

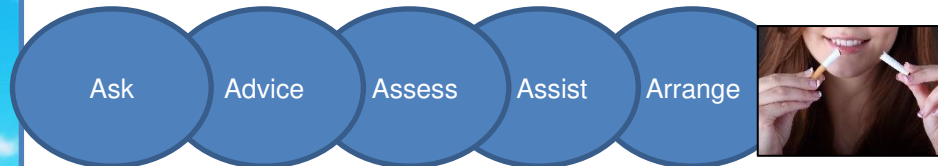
Tischvorlage Nicht-medikamentöse Beratung zum Rauchstopp, Bewegung und Ernährung gem. Anl. 12

Theoretischer Hintergrund in Anhang 1
Umsetzung in Anhang 1a

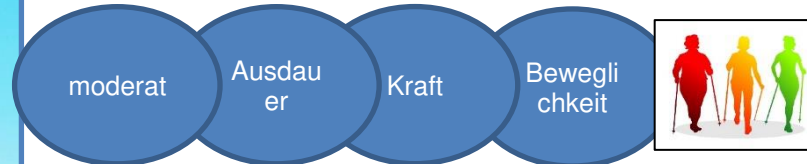


Nicht-medikamentöse informative und motivationale Beratung zu Risikofaktoren

- Raucherentwöhnung u.a. 5A, DMP Flyer Curaplan 4-Stufen-Konzept (siehe Seite 5&6)



- Bewegung u.a. gem. WHO 150 Minuten/Woche, ohne und mit Dialyse (siehe Seite 10)



- Ernährung v.a. zur Gewichtsoptimierung und gem. Stadium (siehe Seite 13&14)



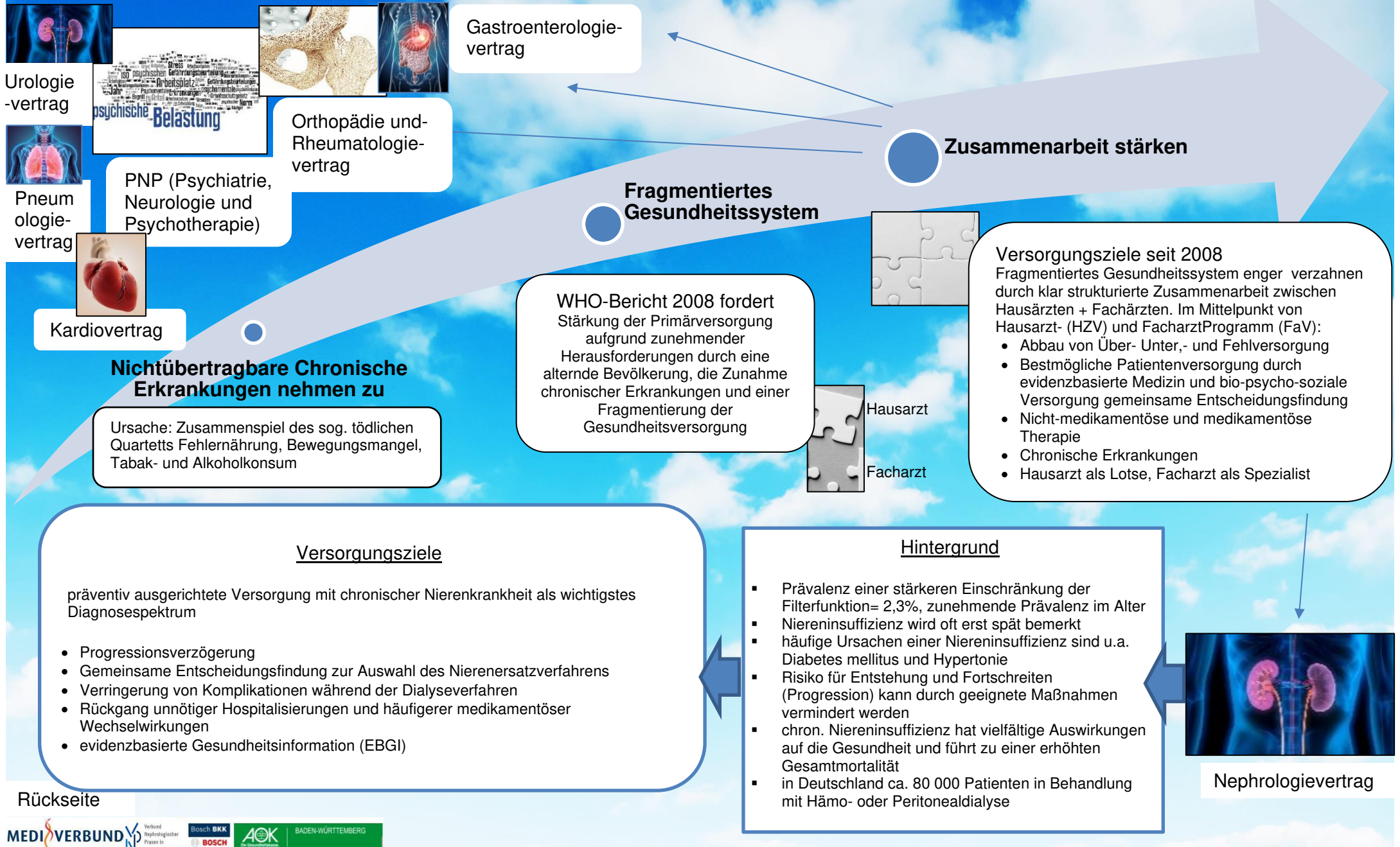
Unterstützung durch die **EFA**, schriftlich und mündlich z.B.

