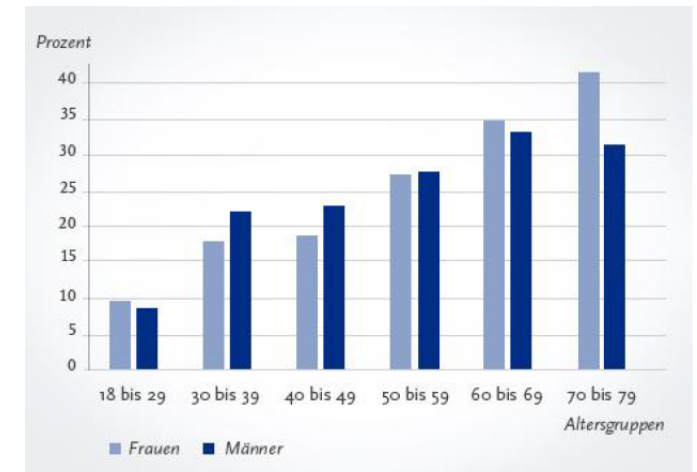


ZePG 90 Minuten Online: Adipositas

12.9.2024; Christine Reudelsterz
Diplom Oecotrophologin
Abteilung Prävention & Rehabilitation
Bereich Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Was ist Adipositas

- Der lateinische Begriff Adipositas (adeps = das Fett): starkes oder krankhaftes Übergewicht (Krankhafte Fetteinlagerung)
- Ungleichgewicht von aufgenommenen Nahrungsmitteln und dem Energieverbrauch. Es wird dem Körper mehr Energie (=Kalorien) zugeführt als verbraucht wird.
- In Deutschland: Übergewicht: 2/3 der Männer (67%) und 1/2 der Frauen (53%),
Adipositas: Rund 1/4 der Erwachsenen
- Diagnose Adipositas: Body Mass Index, Taillenumfang
- Adipositas ist im Grunde eine chronische Erkrankung, die immer wiederkehren kann.



Männer und Frauen mit Adipositas (BMI \geq 30) in Deutschland - Anteile an der gleichaltrigen Bevölkerung

Quelle: © Robert Koch-Institut 2014, Studie DEGS1, Erhebung 2008–2011

GRAFIK

Immer mehr stark Übergewichtige

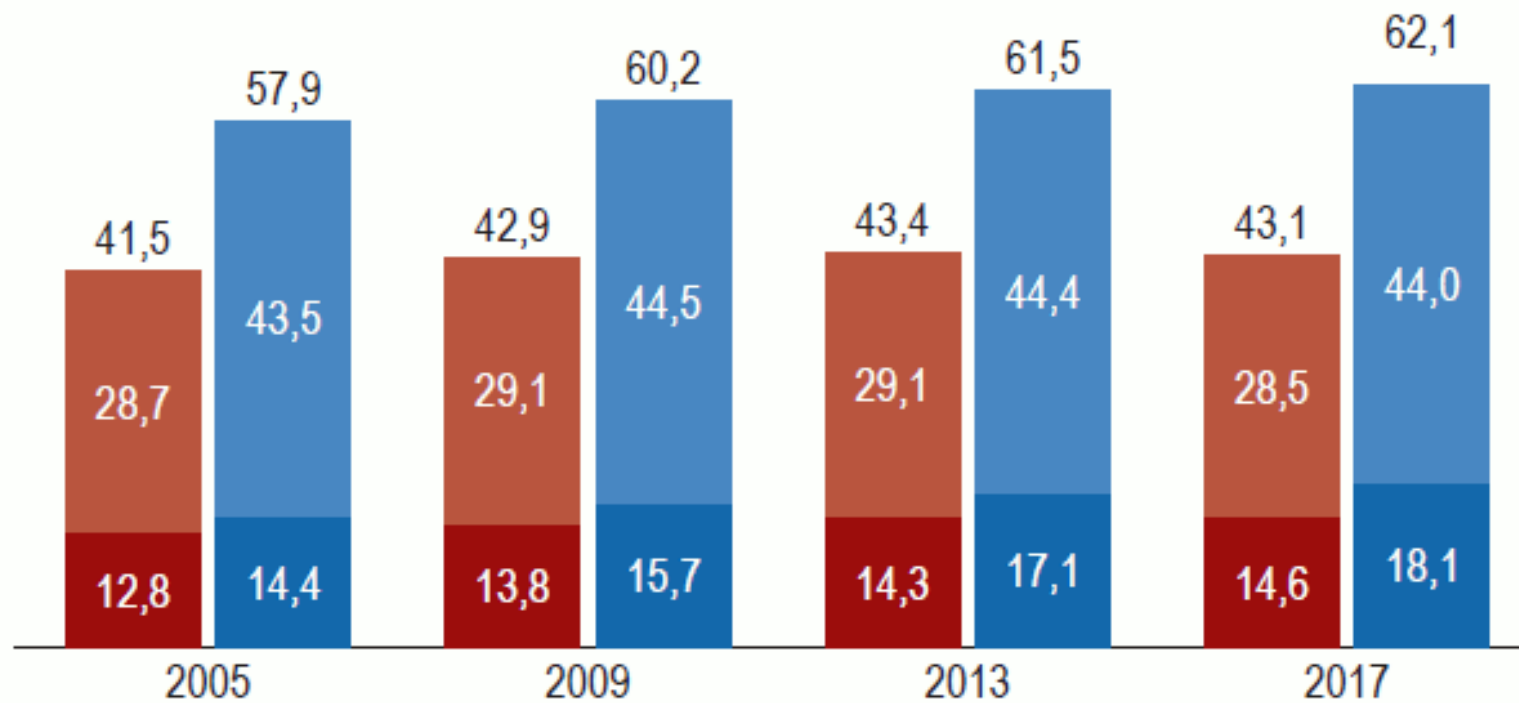
Anteil der Männer und Frauen ab 18 Jahren mit Übergewicht/Adipositas in Deutschland (in %)

Frauen

- Übergewicht gesamt (BMI >25)
- davon Adipositas (BMI >30)

Männer

- Übergewicht gesamt (BMI >25)
- davon Adipositas (BMI >30)



Quelle: Statistisches Bundesamt

Abbildung aus:
Deutsches Ärzteblatt | Jg. 118 |
Heft 12 | 26. März 2021

Aktuelle Daten der Kaufmännische Krankenkasse (KKH): Neudiagnostizierte Adipositas bei 188.000 Mitgliedern

Zunahme Adipositas 2012 – 2022:

- Gesamt + Δ 30%
- Männer + Δ 41%
- Frauen + Δ 26%
- 25-29 jährige Männer + Δ 69%
- 30-34 jährige Männer + Δ 66%

Frauen

- ab 85 Jahren (+ Δ 64 %)
- 45- bis 49-Jährigen (+ Δ 47 %)

KKH.de (2023), [Pressemeldungen](#), Teufelskreis Adipositas: Jeder Neunte extrem übergewichtig, <https://www.kkh.de/presse/pressemeldungen/adipositas3>

