

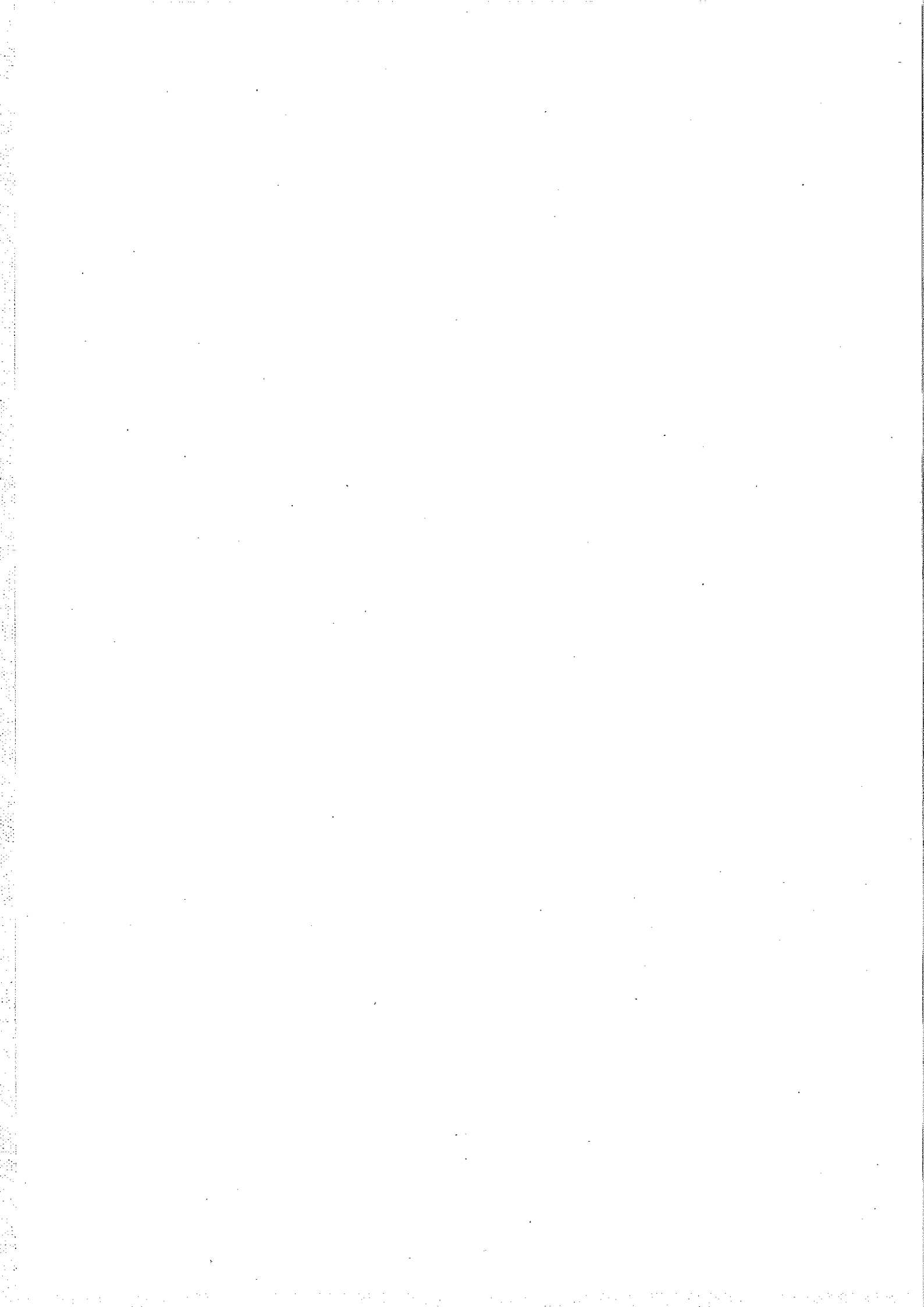
**Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in
Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und
Schleswig-Holstein**

**„Evaluation eines Behandlungsprogrammes für
adipöse Patienten
in der Curtius Klinik“**

S. Kleinschmidt, D. Laniewicz, K. Langner

Abschlußbericht

Juni 2009



„Evaluation eines Behandlungsprogrammes für adipöse Patienten in der Curtius Klinik“

S. Kleinschmidt, D. Laniewicz, K. Langner

A. Einleitung

Die Behandlung adipöser Patienten in der Psychosomatik und Psychotherapie hat eine wechselvolle Geschichte. Die Hypothesen, die den Behandlungskonzepten zugrunde liegen, sind heterogen: neben neurosenpsychologischen sind auch genetische und neurophysiologische Erklärungsmodelle in der Diskussion. Entsprechend variabel und häufig leider auch nur von begrenzter Nachhaltigkeit sind auch die Behandlungsansätze. Die „Hungerkuren“ mit Radikaldiäten, die vor einigen Jahren noch in Rehabilitationskliniken durchgeführt wurden bis zu ambulanten oder internet-basierten Ernährungsprogrammen beschreiben die Vielfalt der Bemühungen um diese epidemiologisch immer brisanter anwachsende Patientenlientel.

In unserem klinisch verengten Ausschnitt der Curtius-Klinik sahen wir eine zunehmende Zahl adipöser Patienten mit erheblicher psychischer Komorbidität, deren Gewichtsentwicklung eng mit der psychischen Erkrankung verknüpft zu sein schien. Die individuelle Genese und psychische Funktion des Übergewichtes ist dabei sehr unterschiedlich und reicht von neurotischer Symptombildung bis hin zu strukturellen Defiziten und traumatischen Einflüssen.

Um dieser Patientengruppe mit ihren erheblichen somatischen Gefährdungen und Behandlungsanforderungen besser gerecht werden zu können und unter Berücksichtigung der evidenzbasierten Behandlungsleitlinien der deutschen Adipositas Gesellschaft haben wir 1999 begonnen, ein integratives Behandlungsprogramm zu entwickeln, das seit 2000 durchgehend in unserer Klinik angeboten wird und verhaltensmedizinische, tiefenpsychologische und somatische Behandlungswege kombiniert

1. Theoretischer Hintergrund, Herleitung des Themas

Adipositas ist definiert durch eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfettes. Um eine Adipositas zu diagnostizieren orientiert man sich international an dem Body-Mass-Index, der das Verhältnis von Körpergewicht zu Körpergröße (Körpergewicht in kg/Körpergröße in cm^2) ausdrückt.

Tabelle 1: Einteilung der Adipositas in Schweregrade

BMI 18,5 –24,9 kg/m^2	Normalgewicht
BMI 25 –29,9 kg/m^2	Übergewicht
BMI 30 –34,9 kg/m^2	Adipositas Grad I
BMI 35 –39,9 kg/m^2	Adipositas Grad II
BMI > 40 kg/m^2	Extreme Adipositas Grad III

Der Body-Mass Index stellt aber nur einen Richtwert da, der aufgrund seiner leichten Anwendbarkeit Verbreitung gefunden hat. Methoden um die genaue Körperfettmasse zu bestimmen sind technisch sehr aufwendig, teuer und werden daher zur Diagnostik kaum eingesetzt.

Epidemiologische Schätzungen gehen davon aus, dass 39% der Frauen und 56% der Männer in Deutschland übergewichtig und etwa 10-15% der deutschen Bevölkerung adipös sind (Aubele 2005). Die Zahl übergewichtiger und auch adipöser Menschen steigt kontinuierlich an und somit gewinnt diese Krankheit sowohl aus sozialmedizinischer Sicht als auch aus volkswirtschaftlicher Sicht immer weiter an Bedeutung. So wird Adipositas als Ursache einer Reihe von lebensbedrohlichen Erkrankungen betrachtet und insbesondere Belastungen des Bewegungsapparates aber auch psychische Belastungen, die eine Folge der Adipositas darstellen können, haben Auswirkungen auf die Berufs- bzw. Erwerbsfähigkeit der Erkrankten. Ergebnissen der LVA Baden-Württemberg zufolge kommt es bei Adipösen doppelt so häufig wie bei Normalgewichtigen zu einer Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Die Autoren der Leitlinien zur Adipositas-Therapie (LAT) kommen 2003 zur Feststellung, dass die Adipositas mit Folgeschäden mittlerweile die wichtigste Einzelerkrankung sowohl für die Rentenversicherungsträger als auch für die Krankenkassen ist. So sind die Kosten zur Behandlung der Adipositas und ihrer Folgeerkrankungen höher als die für die Behandlung der koronaren Herzkrankheit und betragen ebenso viel wie die Kosten zur Behandlung des Diabetes mellitus.

Menschen mit Adipositas berichten häufiger Gesundheitsprobleme, Schmerzen, reduzierte Vitalität, sowie Beeinträchtigungen im sozialen und beruflichen Bereich als Nichtadipöse. Darüber hinaus leiden sie u.a. häufiger unter Störungen des Kohlehydratstoffwechsels, kardiovaskulären Erkrankungen, gastrointestinale Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, verstärktem Schwitzen, sowie geringerer körperlicher Leistungsfähigkeit (LAT 2006). Auch die Prävalenzrate für die Entstehung psychischer Störungen ist höher verglichen mit der Normalbevölkerung. Ca. 25-30% der Menschen mit einem BMI > 40 weisen psychische Störungen auf (Ardelt-Gattinger et al. 2000a). Weltweite Todesursache Nummer 1 stellt das metabolische Syndrom dar, das durch abdominelle Fettsucht mit vergrößertem Taillenumfang, gestörter Glukosetoleranz bzw. Diabetes mellitus Typ 2, Fettstoffwechselstörung, Störungen der Blutgerinnung, Bluthochdruck und erhöhter Harnsäure gekennzeichnet ist, wobei allerdings noch strittig ist, ob das metabolische Syndrom eine Krankheitsentität darstellt.

Ursache

Als Ursache für die Entstehung der Adipositas gilt zunächst eine anhaltende positive Energiebilanz, d.h. die Energieaufnahme übersteigt den Energieverbrauch. Die überschüssige Energie wird dann in Form von Fettgewebe gespeichert.

Untersuchungen zur Bestimmung des genetischen Einflusses bei der Entstehung der Adipositas zeigen, dass erbliche Faktoren etwa 25-70% der Varianz des BMI erklären (Bouchard, 1995). Allerdings kann der Einfluss der Gene den enormen Anstieg der Anzahl adipöser Menschen in den letzten Jahren nicht erklären. (Hill&Melanson, 1999)

Die Erziehung und frühe Entwicklung spielt mindestens eine ebenso große Rolle bei der Entstehung, da hier die Grundlagen für das Ernährungs- und Bewegungsverhalten gelegt werden, die die Entstehung maßgeblich mitbestimmen. Wenig Bewegung und zu kalorienreiche Nahrung tragen zu einer positiven Energiebilanz bei, was wiederum zu Gewichtszunahme führt, wohingegen ein mehr an Bewegung bei bestehender Adipositas nicht nur zu einer Gewichtsabnahme beiträgt sondern auch die übrigen medizinischen Parameter positiv beeinflusst.

Das Essverhalten Adipöser trägt insofern zu einer Zunahme des Gewichts bei, weil es häufig durch eine zu starke kognitive Kontrolle geprägt ist. Diese ausgeprägte kognitive Kontrolle wird als „restraint eating“ bezeichnet und kann Essstörungen zur Folge haben, weil es Heißhungerattacken fördert. Einmaliges Überschreiten der selbstauferlegten Grenze der Nahrungsaufnahme

führt zu einem gänzlichen Zusammenbruch der Regulationsmechanismen und es kommt zu übermäßiger Nahrungsaufnahme. Für die nachhaltige Behandlung der Adipositas wird daher die Umstellung auf eine sogenannte flexible Kontrolle (Ellrott&Pudel 1998) empfohlen, die letztlich erfolgreicher, bei der Gewichtsabnahme aber schwerer zu vermitteln und langfristig durchzuhalten ist.

Der häufig jahrelange Kampf dieser Patienten mit dem Gewicht und mit Diäten führt häufig zum Ignorieren körpereigener Hunger oder Sättigungssignale was zur Orientierung an externen Stimuli führt und die Störbarkeit gegenüber Essensreizen erhöht. Betroffene Personen können entsprechenden Reizen immer weniger widerstehen, insbesondere dann, wenn sie lange Zeit auf Essen verzichtet haben und sich ausgehungert fühlen, was einen schwer zu durchbrechenden Teufelskreis zur Folge hat.

Kurzfristige Diäten, selbst wenn sie zunächst mit einer enormen Gewichtsabnahme verbunden sind, führen so mittel- bis langfristig zu immer mehr Gewichtszunahme (Jojo- Effekt) werden aber von vielen Betroffenen aufgrund ihrer Popularität und der vermeintlich „einmaligen“ Anstrengung als Weg zur Gewichtsabnahme gewählt.

Als weitere wichtige Prädiktoren werden ein zu hohes oder niedriges Geburtsgewicht (Mast et al 2003), sowie die Zugehörigkeit zu unteren sozialen Schichten genannt (Häfelinger et al 2005) In seltenen Fällen kann auch eine fassbare endokrine Störung (z.B. Cushing Syndrom) oder ein monogenetischer Defekt die Entstehung einer Adipositas bedingen.

Therapie

Der wissenschaftliche Kenntnisstand zur nachhaltigen Behandlung der Adipositas ist ernüchternd. Bei der massiv zunehmenden Bedeutung dieser Krankheit ist es dringend erforderlich geeignete therapeutische Verfahren zu finden, um dem sehr heterogenen Patientenkollektiv wirksam helfen zu können.

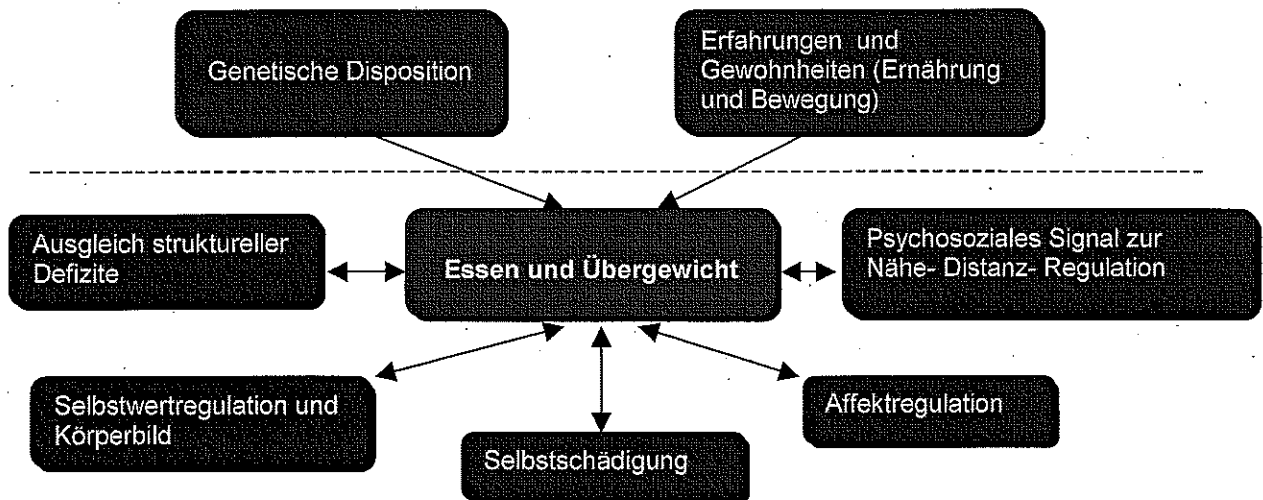
Inzwischen gilt angesichts der insgesamt eher enttäuschenden Behandlungsergebnisse die Adipositas als eine chronische Erkrankung mit erheblichen Gesundheitsfolgen und ungewissem Ausgang. Als Therapieerfolg gilt bereits eine Gewichtsreduktion um 5%, die über ein Jahr gehalten werden konnte. Die vorhandenen Untersuchungen beziehen sich überwiegend auf verhaltensmedizinische Interventionen unterschiedlicher Art und sehr unterschiedlichen Settings. Häufig wird auch die kombinierte Behandlung mit Medikamenten und chirurgischen Interventionen untersucht. Als positive Prädiktoren einer nachhaltigen Gewichtsreduktion wird in jedem Fall die Behandlung bzw. Besserung psychischer Erkrankungen genannt. Auch das Vorhandensein einer spezifischen Nachbehandlung gilt als Prädiktor für die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten auch nach stationärer Behandlung ihr Gewicht weiter reduzieren können. Für die Behandlung ist es sehr entscheidend zu klären, welche Komorbiditäten vorliegen (Pudel, 2003).

