

Konzept zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bei der Indikation Adipositas mit Folgestörungen

Auszug aus:

Rahmenkonzept und indikationsspezifische Konzepte zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in der gesetzlichen Rentenversicherung

Empfehlungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger vom Februar 1998

Gesamtübersicht:

Rahmenkonzept:

Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation von
Kindern und Jugendlichen in der gesetzlichen Rentenversicherung

Indikationsspezifische Konzepte:

Konzept zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
bei der Indikation Asthma bronchiale

Konzept zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
mit Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane

Konzept zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bei der Indikation Adipositas mit Folgestörungen

Konzept zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
bei der Indikation Diabetes mellitus Typ I

Konzept zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
bei der Indikation Mukoviszidose

Konzept zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
bei der Indikation Neurodermitis

**Konzept zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bei der Indikation
Adipositas mit Folgestörungen**

Gliederung:

- 1. Einleitung**
- 2. Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit**
 - 2.1 Rehabilitationsbedürftigkeit
 - 2.2 Rehabilitationsfähigkeit
- 3. Ziele**
- 4. Diagnostik**
- 5. Therapie und Hilfen zur Bewältigung der Adipositas und ihrer Folgen**
 - 5.1 Sport
 - 5.2 Physiotherapie
 - 5.3 Ärztliche Betreuung
 - 5.4 Diät und Diätberatung
 - 5.5 Psychotherapie/Psychologische Betreuung
 - 5.5.1 Psychologische Diagnostik
 - 5.5.2 Eßverhaltenstraining
 - 5.5.3 Zusätzliche psychotherapeutisch orientierte Betreuung in Einzelgespräch und Gruppen
 - 5.5.4 Elternberatung
- 6. Pädagogische Betreuung**
- 7. Schulische Betreuung**
- 8. Berufsberatung und Berufsfindung**
- 9. Nachsorge**
- 10. Strukturelle Anforderungen an Rehabilitationskliniken bei Adipositas**
 - 10.1 Unterbringung
 - 10.2 Besondere bauliche Voraussetzungen
 - 10.3 Diagnostik
 - 10.4 Personal

Anhang: Exemplarischer Wochentherapieplan

1. Einleitung

Bei der Adipositas handelt es sich um die häufigste kindliche Ernährungsstörung in den Industrieländern mit steigender Tendenz. Nach dem Ernährungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Ernährung von 1984 liegen 12-25 % aller Kinder und Jugendlichen deutlich (15-25%) und weitere 5% erheblich (mehr als 25%) über ihrem längenbezogenen Referenzgewicht. Die Angaben zur Häufigkeit schwanken jedoch deutlich, da die Adipositas im Kindesalter nicht nur von einer genetischen Komponente, sondern auch von Alter, Geschlecht, Region, Sozialstatus und nicht zuletzt von der Definition der Adipositas abhängt. In der Kinderheilkunde werden in der Regel Somatogramme zur Beurteilung des Gewichtsstatus verwendet, wobei das in repräsentativen Untersuchungen für eine bestimmte Größe ermittelte Durchschnittsgewicht als Referenzgewicht bezeichnet und Abweichungen prozentual angegeben werden. Als therapiebedürftige Adipositas im Kindes- und Jugendalter wird in der Literatur ein Übergewicht von 20% und mehr, bezogen auf die aktuelle Körpergröße, angegeben. In weit mehr als 95 % handelt es sich dabei um eine primäre oder einfache Adipositas, das bedeutet, das Übergewicht ist nicht Symptom einer anderen Erkrankung.