Ursache der Adipositas: Positive Energiebilanz

**Grundumsatz/
Ruhenergiebedarf**

+

Aktivität

Energiezufuhr

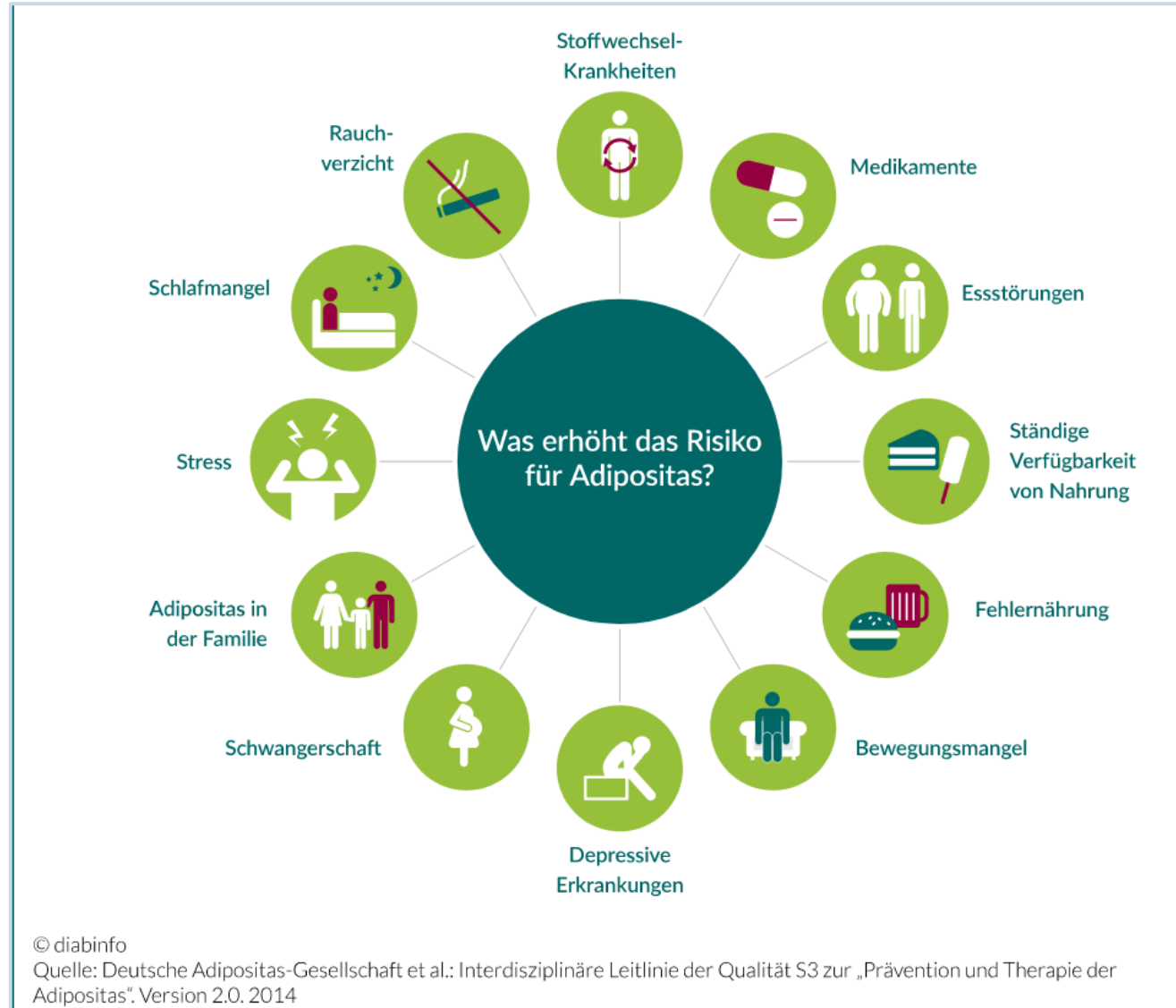
*entfernte Grafik:
Waage*

*entfernte Grafik:
diverse
Nahrungsmittel*

*entfernte Grafik:
Radfahrer*

*entfernte Grafik:
Büroarbeit*

Risikofaktoren für Adipositas



Diagnose Adipositas: Body Mass Index (BMI), Taillenumfang

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht [in kg]}}{\text{Körpergröße}^2 \text{ [in m}^2\text{]}}$$

BMI [kg/m ²]	Kategorie
< 18,5	Untergewicht
18,5 – 24,9	Normalgewicht
25 – 29,9	Übergewicht
30 – 34,9	Adipositas I
35 – 39,9	Adipositas II
≥ 40	Adipositas III

- Der BMI ist ein indirektes Maß für die Fettmasse – Korrelation zu 95 %
- BMI als alleiniges Merkmal zur Beurteilung Adipositas nicht geeignet

Achtung: Für Menschen mit asiatischer Herkunft gelten andere BMI Werte

Fettverteilungsmuster

Das viszerale Fett korreliert mit kardio-vaskulären Risikofaktoren. Deshalb Messung Taillenumfang ab BMI > 25 kg/m²

Bereits erhöhtes Risiko für
Herz-Kreislaufkrankungen
≥ 80 cm bei Frauen bzw.
≥ 94 cm bei Männern

Deutlich erhöhtes Risiko: Taillenumfang
≥ 88 cm bei Frauen bzw.
≥ 102 cm bei Männern
→ Rumpfbetonte Adipositas

Achtung bei Personen mit starkem Übergewicht: Bauchnabel verschiebt sich durch die Gewichtsabnahme

Adipositas: Begleit- und Folgeerkrankungen

„Es ist die einzige (internistische) Erkrankung,
die man den Betroffenen sofort ansieht!“

! Menschen mit Adipositas sind oft Opfer von Stigmatisierung und Diskriminierung.

! Die Prävalenz psychischer Komorbiditäten ist hoch, die nicht nur Folge, sondern auch Ursache der Adipositas sein können (Binge-Eating, Borderline-PS, Abhängigkeitserkrankungen, sexueller Missbrauch oder Gewalterfahrungen).

Mögliche Folgeerkrankungen von Adipositas

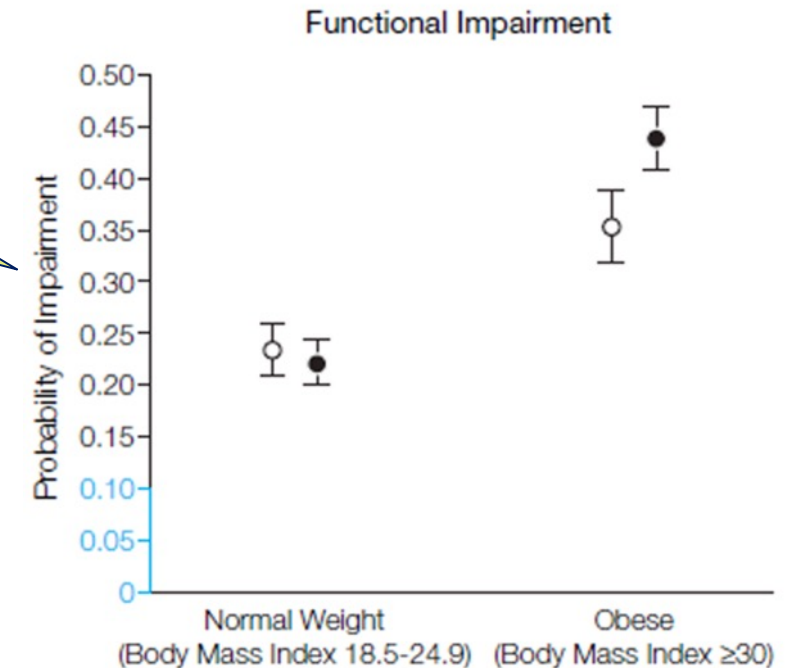


Wahrscheinlichkeit für funktionelle Einschränkungen bei Adipositas

n= 9928

- *900 m gehen*
- *10 Treppenstufen hinaufsteigen*
- *sich bücken*
- *5 kg hochheben*
- *Aufstehen von einem Stuhl ohne Armlehnen*

- Funktionelle Einschränkungen sind wahrscheinlicher bei Adipösen
- Über verschiedene Zeiträume Zunahme der Einschränkungen(1988-1994, 1999-2004)
- Adjustiert für Geschlecht, Ethnie, Ausbildung und Einkommen



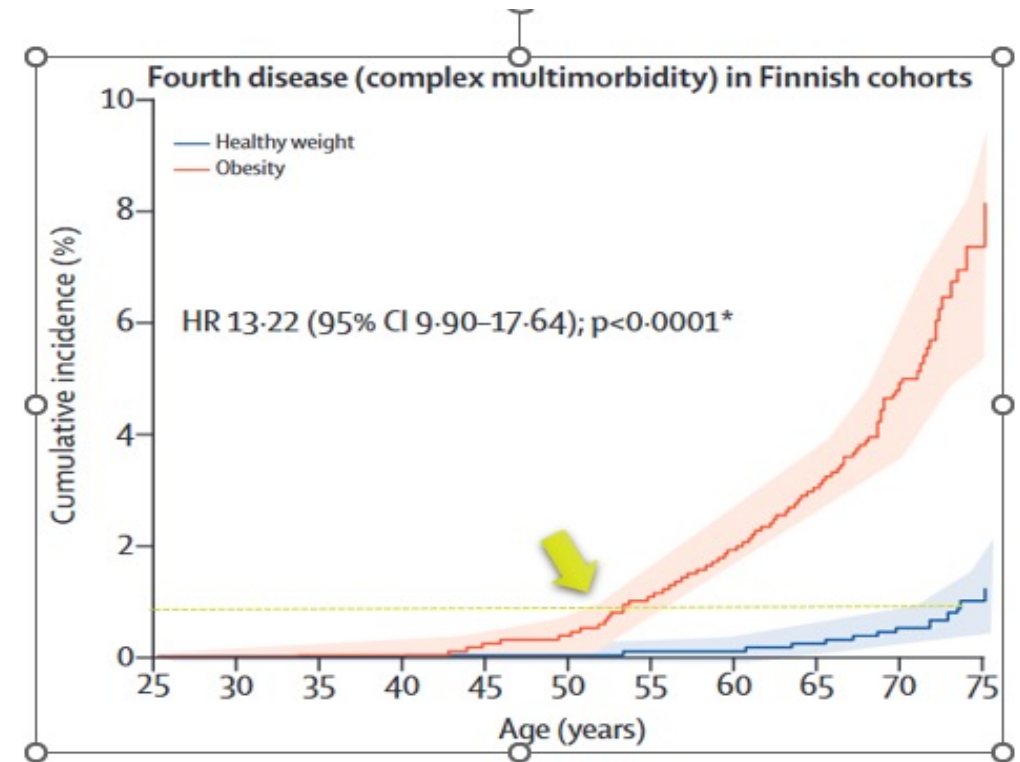
Alley D. Chang V et al., The Changing Relationship of Obesity and Disability, 1988-2004, JAMA. 2007;298(17)

Risiko für Multimorbidität bei Menschen mit Adipositas:

Häufigste Kombinationen für Multimorbidität in Kombination mit Adipositas:

- Diabetes
- Arterielle Hypertonie
- Muskuloskelettale Erkrankungen
- Herzrhythmusstörungen
- Bakterielle Infektionen
- Asthma bronchiale

- **Das Risiko für Multimorbidität steigt**
 - bei Gesunden ab dem 75. Lebensjahr,
 - bei Menschen mit Adipositas ab dem 55. Lebensjahr!
- Zwischen dem Grad der Adipositas und dem Ausmaß der (komplexen) Multimorbidität besteht eine dosisabhängige Beziehung!



