

IGiB – Strukturmigration im  
Mittelbereich Templin

Förderkennzeichen:

01NVF16001

Konzept zum Sektorenübergreifenden

Behandlungspfad Adipositas

- erstellt durch den Konsortialpartner KV COMM -

**[Pfadkonzept Adipositas]**

---

Inhaltsverzeichnis

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Präambel .....                  | 3  |
| 1. Ausgangslage .....           | 4  |
| 2. Ist-Analyse.....             | 4  |
| 3. Zielgruppen-Definition ..... | 10 |
| 4. Zielsetzung.....             | 11 |
| 5. Pfadakteure .....            | 13 |
| 6. Pfadschema .....             | 16 |
| 7. Leistungsbestandteile .....  | 26 |
| 8. Evaluation.....              | 26 |
| Literaturverzeichnis .....      | 28 |
| Abbildungsverzeichnis .....     | 28 |
| Tabellenverzeichnis .....       | 30 |
| Anhang.....                     | 31 |

## [Pfadkonzept Adipositas]

---

### Präambel

Das vorliegende Konzept zum Sektorenübergreifenden Behandlungspfad (SÜ-BHPF) Adipositas ordnet sich in das Teilprojekt 4 „Unterstützung einer systematischen fachgruppen-, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Abstimmung und Koordination“ des Projektes IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich Templin ein. Das Projekt IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich wird vom Innovationsfonds unter dem Kennzeichen 01NVF16001 gefördert. Ziel des Teilprojektes 4 ist es, nationale und internationale evidenzbasierte Leitlinien in der regionalen medizinischen Versorgung anhand von standardisierten SÜ-BHPF zu ausgewählten Indikationen zu etablieren. Die Umsetzung der SÜ-BHPF erfolgt unter Einbezug der niedergelassenen Ärzte wie auch der Ärzte des Sana Krankenhauses Templin und unter Einsatz von Case Management. Durch die Implementierung des im nachstehenden Dokument dargestellten SÜ-BHPF Adipositas wird die Reduzierung unnötiger stationärer Behandlungen angestrebt. Damit einhergehend, sollen Krankheitskosten reduziert und die Lebensqualität von adipös erkrankten Patienten erhöht werden.

Potsdam, den 02.11.2018

## [Pfadkonzept Adipositas]

---

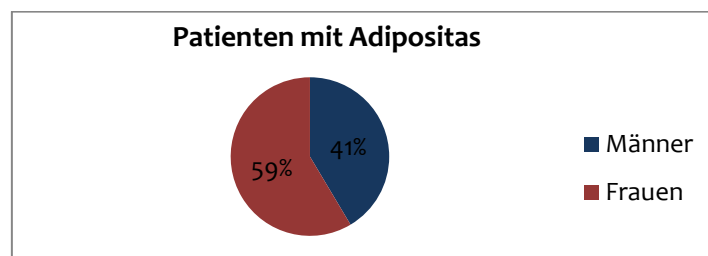
### 1. Ausgangslage

Adipositas gilt nicht nur als chronische Erkrankung, sondern darüber hinaus auch als wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung von Folge- und Begleiterkrankungen, wie beispielsweise Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Bluthochdruck. Unter Berücksichtigung des hohen Mortalitäts- und Morbiditätsrisikos sowie der eingeschränkten Lebensqualität ist eine langfristige und standardisierte Betreuung erforderlich, die alle am Behandlungs- und Therapieprozess beteiligten Akteure umfasst (Deutsche Adipositas-Gesellschaft et. al (2014), zit. nach: World Health Organization).

### 2. Ist-Analyse

Um genaue Aussagen hinsichtlich des Bedarfes zur Implementierung eines SÜ-Pfades Adipositas treffen zu können, wurde eine Potenzialanalyse durchgeführt. Die zur Auswertung herangezogenen Daten beziehen sich auf Abrechnungsdaten der niedergelassenen Ärzte im MB Templin, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) bereitgestellt wurden. Dargestellt wird die Anzahl der Patienten im Jahr 2016 mit einer Adipositas Diagnose (ICD 10-Code E66).

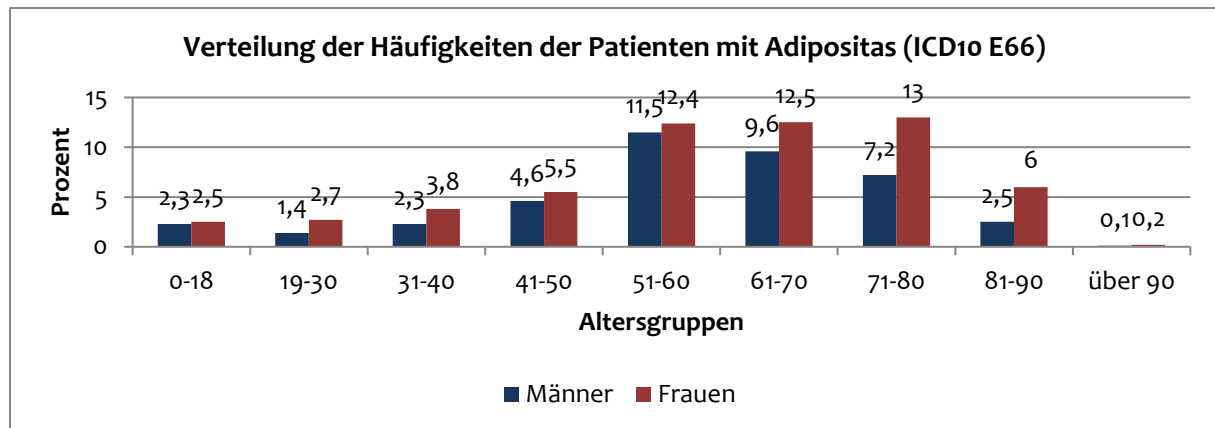
Im MB Templin leben insgesamt 27.000 Menschen (Stand: 31.12.2014). Nach Auswertung des Datensatzes wird ersichtlich, dass insgesamt 11 Prozent der Einwohner (n = 2.937 Menschen) an Adipositas leiden. Bezogen auf das Geschlecht sind 59 Prozent (n = 1.720) weibliche und 41 Prozent (n = 1.217) männlich. Die grafische Darstellung erfolgt in Abbildung 1. Die Darstellung der absoluten Zahlen erfolgt in Tabelle 3 im Anhang.



**Abbildung 1:** Patienten mit Adipositas im MB Templin bezogen auf das Geschlecht (Eigene Darstellung)

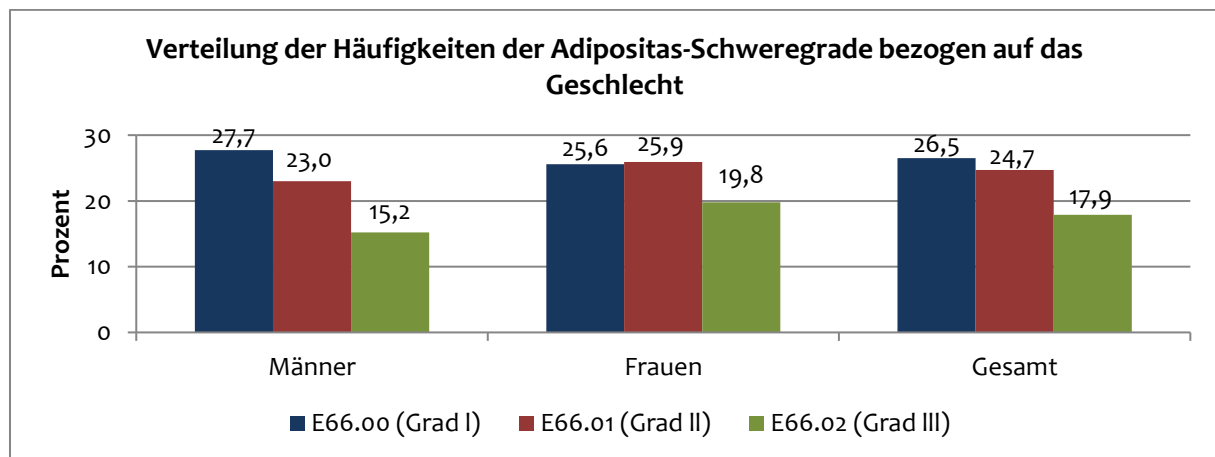
Hinsichtlich des Alters wird deutlich, dass Adipositas in allen Altersgruppen vertreten ist. Am häufigsten sind die Altersgruppen von 51 bis 60; 61 bis 70 und 71 bis 80 Jahren zu nennen. Bezogen auf das Geschlecht können leichte Unterschiede eruiert werden. Während bei Frauen die Anzahl der an Adipositas Leidenden in den genannten Altersgruppen annähernd gleich bleiben, nimmt mit steigendem Alter die Anzahl der an Adipositas leidenden Männer ab.

[Pfadkonzept Adipositas]



**Abbildung 1:** Anzahl der Patienten mit Adipositas (ICD10 E66) bezogen auf das Alter und das Geschlecht (Eigene Darstellung)

Die Unterteilung einer Adipositas-Erkrankung erfolgt anhand des Body-Mass-Indexes in drei Schweregraden: 30 - 34,9 kg/m<sup>2</sup> (Schweregrad I); 35 - 39,9 kg/m<sup>2</sup> (Schweregrad II); >40 kg/m<sup>2</sup> (Schweregrad III). Den Abrechnungsdaten ist zu entnehmen, dass unabhängig des Geschlechts und des Alters alle drei Grade im MB Templin vertreten sind. Wie in der Abbildung 2 dargestellt wird, tritt der Schweregrad I mit 26,5 Prozent am häufigsten auf. Bezogen auf das Geschlecht wird ersichtlich, dass alle drei Grade sowohl Frauen als auch Männer betreffen. Diese unterscheiden sich in ihrer Ausprägung jedoch nur geringfügig voneinander. So ist der Schweregrad I und II bei den Frauen annähernd gleich verteilt, bei den Männern hingegen nimmt die Häufigkeit mit zunehmenden Schweregrad ab.

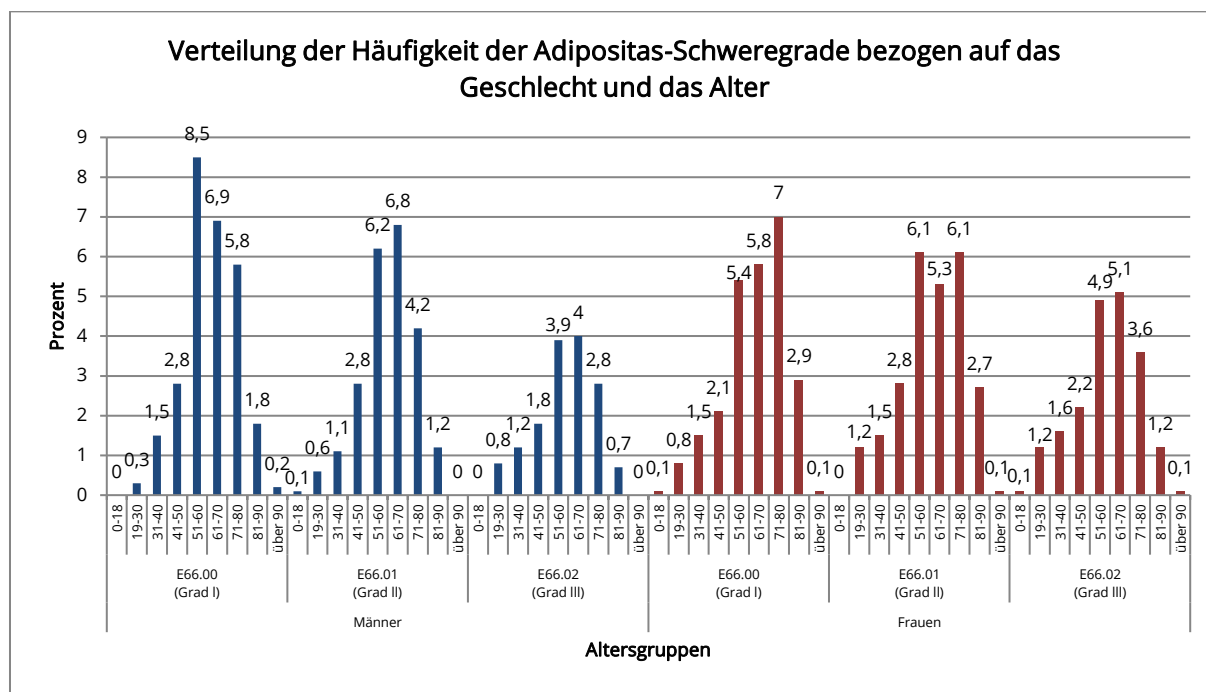


**Abbildung 2:** Verteilung der Häufigkeit der Adipositas-Schweregrade (Eigene Darstellung)

Hinsichtlich des Alters ist zu erkennen, dass der Schweregrad I am häufigsten bei den Männern in der Altersgruppe 51 bis 60 Jahre (8,5 Prozent) und bei den Frauen in der Gruppe der 71- bis 80-jährigen (7 Prozent) vertreten ist. Beim Schweregrad II erfolgt bei den Männern eine Altersverschiebung, so dass die Altersgruppe der 61- bis 70-jährigen mit 6,8 Prozent am häufigsten betroffen ist. Bei den Frauen sind es sowohl die Altersgruppe der 51- bis 60-jährigen (6,1 Prozent), als auch die Altersgruppe der 71- bis 80-jährigen (6,1 Prozent). Der Schweregrad III ist bei Frauen als auch bei Männern am häufigsten in den Altersgruppen der 51- bis 60-jährigen (Männer: 3,9 Pro-

[Pfadkonzept Adipositas]

zent, Frauen: 4,9 Prozent) und der 61- bis 70-jährigen (Männer: 4 Prozent, Frauen: 5,1 Prozent) am höchsten. Die grafische Darstellung erfolgt in der nachstehenden Abbildung. Die absoluten Zahlen können im Anhang in der Tabelle 4 eingesehen werden.



**Abbildung 3:** Verteilung der Häufigkeit der Adipositas-Schweregrade bezogen auf das Geschlecht und das Alter (Eigene Darstellung)

Neben der Unterscheidung in die drei Schweregrade werden noch vier weitere Differenzierungen vorgenommen. Die Darstellung erfolgt in der nachstehenden Tabelle. Im MB Templin sind die Ausprägungen der E66.1 (Arzneimittelinduzierte Adipositas) sowie der E66.2 (Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation) so gering, dass diese im Rahmen des Pfadkonzeptes vernachlässigt werden können. Die ICD10-Codes E66.8 und E66.9 sind hingegen häufiger und umfassen insgesamt 27,98 Prozent.

