zu erheben:

1. Alter
2. Geschlecht
3. Ethnie
4. Charakter, Lebensstil, Coping
5. sozialer Hintergrund
6. Bildung/Ausbildung
7. Beruf
8. Erfahrung
9. Motivation
10. Handlungswille
11. Mut
12. genetische Prädisposition

Modifiziert nach SCHUNTERMANN M F (2006)

## 4. Zielsetzungen und Maßnahmen

### 4.1 bzgl. der Körperfunktionen und –Strukturen

Den unter Punkt 3 benannten Störungen/Einschränkungen der Körperfunktionen und –strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe werden nun geeignete therapeutische Maßnahmen entgegen gestellt, die geeignet sind, die o.g. Störungen/Einschränkungen zu beseitigen, zu lindern, oder prophylaktisch ihrer Ausbildung in der Zukunft entgegen zu wirken. Die Eignung der therapeutischen Maßnahmen ergibt sich flankierend aus den publizierten Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der DAG, der Konsensusgruppe Adipositasschulung im Kindes- und Jugendalter (KgAS) und den medizinischen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. AWMF (Leitlinienregister Nr. 050/002 und 070/001), welche in Kombination mit der über 60-jährigen Erfahrung der Alpenklinik Santa Maria größtmögliche Professionalität gewährleistet.

126 Funktionen von Temperamenten und Persönlichkeit		
Funktion	Ziel	Maßnahme
psychische Stabilität	altersadäquate Stabilität	pädagogisch betreutes Gruppenleben, Training der sozialen Kompetenz, psychologische Betreuung/ Intervention, Adipositasschulung

126 Funktionen von Temperamenten und Persönlichkeit		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Selbstvertrauen	Stärkung	Ermöglichen von Erfolgserlebnissen (Klettergarten, Rafting, Adipositassport), pädagogisch betreutes Gruppenleben, Training der sozialen Kompetenz, psychologische Betreuung/ Intervention, Adipositasschulung

b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Motivation (allgemein und adipositas-spezifisch)	Stärkung	Arztgespräch, pädagogische Betreuung, supervidierte Malzeiten, Adipositasschulung, psychologische Betreuung/Intervention

b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Appetit	erkennen, abgrenzen vom Hunger, standhalten können	supervidierte Malzeiten, Adipositas-schulung,

b134 Funktionen des Schlafes		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Rückenschmerzen beim Liegen	schmerzfrier, erholsamer Schlaf	Physiotherapeutische Intervention (z.B. Rückengymnastik), ärztliche Intervention

b134 Funktionen des Schlafes		
Funktion	Ziel	Maßnahme
adipositasbedingte Schlafapnoe	Besserung oder Beseitigung	Konsil Schlaflabor Josefium, Augsburg

b420 Blutdruckfunktionen		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Hypertonie	Besserung oder Beseitigung	Gewichtsabnahme, ärztliche Intervention

b455 Funktionen der kardiovaskulären Belastbarkeit		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Belastbarkeit beim Sport	erhöhen	Gewichtsabnahme, Sport, aktive Freizeitgestaltung

b540 allgemeine Stoffwechselfunktionen		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Dyslipidämie	Besserung oder Beseitigung	diätetische Intervention

b540 allgemeine Stoffwechselfunktionen		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Metabolisches Syndrom als Folge der Adipositas	Verhinderung	Gewichtsabnahme, supervidierte Malzeiten, Adipositas-schulung, Sport, Diät-kochen, Arztgespräch

s410 kardiovaskuläres System		
Funktion	Ziel	Maßnahme
arterielle Hypertonie durch Fehlernährung und Adipositas mit entsprechenden Folgeerkrankungen am Herz-Kreislauf-System	Besserung oder Beseitigung, Folgeerkrankungen vermeiden	Gewichtsabnahme, ärztliche Intervention, diätetische Intervention, Sport, aktive Freizeitgestaltung

s4101 Arterien		
Funktion	Ziel	Maßnahme
durch die Folgeerkrankungen Diabetes mellitus oder Fettstoffwechselstörungen bedingte generalisierte arteriosklerotische Veränderungen mit Störungen der Makro- und Mikrozirkulation	Verhinderung	Gewichtsabnahme, ärztliche Intervention, diätetische Intervention, Sport, aktive Freizeitgestaltung

s760 Struktur des Rumpfes		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Wirbelsäulenerkrankungen etc.	Besserung, Beseitigung oder Verhinderung	Gewichtsabnahme, physiotherapeutische Intervention

s750 untere Extremitäten		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Förderung einer Coxarthrose Förderung einer Gonarthrose	Verhinderung	Gewichtsabnahme, physiotherapeutische Intervention