Kivimäki et al, Body-mass index and risk of obesity-related complex multimorbidity, Lancet diab endocrinol., Vol 10, 2022

Wann soll Übergewicht behandelt werden?

- BMI ≥ 30 kg/m²
- Übergewicht mit einem BMI 25 und < 30 kg/m² und gleichzeitiges Vorliegen von
 - einer übergewichtsbedingter Gesundheitsstörung
 - vermehrten Ansammlung von Fett im Abdomen
 - Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden (z.B. Gelenk und Rückenleiden)
 - hohem psychosozialen Leidensdruck

- Die Therapieziele sollten mit Rücksicht auf den individuellen Krankheitsverlauf festgelegt werden und realistisch sein.
- Auch Begleiterkrankungen im Einzelfall, Risiken sowie Erwartungen und Ressourcen der Patienten sollten berücksichtigt werden

Innerhalb von 6-12 Monaten sollte folgende Gewichtsabnahme angestrebt werden:

- Bei einem BMI 25 und $< 30 \text{ kg/m}^2$:
 - Abnahme $> 5 \%$ des Ausgangsgewichtes
- Bei einem BMI $> 35 \text{ kg/m}^2$:
 - Abnahme $> 10\%$ des Ausgangsgewichts

Verringerung der
Komorbiditäten

Vor und Nachteile von Gewichtsreduktion

Vorteile	Nachteile
Erkrankung an Diabetes Typ 2 ↓	Risiko Gallensteine ↑
Blutfettwerte und Fettstoffwechselstörungen ↓	Knochendichte ↓
Risiko Bluthochdruck und KHK ↓	
Harninkontinenz ↓	
Atembeschwerden ↓	
Beeinträchtigung Schmerzen und Bewegungsapparat ↓	
Entstehung einer nicht alkoholischen Fettleber ↓	
Fruchtbarkeit ↓	
Psychische Befindlichkeit ↑	



Behandlung der Adipositas



Übersicht Adipositas Programme

	Bewegung	Psychologie	Ernährung	Medizin	Präsenz	Formula	Sonstiges	RWL (ca.) (12 Monate)	
★ EasyLife	X	X	✓	✓	✓	X	Keine Evidenz	Keine Daten	
Weight Watchers	X	X	(✓)	X	✓	X	eher Prävention	3%	Auch online möglich
Ich nehme ab	X	X	✓	X	✓	X	eher Prävention	2%	
Abnehmen mit Genuss	X	X	(✓)	X	X	X	50% Drop-out	1%	Auch online möglich
Metabolic Balance	X	X	(✓)	✓	✓	X	Keine Transparenz	3%	
Bodymed	(✓)	X	(✓)	✓	✓	✓		8%	
★ St. Georg Leipzig	✓	✓	✓	✓	✓	✓	+Ballon	22%	
★ Leipzig Individuell	✓	✓	✓	✓	✓	X	iV-Modell	5%	
DocWeight	✓	✓	✓	✓	✓	(✓)	Neue Version 2022	5%	
Optifast 52	✓	✓	✓	✓	✓	✓		17%	
★ ZEPmax	✓	✓	✓	✓	✓	✓		19%	

Fehlt:
„Abnehmen – aber mit Vernunft“ von IFT und BZgA

Programme im Erwachsenenbereich, ©Übersicht Gert Bischoff mit Genehmigung zur Ansicht überlassen



TEILNEHMENDE GESUCHT | INA-STUDIE

„ICH nehme ab“-Studie

Wir suchen **Teilnehmende für eine Studie zur Behandlung der Adipositas**. Die Studie wird am Institut für Ernährungsmedizin der Technischen Universität München und an der Hochschule Fulda durchgeführt.

Dafür suchen wir Personen ...

- Im Alter zwischen 18 und 70 Jahren
- mit starkem Übergewicht (Body Mass Index (BMI) zwischen 30 und 40 kg/m²)
- ohne schwerwiegende Erkrankungen
- wohnhaft in Stadt/Umkreis **München** bzw. **Fulda**

Kontakt

München


Kathrin Gemesi, M.Sc.
E-Mail: kathrin.gemesi@tum.de
Tel.: [+49 \(0\)89 28924927](tel:+4908928924927)


Fulda

David Rotzinger, M. Sc.
E-Mail: david.rotzinger1@oe.hs-fulda.de
Tel.: [+49 \(0\)661 9640 3891](tel:+49066196403891)

INFO ZUR TEILNAHME (PDF)

Übersicht online Adipositas Programme (Geprüft als DiGA vom BfArM)



zanadio 

So funktioniert's Fachreise Hilfe Magazin Rezept einreichen [Starten](#)

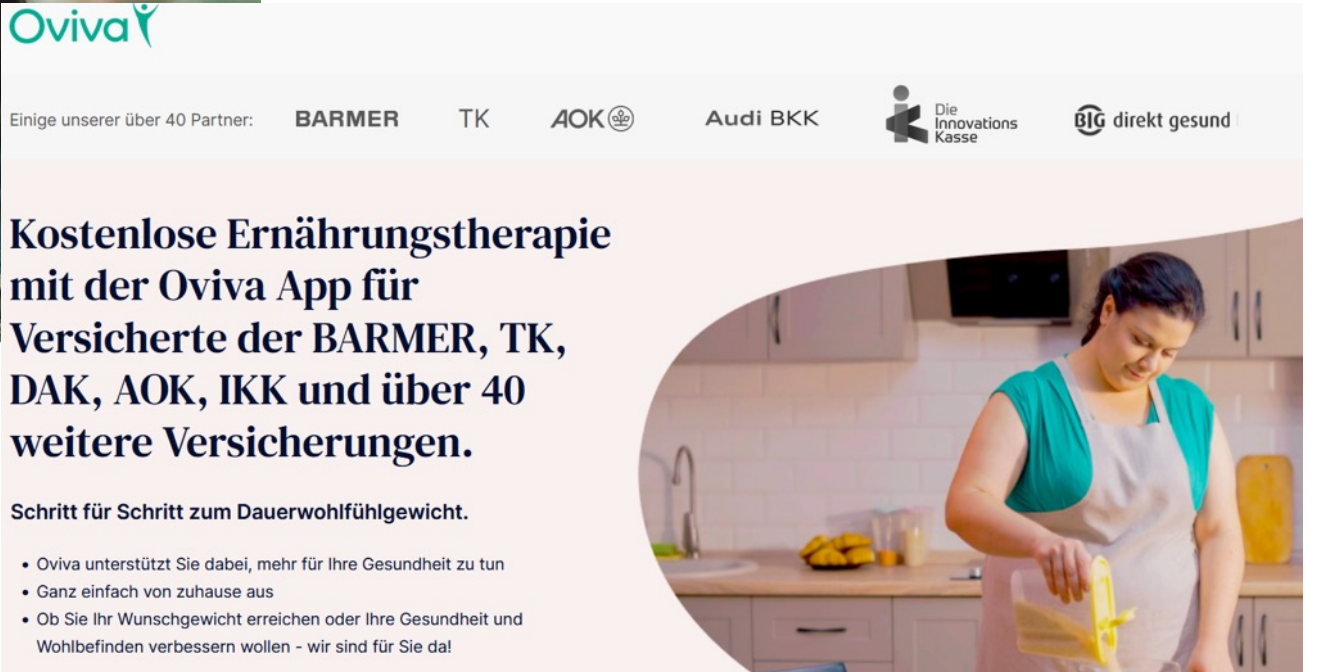
Deine digitale Adipositas-Therapie


zanadio ist die erste App auf Rezept für die Behandlung von Übergewicht bei einem BMI von 30 bis 40. Ohne versteckte Kosten, ohne Abomodell.




[BMI berechnen](#)

[Jetzt starten](#)

Kostenlos auf Rezept!




Oviva 

Einige unserer über 40 Partner: **BARMER** TK **AOK**  **Audi BKK**  **BIG direkt gesund** 

Kostenlose Ernährungstherapie mit der Oviva App für Versicherte der BARMER, TK, DAK, AOK, IKK und über 40 weitere Versicherungen.

Schritt für Schritt zum Dauerwohlfühlgewicht.

- Oviva unterstützt Sie dabei, mehr für Ihre Gesundheit zu tun
- Ganz einfach von zuhause aus
- Ob Sie Ihr Wunschgewicht erreichen oder Ihre Gesundheit und Wohlbefinden verbessern wollen - wir sind für Sie da!



Behandlung der Adipositas



Gewichts-
reduktions
programme

Begleitende
medikamentöse
Therapie

Chirurgische
Therapie

Langfristige
Gewichts-
stabilisierung



Das Basisprogramm soll die Grundlage des Gewichtsmanagements sein.

Auf den einzelnen Patienten abgestimmt sollen die Anteile des Basisprogramms entweder einzeln oder in Kombination miteinander eingesetzt werden.

Nach der Gewichtsreduktion soll eine langfristige Stabilisierung des Gewichts angestrebt werden

Aber die Realität ist eine andere, denn:

„Das alleinige Vorliegen einer Adipositas begründet keinen Anspruch auf eine Rehabilitation.“

Die „**persönlichen Voraussetzungen**“ nach den Vorschriften des **§ 10 SGB VI** erfüllen Versicherte, deren **Erwerbsfähigkeit** wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung **erheblich gefährdet oder gemindert** ist.

