



## Ernährungsumstellungen: Nachhaltigkeit und Nachsorge



**Dr. Teresia Widera**

Deutsche Rentenversicherung Bund

Bereich Reha-Wissenschaften

Ruhrstraße 2, 10704 Berlin

Telefon: 030 / 865-39343

---

1 Grundlagen – Ernährung in Prävention, Rehabilitation, Nachsorge

2 Ernährung in der Nachsorge – Was gab es bisher?

3 Ernährung in der Nachsorge – Was wird es fortan geben?

4 Neue Medien in der Nachsorge ernährungsrelevanter Ziele

5 Erfolgsfaktoren nachhaltiger Ernährungsumstellung

# Krankheit und Ernährung

Indikationen	Ernährungsbezug
<b>Alkoholabhängigkeit</b>	Refluxbeschwerden, Gastritis, Pankreatitis, Chronische Leberkrankheiten (Leberzirrhose), Schlechter Ernährungszustand (Mangelernährung), Vitamin-B1-Mangel ...
<b>Krebs</b>	Substanzgruppen in Lebensmitteln mit möglicherweise schützender Wirkung gegenüber Brustkrebs (kontrovers diskutiert) ► Bioaktive Stoffe in Olivenöl, Omega-3-Fettsäuren ...
<b>Chronischer Rückenschmerz</b>	Überernährung ► Gichtarthritis Übergewicht ► Rückenschmerzen Zuckerhaltige Lebensmittel ► Übersäuerung der Knorpel zwischen den Rückengelenken
<b>Depressive Störungen</b>	Nährstoffe ► Neurotransmitter (Serotonin, Noradrenalin und Dopamin) ► Stimmung, Antrieb, Schlaf und Konzentration Stress ► Unausgewogene Ernährung ► Stresshormone ► ► Stimmung, Antrieb, Schlaf und Konzentration
<b>Diabetes mellitus Typ 2</b>	Adipositasassoziierte Erkrankung Blutzuckereinstellung ► Nahrungsverwertung
<b>Hüft- und Knie-TEP</b>	Ernährung, Übergewicht ► Arthrose
<b>KHK</b>	Adipositasassoziierte Erkrankungen Ernährungsumstellung zur Vorbeugung und Behandlung der arteriellen Hypertonie ► KHK
<b>Kinder und Jugendliche - Asthma bronchiale - Neurodermitis</b>	Lebensmittel-Unverträglichkeiten/Allergien ► Neurodermitis Lebensmittel-Unverträglichkeiten/Allergien ► Asthma bronchiale - Anfälle
<b>Schlaganfall</b>	Übergewicht ► Schlaganfälle Erhöhte Cholesterinwerte ► Schlaganfall Schlaganfall ► Halbseitenlähmung der Gesichts-, Kau- und Schluckmuskulatur mit Schluckstörungen, Ess- und Trinkstörungen ► Ernährungsdefizite

# Ernährungstherapeutische Leistungen (KTL 2015)



Deutsche  
Rentenversicherung  
Bund

## M Ernährungsmedizinische Leistungen (13 Codes)

- 1.M551 Abstimmung einer energiedefinierten Kostform
- 2.M552 Abstimmung einer nährstoffdefinierten Kostform
- 3.M560 Abstimmung einer keimreduzierten Ernährung
- 4.M570 Monitoring einer Allergensuchkost
- 5.M581 Abstimmung einer Sondenernährung
- 6.M582 Abstimmung einer parenteralen Ernährung
- 7.M590 Ernährungsberatung einzeln
- 8.M600 Ernährungsberatung in der Gruppe
- 9.M610 Beobachtete (pädagogische) Mahlzeiten in der Kleingruppe
- 10.M621 Lehrküche indikationsspezifisch in der Gruppe
- 11.M622 Lehrküche indikationsübergreifend in der Gruppe
- 12.M630 Weitere praktische Übungen zum Ernährungsverhalten in der Gruppe
- 13.M640 Information über Schulungsbuffet

## Daneben in anderen KTL-Kapiteln (3 weitere Codes)

- 1.C592 Vortrag: Gesunde Ernährung
- 2.C632 Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: Gesunde Ernährung
- 3.F573 Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Ernährungsverhalten

► Also insgesamt 16 ernährungsbezogene Codes.

**Reha/Nachsorge:** Die ernährungstherapeutischen Leistungen in der Reha-Nachsorge können grundsätzlich die gleichen sein wie jene in der vorausgegangenen Rehabilitation.