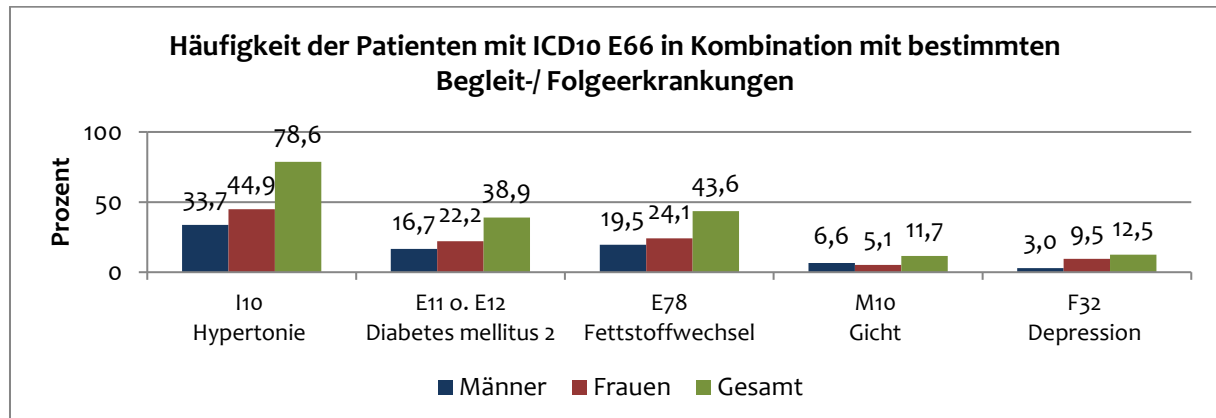
**Tabelle 1:** Anzahl bzw. Häufigkeit der Patienten mit IDC10 E66.1- bis E66.9- (Eigene Darstellung)

|                                                              | Männer  |         | Frauen  |         |
|--------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|
|                                                              | Absolut | Prozent | Absolut | Prozent |
| E66.1 (Arzneimittelinduzierte Adipositas)                    | 2       | 0,7 %   | 2       | 0,7 %   |
| E66.2 (Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation) | 11      | 0,37 %  | 8       | 0,27 %  |
| E66.8 (Sonstige Adipositas)                                  | 124     | 4,22 %  | 184     | 6,26 %  |
| E66.9 (Adipositas, nicht näher bezeichnet)                   | 414     | 14,1 %  | 638     | 21,72 % |

Mit steigendem Body-Mass-Index steigt das Risiko von Folge- bzw. Begleiterkrankungen. In den zur Auswertung herangezogenen Daten wurden folgenden Erkrankungen berücksichtigt: Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Fettstoffwechselstörung, Gicht und Depressionen. Zu beobachten ist, dass unabhängig des Geschlechts die Erkrankung Hypertonie mit insgesamt 78,6 Prozent am

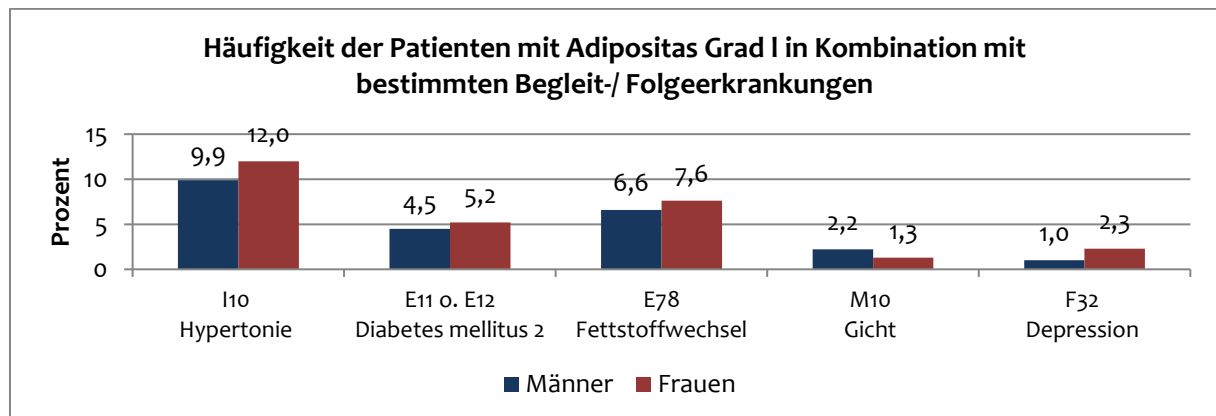
[Pfadkonzept Adipositas]

häufigsten auftritt. An zweiter Stelle ist die Fettstoffwechselstörung mit 43,6 Prozent und an dritter der Diabetes mellitus Typ 2 mit insgesamt 38,9 Prozent zu nennen. Erkennbar wird, dass Gicht sowie Depressionen in Kombination mit Adipositas zwar vorhanden sind, hier jedoch nur eine geringe Anzahl der Patienten betroffen sind (Gicht: 11,7 Prozent und Depressionen 12,5 Prozent). Die Darstellung erfolgt in der nachstehenden Abbildung. Die absoluten Zahlen können in der Tabelle 5 im Anhang eingesehen werden.



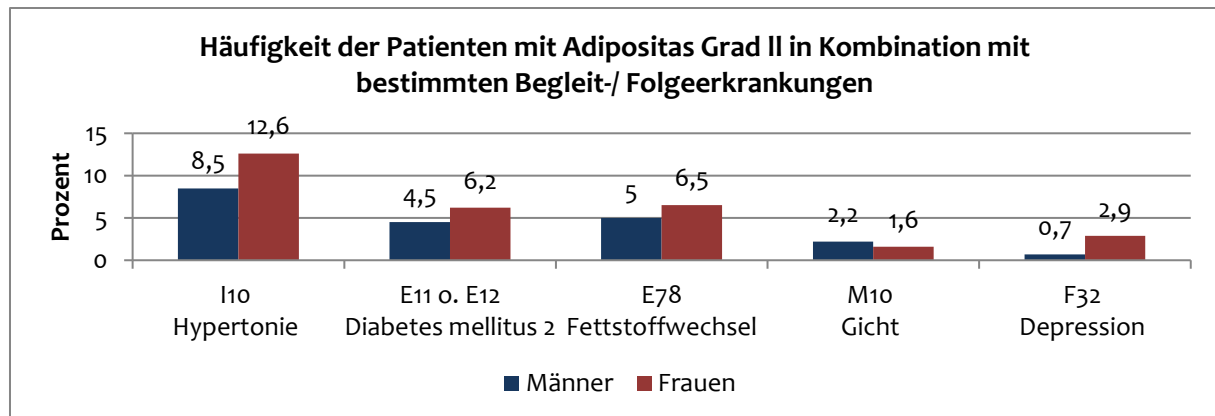
**Abbildung 4:** Häufigkeit der Patienten mit ICD10 E66 in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung)

Deutlich wird, dass alle Erkrankungen in Kombination mit Adipositas unabhängig vom Schweregrad im MB Templin unterschiedlich stark vorhanden sind. Die grafischen Darstellungen erfolgen in den nachstehenden Abbildungen.

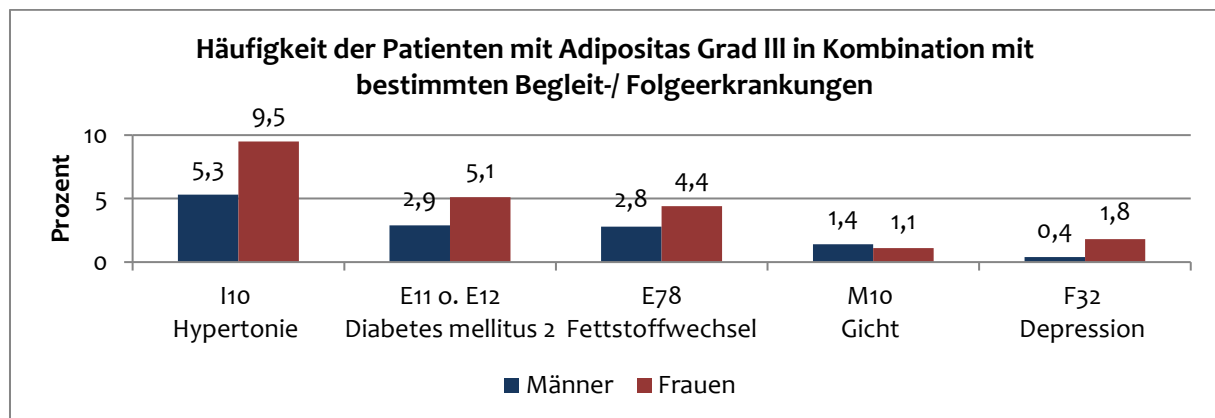


**Abbildung 5:** Häufigkeit der Patienten mit Adipositas Grad I in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung)

[Pfadkonzept Adipositas]



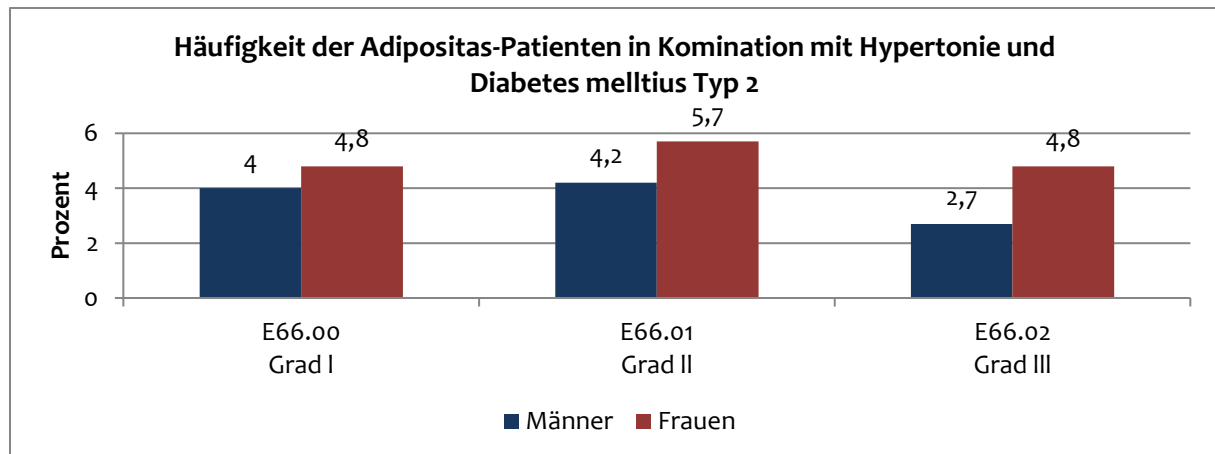
**Abbildung 6:** Häufigkeit der Patienten mit Adipositas Grad II in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung)



**Abbildung 7:** Häufigkeit der Patienten mit Adipositas Grad III in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung)

Bei detaillierter Betrachtung der Kombination der beiden Begleit-/Folgeerkrankungen Hypertonie und Diabetes mellitus Typ 2 wird ersichtlich, dass sowohl Frauen als auch Männer – unabhängig vom Schweregrad – beide Erkrankungsbilder zeitgleich aufweisen. Deutlich wird, dass diese Kombination am häufigsten im Schweregrad II (Männer: 4,2 Prozent; Frauen 5,7 Prozent) vorkommt. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in Abbildung 8.

[Pfadkonzept Adipositas]

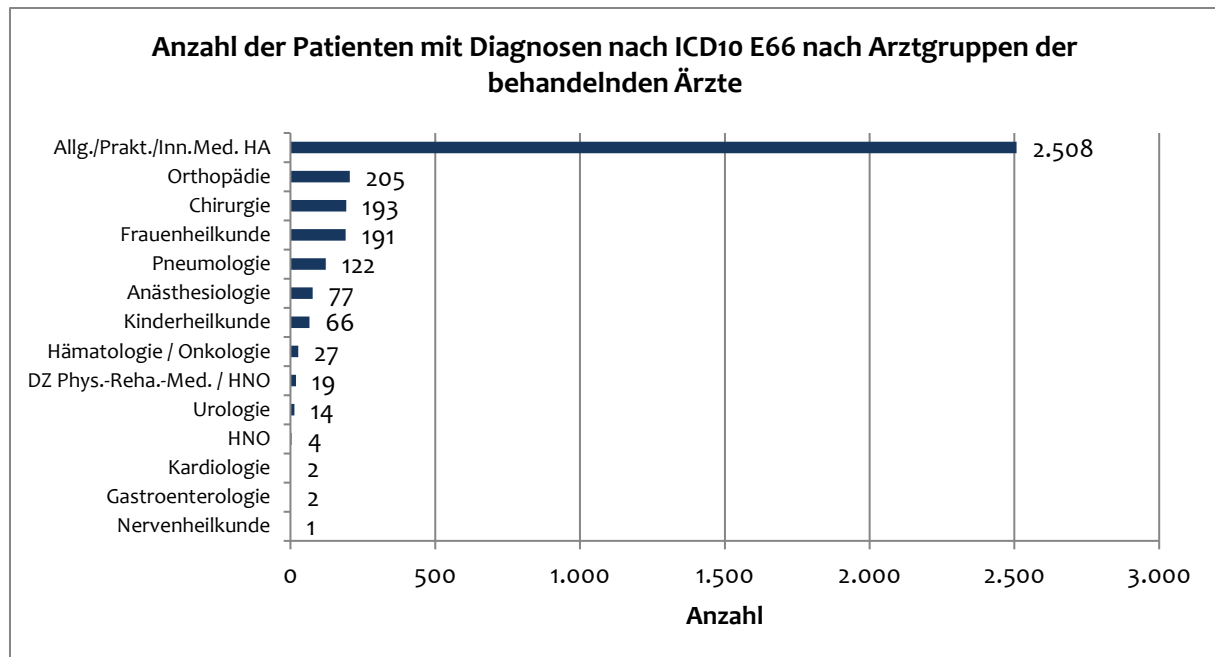


**Abbildung 8:** Häufigkeit der Adipositas-Patienten in Kombination mit Hypertonie und Diabetes mellitus Typ 2 (Eigene Darstellung)

Mit Bezug auf die im Pfad beteiligten Akteure wurde eine Analyse der Prävalenzdaten von Adipositas nach Arztgruppe durchgeführt. In Abbildung 9 ist zu beobachten, dass die 17 niedergelassenen Hausärzte im Mittelbereich Templin die meisten Diagnosen (n = 2.508) vergeben haben. Die Fachgruppen Orthopädie (n = 205), Chirurgie (n = 193), Frauenheilkunde (n = 191) und Pneumologie (n = 122) sollten in Anbetracht der Anzahl der vergebenen Diagnosen dennoch im Pfadkonzept berücksichtigt werden.

Die Hausärzte sind die zentralen Ansprechpartner für Adipositas-Patienten. Dies wurde ebenfalls in der Arbeitsgruppe „SÜ-BHPF – Adipositas“ von den teilnehmenden Ärzten bestätigt. Im Rahmen der IST-Analyse bei den Arbeitsgruppentreffen wurde deutlich, dass bislang kein einheitlicher Verfahrensablauf für diese Erkrankung im MB Templin existiert. Vielmehr wurde auf den geringen Handlungsspielraum der Klinikärzte hingewiesen. So erfolgt eine Klinikeinweisung in der Regel auf Grundlage der bestehenden Begleit-/ Folgeerkrankungen, beispielsweise wenn der Blutdruck oder der Blutzuckerwert unkontrollierbar sind und gegebenenfalls eine neue medikamentöse Einstellung erfolgen muss. Eine definierbare Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen und den stationären Ärzten im Bereich der Adipositas gibt es bislang nicht.

[Pfadkonzept Adipositas]



**Abbildung 9:** Anzahl der Patienten mit Diagnosen nach ICD10 E66 nach Arztgruppen der behandelnden Ärzte (Eigene Darstellung)

Hinsichtlich des therapeutischen Angebotes, welches im Rahmen der Ist-Analyse ebenfalls berücksichtigt wurde, zeigt sich, dass umfangreiche Bewegungsangebote von unterschiedlichen Anbietern existieren. Eine Auflistung der Angebote wird im Gliederungspunkt 5 Pfadbestandteile auf der Seite 13 vorgenommen.