Neben kardiovaskulären Risikofaktoren und orthopädischen Störungen, welche sich durch die Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ergeben, kommt es häufig auch zu gravierenden psychosozialen Problemen, die nicht selten auf die Chronifizierung der Erkrankung maßgeblichen Einfluß haben. Das Risiko für ein Kind, mit einem Übergewicht von > 20% ein adipöser Erwachsener zu werden mit den dabei häufigeren Begleiterkrankungen, wie z.B. Diabetes mellitus, art. Hypertonie und anderen kardiovaskulären Krankheiten, liegt bei 40 - 80 %. Dies macht die Behandlungsindikation deutlich, die vor allem wegen der hohen Rezidivquote auf langfristige Therapieziele ausgerichtet ist. Da für die Entstehung der Adipositas eine genetische Komponente eine wichtige Grundlage darstellt, aber bei der Manifestation eine Vielzahl ätiologisch unterschiedlicher Faktoren hinzukommt, hat sich für die Behandlung eine Kombination aus verschiedenen therapeutischen Bereichen (diätetisch, physikalisch, psychologisch) bewährt, vor allem unter Einschluß einer Krankheitsbewältigungsstrategie. Ein derartiges Therapieprogramm ist ambulant sehr schwierig, in Form einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, an die sich eine ambulante Nachsorge anschließen kann, besonders effektiv durchzuführen. Dabei soll das vorliegende indikationsspezifische Konzept in Verbindung mit dem Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in der gesetzlichen Rentenversicherung Anwendung finden.

2. Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit

Im Rahmen einer stationären Rehabilitation sollen Kinder und Jugendliche mit einer Adipositas behandelt werden, die bereits zu Folgestörungen geführt hat, und bei denen Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit, der Lebensqualität und der sozialen Integration eingetreten sind oder dies zu befürchten ist.

2.1 Rehabilitationsbedürftigkeit

Die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit erfolgt aus der zusammenfassenden Bewertung aller sozialmedizinisch relevanter Kriterien. Rehabilitationsbedürftigkeit ist z.B. anzunehmen bei

- Übergewicht über 20 % des Längensollgewichtes mit Folgestörungen
- Kombination mit anderen chronischen Erkrankungen, die durch Übergewicht ungünstig beeinflusst werden (z.B. Asthma bronchiale, orthopädische Erkrankungen, Diabetes mellitus)
- Fehlschlagen der bisherigen ambulanten Behandlung
- Indikation eines kombinierten Therapieprogrammes ohne ausreichende Verfügbarkeit am Wohnort
- durch Chronifizierung der Erkrankung bereits eingetretener oder drohender psychosozialer Entwicklungsstörung

2.2 Rehabilitationsfähigkeit

Für eine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit müssen die allgemeinen indikationsübergreifenden Kriterien erfüllt sein.

Von einer unzureichenden Rehabilitationsfähigkeit kann ausgegangen werden, wenn Begleitumstände einer erfolgreichen Rehabilitation entgegenstehen, wie z.B.

- Fehlen von Gruppenfähigkeit
- schwere geistige Behinderung
- Patienten unter 8 Jahren ohne Begleitperson
- symptomatische Adipositas (im Rahmen von Syndrombildern wie z.B. Prader-Willi-Syndrom, Cushing-Syndrom und Down-Syndrom oder im Rahmen primär endokrinologisch behandlungsbedürftiger Erkrankungen, wie z.B. Hypothyreose).

3. Ziele

Ziel der Rehabilitationsmaßnahme ist eine langfristige Verbesserung der individuellen Lebensqualität, der sozialen Integration und späteren beruflichen Leistungsfähigkeit. Meist haben die Kinder und Jugendlichen schon viele gescheiterte und frustrierende Diätversuche hinter sich. Die Rehabilitationsmaßnahme kann den geeigneten Rahmen für die Umsetzung langfristig erfolgversprechender kombinierter Therapiekonzepte bieten.

Dabei ergeben sich speziell für die stationäre Rehabilitation folgende Ziele:

- Frühzeitige Reduktion des Körpergewichtes
- Hinführung zu einer gesünderen Ernährungsweise bei größtmöglicher Selbständigkeit und Umsetzung innerhalb der Familie
- Eine langfristige Umstellung von Eß- und Ernährungsverhalten durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen
- Erkennung und Vermeidung von adipositasbedingten Folgeerkrankungen sowie weiterer Risikofaktoren für die koronare Herzerkrankung
- Verbesserung der Leistungsfähigkeit in den motorischen Hauptbeanspruchungsformen sowie Steigerung des Energieverbrauches durch körperliche Übungen und Vermittlung von Freude und Spaß an der Bewegung
- Durch Steigerung des Körperbewußtseins Steigerung des Selbstbewußtseins und des Selbstwertgefühls und somit Steigerung der Lebensqualität
- Erkennen und kompetente Aufarbeitung psychosozialer Probleme
- Beratung für eine spätere berufliche Tätigkeit bei der entsprechenden Altersgruppe

