



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Studiendepartment Ökotrophologie

Ansatzpunkte für Nachsorgeprogramme für Reha-Aufenthalte
bei Müttern mit Adipositas

Bachelorarbeit

Tag der Abgabe: 06. September 2010

Vorgelegt von: Carolyn Frick

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. J. Westenhöfer

Zweite Prüfende: Dipl. Päd. T. Rosburg

Zusammenfassung

Diese wissenschaftliche Arbeit untersucht das Nachsorgeangebot von Mutter-Kind-Kliniken im Anschluss an eine Mutter-Kind-Vorsorgemaßnahme für die Behandlung von Adipositas bei Müttern.

Die Krankheit Adipositas birgt das Risiko einer erhöhten Morbidität, von der besonders Mütter aufgrund von Mehrfachbelastungen betroffen sind. Ein dreiwöchiger Aufenthalt in einer Mutter-Kind-Klinik bietet Frauen mit Adipositas die Möglichkeit ihren Gesundheitszustand zu verbessern und das Risiko einer Berufs- und Erwerbsunfähigkeit zu mindern.

Der Aufenthalt in einer Mutter-Kind-Klinik bewirkt nach Einschätzungen der Rehabilitandinnen eine große Verbesserung des Gesundheitszustandes. Dieser kurzfristige Effekt lässt sich durch die deskriptive Längsschnittstudie mit der Ermittlung des durchschnittlichen Gewichtsverlustes von 1,6 kg nach 3 Wochen mit einer Stichprobe von $n = 21$ Frauen bei einer Adipositasbehandlung bestätigen. Mögliche Nachsorgeprogramme können Frauen die Möglichkeit bieten ihre kurzfristigen Erfolge in Bezug auf die Änderung der Lebensgewohnheiten (Ernährung, Bewegung, Entspannung) auf lange Sicht zu stabilisieren. Die Untersuchung angebotener Nachsorgeangebote in 30 Mutter-Kind-Kliniken, erhoben durch Internetrecherchen und telefonische Befragungen, kommt zu folgenden Ergebnissen. 24 der 30 Mutter-Kind-Kliniken bieten kein Nachsorgeangebot an. Drei der 30 Kliniken bieten ihren Rehabilitandinnen nach dem Aufenthalt ein Webportal zur Nachsorge an. Des Weiteren wird ein Kurnachbehandlungswochenende von zwei Kliniken angeboten. Letztere Klinik hat das Angebot einer telefonischen Sprechstunde in psychologischen Angelegenheiten für Rehabilitandinnen nach ihrem Aufenthalt.

Abstract

The development of Germany's population continuously gaining weight over the last decades, lead to a problematic situation: Obesity is no longer just a medical but an important economical issue. Experts estimate the costs for German health insurances up to 214 billion Euros per year. Especially the share of women with children is notably represented among the group of obese people. Therefore this study examines the existing after-care following a rehabilitation treatment at mother-child-centers with its focus on obesity. According to the female patients a three week therapy has a positive effect on their general health situation. This short-term effect was verified by results of a study conducted by the author in June 2010. An average weight loss of 1.6 kg was noticed after a three week treatment with a sample of 21 women. Other studies have shown that long-term after-care programs can enhance these results and help patients and their families to adopt a healthier life style, including a healthy diet, physical activity or relaxation. However, despite these facts a survey conducted among 30 mother-child-rehabilitation-facilities revealed that only six of them offer a long-term mentoring or other forms of support following the three week program at the clinic and that a of the therapy's result was neglected in many cases. The purpose of this study was to invest if. More over the author develops a list of key criteria for the success of the implementation of a long-term program for the mentoring of obese patients. Namely, these were among others "accessibility of the program", "duration of mentoring" or "personal contact".

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	2
Abstract	3
Inhaltsverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
1 Einleitung	7
1.1 Problemstellung	8
1.2 Fragestellung.....	9
1.3 Zielsetzung	9
1.4 Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit.....	9
2 Übergewicht und Adipositas	10
2.1 Definition und Klassifikation.....	10
2.2 Patientengruppe Mütter	11
3 Mutter-Kind-Maßnahme	12
3.1 Ziele einer Rehabilitations-Maßnahme.....	12
3.2 Beschreibung eines Rehabilitationsaufenthaltes am Beispiel der Ostseeklinik Grömitz.....	13
3.3 Praxissemester in der Ostseeklinik Grömitz	15
4 Untersuchung	17
4.1 Ermittlung des durchschnittlichen Gewichtsverlusts bei einer stationären Mutter-Kind-Maßnahme	17
4.1.1 Studiendesign.....	17
4.1.2 Methode.....	17
4.1.2.1 Erhebungsinstrumente	17
4.1.2.2 Datenerhebung und Stichprobenbeschreibung.....	18
4.1.3 Ergebnis.....	18
4.2 Bestehende Nachsorgeprogramme	19
4.2.1 Studiendesign	19
4.2.2 Methode.....	19
4.2.3. Ergebnis	20

4.2.3.1 Angebot	20
4.2.3.2 Erfolgskontrollen	22
5 Erfolgskriterien für Nachsorgeprogramme – Empfehlungen für das „Ideale Nachsorgeprogramm“	24
5.1 Ziele	24
5.2 Rahmenbedingungen	24
5.3 Programminhalte	25
5.3 Überprüfung des Erfolges	26
6 Diskussion	27
6.1 Durchschnittlicher Gewichtsverlust	27
6.2 Bestehende Nachsorgeprogramme	27
7 Fazit	30
8 Ausblick	31
Literaturverzeichnis	32
Eidesstattliche Erklärung	37
Anhang	38

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Durchschnittliches Gewicht vor (T1) und nach (T2) dreiwöchiger stationärer Adipositasbehandlung bei n = 21 Frauen

Abbildung 2: Angebote von Nachsorgeprogrammen in n = 30 Kliniken

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gewichtsklassifikation bei Erwachsenen anhand des BMI nach WHO

Abkürzungsverzeichnis

AOK Allgemeine Ortskrankenkassen

BMI Body Mass Index

DGE Deutsche Gesellschaft für Ernährung

EKG Elektrokardiogramm

KAG Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung

MH Medizinische Hochschule Hannover

WHO World Health Organisation

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Die stetige Zunahme an Körpergewicht der deutschen Bevölkerung wird mehr und mehr zu einem sozial-medizinischen – und damit auch zu einem volkswirtschaftlichen – Problem. Die Auswirkungen auf die Berufs- und Erwerbsfähigkeit, insbesondere durch die Belastungen auf den Bewegungsapparat, sind erheblich. Untersuchungen zufolge sind Adipöse doppelt so häufig berufs- und/oder erwerbsunfähig als Normalgewichtige (Gercke, 1972, S. 208). Für die deutsche Rentenversicherung und Krankenkassen zählen Adipositas und deren Folgeerkrankungen zu den wichtigsten Einzelerkrankungen in Deutschland (Hebebrand et al., 2004, S.2473).

“Eine Studie schätzt die direkten Kosten von Adipositas für die Krankenkassen in Deutschland schon heute auf 216 Millionen Euro im Jahr. Für die Ausfälle an Produktivität und Arbeitskraft kommen auf die Volkswirtschaft noch einmal 214 Millionen Euro zu. Bezieht man dann noch mit ein, was Folge- und Begleiterkrankungen kosten, so kommt man schnell auf Beträge in Milliardenhöhe. Manche Forscher errechnen Gesamtkosten von bis zu 13 Milliarden Euro pro Jahr.“ (Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 17.09.2006)

Aufgrund von Mehrfachbelastungen durch Beruf, Haushalt und Familie gehören auffallend viele Mütter zu der von Adipositas betroffenen Bevölkerungsgruppe. Rehabilitationsaufenthalte in Mutter-Kind-Kliniken bieten daher speziell Müttern mit Adipositas die Möglichkeit, ihr Körpergewicht durch geeignete Therapieformen zu reduzieren. Dennoch ist ein stationärer Aufenthalt in der Regel auf drei Wochen beschränkt (Bleicher et al. 2003, S.11). Eine erfolgreiche Ernährungsumstellung, eine Verhaltensmodifikation bezüglich Ernährung und Bewegung, sowie eine Gewichtsreduktion bis zum Normalgewicht können bei solch einem kurzen Klinikaufenthalt nicht erreicht werden bzw. erste Erfolge sind nicht von Dauer (Otto und Arnold-Kerri, 2009, S.404).

