

## **Etappen-Heilverfahren für stark adipöse Patienten im RehaKlinikum Bad Säckingen: Vorgehensweisen und Zwischenergebnisse Jan. 2017**

### **Hintergrund**

Starkes Übergewicht (Adipositas) mit einem Body-Mass-Index  $> 30$  wird von der Weltgesundheitsorganisation bereits seit über 15 Jahren als „globale Epidemie“ eingestuft (WHO 2000), die vor allem wegen der z.T. drastisch erhöhten Krankheits- und Sterblichkeitsrisiken sowie der psychosozialen Folgen und volkswirtschaftlichen Kosten alarmiert.

Die Therapieaussichten werden generell sehr skeptisch beurteilt (vgl. Bischoff et al 2012). Die kürzlich aktualisierte S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ (LL 2014) fasst die vorliegenden Forschungsergebnisse zur Therapie der Adipositas folgendermaßen zusammen:

*„Die Effektivität kann durch eine langfristige Versorgung („extended care“) verbessert werden, wie Meta-Analysen zeigen. ... Die wenigen evaluierten Programme wurden über einen längeren Zeitraum mit niedrigen Kontaktfrequenzen geführt mit dem Ziel, Patienten langfristig begleiten zu können (Monate bis Jahre). Vor allem Programme, in denen Patienten einen persönlichen Kontakt zum Behandlungsteam hatten, waren erfolgreich. Langfristiger Kontakt zwischen Patient und Behandler ... kann individuell auch als Telefon- oder Email-Kontakt erfolgen. ... Allerdings sollte die behandelnde Person, die diese Kontakte anbietet, durchgängig dieselbe sein. Kontakte zu wechselnden oder unbekanntem Mitgliedern des Behandlerteams führten zu keinem derartigen Ergebnis.“ (LL 2014, S.75)*

Auf diesem Hintergrund ist im RehaKlinikum Bad Säckingen (RKBS) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV-BW) für erwerbstätige Patienten der DRV-BW mit einem BMI  $> 35 \text{ kg/m}^2$  (Adipositas der Grade II oder III) ein modifiziertes Reha-Verfahren vereinbart worden, das als „Etappen-Heilverfahren“ (EHV) bezeichnet wird. Das Verfahren basiert auf Modellen, die in den vergangenen Jahren – meistens im Bereich der DRV-BW – entwickelt und erprobt worden sind (vgl. Knisel 1996; Wagner 2001; Schulte et al. 2003; Hölz 2006; Bauer & Karl 2008; Bisognin-Nechwatal 2014). Die Projektgruppe „Weiterentwicklung der Rehabilitation und Stärkung der Gesundheit“ unter Vorsitz der DRV-BW hat 2013 einen Abschlussbericht vorgelegt, in dem das Etappenheilverfahren an mehreren Stellen als auszubauendes und wissenschaftlich zu evaluierendes Verfahren hervorgehoben wird (PG 2013).

Das EHV im RKBS nimmt die wesentlichen Elemente der zitierten Leitlinien-Empfehlung auf. Dazu gehören vor allem eine Dauer des Verfahrens von gut 12 Monaten mit drei stationären und zwei ambulanten Phasen, eine leitliniengerechte Adipositas-Therapie während der stationären Phasen sowie die langfristige Betreuung durch ein personell konstantes Team aus Arzt, Ernährungsberaterin und Psychologin während der gesamten EHV-Maßnahme.

## **Ablauf der EHV-Maßnahme im RKBS**

Die Reha-Maßnahme für stark übergewichtige erwerbstätige Patienten wird in drei stationären Phasen, die jeweils durch eine ambulante Phase unterbrochen werden:

- S1 stationäre Phase: Dauer: 18 Tage
  - A1 ambulante Phase: Dauer: 6 Monate
- S2 stationäre Phase: Dauer: 11 Tage
  - A2 ambulante Phase: Dauer: 6 Monate
- S3 stationäre Phase: Dauer: 6 Tage