Zusammenfassend ist ersichtlich, dass unabhängig des Geschlechts 11 Prozent der Bevölkerung eine Adipositas Erkrankung aufweisen. Die Altersspanne der Hauptbetroffenen beläuft sich auf 51 bis 80 Jahre. Es sind dennoch auch Einwohner im jüngeren oder höheren Alter erkrankt. Darüber hinaus zeigen die Daten, dass unabhängig des Geschlechts und des Schweregrades Begleit-/ Folgeerkrankungen existieren. Die häufigste ist mit 78,6 Prozent die Hypertonie, aber auch die Fettstoffwechselerkrankung und der Diabetes mellitus Typ 2 sind nicht zu vernachlässigen.

Weitere Datensätze sind in Anlage 1 des vorliegenden Dokuments einsehbar.

### 3. Zielgruppen-Definition

Gemäß der interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ werden folgende Patienten in den Pfad eingeschlossen:

1. Patienten mit einem BMI zwischen 25 und  $< 30 \text{ kg/m}^2$  und gleichzeitigem Vorliegen von:
  - übergewichtsbedingter Gesundheitsstörungen (z.B. Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2) oder
  - einer abdominalen Adipositas oder
  - Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden oder
  - eines hohen psychosozialen Leidensdrucks
2. Patienten mit einem BMI  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$

## [Pfadkonzept Adipositas]

---

Darüber hinaus wird in den Pfad folgende Patientengruppe eingeschlossen:

3. Patienten mit Tendenz zum Übergewicht und bestehenden lebensstilbezogenen Risikofaktoren (bauchbetontes Übergewicht, manifester Bewegungsmangel, verringerte Stressreaktivität, Schlafstörungen, Rauchen)

Der in diesem Dokument ausgearbeitete Behandlungspfad fokussiert die Altersgruppe von 19 bis 60 Jahren. Die Entwicklung eines zweiten Pfades – für Kinder und Jugendliche der Altersgruppe von 2 bis 18 Jahren – muss noch geprüft werden<sup>1</sup>.

Das Alter soll dennoch kein Ausschlusskriterium darstellen, so dass einem motivierten übergewichtigen oder adipösen Patienten die Teilnahme nicht verwehrt werden soll. Die Entscheidung über die Teilnahme obliegt dem Hausarzt des Patienten.

### 4. Zielsetzung

Bei der Entwicklung des Behandlungspfades stand die Fragestellung „Wie können Krankenhausweisungen, die überwiegend aufgrund der bestehenden Begleiterkrankungen, wie beispielsweise Diabetes mellitus Typ 2 und/oder Hypertonie erfolgen, vermieden werden?“ im Vordergrund. Darauf basierend wurde überprüft, welche Maßnahmen integriert werden müssen, damit diese Krankenhausfälle zukünftig vermieden werden können. Hierbei wurden folgende Thesen aufgestellt:

1. Die Versorgung von übergewichtigen bzw. adipösen Patienten erfolgt nicht kontinuierlich und nicht am ursprünglichen Problem – dem Gewicht. Dies bedeutet, dass lediglich die Behandlung der Begleiterkrankungen im Fokus steht.
2. Der Umgang mit der Erkrankung stellt für den Patienten eine Herausforderung dar (Therapietreue), die mit einem unsicheren Therapieverlauf einhergeht. Daraus ergibt sich häufig die Inanspruchnahme stationärer Strukturen, die von dem Patienten ohne eine Einweisung aufgesucht werden.

Mit der Veröffentlichung des Nationalen Aktionsplanes Gesundheitskompetenz aus dem Jahr 2018 kann die zweite These unterstützt werden: *Mehr als die Hälfte der Bevölkerung (54,3 Prozent) weist eine lediglich eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf und hat Schwierigkeiten, mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen. Bestimmte Bevölkerungsgruppen verfügen tendenziell über eine noch geringere Gesundheitskompetenz. Dazu zählen Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit niedrigem Sozialstatus oder niedrigem Bildungsniveau sowie ältere und chronisch kranke Menschen* (Schaeffer et. al. 2018).

Der SÜ-BHPF Adipositas greift folgende Lösungsansätze auf:

- a) Verbesserung der Patientensteuerung
  - Etablierung eines Screening-Verfahrens zur sicheren Diagnosestellung in der Hausarztpraxis

---

<sup>1</sup> Die Kinderversorgung ist zunächst nicht Bestandteil des Pfadkonzeptes, aufgrund der derzeit laufenden Strukturveränderungen.

### [Pfadkonzept Adipositas]

---

- Etablierung eines Screening-Verfahrens zur sicheren Diagnosestellung im Krankenhaus mit einem Überleitungsbogen an den behandelnden Hausarzt
- Entwicklung geeigneter Patienteninformationen
- b) Integration eines Betreuungskonzeptes
  - Aufbau eines Überleitungsmanagements in die „Ärztliche Präventionssprechstunde Bewegung“, in den therapeutischen Bereich sowie in den Bereich des Gesundheitssports und der Ernährungsberatung
- c) Stärkung der Gesundheitskompetenz
  - Förderung der Handlungskompetenz in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressmanagement
  - Förderung der Annahme eines gesundheitsbewussten Lebensstils
  - Etablierung von Schulungsangeboten
- d) Entwicklung einer einheitlichen, berufsgruppenübergreifenden Dokumentationsbasis
  - Integration der berufsgruppenübergreifenden Dokumentationsanteile in ein Dokument bzw. in eine Anwendung
- e) Bündelung der regionalen Ressourcen
  - Vermittlung der regionalen Angebote im Bereich Therapie und Gesundheitssports (z.B. Rehasport, Präventionsangebote, etc.)
- f) Stärkung der Fortbildung
  - Durchführung regelmäßiger Fallkonferenzen und Qualitätszirkel

Mit diesen Ansätzen sollen folgende messbare Zielwerte erreicht werden:

- Senkung des Morbiditäts- und Mortalitätsrisikos
- Reduktion von bauchbetontem Übergewicht
- Erhalt bzw. Verringerung des Adipositasgrades
- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Steigerung der körperlichen Abwehr
- Linderung von Funktionseinschränkungen
- Verbesserung der Stoffwechselfunktion
- Reduzierung der adipositasbedingten Krankenhauseinweisungen
- Gezielte Steuerung des Patienten nach einer Krankenhausbehandlung
- Steigerung der Lebensqualität des Patienten
- Stärkung der Gesundheitskompetenz des Patienten

Um die beschriebenen Ziele zu erreichen, berücksichtigt der Pfad eine Methodenkombination aus Prozessverbesserungen (Organisationsrahmen), Strukturergänzungen (neue Versorgungsan-

## [Pfadkonzept Adipositas]

---

gebote) und Maßnahmen zur Erreichung individuell festgelegter Zielstellungen (Einbezug therapeutischer Maßnahmen). Die Behandlung des übergewichtigen bzw. adipösen Patienten erfolgt im multiprofessionellen, therapeutischen Team unter ärztlicher Leitung.

### 5. Pfadakteure

Damit das Ziel der Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team erfüllt wird, werden neben den niedergelassenen Ärzten und dem stationären Bereich folgende Akteure in den SÜ-BHPF integriert:

#### (1) Ärztliche Präventionssprechstunde

Im Rahmen des SÜ-BHPF Adipositas ist ein medizinisches Angebot der hausärztlichen Grundversorgungsgemeinschaft (GVG) integriert. Die Ärztliche Präventionssprechstunde mit dem Schwerpunkt Bewegung und Sportmedizin wird von der Hausärztin und Sportmedizinerin [REDACTED] durchgeführt.

Die Sprechstunde findet wöchentlich donnerstags in der Zeit zwischen 13:00-15:00 Uhr in den Räumlichkeiten der GVG-Praxis im Ambulant-stationären Zentrum statt. Der Zugang zur Sprechstunde erfolgt auftragsbezogen durch den behandelnden Hausarzt und wird mithilfe der agn<sup>zwei</sup>-Fachkräfte koordiniert.

#### (2) Therapie

Entsprechend der medizinischen Bewertung des behandelnden Arztes können regionale Physiotherapiepraxen eingebunden werden (s. Anlage 2).

#### (3) Psychologische Mitbetreuung

Entsprechend der medizinischen Bewertung des behandelnden Arztes kann im Rahmen der abrechnungsfähigen Leistungen des EBM eine Überweisung an eine psychotherapeutische Mitbetreuung (psychotherapeutisch tätige Ärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) erfolgen. Nicht förderfähige Leistungen umfassen:

- Verhaltenstherapie, die Analytische Psychotherapie und die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert bei denen Psychotherapie indiziert ist, z.B.:
  - o Angststörungen
  - o Depressionen
  - o Essstörungen
  - o Persönlichkeitsstörungen
  - o psychosomatische Störungen

## [Pfadkonzept Adipositas]

---

- Süchte
- Verhaltensstörungen
- Zwangsstörungen

Gesonderte, förderfähige Kooperationsverträge können bspw. mit Anbietern einer Lebensberatung, Coaching oder Supervision geschlossen werden, bei Therapien, welche allein der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung; der Behandlung von Befindlichkeitsstörungen; allgemeinen Lebenskrisen oder Beziehungsproblemen dienen und im Zusammenhang mit der Ausprägung einer Adipositas stehen.

### (4) agnes<sup>zwei</sup>-Fachkraft

Die agnes<sup>zwei</sup>-Fachkraft soll das Pfadmanagement durch Erfassung und Auswertung der relevanten Daten unterstützen und an der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Behandlungspfade mitwirken. Die Beauftragung erfolgt durch den Hausarzt oder im Bedarfsfall durch den Facharzt. Im Rahmen der Tätigkeit sind folgende Aufgabenschwerpunkte vorgesehen:

- Beratung und Betreuung
- Ansprechpartner für Patient und Angehörige (Umgebungsassessment)
- Koordination
- Planung der Termine
- Fallbesprechung
- Unterstützung in der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Informationsmanagement

### (5) Schulung/Vortrag

- Im Rahmen von Gesundheitssportangeboten, , Ernährungsberatung etc.

### (6) Ernährungsberatung

In Bearbeitung durch das KBZ

### (7) Gesundheitssport

Körperlich-sportliche Aktivitäten können dazu beitragen, die Gesundheitsressourcen zu stärken und das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko bei einer Anzahl von chronischen Erkrankungen zu reduzieren. Dies gilt im besonderen Maße für koronare Erkrankungen, Hypertonie, Dickdarmkrebs, Fettleibigkeit, funktionelle Leistungsfähigkeit und nichtinsulinabhängiger Diabetes. Hinsichtlich der Effekte auf die psychische Gesundheit<sup>2</sup> kann zusammengefasst werden, dass körperlich-sportliche Aktivitäten zur Verbesserung von Selbstkonzept, Beschwerdewahrnehmung, positiver Befindlichkeit und Stress-Reaktivität sowie zu einer Verminderung von Angst- und Depressionswerten führen können (vgl. Woll & Bös2004).

---

<sup>2</sup> Psychische Gesundheit wird nach Woll und Bös (2004) operationalisiert mit den Variablen: Befindlichkeit, Beschwerdeerleben, Depressivität, Angst, Selbstkonzept, Stressverarbeitung und internale Kontrollüberzeugungen.

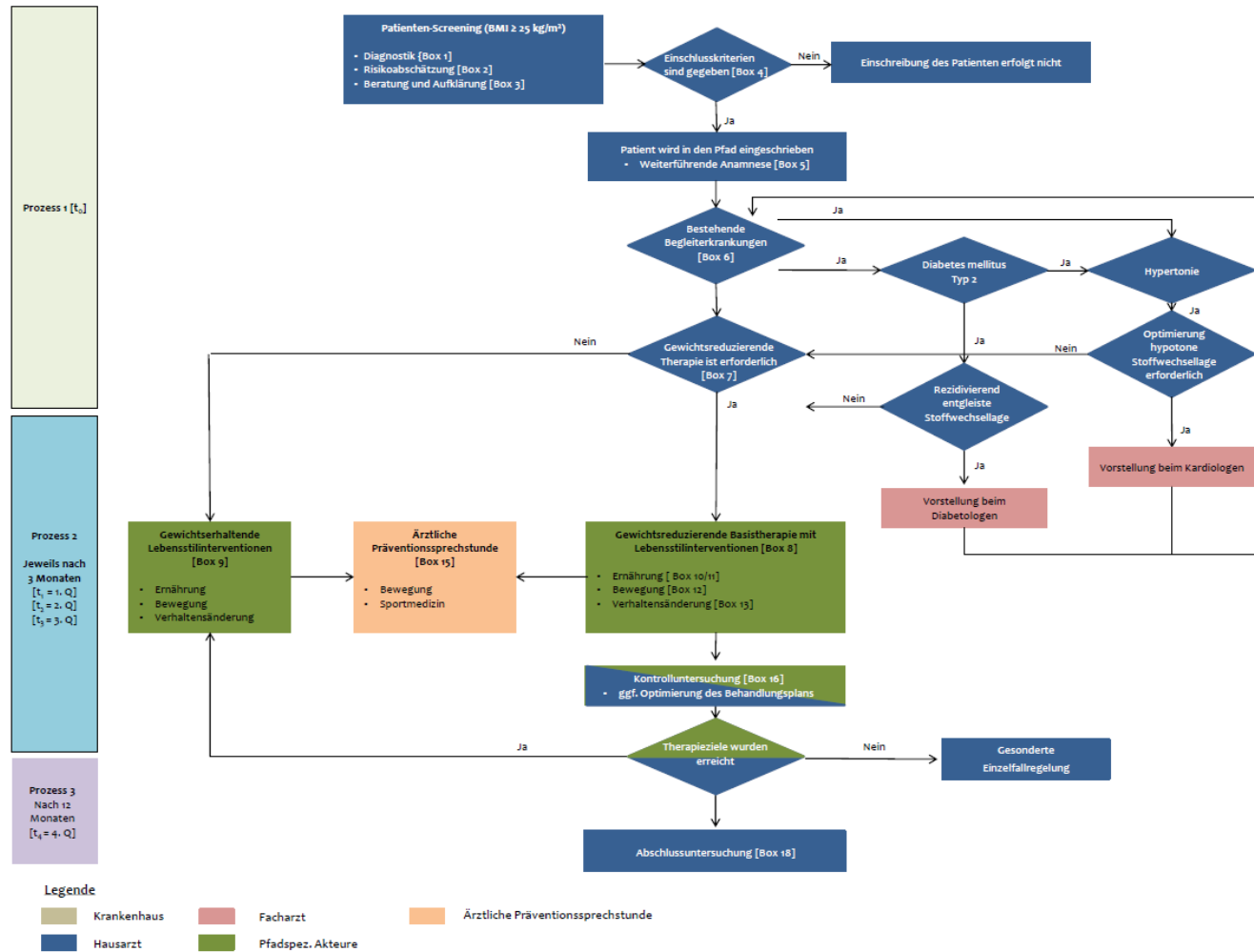
#### [Pfadkonzept Adipositas]

---

Das Einbeziehen regionaler Angebote ist für den SÜ-BHPF zwingend erforderlich. Zu beachten ist dennoch, dass es im MB Templin keine Angebote zur Ernährungsberatung existieren (s. Anlage 3).