# Ernährungstherapeutische Leistungen in den RTS 2016

## Reha-Therapiestandards (RTS) - Ernährungstherapeutische Leistungen

<b>Alkoholabhängigkeit</b>	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 80 % der Pat.
<b>Brustkrebs</b>	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 75% der Pat.
<b>Chron. Rückenschmerz</b>	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 20% der Pat.
<b>Depressive Störungen</b>	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 30% der Pat.
<b>Diabetes mellitus Typ 2</b>	mind. 180 Min. pro Reha	mind. 70% der Pat.
<b>Hüft- und Knie-TEP</b>	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 20% der Pat.
<b>Koronare Herzkrankheit</b>	mind. 180 Min. pro Reha	mind. 60% der Pat.
<b>Kinder und Jugendliche – Asthma bronchiale</b>	mind. 135 Min. pro Reha	mind. 10 % der Pat.
<b>Kinder und Jugendliche – Adipositas</b>	mind. 135 Min. pro Reha (bis 7 J.) mind. 360 Min. pro Reha (ab 8 J.)	mind. 70 % der Pat.
<b>Kinder und Jugendliche – Neurodermitis</b>	mind. 135 Min. pro Reha	mind. 30 % (bis 7 J.) mind. 15 % (ab 8 J.)
<b>Schlaganfall – Phase D</b>	mind. 120 Min. pro Reha	mind. 40 % der Pat.

**Grund:** Prävention (Primär, Sekundär-, Tertiärprävention) von ernährungsbedingten Krankheiten, Krankheitsfolgen, Krankheitskomplikationen; in Übereinstimmung mit dem bio-psycho-sozialen Modell der Reha. Unter Beachtung ernährungsbedingter Komorbiditäten: Häufig gesellt sich zu der rehabegründenden Diagnose auch eine Zivilisationskrankheit dazu.



# Aspekt der Ernährung in der Reha- Nachsorge: **Was gab es bisher?**

# Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge: Was haben wir vorgefunden?

## Umfrage bei den Rentenversicherungsträgern zum aktuellen Stand der Reha-Nachsorge (2012/13)

Projektgruppe „Reha-Nachsorge“ (PGRN)  
Deutsche Rentenversicherung Bund – Geschäftsbereich Sozialmedizin und  
Rehabilitation, Bereich Reha-Wissenschaften

**Erhebungsbogen für  
Träger-Umfrage zur Reha-Nachsorge**

Rentenversicherungsträger *(bitte ankreuzen)*

<input type="checkbox"/> DRV Baden-Württemberg	<input type="checkbox"/> DRV Bayern Süd	<input type="checkbox"/> DRV Berlin-Brandenburg
<input type="checkbox"/> DRV Braunschweig-Hannover	<input type="checkbox"/> DRV Bund	<input type="checkbox"/> DRV Hessen
<input type="checkbox"/> DRV Knappschaft-Bahn-See	<input type="checkbox"/> DRV Mitteldeutschland	<input type="checkbox"/> DRV Nord
<input type="checkbox"/> DRV Nordbayern	<input type="checkbox"/> DRV Oldenburg-Bremen	<input type="checkbox"/> DRV Rheinland
<input type="checkbox"/> DRV Rheinland-Pfalz	<input type="checkbox"/> DRV Saarland	<input type="checkbox"/> DRV Schwaben
<input type="checkbox"/> DRV Westfalen		

**Ansprechpartner/in bei Rückfragen:**

**Name:**

**Telefon:**

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Erhebungsbogen bis zum 25. Januar 2013 zurück!**

Für Fragen zu diesem und den weiteren Erhebungsbögen steht Ihnen Frau Volke (Tel: 030 / 865-39334; E-Mail: [eva.volke@drv-bund.de](mailto:eva.volke@drv-bund.de)) zur Verfügung.

- 42 Reha-Nachsorgeprogramme gemeldet (32 bekannt, 10 neu)
- RV-Träger-spezifische Modifizierungen der Ursprungskonzeption und formalen Ausgestaltung (IRENA, Curr. Hann. u.a.)
- Inanspruchnahme des Nachsorgeangebotes durch Versicherte anderer RV-Träger häufig nicht möglich
- Reha-Nachsorgeangebote sind häufig nicht für alle Versicherten unabhängig vom Wohnort zugänglich bzw. erreichbar
- Große Vielfalt von Reha-Nachsorgeangeboten der Rentenversicherungsträger, aber: nicht alle RV-Träger bieten Nachsorge für alle Indikationen an
- Neue Medien (Telefon, Smartphone, Internet, PC, Video- und Audioclips, www, Chat, eHealth) spielen (noch) keine gr. Rolle bei der Reha-Nachsorge

# Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge: Was haben wir vorgefunden? Heterogenität



Deutsche  
Rentenversicherung  
Bund

Umfrage bei den Rentenversicherungsträgern zum aktuellen Stand der Reha-Nachsorge (2012/13)

## Indikationsübergreifende Programme

1. IRENA (DRV Bund, Übernahme 10 DRV-Träger)
2. ASP (DRV Baden-Württemberg)
3. MERENA (DRV Rheinland-Pfalz)
4. ARENA (DRV Saarland)

## Psychosomatik

1. Weiterführende ambulante Psychotherapie in der Klinik Bernau (DRV Berlin-Brandenburg)
2. Ambulante Folgeleistung in Form von psychosomatischer Reha-Nachsorge (DRV Westfalen)
3. Curriculum Hannover (DRV Braunschweig-Hannover, Übernahme 10 RV-Träger)
4. Psychosomatisches Fallmanagement (DRV Braunschweig-Hannover)
5. Ambulante Nachsorge RPK (DRV Hessen)
6. ERNA Psych (DRV Rheinland-Pfalz)
7. Psychosomatische Nachsorge der Klinik Buching (DRV Schwaben)



# Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge: Was haben wir vorgefunden? Heterogenität



Deutsche  
Rentenversicherung  
Bund

## Umfrage bei den Rentenversicherungsträgern zum aktuellen Stand der Reha-Nachsorge (2012/13)

### Kardiologie

1. KARENA (DRV Nord, DRV Westfalen, DRV Oldenb.-Bremen, DRV Braunschweig-Hannover)
2. Ambulante Folgeleistungen bei kardiologischen Erkrankungen in Form von ärztlich überwachtem Ergometertraining (DRV Westfalen)
3. SeKoNa (DRV Rheinland)

### Orthopädie

1. MTT (DRV Nord, DRV Braunschweig-Hannover, DRV Oldenburg-Bremen)
2. AFM (DRV Westfalen)
3. IMBORENA (DRV Bund)
4. EvoCare (DRV Bayern Süd)

### Stoffwechselerkrankungen

1. „Schlanker werden – gesünder sein“ (DRV Hessen)
2. MEDIAS (DRV Hessen)
3. FAT (DRV Nordbayern)
4. Adipositas Schulung (DRV Westfalen)
5. Diabetes-Schulung (DRV Westfalen)
6. Nachsorgeprogramm für adipöse Patienten mit pathologischem Essverhalten (DRV Nord)
7. SATT (DRV Schwaben)





- Die Reha-Effekte sind stabiler, wenn sie von einer systematischen nachgehenden Leistung gemäß **§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI** gefolgt werden, d.h. möglichst wohnortnahen Reha-Nachsorge.
- Im Rahmen einer intensivierten Rehabilitationsnachsorge (**IRENA**) bzw. ihrer träger- und regionalspezifischen Varianten **ASP, Merena, Arena** lässt sich eine ernährungstherapeutische Betreuung bei allen zugrundeliegenden Indikationen fortsetzen.
- Falls IRENA und Co. in derselben Einrichtung durchgeführt wird wie zuvor die Rehabilitation, ist diese Kontinuität besonders günstig für die Patienten.
- Bei spezifischen Diagnosen, insbesondere aus dem Bereich der Stoffwechselerkrankungen (ICD: „E“), wie z.B. Diabetes oder Adipositas, stehen darüber hinaus weitere träger- und regionalspezifische Nachsorgeleistungen zur Verfügung, etwa: **SATT, FAT, MEDIAS**.



Spitzenverband

- Ansonsten können niedergelassene, **ambulante zertifizierte Ernährungstherapeuten** nach ärztlicher Zuweisung eine sinnvolle Fortführung der in der stationären Rehabilitation eingeleiteten Verhaltensänderungen realisieren.
- Rechtsgrundlage für eine ambulante Ernährungstherapie ist der **§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB V**, nach dem Krankenkassen ergänzende Leistungen zur Rehabilitation in Form von Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen können.

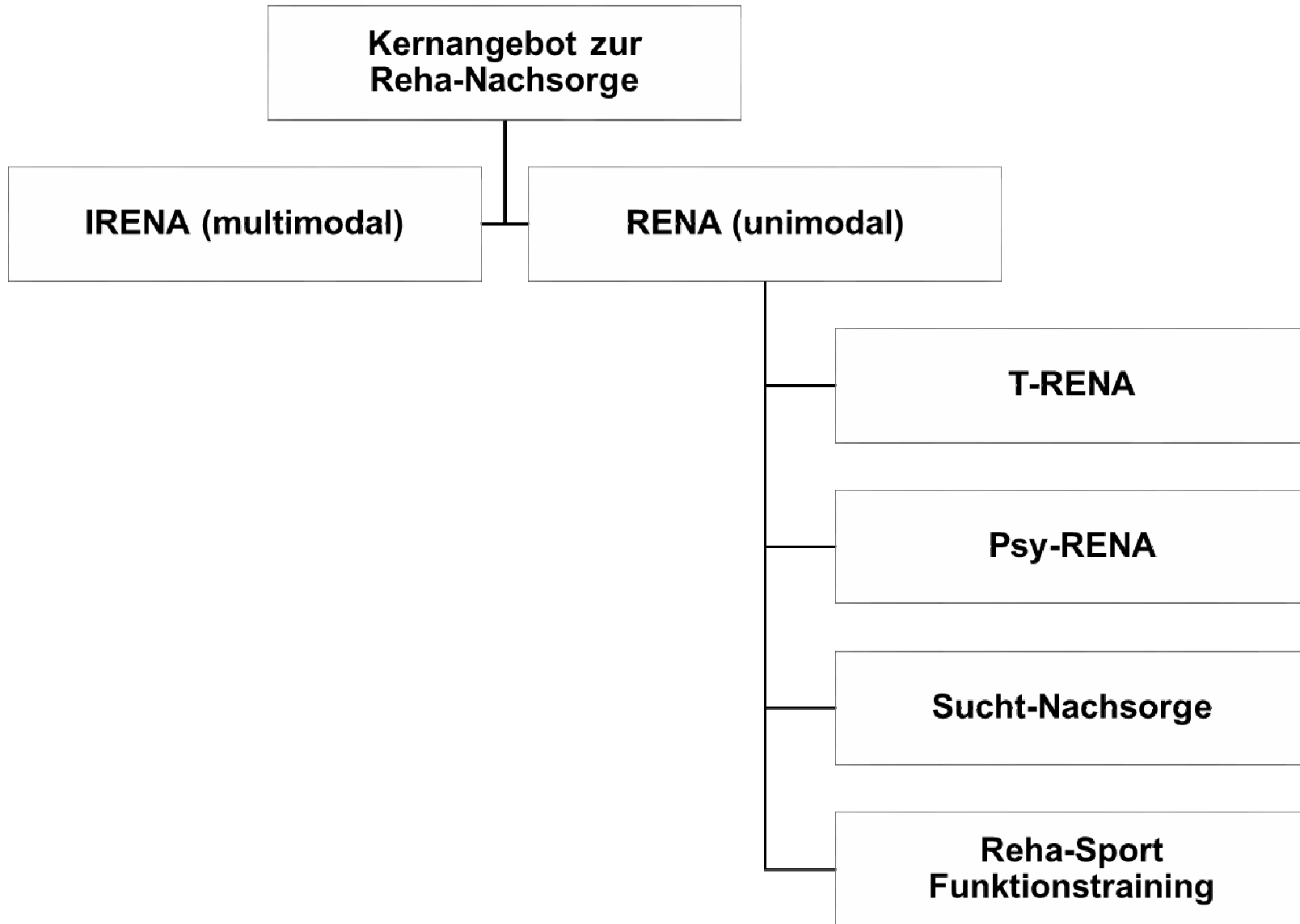
# IRENA, SATT, FAT, MEDIAS und ernährungs-therapeutische Leistungen (KTL 2015)

	<b>DRV-Träger</b>	<b>Therapeutische Inhalte</b>	<b>Durchführung</b>
<b>IRENA</b>	11 Träger*  * Restträger: Irena-Var.	Leistungspakete aus verschiedenen KTL-Kapiteln, z.B. Ausdauertraining, Gruppenarbeit zur Stressbewältigung, Ernährungsgruppe	Gruppe max. 10 Personen, 24 Termine à mind. 90 Min.
<b>SATT</b>	Schwaben	Bewegungstherapie, psychologische Beratung, Ernährungsberatung	Gruppe (Ausnahme: einzeln) Max. 40 Termine je 120 Min. (einzeln: 50/60 Min.)
<b>FAT</b>	Nordbayern	Ernährungsberatung, praktische Ernährungsübungen, Gruppengespräche, Bewegung, ärztliche Visiten	Gruppe alle 2/4 Wochen 1 ganzer Tag über 1 o. 2 Jahre (abh. von BMI bzw. Schweregrad)
<b>MEDIAS</b>	Hessen	Schulungskonzept auf Basis eines Selbstmanagementansatzes, Selbstkontrollübungen	Gruppe mit 12 Kurseinheiten à 90 Min.



# Aspekt der Ernährung in der Reha- Nachsorge: **Was wird es fortan geben?**

# Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge: Neu – Stufung der Nachsorge-Angebote



- **Indikationsstellung**
  - multimodale, grundsätzlich indikationsübergreifende Nachsorge (Ausnahme: Sucht)
  - Einleitung/Verordnung durch Arzt/Ärztin in der Reha → keine weitere Prüfung/ kein Bescheid durch RV
- **therapeutische Leistungen/ Inhalte**
  - Leistungen aus mind. 2 Therapiebereichen von mind. 2 Berufsgruppen
  - ärztliches Aufnahme-/Abschlussgespräch
- **Dauer**
  - Gruppe: 24 Termine (Ausnahme: Neurologie 36 Termine) à mind. 90 min
  - 2 ergänzende Einzelgespräche à 50 min bei psychischen Störungen möglich
- **Anforderungen an die Einrichtung**
  - von der RV zugelassene Reha-Einrichtungen, die Nachsorge-Indikation auch als Reha-Indikation behandeln
- **Vergütung**
  - Gruppe (max. 10 Personen): 26 €, Ausnahme neurologische Erkrankungen: 34 €
  - Einzelgespräche: 46 €
- **Abschlussdokumentation**
  - neben formalen Aspekten auch u. a. Befunde und erbrachte Leistungen nach KTL

# Unimodale trainingstherapeutische Reha-Nachsorge „T-RENA“

- **Indikationsstellung**
  - unimodale, an den Reha-Zielen Beweglichkeit, Koordination, Kraft, Ausdauer und/oder Schmerzreduktion ausgerichtete Nachsorge
  - Versicherte mit Befunden am Haltungs- und Bewegungsapparat
- **therapeutische Leistungen/ Inhalte**
  - gerätegestütztes, angeleitetes Training in offener Gruppe (max. 12 Personen)
  - Einzeltraining möglich, wenn keine Gruppe zustande kommt
- **Dauer**
  - Gruppe: 26 Termine à 60 min, Verlängerung um max. 26 weitere Termine möglich
  - Einzeltraining: 12 Termine à 15 - 20 min, Verlängerung um max. 12 weitere Termine möglich
- **Anforderungen an die Einrichtung**
  - Reha-Einrichtungen und hierfür von RV zugelassene Einrichtungen wie physiotherapeutische Praxen, sonst. ambulante Reha-Zentren, Krankenhäuser
  - 2 qualifizierte Trainingstherapeuten mit reha-medizinischer Erfahrung
- **Vergütung**
  - erster Termin: 45 €, weitere Trainings in der Gruppe: 7 €, als Einzeltraining: 15 €
- **Abschlussdokumentation**
  - neben formalen Aspekten auch Besonderheiten im Verlauf und Ergebnis

# Unimodale psychosomatische Reha-Nachsorge „Psy-RENA“

- **Indikationsstellung**
  - unimodale Nachsorge bei F-Diagnose als Erstdiagnose
  - im Einzelfall: psychische Komorbidität bei somatischer Grunderkrankung oder nach VMO
- **therapeutische Leistungen/ Inhalte**
  - Gespräche in geschlossener oder halb-offener Gruppe (8 bis 10 Personen)
  - Einzelgespräche möglich, wenn keine Gruppe zustande kommt
- **Dauer**
  - Gruppe: 25 Termine à 90 min plus Aufnahme-/Abschlussgespräch à 50 min
  - Einzelgespräche: 8 Termine à 50 min, Verlängerung um 4 weitere Termine möglich
- **Anforderungen an die Einrichtung**
  - Reha-Einrichtungen, reha-komplementäre Einrichtungen (z.B. Beratungsstellen) und Psychotherapie-Praxen, die über entsprechende Räumlichkeit verfügen
  - durch die RV zugelassene Therapeuten
- **Vergütung**
  - Gruppengespräche: 35,50 €
  - Einzelgespräche (auch Aufnahme-/Abschlussgespräch): 70 €
- **Abschlussdokumentation**
  - neben formalen Aspekten auch Besonderheiten im Verlauf und Ergebnis





- **Indikationsstellung**
  - An welchen Reha-Zielen ausgerichtete unimodale Nachsorge?
  - Alle Versicherten unabhängig von der Indikation? Bestimmte Indikationen?
- **Therapeutische Leistungen/ Inhalte**
  - Wie gestützt? Welche Materialien? Welche Methoden?
  - Angeleitet? Durch wen?
  - Einzeln oder Gruppe (welche Art von Gruppe, wie viele TN max.)?
- **Dauer**
  - Gruppe: Wie viele Termine à wie viel Min.? Verlängerung möglich? Um max. wie viele weitere Termine?
  - Einzeltraining: Wie viele Termine à wie viel Min.? Verlängerung möglich? Um max. wie viele weitere Termine?
- **Anforderungen an die Einrichtung**
  - Welche räumlichen Voraussetzungen? Reha-Einrichtungen? Ambulante ernährungstherapeutische Praxen?
  - Welche personellen Anforderungen an die Berufsgruppen? Wie viele? Mit welcher Erfahrung?
- **Vergütung**
  - erster Termin: ? €, weitere Trainings in der Gruppe: ? €, als Einzeltraining: ? €
- **Abschlussdokumentation**
  - Notwendig? Was soll sie beinhalten?

# Ist es sinnvoll, einen einzigen Verhaltensbereich, hier: Ernährung, unimodal anzugehen?

## Multiple Risikofaktoren in der Genese der Grunderkrankung („The dirty four“)

- Diejenigen Wirkfaktoren, die für ein breites Spektrum des Gesundheitsverhaltens dokumentiert werden, sind auch für gesunde Ernährung gültig, da die unterschiedlichen Facetten eines gesundheitsförderlichen Lebensstils oft miteinander verbunden sind.

## Ein einziger Verhaltensbereich oder mehrere (ganzheitliche Nachsorge)?

- Ob es günstiger ist, in einer Intervention nur einen einzigen Verhaltensbereich anzusprechen oder aber mehrere Verhaltensbereiche gleichzeitig, wird gegenwärtig kontrovers diskutiert.
- z.B. neben Bewegungsaktivierung Patientenschulungen zur Förderung körperlicher Aktivität bei chronisch kranken Erwachsenen
- Sind Interventionen, die nur einen einzigen Verhaltensbereich anzielen, erfolgreicher (Conn et al., 2008; Conn et al., 2009)?
- Oder ist die Wirksamkeit von Interventionen höher, wenn sie beispielsweise sowohl Ernährung als auch körperliche Aktivität ansprechen (Greaves et al., 2011)?
- Transfereffekt bei orthopädischen und kardiologischen Rehabilitanden (Fleig et al., 2011): Interventionsgruppen zeigen durch Bewegungsaktivierung nicht nur ein höheres Maß an körperlicher Aktivität, sondern auch eine gesündere Ernährung in Bezug auf Obst und Gemüse.

nein  ja

# Reha-Nachsorge: Trends und Weiterentwicklungen

N<sub>1</sub> E<sub>1</sub> U<sub>1</sub> E<sub>1</sub>

## Tele-Nachsorge

Ernährungsbezogen (Auswahl):

- Onlinecoaching "Leichter Abnehmen". „Blutdruck senken“ (HausMed, Dr. Becker-Gesell.)\*
- INTERBED
- Nutris-Phone (Uni Ulm)
- Liveonline (Virtuelles Seminar)
- RENATA (Uni Bremen)
- Ernährungs-Apps
- Telematische Assistenzsysteme
- Therapeutische „Spiele“
- Internetbas. KVT-Programme
- ...

M<sub>3</sub> E<sub>1</sub> D<sub>1</sub> I<sub>1</sub> E<sub>1</sub> N<sub>1</sub>

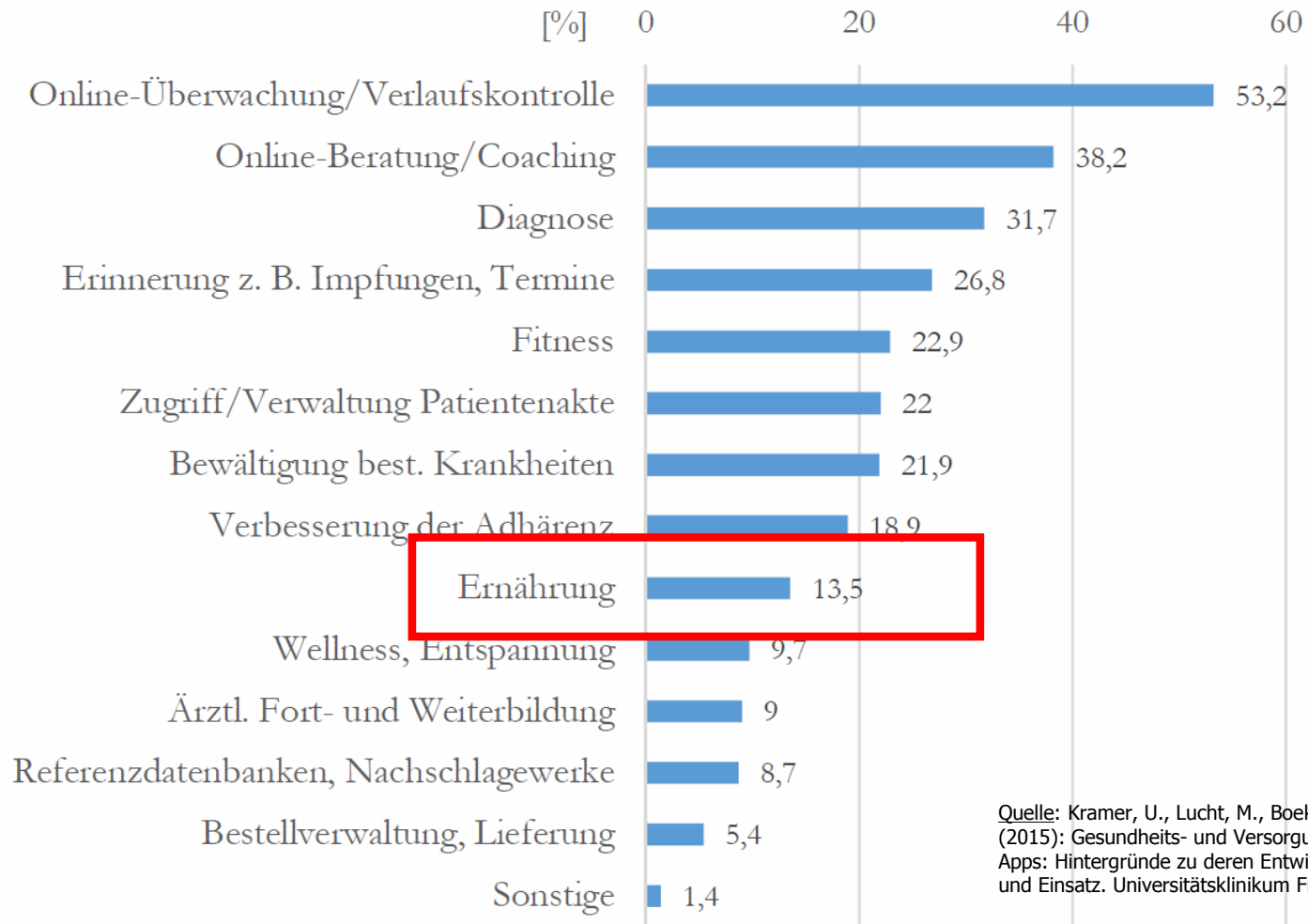
Herausforderungen

- Zulassung/Anerkennung
- Begleitung durch Therapeuten
- Barrierefreiheit
- Sicherheit des Patienten
- Datenschutz und Datensicherheit