Sämtliche weiteren Einschränkungen der körperlichen Funktionen und Strukturen, die bei Patienten festgestellt werden, sollen nach gleichem Muster zielgerichtet (beseitigen, lindern, prophylaktisch ihrer Ausbildung in der Zukunft entgegenwirken) mit geeigneten therapeutischen Maßnahmen beantwortet werden.

## 4.2 bzgl. der Aktivitäten und der Teilhabe

Wie schon unter Punkt 3.2 erwähnt, leiden bereits die Patienten im Kindes- und Jugendalter unter Ausschluss von Aktivitäten/Unternehmungen in der Peer-Group. Dies erfolgt durch Mobbing aufgrund beeinträchtigter körperlicher Leistungsfähigkeit und/oder durch Rückzug des Patienten. Auch hier setzt die Alpenklinik Santa Maria entstandenen oder drohenden Einschränkungen gezielte Maßnahmen zur Beseitigung, Linderung, oder zur Prophylaxe entgegen.

Im Folgenden sind die unter Punkt 3.2 genannten ICF-Codes exemplarisch mit Zielen und Maßnahmen versehen.

<b>d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen</b>		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Mobbing abwehren	adäquates Reagieren	Anti-Mobbing-Training, pädagogisch betreutes Gruppenleben, Training der sozialen Kompetenz, psychologische Betreuung/ Intervention, Adipositas-schulung

<b>d450 Gehen</b>		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Fortbewegung	uneingeschränktes alltägliches Fortbewegen	Gewichtsabnahme, Sport, aktive Freizeitgestaltung

<b>d455 Sich auf andere Weise fortbewegen</b>		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Fahrrad fahren, Klettern, etc.	uneingeschränktes alltägliches Fortbewegen, sportliche zukünftige Freizeitbetätigung	Freizeitpädagogische Betätigung (Radtour, Klettergarten, Rafting), Nordic Walking

<b>d570 Auf seine Gesundheit achten</b>		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Selbstverantwortung	schädliches Verhalten vermeiden, förderliches Verhalten zeigen	Arztgespräch, Adipositas-schulung, pädagogische Betreuung

Sämtliche weiteren Einschränkungen der Aktivitäten und der Teilhabe, die bei Patienten festgestellt werden, sollen nach gleichem Muster zielgerichtet (beseitigen, lindern, prophylaktisch ihrer Ausbildung in der Zukunft entgegenwirken) mit geeigneten therapeutischen Maßnahmen beantwortet werden.

### 4.3 bzgl. der umweltbezogenen Kontextfaktoren

Der Bereich der Umweltfaktoren ist einer der veränderungsresistentesten Felder der Adipositas-therapie. Hier können wir kaum darauf hoffen, dass die Gesellschaft in naher Zukunft dem westlichen Lebensstil entsagt und der Adipositas so den Nährboden entzieht. Es scheinen eher mehr und mehr adipositasfördernde Faktoren hinzu zu kommen. Dies ist vor allem im Bereich der Unterhaltungselektronik der Fall. Ebenso ist es einer Rehabilitationseinrichtung kaum möglich, auf Familienstrukturen Einfluss zu nehmen. Hier können unsere Bemühungen einzig auf den Umgang des Patienten mit o.g. teils negativen Faktoren abzielen. So kommen in diesem Feld den psychologischen und den pädagogischen Interventionen besondere Wichtigkeit zu. Trotz der o. g. kaum beeinflussbaren Kontextfaktoren gibt es in diesem Bereich auch zwei besonders gute „Hebel“: Der Faktor Nahrungsmittel und der Faktor Freizeitgestaltung. Diesen tragen wir in der Alpenklinik Santa Maria mit besonderer Aufmerksamkeit Rechnung.