Das derzeit einzige sportmedizinische Beratungs- und Diagnostikangebot für Patienten ab dem 35. Lebensjahr wird von [REDACTED] in ihren Praxisräumlichkeiten angeboten. Ein weiterer Hausarzt befindet sich derzeit in der Weiterbildung zum Sportmediziner (Abschluss vrs. 3. Q 2018).

## 6. Pfadschema



**Abbildung 10** Pfadschema  
SÜ-Pfad Adipositas

Grundsätzlich bildet der Pfad folgende drei Prozessschritte ab:

- |           |                                                                                                                 |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prozess 1 | Einschreibung des Patienten/Screening                                                                           |
| Prozess 2 | Pfadspezifische Versorgung und Therapie                                                                         |
| Prozess 3 | Beendigung der umfangreichen Betreuung durch pfadspezifische Akteure und Übergabe des Patienten an den Hausarzt |

#### Prozess 1: Einschreibung des Patienten/Screening [t<sub>0</sub>]

Der Patient kann auf unterschiedlichen Wegen in den SÜ-BHPF eingeschlossen werden:

1. Stationäre Krankenhausbehandlung
  - Patienten ab einem BMI  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  und einer gleichzeitig bestehenden Begleiterkrankung erfolgt die Überprüfung, ob der Patient bereits in den SÜ-BHPF Adipositas eingeschrieben ist.
  - Falls nicht, wird der Patient mit Überleitungsbogen zum behandelnden Hausarzt geleitet.
2. Behandlung bei einem Facharzt
  - Patienten ab einem BMI  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  und einer gleichzeitig bestehenden Begleiterkrankung erfolgt die Überprüfung, ob der Patient bereits in den SÜ-BHPF Adipositas eingeschrieben ist.
  - Falls nicht, wird der Patient mit Überleitungsbogen zum behandelnden Hausarzt geleitet.
3. Direkte Ansprache durch den behandelnden Hausarzt
4. Direkte Ansprache durch den Patienten (Eigenmotivation)

#### **Box 1 – Diagnose über den behandelnden Hausarzt**

Mit der Vorstellung des Patienten in der Hausarztpraxis wird er über den behandelnden Arzt oder der MFA über das IGiB-StimMT Projekt informiert (mit Hilfe von Informationsmaterialien und Flyer).

- Die Diagnose von Übergewicht oder Adipositas erfolgt anhand des BMI.
- Die Eingruppierung des Patienten erfolgt wie folgt:
  - Übergewicht:  $25 - 29,9 \text{ kg/m}^2$
  - Adipositas Grad I:  $30 - 34,9 \text{ kg/m}^2$
  - Adipositas Grad II:  $35 - 39,9 \text{ kg/m}^2$
  - Adipositas Grad III  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$
- Die Interpretation des BMI erfolgt bei Patienten mit einer großen Muskelmasse mit „Vorsicht“
- Die Bioimpedanzmessung sowie die Messung des Hüftumfangs sollen routinemäßig erfolgen.

#### **Box 2 – Risikoabschätzung**

Im Rahmen der individuellen Risikoabschätzung werden der BMI, der Hüftumfang sowie das Vorliegen bereits bestehender Begleiterkrankungen berücksichtigt:

- BMI
  - BMI  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ : erhöhtes Mortalitäts- und kardiovaskuläres Risiko
  - BMI  $\geq 25$  bis  $< 30 \text{ kg/m}^2$ : erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen
  - BMI  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ : erhöhtes Diabetesrisiko
- Vorhandensein von übergewichts- bzw. adipositasassoziierten Begleiterkrankungen oder

**[Pfadkonzept Adipositas]**

weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren: z.B.

- Diabetes mellitus Typ 2
- Arterieller Hypertonie
- Dyslipidämie
- Manifeste kardiovaskuläre Erkrankungen
- Arthrose
- Obstruktives-Schlafapnoe-Syndrom

- Hüftumfang (dient der weiteren Einschätzung des Gesundheitsrisikos):

|                                                              | Hüftumfang               |                                 |                           |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|                                                              | F: < 80 cm<br>M: < 94 cm | F: < 80-88 cm<br>M: < 94-102 cm | F: > 88 cm<br>M: > 102 cm |
| Übergewicht<br>( $25 \leq \text{BMI} < 30 \text{ kg/m}^2$ )  | ein erhöhtes Risiko      | Erhöhtes Risiko                 | Hohes Risiko              |
| Adipositas I<br>( $30 \leq \text{BMI} < 35 \text{ kg/m}^2$ ) | Erhöhtes Risiko          | Hohes Risiko                    | Sehr hohes Risiko         |
| Adipositas II;III<br>( $\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ ) | Sehr hohes Risiko        | Sehr hohes Risiko               | Sehr hohes Risiko         |

F: Frauen      Männer

- Folgende Risikofaktoren sollen während des Screenings ebenfalls berücksichtigt werden:

| Kriterien für die Diagnose des Metabolischen Syndroms |                  |                                                      |
|-------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------|
| Risikofaktoren                                        |                  | ≥ 3 der unten stehenden Risikofaktoren               |
| Taillenumfang                                         | Männer<br>Frauen | > 94 cm<br>> 80 cm                                   |
| HDL-Cholesteri                                        | Männer<br>Frauen | < 40 mg/dl (1,03 mmol/l)<br>< 50 mg/dl (1,29 mmol/l) |
| Triglyzeride                                          |                  | ≥ 150 mg/dl (1,7 mmol/l)                             |
| Blutdruck                                             |                  | ≥ 130 mmHg SBP<br>≥ 85 mmHg DBP                      |
| Nüchternblutzucker (NBZ)                              |                  | ≥ 100 mg/dl (5,6 mmol/l)                             |

- Lebensstilgeogene Risikofaktoren:
  - Alter
  - Geschlecht
  - bauchbetontes Übergewicht
  - manifester Bewegungsmangel
  - verringerte Stress-Reaktivität
  - Schlafstörungen
  - Rauchen

**Box 3 – Beratung und Aufklärung**

In einem Beratungs- und Aufklärungsgespräch sollen Patienten mit lebensstilbezogenen Risikofaktoren, Übergewicht oder Adipositas zum einen über das persönliche Gesundheitsrisiko aufgeklärt (siehe Box 2) und über das Versorgungsangebot SÜ-BHPF Adipositas informiert werden (inkl. der unter Punkt 5 beschriebenen Pfadbestandteile).

**[Pfadkonzept Adipositas]**

Sollte ein Patient zur gegebenen Zeit keine Therapie beginnen können oder wollen, ist ihm zu signalisieren, dass eine Beratung bzw. eine Unterstützung jederzeit auch später möglich ist:

- Bereitstellen von Informationsmaterialien (Vorteile einer Gewichtsreduktion, gesunde Ernährung, Bewegung)
- Vereinbaren eines neuen Beratungstermins in 3 bis 6 Monaten

**Box 4 - Einschreibung des Patienten in den SÜ-BHPF Adipositas**

Eine Einschreibung des Patienten erfolgt mit Zutreffen der folgenden Faktoren:

- BMI  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$
- BMI 25 bis  $< 30 \text{ kg/m}^2$  und gleichzeitigem Vorliegen:
  - übergewichtsbedingter Gesundheitsstörungen (z.B. Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2)
  - einer abdominalen Adipositas oder
  - von Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden oder
  - eines hohen psychosozialen Leidensdrucks
- lebensstilbezogene Risikofaktoren: bauchbetontes Übergewicht, manifester Bewegungsmangel, verringerte Stress-Reaktivität, Schlafstörungen, Rauchen

Mit der unterschriebenen Teilnahmeerklärung (Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung) ist der Patient in den SÜ-BHPF Adipositas eingeschrieben.

**Box 5 – Weiterführende Anamnese**

Um eine umfassende Therapie zu gewährleisten und die mögliche Ursachen für Übergewicht / Adipositas herauszufinden, werden im Rahmen der weiterführenden Anamnese folgende Aspekte geklärt:

- Organische oder genetische Ursachen für Übergewicht/Adipositas
- Überprüfung der Medikamenteneinnahme (Ziel: Aufdecken möglicher Zusammenhänge mit Übergewicht/Adipositas bzw. Optimierung der Medikation von Begleiterkrankungen) (Box 6)
- Gewichtsverlauf
- Persönliche Einschätzung des Körpergewichtes, der Diagnose sowie der Gründe für die Gewichtszunahme
- Thematisieren bereits durchgeführter Diäten zur Gewichtsreduktion und die daraus resultierenden Erfahrungen
- psychosozialer Stress / psychologische Probleme
- Familienanamnese hinsichtlich des Übergewichtes / der Adipositas bzw. von Co-Morbiditäten
- Analyse des Umfeldes bzw. familiäre und soziale Faktoren
- Motivierende und zielgruppenspezifische Gesprächsführung und Beratung

**Box 6 – Therapie von Begleiterkrankungen**

Das Management der Begleiterkrankungen erfolgt unabhängig von einer möglichen gewichtsreduzierenden Maßnahme. Die Therapie der Erkrankung wird entsprechend der jeweiligen Leitlinien durchgeführt. Speziell bei Diabetes mellitus Typ 2 soll bei einer rezidivierend entgleisten Stoffwechsellage die Vorstellung bei einem Diabetologen in Erwägung gezogen werden.

**[Pfadkonzept Adipositas]**

Gleiches gilt im Bereich der Hypertonie – eine Vorstellung beim Kardiologen soll ebenfalls in Erwägung gezogen werden.

Bestehende Verträge zur Überweisungssteuerung, die von den Hausärzten bereits genutzt werden, können eingebunden werden (s. Anlage 4). Die MFA kann die Terminvermittlung für den Patienten übernehmen. Bei der Abstimmung einer neuen Medikation sollen Medikamente mit einer gewichtsneutralen bzw. gewichtsreduzierenden Wirkung berücksichtigt bzw. in Betracht gezogen werden.

Erhält der Patient eine Medikation, die einen ungünstigen Einfluss auf das Körpergewicht nimmt, soll eine Umstellung dieser zu Medikamenten mit einer gewichtsneutralen bzw. gewichtsreduzierenden Wirkung in Betracht gezogen werden. Folgende Medikamente können Einfluss auf das Gewicht haben: Antidepressiva, Neuroleptika, Phasenprophylaktika, Antiepileptika, Antidiabetika, Glukokortikoide, einige Kontrazeptiva, Betablocker.

Die Patientenberatung bezüglich der potenziellen Gewichtseffekte der bestehenden oder der geplanten Medikation und deren möglichen Alternativen stehen im Vordergrund.

**Box 7 – Gewichtsreduzierende Therapie**

Der behandelnde Hausarzt trifft anhand des Patientenscreenings, der weiterführenden Anamnese sowie unter Berücksichtigung bestehender Begleiterkrankungen die Entscheidung über die fortzuführende Therapie und dokumentiert alle notwendigen Punkte im Screeningbogen:

- 1.) gewichtsreduzierende Basistherapie mit Lebensstilintervention (siehe Box 8) – Zugangskriterien:
  - BMI  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  oder
  - BMI  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  bis  $< 30 \text{ kg/m}^2$  mit Begleiterkrankungen/Risikofaktoren (siehe Box 2)
  - BMI  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  bis  $< 30 \text{ kg/m}^2$  ohne Begleiterkrankungen / Risikofaktoren kann eine gewichtsreduzierende Therapie optional erfolgen
- 2.) gewichtserhaltende Lebensstilintervention (siehe Box 9) - Zugangskriterien:
  - BMI  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  bis  $< 30 \text{ kg/m}^2$  ohne Begleiterkrankungen / Risikofaktoren
  - lebensstilbezogene Risikofaktoren: bauchbetontes Übergewicht, manifester Bewegungsmangel, verringerte Stress-Reaktivität, Schlafstörungen, Rauchen

Es werden Zielempfehlungen für die bevorstehende Therapie formuliert und eine Überweisung an die ärztliche Präventionssprechstunde sowie zur Ernährungsberatung ausgestellt. Für Patienten mit Tendenz zum Übergewicht und lebensstilbezogenen Risikofaktoren können nach Einschätzung des Hausarztes zunächst niedrigschwellige Angebote der Krankenkassen in Anspruch genommen werden (siehe Anlage Zusatzangebote).

Bariatrisch chirurgischer Eingriff (s. Anlage 5) – Zugangskriterien:

- BMI  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$  oder
- BMI  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$  in Kombination mit Begleiterkrankungen/Risikofaktoren (siehe Box 2), die durch eine Gewichtsreduktion positiv beeinflusst werden können
- Die bariatrische Operation kann bei Patienten mit einem BMI  $\geq 50 \text{ kg/m}^2$  auch als Erstlinientherapie durchgeführt werden.

**[Pfadkonzept Adipositas]**

---

**Prozess 2: Pfadspezifische Versorgung und Therapie [t<sub>1,2,3</sub>]**

Nach der Erstuntersuchung durch den behandelnden Hausarzt erfolgt die Weiterleitung des Patienten an die benötigten pfadspezifischen Akteure, welche den Patienten gemäß dem ärztlichen Behandlungsplans behandeln. Der Überweisung ist der Screeningbogen beizufügen.

**Box 8 – Gewichtsreduzierende Basistherapie mit Lebensstilinterventionen**

- Das Therapieziel umfasst einen Gewichtsverlust von 0.25 bis 1 Kg pro Woche bzw. 5 bis 10 Prozent des Ausgangsgewichts innerhalb von sechs Monaten.
- Die Interventionen zur Lebensstiländerung umfassen immer die folgenden Komponenten:
  - Änderung der Essgewohnheiten, kalorienreduzierte Diät
  - Steigerung der körperlichen Aktivität
  - Unterstützende Maßnahmen zur Verhaltensänderung
- Ziel der Maßnahmen ist die Entstehung eines Energiedefizits, d.h. der tägliche Energieverbrauch ist höher als die Energieaufnahme
- Die Maßnahmen der Lebensstiländerung sind an die individuelle Situation der Personen (beispielsweise Fitness, Gesundheitszustand, aktueller Lebensstil) bzw. ihre Präferenzen anzupassen – unter Einbezug der persönlichen sowie beruflichen Voraussetzungen
- Während der gewichtsreduzierenden Lebensstilinterventionen erfolgt eine engmaschige (mindestens quartalsweise) Betreuung in Einzel- und Gruppenberatung.
- Für Patienten mit einem BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> können nach Einschätzung des Hausarztes weiterführende Angebote in Anspruch genommen werden (siehe Anlage Zusatzangebote)

**Box 9 – Gewichtserhaltende Lebensstilinterventionen**

Sofern keine gewichtsreduzierende Therapie erforderlich ist, soll das aktuelle Körpergewicht konstant bleiben (ggf. unter Inanspruchnahme von Zusatzangeboten, siehe Anlage Zusatzangebote).