Die Expertenempfehlung der deutschen Gesellschaft für Adipositas sieht vor, dass eine medizinische Behandlung der Adipositas in jedem Fall ab einer Adipositas 1. Grades (BMI >30) durchzuführen ist. Bei Übergewicht (BMI >25) muss eine Behandlung dann erfolgen, wenn gleichzeitig übergewichtsbezogene Gesundheitsstörungen aufgetreten sind, ein abdominelles Fettverteilungsmuster vorliegt, hoher psychosozialer Leidensdruck besteht oder aber Erkrankungen vorhanden sind, die durch Übergewicht noch verschlimmert werden.

Die Behandlungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Adipositas bilden das Gerüst des **Therapieangebotes der Curtius Klinik**. Darüber hinaus wurden Behandlungselemente integriert, die die spezifischen Probleme adipöser Patienten mit psychischer Komorbidität be-

rücksichtigen.

Abbildung 1: Einflussfaktoren auf die Gewichtsentwicklung und Funktionen des Übergewichts aus tiefenpsychologischer Sicht



Grundsätzlich gehen wir in der Psychosomatik von **biopsychosozialen Störungsmodellen** aus. Das Essverhalten und die damit in Verbindung stehende Gewichtsentwicklung scheint noch mehr als andere Verhaltens- und Erlebensaspekte diesem multifaktoriellen Bedingungsmodell zu unterliegen. Neben individuellen Lernerfahrungen und Verhaltensmustern, kulturellen Gewohnheiten, verfügbaren Nahrungsmitteln und genetischen Faktoren sind auch interpersonelle und intraindividuelle Faktoren zu berücksichtigen. Das Essverhalten und die Gewichtsentwicklung kann eine wichtige Funktion im Bereich der Selbstwertregulierung und Körperbildentwicklung einnehmen und ein Signal im Sinne der interpersonellen Nähe-Distanz-Regulierung darstellen. Letzteres ist z. B. typisch für traumatisierte Patientinnen, die z. B. sprunghaft an Gewicht zunehmen, um sich für mögliche Angreifer unattraktiv zu machen. Andere Patienten schaffen sich auf diese Weise „ein dickes Fell“ an und verbergen ein hohes Maß an Kränkbarkeit hinter dem Bild des sog. „fröhlichen Dicken“. Die mächtige, eindrucksvolle äußere Statur kann zur Stärkung eines schwachen Selbst dienen und auf diese Weise strukturelle Defizite ausgleichen und last but not least kann das Essen in vielfältiger Hinsicht der Regulierung von Emotionen dienen. Nicht selten dient die Nahrungsaufnahme dann dem Trost, der Entspannung, der Regulierung aggressiver Affekte oder als Ersatz für zwischenmenschliche Zufuhr und Anerkennung.

Welche Bedingungsfaktoren aus den o. g. individuell das Störungsbild bestimmen, kann sehr unterschiedlich sein, auch die begleitende psychischen Erkrankungen sind häufig heterogen und nahmen auf vielfältige Weise Einfluss auf das Krankheitsgeschehen.

Während Außenfaktoren wie dem Überangebot an Fastfoodnahrungsmitteln mit hohem Fettgehalt, den Werbefeldzügen der Nahrungsmittelindustrie und den sich gesamtgesellschaftlich verändernden Ernährungsgewohnheiten mit stationären psychotherapeutischen Maßnahmen nicht begegnet werden kann, fokussieren wir die individuell veränderbaren Stellgrößen in dem von uns entwickelten Behandlungsmodell. Aus tiefenpsychologischer Perspektive heraus gehen wir grundsätzlich davon aus, dass ein Teil der Handlungsmotive und Bedingungsfaktoren den Patienten **unbewusst** sind und so weder den Patienten noch den therapeutischen Interventionen in vollem Umfang direkt zugänglich sind. Erst die Bewusstmachung der unbewussten bzw. ver-

drängten Motive ermöglicht es den Patienten, auf diese Verhaltensmuster Einfluss zu nehmen und auf diese Weise das eigene Essverhalten dauerhaft zu verändern. Im Mittelpunkt stehen dabei neben den individuellen intrapsychischen auch die interpersonellen Bedingungsfaktoren, die Ess- und Ernährungsgewohnheiten sowie das Bewegungsverhalten.

Das Adipositasprogramm der Curtius Klinik

Patienten mit einem BMI ≥ 30 und/oder übergewichtige Patienten mit somatischen Risikofaktoren werden von ihren ambulanten Behandlern direkt in das Programm zugewiesen, benennen ihren Wunsch nach Therapie ihrer Ess- und Gewichtsprobleme in einem zugesandten Patienteninformationsbogen oder machen indirekte Angaben, die nach unserer Einschätzung die Indikation zur Zuweisung in das Adipositasprogramm begründen (Essanfälle und massive Gewichtszunahme in der Anamnese z.B.). Im Vorfeld der Aufnahme wird den Patienten ein Informationsblatt zugesandt und eine Kontaktadresse für Rückfragen angeboten. In einem regelmäßig stattfindenden Vorgespräch wird überprüft, ob die Patienten grundsätzlich bereit sind, sich mit der psychologischen Seite des Übergewichtes bzw. des Essverhaltens zu beschäftigen und an Gruppen- bzw. Einzeltherapien teilzunehmen.

Den stationär behandelnden Einzeltherapeutinnen liegt ein Informationsblatt für den Umgang mit den Patienten im Behandlungsprogramm vor. Diese kennzeichnen den geplanten Therapiearm mit „Adipositasprogramm“ als Verordnung in der Patientenakte sowie im Gruppentherapieordner, melden ihn oder sie in der Ernährungsberatung an und informieren die Patienten über die Behandlungsbausteine. Es ist möglich, dass Patienten mit Übergewicht außerhalb des geplanten Programmes aufgenommen werden. Diese werden individuell ausgewählten Therapiebausteinen zugeordnet und können mit dem Stichwort „offenes Adipositasprogramm“ in der Physiotherapie angemeldet werden, um so ein entsprechendes Bewegungsprogramm zu erhalten.

Die Therapie

Unser Behandlungsprogramm für Patienten mit Übergewicht fußt auf den evidenzbasierten „Leitlinien zur Adipositas therapie“ und umfasst einen Zeitraum von 6 Wochen. Alle Patienten werden zu einer Patientengruppe zusammengefasst und absolvieren eine Einführungsveranstaltung und die wesentlichen Behandlungsbausteine (bis auf die Einzeltherapie) gemeinsam. Die ggf. erforderliche medikamentöse Behandlung somatischer Begleiterkrankungen führen wir fort. Bei der Aufnahmeuntersuchung werden die spezifischen somatischen Risikofaktoren mit ihren entsprechenden Parametern erfasst. Ein zentraler Baustein der psychosomatischen Behandlung ist eine Ernährungsberatung mit Einzelgesprächen und Ernährungsgruppe, die individuelle und allgemeine Probleme des Essverhaltens erfasst und neu strukturiert. Die tiefenpsychologisch orientierten Einzelgespräche werden ergänzt durch eine speziell entwickelte Gruppentherapie, die psychotherapeutisch - imaginative und Bewegungstherapieelemente kombiniert und so psychologisch und praktisch Körperwahrnehmung und Selbsterleben schärft. Zusätzlich erfolgt eine physiotherapeutische Aufnahmeuntersuchung, Einzelkrankengymnastik und ein umfangreiches Bewegungstraining (Ergometertraining, Walking und Bewegungsbad) in der Gruppe, so dass die Behandlung von Folgeschäden der Adipositas und eine Unterstützung der Gewichtsreduktion gleichzeitig möglich werden.

Wenn die Eingangsuntersuchungen und das Vorgespräch mit der Vorstellung der Mitglieder des Behandlungsteams und des Programmes erfolgt sind, könnte der Terminkalender einer Patientin im Adipositasprogramm etwa so aussehen *:

Tabelle 2: Beispiel eines Therapieplans im Adipositasprogramm

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Frühstück						
Qi Gong	Qi Gong	Qi Gong	Qi Gong	Qi Gong		
Walking	Bewegungsbad	Walking	Bewegungsbad	Ergometer-training	Walking	
Ergometer-training		Ergometer-training	Visite			
Einzeltherapie				Stationsgruppe		
Mittagessen						
	Gruppentherapie	Essgruppe (I von IV)	Gruppentherapie	Einzeltherapie		Freie Angebote
Abendessen						

* nicht dargestellt sind die meisten freien Therapieangebote, die Schwimmbad- und Saunabnutzung sowie individuelle Zusatztermine in der Physiotherapie und Ernährungsberatung oder der Einzeltherapie.

Behandlungsbausteine

In der **Einzeltherapie** werden die in der auch sonst üblichen Weise die individuellen Themen und Konflikte der Patienten aufgegriffen. Dem Essverhalten in der Ursprungsfamilien und das aktuelle der Patienten wird dabei besonders berücksichtigt und gegebenenfalls mit psychischen Inhalten in Verbindung gebracht. Auch die diagnostische Abklärung eventuell vorhandener klinischer Essstörungen (z.B. Bulimie ohne Erbrechen) oder komorbiden psychischen Erkrankungen erfolgt primär im Einzelkontakt.

Die **pflegerische** Betreuung der Patientinnen und Patienten im Adipositasprogramm richtet sich nach der körperlichen und psychischen Situation der Patienten, die individuell unterschiedlich sein kann. Grundsätzlich werden die Patienten von Pflegekräften gewogen, häufig sind weitere Untersuchungen nötig wie Blutdruckmessungen, Blutzuckerbestimmungen oder z.B. Verbandswechsel bei trophisch bedingten Wundheilungsstörungen.

Konzept der Gruppentherapie im Adipositaskonzept:

Die geschlossene Gruppe der Adipositaspatienten (6 – 12) trifft sich 2 mal wöchentlich zu 90 minütigen Terminen mit den üblicherweise zwei gegengeschlechtlichen Therapeuten. Es gelten die üblichen Gruppenregeln, auf die die Patienten auch aktiv hingewiesen werden. Die verwendeten Interventionstechniken umfassen verbale, katathym – imaginative und körper- und bewegungstherapeutische Elemente. Durch die Kombination dieser beiden Methoden soll der Zugang und auch eine Verbindung zwischen der physischen, der emotionalen und der kognitiv/mental Ebene hergestellt werden. Die sich entwickelnde Gruppendynamik entspricht den üblichen Gruppenprozessen und wird gemäß der Belastbarkeit der Gruppenmitglieder therapeutisch begleitet.

In der **Physiotherapie** wird zu Beginn der Behandlung in Ergänzung des medizinischen Aufnahmebefundes eine Funktionsdiagnostik durchgeführt, die auf Aspekte wie dysfunktionelle Bewegungsmuster, Stauungsphänomene oder Besonderheiten des Bindegewebs- und Muskeltonus zentriert ist. Auch die Belastbarkeit für die geplanten Bewegungsangebote wird überprüft. Mit dem Ergometertraining, dem Bewegungsbad und dem Walking sind Gelenk schonende, einfache Bewegungsangebote mit guter Trainingswirkung und Konditionsförderung ausgewählt worden, die dem Muskelabbau entgegenwirken und gleichzeitig gute Erfolgserlebnisse ermöglichen.

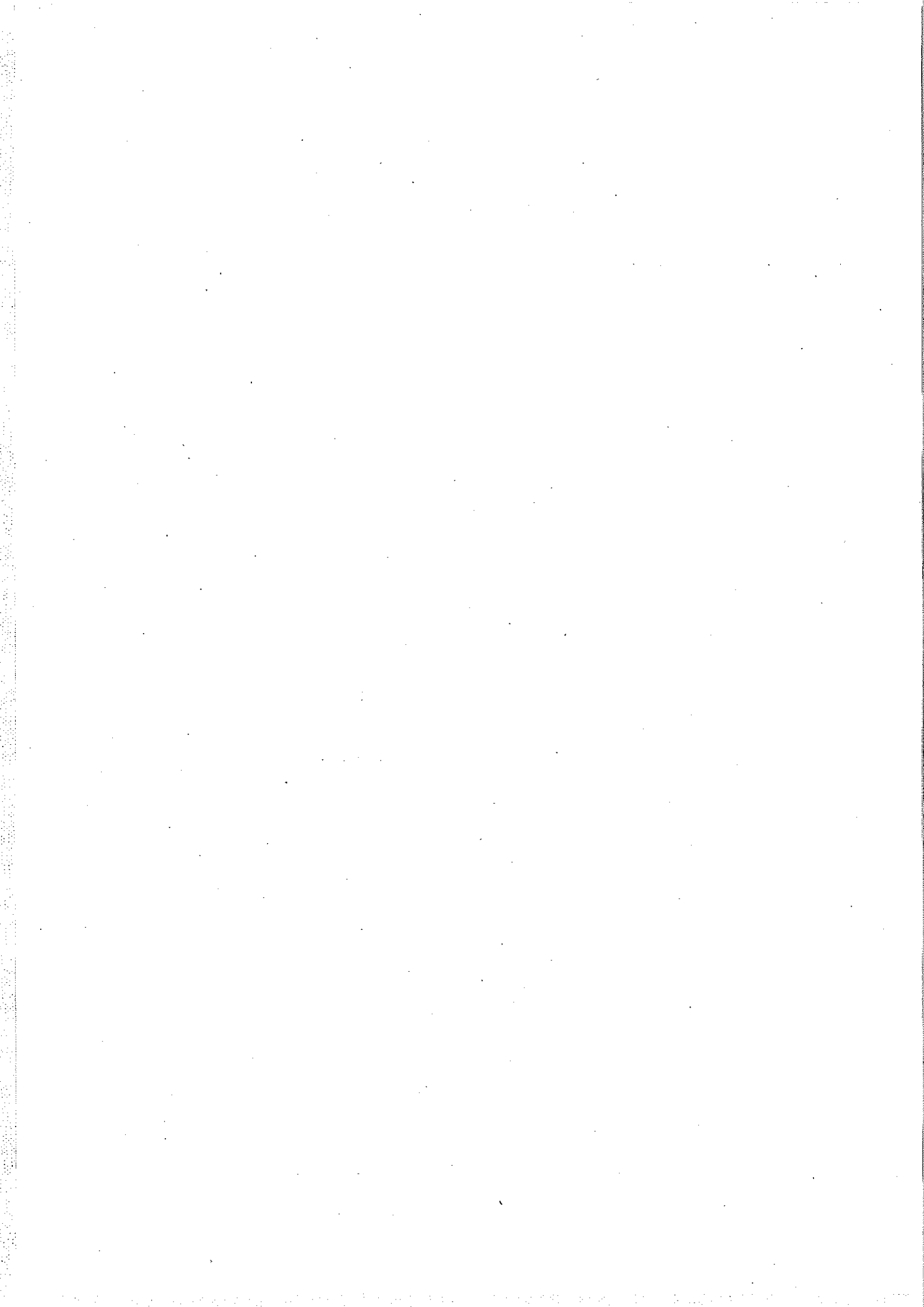
Ernährungsberatung und Essgruppe

Die PatientInnen nehmen an der normalen Verpflegung für die Patienten der Klinik teil (Frühstücksbüffet, Mittagessen als Menü und Abendbrotbüffet), sofern keine Nahrungsmittelallergien oder Unverträglichkeiten bestehen. So bleibt die auch im Alltagsleben bestehende Angebotsvielfalt bestehen und der Umgang damit wird ohne Diätkonzepte von Anfang an eingeübt. Alle Teilnehmer der Essgruppe bekommen anfänglich eine, später wöchentliche Einzel-Ernährungsberatungen, in der eine spezielle Ernährungsanamnese erstellt wird. Die Essgruppe wird von einer Diätassistentin oder Oecotrophologin geleitet und umfaßt Sitzungen von vier mal 90 Minuten und ein mal 180 Minuten (Lehrküche). Das Ziel der Gruppe ist, dass Patienten ihr „gestörtes“ Essverhalten erkennen und Möglichkeiten zur Änderung ihres Essverhaltens erarbeiten sollen.

Bei entsprechender Indikation werden individuell **zusätzliche Therapieverfahren** eingesetzt, die der Behandlung zeitgleich vorhandener Störungen dienen. So werden z.B. Patienten mit phobischen Ängsten einem Angstreduktionstraining unterzogen oder traumatisierte Patienten nehmen an einer Stabilisierungsgruppe teil.

Die **Behandlungsziele** können bei den einzelnen Patienten sehr unterschiedlich gewichtet sein und müssen, wie auch in anderen Fällen üblich, im Aufnahmegespräch erfragt werden. Der Entwicklung des Behandlungsprogramms lagen jedoch Vorstellungen über spezielle und allgemeine Therapieziele zugrunde, die mit Hilfe der zusammengestellten Therapieelemente erreichbar schienen.

