

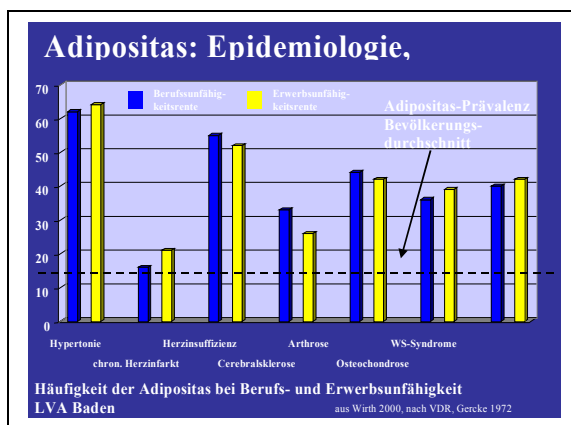
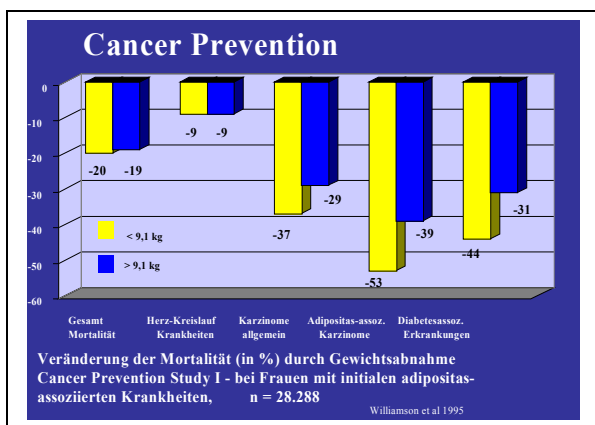
Kurzfassung des Vortrages von Dr. A. Römpler, Bad Rothenfelde

Das Übergewicht in der Rehaklinik

Einleitung

In Deutschland kann von einer hohen Prävalenz der Adipositas ausgegangen werden. Zirka 60% der Bevölkerung müssen als übergewichtig bezeichnet werden, 20% gelten als adipös und etwa 1% sind extrem adipös. Angesichts der zunehmenden Immobilität unserer Gesellschaft, der demographischen Entwicklung und der bereits bei Kindern deutlich zunehmenden Prävalenzen ist mit weiter steigenden Zahlen zu rechnen. Schon jetzt sind ca. 6% der Krankheitskosten der Adipositas zuzuschreiben (Wirth, 2000).

Bei Ärzten und Gesundheitspolitikern spielte die Adipositas lange Zeit eine untergeordnete Rolle; der Bezug zu Begleit- und Folgekrankheiten wurde lange Zeit verkannt. Heute gilt als gesichertes Wissen, dass adipöse Menschen häufiger krank werden und eine reduzierte Lebenserwartung haben; die Vorstellung es handele sich um glückliche, ruhige und ausgeglichene Menschen wurde als oberflächliche Problemverdrängung erkannt. Für die Träger der Rentenversicherung ist die Adipositas wichtig, weil übergewichtige Menschen ein etwa verdoppeltes Risiko für vorzeitige Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrenten haben. Die Adipositas ist bei den vordergründig zur „Rente“ führenden Krankheiten: Arthrose- und Wirbelsäulenleiden, Hypertonie... deutlich überrepräsentiert (VDR, Gercke, 1972).



Die erfolgreiche Therapie der Adipositas kann nur eine langfristige Therapie sein. Sie erfordert eine klare Indikationsstellung, einen multifaktoriellen Ansatz und eine interdisziplinäre Intervention.

Verschiedenste Therapiemodule stehen zur Verfügung: Veränderung von Ernährung / Essverhalten und Bewegung, Verhaltensmodifikation und ggf. der Einsatz von Pharmaka

oder die operative Intervention mit im wesentlichen restriktiven Magenoperationen.

Therapiestudien hatten in der Vergangenheit trotz aller Bemühungen nur ernüchternde Erfolgsquoten belegt; gemessen am Erfolg nach 3 oder 5 Jahren müssen sich adipöse Menschen mit Erfolgsquoten von 5-10% begnügen.

Ursächlich verantwortlich sein dürfte u.a. mangelndes Engagement, wenn Adipositas nicht als eigenständiges Problem verstanden wird – sowohl seitens des Patienten, als auch der Therapeuten. Der langfristige Erfolg stellt sich nur bei grundlegenden Verhaltensänderungen ein: diese sind vom Patienten „zu leisten“, erfordern jedoch vom Therapeuten ein Überdenken seiner konventionellen Vorgehensweisen. Die gewünschten „lifestyle-Änderungen“ setzen voraus, dass klar definierte Verantwortlichkeiten beim Patienten liegen und der Therapeut sich von der Rolle des fachlich und oft auch ethisch verantwortlichen Heilers zurückzieht und zum Berater/Betreuer in einem Therapeuten-Team wird. „Neben den Problemen, die mit dem Selbstbildnis des Arztes und seiner Ausbildung zusammenhängen, stehen strukturelle Probleme unseres Gesundheitswesens im Wege. Einige seien genannt: Unterbewertung von chronischen Krankheiten, unzureichende Vergütung von interpersonellen Leistungen, mangelnde kommunale Voraussetzungen für langfristige Änderungen des Lebensstils sowie Überbewertung von technischen Eingriffen“ (Wirth 2000).



Rehabilitation und Adipositas

Was ist Rehabilitation ? „Rehabilitation umfasst die Gesamtheit aller medizinischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Maßnahmen, die erforderlich sind, um für den behinderten Menschen die bestmöglichen körperlichen, seelischen und sozialen Bedingungen zu schaffen“ (Haupt, Rehabilitationsmedizin).