<b>e110 Produkte und Substanzen für den persönlichen Gebrauch</b>		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Nahrungsmittel	adipositas- und gesundheitsbezogen vernünftig auswählen und essen	Adipositas-schulung mit supervidierten Mahlzeiten und Diätkochen

<b>e110 Produkte und Substanzen für den persönlichen Gebrauch</b>		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Nahrungsmittel	Genuss durch Qualität, nicht Quantität	Adipositas-schulung

<b>e110 Produkte und Substanzen für den persönlichen Gebrauch</b>		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Medikamente	Verhinderung wirkungsloser oder gefährlicher medikamentöser Therapie	Arztgespräch

<b>d920 Erholung und Freizeit</b>		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Freizeitgestaltung	aktive Freizeitgestaltung	Adipositas-schulung, pädagogische Betreuung, Sport

<b>e310 Engster Familienkreis</b>		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Unterstützung	Unterstützung für Abnehmprozess gewinnen	Arztgespräch, Adipositas-Vortrag, Ernährungsberatung

<b>e310 Engster Familienkreis</b>		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Beziehungen	Konflikte managen können	psychologische Betreuung, Pädagogische Betreuung

<b>e310 Engster Familienkreis</b>		
Funktion	Ziel	Maßnahme
Unterstützung	Schutzfaktoren aktivieren	psychologische Betreuung, Pädagogische Betreuung

#### 4.4 bzgl. der personenbezogenen Kontextfaktoren

Wie auch im vorangegangenen Bereich, sind hier die Einflussmöglichkeiten durch eine Rehabilitationsmaßnahme geteilt. Ein Teil der Faktoren ist nicht zu modifizieren, gibt aber gleichwohl Hinweise, wie Interventionen an verschiedenen Stellen des Rehaprozesses wirkungsvoll zu gestalten sind. Andere wiederum sind gezielt durch geeignete Maßnahmen zu beeinflussen, um Krankheitseinsicht, Veränderungswillen und Veränderungswissen beim Patienten zu fördern.

Kontextfaktor	Ziel	Maßnahme
1. Alter	altersangemessene Patientenschulung	Altersgruppen bilden, adäquate Programme entwickeln

Kontextfaktor	Ziel	Maßnahme
2. Geschlecht	geschlechtsspezifische Eigenheiten berücksichtigen	Kommunikation im Therapieteam, Fortbildung

Kontextfaktor	Ziel	Maßnahme
3. Ethnie	ethnische Eigenheiten berücksichtigen	Kommunikation im Therapieteam, Fortbildung

Kontextfaktor	Ziel	Maßnahme
4. Charakter, Lebensstil, Coping	zweckdienlich fördern	Adipositas-schulung, pädagogische Betreuung, psychologische Betreuung

Kontextfaktor	Ziel	Maßnahme
5. sozialer Hintergrund	schichtspezifische Eigenheiten berücksichtigen	Kommunikation im Therapieteam, Fortbildung

Kontextfaktor	Ziel	Maßnahme
6. Bildung/Ausbildung 7. Beruf 8. Erfahrung	angemessene Adipositas- schulung und Hilfestellungen	Kommunikation im Therapie- team, Fortbildung

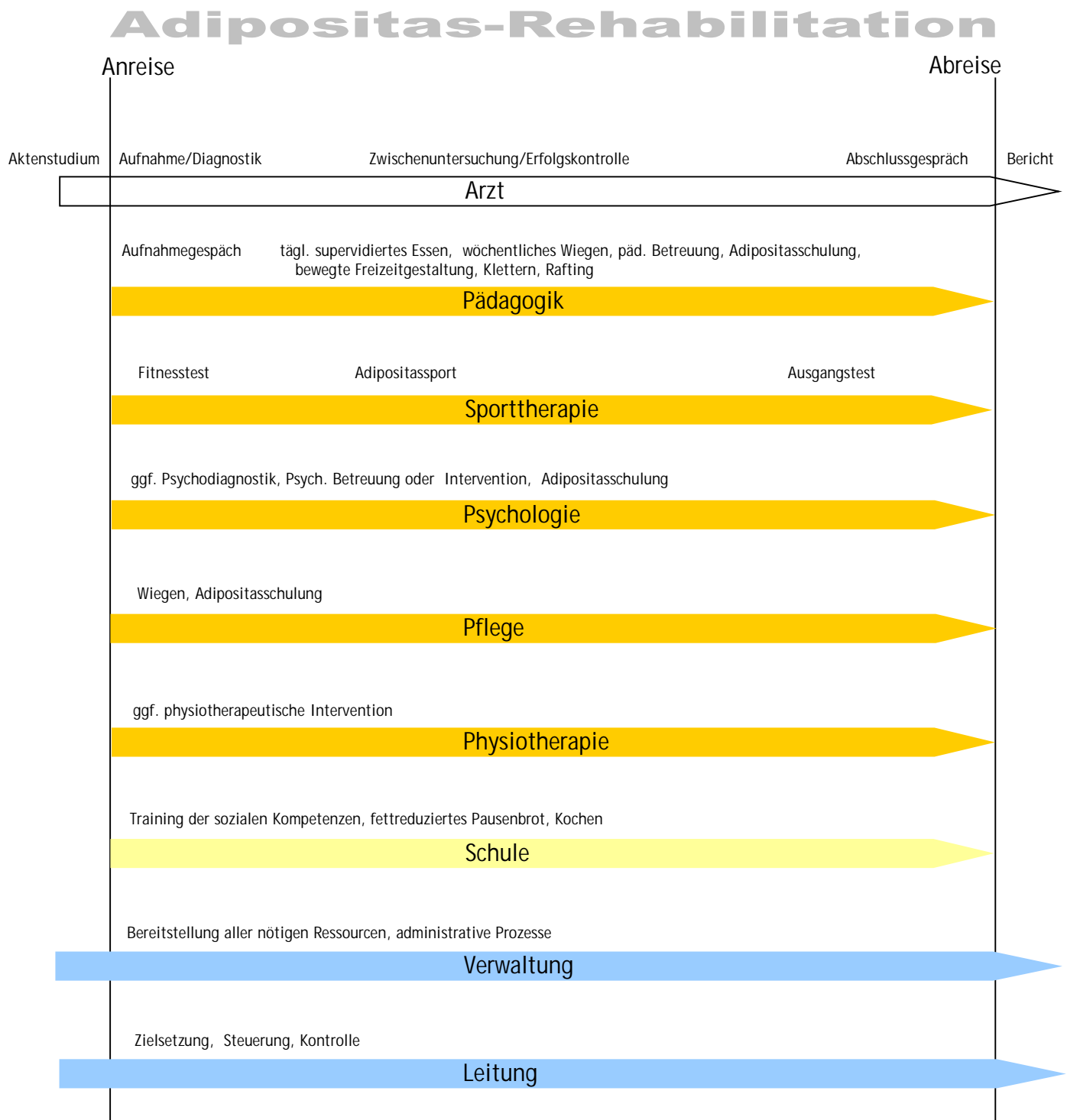
Kontextfaktor	Ziel	Maßnahme
9. Motivation 10. Handlungswille 11. Mut	stärken	Adipositasschulung, pädago- gische Betreuung, psycholo- gische Betreuung

Kontextfaktor	Ziel	Maßnahme
12. genetische Prädispo- sition (anamnestisch ge- schätzt)	berücksichtigen	Kommunikation im Therapie- team, Fortbildung

## 5. Umsetzung

### 5.1 Prozesse

Die zur Erreichung der Rehazielle notwendigen Prozesse sind der folgenden Übersicht zu entnehmen.





- Ø Verordnung und Koordination der therapeutischen Elemente nach den Erkenntnissen aus der Diagnostik
- Ø Kontrolle des Therapieverlaufs
- Ø Zusammenfassende Bewertung der therapeutischen Leistungen
- Ø Therapie der Adipositas-assoziierten Atemwegserkrankung

#### Ernährungstherapie

- Ø Bereitstellung einer ausgewogenen kalorien-, fett- und zuckerreduzierten Mischkost mit ca. 1400 – 1600 kcal pro Tag
- Ø Klinikeigenes Schulungsprogramm – „Kilo-Killer-Training“ – entsprechend den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) im Hinblick auf die Ernährung (langfristige Umgestaltung der Ernährungsgewohnheiten durch Ernährungslehre, Essverhalten, Trinkverhalten, Einkaufstraining, Mahlzeitzubereitung in der Lehrküche usw.)(siehe Anhang B)