- Folgende Komponenten umfassen langfristige gewichtserhaltende Interventionen:
  - Gesunde und ausgewogene Ernährung mit ausgeglichener Energiebilanz
  - Gesteigerte körperliche Aktivität unter Berücksichtigung von Fitness sowie der individuellen Möglichkeiten. Formen der körperlichen Aktivität können sein: Aktivitäten des täglichen Lebens, spezielle Trainingsprogramme, Schwimmen, rasches Gehen, etc. Die tägliche körperliche Aktivität soll bei adipösen Personen 60 bis 90 Minuten und bei Übergewichtigen 45 bis 60 Minuten umfassen.
  - Unterstützende Maßnahmen zur Verhaltensänderung
- Kontinuierliche Kontrolle des BMI (mindestens halbjährlich) beim Hausarzt

**Box 11 – sehr niedrig kalorische Diät**

- Dabei handelt es sich um Diäten, bei der die tägliche Energiezufuhr durch die Nahrung auf  $\leq 800$  kcal reduziert wird. Diese Form der Diät kann in Ausnahmefällen bei Personen mit einem BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> angewendet werden, wenn Begleiterkrankungen/ -umstände vorliegen, die eine raschere Gewichtsreduktion erfordern, als es mit einer konventionellen kalo-

**[Pfadkonzept Adipositas]**

rienreduzierten Ernährung möglich ist (z.B. geplanter Gelenkersatz, geplante In-Vitro-Fertilisation, ausgewählte Fälle vor einem bariatrischen Einsatz).

- Zu beachten ist, dass sehr niedrig kalorische Diäten mit einem erhöhten Komplikationsrisiko assoziiert sind. Aufgrund dessen sollen diese Diäten nur durchgeführt werden, wenn eine ausreichende Erfahrung in der medizinischen Betreuung und ein intensives medizinisches Monitoring geleistet werden kann.
- Vor Beginn dieser Diätform sollen der mögliche Nutzen sowie die möglichen Risiken besprochen werden und eine Evaluierung hinsichtlich der möglichen Essstörungen oder der psychologischen Probleme erfolgen.
- Kontraindikationen für eine sehr niedrig kalorische Diät sind:
  - Schwangerschaft, Stillzeit, Personen höheren Alters?
  - Essstörungen, schwere Depressionen, Psychose
  - Drogen- oder Alkoholmissbrauch
  - Elektrolytstörungen und orthostatische Hypotension
  - Erkrankungen mit Eiweißverlust: z.B. Cushing Syndrom, systemischer Lupus erythematoses, Proteinurie, Neoplasien, Malabsorption, entzündliche Darmerkrankungen
  - Kortikosteroidtherapie
  - Situationen, in denen eine bestehende Erkrankung durch eine Kalorienreduktion verschlechtert werden kann: z.B. Porphyrrie, Neoplasie, Leber- oder Nierenerkrankungen, akutes Koronarsyndrom, Herzrhythmusstörungen, Insult
  - großer chirurgischer Eingriff oder wesentliches Trauma in den letzten 3 Monaten
- Eine Beratung hinsichtlich einer möglichen Gewichtszunahme nach der Durchführung einer sehr niedrig kalorischen Diät ist erforderlich. Die maximale Dauer dieser Diät soll einen Zeitrahmen von 12 bis 16 Wochen nicht überschreiten.
- Zu beachten ist, dass häufig eine Supplementierung von Mineralstoffen (Kalium, Kalzium) bzw. Vitaminen notwendig ist.
- Hinsichtlich möglicher Komplikationen (z.B. gestörter Elektrolythaushalt, erhöhte Leberenzyme, Gallensteine) ist ein kontinuierliches Monitoring erforderlich.

**Box 12 – Bewegung**

Pfadspezifische Akteure betreuen folgende Patientengruppe zum Thema Bewegung:

- BMI  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  bis  $< 30 \text{ kg/m}^2$  ohne Begleiterkrankungen
- Patienten mit lebensstilbezogene Risikofaktoren: bauchbetontes Übergewicht, manifester Bewegungsmangel, verringerte Stress-Reaktivität, Schlafstörungen, Rauchen

Folgende Leistungen sollen erfolgen:

- Eine Beratung hinsichtlich der positiven Effekte, die mit einer Steigerung der körperlichen Aktivität einhergehen
- Vermittlung von regionalen Therapie- und Gesundheitssportangeboten (über Ärztliche Präventionssprechstunde, KBZ, agnes<sup>zwei</sup>-Fachkraft)

Weitere Hinweise:

- Wichtig sind realistische und verständliche Zielsetzungen, die an dem täglichen Leben der

**[Pfadkonzept Adipositas]**

Person anzupassen sind (z.B. schnelles Gehen, Radfahren, Gartenarbeiten, Treppen steigen). Mögliche Kontraindikationen sind zu berücksichtigen.

- Die körperliche Aktivität soll insgesamt mit moderater Intensität für mindestens 150 Minuten pro Woche (5 Einheiten zu je 30 Minuten) erfolgen. Dabei sollen die Aktivitäten an sich unregelmäßig kurze intensive Einheiten und längere kontinuierliche Übungen umfassen. Für die Gewichtsreduktion ist ein alleiniges Krafttraining nicht geeignet.

**Box 13 – Maßnahmen zur Verhaltensänderung**

- Die Durchführung von verhaltenstherapeutischen Interventionen soll von Personen mit einer entsprechenden Qualifikation (z.B. Ernährungsberater, klinischer Psychologe, Psychotherapeut, etc.) im Rahmen von Einzel- oder Gruppengesprächen erfolgen.
- Die Anpassung an die individuelle Situation der jeweiligen Person wird dabei vorausgesetzt und umfasst die Verknüpfung verschiedener Elemente:
  - Motivierende Gesprächsführung
  - Selbst-Monitoring des Verhaltens und des Therapiefortschrittes
  - Stimulus Kontrolle
  - Setzen von Zielen
  - Langsames Essen
  - Strukturierte Essenspläne
  - Soziale Unterstützung
  - Problembewältigung
  - Selbstbehauptung
  - Kognitive Restrukturierung
  - Festigung von Veränderungen
  - Rückfall-Prävention
  - Strategien im Umgang mit erneuter Gewichtszunahme

**Box 15– Ärztliche Präventionssprechstunde**

Frau Dr. Möwius betreut folgende Patientengruppe zum Thema Bewegung/Sportmedizin:

- BMI  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  oder
- BMI  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  bis  $< 30 \text{ kg/m}^2$  mit Begleiterkrankungen/Risikofaktoren (siehe Box 2)
- Optional BMI  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  bis  $< 30 \text{ kg/m}^2$  ohne Begleiterkrankungen / Risikofaktoren

Die Aufgaben der Ärztin umfassen:

- Ggf. Körperliche Untersuchung
- Ggf. Durchführung sportärztlicher Untersuchungen (z.B. Sport-Check-up)
- Erstellung einer Maßnahmen- und Zielplanung unter Einbezug vorliegender Anamnesen, (Fremd-)Befunde sowie des Medikationsplans
- Beratung und Auswahl geeigneter Angebote im Bereich Gesundheitssport und Therapie
- Patientenbezogene Abstimmung zwischen pfadspezifischen Akteuren und behandelnden Arzt Die Inanspruchnahme der ärztlichen Präventionssprechstunde liegt im Ermessen des behandelnden Hausarztes sowie der Sportmedizinerin Frau Dr. Möwius. Zumindest erfolgt

**[Pfadkonzept Adipositas]**

eine Vorstellung zum Zeitpunkt  $t_0$ ,  $t_1=1.Q$  und optional zu den Zeitpunkten  $t_2=2.Q$  sowie  $t_3=3.Q$

**Box 16 – Kontrolluntersuchungen**

- Bei Patienten, die das Therapieziel (Gewichtsreduktion  $\geq 5$  Prozent des Ausgangsgewichts) nicht erreicht haben, erfolgt eine (Re-) Evaluation des Behandlungsplans:
  - BMI und Hüftumfang (Vergleich der Werte der letzten Untersuchung)
  - Änderungen bei Risikofaktoren/Begleiterkrankungen
  - Erfolgte Änderungen des Lebensstiles
  - Kalorienaufnahme und -verbrauch
  - Motivation
  - Gründe für das Nichterreichen des Therapiezieles aus Sicht des Betroffenen
  - Elemente des Behandlungsplanes
  - Eignung des Behandlungsplanes
  - Individuelle Barrieren gegenüber der Einhaltung des Behandlungsplanes
- Basierend auf den Ergebnissen der (Re-) Evaluation erfolgt eine Anpassung/Optimierung des Behandlungsplanes. Eine Unterstützung und Motivation hinsichtlich der Lebensstiländerung und der Zielerreichung soll angeboten werden und erfolgen.
- In Abstimmung mit pfadspezifischen Akteuren sowie dem behandelnden Arzt erfolgt eine Anpassung des Therapieplanes. Die Ergebnisse der Kontrolluntersuchung werden im Assessmentbogen dokumentiert.

Prozess 3      Beendigung der umfangreichen Betreuung durch pfadspezifische Akteure und Übergabe des Patienten an den Hausarzt ( **$t_4$  – Ende**)

**Box 18 – Abschlussuntersuchung**

Im Rahmen einer Abschlussuntersuchung werden alle medizinischen Parameter der Eingangsuntersuchung, die im Rahmen der Anamnese erfasst wurden, kontrolliert. Für jeden einzelnen Patienten soll ein Plan für die nachhaltige gesundheitsbewusste Verhaltensänderung erstellt werden. Die Ergebnisse werden im Assessmentbogen durch den Hausarzt dokumentiert.

Das beschriebene Pfadschema orientiert sich an dem Endbericht „(Be-) Handlungspfad Übergewicht und Adipositas auf Primärversorgungsebene des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (LAMEV, 2016).

Der Interventionszeitraum des SÜ-BHPF umfasst 12 Monate. Während dieser Zeitspanne erfolgt sowohl das Screening als auch die intensive Pfadtherapie, die im Rahmen des Projektes evaluiert werden.

Für das Pfadschema ergeben sich folgende Messzeitpunkte:

[Pfadkonzept Adipositas]

| Messzeitpunkt                                                     | Inhalt                                                                                                                                                                                                            | Beteiligter Akteur                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| t <sub>0</sub> – Prozessstart<br>(und in den ersten drei Monaten) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Screening</li> <li>• Start Therapie-, Trainings- und Schulungsangebote</li> <li>• ggf. Überleitung an „Ärztliche Präventionssprechstunde“</li> </ul>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausarzt</li> <li>• pfadspezifische Akteure ggf. agnes<sup>zwei</sup>-Fachkraft</li> <li>• ggf. Arzt/Ärztin der „Ärztlichen Präventionssprechstunde“</li> <li>•</li> </ul> |
| t <sub>1</sub> – nach 3 Monaten                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlaufskontrolle 1</li> <li>• Fortführung der Therapie-, Trainings- /Schulungsangebote</li> <li>• ggf. Überleitung an „Ärztliche Präventionssprechstunde“</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausarzt</li> <li>• pfadspezifische Akteure ggf. agnes<sup>zwei</sup>-Fachkraft</li> <li>• Arzt der „Ärztlichen Präventionssprechstunde“</li> <li>•</li> </ul>             |
| t <sub>2</sub> – nach 6 Monaten                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlaufskontrolle 2</li> <li>• Fortführung der Therapie-, Trainings- und Schulungsangebote</li> <li>• ggf. Überleitung an „Ärztliche Präventionssprechstunde“</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausarzt</li> <li>• pfadspezifische Akteure ggf. agnes<sup>zwei</sup>-Fachkraft</li> <li>• ggf. Arzt der „Ärztlichen Präventionssprechstunde“</li> <li>•</li> </ul>        |
| t <sub>3</sub> – nach 9 Monaten                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlaufskontrolle 3</li> <li>• Fortführung der Therapie-, Trainings- und Schulungsangebote</li> <li>• ggf. Überleitung an „Ärztliche Präventionssprechstunde“</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausarzt</li> <li>• pfadspezifische Akteure ggf. agnes<sup>zwei</sup>-Fachkraft</li> <li>• ggf. Arzt der „Ärztlichen Präventionssprechstunde“</li> <li>•</li> </ul>        |
| t <sub>4</sub> – Projektende<br>– nach 12 Monaten                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlaufskontrolle 4</li> <li>• Abschlussgespräch</li> </ul>                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausarzt</li> <li>• pfadspezifische Akteure ggf. agnes<sup>zwei</sup>-Fachkraft</li> <li>• ggf. Arzt der „Ärztlichen Präventionssprechstunde“</li> </ul>                   |
| 4x/ Jahr                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pfadübergreifende Qualitätszirkel</li> </ul>                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• b.B. pfadspezifische Akteure ggf. agnes<sup>zwei</sup>-Fachkraft</li> <li>• Arzt der „Ärztlichen Präventionssprechstunde“</li> <li>• Hausarzt</li> </ul>                   |

Der SÜ-BHPF Adipositas ist mit der Einführung ein obligater Bestandteil der zukünftigen ambulanten, wohnortnahen und leitliniengerechten Versorgung von übergewichtigen sowie adipösen Patienten im MB Templin. Der Pfad umfasst den kompletten Versorgungszeitraum eines Patienten ab der Diagnosestellung.

## [Pfadkonzept Adipositas]

---

### 7. Leistungsbestandteile

Die beschriebenen Leistungsinhalte werden einerseits im Rahmen der Regelversorgung durch den EBM abgebildet. Andererseits erfolgt für die neu etablierten Zusatzleistungen eine Vergütung aus den Fördermitteln.

Grundsätzlich besteht vorrangig das Ziel, die erarbeiteten Leistungsinhalte des Pfades über den Projektzeitraum hinaus zu finanzieren bzw. dass das Versorgungskonzept in weiterführende Verträge integriert werden kann.

Folgende Einzelpositionen erfolgen als Zusatzleistungen, die aus Fördermitteln finanziert werden:

1. Einschreibepauschale 15€/Patient
2. Patientenscreening 15€/Patient
3.
  - a. Erfassung der medizinischen Kriterien
  - b. Erstberatung und Aufklärung
  - c. Therapieentscheidung
4. Beratungsleistungen (Hausarzt (Kosten i.B.)
  - a. Vereinbarung der Gesundheitsziele
  - b. Monitoring der Gesundheitsziele (Verlaufskontrollen)
  - c. ggf. Anpassung des Gesundheitsweges
5. Beratungsleistung durch die „Ärztliche Präventionssprechstunde“ 45€/Gesprächspauschale
  - a. Sportmedizinische Beratung
  - b. Vereinbarung der Gesundheitsziele
  - c. Definieren des Gesundheitsweges
  - d. Monitoring der Gesundheitsziele
  - e. Empfehlung von Sport- und Bewegungskursen
6. Sport- und Bewegungskurs 10€/Patient (Häufigkeit im Interventionszeitraum i.B.)
7. Ernährungsberatung (Kosten i.B.)
8. Ggf. (Niedrigschwellige) Angebote der Krankenkassen (Kosten i.B.)

### 8. Evaluation

Mit den beschriebenen Ansätzen sollen folgende messbare Zielwerte erreicht werden:

- Inanspruchnahmeverhalten (Senkung ASK-Fälle)
- Senkung der Risikofaktoren
- Senkung des Körpergewichtes
- Steigerung der Lebensqualität sowie der Gesundheitskompetenz
- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Steigerung Patientenzufriedenheit
- Inanspruchnahme des Leistungsangebotes gemäß des SÜ-BHPF
- Gesundheitsökonomische Betrachtung

[Pfadkonzept Adipositas]

---

Weitere Details sind dem Evaluationskonzept zu entnehmen.