Die Maßnahmenprogramme während der **drei stationären Phasen** sehen vor, dass die EHV-Patienten zusätzlich zur allgemeinen Ernährungsschulung („Schlemmen nach Maß“) jeweils eine individuelle Ernährungsberatung zur Adipositaschulung durch die Ernährungsberaterin des RKBS erhalten und angehalten werden, ihr Körpergewicht und ihre Trinkmenge täglich zu dokumentieren. Die Ernährungsberatung wird ergänzt durch praktische Übungen in der Lehrküche des RKBS. Die Bedeutung eines adäquaten Bewegungsverhaltens wird in Schulungen vermittelt und in Bewegungstherapie und Medizinischer Trainingstherapie eingeübt. Die Aufmerksamkeit für das Bewegungsverhalten wird dadurch intensiviert, dass den Patienten ein elektronischer Schrittzähler geliehen wird, dessen Aufzeichnungen regelmäßig ausgewertet und an die Patienten zurückgemeldet werden.

Der großen Bedeutung psychischer Einflussfaktoren wird dadurch Rechnung getragen, dass bei allen EHV-Patienten zusätzlich zu den psychologischen Gruppenverfahren mindestens eine psychologische Einzelberatung durch eine Mitarbeiterin der psychologischen Abteilung angeboten wird, die außerdem zu Beginn und am Ende der stationären Phase ein psychologisches Assessment mit dem „Fragebogen zum Ernährungsverhalten“ (FEV; Pudel & Westenhöfer 1989) erhebt und die Auswertungsergebnisse mit den Patienten bespricht.

Orthopädische und ggf. kardiologische bzw. lymphologische oder angiologische Erkrankungen werden während der stationären Phasen ebenfalls behandelt.

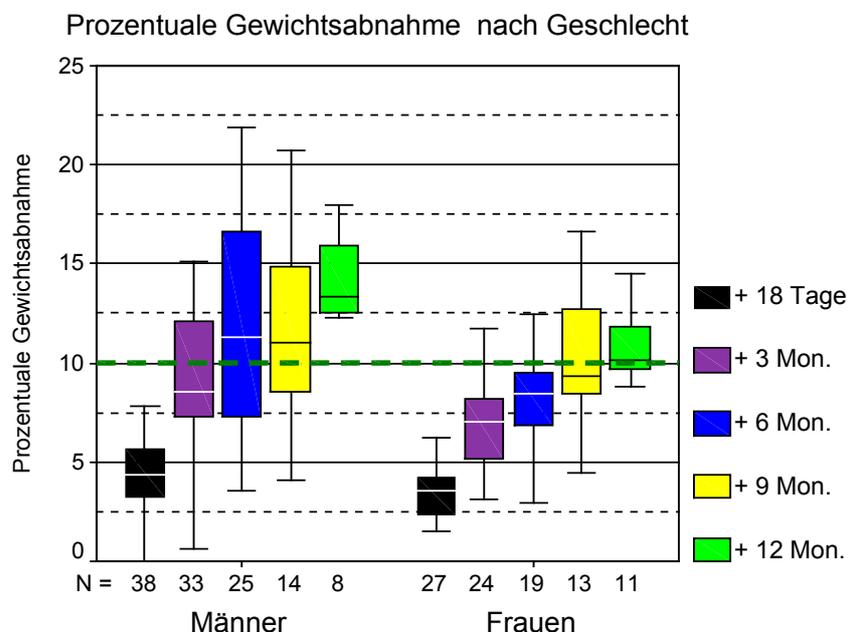
Während der beiden **ambulanten Phasen** sollten die Patienten an Nachsorgemaßnahmen teilnehmen, wie sie von der DRV angeboten werden. Die entsprechenden Kontakte werden während der ersten stationären Phase in der Klinik angebahnt. Zur Motivationsverstärkung werden sie ca. 3 Monate nach Beginn der ersten und der zweiten ambulanten Phase von der Ernährungsberaterin des RKBS angerufen und nach ihrem aktuellen Körpergewicht sowie nach Problemen bei der Ernährungsumstellung befragt. Da alle EHV-Patienten die Ernährungsberaterin während des stationären Aufenthalts persönlich kennen gelernt haben, ist die Antwortquote bei diesen telefonischen Kontakten sehr gut.