Um diese Ziele zu erreichen, hat eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme folgende Struktur:

- Diagnostik
- Therapie
- Krankheitsbewältigung

4. Diagnostik

Aktualisierung und Erweiterung der Diagnose unter Berücksichtigung folgender Detailpunkte:

- Erhebung der Eigen- und Familienanamnese unter besonderer Berücksichtigung des familiären und sozialen Umfeldes sowie bestehender psychosozialer Probleme
- Erfassung der Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten
- Körperliche Untersuchung

- Beurteilung des Schweregrades der Adipositas sowie individuelle Festlegung des Rehabilitationszieles (Beurteilung des Übergewichtes anhand des längenbezogenen Referenzgewichtes bzw. BMI; Festlegung des Rehabilitationszieles, wobei individuell kurz- und langfristige Ziele zu definieren sind)
- Individuelle Diagnostik bereits bestehender kardiovaskulärer und/oder orthopädischer Folgeerkrankungen und weiterer kardiovaskulärer Risikofaktoren (u.a. arterieller Hypertonus, Lipoproteinmetabolismus, Glukosetoleranzstörung)
- Weitere diagnostische Abklärung, falls der Verdacht besteht, daß es sich bei der Adipositas um ein Symptom einer anderen bestehenden Grunderkrankung handelt (z.B. Cushing-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Hypothyreose)

5. Therapie und Hilfen zur Bewältigung der Adipositas und ihrer Folgen

In der Adipositas therapie führen rein diätetische Maßnahmen meist nur zu kurzfristigen Erfolgen. Die Ergebnisse aus der Literatur zeigen, daß für langfristig positive Erfolge ein mehrdimensionaler Ansatz mit interdisziplinärer Zusammenarbeit erforderlich ist, der gerade im Rahmen einer stationären Reha-Maßnahme sinnvoll umgesetzt werden kann. Da Therapie und Krankheitsbewältigung dabei eng miteinander verknüpft sind, werden sie hier nicht getrennt dargestellt. Es folgt eine Auflistung der einzelnen Komponenten, wobei immer bedacht werden muß, daß die Komponenten ineinandergreifen und auf den einzelnen Rehabilitanden individuell abgestimmt werden müssen.

Therapie und Hilfen zur Krankheitsbewältigung erfolgen in der Rehabilitation im interdisziplinären Team (Arzt, Psychologe, Pädagoge, Sportlehrer, Diätassistentin, Kinderkrankenschwester).

5.1 Sport

In der Therapie der Adipositas ist die Rolle des Sports und der körperlichen Aktivität nicht nur in einer Steigerung des Energieverbrauches zu sehen, sondern beinhaltet noch einige weitere wesentliche Ziele:

- Steigerung von Ausdauer, Koordination, Kondition und körperlicher Leistung
- Vermittlung von Erfolgserlebnissen
- Vermittlung von Spaß und Freude an Sport und körperlicher Bewegung
- Verbesserung der eigenen Körperwahrnehmung
- Förderung von Eigeninitiative, eigener Verantwortung, Rücksicht und Fairneß
- Aufzeigen der Vielfalt sportlicher Bewegungsmöglichkeiten
- Erlernen bzw. Ergänzung der Grundtechniken von Spielen (z.B. Fußball, Badminton, Tennis)
- Beitrag zur Gesundheitserziehung.

Neben Basissport wird differenzierter Sport in Form von Neigungsgruppen angeboten. Für Kinder und Jugendliche mit motorischen und koordinativen Problemen wird ein entsprechender Sportförderunterricht durchgeführt. Schwimmen sollte einen festen Bestandteil des Sportprogramms darstellen.

Das Sportprogramm kann je nach örtlichen Voraussetzungen durch weitere Aktivitäten wie z.B. Wanderungen, Berg- oder Radtouren ergänzt werden. Dabei ist es wichtig, die Kinder und Jugendlichen während des stationären Aufenthaltes anzuregen, die körperliche Aktivität auch nach der Rückkehr in den häuslichen Bereich beizubehalten, da Sport und körperliche Aktivität insbesondere für die Beibehaltung einer initial erzielten Gewichtsreduktion von besonderer Bedeutung sind.