DRV Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung, Update Adipositas 2018:

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht bei:

- bereits vorliegenden Folgekrankheiten mit resultierenden Funktionseinschränkungen. Zu den Begleit- und Folgekrankheiten gehören insbesondere kardiovaskuläre Krankheiten (koronare Herzkrankheit, periphere arterielle Verschlusskrankheit, zerebrovaskuläre Krankheiten, Herzinsuffizienz, arterieller Hypertonus), Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparats, Typ-2-Diabetes mellitus, pneumologische Krankheiten, spezifische psychische Beeinträchtigungen.
- Vorliegen eines metabolischen Syndroms.

Adipositas – „welche Indikationen ?“

Medizinische Rehabilitation

Mit einer medizinischen Reha machen wir Sie wieder fit fürs Arbeitsleben. Zur medizinischen Reha gehören neben der allgemeinen medizinischen Reha auch die Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, die onkologische Reha, die Reha bei Abhängigkeitserkrankungen und die Anschlussrehabilitation (AHB).

- **HbA1c:** Der **Blutzucker-Langzeitwert** gibt Aufschluss darüber, wie der Blutzucker durchschnittlich in den vergangenen 8 bis 12 Wochen war. Bei einem HbA1c-Wert von 5,7 bis 6,4 Prozent (39 bis 47 mmol/mol) liegt ein Prädiabetes vor.
- **Nüchternblutzucker:** Dieser Wert wird aus dem Blut einer Vene (venöses Plasma) bestimmt. Die Person darf zu dem Messzeitpunkt mindestens 8 Stunden nichts gegessen und nichts Zuckerhaltiges getrunken haben. Die Messung findet morgens statt. Ein **Nüchternblutzuckerwert** von 100 bis 125 mg/dl (5,6 bis 6,9 mmol/l) deutet auf einen Prädiabetes hin.
- **Orale Glukosetoleranztest (oGTT):** Mit einem **oGTT** wird getestet, wie gut der Zuckerstoffwechsel auf eine Kohlenhydrataufnahme reagiert. Hierzu trinkt die Person im nüchternen Zustand eine Zuckerlösung. Nach 2 Stunden wird der Blutzuckerwert im venösen Plasma bestimmt. Bei einem oGTT-2-Stunden-Blutzuckerwert von 140 bis 199 mg/dl (7,8 bis 11,0 mmol/l) liegt ein Prädiabetes vor.

Prädiabetes

HbA1c

5,7 bis 6,4 %
(39 bis 47 mmol/mol)

Nüchternblutzucker

100 bis 125 mg/dl
(5,6 bis 6,9 mmol/l)

oGTT 2-Stunden-Glukose

140 bis 199 mg/dl
(7,8 bis 11,0 mmol/l)

Siehe auch:

<https://www.diabinfo.de/vorbeugen/diabetes/faktencheck/was-ist-praediabetes.html>

Alternativ: Metabolisches Syndrom

Kriterien für die Diagnose des Metabolischen Syndroms nach AHA/NHLBI und IDF

Risikofaktoren		AHA/NHLBI	IDF
Bewertung der Komponenten		≥3 der unten stehenden Risikofaktoren	≥ 3 der unten stehenden Risikofaktoren
Taillenumfang	Männer Frauen	> 102 cm > 88 cm	≥ 94 cm ≥ 80 cm
Triglyzeride		≥ 150 mg/dl oder Lipidsenker	≥ 150 mg/dl (1,7 mmol/l)
HDL-Cholesterin	Männer Frauen	< 40 mg/dl < 50 mg/dl oder Medikament	< 40 mg/dL (1,03 mmol/l) < 50 mg/dL (1,29 mmol/l)
Blutdruck		≥ 130 mmHg SBP ≥ 85 mm Hg DBP oder Antihypertensiva	≥ 130 mmHg ≥ 85 mmHg
Nüchternblutglukose		≥ 100 mg/dL oder Antidiabetika	≥ 100 mg/dL (5,6 mmol/l)

Abkürzungen:
AHA: American Heart Association
NHLBI: National Heart, Lung, and Blood Institute
IDF: International Diabetes Federation

Alternativ: S3-LL der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (2014)

Empfehlungen	Empfehlungsgrad
<p>5.1 Indikationen für eine Behandlung übergewichtiger und adipöser Menschen sollen sein:</p> <ul style="list-style-type: none">• ein BMI ≥ 30 kg/m² oder• Übergewicht mit einem BMI zwischen 25 und < 30 kg/m² und gleichzeitiges Vorliegen<ul style="list-style-type: none">○ übergewichtsbedingter Gesundheitsstörungen (z. B. Hypertonie, T2DM) oder○ einer abdominalen Adipositas oder○ von Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden oder○ eines hohen psychosozialen Leidensdrucks <p>LoE 4 (Expertenkonsens); Konsens</p>	<p>A</p>

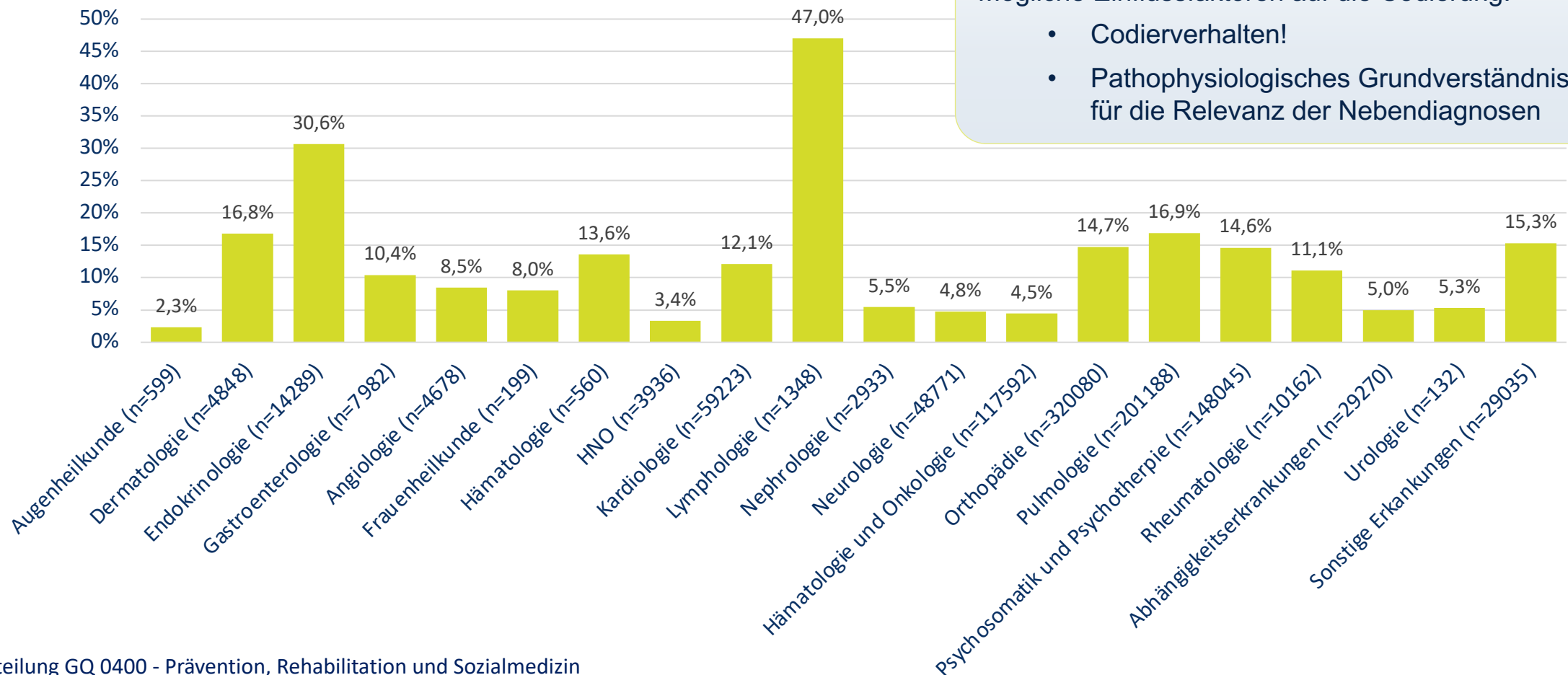
Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ (2014)