- Dokumentation Rauchstatus, Bewegungsverhalten, BMI, getroffene Maßnahmen
- Übergabe der vereinbarten Patienteninformationen
- Vereinbarte Maßnahmen besprechen und dokumentieren
- Recall zur Zielvereinbarung
- Unterstützung bei der Kontaktaufnahme mit den vereinbarten Unterstützungsangeboten

Vorderseite



Versorgungsziele Nephrologievertrag



Anhang 1a Empfehlungen zum Ablauf der Beratung zum Rauchstopp sowie zu Bewegung und Ernährung

Inhaltsverzeichnis/Übersicht

Inhalt

Beratung zur krankheitsspezifischen nicht-medikamentösen Therapie gem. Anl 12	4
Dokumentation Raucherstatus, Bewegungsverhalten, BMI	4
Vorbereitung für das Arztgespräch durch die EFA.....	6
Nicht-medikamentöse Beratung durch den Arzt	6
Rauchstopp	6
Bewegung.....	12
Gewichtsoptimierung	15
Nach dem Arztgespräch, Übergabe des Patienten an die EFA	19

Beratung zur krankheitsspezifischen nicht-medikamentösen Therapie gem. Anl 12

Dokumentation Raucherstatus, Bewegungsverhalten, BMI

Nach der Anmeldung des Patienten übergibt die EFA die Dokumentation Raucherstatus, Bewegungsverhalten, BMI zum Ausfüllen im Wartezimmer (auch als Vorbereitung zur Bio-Psycho-Sozialen Anamnese gem. Anlage 12):^{1 2}

Von Patient/in auszufüllen

1. Haben Sie in den letzten 30 Tagen geraucht oder gedampft (Zigaretten, Zigarren, Shisha, E-Zig, Verdampfer)? Ja Nein

2. Wieviel Zeit verbringen Sie in einer normalen Woche mit **anstrengender** körperlicher Aktivität, bei der Sie **schnell und intensiv** atmen müssen, wie beispielsweise rennen, Aerobic oder Ballsportarten?

Minuten

3. Wieviel Zeit verbringen Sie in einer normalen Woche mit **moderater** körperlicher Aktivität, die Ihre Herzfrequenz erhöht und Sie etwas schneller atmen lässt, wie beispielsweise Walking, Fahrradfahren oder Gartenarbeit?

Minuten

4. Wieviel wiegen Sie kg und wie groß sind Sie m ?

Von Arzt / EFA auszufüllen

Ergebnis aus Frage 2&3: anstrengende körperliche Aktivität x 2 + moderate körperliche Aktivität (Zeitwert verdoppeln da anstrengender als moderate Intensität) =

Minuten (Ziel 150min pro Woche)

BMI (kg/m)² :

Erläuterung:

- Frage 1 dient der Abfrage des Raucherstatus und ist ausschlaggebend diesen anzusprechen

¹ Vorbild der Inhalte ist das PAP-S Göteborg <https://www.eupap.org/>

² ACSM

https://www.exerciseismedicine.org/assets/page_documents/EIM%20Rx%20series_COPD.pdf (Stand 28.01.2020)

- Die Fragen 2 & 3 beschäftigen sich mit der regelmäßigen körperlichen Aktivität der Patienten um deren Ergebnisse in Frage 4 zu addieren. Das wöchentliche Ziel sollten mittelfristig 150 Minuten körperliche Aktivität gem. WHO, ACSM und CDC sein.
- Frage 5 beschäftigt sich mit dem BMI der Patienten. Der BMI wird nach folgender **Formel** berechnet: Körpergewicht (in kg) geteilt durch Größe (in m) zum Quadrat. Ein nicht übermäßig sportlicher Mensch hat ab einem BMI von 25 Übergewicht, ab einem BMI von 30 Adipositas. Der BMI soll hier als Anhaltspunkt dienen den Patienten beispielsweise eine zusätzliche Ernährungsberatung zu empfehlen, auch um einer möglichen Gewichtszunahme nach dem Rauchstopp vorzubeugen.³

Bei Rauchern soll zusätzlich der Heaviness of smoking index (HSI) (siehe Rückseite des Fragebogens) ausgefüllt werden oder der Fagerström Test zur Zigarettenabhängigkeit (FTCD).

Auf Grundlage eines dieser zwei Werte lässt sich der Grad der Nikotin-Abhängigkeit einschätzen und erleichtert somit auch die Entscheidung, welche der Stufen 1-3 zur Entwöhnung für den jeweiligen Raucher anzuraten sind und ob eine Medikationsempfehlung erfolgen sollte. Auch dient der Test als Werkzeug um den Rauchenden ihre Abhängigkeit vor Augen zu führen.

Heaviness of smoking index (HSI) (Von Patient/in auszufüllen)

Wann rauchen Sie Ihre erste Zigarette nach dem Aufwachen?

- | | | |
|---------------------|-----------------------|----------|
| Innerhalb von 5 min | <input type="radio"/> | 3 Punkte |
| Nach 6 – 30 min | <input type="radio"/> | 2 Punkte |
| Nach 31 – 60 min | <input type="radio"/> | 1 Punkt |
| Später als 60 min | <input type="radio"/> | 0 Punkte |

Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

- | | | |
|---------|-----------------------|----------|
| ≤10 | <input type="radio"/> | 0 Punkte |
| 11 – 20 | <input type="radio"/> | 1 Punkt |

Auswertung:

Abhängigkeit Niedrig 0 – 1 Punkte
 Mittel 2 – 4 Punkte
 Hoch 5 – 6 Punkte

³ <https://www.bzfe.de/inhalt/bmi-rechner-5423.php> (Stand 28.01.2020)

Nach dem Abschluss der Beratung soll die durchgeführte Rauchstoppberatungsmaßnahme dokumentiert werden (z.B. als Kästchen auf der Rückseite des Fragebogens)⁴

Raucher ja / nein

Anweisung zum Nikotinstopp gegeben ja / nein

Vorbereitung für das Arztgespräch durch die EFA

- Nach dem Ausfüllen des Fragebogens bereitet die EFA die Patienten für den Arztkontakt vor.
- Im Rahmen des Arztkontakts wird die ausgefüllte „Dokumentation Raucherstatus, Bewegungsverhalten, BMI“ an den Arzt durch die EFA übergeben.

Die Werte des Fragebogens sollten in die Patientenakte eingetragen und die Bögen eingescannt werden.

Das Auftragen eines Stickers, Symbols o.ä. auf Kartei kann als Erinnerungsfunktion dienen, beim nächsten Besuch wieder nach dem Rauchstatus zu fragen.

Nicht-medikamentöse Beratung durch den Arzt

Der Arzt berät die Patienten nun indikationsabhängig gemäß den Risikofaktoren bzw. Ursachen der Erkrankung zum Rauchstopp/zur Bewegung/zur Gewichtsoptimierung.

Rauchstopp

- *Bereits bei mäßigen Rauchern (starker Raucher = mehr als 20 Stück/Tag) schreitet die Nephropathie doppelt so schnell fort wie bei Nichtrauchern.⁵*
- *Rauchen setzt die glomeruläre Filtrationsrate der Nieren um bis zu 30% herab und hat zudem eine inflammatorische Wirkung.⁶ Rauchen ist also ein unabhängiges Risiko zur Entwicklung und Progression einer chronische Niereninsuffizienz.*
- *Rauchen erhöht das relative Risiko für chronische Niereninsuffizienz um 50%.⁷*
- *Die Beratung zum Rauchstopp durch den Arzt erhöht die Rauchstoppraten signifikant.⁸*

⁴ QiSA Asthma/COPD S.42

⁵ <https://www.diabetesinformationsdienst-muenchen.de/erkrankungsformen/folgeerkrankungen/diabetes-und-nieren/index.html> (Stand 28.05.2019)

⁶ Michael, E., H. u.a. (2016): Cigarette Smoking and Chronic Kidney Disease in African Americans in the Jackson Heart Study. JAHA, June 13, 2016 Vol 5, Issue 6

⁷ Laecke, S., Biesen, W. (2017): Smoking and chronic kidney disease: seeing the signs through the smoke? Nephrology Dialysis Transplantation, Volume 32, Issue 3, March 2017, Pages 403–405

⁸ GOLD Guidelines 2020 S. 41 https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf

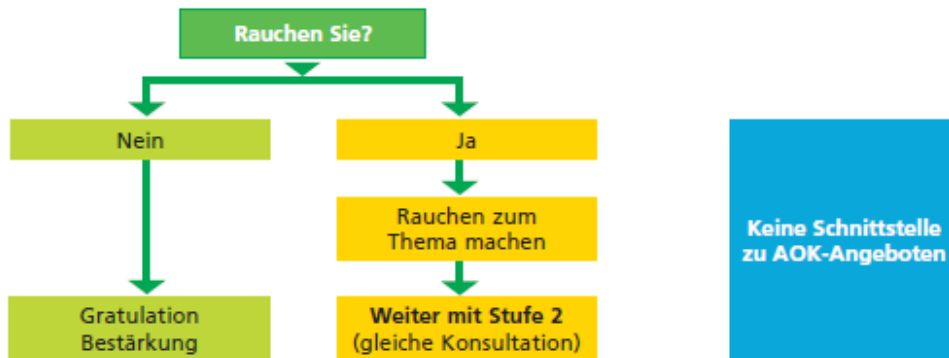
Kurze Beratung gemäß 5A⁹

<u>A1</u>	<u>Ask</u>	<u>Rauchstatus erfragen</u>
<u>A2</u>	<u>Advice</u>	<u>Ratschlag zum Rauchstopp</u> <u>Ggf. Feedback erhobener Befunde</u>
<u>A3</u>	<u>Assess willingness</u>	<u>Was denken Sie selbst über das Rauchen?</u>
<u>A4</u>	<u>Assist</u>	<u>Informationsmaterial</u> <u>Unterstützende Maßnahmen/ Weiterverweisen</u> <u>Medikamente</u>
<u>A5</u>	<u>Arrange follow up</u>	<u>Thema beim nächsten Kontakt wieder aufgreifen</u>

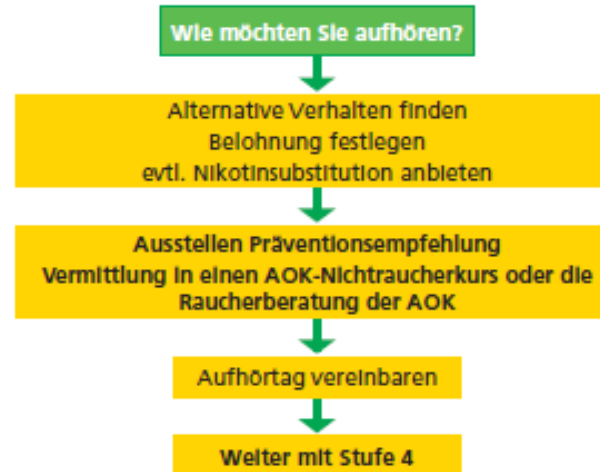
⁹ S.o.

Oder gemäß DMP Flyer Curaplan 4-Stufen-Konzept

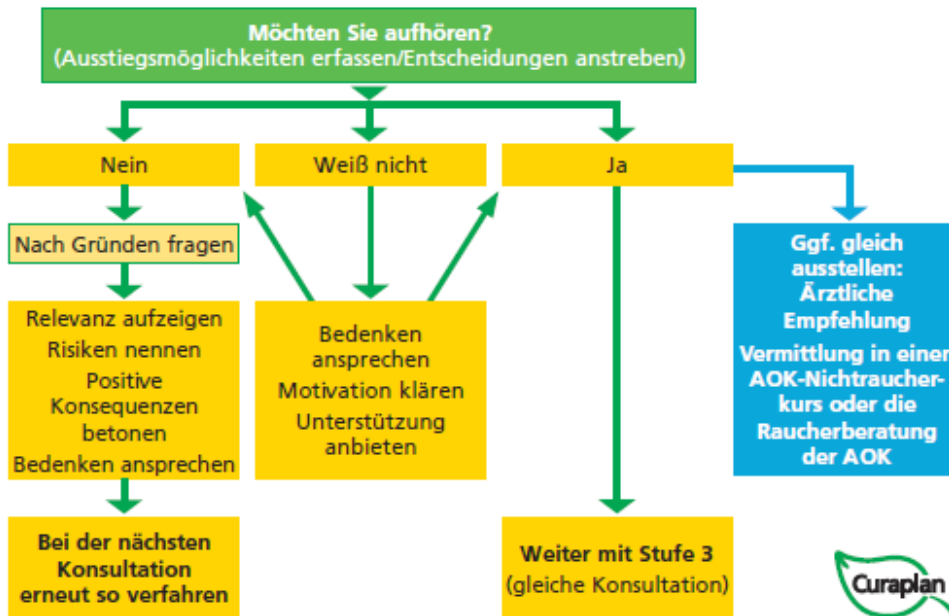
Stufe 1 ▶ Patienten auf das Rauchen ansprechen