5.2 Physiotherapie

Bei vielen übergewichtigen Kindern und Jugendlichen bestehen zum Teil erhebliche Haltungsschwächen bzw. -fehler sowie orthopädische Probleme, z.B. Rundrücken, Hohlkreuz, Genua valga, Knickfüße, sowie, bedingt durch zu wenig körperliche Bewegung, z.T. erhebliche Koordi-

nationsstörungen.

Es ergeben sich somit drei wesentliche Bereiche für die Physiotherapie, welche nach der Befundung durch den Arzt bei der Behandlung von übergewichtigen Kindern notwendig sind.

- Behandlung von Haltungstörungen
- Koordinationsförderung
- spezielle physiotherapeutische Aufgaben

Ziel ist es hierbei, bestehende Probleme adäquat zu behandeln, Defizite auszugleichen und mögliche Spätschäden zu vermeiden.

5.3 Ärztliche Betreuung

Durch den Arzt erfolgen Anamnese, Elterngespräche, Untersuchungen, Diagnostik, Therapieplanung und -überwachung sowie die Behandlung akut auftretender Probleme und Erkrankungen (z.B. Traumen, Verletzungen, Infekten), welche erfahrungsgemäß während des stationären Aufenthaltes auftreten. Durch das Pflegepersonal erfolgt die Überwachung des Kreislaufs sowie der Flüssigkeitszufuhr und die Verlaufskontrolle des Gewichtes. Ebenso müssen die Pflege und Überwachung, wie sie z.B. im Rahmen von interkurrenten fieberhaften Infekten erforderlich sind, gewährleistet sein.

Die Betreuung durch den Arzt erfolgt in Teamarbeit mit den anderen beteiligten Berufsgruppen. Die Leitung dieses Teams und auch die Endverantwortung für den Patienten liegen beim Stationsarzt bzw. der ärztlichen Leitung. Durch das Team wird ein Kontakt zu Eltern und weiterbehandelndem Arzt aufgebaut, um bereits während der Reha-Maßnahme auftretende Probleme adäquat behandeln zu können und eventuelle erforderliche Veränderungen oder Anregungen für zu Hause noch während des stationären Aufenthaltes bahnen zu können.

5.4 Diät und Diätberatung

Durch die Diät können bereits während des stationären Aufenthaltes eine Gewichtsreduktion und somit erste Erfolge erreicht werden. Um Fehlernährung zu vermeiden, sollte es sich dabei um eine ausgewogene Mischreduktionskost handeln. Die Speisepläne, nach Möglichkeit drei Hauptmahlzeiten und entsprechende Zwischenmahlzeiten, sollten von einer in der Adipositas-therapie erfahrenen Diätassistentin erstellt werden. Ziel ist eine ausgewogene Ernährung der Kinder, wobei vor allem auch die verschiedenen Möglichkeiten aufgezeigt werden sollten, um einen Speiseplan sinnvoll zu gestalten. So kann bereits während der Rehabilitationsmaßnahme eine Umgestaltung der Ernährungsgewohnheiten erfolgen, welche für langfristige Erfolge erforderlich sind.

Bei der Umsetzung ist weiterhin eine Diätberatung für Vermittlung von Informationen über die Zusammensetzung der Nahrung wünschenswert. Mit Hilfe von kindgerechten Ernährungstabellen sollen die Kinder je nach Alter in der Lage sein, eine wohlschmeckende, kalorienreduzierte Mischkost für den ganzen Tag zusammenzustellen. Ein wesentlicher Baustein dabei ist die Umsetzung des Gelernten ins Praktische, d.h. die „Alltagserprobung“ (z.B. Lehrküche, gemeinsamer Einkaufsbummel in Kleingruppen).

5.5 Psychotherapie/Psychologische Betreuung

Dem interdisziplinären Team, das sich um Therapie und Hilfe zur Krankheitsbewältigung adipöser Kinder und Jugendlicher bemüht, obliegen vielfältige Aufgaben, denen zudem aufgrund der zeitlichen Verweildauer der Patienten oft enge Grenzen gesetzt sind. Dieses Team wird ärztlich geleitet. Eine zentrale Stellung in diesem Team nehmen Psychologen ein. Sie werden auf ärztliche Weisung hin tätig. Ihre Aufgabe ist es, die mit der zur Chronifizierung neigenden Adipositas einhergehenden psychischen Bedingungen zu erfassen (psychologische Diagnostik), in spezifischen Gruppen gezielt Schulungsprogramme durchzuführen (Eßverhaltenstraining) und gegebenenfalls therapeutische Maßnahmen einzuleiten (zusätzliche psychotherapeutische Betreuung im Einzelgespräch und in Gruppen).