## Zwischenergebnisse Januar 2017

Von Juli 2014 bis Januar 2017 haben insgesamt 80 Patienten das EHV-Programm im RKBS begonnen. Da bei 12 Patienten wegen fehlender Anfangserfolge das EHV nicht fortgeführt wurde und somit gar kein EHV mit einer zweiten oder dritten stationären Phase zustande gekommen ist, wurden sie von den Auswertungen ausgeschlossen. Die folgenden Auswertungen beziehen sich damit ausschließlich auf die 68 Patienten mit einem programmgemäß fortgeführten EHV.

Der Frauenanteil betrug 42,6 %. Zu Beginn der Maßnahme wiesen die Frauen ein mittleres Körpergewicht von 126 kg ( $\pm$  18,5 kg; Spanne: 85 – 170 kg) auf; bei den Männern lag das mittlere Eingangsgewicht bei 138 kg ( $\pm$  22,3 kg; Spanne: 96 – 188 kg). Mitte Januar 2017 hatten 22 Patienten (32,4%) das Programm abgeschlossen und 34 Patienten (50%) waren noch im laufenden Programm. 12 Patienten (17,6%) hatten aus externen Gründen (Krankheit, Umzug) oder von sich aus das Programm nach der 2. Etappe abgebrochen. Bei den Abbrechern gab es überraschenderweise deutliche Geschlechtsunterschiede: 75% der Abbrecher waren Männer und nur 25% waren Frauen. Entsprechend betrug die Abbruchquote bei den Männern 23,1%, bei den Frauen dagegen nur 10,3%

Das Körpergewicht als zentraler Outcome-Parameter wurde zu Beginn und am Ende der stationären Phasen sowie in der Mitte der beiden ambulanten Phasen erhoben, sodass Gewichtsangaben zu Beginn der Maßnahme, nach 18 Tagen sowie nach 3, 6, 9 und 12 Monaten vorliegen. Die folgende Grafik zeigt die prozentuale Gewichtsveränderung zwischen Aufnahme und den nachfolgenden Messzeitpunkten in der Gesamtstichprobe, aufgeschlüsselt nach den beiden Geschlechtern:



Diese Art der Darstellung wird als „Boxplot-Diagramm bezeichnet, in dem die „Box“ die mittleren 50% der Verteilung angibt, wobei der waagerechte Strich innerhalb der Box den Median markiert, der die Verteilung in zwei gleiche Hälften teilt, und die „Antennen“ ober- und unterhalb der Box die obersten bzw. untersten 25% angeben. Die „Ziellinie“ von 10% Gewichtsabnahme ist in der Grafik durch die waagerechte gestrichelte grüne Linie markiert.

## Diskussion

In der Adipositas-Leitlinie wird eine Gewichtsabnahme von 10% des Eingangsgewichts als Therapieziel nach 6-12 Monaten genannt (LL 2014, S. 38). Nach 9 Monaten haben 64% der Studienpatienten dieses – sicherlich recht ambitionierte – Ziel erreicht und übertroffen. Nach 12 Monaten wurde das 10%-Ziel von 74% der Stichprobe erreicht und – vor allem bei den Männern (vgl. Grafik) – sehr deutlich übertroffen. Weniger als 5% Gewichtsabnahme haben nach 9 Monaten nur 2 Personen und nach 12 Monaten keine Person erzielt.

Die abnehmenden Fallzahlen zwischen den Erhebungszeitpunkten resultieren nur zu einem Teil aus Therapieabbrüchen, sondern sind vor allem dadurch bedingt, dass die ‚fehlenden‘ Patienten den Zeitpunkt für die folgende Nacherhebung noch nicht erreicht hatten. Die Abbruch-Quote fällt in unserer Stichprobe mit 17% bisher überraschend niedrig aus (üblich sind Abbruchquoten von 50% und mehr; vgl. z.B. Meffert & Gerdes 2010). Der Grund für die relativ geringe Abbruchquote dürfte vor allem in den intensiven persönlichen Kontakten zwischen den Patienten und dem EHV-Team liegen.