1.2 Fragestellung

Aufgrund des oben beschriebenen Problems beschäftigt sich diese wissenschaftliche Arbeit mit den Fragen:

- „Sind Nachsorgeprogramme im Anschluss an eine Mutter-Kind-Vorsorgemaßnahme erforderlich?“
- „Sind die existierenden von Mutter-Kind-Kliniken angebotenen Nachsorgeprogramme im Rahmen der Adipositasbehandlung ausreichend?“

Dabei wird untersucht, welche Art der Nachbehandlungen es von Kliniken in Deutschland gibt und u. A. ob die Teilnahme der Patientinnen bzw. die Erfolge des Programms überprüft werden.

1.3 Zielsetzung

Das Ziel dieser Arbeit ist es die Kriterien zur Bewertung des Erfolgs von Nachsorgeprogrammen aufzustellen, anhand dieser Kriterien die existierenden Nachsorgeangebote zu bewerten und Empfehlungen für zukünftige Verbesserungen zu geben.

1.4 Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit

Zur Vorbereitung in der ersten Phase und im weiteren Verlauf der Arbeit wurde geeignete Literatur recherchiert und gesichtet. Anschließend folgte eine telefonische Befragung von 30 Mutter-Kind-Kliniken in Deutschland mit Hilfe eines Telefonprotokolls (siehe Anhang). Am Ende wurden die Ergebnisse niedergeschrieben und diskutiert.

Zunächst wird der Begriff Adipositas definiert und die Ziele von Mutter-Kind-Maßnahmen in Bezug auf Adipositas bei Müttern, sowie den kurzfristigen Nutzen einer Mutter-Kind-Kur beschrieben. Anschließend werden das Nachsorgeangebot und den Erfolg von Mutter- Kind-Kliniken untersucht. In *Kapitel 4* werden Kriterien zur Bewertung für den Erfolg eines Nachsorgeprogrammes im Anschluss an den stationären Reha-Aufenthalt in einer Mutter-Kind-Klinik aufgestellt und diskutiert. Eine abschließende Diskussion folgt. Am Ende werden Schlussfolgerungen gezogen und ein Ausblick gegeben.

2 Übergewicht und Adipositas

2.1 Definition und Klassifikation

Die chronische Krankheit Adipositas ist definiert als „eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts“ (Hauner et al., 2007, S.6), welche gesundheitliche Risiken zur Folge haben kann. Zur Messung und Klassifizierung dient der Körpermassenindex (Body Mass Index [BMI]). Der BMI ergibt sich aus dem Körpergewicht in Kilogramm (kg), dividiert durch das Quadrat der Körperlänge (m) (Hoff-Emden, 2009, S.161).

$$\text{BMI (kg/m}^2\text{)} = \frac{\text{Körpergewicht (kg)}}{\text{Körperlänge (m)}^2}$$

Laut WHO (2000, S.8) gilt ein Erwachsener als adipös mit einem BMI von 30 oder höher.

BMI (kg/m ²)	Kategorie	Risiko für Begleiterkrankungen
< 18,5	Untergewicht	niedrig
18,5 – 24,9	Normalgewicht	durchschnittlich
≥ 25,0	Übergewicht	
25 – 29,9	Präadipositas	gering erhöht
30 – 34,9	Adipositas Grad I	erhöht
35 – 39,9	Adipositas Grad II	hoch
≥ 40	Adipositas Grad III	sehr hoch

Tabelle 1: Gewichtsklassifikation bei Erwachsenen anhand des BMI nach WHO
Quelle: Hauner et al., 2007, S.6

Als Ursache wird grundsätzlich die längerfristig erhöhte Energiezufuhr in Kombination mit einem verminderten Energieverbrauch verstanden (Pudel und Westenhöfer, 1998, S.134). Auch genetische Faktoren können eine Gewichtszunahme bewirken. Die von der Fachliteratur am häufigsten genannten Ursachen für Adipositas sind dennoch die übermäßige Zufuhr fett- und zuckerhaltiger Lebensmittel sowie der übermäßige Alkoholkonsum und der Konsum energiereicher Ge-

tränke sowie eine verminderte körperliche Aktivität. Selten können die Einnahme von Medikamenten (z.B. Insulin, Sulfonylharnstoffe, trizyklische Antidepressiva oder Kortikosteroide) oder endokrine Ursachen zu extremem Übergewicht führen (Hillmann et al., 2005, S. 35).

In Deutschland sind 20% aller Erwachsenen adipös ($\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$) und ca. 5% deutlich adipös ($\text{BMI} > 35 \text{ kg/m}^2$) (Bergmann et al., 1989, S. 205). Die Krankheit birgt das Risiko einer erhöhten Morbidität. Zu den Begleit- und Folgeerkrankungen von Adipositas zählen unter anderem metabolische Störungen, Hypertonie, kardiovaskuläre Krankheiten, Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats, Diabetes mellitus Typ II, pneumologische Krankheiten und psychische Beeinträchtigungen (Hillmann et al., 2005, S.35).

2.2 Patientengruppe Mütter

Mütter sind vielfältigen gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen im Alltag ausgesetzt. Spezifische Belastungen bei Müttern sind beispielsweise ständiger Zeitdruck, die Thematik von der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die finanzielle Situation oder die Versorgung kranker Angehöriger (Elly Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk, 2006, S.2). In Mutter-Kind-Kliniken können sich die Frauen eine Auszeit nehmen und sich für ihre Bedürfnisse und Ansprüche zugeschnittene Gesundheitsprogramme konzentrieren (Elly Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk, o.J.) welche optimale Voraussetzungen sind, um gute Therapieeffekte bezüglich der Krankheit Adipositas erzielen können. Viele Frauen schätzen ihren Gesundheitszustand nach einem Rehabilitationsaufenthalt in einer Mutter-Kind-Einrichtung als erheblich verbessert ein (Meixner, 2001, S. 288). Bei der Behandlung psychischer und somatischer Schwerpunktindikationen hält die Verbesserung des Gesundheitszustandes auch noch nach 6 Monaten bei über 50% der Patientinnen an. Eine positive Bewertung durch die Patientinnen der Mutter-Kind-Maßnahme ist zudem auch noch nach 12 Monaten zu beobachten (Collatz, 2002, S.54). Jedoch ist es fraglich, ob die subjektive Selbsteinschätzung auch nach objektiven Messkriterien wie z.B. die Messung des Gewichts, eine Blutanalyse oder durch ein Blutdruck- und (Langzeit-) EKG die subjektive Wahrnehmung der Patienten bestätigen würde.

3 Mutter-Kind-Maßnahme

3.1 Ziele einer Rehabilitations-Maßnahme

Die Ziele einer Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme liegen zum einen darin, mit der Erkrankung angemessen umzugehen, zum anderen eine Verschlechterung desselben aufzuhalten und eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erreichen (Klinik Grömitz GmbH & Co. KG, 2009), um das Risiko einer Erwerbs- und Berufsunfähigkeit zu verringern (Hillmann et al., 2005, S. 35).

Bei den Patientinnen wird eine angemessene Einstellung zu ihrer Erkrankung im Sinne der aktiven Krankheitsverarbeitung gefördert (Mühler et al., 2009).

Die Entlastung in Zusammenhang mit dem bei einer stationären Maßnahme verbundenen Wegfall der alltäglichen Belastung der Mütter wie z.B.: Berufstätigkeit, Haushalt, Termine, langen Wegen zu Einrichtung mit Mutter-Kind-Behandlungen und der damit verbundenen Zeitgewinn für Mutter und Kind führt zu einer neuen Qualität der Mutter-Kind-Beziehung und wirkt damit positiv auf die Gesundheit.

