

REHA REPORT

Informationen für Ärzte

Herausgeber: Arbeitskreis Gesundheit e.V. • www.arbeitskreis-gesundheit.de

2 2009



Rehabilitation bei Adipositas –

Schwerpunkt Kinder und Jugendliche

Wenn Pfunde krank machen

Übersicht Adipositas-therapie und -prävention bei Kindern

Interview mit Dr. Daniel Schüler, Bad Lippspringe:

»Mediziner müssen Verantwortung übernehmen«

Übergewicht und Adipositas bei Kindern

Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen sind in Deutschland bedeutende und häufige Gesundheitsstörungen. Der Lebensstil in Deutschland verändert sich mehr und mehr. Die Inaktivität nimmt zu. Kinder verbringen immer mehr Zeit vor dem Fernseher oder dem Computer. So genannte Kinderlebensmittel enthalten oft zu viel Fett und Zucker. Aus übergewichtigen Kindern werden übergewichtige Erwachsene mit hohem Risiko für das Auftreten von Typ-2-Diabetes mellitus, kardiovaskulären, orthopädischen und anderen Erkrankungen. Durch die derzeitige Zunahme der Prävalenz von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen und deren Folgen kommen erhebliche Kosten auf das deutsche Gesundheitssystem und die Gesellschaft zu. Vor allem Eltern, Betreuer der Kinder, Pädagogen und auch Kinder- und Jugendärzte sind neben der politischen Rahmensetzung bei der Vorbeugung von Adipositas gefordert!

Definitionen

Es existieren verschiedene Definitionen für Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. So hat sich die Verwendung der einfach messbaren Parameter Körpergröße und Körpergewicht und des daraus abgeleiteten Body Mass Index [BMI = Körpergewicht / Körpergröße² (kg/m²)] zur Abschätzung des Körperfettanteils auch im Kindes- und Jugendalter weltweit durchgesetzt. Es ist evident, dass die WHO-Kriterien im Erwachsenenbereich für das Kindes- und Jugendalter nicht übernommen werden können. Der BMI von Kindern und Jugendlichen wird von deutlichen alters- und geschlechtsspezifischen Besonderheiten beeinflusst. Anhand volksgroupenspezifischer Referenzwerte für das Kindes- und Jugendalter (in Form von alters- und geschlechtsspezifischen Perzentilen) können individuelle BMI-Werte eingeschätzt werden.

Um in Deutschland einheitliche Definitionen heranzuziehen, hat sich die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) darauf geeinigt, Übergewicht und Adipositas über das 90. bzw. 97. Perzentil zu definieren. Dabei ist festzustellen, dass die 97. Perzentile ein gutes Maß für die Definition des mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko verbundenen Übergewichts ist, da sie im jungen Erwachsenenalter nahezu fließend in die risikobezogenen Grenzwerte der WHO übergeht.

Prävalenz, Inzidenz und Prognose

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter hat seit Beginn der 80er Jahre in den westlichen Industrienationen dramatisch zugenommen. Entsprechend eines Berichts der International Obesity Task Force (IOTF) aus dem Jahr 2004 liegen die aktuellen Zahlen deutlich über den erwarteten. Nach dem Bericht der IOTF waren im Jahr 2002 rund 24% der Schulkinder in Europa übergewichtig. Dabei ist ein deutliches Nord-Süd-Gefälle erkennbar.

Auf Basis der von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) vorliegenden Zahlen aus regionalen Erhebungen und Schuluntersuchungen liegt ein Übergewicht (BMI AGA > 90. Perzentile) bei 10-18% der Schulkinder und eine Adipositas (BMI AGA > 97. Perzentile) bei 4-8% der Schulkinder vor (Wabitsch 2004). Eine im Dezember 2008 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichte Studie mit Einschulungskindern in Augsburg zeigte eine Prävalenz für Übergewicht von 13,1% (n=302) und von 4,9% für Adipositas (Abb. 1). Weitere Studien zum Verlauf der Prävalenzzahlen aus deutschen Populationen zeigen einen deutlichen Anstieg in den letzten 25 Jahren.