Medizinische Rehabilitationen 2022

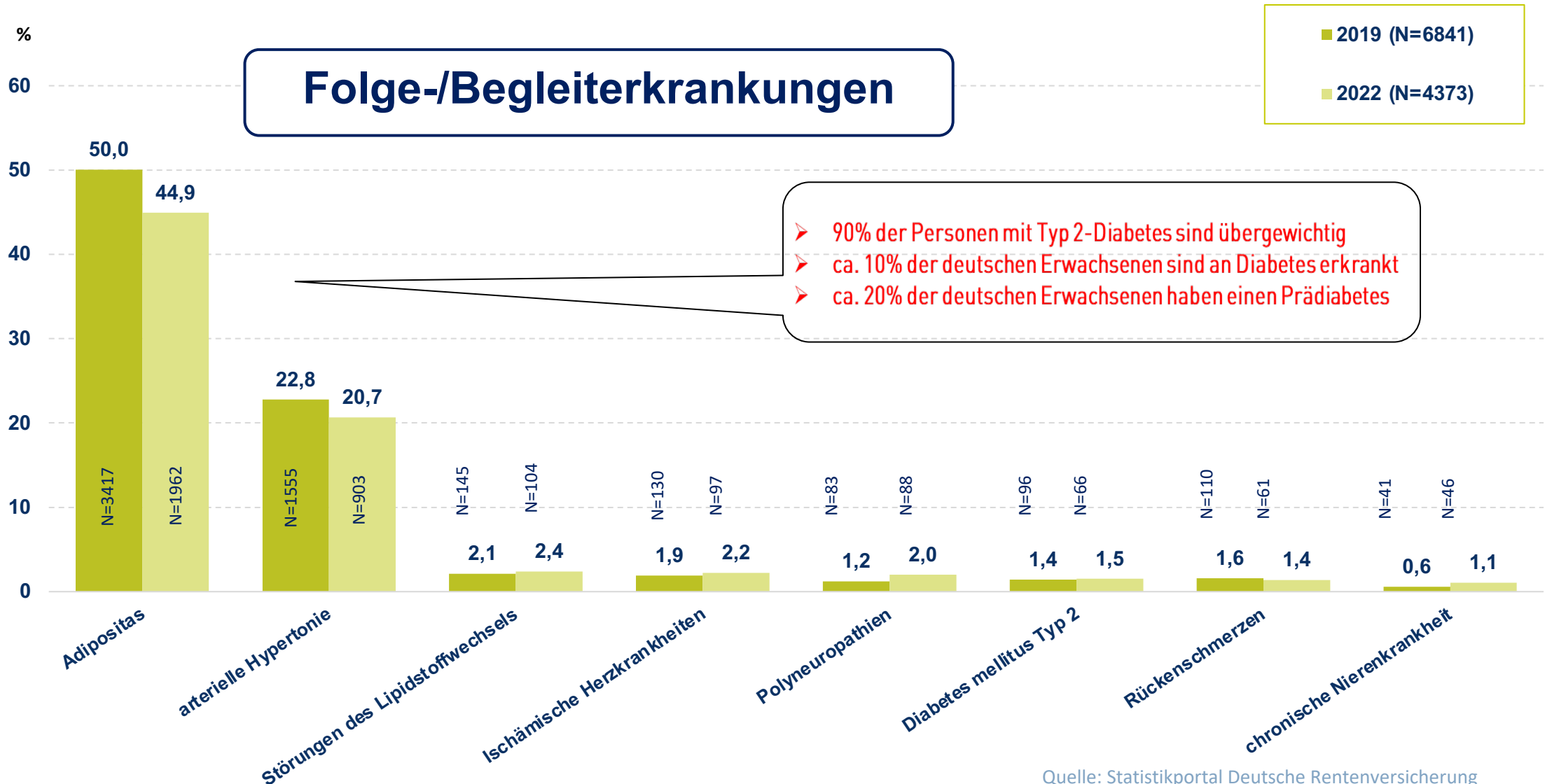
Adipositas mit E66 als Nebendiagnose

Quelle: Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung

n=101.705 von insgesamt 883.975 medizinischen Rehabilitationen



Medizinische Rehabilitationen 2019 und 2022 durchgeführte Leistungen Diabetes mellitus Typ 2

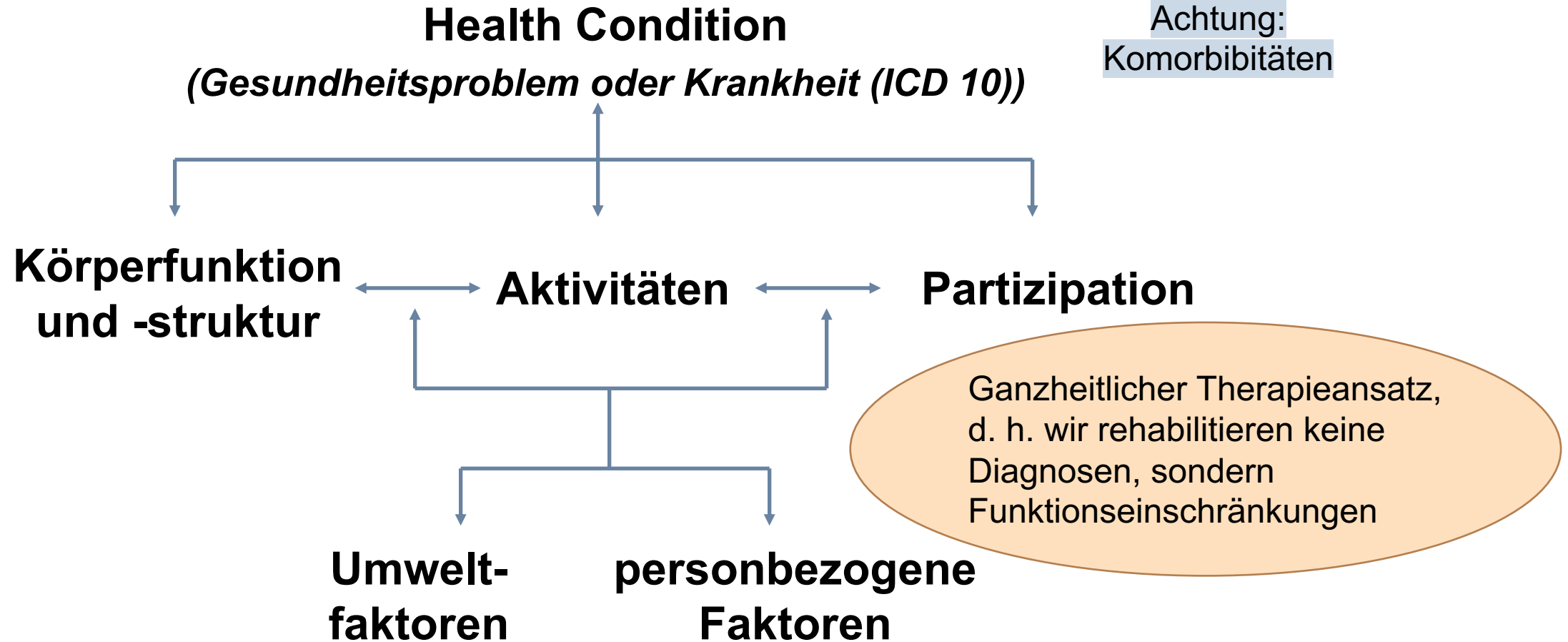


Die Stärke der med. Rehabilitation:

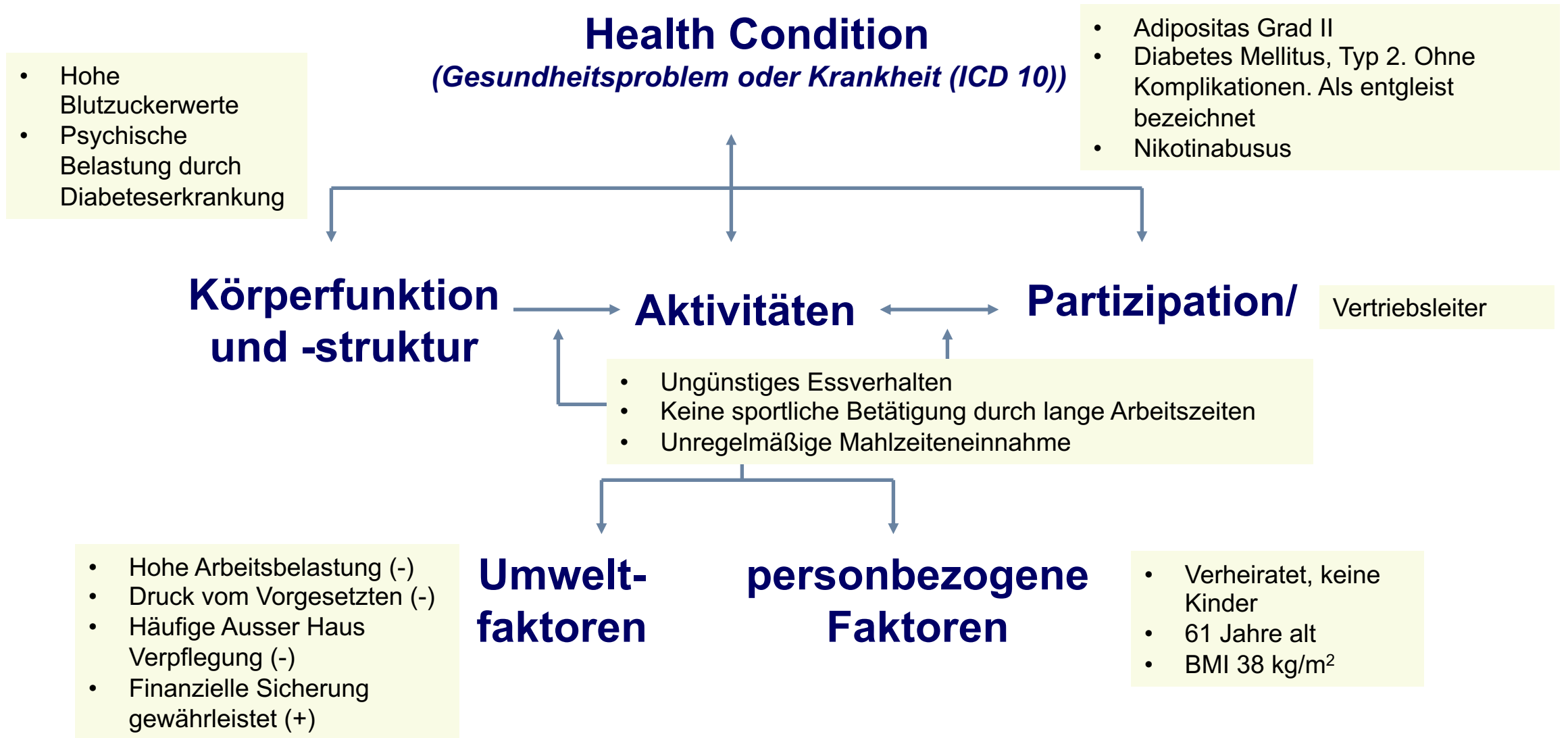


„Konzeptionelle Grundlage“

Bio-psycho-soziales Modell der ICF



Beispiel: Vertriebsleiter mit Adipositas und Diabetes Typ II



Bio-psycho-sozialer Behandlungsansatz

Therapeutische Leistungen aus

Physiotherapie

Sport- und
Bewegungstherapie

Information,
Motivation,
Schulung

Klinische Sozialarbeit
/ Sozialtherapie

Ergotherapie /
Arbeitstherapie
/ funktionelle
Therapie

Klinische Psychologie
/ Neuropsychologie



Erläuterung der Qualitätsmerkmale	
Berufsgruppe:	Therapeutische Berufsgruppen, die zur Erbringung der Leistung zugelassen sind. An erster Stelle steht die Berufsgruppe, deren Ausbildung die beste Eignung für diese Leistung erwarten lässt bzw. diejenige, die diese Leistung häufig erbringt
Zusatzqualifikation:	Weitgehende Qualifikationsanforderungen, die über die Basisausbildung, der für die therapeutische Leistung zugelassenen Berufsgruppe, hinausgehen
Fachgebiet:	Medizinische Fachgebiete, in denen die therapeutische Leistung erbracht werden soll
Indikation:	Grund zur Auswahl der therapeutischen Leistung
Therapieziel:	Behandlungs-, Lern- bzw. Verhaltensziele der therapeutischen Leistung
Minstdauer:	Mindestbehandlungsdauer, über die die therapeutische Leistung erbracht werden soll
Frequenz:	Mindestanzahl an Leistungen im angegebenen Zeitraum, mit der eine therapeutische Leistung erbracht werden soll
Anzahl Rehabilitanden:	Maximalangabe für die Größe der Reha-tiltandengruppe (einzelne, Kleingruppe, Gruppe), in der die Leistung erbracht werden soll
Weitere Hinweise:	Angaben zu beispielhaften Leistungsinhalten, Hinweise auf ein- oder ausgeschlossene, ähnliche Leistungen, Hinweise zur Durchführung der Leistungen, Angaben zu Voraussetzungen für die Leistungserbringung

Ernährung

- Vortrag gesunde Ernährung
- Schulung Buffett
- Einzelberatung
- Gruppenberatung
- Lehrküche
- und andere

Rekreationstherapie

Physikalische Therapie

Psychotherapie

Reha-Pflege

→ Dem Reha-Team gehören regelhaft Mitarbeitende aus folgenden Bereichen an:

- Medizin,
- Psychologie/Psychotherapie,
- Physiotherapie,
- Sport- und Bewegungstherapie,
- Physikalische Therapie,
- Ernährungstherapie,
- Ergotherapie,
- Soziale Arbeit
- Pflege
- sowie indikationsabhängig u.a. Logopädie, Künstlerische Therapien (Musik-, Tanz-, Theater- und Kunsttherapie).

→ In der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche wird das Reha-Team um Vertreter*innen aus pädagogischen Berufen ergänzt

Beispiel: Vertriebsleiter mit Adipositas und Diabetes Typ II

Nicht standardisierte Schulung Diabetes Typ 2

Standardisierte Adipositas-Schulung in der Gruppe

Muskelkrafttraining an Krafttrainingsgeräten in der Gruppe

Ernährungsberatung

Ausdauertraining (mit und ohne Monitoring) in der Gruppe

Training der Progressiven Muskelrelaxation

- Abstimmung Energiedefinierte Kostform
- Ernährungsberatung in der Gruppe
- Seminar zur Gesundheitsinformation: gesunde Ernährung
- Schulungsbuffett
- Lehrküche

Spielorientierte Sport und Bewegungstherapie in der Gruppe

Individuelle Rehaziele:

- Gewichtsabnahme (1)
- Förderung der körperlichen Aktivität und eines angemessenen körperlichen Trainings (2)
- Vermittlung einer gesunden Ernährungsweise (3)

Ärztliche sozialmedizinische Beratung einzeln

Sonstige physiotherapeutische Behandlung im Bewegungsbad in der Gruppe (Aquacycling)

Hydrojet-Massagen

Soziale Arbeit in der Gruppe: Nachsorge und weitergehende Maßnahmen

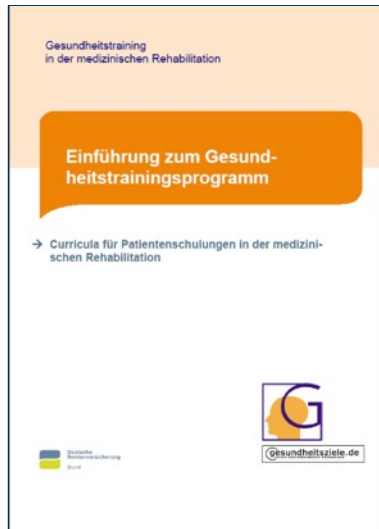
Psychotherapeutische Gesprächsangebote einzeln und in der Gruppe

Anleitung BZ Kontrolle einzeln

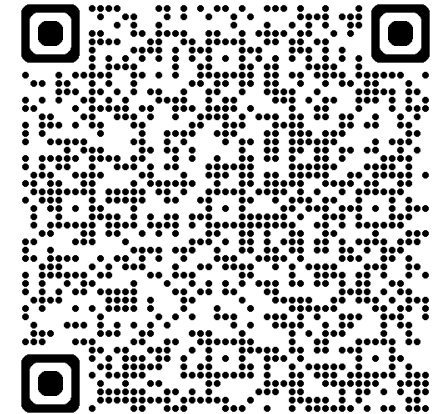
Förderung von Selbstfürsorge und Achtsamkeit

Anleitung RR Kontrolle einzeln

Gesundheitstrainingsprogramm DRV Bund: Patientenschulungen



1. Gesundheitstrainingsprogramm der DRV Bund
 - 1.1 Aufbau der Curricula
 - 1.2 Methoden der Patientenschulung
 - 1.3 Zeitliche und räumliche Rahmenbedingungen
 - 1.4 Trainerkompetenzen
 - 1.5 Interne Qualitätssicherung
 - 1.6 Material und Medien
2. Größe und Form der Gruppen
3. Wer führt Patientenschulungen durch?
4. Abstimmung mit anderen Therapien
5. Krankheitsübergreifende Vermittlung von Selbstmanagementstrategien
6. Verknüpfung von Reha-, Therapie- und Lehrzielen
7. Reha-Nachsorge
8. Patientenschulung in der Reha-Qualitätssicherung der DRV
9. Wirksamkeit von Patientenschulungen



Die Curricula unterstützen durch ihren didaktischen Aufbau ein geplantes und strukturiertes Vorgehen bei der Durchführung der Patientenschulung.

Die Curricula sind durch den Kooperationsverbund gesundheitsziele.de als Maßnahme zur Umsetzung des nationalen Gesundheitszieles „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“ anerkannt.

Schulungsmanuale, die für jeden Schulungsabschnitt

- Lehrziele formulieren und begründen,
- Inhalte zur Erreichung des Lehrziels benennen,
- Durchführungshinweise geben und
- Arbeitsblätter, Fragebögen, Folienhilfen und Wissenstests zur Verfügung stellen.

Für jede Schulungseinheit werden Angaben gemacht zu

- Thema und Zielgruppe,
- empfohlene maximale Teilnehmerzahl,
- Berufsgruppe der Schulenden,
- Zeitumfang,
- erforderlichem Unterrichtsmaterial und
- Anforderungen an den Schulungsraum.

Die Curricula für standardisierte Patientenschulungen umfassen

- Mind. zwei Schulungseinheiten,
- sind für bis zu 15 Teilnehmer*innen konzipiert,
- beteiligen verschiedene Berufsgruppen in der Durchführung der Schulung
- machen Angaben zur Verschlüsselung nach der KTL aus dem Jahr 2015

Standardisierte Patientenschulungen

Krankheitsspezifische Curricula / **Inhalte**

Ernährung



Fachbereich	Curricula
Kardiologie	<ul style="list-style-type: none"> - Koronare Herzkrankheit * - Hypertonie - Antikoagulationsmanagement - Herzklappenerkrankung - Herzinsuffizienz *
Orthopädie	<ul style="list-style-type: none"> - Rückenschule * - Osteoporose - Arthrose und Endoprothesen - Chronischer Schmerz
Gastroenterologie	<ul style="list-style-type: none"> - Chronisch entzündliche Darmerkrankung - Chronische Pankreatitis - Chronische Lebererkrankungen - Anus Praeternaturalis

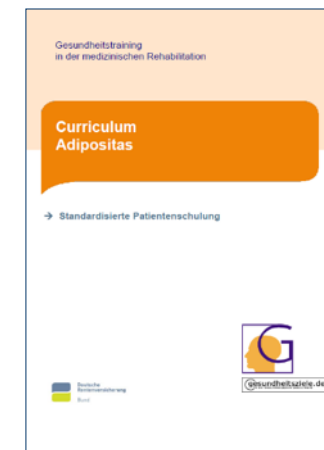
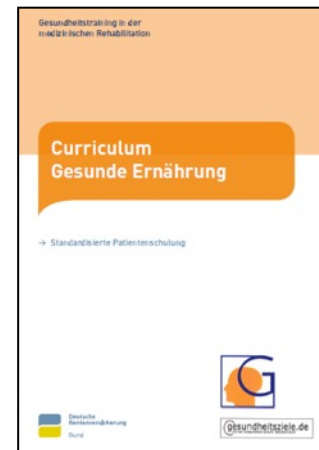
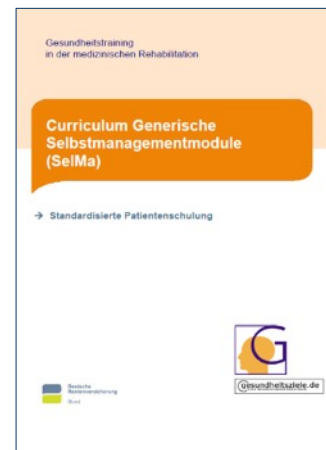
Fachbereich	Curricula
Onkologie	<ul style="list-style-type: none"> - Tumorerkrankungen - Brustkrebs * ! 2022
Pneumologie	<ul style="list-style-type: none"> - Asthma Bronchiale* - COPD - Sauerstofflangzeittherapie - Bronchiektasen
Dermatologie	<ul style="list-style-type: none"> - Neurodermitis constituionalis
Neurologie	<ul style="list-style-type: none"> - Chronischer Kopfschmerz
Stoffwechselerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes Mellitus Typ II

*Evaluiert

Standardisierte Patientenschulungen Krankheitsübergreifende Curricula

Krankheitsübergreifende Curricula


- Tabakentwöhnung (evaluiert 2004)
- **Gesunde Ernährung (evaluiert 2020)**
- **Adipositas**
- Generische Selbstmanagementmodule (SelMa, evaluiert 2017)
- Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation: Einführung in das Sozialrecht, Berufswegplanung, Konflikte am Arbeitsplatz



Gesundheitstraining
in der medizinischen Rehabilitation

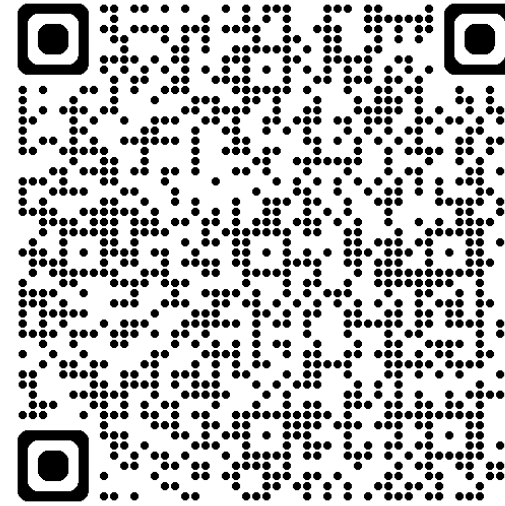
**Curriculum
Adipositas**

→ Standardisierte Patientenschulung



Deutsche
Rentenversicherung
Bund

gesundheitsziele.de



Kann das Curriculum Adipositas auch in anderen
Rehabilitationsindikationen z.B. einer Orthopädie
implementiert werden?

**DANKE FÜR IHRE
AUFMERKSAMKEIT**

Christine Reudelsterz

Christine.reudelsterz@drv-bund.de

Reha Nachsorge DRV Bund

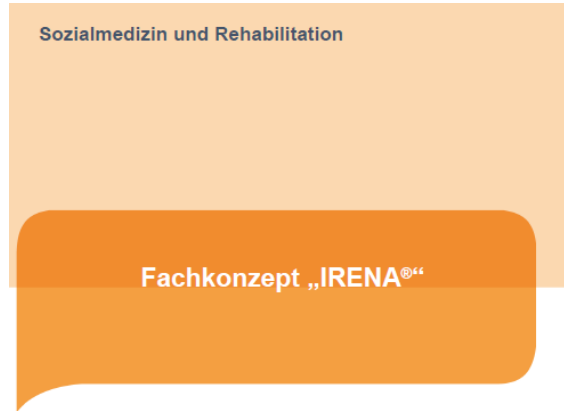
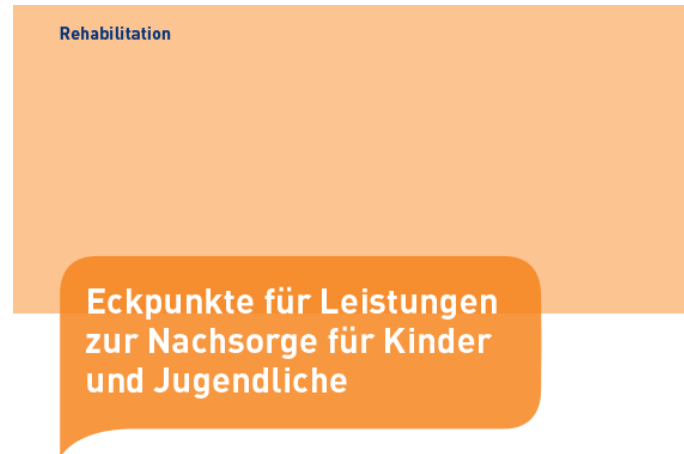
Ziel der Leistungen zur Nachsorge nach § 17 Sozialgesetzbuch (SGB) VI

- ist den durch die vorangegangene Teilhabeleistung eingetretenen Erfolg nachhaltig zu sichern,
- um somit den langfristigen Erhalt der Erwerbsfähigkeit zu unterstützen
- oder eine zukünftige Erwerbstätigkeit zu ermöglichen.

Rahmen- und Fachkonzepte (Präsenz)

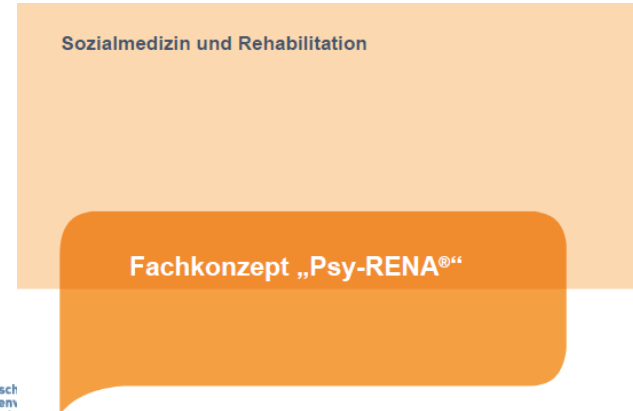


→ für medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI



→ Intensivierte Reha-Nachsorge
→ Anlage 2a zum Rahmenkonzept zur Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation

itsch
tem
terh
Gent



→ Reha-Nachsorge bei psychischen Erkrankungen
→ Anlage 2c zum Rahmenkonzept zur Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012

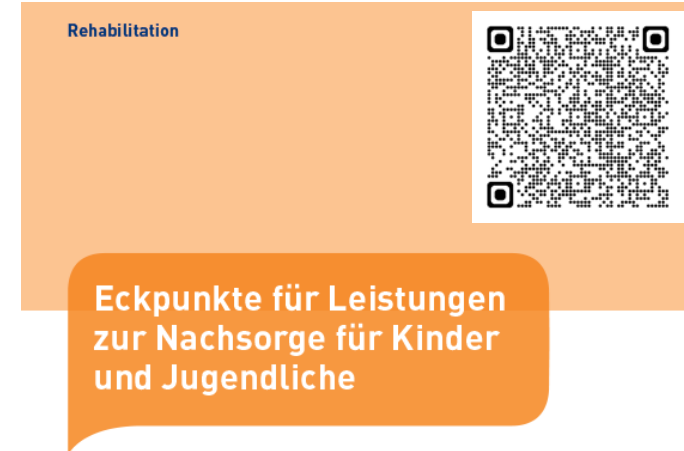
Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Definition der Nachsorge
3. Abgrenzung von Rehabilitationsleistungen
4. Inhalte und Themen der Nachsorge
5. Anforderungen an die Nachsorgeeinrichtungen
- 5.1 Personelle Mindestanforderungen an eine Nachsorgeeinrichtung

Rahmen- und Fachkonzepte (Präsenz)