Die Deutsche Adipositas Gesellschaft definiert in ihrer Leitlinie zur „Adipositas therapie in Reha-Kliniken“ die Therapieziele zum Zeitpunkt der Maßnahme während eines stationären Aufenthalts wie folgt:

- „Eine dauerhafte Lebensstiländerung“
- „Eine Gewichtsreduktion von ca. 1kg pro Woche“
- „Die Verbesserung der bestehenden Co-Morbiditäten“
- „Die Steigerung der körperliche Leistungsfähigkeit“
- „Die Verbesserung der psychosozialen Befindlichkeit und Lebensqualität“
- „Das Erarbeiten wirksamer Selbstmanagementstrategien sowie langfristige individuelle Therapieziele, unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände“
- „Die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit erfolgt nach dem stationären Aufenthalt“ (Bleicher et al., 2003, S.8)

Langfristige Ziele der ambulanten Behandlung sind:

- „Die Reduktion des Körpergewichts um mindestens 5-10 Prozent im ersten Behandlungsjahr“
 - „Die langfristige Minderung begleitender Risikofaktoren“
 - „Die Steigerung der Lebensqualität und psychosoziale Befindlichkeit“
 - „Die Verhinderung einer Erwerbs- und Berufsunfähigkeit“
 - „Das Abwenden einer eventuellen Pflegebedürftigkeit“
- (Bleicher et al., 2003, S.6)

3.2 Beschreibung eines Rehabilitationsaufenthaltes am Beispiel der Ostseeklinik Grömitz

Das folgende interdisziplinäre Therapiekonzept für die Behandlung von Adipositas im Erwachsenenalter entspricht dem Therapieansatz der Ostseeklinik Grömitz – Rehabilitationsklinik für Mutter und Kind. Die Mutter-Kind-Klinik ist eine Privatkrankenanstalt und ist allen Versicherten in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zugänglich. In der genannten Einrichtung werden stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge und zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Kinder inklusive Unterkunft und Verpflegung erbracht. 117 Mütter mit etwa 160 bis 200 Kindern, im Alter von 2 bis 12 Jahren, werden im 3-Wochen-Rhythmus medizinisch und therapeutisch behandelt. Zu den Hauptindikationen für die Behandlung in der Ostseeklinik Grömitz gehören Erkrankungen der Atemwege (z.B. Asthma bronchiale, rezidivierende und chronische Bronchitis), Hauterkrankungen (z.B. Neurodermitis und Kontaktekzem), seelische Störungen (z.B. Erschöpfungssyndrome, Anpassungsstörungen und Neurasthenie) und psychosomatische Krankheiten. Zu den Nebenindikationen zählen Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparates, Kinder mit Entwicklungs- und Wahrnehmungsstörungen, Hyperaktivität, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Hypotonie, Hypertonie, funktionelle Herz-Kreislaufstörungen), Übergewicht und Stoffwechselerkrankungen (Klinik Grömitz GmbH & Co. KG, 2009).

Zu Beginn der Maßnahme finden je ein ärztliches, psychosoziales und ernährungstherapeutisches Aufnahmegespräch mit der Patientin zur Anamnese der Adipositas, sowie zur Erhebung weiterer Begleiterkrankungen, statt. Des Weiteren erfolgen klinische internistische Untersuchungen, die Ermittlung des Körpergewichts mit Hilfe einer Fettanalysewaage (erfolgt zu Beginn sowie zum Ende der

Maßnahme) und bei Bedarf Laboruntersuchungen wie Blutanalyse, Blutdruck und (Langzeit-) EKG.

Die Ostseeklinik Grömitz bietet Rehabilitandinnen mit einem BMI von 30 oder höher als Therapiemaßnahme das Adipositas-Komplexprogramm an. Dieses Programm setzt sich aus drei Therapiebereichen zusammen: der psychologischen Gesprächsgruppe, sowie der Sport- und Ernährungstherapie. Je nach Behandlungserfordernissen kann die Patientin zusätzliche Maßnahmen aus der Entspannungstherapie (progressive Muskelentspannung nach Jacobsen oder Tai Chi) sowie individuelle physikalische und psychosoziale Therapien wahrnehmen. Eine betreute psychologische Gesprächsgruppe vermittelt das Verständnis für die Krankheit und ihrer Entstehung unter Berücksichtigung der aktuellen Lebensumstände. Die Frauen erarbeiten Problemlösetechniken zur Verhaltensänderung in schwierigen Situationen wie z.B. Essen zur Belohnung, bei Stress, bei Langeweile, Einsamkeit oder Kummer. Auch Themen wie die Rückfallprophylaxe, Stimulus-Kontrolltechniken sowie motivationale Strategien werden gemeinsam entwickelt, um nach der Maßnahme neuerlernte Verhaltensmethoden beizubehalten. Die Gruppentherapie dient zusätzlich dem Erfahrungsaustausch unter Mitbetroffenen. Des Weiteren wird die Bedeutung von realistischen Zwischenzielen zur Gewichtsreduktion erlernt, um durch spätere Erfolgserlebnisse weiterhin motiviert zu sein. In der Ernährungstherapie wird die Patientin zu Beginn und zum Ende der Maßnahme mit Hilfe einer Fettanalysewaage gewogen und deren Body-Maß-Index (BMI) berechnet. In einem Beratungsgespräch mit der Diätassistentin wird gemeinsam ein individuelles realistisches Abnahmeziel bestimmt. Es finden zwei Theorieveranstaltungen mit den Schwerpunkten Adipositas, deren Ursachen, gesundheitliche Folgen und die Bedeutung des BMIs sowie gesunde vollwertige Ernährung statt. Dabei richten sich die Zufuhrempfehlungen, die den Teilnehmerinnen vermittelt werden sollen, nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 2008). Die praktische Einheit in der Lehrküche bietet den Müttern neue Einblicke in Bezug auf eine fettarme und zuckerreduzierte Zubereitung von Speisen. Entsprechende Mengen- und Portionsgrößen sowie Tipps für den Einkauf werden thematisiert. Die Frauen erhalten während der Maßnahme mittags eine fettreduzierte Kost und können sich zum

Frühstück und Abendbrot am Buffet bedienen, bei dem die Speisen mit deren Fettgehalt gekennzeichnet sind.

Die Sporttherapie dient grundsätzlich dazu, den Patientinnen Freude an der Bewegung und damit erste Erfolgserlebnisse zu vermitteln, sowie die Körperwahrnehmung, Ausdauer, Kräftigung und Beweglichkeit zu steigern. Je nach körperlicher Belastbarkeit können die Frauen Ausdauersportarten wie Ergometertraining, Nordic Walking, Walking, Wassergymnastik und Fahrradtouren oder auch Sportspiele ausführen. Frauen mit einem BMI über 40 mit massiven Einschränkungen des Bewegungsapparates oder Herzkreislaufsystems erhalten auch eine Einzel-sporttherapie.

Bei dem beschriebenen Komplex-Programm liegt der Fokus auf den präventiven Maßnahmen zur erfolgreichen Gewichtsreduktion im gewohnten Umfeld nach dem Reha-Aufenthalt. Ziel ist es, dass trotz Mehrfachbelastung der Frauen im Alltag das Erlernte umsetzbar ist und kleine Schritte der Veränderung ermöglicht werden.

Am Ende jeder Maßnahme werden Informationen über den Therapieverlauf in Form eines Arztbriefes an den behandelnden Hausarzt gesendet (Mühler et al., 2009)

3.3 Praxissemester in der Ostseeklinik Grömitz

Im Rahmen ihres Studiums der Ökotrophologie an der HAW Hamburg hat die Autorin ihr Praxissemester in der Ostseeklinik Grömitz – Rehabilitationsklinik für Mutter und Kind von September 2009 bis Januar 2010 absolviert.

StudentInnen der Ökotrophologie absolvieren ihr Praktikum in der Ernährungstherapie, die sich in die Bereiche der Diätküche, der Ernährungsberatung und in organisatorische Aufgaben gliedert. In der Diätküche erlernen PraktikantInnen die Zubereitung der Diätkostformen bei Nahrungsmittelintoleranzen (wie z.B. eine Unverträglichkeit auf Laktose oder Gluten), speziellen Ernährungsformen (z.B. leichte Vollkost, Aufbaukost, Fasten oder Reduktionskost und Kostformen für Kleinkinder) für Mütter und Kinder. Auch die Lagerung und Beschaffung spezieller Diätproduk-

te, Säuglingsnahrung und allergenarme Lebensmittel gehören in den Aufgabenbereich. Im Bereich der Ernährungsberatung leiten PraktikantInnen Gruppenschulungen für Mütter mit Übergewicht und Adipositas und für deren übergewichtige Kinder. Bei Einzelberatungen zum Thema Diabetes mellitus, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Gewichtsstabilisierung und -reduktion, Stoffwechselstörungen, gastroenterologische Erkrankungen oder Stoffwechselstörungen sind PraktikantInnen zunächst während der Beratung mit anwesend und können später die Patientinnen selbständig beraten. Zu den organisatorischen Aufgaben gehört die Dokumentation der Aufnahmegespräche für beispielsweise allergenarme Kostformen oder die Teilnahme an Ernährungsschulungen. Auch das Bestellen diätetischer und allergenarmer Lebensmittel (z.B. glutenfreies Brot oder laktosefreie Milch sowie Säuglingsnahrung), das Vor- und Nachbereiten von Schulungen in der Lehrküche oder das Erstellen von Diagnoseberichten über die Teilnahme von Schulungen und Beratungsgesprächen sowie über die Einnahme bestimmter Sonderkostformen (z.B. hochkalorische Aufbaukost, Reduktionskost, allergenarme Kost oder angepasste Kost für Diabetiker) der Patienten gehört dazu.