Die Prävalenz von Übergewicht bei Schulkindern hängt vom Sozialstatus ab, sowie vom Herkunftsland der Eltern. In deutschen Großstädten kommt Übergewicht bei Kindern ausländischer Familien mehr als doppelt so häufig vor wie bei Kindern deutscher Familien (Abb. 2). Aktuelle Zahlen zu Häufigkeit von Übergewicht bei Einschulungskindern zeigen

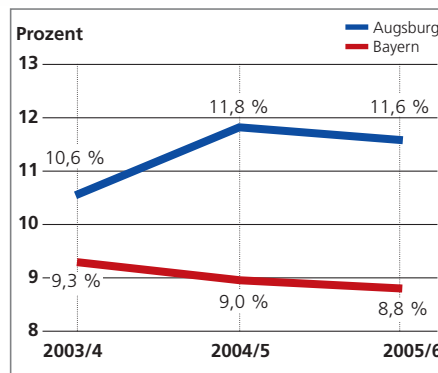


Abb. 1: „Prävalenz von Übergewicht inklusive Adipositas in Prozent im Verlauf. Die Augsburger Daten für Übergewicht und Adipositas lagen deutlich über dem bayerischen Durchschnitt. Quelle: Weber E, Hiebl A, Storr U; Dtsch Arztebl 2008; 105(51-52): 883-9

deutliche Unterschiede in den verschiedenen Bundesländern: So waren in Bayern bei der Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 2006/2007 nur 9,3% der Kinder übergewichtig, in Mecklenburg-Vorpommern im gleichen Jahr dagegen 13,3%.

Folgen der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

Die Folgestörungen und Komplikationen bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen entsprechen im Wesentlichen denen, die bei Erwachsenen mit Übergewicht gefunden werden. Sie stellen aber für die Kinder- und Jugendmedizin neue Erkrankungen dar, die bislang in dieser Altersphase selten waren. Ihre Diagnostik und Therapie sind neue Herausforderungen (Abb. 3).

Unabhängig davon hat ein bestehendes Übergewicht eine ungünstige Auswirkung auf die psychosoziale Entwicklung der Heranwachsenden in unserer Gesellschaft und trägt deshalb mehr als bei Erwachsenen zu Störungen des Selbstbildes, des Selbstvertrauens und zu einer depressiven Stimmungslage bei.

Neben der psychosozialen Entwicklung ist auch die Pubertätsentwicklung bei übergewichtigen Kindern gestört. Übergewichtige Kinder sind meist deutlich größer als ihre Altersgenossen und werden deshalb älter eingestuft und bezüglich der an sie gestellten Anforderungen oft überfordert. Bei Jungen ist Übergewicht häufig mit der Entwicklung einer ausgeprägten Gynäkomastie verbunden. Im Gegensatz zur Längenentwicklung bleibt die Genitalentwicklung zurück, was oft die Vorstellung bei einem pädiatrischen Endokrinologen erforderlich macht. Bei übergewichtigen Mädchen besteht im Jugendalter ein erhöhtes Risiko für das Vorliegen eines polyzystischen Ovarsyndroms und eines teilweise ausgeprägten Hirsutismus. Zahlen zur Häufigkeit von Folgestörungen bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen wurden

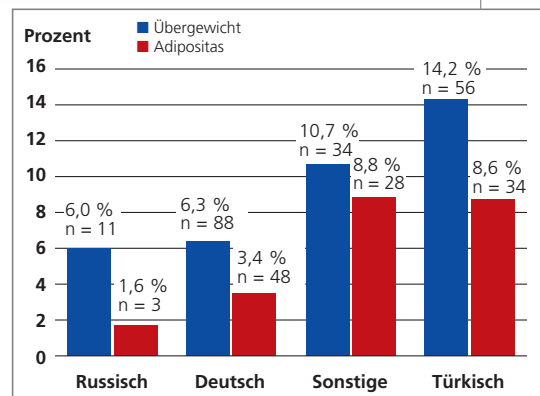


Abb. 2: Übergewicht und Adipositas nach Muttersprache (betroffene Kinder in Prozent). Quelle: Weber E, Hiebl A, Storr U; Dtsch Arztebl 2008; 105(51-52): 883-9

in der so genannten „Murnauer Komorbiditätsstudie“ erhoben (Mayer H, 2003). 6% zeigten Störungen im Glukosestoffwechsel, 1% Diabetes mellitus, 35% (prä-)metabolisches Syndrom (Arterielle Hypertonie, Fettstoffwechselstörung, Insulinresistenz, Hyperurikämie), 30% eine Fettleber, 2% Gallensteine und 35% orthopädische Folgestörungen. Die angeführten orthopädischen Störungen bestehen in einer Achsfehlstellung im Kniegelenk, Fußfehlstellungen und in rund 7% der Fälle in einer abgelaufenen milden Epiphyseolysis capitis femoris (ECF), die ihrerseits eine Präarthrose des Hüftgelenks darstellt. Aus Erwachsenen-Kollektiven mit Coxarthrose ist bekannt, dass eine relevante Präarthrose in Form einer abgelaufenen ECF vorlag.

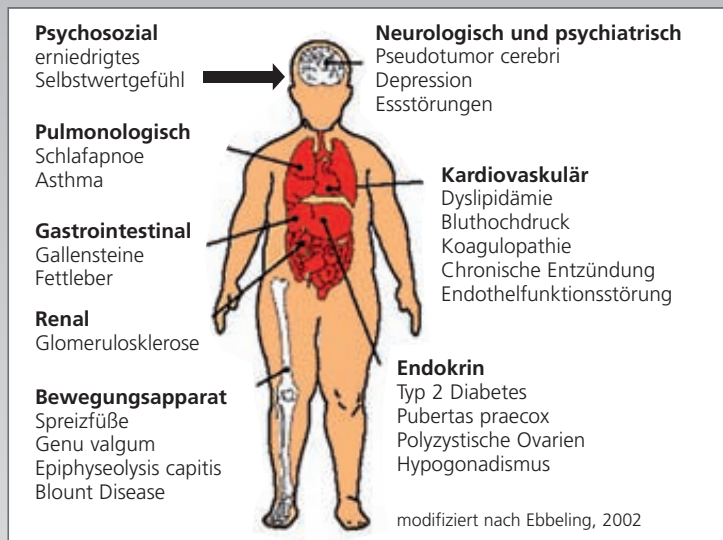
Von besonderer Bedeutung ist die hohe Prävalenz des metabolischen Syndroms. Zudem haben bereits 6% der Kinder und Jugendlichen mit Adipositas einen Prädiabetes und 1% einen bislang silenten und meist vorher nicht bekannten Altersdiabetes. Dieser stellt die teuerste Komplikation der Adipositas dar. Aufgrund des meist symptomarmen klinischen Erscheinungsbildes des Altersdiabetes bei Jugendlichen wird heute empfohlen, dass bei adipösen Jugendlichen mit positiver Familienanamnese für Altersdiabetes oder bei Zeichen der Insulinresistenz (Akanthosis nigricans, PCOS, Dyslipidämie) ab dem Alter von zehn Jahren oder mit Beginn der Pubertät ein oraler Glukosetoleranztest zur Überprüfung des Zuckerstoffwechsels durchgeführt wird. Bei Diagnosestellung eines Altersdiabetes sollte bereits zu diesem Zeitpunkt eine Augenhintergrundsuntersuchung zum Ausschluss einer diabetischen Retinopathie, sowie eine Untersuchung auf Mikroalbuminurie durchgeführt werden. Zudem sollte nach weiteren Faktoren des metabolischen Syndroms gesucht werden. Ratsam ist es dann auch, alle weiteren Familienmitglieder auf das Vorliegen eines Prädiabetes oder Diabetes hin zu untersuchen.

Die Krankheitskosten der morbiditen Adipositas im Jugendalter erscheinen aufgrund der früheren Manifestation von Folgeerkrankungen (Alterserkrankungen bei Jugendlichen) enorm hoch zu sein. Die teuersten und folgenschwersten Komplikationen der Adipositas im Jugendalter sind der Altersdiabetes, das metabolische Syndrom sowie orthopädische Veränderungen.

Physiologische Grundlagen der Körpergewichtsregulation

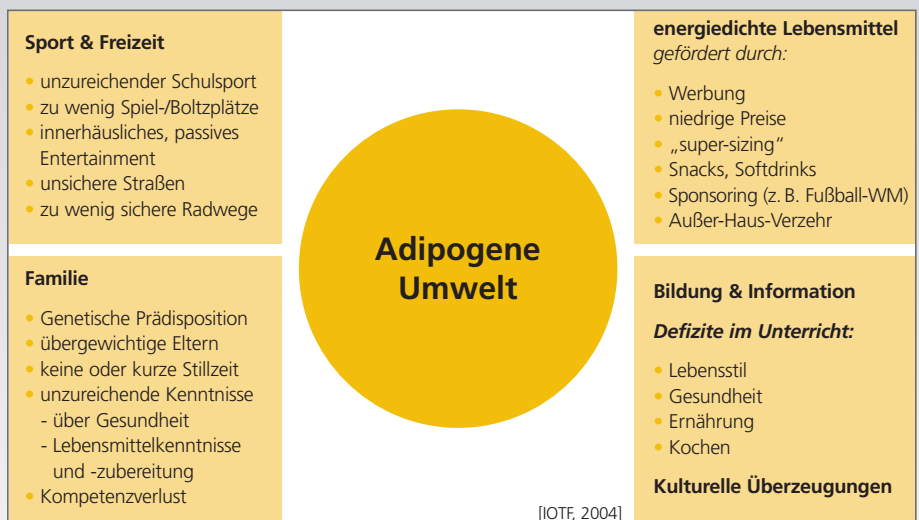
Das Körpergewicht ist komplex reguliert. Beteiligt sind sowohl genetische Faktoren als auch Umwelteinflüsse.

Die Zunahme der Adipositas belegt die Bedeutung von Umweltfaktoren. Gleichzeitig ist



◀ **Abb.3:** Komplikationen und Folgeerkrankungen von Übergewicht und Adipositas.

▼ **Abb.4:** „Gesellschaftliche Veränderungen – „adipogene“ Umwelt. Quelle: WHO: International Obesity Task Force (IOFT) 2004“



darauf hinzuweisen, dass zwischen 40-70% der Varianz des Body Mass Index durch genetische Faktoren erklärt wird. Tierexperimentelle Untersuchungen zeigen, dass vorübergehende Nahrungsrestriktionen zu einer raschen Gewichtsreduktion führen, es anschließend jedoch wieder rasch zu einer Gewichtszunahme kommt und letztlich wieder das Gewicht von unbehandelten Kontrolltieren erreicht wird. Dies verdeutlicht, dass derartige Einschränkungen der Energiezufuhr eine komplexe Gegenregulation auslösen, die den Organismus vor dem Verhungern schützt. Neben der Genetik spielen aber auch Umwelt- und Verhaltensfaktoren eine entscheidende Rolle bei der Manifestation der Adipositas. Da diese Faktoren auch beeinflussbar sind, stellen sie eine wichtige Zielgröße von präventiven und therapeutischen Interventionen dar.

Ursachen für Adipositas und Übergewicht

Die Ursachen für die deutliche Zunahme der Häufigkeit von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen liegen bei veränderten gesell-

schaftlichen Faktoren und veränderten Lebensbedingungen, die das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Kinder deutlich beeinflussen haben (WHO) und eine so genannte „adipogene“ Umwelt schaffen (Abb.4).

Die Änderung der Lebensbedingungen wird auf Basis einer individuellen genetischen Prädisposition wirksam. Personen, die darunter ihre Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten ändern und gleichzeitig die Verantwortung zu einer Gewichtszunahme haben, sind eher von der Entwicklung einer Adipositas betroffen als Personen, bei denen diese genetischen Voraussetzungen nicht vorliegen. Beispielsweise haben Kinder mit hohem Körpergewicht in den letzten Jahren vergleichsweise deutlich mehr an Gewicht zugenommen als die Kinder aus dem Bereich der niedrigen Körpergewichte.