Zentrales Anliegen des Programms ist die Befähigung der Patienten zur langfristigen Gewichtsreduktion bei normalem Essverhalten. Ganz ausdrücklich werden hierzu keine diätetischen Konzepte oder medikamentösen Strategien angewendet! Die Förderung von Krankheitseinsicht und Bereitschaft zur psychotherapeutischen Behandlung, ebenso wie die Entwicklung eines Krankheitskonzeptes bei den betroffenen Patienten sind die grundlegenden Schritte in der ersten Behandlungszeit. Wenn sich die Patienten auf das Programm einlassen können, dann erfolgt häufig in den unterschiedlichen Therapiebereichen auf verschiedenen Ebenen eine Weiterentwicklung der Körperwahrnehmung, der Selbstwahrnehmung, der Eigenverantwortung und Selbstfürsorge. Präventives Denken auch im Sinne somatischer Sekundärfolgen soll sich entwickeln. Soweit möglich sollen PatientInnen unbewusste Motive für ihr gestörtes Essverhalten erkennen und Verknüpfungen zum Beziehungsverhalten herstellen. Die Wiederbelebung von positiven Körperempfindungen, Bewegungs- und Lebensfreude sowie allgemein von kreativen Kräften und Ressourcen soll auch die langfristige Motivation für die ambulante Weiterbehandlung fördern. Die in den Leitlinien zur Adipositas therapie (z.B. der AWMF) angestrebte Gewichtsreduktion um 5-10% mit Schritten von wöchentlich ca. 500 bis max. 1000g und eine ca. 6 monatigen Plateauphase bilden insgesamt die Rahmengrößen. Eine langfristige Weiterführung der Zielsetzungen im ambulanten Rahmen versuchen wir durch ein ausführliches Informationsschreiben an die niedergelassenen Ärzte sicherzustellen.



2. Fragestellung

Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist ein Therapieprogramm für adipöse Patienten mit psychischer Komorbidität, das sich in seiner Ausgestaltung und Zielsetzung z.T. von herkömmlichen Therapieverfahren unterscheidet, die eher auf einem kognitiv-behavioralen Ansatz beruhen. Das Angebot der Curtius-Klinik versteht sich als eine Erweiterung dieses Ansatzes, da hier in einem integrativen Konzept eine tiefenpsychologische Denkweise zugrundeliegt.

Eine Schwierigkeit liegt darin, geeignete Kriterien für die Beurteilung der Effektivität herauszustellen, da Gewichtsreduktion allein als Kriterium, insbesondere vor dem Hintergrund bestehender Komorbiditäten nicht ausreichend ist. Bestehende Untersuchungen legen nahe, die Beurteilung eines Behandlungsprogramms für adipöse Patienten vor dem Hintergrund der damit verbundenen Problematiken zu erweitern. So beschreibt das Institute of Medicine 1995 (Paul, 1995) die folgenden 5 Kriterien, anhand derer Adipositasprogramme bewertet werden sollten:

- Langfristiger Gewichtsverlust (über 1 Jahr) von mindestens 5 % des Körpergewichts
- Verbesserung übergewichtsassoziierter Krankheiten
- Verbessertes Gesundheitsverhalten (Ernährung; körperliche Aktivität; Arztbesuche)
- Monitoring von Nebenwirkungen des Programms
- Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität

Laut Pudal (2003) wurden bisher in keiner Interventionsstudie alle Evaluationskriterien verwendet.

Unsere Studie verfolgt das Ziel, die langfristigen Effekte des spezifischen stationären Behandlungsprogramms der Curtius Klinik zur Behandlung von Patienten mit Adipositas und psychischer Komorbidität nachzuweisen.

Unter psychischer Komorbidität fassen wir dabei alle gleichzeitig bestehenden psychischen Erkrankungen (ganz überwiegend depressive Erkrankungen, Essstörungen und Angststörungen) zusammen. Die genannten Störungen stehen häufig im Zusammenhang mit der Entwicklung und/oder Aufrechterhaltung der Adipositas.

Es soll überprüft werden, ob umschriebene Therapieziele, wie z. B. die moderate Gewichtsreduktion (500g bis 1kg pro Woche) über einen längeren Zeitraum erreicht bzw. aufrechterhalten werden können. Es soll damit ein Vergleich zwischen unserem tiefenpsychologischen Behandlungsansatz und anderen Behandlungsangeboten möglich werden und so der Stellenwert tiefenpsychologischer Konzepte (Arbeit an unbewussten Konflikten, am Körperkonzept im integrativen Setting) eingeschätzt werden, da nicht allein die Ernährungssituation, allein das Essverhalten oder allein das Bewegungsverhalten fokussiert wird, sondern auch unbewusste Motive bei der Nahrungsaufnahme therapeutisch berücksichtigt werden.

Zielgrößen sind dabei neben dem Gewicht, psychische Komorbidität, Essverhalten und essens- und figurbezogene Einstellung zum eigenen Körper, Lebensqualität und Körperkonzept der Patienten.

Vor diesem Hintergrund haben wir für die Evaluation des Behandlungsprogramms folgende Fragestellungen zugrunde gelegt:

1. Lässt sich im Rahmen der stationären Behandlung eine Gewichtsreduktion erzielen?

2. Bleiben die erzielten Effekte bzgl. der Gewichtsabnahme stabil bzw. erfolgt eine weitere Abnahme auch nach dem stationären Aufenthalt? Wie nachhaltig ist die erzielte Gewichts-

reduktion?

3.Führt die Behandlung zu einer Veränderung der Essstörungsproblematik und ist die psychotherapeutische Behandlung so hinsichtlich der psychischen Symptomatik effektiv?

4.Lassen sich ess- und figurbezogene Problematiken verändern?

5.Erfolgt eine positive Veränderung hinsichtlich der Einschätzung des eigenen Körpers bezogen auf Effizienz und Akzeptanz?

6.Lässt sich die bei Adipösen häufig vorhandene Einschränkung bzgl. der Lebensqualität positiv beeinflussen?

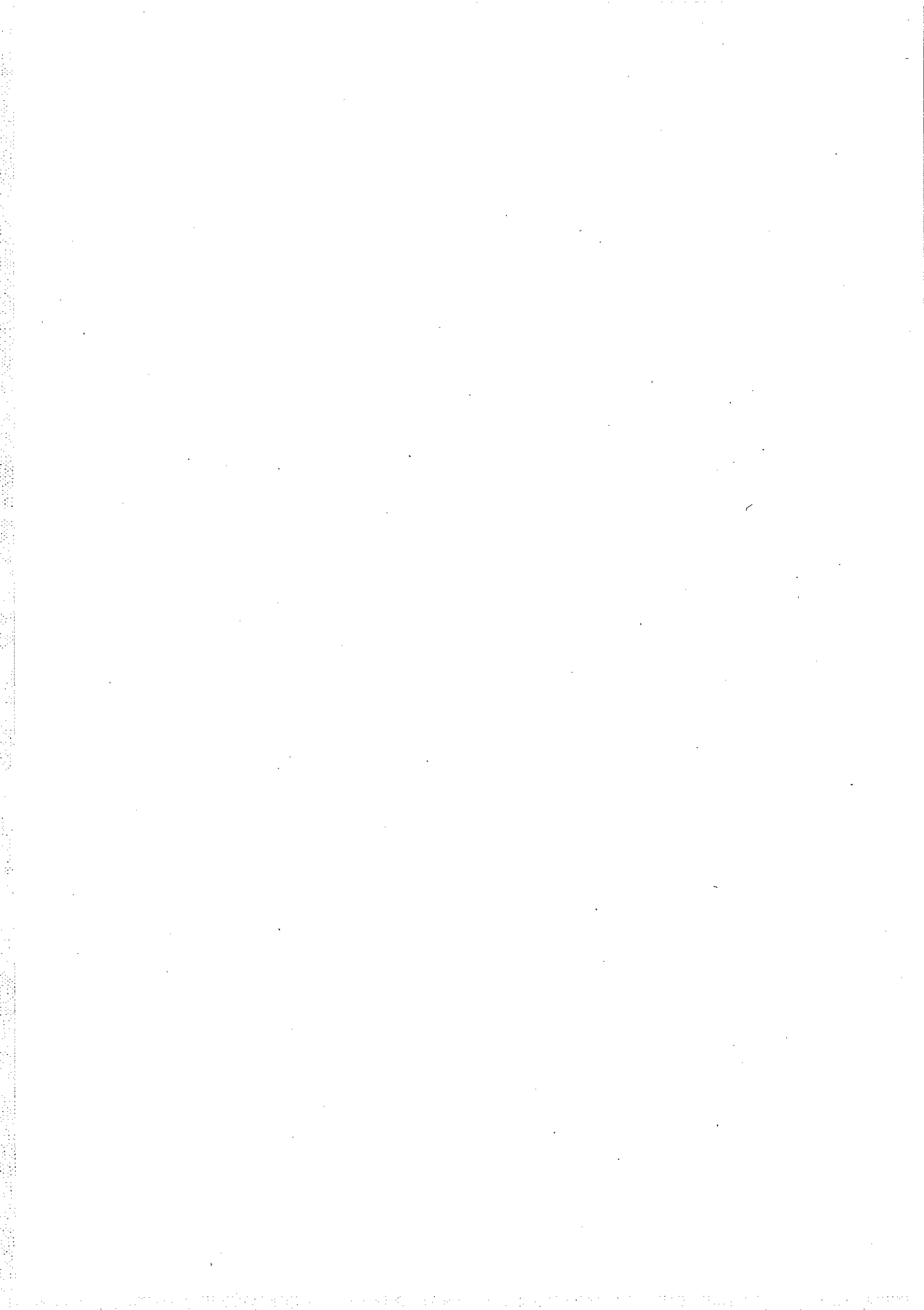
3. Studienziele, Studienhypothesen

Es ist das Anliegen dieser Forschungsarbeit einen Überblick über die kurz- und langfristigen Ergebnisse der Behandlung zu gewinnen, Vergleiche mit den Ergebnissen anderer Behandlungsstrategien zu ermöglichen und Daten über die Aufrechterhaltung der Behandlungsergebnisse zu sammeln.

Unsere Hypothese lautet, dass die Patienten von unserem Behandlungsprogramm im Hinblick auf das Gewicht, das Essverhalten, die körperliche wie psychische Lebensqualität sowie ihr Körperkonzept nachhaltig profitieren d.h auch mittel- bis langfristig positive Effekte hinsichtlich der genannten Parameter zeigen. Wir gehen dabei davon aus, dass es in seinen Effekten anderen bestehenden Behandlungsprogrammen gleichwertig ist.

Durch die Bewusstmachung der emotionsregulierenden und interpersonellen Funktion des Essens und die etwaige Vermittlung alternativer Regulationsmöglichkeiten sollten Patienten weniger Schwierigkeiten haben, ihr Essverhalten langfristig umzustellen und so auch nachhaltige Effekte bzgl. einer Reduktion des Körpergewichtes zu erzielen, sodass die Patienten nach der Behandlung weniger essens- und figurbezogene Sorgen aufweisen.

Eine positive Veränderung des Körperbildes steht aus unserer Sicht in engem Zusammenhang mit der Einschätzung der Lebensqualität durch die Patienten, so dass wir davon ausgehen, dass sich diese in Folge der Behandlung ebenfalls verbessern wird. Ein Anstieg der Lebensqualität stellt für die Patienten einen spürbaren Gewinn dar und kann so die langfristige Motivation zur Gewichtsreduktion steigern. Daher ist die Erhebung dieses Parameters von besonderer Bedeutung.



B. Hauptteil

1. Material und Methoden

Auf der Grundlage einer Voruntersuchung, die im Jahre 2007 abgeschlossen wurde und im Rahmen eines retrospektiven Designs erste Rückschlüsse auf die Patientenklientel der Curtius Klinik lieferte erarbeiteten wir zunächst zur Vorbereitung einer kontrollierten Vergleichsstudie einen Leitfaden mit dessen Hilfe wir geeignete Vergleichskliniken identifizieren wollten und zum anderen einen Patientenfragebogen, mithilfe dessen, die interessierenden Zielgrößen bei der beschriebenen Klientel erhoben werden sollte.

Den **Klinikleitfaden** stellten wir systematisch anhand eines Kriterienkatalogs zusammen, der Mindestanforderungen an eine mögliche Vergleichsklinik enthielt. Dieser sollte sowohl für telefonische Befragungen, Internetrecherchen als auch persönliche Befragungen als Grundlage für die Auswahl dienen.

Der **Patientenfragebogen** sollte zu vier Messzeitpunkten, eine Messung der Zielkriterien ermöglichen.

Untersuchungsmerkmale

Der **Klinikleitfaden** (siehe Anhang) zur Auswahl einer geeigneten Vergleichsklinik, enthielt u.a. Fragen zu Art und Ausmaß der angebotenen Therapie, zur durchschnittlichen Verweildauer der Patienten, dem durchschnittlichen Schweregrad der Adipositas sowie etwaiger Nachsorgeangebote.

Der **Patientenfragebogen** (siehe Anhang) stellte eine überarbeitete Version eines Fragebogens dar, den wir zur retrospektiven Befragung im Rahmen der Voruntersuchung eingesetzt haben.

Bezüglich der Patienten interessierten wir uns nicht allein für die Gewichtsentwicklung, da diese, wie bereits berichtet, nicht als einziges Kriterium zur Beurteilung der Effektivität eines Behandlungsangebotes für adipöse Patienten in Frage kommt, sondern wir erhoben zudem die Motivation zur Gewichtsreduktion zu Beginn der Behandlung um sicher zu gehen, dass alle Patienten (auch die in den kooperierenden Kliniken), die im Rahmen einer stationären psychosomatischen Behandlung hinsichtlich ihres Gewichts behandelt werden auch eine vergleichbare Ausgangsmotivation mitbringen. Denkbar wäre durchaus auch, dass Patienten in erster Linie anderweitige Probleme im Vordergrund sehen und nicht in erster Linie an Gewicht abnehmen wollen, was die Ergebnisse entsprechender therapeutischer Bemühungen beeinflussen würde. Des weiteren erschien uns, orientiert an der Konzeptualisierung der psychischen Komorbidität bei Adipositas von Hilde Bruch eine Frage nach der Dauer der Adipositas, bzw. ob die Adipositas mit einem bestimmten Lebensereignis von den Patienten in Zusammenhang gebracht wird sinnvoll.

Ein weiteres Zielkriterium stellt die Beeinflussung der Lebensqualität dar, da davon ausgegangen werden kann, dass eine Veränderung des Gewichts auch eine Veränderung der Lebensqualität darstellt. Auch denkbar wäre keine signifikante Veränderung des Gewichts aber eine positive Veränderung der Lebensqualität durch positive Beeinflussung der sonstigen Symptomlast.

Da bei adipösen Patienten auch häufig Einschränkungen im Rahmen der körperlichen Lebensqualität festgestellt wurden und eine nachhaltige Beeinflussung des Körpererlebens nach unserer Auffassung eine wesentliche Grundlage der Förderung des Gesundheits bzw. Bewegungsverhaltens darstellt, haben wir auch ein Instrument zur Erfassung der körperlichen Akzeptanz und Effizienz mit einbezogen. Dieses Instrument steht konzeptionell in großer Nähe zum Selbstkonzept, was diesem Merkmal eine zentrale Bedeutung im therapeutischen Prozess zu-

ordnet.

Messinstrumente

Zur systematischen Erhebung der subjektiv eingeschätzten gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde der SF 12 (Ware, 1992) ausgewählt. Die deutsche Version (Bullinger et al 1995) besteht aus 12 Items und stellt eine Kurzversion des SF 36 dar.

Inwieweit eine krankheitswertige psychische Störung bzw. klinisch bedeutsame Einschränkung der Befindlichkeit vorliegt, wollten wir in beiden Gruppen sowohl mit einem Instrument für Essstörungen (EDE-Q; Hilbert & Tuschen-Caffier 2006), als auch durch die Erhebung der Aufnahmediagnosen erfassen. Die Entscheidung für die beiden genannten Instrumente, die neben dem Fragebogen zur Lebenszufriedenheit und Skalen (Einschätzungen zur körperlichen Akzeptanz und Effizienz) aus den Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS; I. Deusinger 1999) die Grundlage unseres Fragebogens bilden, liegt insbesondere in der guten Durchführbarkeit und der regelmäßigen Verwendung in anderen Studien (Vergleichbarkeit). Dem Fragebogen vorangestellt waren zu t1 (Beginn der Behandlung) Fragen zur Soziodemografie, sowie Fragen zu bisherigen Diätversuchen. Zu t3 (Nach einem halben Jahr) und t4 (Nach einem Jahr) wurden dem Fragebogen noch Fragen zu weiteren Behandlungsschritten nach dem stationären Aufenthalt vorangestellt.