5.5.1 Psychologische Diagnostik

Eine Erfassung der psychischen Bedingungen und seelischen Konflikte von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas ist grundlegend für eine angemessene und gewinnbringende Betreuung durch die Rehabilitationsklinik.

Die gründliche psychologische Diagnostik umfaßt neben psychologischer Anamnese (ausgeweitet z.B. auf auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen) Verhaltensbeobachtungen und auch den Einsatz testdiagnostischer Verfahren. Im einzelnen werden die den Auffälligkeiten im Erleben und Verhalten des Kindes oder Jugendlichen zugrundeliegenden unterschiedlichen Veränderungen erfaßt, wie:

- Teilleistungsschwächen
- Emotionale Störungen (Ängste und Depressionen)
- Psychische Befindlichkeiten (Lebensqualität)
- Motivationale Probleme
- Familiäre und psychosoziale Beeinträchtigungen und
- Psychosomatische Störungen.

Die Kompetenz des psychologischen Personals ermöglicht es somit, die schon am Heimatort beobachteten und vom Klinikpersonal bestätigten oder zusätzlich wahrgenommenen Probleme und Schwierigkeiten der Patienten zu verifizieren und damit Indikationskriterien für spezifische Schulungsprogramme oder eine zusätzliche psychologische Intervention (psychotherapeutische Betreuung, Krisenintervention oder Elternberatung) ermitteln zu können.

5.5.2 Eßverhaltenstraining

Die Schulung des Eßverhaltens (z.B. orientiert am Eßverhaltenstraining von Petermann, Borzel und Bauer^{*)}) adipöser Kinder und Jugendlicher basiert auf verhaltenstherapeutischen Konzepten, die langfristig anhaltende Veränderung der Eßgewohnheiten, eine Verbesserung der Körperwahrnehmung, die Wissensvermittlung zu einer gesunden, vollwertigen Ernährung, das Erlernen von Strategien zur Veränderung von Sozialverhalten und die Steigerung der sozialen Kompetenz strukturiert und systematisch erarbeiten. Die Verhaltensänderung und neuen Fähigkeiten müssen dann im Klinikalltag und auch später umgesetzt werden.

Das Trainingsprogramm stützt sich im wesentlichen auf Techniken der Selbstbeobachtung, der Selbstbewertung, der Selbstverstärkung, der Reizkontrolle, des Wahrnehmungstrainings, der kognitiven Umstrukturierung, der Verhaltensübung, des Problemlösetrainings und der Formen sozialer Unterstützung.

5.5.3 Zusätzliche psychotherapeutisch orientierte Betreuung in Einzelgespräch und Gruppen

Bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas können wie bei anderen chronischen Erkrankungen auch comorbide Störungen auftreten (z.B. Kopfschmerz, Konzentrationsstörungen, Selbstunsicherheit, Depression). Diese wirken auf die Adipositas häufig verstärkend bzw. aufrechterhaltend. Therapeutisch wird dies z.T. in Einzelinterventionen oder in psychotherapeutisch orientierten Gruppen angegangen.

Einzelgespräche mit dem Kind oder Jugendlichen sind mal eher Beraterischer, mal stärker therapeutischer Natur. So beinhalten Einzelsitzungen je nach Indikation beispielsweise die Einleitung verhaltenstherapeutischer Maßnahmen, spieltherapeutische Interventionen oder auch die Vermittlung weiterführender Hilfen am Heimatort.

Während der Durchführung einer Reha-Maßnahme kommt es immer wieder zu belastenden Situationen zwischen Mitgliedern des Behandlungsteams und Patienten oder innerhalb der Gruppe der Kinder und Jugendlichen selbst, in denen eine schnelle Krisenintervention nötig wird. Auf diese Weise können eventuelle Spannungen im Vorfeld abgebaut, nötiger Handlungsbedarf frühzeitig erkannt und so prophylaktisch der Entwicklung und Verfestigung von Verhaltens-

^{*)} In: Pädiatrische Praxis 49 (1995), Seite 243-252.

problemen entgegengewirkt werden. In diesem Zusammenhang ist auch die praktische Umsetzung von Inhalten der Eßverhaltensschulung zu nennen, da hierbei alternative Verhaltensweisen in Stresssituationen, bei Langeweile, Angst etc., gemeinsam entwickelt werden können.