#### Bewegungstherapie

- Ø Trainingsprogramm zur Unterstützung der Gewichtsreduktion und Verbesserung von Ausdauer, Koordination, Kondition und körperlicher Leistung (Gruppensport, Schwimmen, Jogging, Frühsport, Fahrradergometertraining, Wanderung, Fahrradtour, Ballspiele, Muskelaufbautraining usw.)
- Ø Trainingsziele gemäß der Vorgaben der AGA im Hinblick auf Bewegung/Sport (Steigerung der körperlichen Aktivität, Motivation zur Bewegung, Körperwahrnehmung, Körperbewusstsein, Vermittlung von Freude an der Bewegung, Belastungssteuerung, Training motorischer Beanspruchungsformen, Vermittlung sportspezifischer Fähigkeiten usw.)

#### Physiotherapie

- Ø Behandlung von Haltungstörungen (Haltungsgymnastik, WS-Gymnastik, Fußgymnastik, Wassergymnastik)
- Ø Hydrotherapie, Sauna

## Psychologische Betreuung/Intervention

- Ø Hilfe zur Krankheitsbewältigung, zur Beeinflussung von gestörtem Ess-, Trink-, und Bewegungsverhalten, zur dauerhaften Veränderung des Lebensstils
- Ø Schulungsprogramm entsprechend den Vorgaben der AGA im Hinblick auf Psychosoziales (Selbstwahrnehmung, Selbstakzeptanz, Erarbeiten realistischer Zielvorstellungen, Stärkung der sozialen Kompetenz, Reizkontrolle, Verbesserung der Konflikt- und Stressbewältigung, Rückfallverhütungsstrategien, Essverhaltenstraining usw.)
- Ø Krisenintervention, Intervention bei begleitender Depression

## Pädagogische Betreuung

- Ø Hilfestellung und Kontrolle bei Umsetzung der erlernten Strategien in Alltagssituationen
- Ø Vermittlung von Erfolgserlebnissen und Förderung sozialer Fertigkeiten, Motivationsförderung
- Ø Steuerung sinnvoller und interessanter Freizeitgestaltung

## Schulische Betreuung

- Ø Krankheitsbewältigung im schulischen Kontext
- Ø Verbesserung von Lernmotivation, Arbeitsverhalten und Leistungsbereitschaft
- Ø Zubereitung von adipositasgerechter Pausenernährung

## Berufsberatung

- Ø In der letzten und vorletzten Schulklasse des jeweiligen Bildungsganges bieten wir für Jugendliche in Zusammenarbeit mit dem Behindertenberater des Arbeitsamtes Kempten eine individuelle Berufsberatung an

## Elternberatung

- Ø Die Einbindung der Eltern in die Therapie wird bereits während der stationären medizinischen Rehabilitation angestrebt, um Unterstützung im familiären Umfeld zwecks Ernährungsumstellung, Veränderung des Bewegungsverhaltens, Freizeitgestaltung im Sinne einer Lebensstiländerung längerfristig abzusichern. Dies geschieht je nach Kontaktmög-

lichkeiten durch Informationen, Beratungen, Schulungen und Empfehlungen für weitere Therapiemöglichkeiten am Heimatort.

#### Nachsorge und Vernetzung

- Ø Die stationäre medizinische Rehabilitation betrachten wir als Teilaspekt eines Gesamttherapieplanes im Verbund mit vor- und nachgeschalteten ambulanten Maßnahmen („Reha-Kette“). Neben Kontakten und Informationstransfer über den ärztlichen Bericht zu den niedergelassenen Ärzten am Heimatort bemühen wir uns auch, Zugangsmöglichkeiten zu ambulanten Gewichtsreduktionsprogrammen aufzuzeigen.