## [Pfadkonzept Adipositas]

---

### Literaturverzeichnis

- Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V., Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V. (HRSRG) (2014): Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. 2. Auflage. URL: <http://www.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=9> [zuletzt geöffnet: 11.01.2017]
- Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (LAMEV) (Hrsg.) (2016): (Be-) Handlungspfad Übergewicht und Adipositas auf Primärversorgungsebene. URL: <http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj1qfnMglraAhXMKVAKHcYbCf4QFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.hauptverband.at%2Fcdscontent%2Fload%3Fcontentid%3D10008.636045%26version%3D1486475079&usg=AOvVaw3kupNhf8qQMNEiNL7iUIq> [zuletzt geöffnet: 01.03.2018]
- Landessportbund Brandenburg e.V. (2018): Gesundheitssportangebote 2018. URL: <https://lsb-brandenburg.de/downloads/publikationen/2018/gesundheitsbroschur%202018/mobile/index.html#p=90> [zuletzt geöffnet: 03.05.2018]
- Schaeffer, et al. (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. URL: <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/> [zuletzt geöffnet: 03.05.2018]
- Woll, A. & Bös, K. (2004): Wirkung von Gesundheitssport. Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 20, S.1-10.
- World Health Organization (Hrsg.) (2000): Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 2000;894:i-xii, 1-253. Epub 2001/03/10. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11234459> [zuletzt geöffnet: 11.01.2017]

### Abbildungsverzeichnis

|                                                                                                                                                        |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| <b>Abbildung 1:</b> Anzahl der Patienten mit Adipositas (ICD10 E66) bezogen auf das Alter und das Geschlecht (Eigene Darstellung).....                 | 5 |
| <b>Abbildung 2:</b> Verteilung der Häufigkeit der Adipositas-Schweregrade (Eigene Darstellung) .....                                                   | 5 |
| <b>Abbildung 3:</b> Verteilung der Häufigkeit der Adipositas-Schweregrade bezogen auf das Geschlecht und das Alter (Eigene Darstellung).....           | 6 |
| <b>Abbildung 4:</b> Häufigkeit der Patienten mit ICD10 E66 in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung) .....        | 7 |
| <b>Abbildung 5:</b> Häufigkeit der Patienten mit Adipositas Grad I in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung)..... | 7 |

**[Pfadkonzept Adipositas]**

---

|                                                                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Abbildung 6:</b> Häufigkeit der Patienten mit Adipositas Grad II in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung).....  | 8  |
| <b>Abbildung 7:</b> Häufigkeit der Patienten mit Adipositas Grad III in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung)..... | 8  |
| <b>Abbildung 8:</b> Häufigkeit der Adipositas-Patienten in Kombination mit Hypertonie und Diabetes mellitus Typ 2 (Eigene Darstellung).....              | 9  |
| <b>Abbildung 9:</b> Anzahl der Patienten mit Diagnosen nach ICD10 E66 nach Arztgruppen der behandelnden Ärzte (Eigene Darstellung).....                  | 10 |
| <b>Abbildung 10</b> Pfadschema .....                                                                                                                     | 16 |
| <b>Abbildung 11:</b> Übersicht der Verträge zur Überweisungssteuerung (KVBB).....                                                                        | 42 |

## Tabellenverzeichnis

|                                                                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabelle 1:</b> Anzahl bzw. Häufigkeit der Patienten mit IDC10 E66.1- bis E66.9- (Eigene Darstellung).....                                                                  | 6  |
| <b>Tabelle 6:</b> Anzahl der Patienten mit Adipositas bezogen auf das Alter und das Geschlecht (absolute Zahlen) (Eigene Darstellung).....                                    | 31 |
| <b>Tabelle 7:</b> Anzahl der Patienten bezogen auf den Adipositas-Schweregrad (absolute Zahlen) (Eigene Darstellung) .....                                                    | 32 |
| <b>Tabelle 4:</b> Verteilung der Häufigkeiten der Adipositas-Schweregrade bezogen auf das Geschlecht und das Alter (Eigene Darstellung).....                                  | 32 |
| <b>Tabelle 5:</b> Anzahl bzw. Häufigkeit der Patienten mit ICD10 E66 in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung).....                      | 32 |
| <b>Tabelle 10:</b> Anzahl bzw. Häufigkeiten der Patienten bezogen auf den Schweregrade I in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung).....  | 34 |
| <b>Tabelle 11:</b> Anzahl bzw. Häufigkeiten der Patienten bezogen auf den Schweregrade II in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung)..... | 35 |
| <b>Tabelle 12:</b> Anzahl bzw. Häufigkeiten der Patienten bezogen auf den Schweregrad III in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung)..... | 36 |
| <b>Tabelle 13:</b> Anzahl bzw. Häufigkeit der Adipositas-Patienten in Kombination mit Hypertonie und Diabetes mellitus Typ 2 (Eigene Darstellung) .....                       | 37 |
| <b>Tabelle 2:</b> Übersicht der Physiotherapiepraxen im MB Templin (KBZ) .....                                                                                                | 39 |
| <b>Tabelle 3:</b> Sport- bzw. therapeutische Angebote in Templin und Umgebung (eigene Darstellung).....                                                                       | 40 |
| <b>Tabelle 4:</b> Übersicht der Kategorien der Dringlichkeit (eigene Darstellung).....                                                                                        | 42 |

[Pfadkonzept Adipositas]

## Anhang

### 1. Prävalenzdaten Adipositas

**Tabelle 2:** Anzahl der Patienten mit Adipositas bezogen auf das Alter und das Geschlecht (absolute Zahlen) (Eigene Darstellung)

|                              | Altersgruppen | Männer  |         | Frauen  |         |
|------------------------------|---------------|---------|---------|---------|---------|
|                              |               | Absolut | Prozent | Absolut | Prozent |
| <b>E66</b>                   | 0-18          | 69      | 2,3%    | 72      | 2,5%    |
|                              | 19-30         | 40      | 1,4%    | 80      | 2,7%    |
|                              | 31-40         | 69      | 2,3%    | 111     | 3,8%    |
|                              | 41-50         | 136     | 4,6%    | 161     | 5,5%    |
|                              | 51-60         | 337     | 11,5%   | 365     | 12,4%   |
|                              | 61-70         | 281     | 9,6%    | 366     | 12,5%   |
|                              | 71-80         | 210     | 7,2%    | 383     | 13,0%   |
|                              | 81-90         | 73      | 2,5%    | 175     | 6,0%    |
|                              | über 90       | 2       | 0,1%    | 7       | 0,2%    |
| <b>E66.00<br/>(Grad I)</b>   | 0-18          | 0       | 0,0%    | 1       | 0,0%    |
|                              | 19-30         | 4       | 0,1%    | 14      | 0,5%    |
|                              | 31-40         | 18      | 0,6%    | 25      | 0,9%    |
|                              | 41-50         | 34      | 1,2%    | 36      | 1,2%    |
|                              | 51-60         | 103     | 3,5%    | 93      | 3,2%    |
|                              | 61-70         | 84      | 2,9%    | 99      | 3,4%    |
|                              | 71-80         | 70      | 2,4%    | 120     | 4,1%    |
|                              | 81-90         | 22      | 0,7%    | 50      | 1,7%    |
|                              | über 90       | 2       | 0,1%    | 2       | 0,1%    |
| <b>E66.01<br/>(Grad II)</b>  | 0-18          | 1       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
|                              | 19-30         | 7       | 0,2%    | 21      | 0,7%    |
|                              | 31-40         | 13      | 0,4%    | 26      | 0,9%    |
|                              | 41-50         | 34      | 1,2%    | 49      | 1,7%    |
|                              | 51-60         | 76      | 2,6%    | 105     | 3,6%    |
|                              | 61-70         | 83      | 2,8%    | 91      | 3,1%    |
|                              | 71-80         | 51      | 1,7%    | 105     | 3,6%    |
|                              | 81-90         | 15      | 0,5%    | 47      | 1,6%    |
|                              | über 90       | 0       | 0,0%    | 1       | 0,0%    |
| <b>E66.02<br/>(Grad III)</b> | 0-18          | 0       | 0,0%    | 1       | 0,0%    |
|                              | 19-30         | 10      | 0,2%    | 20      | 0,7%    |
|                              | 31-40         | 15      | 0,4%    | 28      | 0,9%    |
|                              | 41-50         | 22      | 1,2%    | 37      | 1,7%    |
|                              | 51-60         | 47      | 2,6%    | 84      | 3,6%    |
|                              | 61-70         | 49      | 2,8%    | 87      | 3,1%    |
|                              | 71-80         | 34      | 1,7%    | 62      | 3,6%    |

[Pfadkonzept Adipositas]

|  |         |   |      |    |      |
|--|---------|---|------|----|------|
|  | 81-90   | 8 | 0,5% | 21 | 1,6% |
|  | über 90 | 0 | 0,0% | 1  | 0,0% |

**Tabelle 3:** Anzahl der Patienten bezogen auf den Adipositas-Schweregrad (absolute Zahlen) (Eigene Darstellung)

|                   | Männer        |         | Frauen        |         | Gesamt        |         |
|-------------------|---------------|---------|---------------|---------|---------------|---------|
|                   | Absolute Zahl | Prozent | Absolute Zahl | Prozent | Absolute Zahl | Prozent |
| E66.00 (Grad I)   | 337           | 27,7%   | 440           | 25,6%   | 777           | 26,5%   |
| E66.01 (Grad II)  | 280           | 23,0%   | 445           | 25,9%   | 725           | 24,7%   |
| E66.02 (Grad III) | 185           | 15,2%   | 341           | 19,8%   | 526           | 17,9%   |

**Tabelle 4:** Verteilung der Häufigkeiten der Adipositas-Schweregrade bezogen auf das Geschlecht und das Alter (Eigene Darstellung)

|        |                   |         | Altersgruppe |       |       |       |       |       |       |       |         |
|--------|-------------------|---------|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
|        |                   |         | 0-18         | 19-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | über 90 |
| Männer | E66               | Absolut | 69           | 40    | 69    | 136   | 337   | 281   | 210   | 73    | 2       |
|        |                   | Prozent | 5,7%         | 3,3%  | 5,7%  | 11,2% | 27,7% | 23,1% | 17,3% | 6,0%  | 0,2%    |
|        | E66.00 (Grad I)   | Absolut | 0            | 4     | 18    | 34    | 103   | 84    | 70    | 22    | 2       |
|        |                   | Prozent | 0,0%         | 0,3%  | 1,5%  | 2,8%  | 8,5%  | 6,9%  | 5,8%  | 1,8%  | 0,2%    |
|        | E66.01 (Grad II)  | Absolut | 1            | 7     | 13    | 34    | 76    | 83    | 51    | 15    | 0       |
|        |                   | Prozent | 0,1%         | 0,6%  | 1,1%  | 2,8%  | 6,2%  | 6,8%  | 4,2%  | 1,2%  | 0,0%    |
|        | E66.02 (Grad III) | Absolut | 0            | 10    | 15    | 22    | 47    | 49    | 34    | 8     | 0       |
|        |                   | Prozent | 0,0%         | 0,8%  | 1,2%  | 1,8%  | 3,9%  | 4,0%  | 2,8%  | 0,7%  | 0,0%    |
|        | E66               | Absolut | 72           | 80    | 111   | 161   | 365   | 366   | 383   | 175   | 7       |
|        |                   | Prozent | 4,2%         | 4,7%  | 6,5%  | 9,4%  | 21,2% | 21,3% | 22,3% | 10,2% | 0,4%    |
| Frauen | E66.00 (Grad I)   | Absolut | 1            | 14    | 25    | 36    | 93    | 99    | 120   | 50    | 2       |
|        |                   | Prozent | 0,1%         | 0,8%  | 1,5%  | 2,1%  | 5,4%  | 5,8%  | 7,0%  | 2,9%  | 0,1%    |
|        | E66.01 (Grad II)  | Absolut | 0            | 21    | 26    | 49    | 105   | 91    | 105   | 47    | 1       |
|        |                   | Prozent | 0,0%         | 1,2%  | 1,5%  | 2,8%  | 6,1%  | 5,3%  | 6,1%  | 2,7%  | 0,1%    |
|        | E66.02 (Grad III) | Absolut | 1            | 20    | 28    | 37    | 84    | 87    | 62    | 21    | 1       |
|        |                   | Prozent | 0,1%         | 1,2%  | 1,6%  | 2,2%  | 4,9%  | 5,1%  | 3,6%  | 1,2%  | 0,1%    |

**Tabelle 5:** Anzahl bzw. Häufigkeit der Patienten mit ICD10 E66 in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung)

[Pfadkonzept Adipositas]

|                                   | Alters-gruppe | Männer  |         | Frauen  |         |
|-----------------------------------|---------------|---------|---------|---------|---------|
|                                   |               | Absolut | Prozent | Absolut | Prozent |
| I10<br>Hypertonie                 | 0-18          | 6       | 0,2%    | 2       | 0,1%    |
|                                   | 19-30         | 19      | 0,6%    | 15      | 0,5%    |
|                                   | 31-40         | 44      | 1,5%    | 40      | 1,4%    |
|                                   | 41-50         | 106     | 3,6%    | 105     | 3,6%    |
|                                   | 51-60         | 295     | 10,0%   | 295     | 10,0%   |
|                                   | 61-70         | 254     | 8,6%    | 326     | 11,1%   |
|                                   | 71-80         | 198     | 6,7%    | 361     | 12,3%   |
|                                   | 81-90         | 68      | 2,3%    | 169     | 5,8%    |
|                                   | über 90       | 1       | 0,0%    | 7       | 0,2%    |
| E11 o. E12<br>Diabetes mellitus 2 | 0-18          | 0       | 0,0%    | 2       | 0,1%    |
|                                   | 19-30         | 0       | 0,0%    | 5       | 0,2%    |
|                                   | 31-40         | 7       | 0,2%    | 2       | 0,1%    |
|                                   | 41-50         | 29      | 1,0%    | 30      | 1,0%    |
|                                   | 51-60         | 145     | 4,9%    | 125     | 4,3%    |
|                                   | 61-70         | 144     | 4,9%    | 171     | 5,8%    |
|                                   | 71-80         | 123     | 4,2%    | 209     | 7,1%    |
|                                   | 81-90         | 41      | 1,4%    | 104     | 3,5%    |
|                                   | über 90       | 2       | 0,1%    | 5       | 0,2%    |
| E78<br>Fettstoffwechsel           | 0-18          | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
|                                   | 19-30         | 3       | 0,1%    | 2       | 0,1%    |
|                                   | 31-40         | 12      | 0,4%    | 13      | 0,4%    |
|                                   | 41-50         | 59      | 2,0%    | 57      | 1,9%    |
|                                   | 51-60         | 167     | 5,7%    | 137     | 4,7%    |
|                                   | 61-70         | 168     | 5,7%    | 193     | 6,6%    |
|                                   | 71-80         | 127     | 4,3%    | 217     | 7,4%    |
|                                   | 81-90         | 37      | 1,3%    | 84      | 2,9%    |
|                                   | über 90       | 0       | 0,0%    | 4       | 0,1%    |
| M10<br>Gicht                      | 0-18          | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
|                                   | 19-30         | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
|                                   | 31-40         | 7       | 0,2%    | 2       | 0,1%    |
|                                   | 41-50         | 19      | 0,6%    | 3       | 0,1%    |
|                                   | 51-60         | 50      | 1,7%    | 24      | 0,8%    |
|                                   | 61-70         | 46      | 1,6%    | 36      | 1,2%    |
|                                   | 71-80         | 57      | 1,9%    | 58      | 2,0%    |
|                                   | 81-90         | 14      | 0,5%    | 26      | 0,9%    |
|                                   | über 90       | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
| F32<br>Depression                 | 0-18          | 1       | 0,0%    | 4       | 0,1%    |
|                                   | 19-30         | 1       | 0,0%    | 6       | 0,2%    |
|                                   | 31-40         | 5       | 0,2%    | 13      | 0,4%    |