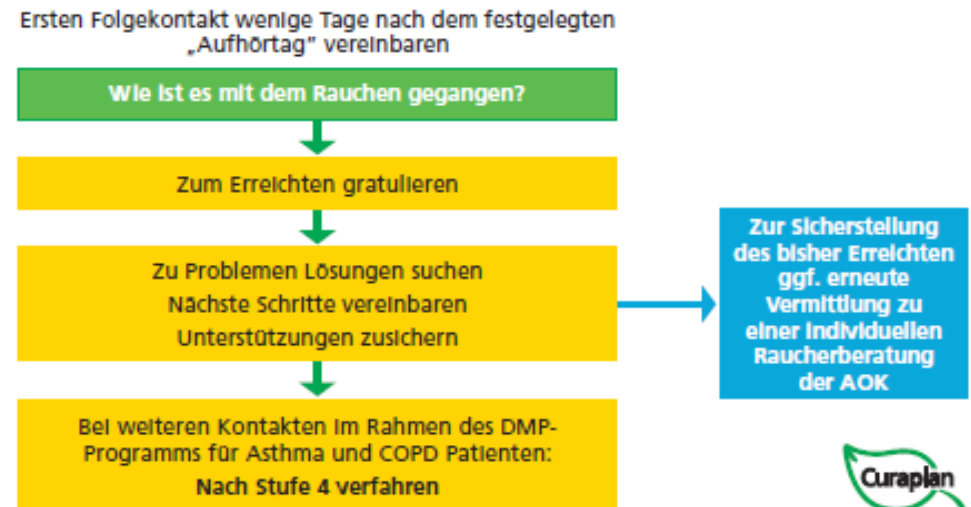
Stufe 3 ▶ Das Aufhören vorbereiten



Stufe 2 ▶ Entscheidungen anstreben



Stufe 4 ▶ Folgekontakte durchführen



Beispielablauf

Alle hier aufgeführten Gesprächsbeispiele stammen aus dem Rauchberatungskonzept von Dr. Alexander Rupp, Stuttgart und sollen der praxisnahen Vermittlung der Motivierenden Gesprächsführung dienen.

A1: Ask

Abfragen Rauchstatus sowie Bewegung/ Gewicht bzw. BMI im Wartezimmer über Fragebogen Lebensstil

Beispielgespräch:

Arzt (A): „Sie haben im Aufnahmebogen angegeben, dass Sie rauchen.“ (A1: Rauchstatus erheben)

Patient (P): „Ja, so ca. 20 Zigaretten pro Tag.“

A2: Advice

Klarer unmissverständlicher ärztl. Rat zu Verhaltensänderung (Rauchen, Bewegung, Ernährung (R, B, E)), am besten verbunden mit Untersuchungsergebnissen (Lungenfunktion, Diffusion, Röntgen) und Anamneseergebnissen (z.B. Fagerström, HSI)

Beispielgespräch:

A: „Mit dem heutigen Befund ... (z. B. Lungenfunktion, Zuckerwerte, Cholesterinwerte, Carotisduplex, Fagerström etc.) (Befunde als Feedback nutzen) möchte ich Ihnen dringend raten, das Rauchen aufzuhören/ sich mehr zu bewegen/ Gewicht abzunehmen (A2: Ratschlag zum Aufhören geben), da sich die Werte sonst aller Wahrscheinlichkeit nach in den nächsten Jahren verschlechtern werden.“

A3: Assess willingness

Offene Frage an den Patienten zur Veränderungsbereitschaft, z. B. „Was denken Sie denn selbst über... das Aufhören (mehr Bewegung, Gewichtsabnahme).“

Ggf. auch Abfragen der Gründe, die ihn am stärksten dazu motivieren (Negative Seiten des bisherigen Verhaltens, Positive Seiten der Verhaltensänderung).

Beispielgespräch:

A: „Dass der Rat aufzuhören von mir als Arzt kommen wird, war Ihnen vermutlich bereits im Vorfeld klar. Mich würde interessieren, was Sie selbst über das Rauchen denken?“ (A3: Aufhörungsbereitschaft mit einer offenen Frage eruieren)

P: „Ich weiß, es tut mir nicht gut, und eigentlich würde ich gerne aufhören, aber ich hab es schon so oft versucht, ich schaff das nicht.“

A: „Sie wollten schon öfters aufhören, aber es hat mehrere Male nicht geklappt. Ich höre aber heraus, dass Sie prinzipiell aufhören möchten (Reflexion). Wie stehen Sie denn zu einem Aufhörversuch, wenn Ihnen jemand helfen könnte, die Schwierigkeiten zu lösen, die bisher im Weg standen (offene Frage)?“