## 5.2 Therapiemittel

### 5.2.1 Personal

7	Ärzte
4	Psychologen
3	Sporttherapeuten
2	Physiotherapeuten
1	med. Bademeister/Masseur
2	Diätassistentinnen
1	Diätköchin
4	Med. techn. Assistentinnen
1	Motopädin
1	Ergotherapeut
22	Krankenschwestern/-pfleger
10	Sozialpädagogen
38	Erzieher
12	Lehrer

### 5.2.2 Strukturelle Gegebenheit

1	Sporthalle	2	Rudergeräte
1	Hartplatz	1	Ellypse
1	Gymnastikraum	15	Paar Schneeschuhe
1	Schwimmbad	60	Paar Langlaufski
1	Sauna	25	Mountainbikes
2	Physiotherapieräume		
1	Fitnessraum		
7	Spinningräder		
7	Fahrradergometer		
1	Kletterwand		
7	Schulungsräume		
1	Lehrküche		
1	Diätküche		

### 5.2.3 Standortvorteil

Die Hochgebirgslage der Alpenklinik Santa Maria im Oberjocher Hochtal kommt seit vielen Jahrzehnten vor allem den Lungenerkrankten und den Allergikern zu gute. Es wurde dabei übersehen, dass auch unsere adipösen Patienten von der Hanglage am Fuße des Berges Ornach profitieren. Da die Alpenklinik aus 13 verschiedenen Gebäuden besteht und ein normaler Therapietag zahlreiche Gebäudewechsel erfordert, kommt über die gesamte Rehazeit ein Äquivalent mehrerer Bergbesteigungen zusammen. Dies hat einen messbaren positiven Einfluss auf den Gewichtsverlust unserer Patienten, wie eine Untersuchung im Hause (2010) ergab.



## 6. Messung, Dokumentation, Evaluation

Bei wenigen Therapiedisziplinen ist der Erfolg so leicht zu messen wie im vorliegenden Fall. Doch wird in der Alpenklinik Santa Maria nicht nur einseitig auf verlorene Kilos geachtet. Bei der wöchentlichen Gewichtsüberprüfung wird von den Patienten vor dem Wiegen eine Schätzung des Erfolges der vergangenen Woche abgegeben. Der Grad der Übereinstimmung lässt einen Rückschluss auf ihre Körper- und Energiebilanzwahrnehmung zu. Schätzung und Messergebnis werden in der „Wiegeliste“ (siehe Anlage) vermerkt und vor der Abschlussuntersuchung dem behandelnden Arzt sowie dem Schulungsleiter Adipositas zugänglich gemacht. Gravierende Abweichungen von den angestrebten (im Arztgespräch mit Patient/Eltern vereinbarten) Veränderungen werden von den Gruppenbetreuern sofort an den Arzt gemeldet. Eine zusammenfassende Verhaltens- und Motivationsbeurteilung wird ebenfalls von den Gruppenbetreuern abgegeben (siehe Anlage) und dem behandelnden Arzt und dem Schulungsleiter Adipositas weitergeleitet. Ebenso wird in den Betreuungsgruppen eine Liste mit Namen, Rehadauer und Gewichtsentwicklung geführt und den o.g. Personen zugeführt (Im Jahr 2010 wurden alleine in der Jugendgruppe „Wanderfalken“ 209 kg von 44 Rehabilitanden abgenommen. Das entspricht 4,75 kg/4-Wochen-Reha und liegt so etwas über den medizinisch angestrebten 4 kg/4-Wochen-Reha).

Sonstige unter Punkt 5.1 Diagnostik genannten Werte werden bei Zwischen- und Abschlussuntersuchung ggf. nochmals abgenommen.

Alle Informationen werden schlussendlich in der Patientenakte zusammengefasst und fließen in den Rehabericht sowie in den Arztbrief ein.

Einmal jährlich (oder bei akutem Bedarf) werden die Therapieergebnisse vom Team Adipositas unter Leitung des Chefarztes diskutiert. Bei ungenügenden Erfolgen wird vom Team nach Defiziten gefahndet und diese durch geeignete Maßnahmen beseitigt.

Am Ende der Rehazeit werden die Patienten um eine Stellungnahme zu ihrem Aufenthalt gebeten. Diese wird an die betreffenden Therapeuten weitergeleitet.

Nach einem Jahr werden die Patienten von der Alpenklinik Santa Maria angeschrieben und um eine weitere Meinung zur Rehabilitation allgemein und zur Adipositastherapie im Besonderen gebeten. Kritik oder Verbesserungsvorschläge werden direkt in Kopie den zuständigen Mitarbeitern weitergeleitet. Die Originale werden in Ordnern gesammelt und stehen den Mitarbeitern der Alpenklinik Santa Maria jederzeit zur Verfügung.