2. Durchführung des Projektes

Schon bei der Entwicklung des Adipositasprogrammes entstand die feste Absicht, die Behandlungsergebnisse einer Evaluation zu unterziehen. Es sollte darum gehen, die unmittelbaren und längerfristigen Resultate der Therapie zu erfassen und Kenntnisse über die Art und den Stand der Nachbehandlung zu gewinnen. Wie sich die Lebensqualität entwickelt und in welchem Maße Patienten auf soziale Unterstützung treffen, war ebenfalls von großem Interesse.

Am Anfang des Jahres 2005 haben wir damit begonnen, den retrospektiven Studienteil vorzubereiten. Hier wurden im Rahmen einer Aktenrecherche erste Aufschlüsse über die zu untersuchende Klientel in der Curtius Klinik, sowie die Effektivität der Behandlung auch nach dem Aufenthalt gesammelt. Diese Vorstudie haben wir dann auf statistisch schwacher Datenbasis aber ermutigenden Tendenzen im Jahre 2007 abgeschlossen.

Auf dieser Grundlage planten wir dann eine sechsmonatige Pilotphase in welcher eine prospektive Studie zur Effektivität des Behandlungsprogramms vorbereitet werden sollte.

Das Vorgehen im Rahmen einer sechsmonatigen Pilotphase fokussierte maßgeblich die Rekrutierung einer geeigneten Vergleichsgruppe.

Im Schwerpunkt ging es darum, sich um die verbindliche Kooperationszusage vergleichbarer Kliniken zu Bemühen. Anhand einer Analyse üblicherweise in Kliniken verfügbarer Patientendaten sollte erfasst werden, ob die dort behandelten Patienten mit unseren vergleichbar sind.

Die Kontrollgruppe (etwa 120 Personen) sollte in psychosomatischen Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein rekrutiert werden. Mit Hilfe eines Fragebogens wurden Merkmale der Klinik bzw. des Behandlungskonzeptes erfasst (s.Anlage).

Die Kontrollpatienten sollen einen BMI >35 und eine vergleichbare psychische Komorbidität aufweisen, d. h. neben der Adipositas noch an einer klinisch bedeutsamen psychischen Störung, z. B. einer affektiven, Ess-, oder Angststörung leiden. Das Profil der Kontrollgruppe hinsichtlich der psychischen Komorbidität soll dabei dem Profil der Interventionsgruppe entsprechen. Über soziodemografische Daten, das Gewicht und die Diagnosen hinaus sollte auch die Verweildauer der Kontrollgruppenpatienten in der stationären Behandlung erfasst.

Hierfür sollte zunächst mithilfe von persönlichen Anfragen das Forschungsvorhaben dargestellt und besprochen werden, um die potentielle Kooperationskliniken prinzipiell für eine Zusammenarbeit zu gewinnen. In einem zweiten Schritt sollte dann eine Vorstellung des Forschungsvorhabens vor Ort, z.B. im Rahmen einer Präsentation erfolgen, um die Vergleichskliniken für eine langfristige Unterstützung zu gewinnen und die Modalitäten der Kooperation zu klären.

In einem dritten Schritt wollten wir mit der Erhebung prospektiver Daten zu bisherigen Diätversuchen, Motivation zur Gewichtsreduktion, depressiver Erkrankungen, Ess- und Angststörungen bei adipösen Patienten der beteiligten Kliniken beginnen.

Am Ende der Pilotphase sollten so Aussagen über die Bereitschaft möglicher Vergleichskliniken und die Vergleichbarkeit hinsichtlich BMI und psychischer Komorbidität vor Behandlungsantritt getroffen werden können. Die Ergebnisse dieser Auswertungen sollen Auskunft darüber geben, ob mit dem geschilderten Vorgehen eine vergleichbare Kontrollgruppe rekrutiert werden kann.

3. Auswertungen

Die folgenden statistischen Auswertungen und Diagramme beziehen sich auf jene Patientengruppe, die in der Curtius Klinik behandelt wurde, da keine Vergleichsgruppe gewonnen werden konnte (s.u.).

Zum Zwecke der Auswertung wurden die Angaben aus den Fragebögen in SPSS übertragen.

Hier erfolgte in einem ersten Auswertungsschritt eine Datenbereinigung. Fehlende oder falsche bzw. unplausible Daten wurden entfernt.

In einem zweiten Auswertungsschritt wurde anhand der Daten eine Charakterisierung der Stichprobe vorgenommen, um so in Form von Mittelwertsvergleichen Aufschlüsse über den Verlauf der jeweiligen Zielparameter zu gewinnen. Um mögliche andere relevante Einflüsse mitzuerheben wurden die Patienten auch nach Medikamenten sonstigen Diätversuchen, der Teilnahme an psychotherapeutischen Vorbehandlungen und Bewegungsprogrammen befragt.

Die statistische Analyse der bisher vorliegenden Daten wurde mit SPSS Software (Version 16.0) durchgeführt. Für die Erfassung von Veränderungen in der Zeit zwischen Aufnahme und Entlassung wurde der t-test bei gepaarten Stichproben durchgeführt. Der Pearson'sche Korrelationskoeffizient wurde verwendet, um Zusammenhänge zwischen den metrisch skalierten Variablen zu erfassen. Unterschiede zwischen Subgruppen wurden mit einer Varianzanalyse berechnet. Der Chi² Test wurde zur Untersuchung von signifikanten Häufigkeitsunterschieden zwischen kategorialen Variablen verwendet.

Zur Sicherung der Qualität in der Datenerfassung wurden Kontrollen bei etwa 10% der erfassten Fälle durchgeführt. Im Rahmen dieser Überprüfung konnte festgestellt werden, dass es keine Mängel bei der Übertragung der Daten aus den Fragebögen in die entsprechende Auswertungstabelle gab. Bezüglich der Datenauswertung und Skalenberechnung wurden die entsprechenden Programmierangaben zur Berechnung in SPSS den Manualen der jeweiligen Fragebögen entnommen.

4. Resultate

Rekrutierung einer Vergleichsgruppe

Die Rekrutierung geeigneter Vergleichskliniken und damit einer vergleichbaren Patientengruppe gestaltete sich in Schleswig Holstein und in Mecklenburg-Vorpommern als unerwartet schwierig.

In **Aukrug** bestand grundsätzliches Interesse, allerdings wurde die Vergleichbarkeit der behandelten Patienten insbesondere im Hinblick auf Motivation und Behandlungsintensität kritisch diskutiert. Der Ansatz eines Vergleiches von Behandlungsergebnissen ohne Randomisierung wurde methodisch im Vergleich zu den Standards von z.B. Pharmastudien als unzureichend empfunden, sodass von einer Durchführung des Projektes abgesehen wurde.

Mit den Kollegen in der Psychosomatischen Fachklinik **Bad Bramstedt** konnten über viele Monate hinweg wiederholt engagierte Diskussionen geführt werden. Die Patienten in der dortigen Klinik sind vergleichbar, die Behandlungsprogramme ähneln sich in den Grundzügen, unterscheiden sich aber im methodischen Ansatz, so dass die Grundvoraussetzungen erfüllt wären. Es bestand auch grundlegendes Interesse an dem Thema jedoch war der Ansatz eines direkten Vergleiches der Behandlungsergebnisse beider Kliniken für die dortigen Kollegen wenig attraktiv. Auch war aus dortiger Sicht anhand anderer Studien die zeitlich begrenzte Wirksamkeit psychologischer Therapieansätze im Bereich der Verhaltenstherapie bereits hinreichend nachgewiesen. Die standardmäßig in Bad Bramstedt verwendeten Evaluationsinstrumente deckten sich zudem nicht mit den von uns verwendeten Fragebögen, so dass insgesamt der nötige Aufwand durch die zu erwartenden Ergebnisse aus Sicht der Kollegen nicht gerechtfertigt schien. Teilaspekte der Fragestellung wie z.B. die Rolle der psychische Komorbidität oder ggf. eine Erweiterung der Fragestellung (welche Patienten profitieren von welcher Behandlungsform?) stießen auf Interesse und wurden auch diskutiert. Letztendlich konnte sich die Klinik aus den oben genannten Gründen nicht zu einer Teilnahme entschließen.

Dankenswerter Weise wurden wir von **Prof. Kohlmann in Mecklenburg-Vorpommern** unterstützt, der anhand der verfügbaren Rehabilitationsdaten prüfen konnte, ob dort vergleichbare Kliniken zu finden sind. Tatsächlich war der Kreis der in Frage kommenden Einrichtung klein (5 Kliniken). Per Internetrecherche und mit telefonischen Anfragen haben wir selbst überprüft, ob die Kliniken im Hinblick auf die Studienparameter tatsächlich geeignet sind.

Die **Inselklinik Heringsdorf (Haus Kulm)** behandelt nur ausgewählte psychosomatische Indikationen (Tinnitus z.B.), zu denen Adipositas nicht gehört. In der **Dünenwald-Klinik Insel Usedom** werden Adipöse internistisch behandelt. Ein vergleichbar strukturiertes psychotherapeutisches Angebot im Sinne der Studie war dort ebenso wenig wie in der **Medianklinik Heiligendamm** vorhanden. In der **Rehabilitationsklinik Göhren** werden Adipöse Patienten gemeinsam mit den normalgewichtigen Patienten behandelt; schwerer adipöse Patienten werden zudem aus baulichen Gründen nicht aufgenommen, sodass auch dort eine Kooperation nicht möglich ist.

In der Rehabilitationsklinik in **Lübsdorf/Schwerin** bestand ebenfalls grundsätzliches Interesse und nach den ersten Telefonaten scheint auch ein vergleichbares Patientenkollektiv und ein strukturierter Behandlungsansatz mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung vorzuliegen. Offen blieb zunächst noch, wie viele Patienten innerhalb des dortigen Programmes pro Jahr behandelt werden. Wir haben der zuständigen Oberärztin und dem Klinikleiter unser „Klinikinfopaket“ (Forschungskonzept sowie Behandlungsansatz und Kriterien an eine Vergleichsgruppe) an geschickt. Im Rahmen einer Forschungssitzung kam das Leitungsteam jedoch zu der Einschätzung, dass unser Forschungsansatz nicht den dortigen Forschungsschwerpunkten entspricht

und der damit verbundene Aufwand nicht gerechtfertigt wäre. Darüber hinaus wurde die Vergleichbarkeit der Ansätze bezweifelt, sodass auch dort keine Bereitschaft zur Teilnahme zu erwirken war.

Da sich weitere vergleichbare Kliniken in Mecklenburg Vorpommern, nicht finden ließen, erwogen wir zunächst eine Ausweitung unserer Suche in den Hamburger bzw. auch niedersächsischen Raum. Der Vorschlag von Prof. Kohlmann, für die **Fallrekrutierung** in den teilnehmenden Kliniken eine **finanzielle Unterstützung** einzuplanen wäre darüber hinaus auch nach unserer eigenen Erfahrung möglicherweise entscheidend für die Machbarkeit eines solchen Projektes.

Da die Suche nach Kooperationspartnern und die damit verbundenen Verhandlungen mit den betreffenden Kliniken bereits deutlich länger als erwartet gebraucht hatten und die Suche nach Einrichtungen in anderen Bundesländern erneut zeitaufwändig und der Erfolg ungewiss wäre, entschlossen wir uns schließlich nach Absprache mit dem Sozialmedizinischen Institut des UKSH auf eine Kontrollgruppe zu verzichten. Die interne Datenerhebung führten wir weiter und planen nun einen Vergleich mit der verfügbaren Literatur.

Patientenbefragung

Die dargestellten Resultate der bisherigen Erhebung bei PatientInnen im Adipositas-Konzept der Curtius-Klinik beziehen sich auf insgesamt 96 (72%) Patienten, die sich bereit erklärt haben an der Studie teilzunehmen. Insgesamt behandelt wurden in diesem Zeitraum 134 Patienten. Die minimale Behandlungsdauer in unserem Adipositas-Konzept betrug für den Einschluss in die Berechnungstabelle 21 Behandlungstage. Von den 134 schieden 10 (6%) vorzeitig, das heißt, vor Ablauf von 21 Tagen aus der Gruppe aus.

Die im Sinne der Fragestellung bisher 96 relevanten Behandlungsfälle hielten sich im Durchschnitt 42 Tage in der Klinik auf und nahmen an den vorgesehenen 2 anderthalbstündigen psychotherapeutischen Gruppensitzungen pro Woche teil und erhielten 6 Einheiten Ernährungsberatungen in der Gruppe, eine Ernährungsberatung im Einzelsetting und zwei halbstündige Gespräche pro Behandlungswoche.

Motivation zur Gewichtsabnahme und soziodemografische Angaben

Die behandelten Patienten sind zu 80% weiblich zu 20% männlich. Das Durchschnittsalter beträgt 42,9 Jahre.

43,3% haben eine weiterführende Schule besucht, 27,8% verfügen über einen Hauptschulabschluss mit Lehre, 18,9% verfügen über eine Hochschulreife 10% über einen Hauptschulabschluss ohne Lehre.

80% der Patienten ist eine Gewichtsabnahme sehr wichtig, 12% wichtig, 1,5%, 4,5% die restlichen 20% machten zu dieser Frage keine Angabe.

Zur Lebenssituation befragt gaben 39,1%, an allein zu leben. 29,3% leben mit einem Partner zusammen, 23,9% leben mit Partner und Kindern zusammen 3,3% leben allein mit Kindern zusammen und 2,2% machten zu dieser Frage keine Angabe.

Psychopathologie

Zu Auswertungszwecken wurden die Störungsbilder aus demselben psychopathologischen Formenkreis zusammengefasst. Hierzu haben wir uns an der Einteilung des ICD 10 orientiert. Außerdem wurden zu Auswertungszwecken alle psychischen Störungen erfasst, auch wenn diese nicht als Hauptdiagnose im Entlassbericht gewertet wurden.

Orientiert an den Hauptdiagnosen leiden 50% der Patienten an einer Depression, 30% unter

einer Essstörung, 13% unter einer Angststörung und 2% unter einer Persönlichkeitsstörung. Insgesamt, also auch unter Berücksichtigung der Nebendiagnosen leiden 76% der untersuchten Patienten unter einer Depression. 72% der Patienten leiden unter einer Essstörung. 36% leiden unter einer Angststörung und etwa 9% unter einer Persönlichkeitsstörung.

Bisherige Diätversuche

26,1% der befragten haben bisher 4-8 Diäten ausprobiert, 22,8% mehr als 15 Diäten, 18,5% der befragten haben bisher 1-3 Diäten durchgeführt und 12% geben ohne genaue Häufigkeitsangabe an regelmäßig Diäten zu machen. 1,1 % gaben an so gut wie immer Diäten zu machen. 8,7% haben noch nie eine Diät durchgeführt. Zu der Art der Diäten befragt wurden jeweils einmal FDH und Weight Watcher genannt. Die übrigen Patienten machten keine genauen Angaben zu den bisherigen Diätversuchen.

Ausgangsgewicht und Gewichtsverlauf

Einschränkend ist hier zunächst zu berichten, dass die Studie noch nicht abgeschlossen ist und zu den einzelnen Messzeitpunkten so noch nicht alle Daten erhoben werden konnten. Bei der Darstellung der bisherigen Ergebnisse beziehen wir uns lediglich auf die Angaben, die bis zu jetzigen Zeitpunkt in der Datentabelle erfasst werden konnten. Zum Aufnahmezeitpunkt liegen von 96 Patienten Daten vor. Bei Entlassung liegen von 72 Patienten Daten vor. Zu t3 (nach einem halben Jahr) liegen von 37 Patienten Daten vor und zu t4 (nach einem Jahr) liegen von 14 Patienten Daten vor. Die beschriebene Stichprobengröße zu den jeweiligen Zeitpunkten liegt der Berechnung aller Zielgrößen zugrunde. Signifikanzangaben werden aufgrund der zu geringen Stichprobengröße zu t4 nur für die Zeitpunkte t1 bis t3 unternommen.

Das Aufnahmegewicht betrug durchschnittlich 129,85 kg (SD:31,17), das Entlassgewicht 126,82kg (SD:31,39). Nach einem halben Jahr wiegen die Patienten durchschnittlich 125,53 kg (SD: 29,68).

Bei einer durchschnittlichen Körpergröße von durchschnittlich 1,69 cm (SD: 10cm) entsprechen diese Gewichtsangaben einem BMI bei Aufnahme von durchschnittlich 44,93 Kg/m² (SD: 8,47 Kg/m²), bei Entlassung von durchschnittlich 43,95 Kg/m² (SD: 8,31 Kg/m²), zu t3 von durchschnittlich 44,03 Kg/m² (SD: 8,30 Kg/m²).

Im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt nehmen die Patienten im Verlauf des Aufenthaltes durchschnittlich -3,38 kg an Gewicht ab. Diese Gewichtsabnahme ergibt sich aus der Vorgabe etwa 500 gr. pro Woche abzunehmen und entspricht durchschnittlich etwa 2,5% Gewichtsverlust. Zu t3 ergibt sich hinsichtlich des Gewichts eine ähnliche Differenz, wie zu t2. So beträgt der Gewichtsunterschied zwischen t1 und t3 durchschnittlich -3,84 kg, was weiterhin einer Gewichtsreduktion um im Mittel 2,62% entspricht. Etwa 20% der Patienten schaffen es zu t3 das Körpergewicht um mindestens 5% des Ausgangsgewichtes zu reduzieren.

Essstörungspathologie

Der **EDE-Q Gesamtwert** liegt zum Aufnahmezeitpunkt bei durchschnittlich: 3,85 (SD: 1,17) und deutet auf eine deutlich ausgeprägte Essstörungspsychopathologie bei den untersuchten Patienten hin, wenn man sich an Vergleichswerten der von den Autoren angegebenen Werte für diverse Essstörungsgruppen und nicht Essgestörten (MW:1,44 SD: 1,22) orientiert. Hier kommt es im Verlauf des Aufenthaltes (Ede Gesamtwert t2 MW:2,87; SD:1,11) und auch noch ein halbes Jahr nach Entlassung (Ede Gesamtwert t3 MW: 3,26 SD: 1,41) zu einer signifikanten

positiven Veränderung. Zwischen t2 und t3 ergeben sich weiter keine signifikanten Veränderungen.

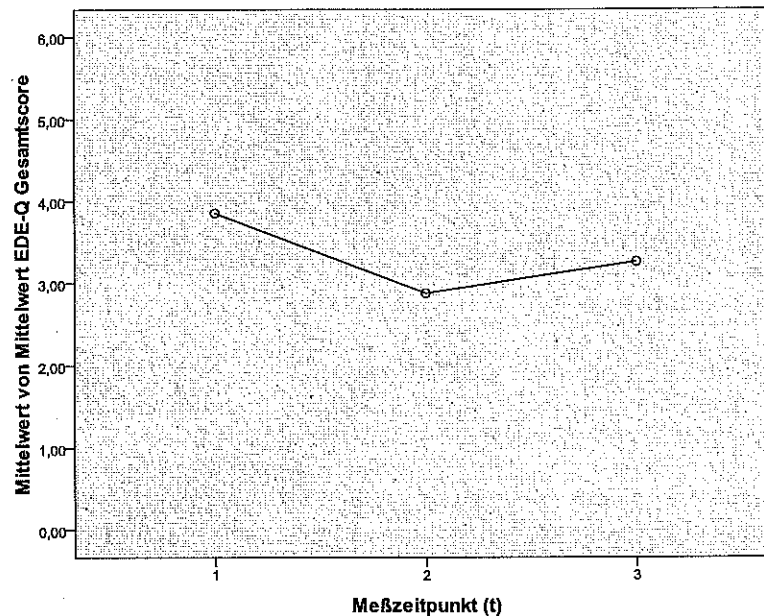


Abbildung 1: Veränderungen im EDE Gesamtscore

Auf der Skala für gezügeltes Essverhalten (**restraint scale**), die in engem Zusammenhang mit der FEV Skala zur Kognitiven Kontrolle (Fragebogen zum Essverhalten; Pudel & Westenhöfer) steht, ergeben sich zwischen den einzelnen Messzeitpunkten keine signifikanten Veränderungen.

Im Mittel kommt es jedoch zu einer leichten Reduktion des gezügelten Verhaltens zwischen t1 (MW:2,92 SD: 1,27) und t2 (MW:2,79 SD:1,19) Dann aber nimmt nach Entlassung das gezügelte Essverhalten wieder zu (t3 MW:2,91 SD:1,23).

Im Vergleich zu nicht essgestörten (MW: 1,27 SD:1,33) wird auch hier sichtbar, dass bei den Patienten im Adipositas-konzept die Zügelung des Essverhaltens deutlich ausgeprägter ist.

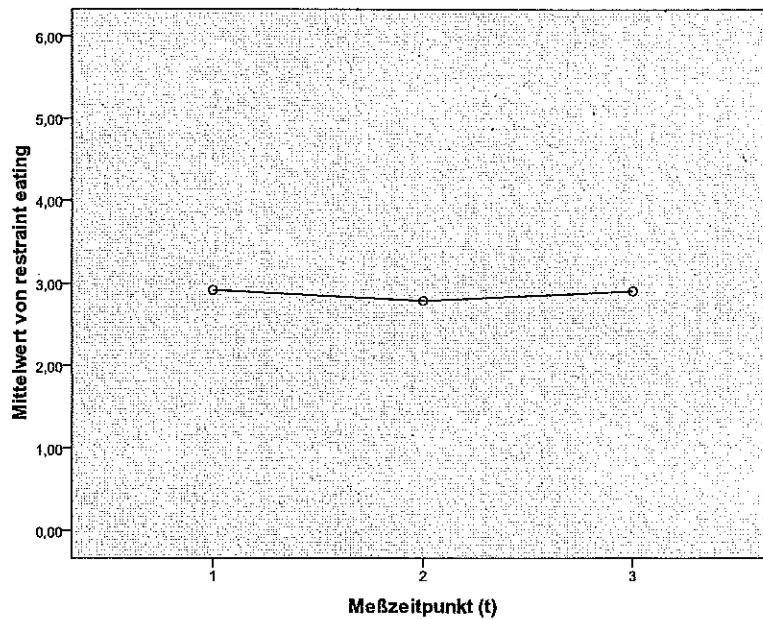


Abbildung 2: Veränderungen des gezügelten Essverhaltens

Essensbezogene Sorgen (**eating concern scale**) nehmen vom Aufnahmezeitpunkt (MW:3,24 SD:1,75) zum Entlassungszeit t2 (MW: 1,80; SD:1,23) signifikant ab. Auch zu t3 (MW:2,41; SD:1,80) besteht noch ein signifikanter Unterschied. Essensbezogene Sorgen sind zum Aufnahmezeitpunkt bei dem untersuchten Patientenkollektiv stark ausgeprägt und weichen somit deutlich von nicht Essgestörten (MW: 0,76; SD: 1,33) ab.

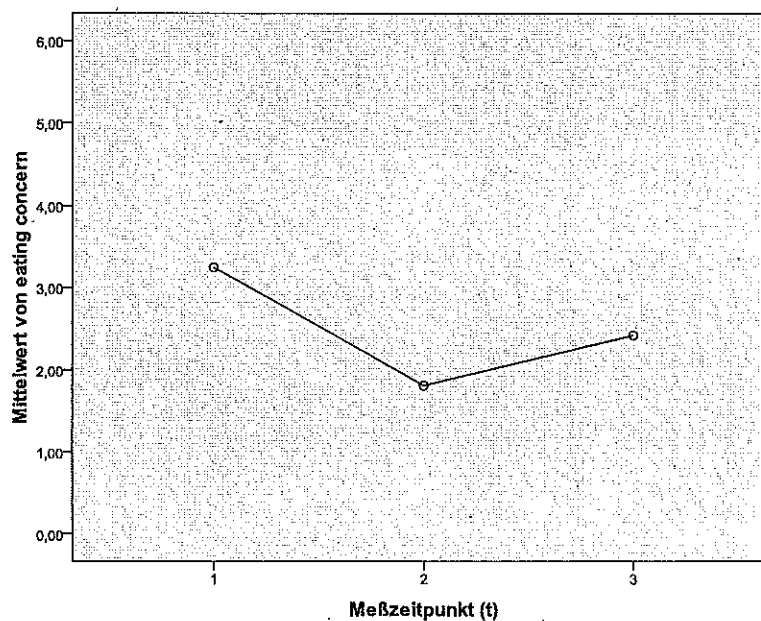


Abbildung 3: Veränderungen der essensbezogenen Sorgen

Auch bei den gewichtsbezogenen Sorgen (weight concern scale) ergibt sich eine signifikante Reduktion zwischen Aufnahmezeitpunkt (MW:4,41 SD:1,34), Entlassung (MW: 3,26: SD:1,57) und Messung nach einem halben Jahr (MW:3,75 SD:1,57). Hier besteht ebenfalls ein großer Unterschied zu einer nicht essgestörten Population (MW: 1,66 SD: 1,42) und auch bezogen auf essgestörte Subgruppen, wie sie von Hilbert und Tuschen-Caffier beschrieben werden, scheinen die hier untersuchten Patienten noch stärker belastet.

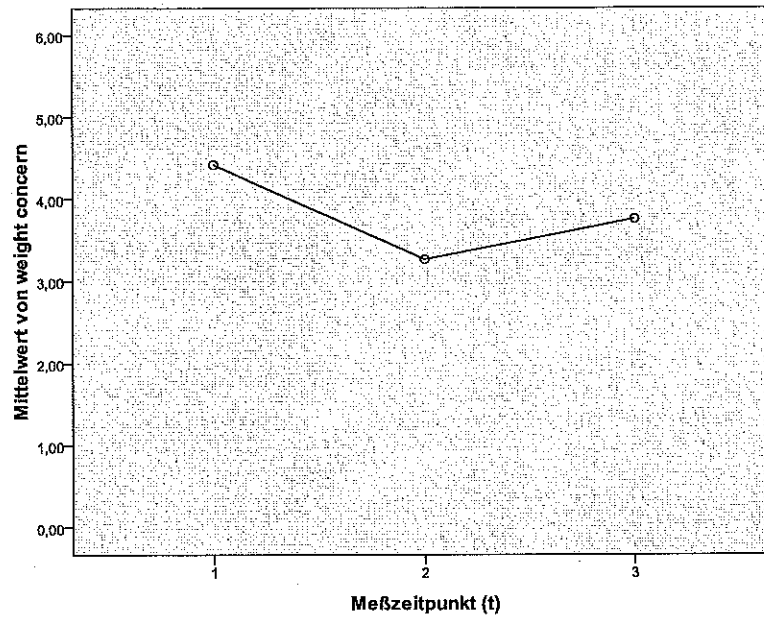


Abbildung 4: Veränderungen der gewichtsbezogenen Sorgen

Figurbezogene Sorgen (**shape concern scale**) sind bei der untersuchten Patientengruppe zum Aufnahmezeitpunkt stark ausgeprägt (MW: 4,91; SD:1,22), diese nehmen im Verlauf des Aufenthaltes signifikant (t2 MW: 3,68; SD:1,33) ab und auch im nach einem halben Jahr besteht noch ein signifikanter Unterschied zum Ausgangswert (t3 MW: 4,31; SD:1,73) . Verglichen mit anderen Essstörungsgruppen und nicht Essgestörten (MW: 2,08; SD: 1,61) erscheinen die Patienten zu allen Messzeitpunkten stark belastet.

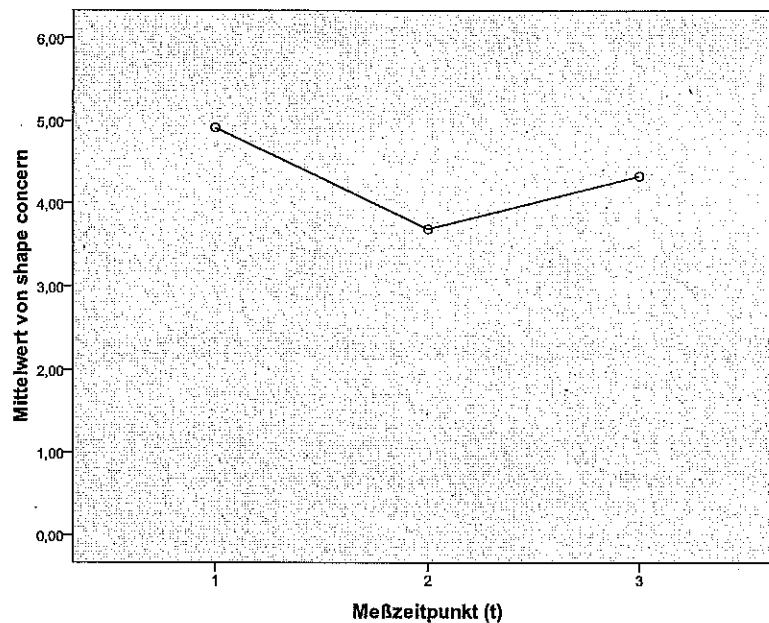


Abbildung 5: Veränderung der figurbezogenen Sorgen

Veränderungen des Körperkonzeptes

Hinsichtlich der Körperkonzeptskalen „Körperliche Effizienz“ und körperliche Akzeptanz deuten sich unterschiedliche Trends über die vier Messzeitpunkte an. Während die körperliche Effizienz mit einem Ausgangsmittelwert von MW:33,44 SD:8,71 von den Patienten als eher gering eingeschätzt wird, steigt die Einschätzung bei Entlassung (MW:34,85 SD:7,79) an, wobei dieser Effekt nicht signifikant ist. Auch nach einem halben Jahr nach Entlassung (MW:37,43 SD:12,00) steigt der Wert weiter, so dass sich nach einem halben Jahr ein signifikanter Unterschied zu dem Ausgangswert ergibt. Die Normwerte dieser Skala liegen zwischen 30 und 40. Werte unter 30 deuten auf ein eher negatives Konzept im Bereich der körperlichen Effizienz hin. Werte über 40 deuten auf ein eher positives Konzept im Bereich der körperlichen Effizienz hin. Die beschriebene Entwicklung in der untersuchten Patientengruppe weist somit auf einen stetig positiven Trend hin.

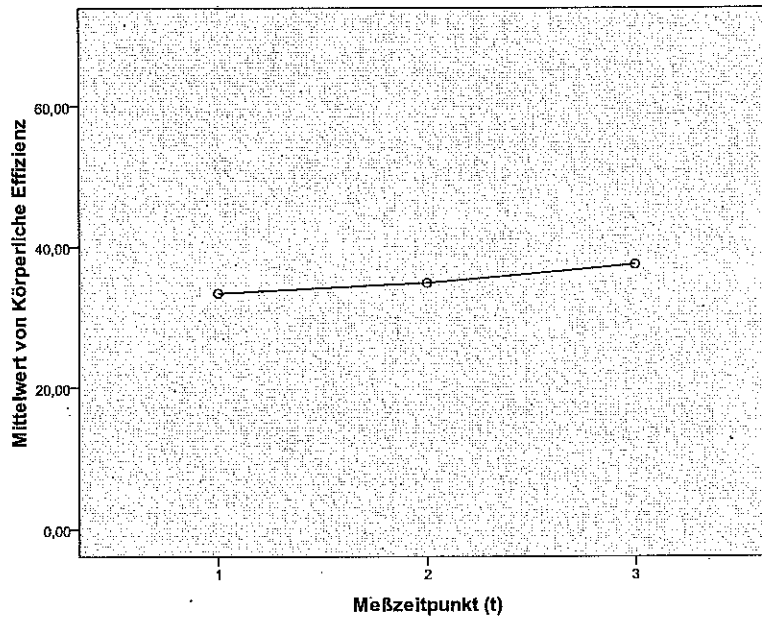


Abbildung 6: Veränderungen der körperlichen Effizienz (FKKS)

Auf der Skala „Körperliche Akzeptanz“ ergeben sich keine deutlichen Veränderungen. Nimmt der Wert bei Entlassung (MW: 20,83 SD: 4,4) im Vergleich zum Ausgangswert (MW:21,19 SD:7,44) leicht ab, so nimmt er nach einem halben Jahr (MW: 20,98 SD:4,56) wieder etwas zu. Diese Effekte sind nicht signifikant. Die Normwerte dieser Skala liegen zwischen 18 und 24. Werte unter 18 deuten auf eine eher negative, Werte über 24 auf eine eher positive Selbstakzeptanz des eigenen Körpers hin.

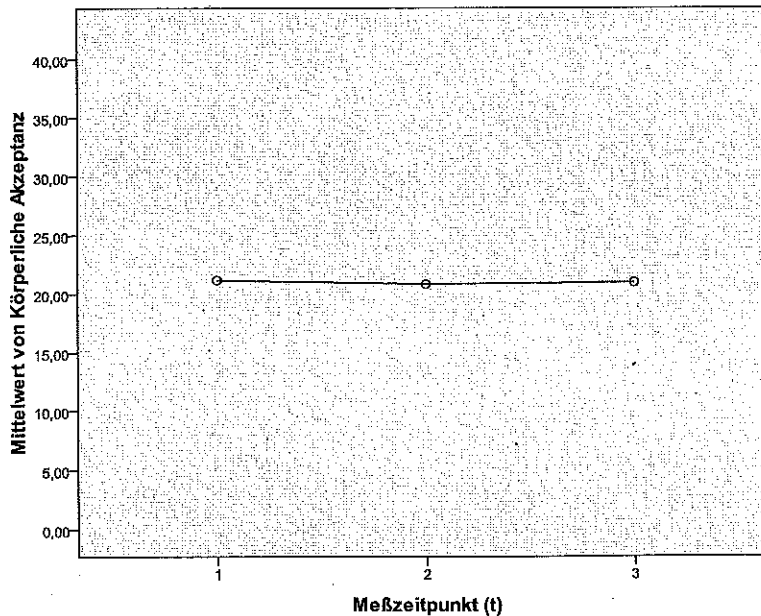


Abbildung 7: Veränderungen der körperlichen Akzeptanz (FKKS)

Veränderungen der Lebensqualität

Hinsichtlich der körperlichen und psychischen Lebensqualität bestätigt sich der Eindruck unserer Voruntersuchung aus dem Jahr 2007. Die Patienten sind deutlich eingeschränkt, auch im Vergleich zu Subgruppen mit anderen chronischen Erkrankungen.

Während sich die körperliche Lebensqualität während des Aufenthaltes bei einem Ausgangswert von MW:33,44 (SD: 8,71) im Vergleich zur Entlassung MW: 34,85 (SD:7,79) und auch nach einem halben Jahr MW:37,43 SD:12,00 eher etwas zum negativen verändert ergibt sich für die psychische Lebensqualität durch den Aufenthalt eine deutliche Besserung t1 MW:34,75 (SD:8,35) t2 MW: 40,38 (SD:6,36). Dieser Effekt bleibt aber nach einem halben Jahr nicht stabil und es kommt wieder zu einem moderaten Rückgang der psychischen Lebensqualität.

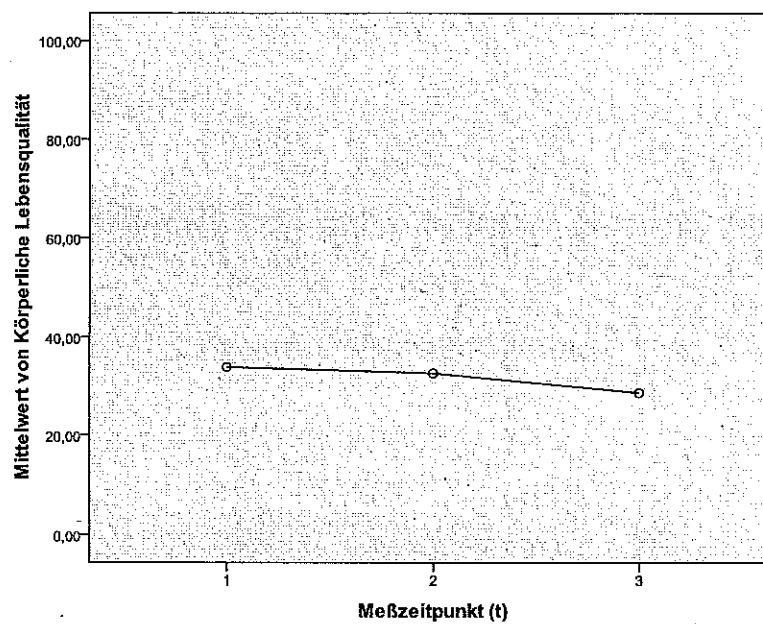


Abbildung 8: Veränderungen der körperlichen Lebensqualität (SF12)

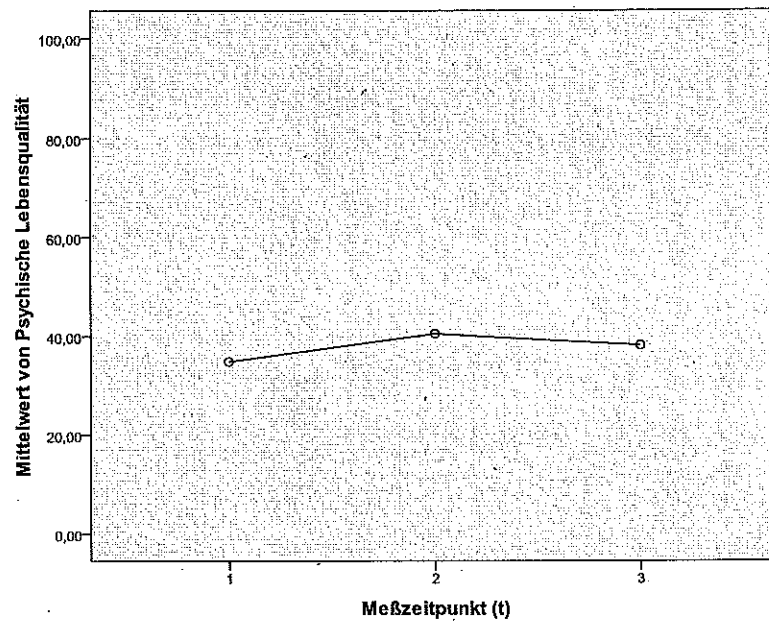


Abbildung 9: Veränderungen der psychischen Lebensqualität (SF12)

Diskussion

Bei der Betrachtung der Ergebnisse unserer bisherigen Bemühungen wird deutlich, dass das Finden einer geeigneten Vergleichsgruppe sich ungleich schwieriger dargestellt hat, als wir dies vermuteten. So müssen wir leider feststellen, dass wir uns zum Zwecke einer Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Behandlung in der Curtius-Klinik eher an Veröffentlichungen in der Literatur orientieren müssen und keine Bedingung im Sinne einer kontrollierten geschweige denn randomisiert kontrollierten Studie herstellen können, was die Aussagekraft einschränkt. Aus unserer Sicht steht dieses ernüchternde Ergebnis im Zusammenhang mit folgenden Umständen:

Zum einen ist sichtbar geworden, dass die in der Curtius-Klinik behandelte Patientengruppe Charakteristiken aufweist, die sehr spezifisch zu sein scheinen. Schwer Adipöse (BMI>35) Patienten, die sich in stationärer psychosomatischer Rehabilitation befinden, eine ausgeprägte psychische Komorbidität, ausreichende (psycho-)therapeutische Behandlungsmotivation aufweisen und ein speziell gestaltetes Behandlungsangebot durchlaufen sind offenbar nicht so leicht zu finden.

Hier wird wieder deutlich, wie heterogen die Gruppe der Adipösen ist, wie unterschiedlich die Zugänge zur Behandlung sein können und wie genau hier letztlich die Kriterien sein müssen, um eine ausreichende Vergleichbarkeit von Patienten und Behandlungsansätzen zu ermöglichen.

Ein weiterer erschwerender Umstand wird deutlich, wenn man sich die Haltung der angesprochenen Vergleichskliniken anschaut. Grundsätzliches Interesse an dem Thema und auch Interesse an Forschungsvorhaben scheint vorhanden. Die vorgeschlagene Kooperation hätte jedoch organisatorischen Mehraufwand bedeutet, der, so machte es den Eindruck, bei den zu erwartenden Ergebnissen nicht gerechtfertigt erschien. Diese wurden angesichts der schon verfügbaren Literatur auch eher pessimistisch eingeschätzt.

Hinsichtlich der Auswertung der bisher gesammelten Daten in der Curtius-Klinik lässt sich die, der Untersuchung zugrunde liegende Fragestellung - allerdings mit Einschränkungen - in diesem Rahmen vorläufig beantworten. Die Einschränkungen ergeben sich zum einen aus der noch nicht abgeschlossenen Datenerhebung und der somit noch zu geringen Fallzahl. Insbesondere die Beantwortung der Fragen nach den langfristigen Ergebnissen der Behandlung unterliegt diesen Einschränkungen. So haben wir eine Auswertung zwar schon für den follow-up Zeitraum von einem halben Jahr für sinnvoll gehalten, da hier bereits eine statistisch relevante Fallzahl (>30) vorliegt. Für den Verlauf der Zielparameter bis hin zu einem Jahr lassen sich aber noch keine Aussagen treffen.

Zunächst lässt sich feststellen, dass ein Großteil der Patienten sich dankenswerter Weise zu Verfügung gestellt hat an der Untersuchung teilzunehmen, was vor dem Hintergrund vieler verschiedener Anforderungen im stationären Alltag nicht selbstverständlich ist. Auch zeigt sich, dass nur wenige Patienten aus den Gruppen aussteigen, die meisten also bis zum Ende an der Behandlung teilnehmen. Die Gründe für den Drop-out liegen in erster Linie in Überforderungssituationen durch den stationären Alltag und ist so nicht eindeutig auf die Anforderung im Adipositas-konzept zurückzuführen.

Die erhobene Geschlechterverteilung in den Gruppen ist charakteristisch für die Population, der um Unterstützung suchenden Adipösen und entspricht in etwa auch der Geschlechterverteilung in einer psychosomatischen Klinik.

Hinsichtlich der Gewichtsentwicklung während des stationären Aufenthaltes wird deutlich, dass es den Patienten durchaus gelingt, das Gewicht im Mittel um die vorgeschriebenen 500 gr. pro Woche zu reduzieren, wie es durch das Konzept der Klinik vorgesehen ist. Hier scheint es zu

gelingen, die Patienten davon zu überzeugen, dass kurzfristige Versuche deutlicher Gewichtsabnahme auf Dauer nicht den erwarteten Erfolg bringen. Es wird durch die Befragung auch deutlich, dass die Patienten schon über eine Vielzahl von Diäterfahrungen verfügen und meist wahrscheinlich selbst schon zu der Überzeugung gelangt sind, dass der Versuch kurzfristig durch eine Diät an Gewicht abzunehmen eher dazu führt, dass vermehrt Gewicht zugenommen wird. Dies entspricht auch der Beobachtung, dass den Patienten der Jojo Effekt durchaus bekannt erscheint.

Im Hinblick auf den weiteren Gewichtsverlauf lässt sich zeigen, dass die Patienten in den folgenden sechs Monaten im Mittel etwa noch um das gleiche Gewicht abnehmen, dass sie zuvor während des stationären Aufenthaltes verloren haben. Das die Gewichtsabnahme aber langsamer erfolgt. Von allen Patienten, die aber bisher zu t3 geantwortet haben liegen 75 Prozent nach einem halben Jahr noch unter dem Ausgangsgewicht. Inwieweit sich die Effekte dann über ein Jahr halten und replizieren lassen, wenn die Untersuchung abgeschlossen ist bleibt abzuwarten. Insgesamt kann man von einer nachhaltigen Gewichtsentwicklung in Übereinstimmung mit anderen Studien zur Gewichtsreduktion erst nach etwa vier Jahren sprechen, so dass sich hier nur von einem mittelfristigen aber insgesamt positiven Effekt sprechen lässt.

Die bisherigen Ergebnisse zum Verlauf der Essstörungsproblematik machen zunächst einmal deutlich, wie sehr die Patienten durch eine klinische Essstörung oder subklinische Problematik in diesem Bereich belastet sind. Im Mittel wird zu allen Erhebungszeitpunkten ein deutlicher Unterschied zwischen der untersuchten Population und nicht Essgestörten offenbar. Die Patienten sind zu Anfang sehr belastet und bleiben dies auch, jedoch ergeben sich in einigen Bereichen durchaus Hinweise auf eine positive Entwicklung.

Während das konkrete Essverhalten im Sinne einer übermäßig ausgeprägten Zügelung bzw. Kontrolle „restraint eating“ nur in der Tendenz im Verlaufe des stationären Aufenthaltes abnimmt, scheint dieser Effekt nach dem Aufenthalt nicht stabil zu bleiben sondern steigt wieder auf das Ausgangsniveau an. Die negativ getönten Einstellungen zum Essen, zur eigenen Figur sowie zum Gewicht im Sinne von Sorgen nehmen während des Aufenthaltes deutlich ab. Dies kann evtl. auf eine Reduktion des Hilflosigkeitserlebens dadurch zurückgeführt werden, dass die Patienten während der Behandlung das Gefühl bekommen nun die Gewichtsentwicklung zu einem Teil wieder selbst in der Hand zu haben und diesem nicht mehr allzu hilflos ausgeliefert zu sein. Die Behandlung scheint dazu zu führen, dass sich die Patienten weniger Sorgen machen, ob sie auch das richtige in der richtigen Menge essen, da sie in der Klinik eine klare Orientierung darüber erhalten. Über die Gewichtsabnahme wächst so wahrscheinlich der Optimismus auch weiter an Gewicht abnehmen zu können und eine positive Veränderung der eigenen Figur erreichen zu können. Auch wird das Erleben, Teil einer Gruppe zu sein, die unter demselben Problem leiden, den Symptomdruck hinsichtlich Gewicht, Figur und Essen reduzieren. Des Weiteren werden ein grundlegendes Konzept der Krankheit und so auch ein Verständnis vermittelt, was das Kontrollerleben ebenfalls stärken kann.

Hinsichtlich der Veränderungen des Körpererlebens sind die Veränderungen weniger eindeutig. Während es im Verlauf zu einer leichten Zunahme des körperlichen Effizienzerlebens kommt nimmt die Akzeptanz der körperlichen Verfassung im Verlauf des Aufenthaltes ab, um nach einem halben Jahr wieder zuzunehmen. Eine Zunahme der körperlichen Effizienz kann im Zusammenhang stehen mit einer Zunahme der körperlichen Aktivität, wie sie im Rahmen des Gruppenkonzeptes vorgesehen ist. Gemeinsame Aktivität im Bewegungsbad, dem Ergometertraining und dem Nordic Walking führen zu einer Zunahme des körperlichen Effizienzerlebens und bei vielen Patienten wahrscheinlich auch zu der Absicht, die Aktivität nach dem Aufenthalt beibehalten zu wollen, obwohl hier aufgrund der Fragebogengestaltung keine genauen Aussagen vorliegen, in welcher Form die Patienten weiterhin aktiv bleiben.

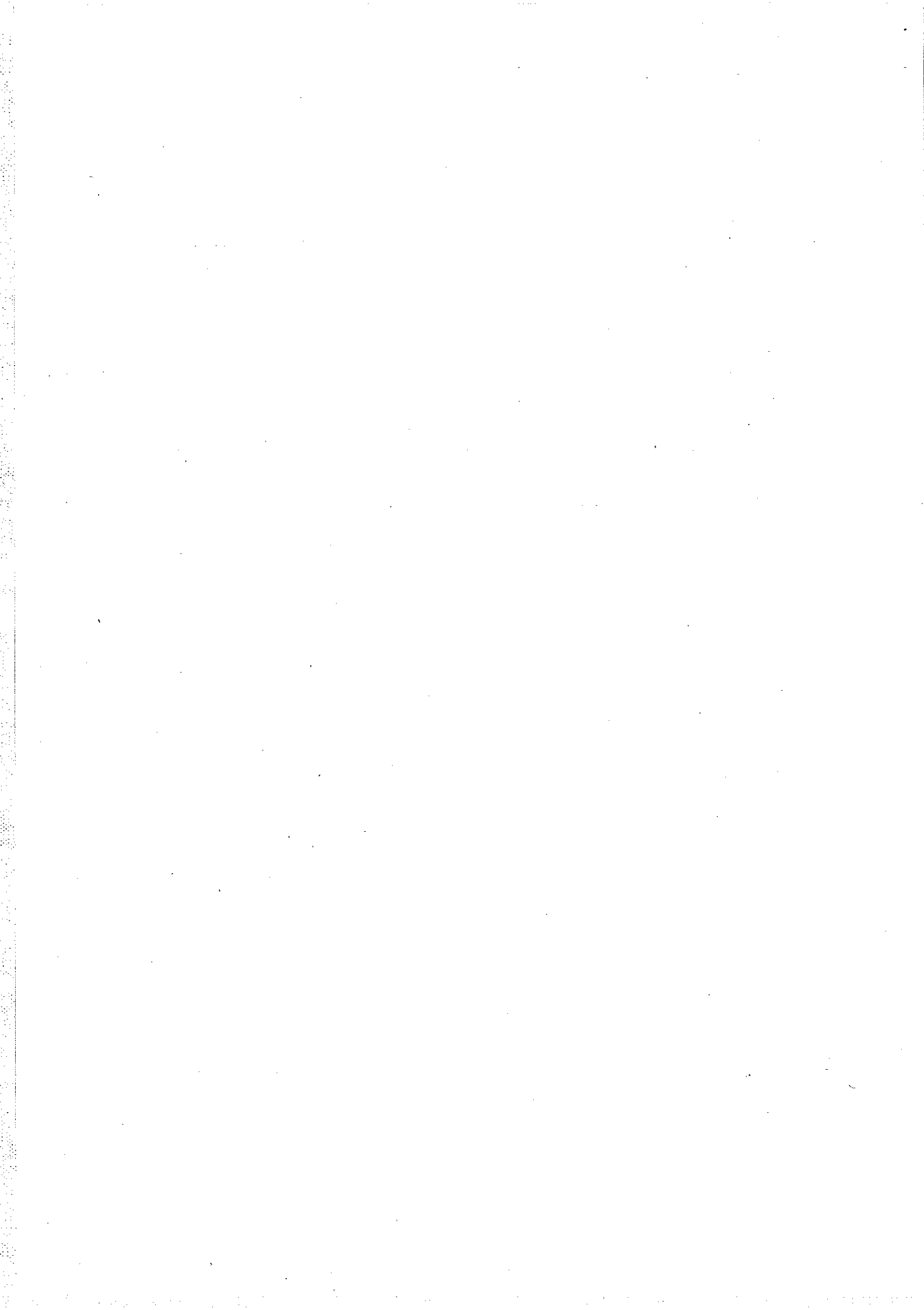
Die abnehmende Akzeptanz steht eventuell im Zusammenhang mit der Absicht, sich mit der bestehenden Figur und dem Körper so nicht mehr zufrieden geben zu wollen. Diese Annahme wird untermauert durch die Angabe der Patienten zu Beginn der Behandlung zum überwiegenden Teil sehr motiviert zu sein, das Gewicht zu reduzieren. Eine geringere Akzeptanz des Status quo bezogen auf den eigenen Körper und zudem die Abnahme der Sorgen bezüglich Figur, Essen und Gewicht bilden aus unserer Sicht eine viel versprechende Grundlage für eine Aufrechterhaltung der Motivation und Kompetenz zur dauerhaften Verhaltensänderung zum Zwecke einer nachhaltigen Gewichtsreduktion.