P: „Das könnte ich mir eigentlich schon vorstellen, aber ich weiß nicht wie.“

Häufig genannte Hindernisse & Hürden „Ich würde gerne aufhören, aber...“	Beratungsansatz/Lösungsmöglichkeit
<p>„...ich hab's schon so oft nicht geschafft.“ „...ich weiß, dass ich es sowieso nicht schaffe.“</p>	<p>Viele Raucher benötigen mehrere Versuche. Ohne erneuten Versuch wird das Ziel nicht erreicht werden. Was hat bei früheren Versuchen gut funktioniert, was hat nicht funktioniert? Was müsste bei einem erneuten Versuch anders sein, um Erfolg zu haben? Mit professioneller Unterstützung oder z. B. Begleitung innerhalb eines Entwöhnungskurses kann der nächste Aufhörversuch erfolgreich verlaufen.</p>
<p>„...ich bin dann immer total nervös und unruhig.“ „...ich werde dann immer unausstehlich.“</p>	<p>Nervosität, Unruhe, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen bis zu Aggressivität oder auch trauriger Verstimmung sind typische Entzugssymptome, die die meisten Rauchenden nach Aufhörversuchen kennen. Sind diese zu stark ausgeprägt, sollte über medikamentöse Unterstützungsmöglichkeiten des Rauchstoppversuches informiert werden. Diese helfen in den ersten Wochen, die Entzugssymptome zu lindern und ermöglichen für viele Rauchende überhaupt erst den Ausstieg.</p>
<p>„...ich habe Angst zuviel Gewicht zuzunehmen.“</p>	<p>Der Stoffwechsel benötigt nach dem Rauchstopp eine gewisse Zeit, sich umzustellen. Eine Gewichtszunahme wird zwar häufig berichtet ist aber kein zwingendes Muss. Mit der richtigen (ausgewogenen und gesunden) Ernährung und einer Steigerung der körperlichen Aktivität z. B. durch längere Spaziergänge kann einer Gewichtszunahme erfolgreich entgegengewirkt werden.</p>
<p>„...ich weiß überhaupt nicht, was ich stattdessen mit mir anfangen soll.“</p>	<p>Es gibt eine fast unermessliche Zahl von alternativen Verhaltensweisen für die Situationen, in denen bislang geraucht wurde. Ablenkung und Aktivität helfen, die meist nur kurzen Rauchimpulse zu überstehen. Mit der Zeit werden die Abstände zwischen den Impulsen immer länger und die Impulse immer schwächer so dass ein neues Verhaltensmuster gelernt wird. Kaffeetrinken oder Freude/Ärger aushalten geht dann plötzlich wieder ohne Rauchen.</p>

A4: Assist

Unterstützung zum Rauchstopp anbieten und vereinbarte unterstützende Maßnahme (z.B. Kontaktadresse), auszugebende Patienteninformation und ggf. Einladung zu intensiver Beratung für den Patienten ggf. schriftlich festhalten.

Informationsmaterialien Rauchstopp u.a. z.B.

Kostenlose Materialien zum Drucken oder Bestellen

- BZgA & DKFZ <https://www.rauchfrei-info.de/informieren/>
- BZgA <https://www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/>
- ÄZQ <https://www.patienten-information.de/themen/lunge/lunge>
- DKFZ <https://www.dkfz.de/de/rauchertelefon>

Unterstützende Maßnahmen zum Rauchstopp beispielsweise

- BZgA Rauchentwöhnung Telefonberatung **0 800 8 31 31 31**
- Suchtberatung u.a. z.B. <https://www.awo.org/suchtberatung>
- Selbsthilfebücher u.a. z.B. A. Rupp, M. Kreuter (2017): Rauchstopp: Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher
- Online-Schulungen u.a. z.B. www.nichtraucherhelden.de
- Kostenfreie zertifizierte Rauchfrei Kurse (IFT www.rauchfrei-programm.de / BÄK www.bundesaerztekammer.de / BDP www.pneumologenverband.de)
- AOK Präventionsberater: Beratung zu AOK Gesundheitsangeboten wie: Ernährungsberatung, Bewegungskurse, AOK Rauchstopp für in DMPs eingeschriebene Patienten
- Bosch BKK Patientenbegleitung als Präventionsberater: Berät zu Präventionsangeboten Rauchstopp-Angebote (analog und digital) sowie Präventionsmaßnahmen

Beispielgespräch:

A: „Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Sie beim Rauchstopp unterstützen. Bei Bedarf an intensiverer Unterstützung arbeiten wir mit XY zusammen. Hätten Sie etwas dagegen, wenn wir Ihre Kontaktdaten an „XY“ weitergeben, die würden sich dann mal unverbindlich mit Ihnen in Verbindung setzen?“

Bei fehlender Einwilligung offene Frage ob er sich selbst melden möchte. Aufforderung: bitte melden Sie sich innerhalb der nächsten Woche bei XY, unsere EFA könnte Sie bei Bedarf anschließend telefonisch kontaktieren ob alles funktioniert hat“ (A4: Assist = Unterstützen)

P: „Ja gerne, ich kann mir auf jeden Fall anhören, was die so anbieten.“

A5: Arrange

FollowUp vereinbaren zur Überprüfung der vereinbarten Maßnahmen, dazu Übergabe an die EFA

Das Follow-up kann z.B. beinhalten:

Erfragen der Erlaubnis zum Aufgreifen der Rauchstoppthematik beim nächsten Gespräch.
Telefonkontakt durch EFA (oder Präventionsberater AOK/BoschBKK).

Beispielgespräch

A: „Unsere Arzhelferin/EFA Erläutert Ihnen noch unsere besprochenen Informationsblätter und sucht Ihnen den Kontakt zu/meldet Sie bei XY.“

Bewegung

Menschen mit chronischer Niereninsuffizienz ohne Dialysetherapie wird eine aerobe Bewegungstherapie/körperliche Aktivität empfohlen.