Die Führung sämtlicher Unterlagen wird im Rahmen der Qualitätssicherung im gesamten Verband der Katholischen Jugendfürsorge der Diözese Augsburg (Träger der Alpenklinik Santa Maria) jährlich mehrfach überprüft.

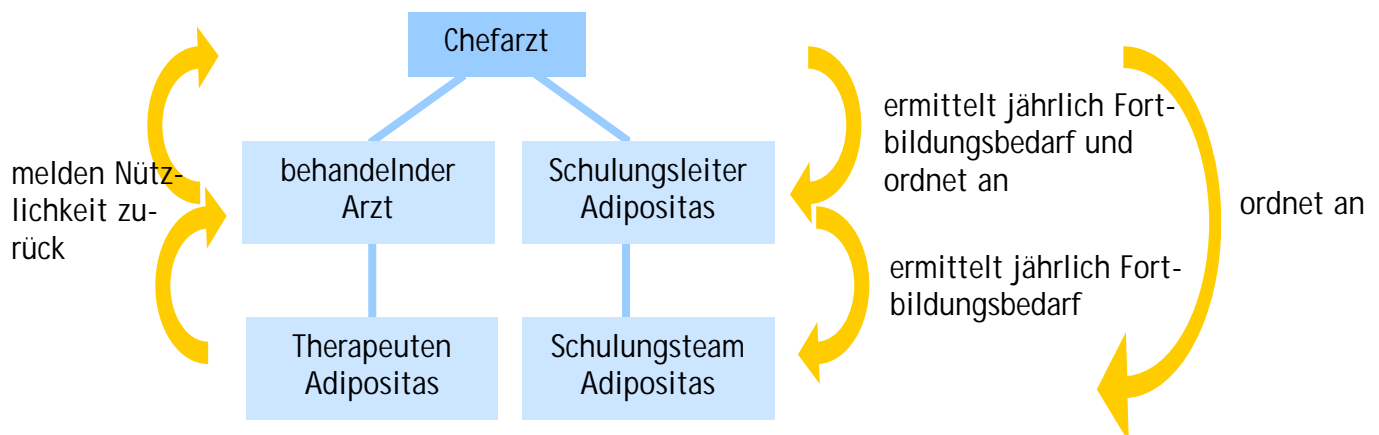
## 7. Fortbildung/Weiterbildung

Der Chefarzt fertigt jährlich eine Fortbildungsplanung an. Die Bedarfsermittlung unterliegt ihm, den Ärzten und dem Schulungsleiter Adipositas. Neue Entwicklungen im wissenschaftlichen Bereich sind nach positiver Evaluation bekannt zu machen und umzusetzen.

Die regelmäßigen Teamsitzungen (gem. Besprechungsmatrix QM) sind nach Möglichkeit zur Vermittlung neuer Kenntnisse zu nutzen. Verantwortlich dafür ist der Teamleiter.

Im Bereich Patientenschulung sind die Jahrestreffen der Arbeitsgemeinschaft Adipositas-schulung AGA und/oder der KgAS zu beachten.

Für externe Fortbildungsmaßnahmen stellt die Alpenklinik Santa Maria ihre Mitarbeiter ggf. frei und trägt die Kosten.



## 8. Zertifikate

Sämtliche der hier ausführlich beschriebenen Zuständigkeiten und Prozesse zur Rehabilitation von Kinder und Jugendlichen mit Übergewicht/ Adipositas werden im Rahmen des hausinternen und verbandsweiten Qualitätsmanagement beschrieben und u. a. über Audits überwacht. Die Alpenklinik Santa Maria ist nach DIN EN ISO 9001: 2008 zertifiziert und strebt eine zusätzliche Zertifizierung nach QMS-REHA an.