ÖkotrophologiestudentInnen stehen während ihres Praxissemesters in ständiger Rücksprache mit der Diätassistentin, dem Küchenchef sowie dem Servicepersonal.

4 Untersuchung

4.1 Ermittlung des durchschnittlichen Gewichtsverlusts bei einer stationären Mutter-Kind-Maßnahme

Die folgende Untersuchung dient zur objektiven Überprüfung des kurzfristigen Erfolgs (Gewichtsverlust) nach einem dreiwöchigem Rehabilitationsaufenthalt in einer Mutter-Kind-Klinik. In diesem Rahmen stellte der leitende Arzt der Ostseeklinik Grömitz Daten zur Auswertung der Wiegeprotokolle zur Verfügung (siehe Anhang). Die Veröffentlichung dieser Daten benötigte keine besondere Genehmigung der Teilnehmerinnen, da ihre Daten anonymisiert wurden.

4.1.1 Studiendesign

Bei diesem Teil der Untersuchung handelt es sich um eine deskriptive Längsschnittstudie, die den durchschnittlichen Gewichtsverlust anhand einer Stichprobe von $n = 22$ Frauen ermittelt. Die Parameter sind die Messungen des Gewichts und wurden zu Beginn und Ende der Rehabilitationsmaßnahme ermittelt. Das Körpergewicht ist eine valide Kennzahl in Bezug auf die Berechnung des Mittelwertes des Gewichtsverlustes. Es wird sich auf die Frage konzentriert: „Wie viel Gewicht verlieren die Frauen bei einem dreiwöchigen Rehabilitationsaufenthalt?“ um anschließend einen Richtwert für die weitere Gewichtsabnahme für ein Nachsorgeprogramm zu erhalten.

4.1.2 Methode

4.1.2.1 Erhebungsinstrumente

Das Erhebungsinstrument ist eine Körper-Analysewaage, mit der zwei Messungen pro Patientin durchgeführt wurden. Die Tanita Körper- Analysewaage TBF-410 ist geeicht und ermittelt bei Eingabe von Modus (Normal und Sportlich), Geschlecht (m/w), Alter (J) und Körpergröße(cm) folgende Messdaten:

- Körpergewicht (kg)
- BMI (kg/m^2)
- Grundumsatz (kj/kcal)
- Impedanz (Ω)

- Fettanteil (%)
 - Fettmasse (kg)
 - fettfreie Masse (kg)
 - Körperwasser (kg)
 - Idealbereich des Fettanteils (%)
 - Fettmasse (kg)
- (Tanita GmbH, 2009)

Die Frauen stellten sich barfuß auf die Waage, wobei für die Kleidung 1 kg vom Körpergewicht abgezogen wurde.

4.1.2.2 Datenerhebung und Stichprobenbeschreibung

Die Wiegedaten wurden im Zeitraum von Juni bis August 2010 erhoben. 22 Frauen im Alter von 30 bis 49 Jahre (Mittelwert: 39,4 Jahre) mit einem BMI > 29,6 wurden in die Auswertung eingeschlossen. Das durchschnittliche Gewicht der Frauen betrug 98,0 kg. Aufgrund eines fehlenden Messwertes zum Ende der Maßnahme wurde eine der 22 Frauen nicht in die Stichprobe einbezogen.

Die Frauen nahmen während der dreiwöchigen Mutter-Kind-Maßnahme am Adipositas-Komplex-Programm teil. Die Frauen wurden nüchtern vor dem Frühstück jeweils am ersten und letzten Sonntag der Maßnahme von einem Mitarbeiter der medizinischen Abteilung der Ostseeklinik Grömitz gemessen.

4.1.3 Ergebnis

Die folgende Abbildung 1 soll den durchschnittlichen Gewichtsverlust nach einer dreiwöchigen Adipositasbehandlung veranschaulichen. Das durchschnittliche Gewicht zu Beginn T1 betrug 98,9 kg und das durchschnittliche Gewicht zum Ende der Maßnahme T2 betrug 97,3 kg. Der durchschnittliche BMI von 34,7 kg/m² sank während der Maßnahme um 0,5 kg/m² auf 34,2 kg/m². Zwei der 21 Patientinnen nahmen an Gewicht zu. Der durchschnittliche Gewichtsverlust der Frauen betrug 1,6 kg (siehe auch Anhang).

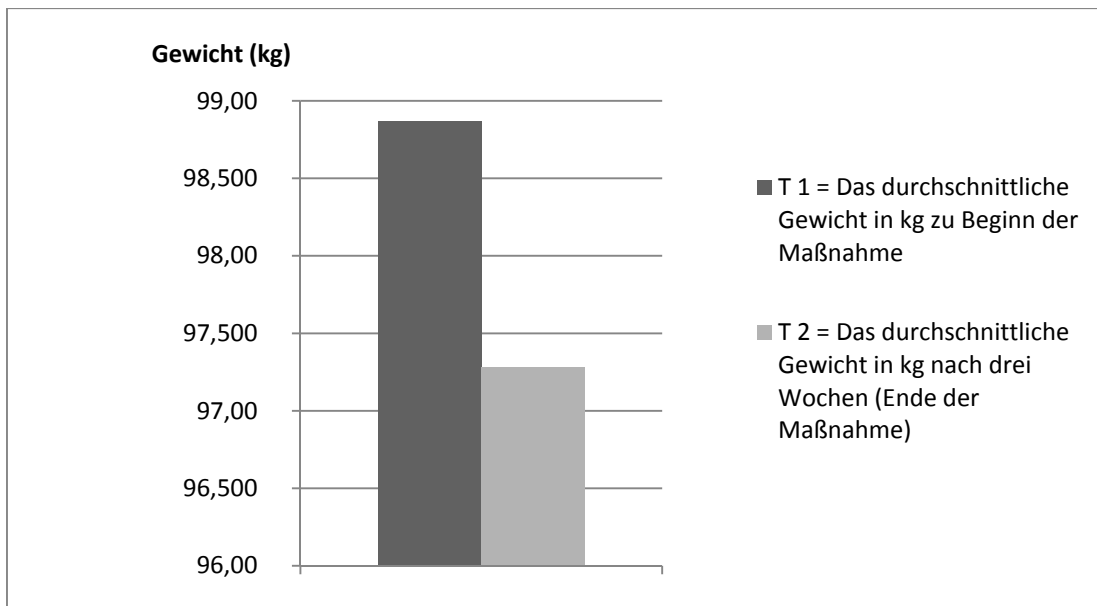


Abbildung 1: Durchschnittliches Gewicht vor (T1) und nach (T2) dreiwöchiger stationärer Adipositasbehandlung bei n = 21 Frauen, Quelle: Frick, 2010

4.2 Bestehende Nachsorgeprogramme

4.2.1 Studiendesign

Damit ein Nachsorgeprogramm mit Hilfe von festgelegten Kriterien bewertet werden kann, wurde zunächst n = 30 Kliniken auf ihr Nachsorgeangebot geprüft. Dieser Teil der Untersuchung konzentriert sich auf die Frage „Wie viele Mutter-Kind-Kliniken bieten ein Nachsorgeprogramm für Frauen mit der Indikation Adipositas an?“ und „Wird die Teilnahme der Frauen oder ein sonstiger Erfolg überprüft?“

4.2.2 Methode

Mit Hilfe von Einschlusskriterien wurde eine Auswahl an Mutter-Kind-Kliniken getroffen und auf deren Websites Informationen zu möglichen Nachsorgeangeboten eingeholt. Des Weiteren erfolgte eine telefonische Befragung der ausgewählten Kliniken zur Verifizierung der Informationen. Die Erhebung der Informationen fand im Zeitraum von Juli bis August 2010 statt.