- Wöchentliche Trainingszeit von mindestens 150 Minuten, die auf drei Trainingseinheiten pro Woche verteilt werden sollten.
- Moderate Belastung (Sprechen sollte möglich sein¹⁰): 30 Minuten an den meisten Tagen/Woche, mindestens 10 Minuten-Einheiten oder
- Anstrengende Intensität: 20 Minuten/Einheiten an 3 Tagen/Woche
- Krafttraining: 2 nicht aufeinander folgende Tage/Woche, 8-10 Übungen der großen Muskelgruppen, 10-15 Wiederholungen/Übung
- Übungen zur Beweglichkeit: 2 Tage/Woche, 10 Minuten/Tag, bei Fallneigung Übungen zur Verbesserung des Gleichgewichts
- Die motivationale Beratung gemäß der 5A ist auch in der Bewegungsberatung hilfreich

Ohne Dialyse		
Moderate Intensität	An meisten Tagen pro Woche ca. 30min Min. 10min Einheiten	z.B. Walking, Wandern, Schwimmen oder Radfahren
Anstrengende Intensität	>3x pro Woche, 20min	s.o.
Krafttraining	2x pro Woche an nicht aufeinanderfolgenden Tagen	z.B. 8-10 Übungen der großen Muskelgruppen, 10-15 Wiederholungen/Übung
Übungen zur Beweglichkeit	>2 Tage/Woche >10min/Tag	Bei Fallneigung Übungen zur Verbesserung des Gleichgewichts
Mit Dialyse		
Während der Dialyse	Bis zu 2 Stunden, beaufsichtigt	Fahrradergometer, Koordinationsübungen und Übungen zu Steigerung der Muskelkraft und Beweglichkeit
Nicht-Dialyse-Tag	Bewegungstherapie, anpassen an körperliches Leistungsniveau	s.o.
Allgemein		
Steigern der Alltagsaktivität	z.B. Einführung eines 15-minütigen Spaziergangs nach jeder Hauptmahlzeit	Treppensteigen, Gartenarbeit, zügiges Spazierengehen
Motivation zur Verhaltensänderung	Überlastung vermeiden Kleine, langfristige Schritte Einbindung soziales Umfeld	Unterstützung durch Bewegungstagebücher, Schrittzähler, ggf. Apps oder soziale Netzwerke, objektivierbare Erfolge wie die Messung des Blutzuckers vor und nach Belastung

Patienteninformationen und Angebote zu körperlicher Aktivität z.B.

Was?	Wie?	Wo?
DMP Diabetes Typ 2	Eine Veränderung des Lebensstils erfordert einen umfassenden interdisziplinären Ansatz sowie die aktive Einbindung des Patienten, wie es beispielsweise im Disease-Management-Programm für chronisch kranke Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 in Baden-Württemberg angeboten wird. Siehe z.B. AOK Curaplan.	https://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/dmp/dm2/index.html
DMP KHK	Ziel der Disease-Management-Programme ist die Optimierung der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen durch verbesserte Kontinuität der Betreuung und strukturierte Koordination der Behandlungsabläufe.	https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/dmp/faq/khk/
Diabetes-Sportgruppen vor Ort	Analog zum erfolgreichen Konzept der Koronarsportgruppen (Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e. V.) existieren inzwischen bundesweit Diabetessportgruppen (Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Sport der DDG)	http://diabetes-sport.de
Koronar-Sportgruppen vor Ort		https://www.dgpr.de/herzgruppen/herzgruppenverzeichnisse-nach-bundeslaendern/
Rezept für Bewegung des DOSB	Deutsch Olympischer Sportbund Rezept für Bewegung	https://www.dosb.de Suchworte Rezept für Bewegung
10-Jahres-Risiko für ein tödliches kardiovaskuläres Ereignis ermitteln	z.B. durch SCORE-Charts der "European Association of Preventive Cardiology"	http://www.heartscore.org/de_DE/access
Selbsthilfe-gruppen vor Ort	Die NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) eine Einrichtung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. informiert und hilft bei der Suche nach Selbsthilfegruppen z.B. Der Bundesverband Niere e.V. stellt kostenlose Infomaterialien zur Verfügung	https://www.nakos.de https://www.bundesverband-niere.de/angebot/downloads
Patienteninformationen	Das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) hat ein Portal für Patientenzentrierte Gesundheitsinformationen geschaffen	https://www.gesundheitsinformation.de/chronische-nierenerkrankung.2606.de.html

	(im Link z.B. zur chronischen Niereninsuffizienz)  gesundheitsinformation.de verstehen abwägen entscheiden	
Patienten-leitlinie Nierenerkrankungen bei Diabetes	Die Patientenzentrierte Form der NVL 	https://www.patienten-information.de/mdb/downloads/nvl/diabetes-mellitus/dm-nierenerkrankungen-vers1.0-pll.pdf
Infomaterialien	Die BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) bietet kostenlose Infomaterialien zu verschiedensten Themen wie Suchtprävention (Alkohol, Nikotin etc.), Ernährung/Bewegung/Stressregulation, Gesundheit im Alter u.v.m.	https://www.bzga.de/infomaterialien/ 
Patienteninformationen	KfH Nierenzentren: Patientenratgeber Wissen kompakt	https://www.kfh.de/infomaterial/patientenratgeber/
Patienteninformationen	Nierenstiftung Bewegung, Ernährung, Stressabbau	https://www.nierenstiftung.de/fuer-ihre-gesundheit/praevention/tipps/
AOK Gesundheitsangebote	Bewegungsangebote, Sportgruppen, etc.	Über den AOK Präventionsberater https://www.mediverbund-ag.de/file/1993 oder die Broschüre Gesundheitsangebote https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/gesundheitsangebote-vor-ort/
AOK Bewegungsberatung	Beratung zu körperlicher Aktivität vor Ort	Anmelden über örtliches AOK Kundencenter oder Gesundheitszentrum
Adipositas therapie	Aktuelle Leitlinie & Patientenleitlinie	www.awmf.org




Gewichtsoptimierung

Ernährungsformen wie die bekannte **mediterrane Ernährung** aus dem spanischen Raum oder auch die schwedischen Ernährungsrichtlinien gehen mit einer **Verringerung von chronischen, nichtübertragbaren Erkrankungen** wie beispielsweise Übergewicht/Adipositas, Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen einher. Vor allem die Die mediterrane Ernährung ist nachweislich geeignet, das kardiovaskuläre Risiko um 30% zu reduzieren.¹¹ Diese besteht vor allem aus regelmäßigem Verzehr von

- Gemüse, Obst,
- Vollkornprodukten,
- Fisch,
- Nüssen,
- Beeren,
- Samen,
- pflanzlichen Ölen
- und im Gegenzug wenig rotem, verarbeiteten Fleisch, Salz, Zucker und Alkohol.¹²