Was ist Rehabilitation eines adipösen Menschen ? Versorgung von Behinderten ? Anwendung ortsständiger Heilmittel oder Verordnung von physikalischer Therapie, z.B.

von Fangopackungen und Stangerbad ?

Adipositas ist eine chronische Krankheit, deren Behandlung ein interdisziplinäres Team erfordert, das ein multifaktorielles Therapiekonzept entwickelt hat. Reha-Zentren haben vor Jahren mehr oder weniger gelungen einen Paradigmenwechsel vollzogen und ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell verinnerlicht. Interdisziplinäre Teams sind etabliert und haben strukturierte Behandlungskonzepte entwickelt.

Gesundheitspolitisch und –ökonomisch wenig verständlich ist allerdings, dass die Kompetenz etablierter „Zentren für chronische internistische Krankheiten“ wenig genutzt wird.

Schulung und Training

Die gesundheitswissenschaftliche Forschung hat für die heute gesellschaftlich und ökonomisch relevanten Krankheiten, d.h. cardio- und zerebrovaskuläre Erkrankungen sowie Krebs im wesentlichen „verhaltens- bzw. persönlichkeitsgebundene Risikofaktoren“ identifiziert: Tabakkonsum, Bluthochdruck, erhöhter Cholesterinspiegel, Diabetes mellitus, Fehlernährung, Übergewicht, Bewegungsmangel, chronische Stressbelastung und -überlastung, Typ-A-Verhaltensmuster“. (Hurrelmann 1999). Die Grenzen eines reinen organmedizinischen Krankheitsverständnisses wurden aufgezeigt - sie sind insbesondere für Menschen mit chronischen Krankheiten hinreichend bekannt. Die äußerst begrenzten Erfolge in der Behandlung des Typ-2 Diabetes, der Adipositas, der atherosklerotischen Krankheiten, ja allgemein der ernährungs- und bewegungsabhängigen Krankheiten, veranlasste insbesondere die neue Disziplin „Gesundheitspsychologie“ zu intensiven Forschungen.

Neue Krankheits- und Gesundheitsmodelle, wie z.B. die Sozialisationstheorie (Hurrelmann 1988), ermöglichen nun umfassende, ganzheitliche Sichtweisen und sind in der Lage, sowohl die Ausbildung von gesundheitsfördernder Verhaltensweisen, als auch deren Gegenteil, das Erlernen und Realisieren schädigender Verhaltensweisen zu verstehen (Hurrelmann 1999).

Nach diesen Modellen benötigen Menschen, die zu einer Lebensstiländerung bewegt werden sollen, keine, bzw. nur bedingt rationale Aufklärung. Im Vordergrund stehen soll:

- der frühe und nachhaltige Aufbau von Selbstwertgefühl, Selbststeuerung, Kommunikations- und Handlungskompetenz,
- die Entwicklung von Bewältigungskonzepten, die auf den konstruktiven Umgang mit psychosozialen und körperlichen Anforderungen gerichtet ist,
- der Aufbau von sozialen Unterstützungsnetzwerken aus informellen Beziehungen und

formellen, professionellen Hilfen,

- die gesellschaftlich unterstützte Förderung der Gesundheit.

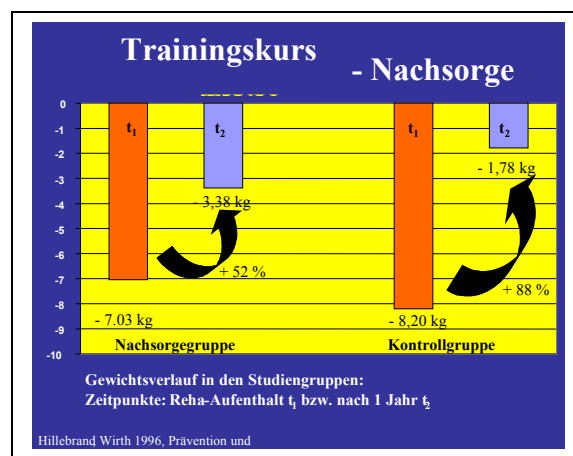
(Hurrelmann 1999)

Adipositas-Programm in Teutoburger -Wald-Klinik

Schulung der Mitarbeiter:

- gemeinsame Erarbeitung des „Curriculums“
- „Schüler -Programm“ für „Neue“:
 - Theorie: Literatursammlung Fachkompetenz
 - Literatursammlung Methodenkompetenz
- Praxis: interne Hospitation mit Hospitationsbogen
- interne Supervision
- interner „Präsentations - und Moderatorenkurs“

- Anamnesehilfen
- Teambesprechungen



Prozess- und Ergebnisqualität

Der Aufbau interdisziplinärer Teams, ihre Befähigung zu systematischer, patientenorientierter Umsetzung von Therapiemodulen erfordert spezifische Anstrengungen. Vom Team-coaching bis zur Entwicklung von Schulungs-Curricula, von der Gestaltung von Unterrichtsmaterialien bis zur Erarbeitung von „Verfahrensweisungen zum diagnostischen und therapeutischen Vorgehen bei Adipositas“, von der Erarbeitung eines Leitbildes bis zur Evaluation und Sicherung von Ergebnisqualität sind Leistungen zu erbringen.

Reha-Zentren haben verschiedenste Aktivitäten entwickelt, um eine langfristige Betreuung ihrer Patienten zu erreichen. Durch verschiedenste Nachsorgekonzepte konnten Effizienzsteigerungen belegt werden, wobei die Kostenträger im Rentenversicherungsbereich zum Teil über sog. Etappenheilverfahren Wiederholungsaufenthalte finanzieren.