Durch die heutigen Umwelt- und Lebensbedingungen der Industrienationen werden eine Ernährung mit schmackhaften, energiedichten Nahrungsmitteln sowie eine zunehmende körperliche Inaktivität gefördert. Dies resultiert in einer anhaltenden positiven Energiebilanz. Langfristig kommt es zu einem neu-

en Energiegleichgewicht (Grundsatz der Thermodynamik). Der daraus folgende höhere Energiegehalt des Körpers ist vor allem durch eine erhöhte Menge an abgespeicherter Energie im Fettgewebe gekennzeichnet. Bisher konnte nicht bewiesen werden, dass dieses neue Energiegleichgewicht langfristig wieder in ein Gleichgewicht auf niedrigem Niveau rückführbar ist. Aktuelle Übersichtsarbeiten zu den Ergebnissen von Therapiestudien mit dem Ziel der Gewichtsabnahme sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern zeigen vielmehr keine nachhaltigen Erfolge. Deshalb scheint die Prävention des Übergewichts bereits im frühen Kindesalter die wichtigste Prämisse zu sein (WHO).

Therapie der Adipositas

In Deutschland gibt es neben einer zurzeit zunehmenden Zahl von ambulanten Therapieangeboten seit langem die Möglichkeit einer stationären Therapie der Adipositas über vier bis sechs Wochen in Fachkliniken für Kinder und Jugendliche. Der Kurzzeiterfolg einer solchen Maßnahme ist in vielen Evaluationsstudien gut belegt. Bislang ist ein längerfristiger Wirkungsnachweis der in Deutschland angebotenen Maßnahmen für übergewichtige Kinder und Jugendliche nur für wenige Programme erbracht. Auf der Basis publizierter Studien sind effektive Therapiebausteine: Ernährungsmodifikation (Reduktion von energiedichten Nahrungsmitteln), Reduktion der körperlichen Inaktivität, Steigerung der körperlichen Bewegung und Verhaltensmodifikation. Erfolgreich waren diese vier Bausteine dann, wenn die Maßnahmen an die Eltern und die Kinder gerichtet wurden und sie zu einer umfassenden Verhaltens- und Lebensänderung geführt haben! In der Literatur findet sich kein positiver Effekt für eine hypokalorische Ernährung, ein proteinmodifiziertes Fasten oder die Supplementierung von Ballaststoffen in der Nahrung. Es wurde nachgewiesen, dass eine Verringerung der kör-

LINKTIPPS

Website der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) mit einer Übersicht aller Therapieprogramme in Deutschland www.a-g-a.de

Unterlagen mit Inhalten und Instrumenten zur Adipositas-Schulung von Kindern und deren Eltern über [aid e.V.](http://aid.e.v.) beziehbar www.aid.de/lernen/beratung.php

Website der International Obesity Taskforce (IOTF) der WHO www.iodf.org

perlichen Inaktivität im Alltagsleben effektiver ist als die Steigerung von sportlichen Aktivitäten. Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) stellte eine Übersicht aller Therapieprogramme in Deutschland zusammen und stellte ein ausführliches Adipositas-Schulungskonzept zusammen. Es enthält Inhalte und Instrumente zur Adipositas-Schulung von Kindern und deren Eltern (siehe Linktipps).

Präventionsmaßnahmen: Verantwortung und Aufgabe für alle

Aufgrund der eher ernüchternden Ergebnisse der Adipositas-Therapien werden heute vermehrt Anstrengungen für eine primäre Prävention der Adipositas unternommen. Die Grundlagen für ein gesundes Ernährungs- und Bewegungsverhalten werden bereits in frühester Kindheit gelegt. Diesbezüglich werden die Kinder durch die Vorbildfunktion der Erwachsenen geprägt. Daher erscheinen breitenwirksame Präventionsstrategien bei jungen Familien besonders sinnvoll und sollten überprüft werden. Weltweit verfolgen Schulinrichtungen verschiedene Präventionskonzepte, um die Epidemie der Adipositas einzudämmen. Sie zeigen vereinzelt mittelfristige Erfolge. Eine wirksame Prävention wird nur über parallele Interventionen auf verschiedenen Verantwortungsebenen (Familie, Schule, Kommune, Wirtschaft, Politik) möglich sein. Sie kann von einzelnen Personen oder einzelnen Gruppen in der Gesellschaft nicht erbracht werden (Abb.5). Ein deutlicher Anstieg des Körpergewichtes und der Prävalenz von Übergewicht bei Kindern ist in den meisten Ländern nicht vor dem 4. Lebensjahr

zu beobachten. Deshalb müssen Maßnahmen der Primärprävention vorher greifen. In Zukunft wird absolut bedeutend sein, dass Eltern das Übergewicht von Kindern als ein Gesundheitsthema erkennen und sich darüber im Klaren sind, dass eine optimale Kontrolle des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens sowie ihre Vorbildfunktion entscheidend für die Gewichtsentwicklung und die Gesundheit der Kinder ist.

Autor: Dr. Daniel Schüller
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und
Kinder-Pneumologie, Bad Lippspringe

Weiterführende Literatur

- Gortmaker SL u.a.: Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth: Planet Health. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999; Apr; 153(4): 409-18.
- James J u.a.: Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks. Cluster randomised controlled trial. BMJ 2004; 328: 1237.
- Reinehr T, Wabitsch M: Erfassung aller Behandlungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland. Monatsschrift Kinderheilkunde 2003; 151: 757-761.
- Denzer C u.a.: The outcome of childhood obesity management depends highly upon patient compliance. Eur J Pediatr 2004; 163: 99-104.
- Wabitsch M: Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland – Aufruf zum Handeln. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2004; 47:251-255.
- Wabitsch M, Steinacker J: Prävention der Adipositas. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 2004; 11: 277.
- Wabitsch M: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: Basiswissen und Leitlinien. Monatsschrift Kinderheilkunde 2004; 152: 832-833.
- Böhler T, Wabitsch M: Adipositas therapie und –prävention im Kindesalter: Leistungsrechtlicher Rahmen. Monatsschrift Kinderheilkunde 2004; 152: 856-863.
- Wabitsch M: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Zahlen und Fakten – aktuelle Empfehlungen zur Prävention und Therapie. Der Internist 2006; 47: 130-140.
- Koplan JP, Liverman CT, Kraak VA: Preventing childhood obesity: health in the balance: executive summary. J Am Diet Assoc. 2005 Jan;105(1):131-8.
- Lobstein T u.a.: Obesity in children and young people: a crisis in public health. Obesity reviews 2004; 5 (suppl.): 4-85.
- WHO: Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. WHO Technical Report 2000; Series 894.
- Müller MJ: Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. In: Wabitsch M, Hebebrand J, Kiess W, Zwiauer K (Hrsg): Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, Grundlagen und Klinik. Springer-Verlag; Heidelberg 2005; 213-222.



Abb.5: Verantwortungsebenen für die Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter
Quelle: Wabitsch M; 2007 SPS Publications; 4. Heiner-Brunner-Seminar 2005

„Eltern und Familien müssen mitmachen“



Der Pädiater Dr. Daniel Schüler, Chefarzt der Auguste-Viktoria-Klinik Bad Lipspringe, spricht mit Reha Report über seine klinische Erfahrung mit der Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher.

Reha Report: Für wen eignen sich stationäre Therapien der Adipositas?

Daniel Schüler: Im Prinzip haben wir stationär und ambulant die gleichen Patienten. Es gibt aber vor allem zwei Aspekte, die für eine stationäre Aufnahme sprechen: Patienten, bei denen bestimmte Verhaltensregeln in einer ambulanten Maßnahme nicht greifen, haben durch die stationäre Reha die Chance auf einen deutlichen Motivationsschub – denn normalerweise kommt es stationär zu einer raschen Gewichtsabnahme. Der zweite Aspekt sind die erweiterten diagnostischen Möglichkeiten im stationären Umfeld, zum Beispiel 24-Stunden EKG oder Nieren-Doppler. Dadurch lassen sich Komorbiditäten besser einschätzen.

Reha Report: Wann kommen Kinder zu Ihnen in die Reha?

Schüler: Mädchen kommen meist früher zu uns als Jungen. Je älter die Kinder sind, desto mehr Leidensdruck muss da sein, damit die Adipositas in eine Therapie mündet. Die jüngeren Kinder kommen dagegen, weil die Eltern das wollen. Junge Kinder haben hinsichtlich des Therapieerfolgs eine bessere Prognose als ältere. Allerdings sind Kinder im Alter von sechs, sieben Jahren mit dem Alleinsein in der stationären Situation oft über-

fordert – wegen des Heimwehs kommt es zu Therapieabbrüchen. Hier ist es wünschenswert, dass die Eltern mitkommen. Allerdings wird der Aufenthalt der Eltern von Kindern über sechs Jahren normalerweise nicht von Trägern der Reha-Maßnahme finanziert.

Reha Report: Wie lange hält der Erfolg der stationären Reha für gewöhnlich an?

Schüler: Der Kurzzeiterfolg ist gut belegt – das bedeutet, dass die Patienten in den ersten drei bis sechs Monaten nach der Reha nicht zunehmen und nicht abnehmen. Der Hauptparameter ist die Gewichtsreduktion oder das Beibehalten des Gewichts bei gleichzeitiger Körpergrößenzunahme. Zu den sekundären Zielparametern gehört beispielsweise die Lebensqualität. Es gibt nur wenige Studien, die Aussagen zu Langzeitergebnissen ermöglichen. Langzeiterfolge sind nur dann erreichbar, wenn die Behandlung in eine ambulante Langzeitversorgung einmündet.

Reha Report: Bei den Erfolgsrezepten der Adipositas-therapie ist zu lesen, dass die Verringerung der körperlichen Inaktivität effektiver ist als die Steigerung der körperlichen Aktivität. Was ist damit gemeint?

Schüler: Aus retrospektiven Studien, die Übergewichtige mit normalgewichtigen Kindern

vergleichen, wissen wir, dass adipöse Kinder im Vergleich zu Normalgewichtigen gar nicht soviel weniger Sport treiben. Sie sind aber außerhalb des Sports inaktiver. Den Anteil an Bewegung, der nicht Sport ist, sollten sie erhöhen.

Reha Report: Heißt das, mehr Bewegung führt automatisch zum Therapieerfolg?

Schüler: Bei der Behandlung der Adipositas darf man sich nicht nur auf einen Aspekt konzentrieren. Wenn die Behandlung nur auf Sport oder nur auf Ernährung abzielt, wird sie nicht gelingen. Viele Faktoren sind wichtig: Wie esse ich? Esse ich oft genug? Es geht darum zu lernen, am Tag anders zu trinken. Sport gehört dazu, denn Muskelaufbau ist für eine höhere Fettverbrennung nötig.

Reha Report: Wie können Niedergelassene ihre Patient(inn)en nach der Behandlung sinnvoll unterstützen?

Schüler: Niedergelassene Ärzte sind die Lotsen und Anlaufpunkt ihrer Patienten. Sie kontrollieren den Behandlungsverlauf über Gewichtsmessungen und führen regelmäßige Gespräche – entweder tun sie das selbst oder koordinieren zumindest die Behandlung. Wir brauchen Mediziner, die diese Verantwortung übernehmen und trotz des mühsamen Behandlungsprozesses nicht resignieren.

Übrigens sind Pädiater anders als bei Erwachsenen oft auch Präventionsmediziner – sie haben Einblick in die Medizin vor der Medizin und können die Adipositas verhindern helfen.

Reha Report: Was ist bei einem Rückfall zu tun?

Schüler: Es gilt herausfinden, warum es zum Rückfall kommt. Es geht bei einer Therapie nicht nur um den formulierten Willen Gewicht zu verlieren, sondern der ganze Tagesablauf des Patienten oder der Patientin muss sich ändern. Häufig haben sich die Familien-Strukturen nach einer Therapie des Kindes aber nicht verändert.

Die wichtigste Aufgabe des Arztes ist dann die Vermittlung in weitere Programme. Das kann zum Beispiel bedeuten, das Kind für eine schnelle Intervention noch einmal in die stationäre Reha zu schicken. Dadurch kommt der Patient oder die Patientin aus der Situation heraus, die ihn oder sie zur Gewichtszunahme bringt.

Reha Report: Welche Rolle spielen die Angehörigen für den Therapieerfolg?

Schüler: Die Kinder haben nur eine Chance, wenn die Eltern und Familien mitmachen. Das ist eine Voraussetzung des Behandlungserfolgs.

◀ Falls der Adressaufkleber fehlt, bitte hier Praxis- oder Klinikstempel einfügen. Vielen Dank!