5.5.4 Elternberatung

Häufig besteht die Möglichkeit, mit den Eltern eines Patienten Kontakt aufzunehmen oder die Familie selbst um ein Gespräch zu bitten. Hier wird versucht, die Situation der Familie und den Leidensdruck zu erfassen und Möglichkeiten von Lösungen aufzuzeigen, bzw. gemeinsam herauszuarbeiten. Auch werden zum Teil Empfehlungen für weitere Maßnahmen am Heimatort ausgesprochen, wie z.B. das Aufsuchen einer Erziehungsberatungsstelle vor Ort.

6. Pädagogische Betreuung

Der mehrwöchige Aufenthalt sollte für die Kinder so gestaltet werden, daß die Trennung von Familie und sozialem Umfeld über einen längeren Zeitraum möglichst kompensiert werden kann. Eine qualifizierte pädagogische Betreuung ist hierbei dringend erforderlich. Neben der Gesundheitserziehung sollte den Kindern und Jugendlichen eine interessante und sinnvolle Freizeitgestaltung nahegebracht werden. Eine weitere Aufgabe ist die Vermittlung von Erfolgserlebnissen und Förderung sozialer Fertigkeiten. Die Entwicklung und Umsetzung von alternativen Verhaltensweisen sollte in Zusammenarbeit mit den Psychologen aktiv gefördert werden. Ziel hierbei ist es, zu einer positiveren Selbsteinschätzung zu gelangen und die Fähigkeiten zur Selbstkontrolle und Selbstbeobachtung zu steigern. Die Reha-Maßnahme bietet während des stationären Aufenthaltes die Möglichkeit einer konkreten Umsetzung dieser neu erlernten Strategien in Alltagssituationen.

7. Schulische Betreuung

Wegen des mehrwöchigen Aufenthaltes ist Schulunterricht während der Dauer der stationären Reha-Maßnahme notwendig, zumal übergewichtige Kinder trotz gleicher Intelligenz zu schlechteren Schulleistungen neigen. Den Schwerpunkt des Unterrichtes bilden die Hauptfächer. Wichtig ist auch ein zeitlicher Spielraum für Einzelförderung.

8. Berufsberatung und Berufsfindung

Für Jugendliche der letzten und vorletzten Schulklasse ihres Bildungsganges bieten sich im Rahmen der Rehabilitation Maßnahmen zur geeigneten Berufsfindung an. Ein Besuch des Berufsinformationszentrums im Arbeitsamt dient der Vorinformation. Anschließend erfolgt unter Berücksichtigung der Möglichkeiten am Heimatort in Zusammenarbeit mit Klinikpsychologen, -lehrern und Ärzten eine individuelle Berufsberatung.

9. Nachsorge

Die Nachsorge nach der Reha-Maßnahme obliegt in der Regel dem niedergelassenen Kinderarzt oder Allgemeinarzt. Um einen Langzeiteffekt des erreichten Behandlungserfolges und eine effiziente Weiterbetreuung zu sichern, ist eine erste Kontaktaufnahme zwischen der behandelnden Reha-Einrichtung und dem weiterbehandelnden Arzt bereits während der Reha-Maßnahme wünschenswert. Hierbei sollten auf der Grundlage von Kenntnissen, welche während der Reha-Maßnahme gewonnen werden, erste erforderliche soziale Veränderungen gebahnt werden. Durch regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen und die Entlassungsberichte muß das Reha-Konzept durchschaubar sein und eine weitere lückenlose Betreuung gewährleisten. Alle in der Adipositasstherapie beteiligten Berufsgruppen dienen dem niedergelassenen Kollegen als Ansprechpartner.

10. Strukturelle Anforderungen an Rehabilitationskliniken bei Adipositas

10.1. Unterbringung

Unterbringung der Kinder und Jugendlichen entsprechend den VDR- Richtlinien.