Bei einer Anzahl von 117 Mutter-Vater-Kind-Kliniken in Deutschland mit Indikation Stoffwechselerkrankungen wurde eine Stichprobe von n = 30 Kliniken unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien untersucht (Medizinische Medien Informations GmbH, 2010). Einschlusskriterien für die Stichprobe waren:

1. dass es sich bei den Kliniken um Vorsorge- und/oder Rehabilitationskliniken
2. für Mütter und Kinder
3. mit einer Haupt- oder Nebenindikation von Adipositas bei den Müttern handelte.

Die Indikation der Kinder sowie die Standortverteilung der Kliniken wurden nicht berücksichtigt. Untersucht wurden die Kliniken auf ihr Nachsorgeangebot und dessen Erfolg. Aufgrund der zeitlichen Begrenzung zur Bearbeitung dieses Themas wurde die untersuchte Stichprobengröße auf 30 Kliniken beschränkt. Eine detaillierte Tabelle mit der Auflistung aller Kliniken ist im Anhang dieser Arbeit dargestellt.

4.2.3. Ergebnis

4.2.3.1 Angebot

In dem Zeitraum von Juli bis August 2010 bei einer Stichprobe von $n = 30$ Mutter-Kind-Kliniken boten 24 Kliniken kein Nachsorgeangebot im Anschluss an eine Vorsorge bzw. Rehabilitationsmaßnahme für Frauen mit einer Haupt- oder Nebenindikation Adipositas an. Diese 24 schicken zusammen mit den Patientenbriefen eine Empfehlung zur Nachsorgebehandlung für die Rehabilitandinnen an den Hausarzt.

Drei der $n = 30$ Kliniken boten ihren Rehabilitandinnen nach dem stationären Aufenthalt, ein Webportal zur Nachsorge an. Zwei von 30 Kliniken planten die Einführung eines Webportals. Die AOK Kliniken Amrum und Rügen der REHASAN-Gruppe boten das Webportal: „rehasonanz Nachhaltigkeitsprogramm“ für eine Nachbetreuung von weiteren zwölf Monaten nach dem stationären Aufenthalt an. Die Rehabilitandinnen bestimmten dabei mit ihrem behandelnden Arzt ein individuelles Ziel und hatten dann ein Jahr Zeit, auf ihre Indikation zutreffendes „Kurwissen“ zu vertiefen und im Alltag umzusetzen. Mit Hilfe des Webportals blieben die Frauen in Kontakt und konnten Erfahrungen austauschen sowie sich gegenseitig motivieren (REHASAN Konzept GmbH, 2008).

Die Kurklinik Strandrobbe bot als Nachsorgeangebot ein Kur-Forum auf der Website an, zur Kommunikation mit anderen ehemaligen Kur-Patientinnen und zur Information der Themenschwerpunkte Gesundheit, Bewegung und Entspannung.

Bei Interesse erhielten die Frauen eine individuelle „Strandrobbe-Kur-Nachsorge-Information“ (Kurklinik Strandrobbe, 2010).

Des Weiteren wurde eine telefonische Sprechstunde für psychologischen Angelegenheiten für Rehabilitandinnen nach ihrem Aufenthalt von der Mutter-Kind-Klinik Nordseeküste angeboten (Klinik Nordseeküste KG, o.J.).

Zwei Mutter-Kind-Kuren boten ihren Rehabilitandinnen ein Kurnachbehandlungswochenende an. Zur Nachbereitung des erlernten „Kurwissen“ sowie zum Erfahrungsaustausch mit anderen Rehabilitandinnen wurde das Wochenende von dem Haus Waldmühle an zwei bis drei Terminen im Jahr angeboten (Haus Waldmühle Braunlage, o.J.). Das Caritas-Haus Feldberg bot seinen Rehabilitandinnen ein Stabilisierungsangebot zur Festigung und Auffrischung erlernter Strategien, in Kombination mit Entspannungs- und Bewegungselementen an. An einem Wochenende tauschten die Frauen Erfahrungswerte über den Verlauf nach dem Aufenthalt bzw. die Umsetzung des Erlernten im Familienalltag aus. Bei Bedarf wurden auch Kurse in Progressiver Muskelentspannung und Nordic Walking angeboten (Interdisziplinäres Therapiezentrum Caritas-Haus Feldberg GmbH, o.J.).

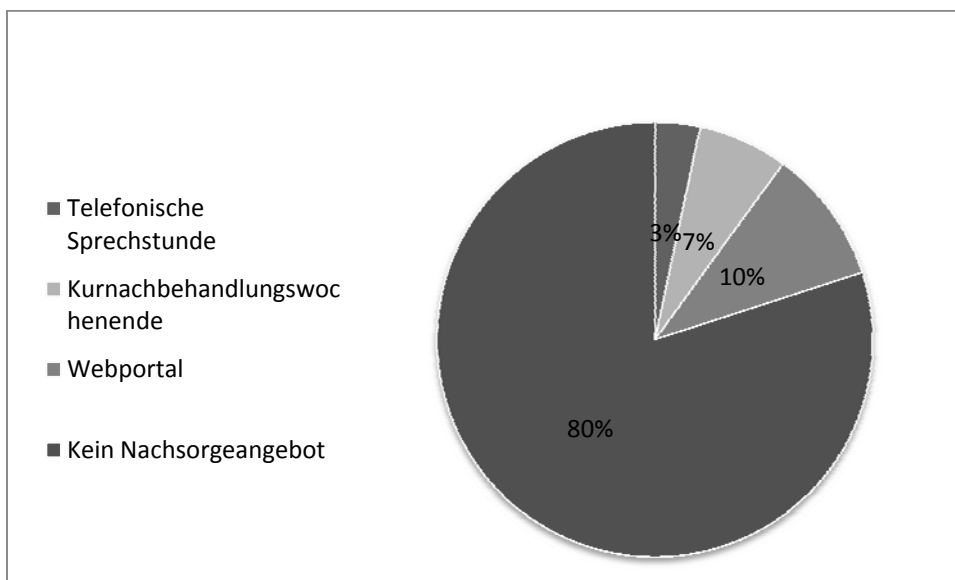


Abbildung 2: Angebote von Nachsorgeprogrammen in $n = 30$ Kliniken, Quelle: Frick, 2010

Neun der $n = 30$ Mutter-Kind-Kliniken waren der Katholischen Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung (KAG) angeschlossen. Die KAG ist eine Arbeitsgemeinschaft innerhalb des Deutschen Caritasverbandes und deutschlandweit sind der KAG –

dem größten Anbieter von Mutter- / Mutter-Kind- / Vater-Kind-Maßnahmen –400 Beratungsstellen und 23 Mutter- / Mutter-Kind / Vater-Kind Kliniken angeschlossen. (Deutscher Caritasverband, 2010). Die Beratungsstellen der KAG für Müttergenesung bieten Frauen nach ihrem Aufenthalt in einer Mutter-Kind-Klinik die Vermittlung von Adressen für weitere Behandlungsmöglichkeiten vor Ort an. Dies können Treffen in Gruppen, Angebote zum Stressabbau, Ernährungsberatung oder soziale Beratung zu unterschiedlichen Problemen sein (KAG Müttergenesung, 2010).

4.2.3.2 Erfolgskontrollen

Bei der Stichprobe von $n = 30$ Kliniken waren zwölf Kliniken Mitglied beim Forschungsverbund Familiengesundheit der MH Hannover und dem Deutschen Müttergenesungswerk / Elly-Heuss-Knapp-Stiftung. Dieser Verband ließ bereits in einer anderen Studie die Erfolge der Rehabilitationsaufenthalte überprüfen. Die Untersuchungen dazu erfolgten zwischen Juni und September 2008 und jeweils nach sechs und zwölf Monaten. Während dieses Zeitraums nehmen die Teilnehmer an Nachbetreuungsangeboten des Richtig-Essen-Institutes Berlin, oder an spezifischen Angeboten der jeweiligen Krankenkasse am Wohnort der Patienten teil oder wurden vom Hausarzt betreut. Die Studie des Verbunds diente zur Erkenntnisgewinnung für die Verbesserung der Therapiemaßnahmen in Hinblick auf die Bewegungs- und Ernährungsangebote bei den teilnehmenden Vorsorge- und Rehabilitationskliniken und den behandelnden Ärzten. Auch die Patienten erhielten Hinweise zur Verbesserung ihrer Therapiemöglichkeiten (Forschungsverbund Familiengesundheit, Medizinische Hochschule Hannover, 2010). Die Adipositas-Studie war zum Abgabzeitpunkt der vorliegenden Arbeit noch nicht abgeschlossen. Dennoch konnten bei Müttern bereits erste kurzfristige Therapieeffekte ausgewertet werden (Otto und Arnold-Kerri, 2009, S.404).

Zwei der 30 Kliniken – die AOK Klinik Rügen und die AOK Nordseeklinik Amrum – überprüften die Teilnahme bzw. den Erfolg ihres Nachsorgeprogrammes mit Hilfe von Fragebögen und der Messung der Aktivität innerhalb des Webportals. Zudem wurden die Frauen nach einem Jahr von ihrem Hausarzt gewogen. Die Klinik

Feldberg, Altglashütten plante die Durchführung einer Katamnese 6 Monate nach dem Aufenthalt der Frauen, um den Gesundheitszustand zu überprüfen.

5 Erfolgskriterien für Nachsorgeprogramme – Empfehlungen für das „Ideale Nachsorgeprogramm“

5.1 Ziele

Bei der Untersuchung von Nachsorgeprogrammen im Anschluss an einen stationären Aufenthalt fielen sich eine Reihe von übergeordneten Zielen auf, die bei der Implementierung von Nachsorgeprogrammen eine wichtige Rolle spielen.

Diese anzustrebenden Ziele sind:

- die Verankerung des während des Reha-Aufenthaltes erlernten Wissens
- eine langfristige Gewichtsreduktion bzw. ein Verlust des Gewichtes von ca. 1,6 kg nach jeweils drei Wochen
- Verbesserung des Ess- und Bewegungsverhaltens, in das die Familie mit einbezogen wird (Hoff-Emden, 2009, S.161)
- eine langfristige Verhaltensänderung und die Anwendung geeigneter Problembewältigungsstrategien (Hoff-Emden, 2009, S.161)
- eine Verbesserung bzw. Minderung von Begleit- und Folgeerkrankungen der Frauen
- die Knüpfung sozialer Kontakte zum Erfahrungsaustausch und Anhalten der Motivation
- die Möglichkeit für die Frauen alle zur Verfügung stehenden Ressourcen zu nutzen, um zu einem positiven Ergebnis zu gelangen

5.2 Rahmenbedingungen

Die ambulante Nachbetreuung sollte in gewohnter Umgebung erfolgen, um unnötige Fahrkosten und lange Anfahrten zu vermeiden und einen persönlichen Kontakt zwischen Betreuer und Teilnehmerinnen sicherzustellen. Das Programm sollte im Anschluss an den dreiwöchigen Aufenthalt für ein Jahr durchgeführt werden. Es wird empfohlen, dass ein Termin alle drei Wochen à 2 Std erfolgt. Der dreiwöchige Abstand dient zur Protokollierung des Gewichtsverlusts, um die mögliche Gewichtsreduktion von ca. 1,6 kg zu evaluieren. Bei Nachsorgeprogrammen wäre es sinnvoll die Teilnehmerzahl einer auf ca. acht Frauen zu beschränken, damit auf die Bedürfnisse jeder Teilnehmerin individuell eingegangen werden kann. Die materielle Ausstattung in Form von Gruppentherapie Räumen, einer Lehrküche,

einer Sporthalle (Hoff-Emden, 2009, S.163) bzw. eines Schwimmbades sollten idealerweise vor Ort gegeben sein. Es wird nahe gelegt, dass Schulungsmaterial von der jeweiligen Mutter-Kind-Klinik zur Verfügung gestellt wird. Basis für ein Nachsorgeprogramm ist eine professionelle Unterstützung, welche die Frauen während der Nachsorge begleitet (Aster-Schenk et al. 2008, S.10). Dieses sind in erster Linie Ärzte, ergänzend dazu Ernährungsberater, Sporttherapeuten und (Sozial-) Pädagogen. Die professionelle Unterstützung fungiert einerseits als fachkundige Begleitung, andererseits kann der Erfolg eines Nachsorgeprogrammes anhand von Verlaufsprotokollen oder Fragebögen gemessen und nachgewiesen werden. Das Personal des Nachsorgeprogrammes könnten Mitarbeiter der Mutter-Kind-Klinik sein, da diese eine langjährige Erfahrung in der Adipositas therapie aufweisen können (Hoff-Emden, 2009, S.161). Bezüglich der Kosten für Personal und Material, sollte über die mögliche Übernahme durch die Kostenträger von Mutter-Kind-Kliniken (Deutsche Rentenversicherung und Krankenkassen) überdacht werden, um im weiteren Sinne auf lange Sicht Kosten für das Gesundheitssystem zu sparen.

5.3 Programminhalte

Die Programminhalte sind an die Richtlinien zur Therapie von Adipositas der Deutschen Adipositas Gesellschaft angelehnt (Bleicher et al., 2003). Die Termine splitten sich jeweils in eine sportliche und ernährungsbezogene Einheit.

Die Sporttherapie setzt weniger den Fokus auf eine Gewichtsreduktion, sondern auf die Vermittlung von der Freude an Bewegung (Hoff-Emden, 2009, S.162). Das auf die Frauen mit Adipositas abgestimmte Bewegungsprogramm sollte gelenkschonend sein wie z.B. Schwimmen, Nordic Walking oder Gymnastik. Die Dauer einer Sporteinheit sollte 60 min mit integrierten Pausen betragen. Auch die Bedeutung der Nutzung alltäglicher Bewegungsmöglichkeiten, wie z.B. die Nutzung der Treppe statt der Rolltreppe oder die Bevorzugung des Fahrrads statt des Autos sollte verdeutlicht werden.

Ein Essverhaltenstraining sollte den Frauen die Möglichkeit geben neues Wissen zu erlangen, ihre Motivation für gesunde Ernährung zu steigern, Erfahrungen austauschen, Lösungsansätze zu erarbeiten (Hoff-Emden, 2009, S.162) sowie Rückfallstrategien zu entwickeln. Hierbei sollte auch Bezug auf das Essverhalten der

Kinder mit möglichem Übergewicht oder Adipositas genommen und der angemessene Umgang mit Genussmitteln und Medikamenten berücksichtigt werden (Aster-Schenk et al. 2008, S.11).

In einer Ernährungsberatung könnten die Frauen ihr erlerntes „Kurwissen“ auffrischen und neue Erkenntnisse zu Themen wie Gesunde Ernährung, Zufuhrempfehlungen, Energiebedarf, Funktion der Nährstoffe (Unter- und Überversorgung) dazu gewinnen (Hoff-Emden, 2009). Die Lehrinhalte der Ernährungsberatung sollten an die Leitlinien der DGE angelehnt sein (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 2008). Um die gesunde und indikationsbezogene Ernährungsweise nach dem stationären Aufenthalt beizubehalten, sollten die Frauen während praktischen Koch-einheiten indikationsbezogen und gesund kochen und könnten beispielsweise neue Rezepte in z.B. fettärmeren und zuckerreduzierten Variationen ausprobieren.

5.3 Überprüfung des Erfolges

Mit Hilfe von Wiegeprotokollen und den BMI nach jeweils drei Wochen, sollte der Gewichtsverlust der Teilnehmerinnen untersucht werden. Die Frauen sollten Fragebögen, welche die Änderung von Ernährungs- und Essgewohnheiten, Körperliche Leistungsfähigkeit protokolliert ausfüllen. Die Evaluation der Ergebnisse dient zum einen zur Überprüfung des Programmerfolges und zum anderen für die Berichterstattung für die Kostenträger und Programmleitenden, zur möglichen Verbesserung der Programminhalte.

Ob ein Nachsorgeprogramm den gewünschten Erfolg erzielt, liegt letzten Endes in der Eigenverantwortung der Rehabilitandinnen. Das Nachsorgeprogramm kann lediglich Hilfestellungen leisten und die Teilnehmerinnen zur längerfristigen Teilnahme motivieren (Aster-Schenk et al. 2008, S.8).

6 Diskussion

6.1 Durchschnittlicher Gewichtsverlust

Bei einer Stichprobe $n = 21$ Frauen betrug der Mittelwert des Gewichtsverlustes 1,6 kg. Dieses Ergebnis schließt somit auf einen kurzfristigen Effekt nach einem dreiwöchigen Aufenthalt in der Beispielklinik Mutter-Kind-Klinik Grömitz. Um den gewünschten Gewichtsverlust während eines Nachsorgeprogrammes definieren zu können, ist eine Stichprobe $n = 21$ Frauen nicht repräsentativ genug. Jedoch wird dieses Ergebnis durch eine Studie des Forschungsverbundes „Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder“ der medizinischen Hochschule Hannover mit einer durchschnittlichen Gewichtsreduktion von 1,9 kg bestätigt. Bei der Studie aus Hannover wurden an 16 Mutter-Kind-Kliniken die schwerpunktmäßige Behandlung von Übergewicht, Adipositas und eine psychische Komorbidität bei Müttern evaluiert. Ziel der Behandlung waren die Reduzierung des Körpergewichts, eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens und eine Reduzierung von Adipositas-assoziierten-Beschwerden (Otto und Arnold-Kerri, 2009, S.403-404).