[Pfadkonzept Adipositas]

|  |         |    |      |    |      |
|--|---------|----|------|----|------|
|  | 41-50   | 7  | 0,2% | 25 | 0,9% |
|  | 51-60   | 30 | 1,0% | 64 | 2,2% |
|  | 61-70   | 26 | 0,9% | 63 | 2,1% |
|  | 71-80   | 12 | 0,4% | 69 | 2,3% |
|  | 81-90   | 6  | 0,2% | 32 | 1,1% |
|  | über 90 | 0  | 0,0% | 3  | 0,1% |

**Tabelle 6:** Anzahl bzw. Häufigkeiten der Patienten bezogen auf den Schweregrad I in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung)

| E66.00<br>Schweregrad I           | Altersgruppe | Männer  |         | Frauen  |         |
|-----------------------------------|--------------|---------|---------|---------|---------|
|                                   |              | Absolut | Prozent | Absolut | Prozent |
| I10<br>Hypertonie                 | 0-18         | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
|                                   | 19-30        | 3       | 0,1%    | 2       | 0,1%    |
|                                   | 31-40        | 11      | 0,4%    | 7       | 0,2%    |
|                                   | 41-50        | 25      | 0,9%    | 18      | 0,6%    |
|                                   | 51-60        | 93      | 3,2%    | 74      | 2,5%    |
|                                   | 61-70        | 71      | 2,4%    | 87      | 3,0%    |
|                                   | 71-80        | 67      | 2,3%    | 113     | 3,8%    |
|                                   | 81-90        | 20      | 0,7%    | 48      | 1,6%    |
|                                   | über 90      | 1       | 0,0%    | 2       | 0,1%    |
| E11 o. E12<br>Diabetes mellitus 2 | 0-18         | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
|                                   | 19-30        | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
|                                   | 31-40        | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
|                                   | 41-50        | 4       | 0,1%    | 1       | 0,0%    |
|                                   | 51-60        | 43      | 1,5%    | 26      | 0,9%    |
|                                   | 61-70        | 39      | 1,3%    | 36      | 1,2%    |
|                                   | 71-80        | 33      | 1,1%    | 62      | 2,1%    |
|                                   | 81-90        | 10      | 0,3%    | 27      | 0,9%    |
|                                   | über 90      | 2       | 0,1%    | 2       | 0,1%    |
| E78<br>Fettstoffwechsel           | 0-18         | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
|                                   | 19-30        | 1       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
|                                   | 31-40        | 3       | 0,1%    | 4       | 0,1%    |
|                                   | 41-50        | 15      | 0,5%    | 15      | 0,5%    |
|                                   | 51-60        | 60      | 2,0%    | 40      | 1,4%    |
|                                   | 61-70        | 59      | 2,0%    | 57      | 1,9%    |
|                                   | 71-80        | 43      | 1,5%    | 80      | 2,7%    |
|                                   | 81-90        | 12      | 0,4%    | 27      | 0,9%    |
|                                   | über 90      | 0       | 0,0%    | 1       | 0,0%    |
| M10<br>Gicht                      | 0-18         | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
|                                   | 19-30        | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |

[Pfadkonzept Adipositas]

|                   |         |    |      |    |      |
|-------------------|---------|----|------|----|------|
|                   | 31-40   | 1  | 0,0% | 0  | 0,0% |
|                   | 41-50   | 5  | 0,2% | 0  | 0,0% |
|                   | 51-60   | 19 | 0,6% | 6  | 0,2% |
|                   | 61-70   | 16 | 0,5% | 8  | 0,3% |
|                   | 71-80   | 20 | 0,7% | 19 | 0,6% |
|                   | 81-90   | 4  | 0,1% | 5  | 0,2% |
|                   | über 90 | 0  | 0,0% | 0  | 0,0% |
| F32<br>Depression | 0-18    | 0  | 0,0% | 0  | 0,0% |
|                   | 19-30   | 0  | 0,0% | 1  | 0,0% |
|                   | 31-40   | 0  | 0,0% | 6  | 0,2% |
|                   | 41-50   | 3  | 0,1% | 6  | 0,2% |
|                   | 51-60   | 11 | 0,4% | 14 | 0,5% |
|                   | 61-70   | 10 | 0,3% | 17 | 0,6% |
|                   | 71-80   | 5  | 0,2% | 18 | 0,6% |
|                   | 81-90   | 1  | 0,0% | 7  | 0,2% |
|                   | über 90 | 0  | 0,0% | 0  | 0,0% |

**Tabelle 7:** Anzahl bzw. Häufigkeiten der Patienten bezogen auf den Schweregrad II in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung)

| E66.01<br>Schweregrad II          | Altersgruppe | Männer  |         | Frauen  |         |
|-----------------------------------|--------------|---------|---------|---------|---------|
|                                   |              | Absolut | Prozent | Absolut | Prozent |
| I10<br>Hypertonie                 | 0-18         | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
|                                   | 19-30        | 5       | 0,2%    | 5       | 0,2%    |
|                                   | 31-40        | 10      | 0,3%    | 11      | 0,4%    |
|                                   | 41-50        | 28      | 1,0%    | 37      | 1,3%    |
|                                   | 51-60        | 67      | 2,3%    | 88      | 3,0%    |
|                                   | 61-70        | 79      | 2,7%    | 80      | 2,7%    |
|                                   | 71-80        | 48      | 1,6%    | 101     | 3,4%    |
|                                   | 81-90        | 14      | 0,5%    | 46      | 1,6%    |
|                                   | über 90      | 0       | 0,0%    | 1       | 0,0%    |
| E11 o. E12<br>Diabetes mellitus 2 | 0-18         | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
|                                   | 19-30        | 0       | 0,0%    | 1       | 0,0%    |
|                                   | 31-40        | 1       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
|                                   | 41-50        | 7       | 0,2%    | 12      | 0,4%    |
|                                   | 51-60        | 34      | 1,2%    | 39      | 1,3%    |
|                                   | 61-70        | 46      | 1,6%    | 44      | 1,5%    |
|                                   | 71-80        | 36      | 1,2%    | 57      | 1,9%    |
|                                   | 81-90        | 7       | 0,2%    | 29      | 1,0%    |
|                                   | über 90      | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
| E78                               | 0-18         | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |

[Pfadkonzept Adipositas]

|                   |         |    |      |    |      |
|-------------------|---------|----|------|----|------|
| Fettstoffwechsel  | 19-30   | 0  | 0,0% | 0  | 0,0% |
|                   | 31-40   | 4  | 0,1% | 3  | 0,1% |
|                   | 41-50   | 14 | 0,5% | 17 | 0,6% |
|                   | 51-60   | 35 | 1,2% | 39 | 1,3% |
|                   | 61-70   | 54 | 1,8% | 47 | 1,6% |
|                   | 71-80   | 32 | 1,1% | 60 | 2,0% |
|                   | 81-90   | 9  | 0,3% | 25 | 0,9% |
|                   | über 90 | 0  | 0,0% | 0  | 0,0% |
| M10<br>Gicht      | 0-18    | 0  | 0,0% | 0  | 0,0% |
|                   | 19-30   | 0  | 0,0% | 0  | 0,0% |
|                   | 31-40   | 2  | 0,1% | 1  | 0,0% |
|                   | 41-50   | 5  | 0,2% | 0  | 0,0% |
|                   | 51-60   | 18 | 0,6% | 13 | 0,4% |
|                   | 61-70   | 15 | 0,5% | 5  | 0,2% |
|                   | 71-80   | 20 | 0,7% | 16 | 0,5% |
|                   | 81-90   | 4  | 0,1% | 11 | 0,4% |
| F32<br>Depression | über 90 | 0  | 0,0% | 0  | 0,0% |
|                   | 0-18    | 0  | 0,0% | 0  | 0,0% |
|                   | 19-30   | 0  | 0,0% | 1  | 0,0% |
|                   | 31-40   | 2  | 0,1% | 2  | 0,1% |
|                   | 41-50   | 1  | 0,0% | 5  | 0,2% |
|                   | 51-60   | 5  | 0,2% | 21 | 0,7% |
|                   | 61-70   | 10 | 0,3% | 19 | 0,6% |
|                   | 71-80   | 2  | 0,1% | 23 | 0,8% |
|                   | 81-90   | 0  | 0,0% | 12 | 0,4% |
|                   | über 90 | 0  | 0,0% | 1  | 0,0% |

**Tabelle 8:** Anzahl bzw. Häufigkeiten der Patienten bezogen auf den Schweregrad III in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung)

| E66.02<br>Schweregrad III | Altersgruppe | Männer  |         | Frauen  |         |
|---------------------------|--------------|---------|---------|---------|---------|
|                           |              | Absolut | Prozent | Absolut | Prozent |
| I10<br>Hypertonie         | 0-18         | 0       | 0,0%    | 1       | 0,0%    |
|                           | 19-30        | 4       | 0,1%    | 5       | 0,2%    |
|                           | 31-40        | 10      | 0,3%    | 12      | 0,4%    |
|                           | 41-50        | 17      | 0,6%    | 27      | 0,9%    |
|                           | 51-60        | 41      | 1,4%    | 72      | 2,5%    |
|                           | 61-70        | 47      | 1,6%    | 83      | 2,8%    |
|                           | 71-80        | 31      | 1,1%    | 59      | 2,0%    |
|                           | 81-90        | 7       | 0,2%    | 19      | 0,6%    |
| E11 o. E12                | über 90      | 0       | 0,0%    | 1       | 0,0%    |
|                           | 0-18         | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |

[Pfadkonzept Adipositas]

|                         |         |    |      |    |      |
|-------------------------|---------|----|------|----|------|
| Diabetes mellitus 2     | 19-30   | 0  | 0,0% | 2  | 0,1% |
|                         | 31-40   | 3  | 0,1% | 0  | 0,0% |
|                         | 41-50   | 7  | 0,2% | 10 | 0,3% |
|                         | 51-60   | 22 | 0,7% | 37 | 1,3% |
|                         | 61-70   | 27 | 0,9% | 49 | 1,7% |
|                         | 71-80   | 20 | 0,7% | 38 | 1,3% |
|                         | 81-90   | 6  | 0,2% | 13 | 0,4% |
|                         | über 90 | 0  | 0,0% | 1  | 0,0% |
| E78<br>Fettstoffwechsel | 0-18    | 0  | 0,0% | 0  | 0,0% |
|                         | 19-30   | 1  | 0,0% | 0  | 0,0% |
|                         | 31-40   | 3  | 0,1% | 1  | 0,0% |
|                         | 41-50   | 8  | 0,3% | 11 | 0,4% |
|                         | 51-60   | 21 | 0,7% | 28 | 1,0% |
|                         | 61-70   | 28 | 1,0% | 46 | 1,6% |
|                         | 71-80   | 18 | 0,6% | 36 | 1,2% |
|                         | 81-90   | 4  | 0,1% | 8  | 0,3% |
|                         | über 90 | 0  | 0,0% | 0  | 0,0% |
| M10<br>Gicht            | 0-18    | 0  | 0,0% | 0  | 0,0% |
|                         | 19-30   | 0  | 0,0% | 0  | 0,0% |
|                         | 31-40   | 1  | 0,0% | 1  | 0,0% |
|                         | 41-50   | 5  | 0,2% | 2  | 0,1% |
|                         | 51-60   | 11 | 0,4% | 3  | 0,1% |
|                         | 61-70   | 11 | 0,4% | 11 | 0,4% |
|                         | 71-80   | 9  | 0,3% | 11 | 0,4% |
|                         | 81-90   | 3  | 0,1% | 5  | 0,2% |
|                         | über 90 | 0  | 0,0% | 0  | 0,0% |
| F32<br>Depression       | 0-18    | 0  | 0,0% | 0  | 0,0% |
|                         | 19-30   | 0  | 0,0% | 2  | 0,1% |
|                         | 31-40   | 2  | 0,1% | 4  | 0,1% |
|                         | 41-50   | 0  | 0,0% | 6  | 0,2% |
|                         | 51-60   | 6  | 0,2% | 12 | 0,4% |
|                         | 61-70   | 4  | 0,1% | 13 | 0,4% |
|                         | 71-80   | 0  | 0,0% | 10 | 0,3% |
|                         | 81-90   | 1  | 0,0% | 5  | 0,2% |
|                         | über 90 | 0  | 0,0% | 0  | 0,0% |

**Tabelle 9:** Anzahl bzw. Häufigkeit der Adipositas-Patienten in Kombination mit Hypertonie und Diabetes mellitus Typ 2 (Eigene Darstellung)

[Pfadkonzept Adipositas]

|                    | Altersgruppe | Männer  |         | Frauen  |         |
|--------------------|--------------|---------|---------|---------|---------|
|                    |              | Absolut | Prozent | Absolut | Prozent |
| E66.00<br>Grad I   | 0-18         | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
|                    | 19-30        | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
|                    | 31-40        | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
|                    | 41-50        | 3       | 0,1%    | 1       | 0,0%    |
|                    | 51-60        | 41      | 1,4%    | 24      | 0,8%    |
|                    | 61-70        | 32      | 1,1%    | 31      | 1,1%    |
|                    | 71-80        | 32      | 1,1%    | 57      | 1,9%    |
|                    | 81-90        | 8       | 0,3%    | 26      | 0,9%    |
|                    | über 90      | 1       | 0,0%    | 2       | 0,1%    |
| E66.01<br>Grad II  | 0-18         | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
|                    | 19-30        | 0       | 0,0%    | 1       | 0,0%    |
|                    | 31-40        | 1       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
|                    | 41-50        | 7       | 0,2%    | 10      | 0,3%    |
|                    | 51-60        | 32      | 1,1%    | 34      | 1,2%    |
|                    | 61-70        | 44      | 1,5%    | 40      | 1,4%    |
|                    | 71-80        | 34      | 1,2%    | 54      | 1,8%    |
|                    | 81-90        | 6       | 0,2%    | 28      | 1,0%    |
|                    | über 90      | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
| E66.02<br>Grad III | 0-18         | 0       | 0,0%    | 0       | 0,0%    |
|                    | 19-30        | 0       | 0,0%    | 2       | 0,1%    |
|                    | 31-40        | 3       | 0,1%    | 0       | 0,0%    |
|                    | 41-50        | 5       | 0,2%    | 8       | 0,3%    |
|                    | 51-60        | 21      | 0,7%    | 34      | 1,2%    |
|                    | 61-70        | 26      | 0,9%    | 46      | 1,6%    |
|                    | 71-80        | 20      | 0,7%    | 37      | 1,3%    |
|                    | 81-90        | 5       | 0,2%    | 12      | 0,4%    |
|                    | über 90      | 0       | 0,0%    | 1       | 0,0%    |

[Pfadkonzept Adipositas]