Die Ergebnisse hinsichtlich der Lebensqualität scheinen teilweise im Widerspruch zu den Ergebnissen bezüglich der Veränderung des Körperkonzeptes zu stehen. Zunächst wird deutlich - und dies entspricht unseren bisherigen Beobachtungen und Erhebungen - dass die Patienten unter deutliche Einschränkungen der Lebensqualität zu leiden haben.

Die körperliche Lebensqualität nimmt über die Erhebungszeiträume ab, dies verwundert, da das Erleben der Effizienz zunimmt. Ob auch hier ein zunehmendes Problembewusstsein und eine realistischere Wahrnehmung der tatsächlichen Einschränkungen vorliegt, kann nur vermutet werden.

Die psychische Lebensqualität hingegen nimmt während des Aufenthaltes deutlich zu, danach wieder etwas ab. Dies steht wahrscheinlich im Zusammenhang mit einer Reduktion der Symptomlast sowohl bezogen auf die Essstörungsproblematik aber auch bezogen auf die komorbiden psychischen Störungen.

Insgesamt lässt sich als Trend feststellen, dass bei allen untersuchten Zielvariablen während des stationären Aufenthaltes eine Besserung eintritt -ausgenommen die körperliche Lebensqualität-, dass diese Effekte jedoch nicht allzu stabil sind, sondern es nach dem Aufenthalt wieder zu einer Reduktion der erzielten Effekte kommt. Diese Veränderung nach dem stationären Aufenthalt ist letztlich zu erwarten und steht in Übereinstimmung mit vergleichbaren Studien. So weisen diese Ergebnisse insgesamt auch auf die Notwendigkeit einer guten Nachbetreuung hin. Hier sind die vorliegenden Daten noch nicht endgültig ausgewertet, allerdings deutet sich bereits an, dass die ambulante Anbindung nach dem Aufenthalt einen wichtigen Einfluss auf die Entwicklung der Symptomatik hat.



C. Schlussteil

1. Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund eines tiefenpsychologischen Gruppentherapiekonzeptes für schwer Adipöse (BMI>35) mit psychischer Komorbidität im stationären Setting sollte mit dieser Arbeit eine Grundlage geschaffen werden dieses Gruppenkonzept hinsichtlich der Zielparameter Gewicht, Essstörungspathologie, Körperkonzept sowie Lebensqualität zu vergleichen mit weiteren stationären meist verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogrammen. Zu diesem Zweck wurden zum einen mögliche Vergleichskliniken mit Hilfe eines strukturierten Leitfadens angesprochen und zum anderen wurden in der Curtius-Klinik bereits Daten bei den betroffenen Patienten erhoben.

Die Suche nach einer geeigneten Vergleichsklinik blieb trotz Kontaktaufnahme zu diversen Kliniken erfolglos, was zum einen in der Heterogenität der Patientenklientel und zum anderen an der Bereitschaft der Kliniken liegt, sich diesem Thema und dem damit verbundenen Aufwand zu stellen.

Die Datenerhebung innerhalb der Curtius-Klinik ist noch nicht abgeschlossen und umfasst letztlich einen Erhebungszeitraum von 12 Monaten. Die bisher vorliegenden Daten über einen Zeitraum von einem halben Jahr deuten auf eine positive Veränderung des Gewichtsverlaufes, der Essstörungspathologie, der Einschätzung zur körperlichen Effizienz und zur psychischen Lebensqualität hin. Aus dem bisherigen Verlauf der vorliegenden Zielparameter lässt sich in Übereinstimmung mit bisherigen Studien die Notwendigkeit einer ambulanten Weiterbehandlung ableiten.

2. Schlussfolgerungen und praktische Relevanz der Ergebnisse

Eine wesentliche Erkenntnis der Bemühungen um eine adäquate Kontrollgruppe liegt darin, dass die Gruppe adipöser Patienten eine sehr heterogene Klientel darstellt für die es sehr unterschiedlichste Behandlungsangebote gibt. Stationäre Angebote für schwer adipöse mit psychischer Komorbidität lagen jedoch sowohl in Schleswig Holstein als auch in Mecklenburg Vorpommern nur in zwei Kliniken vor.

Um den, mit der Forschungsbemühung verbundenen organisatorischen Aufwand zu rechtfertigen fehlt es der hier vorliegenden Forschungsabsicht offensichtlich an Attraktivität, die zu erwartenden Ergebnisse (bezogen auf die vorliegende Fragestellung) eher pessimistisch eingeschätzt wurden oder andere Forschungsschwerpunkte bestehen. Hieraus ergibt sich für die zukünftige Planung ähnlicher Studien, dass mögliche Kliniken frühzeitig mit in die Forschungsplanung miteinbezogen werden und die organisatorischen Bemühungen entsprechend honoriert werden müssen, was dann in der Budgetplanung Berücksichtigung finden müsste.

Die Ergebnisse des Evaluationsprozesses in der Curtius-Klinik legen nahe, dass positive Effekte sowohl bezüglich des Gewichts, der Essstörungspathologie und auch der Lebensqualität erzielt werden können. Dieses vorläufige Ergebnis verweist darauf, das tiefenpsychologische Elemente, insbesondere bei einer psychisch überaus stark belasteten Klientel durchaus erfolgreich eingesetzt werden können. Um die Effekte zu stabilisieren bedarf es jedoch, wie in entsprechen Leitlinien empfohlen eines strukturierten nachstationären Angebotes. Hier haben wir bereits vor längerer Zeit damit begonnen ein solches zu planen und beabsichtigen dieses im Laufe des Jahres auch, zunächst in Form von regelmäßigen Nachsorgetreffen, umzusetzen.

3. Weitere Analysen nach Studienende

Es ist geplant, die Datenerhebung in der Klinik weiterzuführen, um so auch differenzielle Effekte etwa nach Geschlechtern, Diagnosegruppen, (Gewicht-)Abnehmern und Zunehmern über einen längeren Zeitraum erfassen zu können. Die Ergebnisse sollen dann mit Daten aus der verfügbaren Forschungsliteratur verglichen werden. Eventuell ergeben sich hierdurch auch immer

genauere differenzielle Indikationskriterien für eine stationäre Gruppenbehandlung mit tiefenpsychologischem Schwerpunkt.

4. Transfer

Es wird bei der Betrachtung der psychophysischen Belastungen der hier untersuchten Klientel sehr deutlich, wie notwendig Behandlungsangebote sind, die in psychosomatischen Sinne sowohl die körperliche Verfassung als auch die psychische Problematik der Patienten fokussieren. Da es sich um eine heterogene Patientengruppe handelt, erscheint es auch sinnvoll entsprechend differenzierte Konzepte anzubieten. Letztlich kann das hier untersuchte Angebot als Ergänzung der bestehenden verstanden werden, dass sich insbesondere an jene adipösen Patienten richtet, die deutlich unter einer psychischen Komorbidität leiden. Für die klinische Praxis nutzbar ist die Erkenntnis, dass selbst bei schwer adipösen Patienten mit psychischer Komorbidität tiefenpsychologisch fundierte integrativ arbeitende stationäre Behandlungskonzepte in Hinblick auf die untersuchten Zielparameter erfolgreich angewendet werden können. Die bisherigen Ergebnisse können noch nicht auf längere Katamnesezeiträume bezogen werden. Es deutet sich allerdings an, dass die positiven Entwicklungen während der stationären Behandlung noch einige Monate anhalten und dann aber abflachen, und gerade dann, wenn keine spezifische Nachbetreuung zur Verfügung steht.

5.Literatur

Ardelt-Gattinger, E., Lechner, H. H. & Weger, P. (2000). BMI 40- The point of no Return? Psychologische Unterscheidungsmerkmale zwischen den Gewichtsklassen (S.195-218). In: Hell E & Miller K. Adipositas. Landesberg: Ecomed Verlag.

Aubele, U. (2005) Bericht: Ergebnisse aus der Mikrozensus-Befragung; Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Bouchard, C. , Genetic Influences on Body Weight and Shape. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Hrsg.), Eating Disorders and Obesity. A comprehensive Handbook (S.21-26). New York: Guilford Press

Bundesministerium für Gesundheit 1998. Gesundheitsbericht für Deutschland 1997 des statistischen Bundesamtes. Robert Koch Institut

Cuntz U, Leibbrand R et al, Predictors of post-treatment weight reduction after in-patient behavioural therapy, Int J Obes Relat Metab Disord. 2001 May;25 Suppl 1:S99-S101

Ellrott, T. , & Pudel, V., (1998). Adipositas therapie. Aktuelle Perspektiven. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Ewes, A., Stich, A., Habermüller, M-S., Revenstorf, D. (2005) Gewichtsreduktion unter Hypnose und Verhaltenstherapie Deutsche Gesellschaft für Hypnose e.V.

Faustin, V., Ellrott, T., Pudel, V. (2003) Veränderungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch ein einjähriges interdisziplinäres Adipositas- Therapieprogramm. Aktuelle Ernährung 2003; 28

Franke, G., H.; (2002) Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis ; deutsche Version. Ausgabe 2., vollst. überarb. und neu normierte Aufl. Göttingen : Beltz-Test

Golay A, Buclin S et al, New interdisciplinary cognitive-behavioural-nutritional appr... obesity treatment: a 5-year follow-up study, Eat Weight Disord. 2004 Mar;9(1):29-34#

Hauner, H. et al. Evidenzbasierte Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas Version 2006. Hrsg: Deutsche Adipositas Gesellschaft, Deutsche Diabetes Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin.

Häfelinger, M., Lampert T.; Ziese T.; Soziale Schicht und Übergewicht – Ergebnisse des Mikrozensus (2005); Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie. 50. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (gmds), 12. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie.

Herpertz S, Saller B, Psychosomatische Aspekte der Adipositas, Psychother Psychosom med Psychol 2001; 51:336-349

Hilbert A., Tuschen-Caffier B., Eating Disorder Questionnaire; Deutsche Übersetzung; 2006

Kaukua J, Pekkarinen T et al, Health-related quality of life in obese outpatients losing weight very-low-energy diet and behaviour modification—a 2-y follow-up study, Int J Obes Relat Metab

Disord. 2003 Oct;27(10):1233-41

Lantz H, Peltonen M et al, A dietary and behavioural programme for the treatment of o..... A 4-year clinical trial and a long-term posttreatment follow-up, Intern Med. 2003 Sep;254(3):272-9

Laws R; Counterweight Project Team, A new evidence-based model for weight management in primary care: the Counterweight Programme. J Hum Nutr. Diet. 2004 Jun;17:191-208

Mast, M.; Asbesck, I., Langnäse, K.; Grund, A., Müller, M. (2000). Prävention. Die Kieler Adipositaspräventionsstudie (KOPS)- Ein Erfahrungsbericht. In: Kindheit und Entwicklung 9. S. 108-115.

Melchionda N, Besteghi L et al, Cognitive behavioural therapy for obesity: one-year follow-up clinical setting, Eat Weight Disord. 2003 Sep;8(3):188-93

Munsch S; Biedert E, Keller U, Evaluation of a lifestyle change programme for the treatment obesity in general practice, Swiss Med Wkly. 2003 Mar 8;133(9-10):148-54

Paul R. Thomas, Editor (1995); Comitee to Develop Criteria for Evaluating the Outcomes of Approaches to Prevent and Treat Obesity; Institute of Medicine

Petermann F., Pudel V. (2003) Übergewicht und Adipositas. Hogrefe-Verlag

Pudel V., (2003) Multimodale Therapie der Adipositas. In: Übergewicht und Adipositas. Hrsg: Petermann F., Pudel V., Hogrefe-Verlag

Warschburger P., Fromme C et al, Conceptualisation and evaluation of a cognitive-behavioural programme for children and adolescents with obesity, In J Obes Relat Metab Disord. 2001 May;25 Suppl 1:S93-5.

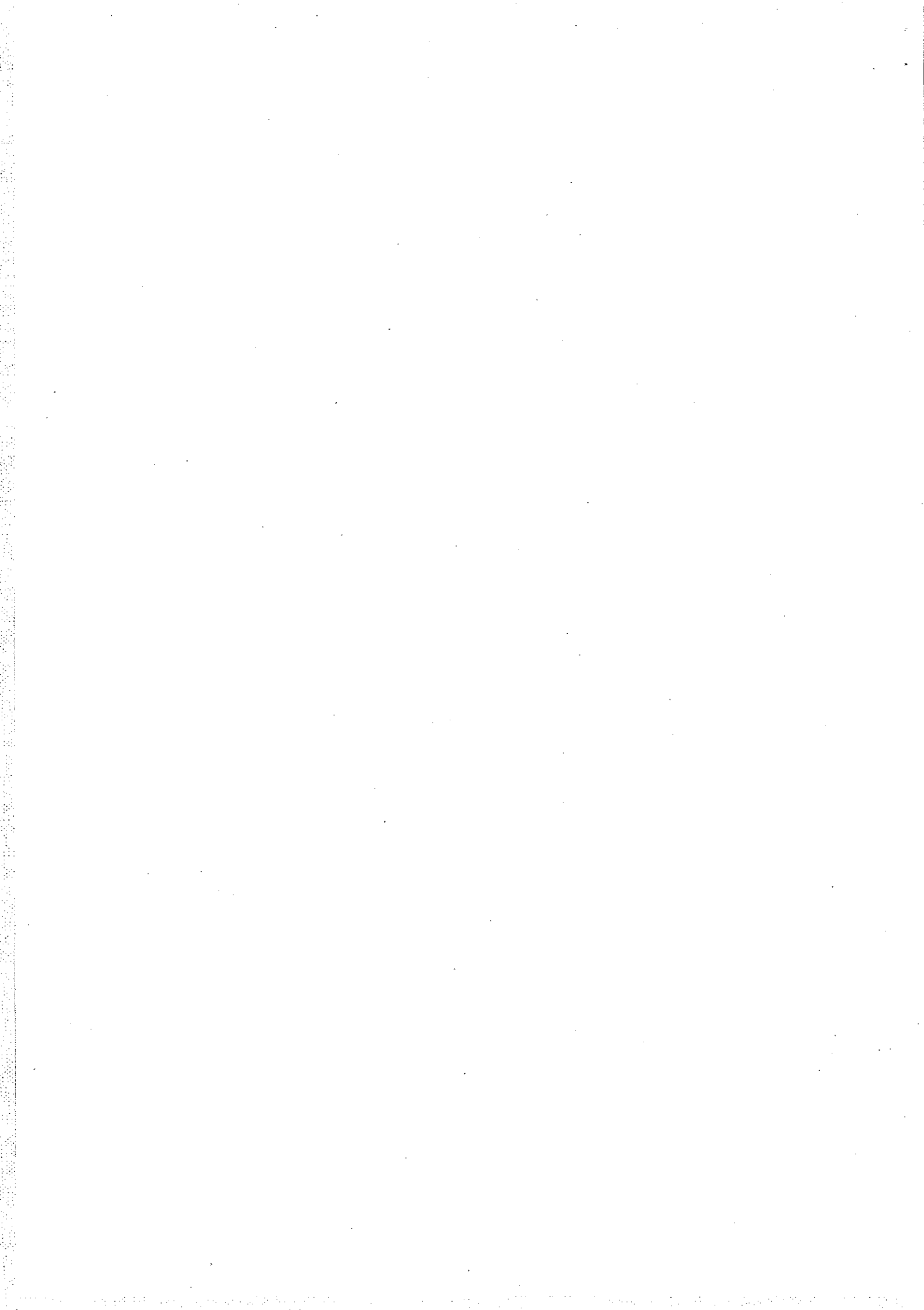
Wechsler, J. G. et. al. (2005) Quality of life in obese Patients after Weight Reduction in an interdisciplinary Program. A 26- Months-Follow-Up. 14th European Congress of Obesity (ECO).