6.2 Bestehende Nachsorgeprogramme

Laut der telefonischen Befragungen wiesen viele Mutter-Kind-Kliniken ohne Nachsorgeangebot auf Nachsorgeprogramme der zugehörigen Krankenkassen. Der Recherche zufolge ist jedoch die AOK die einzig „aktive“ Krankenkasse mit dem Angebot eines Nachsorgeprogrammes in Form eines Webportals.

In Hinblick auf die Kriterien für den Erfolg eines Nachsorgeprogrammes erfüllt ein Webportal einige dieser Kriterien. Das Internet hat einen immer größer werdenden Zugang und hat somit gute Voraussetzungen viele Rehabilitandinnen nach dem Aufenthalt für eine Teilnahme zu gewinnen. Vorteile der freien Zeiteinteilung, Entscheidungsfreiheit ob und wann die Frauen Informationen zur Nachsorge erhalten möchten sowie das Wegfallen von Reisekosten sind bei einem Webportal positiv zu bewerten (Arbeitskreis Gesundheit, 2009, S.25.). Ein Webportal kann sich an die individuellen Lebenssituationen im Alltag anpassen (nur der Internetzugang muss vorhanden sein), sodass es für jede Rehabilitandin wie z.B. alleinerziehende Mütter mit Geld- und Zeitmangel zugänglich und ausführbar sind. Der persönliche

Kontakt zu der professionellen Betreuung wie z.B. dem Arzt, Ernährungsberater, Sporttherapeut oder Sozialpädagoge sowie der Aufbau sozialer Kontakte ist bei einem Webportal jedoch nicht gegeben. Der Chatroom eines Webportals bietet unter Umständen vielleicht auch den motivierenden und aufbauenden Beistand bei Rückschlägen durch andere Teilnehmerinnen und des Betreuenden (wie z.B. bei erneuter Gewichtszunahme). Inwiefern zwischenmenschliche Kontakte durch die Anonymität des Internets aufgebaut werden können bleibt jedoch fraglich. Es sei denn, wie im Fall des Nachsorgeportals der Kurklinik Strandrobbe und der AOK Kliniken Rügen und Amrum, bei denen ehemalige Rehabilitandinnen im Chatroom kommunizieren können und zuvor und während des Aufenthalts näheren Kontakt aufbauen konnten (REHASAN Konzept GmbH, 2008). Negativer Punkt bezüglich des Webportals ist, dass der aktive Aspekt wie gemeinsame Kochkurse, Entspannungsübungen, Sportprogramme, entfällt. Informationen sind zwar auf den Webportals gegeben, dennoch kann die Lebensstiländerung nur nach eigenem Ermessen der Teilnehmerinnen beurteilt werden bzw. weitere Gewichtsreduktion nur durch selbstständiges Wiegen beobachtet werden.

Positiv ist zu bewerten, dass aus diesem Grund die Frauen nach einem Jahr von ihrem Hausarzt gewogen werden, um den Gewichtsverlust verlässlich evaluieren zu können.

Eine Überprüfung der erfolgreichen Teilnahme und Effektivität des Webportals des „Rehasonanz-Nachhaltigkeitsprogrammes“ erfolgt durch standardisierte Fragebögen, der Aktivität innerhalb des Webportals und der Ermittlung des möglichen Gewichtsverlustes (REHASAN Konzept GmbH, 2008).

Abschließend ist zu sagen, dass durch den Nachbetreuungszeitraum von 12 Monaten, das indikationsbezogene Informationsangebot und das zuvor bestimmte Abnahmeziel im Zeitraum eines Jahres, das Webportal „Rehasonanz-Nachhaltigkeitsprogramm“ gute Ansätze bietet, das erlernte Wissen des Kuraufenthaltes in den Alltag zu integrieren um eine Lebensstiländerung zu erzielen.

Das Angebot einer telefonischen Sprechstunde bei Rückfragen in psychologischen Angelegenheiten der Klinik Nordseeküste, entspricht nur begrenzt den empfohlenen Kriterien für Programme. Lediglich die Mitteilung fachkundiger Informati-

onen und die begrenzte Hilfe bei Motivations- und Durchhalteproblemen ist gegeben. Es ist zu vermuten, dass aus diesem Grund die Klinik Nordseeküste ihren Rehabilitandinnen empfiehlt, entsprechende Nachsorgeprogramme der zugehörigen Krankenkassen zu nutzen (Klinik Nordseeküste KG, o.J.).

Ein Kurnachbehandlungswochenende im Anschluss an den Reha-Aufenthalt bietet den Frauen die Möglichkeit andere Rehabilitandinnen wieder zu treffen und Erfahrungen auszutauschen. Sie können ihr erlerntes Wissen zur Therapie von Adipositas vertiefen und neue Erkenntnisse erlangen (Haus Waldmühle Braunlage, o.J.). Dennoch kann ein Kurnachbehandlungswochenende andere Kriterien kaum erfüllen. Die Dauer geht nicht über einen längeren Zeitraum, wodurch weder die Nachhaltigkeit eines Nachsorgeprogrammes überprüft werden kann noch die Angebote gemeinsamer Tätigkeiten gegeben sind. Positiv, ist das Angebot von Entspannungs- und Bewegungselementen des Caritas-Haus Feldberg zu bewerten. Denn die Frauen steigern ihre Motivation und erhalten Anregungen für die Umsetzung im häuslichen Umfeld.

7 Fazit

Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass ein Rehabilitationsaufenthalt in einer Mutter-Kind-Klinik Müttern mit Adipositas die Möglichkeit bietet, ansatzweise ihr Körpergewicht durch geeignete Therapieformen zu reduzieren, ein gesundes Essverhalten kennenzulernen sowie ihre körperliche Aktivität zu erhöhen. Eine vollständige Besserung des Gesundheitszustandes bei Haupt- oder Nebenindikation Adipositas ist bei einem dreiwöchigen Aufenthalt jedoch nicht möglich, da ohne ein Nachsorgeprogramm die erlernte Verhaltensmodifikation im Alltag nicht genügend manifestiert wird (Hoff-Emden, 2009, S.160).

Die Notwendigkeit eines Nachsorgeprogrammes im Anschluss an die Mutter-Kind-Maßnahme ergibt sich weiterhin aus Studien, die belegen, dass eine ambulante Nachbetreuung im Anschluss an stationäre Rehabilitationen sich langfristig positiv auf das Gewicht der Patienten auswirkt.

Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass nur sechs Mutter-Kind-Kliniken der n = 30 Kliniken ein Nachsorgeprogramm anbieten. Daraus lässt sich schließen, dass wenig Nachbetreuungsangebote von Mutter-Kind-Kliniken in Deutschland angeboten werden. Ob die vorhandenen Programme langfristig nachhaltig sind, lässt sich ohne abgeschlossene Kontrollstudien dennoch nicht beurteilen. Bezieht man allerdings in Betracht, dass Langzeitbehandlungen von Adipositas bei Kindern einen langfristigen Erfolg belegen (Hoff-Emden, 2009, S.159) ist zu vermuten, dass Langzeitbehandlungen von Mütter auch deren Ernährungsumstellung etc. positiv beeinflusst (Düngenheim, 2008).

Abschließend ist zu sagen, dass egal bei welcher Maßnahme, der Wille und die Eigenmotivation der Rehabilitandin ihr Essverhalten im Alltag zu ändern und weiterzuführen die wichtigste Voraussetzung ist!