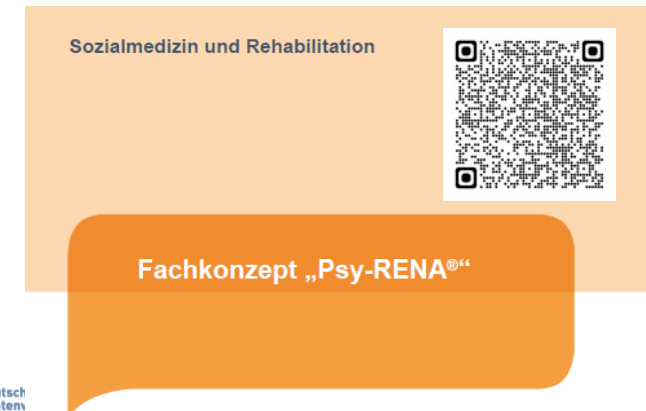


→ für medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI



→ Intensivierte Reha-Nachsorge
→ Anlage 2a zum Rahmenkonzept zur Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation

itsch
tem
terh
Gent



→ Reha-Nachsorge bei psychischen Erkrankungen
→ Anlage 2c zum Rahmenkonzept zur Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Definition der Nachsorge
3. Abgrenzung von Rehabilitationsleistungen
4. Inhalte und Themen der Nachsorge
5. Anforderungen an die Nachsorgeeinrichtungen
- 5.1 Personelle Mindestanforderungen an eine Nachsorgeeinrichtung

IRENA Adipositas - Voraussetzungen

Sozialmedizin und Rehabilitation

Fachkonzept „IRENA®“

- Intensivierte Reha-Nachsorge
- Anlage 2a zum Rahmenkonzept zur Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation



Ziel: Festigung Lebensstiländerung

Abgeschlossene Reha nach §15 SGB VI

Zugang indikationsunabhängig

Bereits erfolgte Gewichtsreduktion in Reha (2 bzw. 3 %)

BMI 35 anregen, BMI 30 mit Komorbiditäten empfehlen, ggf. BMI 25

CAVE: Psych./Psychosomatische Grunderkrankung → Psy-RENA

Umfang:

- Berufsbegleitend, max. 42 Termine in 12 Monaten (nach Beendigung Reha)
- Gruppenanwendungen bis 12 Personen mit
- Bewegung: kontinuierlich, min. alle zwei Wochen ein Termin, 20-26 Einheiten je 90min Dauer
- Ernährungsberatung: Kontinuierlich 1x/Monat, max. 10 Einheiten je 80min Dauer



Leistungsumfänge

Nachsorgeform	Leistungseinheiten	Mindestumfang pro Einheit	Maximale Dauer
IRENA®	24*	90 Minuten	12 Monate
IRENA® Neurologie	36*	90 Minuten	12 Monate
IRENA® Adipositas	42*	90 Minuten	12 Monate
IRENA® Psychosomatik	24* + 2 Gespräche	90 Minuten	12 Monate
Psy-RENA®	25* (oder 8 + 4 Gespräche)**	90 Minuten	12 Monate
T-RENA®	12 (+12)	60 Minuten	6 (+6) Monate
Suchtnachsorge****	20 + 2*** (+20/2***)	100 (50) Minuten	6 (+6) Monate
Kinder /Jugendliche	variabel, uni- und multimodal	variabel	12 Monate
Rehasport,**** Funktionstraining Herzsportgruppen	wöchentlich	45 /30 /15 / 60 Minuten	6 Monate

*Jeweils ergänzt durch ärztliches /psychotherapeutisches Aufnahme- und Abschlussgespräch

** optional fünf Einheiten à 20 Minuten im Sinne des Fallmanagements

*** mit Bezugspersonen

****Rahmenvereinbarungen BAR

Hilfe statt Häme

Dick sein ist nicht lustig.

Adipositas ist seit mehr als 20 Jahren durch die Weltgesundheitsorganisation WHO als chronische Erkrankung anerkannt. Dennoch wird vielen an

Adipositas leidenden Menschen mit Misstrauen und Missachtung begegnet. Das darf nicht sein!

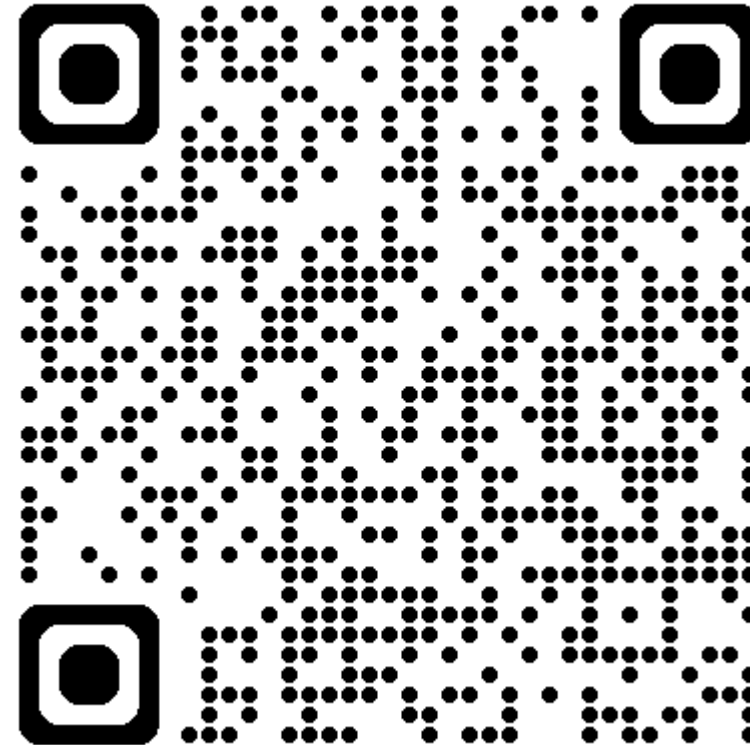


www.adipositasverband.de



Deutsche
Rentenversicherung

Bund





UNIVERSITÄT
HOHENHEIM

EINEN GESUNDEN LEBENSSTIL IN DEN ALLTAG INTEGRIEREN, DABEI GEWICHT VERLIEREN UND LANGFRISTIG HALTEN - WIE KANN DAS GELINGEN?

Unser Ziel ist es, ambulante und von qualifizierten Fachkräften durchgeführte Unterstützungsangebote zukünftig Ihren Bedürfnissen entsprechend gestalten zu können. Lassen Sie uns aus Ihrer Erfahrung und Ihren Wünschen lernen.

Helpen Sie mit, die Therapie der Zukunft zu gestalten!



Mitmachen und
Amazon-Gutschein
als Dankeschön
erhalten!

Wen suchen wir?

Sie sind mindestens 18 Jahre alt, wünschen sich eine gesunde Veränderung Ihres Lebensstils, die mit einer Gewichtsreduktion einhergeht, sind aktuell nicht schwanger und haben einen BMI über 25 kg/m²?

Dann sind Sie genau der/die Richtige! Alle Daten werden anonym erhoben. Bei Fragen erreichen Sie uns unter ernaehrung@uni-hohenheim.de

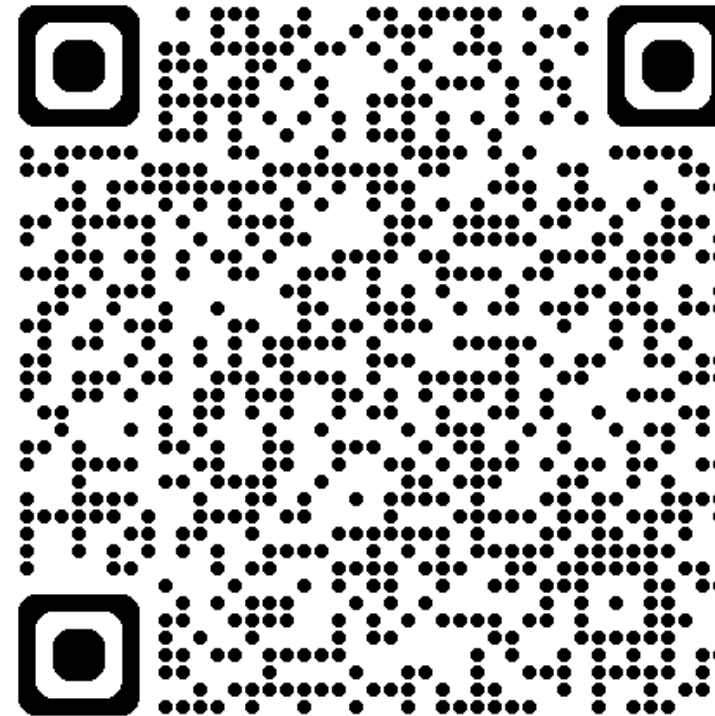
*Wenn Sie unsicher sind, können Sie Ihren BMI ganz einfach berechnen, indem Sie Ihre Körpergröße (in Metern) mit sich selbst multiplizieren (Körpergröße x Körpergröße) und Ihr Körpergewicht dann durch diese Zahl teilen.

Wie können Sie teilnehmen?

- Füllen Sie unseren Online-Fragebogen unter <https://ww2.unipark.de/uc/wilma/> aus
- oder scannen Sie mit Ihrer Smartphone-Kamera unseren QR-Code ein



Wir freuen uns
auf Ihre Teilnahme!



**DANKE FÜR IHRE
AUFMERKSAMKEIT**

Christine Reudelsterz

Christine.reudelsterz@drv-bund.de