- ▶ Anforderungen der DRV an Tele-Nachsorge (via PC, Internet oder Mobilfunknetz)

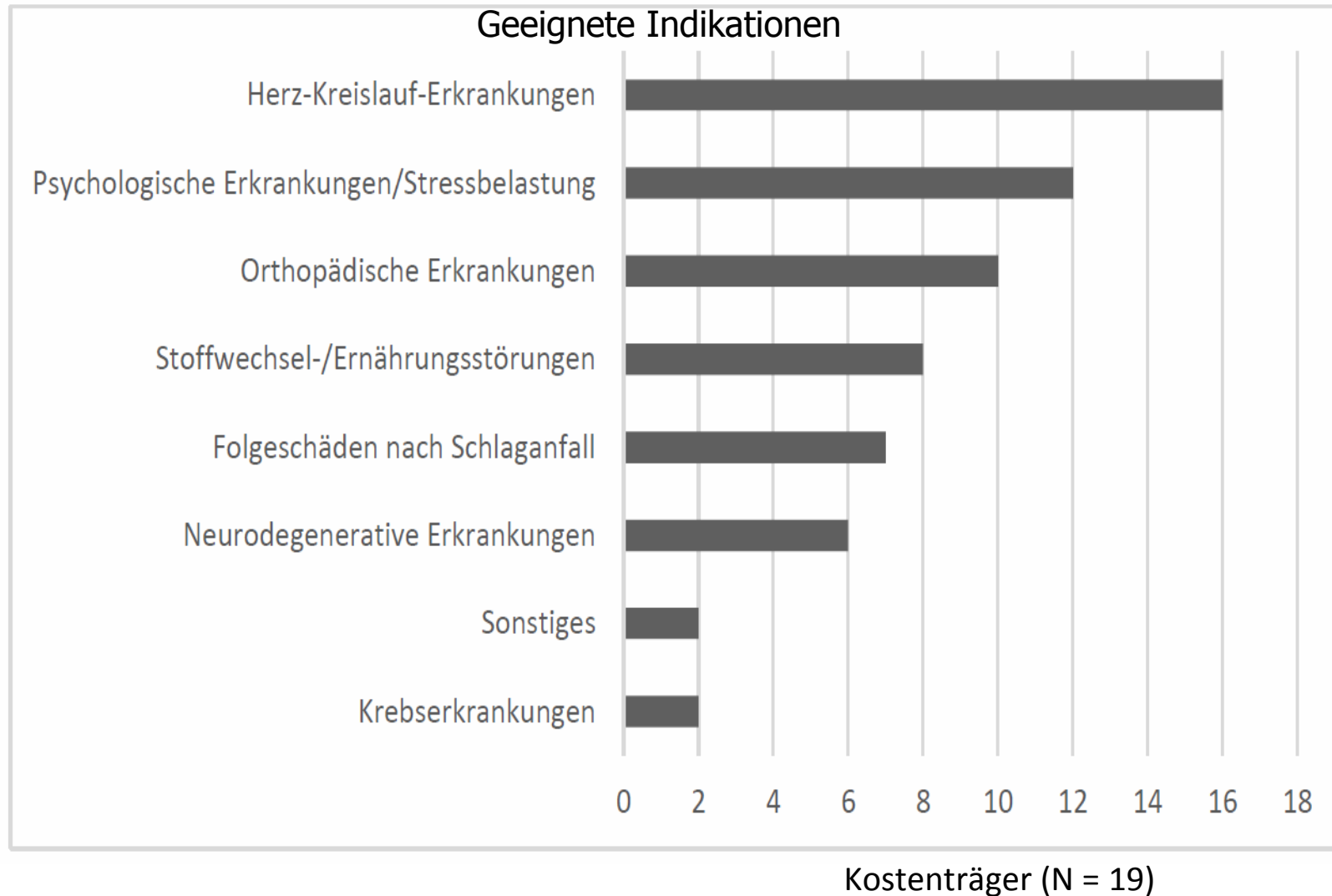
\*Bisher: GKV: Ja, DRV: Nein.

# Anwendungsschwerpunkte von mHealth-Apps



Quelle: Kramer, U., Lucht, M., Boeker, M. (2015): Gesundheits- und Versorgungs-Apps: Hintergründe zu deren Entwicklung und Einsatz. Universitätsklinikum Freiburg.

# Indikationsschwerpunkte medizin. Assistenzsysteme in Prävention, Reha & Nachsorge



Quelle: John, M., Einhaus, J., Graßhoff, T. (2015): Bericht - Expertenbefragung - Einsatzmöglichkeiten medizinischer Assistenzsysteme in der Prävention, Rehabilitation und Nachsorge. Fraunhofer-Institut.