8 Ausblick

Trotz des Bewusstseins der hohen Gesundheitskosten, die Adipositas und deren Begleit- und Folgeerkrankungen verursachen, werden keine bzw. wenige Gelder in die ambulante Nachsorgebehandlung nach einem Reha-Aufenthalt investiert. Denn durch die Festigung des Rehabilitationserfolgs in Form eines Nachsorgeprogrammes kann eine Rehabilitandin ihr Gewicht auf lange Sicht reduzieren, um so eine Berufs- und Erwerbsunfähigkeiten zu vermeiden und weitere Kosten für das Gesundheitssystem einzusparen. Neue Behandlungskosten sowie Geldleistungen können vermieden werden (Aster-Schenk, 2008, S.9). Es sollte eine engere Zusammenarbeit zwischen den Kostenträgern und Mutter-Kind- Kliniken für die erforderliche Nachbetreuung im häuslichen Umfeld in Betracht gezogen werden. Die Förderung zur weiteren Forschung in Hinblick auf die langfristige Effektivität des Adipositasbehandlung bei Müttern nach einem Reha-Aufenthalt sollte ebenfalls in Betracht gezogen werden. Bis zur Etablierung einer optimalen Therapie ist jedoch weiterhin die wissenschaftliche Forschung gefragt. Doch auch die Durchführung weiterer zahlreicher Studien wird in Zukunft zu Erkenntnissen führen, die den betroffenen ein Stück Lebensqualität zurückbringen.

Literaturverzeichnis

- **Arbeitskreis Gesundheit e.V.** (2009). Mein gesundes Magazin, In: Aktuelle medizinische Information für Patienten 2, S.25.
- **Aster-Schenk, I.** Blatt, O. Brandeis, B. Buschmann-Steinhage, R. Grotkamp, S. Hassenpflug, F. Köpke, K. Oberscheven, M. Ritter, J. Scheuermann, P. Schnelle, P. Stähler, T. Waldeyer- Jeebe, R. Wallraabenstein, H. Wegener, A. (2008). BAR: Praxisleitfaden- Strategien zur Nachhaltigkeit, S. 8-11
- **Bergmann, KE.** Menzel, R. Mensink, GBM. Stolzenberg, H. (1989). Verbreitung von Übergewicht in der erwachsenen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Aktuelle Ernährung, Nr. 14, S. 205.
- **Bleicher, F.** Bönner, G. Nord-Rüdiger, Rosemeyer, D. Sailer, D. Schubmann, Weck, M. Wilhemi de Toledo, F. Wirth, A. (2003). Adipositastherapie in Reha-Kliniken, Deutsche Adipositas-Gesellschaft, S. 2-12.
- **Clauß, G.** Finze, F.-R. Partsch, L. (1995) Statistik für Soziologen, Pädagogen, Psychologen und Mediziner, Thun und Frankfurt am Main: Verlag Harri Deutsch
- **Collatz, J.** (2002). Forschungsergebnisse zur Qualität und Effektivität von Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen, in: II. wissenschaftlichen Symposium, Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 54.
- **Deutscher Caritasverband e. V.** (o.J.). Wer ist die Kath. Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung (KAG-Müttergenesung)?
http://www.beratung-caritas.de/kurberatung_fuer_muetter_haeufig_gestellte_fragen.html.

Stand 02.09.10.

- **Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.** (2008). Vollwertig Essen und Trinken nach den 10 Regeln der DGE. Deutsche Gesellschaft für Ernährung.
<http://www.dge.de/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=15>.
Stand 30.08.2010.
- **Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.** (2008). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr.
<http://www.dge.de/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=3>
Stand 05.09.2010.
- **Düngenheim, M.** (2008). Was Kinder brauchen - Richtig ernähren und viel bewegen. aid infodienst Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz eV.
<http://www.aid.de/ernaehrung/kinder.php>. Stand 30.08.2010.
- **Elly Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk.** (2006). Datenreport zur Müttergenesung. Deutsches Müttergenesungswerk, Elly Heuss-Knapp-Stiftung, S.2.
- **Elly Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk.** (o.J.). Mutter-Kind-Kuren,
<http://www.muettergenesungswerk.de/cms/startseite>. Stand 25.08.10.
- K.A. (2006). Die Kalorienbomber sind da, in: **Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung**, Nr. 37, S.21, 20.09.2006
- **Forschungsverbund Familiengesundheit, Medizinische Hochschule Hannover.** (2008). Adipositas-Studie- Prävention und Behandlung von Übergewicht und Adipositas in Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen

<http://www.mh-hannover.de/15764.html>. Stand: 09.08.2010.

- **Gercke, H.** (1972). Fettsucht in sozialmedizinischer Sicht, in: Verband deutscher Rentenversicherungsträger, Nr. 13, S. 208.
- **Haus Waldmühle Braunlage.** (o.J.).
<http://www.haus-waldmuehle.de/>. Stand 22.09.2010.
- **Hebebrand J.** Dabrock, P. Lingenfelder, M. Mand, E. Rief, W. Voit, W. (2004). Ist Adipositas eine Krankheit? In: Deutsches Ärzteblatt, Jg 101, Nr. 37, S.2473.
- **Hillebrand TH.** Wirth A. (1996). Betreuung von Adipösen im Anschluss an die stationäre Rehabilitation, In: Präventive Rehabilitation 8,Nr. 83, S. 12
- **Hillmann, T.** Korsukéwitz, C. Kröhnert, U. Pottins, I. Präfke- Guth, L. Rohwetter, M. Sandner, G. (2005). Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei stoffwechsel- und gastroenterologischen Krankheiten sowie Adipositas, Deutsche Rentenversicherung. S. 35.
- **Hoff-Emden, H.** (2009). Ambulante Nachsorge adipöser Kinder und Jugendlicher in der Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche Beelitz-Heilstätten- Abschlussbericht In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 85, S.159-163, 171.
- **Hofmeister H,** Mensink, GBM. Stolzenberg, H. (1994). National trends in risk factors for cardiovascular diseases in Germany, In: Prevent. Med, Nr. 23, S. 197.
- **Interdisziplinäres Therapiezentrum Caritas-Haus Feldberg GmbH.** (o.J.). Nachsorge
<http://www.caritas-haus-feldberg.de>.
Stand 11.08.2010.
- **Kath. Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung e.V.** (o.J.). Nachsorge

<http://www.kag-muettergenesung.de/11849.html>.

Stand 08.08.2010.

- **Klinik Grömitz GmbH & Co. KG.** (2009b). Qualitätshandbuch der Ostseeklinik Grömitz, Kapitel 6
- **Klinik Grömitz GmbH & Co. KG.** (2009a). Klinikkonzept <http://www.ostseeklinik-groemitz.de>. Stand 17.08.2010.
- **Klinik Nordseeküste KG.** (o.J.). Nach der Maßnahme http://www.klinik-nordseekueste.de/content/Massnahmen/Nach_der_Massnahme.php. Stand 09.08.2010.
- **Kurklinik Strandrobbe** (2010). Nachsorge <http://www.strandrobbe.de>. Stand 15.08.2010
- **Medizinische Medien Informations GmbH** (2010). Rehakliniken <http://www.rehakliniken.de/>. Stand 05.09.2010
- **Meixner, K.** Glattacker, M. Gerdes, N. Herwig, J. Bengel, J. Jäckel, W. H. (2001). Behandlungseffekte in Mutter-Kind-Einrichtungen- Ergebnisse des externen Qualitätsmanagements, in: Rehabilitation Nr. 40, New York: Georg Thieme Verlag Stuttgart, S. 288.
- **Mühler**, Rosburg, T. Wieselow, A. (2009). Interdisziplinäres Therapiekonzept bei Adipositas im Erwachsenenalter der Ostseeklinik Grömitz.
- **Otto, F.** Arnold-Kerri, S. (2009). Schwerpunktbehandlung von Übergewicht und Adipositas in Mutter-Kind-Kliniken – Kurzfristige Therapieeffekte bei Müttern, in: DRV Schriften 83. Jg., S. 403-404.

- **Pudel, V.** Westenhöfer, J. (1998). Ernährungspsychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag, S 134
- **REHASAN Konzept GmbH.** (2008). rehasonanz – nachsorgen ist vorsorgen
<https://www.rehasonanz.de/>. Stand 08.08.2010.
- **Tanita GmbH.** (2009). Tanita Körper- Analysewaage TBF-410
<http://www.tanitashop.de/>. Stand 07.08.2010.
- **World Health Organization.** (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Genf : WHO Technical Report Series 894, S.8.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 06.09.2010

Carolyn Frick

Anhang

Inhaltsverzeichnis

Anhang I: Kosten für die Kassen.....	2
Anhang II: Vorlage Telefonprotokoll.....	3
Anhang III: Vergleich möglicher Nachsorgeangebote.....	4-7
Anhang IV: Tabelle Auswertung Wiegeprotokolle.....	8
Anhang V: Auszug Wiegeprotokolle.....	9-11