Zusammenfassende Ernährungsempfehlungen gem. Anh 1

Allgemein			
Reduktion kardiovaskuläres Risiko (bis zu 30%)	kaloriengerecht, ballaststoffreich (>20g/Tag), zucker- und fettarm mit einem geringen Anteil an gesättigten Fettsäuren (<10% der Kalorien) und <Cholesterin (<300mg/Tag), dafür aber reich an ungesättigten Fetten und an Omega-3-Fettsäuren	Mediterrane Ernährung	 
Erhöhte Triglyzeride	Einschränkung des Alkoholkonsums, Reduktion tierischer Fette, Gewichtsreduktion und Steigerung der körperlichen Aktivität sowie die Zufuhr von Omega 3 reichen Ölen wie beispielsweise Fischöl	hohe Zufuhr gesättigter und/oder Trans-Fettsäuren erhöhen das LDL und sollten daher vermieden werden	
Diabetes Typ 2	Kenntnisse zur Kohlenhydratauswahl und zur ausgewogenen Fettzusammensetzung vermitteln	ballaststoffreiche Nahrungsmittel mit niedrigem glykämischen Index	
Salzzufuhr	4,5-6g/Tag		

¹¹ Biesalski, H. K., u.a. (Hrsg.) (2018): Ernährungsmedizin. Stuttgart 2018.

¹² [WHO \(2018\): HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT 58, S. 25.](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/365285/hen-58-eng.pdf)
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/365285/hen-58-eng.pdf (Stand 11.12.2018)
[adobestock](#)

Gemäß Stadium			
	Prädialyse (CKD Stadien 3-4)	Hämodialyse (CKD Stadium 5D)	Peritonealdialyse (CKD Stadium 5D)
Protein (g/kg KG)	0,8-1,0 (CKD Stadium 3) 0,8-1,2 (nephrotisches Syndrom) 0,8-1,2 (CKD Stadium 4)	>1,2	1,2-1,4 1,5 (Peritonitis)
Kalorien (kcal/kg KG)	35 (<60 Jahre) 30-35 (>60 Jahre)	35 (<60 Jahre) 30-35 (>60 Jahre)	35 (<60 Jahre) 30-35 (>60 Jahre) Dialysatkalorien mit eingerechnet
	Prädialyse (CKD Stadien 3-4)	Hämodialyse (CKD Stadium 5D)	Peritonealdialyse (CKD Stadium 5D)
Flüssigkeit (ml/d)	Selten Einschränkungen	Urinmenge +500	Urinmenge +500
Natrium (mmol/d)	60-100	60-100	60-100
Kalium (mmol/d)	50-70 Reduktion bei Hyperkaliämieineigung (>5,5 mmol/l)	50-70 Reduktion bei Hyperkaliämieineigung (>5,5 mmol/l)	50-70 Hyperkaliämie tritt seltener auf
Phosphat (g/d)	0,8-1,0	0,8-1,0	0,8-1,0
Kalzium	Ab dem KDIGO-Stadium 3 sollten nicht mehr als 2g Kalzium zugeführt werden	Nicht mehr als 2g Kalzium/d zuführen	Nicht mehr als 2g Kalzium/d zuführen

- Unter <https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/fm/LS-10-Regeln-der-Ernaehrung.pdf> finden sich zudem die 10 Regeln der DGE

In leichter Sprache




**Gesund essen und trinken
10 Regeln**

1. Essen Sie verschiedene Lebensmittel.
Zum Beispiel:
• Gemüse
• Vollkorn-Brot
• Joghurt
Essen Sie nicht jeden Tag das Gleiche.
2. Essen Sie jeden Tag Gemüse und Obst.
Essen Sie 3 Mal Gemüse
und 2 Mal Obst am Tag.
Gemüse und Obst sind gesund.
3. Essen Sie Vollkorn-Produkte.
Zum Beispiel:
• Vollkorn-Brot
• Vollkorn-Nudeln
Vollkorn-Produkte machen lange satt.
Vollkorn-Produkte sind gesünder.
4. Essen Sie jeden Tag Milch-Produkte.
Zum Beispiel: Käse und Joghurt.
Fisch und Fleisch brauchen wir nicht jeden Tag.
Nur 1 bis 2 Mal in der Woche.
Und dann nicht so viel davon.
5. Essen Sie gesunde Fette.
Es gibt Fette von Pflanzen.
zum Beispiel: Raps Öl und Margarine.
Und es gibt Fette von Tieren,
zum Beispiel: Butter und Schmalz.
Fette von Pflanzen sind gesünder.







- Oder <https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/10-regeln-der-dge/>



10 Regeln als PDF

Kostenfreier Abdruck
 Die hier veröffentlichten Texte der 10 Regeln der DGE stehen honorarfrei zum Abdruck in unveränderter Form zu Verfügung. Quellenangabe: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Bonn. Das Infoblatt der 10 Regeln darf nicht abgedruckt werden.

Weitere Patienteninformationen und Angebote z.B. u.a.

Was?	Wie?	Wo?
DMP Diabetes Typ 2	Eine Veränderung des Lebensstils erfordert einen umfassenden interdisziplinären Ansatz sowie die aktive Einbindung des Patienten, wie es beispielsweise im Disease-Management-Programm für chronisch kranke Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 in Baden-Württemberg angeboten wird siehe z.B. AOK Curaplan	https://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/dmp/dm2/index.html
DMP KHK	Ziel der Disease-Management-Programme ist die Optimierung der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen durch verbesserte Kontinuität der Betreuung und strukturierte Koordination der Behandlungsabläufe.	https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/dmp/fag/khk/
10-Jahres-Risiko für ein tödliches kardiovaskuläres Ereignis ermitteln	z.B. durch SCORE-Charts der "European Association of Preventive Cardiology"	http://www.heartscore.org/de_DE/access
Selbsthilfegruppen vor Ort	Die NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) eine Einrichtung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. informiert und hilft bei der Suche nach Selbsthilfegruppen	https://www.nakos.de
	Die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie bietet kostenlose Patientenbroschüren z.B. zu	https://www.dgfn.eu/patientenbroschueren.html