10.2 Besondere bauliche Voraussetzungen

Bei der Behandlung der kindlichen Adipositas sollte neben den allgemein gültigen Erfordernissen für eine Kinder-Rehabilitationseinrichtung eine Sporthalle, ein Gymnastikraum, Physiotherapieräume und ein Schwimmbad vorhanden sein. Entsprechende Außenanlagen sind wünschenswert. Neben Schulungsräumen und zweckdienlichen Eßräumen dient eine entsprechend ausgestattete Lehrküche der praktischen Umsetzung des Gelernten. Durch weitere Beschäftigungs- und Spielzimmer wird eine aktive und interessante Freizeitgestaltung ermöglicht und gleichzeitig für den Einzelnen genügend Raum für Ruhe und Entspannung geboten.

10.3 Diagnostik

Es muß die Möglichkeit zur Bestimmung allgemein-pädiatrischer Laborparameter gegeben sein. Weiterhin muß, ggf. konsiliarisch, die Möglichkeit der Abklärung für Folgeerkrankungen mit entsprechender apparativer Diagnostik (z.B. EKG, Röntgen, Ultraschall) gegeben sein.

10.4 Personal

Für die personelle Struktur einer Kinder-Rehabilitationsklinik können bei Durchführung stationärer Heilbehandlungen von Kindern und Jugendlichen mit der Indikation Adipositas mit Folgestörungen folgende Anhaltszahlen als Empfehlung dienen:

- **Ärzte:**
Neben der personellen Grundausstattung der Klinik mit Chefarzt und Oberarzt (entsprechend Größe der Klinik- siehe Anhaltszahlen im Erwachsenenbereich) werden jeweils 40 Patienten von 1 Arzt stationär versorgt.
- **Pflegepersonal:**
1 Krankenschwester pro 40 Patienten (8-12 Stunden täglich) flexibel einsetzbar, entsprechend Begleiterkrankungen und akuten Erkrankungen.
Die nächtliche Betreuung versieht eine diensthabende Nachtschwester und ein in Rufbereitschaft stehender Arzt.
- **Psychologisch-sozialpädagogisches Team:**
2 Mitarbeiter pro 80 Patienten, davon mindestens 1 Psychologe mit speziell vertieften Kenntnissen und einschlägigen Erfahrungen in der Verhaltensmedizin und Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen.
- **Erzieher:**
Außerhalb der Schul- und Therapiezeiten, in denen die ganze Gruppe (20 Kinder bzw. Jugendliche) auf der Station ist, sollten pro Schicht 2 Betreuer (davon mindestens 1 Erzieher) eingesetzt werden.
- **Sporttherapeuten:**
1 Sporttherapeut pro 50 Patienten
- **Krankengymnasten:**
1 Krankengymnast pro 60 Patienten

- **Diätassistentin:**
1 Diätassistentin pro 40 Patienten (für Mitwirken bei der Essenszubereitung und Schulungen). Für die Reduktionskost ist zusätzlich ein Koch mit Erfahrung in der Diätetik erforderlich.

**Exemplarischer Wochentherapieplan für die stationäre Rehabilitation
von Kindern und Jugendlichen mit der Indikation Adipositas mit Folgestörungen**

Tag Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
07.00-07.30	Evtl. Medikamenteneinnahme, Pflege				
07.30-08.00	Frühstück				
08.00-09.30	Schule				
09.30-09.50	Kurzvisite für aktuelle Probleme				
09.50-10.30	Strukturierter Gruppensport				
10.30-11.15	Eßverhaltensschulung	Diagnostik/ evtl. Einzel KG	Eßverhaltensschulung	Diagnostik/ evtl. psych. Einzelberat.	Visite
11.15-11.45	Mittagessen				
11.45-12.30	Freizeit				
12.30-13.15	Psychologe	Diätberatung	Gruppenaktivität	Diätberatung	Gruppenaktivität zum Umsetzen des Gelernten in die Praxis
13.30-14.00	Zwischenmahlzeit				
14.00-15.00	Trainingsbehandlung	Visite	Gruppensport	Trainingsbehandlung	
15.00-16.00	Gruppenaktivität		Freizeit	Schwimmen	
16.00-16.30	Trainingsbehandlung				
17.00-17.30	Abendessen				
17.30-18.30	Abendsport	Gruppenaktivität	Abendsport	Freizeit	Freizeit
18.30-19.00	Evtl. Medikamenteneinnahme, Pflege				