Ihre Adressdaten haben sich geändert?
Bitte teilen Sie uns Ihre Änderungen mit:

Titel
 Name
 Straße
 Postleitzahl, Ort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser des REHA REPORT! Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Reha hilft! Die Erkenntnis ist nicht neu. Trotzdem wissen wir aus unserer täglichen Arbeit, dass die ganze Vielfalt an Reha-Angeboten den meisten Zuweisern gar nicht bekannt ist. Der „Reha Report“ wird Ihnen deshalb auch 2009 vier mal im Jahr aktuelle Informationen rund um das Thema Rehabilitation direkt in Ihre Praxis oder in Ihr Institut bringen. Das zeitgleich erscheinende Publikumsmagazin „Mein Gesundes Magazin“ behandelt das jeweilige Thema des „Reha Report“ in patientengerechter Form. „Mein Gesundes Magazin“ informiert Ihre Patienten, die einen Reha-Aufenthalt vor sich haben, über medizinische Hintergründe, organisatorische Grundlagen, Aufgaben und Ziele der Reha. Das hilft Ihnen, das Patientengespräch von allgemeinen organisatorischen Fragen zu entlasten um so mehr

Zeit für das Besprechen individueller Patientenfragen zu gewinnen. Beide Angebote stellt der Arbeitskreis Gesundheit e.V. – ein gemeinnütziger Zusammenschluss von Reha-Kliniken unterschiedlicher Fachrichtungen – für Ärztinnen, Ärzte und Mitglieder angrenzender Berufsgruppen kostenfrei zur Verfügung.



Ihr Feedback ist uns wichtig!

Wenn Sie den „Reha Report“ weiterhin beziehen möchten und zusätzlich auch das Patientenmagazin „Mein Gesundes Magazin“ erhalten möchten, kreuzen Sie bitte die gewünschte Anzahl an und faxen Sie diese Seite an uns zurück.

Bitte senden Sie mir zusätzlich zum „Reha Report“ für meine Patienten kostenfrei **„Mein Gesundes Magazin“**

- 10 Exemplare
 20 Exemplare
 50 Exemplare
Exemplare

Bitte geben Sie an, wie viele Exemplare Sie möchten

.....

„Reha Report“ abbestellen

Falls Sie den „Reha Report“ nicht mehr erhalten möchten, setzen Sie bitte hier ein Kreuzchen und faxen uns diese Seite ohne weitere Angaben zu.

Ort

Datum

Unterschrift

Faxanforderung an den Arbeitskreis Gesundheit e.V., Gustav-Mahler-Straße 2, 04109 Leipzig

FAXNUMMER 0341-9800860

Der Arbeitskreis Gesundheit e.V. informiert

Wenn Sie weitere Fragen zur Rehabilitation haben, finden Sie eine Vielzahl aktueller Informationen unter:

www.arbeitskreis-gesundheit.de

Die Website des Arbeitskreises Gesundheit bietet Ärztinnen und Ärzten unter anderem Antworten auf Fragen wie:

- Wo finde ich eine geeignete Reha-Klinik, die ich meinem Patienten empfehlen kann?
- Welche Patienten haben Anspruch auf eine Rehabilitationsleistung?

- Wer ist der zuständige Kostenträger?
- Wann ist eine Rehabilitation erforderlich?
- Wer übernimmt die Kosten für stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen?
- Was ist bei der Antragstellung zu beachten?
- Wo gibt es Rat und Hilfe?

Im Bereich „Infothek“ finden Sie neben Broschüren auch Filmmitschnitte zu Reha-Themen. Alle Informationen auf der Website sind kostenfrei zugänglich. Patienten bietet die Website grundsätzliche Informationen zur medizinischen Re-

habilitation und Hilfe bei der Antragstellung an.

Der Arbeitskreis als gemeinnütziger Zusammenschluss von Reha-Kliniken unterschiedlicher Fachrichtungen veröffentlicht regelmäßig Informationen über die rehabilitationsmedizinische Versorgung.

Impressum

ARBEITSKREIS GESUNDHEIT E.V.
Ein starker Partner der Rehabilitation

Der REHA REPORT erscheint vier mal jährlich.
Herausgeber: Arbeitskreis Gesundheit e.V.,
Gustav-Mahler-Straße 2, 04109 Leipzig
Tel. 0341/87 05 95 90, Telefax 0341/980 08 60
www.arbeitskreis-gesundheit.de
Geschäftsführer: Ingo Dörr (v.i.S.d.P.)
Auflage: 44.000 Expl. (August 2009)