2. Übersicht der Physiotherapiepraxen im MB Templin

**Tabelle 10:** Übersicht der Physiotherapiepraxen im MB Templin (KBZ)

| Einrichtung                              | Inhaber                                | Adresse                                      |
|------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| Physiotherapiepraxis                     | Sabine Seidler                         | Dargersdorfer Str. 13a<br>17268 Templin      |
| Physiotherapiepraxis                     | Martina Zebitz                         | Postheim 25<br>17268 Templin                 |
| Physiotherapiepraxis<br>Krankengymnastik | Dörte Ludwig                           | Lychener Str. 8<br>17268 Templin             |
| Physiotherapiepraxis                     | Tina Wodtke                            | Mühlenstr. 23a<br>17268 Templin              |
| Physiotherapiepraxis                     | Christina Marx                         | Friedrich-Engelsstr. 15<br>17268 Templin     |
| Physiotherapiepraxis<br>Massagepraxis    | Tom Karten<br>Renate                   | Elsternest 22<br>17268 Templin               |
| Physiotherapiepraxis HT                  | Manuela Tietz<br>Petra Harms           | Lychener Str. 58/60<br>17268 Templin         |
| Physiotherapiepraxis                     | Andrea Moritz<br>Heike Gerlach         | Obere Mühlenstr. 10a<br>17268 Templin        |
| Physiotherapiepraxis                     | Kerstin Wacker<br>Simone Harms         | Bahnhofstr. 24<br>17268 Templin              |
| Physiotherapiepraxis                     | Andrea Matthies                        | Annenwalder Weg 2a<br>17268 Templin          |
| Physiotherapie<br>Bäderbehandlungen      | Naturtherme Templin                    | Dargersdorfer Str. 121<br>17268 Templin      |
| Physiotherapie<br>Bäderbehandlungen      | Am Senioren Landsitz<br>Herr Lambrecht | Dargersdorfer Str. 123<br>17268 Templin      |
| Physiotherapie                           | Kerstin Repkow/Wacker                  | Stargader Str. 4a<br>17279 Lychen            |
| Physiotherapie<br>Massagepraxis          | Grit Schäfer                           | Seestr.<br>17268 Boitzenburger Land          |
| Physiotherapie                           | Ingrid Haase                           | Templiner Str. 9<br>17268 Boitzenburger Land |
| Physiotherapie                           | Karola Neumann                         | Großfredenwalder Weg 1<br>17268 Gerswalde    |

[Pfadkonzept Adipositas]

### 3. Übersicht Gesundheitssportangebote

**Tabelle 11:** Sport- bzw. therapeutische Angebote in Templin und Umgebung (eigene Darstellung)

| Angebot                           | Anbieter                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Senioren-sport                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Templiner Seniorenklub e.V.</li> </ul>                                                                                                                                                    |                                                                                            |
| Reha-Sport                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Fitnessclub Life Style (Templin)</li> <li>Pegasus vital &amp; gesund (Templin)</li> <li>Fitnessclub Alte Mühle (Templin)</li> <li>Rehavitalisplus e.V. Fit und Fun (Zehdenick)</li> </ul> |                                                                                            |
| Herzsport                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>SV Blau-Weiß Röddelin (Templin-Röddelin)</li> </ul>                                                                                                                                       |                                                                                            |
| Gedächtnis- und Bewegungstraining | <ul style="list-style-type: none"> <li>Templiner Seniorenklub e.V. (Templin)</li> </ul>                                                                                                                                          |                                                                                            |
| Präventionskurse                  | Kursart                                                                                                                                                                                                                          | Anbieter                                                                                   |
| Bewegung                          | Aquagymnastik/Wassergymnastik                                                                                                                                                                                                    | NaturThermeTemplin<br>Dargersdorfer Str. 121<br>17268 Templin                              |
|                                   | Die neue Rückenschule                                                                                                                                                                                                            | Praxis für Ergotherapie Kockot<br>Jahnstraße 5<br>17268 Templin                            |
|                                   | Grundkurs „Neue Rückenschule“                                                                                                                                                                                                    | Praxis für Ergotherapie Kockot<br>Jahnstraße 5<br>17268 Templin                            |
|                                   | Neue Rückenschule nach KDDR                                                                                                                                                                                                      | Physio Pröhl<br>Herrensteimer Weg 4a<br>17268 Gerswalde                                    |
|                                   | Nordic Walking – Kraft und Energie durch Bewegung                                                                                                                                                                                | Ulrike Pilz<br>Obere Mühlenstraße 3<br>17268 Templin                                       |
|                                   | Präventionskurs Aquafitness                                                                                                                                                                                                      | Physiotherapie Praxis<br>„Am Senioren Landsitz“<br>Dargersdorfer Str. 123<br>17268 Templin |
|                                   | Wassergymnastik                                                                                                                                                                                                                  | Physiotherapie Praxis<br>„Am Senioren Landsitz“<br>Dargersdorfer Str. 123<br>17268 Templin |
| Ernährung                         | Keine bestehende Angebote                                                                                                                                                                                                        |                                                                                            |
| Entspannung und Stressbewältigung | Progressive Muskelrelaxation<br>„Mit Entspannung zum Wohlbefinden“                                                                                                                                                               | Praxis für Ergotherapie Kockot<br>Jahnstraße 5<br>17268 Templin                            |

[Pfadkonzept Adipositas]

Weitere Gesundheitssportangebote gibt es zudem vom Landessportbund Brandenburg e.V.:

| Erkrankung                                                                                                                                                          | Sportstätte                                 | Verein, Ansprechpartner, Telefon, E-Mail                                                               | Zielgruppe | Aqua |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
|                                                                                    | 17268 Templin<br>Dargersdorfer Straße 69    | TRBSV Templiner Reha- und Behinderten SV e.V.   Sigrid Finck<br>☎ 03987/6557   ➡ sigrid-templin@web.de | Erwachsene |      |
|                                                                                    | 17268 Templin<br>Am Mühlentor 1             | BPRSV e.V.   Ulrike Pilz<br>☎ 03987/200705   ➡ Post@bprsv.de                                           | Erwachsene |      |
|                                                                                    | 17268 Templin<br>Friedrich-Engels-Straße 15 | rsnb e.V.   Arne Roßberg<br>☎ 03987/4943100   ➡ info@rsnb.de                                           | Erwachsene |      |
|                                                                                    | 17268 Templin<br>Dargersdorfer Straße 123   | H(erz) SV Buchheide e.V.   Julia Schülke<br>☎ 03987/707520   ➡ post@physio-landsitz.de                 | Erwachsene |      |
|                                                                                    | 17268 Templin<br>Am Mühlentor 1             | BPRSV e.V.   Ulla Sorge<br>☎ 03987/200705   ➡ Post@bprsv.de                                            | Erwachsene |      |
|                                                                                    | 17268 Templin<br>Seestraße 2                | SV Blau-Weiß Röddelin/Templin   Renate Zöllner<br>☎ 03987/200239   ➡ sportvereinroeddelin@web.de       | Erwachsene |      |
|   | 17268 Templin<br>Dargersdorfer Straße 69    | TRBSV Templiner Reha- und Behinderten SV e.V.   Sigrid Finck<br>☎ 03987/6557   ➡ sigrid-templin@web.de | Erwachsene |      |

[Pfadkonzept Adipositas]

#### 4. Überweisungssteuerung

Die nachstehende Tabelle stellt die Überweisungssteuerung für die Krankenkassen BARMER und AOK dar.

|                                              | SNR    | TK ab<br>01.01.2016 | BARMER<br>ab<br>01.07.2016 | AOK ab<br>01.07.2017 |
|----------------------------------------------|--------|---------------------|----------------------------|----------------------|
| <b>Kategorie A</b> (Termin nächster Werktag) |        |                     |                            |                      |
| überweisender Arzt                           | 93480A | 6,00 €              | 6,00 €                     | 6,00 €               |
| übernehmender Arzt                           | 93481A | 16,00 €             | 16,00 €                    | 15,00 €              |
| <b>Kategorie B</b> (Termin 1 Woche)          |        |                     |                            |                      |
| überweisender Arzt                           | 93480B | 5,00 €              | 5,00 €                     | 5,00 €               |
| übernehmender Arzt                           | 93481B | 12,00 €             | 12,00 €                    | 8,00 €               |

**Abbildung 11:** Übersicht der Verträge zur Überweisungssteuerung (KVBB)

Alle Verträge beinhalten die Kategorien der Dringlichkeit, die wie folgt abgebildet werden können:

**Tabelle 12:** Übersicht der Kategorien der Dringlichkeit (eigene Darstellung)

| <b>Kategorie A</b><br>(erfordert einen Termin am nächsten Werktag)                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Kategorie B</b><br>(erfordert einen Termin binnen einer Woche)                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermeidung prästationärer Zeiten</li> <li>• Vermeidung einer Krankenhauseinweisung</li> <li>• Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung</li> <li>• drohender Dauerschaden eines Patienten</li> <li>• hoch akutes Krankheitsbild</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Versagen einer begonnenen Therapie</li> <li>• zunehmende/anhaltende Verschlechterung der Symptomatik</li> <li>• anhaltende Arbeitsunfähigkeit zur Abklärung des weiteren Behandlungsprozesses</li> </ul> |

[Pfadkonzept Adipositas]

5. Bariatrische Chirurgie

**Box 17 – Bariatrische Chirurgie**

- Zu den Kontraindikationen eines bariatrischen Eingriffs gehören:
  - Instabile psychopathologische Zustände, schwere Depression
  - Konsumierende und neoplastische Erkrankungen
  - Aktive Substanzabhängigkeit (Drogen, Alkohol)
  - Eine unbehandelte Bulimia nervosa
  - Chronische Erkrankungen wie z.B. Leberzirrhose
  - Andere schwer gesundheitlich einschränkende Erkrankungen, welche sich durch den postoperativen katabolen Stoffwechsel verschlechtern können
  - Mangelnde Fähigkeit/mangelnder Wille an einem langfristigen medizinischen Follow-up teilzunehmen
- **Präoperatives Vorgehen**
  - Gewichtsreduzierende Programme sollen präoperativ beibehalten werden.
  - Die Therapie von Begleiterkrankungen soll optimiert werden (z.B. Substitution einer Hypothyreose, Optimierung der Blutzucker- Blutdruck-Einstellung)
  - Durchführen einer umfassenden präoperativen Evaluierung – unter Einbezug folgender Punkte:
    - Nutzen-Risiko-Analyse
    - Bestimmung des OP-Risikos, allgemeine OP-Tauglichkeit muss gegeben sein (präoperative Untersuchung wie für andere größere abdominelle Operationen)
    - Routine-Labor (inklusive Nüchtern-Blutzucker, Lipide, Nierenfunktion, Leberwerte, Harnanalyse, Prothrombin-Zeit/INR, Blutgruppe, Blutbild)
    - Nährstoff-Screening (Eisen, Vitamin B12, Folsäure, Vitamin D; Vitamin A und E optional)
    - Kardiopulmonale Untersuchung (inklusive Schlafapnoe)
    - Gastrointestinale Untersuchung (Gastroskopie, Helicobacter Pylori-Screening, Oberbauch-Sonographie (v.a. Gallenblase)
    - Endokrinologische Untersuchung
    - Knochendichte
    - Ernährungsanamnese
    - Erhebung von Essstörungen (z.B. Binge-Eating), um eine entsprechende präoperative Verhaltenstherapie einzuleiten

**[Pfadkonzept Adipositas]**

---

- Anamnese des psychosozialen Verhalten
- Tumor-Screening
- Psychosoziale Unterstützung
- Im Rahmen eines Beratungsgesprächs erfolgen zum einen eine umfassende Information zu möglichen Gewichtsverlusten und deren Risiken und zum anderen eine Aufklärung über die notwendige postoperative Ernährungsumstellung. Darüber hinaus wird der Patient darüber informiert, dass nach einem bariatrischen Eingriff eine langfristige Überwachung mit regelmäßigen Kontrolluntersuchungen notwendig ist. Erfolgt hinsichtlich dessen kein Einverständnis des Patienten, dann soll von dem Eingriff abgesehen werden.
- **Postoperatives Vorgehen**
  - Ein regelmäßiges postoperatives Assessment (nach einem Monat, während des ersten Jahres alle drei Monate, danach alle sechs bis zwölf Monate) inklusive eines diätischen und falls erforderlich auch eines chirurgischen Follow-up soll durchgeführt werden.
  - Die postoperative Langzeitnachsorge soll ganzheitlich und allumfassend erfolgen und folgende Aspekte umfassen:
    - Ernährungsberatung:
      - Beratung und Unterstützung für eine an die individuellen Bedürfnisse des Patienten und des jeweiligen operativen Verfahrens angepasste postoperative Ernährung,
      - Identifizierung möglicher Nahrungsdefizite (inklusive Proteine, Vitamine und Mineralstoffe) und Fehlernährung,
      - Falls erforderlich: Supplementierung von Nährstoffen, Vitaminen etc. (z.B. Eisen, Folsäure, Vitamin B12, Proteine)
    - Beratung und Unterstützung für mehr körperliche Aktivität
    - Individuelle psychologische und psychosoziale Unterstützung
    - Informationen zu Beratungs- und Selbsthilfegruppen
    - Monitoring der Begleiterkrankungen, inklusive der Therapieoptimierung und der Anpassung der Medikamente
  - Falls eine Frau nach einem bariatrischen Eingriff schwanger wird, ist eine engmaschige Kontrolle hinsichtlich einer adäquaten Gewichtszunahme sowie möglicher Nährstoffdefizite erforderlich.

[Pfadkonzept Adipositas]

Erhebungsbögen



|                                                    |                     |        |
|----------------------------------------------------|---------------------|--------|
| Krankenkasse                                       |                     |        |
| Name, Vorname, Adresse des Versicherten<br>geb. am |                     |        |
| Kostenträgerkennung                                | Versicherungsnummer | Status |
| Betriebsstätten-Nr.                                | Arzt-Nr             | Datum  |

Praxisstempel, Unterschrift,  
Datum

## Screeningbogen SÜ-BHPF- Adipositas

### I) Angaben zum Patienten

1. Geschlecht

☐ männlich ☐ weiblich

2. Geburtsjahr

— — — — (JJJJ)

### II) Familienanamnese

|                                                          | ja                       | nein                     |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Übergewicht                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Adipositas                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Dyslipidämie                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hypertonie                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Atherosklerose (insbesondere koronare Herzerkrankung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Schlaganfall                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Seite 1 von 3

[Pfadkonzept Adipositas]

### III) Klinische Parameter

|                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| 3. Körpergröße           | _____, ____ m           |
| 4. Körpergewicht         | _____ kg                |
| 5. Body-Mass-Index (BMI) | _____ kg/m <sup>2</sup> |
| 6. Taillenumfang         | _____ cm                |
| 7. Triglyzeride          | _____ mg/dl             |
| 8. HDL-Cholesterien      | _____ mg/dl             |
| 9. Blutdruck             |                         |
| diastolisch              | _____ mmHg              |
| systolisch               | _____ mmHg              |
| 10. Nüchternblutglukose  | _____ mg/dl             |
| 11. Harnsäure            | _____ mg/dl             |

### IV) Komorbiditäten/Krankheitslast

|                                         | ja                       | nein                     |
|-----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Diabetes mellitus Typ II             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Arterielle Hypertonie                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Manifeste kardiovaskuläre Erkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hyperurikämie                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Dyslipidämien                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Schlaf-Apnoe-Syndrom                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Arthrose                             |                          |                          |
| 6. _____                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

[Pfadkonzept Adipositas]

**IGiB|StimMT**  
bestimmt für Brandenburg

**V) Diagnosestellung**

ICD-Eingabe

1. Diagnosestellung

— — — — . — — —

**VI) Medikation**

ja

nein

4. Medikationsplan

☐

☐