## 9. Verantwortlichkeit

Verantwortlich für dieses Konzept sind

Freigabe:

Autor:

Dr. med. Bernhard Hoch  
med. Direktor KJF Augsburg  
Chefarzt Alpenklinik Santa Maria

DP Andreas Schnee  
Itd. Psychologe  
Adipositastrainer

## Literatur

1. Klotter, C. (2010): Wie geht unsere Gesellschaft mit Übergewicht um? In: Moderne Ernährung heute (Zeitschrift des Lebensmittelchemischen Instituts der deutschen Süßwarenindustrie, Köln) Nr. 1 / 2010.
2. C. Prugger, U. Keil: Entwicklung der Adipositas in Deutschland - Größenordnung, Determinanten und Perspektiven. DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift 2007; 132 (16): S. 892-897
3. McAllister, P. ( 2010 ): Manthropology: The Science of Why the Modern Male Is Not the Man He Used to Be. St Martins Pr, 2010.
4. Grauer, Angelika & Schlottke, Peter F. (1987): Muss der Speck weg? Der Kampf ums Idealgewicht im Wandel der Schönheitsideale. Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co; München
5. Institut Suchtprävention, pro mente, Oberösterreich: 2008. [www.praevention.at](http://www.praevention.at)
6. White, Christopher: Peter Paul Rubens. Leben und Kunst. Belser Verlag, Zürich 1988.
7. Warschburger, P., C. Fromme F. Petermann N. Wojtalla J. Oepen: Conceptualisation and evaluation of a cognitive-behavioral training programme for children and adolescents with obesity. Int J Obes Suppl 25 (2001): 93–95.
8. Lindgren CM, Heid IM, Randall JC, Lamina C, Steinthorsdottir V, et al. (2009) Genome-Wide Association Scan Meta-Analysis Identifies Three Loci Influencing Adiposity and Fat Distribution. PLoS Genet 5(6): e1000508. doi:10.1371/journal.pgen.1000508
9. Tremblay MS, Willms JD (2003): Is the Canadian childhood obesity epidemic related to physical inactivity? International Journal of Obesity 27, S1100-1105.
10. Dietz und Gortmaker, Pediatrics 75: 807-12 (1985)
11. Egmond-Fröhlich, Andreas van; Mößle, Thomas; Ahrens-Eipper, Sabine; Schmid-Ott, Gerhard; Hüllinghorst, Rolf; Warschburger, Petra (2007): Übermäßiger Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen: Risiken für Psyche und Körper. Dtsch Arztebl 2007; 104(38): A 2560-4
12. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest: JIM 2010, Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland
13. [http://www.finanzen.net/bilanz\\_guv/McDonalds](http://www.finanzen.net/bilanz_guv/McDonalds)
14. Arbeitsgemeinschaft Fernsehforschung: 2010  
<http://www.agf.de/agf/presse/?name=Fernsehnutzung%20auf%20Rekordkurs>

15. World Health Organization (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health. ISBN 92 4 154544 5
16. H. Toplak: Das Metabolische Syndrom - Beginn des "Tödlichen Quartetts"?, Journal für Kardiologie 2005; 12 (Supplementum C), S. 6–7.
17. [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/06/PD10\\_\\_194\\_\\_239,templateId=renderPrint.psml](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/06/PD10__194__239,templateId=renderPrint.psml)
18. Bruner, Jerome S. (1966): Studies in Cognitive Growth. John Wiley & Sons Inc, 1966.
19. Oerter, R. & Montada, L. (1995). Entwicklungspsychologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
20. Mühlhans B., de Zwaan M. (2008): Psychische Komorbidität bei Adipositas. In: Adipositas – Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie (Zeitschrift). (Vol. 2): Heft 3 2008
21. Schuntermann M. F.(2006): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Kurzeinführung. Internet: [http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/35814/publicationFile/17936/icf\\_kurzeinfuehrung.pdf](http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/35814/publicationFile/17936/icf_kurzeinfuehrung.pdf)
22. ebda.
23. ebda.
24. Kuntz, B., Lampert, T.(2009):Sozioökonomische Faktoren und Verbreitung von Adipositas. In: Dtsch Arztebl Int 2010; 107(30): 517–22. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0517
25. Nagel, G., Wabitsch, M., Galm, C., Berg, S., Brandstetter, S., Fritz, M., Klenk, J., Peter, R., Prokopchuk, D., Steiner, R., Stroth, S., Wartha, O., Weiland, S.K., Steinacker, J. (2009). Determinants of obesity in the Ulm Research on Metabolism, Exercise and Lifestyle in Children (URMEL-ICE). European Journal of Pediatric, Oct;168(10):1259-67.

# Anhang

# Konzept Adipositas - Anhang