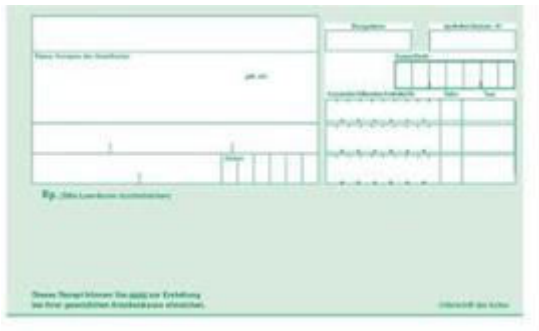
<p>Patientenbroschüren</p>	<p>Schwangerschaft, Nierenersatztherapie, Übergewicht etc.</p>  <p>Faltblatt Übergewicht geht an die Nieren – und das gleich dreifach! Das Faltblatt zum Weltnerientag 2017.</p> <p>Download</p>	
<p>Patienteninformationen</p>	<p>Das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) hat ein Portal für Patientenzentrierte Gesundheitsinformationen geschaffen (im Link z.B. zur chronischen Niereninsuffizienz)</p> 	<p>https://www.gesundheitsinformation.de/chronische-nierenerkrankung.2606.de.html</p> 
<p>Patientenleitlinie Nierenerkrankungen bei Diabetes</p>	<p>Die Patientenzentrierte Form der NVL</p> 	<p>https://www.patienteninformation.de/mdb/downloads/nvl/diabetes-mellitus/dm-nierenerkrankungen-vers1.0-pll.pdf</p>
<p>Infomaterialien</p>	<p>Die BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) bietet kostenlose Infomaterialien zu verschiedensten Themen wie Suchtprävention (Alkohol, Nikotin etc.), Ernährung/Bewegung/Stressregulation, Gesundheit im Alter u.v.m.</p>	<p>https://www.bzga.de/infomaterialien/</p> 
<p>Patienteninformationen</p>	<p>KfH Nierenzentren: Patientenratgeber Wissen kompakt</p>	<p>https://www.kfh.de/infomaterial/patientenratgeber/</p>
<p>Patienteninformationen</p>	<p>Nierenstiftung Bewegung, Ernährung, Stressabbau</p>	<p>https://www.nierenstiftung.de/fuer-ihre-gesundheit/praevention/tipps/</p>
<p>Patienteninformationen</p>	<p>Österreichische Gesellschaft für Nephrologie Empfehlung zu Ernährung</p>	<p>https://www.nephrologie.at/patienteninformation/diaetempfehlung-bei-dialyse/</p>
<p>AOK Gesundheitsangebote</p>	<p>Ernährungsberatung, Kochgruppen etc.</p>	<p>Über den AOK Präventionsberater https://www.mediverbund-ag.de/file/1993 oder die Broschüre Gesundheitsangebote https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/gesundheitsangebote-vor-ort/</p>
<p>AOK Ernährungsberatung</p>	<p>Ob Sie sich für eine ausgewogene Ernährung interessieren, Ihr Gewicht reduzieren möchten, an einer Allergie leiden oder chronisch krank sind: Die Ernährungsexperten der AOK helfen weiter – mit persönlicher Beratung und vielen praktischen Tipps.</p>	<p>Anmelden über örtliches AOK Kundencenter oder Gesundheitszentrum</p>
<p>Adipositas-therapie</p>	<p>Aktuelle Leitlinie & Patientenleitlinie</p>	<p>www.awmf.org</p>

Unterstützung durch den Präventionsberater

Bei ausreichenden kognitiven Ressourcen und entsprechender Mobilität, sowie Unterstützung durch das soziale Umfeld, erhalten die Versicherten beim Arzt eine ärztliche Empfehlung z.B. als „grünes Rezept“ mit dem zutreffenden ICD Schlüssel gemäß DIMDI <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/>

Rezept unter <https://pro-gruenes-rezept.de/>

und einen Informationsflyer mit den Kontaktdaten des Ansprechpartners direkt ausgehändigt.



Bei fehlender Selbstständigkeit zur Eigenorganisation leitet der Arzt die Empfehlung an die jeweiligen Ansprechpartner in den AOK Gesundheitszentren weiter. Dieser nimmt anschließend Kontakt zum Versicherten auf.

Ziel des persönlichen Gesprächs zwischen den AOK-Präventionsberatern und den Kunden sollte die diagnosebezogene und an der Empfehlung des Arztes orientierte Vermittlung in entsprechende AOK-Angebote sowie die Informationsvermittlung sein.

Nach dem Arztgespräch, Übergabe des Patienten an die EFA

- Nach der ärztlichen Beratung vereinbart die EFA mit dem Patienten einen FollowUp-Termin, um die zwischen Arzt und Patient vereinbarten Maßnahmen zu überprüfen
- sie bespricht mit den Patienten, ob das FollowUp als telefonischer Kontakt oder (perspektivisch) eine Videosprechstunde erwünscht ist.

Telefonischer Kontakt erwünscht: Ja Nein
Videosprechstunde erwünscht: Ja Nein

Wenn im telefonischen (oder Video-) Kontakt zusätzliche Hilfe nötig ist: motivieren zu vereinbarten Maßnahmen und ggf. mit dem Arzt nach Alternativen suchen und/oder einen Termin beim HA/ FA/ Präventionsberater/ Patientenbegleitung/ Sozialer Dienst vorschlagen.

- Die EFA übergibt dem Patienten die mit dem Arzt vereinbarten evidenzbasierten Gesundheitsinformationen und bespricht die vereinbarten Maßnahmen
 - zum Rauchstopp
 - zur Bewegung
 - zur Ernährung
- Die EFA unterstützt den Patienten bei der Kontaktaufnahme mit den vereinbarten Unterstützungsangeboten und meldet den Patienten wenn möglich und vom Patienten das Einverständnis hierfür vorliegt dort direkt an

Anschließend informiert sie den Hausarzt über die getroffenen Maßnahmen.