Wechsler, J. G. et. al. (2003) Langzeitergebnisse eines interdisziplinären Adipositas- Therapieprogramms. Aktuelle Ernährung 2003; 28

Westenhoefer J., von Falck et al, Behavioral correlates of successful weight reduction over 3 years. Results from the lean rabbits Study, Int j Obes Relat Metab Disord. 2004 Feb;28(2):334-

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Veränderungen im EDE Gesamtscore	15
Abbildung 2: Veränderungen des gezügelten Essverhaltens	16
Abbildung 3: Veränderungen der essensbezogenen Sorgen	17
Abbildung 4: Veränderungen der gewichtsbezogenen Sorgen	18
Abbildung 5: Veränderung der figurbezogenen Sorgen	19
Abbildung 6: Veränderungen der körperlichen Effizienz (FKKS)	20
Abbildung 7: Veränderungen der körperlichen Akzeptanz (FKKS)	21
Abbildung 8: Veränderungen der körperlichen Lebensqualität (SF12)	22
Abbildung 9: Veränderungen der psychischen Lebensqualität (SF12)	22



Anlage 1: Patientefragebogen

Fragebogen für Patienten mit Adipositas

Aufnahmedatum: _____

Lesen Sie bitte die Aussagen genau durch und beantworten Sie bitte jede Frage sorgfältig und möglichst schnell. Lassen Sie keine Frage aus!

1. Ihr aktuelles Gewicht: _____ kg.
2. Ihre Körpergröße: _____ cm.
3. Nehmen Sie derzeit Medikamente, die Einfluss auf ihr Gewicht haben? Wenn ja, welche?
- _____

4. Geschlecht: weiblich männlich

5. Wie alt sind Sie? Jahre

6. Seit wann haben Sie Übergewicht?

7. seit der Kindheit
8. seit dem Erwachsenenalter
9. seit einem bestimmten Lebensereignis:

Welches? _____ Vor wie vielen Jahren?

7. Welcher ist Ihr Schulabschluss?

- C. Hauptschule ohne Lehre
- D. Hauptschule mit Lehre
- E. Weiterführende Schule
- F. Abitur / Hochschule

8. Wie ist Ihre Lebenssituation?

- D. Ich lebe allein
- E. Ich lebe mit Kind/Kindern
- F. Ich lebe mit Partner
- G. Ich lebe mit Partner und Kind/Kindern
- H. Ich lebe bei den Eltern
- I. Keine der angeführten

9. Wie häufig haben Sie bereits Schlankheitsdiäten gemacht (nur eine Antwort)?

1. 1- bis 3-mal
2. 4- bis 8-mal
3. 9- bis 15-mal
4. Mehr als 15 mal
5. In regelmäßigen Abständen
6. Ich halte so gut wie immer Diät
7. Noch nie

10. Wie wichtig ist Ihnen die Gewichtsabnahme?

4. sehr wichtig
5. wichtig
6. teils/teils
7. eher unwichtig
8. gänzlich unwichtig

11. Haben Sie im letzten Jahr versucht, Ihr Gewicht zu reduzieren?
(mehrere Antwortmöglichkeiten)

Nein

Ja, durch

- Diäten: welche und wie oft? _____
- Sport
- stationäre Behandlung
- ambulante Psychotherapie
- Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe
- Medikamente: Welche? _____
- Sonstiges: _____

Fragebogen zum Essverhalten (EDE-Q © Hilbert, Tuschen-Caffier 2006)

Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (28 Tage). Bitte lesen Sie alle Fragen sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen.
Vielen Dank!

Fragen 1 - 12: Bitte umkreisen Sie die zutreffende Zahl. Denken Sie daran, dass sich die Fragen nur auf die letzten 4 Wochen (28 Tage) beziehen.

An wie vielen der letzten 28 Tage... kein 1-5 6-12 13-15 16-22 23-27 jeden
 Tag Tage Tage Tage Tage Tage Tag

1. haben Sie bewusst versucht, die Nahrungs-
menge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre
Figur oder ihr Gewicht zu beeinflussen (un-
abhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich
gelingen ist)? 1 2 3 4 5 6 7

2. haben Sie über längere Zeitspannen (8 Std.
oder mehr) überhaupt nichts gegessen, um
Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen? 1 2 3 4 5 6 7

3. haben Sie versucht, Nahrungsmittel, die Sie mögen
von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur
oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon,
ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)? 1 2 3 4 5 6 7

4. haben Sie versucht, festgelegte Regeln hinsichtlich
Ihres Essens (z.B. eine Kaloriengrenze) zu befolgen,
um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen
(unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich
gelingen ist)? 1 2 3 4 5 6 7

5. hatten Sie einen deutlichen Wunsch, einen
leeren Magen zu haben mit dem Ziel, Ihre Figur
oder Ihr Gewicht zu beeinflussen? 1 2 3 4 5 6 7

6. hatten Sie den deutlichen Wunsch, einen völlig
flachen Bauch zu haben? 1 2 3 4 5 6 7

7. hat das Nachdenken über Nahrung, Essen oder
Kalorien es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf
Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z.B.
arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)? 1 2 3 4 5 6 7

8. hat das Nachdenken über Figur oder Gewicht es
Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu
konzentrieren, die Sie interessieren (z.B. arbeiten,
einem Gespräch folgen oder lesen)? 1 2 3 4 5 6 7

9. hatten Sie eine deutliche Angst, die
Kontrolle über das Essen zu verlieren? 1 2 3 4 5 6 7

10. hatten Sie eine deutliche Angst, dass
Sie an Gewicht zunehmen könnten? 1 2 3 4 5 6 7

11. haben Sie sich dick gefühlt? 1 2 3 4 5 6 7

12. hatten Sie einen starken Wunsch
abzunehmen? _____ 1 2 3 4 5 6 7

Fragen 13 - 18: Bitte tragen Sie die passende Zahl rechts daneben ein. Denken Sie daran, dass sich die Fragen nur auf die letzten 4 Wochen (28 Tage) beziehen.

13. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage eine Nahrungsmenge gegessen, die andere Menschen als ungewöhnlich groß ansehen würden (unter ähnlichen Umständen)? _____ mal

14. In wie vielen dieser Situationen, in denen Sie zu viel gegessen haben, hatten Sie das Gefühl, die Kontrolle über Ihr Essverhalten verloren zu haben (während des Essens)? _____ mal

15. An wie vielen Tagen der letzten 28 Tage ist es vorgekommen, dass Sie eine ungewöhnlich große Nahrungsmenge gegessen haben und das Gefühl hatten, die Kontrolle über Ihr Essen verloren zu haben? _____ Tage

16. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage Erbrechen selbst herbeigeführt, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren? _____ mal

17. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage Abführmittel eingenommen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren? _____ mal

18. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage in einer getriebenen oder zwanghaften Weise Sport „getrieben“, um Ihr Gewicht, Ihre Figur oder den Körperfettanteil zu kontrollieren oder Kalorien zu verbrennen? _____ mal

Fragen 19 - 21: Bitte umkreisen Sie die zutreffende Zahl. Bitte beachten Sie, dass für diese Fragen der Begriff „Essanfall“ bedeutet, eine Nahrungsmenge zu essen, die andere Menschen unter ähnlichen Umständen als ungewöhnlich groß ansehen würden, begleitet von einem Gefühl des Kontrollverlusts über das Essverhalten.

B. Während der letzten vier Wochen (28 Tage)...

19. An wie vielen der letzten 28 Tage haben Sie heimlich (d.h. im Verborgenen) gegessen?

(Zählen Sie Essanfälle nicht mit) _____ 0 1 2 3 4 5 6

20. In wie vielen Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d.h. das Gefühl, etwas Falsches

_____ 0 1 2 3 4 5 6

21. Wie beunruhigt waren Sie während der letzten 28 Tage, wenn andere Menschen Sie essen nicht sahen?

(Zählen Sie Essanfälle nicht mit!) _____ 0 1 2 3 4 5 6

Fragen 22 - 28: Bitte kreisen Sie die zutreffende Zahl ein. Denken Sie daran, dass sich die Fragen nur auf die letzten 4 Wochen (28 Tage) beziehen.

C.22. Hat Ihr Gewicht einen Einfluss

D.darauf gehabt, wie Sie über

sich selbst als Person denken

(urteilen)?

0 1 2 3 4 5 6

23. Hat Ihre Figur einen Einfluss darauf gehabt, wie Sie über sich selbst als Person denken (urteilen?)

0 1 2 3 4 5 6

24. Wie stark hätte es Sie aus der Fassung gebracht, wenn Sie aufgefordert worden wären, sich in den nächsten vier Wochen einmal pro Woche zu wiegen (nicht mehr oder weniger häufig)?

0 1 2 3 4 5 6

25. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem Gewicht?

0 1 2 3 4 5 6

26. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrer Figur?

0 1 2 3 4 5 6

27. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z.B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?

0 1 2 3 4 5 6

28. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn andere Ihre Figur gesehen haben (z.B. in Gemeinschaftsumkleideräumen, beim Schwimmen oder beim Tragen enger Kleidung)?

0 1 2 3 4 5 6

Für Frauen: Ist Ihre Regelblutung während der letzten drei bis vier Monate ausgeblieben?

Ja Nein

Wenn ja, wie viele Regelblutungen sind ausgeblieben? _____

Haben Sie die „Pille“ eingenommen? Ja Nein

Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand (© Goldberg 1978)

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen so zu beantworten, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrif. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint!

Ich fühle mich angespannt oder überreizt <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit / gelegentlich <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst <input type="checkbox"/> fast immer <input type="checkbox"/> sehr oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Ich kann mich heute noch so freuen wie früher <input type="checkbox"/> ganz genau <input type="checkbox"/> nicht mehr so sehr <input type="checkbox"/> nur noch ein wenig <input type="checkbox"/> kaum oder gar nicht	Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend <input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> sehr oft
Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte <input type="checkbox"/> ja, sehr stark <input type="checkbox"/> ja, aber nicht allzu stark <input type="checkbox"/> etwas, aber es macht mir keine Sorgen <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren <input type="checkbox"/> ja, stimmt genau <input type="checkbox"/> ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte <input type="checkbox"/> möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum <input type="checkbox"/> ich kümmere mich so wie immer darum
Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen <input type="checkbox"/> ja, so viel wie immer <input type="checkbox"/> nicht mehr ganz so viel <input type="checkbox"/> inzwischen viel weniger <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein <input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> nicht sehr <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf <input type="checkbox"/> einen Großteil der Zeit <input type="checkbox"/> verhältnismäßig oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft <input type="checkbox"/> nur gelegentlich / nie	Ich blicke mit Freude in die Zukunft <input type="checkbox"/> ja, sehr <input type="checkbox"/> eher weniger <input type="checkbox"/> viel weniger als früher <input type="checkbox"/> kaum bis gar nicht
Ich fühle mich glücklich <input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> meistens	Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand <input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr oft <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> nicht sehr oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen <input type="checkbox"/> ja, natürlich <input type="checkbox"/> gewöhnlich schon <input type="checkbox"/> nicht oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> eher selten <input type="checkbox"/> sehr selten

Fragebogen zur Lebensqualität (© Bullinger & Kirchberger, 1998)

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der (grau unterlegten) Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	1	2	3	4	5

Die folgenden Fragen beschreiben Tätigkeiten, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt		
2. mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3		
3. mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3		
Wie oft hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	1	2	3	4	5
5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	1	2	3	4	5

Wie oft hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	1	2	3	4	5
7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	1	2	3	4	5

	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	1	2	3	4	5

In diesen Fragen geht es darum, wie	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
-------------------------------------	-------	----------	----------	--------	-----

Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht.) Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...					
9. ... ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5
10. ... voller Energie?	1	2	3	4	5
11. ... entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Ge- sundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu an- deren Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

Fragebogen zum Körperkonzept (© Deusinger 1998)

Im Folgenden finden Sie Feststellungen, die sich vornehmlich auf äußere Merkmale einer Person beziehen, aber auch Situationen und Verhaltensweisen im Alltag beschreiben. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Ausmaß die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Bitte antworten Sie zügig, und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

	trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1. Ich würde gern einige Teile meines Körpers austauschen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
2. Ich habe mehr körperliche Mängel als andere.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
3. In sexuellen Dingen habe ich Schwierigkeiten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
4. Es stört mich nicht, wenn mein äußeres Erscheinungsbild von dem meiner Umgebung abweicht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
5. Ich mache mir Sorgen über sexuelle Dinge.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
6. Ich bin mit meinem Aussehen zufrieden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
7. Ich bin gut im Sport.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
8. Ich bin motorisch sehr ungeschickt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
9. Ich sehe ganz gut aus.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
10. Ich empfinde mich als ausgesprochen steif.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
11. Ich habe oft das Gefühl, dass mein Gang steif und hölzern wirkt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
12. Ich bin ein sportlicher Typ.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

	trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
13. Ich habe den Eindruck, dass ich aufgrund meines Äußeren nicht sehr attraktiv auf das andere Geschlecht wirke.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
14. Meine kleinen „Schönheitsfehler“ belasten mich nicht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
15. Mein Äußeres wirkt auf Menschen anderen Geschlechts anziehend.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
16. Meine Hände strahlen Zärtlichkeit aus.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
17. Ich bin stark.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
18. Ich bin froh über meine körperliche Zähigkeit.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
19. Ich liebe es, Zärtlichkeiten auszutauschen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
20. Ich treibe viel Sport.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
21. Die Schwerfälligkeit meiner Bewegungen ärgert mich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
22. Ich bin allgemein sehr verkrampft.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Anlage 2:Klinikleitfaden

Name der Klinik _____

G.Gibt es ein strukturiertes (obligate, regelmäßige Behandlungselemente) Angebot für Patienten mit Adipositas? Ja
Nein

1. Wenn ja, welche Behandlungsbausteine, -verfahren?

Enthält das Angebot		
Psychologische Gruppentherapie (speziell für Adipositas)	<input type="checkbox"/>	Frequenz <input type="text"/>
Einzeltherapie	<input type="checkbox"/>	Frequenz <input type="text"/>
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	Frequenz <input type="text"/>
Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/>	Frequenz <input type="text"/>

Sonstiges Angebot:

H. Wenn es ein Programm gibt, welche Aufnahmekriterien liegen zugrunde?

I. Wie werden die Patienten dem Programm zugewiesen?

J. Welche Motivation haben die Patienten, die an dem Programm teilnehmen?
(Schwerpunkt psychische Komorbidität, Schwerpunkt Gewichtsreduktion?)

K. Wie viele adipöse Patienten (ab einem BMI > 35) werden durchschnittlich pro Monat aufgenommen bzw. behandelt?

L. Was ist die therapeutische Grundlage des Angebotes?

Tiefenpsychologisch	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapeutisch	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>
Wenn sonstiges, was genau?	

A. Durchschnittliche Behandlungsdauer? ___ Wochen

B. Gibt es ein strukturiertes (obligate, regelmäßige Behandlungsangebote) Nachsorgeprogramm für adipöse Patienten? Ja Nein

1. Wenn ja, was ist in dem Nachsorgeprogramm enthalten?

Enthält das Angebot		
Psychologische Gruppentherapie (speziell für Adipositas)	<input type="checkbox"/>	Frequenz <input type="text"/>
Einzeltherapie	<input type="checkbox"/>	Frequenz <input type="text"/>
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	Frequenz <input type="text"/>
Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/>	Frequenz <input type="text"/>
Internetangebot	<input type="checkbox"/>	Frequenz <input type="text"/>
Sonstiges Angebot		