# Kann E-Health-Nachsorge wirksam sein?

## Wirksamkeit von Internet-basierten Gesundheitsinterventionen

### Bei Gewichtsreduktion



#### Methode

- **Autoren:** Grunenberg et al. (2013)
- **Bedingungen:** webbasierte Interventionsgruppe zur Gewichtsreduktion vs. Warteliste-Kontrollgruppe

#### Ergebnisse

- **Anzahl Studien:** 5 RCTs (N =727)

Outcome	SMD	95% - KI
BMI	- 0.49	[-0.95; -0.03]
Gewicht	- 1.32	[-2.59; -0.06]
Tailen-umfang	- 2.35	[-3.18; -1.52]

# Reha-Nachsorge: Trends und Weiterentwicklungen

N E U E

M E D I E N

## Warum sollten wir?

Nur ein geringer Teil der Rehabilitanden nimmt eine ambulante Nachsorgebehandlung wahr (Morfeld et al. 2010)

- Gründe: schwer mit beruflichen Verpflichtungen vereinbar, hoher Zeitaufwand oder schlechte Erreichbarkeit der Nachsorgeeinrichtung (Sibold et al. 2011)

Onlinenachsorge kann

- Unterversorgte Gebiete erreichen (Kersting, Schlicht & Kroker, 2009)
- Unterrepräsentierte Gruppen ansprechen, z.B. Männer (Risau, 2005)
- Vor vermeintlicher Stigmatisierung bewahren (Knaevelsrud, Jäger & Maercker, 2004)

# Reha-Nachsorge: Gesundheitsbezogene Internet-Portale

---



<http://www.krankheitserfahrungen.de/>

<http://lebensstil-aendern.de/>

<http://www.vor-der-reha.de/>

<http://www.nachderreha.de/>

<http://www.online-nachsorge.de/>

<http://www.zentrum-patientenschulung.de/>

<http://www.reha-ziele.de/>

<http://www.reha-einrichtungen.de>

<http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/>

<http://www.wegweiser-arbeitsfaehigkeit.de>



# Erfolgsfaktoren nachhaltiger Ernährungsumstellung



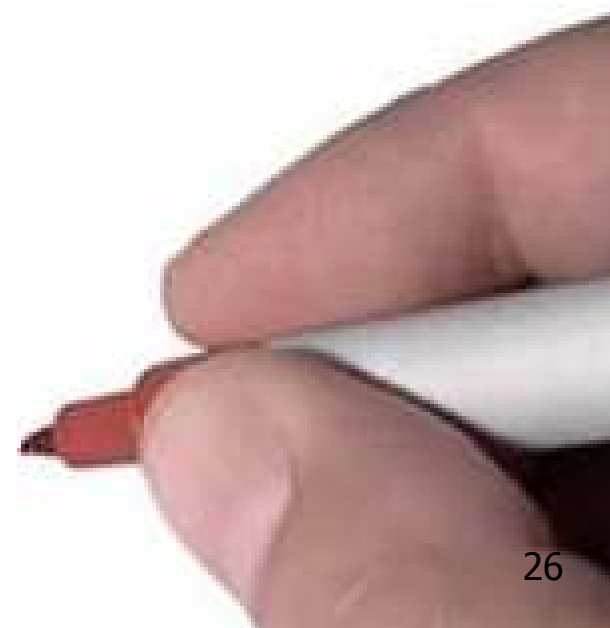
## Besonders wirksam waren:

- Praktische Ernährungsübungen (Koch- und Einkaufsverhalten)
- Ernährungsumstellung ohne Verbote
- Personalisierte Beratungsunterlagen
- Interaktive Erarbeitung von verhaltensmodifizierenden Maßnahmen
- Ausgewogene, kalorienreduzierte, aber nicht unmäßig eingeschränkte Ernährung
- Unterstützende ausreichende körperliche Aktivität
- Einbindung von Partnern und Angehörigen in die Ernährungsumstellung
- Austausch mit Gleichgesinnten
- Berücksichtigung von Alltagssituationen
- Engmaschige Unterstützung inklusive Fremdkontrolle
- Schriftliche Ernährungs-/Bewegungsprotokolle
- Im persönlichen Kontakt vermittelte Interventionen
- Längere und intensivere Interventionen
- Interventionen mit nachgehender Nachsorge
- Selbstbeobachtung des Gesundheitsverhaltens (Selbstmonitoring)
- Kombinationen zwischen Selbstbeobachtung und mindestens einer anderen selbstregulativen Strategie
- Telefonbasierte Interventionen
- Beratung und Edukation bei Hochrisiko
- Alle Strategien zur Förderung eines gesunden Lebensstils wie selbstregulatorische Strategien der Verhaltensänderung wie Zielsetzung, Selbstmonitoring oder Handlungs- und Bewältigungsplanung (Implementation Intentions)

Studien: Bender, 2014; Conn et al., 2008; Eakin et al., 2007; Ebrahim et al., 2011; Gansterer, 2008; Gollwitzer & Sheeran, Greaves et al., 2011; 2006; Lang, 2015; Michie et al., 2009; Pearson, 2012; Soureti et al., 2012)

# Ihre Fragen ...

---





**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

**E-Mail: [Teresia.Widera@drv-bund.de](mailto:Teresia.Widera@drv-bund.de)**