Insgesamt sind die bisher vorliegenden Ergebnisse damit ausgesprochen vielversprechend.

Dieses Fazit war für die Geschäftsführung des RKBS der Anlass, das EHV-Programm auch für Patienten anderer Versicherungsträger zu öffnen. Zugangsvoraussetzungen sind, dass die Patienten erwerbstätig sind, einen BMI > 35 aufweisen und bereit sind, an einer EHV-Maßnahme teilzunehmen, sowie eine Kostenzusage des betreffenden Versicherungsträgers.

*Kontaktadresse für weitere Informationen:*

Dr. med. Heinrich Hakuba,  
Tel.: 07761 554-4438  
email: heinrich.hakuba@rkbs.de

Bad Säckingen, Januar 2017

*EHV-Team im RKBS:*

Dr. med. Heinrich Hakuba; Chefarzt Lymphologie, Angiologie  
Maria von Kageneck, Diätassistentin, Ernährungsberaterin  
Dipl.-Psych. Anna Schiel, psychologische Abteilung  
Dr. med. Daniel Schlittenhardt, Ärztlicher Direktor

*wissenschaftliche Begleitung:*

Dr. Nikolaus Gerdes, wiss. Leiter Hochrhein-Institut am RKBS

## Literatur

- Bauer J & Karl E-L (2008): Langfristig Leichter Leben – Etappenheilverfahren Adipositas. AdipositasSpektrum Kongressausgabe Oktober 2008; 4: S.35
- Bischoff SC, Damms-Machado A, Betz C, et al. (2012): Multicenter evaluation of an interdisciplinary 52-week weight loss program for obesity with regard to body weight, comorbidities and quality of life – a prospective study. *Int J Obes (Lond)*; 36(5): 614-24
- Bisognin-Nechwatal G (2014): Nachhaltige Erfolge mit dem Etappenheilverfahren. *Spektrum* 1/2014 DRV Baden-Württemberg: 117-119
- Hölz G (2006): Langzeitstrategie zur Behandlung der Adipositas. Newsletter – Mitglieder-rundschreiben der Ärztesgesellschaft Heilfasten & Ernährung e.V.; Ausgabe 1. Halbjahr/2006
- Knisel W (1996): Erfolgreiches Modell Etappenheilverfahren für die Rehabilitation von Diabetikern. *Nachrichtenblatt der Landesversicherungsanstalt Baden*; 42: 319-321
- LL 2014 Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. AWMF-Register Nr. 050/001. Version 2.0 (April 2014)
- Meffert C, Gerdes N (2010): Program adherence and effectiveness of a commercial nutrition program: The Metabolic Balance Study. *Journal of Nutrition and Metabolism*: Vol. 20, Article ID 197656 (open access)
- PG 2013: Bericht der Projektgruppe „Weiterentwicklung der Rehabilitation und Stärkung der Selbsthilfe“. Vorsitz der Projektgruppe: Hubert Seiter. Download unter: [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Inhalt/Allgemeines/Downloads/Nachrichten/Projektbericht\\_Weiterentwicklung\\_Reha.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Inhalt/Allgemeines/Downloads/Nachrichten/Projektbericht_Weiterentwicklung_Reha.html)
- Pudel V, Westenhöfer J. (1989): Fragebogen zum Essverhalten: Handanweisung. *Eating Intervention*. Göttingen, Hogrefe
- Schulte R, Jolivet B, Niemeyer B, Rosemeyer D, Römpler D, Wirth A (2003): Lässt sich der Rehabilitationserfolg durch Booster-Schulungen stabilisieren? Inanspruchnahme und Auswirkungen einer stationären Nachschulung am Beispiel der Adipositasbehandlung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*; 16: 396-403
- Wagner G (2001): Etappenheilverfahren – eine neue Form des stationären Gesundheits-trainings bei krankhafter Adipositas. Diplomarbeit FH Albstadt-Sigmaringen
- WHO (2000). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization.